

Wioletta Klimczak
Grzegorz Kubiński
Ewa Sikora-Wiśniewska

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W POLSCE WYBRANE ZAGADNIENIA



Recenzent

dr hab. Beata Szluz, prof. UR

AUTORZY	AFILIACJA	
mgr Wioletta Klimczak	Dolnośląska Szkoła Wyższa (Instytut Psychologii)	Rozdział 2 Wstęp
dr Grzegorz Kubiński	Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie (Instytut Filozofii i Socjologii)	Rozdział 3 Wstęp
dr Ewa Sikora-Wiśniewska	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Katedra Socjologii)	Rozdział 1 Wstęp

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W POLSCE. WYBRANE ZAGADNIENIA

exante.com.pl, Wrocław 2017

Nie wszystkie prawa zastrzeżone: tekst niniejszej monografii jest dostępny na licencji Creative Commons (CC BY-NC-ND 3.0 PL)

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych.

Zezwala się na wykorzystanie publikacji zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej oraz wskazania Wydawnictwa i Autorów jako właścicieli praw do tekstu.

Treść licencji jest dostępna na stronie:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/>

(Źródło zdjęć na okładce: pixabay.com/geralt udostępnione na licencji

CC0 Public Domain, treść licencji jest dostępna na stronie:

<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/deed.pl>).

Wersja elektroniczna monografii jest wersją pierwotną

Wydawnictwo Exante

Exante Wydawnictwo Naukowe
dr Klaudia Pujer
ul. Buforowa 24 lok. 10, 52-131 WROCLAW

tel. + 48 606 168 165
wydawnictwo@exante.com.pl
www.exante.com.pl

Ark. wyd. 7,3

ISBN 978-83-65374-40-0 (wersja elektroniczna)

ISBN 978-83-65374-41-7 (wersja papierowa)

Wioletta Klimczak
Grzegorz Kubiński
Ewa Sikora-Wiśniewska

**WYKLUCZENIE SPOŁECZNE
W POLSCE
WYBRANE ZAGADNIENIA**

MONOGRAFIA

Exante
Wrocław 2017

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ 1.	
MŁODZIEŻ W OBLICZU EKSKLUZJI SPOŁECZNEJ	
– ANALIZA WYBRANYCH OBSZARÓW WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W POLSCE	
I UNII EUROPEJSKIEJ.....	7
WPROWADZENIE.....	7
POJĘCIE, PRZYCZYNY, OBSZARY I WSKAŹNIKI WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W POLSCE	
I UNII EUROPEJSKIEJ – ROZWAŻANIA TEORETYCZNE	8
MŁODZIEŻ WŚRÓD INNYCH KATEGORII NARAŻONYCH NA WYKLUCZENIE SPOŁECZNE.....	20
WYBRANE OBSZARY WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO MŁODZIEŻY W POLSCE I UNII EUROPEJSKIEJ.....	25
PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU MŁODZIEŻY W POLITYCE SPOŁECZNEJ.....	33
PODSUMOWANIE	38
ROZDZIAŁ 2.	
WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W KONTEKŚCIE CHOROBY ALKOHOLOWEJ W RODZINIE	41
WPROWADZENIE.....	41
WYKLUCZENIE SPOŁECZNE A PROBLEM UZALEŻNIENIA W RODZINIE	42
UZALEŻNIENIE OD ALKOHOŁU.....	43
<i>Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu</i>	<i>44</i>
<i>Fazy uzależnienia od alkoholu</i>	<i>46</i>
<i>Alkoholizm a wykluczenie społeczne</i>	<i>50</i>
ALKOHOLIZM JAKO CHOROBA CAŁEJ RODZINY	51
<i>Charakterystyka systemu rodzinnego z problemem uzależnienia od alkoholu.....</i>	<i>52</i>
<i>Dysfunkcjonalność rodziny alkoholowej</i>	<i>55</i>
<i>Fazy przystosowania się do życia w rodzinie alkoholowej</i>	<i>56</i>
<i>Sytuacja dziecka w rodzinie alkoholowej</i>	<i>58</i>
<i>Dorośle Dzieci Alkoholików (DDA).....</i>	<i>62</i>
<i>Małe Dzieci Alkoholików (MDA).....</i>	<i>64</i>
MECHANIZM WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO CZŁONKÓW RODZINY ALKOHOLOWEJ.....	65
POMOC RODZINIE Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM	67
<i>Terapia uzależnienia i współuzależnienia</i>	<i>67</i>
<i>Profilaktyka uzależnień i współuzależnienia</i>	<i>72</i>
PODSUMOWANIE	73
ROZDZIAŁ 3.	
WYKLUCZENIE SPOŁECZNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	
– PERSPEKTYWA SPOŁECZNO-KULTUROWA	75
WPROWADZENIE. CIAŁO (NIE)IDEALNE	75
NORMY I GRUPY SPOŁECZNE A PROCESY MARGINALIZACJI	76
WYKLUCZAJĄCE PIĘTNO ODMIENNOŚCI.....	86
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I UPOŚLEDZENIE	91
PODSUMOWANIE	103
PIŚMIENNICTWO	105

WSTĘP

Problem wykluczenia społecznego nie jest zjawiskiem nowym, ma swoje korzenie w starożytności, natomiast pierwsze opracowania naukowe na ten temat pojawiły się w latach 70. XX w. Gwałtowny wzrost upowszechnienia terminów „wykluczenie społeczne” czy „ekskluzja społeczna” (terminy tożsame, stosowane zamiennie) miał miejsce pod koniec lat 90. ubiegłego wieku. W definicjach wykluczenia społecznego zwraca się uwagę na niemożność pełnego uczestnictwa w życiu społecznym (zbiorowym), brak dostępu do praw społecznych, a także na problem z dostępem do zasobów, dóbr publicznych, instytucji i systemów społecznych oraz na konsekwencje wykluczenia społecznego, a więc wielowymiarową i relatywną deprywację. Ekskluzja społeczna jest przedmiotem zainteresowania nauk społecznych, ekonomicznych, politycznych. Istnieje wiele definicji, ujęć i analiz tej złożonej kwestii.

Opracowanie składa się z trzech rozdziałów.

Rozważania *rozdziału pierwszego* ograniczono do kategorii młodzieży – zbiorowości, w której wskaźniki wykluczenia społecznego pokazują znaczącą skalę zjawiska. Jak wynika z danych Eurostat za 2015 r., wśród obywateli krajów Unii Europejskiej (UE) prawie 90 mln (17%) stanowiły osoby w wieku 15-29 lat, z czego jedna trzecia była zagrożona wykluczeniem społecznym. W Polsce zagrożenie ubóstwem lub ekskluzją dotyczy co czwartej młodej osoby do 17. roku życia. Wartość tego wskaźnika jest bliższa średniej unijnej¹.

Rozdział zawiera przegląd kluczowych pojęć, typologii, przyczyn i obszarów wykluczenia społecznego. W dalszej części analizie poddano wybrane obszary wykluczenia młodych mieszkańców Polski i UE, a także opisano rozwiązania systemowe w zakresie przeciwdziałania ekskluzji społecznej młodzieży.

Celem *rozdziału drugiego* jest przedstawienie problematyki wykluczenia społecznego w kontekście zjawiska uzależnienia od alkoholu w rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy psychologicznej. Analizie poddano mechanizmy choroby alkoholowej i jej wpływu na cały system rodzinny, które mogą przejawiać się w postaci licznych dysfunkcji i alienacji,

¹ News releases – Eurostat – European Commission: „*Education, employment, both or neither? What are young people doing in the EU?*” Eurostat, the statistical office of the European Union, 155/2016 – 11 August 2016, p. 1 (online: 12.06.2017 r.)

a w konsekwencji prowadzić do wykluczenia społecznego. Ukazano także wybrane formy i strategie pomocy członkom rodziny alkoholowej zmierzające do zapobiegania problemowi wykluczenia.

Rozdział trzeci omawia zagadnienia związane z wykluczeniem społecznym osób niepełnosprawnych z perspektywy społeczno-kulturowej. Niepełnosprawność w społeczeństwie wciąż jest kwestią niejednoznaczną. Osoby niepełnosprawne nadal walczą z negatywnymi stereotypami. Sposób ich postrzegania nie jest tylko wynikiem czasów obecnych. Niepełnosprawność była już traktowana jako ambiwalentna, jednocześnie zagrażająca i współtworząca normatywną strukturę społeczną. Opracowanie eksponuje ukryte i nieuświadomiane aspekty, leżące u podłoża marginalizowania osób z niepełnosprawnością. Od kulturowych inklinacji aż po obecne normy, następuje zmiana postrzegania osób niepełnosprawnych, od wykluczonych do społecznie akceptowanych.

Monografia omawia ważne i aktualne kwestie związane z wykluczeniem społecznym jednostek i grup. Problematyka niniejszego wydania ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i aplikacyjne. Zagadnienia zaprezentowano tak w ujęciu przeglądowo-porządkującym, jak również ukazano konkretne rozwiązania profilaktyczne w obszarze zagrożenia ekskluzją społeczną. Żywimy nadzieję, że monografia stanie się cennym źródłem refleksji oraz poszukiwań badawczych.

Zespół Autorski
Wrocław, sierpień 2017 r.

1 MŁODZIEŻ W OBLICZU EKSKLUZJI SPOŁECZNEJ – ANALIZA WYBRANYCH OBSZARÓW WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W POLSCE I UNII EUROPEJSKIEJ

Słowa kluczowe: wykluczenie społeczne, ekskluzja społeczna, młodzież, ubóstwo, bezrobocie, edukacja, NEET.

Wprowadzenie

Wykluczenie społeczne to zjawisko złożone i wielowymiarowe. W opracowaniach dotyczących analizy modeli ekskluzji społecznej uwzględnia się wzajemnie ze sobą powiązane obszary obejmujące: zasoby materialne, zasoby społeczne, czynniki ekonomiczne; uczestnictwo w życiu społecznym, i politycznym, wykształcenie i umiejętności, zdrowie, przestępczość, zmienne środowiskowe, dostęp do usług². Ekskluzja społeczna negatywnie oddziałuje na jakość kapitału ludzkiego, ogranicza aktywność, przedsiębiorczość i innowacyjność oraz generuje koszty funkcjonowania państwa. Ubóstwo i wykluczenie społeczne to niezwykle istotne, strukturalne problemy współczesnych społeczeństw, przeciwdziałanie tym zjawiskom, to jeden z najważniejszych celów polityki społecznej Unii Europejskiej (UE). Szczególną kategorią społeczną, w znacznym stopniu narażoną na wykluczenie społeczne jest młodzież. Z danych Eurostat z 2015 r. wynika, że kategoria dzieci i młodzieży do 17. roku życia jest najliczniej reprezentowana wśród osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym³.

Celem rozdziału jest opis i analiza skali, przyczyn oraz wybranych obszarów ekskluzji młodzieży w Polsce i UE w oparciu o dane empiryczne i kwerendę literatury. W końcowej części opracowania zaprezentowano instrumenty i działania polityki społecznej w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu młodych osób.

² R. Levitas, Ch. Pantazis, E. Fahmy, D. Gordon, E. Lloyg, D. Patsios, *The Multidimensional Analysis of Social Exclusion*, Bristol 2007; za: A. Nowak, *Pojęcie, istota, przyczyny, mechanizmy marginalizacji i wykluczenia społecznego*, „Chowanna” 2012, t. 1(38), s. 7.

³ News releases – Eurostat – European Commission: „*Education, employment, op. cit.*”

Pojęcie, przyczyny, obszary i wskaźniki wykluczenia społecznego w Polsce i Unii Europejskiej – rozważania teoretyczne

Przed rozpoczęciem szczegółowych analiz, należy dokonać ustaleń terminologicznych z zakresu wykluczenia społecznego i pojęć pokrewnych. Ze względu na ograniczenia treściowe rozdziału nie sposób przedstawić wszystkich definicji, typologii i koncepcji. Autorka dokonała przeglądu wybranych ujęć teoretycznych ekskluzji społecznej w skali mikro- i makrospołecznej.

Zjawisko wykluczenia społecznego ma długą historię, sięga czasów starożytnych (np. ostracyzm w Atenach), natomiast samo pojęcie „wykluczenie społeczne” (ang. *social exclusion*), pojawiło się w latach 70. XX w. we Francji i odnosiło się do ograniczeń francuskiego systemu zabezpieczenia społecznego. Termin ten dość szybko, bo już w roku 1974⁴ znalazł zastosowanie w obszarze nauk społecznych. Jednym z pierwszych autorów, w pracach którego pojawiła się omawiana kwestia, jest M. Weber. Zidentyfikował on wykluczenie jako formę zamknięcia społecznego. Koncepcja ta zyskała uznanie, została rozszerzona i wykorzystana przez P. Parkina do opisu i interpretacji procesów wyodrębniania się i izolowania grup społecznych w obronie swej pozycji, co przyczynia się do powstawania nierówności społecznych⁵. W Polsce termin: „wykluczenia społeczne” pojawił się dość późno, w pierwszych latach XXI w. Należy w tym miejscu podkreślić, że wcześniejsze opracowania dotyczyły problematyki ekskluzji społecznej podobnie, ale jeszcze nie identycznie definiowanej. Autorzy badań nad żebrakami⁶, przeprowadzonych w 1995 r., stosowali w opisie terminy: wyobcowanie, wykorzenienie, wyłączenie, izolacja, samotność czy alienacja. Z kolei Z. Bauman wykorzystywał pojęcia: zbędni, niechciani, odrzuceni, zmarginalizowani⁷, w stosunku do osób dziś nazywanych wykluczonymi.

Koncepcja wykluczenia społecznego, podobnie jak w przypadku marginalizacji, jest z reguły utożsamiana z nowym ubóstwem, nierównościami społecznymi, a także z wyraźnie dostrzeganą dyskryminacją i powstaniem (wytworzeniem się) w strukturze społecznej grupy osób zaliczanych do

⁴ Publikacja R. Lenoir'a, *Les exclus: un Français sur dix*, Paris 1975.

⁵ S. Golinowska, P. Broda-Wysocki, *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć* [w:] S. Golinowska, E. Tarkowska, I. Topińska, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania. Metody. Wyniki*, IPISS, Warszawa 2005, ss. 33-34.

⁶ Zob. S. Marmuszewski, S. Bukowski (red.), *Żebracy w Polsce*, Wydawnictwo Baran i Suszczyński, Kraków 1995, s. 96.

⁷ Por. Z. Bauman, *Zbędni, niechciani, odrzuceni – czyli o biednych w zamożnym świecie*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2, s. 3-18.

kategori *underclass*⁸. Należy przy tym podkreślić, że wykluczenie społeczne nie jest synonimem ubóstwa. Ubóstwo w sensie materialnym jest raczej kategorią jednowymiarową, a wykluczenie społeczne jest kategorią ukazującą problemy w kilku wymiarach, które wskazują na proces zarówno deprywacji, jak i nieuczestniczenia. S. Golinowska zwraca uwagę na fakt, że gdy rozszerza się kategorię ubóstwa, nie ograniczając jej wyłącznie do zasobów finansowych, lecz uwzględniając inne sfery życia (np. mieszkanie, edukację, zdrowie), wówczas pojęcie to przybliża się do pojęcia wykluczenia społecznego, jako że ubóstwo bardzo często współwystępuje z wykluczeniem społecznym lub oba zjawiska na siebie zachodzą⁹.

Wykluczenie społeczne jest pojęciem złożonym, wieloznacznym, wielopłaszczyznowym, istnieje wiele nurtów definicyjnych. Termin ten jest najczęściej definiowany w kategoriach braku uczestnictwa bądź niezdolności do uczestnictwa w ważnych sferach życia zbiorowego: społecznych, gospodarczych, politycznych i kulturowych oraz w normalnych aktywnościach charakterystycznych dla danego społeczeństwa¹⁰. Rozpatrując pojęcie wykluczenia społecznego w wąskim ujęciu, można je ograniczyć do trzech rodzajów ściśle powiązanych z ubóstwem:

- wykluczenie ze sfery pracy,
- wykluczenie ze sfery edukacji, kultury i dostępu do informacji,
- wykluczenie przestrzenne, w tym bezdomność¹¹.

W szerszym zaś znaczeniu termin „wykluczenie społeczne” odnosi się do innego zestawu czynników niż tylko do ubóstwa, nierówności dochodowych, deprywacji czy braku zatrudnienia. W tym kontekście zwraca się uwagę na wielowymiarowość obejmującą swym zakresem brak zasobów oraz praw i dynamikę traktującą wykluczenie jako proces wywołujący deprywację (naruszającą więzi rodzinne i społeczne i prowadzącą niekiedy nawet do utraty tożsamości)¹². Takie ujęcie można odnaleźć m.in. w publikacji wyników ewaluacji programu UE *Poverty 3* pod nazwą: „Wspólnotowy program działań dotyczących ekonomicznej i społecznej integracji ekonomicznie i społecznie mniej uprzywilejowanych grup w społeczeństwie”, przygotowany do realizacji w latach 1989-1994 decyzją Rady Wspólnot

⁸ H. Silver, *Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms*, „International Labour Review”, 1994, no. 5-6, p. 539.

⁹ S. Golinowska, *Wykluczenie społeczne*, [w:] S. Golinowska, Z. Morecka, M. Styrz, E. Cukrowska, J. Cukrowski (red.), *Od ubóstwa do wykluczenia społecznego*, IPiSS, Warszawa 2008, s. 116-117.

¹⁰ L. Frąckiewicz (red.), *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2005, s. 13.

¹¹ E. Tarkowska, *Kategoria wykluczenia społecznego a polskie realia*, [w:] M. Orłowska (red.), *Skazani na wykluczenie*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2005, s. 21.

¹² S. Golinowska, P. Broda-Wysocki, *Kategorie ubóstwa*, op. cit., s. 33-37.

Europejskich 89/457/EEC¹³. Wykluczenie społeczne zostało opisane w dokumencie jako proces składający się z różnych stadiów i faz:

1. często spowodowany brakiem zasobów;
2. prowadzący do sytuacji wielowymiarowej deprivacji o różnych stopniach natężenia;
3. wielowymiarowy;
4. posiada aspekty oddawane przez wskaźniki pieniężne, ale też takie, których te wskaźniki nie ujmują;
5. charakteryzuje się deficytami uczestnictwa (o różnym stopniu natężenia) w głównym nurcie społeczeństwa i dostępu do zasadniczych systemów społecznych (rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja, opieka medyczna);
6. może oznaczać zerwanie więzi z rodziną i ze społeczeństwem;
7. może powodować utratę poczucia tożsamości i celu w życiu;
8. wiąże się z pozbawieniem lub nierealizowaniem uprawnień społecznych;
9. zawiera czynniki utrwalające i błędne koła, które sprawiają, że dominuje w cyklu życia i może być przekazywany międzypokoleniowo¹⁴.

J. Grotowska-Leder dokonała systematyzacji dostępnych rodzajów definicji wykluczenia społecznego, dzieląc je na: analityczne, robocze i oficjalne¹⁵. Pierwszy z typów – definicje analityczne, wskazują na charakterystyczne cechy zjawiska, wymiary, mechanizmy, przejawy. W nurt ten wpisuje koncepcja A. Gidensa¹⁶, według którego wykluczenie społeczne jest efektem upośledzeń społecznych, wskutek których jednostka lub grupa społeczna, nie może w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, gospodarczym lub politycznym, do którego należą. Reprezentantami tego ujęcia definicyjnego są również S. Paugam, R. Castel, M. Xiberras. W analizie istoty wyjaśnień wykluczenia można wyróżnić dwa stanowiska (partycypacyjne i dystrybucyjne). Podejście partycypacyjne dotyczy ograniczenia/braku uczestnictwa¹⁷ jednostek i grup w ważnych sferach/aspektach życia społecznego.

¹³ 89/457/EEC: Council Decision of 18 July 1989 establishing a medium-term Community action programme concerning the economic and social integration of the economically and socially less privileged groups in society (OJ L 224, 2.8.1989, p. 10-14).

¹⁴ J. Andersen, A. Bruto da Costa, C. Chigot., K. Duffy, S. Mancho, M. Mernagh, *The contribution of Poverty 3 to the understanding of poverty, exclusion and integration*, [in:] *Poverty 3: The Lessons of the Poverty 3 Programme*, European Economic Interest Group, Animation and Research, Lille 1994, pp. 10-11.

¹⁵ J. Grotowska-Leder, *Ekskluzja społeczna – aspekty teoretyczne i metodologiczne*, [w] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, *Społeczna ekskluzja i inkluzja. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Akapit, Toruń 2005, ss. 28-32.

¹⁶ A. Giddens, *Socjologia*, PWN, Warszawa 2006, s. 738.

¹⁷ Za ważne uznaje się te obszary, których uczestnictwo stanowi swego rodzaju powinność, w których jest oczekiwane w obliczu obowiązujących norm życia społecznego na da-

Natomiast podejście tzw. dystrybucyjne akcentuje ograniczenie czy brak dostępu do ważnych społecznie zasobów i usług. Świat zasobów jest w tego rodzaju definicjach desygnowany przede wszystkim przez dostęp do: rynku pracy (miejsc pracy i dochodów z pracy), konsumpcji, systemu edukacyjnego (wykształcenia), zabezpieczenia społecznego (świadczeń społecznych, w tym socjalnych) i ochrony zdrowia. Inny ważny aspekt zagadnienia marginalizacji i wykluczenia ukazują analizy K. Frieske¹⁸. Wskazując na deficyty społecznych uprawnień przysługujących jednostkom czy całym grupom społecznym i/lub deficyty możliwości realizowania tych uprawnień zakłada on, że dostępność zasobów należy ujmować z punktu widzenia rozwiązań legislacyjnych w sensie praw socjalnych oraz barier korzystania z nich.

Definicje robocze wykluczenia społecznego operacjonalizują tę kategorię na użytek prowadzonych badań, z ograniczeniem do jednego z niżej opisanych stanowisk:

1. Zamiast całościowego ujęcia, ograniczenie do specyficznych (ekstremalnych) problemów i kategorii społecznych, o zasadniczym znaczeniu dla wykluczenia społecznego. Przedmiotem badania są wówczas sytuacje grup szczególnie zagrożonych ekskluzją, np. bezdomnych, długotrwale bezrobotnych, klientów pomocy społecznej, chorych psychicznie, niepełnosprawnych.
2. Koncentracja na braku partycypacji w odniesieniu do podstawowych obszarów życia społecznego, przy czym wskaźniki uczestnictwa odnoszone są z reguły do dochodów, aktywności na rynku pracy, więzi społecznych i zdrowia¹⁹.

Ostatni z rodzajów definicji wykluczenia społecznego – definicje oficjalne, zawarte w dokumentach funkcjonujących w sferze polityki społecznej, są zróżnicowane. W tym ujęciu ubóstwo, nierówności czy wykluczenie społeczne bywają utożsamiane i rozpatrywane z uwzględnieniem co najmniej dwójakiej perspektywy. Pierwsza z nich to nurt opisowy, który dotyczy identyfikacji pojęć niedostatku i jednostek ubogich czy wykluczonych (zwraca się tu uwagę na prawidłową diagnozę). W drugim nurcie (politycznym, w znaczeniu polityki społecznej), podejmuje się działania w celu zdefiniowania ubóstwa lub wykluczenia jako przedmiotu dla polityki społecznej. W tym kontekście znaczenie mają przede wszystkim możliwości

nym etapie rozwoju. Wśród nich wymieniane są obszary życia społecznego: ekonomiczny, polityczny, społeczny – J. Grotowska-Leder, *op. cit.*, s. 29.

¹⁸ K. Frieske (red.), *Marginalność i procesy marginalizacji*, Opracowania PBZ, 1999, z. 13, ss. 7-13.

¹⁹ J. Grotowska-Leder, *op. cit.*, ss. 29-31.

realizacyjne danej polityki²⁰. W Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski wskazuje się, że wykluczenie polega na niepodejmowaniu zwyczajowej i społecznie akceptowanej drogi życiowej lub wypadaniu z niej. Ekskluzja społeczna dotyczy osób, rodzin lub grup ludności, które²¹:

- żyją w niekorzystnych warunkach ekonomicznych (ubóstwo materialne);
- zostają dotknięte niekorzystnymi procesami społecznymi, wynikającymi z masowych i dynamicznych zmian rozwojowych, np. deindustrializacji, kryzysów, gwałtownego upadku branż czy regionów;
- nie zostały wyposażone w kapitał życiowy umożliwiający im normalną pozycję społeczną, odpowiedni poziom kwalifikacji, wejście na rynek pracy, założenie rodziny, co dodatkowo utrudnia dostosowywanie się do zmieniających się warunków społecznych i ekonomicznych;
- nie posiadają dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w kapitał życiowy, jego rozwój i pomnażanie, co ma miejsce w wyniku niedorozwoju tych instytucji z uwagi na brak: priorytetów, środków publicznych, niską efektywność funkcjonowania;
- doświadczają przejawów dyskryminacji zarówno wskutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa, jak i kulturowych uprzedzeń oraz stereotypów;
- posiadają cechy utrudniające im korzystanie z powszechnych zasobów społecznych ze względu na zaistnienie: niesprawności, uzależnienia, długotrwałej choroby albo innych cech indywidualnych;
- są podmiotem niszczącego działania innych osób, np. przemocy, szantażu, indoktrynacji.

Ze względu na wielowymiarowy charakter wykluczenia społecznego trudno jest stworzyć jego syntetyczną definicję. Dlatego proponuje się stosować raczej ujęcie opisowe, wskazujące możliwe obszary wystąpienia tego zjawiska oraz odpowiadające mu symptomy (zob. tabela 1). Należy przy tym podkreślić, że w związku ze zmieniającą się rzeczywistością społeczno-gospodarczą lista symptomów wykluczenia społecznego jest ciągle uzupełniana.

²⁰ A. Sen, *Nierówność. Dalsze rozważania*, Znak, Kraków 2000, s.129-132; P. Broda-Wysocki, *Wykluczenie i inkluzja społeczna. Paradygmaty i próby definicji*, IPiSS, Warszawa 2012, s. 39.

²¹ *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003, s. 21.

Tabela 1. Obszary i symptomy wykluczenia społecznego

Obszary	Symptomy
Polityczny	Brak praw politycznych; niska frekwencja wyborcza; niski poziom aktywności lokalnej; społeczne niedostosowanie; niska aktywność polityczna; bezsilność w sprawach politycznych
Instytucjonalny	Niedorozwój instytucji publicznych: sądowniczych, obywatelskich, bezpieczeństwa; zła administracja; korupcja; ograniczenia zabezpieczenia społecznego
Ekonomiczny	Długotrwałe bezrobocie; praca w „szarej strefie”; gospodarstwa domowe bez osób pracujących; niskie dochody
Spółeczny	Zerwanie więzi rodzinnych; niechciane ciążę; bezdomność; przestępczość; niesatysfakcjonujące warunki życia
Otoczenie i sąsiedztwo	Degradacja środowiska; zła jakość zasobów mieszkaniowych; brak usług lokalnych; ograniczenia więzi społecznych i brak wsparcia w sytuacjach kryzysowych (obojętność)
Jednostkowy	Zła kondycja fizyczna i psychiczna; niedostateczne umiejętności i poziom edukacji
Przestrzenny	Koncentracja przestrzenna marginalizowanych grup społecznych (getta/enklawy)
Grupowy	Wyodrębnienie kategorii szczególnej podatności na wykluczenia społeczne, np. osoby starsze, niepełnosprawne, mniejszości etniczne

Źródło: S. Golinowska, P. Broda-Wysocki, *Kategorie ubóstwa*, op. cit., s. 38.

Ważnym aspektem w rozważaniach teoretycznych dotyczących ekskluzji społecznej, jest kwestia przyczyn i mechanizmów wykluczenia społecznego. W literaturze przedmiotu istnieje wiele koncepcji. Niewątpliwie warto odwołać się do założeń opracowanych przez H. Silver i R. Levitas. Autorzy analizują wykluczenie społeczne wielowymiarowo (jako zjawisko ekonomiczne, socjologiczne, kulturowe i polityczne) w oparciu o paradygmaty:

- 1) Solidarności – w tej perspektywie podstawą ekskluzji jest zerwanie więzi między jednostką a społeczeństwem (określanej jako solidarność społeczna). Grupa odrzuca jednostkę, która nie spełnia kryteriów, ogranicza z nią kontakty, stwarza bariery. Przyczyny wykluczenia mają charakter indywidualny, lokowane są w najbliższym otoczeniu człowieka, w cechach jego osobowości czy sytuacji życiowej.
- 2) Specjalizacji – w tym ujęciu wykluczenie społeczne powodują: postępujące różnicowanie społeczne, podział pracy oraz oddzielenie różnych sfer życia, przez co pojawiają się bariery uniemożliwiające jednostkom uczestnictwo w wymianie społecznej. Wykluczenie społeczne jest tu rozumiane jako dyskryminacja, a jej przyczyny mają charakter indywidualny.
- 3) Monopolu – w tym kontekście wykluczenie uzyskuje kontekst makrostrukturalny, ukazuje relacje między grupami uczestniczącymi i pozabawionymi partycypacji w życiu społecznym. Ekskluzja społeczna

rodzi się na skutek powstawania monopoli grupowych, które mają wyłączny dostęp do różnych zasobów. Grupa uprzywilejowana dąży do utrzymania nierówności i chroni swoje posiadanie poprzez procesy społecznego „zamykania” i praktyki monopolizacyjne. Grupy pozbawione uczestnictwa nie są całkowicie pozbawione możliwości korzystania z dóbr i usług społecznych, ale ich dostęp jest ograniczony²².

Biorąc pod uwagę przyczyny powstawania wykluczenia społecznego, na pierwszym miejscu wymienić należy ubóstwo materialne, natomiast do pozostałych należą:

- niekorzystne procesy o charakterze społecznym i gospodarczym,
- brak wykształcenia na poziomie umożliwiającym posiadanie odpowiedniej pozycji społecznej, ale przede wszystkim dostatecznych kwalifikacji pozwalających na podjęcie pracy,
- brak dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w kapitał życiowy, jego rozwój i pomnażanie, czego przyczyną jest niedorozwój tych instytucji spowodowany deficytem priorytetów, niedoborem środków publicznych czy niską efektywnością funkcjonowania,
- posiadanie cech utrudniających korzystanie z powszechnych zasobów społecznych ze względu na niepełnosprawność, uzależnienie, długotrwałą chorobę czy posiadanie innych cech indywidualnych,
- niszczące działania innych osób, np. przemoc, szantaż,
- dyskryminacja o różnym podłożu, która wyłoniła się w wyniku niewłaściwego funkcjonowania ustawodawstwa, jak również uprzedzeń i stereotypów²³.

Powyższa lista nie uwzględnia wszystkich czynników, np. uwarunkowań regionalnych, a więc związanych z nimi kryzysu na rynku pracy i degradacji obszarów rolniczych i przemysłowych implikujących problem wykluczenia społecznego.

Do pomiaru, identyfikacji i analizy wykluczenia społecznego wykorzystywane są wskaźniki opisujące poszczególne wymiary ekskluzji. Są one podstawą badań nad ubóstwem, gdyż identyfikują skalę, obszary i przyczyny wykluczenia społecznego oraz związanego z nim ryzyka. Dzięki temu możliwe jest podejmowanie adekwatnych decyzji politycznych dla ograniczenia następstw wykluczenia społecznego²⁴. Istnieje szereg wskaźników

²² H. Silver, *op. cit.*, p. 541.

²³ L. Frąckiewicz, *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005, s. 11.

²⁴ S. Kalinowski., W. Łuczka-Bakuła, *Wybrane monetarne wskaźniki społecznego wykluczenia w nowych krajach UE*, „Polityka Społeczna” 2005, nr 7, s. 5.

do pomiaru tego zjawiska. Wypracowany przez Komisję Europejską na szczycie w Laeken pod koniec 2001 r. zestaw wskaźników jest wykorzystywany przez kraje członkowskie UE do realizacji badań nad ubóstwem. Ich lista została zaprezentowana w tabeli 2.

Tabela 2. Wskaźniki wykluczenia społecznego opracowane przez Komisję Europejską w 2001 r. (tzw. wskaźniki lejkenowskie)

Społeczne wskaźniki monetarne	
podstawowe	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych
	Wskaźnik kwintalowego zróżnicowania dochodów
	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem trwałym
	Relatywny wskaźnik ubóstwa
pomocnicze	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem przy przyjęciu różnych granic ubóstwa określany jako dyspersja wokół granicy ubóstwa
	Stopa zagrożenia ubóstwem zakotwiczona w czasie
	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem przed uwzględnieniem w dochodach transferów społecznych
	Współczynnik Giniego
Społeczne wskaźniki niemonetarne	
podstawowe	Gospodarstwa domowe bez osób pracujących
	Stopa bezrobocia długotrwałego
	Rozproszenie regionalnego wskaźnika zatrudnienia
	Młodzież nie kontynuująca nauki
	Wskaźnik dalszego trwania życia
	Wskaźnik oceny stanu zdrowia
pomocnicze	Stopa bezrobocia długotrwałego
	Stopa bezrobocia trwałego
	Współczynnik osób z wykształceniem nie wyższym niż gimnazjalne (podstawowe)

Źródło: S. Kalinowski, W. Łuczka-Bakuła, *op. cit.*, s. 5.

W 2009 r. w odniesieniu do wykluczenia społecznego stosowano 16 wskaźników podstawowych oraz 14 wskaźników kontekstowych. Jednakże podstawowym wskaźnikiem w tym obszarze pozostał oparty o miernik dochodu wskaźnik ubóstwa relatywnego *at-risk poverty rate* – ARPR. W Strategii *Europa 2020* ustalono sumaryczny wskaźnik społeczny „Ludność zagrożona ryzykiem ubóstwa i wykluczeniem społecznym” – *People at-risk-of-poverty and social exclusion (AROPE)*. W strukturze miernika wyróżnia się następujące wskaźniki²⁵:

1. stopa ryzyka zagrożenia ubóstwem po transferach (*at-risk poverty rate after social transfers* – ARPR),

²⁵ *Europa 2020* – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Bruksela 2010.

2. wskaźnik deprivacji materialnej (*severely materially deprived people*),
3. wskaźnik niskiego wykorzystania zasobów pracy (*people living in households with very low work intensity*).

Kwalifikacja do jednej z trzech wymienionych kategorii ryzyka oznacza, że dana osoba jest narażona na ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego. W celu zapewnienia porównywalności danych na poziomie międzynarodowym, podstawą prowadzenia systematycznych analiz dotyczących zasięgu i społecznego zróżnicowania ubóstwa w UE, są wyniki prowadzonego przez wszystkie kraje członkowskie Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia, zwanego w skrócie *EUSILC* (*EU Statistics on Income and Living Condition*).

W Polsce problem wykluczenia społecznego jest przedmiotem badań oraz analiz przeprowadzanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w oparciu o usystematyzowany zestaw indykatorów począwszy od 2005 r. Lista obejmuje 3 bloki wskaźników: strukturalne, podstawowe i drugorzędne, a wśród nich szczegółowo opisane indykatory. Do wskaźników strukturalnych zaliczono²⁶:

1. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem, po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych,
2. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem, bez uwzględnienia w dochodach transferów społecznych,
3. Wskaźnik kwintylowego zróżnicowania dochodów.

Wskaźniki podstawowe zawierają następujące kategorie:

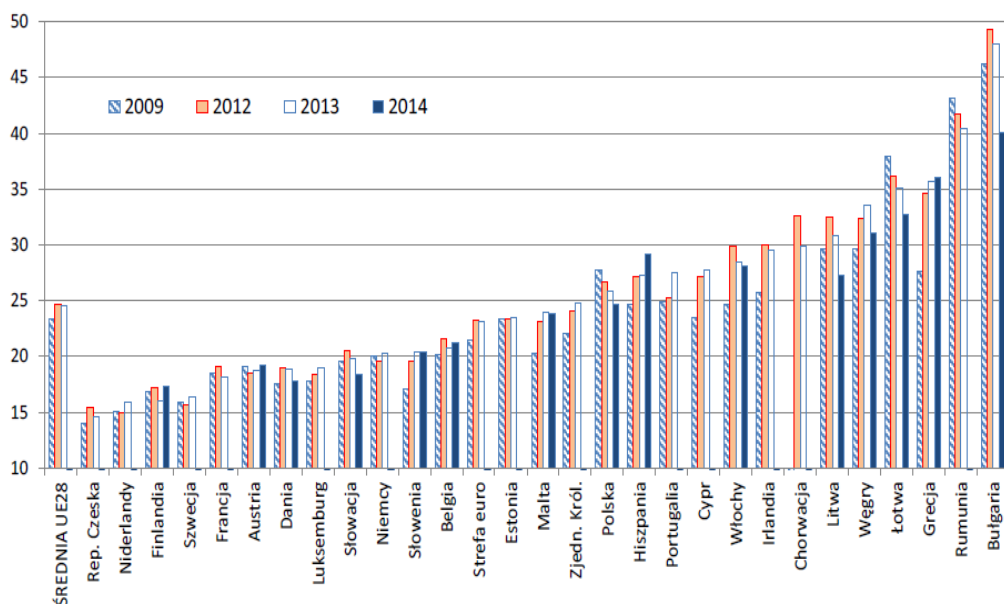
1. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem według płci i wieku,
2. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem według rodzaju aktywności ekonomicznej oraz płci,
3. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem według typów gospodarstwa domowego,
4. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem według typu własności mieszkania
5. Relatywny wskaźnik głębokości ubóstwa.

Wskaźniki drugorzędne zostały opisane jako:

1. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem przy przyjęciu różnych granic ubóstwa (dyspersja wokół granicy ubóstwa),
2. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem bez uwzględnienia transferów społecznych według płci,
3. Współczynnik Giniego nierównomierności rozkładu dochodów.

²⁶ A. Szukiełojć-Bieńkuńska, *Przygotowanie GUS do prezentowania wskaźników społecznego wykluczenia proponowanych przez Unię Europejską*, „Polityka Społeczna”, 2002, nr 11-12, s. 49.

Analizując skalę wykluczenia społecznego w krajach UE należy zasygnalizować, że problem ten wciąż dotyka znacznej liczby osób. Jak pokazują dane zamieszczone na wykresie 1, w 2014 r. praktycznie co czwarty obywatel kraju należącego do Wspólnoty Europejskiej był zagrożony ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Widoczne jest przy tym regionalne zróżnicowanie i marginalizacja niektórych regionów państw UE. Krajami, w których w 2014 r. zanotowano najwyższe wartości wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym były Rumunia i Bułgaria (powyżej 40%) oraz Grecja (36%). Najniższe wskaźniki uzyskały: Czechy, Holandia oraz Szwecja (ok. 15-17%).



Wykres 1. Zagrożeni ubóstwem i wykluczeniem społecznym (AROPE) w latach 2009-2014 (w proc.)

Źródło: Eurostat; za: Projekt wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu Komisji i Rady towarzyszącego komunikatowi Komisji w sprawie rocznej analizy wzrostu gospodarczego na 2016 r., Bruksela 2015, s. 30.

Jak wynika ze statystyk, dystans rozwojowy pomiędzy „nowymi” i „starymi” państwami Unii bezpośrednio przełożył się na dystans dzielący te państwa w zakresie odnotowanego poziomu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w szczególności poziomu deprivacji materialnej. Można zaobserwować występowanie bardzo silnej negatywnej korelacji: państwa o relatywnie niskim poziomie rozwoju charakteryzowały się wysokim poziomem wskaźnika zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym (np. Bułgaria, Rumunia, Węgry, Grecja, Łotwa, Chorwacja) i odwrotnie (np. Luksemburg, Holandia, Szwecja, Austria, Dania, Finlandia czy

Belgia). Równie istotną determinantą odnotowanego w 2014 r. poziomu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym był kryzys finansowy, który spowodował recesję gospodarczą wielu krajów członkowskich UE, skutkowało wzrostem bezrobocia i narastaniem zjawiska spirali zadłużenia²⁷.

Skala ekskluzji społecznej w Polsce na tle krajów członkowskich UE lokuje ten kraj na średniej pozycji razem z Cyprem, Maltą Portugalią i Słowacją. Wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce w 2014 r. wyniosła 24,7% i jak wynika z danych zamieszczonych na wykresie 1, była zbliżona do wartości ogółem we wszystkich krajach UE (24,4%).

Począwszy od 2005 r. (zob. tabela 3) w naszym kraju odnotowywany jest systematyczny spadek odsetka osób doświadczających ubóstwa lub wykluczenia społecznego.

Tabela 3. Wskaźniki Strategii Europa 2020 dla Polski i Unii Europejskiej (w proc.)

Wyszczególnienie		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		(proc. osób w gospodarstwach domowych)						
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	UE	25,6	25,2	24,4	23,6	23,1	23,6	24,2
	Polska	45,3	39,5	34,4	30,5	27,8	27,8	27,2
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym	UE	16,4	16,5	16,5	16,4	16,3	16,4	16,9
	Polska	20,5	19,1	17,3	16,9	17,1	17,6	17,7
Wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej	UE	10,7	9,8	9,1	8,4	8,1	8,3	8,8
	Polska	33,8	27,6	22,3	17,7	15,0	14,2	13,0
Wskaźnik niskiej intensywności pracy w gospodarstwie domowym	UE	10,3	10,5	9,6	9,0	9,0	10,0	10,2
	Polska	14,2	12,3	10,0	7,9	6,9	7,3	6,9

Źródło: *Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS, GUS, Warszawa 2013, s. 45.*

O ile w 2005 r. wskaźnik kształtował się na poziomie 45%, o tyle w kolejnych latach widoczne jest zmniejszenie jego wartości. I tak w 2008 r., przyjętym jako rok odniesienia dla realizacji celów strategii *Europa 2020*, poziom wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wyniósł 30,5%. Dalszy spadek nastąpił w kolejnych latach – w 2011 r., w porównaniu z rokiem 2008 wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wy-

²⁷ Zob. D. Kawiorska, A. Witoń, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w kontekście strategii „Europa 2020” postępy w realizacji*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2016, nr 2(53), s. 153.

kluczeniem społecznym zmalała w Polsce o 3,3%. W tym samym okresie zmniejszeniu uległa wartość wskaźnika pogłębionej deprivacji materialnej (z ok. 17% do ok. 13%) oraz wartość wskaźnika niskiej intensywności pracy (z 7,9% do 6,9%). Jednocześnie zaobserwowano nieznaczny wzrost poziomu zagrożenia ubóstwem relatywnym – z 16,9% do 17,7% osób²⁸.

Współczesne ubóstwo i ekskluzja społeczna w Polsce są zjawiskami złożonymi i niejednorodnymi. Zagrożenie ubóstwem wzrasta wraz ze wzrostem liczebności gospodarstwa domowego, a najwyższe wartości osiąga w rodzinach wielodzietnych z trojgiem bądź większą liczbą dzieci na utrzymaniu, jak również w rodzinach niepełnych i rodzinach nastoletnich matek. Jak wynika z danych, zagrożenie ubóstwem ma wyraźny terytorialny wymiar. W ramach prac nad zintegrowanymi strategiami rozwoju (w tym *Krajową Strategią Rozwoju Regionalnego 2010-2020. Regiony, miasta, obszary wiejskie*²⁹), wyróżnione zostały czynniki i procesy, które z różną intensywnością przyczyniają się do deprecjacji konkretnych obszarów, stanowiąc o występowaniu określonych problemów społecznych. Zidentyfikowane czynniki, to z jednej strony położenie – z dala od dużych ośrodków, peryferyjność wynikająca z utrwalonych zaszczości (położenie na krańcach obecnych bądź poprzednich granic administracyjnych województw), obszary przygraniczne, część dawnych terenów popegeerowskich – oraz związane z tym bariery komunikacyjne (braki w lokalnej infrastrukturze transportowej). Utrudniony dostęp do dóbr i usług publicznych lub ich niewystarczająca jakość powoduje gwałtowne procesy depopulacyjne na obszarach wiejskich, powstawanie problemów społecznych na dużą skalę (bezrobocie, bierność społeczna) oraz ich dalszą marginalizację gospodarczą i społeczną. Ponadto zwrócono uwagę na niedopasowanie (w tym brak elastycznych form pracy) i niestabilność lokalnych rynków pracy z okresowymi gwałtownymi wzrostami bezrobocia, w tym występowanie ukrytego bezrobocia. Czynnikiem przyczyniającym się do realnego zagrożenia wzrostu poziomu ubóstwa i pogłębienia różnic wewnątrzregionalnych oraz na linii wieś/miasto w tym zakresie jest także niski poziom dochodów ludności wiejskiej³⁰. Zasięg tych zjawisk, ich geneza, skutki oraz cechy charakterystyczne mogą być zarówno odmienne w różnych częściach Polski, jak i wewnątrznie zróżnicowane w ramach poszczególnych województw. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osiągnął najwyższe wartości w województwach: lubelskim, lubuskim (gdzie w latach 2008-2011 odnotowano także jego 3% wzrost) oraz świętokrzyskim.

²⁸ *Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*, GUS, Warszawa 2013, s. 44.

²⁹ *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie*, Warszawa, 13 lipca 2010.

³⁰ *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu*, Warszawa 2014, s. 9-14.

Najwyższy spadek ubóstwa zanotowano w województwach: warmińsko-mazurskim (o 9,1%), świętokrzyskim (6,4%) oraz podkarpackim (5,3%)³¹.

Młodzież wśród innych kategorii narażonych na wykluczenie społeczne

Wśród grup społecznych szczególnie zagrożonych ekskluzją wymienia się: dzieci, młodzież, starców, bezdomnych, biednych, uchodźców, bezrobotnych, niepełnosprawnych, kobiety czy mniejszości. Nie sposób dokonać charakterystyki wszystkich wymienionych zbiorowości. W podrozdziale zaprezentowano przegląd kategorii osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z uwzględnieniem specyfiki sytuacji młodzieży. Omówienie danych empirycznych ukazujących skalę i obszary wykluczenia młodzieży poprzedzono opisem terminu: „młodzież”.

Młodzież to kategoria społeczna definiowana w literaturze przedmiotu najczęściej przy pomocy dwóch kryteriów: kryterium wieku oraz kryterium sytuacji edukacyjnej i zawodowej. Istnieje duża różnorodność w ustalaniu przedziału wieku przynależnego ludziom młodym. W amerykańskiej literaturze socjologicznej najczęściej stosowane są przedziały wieku młodzieży, w których dolna granica jest sytuowana na poziomie 12-14 lat, zaś górna sięga 24-25. roku życia. Natomiast w rozważaniach pokoleniowych do stadium młodości zalicza się z reguły cały okres „wczesnej dorosłości” (*young adult*), począwszy od 16-18 do 26-30. roku życia³². Podobną tendencję do wydłużania okresu młodości można spotkać wśród europejskich autorów. L. Rosenmayr zaliczył do „młodzieży dorosłej” (*jeunes adultes*) osobników, którym – mimo osiągnięcia prawnej dorosłości – społeczeństwo współczesne wciąż jeszcze odmawia przyznania pełni prawa i statusu społeczno-ekonomicznego i politycznego. W.N. Borjaz, wyróżniając młodzież ze względu na relatywnie najwyższą aktywność tej kategorii w „poszukiwaniu i uczeniu się nowych ról społecznych”, zaproponował przyjęcie 35. roku życia jako górną granicę okresu młodości³³. W demograficznych i medycznych statystykach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) kategorię młodzieży tworzą osoby mieszczące się w przedziale 14-24 lata. W większości badań socjologicznych granice młodości przesuwają się do lat trzydziestu, a niekiedy nawet do ukończenia trzydziestego piątego roku

³¹ Krajowy Program Przeciwdziałania, *op. cit.*, ss. 5-7.

³² W. Adamski, *Młodzież i społeczeństwo*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1976, s. 105.

³³ L. Rosenmayr, *Nouvelles orientations theoriques de la sociologie de la jeunesse*, „Revue Internationale des Sciences Sociales”, 1972, nr 2, vol. XXIV; W. N. Borjaz, *Metodologiczne principy opriedelenija poniatija molodiez*, „Czietowiek i Obszcziestwo” 1969, t. VI, za: W. Adamski, *op. cit.*, ss. 105-106.

życia³⁴. W statystykach GUS odnaleźć można przedziały wiekowe: 7-14 lat (kategoria obejmująca dzieci i nastolatków), następnie młodzież w wieku 15-19 lat oraz młodzi dorośli (20-24 lata). Kategorie wyróżnione przez GUS oraz kryterium wkraczania w dorosłość związane z dojrzałością społeczną i niezależnością ekonomiczną jako cecha wspólna dla zbiorowości osób młodych stanowią podstawę rozważań tej części opracowania.

Dzieci i młodzież jako grupy społeczne szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym znajdują się w czołówce listy stworzonej przez Narodową Strategię Integracji Społecznej. Pełna lista obejmuje³⁵:

- dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych;
- dzieci wychowujące się poza rodziną;
- kobiety samotnie wychowujące dzieci;
- kobiety pozostające poza rynkiem pracy;
- ofiary patologii życia rodzinnego;
- osoby o niskich kwalifikacjach;
- osoby bezrobotne;
- żyjący w bardzo trudnych warunkach mieszkaniowych;
- niepełnosprawnych i chronicznie chorych;
- osoby chorujące psychicznie;
- starsze osoby samotne;
- opuszczający zakłady karne;
- imigranci;
- osoby należące do romskiej mniejszości etnicznej.

Dla porównania warto również przeanalizować listę 23 kategorii osób, które uznano za zagrożone wykluczeniem społecznym autorstwa H. Silver. W wykazie znaleźli się:

- długotrwale bezrobotni i bezrobotni z krótkimi okresami zatrudnienia;
- zatrudnieni w niepewnych warunkach i na miejscach pracy nie wymagających kwalifikacji (starsi pracownicy, niechronieni kodeksem pracy);
- nisko opłacani pracownicy i ubodzy;
- chłopci bez ziemi;
- bez kwalifikacji, analfabeci, osoby przerywające naukę w szkole;
- umysłowo i fizycznie upośledzeni i niesprawni;
- uzależnieni od substancji psychoaktywnych;
- przestępcy, więźniowie, ludzie z kryminalną przeszłością;
- samotni rodzice;

³⁴ M. Jarosz, *Bariery życiowe młodzieży*, Książka i Wiedza, Warszawa 1986, s. 9.

³⁵ *Narodowa Strategia Integracji, op. cit.*, s. 61.

- wykorzystywane dzieci, wyrastające w problemowych rodzinach;
- młodzież, szczególnie bez doświadczeń zawodowych lub dyplomów szkolnych;
- pracujące dzieci;
- kobiety;
- cudzoziemcy, uchodźcy i imigranci;
- rasowe, religijne, językowe i etniczne mniejszości;
- pozbawieni praw obywatelskich;
- odbiorcy pomocy społecznej;
- potrzebujący, ale nie uprawnieni do pomocy społecznej;
- mieszkańcy budynków nadających się do generalnego remontu lub wyburzenia, lub mieszkający w złych sąsiedztwach;
- osoby, których poziom konsumpcji jest poniżej potrzebnego do przetrwania (głodujący, bezdomni, „Czwarty Świat”);
- ci, których konsumpcja, spędzanie czasu wolnego lub inne praktyki są napiętnowane lub uznane za dewiacyjne (nadużywający alkoholu lub narkotyków, przestępcy, inaczej ubrani, mówiący, subkultury, sekty);
- przemieszczający się w dół struktury społecznej;
- społecznie izolowani, bez przyjaciół i rodziny³⁶.

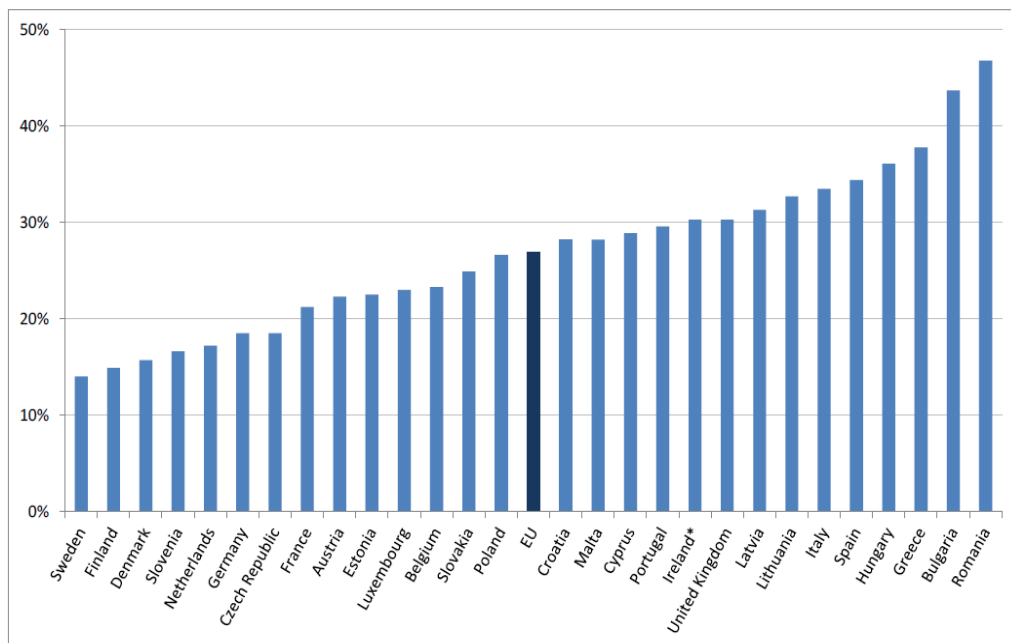
Choć wyżej wymienione kategorie są odmienne treściowo, to jednak osoby zaliczane do nich łączy niekorzystna pozycja w strukturze społecznej, wyrażająca się w problemach z podmiotowością, uprawnieniami, wolnością wyboru, pracą, dochodami, edukacją, wypoczynkiem, zabezpieczeniem na niepewną przyszłość, równouprawnieniem i wizerunkiem społecznym. Wiele z kategorii społecznych, o których jest mowa w kontekście wykluczenia społecznego zajmuje właśnie marginalną pozycję w społeczeństwie albo są spychane w kierunku takiej pozycji³⁷.

Jak wynika ze statystyk Eurostat, dane dotyczące problemu ekskluzji społecznej wśród dzieci i młodzieży do 17. roku życia w wymiarze globalnym są alarmujące (zob. wykres 2). Dane pokazują, że w 2015 r. ponad połowa dzieci była zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w sześciu państwach członkowskich: Rumunii (46,8%), Bułgarii (43,7%), a także Grecji (37,8%), na Węgrzech (36,1%), w Hiszpanii (34,4%) oraz we Włoszech (33,5%). Najniższy zaś udział dzieci i młodzieży zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym odnotowano w Szwecji (14,0%),

³⁶ H. Silver, *Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion* [w] G. Rogers, Ch. Gore, J.B. Figueiredo (ed.) *Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses*, International Institute for Labour Studies, International Labour Organization, Genewa 1995, pp. 74-75.

³⁷ F. Mahler, *Marginality and Maldevelopment*, [in:] J. Danecki (ed.) *Insights into Maldevelopment*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993, p. 193.

Finlandii (14,9%) oraz Danii (15,7%), przed Słowenią (16,6%), i Holandią (17,2%). Widoczny spadek liczby dzieci zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zauważalny jest na Łotwie, najwyższy zaś wzrost w Grecji.



Wykres 2. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat w krajach UE w 2015 r.

Źródło: dane Eurostat: News releases – Eurostat – European Commission: One in four children at risk of poverty or social exclusion in the EU, Eurostat, the statistical office of the European Union, 225/2016 – 16 November 2016, p. 1

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7738122/3-16112016-AP-EN.pdf/c01aade1-ea44-411a-b20a-94f238449689> (online: 15.06.2017 r.)

Jeśli chodzi o sytuację w Polsce, to w analizowanym okresie zaliczana była ona wraz z Cyprzem, Maltą Portugalią i Słowacją do krajów, w których udział dzieci zagrożonych jednocześnie ubóstwem i wykluczeniem społecznym określany jest jako średni (24,9-29,6%). W omawianym 2015 r., 26,6% polskich dzieci i nastolatków w wieku 0-17 lat zagrożonych było biedą i marginalizacją. Należy przy tym odnotować znaczący spadek wartości wskaźnika zagrożenia wykluczeniem społecznym tej kategorii wiekowej w porównaniu z latami poprzednimi (48% w roku 2005 oraz 30,8% w roku 2010)³⁸.

³⁸ F. Mahler, *op. cit.*, p. 2.

W Polsce, choć w stopniowo malejącej skali, utrzymuje się zjawisko juwenalizacji biedy. Dzieci i młodzież są zbiorowością najbardziej zagrożoną ubóstwem ekonomicznym. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym w populacji 0-17 lat w 2013 r., wyniósł 10,1%. największe ryzyko biedy wśród dzieci i młodzieży dotyczyło kategorii wiekowej 12-17 lat (25,9%). Zjawisko polskiej biedy jest zróżnicowane terytorialnie, zarówno w wymiarze regionalnym, jak i lokalnym. Szczególnie zagrożona ubóstwem, biorąc pod uwagę różne jego miary, jest ludność zamieszkująca województwa: warmińsko-mazurskie, podlaskie, lubelskie, lubuskie, podkarpackie, świętokrzyskie, a także pomorskie. Zróżnicowanie to jest bardziej widoczne, gdy uwzględnimy wskaźnik niskiej intensywności pracy, będący obecnie jednym z podstawowych kryteriów pomiaru zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Z analiz prowadzonych na poziomie powiatów i gmin wynika, że pewne obszary nieustannie stanowią miejsca szczególnej koncentracji biedy zarówno dorosłych, jak i osób poniżej 18. roku życia. Przykładem takiego regionu jest województwo warmińsko-mazurskie, w którym od lat notowany jest najwyższy poziom bezrobocia w Polsce i wiele negatywnych zjawisk społecznych. Jak wynika z badań, stały wzrost odsetka bezrobotnych ciągle pozostających bez pracy, powiększająca się „szara strefa” oraz powszechność bezrobocia w największym stopniu generuje występowanie ekskluzji społecznej wśród młodzieży (blisko 80% wskazań), w dalszej kolejności wśród przyczyn były wymieniane ubóstwo (69,8%) oraz bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (31,0%), zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych³⁹.

Co istotne, w jakościowej charakterystyce zjawiska biedy i wykluczenia społecznego występuje trwałość i stałość podstawowych cech, skumulowane i nasilone problemy społeczne (przede wszystkim ubóstwo i bezrobocie) powodujące „utrwaloną kondycję” młodego pokolenia⁴⁰. Ubóstwo dzieci i młodzieży to nie tylko dzieciństwo i dorastanie w biedzie, ale i zagrożone ubóstwem dorosłe życie. To także niebezpieczeństwo międzypokoleniowego przekazywania warunków wykluczających jednostki i całe rodziny z różnych form uczestnictwa w życiu zbiorowym⁴¹. Kumulacja wielu negatywnych zjawisk, takich jak towarzyszące ubóstwu bezrobocie, niski poziom wykształcenia, brak kwalifikacji, brak perspektyw dla młodzieży, trudności w dostępie do instytucji edukacyjnych, ograniczone możliwości

³⁹ Raport z badań: *Problem wykluczenia społecznego dzieci i młodzieży z rodzin korzystających z pomocy społecznej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w ocenie pracowników socjalnych*, Olsztyn 2010, s. 20.

⁴⁰ E. Tarkowska (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne młodzieży*, IPiSS, Warszawa 2007, s.108.

⁴¹ *Ibidem*, s. 8.

mobilności przestrzennej mogą prowadzić do wykluczenia z wielu istotnych sfer życia społecznego oraz odtworzenia się tej sytuacji w następnych pokoleniach⁴².

Wybrane obszary wykluczenia społecznego młodzieży w Polsce i Unii Europejskiej

W niniejszym podrozdziale, koncentrując się na kategorii młodzieży w obliczu ekskluzji społecznej, analiza zostanie ograniczona do dwóch obszarów wykluczenia społecznego młodzieży: rynku pracy i edukacji, zgodnie z przyjętym przez autorkę opracowania wąskim rozumieniem pojęcia: „wykluczenie społeczne”.

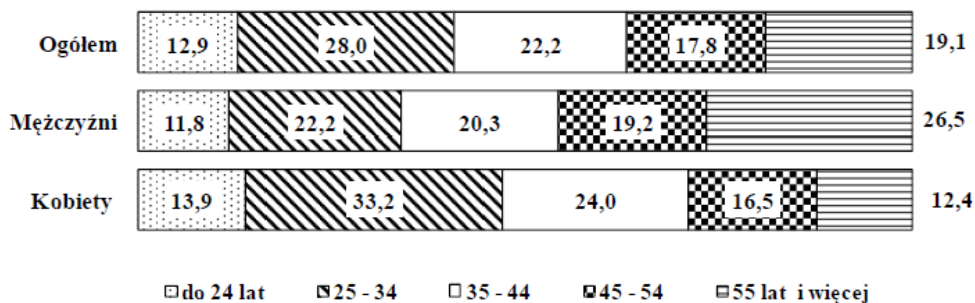
Uwzględniając szerszy (europejski) kontekst sytuacji młodzieży na rynku pracy, należy stwierdzić, że ta kategoria społeczna szczególnie dotkliwie odczuwa skutki recesji w aspekcie szans zatrudnienia, efektem czego jest relatywnie wysoka liczba młodych osób pozostających bez pracy. Mimo iż między państwami członkowskimi występują istotne różnice, to rynek pracy dla młodzieży jest dużo bardziej niestabilny niż rynek dla dojrzałych pracowników. Natomiast bezrobocie młodzieży jest zazwyczaj bardziej wrażliwe na zmiany produktu krajowego brutto (PKB) niż bezrobocie ogólnie⁴³. Jak wynika z danych Eurostat w styczniu 2017 r. w UE ogółem wśród bezrobotnych było 4,017 mln młodych osób (poniżej 25 lat). W porównaniu do stycznia 2016 r. bezrobocie wśród młodzieży zmniejszyło się o 357 tys. W styczniu 2017 r. stopa bezrobocia wśród młodzieży wyniosła 17,7%. Najniższy wskaźnik zanotowano w Niemczech – 6,5% , natomiast najwyższy odnotowano w Grecji (45,7% – dane na koniec listopada roku 2016), Hiszpanii (42,2%) i we Włoszech (37,9%). Stopa bezrobocia w Polsce na tle innych krajów UE o wartości 14,3% lokuje nasz kraj wśród tych, które zajmują środkowe pozycje razem z Litwą (15,5%) oraz Maltą (11,9%)⁴⁴.

⁴² E. Tarkowska, *Zrozumieć biednego: o dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Typografia, Warszawa 2000, s. 58; K. Frieske, *Marginalność społeczna – normalność i patologia*, [w:] K. Frieske (red.), *Marginalność*, op. cit., s. 28.

⁴³ Raport: *Rozpoznanie możliwości dotarcia do osób młodych zagrożonych wykluczeniem społecznym w województwie dolnośląskim*, Wrocław 2014, s. 17, http://www.gwarancje.dwup.pl/upload/file/Raport_dotarcie_do_mlodziwy_wykl_spol_v2.pdf (online: 30 maja 2017 r.).

⁴⁴ News releases – Eurostat – European Commission: *Euro area unemployment at 9.6%, EU 28 at 8.1%*, January 2017, 34/2017-2 March 2017, s. 2-4, <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7895735/3-02032017-AP-EN.pdf/8a73cf73-2bb5-44e4-9494-3dfa39427469> (online: 24 maja 2017).

Z danych GUS wynika, że stopa bezrobocia w Polsce ogółem w I kwartale 2017 r. wyniosła 8,1%. Tradycyjnie od lat wyższe wskaźniki bezrobocia notowane są wśród kobiet. Ich udział w ogólnej liczbie bezrobotnych wyniósł 52,7% i był o 1,5 pkt proc. wyższy w porównaniu z analogicznym kwartałem 2016 r. Dane dotyczące bezrobocia młodzieży pokazują znaczącą skalę zjawiska. Kategoria ta jest najliczniej reprezentowana wśród pozostałych. Udział osób w wieku 25-34 lata pozostających bez pracy był największy i wyniósł 28,0%. Odsetek osób w wieku do 24 lat osiągnął poziom 12,9%. Problem pozostawania bez zatrudnienia częściej dotyczy kobiet (13,9%) niż mężczyzn (11,8%). Choć w stosunku do analogicznego okresu w roku poprzedzającym (2016) odnotowano obniżenie wartości stopy bezrobocia o 1,7%, to i tak wysoki poziom bezrobocia wciąż się utrzymuje w tej kategorii społecznej. Wśród nowo zarejestrowanych w ciągu I kwartału 2017 r. – 23,6% stanowiły osoby do 25. roku życia. Wysoki jest również odsetek młodych osób w populacji bezrobotnych znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Wśród długotrwale bezrobotnych udział osób poniżej 30. roku życia wyniósł 26,8%, natomiast poniżej 25. roku życia – 12,9%. Dane dotyczące zróżnicowania terytorialnego pokazują, że najwyższe odsetki osób w wieku 25-34 lata w ogólnej liczbie bezrobotnych widoczne są w województwach: lubelskim (31,5%), podkarpackim (30,6%), świętokrzyskim (29,7%), małopolskim i podlaskim (po 29,4%), natomiast najniższy w województwach: łódzkim (25,4%), dolnośląskim (25,6%) i zachodniopomorskim (26,2%)⁴⁵.



Wykres 3. Młodzież wśród pozostałych kategorii osób bezrobotnych wg. płci i wieku w I kwartale 2017 r. (w proc.)

Źródło: *Bezrobocie rejestrowane. I kwartał 2017 r.*, GUS, Warszawa 2017, s. 18.

Niezmiennie najwyższy odsetek wśród bezrobotnych stanowią osoby o sto-

⁴⁵ *Bezrobocie rejestrowane. I kwartał 2017 r.*, Warszawa 2017, s. 13-19, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobocie-rejestrowane-i-kwartał-2017-r-,3,27.html> (online: 22 maja 2017 r.)

sunkowo niskim poziomie wykształcenia. Z danych dotyczących struktury bezrobocia w Polsce w I kwartale 2017 r. wynika, że osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz gimnazjalnym, podstawowym i niepełnym podstawowym stanowiły 54,5% ogółu zarejestrowanych bezrobotnych. Co trzecia bezrobotna osoba legitymowała się świadectwem szkoły średniej lub policealnej (32,3%). Choć dyplom wyższej uczelni zwiększa szanse zatrudnienia, to jednak nie gwarantuje sukcesu na rynku pracy. W I kwartale 2017 w urzędach pracy było zarejestrowanych 13,2% osób z wykształceniem wyższym⁴⁶. Rozpatrując sytuację młodzieży na rynku pracy należy stwierdzić, że młodzi ludzie mają kłopoty ze znalezieniem i utrzymaniem pracy w większości krajów europejskich. Dzieje się tak z tego względu, że – jak tłumaczy J. Górniak w serii publikacji dotyczących Bilansu Kapitału Ludzkiego (BKL) w Polsce – w czasach spowolnienia firmy przyjmują mniej pracowników niż w okresie prosperity, a młodzi – bez doświadczenia zawodowego i praktycznych umiejętności – konkurują o nieliczne nowe posady z osobami starszymi, z doświadczeniem. Polityka rynku pracy znajduje się w swoistym klinczu: stagnacji zatrudnienia towarzyszy równoczesne pobudzanie wzrostu zatrudnienia wśród młodych i najstarszych, a państwa dodatkowo wspierają utrzymanie zatrudnienia w firmach z problemami finansowymi, chroniąc je przed bankructwem (np. w branży spożywczo-rolniczej). Oznacza to, że absolwenci, pracownicy firm w trudnej sytuacji i starsi pozostają względem siebie w sytuacji gry o sumie zerowej: sukces jednych automatycznie pogarsza sytuację pozostałych⁴⁷. Ogółem wśród czynników utrudniających zatrudnienie młodych osób w Polsce wymieniść można:

- personalne/organizacyjne wynikające z uwarunkowań psychologicznych zarówno po stronie osób młodych, jak i pracodawców (tj. lęki, obawy, brak zainteresowania/potrzeby, pasywna postawa) oraz organizacyjne związane z istotą funkcjonowania przedsiębiorstwa (braki kadrowe),
- związane z rynkiem pracy, czyli dostępnością odpowiednich pracowników (pod kątem kwalifikacji), ofert pracy, sposobu rekrutacji/pozyskiwania pracowników, inwestowania w kadry – doksztalcenie,
- ekonomiczne – związane z sytuacją finansową gospodarstw domowych młodych osób,
- społeczno-gospodarcze, dotyczące realizacji polityk publicznych (zarówno tych na szczeblu krajowym, jak i regionalnym/lokalnym), któ-

⁴⁶ *Bezrobocie rejestrowane, op. cit., s. 18.*

⁴⁷ *Młodzi na rynku pracy pod lupą. Raport 2014. Sytuacja młodych na rynku pracy z perspektywy przedsiębiorstw MŚP, Warszawa 2014, s. 21.*

re mają wpływ na dostępność transportową, usług publicznych, kapitału finansowego etc.),

- informacyjne, tj. wiedza o istniejących rozwiązaniach, możliwościach wsparcia, pomocy m.in. ze strony instytucji działających w obszarze rynku pracy i edukacji⁴⁸. Niedostateczne wsparcie podmiotów instytucjonalnych to problem w opinii 8% młodych osób uczestniczących w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2014 r.⁴⁹

Jak już wspomniano poziom uzyskanego wykształcenia, choć nie gwarantuje zatrudnienia, to jednak wciąż stanowi bardzo ważny czynnik warunkujący szanse na rynku pracy. Wykształcenie przez rzesze młodych ludzi traktowane jest jako kapitał. Wzrost zainteresowania kształceniem na wyższym szczeblu widoczny jest począwszy od połowy lat 90. XX w. W dużym stopniu jest to związane z rozwojem szkolnictwa niepublicznego. Od lat systematycznie wzrasta liczebność osób z wykształceniem wyższym, systematycznie maleje udział osób z wykształceniem podstawowym. Obecnie wydłuża się okres nauki, wiele młodych osób kontynuuje edukację w sposób ustawiczny, traktując ten proces instrumentalnie, jako inwestycję w przyszłość. Komodyfikacja wykształcenia⁵⁰ z jednej strony przyczynia się do zjawiska powszechności kształcenia, wzrostu aspiracji edukacyjnych i związanego z tym wzrostu poziomu wykształcenia społeczeństwa, natomiast z drugiej strony utrwała różnicowania społeczne, kulturowe i statusowe w dostępie do niego⁵¹. Mimo zmian jakie przyniosła Reforma Edukacji z 1999 r., nierówności społeczne w szkolnictwie nadal się utrzymują. Są one wywoływane przez kumulowanie się przymiotów osobistych jednostek (talent, motywacje, pracowitość, odwaga, wdzięk) z „kapitałem kulturowym” i „kapitałem społecznym” rodziny pochodzenia, a wzmacniane są przez organizację oświaty (ustrój i struktura szkolnictwa, rozmieszczenie szkół, programy, przygotowanie nauczycieli, finansowanie oświaty, ewaluację efektów kształcenia) i funkcjonowanie szkoły (dominujące modele nauczania, kultura organizacyjna szkoły, ocenianie, naznaczanie, selekcja, sortowanie, reprodukcja), a także przez różnorodne interakcje, jakie przy-

⁴⁸ *Bariery zatrudnialności osób młodych na Warmii i Mazurach. Raport z badania pilotażowego*, WUP, Olsztyn 2013, s. 7-8.

⁴⁹ Komunikat z badań CBOS: *O szansach młodych III RP*, Warszawa 2014, s. 12.

⁵⁰ Komodyfikacja wykształcenia polega na traktowaniu edukacji jako inwestycji na przyszłość, dyplomu jako towaru rynkowego, a sektora inwestycji wyższego kształcenia jako dziedziny przemysłu i gospodarki rynkowej, B. Misztal, *Prywatyzacja wyższego wykształcenia w Polsce. Wyzwania w świetle transformacji systemowej*, [w:] B. Misztal (red.), *Prywatyzacja szkolnictwa wyższego w Polsce*, Universitas, Kraków 2000, s. 27.

⁵¹ K. Wasielewski, *Wykształcenie w procesie komodyfikacji*, „Przegląd Socjologiczny” 2001, t. L/1, s. 173.

darzają się dzieciom i młodzieży w toku ich rozwoju⁵².

J. Wilkin dzieli bariery dostępu do edukacji na ekonomiczne, przestrzenno-lokalizacyjne, środowiskowo-kulturalne, szczególnie zaś zwraca uwagę na gorsze warunki i przeciętnie niższy poziom nauczania w szkołach wiejskich⁵³. Stąd też szczególnie narażone na wykluczone społeczne w obszarze edukacji są osoby zamieszkujące tereny wiejskie, a także osiedla popegeerowskie, gdzie występuje również wskaźnik niskiej intensywności pracy, stanowiący obecnie jedno z podstawowych kryteriów pomiaru zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Trudności w dostępie do edukacji uwarunkowane są zarówno czynnikami odnoszącymi się do skali makro (systemowymi, strukturalnymi), jak i w skali mikro (najbliższe otoczenie, poziom poszczególnych rodzin). Jak pokazują dane, te gorsze możliwości to przede wszystkim brak możliwości wyboru – brak szkół o określonym profilu w pobliżu miejsca zamieszkania młodzieży wiejskiej, a jednocześnie – problemy z dojazdem do szkół o profilu odpowiednim (zgodnym z oczekiwaniami) wyrażające się zarówno brakiem możliwości dojazdu, jak i jego wysokimi kosztami⁵⁴. Jeśli chodzi o subiektywne odczucia, z badań wynika, że na ograniczenia w dostępie do szkolnictwa obowiązkowego (poziom szkoły podstawowej i gimnazjum) wskazywało, 5,5% mieszkańców miast i aż 31,7% osób pochodzących z terenów wiejskich, przy czym 4,5% mieszkańców wsi deklarowało występowanie szczególnych trudności w tej sferze⁵⁵. Jest to znaczący odsetek, zwłaszcza, że populacja młodych osób z obszarów wiejskich w wieku do 24. roku życia stanowi blisko 30% ogółu obywateli naszego kraju⁵⁶.

Młodzież wywodząca się ze środowisk wykluczenia społecznego napotyka w realizacji kariery edukacyjnej na bariery o zróżnicowanym charakterze, do których można zaliczyć:

- niedostateczne zaspokojenie potrzeb fizjologicznych wpływające m.in. na możliwości funkcjonowania w sferze poznawczej czy kłopoty z koncentracją itp.;

⁵² Z. Kwieciński, *Sprawiedliwa nierówność czy niesprawiedliwa równość? Implikacje edukacyjne*, „Nauka” 2007, nr 4, s. 35.

⁵³ J. Wilkin (red.), *Podstawy strategii zintegrowanego rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, s. 93.

⁵⁴ B. Matyjas, *Szanse edukacyjne dziecka wiejskiego. Stan, uwarunkowania i perspektywy*, „Chowanna” 2012, t. 1(38), s. 166; *Analiza zdolności osób z obszarów wiejskich oraz miejsko-wiejskich na terenie Dolnego Śląska do podjęcia zatrudnienia*, CMSiKO – Obserwatorium Rynku Pracy i Edukacji, Wrocław 2012, s. 174.

⁵⁵ *Raport o stanie edukacji 2012*, Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych: 2013 <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/raporty/150-raport-o-stanie-edukacji/816-raport-o-stanie-edukacji-2012-licza-sie-efekty.html?showal> (online: 18.09.2014 r.)

⁵⁶ Dane za rok 2015, *Rocznik Demograficzny 2016*, GUS, Warszawa 2016, s. 136.

- niedobory finansowe rodziny, skutkujące trudnościami w zakresie zakupów podręczników i materiałów, niemożnością uczestnictwa w dodatkowych płatnych zajęciach kulturalnych i sportowych, wycieczkach szkolnych, co negatywnie wpływa na pozycję nastolatków w grupie (spychanie na margines). W przypadku środowisk małomiasteczkowych i wiejskich, ubóstwo (z powodu braku środków na transport i likwidację połączeń) ogranicza możliwości dostępu do dodatkowych zajęć poza miejscem zamieszkania oraz warunkuje wybór kariery edukacyjnej na etapie ponadgimnazjalnym;
- specyficzne strategie edukacyjne przyjmowane przez młodzież wywodzącą się z kręgu wykluczenia społecznego, przede wszystkim strategię wycofania, którą potraktować można jako reakcję związaną z niską samoocena, przekonaniem o braku szans na sukcesy szkolne, silnie odczuwanym przymusem i poczuciem nudy, stygmatyzacją i poniżaniem ze strony rówieśników lub/i pedagogów oraz ze źle ocenianymi relacjami z nauczycielami. Zwiększony poziom stresu szkolnego w wyniku gorszych osiągnięć w przypadku uczniów stosujących strategię wycofania przyczynia się do opuszczania zajęć, powoduje uruchomienie mechanizmu błędnego koła;
- nieadekwatność darmowej oferty organizacji czasu wolnego przez szkoły wobec potrzeb i zainteresowań starszej młodzieży ze zubożałych sąsiednich środowisk;
- przedwcześnie kończące się kariery edukacyjne (także z powodów finansowych – deklarowana konieczność zarabiania pieniędzy i pomocy rodzinie);
- ograniczone wsparcie lub brak wsparcia ze strony rodziców w realizacji kariery szkolnej.

Własne niskie kompetencje dorosłych uniemożliwiają udzielanie pomocy dziecku w nauce, a złe doświadczenia rodziców w kontaktach z instytucjami edukacyjnymi powodują lęk i poczucie upokorzenia ograniczające możliwości konstruktywnego kontaktu z pedagogami⁵⁷.

Jednym ze wskaźników związanych z nierównościami edukacyjnymi jest liczba uczniów odchodzących z systemu szkolnego, czyli tzw. „odpad szkolny” oraz średnioroczny wskaźnik drugoroczności. Uznaje się, że między tymi zjawiskami zachodzi związek, uczniowie trwale wypadający z systemu wywodzą się przy tym z rodzin o niższym kapitale kulturowym (niższy poziom wykształcenia rodziców) oraz zagrożonych ubóstwem. Jak pokazują dane, wskaźniki dotyczące przedwczesnego kończenia nauki szkol-

⁵⁷ A. Golczyńska-Grondas (red.) *Nastolatki zagrożone wykluczeniem społecznym w Polsce 2014 w kontekście. Zalecenia Komisji Europejskiej „Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu marginalizacji”*, EAPN, Warszawa 2014, s. 34.

nej w większości krajów się poprawiły. W 2014 r. zjawisko przedwczesnego kończenia nauki zmniejszyło się w porównaniu z 2013 r. w 20 państwach członkowskich, natomiast jego stosunkowo duży wzrost odnotowano w Estonii. Pomimo pozytywnego rozwoju sytuacji w znacznej większości państw członkowskich odsetek osób przedwcześnie kończących naukę utrzymuje się w kilku krajach na szczególnie wysokim poziomie (Malta, Włochy, Portugalia i Hiszpania)⁵⁸.

Zasadniczym etapem dla kategorii wiekowej młodzieży w przedziale wiekowym 20-24 lata jest przejście „od szkoły do pracy”. Stąd też największy niepokój wywołuje zjawisko pozostawiania młodych osób poza edukacją, szkoleniami i pracą (NEET). Do kategorii NEET zaliczana jest młoda osoba, która – z różnych przyczyn – jednocześnie nie uczy się, nie przygotowuje do zawodu, nie pracuje. Do kategorii NEET należą zarówno osoby pozostające bez pracy, jak też jednostki przedwcześnie kończące edukację, nie poszukujące zatrudnienia, pozostające (z wyboru lub z konieczności) na utrzymaniu rodziców lub angażujące się w działalność nieakceptowaną społecznie⁵⁹. Odsetek osób zaliczanych do kategorii NEET przestał być marginalny, spotyka się z rosnącym zainteresowaniem w UE ze względu na wysokie ryzyko społecznej ekskluzji wśród tej młodzieży, pozostawianie poza układem instytucji pozwalających na nabywanie bądź aktualizację niezbędnych na rynku pracy kwalifikacji i umiejętności, a także innych kompetencji społecznych i obywatelskich⁶⁰. Czynnikiem ryzyka wystąpienia tego rodzaju życiowej bierności w kategorii wiekowej 15-24 są:

- niepełnosprawność – zwiększa ryzyko o 40%;
- pochodzenie terytorialne – ryzyko większe o 70%;
- niski poziom wykształcenia – ryzyko trzykrotnie wyższe niż w przypadku osób, które uzyskały wykształcenie wyższe;
- zamieszkanie na obszarach peryferyjnych – prawdopodobieństwo 1,5 razy wyższe;
- niski poziom dochodów gospodarstwa domowego;
- bezrobocie rodziców – prawdopodobieństwo rośnie o 17%;
- niski poziom wykształcenia rodziców – ryzyko wyższe dwukrotnie;
- rozwód rodziców – ryzyko wyższe o 30%.

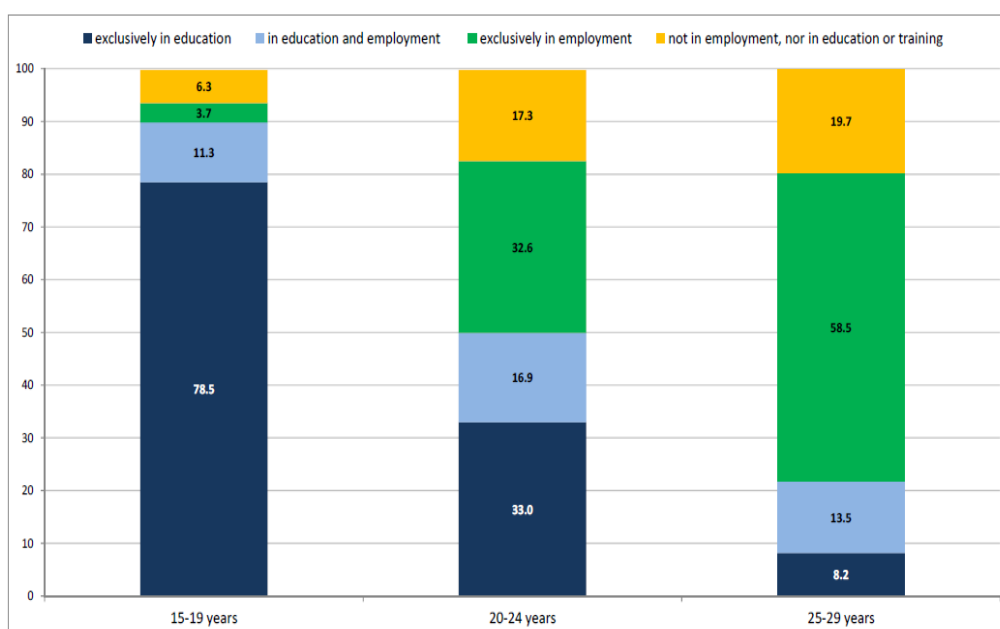
⁵⁸ *Projekt wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu Komisji i Rady towarzyszącego komunikatowi Komisji w sprawie rocznej analizy wzrostu gospodarczego na 2016 r.*, Bruksela 2015, s. 17-18.

⁵⁹ J.M. Jungblut, M. Mascherini, A. Meierkord, L. Salvatore, *NEETs – Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2012, p. 1.

⁶⁰ *Generation jobless*, „The Economist”, April 27th 2013, <http://www.economist.com/news/international/21576657-around-world-almost-300m-15-24-year-olds-are-not-working-what-has-caused> (online: 15.07.2013).

Spośród wskazanych czynników ryzyka najgroźniejsze wiążą się z niskim poziomem wykształcenia młodej osoby lub jej rodziców. Stosunkowo silnie oddziałują również następstwa migracji, nie będące w Polsce powszechnym problemem. Istotne ryzyko dla młodych w naszym kraju może mieć źródło w miejscu zamieszkania oddalonym od większych ośrodków miejskich, co wobec stosunkowo słabo rozwiniętej infrastruktury i usług transportowych, może stanowić poważną barierę zarówno w kontynuowaniu edukacji, jak i podejmowaniu aktywności zawodowej⁶¹.

Z danych Komisji Europejskiej za 2015 r. wynika, że udział kategorii NEET w strukturze osób młodych zamieszkujących kraje UE wzrasta z wiekiem (wykres 4).



Wykres 4. Zbiorowość NEET wśród innych kategorii młodzieży z uwzględnieniem sytuacji edukacyjnej i zawodowej (wg wieku)

Źródło: dane Eurostat: News releases – Eurostat – European Commission: *Education, employment, both or neither? What are young people doing in the EU?* Eurostat, the statistical office of the European Union, 155/2016 – 11 August 2016, p. 1 (online: 12.06.2017 r.)

W 2015 r. wskaźnik NEET w grupie wiekowej 15-19 lat wyniósł 6,3%. Był blisko trzykrotnie wyższy (17,3%) w grupie wiekowej 20-24 lat. Największy udział osób nie pracujących i nie uczących się w wieku 20-24 lat notowany jest we Włoszech (31,1%) i Grecji (26,1), najniższy zaś w Holandii

⁶¹ *Young people and NEETs In Europe: first findings*, Eurofound 2011, pp. 3-4.
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7590616/3-11082016-AP-EN.pdf/c0393ef3-2ea1-455a-ab64-2271c41fd9d4> (online: 10.06.2017 r.)

(7,2%) i Luksemburgu (8,8%), Danii, Niemiec i Szwecji (wszystkie 9,3%). W Polsce w 2015 r. wskaźnik NEET kształtował się nieco powyżej średniej UE (17,3%), na poziomie 17,6%⁶²,

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu młodzieży w polityce społecznej

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu jest obecnie jednym z najważniejszych zagadnień i celów europejskiej polityki społecznej. W dokumentach Komisji Europejskiej, w Strategii Zrównoważonego Rozwoju, dokumencie przyjętym w 2001 r. po Traktacie Lizbońskim, wskazano, że to „człowiek jest najważniejszym czynnikiem rozwoju – kapitałem ludzkim”, a ograniczanie wykluczenia społecznego i wszelkie formy przeciwdziałania temu zjawisku są priorytetem celów Wspólnoty⁶³. W latach 2005-2010 konkretne działania podejmowane w celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu młodzieży regulowała i nakreślała *Narodowa Strategia Integracji Społecznej*⁶⁴ (NSIS) przyjęta na lata 2005-2010. Wyzwania i priorytety polityki społecznej w zakresie przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu na lata 2008-2010 określono w Krajowym Planie Działań na rzecz Integracji Społecznej, będącym częścią Krajowego Programu „Zabezpieczenie Społeczne i Integracja Społeczna” na lata 2008-2010. Cele polityki społecznej sformułowano w postaci trzech priorytetów⁶⁵:

1. Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci;
2. Integracja przez aktywizację społeczną i zawodową osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
3. Rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

W „Krajowym programie wdrażania europejskiego roku walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym 2010” działania szczegółowe adresowane były do dwóch grup społecznych:

- dzieci i młodzieży (największe zagrożenie ubóstwem – w 2005 r. spośród dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat aż 26% znajdowało się poniżej 60% mediany dochodu ekwiwalentnego, podczas gdy średnia dla UE 25 wyniosła 19%;

⁶² *Young people and NEETs In Europe, op. cit.*, pp. 1-4.

⁶³ *Projekt wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu Komisji i Rady towarzyszącego komunikatowi Komisji w sprawie rocznej analizy wzrostu gospodarczego na 2016 r.*, Bruksela 2015, s. 43.

⁶⁴ *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, op. cit.*

⁶⁵ *Krajowy Program Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008-2010*, Warszawa 2008.

- osób starszych (zagrożonych wykluczeniem społecznym, również w kontekście zagadnień starzenia się społeczeństwa i konieczności zapewnienia usług wysokiej jakości).

W polityce edukacyjnej Unii Europejskiej do 2010 r. w ramach priorytetu: „Dostęp do coraz bardziej powszechnego i jakościowo wyrównanego systemu edukacji na każdym poziomie” założono osiągnięcie bardzo ambitnych wskaźników upowszechnienia i jakościowej poprawy kształcenia. Do 2010 r. zaplanowano realizację następujących celów:

- obniżenie wskaźnika uczniów wcześniej zaprzestających nauki szkolnej (*school leavers*) do 10%,
- wzrost odsetka osób w wieku 22 lat z wykształceniem średnim (do 85%),
- spadek wskaźnika 15-latków osiągających najniższe wyniki w czytaniu i rozumieniu tekstu (wg testu PISA) do 20 % w porównaniu ze wskaźnikiem z 2000 r.,
- zmiana struktury kształcenia, w tym wzrost przynajmniej o 15% ogólnej liczby absolwentów matematyki, nauk ścisłych i technicznych przy zmniejszeniu przewagi mężczyzn nad kobietami na tych kierunkach,
- wzrost do 12,5% wskaźnika udziału osób będących w wieku produkcyjnym (25-64 lata) w kształceniu ustawicznym⁶⁶.

UE wspiera zatrudnienie młodych ludzi, ich szanse na zatrudnienie oraz włączenie społeczne, zwłaszcza w swoim programie na rzecz zatrudnienia, wzrostu i inwestycji, strategii „Europa 2020” oraz poprzez finansowanie takich programów unijnych, jak Erasmus+, EFS i Inicjatywa na rzecz zatrudnienia ludzi młodych. Ponadto UE koordynuje i uzupełnia działania państw członkowskich poprzez ramy europejskiej współpracy na rzecz młodzieży, zgodnie z art. 6 i 165 TFUE⁶⁷. Określone zadania UE i państw członkowskich dotyczą:

- stwarzania większych, a przy tym równych szans wszystkim młodym ludziom w dziedzinie edukacji i na rynku pracy oraz
- promowania aktywności obywatelskiej, włączenia społecznego i solidarności wszystkich młodych ludzi⁶⁸.

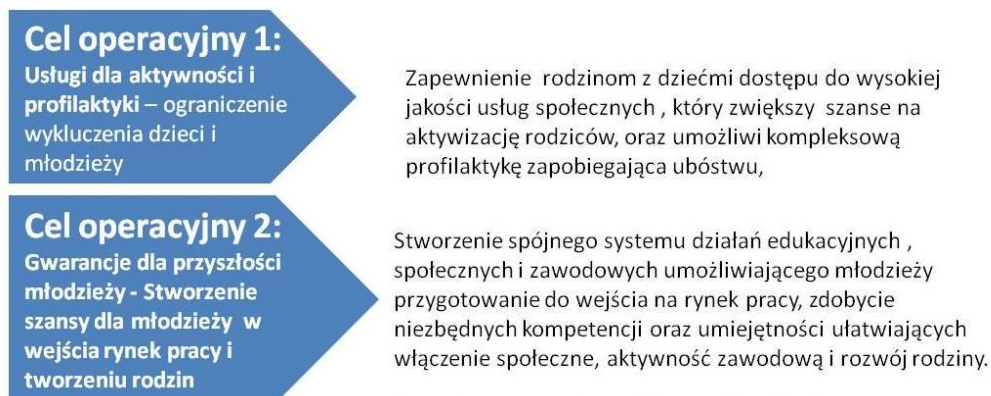
Skoordynowane działania polityki społecznej Polski na rzecz rozwoju kraju, w tym na rzecz walki z ubóstwem, zostały zawarte w dokumentach

⁶⁶ *Narodowa Strategia Integracji, op. cit., s.63.*

⁶⁷ Traktat o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej 2012/C 326/01 (Dz.Urz. C 326, 26/10/2012 P. 0001-0390).

⁶⁸ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: *Projekt wspólnego sprawozdania Rady i Komisji na rok 2015 w sprawie realizacji odnowionych ram europejskiej współpracy w dziedzinie młodzieży (2010-2018)*, Bruksela 2015, s. 2-3.

odnoszących się do strategii „Europa 2020”. W założeniach jednego z nich: „Krajowego Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”, odniesienia do problemu ekskluzji społecznej młodzieży zostały sformułowane w celach operacyjnych nr 1 i 2 (zob. rysunek 1)⁶⁹.



Rysunek 1. Cele operacyjne dotyczące kategorii młodzieży określone w ramach „Krajowego Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”

Źródło: *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu, op. cit., s. 45.*

Program gwarancji dla młodzieży to reforma strukturalna szybko wdrażana na terenie całej UE dzięki bezprecedensowemu połączeniu czynników, takich jak ważny impuls polityczny, znaczne środki finansowe w ramach *Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych* i Europejskiego Funduszu Społecznego oraz skuteczne mechanizmy kontroli na poziomie unijnym. Typowe przykłady ofert gwarancji dla młodzieży obejmują:

1. zatrudnienie na otwartym rynku pracy (subsydiowane lub nie), samozatrudnienie wspierane przy pomocy dotacji na tworzenie nowych przedsiębiorstw i dotacji celowych;
2. możliwości edukacyjne, m.in. szkolenia zawodowe, ponowne włączenie do konwencjonalnego systemu edukacji, kursy pomostowe wspierające ponowne włączenie, edukację drugiej szansy;
3. przygotowanie zawodowe;
4. staże⁷⁰.

Wśród adresatów programu gwarancji dla młodzieży wyróżniono cztery podgrupy:

⁶⁹ *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu, op. cit., s. 45.*

⁷⁰ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: *Gwarancja dla młodzieży i inicjatywa na rzecz zatrudnienia ludzi młodych trzy lata później*, Bruksela 2016, s. 5-6.

- osoby w wieku 15-17 lat przedwcześnie kończące naukę, osoby zaniedbujące obowiązek szkolny (do 16. roku życia) lub obowiązek nauki (do osiągnięcia 18. roku życia);
- osoby w wieku 18-29 lat pozostające poza zatrudnieniem, edukacją i szkoleniem (NEET), w tym osoby wymagające szczególnego wsparcia, tj. oddalone od rynku pracy, ze środowisk defaworyzowanych, z obszarów wiejskich;
- osoby w wieku 18-29 lat zarejestrowane jako bezrobotne, w tym również zarejestrowani studenci studiów zaocznych i wieczorowych;
- bezrobotna młodzież oraz poszukujący pracy absolwenci szkół i uczelni w okresie 48 miesięcy od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania tytułu zawodowego, w wieku 18-29 lat.

Osoby w wieku 15-17 lat przedwcześnie kończące naukę, zaniedbujące obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, zagrożone wykluczeniem społecznym, mające problemy z odnalezieniem się na rynku pracy i usamodzielnieniem, kierowane są do Ochotniczych Hufców Pracy (OH). Udzielają one wsparcia związanego z podjęciem nauki, udziałem w szkoleniach, kursach zawodowych oraz nabywaniem elementarnych kompetencji społecznych. Zakres wsparcia udzielany drugiej z grup NEET (w wieku 18-29 lat) ma charakter standardowy lub pogłębiony/kompleksowy. Wsparcie standardowe kierowane jest do nieuczącej się i niepracującej młodzieży, dotyczy aktywizacji zawodowej w obszarze rynku pracy. Ten rodzaj pomocy polega na zdiagnozowaniu sytuacji zawodowej i osobistej jednostki. Wyniki diagnozy służą do przygotowania adekwatnych form wsparcia. Standardowo oferowane są następujące formy:

1. pośrednictwo pracy i w zakresie organizacji staży i praktyk;
2. poradnictwo zawodowe i informacja zawodowa (forma indywidualna i grupowa);
3. nauka aktywnego poszukiwania pracy (zajęcia aktywizacyjne, warsztaty z zakresu umiejętności poszukiwania pracy, konsultacje indywidualne)⁷¹.

Polityka wspierania zatrudnienia ludzi młodych i działania na rzecz obniżenia wskaźnika kategorii NEET jest realizowana przez kraje członkowskie, dotyczy wielotorowych działań na rzecz poprawy jakości oferty edukacyjnej i szkoleniowej w celu łatwiejszego przechodzenia „od kształcenia do zatrudnienia”. W Niemczech po zmianie przepisów zostało wdrożone „wspierane kształcenia zawodowego”, co pozwala na monitorowanie sytuacji młodych ludzi oraz świadczenie usług dla przedsiębiorstw zaangażo-

⁷¹ S. Sacyńska-Sokół, *Rekomendacje w zakresie wspierania osób młodych znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy w województwie podlaskim*, Białystok 2016, s. 17-19.

wanych w szkolenie młodych ludzi znajdujących się w niekorzystnym położeniu. We Francji od końca 2014 r. realizowany jest kompleksowy plan na rzecz ograniczenia zjawiska przedwczesnego kończenia nauki. Odbywa się to w ramach programu, w którym zagrożonym uczniom w wieku 15 lat lub więcej oferuje się „indywidualną ścieżkę kształcenia zawodowego” łączącą normalną naukę szkolną z aktywnościami pozaszkolnymi. Ponadto osobom przedwcześnie kończącym naukę, w wieku między 16 a 25. rokiem życia przyznano prawo do ponownego podjęcia nauki szkolnej lub kształcenia zawodowego.

Jeśli chodzi o Polskę, to zrealizowała one działania zmierzające do zapewnienia praktyk dla studentów w dużych przedsiębiorstwach oraz w administracji publicznej. W ramach programu „Gwarancje dla Młodzieży” podjęto starania w celu szerszego zaangażowania partnerów społecznych, szczególnie pracodawców, we współpracę z instytucjami edukacyjnymi i szkoleniowymi oraz wzmacniania powiązań między systemami kształcenia i potrzebami rynku pracy. Dania realizuje od 2015 r., poprzez kompleksową reformę systemu szkolenia zawodowego, między innymi w celu ograniczenia zjawiska przedwczesnego kończenia nauki, promowania popularności kształcenia zawodowego oraz tworzenia dodatkowych możliwości przyuczania do zawodu. W Bułgarii do ustawodawstwa wprowadzono zmiany dotyczące oferowania staży; trwają też prace nad lepszym dostosowaniem programów nauczania do potrzeb rynku pracy. W Austrii główny nacisk w polityce ds. młodzieży położono również w dużym stopniu na edukację, w tym na reformy szkolenia zawodowego i szkolnictwa wyższego, aby ułatwić przechodzenie od kształcenia do życia zawodowego. Reforma ustawy o szkoleniu zawodowym ma na celu dalszą poprawę systemu przyuczania do zawodu oraz podniesienie jego jakości. Włochy zatwierdziły reformę szkolnictwa, która promuje korzystanie z praktyk i koncentruje się na współpracy z przedsiębiorstwami⁷².

Wiele państw członkowskich zintensyfikowało swoje wysiłki na rzecz wspierania wczesnej aktywizacji młodzieży NEET i dotarcia do młodych ludzi najbardziej oddalonych od rynku pracy. Na początku 2015 r. Łotwa, Finlandia, Portugalia i Rumunia przeprowadziły wspólnie z Komisją Europejską działania mające na celu zwiększenie świadomości młodzieży NEET na temat możliwości oferowanych przez program gwarancji dla młodzieży i zachęcanie tejże młodzieży do zgłaszania się do uczestniczących podmiotów w celu skorzystania ze wsparcia. Portugalia utworzyła szeroką sieć partnerów, by zwiększyć skuteczność dotarcia do młodzieży NEET. Ponad-

⁷² *Projekt wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu Komisji i Rady towarzyszącego komunikatowi Komisji w sprawie rocznej analizy wzrostu gospodarczego na 2016 r.*, Bruksela 2015, ss. 43-44.

to uruchomiono platformę internetową dotyczącą gwarancji dla młodzieży, na której młodzież NEET może się indywidualnie zarejestrować i być automatycznie przekierowywana do publicznych służb zatrudnienia, do sieci EURES lub ośrodków kwalifikacji i szkoleń zawodowych. W Szwecji na gminy nałożono od stycznia 2015 r. znacznie większą odpowiedzialność za interwencje w dziedzinie młodzieży NEET. Bułgaria zainicjowała ogólnokrajowy program „Aktywizacja osób nieaktywnych zawodowo”, aby skłonić zniechęconą młodzież NEET do zarejestrowania się w urzędach pracy i objąć ją szkoleniem lub pomóc jej ponownie podjąć naukę; program ten obejmuje również wyznaczenie romskich mediatorów. Jako jeden z elementów kompleksowego rejestru zasobów ludzkich, Chorwacja opracowała w 2015 r. system śledzenia młodzieży NEET, by w ten sposób zapanować nad zwiększającą się liczebnością tej kategorii młodzieży⁷³.

Podsumowanie

Jak wynika z zaprezentowanych w rozdziale danych, skala ekskluzji społecznej młodzieży w ostatnich latach jest znaczna – dotyczy 1/3 obywateli UE w wieku 15-29 lat oraz 1/4 polskich nastolatków do 17. roku życia. Analiza uwarunkowań i możliwych rozwiązań problemu wykluczenia społecznej młodzieży w obszarze edukacji i pracy pokazuje złożoność problemu. Doświadczenia z edukacji (począwszy od edukacji wczesnoszkolnej) stanowią podstawowe fundamenty dla całego cyklu życia osoby. W szczególności zaniechanie przedwczesnego kończenia nauki, bariery w dostępie do edukacji, a następnie problemy na rynku pracy wpływają na zdolność młodych osób do zapewnienia komfortowych warunków życia, korzystania z kulturalnego i politycznego udziału⁷⁴. Niepokojącym zjawiskiem jest wzrost kategorii NEET. Mimo obniżenia wskaźników dotyczących przedwczesnego kończenia nauki szkolnej w większości krajów, osoby w wieku 15-24 lata nie uczące się, nie przygotowujące do zawodu, nie pracujące stanowią populację znaczących rozmiarów (23,6% – dane za rok 2015)⁷⁵.

Mimo aktywnie realizowanej polityki, zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach członkowskich UE, potrzeba jest prowadzenia dalszych wielotorowych działań w sposób ciągły na rzecz przeciwdziałania ekskluzji społecznej młodzieży. Znaczna część populacji młodzieży zagrożonej eks-

⁷³ Projekt wspólnego, *op. cit.*, s. 45.

⁷⁴ *Youth Social Exclusion and Lessons from Youth Work* – Report produced by the Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA), Bruksela 2012, s. 12

http://eacea.ec.europa.eu/youth/tools/documents/social_exclusion_and_youth_work.pdf

⁷⁵ News releases – Eurostat – European Commission: Education, employment, p. 1.

kluzją żyje w regionach zmarginalizowanych i ubogich, co utrudnia im korzystanie z podstawowych praw i zagraża ich przyszłości. W podejmowanych działaniach aktywizacyjnych konieczne jest uwzględnienie kontekstu lokalnego i indywidualizacji działań (uwzględniających oczekiwania i możliwości jednostki). Istnieje potrzeba jeszcze większego zaangażowania samorządów lokalnych, międzysektorowej współpracy instytucji i organizacji lokalnych na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej młodzieży.

Istnieje również konieczność prowadzenia dalszych pogłębionych badań w obszarze wykluczenia społecznego młodzieży. Główny kierunek badawczy powinien dotyczyć regionalnej specyfiki ekskluzji społecznej, w tym przyczyn i konsekwencji, jej dynamiki, zasięgu oraz obszarów implikujących szczególną potrzebę skutecznego przeciwdziałania ekskluzji społecznej młodzieży.

2 WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W KONTEKŚCIE CHOROBY ALKOHOLOWEJ W RODZINIE

Słowa kluczowe: wykluczenie społeczne, alkoholizm, rodzina alkoholowa, DDA, współuzależnienie.

Wprowadzenie

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna to fundament dla kształtowania określonych postaw, zachowań i norm społecznych. Środowisko rodzinne, w którym obecny jest problem uzależnienia od alkoholu charakteryzuje się dysfunkcjonalnością, bowiem nie zaspokaja w stopniu optymalnym nawet najbardziej podstawowych funkcji i zadań jakie wynikają z faktu bycia rodziną. Do funkcji tych należy między innymi zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, przewidywalności, miłości i troski, wypełnianie obowiązków opiekuńczo-wychowawczych, kształtowanie prawidłowych postaw społecznych, a także przekazywanie tradycji i wdrażanie do życia społeczno-kulturalnego. Wypełnianie tych zadań warunkuje prawidłowy rozwój i wzrost poszczególnych członków rodziny, który pozwala na ich harmonijne uczestniczenie w życiu społecznym.

Rodzina z problemem uzależnienia nie wypełnia tych zadań właściwie. Często potrzeby pojedynczych osób są pomijane, a ich prawa i granice łamane. Tym samym problem uzależnienia od alkoholu jednej osoby w rodzinie może stanowić podwalinę dla wykluczenia z życia społecznego, nie tylko osoby uzależnionej, ale też wszystkich pozostałych osób w niej żyjących. Opis tego zjawiska poddano analizie. Ponadto przedstawiono problematykę alkoholizmu oraz jego wpływu na system rodzinny i osoby żyjące w tym systemie w kontekście zagrożenia jakim jest wykluczenie społeczne. Poprzez analizę mechanizmów choroby alkoholowej, opisano ujemne rezultaty doświadczane nie tylko przez osobę pijącą, ale i cały system rodzinny, które w konsekwencji mogą powodować wykluczenie społeczne. Przedmiot rozważań stanowi też opis niektórych form i strategii przeciwdziałania problemowi uzależnienia oraz negatywnych skutków, jakie generuje w życiu całej rodziny, i które w konsekwencji mogą zapobiegać występowaniu problemu wykluczenia społecznego.

Wykluczenie społeczne a problem uzależnienia w rodzinie

Wykluczenie społeczne stanowi jedno z podstawowych zagrożeń społecznych. Nasiloną skalą tego zjawiska wymaga podejmowania działań zmierzających do jego ograniczania i eliminowania, dlatego zapobieganie i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu jest aktualnie jednym z priorytetowych celów polityki społecznej prowadzonej w Europie¹.

Pojęcie „wykluczenie społeczne” jest określane inaczej jako marginalizacja i oznacza wykluczenie z udziału w życiu społecznym. Inną nazwą, używaną zamiennie dla tego zjawiska, jest określenie „wyłączenie społeczne”, które stanowi przeciwieństwo „włączenia”, rozumianego jako partycypacja i inkluzja społeczna. W takim rozumieniu wykluczenie społeczne oznacza życie poza nawiasem praw i przywilejów społeczeństwa i jest efektem procesu wynikającego z oczekiwań i doświadczeń życiowych człowieka, nadających mu określone miejsce w strukturze społecznej².

Przyczyny wykluczenia społecznego zwykle upatrywane są w deficytach ludzkich zachowań, takich jak wyuczona bezradność³, nadmierne przywiązanie do wsparcia m.in. w formie zasiłków instytucji pomocowych, powielanie przez kolejne pokolenia wzorów biednego życia i niezaradności oraz zachowań odbiegających od normy⁴ i uznawanych za dewiacje społeczne⁵. Za zachowania odbiegające od normy uznaje się między innymi ubóstwo, bandytyzm, prostytutkę, a także narkomanię i alkoholizm⁶. Fundamentalnym podłożem dla rozwoju wymienionych zachowań jest środowisko rodzinne, które stanowi podstawowy wzór do kształtowania prawi-

¹ *Problemy wykluczenia społecznego – wybrane problemy*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, Opole 2010, http://www.rops-opole.pl/pobierz/projekt-pradziad/Problemy_wykluczenia_spolecznego-wybrane_aspekty_PL.pdf, ss. 5-6 (online: 3.05.2017).

² M. Jarosz, *Obszary wykluczenia w Polsce* [w:] Jarosz M. (red.), *Wykluczeni. Wymiar społecznym materialny i etniczny*, PAN, Warszawa 2008, ss. 8-10.

³ K. Przełowiecka, *Zjawisko wyuczonej bezradności u klientów instytucji pomocy społecznej – przyczyny, konsekwencje, możliwości przeciwdziałania* [w:] M. Piorunek (red.), *Pomoc – Wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Adam Marszałek, Toruń 2010, s. 204.

⁴ L. Frąckiewicz, *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2005, s. 11.

⁵ J. Grotowska-Leder, *Ekskluzja społeczna – aspekty teoretyczne i metodologiczne* [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Społeczna ekskluzja i inkluzja. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, AKAPIT, Toruń 2005; A. Kotlarska-Michalska, *Przyczyny i skutki marginalizacji w Polsce* [w:] K. Marzec-Holka, (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, AKAPIT, Bydgoszcz 2005.

⁶ J. Błuszkowski, *Paradoksy normalności i dewiacji* [w:] M. Karwat (red.), *Paradoksy polityki*, ELIPSA, Warszawa 2005.

dłowych postaw i zachowań społecznych. Rodzina, w której jeden z jej członków uzależniony jest od alkoholu, funkcjonuje w sposób niezgodny z ogólnie przyjętymi normami i zasadami życia społecznego i tym samym może stanowić podatny grunt dla procesu wykluczenia społecznego⁷. Alkoholizm jest chorobą mającą wpływ na wszystkie osoby w rodzinie. Aby sobie z tą chorobą poradzić, bliscy alkoholika wytwarzają schematy destruktywnych zachowań⁸, które w rezultacie rozwoju choroby, ciężko im potem przewyciężyć i które mogą stanowić przyczynę ich alienacji⁹. Już samo przywołanie myśli czy wyobrażenia o tym, w jaki sposób funkcjonuje rodzina, w której obecny jest problem uzależnienia od alkoholu może budzić duży lęk i powodować stres. Nie dziwi zatem fakt, że życie w takim domu generuje przykre wspomnienia i pozostawia trwałe ślady w psychice, które mogą utrudniać lub wręcz uniemożliwiać przynależność do różnych grup społecznych. Obok osób bezdomnych, niepełnosprawnych, chorych psychicznie, długotrwale bezrobotnych, opuszczających zakłady poprawcze i karne, czy będących członkami mniejszości narodowych, osoby uzależnione oraz ich bliscy, stanowią grupę narażoną w największym stopniu na wykluczenie społeczne.

Uzależnienie od alkoholu

Alkoholizm to choroba przewlekła i postępująca, która rozwija się latami, czyniąc ogromne spustoszenie i szkody, zarówno w organizmie czy psychice osoby uzależnionej, jak i w jej życiu oraz otoczeniu.

Alkohol jest substancją spożywaną przez znaczną część społeczeństwa. Wiele osób, które po niego sięga, nie doświadcza związanych z tym problemów, czy tragicznych następstw. Niektórzy jednak, na jakimś etapie swojego życia zauważają, że picie staje się ryzykowne i powoduje liczne problemy, więc podejmują decyzję o ograniczeniu lub zaprzestaniu picia. Nie zawsze udaje im się zrobić to samodzielnie. Niektórzy potrafią ograniczyć picie lub całkowicie z niego zrezygnować, bez niczyjej pomocy, jednak wiele osób odkrywa, że aby przestać pić, potrzebuje profesjonalnej pomocy. Problemy związane z pićem rozwijają się stopniowo, często przez wiele miesięcy czy lat, przy czym zwykle najpierw to ocenie je zauważa. Rodzina, przyjaciele, znajomi zaczynają się niepokoić tym, co dzieje się z osobą uzależnioną, jednak ona sama często jeszcze wtedy zdaje się nie dostrzegać

⁷ K. Faliszek, *Bezrobocie i alkoholizm drogą do wykluczenia społecznego – praca socjalna szansą na drogę z powrotem?*, „Wychowanie na co Dzień” 2010, nr 10/11, ss. 16-20.

⁸ W. Sztander, *Pułapka współuzależnienia*, IPZiT, Warszawa 2006.

⁹ *Problemy wykluczenia społecznego – wybrane problemy*, op. cit.

problemu¹⁰. Dzieje się tak, ponieważ termin „alkoholik” przybiera charakter stygmatu społecznego i „ludzie mają tendencję do niedopuszczania tego do świadomości i często długo znoszą przykre konsekwencje nadmiernego picia, zanim przyznają, że coś jest z nimi nie tak, lub zgodzą się na to określenie. W efekcie podejmują działania dopiero wtedy, gdy ich problemy stają się naprawdę poważne”¹¹.

Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu

Kryteria diagnostyczne służące do diagnozy uzależnienia od alkoholu ulegają ciągłym transformacjom i są stale aktualizowane w odniesieniu do szerszego spektrum zachowań osób pijących. Zespół uzależnienia, zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych ICD-10¹² obowiązującą w krajach Europy, definiowany jest jako całokształt zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w którym przeważają aspekty związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych. Podstawę dla rozpoznania uzależnienia stanowi stwierdzenie wystąpienia przynajmniej trzech cech lub objawów przez dłuższy okres, w ciągu ostatniego roku:

1. Silne, niepohamowane pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu.
2. Trudności z zachowaniem kontroli związanej z ilością wypijanego alkoholu, czasem i okolicznościami rozpoczęcia i zakończenia picia.
3. Występowanie stanu odstawienia, przejawiającego się albo w postaci zespołu abstynencyjnego, który pojawia się po przerwaniu i zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu, albo przez użycie alkoholu w celu zmniejszenia lub zniesienia objawów odstawienia.
4. Istnienie tolerancji, objawiającej się zmniejszeniem doznań fizycznych po użyciu tej samej dawki, co poprzednio lub koniecznością jej zwiększenia dla uzyskania podobnego stanu (np. wypijanie większej ilości alkoholu lub tej samej ilości o zwiększonej mocy działania na organizm).
5. Zmiana zainteresowań – zaniedbywanie lub utrata istotnych dotychczas, alternatywnych wobec alkoholu, źródeł przyjemności i aktywności związanej z posiadanymi zainteresowaniami; zwiększanie czasu przeznaczonego na zdobywanie, przyjmowanie i odwracanie skutków picia.

¹⁰ W.R. Miller, R.F. Munoz, *Picie kontrolowane*, PARPA, Warszawa 2006, s. 3.

¹¹ *Ibidem*.

¹² T.B. Ustun, A. Bertelsen, H. Dilling, i in., *ICD-10 – Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych*, American Psychiatric Press, Inc, Gdańsk 1999.

6. Uporczywe spożywanie alkoholu pomimo wyraźnych dowodów, że jego zażywanie jest szkodliwe, bo doprowadza do chorób wątroby czy serca¹³.

Z kolei, zgodnie z obowiązującą najnowszą klasyfikacją zaburzeń psychicznych DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ATP)¹⁴, aby zdiagnozować zaburzenie związane z używaniem alkoholu¹⁵, muszą wystąpić co najmniej dwa objawy, które przez dłuższy okres utrzymywały się w ciągu ostatniego roku. Do objawów tych zalicza się:

1. Używanie większych ilości alkoholu przez okres dłuższy niż zamierzony.
2. Problemy z kontrolą – występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania picia alkoholu.
3. Poświęcanie dużej ilości czasu na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, spożywania go lub odwracania efektów jego działania.
4. Doświadczanie głodu alkoholowego – odczuwanie pragnienia lub silnej potrzeby picia alkoholu.
5. Uchylenie się od obowiązków – powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu ważnych podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu.
6. Pogorszenie relacji interpersonalnych – kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
7. Ograniczenie innych zajęć – porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu.
8. Lekceważenie zagrożeń fizycznych – powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
9. Lekceważenie ostrzeżeń psychologicznych/medycznych – kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
10. Zmiana tolerancji na alkohol – potrzeba wyraźnego zwiększania ilości wypijanego alkoholu w celu osiągnięcia upojenia lub pożądanego efektu bądź wyraźne zmniejszenie działania alkoholu, przy wypijaniu tej samej ilości.

¹³ Por. L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Scholar, Warszawa 2015, ss. 211-212.

¹⁴ *Kryteria diagnostyczne z DSM-5 – desk reference*, American Psychiatric Association, Edra, Wrocław 2015, ss. 225-226.

¹⁵ A. Jakubczyk, *Uzależnienie i nadużywanie alkoholu a zaburzenie związane z używaniem alkoholu – czym różnią się między sobą kryteria diagnostyczne DSM-IV i DSM-5?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 3, s. 15.

11. Objawy abstynencyjne (odstawienne) – występowanie objawów, takich jak: drżenie rąk, nudności lub wymioty, nadmierne pocenie, bezsenność, niepokój, zaburzenia widzenia i czucia czy pobudzenie psychoruchowe, rozwijających się w ciągu kilku godzin lub dni po zaprzestaniu picia (lub zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu) i sięganie po alkohol w celu zmniejszenia tych dolegliwości¹⁶.

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych, a do takich bez wątplenia należy alkohol, wpływa na procesy psychiczne i zachowanie człowieka, zmieniając na pewien czas jego świadomość. Ciągłe zażywanie alkoholu wytwarza w organizmie tolerancję, która powoduje potrzebę zwiększania dawki alkoholu dla osiągnięcia tego samego efektu. Wystąpienie tolerancji wiąże się z uzależnieniem fizjologicznym. Jest to proces, w którym organizm przystosowuje się do alkoholu i uzależnia od niego. Rezultatem tolerancji i uzależnienia jest nałóg, który objawia się odczuwaną potrzebą obecności alkoholu w organizmie, natomiast w przypadku jego braku powoduje przykre objawy charakterystyczne dla zespołu abstynencyjnego (dreszcze, wymioty, mdłości, poty, a nawet śmierć). Jeśli dodatkowo pojawia się poczucie i przekonanie, że picie alkoholu stanowi źródło odczuwanej satysfakcji i przyjemności i w związku z tym osoba odczuwa niepoahamowane pragnienie spożywania go, oznacza to, że doszło także do uzależnienia psychicznego. W efekcie styl życia osoby uzależnionej stopniowo ulega trwałym przeobrażeniom, gdyż skoncentrowany jest głównie wokół alkoholu, a zdolność do normalnego funkcjonowania, również w obrębie pełnionych ról społecznych, ulega znacznemu osłabieniu czy ograniczeniu¹⁷.

Fazy uzależnienia od alkoholu

Choroba alkoholowa rozwija się stopniowo i zanim dojdzie do uzależnienia, a następnie do degradacji i rozkładu życia społecznego oraz zdrowia, osoba pijąca przechodzi przez określone stadia¹⁸.

Za prekursora rozumienia choroby alkoholowej jako chorobę postępującą według określonego wzorca uznawany jest E. Morton Jellinek. W oparciu o prowadzone badania osób uzależnionych należących do wspólnoty Anonimowych Alkoholików, wyróżnił on i opisał w 1952 r., cztery fazy uzależnienia od alkoholu: faza picia towarzyskiego, faza ostrzegawcza, faza

¹⁶ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, ss. 439-431.

¹⁷ P.G. Zimbardo, R.J. Gerring, *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 2014, s. 213.

¹⁸ L. Cierpiątkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.

krytyczna i faza chroniczna¹⁹.

Faza picia towarzyskiego trwa od kilku miesięcy do około dwóch lat oraz charakteryzuje się sięganiem po alkohol w wyniku motywacji o podłożu społecznym. Oznacza to, że osoba pije przede wszystkim dla towarzystwa i doświadcza przy tym stanu odprężenia i redukcji napięcia psychicznego. Zwiększanie częstotliwości picia wpływa na wzrost tolerancji na alkohol, co powoduje, że osoba pije coraz więcej, systematycznie zwiększając dawki. Proporcjonalnie do wzrostu tolerancji na alkohol, obniża się zdolność znoszenia napięć psychicznych i radzenia sobie z nimi w inny sposób, niż przy użyciu alkoholu. Przyszły alkoholik, choć uzależniony jeszcze nie jest, zaczyna dostrzegać związek pomiędzy alkoholem, a złudnym doświadczaniem ulgi po jego spożyciu i uznaje ten sposób za dobrą i skuteczną metodę sprzyjającą radzeniu sobie w sytuacjach, którym towarzyszy zwiększone napięcie psychiczne²⁰.

Faza ostrzegawcza trwająca od pół roku do pięciu lat, stanowi stadium zwiastujące chorobę. Występują tu sygnały ostrzegawcze, które sygnalizują problem. Osoba pijąca doświadcza stanów niepamięci zdarzeń po spożyciu niewielkiej ilości alkoholu, które stanowią przerwy w jej życiorysie. Na tym etapie pojawia się chciwość alkoholu wynikająca z wciąż podnoszącej się tolerancji na alkohol i uzależnienia psychicznego. Pijący odczuwa zwiększone łaknienie alkoholu, które ma prowadzić do uzyskania stanu odprężenia i ulgi. Coraz częściej inicjuje okazje sprzyjające picciu, a na przyjęcia i spotkania towarzyskie przychodzi pod wpływem alkoholu. Zaczyna ukrywać przed otoczeniem narastający problem związany z picciem i zdarzają się incydenty spożywania alkoholu w samotności. Na tym etapie jego bliscy i znajomi zauważają, że pije dużo, ale nie wzbudza to jeszcze takich obaw, jakie będą pojawiały się w kolejnych stadiach rozwoju choroby. Przyszły alkoholik zauważa, że jego picie staje się niebezpieczne i zaczyna doświadczać poczucia winy. Aby poradzić sobie z tym przykrym stanem, używa racjonalizacji i zaprzeczania, szukając usprawiedliwień dla swojego picia i zniekształcając oraz pomniejszając rozmiary problemu. Chętniej wybiera towarzystwo osób pijących, aby utwierdzić się w przekonaniu, że prowadzony przez niego styl życia, nie stanowi problemu²¹.

Faza krytyczna rozpoczyna się z chwilą utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu i może trwać od kilku do kilkunastu lat. Pojawia się głód alkoholowy odczuwany jako przymus picia alkoholu oraz trudności w kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu i zakończeniu picia. Pijący nie jest w stanie przestać pić, kiedy już zacznie. Potrafi jeszcze decydować o momen-

¹⁹ Za: J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, PARPA, Warszawa 1996, ss. 70-71.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, *op. cit.*, s. 211.

cie i okolicznościach rozpoczęcia picia, więc udaje mu się zachować pewne okresy abstynencji. Z czasem jednak okresy niepicia znacznie się skracają, a okresy picia wydłużają. Na tym etapie następuje znaczny wzrost tolerancji na alkohol. Organizm domaga się przyjmowania coraz większych dawek. Pijący w sposób widoczny dla otoczenia zmienia swoje dotychczasowe nawyki. Głównym źródłem jego zainteresowań staje się alkohol i zdobycie środków na jego zakup, co generuje konflikty. Zachowanie pijącego powoduje niepokój otoczenia, które zaczyna wywierać na nim coraz liczniejsze naciski. Osoba pijąca zaczyna składać obietnice dochowania abstynencji, aby udowodnić zarówno sobie, jak i bliskim, że nie ma problemu z alkoholem²².

W efekcie udaje jej się nie pić, jednak stan trzeźwości zwykle nie trwa długo, a picie z reguły nie kończy się po jednym kieliszku. Ponieważ próby odstawienia alkoholu okazują się nieskuteczne, coraz częściej musi tłumaczyć się bliskim i znajomym ze swoich destruktywnych zachowań. W rezultacie w alkoholiku narasta frustracja, która przejawia się w agresji względem bliskich. Relacje społeczne stopniowo pogarszają się. Ponieważ coraz trudniej jest mu powstrzymać się od picia, zdarza się, że pije w miejscu pracy lub przychodzi do pracy w stanie nietrzeźwym czy na kacu. Często zachowania te powodują utratę zaufania i mogą powodować problemy w pracy. Aby zagłuszyć swoje wyrzuty sumienia i poradzić sobie z utratą szacunku do siebie, pijący uruchamia system zaprzeczeń i racjonalizacji przyczyn oraz skutków własnych zachowań alkoholowych. Alkoholik zaprzecza problemowi na rozmaite sposoby. Często oskarża rodzinę lub znajomych o to, że dostarczają mu powodów do picia. Celem niedopuszczenia do własnej świadomości faktu picia i krzywdzenia swoich bliskich twierdzi, że jego picie niczym nie różni się od picia innych osób, a ponieważ wybiera towarzystwo osób preferujących picie, porównując się do nich, zaprzecza problemowi. Zupełnie zdaje się pomijać fakt, że wielu ludzi nie pije i prowadzi całkiem odmienny tryb życia. Często zaprzecza też własnej odpowiedzialności za przemoc, której dopuścił się na bliskich będąc pod wpływem alkoholu. Twierdzi wówczas, że nie odpowiada za czyny krzywdzące ponieważ nie był sobą w czasie ich dokonywania. Nie dostrzega swojej odpowiedzialności za podjęcie decyzji o picciu, którego efektem była przemoc. Innym rodzajem zaprzeczania jest zaprzeczanie częstotliwości i intensywności oraz minimalizowanie. Alkoholik stara się pomniejszać rozmiary problemu picia. Twierdzi, że nie pije tak dużo lub tak często, jak inni, co ma dowodzić jego nieskazitelności²³. W fazie tej mogą mieć miejsce pierwsze

²² J. Mikuła, *Gdy picie staje się problemem*, PARPA, Warszawa 2006.

²³ D. Dyjakon, *Przemoc domowa. Czy można wybaczyc i być razem?*, Difin, Warszawa 2016, ss. 95-97.

pobyty w szpitalu związane z pićm i pogarszającym się stanem zdrowia pijącego. Fizyczny przymus picia pogłębia się. Moment, w którym osoba zaczyna sięgać po alkohol nawet niedługo po przebudzeniu, stanowi informację o przejściu przez niego do kolejnej fazy²⁴.

Faza przewlekła charakteryzuje się potrzebą spożywania alkoholu od samego rana, co przejawia się odczuwaniem tak zwanego „kaca giganta”. Występują ciągi picia polegające na funkcjonowaniu w długotrwałym stanie zatrucia alkoholem. Bycie na rauszu stanowi codzienny i nieodzowny element prawie każdego dnia. Pijący obraca się już niemal jedynie w kręgu osób o podobnych upodobaniach. Zmienia krąg społeczny. Grono jego znajomych ogranicza się już głównie do osób pijących. Coraz częściej uczestniczy w libacjach alkoholowych, odwiedza speluny i knajpy. Stopniowo spychany jest na margines życia społecznego. Niemalże cały swój czas poświęca piciu i organizowaniu środków na jego zakup. Ponieważ na tym etapie problem znacząco się pogłębił, najczęściej doszło do utraty pracy, jeśli dotychczas udawało się ją utrzymać. Utrata pracy generuje problemy finansowe. Pijący zaczyna popadać w ogromne długi, często traci rodzinę²⁵, majątek i dach nad głową w wyniku czego może znaleźć się na ulicy²⁶. Brak środków na zakup alkoholu może skłaniać go do kradzieży, wyłudzeń czy oszustw. Dopuszcza się przestępstw i wykroczeń, a wszystko to czyni tylko po to, aby realizować swój alkoholowy scenariusz. Tolerancja na alkohol gwałtownie się obniża i mimo silnego pragnienia, alkoholik nie jest w stanie wypijać dużych ilości alkoholu. Sięga po napoje niekonsumpcyjne. Może wypijać denaturat, perfumy lub inne preparaty na bazie alkoholu. Nawet po małej dawce alkoholu doświadcza ośpienia. W chwilach trzeźwości miewa trudność lub niemożność wykonywania nawet najprostszych codziennych czynności. Ma problemy z koordynacją i koncentracją. Zaczyna odczuwać liczne dolegliwości fizyczne i doświadczać zaburzeń psychicznych. Organy wewnętrzne przestają prawidłowo funkcjonować²⁷. Alkoholik traci na wadze²⁸. Prześladowają go lęki, omamy, halucynacje i zaburzenia snu²⁹. Wzrasta fizyczne zapotrzebowanie organizmu na alkohol, a psychiczne maleje. Na tym etapie choroby, pijącemu trudno już zaprzeczać

²⁴ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć*, op. cit., s.71.

²⁵ S. Bębas, *Alkoholizm jako przyczyna patologii życia rodzinnego*, „Wychowanie na co Dzień”, 2008, nr 10/11, ss. 37-42.

²⁶ B. Włodawiec, *Skąd się biorą bezdomni?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2005, nr 3, ss. 10-12.

²⁷ H. Cichosz-Lach, *Nadużywanie alkoholu a alkoholowa choroba wątroby*, „Alkoholizm i Narkomania”, 2008, nr 1, ss. 55-62.

²⁸ A. Brytek, *Substancje psychoaktywne a zaburzenia odżywiania*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2010, nr 3, ss. 21-24.

²⁹ A. Jakubczyk, *Zaburzenia snu u osób uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 2009, nr 2, ss. 143-159.

problemowi, którego doświadcza. Stopniowo porzuca silnie dotąd uruchamiany i stosowany system racjonalizacji i zaprzeczeń i dopuszcza do świadomości fakt swojej choroby³⁰. Jest to czas, w którym otwiera się przed nim możliwość skorzystania z terapii³¹. Jeśli nie wykorzysta tego momentu i nie zrezygnuje z picia, efektem jego decyzji będzie dalsza degradacja społeczna, ekonomiczna i zdrowotna, co w efekcie doprowadzi go do śmierci. Decyzja o abstynencji lub podjęciu terapii jest możliwa również we wcześniejszych stadiach choroby, jednak z uwagi na aktywnie stosowany w nich system racjonalizacji i zaprzeczeń, pijący najczęściej nie podejmuje takiej decyzji³².

Alkoholizm a wykluczenie społeczne

Jak wynika z przedstawionego modelu rozwoju choroby alkoholowej, dwie pierwsze fazy: picia towarzyskiego i ostrzegawcza, mają charakter czysto objawowy. Dopiero kolejne fazy: krytyczna i chroniczna, wiążą się z postępującym rozwojem alkoholizmu i stanowią podstawę do diagnozy choroby, ponieważ wówczas występuje większość objawów, rozumianych jako kryteria służące rozpoznaniu uzależnienia, tj. utrata kontroli, głód alkoholowy czy zespół abstynencyjny. Należy zauważyć, że pierwsze fazy prowadzące do rozwoju choroby nie powodują jeszcze wykluczenia społecznego. Przeciwnie, charakterystyczna jest wówczas nawet ekspansja kontaktów społecznych. Przyszły alkoholik potrafi być duszą towarzystwa i inicjatorem imprez. Grono jego znajomych stopniowo ulega transformacjom. Towarzystwo osób niepijących lub spożywających alkohol w niewielkich ilościach, zastępuje obecność osób preferujących mocniejszy alkoholowy styl życia. Zagrożenie wykluczeniem społecznym wzrasta z kolei w krytycznej fazie choroby, a w fazie przewlekłej staje się faktem³³. Osoba uzależniona, w wyniku swojego pijaństwa, traci pracę i staje się osobą bezrobotną, w efekcie nie ma środków niezbędnych do utrzymania i egzystencji, co nieraz prowadzi do bezdomności. Pijaństwo i chęć pozyskania środków na alkohol, generują konflikty z prawem. Alkoholik wszczyna kłótnie, awantury, posuwa się do kradzieży. Powoduje przerażenie, strach i niepewność u partnera i dzieci. Ponieważ zaniedbuje i krzywdzi swoich bliskich³⁴, następuje także rozkład jego stosunków z rodziną, a często nawet całkowite zerwanie

³⁰ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia, op. cit.*, s. 212.

³¹ E. Kalinowska, *Droga alkoholika do decyzji o leczeniu*, „Świat Problemów”, 2011, nr 5, ss. 29-32.

³² J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć, op. cit.*, s. 71.

³³ K. Faliszek, *Bezrobocie, op. cit.*, ss. 16-20.

³⁴ J. Mellibruda, *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, IPZ PTP, Warszawa 2009.

tych kontaktów. Wskutek uszkodzeń mózgu spowodowanych spożyciem alkoholu, doświadczają stanów charakterystycznych dla chorób psychicznych (halucynacje, urojenia, psychozy). W wyniku swojego uzależnienia, generuje przykre dla siebie i innych następstwa, takie jak: zaburzenia psychiczne, ubóstwo, bezrobocie, czy degradacja życia rodzinnego. Zatem picie alkoholu samo w sobie nie powoduje jeszcze wykluczenia społecznego. Dopiero efekty tego picia, ujawniające się w postaci konkretnych patologicznych zachowań i prowadzących do określonych konsekwencji, takich jak kłamstwa, kradzieże czy awanturniczy styl życia, sprawiają, że alkoholik stopniowo schodzi na margines życia społecznego³⁵, ponieważ styl jego życia stanowi odstępstwo od zachowań uznawanych za normę w naszym społeczeństwie.

Alkoholizm jako choroba całej rodziny

Alkoholizm to choroba całej rodziny. Obok wymienionych negatywnych skutków i konsekwencji, jakie ponosi osoba uzależniona i które przyczyniają się do jej wykluczenia społecznego, choroba ta powoduje także spustoszenie w życiu osób znajdujących się w bezpośredniej bliskości z alkoholiczkiem. „Alkoholizm niesie właściwe sobie i łatwe do przewidzenia stesy, które oddziałują na rodzinę i wywołują specyficzne zaburzenia. Choroba czyni alkoholika tak ułomnym, że staje się on niezdolny do prawidłowego spełniania swojej roli i zaspokajania potrzeb rodziny. Aby uzupełnić ten brak i podtrzymać swoje zastępcze funkcjonowanie, rodzina zaczyna stosować zastępcze środki zaradcze – wynajduje własne sposoby na przetrwanie. Przystosowuje się do nowego systemu funkcjonowania i zaczyna być od niego zależna. Wśród wszechogarniającego chaosu i zagubienia, system ten pozwala uchronić rodzinę od rozpadu. Jej członkowie rozwijają w sobie nową inwencję i moc, które umożliwiają im przetrwanie mimo kryzysu spowodowanego alkoholizmem. Ale metody przetrwania nie kładą kresu chorobie i przynoszą zaledwie chwilową ulgę w cierpieniu. Zwykle zachowania podtrzymujące funkcjonowanie rodziny pogłębiają i utrwalają problem alkoholowy. Rozwój uzależnienia i towarzyszący mu proces rozpadu rodziny nie zostaną zatrzymane, dopóki rodzina nie nauczy się nowych sposobów reagowania na stres wynikający z alkoholizmu”³⁶.

Rodzina z problemem alkoholowym to taka rodzina, w której przynajmniej jedna z osób uzależniona jest od alkoholu i która przez swoje destruk-

³⁵ R. Szarfenberg, *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne* [w:] M. Firlit-Fesnak, G. Szyłko-Skoczny (red.) *Polityka społeczna*, PWN, Warszawa 2007.

³⁶ M. Miller, T.T. Gorski, *Rodzina uzdrowiona*, Akuracik, Warszawa 1996, s. 23.

tywne picie, powoduje liczne problemy życiowe, finansowe i emocjonalne u pozostałych członków rodziny. Każda rodzina wytwarza swój własny indywidualny wzorzec i styl funkcjonowania wyznaczany przez przekazywane i przyjęte w niej normy, tradycje i zwyczaje. Jak pisze W. Sztander: „Każda rodzina wydeptuje swoje własne ścieżki porozumiewania się, przeżywania, załatwiania wspólnych spraw, łączenia się w koalicje, po coś lub przeciw komuś. (...) W jednym domu posiłki spożywa się z namaszczeniem o stałych porach, w innym każdy oddzielnie zjada byle co na jednej nodze. W jednej rodzinie dzieci są ośrodkiem życia rodzinnego i wszystko wokół nich się obraca, w innej są jedynie dodatkiem do ważnych spraw dorosłych. (...) Rodziny z problemem alkoholowym także nie są produktem żadnej formy. Jednak podobnie jak w przypadku indywidualnego uzależnienia, gdzie można wskazać na pewne wspólne wzorce zachowań, czy choćby fazy rozwoju choroby, tak też w przypadku rodziny z problemem alkoholowym można znaleźć typowe reakcje osób żyjących z alkoholikiem, najczęstsze wzory radzenia sobie z trudnościami, a nawet można wyróżnić fazy przystosowania się do życia w rodzinie alkoholowej”³⁷.

Charakterystyka systemu rodzinnego z problemem uzależnienia od alkoholu

Już w latach 80. ubiegłego wieku, przedmiot zainteresowań i badań znawców tematu stanowiły zachowania osób żyjących w bezpośredniej bliskości z osobą uzależnioną³⁸. Ukuto wówczas nowe pojęcie „współuzależnienie”, które funkcjonuje w literaturze przedmiotu do dziś. Określenie to miało definiować osoby przejawiające zaburzony wzorzec zachowań w relacji z osobą uzależnioną³⁹. „Współuzależnioną jest osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby”⁴⁰. Obsesyjność ta przejawia się w natręctwie przytłaczających i wciąż powracających myśli o osobie uzależnionej. „Ryzykując nadmierne uproszczenie, moglibyśmy powiedzieć, że człowiek uzależniony to ktoś, kogo nęka przymus używania środków chemicznych, natomiast osoba współuzależniona ma obsesję na punkcie używania tych środków przez uzależnio-

³⁷ W. Sztander, *Poza kontrolą*, PARPA, Warszawa 2006, ss. 28-29.

³⁸ Za: C. Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, Salwator, Kraków 2006, s. 22.

³⁹ E. Miturska, Destrukcyjne schematy osobiste w terapii współuzależnienia, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2010, nr 5, ss. 13-17.

⁴⁰ M. Beattie, *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Media Rodzina, Poznań 1994, s. 53.

nego oraz konieczności kontrolowania go”⁴¹. Współzależnienie rozwija się wprost proporcjonalnie do choroby alkoholowej⁴² i stopniowo sieje spustoszenie zarówno w psychice współzależnionego, jak i w wymiarze jego społecznego funkcjonowania. Współzależnioną może stać się każda z osób żyjąca w bezpośredniej bliskości z alkoholikiem, niezależnie od swojego wieku, stopnia pokrewieństwa czy łączących ją relacji z osobą uzależnioną⁴³. Dzieje się tak, ponieważ życie z osobą uzależnioną generuje ogromne pokłady stresu o charakterze chronicznym, który wynika między innymi z nieprzewidywalności zachowań osoby pijącej. Aby przetrwać w tak trudnej relacji, każda z osób może doświadczać ciągłego niepokoju, lęku i chronicznego strachu i w efekcie wytworzyć mechanizm nadmiernej czujności⁴⁴. Z. Sobolewska współzależnienie opisuje jako globalną adaptację stanowiącą sposób przystosowania się, zależny od tego jakiej sytuacji się doświadczyło⁴⁵.

W rodzinie, w której co najmniej jedna z osób pije nadmiernie, pojawia się wiele problemów ujawniających się w postaci występowania określonych zjawisk, do których zalicza się:

1. *Brak otwartości*. W związku z odczuwanym wstydem lub uczuciem zażenowania. O problemach związanym z pićciem bliskiej osoby nie rozmawia się szczerze albo wcale. Są one ukrywane przed światem zewnętrznym. Również w rodzinie nie rozmawia się o nich otwarcie.
2. *Zaniedbywanie obowiązków przez osobę pijącą*. Alkoholik nie wypełnia swojej roli, nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Pozostali członkowie rodziny odczuwają w związku z tym złość i doznają frustracji, przejmując jednocześnie jego zadania.
3. *Nierównomierność odpowiedzialności*. Alkoholik stopniowo zrzuca z siebie odpowiedzialność, natomiast jego bliscy biorą jej na siebie coraz więcej.
4. *Brak zaufania*. Osoba pijąca świadomie izoluje się od innych i ukrywa, tuszując rzeczywiste rozmiary problemu związanego ze swoim pićciem, aby uniknąć wyrzutów, pretensji i oskarżeń, co powoduje zarówno rosnący dystans, jak i utratę zaufania.

⁴¹ Za: A.J. Twerski, *Uzależnione myślenie – analiza samooszukiwania*, IPZ PTP, Warszawa 2001, s. 16.

⁴² W. Klimczak, *Przemoc w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] K. Pujer (red.), *Rodzina polska w drugiej dekadzie XXI wieku – ze szczególnym uwzględnieniem zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*, Exante, Wrocław 2016, s. 68.

⁴³ M. Beattie, *Współzależnienie. Przewodnik dla nowego pokolenia*, Media Rodzina, Poznań 2011, ss. 13-29.

⁴⁴ J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga do odnalezienia samego siebie*, IPZ PTP, Warszawa 1994, s. 115.

⁴⁵ Por. Z. Sobolewska, *W poszukiwaniu koncepcji współzależnienia*, „Świat Problemów” 1996, nr 1-2, ss. 4-10.

5. *Brak wzajemności.* Pijący coraz bardziej koncentruje się na sobie, staje się egocentryczny i nieczuły na potrzeby innych.
6. *Bezsilność.* Podejmowane przez rodzinę wielokrotne próby kontrolowania alkoholika poprzez ukrywanie alkoholu, opróżnianie butelek, czy usiłowanie zatrzymania go w domu, aby nie poszedł się napić, okazały się nieskuteczne. W konsekwencji pojawia się silne napięcie i poczucie braku efektywności działań odczuwane jako bezradność.
7. *Napięcie w związku z brakiem możliwości zmiany sytuacji i trudnością przystosowania się do istniejących okoliczności.* Ponieważ alkoholik przejawia szereg nieprzewidywalnych zachowań, u jego bliskich pojawia się wzmożona czujność związana z ciągłym wyczekiwaniem na realizację najgorszych scenariuszy.
8. *Zatarcie granic.* Osoba pijąca konsekwentnie unika odpowiedzialności za swoje picie, obarczając nią swoje otoczenie. Zacierają się więc granice odpowiedzialności za problemy rodziny. Członkowie rodziny odczuwają poczucie winy i współczucie względem alkoholika. Obwiniają się za jego picie.
9. *Występowanie mechanizmów obronnych u osoby współuzależnionej.* Pojawia się lęk o przyszłość rodziny, o zdrowie i los alkoholika oraz wstyd i zażenowanie. Towarzyszą im trudności z realną oceną rzeczywistości. Bliscy alkoholika zaprzeczają istniejącemu problemowi.
10. *Kłamstwa mające na celu ochronę alkoholika i interesów rodziny jako całości.* Są to zachowania, w których bliscy alkoholika okłamują na przykład jego pracodawcę, że nie pojawił się w pracy ponieważ leży chory, podczas kiedy jest po prostu pijany. W konsekwencji zacierają się granice pomiędzy światem rzeczywistym a fikcyjnym. Dodatkowo kłamstwa te stwarzają alkoholikowi komfort picia, gdyż nie musi się on przejmować konsekwencjami wiedząc, że bliscy go wytłumaczą przed szefem.
11. *Utrata wiary w siebie.* W związku z nieustającymi manipulacjami oraz zaprzeczeniami stosowanymi przez pijącego, członkowie rodziny zaczynają wątpić we własną zdolność w zakresie adekwatnej oceny rzeczywistości. Ponieważ alkoholik zaprzecza nawet najbardziej oczywistym faktom, u jego bliskich z czasem następuje spadek zaufania do samego siebie, zmniejszone poczucie pewności i wiary we własne możliwości.
12. *Napięcie emocjonalne.* Sfera emocjonalna osób z otoczenia pijącego obfituje w całą gamę ujemnych emocji, takich jak złość i bezradność, wstyd, poczucie krzywdy i poczucie winy, dla których wentylem są kłótnie i awantury. Ponieważ emocje te nie są jednak rozładowywane

konstruktywnie, regularnie i adekwatnie, kumulują się w postaci silnie odczuwanego napięcia⁴⁶.

Dysfunkcjonalność rodziny alkoholowej

Rodzina jest systemem, w którym panuje określona struktura, w którym obowiązują określone reguły i która dąży do homeostazy⁴⁷. Na system ten składają się wszystkie osoby żyjące w rodzinie. Aby system mógł funkcjonować prawidłowo, każda z osób ma do wypełnienia określone zadania i funkcje wynikające z pełnionych ról⁴⁸. Do podstawowych zadań i funkcji rodziny należy m. in. zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych, społecznych i emocjonalnych wszystkich jej członków. Jeśli potrzeby te są zaspokajane, rodzina wypełnia swoje funkcje. W takiej sytuacji określa się rodzinę mianem funkcjonalnej. Jeżeli natomiast funkcje te nie są wypełniane lub ich wypełnianie nosi znamiona zaniedbania, czy wyrządzanych krzywd, rodzina uznawana jest za dysfunkcjonalną⁴⁹.

Na konieczność postrzegania rodziny jako systemu⁵⁰, które może pomóc lepiej zrozumieć koncepcję alkoholizmu rozumianego jako choroba całej rodziny, zwrócili uwagę Br. Robinson i L. Rhoden: „Przypuśćmy, że chcemy się dowiedzieć, jak funkcjonuje układ sercowo-naczyniowy. Możemy pójść do laboratorium medycznego, zlokalizować serce i prowadzące do niego naczynia krwionośne, potem poddać je dokładnej sekcji i zbadać. W ten sposób dowiemy się czegoś o zasadach budowy układu sercowo-naczyniowego, o tym, że serce ma cztery komory i pewną liczbę zastawek. Nadal jednak nie wiemy, jak działają te komory i zastawki, ponieważ to serce nie bije. Jedynie badając, jak układ sercowo-naczyniowy funkcjonuje w żyjącym człowieku, zobaczymy w jaki sposób komory i zastawki pompują krew do wszystkich zakątków ciała. Nie możemy na przykład przekonać się, co dzieje się z sercem podczas biegu, nie widząc układu sercowo-naczyniowego w jego powiązaniu z całym organizmem. Takie holistyczne podejście pozwala stwierdzić, że podczas biegu mięśnie potrzebują więcej tlenu niż w stanie spoczynku, i że serce bije szybciej, by im tego tlenu dostarczyć. Inaczej mówiąc bieg wpływa na cały organizm, a jego sposób funkcjonowania musi ulegać zmianom, aby się odpowiednio przystosować. Tak samo

⁴⁶ J. Mikuła, *Konsekwencje związku z osobą uzależnioną od alkoholu. Współzależnienie*, PARRA, Warszawa 2006, ss. 7-10.

⁴⁷ H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 75.

⁴⁸ M. Płopa, *Psychologia rodziny – teoria i badania*, Impuls, Kraków 2015, s. 15.

⁴⁹ J. Bradshaw, *Zrozumieć*, op. cit., ss. 80-113.

⁵⁰ G. Corey, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 509.

wygląda sprawa w rodzinie alkoholowej. Żaden z członków rodziny nie może być rozumiany w odłączeniu od innych członków tego systemu rodzinnego. Żadna z konkretnych dynamik rodziny nie może zostać zrozumiana bez ogólnego rozeznania pojęcia dynamiki systemu rodzinnego. Rodzina musi być spostrzegana jako rzeczywistość złożona, ponieważ każdy jej członek, jako część funkcjonującego systemu, jest niezależny od innych członków rodziny. Specjaliści nie dowiedzą się, co się dzieje z dzieckiem alkoholika, jeżeli nie zrozumieją wewnętrznych współzależności w całym układzie rodzinnym. Trzeba patrzeć na rodzinę kompleksowo, gdyż każdy z jej członków, jako część funkcjonującego układu, zależny jest od innych. Gdy rodzina współdziała ze sobą, by funkcjonować nienagannie, jakakolwiek zmiana w części tej rodziny wywoła również zmiany w innych jej częściach. Rodzinny układ zawsze będzie dążył do stanu równowagi. Rodziny alkoholowe zmieniają swój sposób funkcjonowania usiłując się przystosować do drastycznej zmiany zachowania alkoholika. Gdy alkoholik wypada z normalnego rytmu, cała rodzina traci równowagę i musi zmienić sposób funkcjonowania, aby przetrwać⁵¹. Pijący nie wypełnia bowiem swojej roli rodzica. Wciąż pochłonięty piciem i trzeźwieniem lub zdobywaniem środków na zakup alkoholu czy tuszowaniem skutków swojego picia, zaniedbuje rodzinę. Aby utrzymać równowagę, jego zadania przejmują inne osoby z rodziny – partner lub dziecko.

Fazy przystosowania się do życia w rodzinie alkoholowej

Choroba alkoholowa rozwija się etapami. Osoba pijąca stopniowo przechodzi z jednej fazy do kolejnej, pogłębiając repertuar destruktywnych i patologicznych zachowań i zsuwając się tym samym na margines życia społecznego. Ponieważ jest to choroba całej rodziny, jej symptomy przejawiają się także w zmianach ujętych jako fazy przystosowania się do życia w rodzinie z problemem alkoholowym wyodrębnione przez J. Jackson⁵². Dzięki poznaniu tych faz, możliwe staje się dokonanie wglądu w aktualną sytuację rodziny, jak też zrozumienia tego, co rodzina już przeszła oraz przewidywania, co jeszcze może ją czekać, aby w efekcie móc temu zapobiegać:

Faza 1. Zaczynają się incydenty nadmiernego picia, które choć są sporadyczne, stanowią źródło napięć w relacjach rodzinnych. Członkowie rodziny podejmują próby interwencji, które jednak okazują się nieskuteczne w obliczu oporu osoby pijącej. Pijący stosuje liczne wymówki, usprawiedli-

⁵¹ B.R. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 2008, ss. 48-50.

⁵² Za: W. Sztander *Poza*, *op. cit.*, ss. 44-45.

wienia i obietnice, kategorycznie zaprzeczając obecności problemu. Bliscy mogą być zdezorientowani i doświadczać wątpliwości, czy ich przypuszczenia odnośnie problemu są słuszne zwłaszcza, że okresy abstynencji u pijącego mogą być jeszcze względnie długie.

Faza 2. Osoba pijąca zwiększa ilość wypijanego alkoholu. Wzrasta też częstotliwość picia, a wraz z nią rośnie izolacja rodziny od świata zewnętrznego. Coraz więcej zachowań i myśli pojawiających się u bliskich pijącego, koncentruje się wokół picia. Zauważalny jest wzrost napięcia oraz pretensji, co skutkuje pogarszaniem się relacji małżeńskich i rodzinnych oraz występowaniem zaburzeń emocjonalnych u dzieci⁵³. Podejmowane są też próby utrzymania struktury życia rodzinnego w niezminionej postaci i tuszowania negatywnych konsekwencji picia, poprzez zaprzeczanie istniejącym problemom.

Faza 3. Rodzina rezygnuje z prób sprawowania kontroli nad zachowaniami alkoholowymi i osiąganiem innych, bardziej odległych celów. Zaczyna koncentrować się głównie na tym, co mogłoby pomóc w zmniejszeniu odczuwanego doraźnego napięcia. Kończą się próby podtrzymywania złudzeń dotyczących wypełniania przez pijącego podstawowych ról wynikających z bycia rodzicem czy małżonkiem. W rezultacie zaburzenia u dzieci w obrębie zachowania i emocji stają się bardziej zauważalne.

Faza 4. Jest to moment, w którym jedna z osób w rodzinie (na ogół żona lub najstarsze dziecko), podejmuje kontrolę nad życiem rodzinnym i zaczyna traktować alkoholika jak krnąbrne, duże dziecko. Przeżywane wcześniej złość i wrogość, manifestujące się pretensjami, zostają zastąpione litością oraz silnymi uczuciami opiekuńczymi.

Faza 5. Partner osoby uzależnionej zaczyna odseparowywać się od nadal pijącego alkoholika i z czasem następuje rozstanie. Działania żony koncentrują się w tej fazie przede wszystkim na rozwiązywaniu rozmaitych problemów społecznych, emocjonalnych i finansowych, związanych z rosnącą determinacją do ucieczki od problemów alkoholowych i osoby uzależnionej włącznie. Ponieważ w tej fazie, choroba alkoholowa może mieć już wymiar przewlekły, fizyczne rozstanie może też nastąpić przez śmierć alkoholika.

Faza 6. Członkowie rodziny dokonują reorganizacji swojego życia i zaczynają prowadzić własne życie bez osoby uzależnionej. Przejawia się to w uczeniu się samodzielności, rozstawania się z pretensjami i nierealnymi oczekiwaniami, które mogłyby podtrzymać więź z osobą uzależnioną.

Faza 7. Alkoholik osiąga ewentualnie stabilną abstynencję i rodzina stara się ponownie zorganizować życie rodzinne, włączając trzeźwiejącego

⁵³ J. Czado, *Problemy emocjonalne dzieci z rodzin z uzależnieniem alkoholowym*, „Kwartalnik Edukacyjny”, 2011, nr 2, ss. 43-56.

alkoholika. Podejmowane są kolejne próby radzenia sobie z problemami, nasilanymi często przez trudności emocjonalne ponownego przystosowywania się i przeszkody środowiskowe⁵⁴.

Oczywiście nie każda rodzina alkoholowa przejdzie przez wszystkie te fazy w identyczny sposób. Nie każda osoba uzależniona decyduje się bowiem na podjęcie abstynencji. Ponadto czasem, nawet mimo podjętej abstynencji, ogrom wyrządzonych wcześniej przez alkoholika krzywd, może powodować, że zaistnienie fazy siódmej, nie będzie możliwe do zrealizowania⁵⁵. Nie mniej wzorzec przystosowywania się do życia w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu, zwykle przebiega bardzo podobnie.

Sytuacja dziecka w rodzinie alkoholowej

Jak podają Robinson i Rhoden, wraz z postępowaniem alkoholizmu, cała rodzina również staje się coraz bardziej chora. Wszystko obraca się wokół uzależnionego rodzica. To jego zachowanie decyduje o sposobie komunikacji pozostałych członków rodziny, w tym ze światem zewnętrznym. Co więcej, zdaniem tych samych autorów każdy z członków „rodziny przystosowuje się do zachowania osoby uzależnionej, przyswajając sobie wzory zachowań powodujące możliwie jak najmniejszy stres. Sposób funkcjonowania całej rodziny ulega przesunięciu i pogarsza się w miarę, jak rodzina stara się zrównoważyć następstwa choroby. Alkoholizm rodziców stanowi sekret zarówno wewnątrz rodziny, jak i na zewnątrz. Dzieci muszą uczestniczyć w grze rodzinnej, negującej fakt, że jedno z rodziców pije, dzieci alkoholików mogą przetrwać poprzez ukrywanie problemów ich rodziców, udając, że wszystko jest normalne i próbują unikać sytuacji, w której prawda mogłaby zostać odkryta. W reakcji na chorobę alkoholową, członkowie rodziny nieświadomie spełniają role, które pozwalają zneutralizować skutki zachowania alkoholika i sprawiają, że rodzina funkcjonuje nadal”⁵⁶. S. Wegscheider-Cruse wyróżniła cztery podstawowe role pełnione przez dzieci żyjące w rodzinie alkoholowej: Bohater, Kozioł ofiarny, Maskotka i Niewidzialne dziecko⁵⁷.

Bohater. Za wszelką cenę próbuje utrzymać rodzinę razem. Najczęściej rolę tę pełni najstarsze dziecko lub chłopiec. Często przejmuje obowiązki osoby dorosłej, opiekuje się młodszym rodzeństwem, gotuje, sprząta. Nie-

⁵⁴ W. Sztander, *Poza, op. cit.*, ss. 44-45.

⁵⁵ J. Wawerska-Kus, *Picie się kończy – zaczynają się inne problemy*, „Świat Problemów”, 2014, nr 7, ss. 10-15.

⁵⁶ B.R. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc, op. cit.*, s. 51.

⁵⁷ S. Wegscheider-Cruse, *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, IPZ PTP, Warszawa 2000, ss. 87-143.

sie ciężar poczucia winy i ogromnej odpowiedzialności za to, co dzieje się w domu. Dziecko to często odnosi wiele sukcesów zarówno w szkole, jak i w innych dziedzinach, stając się przy tym źródłem dumy oraz podziwu dla swoich rodziców.

Kozioł ofiarny. Ma zapewnić pozytywne samopoczucie rodzinie, która może zrzucić na niego odpowiedzialność za wszelkie doświadczane problemy. Jest to dziecko, które często źle się uczy, zachowuje się w sposób nieodpowiedzialny, przynosząc swoim zachowaniem kłopoty i problemy. Celem i powodem pełnienia tej roli jest chęć odwrócenia uwagi od rzeczywistych problemów rodziny. Generując problemy sprawia, że wszyscy koncentrują się na nim, zapominając o tym, gdzie tkwi faktyczny problem.

Maskotka. Jej zadaniem jest dbanie o dobry nastrój i humor rodziny. Jest to dziecko, które bierze na siebie ciężar odpowiedzialności za stany emocjonalne swoich bliskich. Wszelkimi sposobami stara się być miłe i przyjazne. Pomimo napięcia, jakie mu towarzyszy, podejmuje się pocieszenia zmartwionych rodziców i rodzeństwa czy udobruchania alkoholika. Ponieważ inni szybko odkrywają, że maskotka cieszy się większą przychylnością alkoholika, niż pozostali członkowie rodziny, w rezultacie często bywa wykorzystywana do załatwiania interesów rodzeństwa czy drugiego rodzica.

Niewidzialne dziecko. Zachowuje się tak, jakby go nie było. Sprawia wrażenie nieśmiałego i wycofanego. Jego głównym celem jest funkcjonowanie w taki sposób, aby nie zwracać na siebie uwagi otoczenia. Nie marudzi, nie narzeka, nie ma żądań, próśb ani oczekiwań. Zwykle pozostaje z boku, co przejawia się niskimi umiejętnościami społecznymi⁵⁸.

W sytuacji, gdy jedno z rodziców nie wypełnia właściwie lub wcale swojej roli, wówczas któreś z dzieci zaczyna ją wypełniać⁵⁹. Nie ma przy tym znaczenia, czy powodem zaniedbania jest alkoholizm, nieobecność czy też choroba rodzica. Gdy w rodzinie występuje deficyt sukcesu, dziecko będzie pełniło rolę bohatera. Jeśli brakuje osoby, która weźmie na siebie ciężar niepowodzeń i problemów rodziny, stanie się kozłem ofiarnym⁶⁰. Kiedy zajdzie potrzeba rozładowywania nagromadzonych napięć za pomocą żartów, odegra rolę maskotki. Pełnione role są bowiem odpowiedzią na niespakiwane potrzeby w rodzinie przez osoby dorosłe. Zachowania charakterystyczne dla tych ról, stanowią objaw dysfunkcji. Objawy te mogą wskazywać, że dziecko przeżywa kryzysy wynikające z trudnej domowej sytuacji związanej z alkoholizmem i można je zaobserwować już nawet w okre-

⁵⁸ M. Kucińska, *Bohater, maskotka, niewidzialne dziecko* [w:] *Gdzie się podziało moje dzieciństwo – o dorosłych dzieciach alkoholików*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2015, ss. 44-48.

⁵⁹ S. Foward, *Toksyczni rodzice – jak się uwolnić od bolesnej spuścizny i rozpocząć nowe życie*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016, s. 91.

⁶⁰ M. Kucińska, *Bohater, maskotka*, *op. cit.*, ss. 44-48.

sie wieku przedszkolnego. A. Widera-Wysoczańska do symptomów tych zalicza między innymi ciągle zmęczenie dziecka lub ospałość, koszmary nocne i problemy ze snem, zachowania regresywne, ciągły brak apetytu lub zaburzenia jedzenia, trudności w dostosowywaniu się do zmian i lęk przed nieznanym, zabawa w izolacji oraz odgrywanie alkoholowych scen w zabawie, nadmierna aktywność, kłopoty z utrzymywaniem uwagi i koncentracją oraz wszelkie widoczne zmiany w zachowaniu dziecka⁶¹. Jak pisze M. Kucińska, okres dzieciństwa stanowi kluczowy okres dla rozwoju naszej tożsamości. Dziecko musi przejść od symbiotycznej do niezależnej relacji z rodzicami, zdobywając po drodze umiejętności służące do przetrwania i czerpania z życia radości, szczęścia i spełnienia.

W rodzinie, w której są zaspakajane emocjonalne potrzeby dziecka i innych członków oraz, w której panują jasne zasady i reguły, dzieci mają szansę rozwinąć spójną i stabilną tożsamość, też umiejętność takiego współżycia z ludźmi, które pozwoli im realizować siebie. W rodzinie alkoholowej wygląda to inaczej. W sytuacji permanentnego kryzysu związanego z ciągłym nadużywaniem alkoholu przez matkę czy ojca, przetrwanie systemu rodzinnego nie jest takie oczywiste. Cała rodzina staje w obliczu konieczności przystosowania się do sytuacji, gdy co najmniej jedno z rodziców nie realizuje potrzeb rodziny, na przykład w związku ze swoją nieobecnością fizyczną lub emocjonalną niedostępnością. Kryzys trwa zazwyczaj wiele lat. Rodzina alkoholika żyje w chronicznym stresie. Dzieci są świadkami wielu kłótni i awantur. Obserwują, jak rodzice wyrządzają sobie krzywdę. Nieraz same doświadczają agresji z ich strony, co wpływa niekorzystnie na ich postrzeganie siebie i świata. Otoczenie percypowane jest przez nie jako zagrażające i nieprzewidywalne, a najbliższe osoby, które powinny być wsparciem i obrońcami, stają się agresorami. Dziecko widzi i przeżywa siebie jako osobę bezsilną. Doświadczając zaniedbania emocjonalnego, czuje się opuszczone i samotne, co w konsekwencji prowadzi do zaniżenia poczucia własnej wartości i przekonania o własnej bezwartościowości⁶².

Jak przedstawia J. Bradshaw, dziecko żyjące w rodzinie alkoholowej ma do czynienia z wieloma formami zaniedbania. Oprócz fizycznej nieobecności rodzica, doświadczają ono także zaniedbania podstawowych, zdrowych, naturalnych, narcystycznych potrzeb. Dziecko jest opuszczone i samotne. Nie ma nikogo, kto odzwierciedliłby uznanie dla jego wyjątkowości i nie ma nikogo, od kogo dziecko mogłoby być zależne. Dziecko zwraca się zatem do swojego wnętrza, gdzie wytwarza wyobrażoną więź z rodzicami, idealizując ich oraz zaprzeczając doznany za ich sprawą krzywdom. Ko-

⁶¹ Por. A. Widera-Wysoczańska, *Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika* [w:] *Gdzie, op. cit.*, ss. 11-13.

⁶² Por. M. Kucińska, *Dorośle Dzieci Alkoholików* [w:] *Gdzie, op. cit.*, ss. 33-34.

lejną formą zaniedbania jest przemoc wobec dziecka. W rodzinach alkoholowych spotkać można wszystkie rodzaje nadużyć. Ponieważ alkohol obniża hamulce i niszczy regulację pomiędzy myśleniem i ekspresją, w rodzinach alkoholowych nieraz dochodzi do fizycznych, seksualnych i emocjonalnych nadużyć. Ponadto, rodziny alkoholowe są poważnie splątane. Splątanie jest natomiast kolejną drogą prowadzącą do zaniedbywania dzieci. Im bardziej alkoholowe małżeństwo przypomina pułapkę, tym bardziej dzieci zostają „złapane” w zaspokajanie potrzeb obojga rodziców, a także potrzeb całego systemu rodzinnego związanych z utrzymywaniem równowagi⁶³. „W rodzinach alkoholowych dyscyplina jest modelowana przez niezdiscyplinowanych dyscyplinowaczy. Zasady toksycznej pedagogiki oferują wygodne usprawiedliwienie dla tak zwanej dyscypliny. Bardzo mało jest w tym prawdziwej dyscypliny. Pochodzi ona najczęściej z irytacji i wściekłości rodziców na własne życie, doświadczane problemy i brak umiejętności skutecznego radzenia sobie z nimi. W większości przypadków dyscyplina ta nie ma nic wspólnego z dzieckiem, tzn. nie wiąże się z jego zachowaniem i nie pomaga mu się rozwijać. Kary zdarzają się często i zwykle są niespójne. Rodzice modelują niekonsekwencję. Wszystko to razem sprawia, że dziecko, które potrzebuje od rodziców czasu, uwagi i ukierunkowania, przez co najmniej pierwszych piętnaście lat swojego życia nie dostaje tego. Jest ono zaniedbywane. Zaniedbanie leży u źródeł kompulsywności. Ponieważ dzieci potrzebują swoich rodziców cały czas i nie zostają zaspokojone ich potrzeby, stają się one niczym filiżanki, które mają w środku dziurę. Wyrastają i mają ciała dorosłych ludzi. Wyglądają jak dorośli ludzie, mówią jak dorośli ludzie, ale wewnątrz nich jest nienasycone małe dziecko, którego potrzeby nigdy nie zostały zaspokojone. Ta dziura w duszy jest paliwem kompulsywności. Taka osoba szuka wciąż więcej, więcej i więcej miłości, uwagi, pochwał, alkoholu, pieniędzy itp.”⁶⁴.

Zaniedbania i nadużycia z dzieciństwa, stanowią jedno z podstawowych przyczyn, które stanowią barierę w stawaniu się człowiekiem dojrzałym, zdolnym żyć pełnią życia i nadawać swemu życiu sens⁶⁵ oraz są podatnym podłożem dla pielęgnowania w sobie poczucia krzywdy i niskiego obrazu własnej wartości.

⁶³ Por. J. Bradshaw, *Zrozumieć*, op. cit., s. 115.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ P. Melody P., A.W. Miller, J.K. Miller, *Toksyczne związki - anatomia i terapia współzależnienia*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016, s. 19.

Dorośle Dzieci Alkoholików (DDA)

Ponieważ w rodzinie z problemem alkoholowym potrzeby dzieci nie są zaspokajane właściwie, albo też wcale, generuje to szereg napięć, które dają o sobie znać w postaci licznych dysfunkcji przejawiających się w ich późniejszym życiu dorosłym, co uwidacznia się przede wszystkim w relacjach z innymi ludźmi. J. Bradshaw zaprezentował je w postaci następujących kategorii charakteryzujących Dorośle Dzieci Alkoholików:

1. *Nałogowe, kompulsywne zachowania* lub zawieranie związków z osobami uzależnionymi.
2. *Tendencja do iluzorycznego (życzeniowego i idealizującego) myślenia oraz zaprzeczania istniejącym problemom.*
3. *Bezlitosne ocenianie siebie i innych.*
4. *Trudności w zachowaniu zdrowych granic w relacjach lub całkowity ich brak.*
5. *Tolerancja dla niewłaściwych zachowań.*
6. *Stałe poszukiwanie uznania, aprobaty i akceptacji.*
7. *Trudności z intymnością w relacjach* przejawiające się angażowaniem w destrukcyjne związki i silnym pragnieniem bycia z drugą osobą, przy jednoczesnym odczuwaniu lęku przed tą bliskością i tendencją do sabotowania zbyt bliskiej relacji.
8. *Przeżywanie poczucia winy* przy stawianiu się autonomiczną osobą (odmawianie sobie prawa do dbania o własne potrzeby, brak umiejętności ich artykułowania lub pogorszenie samopoczucia, gdy zostaną nazwane i wypowiedziane).
9. *Kłamanie* także w sytuacjach, w których powiedzenie prawdy nie niesie ryzyka ponoszenia przykrych konsekwencji.
10. *Nadkontrola* wyrażająca się w impulsywności zachowań, upartości, zarozumiałości i trudności w podejmowaniu decyzji oraz unikaniu sytuacji i osób, których nie można poddawać kontroli.
11. *Nadwrażliwość* przejawiająca się w nieadekwatnym i nieproporcjonalnym sposobie reagowania na napotkane sytuacje.
12. *Ekstremalna lojalność* wobec innych lub całkowity brak lojalności.
13. *Odrętwienie emocjonalne* odczuwane jako trudność w rozpoznawaniu i nazywaniu własnych emocji i/lub zaprzeczanie doznawanym uczuciom.
14. *Nadmierna lub nieadekwatna reakcja na zmiany*, których nie można kontrolować.
15. *Poczucie odmienności* od innych ludzi i braku przynależności do grup społecznych.
16. *Niepokój i nadmierna czujność* wyrażająca się w czarnowidztwie oraz przewidywaniu najgorszego.

17. *Niskie poczucie własnej wartości i internalizowany wstyd* odczuwane jako bycie kimś bezwartościowym lub wewnątrznie pustym i próba kompensacji tego poczucia poprzez bycie nadodpowiedzialnym oraz nadkontrolującym perfekcjonistą.
18. *Mylenie miłości z litością* przejawiające się wikłaniem w relacje, którym towarzyszy przekonanie o możliwości „naprawienia”, „uleczenia” drugiej osoby.
19. *Trudności z rozpoczynaniem nowych działań i/lub zatrzymywaniem się w rozpoczętych już zadaniach.*
20. *Nadmierna zależność, przywiązanie i lęk przed byciem porzuconym czy opuszczonym* wyrażająca się w trudnościach z zakończeniem toksycznych relacji.
21. *Życie życiem ofiary* polegające na wikłanie się w sytuacje sprzyjające byciu wykorzystanym i lgnięciu do innych ofiar.
22. *Zastraszanie przez złość i krytykę własnej osoby* polegająca na nadmiernym i nieadekwatnym reagowaniu na krytykę, wyrażanym złością.
23. *Nadmierna odpowiedzialność* wyrażająca się w tendencji do przejmowania odpowiedzialności za wszystko i wszystkich oraz wyręczaniu innych i niesieniu pomocy, nawet gdy inni o nią nie proszą lub nadmierna nieodpowiedzialność okazywana brakiem przyjmowania odpowiedzialności i oczekiwaniem, że mają ją przejąć inne osoby⁶⁶.

Wymienione cechy i zachowania kształtują się w wyniku funkcjonowania przez lata w rodzinie z problemem alkoholowym⁶⁷ i dają o sobie znać w życiu dorosłym. Taki wzorzec wykształconych zachowań jest odpowiedzią na doświadczenia polegające na braku doznawania miłości, troski oraz właściwej opieki ze strony najważniejszych osób w życiu dziecka, rodziców⁶⁸. Jak twierdzi A. Miller, skutki traumatycznych przeżyć, tylko wtedy mogą być zredukowane, gdy wszystkie traumatyczne okoliczności tego wydarzenia zostaną świadomie przeżyte w ostrożnie odkrywającej przeszłość pracy terapeutycznej, wyartykułowane i ocenione⁶⁹.

⁶⁶ Por: J. Bradshaw, *Zrozumieć*, op. cit., ss. 112-115.

⁶⁷ I. Grzegorzewska, *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*, Scholar, Warszawa 2011; A. Margasiński, *Koncept DDA – Efekt Barnuma*, „Świat Problemów” 2014, nr 7, ss. 13-17.

⁶⁸ J. Wawerska-Kus, *Dzieciństwo bez dzieciństwa*, Dywiz, Warszawa 2009.

⁶⁹ Por. A. Miller, *Gdy runą mury milczenia*, Media Rodzina, Poznań 2006, s. 12.

Małe Dzieci Alkoholików (MDA)

Z. Sobolewska opisuje cztery najważniejsze kategorie sytuacji i wydarzeń, jakich doświadczają dzieci z rodzin alkoholowych i które stanowią zarodki traumatycznych lub bolesnych doświadczeń. Zalicza do nich: odrzucenie przez jedno lub oboje rodziców, przemoc i atmosferę zagrożenia, nadużycia seksualne oraz chwiejność zasad i systemu wartości wynikające z nieprzewidywalności zachowań rodziców⁷⁰. W odpowiedzi na takie doświadczenia, „dzieci alkoholików wykształcają w sobie repertuar zachowań obronnych, które mają umożliwić i ułatwić im przetrwanie w świecie chaosu i przemocy. Najpierw uczą się, a następnie doskonalą swoje umiejętności w zaprzeczaniu istniejącym problemom, racjonalizacji, oraz wypieraniu bolesnych i traumatycznych doświadczeń doznawanych w dzieciństwie za sprawą rodziców”⁷¹. Idealizują swoich rodziców, obarczając się winą i odpowiedzialnością za doznane cierpienia⁷², ponieważ ciężko im żyć ze świadomością, że najbliższe i najważniejsze osoby w ich życiu, odpowiedzialne za sprawowanie opieki i stwarzanie poczucia bezpieczeństwa w domu, nie tylko zawiodły, ale też były sprawcami ich cierpienia i bólu. Często ciężar odpowiedzialności przenoszą na siebie lub zniekształcają, czy też całkowicie wypierają ze swojej świadomości trudne wspomnienia.

Nieraz dzieci z rodzin alkoholowych przejawiają wobec siebie lekceważenie i ironię, które z czasem mogą przekształcić się nawet w pogardę i cynizm⁷³. „Dzięki temu skutecznemu maskowaniu własnego bólu, zyskują możliwość przetrwania w dysfunkcyjnej rodzinie, ale tracą gwarancję optymalnego radzenia sobie w pozarodzinnych sytuacjach społecznych oraz umiejętność zwracania się o pomoc. Ponadto, zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym, doświadczają trudności emocjonalnych oraz licznych, wciąż nawracających sytuacji i wydarzeń o charakterze cierpienia, a nawet traumy”⁷⁴.

Warto przy tym podkreślić, że w wielu przypadkach, zaniedbanie i nadużycia, stosowane wobec dziecka, nie pozostawiają widocznych śladów fizycznych. Dziecko zaniedbywane poprzez brak okazywanej mu miłości i troski, które obarczano winą i odpowiedzialnością za problemy osób dorosłych i które zamiast ciepła, opieki i bezpieczeństwa, doświadczało stra-

⁷⁰ Por. Z. Sobolewska-Mellibruda, *Psychoterapia Dorosłych Dzieci Alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*, Zielone Drzewo IPZ PTP, Warszawa 2012, ss. 29-33.

⁷¹ W. Klimczak, *Przemoc*, op. cit., s.73.

⁷² W. Klimczak, *Klaps jako anty-metoda wychowawcza*, [w:] K. Pujer (red.), *Problemy opieki, wychowania i terapii*, Exante, Wrocław 2016, s. 51.

⁷³ A. Miller, *Dramat udanego dziecka*, Media Rodzina, Poznań 2007, s. 13.

⁷⁴ W. Klimczak, *Przemoc*, op. cit., s.73.

chu, przerażenia i niepewności, zwykle nie ma siniaków, ran i blizn widocznych na ciele. Rany te i siniaki pozostają jednak w psychice osoby skrzywdzonej na długie lata i dają o sobie znać w postaci różnych dolegliwości psychosomatycznych⁷⁵ i trudności w obrębie nawiązywania relacji.

Mechanizm wykluczenia społecznego członków rodziny alkoholowej

Współuzależnienie uwidacznia się w dwóch fundamentalnych obszarach życia osoby nim dotkniętej. Po pierwsze, przejawia się w stosunku do samego siebie poprzez zaniżone poczucie własnej wartości, brak szacunku do siebie, czy brak wiary we własną skuteczność. Osoba traci kontakt ze sobą, ze swoim wnętrzem, staje się wyobcowana z własnych uczuć i potrzeb⁷⁶. Po drugie, jego symptomy widoczne są w relacjach z innymi ludźmi i noszą znamiona licznych trudności, zwłaszcza w obrębie zawierania i utrzymywania bliskich relacji partnerskich⁷⁷.

Osoby współuzależnione, podobnie jak alkoholik, narażone są na wykluczenie społeczne. Obok szeregu cech, ukształtowanych na gruncie alkoholowego dzieciństwa, które mogą stanowić przyczynę trudności w ich funkcjonowaniu społecznym, na szczególną uwagę zasługuje odczuwane chroniczne poczucie winy i wstydu⁷⁸. Ponieważ równoległe do rozwoju choroby alkoholowej osoby pijącej, członkowie rodziny rozwijają swoje mechanizmy przystosowawcze, które mają im pomóc w poradzeniu sobie z trudną sytuacją, przejawiają szereg zachowań, które w rezultacie mogą powodować wykluczenie społeczne.

W fazie wstępnej rozwoju alkoholizmu, którą charakteryzują takie zachowania, jak: picie w celach towarzyskich, wzrost tolerancji na alkohol oraz sięganie po alkohol w celu łagodzenia codziennych napięć. Rodzina pijącego zwykle tłumaczy i pomniejsza znaczenie jego pijackich zachowań: „przecież alkohol jest dla ludzi”, „wszyscy piją”, „on wcale nie pije tak dużo i tak często, jak inni”. Następnie, gdy w kolejnej fazie choroby, pijący coraz częściej sięga po alkohol, reakcja bliskich znów polega na poszukiwaniu usprawiedliwień i bagatelizowaniu problemu: „on miał ostatnio dużo problemów i musiał je jakoś odreagować”, „mój mąż i tak jest lepszy od męża naszej sąsiadki ponieważ on upija się tylko czasami, a tamten pije codziennie”. W końcu, kiedy pijący wkracza w fazę krytyczną uzależnienia, w któ-

⁷⁵ A. Miller, *Bunt ciała*, Media Rodzina, Poznań 2006, s. 12.

⁷⁶ T. Hellsten, *Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików*, Feeria, Łódź 2016, s. 98.

⁷⁷ P. Mellody, A.W. Miller, J.K. Miller, *Toksyczne*, op. cit., s. 19.

⁷⁸ T.L. Cermak, J. Rutzky, *Czas uzdrowić swoje życie. Przewodnik do pracy nad sobą. Kroki w stronę zdrowienia Dorosłych Dzieci Alkoholików*, PARPA, Warszawa 1998, ss. 139-142.

rej mechanizmy choroby znacznie się nasilają, rodzina także pogłębia własne mechanizmy zaprzeczania problemowi. Bliscy pijącego zaczynają poszukiwać własnej winy w przeżywanych trudnościach: „gdybym była lepszą żoną, to on by nie pił”⁷⁹. Czasem, w przypiływie nagromadzonej goryczy, rodzina informuje otoczenie o swoich problemach, jednak szybko wycofuje się ze swoich skarg, tłumacząc sobie, że: „każdy ma jakieś problemy”, a poza tym „on od tygodnia nie pije, więc nie ma się czym martwić”. Kiedy alkoholik ponownie sięga po kieliszek i kiedy okazuje się, że problem jednak istnieje, zaczynają unikać kontaktów ze znajomymi, z dalszą rodziną⁸⁰. Powodem jest przeżywany wstyd⁸¹, poczucie bezradności i poczucie winy, wynikające z przekonania o braku własnej skuteczności. Rodzina zaczyna unikać sąsiadów, nie zaprasza nikogo do domu, izoluje się od świata. W miarę, jak choroba alkoholowa postępuje, nasilają się także przykre stany wewnętrznie doświadczane przez wszystkie osoby w rodzinie. Ciągłe obwinianie siebie, wzmagane zaprzeczaniem i racjonalizacją stosowanymi przez pijącego, mogą sprawić, że rodzina stopniowo wycofuje się z kontaktów, ograniczając lub wykluczając swój udział w życiu społecznym.

Ponadto, jak wynika z badań, dzieci i młodzież z rodzin alkoholowych zaliczają się do grupy podwyższonego ryzyka sięgania po alkohol⁸² oraz inne substancje chemiczne⁸³. W wyniku wzorców obserwowanych w domu rodzinnym, nieraz przejmują alkoholowe zwyczaje rodziców, powielając schemat uzależnienia i destruktywnych zachowań⁸⁴ w dorosłym życiu, choć oczywiście nie zawsze tak się dzieje. Czasem ucieczka w uzależnienie może stanowić dramatyczną formę odreagowania stresu i „odcięcia się” od innych problemów rodzinnych⁸⁵. Jest to wyraz bezradności wobec trudnej sytuacji domowej, z którą dziecko nie potrafi sobie poradzić, ponieważ obiektywnie nie ma potrzebnych do tego celu zasobów lub ich nie dostrze-

⁷⁹ W. Klimczak, *Przemoc*, *op. cit.*, ss. 68-70.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ T.L. Cermak, J. Rutzky, *Czas*, *op. cit.*

⁸² M. Kiedrowska, *Spożywanie alkoholu przez młodzież jako jeden z symptomów nieprzystosowania społecznego*, „Wychowanie na co Dzień”, 2009, nr 10/11, ss. 33-37; A. Libera, *Alkohol a młodzież*, „Remedium”, 2014, nr 11, ss. 10-11; M. Dąbrowska-Bąk, M. Muskała, *Pijaństwo nieletnich*, „Świat Problemów”, 2008, nr 7, ss. 28-33; A. Malczewski, *Polska młodzież a substancje psychoaktywne*, „Remedium”, 2014, nr 3, ss. 24-25; J. Mazur, *Picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież*, „Remedium”, 2014, nr 11, ss. 14-15.

⁸³ M. Komorowska, *Funkcjonowanie dzieci z rodzin alkoholowych*, „Remedium”, 2008, nr 4, ss. 8-9.

⁸⁴ D. Dyjakon, *Diagnoza i psychoterapia sprawców przemocy domowej. Bezpieczeństwo i zmiana*, Difin, Warszawa 2014, s. 13.

⁸⁵ A. Ogonowska, *Rodzina wobec uzależnienia dziecka*, „Świat Problemów”, 2014, nr 6, s. 32.

ga⁸⁶. Dlatego też szczególnie ważne wydaje się objęcie kompleksową pomocą całej rodziny z problemem uzależnienia od alkoholu, a w ramach tej pomocy poddawanie rodziców oddziaływaniom edukacyjnym⁸⁷, z których będą mogli czerpać wiedzę przydatną w kształtowaniu prawidłowych postaw u dzieci.

Pomoc rodzinie z problemem alkoholowym

Aby skutecznie zapobiegać wykluczeniu społecznemu osób, które doświadczyły życia w rodzinie z problemem alkoholowym, ważne jest prowadzenie działań profilaktycznych, promujących zdrowy styl życia, pozbawiony używek chemicznych. Bliscy alkoholika nie mają wpływu na podejmowane przez niego decyzje, w tym na to, czy podejmie decyzję o leczeniu, czy też nie. Jediną osobą, która ma na to wpływ, jest alkoholik. Nie oznacza to jednak, że pozbawieni są także możliwości podejmowania innych decyzji. Niezależnie od tego, jakiego wyboru dokona osoba uzależniona, to od nich zależy kształt, jaki zechcą nadać własnemu życiu. W obliczu choroby alkoholowej, podjęcie terapii możliwe jest w każdym stadium choroby⁸⁸. Zarówno pijący, jak i pozostałe osoby z rodziny, mogą korzystać z oferowanych i dostępnych form pomocy leczenia uzależnienia i współuzależnienia.

Terapia uzależnienia i współuzależnienia

Alkoholizm jest chorobą o charakterze pierwotnym, czyli taką, która nie jest następstwem innych chorób, dlatego pierwszym i podstawowym krokiem do jej leczenia jest trzeźwość i całkowita abstynencja. „Dopóki organizm będzie pod wpływem alkoholu, dopóty nie ma mowy o jakimkolwiek skutecznym czy trwałym wyleczeniu uszkodzonych organów i części ciała.”⁸⁹ Nie ma także mowy o poprawie ogólnego funkcjonowania psychicznego i społecznego. Terapia uzależnienia od alkoholu cechuje się interdyscyplinarnością modeli i metod, które w praktyce obejmują zróżnicowany zakres form pomocy. Osoba uzależniona może zostać poddana różnym oddziaływaniom o charakterze pomocowym i leczniczym. Może korzystać z form leczenia odwykowego, które realizowane są za pomocą progra-

⁸⁶ Por: A. Ogonowska, *Czynniki sprzyjające uzależnieniom behawioralnym w okresie dorastania*, „Remedium”, 2014, nr 3, s. 6.

⁸⁷ M.J. Bernacka-Roszak, *Szkoła dla... rodziców*, „Remedium”, 2014, nr 10, ss. 24-25.

⁸⁸ A. Margasiński, *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*, Impuls, Kraków 2010.

⁸⁹ M. Miller, T.T. Gorski, *Rodzina, op. cit.*, s. 12.

mów w wymiarach otwartym lub zamkniętym, indywidualnym i grupowym⁹⁰. Może realizować program 12 kroków, korzystać z programów konsultacyjnych⁹¹, oddziaływań pedagogicznych, psychoterapeutycznych⁹², uczestniczyć w terapii rodzinnej, grupach samopomocowych oraz korzystać z farmakoterapii⁹³. Dostępne są także programy dla uzależnionych osób stosujących przemoc domową, niemniej warunkiem udziału w takim programie jest utrzymanie minimum półrocznej abstynencji⁹⁴.

Terapia osoby uzależnionej koncentruje się przede wszystkim na wypracowaniu skutecznych sposobów pozwalających na zachowanie trzeźwości. Dzięki zgłębianiu wiedzy na temat podłoża choroby, jej mechanizmów i uwarunkowań oraz rozumiejąc negatywne skutki, jakie powoduje nadużywanie alkoholu, uzależniony ma szansę powrotu do życia w trzeźwości i wypracowania skutecznych sposobów pomocnych w zapobieganiu nawrotom choroby⁹⁵.

W związku z dużą różnorodnością podejść terapeutycznych w leczeniu alkoholizmu⁹⁶, w 1990 r. Amerykański Instytut Medycyny powołał Narodową Akademię Nauki, której zadaniem było dokonanie krytycznej analizy literatury, traktującej o metodach leczenia alkoholizmu. Wyniki dokonanej analizy wykazały, że nie istnieje jedna metoda terapeutyczna, która mogłaby gwarantować skuteczność dla wszystkich osób uzależnionych⁹⁷. Dowie-

⁹⁰ P.M. Monti, D.B. Abrams, R.M. Kadden, N. L. Cooney, *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*, IPZiT, Warszawa 1994, ss. 168-169.

⁹¹ K. Nestoruk, *Czym jest program konsultacyjny?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 2, ss. 22-23.

⁹² Por. A.T. Beck, F.D. Wright, C.F Newman, B.S. Liese, *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 25.

⁹³ J. Leciak, *Leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2016, nr 3, s. 23.

⁹⁴ D. Dyjakon, W. Klimczak, A. Klimczak, *Program korekcyjno-edukacyjny dla sprawców przemocy domowej realizowany w Gminie Wrocław*, [w:] K. Pujer (red.), *Społeczeństwo polskie pod koniec drugiej dekady XXI wieku*, Exante, Wrocław 2016, ss. 77-85.

⁹⁵ R. Romaniuk, *Nawroty objawów choroby*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 16-19.

⁹⁶ J. Fudała, *Transteoretyczny model zmiany a praktyka kliniczna polskiego leczenia odwykowego*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2009, nr 5, ss. 9-14; E. Rachowska, *Model Minnesota – nadal aktualny?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 5-8; R. Wojnar, *Picie kontrolowane po Szwajcarsku*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 19-22; E. Miturska, *Podejście poznawczo-behawioralne w pracy nad głodem substancji psychoaktywnych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 2, ss. 5-9; M. Brecklinghaus, *Psychodynamiczny model leczenia uzależnień w Niemczech*, „Świat Problemów” 2014, nr 7, ss. 18-23; R. Wojnar, *Picie kontrolowane po Szwajcarsku*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2009, nr 5, ss. 19-22.

⁹⁷ A.T. Beck, F.D. Wright, C.F Newman, B.S. Liese, *Terapia*, op. cit., s. 27.

dziono także, że terapia krótkoterminowa⁹⁸ może mieć zwiększoną skuteczność w odniesieniu do terapii długoterminowej⁹⁹ oraz, że pozytywne rozwiązanie innych problemów towarzyszących picciu (osobistych, zawodowych czy finansowych), zwiększa szansę na skuteczność terapii. Niemniej, jak wykazano, każda terapia odwykowa może stanowić skuteczny sposób na osiągnięcie stabilizacji i zapobieganie wykluczeniu społecznemu, choć jej skutki osiągane są przez leczących się pacjentów w bardzo zróżnicowanym wymiarze czasowym i społecznym¹⁰⁰.

Uzależnienie to choroba umysłu, która polega na stałym poszukiwaniu szczęścia poza sobą w wyniku doświadczania chronicznego poczucia winy, wstydu i strachu, i która powoduje doświadczenie wewnętrznej pustki. Pijący sięga po alkohol, aby tę pustkę wypełnić i/lub zrekompensować. Ponieważ nie osiąga zamierzonego rezultatu, poczucie to pogłębia się, a wraz z nim nasila się alkoholizm. Leczenie uzależnionego umysłu polega zatem także na uporaniu się z doświadczaniem tego wewnętrznego stanu¹⁰¹. Jest to zatem terapia redukująca nie tylko niszczący wzorzec zachowań wynikający z pijackich nawyków, ale także, albo przede wszystkim, terapia redukująca uczucie chronicznego smutku¹⁰². W efekcie alkoholik uczy się samoakceptacji i doświadczania szczęścia czerpiąc je z własnego wnętrza.

Osoby współuzależnione również mają szansę skorzystania z różnorodnych form pomocy. Dostępne są formy, w których oddzielnie leczy się uzależnionego i oddzielnie rodzinę oraz takie, w których leczenie obejmuje wszystkich łącznie w ramach systemowej terapii rodzinnej¹⁰³, przy czym podjęcie własnej terapii możliwe jest także wówczas, kiedy osoba uzależniona nie decyduje się na leczenie¹⁰⁴.

Z kolei integralną częścią terapii DDA jest analiza doznanych w okresie dzieciństwa krzywd, traum, upokorzeń i zaniedbań¹⁰⁵ ze strony rodziców oraz innych osób znaczących w ich życiu. Uznanie tych wydarzeń za fakt,

⁹⁸ J. Lelonkiewicz, *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu BSFT w praktyce leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 8-11.

⁹⁹ I.K. Berg, S.D. Miller, *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*, Galaktyka, Łódź 2000.

¹⁰⁰ A.T. Beck, F.D. Wright, C.F Newman, B.S. Liese, *Terapia*, *op. cit.*, s. 27.

¹⁰¹ L. Japolski, *Leczenie uzależnionego umysłu*, Wydawnictwo Jacek Santorki&Co, Warszawa 1992, s. 26.

¹⁰² M. Charczyński, *Strategia pracy ze smutkiem*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 20-24.

¹⁰³ E. Biaduń-Korulczyk, *Terapia systemowa w pomaganiu rodzinom z problemem alkoholowym*, „Świat Problemów” 2014, nr 7, ss. 5-10; E. Sońta, *Od regresji do progresji. Psychoterapia dla osób wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5, ss. 22-25.

¹⁰⁴ S. Wegscheider-Cruse, *Nowa*, *op. cit.*, s. 161.

¹⁰⁵ K. Gąsior, *Model terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików. Podstawowe założenia i charakterystyka*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2010, nr 3, ss. 10-15.

jak też zaakceptowanie własnych współzależnionych zachowań, będących reakcją i odpowiedzią na te doznania, stanowi pierwszy fundamentalny krok na drodze wiodącej do zdrowienia, podczas gdy rozpoznawanie historii własnej choroby jest krokiem drugim¹⁰⁶.

Leczenie współzależnienia rozpoczyna się zatem od przywoływania bolesnych wspomnień. Wydobycie ich na powierzchnię jest niezbędnym środkiem terapeutycznym, który ma pomóc w uporaniu się z raniącą przeszłością. Stopniowo, w procesie terapeutycznym ujawniane są urazy powstałe na tle emocjonalnym, które przybierają postać bolesnych i przykrych wspomnień czy żalu. Urazy nieuzewnętrznione powodują dyskomfort oraz wtórne rany emocjonalne. Ujawnienie ich i konfrontacja z nimi to jeden z etapów pozwalających odciąć się od bolesnych i przykrych wspomnień. Dlatego też za ważny czynnik leczący w procesie zdrowienia, uznaje się etap terapii, polegający na przywoływaniu trudnych doświadczeń.

Ponieważ każda historia wynikająca z życia w alkoholowym domu jest inna tak, jak inna jest zawartość wyniesionego z tego domu bagażu, każda z osób może wymagać indywidualnego planu pomocy¹⁰⁷. Ważnym elementem w procesie zdrowienia dorosłych dzieci alkoholików jest odkrycie, uznanie, uprawomocnienie i pokochanie swojego wewnętrznego dziecka¹⁰⁸. Ukojenie własnego wnętrza jest podstawą do samorozwoju oraz integracji osobowości oraz stanowi podatne podłoże do pracy nad rozwojem osobistym i budowaniem poczucia własnej wartości¹⁰⁹. Praca nad sobą, dbanie o własne potrzeby i rozwiązywanie doświadczanych trudności w sposób konstruktywny, nie są możliwe lub mogą być trudne, dopóki osoba zraniona nie oderwie się od przedmiotu własnej obsesji. W przypadku osób współzależnionych przedmiot obsesji stanowi osoba pijąca, dlatego w terapii współzależnienia niezwykle istotna jest praca nad „oderwaniem”, to jest uznaniem, że każdy ponosi odpowiedzialność za własne wybory, także osoba uzależniona¹¹⁰. Aby wyleczyć się z destruktywnych wpływów wynikających z chorej przeszłości, kolejnym ważnym krokiem jest, z jednej strony odżałowanie strat i uwolnienie się od przykrych emocji, aby jednocześnie wyzwolić się z mentalności bycia osobą poszkodowaną, z drugiej natomiast, wypracowanie nowych, skutecznych sposobów radzenia sobie z problemami życia codziennego w odniesieniu do osoby uzależnionej, ale także w stosunku do pozostałych osób. Dzięki rozpoznaniu i uświadomianiu własnych destruktywnych schematów zachowań, możliwe staje się ich

¹⁰⁶ P. Mellody, A.W. Miller, J.K. Miller, *Toksyczne, op. cit.*, s. 139.

¹⁰⁷ J. Juskiwicz, *Dzieci alkoholików. Indywidualne plany pomocy*, PARPA, Warszawa 2006.

¹⁰⁸ P. Karpowicz, *Terapia wewnętrznego dziecka*, Enteria, Warszawa 2007, s. 9.

¹⁰⁹ S. Atkinson, *Budowanie poczucia własnej wartości. Praktyczny poradnik*, Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 20.

¹¹⁰ M. Beattie, *Koniec, op. cit.*, ss. 75-87.

odrzućcie i zastąpienie innymi.

W ujęciu ogólnym, program leczenia współzależnienia sprowadza się do realizacji trzech podstawowych celów. Pierwszy pełni funkcję edukacyjną – polega na dostarczaniu wiedzy o chorobie alkoholowej w ujęciu systemowym i oddziałującym na całą rodzinę, co ma doprowadzić do przełamania muru iluzji, zaprzeczeń i zachowań przyczyniających się do podtrzymywania choroby. Drugi cel koncentruje się wokół udzielenia rodzinie pomocy w uczynieniu systemu bardziej otwartym i elastycznym, co z kolei ma sprzyjać autonomii i wzajemnej trosce. Trzeci cel dotyczy natomiast rozwoju osobistego poszczególnych osób w rodzinie, który stanowi podstawę do uzyskania poprawy we wszystkich innych dziedzinach życia codziennego¹¹¹. W rezultacie osoba współzależniona uczy się życia w zgodzie z własnym wnętrzem, porzucając schematy zachowań rujnujących psychikę. Uwalnia się z poczucia przymusu bycia odpowiedzialnym za alkoholika i zyskuje szansę na budowanie zdrowych relacji społecznych bez przymusu ciągłej kontroli zachowań innych¹¹². Natomiast postępy płynące z terapii, oraz zdolność utrzymywania abstynencji i realizowania programu leczenia, uzależnione są od wielu czynników, indywidualnych¹¹³, rodzinnych i środowiskowych.

W przypadku MDA pomoc polega na uwalnianiu ich od ogrywanych ról bohatera, kozła ofiarnego, niewidzialnego dziecka czy maskotki¹¹⁴. Podstawową formą pomocy dziecku w rodzinie z problemem alkoholowym jest jak najszybsze poddanie leczeniu osoby uzależnionej i przerwanie alkoholowego dramatu¹¹⁵. Aby dziecko mogło zostać skutecznie uwolnione z odgrywanych ról, konieczne są działania dorosłych. Ponieważ dzieci podejmują te role w odpowiedzi na deficyty systemu rodzinnego, konieczne jest zrekompensowanie tych deficytów. Tylko w zdrowej rodzinie, o ustalonej strukturze, w której dorośli właściwie wypełniają swoje zadania, dziecko nie musi przyodziewać masek łątających jej braki.

Jeżeli dziecko doświadczało ostrych form przemocy lub nadużyć ze strony rodziców np. o charakterze seksualnym lub też, kiedy doznało skrajnego zaniedbania, wówczas często wymaga terapii, aby odzyskać równowagę

¹¹¹ S. Wegscheider-Cruse, *Nowa, op. cit.*, s. 160.

¹¹² A. Hebenstreit-Maruszewska, *Wpływ doświadczeń DDA na tworzenie rodziny i związków w dorosłym życiu*, „Świat Problemów” 2014, nr 7, ss. 16-19.

¹¹³ A. Siedlecka, *Dynamika wybranych cech osobowości uzależnionych od alkoholu w przebiegu zajęć terapeutycznych*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2009, nr 5, ss. 29-32.

¹¹⁴ M. Ryś, *Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików*, „Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fidest et Ratio” 2011, nr 8.

¹¹⁵ E. Jarosz, *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014, s. 25.

psychiczną. Ważną formę profesjonalnej pomocy zarówno dziecku, jak i jego rodzinie, stanowią świetlice socjoterapeutyczne¹¹⁶. Profesjonalna pomoc dziecku z rodzin dysfunkcyjnych polega na organizowaniu zajęć grupowych, w których terapeutyczną formę pełni zabawa, arteterapia¹¹⁷ czy biblioterapia¹¹⁸. W wielu przypadkach małe dzieci alkoholików nie wymagają jednak intensywnej terapii¹¹⁹. Jeśli w alkoholowym domu choć jedno z rodziców, mimo trudnych doświadczeń życiowych, cechują się względnym zdrowiem psychicznym, to wzrasta szansa na to, aby dziecko wyszło w miarę „zwycięsko” z wielu zagrożeń związanych z zaburzeniami więzi¹²⁰. Najbardziej adekwatna pomoc, jaką można im wówczas udzielić, to okazanie wsparcia i zrozumienia dla ich trudności oraz prowadzenie działań edukacyjnych i psychoedukacyjnych wzmacniających zdolność do asertywnego zachowania i zdrowego wyznaczania granic psychologicznych¹²¹ oraz zdolność do rozumienia i artykułowania własnych stanów emocjonalnych.

Profilaktyka uzależnień i współuzależnienia

Nie od dziś wiadomo, że najlepszym sposobem profilaktyki, jest prewencja, czyli nie dopuszczanie do powstania problemu. Aby skutecznie przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu, warto budować i wdrażać takie programy, które skutecznie zredukują jego rozmiary, a także zminimalizują skutki. Ponieważ alkoholizm jest chorobą całej rodziny¹²², programem prewencji powinny być obejmowane wszystkie osoby w niej żyjące. Aby zredukować ryzyko wykluczenia społecznego w wyniku choroby alkoholowej jednej z osób w rodzinie, pomoc należy kierować do wszystkich. Nie wystarczy bowiem abstynencja i terapia pijącego, aby wszystkie problemy w rodzinie zniknęły. Szczególnie ważnym wydaje się tutaj budowanie świadomości na temat szkodliwości spożywania alkoholu¹²³, a więc dostarczanie

¹¹⁶ M. Węcek, *Pomoc rodzinie w świetlicy socjoterapeutycznej*, „Świat Problemów” 2014, nr 6, ss. 9-13.

¹¹⁷ A. Szmid, *Hope-4-Street – nadzieja dla ulicy*, „Świat Problemów” 2014, nr 6, ss. 9-13.

¹¹⁸ M. Goetz, *Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych*, „Świat Problemów” 2014, nr 6, ss. 14-17.

¹¹⁹ B.R. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc*, op. cit., s. 213.

¹²⁰ M. Choroś, *DDA – Droga do ambiwalencji*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 3, s. 5.

¹²¹ K.M. Sochacka, *Na uzależnienia behawioralne. Asertywne zachowania i granice psychologiczne*, „Remedium” 2014, nr 10, ss. 1-16.

¹²² G. Grabowski, *Po co rodzinie uzależnienie?*, „Świat Problemów” 2014, nr 7, ss. 20-23.

¹²³ M. Wieczorek-Stachowicz, *Nastolatki i alkohol. Strategie profilaktyczne w szkole*, PAR-PA, Warszawa 2007.

wiedzy na temat mechanizmów choroby i skutków, jakie powoduje w życiu całej rodziny. Istotne jest także promowanie zdrowego stylu życia oraz uczenie zachowań i postaw prospołecznych, takich jak jasna komunikacja, pozytywne myślenie¹²⁴, asertywność przejawiająca się w zdrowym egoizmie oraz umiejętności nieulegania naciskom ze strony innych. Zdolność interpretowania doświadczanej rzeczywistości w sposób pozytywny wydaje się być szczególnie ważną umiejętnością, ponieważ to właśnie ta kompetencja w pewnym sensie warunkuje motywację do zmiany i dalszego rozwoju. Jeżeli potrafi się myśleć pozytywnie, dostrzegać szanse lepszej przyszłości, łatwiej można uporać się z przeszłością.

Wyposażanie dzieci w wiedzę na temat choroby alkoholowej „odziera całe zjawisko z atmosfery tajemniczości. Dostarcza im również słownictwa i kontekstów niezbędnych do zrozumienia i wyrażenia własnych doświadczeń w tej dziedzinie. Znajomość przedmiotu wyposaża je też w intelektualne narzędzie pozwalające na rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z alkoholizmem rodziców także w przyszłości. Osoby mogące udzielić wsparcia, które na co dzień stykają się z dziećmi, można nauczyć prostych i łatwych do wprowadzenia, tanich i skutecznych sposobów niesienia pomocy tej ogromnej, a zazwyczaj pomijanej populacji dzieci alkoholików. Z uwagi na ich liczebność, dzieci z rodzin dotkniętych chorobą alkoholową można znaleźć we wszelkich programach socjalnych i organizacjach społecznych. Zamiast więc tworzyć nową organizację z własnym zapleczem urzędniczo-biurokratycznym, najlepiej w działalność istniejących już placówek, takich jak ośrodki terapeutyczne czy szkoły publiczne i uniwersytety, wpleść programy psychoedukacyjne prowadzone przez profesjonalistów”¹²⁵.

Podsumowanie

Alkoholizm jest chorobą całej rodziny. Chorobą przejawiającą się w dysfunkcjonalności, gdyż system rodzinny, w którym obecny jest problem uzależnienia od alkoholu, nie spełnia swoich funkcji i zadań. Dorośli skupieni są na problemie uzależnienia, a dzieci są zanedbywane. W efekcie utrudnia to ich prawidłowy rozwój i harmonijne uczestniczenie w życiu społecznym. Struktura rodziny jest zaburzona i ulega stałym przekształceniom. Ponieważ pijący nie wypełnia swojej roli, pozostałe osoby w rodzinie przejmują jego zadania. W efekcie żadna z osób w takiej rodzinie nie ma szans na to, aby żyć pełnią życia. Choroba alkoholowa rozwija się stopniowo, siejąc

¹²⁴ Z. Sobolewska-Mellibruda, *Psychoterapia*, op. cit., s. 87.

¹²⁵ B.R. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc*, op. cit., s. 214.

spustoszenie zarówno w sferach emocjonalnej i psychicznej, jak też w sferach ekonomicznej i społecznej. W związku z osłabieniem, zaburzeniem, a czasem zerwaniem więzi rodzinnych, życie rodzinne ulega degradacji. W wyniku doświadczanego wstydu, poczucia winy i strachu, osoba uzależniona oraz rodzina, wycofują się z kontaktów z innymi, a ich udział w życiu społecznym ulega znacznym ograniczeniom.

Spożywanie alkoholu i życie w rodzinie z problemem alkoholowym, samo w sobie nie powoduje jeszcze wykluczenia społecznego. Dopiero efekty tego picia ujawniające się w postaci konkretnych patologicznych zachowań i prowadzących do określonych konsekwencji sprawiają, że alkoholik, a czasem cała rodzina, stopniowo schodzi na margines życia społecznego, ponieważ styl ich życia stanowi odstępstwo od zachowań uznawanych za normę w społeczeństwie.

Możliwe jest zapobieganie wykluczeniu społecznemu i łagodzenie jego skutków w odniesieniu do wszystkich osób z rodziny alkoholowej. Dostępne są programy dla osób uzależnionych, pomagające poradzić sobie z problemem picia. Z pomocy może skorzystać również cała rodzina uczestnicząc w terapii rodzinnej. Możliwe jest także uczestniczenie w programach terapeutycznych dla członków rodzin osób uzależnionych, z których każdy może skorzystać indywidualnie i niezależnie od decyzji pozostałych. Aby zapobiegać wykluczeniu społecznemu i rozwojowi problemów wynikających z uzależnienia od alkoholu, ważne jest prowadzenie działań profilaktycznych, koncentrujących się na edukacji i promocji zdrowego stylu życia oraz wyposażaniu ich odbiorców, już od najmłodszych lat, w kluczowe umiejętności społeczne, sprzyjające rozwojowi osobistemu i budowaniu zdrowego poczucia własnej wartości.

3 WYKLUCZENIE SPOŁECZNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – PERSPEKTYWA SPOŁECZNO-KULTUROWA

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, odmiennność, stygmatyzacja, wykluczenie, kultura.

Wprowadzenie. Ciało (nie) idealne

Współczesne społeczeństwo, przede wszystkim silnie zglobalizowane społeczeństwo zachodnie, widziane z perspektywy społeczno-antropologicznej, jawi się jako grupa niezwykle heterogeniczna. Pomimo wielu wspólnie wyznawanych przekonań, wartości i celów, jest ono niezwykle różnorodne w sposobach interpretacji owych celów oraz podejściu do ogólnoludzkich wartości. Funkcjonowanie w takim zglobalizowanym i silnie z informatyzowanym społeczeństwie, spowodowało oczywiście zwiększenie możliwości kontaktu, tworzenia grup społecznych i wzmocnienia więzi osób zainteresowanych określonymi problemami. Jednakże z drugiej strony, aktywność w mediach społecznościowych czy możliwość kontaktu w zasadzie z dowolną osobą globu, ogranicza się do podglądania i naśladowania tych osób, które socjolog określa jako „znaczący Inni”. Celebryci, gwiazdy mediów, filmu, sportu stają się autorytetami wielkich rzesz ludzi, zarówno odnośnie sposobów myślenia i rozumienia świata, jak i również stają się oni wzorcami będącymi punktem odniesienia dla ludzkiej fizyczności. Sposoby prezentowania ciała w mediach tradycyjnych, ale przede wszystkim w mediach społecznościowych, powodują zarówno motywację, jak i frustrację, z powodu niemożności osiągnięcia wymarzonego ideału. W odniesieniu do ciała, ludzkiej fizyczności, która jest przecież tym elementem, dzięki któremu funkcjonowanie w świecie jest w ogóle możliwe, można dostrzec obecnie niezwykle ambiwalencję.

Pomimo intensywnego pragnienia wyróżniania się z tłumu i posiadania jakiejś cechy dystynktywnej względem innych jednostek, większość ludzi powieli ten sam katalog zachowań. Z jednej strony wciąż obecny jest ten wzorzec ciała, który opisuje greckie określenie *kaloskagathos*, czyli połączenie idealnego ciała wyrażającego piękną, czystą duszę. To oczywiście fizyczność – każdy chce mieć piękne i zdrowe ciało. Ilość różnorodnych diet, poradników, trenerów fitnessu czy „coachów lifestyleowych” doskonale to pokazuje. Z drugiej jednak strony współczesna, zwłaszcza internetowa kultura, oferuje wzorzec ciała będący zaprzeczeniem poprzedniego.

Powstają grupy, internetowe *fanpage*, oddolne ruchy społeczne domagające się odczarowania fizyczności, odrzucenie ideału na rzecz ciała naturalnego. Przykładem może być znany ruch *#bodypositivity* (*The Body Positive Movement*), którego przesłaniem jest afirmacja naturalnego ciała, ze wszystkimi jego niedoskonałościami. Pojawia się tu jednak pewien problem. O ile bowiem ciało idealne, jest na skutek naszego wychowania, socjalizacji społeczno-kulturowej, stosunkowo łatwe do zdefiniowania, o tyle „ciało naturalne” – paradoksalnie – w zasadzie nie istnieje. Paradoksalnie, ponieważ ciało idealne oczywiście również jest konstruktem wyobrażeniowym. Jednakże, to wyobrażone ciało idealne współczesna kultura zachodnia – ale wydaje się, że można również powiedzieć globalna – zdołała wyrazić w sposób realny. Choć greckie posągi idealnie wyrzeźbionych herosów nie stanowią modelu do naśladowania, to jednak idealne ciała osób prezentujących się na portalach społecznościowych, modelek na wybiegach czy telewizyjnych prezenterów stały się współczesnym punktem odniesienia. To właśnie ta fizyczność, balansująca na granicy snu i jawy, symulacji i realności, często niedostępna dla zwykłego zjadacza chleba, staje się pożądana. Obok niej wyrasta jednakże, wspomniany już ruch w kierunku ciała naturalnego, prezentującego wszystkie niedoskonałości i ułomności. Rozliczne prezentacje cielesności, również obecne głównie w mediach społecznościowych, pokazują ciało otyłe, brzydkie, pomarszczone, chore, pozbawione kończyn. Kształtuje się pewna nowa estetyka ciała zastępująca idealnie zbudowane ciało takim, które po prostu jest.

Jakkolwiek aspekt estetyczny nie będzie w tym miejscu poruszany warto pamiętać, że obecność wszelkiego rodzaju ciał odmiennych od idealnego, medialno-internetowego wzorca, dookreślona jest także poprzez różnorodne sposoby prezentacji i zachowania. Jest to pewien specyficzny język, którym opisują siebie osoby zmarginalizowane. Marginalizacja ta odbywa się na wiele sposobów, jednym z interesujących przykładów jest kwestia osób niepełnosprawnych.

Normy i grupy społeczne a procesy marginalizacji

Jednostki, o różnych stopniach i różnych formach niepełnosprawności, za pomocą swojego ciała, odmiennego i defektywnego, kształtują pewien język będący swoistym komunikatem skierowanym do ogółu społeczeństwa. Opisuje on funkcjonowanie ciała, które z reguły jest ciałem marginalizowanym czy wręcz odrzucanym, które jest z definicji wykluczane z szeregu czynności społecznych, jednakże obecnie staje się coraz bardziej słyszalny i wydaje się tworzyć pewien opór względem struktur społecznych, domagając się możliwości własnej ekspresji, widzialności i akceptacji.

Analizę relacji pomiędzy ciałem niepełnosprawnym, obecnością w życiu społecznym a marginalizacją zacząć należy od tego ostatniego elementu. Pozwoli to na zdefiniowanie społecznej roli i sposobu funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Wykluczenie i marginalizacja niezwykle często dotyczą osób niepełnosprawnych, przede wszystkim osób, których ciało uniemożliwia aktywne i „właściwe” funkcjonowanie w społeczeństwie. Z tego też powodu da się zauważyć polaryzację społeczeństwa na grupę osób zdrowych i „normalnych” oraz grupę osób niepełnosprawnych, odmiennych¹. Z tej perspektywy społeczeństwo dzieli się na dwie, opozycyjne względem siebie grupy, które pozostają względem siebie we wzajemnej relacji. „Grupy są jednym z zasadniczych czynników społecznej ciągłości” – zauważa J. Szmatka – „Przyczyniają się w wielkiej mierze do tego, że rzeczywistość społeczna nie jest tylko tokiem wciąż nowych zdarzeń i działa, że to, co w niej się dzieje, przybiera ciągle nowe formy. Co oznacza ciągłość istnienia grup oraz społeczności? Ciągłość ta sprowadza się do trzech spraw.

Pierwszą jest ciągła realizacja zadań właściwych danemu rodzajowi grup czy społeczności. Drugą sprawą jest ciągłość form organizacyjnych schematów zbiorowego działania. Wreszcie ciągłość jest ciągłością więzi społecznej, owej spójni duchowej, która łączy ludzi w grupie”². Grupa jako określony zbiór jednostek jest zatem gwarantem ciągłości funkcjonowania społeczeństwa jako pewnej określonej narracji, historii społecznej, w której wszystkie zachowania, normy i wartości są ze sobą spójne. Słowem, grupa tworzy określone uniwersum symboliczne, określony światopogląd, dzięki którym jednostki nie są już indywiduami, ale mogą poczuć „spójnię duchową”. Oczywiście takie sformułowanie grupy ma charakter nadrzędny sprawia, że całe społeczeństwo może akceptować określone uniwersum symboli, znaków i sensów, tworząc na przykład wspólnotę narodu. Taki sam mechanizm tworzy mniejsze grupy, których jednostki również są przedstawicielami określonego światopoglądu, ale może on być w opozycji do nadrzędnego uniwersum symbolicznego lub wchodzić z nim w inne relacje.

Sztompka podając elementy definiujące grupę pisze o „wzajemnych interakcjach”, „wspólnym celu oraz zespole norm, które nadają kierunek i określają granice działalności” grup oraz „zespole ról i sieci atrakcyjności

¹ Zgodnie z panującą w literaturze przedmiotu konwencją, osoby spełniające normy społeczne nazywane będą „normalsami” w znaczeniu „wszystkich tych, którzy nie odbiegają negatywnie od owych pierwotnych antycypacji”, za: E. Goffman, *Pietno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005, s.35.

² J. Szmatka, *Małe struktury społeczne. Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej*, PWN, Warszawa 2007, s. 39.

międzyosobniczej, które służą do oddzielania ich od innych grup”³. Zatem społeczeństwo może być analizowane jako dwie grupy, odmienne od siebie, tworzące swoje własne normy, cele czy sieci atrakcyjności. Jeśli dzięki takim cechom można odróżniać dwie dowolne grupy od siebie, można również wyznaczyć te elementy jako tworzące pewne granice pomiędzy społecznościami. Spełniając określone wyżej warunki, jednostka może przynależeć do określonej grupy, musi jednakże być wykluczona z innej. Oczywiście, w społeczeństwie współczesnym granice te prawie nigdy nie są aż tak stałe i nieprzeniknione, by partycypacja w kilku grupach nie była możliwa. Zatem jednostka funkcjonuje w kilku uniwersach symbolicznych, dokonując rozlicznych wyborów i zmian swojego działania w zależności od tego, w jakiej grupie aktualnie uczestniczy. W wypadku osób niepełnosprawnych ich definiowanie społeczne odbywa się nie tyle poprzez przechodność pomiędzy grupami, ale raczej poprzez naruszenie określonych oczekiwań, na skutek czego zostają one umieszczone w grupie wykluczonych, podobnie jak osoby o odmiennym kolorze skóry od tego, który w danej grupie dominuje czy odmiennej od dominującej orientacji seksualnej. Osoby niepełnosprawne definiowane są właśnie jako te, które nie spełniają oczekiwań grupy, co wyraźnie widać w przypadku norm i ról społecznych. Zwrócić należy uwagę, że osoby niepełnosprawne, z racji przede wszystkim swoich fizycznych odmienności lub rzucających się w oczy symptomów innych różnic, na przykład na poziomie psychicznym czy motorycznym, traktowane są jako figury ambiwalentne. Odnosząc się do cech definiujących grupę, w zasadzie nie ma podstaw takie osoby marginalizować, jednakże z drugiej strony, nie sposób wpisać je w strukturę grupy. Ta ambiwalencja przejawia się głównie w relacji do norm i ról społecznych.

Rola społeczna, jak wskazuje Szmatka nie jest łatwa do zdefiniowania. Píše on: „W odróżnieniu od pozycji, która jest elementem struktury grupowej, oraz w odróżnieniu od statusu, który jest składnikiem stratyfikacji, a także w odróżnieniu od osobowości, która jest jednym z czynników charakteryzujących układ zwany działającą jednostką, rola społeczna nie może być uznana za element któregośkolwiek z tych trzech układów. Przeciwnie, wydaje się, że lokuje się ona na przecięciu wszystkich trzech układów. (...) Rola społeczna jest jedynym elementem omawianego przez nas układu, który pełni funkcje pośredniczące i integrujące ten układ. Innymi słowy mówiąc właśnie rola społeczna jest tym typem konfiguracji strukturalnej, dzięki któremu struktura i stratyfikacja mogą wywierać wpływ na osobowość jednostki”⁴. Grupa społeczna przestrzegająca określonych norm i zachowań, jest zatem przyzwyczajona i uznaje za oczywiste, określone zachowania,

³ J. Szmatka, *op. cit.*, s. 41.

⁴ *Ibidem*, s. 130.

wania, zgodne z e zdefiniowanymi normami. Zdaniem H. Sęk „za normalne uznaje się też to, co jest powszechne, typowe dla danej kultury, są to zachowania zgodne ze zwyczajami i ustaloną konwencją. Z tym realistyczno-konwencjonalistycznym rozumieniem normy wiąże się pojęcie człowieka normalnego w sensie: typowego dla danej kultury czy grupy”⁵. Normy są zatem zdefiniowane względem większości, w tym wypadku zatem osób zdrowych, sprawnych. Pojawienie się w takiej strukturze osoby odmiennej, powoduje dysonans, wynikający nie tylko z elementarnych braków w procesie socjalizacji, ale również ze strachu przed pewnymi niewłaściwymi lub nieprzewidywanymi zachowaniami tejże osoby. Strach ten jest w zasadzie egzystencjalną obawą naruszenia spójnego uniwersum symbolicznego przez anormatywną jednostkę o nieokreślonej roli społecznej. Osoba niepełnosprawna nie może być bowiem właściwie zdefiniowana względem grupy, ponieważ poprzez swą psychofizyczną odmienność narusza normatywne, a co za tym idzie, stereotypowe mechanizmy kognitywne⁶.

Grupa i jednostka normatywna, nie są w stanie bez przeszkód określić statusu, osobowości czy pozycji osoby niepełnosprawnej, musi bowiem ona zostać na nowo zdefiniowana, w swojej odmiennej roli społecznej. Takie zachowanie jest naturalne zarówno dla jednostki, jak i dla grupy. Co więcej, emocje towarzyszące pojawianiu się osoby niepełnosprawnej, głównie strachu, obawy, ale także współczucia czy wręcz litości, nie muszą być związane bezpośrednio z jednostką, ale z poczuciem zagrożenia spójności całej, normatywnej grupy⁷. Niepewność jaka pojawia się wraz z osobą niepełnosprawną w określonej sytuacji społecznej, nie jest zatem tylko i wyłącznie jednostkowa, jest raczej wyrazem egzystencjalnego, ontologicznego niepokoju o spójność i stabilność grupy.

Od dawna osoby niepełnosprawne jawiły się w społecznościach nie tylko jako ludzie, ale jako symbole i nosiciele ponadnaturalnych mocy. Przykładowo św. Augustyn wpisując odmienność w boski porządek pisał: „Jako tedy nie było podobna Bogu zmieniać natur, które on sam chciał ustanowić, tak również nie jest dlań niepodobna zmienić je, w cokolwiek zechce. Stąd też roi się od mnóstwa cudów owych, które rozmaicie nazywamy: poczwary (*monstra*), zjawiska (*ostetnta*), dziwotwory (*portenta*) znaki (*prodigia*); gdybym je chciał wszystkie przypominać i opisywać, to to kiedyż bym to działa skończył? Monstra (poczwary, dziwne okazy) pochodzą od wyrazu

⁵ H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, t.1, PWN, Warszawa 2008, s. 57.

⁶ A. Hensoldt, *Konsensualne rozumienie rzeczywistości a możliwość nauk społecznych* [w:] B. Płonka-Syroka, (red.), *Wzorce postrzegania rzeczywistości w nauce i społeczeństwie*, DiG, Warszawa 2008, s. 136.

⁷ M. Bukowski, M. Winiewski, *Emocje międzygrupowe a stereotypy i zagrożenia społeczne: co jest przyczyną, a co skutkiem* [w:] M. Kofta, M. Bilewicz, (red.), *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe*, PWN, Warszawa 2011, s. 45.

monstrare, pokazywać, okazywać, bo coś przed siebie okazują i czegoś dowodzą (demonstrant); *ostetna*, zjawiska, od słowa *ostendre*, wyjawić, pokazać; *portenta*, wróżebne zjawy, dziwy, od *portendere* – wskazywać przyszłość, obwieszczać; *prodigia* – znaki wieszczby tak się nazywają, bo *porto dicunt*, mówią nadal, czyli przyszłość wieszczą”⁸.

Podobnie odmienność opisywali inni starożytni, jak Arystoteles czy Pliniusza nawet autorzy XIX-wieczni, zajmujący się różnorodnymi ludzkimi anomaliami⁹. Naruszenie kruchej równowagi symbolicznej społecznie konstruowanej rzeczywistości, od dawna zmuszało ludzi do odmiennego traktowania osób niepełnosprawnych¹⁰. W kontekście odmienności, sakralności i niepełnosprawności można również wykorzystać współczesny podział grup na ekstra- oraz intrapunitywne. Wydaje się, że bardziej niż definiowane osób niepełnosprawnych jako ciał monstualnych, będzie on odpowiadał współczesnemu podejściu. Grupy posiadają zatem przynajmniej dwie struktury – spójności oraz punitywności¹¹. Zadaniem tej drugiej struktury jest poprzez użycie przymusu, różnorodnych środków nacisku czy w końcu sankcji, niedopuszczenie do rozbitcia grupy poprzez utratę spójności. Grupa broni się przed utratą stworzonej i uznawanej przez siebie za właściwą narracji, która pozwala funkcjonować jej jako stabilna i spójna całość. Przykłady takich tradycyjnych strategii wymienia M. Douglas opisując sposoby pozbywania się anomalii, uznanych przez grupę za niebezpieczne, takie jak zmniejszenie dwuznaczności poprzez przypisanie odmienności do zupełnie innego symbolicznego uniwersum, fizyczne kontro-

⁸ Św. Augustyn, *Państwo Boże*, Hachette, Warszawa 2010, s.659.

⁹ Zob. np.: H. Deutsh, F. Nussbaum, (red.), *Defects. Engendering the Modern Body*, University of Michigan, Michigan 2000; R. Garland, *The Eye of the Beholder. Deformity and Disability in the Graeco-Roman World*, Cornell university Press, New York 1995; J.J. Cohen, *Of Giants. Sex, Monsters, and the Middle Ages*, University of Minnesota Press, London 199,s pp. 4-5; Z. Hanafi, *The Monster in the Machine. Magic, Medicine, and the Marvelous in the Time*, Duke University Press, London 2000, p. 34; J.J. Cohen, *Monster Culture (Seven Theses)*, [w:] J.J. Cohen (red.), *Monster Theory*, University of Minnesota Press, London 1996, pp.3-25; M.H. Huet, *Monstrous Imagination*, Harvard University Press, Massachusetts 1993, pp. 4-8; A. M. Leroi, *Mutants. On Genetic Variety and the Human Body*, Penguin Books, New York 2003, pp. 3-5; J. Spinks, *Monstrous Births and Visual Culture in Sixteenth-Century Germany*, Ed. Pickering&Chatto, London 2009, pp. 3-10. Prace uznane już za klasyczne ukazujące proces medykalizacji odmienności zob. np.: W.L. Pyle, G.M. Gould, *Anomalies and Curiosities of Medicine*, Eds. W.A. Saunders&Company, London 1901; E. Martin, *Historie des monstres. Depuis l'antiquite jusqu'a nos jours*, Eds. C.Reinwald&Co., Paris 1880; F.T Buckland, *Curiosities of Natural History*, Eds. Richard Bentley&Son, London 1882; F.P. Mall, *A Study of the Causes Underlying the Origin of Human Monsters*, The Wistar Institute of Anatomy and Biology, Philadelphia 1908; B.C. Hirst, G.A. Piersol, *Human Monstrosities*, Lea Brothers&Co., Philadelphia 1892.

¹⁰ Zob.: B. Borowska-Beszta, *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Impuls, Kraków 2012, rozdz.1.

¹¹ J. Szmatka, *Małe*, op. cit., s., 276 i nast.

lowanie anomalii przez zabiegi pedagogiczne, rehabilitacyjne czy prostetyczne, unikanie anomalii poprzez uznanie odmienności za coś wstrętnego, zagrażającego i negatywnego, uznanie odmienności za zagrożenie czy wykorzystanie odmienności jako elementu symbolicznego, religijnego¹².

Szmatka również podkreśla, używając innego języka, podobne społeczne zachowania zmierzające do utrzymania stabilnych grupowych struktur oraz tworzenia sieci kontroli i nacisków wewnątrzgrupowych. Wskazuje, że te punitywne zachowania mają za zadanie wyeliminować te czynniki, które obniżają spójność grupy. Zatem wszelkiego rodzaju działania, które mogą wydawać się niehumanitarne, w ujęciu dynamiki grup, nie są w zasadzie niczym innym niż technikami obrony tychże grup przed rozpadem. W myśl tych założeń, grupy ekstrapunitywne „rozwiązują wewnętrzne problemy, a więc przede wszystkim rozładowują wewnętrzne konflikty oraz utrzymują wewnątrzgrupową spójność na optymalnym poziomie metodą kozła ofiarnego”¹³. Technika ta polega na wyznaczeniu innej, zewnętrznej i odmiennej grupy za grupę nie tylko obcą, ale i ze swej definicji wrogą, którą należy wyeliminować, a w najlepszym wypadku zmarginalizować. Natomiast grupy intrapunitywne „cehuje orientacja do wewnątrz oraz poszukiwanie kozła ofiarnego jako środka rozwiązywania własnych problemów”¹⁴.

W kwestii wykluczenia, traktowanych jako odmienna grupa, osób niepełnosprawnych z normatywnie strukturyzowanego społeczeństwa, sprawdzić się mogą oba rodzaje strategii. Grupa normatywna, nie chcąc narażać spójności swojego uniwersum ani swojej tożsamościowej narracji, woli poświęcić określoną grupę ludzi, w tym wypadku psychofizycznie odmiennych, wykluczając ją ze społecznej przestrzeni. Grupa ta jako zmarginalizowana pojawia się tylko w określonych przestrzeniach społecznych jako monstra, odmieniec czy współcześnie chorzy i upośledzeni. Wydaje się niezwykle istotnym fakt, że „termin *koziół ofiarny* określa równocześnie niewinność ofiary, kolektywną nienawiść, jak się na niej skupia, oraz kolektywnie realizowany efekt owej nienawiści”¹⁵. Ta definicja pokazuje doskonale, iż wykluczana grupa nie jest separowana ze względu na nią samą, ponieważ tak naprawdę nie ma w niej żadnej winy, jednakże to właśnie grupa stratyfikująca, normatywna i dominująca, wyklucza niejako z siebie tę część, która potencjalnie może naruszyć jej strukturę. W przypadku społeczeństwa współczesnego i osób niepełnosprawnych, wykluczenie dotyczy nie tyle fizycznych i konkretnych osób, lecz samego obrazu osoby niepełnosprawnej i wszelkich jej konotacji, sensów i znaczeń jakie ze sobą

¹² M. Douglas, *Czystość i zmaza*, PIW, Warszawa 2007, ss. 80-81.

¹³ J. Szmatka, *Małe, op. cit.*, s. 176.

¹⁴ *Ibidem*, s. 177.

¹⁵ R. Girard, *Koziół ofiarny*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1987, s. 62.

niesie. Strategię „kozła ofiarnego” stosowano nie tylko w tradycyjnych kulturach opisywanych przez Douglas, ale także w świecie zachodnim, w czasach nowożytnych.

Prace M. Foucault pokazują jak przenikały się, ale także stopniowo ewoluowały, reżimy i strategie kontroli nad ludzkim ciałem, przechodząc od wykluczenia, poprzez izolację aż do prewencyjnego zapobiegania anormalności¹⁶. Jak wskazuje Foucault, społeczności nowożytne opracowały generalnie dwie strategie funkcjonowania odmienności w relacji do ogólnie panujących norm. Z jednej strony był to model politycznej kontroli, jako „negatywnej reakcji” polegającej na odrzuceniu i wykluczeniu¹⁷. Do tej strategii działań kwalifikują się wszystkie te sposoby zarządzania odmiennością, które definiują grupę jako ekstrapunytwną oraz domagają się nie tyle rozpoznania i wyjaśnienia odmienności, ile jej natychmiastowego wykluczenia. Interesującym jest, że choć takie podejście obecne jest głównie w stosunku do wszelkich zachowań zagrażających bezpieczeństwu danej grupy, o tyle także osoby niepełnosprawne, zwłaszcza okaleczone lub zdeformowane na skutek różnorodnych urazów twarzy, w sposób zdecydowany są wykluczane¹⁸. Dużą rolę odgrywa tu dominacja wzroku we współczesnym społeczeństwie oraz kulturowo sankcjonowana rola twarzy jako tego elementu, który jest widziany jako pierwszy i ma za zadanie wyrażać uczucia oraz emocje. Wszelkie dysfunkcje w rejonie oczu, nosa, ust uniemożliwiają takie funkcjonowanie, co jednocześnie zaburza komunikację.

Ponadto niezwykle ważną dla rozpoznania osoby jako normalnie funkcjonującej jednostki jest jej integralność somatyczna – w momencie jakichkolwiek defektów, jednostka ta zostaje z grupy wyłączana. Oczywiście, jest to pewien model idealny współcześnie, na szczęście, nie deprecjonuje jednostek tak drastycznie, chociaż wciąż są to kwestie niezwykle istotne i delikatne. Według M. Foucault dookreślanie normy społecznej odbywa się w sposób przymusowy, dlatego też funkcjonowanie mechanizmów ekstrapunytwnych jest konieczne. Elementem koniecznym są również strategie intrapunytne, opisywane na przykładzie zjawisk, takich jak plaga¹⁹. Choć nie dotyczy ona bezpośrednio niepełnosprawności, Foucault wskazuje, że wszelkiego typu zjawiska, jak epidemia czy plaga, wywołują „pozy-

¹⁶ M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, PWN, Warszawa 2010, s. 33.

¹⁷ M. Foucault, *Abnormal. Lectures at College de France 1974-1975*, Verso, London-New York 2005, s. 48.

¹⁸ O dysfiguracjach twarzy i roli twarzy w kontaktach międzyludzkich zob. np.: N. Rumsey, D. Harcourt, *The Psychology of Appearance*, Open University Press, New York 2005, pp.94-96, 108-112, 124-125; R. Bull, N. Rumsey, *The Social Psychology of Facial Appearance*, Eds. Springer-Verlag, New York 1988, pp. 179 et seq.; A. Szykowska-Piotrowska, *Po-twarz. Przekraczanie widzialności w sztuce i filozofii, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk-Warszawa 2015, ss. 42-50.

¹⁹ M. Foucault, *Abnormal, op. cit.*, p. 48.

tywne reakcje, to jest reakcje włączenia, inkluzji, obserwacji” prowadzące do „formowania wiedzy” używanej do „multiplikowania efektów władzy na podstawie akumulacji obserwacji i wiedzy”²⁰. W tym wypadku intrapunitywności anormatywności sprowadza się nie tyle do pomocy, ile raczej do ochrony i prewencji wobec możliwości zaistnienia takich przypadków odmienności w przyszłości. Jest to więc rodzaj biowładzy, dzięki której społeczeństwo może czuć się bezpiecznie, pod warunkiem że, mówiąc obrazowo, przyjmie określoną dawkę trucizny do swojego organizmu i włączy osoby mu zagrażające do swojej grupy. Nie czyni tego z pobudek filantropijnych, raczej dąży do przebadania określonego przypadku odmienności, w celu zebrania wiedzy (i władzy, w dialektyce społecznej Foucault) oraz umiejętności zapobiegania takim zjawiskom na przyszłość. Jak pisze Foucault rodzi się tu wiedza prawno-polityczna, przejawiająca się przez wieki w różnorodnych instytucjach władzy. Takie aparaty władzy, dyspozytywne, jak określa je Foucault, wprowadzają „normalizację” zakładającą, iż „norma nie jest w żaden sposób definiowana jako prawo natury, ale raczej jako dokładne i przymusowe role mające być wykonywane w odpowiednio do tego przeznaczonych domenach społecznych. Norma nie jest czymś przejrzystym; to element na podstawie którego budowane są pewne formy władzy. (...) Normy nie są po to by wykluczać lub odrzucać. Raczej, zawsze są połączone z pozytywnymi technikami interwencji i transformacji, tworzą rodzaj normatywnego projektu”²¹.

Wszelkie odmienności zatem, są nie tyle odstępianiem od normy, ale raczej układają się w katalog wiedzy, określony dyskurs medyczny, naukowy, racjonalny, który zatrzymuje odmienną grupę w społeczeństwie, robiąc z niej „użytek” – pragmatycznie dopracowując swoje społeczne wzorce zachowań. Foucault opisuje odmiennosc, „abnormalność” w trzech takich dyskursach. Po pierwsze mówi o „ludzkim potworze” jako o figurze prawno-biologicznej, pewnym wyjątku normy, w którym prawo zaczyna intensywniej pracować, aby taką jednostkę przywrócić do społecznego uniwersum; drugim anormatywnym monstrum jest „jednostka wymagająca poprawy”, a zatem ktoś, kto w reżimie dyscyplinującym nie zostaje wykluczony ze społeczeństwa, ale wręcz przeciwnie, dzięki wiedzy to władza potrafi takie indywiduum skorygować; trzecia wreszcie „potworna jednostka”, to „onanista”, który istotny jest ze względu na swą seksualność oraz cielesność²². Wszystkie te indywidua, owe „osobliwości” nie są jednak

²⁰ M. Foucault, *Abnormal*, op. cit., p. 48.

²¹ *Ibidem*, ss. 49-50.

²² *Ibidem*, ss.55-60. Na zależność odmienności i seksualności zwraca uwagę E. Grosz, postulując, że osoby anormatywne są „seksualnymi ciekawostkami” dla ludzi normatywnych, którzy czerpią „perwersyjną przyjemność” z zastanawiania się „jak oni to robią?”, zob.: E. Grosz, *Intorelable Ambiguity: Freaks as/at the Limit* [in:] R. Garland Thomson (ed.), *Fre-*

traktowane ekskluzywnie. W przeciwieństwie do pierwszej propozycji Foucault, w której ma się do czynienia ze społeczną ekskluzją, zamknięciem i prewencyjną biowładzą, opisane techniki zarządzania anormalnością, mieszczą się w dwóch ostatnich strategiach. Anormalność zatem nie służy w nowoczesnych społeczeństwach do prostego wykluczenia, odrzucenia „brudu” jakby to ujęła Douglas, i zapewnienia społeczeństwu prostej i przejrzystej normatywności. To właśnie, zdaniem Foucault, anormalność i odmiennosc kształtuje społeczne normy. G. Canguilhem pisze o tych relacjach w sposób następujący: „Anomalia jest rzeczownikiem, któremu nie odpowiada żaden przymiotnik, podczas gdy anormalny jest przymiotnikiem bez odpowiadającego mu rzeczownika; ostatecznie praktyka językowa połączyła właśnie oba terminy, czyniąc z anormalnego przymiotnika anomalię.(...) *Anomalia* pochodzi od greckiego słowa *anomalía* oznaczającego nierówność, chropowatość; słowo *omalos* oznacza w greckim – to, co jest równomiernie gładkie, równe; toteż *anomalía* oznacza etymologicznie *an-omalos*, – to, co jest nierówne, chropowate, nierównomierne, w takim znaczeniu, w jakim mówi się o terenie. Otóż często rozpoznaje się etymologię słowa *anomalía*, wywodząc je nie z *omalos*, lecz z *nomos*, oznaczającego prawo, a w następstwie ze złączenia *a-nomos*. (...) Greckie *nomos* i łacińskie *norma* mają bowiem podobne znaczenie; prawo i reguła są niemal identyczne. Toteż pod względem ściśle semantycznym *anomalía* oznacza stan faktyczny, jest terminem opisowym, podczas gdy *anormalny* implikuje odniesienie do wartości, jest terminem oceniającym, normatywnym; jednakże odstępstwo od reguł gramatycznych doprowadziło do mimowolnego połączenia znaczeń słów *anomalía* i *anormalny*. Pierwsze stało się pojęciem normatywnym, drugie opisowym.”²³.

Paradoksalnie zatem, to właśnie odmiennosci pojawiające się zarówno w cielesności, psychice czy seksualności, stanowią o tym, w jaki sposób rozumiana jest norma społeczna. Kształtowanie społecznego uniwersum oparte jest nie tyle na prostych wkluczeniach, ile raczej na funkcjonowaniu grup wykluczonych, stygmatyzowanych w samym jego centrum. Jednocześnie droga jaką przeszły jednostki anormalne, od ciał monstrualnych po niepełnosprawne, pokazuje próby opanowania tychże odmiennosci przez społeczeństwo. Foucault zaznacza bardzo wyraźnie: „Różnica pomiędzy niepełnosprawnością (*disability*) a monstrualnością (*monstrosity*) ukazuje się w punkcie przecięcia, pomiędzy prawem naturalnym a prawem bożym lub społecznym, jest to punkt, w którym oba te prawa spotykają się. Nie-

akery. *Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*, New York University Press, New York-London 1996, p. 64. O seksualności osób niepełnosprawnych w ujęciu kulturowym zob.: R. McRuer, A. Mollow (red.), *Sex and Disability*, Duke University Press, Durham-London 2012.

²³ G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2000, s. 101.

pełnosprawność może być czymś, co niepokoi i narusza naturalny porządek, lecz niepełnosprawność nie jest monstrualnością ponieważ ma ona miejsce w prawie cywilnym i kanonicznym. Osoba niepełnosprawna może nie być zgodna z naturą, ale jest akceptowana przez prawo. Monstrualność, jest rodzajem naturalnej nieregularności, która wypacza samo prawo. Musi ono zatem albo zakwestionować swoje własne założenia, albo w milczeniu abdykować²⁴.

Przywołane rozróżnienie wprowadza racjonalne, medyczne i prawne spojrzenie na osoby odmienne, jako te, które pomimo swych defektów oraz ułomności są dla nowożytnego prawa pełnoprawnymi jednostkami, nie zaś „potworami”, wobec których ludzka wiedza i rozsadek pozostają bezradne. Robert McRuer pisze, że niepełnosprawność oraz odmienność (*queerness*) jest swego rodzaju przedłużeniem zdrowego (*able-bodied*) ciała²⁵. Jest to przedłużenie tożsamości zdrowego podmiotu, określone za J. Butler jako „wirtualna tożsamość *queer*”, będąca potencjalnością obecną w każdym normalnej i zdrowej jednostce, a nieobecną w zachowaniach nienormalnych²⁶. Jednocześnie jak twierdzi autor, pojawia się napięcie związane z system kompulsywnego zdrowia i kompulsywnej normatywności wpisanych w strukturę społeczną – nawet odmieńcy muszą zachowywać się normalnie i wpisywać się w normatywną strukturę społeczno-kulturową, tym razem w roli pacjentów, chorych, niepełnosprawnych.

Wszystkie te zachowania będące zachowaniami normatywnymi funkcjonują jako ukryte założenia społeczeństwie i jako takie wpływają na ludzi o anormalnych sposobach funkcjonowania, zmuszając do podporządkowania. McRuer, podobnie jak wcześniej Foucault, zauważa że „instytucje produkujące i ochraniające dominującą w naszej kulturze heteroseksualność ochraniają jednocześnie dominację sprawnej i zdrowej tożsamości (*able-bodied identity*). Takie instytucje wymuszając hegemonię sprawnych ciał, dosłownie konstruują świat wszędzie i zawsze faworyzujący bardzo proste rozumienie sprawności (*ability*)”²⁷. W takim świecie, jak podkreśla, choć człowiek jest wolny i może mieć zdrowe ciało, to nie jest na tyle wolny aby mieć inne, dowolne ciało, co oznacza, że każde inne odstępstwo od norm społecznych będzie wiązało się z określonymi konsekwencjami. Pomińmy, iż Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje jasno iż „niepełnosprawność jest częścią stanu zdrowia człowieka”²⁸, wciąż jednak osoby niepełno-

²⁴ M. Foucault, *Abnormal*, *op. cit.*, s. 64.

²⁵ R. McRuer, *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*, New York University Press, New York-London 2006, s. 30. Dokładniejsze omówienie zob.: D. Goodley, *Disability Studies*, Sage, London 2011, s.42.

²⁶ *Ibidem*, s. 31.

²⁷ *Ibidem*, s. 151.

²⁸ Światowy raport o niepełnosprawności-podsumowanie, Światowa Organizacja Zdrowia,

sprawne spotykają się ze społecznym wykluczeniem i niezrozumieniem.

Wykluczające piętno odmienności

Fizyczne i psychiczne odmienności zostały zatem użyte do sformułowania norm społecznych, stworzenia repertuaru medycznych zachowań, a także określonej wiedzy. Jednakże zdefiniowanie odmienności inaczej niż monstrualności, nie sprawiło, że takie osoby traktowane są w pełni normalnie. Wciąż funkcjonują stereotypy oraz wykluczające tendencje a osoby odmienne traktowane są często właśnie jako „odmieńcy” i kozły ofiarne. Definiując pojęcie stereotypu w kontekście osób niepełnosprawnych, należy odwołać się do kategorii stygmatu społecznego lub piętna, o którym pisał E. Goffman. W swojej pracy Goffman pisze: „termin *piętno* będziemy zatem używać na określenie atrybutu dotkliwie dykredytującego” oraz wymienia „trzy rodzaje piętna (...) brzydotę cielesną, czyli rozmaite deformacje fizyczne, po drugie, wady charakteru przypisywane słabej woli, nieujarzmionym bądź nienaturalnym namiętnościom, niebezpiecznym lub dogmatycznym przekonaniom oraz nieuczciwości, o których to wadach wnioskuje się na podstawie takich faktów, jak na przykład zaburzenia psychiczne, pobyt w więzieniu, nałogi, alkoholizm, orientacja homoseksualna, bezrobocie, próby samobójcze albo też radykalne zachowania polityczne, trzecią odmianą piętna są grupowe piętna rasy, narodowości i wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające jednakową skazę na wszystkich członków rodziny”²⁹. W tej klasycznej definicji piętna lub stygmatu³⁰, ma się do czynienia ze zdefiniowaniem odmienności w trzech podstawowych społecznych przestrzeniach: indywidualnej somatyczności, roli społecznej oraz odmienności grupowej. Goffman zwrócił też uwagę, na fakt stygmatyzowania osób właśnie poprzez ich relacje do dysfunkcyjnego pełnienia określonych ról społecznych, jak ma to miejsce w przypadku osób uzależnionych czy bezrobotnych. Współczesne koncepcje oraz badania dotyczące osób wykluczonych i marginalizowanych społecznie potwierdzają tę intuicję. A. Fidelus pisze o wykluczeniu społecznym następująco: „Pod określeniem *wykluczenie społeczne* rozumie się najczęściej sytuacje, kiedy pewna grupa obywateli staje się w jakimś stopniu niezdolna do uczestnictwa w ważnych aspektach życia społecznego, doświadcza ubóstwa oraz deprivacji oraz nie może korzystać ze swoich praw (...). Wykluczenie

Genewa 2011, s. 9.

²⁹ E. Goffman, *Piętno*, op. cit., ss.33-34.

³⁰ Pojęcia „stygmatu” używam zamiennie z terminem „piętno”, gdyż oryginalny tytuł pracy Goffmana to właśnie *Stigma*.

społeczne według Narodowej Strategii Integracji Społecznej (jako podstawowego dokumentu przyjętego przez kraje Unii Europejskiej w zakresie walki z ekskluzją społeczną) określane jest jako sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w sposób godny³¹.

Autor opracowania przyjmuje definicję Fidelus jako wiążącą, ponieważ temat związany z marginalizacją i wykluczeniem jest zbyt obszerny aby przytaczać w tym miejscu szereg innych definicji i rozróżnień, jednocześnie należy podkreślić, iż zjawisko wykluczenia definiowane w ten sposób odnosi się również do koncepcji społeczno-kulturowych³². Goffmanowska definicja, jakkolwiek bardzo odległa od antropologicznych i kulturoznawczych opracowań problemu odmienności proponowanych przez Douglas czy Foucault, zawiera jednak pewne wyczuwalne inklinacje do bardziej ogólnych, wręcz ludycznych teorii. Przywoływany już św. Augustyn, ale także św. Tomasz czy dużo wcześniej Seneka, Arystoteles, Pliniusz, Montaigne opisywali odmienności właśnie w kategoriach czysto intuicyjnych odczuć, uwzględniających takie emocje jak strach, niepokój, ciekawość czy odrazę w stosunku do osób anormatywnych, głównie posiadających zmiany fizyczne.

M. Nussbaum zauważa, że „żyjemy w epoce przejściowej pomiędzy dwoma odmiennymi typami polityki”, gdyż czasy współczesne to starcie dwóch światopoglądów: „polityki człowieczeństwa” oraz „polityki wstrętu”³³. Ta pierwsza definiowana jest jako „polityczna postawa łącząca w sobie szacunek, odwagę i harmonię współżycia z innymi”, drugi rodzaj polityki to „ciągła walka o szacunek i inkluzję” społeczna. Nussbaum zauważa, iż obecnie wiele przestrzeni społecznych może być zdefiniowanych nie tyle za pomocą samej polityki i prawa jako takiego, ale w dużej mierze właśnie to prawo warunkowane jest atawistycznym wręcz pojęciem wstrętu w stosunku do wszelkich anormatywnych zachowań³⁴. Zdaniem Nussbaum „społeczeń-

³¹ A. Fidelus, *Działania inercyjne wobec osób wykluczonych i marginalizowanych społecznie* [w:] A. Fidelus (red.), *Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo UK-SW, Warszawa 2011, ss. 80, 82-84.

³² Zob. np.: A. Nowak, (red.), *Wybrane społeczno-socjalne aspekty marginalizacji*, Wydawnictwo ŚWSZ, Katowice 2005; A. Kłonkowska, M. Szuc, (red.), *Społecznie wykluczeni*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013; E. Tarkowska, (red.), *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*, IFiS PAN, Warszawa 2013; E. Golinowska, I. Tarkowska, A. Topińska, (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania-metody-wyniki*, Instytut Pracy i Spraw socjalnych, Warszawa 2007.

³³ M.C. Nussbaum, *From Disgust to Humanity. Sexual Orientation and Constitutional Law*, Oxford University Press, Oxford 2010, ss. XVIII-XIX. Historyczny przegląd koncepcji wstrętu zob.: W. Menninghaus, *Wstręt. Teoria i historia*, Universitas, Kraków 2009.

³⁴ *Ibidem*, p. 14 et seq.

stwa posiadają wiele sposobów aby stygmatyzować bezbronni mniejszości. Wstręt nie jest jedynym mechanizmem stygmatyzacji. Jest on jednak, jednym z bardzo silnych i centralnych, a kiedy zostaje usunięty, inne mechanizmy również znikają³⁵, co odczytać można jako konstruktywistyczne podejście w stosunku do definiowania stygmatów społecznych. Zatem pomimo, iż są one racjonalizowane, instytucjonalizowane, zmedykalizowane czy upolitycznianie, biorąc pod uwagę definicję Goffmana widać wyraźnie, iż jest ona również zborna z koncepcją Nussbaum, w której wstręt staje się wyznacznikiem społecznej normy. Co więcej, Nussbaum wyraźnie podkreśla wykluczający aspekt „polityki wstrętu”, w której wstręt wykorzystywany jest jako „fundamentalne odrzucenie człowieczeństwa drugiej osoby” oraz wyraża „niezwykle intensywną formę dezaprobaty”³⁶. Wszelkiego rodzaju dewiacje, choć „społecznie tworzone przez kolektywne ludzkie sądy”³⁷, mają swoje archetypiczne źródło w naturalnym wstręcie wobec odmiennego, jako opisanej przez Douglas koncepcji „brudu”, czyli tego, co nie jest na swoim miejscu i zaburza porządek społeczny³⁸. Te odczucia leżą także u podstaw definicji osób nienormatywnych jako „innych”, albowiem proces stygmatyzacji wskazujący na „inność” określonej grupy lub jednostki, zakłada w gruncie rzeczy odczucie odrazy wobec tego, co odmiennie. D. Kelly wskazuje, że „wstręt dostarcza motywacji jednostkom do postępowania zgodnie z wymaganymi normami, a także kształtuje on sposoby karania za ich przekroczenie”³⁹. Zarówno moralne, etniczne, rasowe, religijne czy fizyczne i społeczne granice mogą być wyznaczone poprzez pojęcie wstrętu jako cechy dystynktywnej odróżniających „nas”, zachowujących się i wyglądających „normalnie” od „innych” zachowujących się niewłaściwie, robiących „wstrętne, niemoralne rzeczy”⁴⁰.

Współczesne badania P. Rozina potwierdzają tę ludzką skłonność do separowania się wobec wstrętnych podmiotów i przedmiotów, wskazując na dwie atawistyczne zasady kierujące ludzkim poznaniem: podobieństwo i styczność. Człowiek, jak twierdzi Rozin, w dość irracjonalny, wręcz magiczny sposób boi się „zarazić odmiernością poprzez dotykanie lub nawet przebywanie w jednym pomieszczeniu z osobą anormatywną”⁴¹. Badając

³⁵ M.C. Nussbaum, *op. cit.*, p.17.

³⁶ M.C. Nussbaum, *Hiding from Humanity, Disgust, Shame and Law*, Princeton University Press, Princeton 2009, p. 150.

³⁷ M. Inderbitzin, K. Bates, R. Gainey, (red.), *Deviance and Social Control. A Sociological Perspective*, Sage, London 2013, p. 19.

³⁸ M. Douglas, *Czystość*, *op. cit.*, s.77.

³⁹ D. Kelly, *Yuck! The Nature and Moral Significance of Disgust*, The MIT Press, Massachusetts 2011, pp. 121-122

⁴⁰ *Ibidem*, pp.123-124.

⁴¹ P. Rozin, L. Millman, C. Nemeroff, *Operation of the Laws of Symphatetic magic in Disgust and Other Domains*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol.4, 1986, pp. 710-

pacjentów z kolostomią, Rozin wykazał, że pacjenci odczuwają „wyższe odczucie stygmatyzacji zakładając, że inni mogą odczuwać wstręt z powodu ich kolostomii”, a ich dyskomfort wynikał zdecydowanie bardziej ze społecznej stygmatyzacji na skutek pojawiającego się uczucia wstrętu w stosunku do nich u innych osób, niż z powodu samego zabiegu. Jednocześnie „badani, którzy nie przechodzili kolostomii odczuwali zdecydowanie większy wstręt na myśl o *bliskim kontakcie* z pacjentem po kolostomii⁴².

O podobnej obawie przed „zabrudzeniem” i „zarażeniem” odmiennością świadczą także badania dotyczące defektów twarzy, wskazujące jednoznacznie świadomą separację osób z dysfigurią, przy czym wrodzone defekty są oceniane znacznie bardziej negatywnie, niż urazy powypadkowe⁴³. Zachowania społeczne względem takich osób, jak odwracanie wzroku, unikanie kontaktu czy przeciwnie wpatrywanie się lub wytykanie palcami oraz głośne komentowanie, wyraźnie pokazują pewien rodzaj społecznego niepokoju wywołany przez zaburzenie norm społecznych. Wydaje się, iż od czasu *Ugly Laws* mającymi chronić społeczeństwo przed osobami „brzydkimi”⁴⁴, koncepcja postrzegania osoby odmiennej nie zmieniła się za bardzo, gdyż jak piszą Bull i Rumsey „osoba z dysfigurią jest naznaczona nie dlatego, że nie jest idealnie piękna, lecz ponieważ nie jest w stanie osiągnąć minimalnego standardu akceptowalności” społecznej, nie jest zatem zagrożeniem dla wysublimowanego i idealnego kanonu piękna, ale nie osiąga nawet przeciętnego, społecznie akceptowanego poziomu odmienności społecznej. Stygmatyzacja jest zatem procesem, w którym nawet najmniejsza odmienność może być traktowana jako zaburzenie społecznego porządku. Osoby z widocznymi, fizycznymi dysfiguriami twarzy, wciąż są z trudem akceptowane, jednak również „grupy osób niepełnosprawnych z nietypowymi, rzadko występującymi postaciami niepełnosprawności oraz z tzw. niepełnosprawnościami sprzężonymi czy wielorakimi bądź złożonymi są szczególnie zagrożone marginalizacją i wykluczeniem społecznym(...) Nietypowa rzadkość występowania określonego typu ograniczenia sprawności oznacza bardzo często, iż niewielka albo niedostępna jest wiedza wśród samych tych osób, członków ich rodzin, specjalistów i społeczeństwa na temat przyczyn, objawów i konsekwencji doświadczanego problemu zdrowotnego i społecznego”⁴⁵.

711.

⁴² P. Rozin, D. M. Smith, G. Loewenstein, R. L. Sherri, P. A. Ubel, *Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy*, „Journal of Research in Personality” 2007, no. 41, p. 789.

⁴³ R. Bull, N. Rumsey, *The Social*, op. cit., s.195.

⁴⁴ C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, s. 110.

⁴⁵ A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, (red.), *Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności*, Scholar, Warszawa 2010, s.12.

Niechęć do fizycznych odmienności podkreśla również T. Siebers zauważając, że w przypadku osób niepełnosprawnych z widocznymi anomaliami, dużą rolę w akceptacji społecznej mają względy estetyczne. „Estetyka wyraża emocje jakie obecność pewnych ciał wzbudza u innych, lecz estetyczne odczucia przyjemności i wstrętu są trudne do oddzielenia od politycznych objawów akceptacji bądź odrzucenia. Wykluczanie kobiet, gejów, lesbijek, osób z niepełnosprawnością, czarnych i innych grup etnicznych często bierze się z sądów estetycznych, choć oczywiście ukrytych, które dotyczą ciał i emocji jakie wywołują”⁴⁶ twierdzi Siebers. Jakkolwiek taki sąd może wydawać się dyskusyjny, jest on zbieżny z intuicjami Nussbaum czy Goffmana oraz badaniami Rozina. Wydaje się, że praca Siebersa jako przedstawiciela socjologicznej perspektywy badań nad niepełnosprawnością, dobrze oddaje również społeczne obawy względem osób odmiennych.

Pisząca o dystansie społecznym Z. Palak również zwraca uwagę na poczucie wstrętu wobec odmienności, pisząc o „atawistycznym lęku” jaki budzi choroba i kalectwo wyzwalające „instynkt samozachowawczy skłaniający często do zachowania dystansu wobec niepełnosprawnych” pomimo, iż „niekiedy nawet ludzie skłonni do współczucia czy udzielania anonimowej pomocy, (...) kontakt bezpośredni, bliski, uważają za niepotrzebny i zbyt trudny dla siebie”, a reakcje takie mają swe źródło w „zaburzeniach relacji pomiędzy ludźmi zdrowymi a osobami niepełnosprawnymi” na skutek „stereotypów co do wyglądu i funkcjonowania”⁴⁷. Jakkolwiek różnie nazywana, odmiennność zwłaszcza fizyczna, jest tym czynnikiem z powodu którego większość osób zdrowych, ma problemy z dopuszczeniem osób niepełnosprawnych do przestrzeni publicznej.

Warto zwrócić również uwagę na inny aspekt goffmanowskiej definicji, a mianowicie relacyjność piętna. Według Goffmana „piętno jest szczególnym typem relacji między atrybutem a stereotypem”⁴⁸, co oznacza nie tylko, że piętno jest przypisywane jednostce i na tej podstawie kształtowany jest stereotyp czy szerzej cała narracja w stosunku do jednostki lub grupy. Dużo istotniejsza wydaje się uwaga Goffmana gdy zauważa, iż „piętno dotyczy nie tyle określonej liczby jednostek, które można podzielić na dwie grupy (nosicieli piętna i normalsów), co wszechobecnego procesu społecz-

⁴⁶ T. Siebers, *Disability Aesthetics*, The University of Michigan Press, Michigan 2010, s. 60. Warto zwrócić uwagę, iż kwestie estetyki ciał anormatywnych podnoszone były już od dawna, klasyczną zaś jest XIX-wieczna praca, w której definiuje się pojęcia „deformacji”, „brzydoty”, „niepełnosprawności” w odniesieniu do sądów estetycznych: K. Rosenkranz, *Aesthetics of Ugliness*, Bloomsbury Academic, Bloomsbury 2015.

⁴⁷ Z. Palak, *Dystans społeczny wobec osób z różnym rodzajem niepełnosprawności-wczoraj i dziś*, [w:] M. Parchomiuk, B. Szabała, (red.), *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 43.

⁴⁸ E. Goffman, *Piętno*, op. cit., s. 34.

nego zakładającego istnienie dwóch ról, w którym każda jednostka odgrywa obie, przynajmniej w pewnych związkach i w niektórych fazach życia". Zatem „normals i napiętnowany to nie dwie osoby, ale raczej pewne perspektywy”⁴⁹.

Takie rozpoznanie problemu przywodzi na myśl koncepcję chorego Parsonsa, wedle której chory jest osobą zdrową, lecz czasowo znajdującą się w zupełnie innej roli społecznej, która wymaga od niego i społeczeństwa odmiennych zachowań. O ile kulturowo-społeczne, ludowe, tradycyjne opisy osób odmiennych i niepełnosprawnych zakładać mogły pojęcia, takie jak: strach, ciekawość czy wstręt i wynikające z nich reżimy dyscyplinarne i biopolityczne, o tyle relacyjność oraz przekładalność perspektyw pomiędzy jednostką zdrową a chorą, wprowadzają zupełnie inną perspektywę. Sugeruje ono bowiem, że każda osoba może stać się „anormatywną” na skutek różnorodnych zdarzeń losowych. Każdy może zachorować, ulec wypadkowi, doznać znacznych obrażeń ciała, stać się inwalidą, tak jak każdy potencjalnie, może urodzić się jako osoba niepełnosprawna. Podobnie pisze McRuer twierdząc „każdy jest potencjalnie upośledzony (*disabled*)”⁵⁰, co wprowadza odmiennność nie tylko w strukturę instytucjonalnego, społecznego porządku, ale jest też próbą zaakceptowania atawistycznego lęku i wstrętu przed różnorodnymi, często tragicznymi w skutkach zdarzeniami. Na aspekt temporalności niepełnosprawności zwraca także uwagę J. Wolińska pisząc: „Niepełnosprawność jest czasowym lub trwałym spadkiem sprawności fizycznej lub psychicznej funkcji organizmu o zróżnicowanej etiologii (...) Omawiany konstrukt teoretyczny jest niewątpliwie złożony, wielowymiarowy, więc nie dziwią różne jego ujęcia”⁵¹.

Niepełnosprawność i upośledzenie

Odmiennność czy to fizyczna czy psychiczna, widziana z perspektywy filozoficzno-kulturowej, nie prowadzi do jednoznacznych i klarownych definicji zjawiska. Wikła się raczej w różnorodne konteksty i sensory, wskazując raczej na dwuznaczność osoby odmiennej i jej labilną rolę w strukturze społecznej. Osoby z odmiennosciąmi psychofizycznymi, traktowane i opisywane były za pomocą całego katalogu określeń, od monstrów aż do pacjentów. W tych sposobach definiowania odmienności krył się cały ludzki, a być może nawet przedludzki, bagaż lęków, fobii, przesądów, emocji jakie

⁴⁹ E. Goffman, *Piętno*, op. cit., s. 181.

⁵⁰ R. McRuer, *Crip*, op. cit., s. 30.

⁵¹ J. Wolińska, *Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności-perspektywa aktora i obserwatora*, „Annales Iniversitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 2015, no. 27/1, s. 46.

towarzyszyły kontaktom z „innymi”. Pozostawiając wypracowane przez Foucault dyskursy i reżimy cielesności czy antropologiczne i kulturowe opisy odmienności, należy przedstawić również współczesne sposoby definiowania odmienności i radzenia sobie z nią. W tym wypadku chodzi nie tyle o stosunkowo abstrakcyjny proces wykluczania odmienności z kultury lecz o bardzo konkretne działania. Do tej pory odmiennosc i niepełnosprawność używane były synonimicznie, bowiem w perspektywie kulturowej czy antropologicznej wydaje się to dopuszczalne. A. Perzanowski wskazuje na ową wymiennosc terminów proponując kategorię „odmiennosci” jako pojęcie odnoszące się „do miejsca w kulturze wszelkich jednostek, które przejawiają pewne cechy i tendencje do zachowań, odbieranych przez otoczenie jako odmienne, a zatem stwarzające trudności w zrozumieniu przy użyciu stosowanych w życiu codziennym, kulturowo ukształtowanych narzędzi interpretacji rzeczywistości społecznej i kulturowej. To co odmienne, może zostać odczytane jako upośledzające, gorsze, oburzające, zawstydzające, budzące śmiech, zgorszenie, fascynację i staje się przedmiotem dyskursu: opowieści, plotek, wartościowań. Nie mamy tu jako punktu wyjścia kryterium złamania normy ani odwołania do kontroli społecznej, czyli mechanizmu występku i kary. W definicji o charakterze wyliczającym nie sposób przewidzieć wszystkich możliwych wariantów interpretacji i oceny odmiennosci, wpływających na relacje odmiennosc-społeczność: wyróżnikiem jest tutaj dostrzeżenie odmiennosci odzwierciedlone w społecznym dyskursie”⁵².

W takim rozpoznaniu problemu również dostrzec można przenikanie się odmiennosci jako pewnego fenomenu kulturowego, opartego na wstępie lub ciekawości, odnoszącego się do całego spektrum zjawisk, które można określić jako anomalie, w sensie Canguilhema. Jednakże wydaje się, że jakkolwiek osoby niepełnosprawne mogą być opisywane w kategoriach odmiennosci (właśnie ze względu na stygmat o jakim pisał Goffman), to jednak współczesna myśl społeczna i pedagogiczna ma dla nich zupełnie odrębną przestrzeń. Wciąż jednak sądzić można, że jest to miejsce ambiwalentne, liminalne, a osoby niepełnosprawne są brane pod uwagę w opisie społeczeństwa jako takiego, w dużej części jako grupa zmarginalizowana oraz wykluczona. W stosunku do osób niepełnosprawnych należy podkreślić, iż nacisk jest położony na elementy utrudniające lub uniemożliwiające funkcjonowanie w określonych sytuacjach społecznych, co z pewnością spotyka osoby niepełnosprawne. Zatem na skutek owej niemożności, wynikającej z różnorodnych psychofizycznych odmiennosci, osoby niepełnosprawne są stygmatyzowane i wykluczane ze społeczeństwa.

⁵² A. Perzanowski, *Odmienicy. Antropologiczne studium dewiacji*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2009, s. 47.

Fidelus, zwraca uwagę na grupę osób niepełnosprawnych podlegających wykluczeniu właśnie ze względu na „problemy biologiczne będące zwykle konsekwencją ograniczenia własnych zdolności, stanu zdrowia, sprawności”⁵³. Osoby takie, są przede wszystkim nie tylko odmienne psychofizycznie na skutek chorób genetycznych czy wypadków losowych, ale także ograniczone w swoich działaniach społecznych, bardzo często przez samo społeczeństwo. Nie chodzi tu tylko o problemy i bariery urbanistyczne i architektoniczne, a raczej dotyczy to emocjonalnych zachowań. Oparte na stereotypach zakładających, że psychofizyczna odmiennność w zasadzie nakłada całkowitą dysfunkcję społeczną oraz podświadome atawistyczne lęki powodują, że normatywne jednostki z góry zakładają „nieużyteczność” osób niepełnosprawnych we wszystkich sytuacjach społecznych. Słuszne jest zatem stwierdzenie L. Marszałek i A. Padraka, iż „przyczyn powstawania zjawiska marginalizacji poszczególnych grup społecznych lub osób można doszukiwać się zarówno w stosunkach społecznych, ekonomicznych, ideologicznych i politycznych, jak też w przyjętych uwarunkowaniach prawnych, dyskryminujących mniejszości społeczne czy też w uwarunkowaniach kulturowych” oraz „uzasadnione wydaje się przyjęcie wniosku, że do listy źródeł zjawisk marginalizacji można włączyć także deficyty poszczególnych osób w zakresie wiedzy i umiejętności, zdrowia i sprawności, kontaktów i znajomości, motywacji i mobilności”⁵⁴.

Z powyższych propozycji definicyjnych dotyczących marginalizacji grup społecznych, jasno wynika, że proces ten nie odbywa się tylko na podstawie obiektywnych, prawno-ekonomicznych założeń, ale także subiektywnych, silnie stereotypizowanych odczuciach względem osób dla których pełnienie ról społecznych w normatywnym społeczeństwie jest utrudnione lub wręcz niemożliwe. Nie tylko zatem osoba zmarginalizowana jako taka jest trudna do zdefiniowania lub też sposób definiowania zależy od określonych czynników. Także interesująca w kontekście niniejszych analiz osoba niepełnosprawna nie może być zdefiniowana w prosty i jednoznaczny sposób. Wyraźne bowiem odmienności psychofizyczne nie przekładają się w prosty sposób na jej funkcjonowanie w społeczeństwie.

Rozpatrując zatem rolę, pozycję oraz obecność osoby niepełnosprawnej należy zwrócić uwagę nie tylko na wskazane już elementy, ale także podjąć próbę jej dookreślenia w kontekście współczesnego społeczeństwa. W klasycznej pracy dotyczącej niepełnosprawności, C. Barnes i G. Mercer, wskazują na trudności w konstruowaniu definicji osoby niepełnosprawnej. Korzystając z wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), wskazują

⁵³A. Fidelus, *Działania*, op. cit., ss. 82-84.

⁵⁴ L. Marszałek, A. Padrak, *Niepełnosprawność jako determinant automarginalizacji społecznej*, [w:] A. Fidelus (red.), *Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011, s. 143.

na przynajmniej trzy elementy pozwalające na skonstruowanie właściwej definicji. Elementy jakie należy brać pod uwagę mówiąc o niepełnosprawności to zdaniem badaczy: „uszkodzenie lub upośledzenie (*impairment*) – oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu; niepełnosprawność emocjonalna – oznacza wszelkie ograniczenie lub braki wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważany za normalny dla człowieka; upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową”⁵⁵. Rozróżnienie to istotne jest ze względu na podniesienie kwestii „upośledzenia społecznego” będącego wynikiem nie tyle fizycznych niedomagań i ograniczeń ludzkiego organizmu, ile właśnie społecznych i kulturowych uprzedzeń względem osób odmiennych. Warto zwrócić uwagę na podkreślony już wcześniej przez Goffmana i McRubena aspekt relacyjności i ciągłości niepełnosprawności. Opis osoby niepełnosprawnej w kontekście jej społecznych funkcji i zdolności ich spełniania, wprowadza pojęcie niepełnosprawności jako elementu nie tylko istotnego ale przede wszystkim stale obecnego w cyklu życia jednostki, a także grupy.

Osobą niepełnosprawną, w kontekście społecznym, jest w zasadzie każdy z członków społeczeństwa, posiadający określone defekty jak wada wzroku, problemy ze zdrowiem, drobne ograniczenia ruchowe, a nawet konsekwencje chorób cywilizacyjnych, jak na przykład depresja czy anoreksja. Społeczne przyzwolenie na noszenie okularów korekcyjnych czy obecność osób posiadających różnorodne implanty, jak rozrusznik serca, nie wyklucza przecież tychże osób z grupy niepełnosprawnych. Oczywiście, stopień ich aktywności w społeczeństwie jest znacznie większy w porównaniu z osobami dotkniętymi na przykład porażeniem mózgowym, jednakże jest to wciąż różnica stopnia, a nie istoty samej aktywności. Zwrócenie uwagi na społeczne aspekty niepełnosprawności, czy też lepiej na niepełnosprawność jako wynik określonych społecznych norm, spowodowało przejście od modelu medycznego i instytucjonalnego do modelu społecznego w traktowaniu niepełnosprawności.

Dwa podstawowe modele niepełnosprawności to model medyczny oraz społeczny, proponujące zupełnie odmienne podejście do zagadnienia. Zdaniem T. Siebersa „model medyczny definiuje niepełnosprawność jako cechę indywidualnego ciała, które wymaga medycznej interwencji. Model ten zorientowany jest biologicznie, skupiając się w zasadzie wyłącznie na nie-

⁵⁵ C. Barnes G. Mercer, *Niepełnosprawność*, op. cit., s. 22.

pełnosprawności jako elemencie cielesnym”⁵⁶. Gwoli przejrzystości rozważań, podkreślić należy, iż model medyczny, powstały w XIX w., wiąże się z nadawaniem osobom niepełnosprawnym statusu chorego lub pacjenta, wykorzystanie głównie medycznych sposobów definiowania niepełnosprawności opartych na psychofizycznych odmiennościach oraz instytucjonalnych sposobach zarządzania i leczenia. Może on być zdefiniowany jako „obejmujący różne ograniczenia funkcjonalne jednostek w każdym społeczeństwie, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą być stałe lub przejściowe, całkowite lub częściowe, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej”⁵⁷. Główne jego cechy to: medyczne ujęcie problemu niepełnosprawności, traktowanie niepełnosprawności jako osobistej tragedii, fizyczny opis schorzenia oraz wskazana izolacja w czasie leczenia, dominacja lekarzy i specjalistów nad osobą niepełnosprawną, paternalizm i uprzedmiotowienie jednostki⁵⁸. Model ten, który bliski jest opisom niepełnosprawności w ujęciu Foucaulta, jako model silnej instytucjonalizacji i rozwoju miejsc odosobnienia, został zastąpiony przez model społeczny, wykorzystujący pojęcie upośledzenia bądź właśnie niepełnosprawności społecznej. Opisuje on „niepełnosprawność jako odnoszącą się do społecznego środowiska zakładając, że ograniczenia środowiskowe wpływają na ograniczenia fizyczne, tworząc niepełnosprawność i wymagają interwencji na poziomie sprawiedliwości społecznej”⁵⁹. Koncepcja ta podkreśla społeczny i środowiskowy wpływ otoczenia na osobę z fizycznymi ograniczeniami, która pod wpływem barier społeczno-architektonicznych staje się *de facto* upośledzona. Kluczowe dla tego podejścia jest odróżnienie niepełnosprawności od upośledzenia, odejście od uprzedmiotowienia i medykalizacji jednostki na rzecz aktywnego wprowadzania osób niepełnosprawnych w społeczeństwo, zniesienie różnic pomiędzy osobami niepełnosprawnymi a „normalsami”⁶⁰.

Ponieważ w dużej mierze ma się tutaj do czynienia z czynnikami społecznymi, model ten jest koherentny z modelem mniejszości, polegającym na społecznym stygmatyzowaniu, wykluczaniu i marginalizowaniu osób niepełnosprawnych traktowanych jako „zajmujących mniejszościową pozycję w społeczeństwie, podobnie jak ludzie o odmiennym kolorze skóry, podlegający społecznej dewaluacji”⁶¹. Siebers zwracając uwagę iż dwa za-

⁵⁶ T. Siebers, *Disability*, op. cit., p. 25.

⁵⁷ J. Wolińska, *Percepcja społeczna*, op. cit., s. 46.

⁵⁸ D. Goodley, *Disability*, op. cit., p. 7.

⁵⁹ T. Siebers, *Disability*, op. cit., p. 25.

⁶⁰ T. Shakespeare, *The Social Model of Disability* [in:] L.J. Davis, (ed.), *The Disability Studies Reader*, Routledge, New York 2006, pp.198-199.

⁶¹ D. Goodley, *Disability*, op. cit., pp.12-13; G.L. Albrecht, D. Mitchell, S. Snyder, (eds.), *Ency-*

sadnicze modele, medyczny i społeczny, bardzo często wykluczają się na skutek podkreślania odmiennych elementów, proponuje położenie nacisku na relacyjność oraz interakcyjność obu podejść⁶². Ma to skutkować pełnym opisem osoby niepełnosprawnej nie tylko jako psychofizyczne ograniczonej, ale przede wszystkim jako pełnoprawnej osoby i aktywnego uczestnika życia społecznego. Przede wszystkim, co wydaje się warte uwagi, powraca tutaj goffmanowska intuicja wskazująca, że niepełnosprawność to nie tylko obecność dwóch odmiennych psychofizycznie jednostek, będących dla siebie wzajemnie przedstawicielami dwóch różnych uniwersów. To przede wszystkim dwie perspektywy spojrzenia na, w zasadzie, to samo ciało – posiadane przez każdą jednostkę w społeczeństwie, które może być po prostu różne traktowane.

Niepełnosprawność jest zatem kwestią pewnego rodzaju społecznej komunikacji opartej na biologicznych, psychofizycznych podstawach, ale w gruncie rzeczy dotyczącej tego samego przedmiotu – funkcjonalności w społeczeństwie. Ciągłość kategorii niepełnosprawności, jej adekwatność w stosunku do opisywania różnorodnych, często marginalizowanych grup, widać doskonale na przykładzie starości. Jak pisze A. Leszczyńska-Rejchert „słowo *człowiek starszy* kojarzy się najczęściej z osobą chorą, znajdującą się w stanie depresji, dotkniętą niepełnosprawnością, infantylną, bierną, ubogą, złośliwą, skąpą, egocentryczną, agresywną (...), niezaradną życiowo, potrzebującą pomocy, wsparcia i opieki, samotną, społecznie izolowaną lub izolującą się, zepchniętą na margines (...) bezużyteczną, której już nic się od życia nie należy (...)”⁶³, a cechy te również doskonale opisują społeczny odbiór osób niepełnosprawnych. Podobny sposób postrzegania niepełnosprawności podkreśla M. Skura: „Nieatrakcyjność osób z niepełnosprawnością”, pisze autorka, „psychospołeczne unikanie tego, co inne, trudne do zrozumienia, wiedza o grupie innych oparta na uproszczonych przekazach ustnych przyczyniają się do tego, że potoczna wyobrażenia koncentrują się na ich słabościach i ograniczeniach. Powstały w ten sposób dysonans poznawczy jest zatem często likwidowany przez przypisanie ludziom z niepełnosprawnością cech niepasujących do osoby, z którą chciałoby się nawiązać relacje. Ludzie ci są oceniani negatywnie: jako izolujący się społecznie, obciążający najbliższych i uzależnieni od nich, lękliwi, nieszczęśliwi, zgorzkniali, z niskim poczuciem własnej wartości, ogólnie słabsi i niesprawni we wszelkich aspektach funkcjonowania, a nawet wrodzy i agresywni”⁶⁴. Wydaje się, iż nie potrzeba zbyt wielu analiz psychospołecznych i og-

lopedia of Disability, vol.5, Sage, London 2006, p.166.

⁶² T. Siebers, *Disability*, op. cit., s.25

⁶³ A. Leszczyńska-Rejchert, *Stereotypy starości w perspektywie społeczno-pedagogicznej* [w:] A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz, (red.), *Stereotypy a starość*, op. cit., s. 20.

⁶⁴ M. Skura, *Ja-inny. Relacje społeczne osób z niepełnosprawnością*, WUW, Warszawa 2016,

romu fachowej literatury przedmiotu, a wystarczy codzienna, zdroworozsądkowa wiedza poparta indywidualnym doświadczeniem by przyznać, że większości grup zmarginalizowanych przypisuje się wymienione powyżej cechy. Warto zwrócić uwagę, że bardzo często są w ten sposób opisywane osoby bezrobotne i uzależnione, ale też dzieci, kobiety, osoby o odmiennej religijności czy seksualności.

W tym kontekście niezwykle ciekawym aspektem, który nie będzie jednak w tym miejscu dokładniej analizowany, jest feminizacja osób niepełnosprawnych⁶⁵. Osoby takie są bardzo często traktowane jako osoby słabsze w kontekście odebrania im praw „do bycia mężczyzną”, w sensie normatywnej, dominującej jednostki w patriarchalnym społeczeństwie. Feminizacja osób niepełnosprawnych, w gruncie rzeczy jest tożsama z odebraniem takim jednostkom sprawczości, dokładnie tak jak miało – i ma do tej pory – to miejsce w stosunku do kobiet. Dominujące stereotypy osób niepełnosprawnych, opisane przez D. Tomczyszyn, w dużym stopniu przypominają te, które odnieść można do osób starszych, ale również i do kobiet. Wymienia ona między innymi poczucie „społecznej nieprzydatności”, „nieużyteczność”, „poczucie winy i kary za tą winę”, „naznaczenie piętnem przez bogów” lub losu, „brak prawa do realizacji własnych celów życiowych, aspiracji i marzeń”, „niepełnosprawność jako przeszkadzanie innym, utrudnianie lub zmniejszanie ich szans przetrwania”, odbiór niepełnosprawnej osoby jako „złośliwej, agresywnej” czy roszczeniowej, „przynoszącą wstyd swoim bliskim” oraz osobę „godną litości”, dodać należy często odbieranej jako wymuszającej litość i zawłaszczającą całą przestrzeń życiową i uwagę osoby normatywnej⁶⁶.

Wymienione cechy, opisujące osoby starsze, osoby niepełnosprawne oraz w dużej mierze także kobiety w społeczeństwie współczesnym, składają się jednakże nie tylko na katalog cech definiujących opisywane zjawiska, ale przynależć mogą każdej osobie w społeczeństwie, gdyż w różnym stopniu i z różną intensywnością obecne są jako cechy tożsamości każdego indywiduum. Jeszcze raz zatem powraca komunikacyjno-relacyjna cecha niepełnosprawności jako przekładalności perspektyw oraz empatycznego wczucia się w drugą osobę – w tym wypadku będzie to niepełnosprawność społeczna. W powszechnej opinii społeczeństwa osoby niepełnosprawne jawią się jako bardziej wrażliwe i emocjonalne, nie tak odporne na proble-

s. 36.

⁶⁵ Zob. np.: M. Fine, A. Asch, (eds.), *Women with Disabilities. Essays in Psychology, Culture, and Politics*, Temple University Press, Philadelphia 1988; D. Goodley, *Disability*, *op. cit.*, pp. 100-102.

⁶⁶ D. Tomczyszyn, *Niepełnosprawność w aspekcie stereotypów*, [w:] A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz, (red.), *Stereotypy a starość i niepełnosprawność-perspektywa społeczno-pedagogiczna*, Wydawnictwo Akapit, Toruń 2012, ss.162-163

my życia codziennego, jak osoby zdrowe⁶⁷. Jednakże społeczno-humanistyczny model percepcji niepełnosprawności, wydaje się powoli zmieniać takie nastawienie. Zaproponowany przez Skurę model analizy odmienności oparty na etycznej koncepcji E. Levinasa, pokazuje, że takie podejście skupi się przede wszystkim na otwartości wobec drugiej osoby⁶⁸. Etyczna filozofia Levinasa oparta na judeochrześcijańskiej etyce zakłada przede wszystkim przyjęcie totalnej odpowiedzialności za drugą osobę, traktowaną nie tylko jako podmiot społeczny, ale jako element transcendencji samego siebie. Powoduje, że osoba niepełnosprawna staje się pełnoprawnym partnerem relacji. Levinasowskie pojęcie „twarzy” jako „bezpośredniości” i „tworzenia wspólnych miejsc” pojmujące drugiego człowieka jako tego, za którego należy wziąć odpowiedzialność, który domaga się humanitarnego i empatycznego traktowania, wydaje się więc być obecnie niezwykle istotną drogą rozwoju społecznych relacji z osobami niepełnosprawnymi⁶⁹. Zasadnym będzie stwierdzenie, że wraz z rozwojem społecznego, humanistycznego podejścia do niepełnosprawności, pozytywnie zmienił się również odbiór społeczny takich osób. Wciąż w kulturze współczesnej obecne są oczywiście negatywne stereotypy osób niepełnosprawnych, jednakże silne akcentowanie niepełnosprawności jako konstruktu społecznego, pozwala na nieco większą akceptację. Wolińska podając przykłady postaw negatywnych wymienia między innymi: litość, nadopiekuńczość względem osoby niepełnosprawnej, zwracanie uwagi głównie na widoczne odmienności, uczucie lęku i zakłopotania, po stronie postaw pozytywnych wymieniając: obiektywne i realne sądy i oceny w stosunku do osób niepełnosprawnych, koncentrowanie się nie na ułomnościach psychofizycznych ale na dostrzeganiu całości osobowości jednostki, coraz szersze akceptowanie udziału osób niepełnosprawnych w sytuacjach społecznych, zmniejszanie dystansu i izolacji, wychodzenie naprzeciw potrzebom takich osób, zarówno w aspekcie architektonicznym związanym z tworzeniem różnorodnych udogodnień, jak i aspekcie psychospołecznym⁷⁰. Zachowania takie mają różnorodne przyczyny, choć najczęściej wymieniane są takie czynniki, jak edukacja oraz otwartość współczesnego społeczeństwa. Ponieważ nie ma już konieczności społecznej aktywności jednostek tylko i wyłącznie w celu zapewnienia bytu rodzinie, czy wykonywania niezbędnej do życia pracy, społeczeństwo może poświęcić część swych zasobów na tworzenie przestrzeni dla opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przy jednoczesnym rozszerzaniu możliwych do wykonania przez nie zadań.

Osoby niepełnosprawne, społecznie odmienne funkcjonują współcze-

⁶⁷ M. Skura, *Ja-inny*, op. cit., ss.76-77.

⁶⁸ *Ibidem*, ss. 18-29.

⁶⁹ E. Levinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*, PWN, Warszawa 1998, s. 43,76.

⁷⁰ J. Wolińska, *Percepcja społeczna*, op. cit., s. 55.

śnie jako jednostki spełniające określone role społeczne, nie są zatem traktowane tak jak opisywano je w historii. K. Błeszyńska pisze, iż „niepełnosprawność jest nie tylko stanem biomedycznym, lecz także specyficzną rolą społeczną wpojona jednostce w toku socjalizacji” a „proces wchodzenia w rolę osoby niepełnosprawnej, ma przy tym trzy etapy: inicjacji, przysposabiania do roli oraz jej pełnienia”⁷¹. Takie podejście wyraźnie wpisuje osoby niepełnosprawne w strukturę społeczną, zdecydowanie odrzucając opisywane przez antropologię tradycyjne, ludowe postrzeganie niepełnosprawności jako całkowitej odmienności. Pomimo, iż postawy wobec osób niepełnosprawnych mieszczą się w szerokim spektrum od odrzucenia, poprzez obojętność aż do pełnej akceptacji, należy zgodzić się z sugestią Błeszyńskiej o stopniowym wprowadzaniu osób niepełnosprawnych w ich rolę społeczną, a tym samym strukturę samego społeczeństwa. W takim podejściu wyraźnie widać wpływ koncepcji Pasronsa czy też opisywaną przez H. Beckera „karierę dewianta”. Należy bowiem mieć na uwadze fakt, iż większość osób niepełnosprawnych to takie, które uzyskały ten status na drodze urazu lub choroby rozwiniętej w późniejszym okresie życia, a tylko niewielki procent dotyczy osób z niepełnosprawnością wrodzoną. Inicjowanie roli osoby niepełnosprawnej czy też socjalizacja do takiej roli, odbywa się nie tylko na podstawie autodefinicji samej osoby. Oczywiście takie sytuacje również mają miejsce, zwłaszcza w czasach współczesnych, gdy wizyta u lekarza specjalisty, zastępowana jest często wizytą na internetowych forach czy grupach dyskusyjnych. W takim wypadku jednak trudno stwierdzić, czy dana osoba ma jakiegokolwiek przesłanki do określania się jako niepełnosprawna, gdyż ma się tu do czynienia głównie z autoidentyfikacją zaburzeń psychicznych.

Zatem osoby określające siebie jako te z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, depresji czy innych zaburzeń, często poprzez autoidentyfikację z określoną grupą, podtrzymującą autonarrację, domagającą się określonych praw przynależnych osobom niepełnosprawnym. Jednakże wskazania takie, w początkowym okresie identyfikowania się z rolą niepełnosprawnego, muszą odbywać się za pomocą odpowiednich, specjalistycznych procesów diagnozowania i orzecznictwa⁷². Do celów tych służy nie tylko aparat medyczny, ale też szereg aktów prawnych. Przywołująca kilka podstawowych, można wymienić wspomniany już *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* opracowany przez WHO w latach 80. XX w.⁷³ To tu znajdują się obecnie przyjęte definicje „uszkodzenia (*im-*

⁷¹ K. Błeszyńska, *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Żak, Warszawa 2001, s. 106.

⁷² *Ibidem*, s. 107.

⁷³ D. Podgórska-Jachnik, *Praca socjalna z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, ss. 25-26.

pairment)” traktowanego „jako wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu”. Następnie „niepełnosprawność funkcjonalna, dysfunkcja (*disability*), czyli wszelkie ograniczenie lub braki wynikający z uszkodzenia zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka” oraz „upośledzenie społeczne (*handicap*) oznaczające mniej uprzywilejowaną lub korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról stosownych do wieku jednostki, jej płci oraz sytuacji społeczno-kulturowej”. Rozróżnienie to, wykorzystywane przez specjalistów od zagadnień niepełnosprawności w społeczeństwie, przenosi akcent z medycznego na społeczny punkt analizy i podkreśla „niepełnosprawność trzeciego poziomu (*handicap*), rozumianą w sensie psychospołecznym jako upośledzenie, oznaczające każde ograniczenie bądź niemożność prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie uznawanym za typowy dla człowieka”⁷⁴.

Kolejnym niezwykle ważnym narzędziem identyfikacji osób niepełnosprawnych, dzięki któremu mogą one inicjować swoją nową rolę społeczną jest *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* czyli *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Przyjęta w 2001 r. zawiera w sobie opis oraz wskazówki dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych oraz podmiotów i instytucji mających zapewnić im aktualizację swojego potencjału społecznego dzięki ubezpieczeniom społecznym, profilaktyce, rehabilitacji, projektowania ułatwień czy promowania aktywności. Co niezwykle istotne „ICF stanowi katalog kategorii opisowych pozwalających określić funkcjonalny stan zdrowia każdego człowieka, a więc nie przypina nikomu etykiety takiej czy innej kategorii niepełnosprawności”⁷⁵. Jest tu zatem podkreślony społeczny i humanistyczny model podejścia do osoby niepełnosprawnej. Tendencja ta została zaakcentowana w samym dokumencie w następujący sposób: „W międzynarodowych klasyfikacjach WHO stany chorobowe (choroby, zaburzenia, urazy itp.) są sklasyfikowane głównie w klasyfikacji ICD-10 (*Wyciąg z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób*), gdzie stosuje się podejście etiologiczne. W ICF natomiast sklasyfikowane są funkcjonowanie i niepełnosprawność w powiązaniu ze stanem zdrowia”⁷⁶. W rzeczy samej, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* czyli *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów*

⁷⁴ D. Podgórska-Jachnik, *op. cit.*, s. 26.

⁷⁵ *Ibidem*, s. 27.

⁷⁶ *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa 2009, ss. 3-4.

Zdrowotnych jest przede wszystkim opisem klinicznym zaburzeń psychicznych wraz z kryteriami diagnostycznymi i etiologicznymi⁷⁷. Klasyfikacja ICF bierze natomiast pod uwagę szerokie spektrum zagadnień dotyczących niepełnosprawności, od kwestii biologicznych aż po elementy środowiskowe. Upośledzenie definiowane jest jako „odchylenie od pewnej ogólnie przyjętej dla populacji normy dotyczącej biomedycznego stanu ciała ludzkiego i jego funkcji, a definicja elementów składowych upośledzenia ustalana jest głównie przez osoby posiadające kwalifikacje, do oceny funkcji fizycznych i umysłowych zgodnie z tymi normami⁷⁸ i wyraźnie wyznacza możliwości określania danej osoby jako niepełnosprawnej, tym samym wprowadzając ją i inicjując w nowej roli społecznej. Jednakże ICF dodaje niezwykle istotny element, przesuwający niepełnosprawność fizyczną w przestrzeń upośledzenia jako niepełnosprawności społecznej. W dokumencie znaleźć można akapit następującej treści: „Upośledzenie nie jest warunkowane etiologią lub tym jak się rozwijało, na przykład utrata wzroku lub kończyny może być spowodowana wadą genetyczną lub urazem. Obecność upośledzenia bezwzględnie wiąże się z przyczyną, jednakże przyczyna może niewystarczająco wyjaśniać będące jej wynikiem upośledzenie. Również, gdy występuje upośledzenie, to dochodzi do zaburzenia funkcji lub struktury ciała ludzkiego, ale może być ona związana z innymi, różnymi chorobami, zaburzeniami lub stanami fizycznymi. Upośledzenia mogą stanowić element lub przejaw stanu zdrowia, ale nie wskazują bezwzględnie na obecność choroby ani nie nakazują uznania danej osoby za chorą”⁷⁹.

W przytoczonym *in extenso* fragmencie doskonale widać, w jaki sposób niepełnosprawność w sensie biologicznej dysfunkcji zostaje przeniesione w dziedzinę niepełnosprawności społecznej jako upośledzenia. Co więcej, samo upośledzenie, może być stosunkowo niezależne od określonej fizycznej dysfunkcji, a tym samym osoby niepełnosprawne nie powinny być traktowane jako „niepełnowartościowe” czy „bezużyteczne”, ale wręcz przeciwnie, wymagana jest ich wzmożona aktywność adekwatna do możliwości fizycznych. Wchodzenie w rolę chorego, nie jest już zatem tylko i wyłącznie koniecznym spełnianiem warunków, takich jak submisywność czy brak sprawczości. Przynależenie do pełnienia roli chorego za pomocą socjalizacji społecznej nie może być tylko i wyłącznie oparte na akceptacji niepełnosprawności i poddaniu się cielesnym lub psychicznym ułomnościom, ale osoba dokonująca tranzycji do nowej roli musi ona podjąć komunikację z otoczeniem. Formułowanie nowej roli powinno być oparte na interakcji

⁷⁷ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Wydawnictwo Vesalius, Kraków-Warszawa 2000, s. 10.

⁷⁸ *Międzynarodowa Klasyfikacja*, *op. cit.*, s. 12.

⁷⁹ *Ibidem*, s.13.

i negocjacji, która jak pisze Błaszczńska, ma sprawić aby „osoba niepełnosprawna, podobnie jak chora, była podmiotem mającym możliwość aktywnego oddziaływania na zaistniałą sytuację poprzez wybór strategii auto-prezentacji⁸⁰.

Innymi słowy osoba taka powinna rozpocząć proces autodefiniowania swojej nowej tożsamości przede wszystkim w oparciu o możliwości i sposobności funkcjonowania w swojej odmienności. Pełnienie roli osoby niepełnosprawnej, która jednak bardzo często jest rolą trwałą, musi odbywać się w taki sposób aby dana osoba kształtowała swoją nową osobowość w sposób dynamiczny, jako jednostka aktywna i w miarę możliwości niezależna. Warto zauważyć, że współczesne media nie tylko promują aktywność osób niepełnosprawnych (na przykład program „Zielone Drzwi” w telewizji TVN), ale także pełnią istotną rolę w uświadamianiu społeczeństwa oraz samych osób niepełnosprawnych o ich możliwościach. W zupełnie odmiennym niż misyjny, patetyczny i poważnym tonie, niepełnosprawność prezentowana jest w serialach jak *Glee* czy *Speechless*, w których osoby poruszające się na wózku inwalidzkim są – zwłaszcza w tym drugim, pochodzącym z 2016 r. serialu komediowym – postaciami pierwszoplanowymi. Współczesne seriale są istotnym i popularnym źródłem dzięki któremu społeczeństwo może „oswajać się” z odmiennością, nawet jeśli część przygód niepełnosprawnych bohaterów jest nieco przerysowana. Jeśli jednak nawet pominiemy edukacyjny i nieco propagandowy aspekt wspomnianych produkcji, wciąż jednak pozostaje bezdyskusyjnym fakt, iż to nie aktorzy „grający” niepełnosprawnych, ale oni sami mają możliwość udziału w takich przedsięwzięciach. Ten sposób odgrywania roli chorego z pewnością jest niekonwencjonalny, jednakże należy mieć nadzieję, że będzie to coraz bardziej akceptowany kierunek. Podobne sytuacje miały miejsce wobec innych stygmatyzowanych mniejszości, jak kobiety czy osoby o odmiennym od białego kolorze skóry. Współcześnie popkulturowe produkcje dopuszczają większą swobodę w wykorzystywaniu i budowaniu tego typu charakterów, jak silne kobiety czy Afroamerykanie grający pierwszoplanowe role. Wydaje się, że ta zmiana w podejściu do odmienności bardzo powoli, ale nieubłaganie dotyka także społeczności osób niepełnosprawnych. Wytyczne ICF wskazują ten kierunek rozwoju podkreślając: aktywizację osób niepełnosprawnych w różnych obszarach życia, zdolności wykonywania określonych działań oraz uczestnictwo w środowisku społeczno-kulturowym⁸¹. Dokument zwraca uwagę również na tak zwane „czynniki kontekstowe”, w których wyróżnione zostały „czynniki osobowe” oraz „środowiskowe”, takie jak cechy danej osoby, „wpływy zewnętrzne na

⁸⁰ K. Błaszczńska, *Niepełnosprawność*, op. cit., s.111.

⁸¹ *Międzynarodowa Klasyfikacja*, op. cit., s. 11.

funkcjonowanie i niepełnosprawność” czy „ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw” na funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej. Cały ten mechanizm zakłada przystosowanie i wypełnianie roli osoby niepełnosprawnej w sposób holistyczny, obejmujący zarówno indywidualne, jak i środowiskowe czynniki, który ma prowadzić do aktywizacji i przezwyciężania barier⁸².

Podsumowanie

Propagowanie modelu holistycznego, humanistycznego i społecznego jako dominującej perspektywy postrzegania niepełnosprawności, wydaje się być dużo bardziej istotne niż ograniczone do działań medycznych techniki rehabilitacji. Choć wszelkiego rodzaju usprawnianie części ciała lub narządów zmysłów, są ze wszelkich miar konieczne i godne podziwu, „niepełnosprawność dla większości (osób – przyp. G.K.) to nie tyle ich gorsza sprawność fizyczna, ograniczenia sensoryczne czy przewlekła choroba, ale skutek tego jak są postrzegani przez innych ludzi”⁸³. Wszelkiego rodzaju próby aktywizacji społecznie zmarginalizowanej grupy osób niepełnosprawnych, jak na przykład przywrócenie ich na rynek pracy czy umożliwienie korzystania ze współczesnych środków komunikacji internetowej w celu wzmożonej partycypacji społecznej powinny jak najbardziej mieć miejsce. Działania takie zaspokajają podstawowe ludzkie potrzeby, jak funkcjonowanie w grupie, aktywna współobecność, działania twórcze, poczucie niezależności i przydatności⁸⁴. Mając na uwadze opisane modele Goffmana, Foucault czy Nussbaum, podkreślić należy, iż mimo wskazywania odmienności społecznej osób niepełnosprawnych, koncepcje te sugerowały zwrot ku podejściu humanistycznemu i personalistycznemu⁸⁵.

Dokonując przeglądu społeczno-kulturowych aspektów związanych ze studiami nad niepełnosprawnością, autor opracowania starał się tę właśnie drogę nakreślić i uwypuklić. Od kulturowych anomalii, poprzez normatywizującą XIX-wieczną medykalizację, aż do współczesnych praw i mo-

⁸² S. Wrona, R. Guzowaty, *Ekofilia niepełnosprawnych. Holistyczne podejście do terapii, rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Cieszyn 2012, ss.4-7.

⁸³ U. Bartnikowska, A. Żyta, *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Akapit, Toruń 2007, s.136.

⁸⁴ J. Kirenko, E. Szarzyńska, *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010, ss.19-30, 60-62; A. Mamroł, *Osoba z niepełnosprawnością w środowisku medialnym*, Uniwersytet Opolski, Opole 2016, ss. 16-25.

⁸⁵ W. Zaidler, *Niepełnosprawni pomiędzy psychologią a ortopedagogiką*, [w:] W. Zeidler, (red.), *Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne*, GWP, Gdańsk 2007, s. 185.

deli gwarantującym osobom niepełnosprawnym równe traktowanie, proces ten z każdym dniem przybiera na sile. Niestety, wciąż jeszcze są zakorzenione w głowach jednostek krzywdzące stereotypy o bezproduktywności osób niepełnosprawnych. Zmiany postaw tego rodzaju będą z pewnością trudne. Niezwykle ważną rolę pełnią tu nie akty prawne czy specjaliści od zagadnień niepełnosprawności, ale system pop/kultury, wprowadzający niejako „tylnymi drzwiami”, poprzez komediowe produkcje, programy rozrywkowe i publicystyczne oraz media społecznościowe, niepełnosprawność w obszar społeczny. Ten proces będzie trwał jeszcze długo. Pytaniem bez odpowiedzi pozostaje również czy jest możliwe, aby kiedyś się zakończył sukcesem. W zasadzie, w każdym historycznym okresie niepełnosprawność była traktowana „w jakiś sposób”, lecz nigdy jako pełnoprawna w stosunku do normy. Przyszłość osób niepełnosprawnych jawić się może jednak w coraz bardziej optymistycznych barwach, ponieważ wzrost techniki medycznej, protetyki, medycyny estetycznej czy biotechnologii pozwala zniwelować niektóre dolegliwości. Jeśli osiągnięcia te włączone zostaną w zaspokajanie potrzeb psychospołecznych osób niepełnosprawnych, z pewnością staną się one pełnoprawnymi i aktywnymi uczestnikami życia społecznego.

Piśmiennictwo

Literatura

- 89/457/EEC: Council Decision of 18 July 1989 establishing a medium-term Community action programme concerning the economic and social integration of the economically and socially less privileged groups in society (OJ L 224, 2.8.1989, p. 10-14).
- Adamski W., *Młodzież i społeczeństwo*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1976.
- Albrecht G.L., Mitchell D., Snyder S., (red.), *Encyclopedia of Disability*, vol. 5, Sage, London 2006.
- Analiza zdolności osób z obszarów wiejskich oraz miejsko-wiejskich na terenie Dolnego Śląska do podjęcia zatrudnienia*, CMSiKO – Obserwatorium Rynku Pracy i Edukacji, Wrocław 2012.
- Andersen J., Bruto da Costa A., Chigot C., Duffy K., Mancho S., Mernagh M., *The contribution of Poverty 3 to the understanding of poverty, exclusion and integration*, [in:] *Poverty 3: The Lessons of the Poverty 3 Programme*, European Economic Interest Group, Animation and Research, Lille 1994.
- Atkinson S., *Budowanie poczucia własnej wartości. Praktyczny poradnik*, Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Bariery zatrudnialności osób młodych na Warmii i Mazurach. Raport z badania pilotażowego*, WUP, Olsztyn 2013.
- Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.
- Bartnikowska U., Żyta A., *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Akapit, Toruń 2007.
- Bauman Z., *Zbędni, niechciani, odrzuceni – czyli o biednych w zamożnym świecie*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.
- Beattie M., *Koniec współzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Media Rodzina, Poznań 1994.
- Beattie M., *Współzależnienie. Przewodnik dla nowego pokolenia*, Media Rodzina, Poznań 2011.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Berg I.K., Miller S.D., *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*, Galaktyka, Łódź 2000.
- Bernacka-Roszak M.J., *Szkoła dla... rodziców*, „Remedium”, 2014, nr 10.

- Bębas S., *Alkoholizm jako przyczyna patologii życia rodzinnego*, „Wychowanie na co Dzień”, nr 10/11, 2008.
- Biaduń-Korulczyk E., *Terapia systemowa w pomaganiu rodzinom z problemem alkoholowym*, „Świat Problemów”, 2014, nr 7.
- Błęszyńska K., *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001.
- Błuszkowski J., *Paradoksy normalności i dewiacji* [w:] Karwat M., (red.), *Paradoksy polityki*, Elipsa, Warszawa 2005.
- Borjaz W. N., *Metodologiczeskije principy opriedelenija poniatija mołodież*, „Cziełowiek i Obszcziestwo” 1969, t. VI.
- Borowska-Beszta B., *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Impuls, Kraków 2012.
- Bradshaw J., *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga do odnalezienia samego siebie*, IPZ PTP, Warszawa 1994.
- Brecklinghaus M., *Psychodynamiczny model leczenia uzależnień w Niemczech*, „Świat Problemów” 2014, nr 7.
- Broda-Wysocki P., *Wykluczenie i inkluzja społeczna. Paradygmaty i próby definicji*, Warszawa 2012.
- Brytek A., *Substancje psychoaktywne a zaburzenia odżywiania*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2010, nr 3.
- Brzezińska A.I., Kaczan R., Smoczyńska K., (red.), *Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności*, Scholar, Warszawa 2010.
- Buckland F.T., *Curiosities of Natural History*, Eds. Richard Bentley&Son, London 1882.
- Bukowski M., M. Winiewski, *Emocje międzygrupowe a stereotypy i zagrożenia społeczne: co jest przyczyną, a co skutkiem* [w:] M. Kofta, M. Bilewicz, (red.), *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe*, PWN, Warszawa 2011.
- Bull R., Rumsey N., *The Social Psychology of Facial Appearance*, Eds. Springer-Verlag, New York 1988
- Canguilhem G., *Normalne i patologiczne, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2000.
- Cermak T.L., Rutzky J., *Czas uzdrowić swoje życie. Przewodnik do pracy nad sobą. Kroki w stronę zdrowienia Dorosłych Dzieci Alkoholików*, PARPA, Warszawa 1998.
- Charczyński M., *Strategia pracy ze smutkiem*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Choroś M., *DDA – Droga do ambiwalencji*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 3.
- Cichosz-Lach H., *Nadużywanie alkoholu a alkoholowa choroba wątroby*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, nr 1.

- Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Scholar, Warszawa 2015.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i profesjonalne, Warszawa 2010.
- Cohen J.J. (ed.), *Monster Theory*, University of Minnesota Press, London 1996.
- Cohen J.J., *Of Giants. Sex, Monsters, and the Middle Ages*, University of Minnesota Press, London 1999.
- Corey G., *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Czado J., *Problemy emocjonalne dzieci z rodzin z uzależnieniem alkoholowym*, „Kwartalnik Edukacyjny” 2011, nr 2.
- Davis L.J., (ed.), *The Disability Studies Reader*, Routledge, New York 2006.
- Dąbrowska-Bąk M., Muskała M., *Pijaństwo nieletnich*, „Świat Problemów” 2008, nr 7.
- Deutsh H., F. Nussbaum, (eds.), *Defects. Engendering the Modern Body*, University of Michigan, Michigan 2000.
- Douglas M., *Czystość i zmaza*, PIW, Warszawa 2007.
- Dyjakon D., *Diagnoza i psychoterapia sprawców przemocy domowej. Bezpieczeństwo i zmiana*, Difin, Warszawa 2014.
- Dyjakon D., Klimczak W., Klimczak A., *Program korekcyjno-edukacyjny dla sprawców przemocy domowej realizowany w Gminie Wrocław*, [w:] Pujer K. (red.), *Społeczeństwo polskie pod koniec drugiej dekady XXI wieku*, Exante, Wrocław 2016.
- Dyjakon D., *Przemoc domowa. Czy można wybaczyć i być razem?*, Difin, Warszawa 2016.
- Europa 2020 - Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, Bruksela 2010.
- Faliszek K., *Bezrobocie i alkoholizm drogą do wykluczenia społecznego – praca socjalna szansą na drogę z powrotem?*, „Wychowanie na co Dzień” 2010, nr 10/11.
- Fidelus A. (red.), *Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011.
- Fidelus A., *Działania inercyjne wobec osób wykluczonych i marginalizowanych społecznie* [w:] A. Fidelus (red.), *Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011.
- Fine M., Asch A., (eds.), *Women with Disabilities. Essays in Psychology, Culture and Politics*, Temple University Press, Philadelphia 1988.
- Foucault M., *Abnormal. Lectures at College de France 1974-1975*, Verso, London-New York 2005.
- Foucault M., *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, PWN, Warszawa 2010.
- Foward S., *Toksyczni rodzice – jak się uwolnić od bolesnej spuścizny i rozpocząć nowe życie*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016.

- Frąckiewicz L. (red.), *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*, Wydawnictwo AE im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2005.
- Frąckiewicz L., *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] Frąckiewicz L., (red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2005.
- Frąckiewicz L., *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] Frąckiewicz L.(red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005.
- Frieske K. (red.), *Marginalność i procesy marginalizacji*, Opracowania PBZ, 1999, z. 13.
- Fudała J., *Transteoretyczny model zmiany a praktyka kliniczna polskiego leczenia odwykowego*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Garland R., *The Eye of the Beholder. Deformity and Disability in the Graeco-Roman World*, Cornell University Press, New York 1995.
- Garland T.R. (ed.), *Freakery. Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*, New York University Press, New York-London 1996.
- Gąsior K., *Model terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików. Podstawowe założenia charakterystyka*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2010, nr 3.
- Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2006.
- Girard R., *Kozioł ofiarny*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1987.
- Goetz M., *Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych*, „Świat Problemów” 2014, nr 6.
- Goffman E., *Pietno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005.
- Golczyńska-Grondas (red.) *Nastolatki zagrożone wykluczeniem społecznym w Polsce 2014 w kontekście Zalecenia Komisji Europejskiej „Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu marginalizacji”*, EAPN, Warszawa 2014.
- Goldenberg H., Goldenberg I., *Terapia rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Golinowska E., Tarkowska I., Topińska A., (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania-metody-wyniki*, Instytut Pracy i spraw socjalnych, Warszawa 2007.
- Golinowska S, Broda-Wysocki P., *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć*, [w:] Golinowska S., Tarkowska E, Topińska I., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania. Metody. Wyniki*, IPiSS, Warszawa 2005.
- Golinowska S., *Wykluczenie społeczne*, [w:] Golinowska S., Morecka Z., Styrc M., Cukrowska E., Cukrowski J.(red.) *Od ubóstwa do wykluczenia społecznego*, IPiSS, Warszawa 2008.
- Goodley D., *Disability Studies*, Sage, London 2011.

- Grabowski G., *Po co rodzinie uzależnienie?*, „Świat Problemów” 2014, nr 7.
- Grosz E., *Intorelable Ambiguity: Freaks as/at the Limit* [in:] R.G. Thomson (ed.), *Freakery. Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*, New York University Press, New York-London 1996.
- Grotowska-Leder J., *Ekskluzja społeczna – aspekty teoretyczne i metodologiczne* [w:] Grotowska-Leder J., Faliszek K., (red.), *Społeczna ekskluzja i inkluzja. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Akapit, Toruń 2005.
- Grzegorzewska I., *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*, Scholar, Warszawa 2011.
- Guerreschi C., *Nowe uzależnienia*, Salwator, Kraków 2006.
- Hanafi Z., *The Monster in the Machine. Magic, Medicine, and the Marvelous in the Time*, Duke University Press, London 2000.
- Hebenstreit-Maruszewska A., *Wpływ doświadczeń DDA na tworzenie rodziny i związków w dorosłym życiu*, „Świat Problemów” 2014, nr 7.
- Hellsten T., *Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików*, Feeria, Łódź 2016.
- Hensoldt A., *Konsensualne rozumienie rzeczywistości a możliwość nauk społecznych* [w:] B. Płonka-Syroka, (red.), *Wzorce postrzegania rzeczywistości w nauce i społeczeństwie*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2008.
- Hirst B.C., Piersol G.A., *Human Monstrosities*, Lea Brothers&Co., Philadelphia 1892.
- Huet M.H., *Monstrous Imagination*, Harvard University Press, Massachusetts 1993.
- Inderbitzin M., Bates K., Gainey R., (eds.), *Deviance and Social Control. A Sociological Perspective*, Sage, London 2013.
- Jakubczyk A., *Uzależnienie i nadużywanie alkoholu a zaburzenie związane z używaniem alkoholu – czym różnią się między sobą kryteria diagnostyczne DSM-IV i DSM-5?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 3.
- Jakubczyk A., *Zaburzenia snu u osób uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 2.
- Japolsky L., *Leczenie uzależnionego umysłu*, Wydawnictwo Jacek Santoriki&Co, Warszawa 1992.
- Jarosz E., *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014.
- Jarosz M., *Bariery życiowe młodzieży*, Książka i Wiedza, Warszawa 1986.
- Jarosz M., *Obszary wykluczenia w Polsce* [w:] Jarosz M., (red.), *Wykluczeni. Wymiar społecznym materialny i etniczny*, PAN, Warszawa 2008.
- Jungblut J.M., Mascherini M., Meierkord A., Salvatore L., *NEETs – Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2012.

- Juskiewicz J., *Dzieci alkoholików. Indywidualne plany pomocy*, PARPA, Warszawa 2006.
- Kalinowska E., *Droga alkoholika do decyzji o leczeniu*, „Świat Problemów” 2011, nr 5.
- Kalinowski S., Łuczka-Bakuła W., *Wybrane monetarne wskaźniki społecznego wykluczenia w nowych krajach UE*, „Polityka Społeczna” 2005, nr 7.
- Karpowicz P., *Terapia wewnętrznego dziecka*, Enteria, Warszawa 2007.
- Kawiorska D., Witoń A., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w kontekście strategii „Europa 2020” postępy w realizacji*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2016, nr 2(53).
- Kelly D., *Yuck! The Nature and Moral Significance of Disgust*, The MIT Press, Massachusetts 2011.
- Kiedrowska M., *Spożywanie alkoholu przez młodzież jako jeden z symptomów nieprzystosowania społecznego*, „Wychowanie na co Dzień” 2009, nr 10/11.
- Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1996.
- Kirenko J., Szarzyńska E., *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Wydawnictwo Vesalius, Kraków-Warszawa 2000.
- Klimczak W., *Klaps jako anty-metoda wychowawcza*, [w:] Pujer K. (red.), *Problemy opieki, wychowania i terapii*, Exante, Wrocław 2016.
- Klimczak W., *Przemoc w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] Pujer K. (red.), *Rodzina polska w drugiej dekadzie XXI wieku – ze szczególnym uwzględnieniem zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*, Exante, Wrocław 2016.
- Kłonkowska A., Szuc M., (red.), *Społecznie wykluczeni*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013.
- Kofta M., M. Bilewicz, (red.), *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe*, PWN, Warszawa 2011.
- Komorowska M., *Funkcjonowanie dzieci z rodzin alkoholowych*, „Remedium” 2008, nr 4.
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: *Projekt wspólnego sprawozdania Rady i Komisji na rok 2015 w sprawie realizacji odnowionych ram europejskiej współpracy w dziedzinie młodzieży (2010-2018)*, Bruksela 2015.
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: *Gwarancja dla młodzieży i inicjatywa na rzecz zatrudnienia ludzi młodych trzy lata później*, Bruksela 2016.

- Komunikat z badań CBOS: *O szansach młodych III RP*", Warszawa 2014.
- Kotlarska-Michalska A., *Przyczyny i skutki marginalizacji w Polsce* [w:] Marzec-Holka K., (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Akapit, Bydgoszcz 2005.
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie*, Warszawa, 13 lipca 2010.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu*, Warszawa 2014.
- Krajowy Program Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008-2010*, Warszawa 2008.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5 – desk reference*, American Psychiatric Association, Edra, Wrocław 2015.
- Kucińska M., *Bohater, maskotka, niewidzialne dziecko* [w:] *Gdzie się podziało moje dzieciństwo – o dorosłych dzieciach alkoholików*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2015.
- Kucińska M., *Dorośle Dzieci Alkoholików* [w:] *Gdzie się podziało moje dzieciństwo – o dorosłych dzieciach alkoholików*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2015.
- Kwieciński Z., *Sprawiedliwa nierówność czy niesprawiedliwa równość? Implikacje edukacyjne*, „Nauka” 2007, nr 4.
- Leciak J., *Leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 3.
- Lelonkiewicz J., *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu BSFT w praktyce leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Lenoir R., *Les exclus: un Français sur dix*, Paris 1975.
- Leroi A.M., *Mutants. On Genetic Variety and the Human Body*, Penguin Books, New York 2003.
- Leszczyńska-Rejchert A., Kantowicz E. (red.), *Stereotypy a starość i niepełnosprawność – perspektywa społeczno-pedagogiczna*, Wydawnictwo Akapit, Toruń 2012.
- Levinas E., *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*, PWN, Warszawa 1998.
- Levitas R., Pantazis, Ch., Fahmy E., Gordon D., Lloyg E., Patsios D., *The Multidimensional Analysis of Social Exclusion*, Bristol 2007.
- Libera A., *Alkohol a młodzież*, „Remedium” 2014, nr 11.
- Mahler F., *Marginality and Maldevelopment*, [in:] J. Danecki (ed.) *Insights into Maldevelopment*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993.
- Malczewski A., *Polska młodzież a substancje psychoaktywne*, „Remedium”, 2014, nr 3.
- Mall F.P., *A Study of the Causes Underlying the Origin of Human Monsters*,

- The Wistar Institute of Anatomy and Biology, Philadelphia 1908.
- Mamroł A., *Osoba z niepełnosprawnością w środowisku medialnym*, Uniwersytet Opolski, Opole 2016.
- Margasiński A., *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*, Impuls, Kraków 2010.
- Margasiński A., *Koncept DDA – Efekt Barnuma*, „Świat Problemów” 2014, nr 7.
- Marmuszewski S, Bukowski S. (red.), *Żebracy w Polsce*, Wydawnictwo Baran i Suszczyński, Kraków 1995.
- Marszałek L., Padrak A., *Niepełnosprawność jako determinant automarginalizacji społecznej*, [w:] A. Fidelus (red.), *Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011.
- Martin E., *Historie des monstres. Depuis l'antiquite jusqu'a nos jours*, Eds. C. Reinwald&Co, Paris 1880.
- Matyjas B., *Szanse edukacyjne dziecka wiejskiego. Stan, uwarunkowania i perspektywy*, „Chowanna” 2012, t. 1(38).
- Mazur J., *Picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież*, „Remedium” 2014, nr 11.
- McRuer R., *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*, New York University Press, New York-London 2006.
- McRuer R., Mollow A. (red.), *Sex and Disability*, Duke University Press, Durham-London 2012.
- Mellibruda J., *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, IPZ PTP, Warszawa 2009.
- Mellody P., Miller A.W., Miller J.K, *Toksyczne związki - anatomia i terapia współzależnienia*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016.
- Menninghaus W., *Wstręt. Teoria i historia*, Universitas, Kraków 2009.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa 2009.
- Mikuła J, *Gdy picie staje się problemem*, PARPA, Warszawa 2006.
- Mikuła J., *Konsekwencje związku z osobą uzależnioną od alkoholu. Współzależnienie*, PARPA, Warszawa 2006.
- Miller A., *Bunt ciała*, Media Rodzina, Poznań 2006.
- Miller A., *Dramat udanego dziecka*, Media Rodzina, Poznań 2007.
- Miller A., *Gdy runą mury milczenia*, Media Rodzina, Poznań 2006.
- Miller M., Gorski T.T., *Rodzina uzdrowiona*, Akuracik, Warszawa 1996.
- Miller W.R., Munoz R.F., *Picie kontrolowane*, PARPA, Warszawa 2006.
- Misztal B., *Prywatyzacja wyższego wykształcenia w Polsce. Wyzwania w świetle transformacji systemowej*, [w:] Misztal B.(red.), *Prywatyzacja Szkolnictwa wyższego w Polsce*, Universitas, Kraków 2000.
- Miturska E., *Destrukcyjne schematy osobiste w terapii współzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2010, nr 5.

- Miturska E., *Podejście poznawczo-behawioralne w pracy nad głodem substancji psychoaktywnych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2016, nr 2.
- Młodzi na rynku pracy pod lupą. Raport 2014. Sytuacja młodych na rynku pracy z perspektywy przedsiębiorstw MŚP*, Warszawa 2014.
- Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L., *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*, IPZiT, Warszawa 1994.
- Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003.
- Nestoruk K., *Czym jest program konsultacyjny?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2016, nr 2.
- Nowak A., (red.), *Wybrane społeczno-socjalne aspekty marginalizacji*, Wydawnictwo ŚWSZ, Katowice 2005.
- Nowak A., *Pojęcie, istota, przyczyny, mechanizmy marginalizacji i wykluczenia społecznego*, „Chowanna” 2012, t. 1(38).
- Nussbaum M.C., *From Disgust to Humanity. Sexual Orientation and Constitutional Law*, Oxford University Press, Oxford 2010.
- Nussbaum M.C., *Hiding from Humanity, Disgust, Shame and Law*, Princeton University Press, Princeton 2009.
- Ogonowska A., *Czynniki sprzyjające uzależnieniom behawioralnym w okresie dorostania*, „Remedium”, 2014, nr 3.
- Ogonowska A., *Rodzina wobec uzależnienia dziecka*, „Świat Problemów” 2014, nr 6.
- Palak Z., *Dystans społeczny wobec osób z różnym rodzajem niepełnosprawności-wczoraj i dziś*, [w:] M.Parchomiuk, B. Szabała, (red.), *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Parchomiuk M., Szabała B., (red.), *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Perzanowski A., *Odmieńcy. Antropologiczne studium dewiacji*, DiG, Warszawa 2009.
- Płopa M., *Psychologia rodziny – teoria i badania*, Impuls, Kraków 2015.
- Płonka-Syroka B., (red.), *Wzorce postrzegania rzeczywistości w nauce i społeczeństwie*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2008.
- Podgórska-Jachnik D., *Praca socjalna z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Projekt wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu Komisji i Rady towarzyszącego komunikatowi Komisji w sprawie rocznej analizy wzrostu gospodarczego na 2016 r.*, Bruksela 2015.

- Przełowiecka K., *Zjawisko wyuczonej bezradności u klientów instytucji pomocy społecznej - przyczyny, konsekwencje, możliwości przeciwdziałania* [w:] M. Piorunek (red.), *Pomoc – Wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2010.
- Pyle W.L., Gould G.M., *Anomalies and Curiosities of Medicine*, Eds. W.A. Saunders&Company, London 1901.
- Rachowska E., *Model Minnesota – nadal aktualny?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Raport o stanie edukacji 2012*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2013.
- Raport z badań: *Problem wykluczenia społecznego dzieci i młodzieży z rodzin korzystających z pomocy społecznej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w ocenie pracowników socjalnych*, Olsztyn 2010.
- Robinson B.E., Rhoden J.L., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 2008.
- Rocznik Demograficzny 2016*, GUS, Warszawa 2016.
- Romaniuk R., *Nawroty objawów choroby*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Rosenkranz K., *Aesthetics of Ugliness*, Bloomsbury Academic, Bloomsbury 2015.
- Rosenmayr L., *Nouvelles orientations theoriques de la sociologie de la jeunesse*, „Revue Internationale des Sciences Sociales”, nr 2, vol. XXIV, 1972;
- Rozin P., Millman L., Nemeroff C., *Operation of the Laws of Symhatetic magic in Disgust and Other Domains*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1986, vol. 4.
- Rozin P., Smith D.M., Loewenstein G., Sherri R.L., Ubel P.A., *Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy*, „Journal of Research in Personality” 2007, no. 41.
- Rumsey N., Harcourt D., *The Psychology of Appearance*, Open University Press, New York 2005.
- Ryś M., *Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików*, „Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides et Ratio” 2011, nr 8.
- Saczyńska-Sokół S., *Rekomendacje w zakresie wspierania osób młodych znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy w województwie podlaskim*, Białystok 2016.
- Sen A., *Nierówności. Dalsze rozważania*, Znak, Kraków 2000.
- Sęk H., *Psychologia kliniczna*, t.1, PWN, Warszawa 2008.
- Shakespeare T., *The Social Model of Disability* [in:] L.J. Davis, (ed.), *The Disability Studies Reader*, Routledge, New York 2006.
- Siebers T., *Disability Aesthetics*, The University of Michigan Press, Michigan

- 2010.
- Siedlecka A., *Dynamika wybranych cech osobowości uzależnionych od alkoholu w przebiegu zajęć terapeutycznych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Silver H., *Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms*, „International Labour Review” 1994, no. 5-6.
- Silver H., *Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion* [w:] Rogers G., Gore Ch., Figueiredo J.B. (red.) *Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses*, International Institute for Labour Studies, International Labour Organization, Genewa 1995.
- Skura M., *Ja-inny. Relacje społeczne osób z niepełnosprawnością*, WUW, Warszawa 2016.
- Sobolewska Z., *W poszukiwaniu koncepcji współzależnienia*, „Świat Problemów”, 1996, nr 1-2.
- Sobolewska-Mellibruda Z., *Psychoterapia Dorosłych Dzieci Alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*, IPZ PTP, Warszawa 2012.
- Sochacka K.M., *Na uzależnienia behawioralne. Asertywne zachowania i granice psychologiczne*, „Remedium – Profilaktyka problemowa i promocja zdrowia psychicznego”, 2014, nr 10.
- Sońta E., *Od regresji do progresji. Psychoterapia dla osób wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 5.
- Spinks J., *Monstrous Births and Visual Culture in Sixteenth-Century Germany*, Ed. Pickering&Chatto, London 2009.
- Szarfenberg R., *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne* [w:] Firlit-Fesnak, M.Szyłko-Skoczny G. (red.) *Polityka społeczna*, PWN, Warszawa 2007.
- Szmatka J., *Małe struktury społeczne. Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej*, PWN, Warszawa 2007.
- Szmid A., *Hope-4-Street – nadzieja dla ulicy*, „Świat Problemów” 2014, nr 6.
- Sztander W., *Poza kontrolą*, PARPA, Warszawa 2006.
- Sztander W., *Pułapka współzależnienia*, IPZiT, Warszawa 2006.
- Szukielój-Bieńkuńska A., *Przygotowanie GUS do prezentowania wskaźników społecznego wykluczenia proponowanych przez Unię Europejską*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 11/12.
- Szykowska-Piotrowska A., *Po-twarz. Przekraczanie widzialności w sztuce i filozofii, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk-Warszawa 2015.
- św. Augustyn, *Państwo Boże*, t.2, Hachette, Warszawa 2010.
- Światowy raport o niepełnosprawności-podsumowanie, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa 2011.

- Tarkowska E. (red.), *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*, Wydawnictwo IFiS PAN; Warszawa 2013.
- Tarkowska E.(red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne młodzieży*, IPiSS, Warszawa 2007.
- Tarkowska E., (red.), *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*, IFiS PAN, Warszawa 2013.
- Tarkowska E., *Kategoria wykluczenia społecznego a polskie realia*, [w:] Orłowska M. (red.), *Skazani na wykluczenie*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2005.
- Tarkowska E., *Zrozumieć biednego: o dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Typografia, Warszawa 2000.
- Tomczyszyn D., *Niepełnosprawność w aspekcie stereotypów*, [w:] A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz, (red.), *Stereotypy a starość i niepełnosprawność-perspektywa społeczno-pedagogiczna*, Akapit, Toruń 2012.
- Traktat o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej 2012/C 326/01 (Dz.Urz. C 326 , 26/10/2012 P. 0001 – 0390).
- Twerski A.J., *Uzależnione myślenie – analiza samooszukiwania*, IPZ PTP, Warszawa 2001.
- Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*, Warszawa 2013.
- Ustun T.B, Bertelsen A., Dilling H., i in., *ICD-10 – Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych*, American Psychiatric Press, Inc, Gdańsk 1999.
- Wasielewski K., *Wykształcenie w procesie komodyfikacji*, „Przegląd Socjologiczny” 2001, t. L/1.
- Wawerska-Kus J., *Dzieciństwo bez dzieciństwa*, Wydawnictwo Dywiz, Warszawa 2009.
- Wawerska-Kus J., *Picie się kończy – zaczynają się inne problemy*, „Świat Problemów” 2014, nr 7.
- Wegscheider-Cruse S., *Nowa szansa – nadzieja dla rodziny alkoholowej*, IPZiT, Warszawa 2000.
- Węcek M., *Pomoc rodzinie w świetlicy socjoterapeutycznej*, „Świat Problemów” 2014, nr 6.
- Widera-Wysoczańska A., *Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika* [w:] *Gdzie się podziało moje dzieciństwo – o dorosłych dzieciach alkoholików*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2015.
- Wieczorek-Stachowicz M., *Nastolatki i alkohol. Strategie profilaktyczne w szkole*, PARPA, Warszawa 2007.
- Wilkin J. (red.), *Podstawy strategii zintegrowanego rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003.
- Włodawiec B., *Skąd się biorą bezdomni?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2005, nr 3.

- Wolińska J., *Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności-perspektywa aktora i obserwatora*, „Annales Iniversitatis Mariae Curie-Sklodowska” 2015, no. 27/1.
- Wrona S., Guzowaty R., *Ekozofia niepełnosprawnych. Holistyczne podejście do terapii, rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Cieszyn 2012.
- Young people and NEETs In Europe: first findings*, Eurofound 2011.
- Zaidler W., *Niepełnosprawni pomiędzy psychologią a ortopedagogiką*, [w:] W. Zeidler, (red.), *Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne*, GWP, Gdańsk 2007.
- Zimbardo P.G., Gerring R.J., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 2014.

Strony internetowe

- Bezrobocie rejestrowane. I kwartał 2017 r.*, GUS, Warszawa 2017,
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobocie-rejestrowane-i-kwartal-2017-r,3,27.html>
 (online: 22.05.2017).
- Generation jobless*, „The Economist”, April 27th 2013,
<http://www.economist.com/news/international/21576657-around-world-almost-300m-15-24-year-olds-are-not-working-what-has-caused>
 (online: 15.07.2013).
- <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/raporty/150-raport-o-stanie-edukacji/816-raport-o-stanie-edukacji-2012-licza-sie-efekty.html?showal> (online: 18.09.2014).
- News releases - Eurostat - European Commission: „*One in four children at risk of poverty or social exclusion in the EU*”, Eurostat, the statistical office of the European Union, 225/2016 - 16, November 2016,
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7738122/3-16112016-AP-EN.pdf/c01aade1-ea44-411a-b20a-94f238449689>
 (online: 15.06.2017).
- News releases - Eurostat - European Commission: „*Education, employment, both or neither? What are young people doing in the EU?*” Eurostat, the statistical office of the European Union, 155/2016 - 11 August 2016,
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7590616/3-11082016-AP-EN.pdf/c0393ef3-2ea1-455a-ab64-2271c41fd9d4>
 (online: 10.06.2017).
- News releases - Eurostat - European Commission: „*Euro area unemployment at 9.6%, EU 28 at 8,1%*”, January 2017, 34/2017-2 March 2017,

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7895735/3-02032017-AP-EN.pdf/8a73cf73-2bb5-44e4-9494-3dfa39427469>
(online: 24.05.2017).

Paolini G., *Youth Social Exclusion and Lessons from Youth Work*. Evidence from literature and surveys. Report produced by the Education, Audio-visual and Culture Executive Agency (EACEA),
http://eacea.ec.europa.eu/youth/tools/documents/social_exclusion_and_youth_work.pdf

Problemy wykluczenia społecznego – wybrane problemy, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, Opole 2010,
http://www.rops-opole.pl/pobierz/projekt-pradziad/Problemy_wykluczenia_spolecznego-wybrane_aspekty_PL.pdf, ss. 5-6 (online: 3.05.2017).

Raport: „*Rozpoznanie możliwości dotarcia do osób młodych zagrożonych wykluczeniem społecznym w województwie dolnośląskim*”, Wrocław 2014,
http://www.gwarancje.dwup.pl/upload/file/Raport_dotarcie_do_mlodzi_zy_wykl_spol_v2.pdf (online: 30.05.2017).

eISBN 978-83-65374-40-0
ISBN 978-83-65374-41-7

