

Maciej Jablonski

Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy

(Nie)pełnosprawność a uzależnienia.

Diraistwo trajektorii umiarkowania

Wstęp

Niniejszy tekst uwikłany jest w próbę odpowiedzi na pytanie: Jak często niepełnosprawność jest przyczyną uzależnień?

Konieczność podjęcia choćby najmniejszej próby uporania się ze swego rodzaju trajektorią¹, która wytwarza poczucie, że jest się „pchanym” często nawet „przepychanym” przez terapeutów/opiekunów/rodziców „z kąta w kąt” problemem, jakim jest niepełnosprawny alkoholik. Przez co owe przytłaczające wydarzenia zmuszają do reaktywnego sposobu zachowania człowieka uwikłanego właśnie w ową trajektorię cierpienia, którą za Fritzem Schütze rozumiem jako:

„społeczny i biograficzny proces (który - MJ) charakteryzuje się doświadczeniem coraz boleśniejszego i w coraz większym stopniu pozbawionego wyjścia cierpienia. (...) Chaos we wspólnym bytowaniu i nastawieniu do siebie samego bywa często odbierany jako jeszcze bardziej nieznośny, aniżeli wyjściowe założenia i mechanizmy wprawiające trajektorię w ruch. Ztraca się zaufanie w wytrzymałość wspólnych układów życiowych (...) i we wspólną przyszłość.” (F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, s. 425).

¹ Samo pojęcie trajektorii to termin wojskowy i oznacza tor lecącego pocisku. W przypadku teorii G. Reimanna oraz F. Schützego termin ten jest metaforą. Falująca linia lotu (trajektorii) może obrazować przebieg choroby. Badania nad trajektoriami prowadzi się już od ponad 30 lat. Na początku dotyczyły tylko złożonych procesów cierpienia w chorobie, zwłaszcza u umierających. Dopiero w ostatnich 20 latach koncepcja ta została rozwinięta i poszerzona o analizę biograficznych mechanizmów rozwoju cierpienia i jego wpływu na tożsamość doświadczających go ludzi patrz: M. Nowak-Dziemianowicz, *Doświadczenia rodzinne w narracjach*, Wrocław 2002; F. Schütze, G. Reimann, *Trajektorie jako podstawowa kategoria w analizach cierpienia i bezładnych procesach życiowych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, t. 36, nr 2; F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, „Studia socjologiczne” 1997, nr 1.

O owym poczuciu bycia „pchanym” opowiedział mi jeden z podopiecznych z niepełnosprawnością intelektualną²:

„(...) nie wiem czy piję bo jestem niepełnosprawny i nikt mnie nie traktuje poważnie jak normalnego człowieka? Czy piję bo lubię? Czy piję bo nie wiem, co mam robić ze sobą? Czy piję bo widzę, że nikt nie ma pomysłu na to co ze mną zrobić? (...)” (M. Jabłoński *Swobodne rozmowy. Notatki własne, 1999-2004*).

Człowiek uwikłany we własnej jak i wspólnotowej bezradności popada w paradoks zapętlenia, wiedząc, że musi zdobyć się na działanie zapada się coraz bardziej we własnej niepełnosprawności z alkoholizmem w tle...

Właśnie o tej bezradności jak i próbie ukazania „zdrowego” stylu życia jako realnej alternatywy będzie poniższy tekst.

Wykluczeni z terapii

Obserwując wzrost populacji uzależnionej od alkoholu³, jak i innych środków psychoaktywnych można pokusić się o hipotezę, że osoby z tzw. niepełnosprawnościami w najbliższym czasie staną się również coraz większą grupą ryzyka występowania uzależnień. Jednym z głównych pytań niniejszego tekstu jest: **Jak często niepełnosprawność jest przyczyną uzależnień i kiedy uzależnienie może stać się przyczyną niepełnosprawności?** Należy zdać sobie sprawę, że istotą uzależnienia są jego mechanizmy⁴, a nie przedmioty (alkohol, narkotyki, zakupy, drugi człowiek, tak naprawdę jest to lista nieskończona). Idąc dalej sądzę, że należy podkreślić, iż problem uzależnień wśród osób niepełnosprawnych jest zagadnieniem bardzo złożonym, bo co tutaj wynika z niepełnosprawności, a co ze skłonności do uzależnienia np. od alkoholu? Jak często niepełnosprawność determinuje wpadanie w labirynt kolejnego wykluczenia? Czy dzieje się tak, że pomimo gwarancji konstytucyjnych oraz innych aktów międzynarodowych ratyfikowanych i przyjętych przez Polskę⁵, osoby niepełnosprawne doznają jednak ograniczeń w dostępie do ochrony zdrowia? Idąc dalej czy otrzymują i w jakim zakresie dostęp do systemu edukacji, rynku pracy, dóbr kultury itd.?

Należy pamiętać (i tu zgadzam się z Woronowiczem), że niepełnosprawność to nie tylko indywidualne ograniczenia, lecz także niewłaściwa organizacja społeczeństwa,

2 39 letni mężczyzna z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym (dane z dostępnej dokumentacji - 05.2000).

3 Por. A. Kołtąj (red.), *Problemy alkoholizmu*, Kraków-Toruń 2012; M. Borkowski, R. Dobrzeński (red.), *Patologie społeczne: wybrane zagadnienia*, Płock-Wyszkiw 2011.

4 Mechanizmy uzależnienia odgrywają fundamentalną rolę w powstawaniu oraz w utrzymywaniu się uzależnienia. Podstawowym zadaniem terapii uzależnienia jest więc zatrzymanie działania tych mechanizmów oraz ich usunięcie za: J. Mellibrudę, *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia*, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/675-psychologiczna-koncepcja-mechanizmow-uzaleznienia.html> [20.02.2014]; patrz: B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*, Poznań-Warszawa 2009; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień - alkoholizm*, Warszawa 2010.

5 Patrz Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2012 r., Nr 0, poz. 1169); Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gdzie chociażby zgodnie z artykułem 32 czytamy: *nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny*. W przypadku poruszanego problemu należy zadać pytanie jak wygląda dostępność do terapii odwykowej u osób z niepełnosprawnościami w Polsce?

która nie gwarantuje osobom niepełnosprawnym możliwości pełnoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym. Jedną z form tworzenia tej przestrzeni byłoby zabezpieczenie osobom niepełnosprawnym dostępu do programów terapii uzależnień, a wcześniej przygotowanie odpowiednich warunków, w tym likwidacja barier architektonicznych oraz wyszkolenie fachowców wyczulonych na specyficzne problemy osób niepełnosprawnych⁶. Jednak jak zobaczymy w dalszej części artykułu, wiedza czy chociażby próby zrozumienia problemu osób niepełnosprawnych uzależnionych, nie jest stanem zadowalającym.

(Nie)pełnosprawni - (U)zależni(en)

Aby pomagać w sposób racjonalny, należy między innymi znać skalę zjawiska w poszczególnych rodzajach niepełnosprawności. Z dostępnych danych wiemy, że w roku 2005 liczba osób niepełnosprawnych w Polsce, w populacji w wieku produkcyjnym, była według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich i wynosiła 16% (tj. ok. 4 mln. z tendencją wzrostową)⁷. B.T. Woronowicz podaje, że:

„osób uzależnionych od alkoholu może być wśród niepełnosprawnych co najmniej 100 000, natomiast osób pijących szkodliwie 2-3 razy więcej. Do tego należałoby dodać dziesiątki, a może nawet setki tysięcy osób cierpiących z powodu innych uzależnień”. (B. T. Woronowicz, *Niepełnosprawność a uzależnienia. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa 2012, s. 6).

Nikt jednak, (niestety) nie pokusił się do tej pory o zebranie rzetelnych danych na temat uzależnień osób niepełnosprawnych. Dane, które posiadamy odnoszą się najczęściej do osób niepełnosprawnych uzależnionych od alkoholu mieszkających w domach opieki społecznej lub podobnych instytucjach. Przedstawiając owo miejsce jako determinującą uzależnienia⁸. Jak zauważyła m.in. Z. Grabusińska:

„Nadużywanie alkoholu przez mieszkańców DPS-u zaburza funkcjonowanie domu i pociąga za sobą dodatkowe obowiązki jego pracowników. Z badań prowadzonych przez PARPA podczas szkoleń personelu DPS-ów wynika, że odsetek podopiecznych mających problemy alkoholowe wynosi w poszczególnych placówkach od kilku do kilkunastu procent. Ilość problemów wynikających z picia alkoholu przez mieszkańców jest proporcjonalna do liczby osób nadużywających alkoholu, zwłaszcza do liczby osób uzależnionych. Zmienia się atmosfera i pogarszają się relacje między mieszkańcami, dochodzi do konfliktów, kłótni. Zdarza się pożyczanie pieniędzy, nieoddawanie ich, robienie długów, czasem dochodzi do kradzieży, wymuszeń czy zachowań agresywnych. W niektórych sytuacjach nadużywający alkoholu mieszkaniec stwarza poważne zagrożenie dla samego siebie i dla innych, również dla personelu. Dla pracowników DPS-ów problem picia pacjentów jest mocno stresujący. Wysłuchują skarg mieszkańców, muszą zapewnić im bezpieczeń-

6 B. T. Woronowicz, *Niepełnosprawność a uzależnienia. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa 2012, s. 21-23 <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].

7 B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa 2008; B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2012.

8 Por. Z. Grabusińska, *Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy opieki społecznej*, Opole 2010.

stwo, czystość w domu. Zmuszeni są interweniować, czasem wzywać policję. Nawet, jeżeli nadużywający alkoholu mieszkaniec jest bardzo uciążliwy, nie można odmówić mu podstawowej opieki, którą gwarantuje mu prawo”. (J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, 2013, s. 60).

Istnieją pewne próby dotyczące wyodrębnienia podtypu domu dla alkoholików, który z perspektywy praktycznego funkcjonowania okazał się jak do tej pory dla personelu, jak i mieszkańców fiaskiem.

„Jak wskazywały niektóre osoby pracujące w nich i znające te domy określając je jako „piekło na ziemi” (ibidem, s. 60).

Powinny one przyjmować osoby uzależnione i pijące alkohol szkodliwie, które z racji dodatkowych niesprawności (psychicznych i fizycznych) nie mogą się leczyć w placówkach leczenia uzależnień służby zdrowia, które można przedstawić w dwóch grupach. Pierwsza to osoby, które nadużywały alkoholu zanim trafiły do DPS-u. Niektóre z nich zostały już niejednokrotnie zdiagnozowane jako uzależnione przed przyjęciem do DPS-u i mają za sobą dosyć długą historię picia, czasem próby leczenia. Druga grupa to osoby, które zaczęły nadużywać alkoholu podczas pobytu w DPS-ie. Powodem często są nieumiejętności poradzenia sobie z krytycznymi zdarzeniami życiowymi, takimi jak np.: samotność, utrata zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej, utrata bliskich osób, utrata statusu społecznego i ekonomicznego, utrata poczucia przydatności i prestiżu, zbliżająca się perspektywa śmierci, zależność od innych⁹, ze względu chociażby na niepełnosprawność. Uważam, że osoby te powinny być objęte opieką psychologiczną i rehabilitacyjną dostosowaną do ich potrzeb i możliwości, skierowaną na wzmocnianie ich zasobów i motywacji do zachowania abstynencji, planowany czas pobytu nie może przekraczać 12 miesięcy, a po zakończeniu oddziaływań mieszkańcy mogą wrócić do swoich macierzystych domów, gdzie powinni być otoczeni intensywnym wsparciem i monitoringiem¹⁰.

Różnorodność niepełnosprawności, powoduje duże rozmycie problemu. Z diagnozy problemu uzależnień w środowisku niesłyszących, którą przedstawiła D. Stępień¹¹, wynikają chociażby następujące przyczyny sprzyjające wchodzeniu w uzależnienia tej grupy osób niepełnosprawnych:

- „brak akceptacji narodzin głuchego dziecka przez słyszących rodziców, którzy zaczynają szukać pocieszenia w alkoholu,
- dziecko głuche zaczyna dorastać w rodzinie nadmiernie pijącej,
- występuje brak możliwości porozumiewania się w rodzinie,
- osoba głucha poszukuje akceptacji wśród słyszących, poprzez wspólne spożywanie alkoholu, który „ułatwia” komunikację niewerbalną,
- ucieczka w alkohol przed problemami życia codziennego,

9 T. Głowik, *Problemy alkoholowe i ich rozwiązywanie w Domach Pomocy Społecznej*, 2009, materiał niepublikowany, za: J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie...*, op. cit., s. 61

10 Ibidem.

11 D. Stępień, *Polski Związek Głuchych wobec problemów głuchoty i uzależnień. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia*, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].

- u osoby niedosłyszającej, problemem jest niemożność określenia własnej tożsamości/ nie wie do jakiego świata przynależy do głuchych czy słyszących”. (D. Stępień, *Polski Związek Głuchych wobec problemów głuchoty i uzależnień. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia*, Warszawa 2012).

Dzieje się tak że „względem na hermetyczność środowiska osób niesłyszących, problem alkoholowy stanowi temat tabu, trudno jest przebić się przez mur milczenia całej rodziny. Bywa, że dopiero stosowanie przemocy w rodzinie przełamuje ten mur”. (Ibidem).

Głównymi barierami są problemy w rozpoznawaniu uzależnień wśród osób głuchoniemych¹². Także brak programów przystosowanych do owej grupy społecznej jak i specjalistów od terapii uzależnień znających język migowy i specyfikę głuchoniemych.

Inaczej jest postrzegana specyfika zjawiska uzależnień u osób z niepełnosprawnością intelektualną, częstotliwość występowania uzależnień w tej grupie w porównaniu z populacją ogólną jest statystycznie mniejsza¹³. Ze względu na ogólną dostępność alkoholu uzależnienie od alkoholu jest w tej grupie najczęściej występujące, a także ze względu na specyficzne czynniki psychospołeczne danego środowiska. Zdaniem Wojtczak-Grześnińskiej, kolejnym ważnym czynnikiem jest to, że jeżeli osoba z niepełnosprawnością intelektualną zacznie nadużywać alkoholu, ryzyko uzależnienia jest znacząco wyższe niż w populacji ogólnej, zwłaszcza gdy jest to:

„mężczyzna w młodym wieku, żyjący samodzielnie, prezentujący lekki stopień niepełnosprawności intelektualnej lub tzw. pogranicze upośledzenia, poza niepełnosprawnością intelektualną doświadcza różnego typu trudności o charakterze psychicznym. Poszczególne fazy obrazu klinicznego uzależnienia, przebiegają inaczej niż u osób zdrowych, ze względu na wielorakie interakcje pomiędzy tymi dwoma stanami psychopatologicznymi - zarówno w sferze przyczyn, patomechanizmów, jak i objawów, proces postępowania uzależnienia u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest znacząco szybszy niż w populacji ogólnej”. (I. Wojtczak-Grześnińska, *W labiryncie kolejnego wykluczenia - problem uzależnienia od alkoholu osób z niepełnosprawnością intelektualną. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia*, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].)

Krótką charakterystyka dwóch wybranych grup osób niepełnosprawnych pokazuje złożoność uzależnienia osób niepełnosprawnych, jednakże nie wyczerpuje ogromu problemów związanych z uzależnieniem osób niepełnosprawnych. Mam nadzieję, że tekst jest przynajmniej małym kroczkiem w zrozumieniu zawłości owej tematyki. Można dojść do wniosku, że sama trudna sytuacja zdrowotna może wpływać na pewien stopień degradacji psychospołecznej i znaczne problemy w zakresie funkcjonowania osobistego, podobnie jak samo alkoholizowanie się. Rodzi to szereg specyficznych problemów diagnostycznych oraz terapeutycznych w odpowiednim skonstruowaniu programów terapii uzależnień.

12 Informacje na temat uzależnień w środowisku osób głuchoniemych są znikome. Tak samo jak istniejący brak prewencji i edukacji na temat uzależnień jest jedną z przyczyn rozprzestrzeniania się uzależnień wśród tej populacji zob. A. M. Węgierek, *Osoby niepełnosprawne a uzależnienia*, „Terapia uzależnień i współuzależnienia” 2007, nr 6.

13 Patrz: I. Wojtczak-Grześnińska, *W labiryncie kolejnego wykluczenia - problem uzależnienia od alkoholu osób z niepełnosprawnością intelektualną. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia*, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].

Wokół działań społecznych

Niska – jak dostrzegł L. Kapler - efektywność pomocy psychologicznej i terapii skierowanej na ich problem alkoholowy¹⁴ staje się powodem do podjęcia problematyki zagadnienia uzależnionych osób niepełnosprawnych. Wydaje się, że stosunkowo mała ilość dostępnej w Polsce literatury poświęconej terapii tych osób oraz dobrych doświadczeń i rozwiązań w obszarze organizacji oraz metod udzielania im pomocy psychologicznej prowadzi do popełniania błędów w konstruowaniu i efektywnym stosowaniu programów pomocy tej grupie pacjentów. Przyjmuję za T. B. Woronowiczem, że u podłoża uzależnień osób niepełnosprawnych leżą czynniki:

- biologiczne – warunkujące reakcję organizmu na substancje psychoaktywną czy zachowanie,
- psychologiczne – warunkujące zapotrzebowanie na pobudzenie i skłonności do przeżywania lub nadmiar sytuacji powodujących wystąpienie stanów nieakceptowanych,
- duchowe – warunkujące jakość zaangażowania w sprawy, rzeczy czy ludzi, którzy zajmują najważniejsze miejsce w naszym życiu,
- społeczne (środowiskowe) – rodzina, obyczaje, postawy, występowanie różnych problemów, dostępność itd.. (T. B. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 16).

Znając czynniki zagrożenia uzależnieniem można/należy organizować odpowiednie działania społeczne, które będą docierały do jak największej grupy osób niepełnosprawnych.

Preanimacja-animacja-ewaluacja. Badanie w działaniu¹⁵

Jednym z takich działań, które zostało opracowane i zrealizowane na podstawie doświadczeń z pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, był projekt autorski zrealizowany w 2002 roku: „Dobre życie” na rzecz osób z rodzin z problemem alkoholowym uczęszczających do Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych¹⁶, którego głównym celem stało się zdiagnozowanie środowiska osób z niepełnosprawnością intelektualną pod względem zagrożenia uzależnieniem. Po wstępnej diagnozie 24 uczestników podjęło się wspólnego działania w owym projekcie. Jego celem było pokazanie wizji dobrego życia

14 L. Kapler, *Specyfika programów terapii uzależnień osób niepełnosprawnych. Poradnik lidera działań trzeźwosciowych*, materiał niepublikowany, Poznań-Warszawa 2008, s. 1-5 <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].

15 Aby zrozumieć dlaczego opisane działanie ma taki a nie inny kształt, wychodzimy z tzw. fazy oglądu czyli jak nazwał to Józef Kargul (J. Kargul, *Animacja społeczno-kulturalna*, [w:] T. Pilch, I. Leparczyk (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2003) preanimacja jako postawienie wstępnej diagnozy i podjęcie czynności przygotowawczych oraz informacyjno-stymulujących danego działania (J. Kargul, *Animacja społeczno-kulturalna*, s. 273-294). Następnie podawanie animacji i weryfikacji wraz z dopełnieniem przeprowadzonych wcześniej działań czyli ewaluacją. Utrzymując wszystko zgodnie z zasadą metody badań w działaniu: PLAN-AKCJA-REFLEKJA za: Stephenem Kemmsem (patrz: S. Kemmis, R. Mc Taggart, *The action research planner*, Victoria, Deakin University Press, Australia 1988) (jako cykl działania), której twórcą był Kurt Lewin (patrz: „Action Research and Minority Problems. Journal of Social Issues” 1946, Volume 2, pp. 34-46) a kontynuatorek na gruncie polskim jest między innymi Hana Cervinkova (patrz: *Badania w działaniu*, Wrocław 2010).

16 Projekt Instytutu Pedagogiki UMK przy ulicy Rydygiera 23 w Toruniu, realizowany na podstawie umowy nr 50/Al./2002 zawartej pomiędzy Gminą Miasta Torunia a Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu zawartej w dniu 1 lipca 2002. Autorzy i wykonawcy zespół terapeutów, m.in.: Barbara Momot – koordynator, pedagog, Mariusz Karasicki – terapeuta uzależnień, Maciej Jabłoński – socjoterapeutka, pedagog.

(podnoszenia jakości życia) tzn. takiego, w którym można być aktywnym, twórczym, uczyć się nowych umiejętności, cieszyć się z własnego działania, umieć nawiązywać relacje z innymi, uczyć się rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych związanych z chorobą alkoholową dotyczącą pośrednio lub bezpośrednio uczestnika projektu.

Po zakończeniu projektu i przeanalizowaniu zebranego materiału okazało się, że zagrożenie uzależnieniem jest większe wówczas, kiedy osoba niepełnosprawna (za typologią Woronowicza):

- negatywnie ocenia swoją przyszłość (nie widzi perspektyw),
- demonstruje zniechęcenie,
- odczuwa poczucie zagrożenia ze strony innych osób,
- unika podejmowania nowych aktywności,
- obawiając się porażki, staje się apatyczna i bierna,
- porzuca zadania wykonywane przed urazem, uznając je za niemożliwe do ukończenia,
- ma zaburzone poczucie tożsamości polegające na tym, że przestaje identyfikować się z osobami sprawnymi, a jednocześnie nie chce być postrzegana jako należąca do grupy osób z ograniczoną sprawnością.

Co było charakterystyczne, odczuwa również:

- samotność – odczuwanie niezrozumienia i obojętności ze strony innych osób, lęk przed opuszczeniem przez wszystkich, a szczególnie przez rodzinę,
- istotne ograniczenie aktywności zawodowej,
- utratę niezależności materialnej,
- wypadnięcie z ról społecznych – np. martwienie się o dalszą egzystencję społeczną własną i rodziny, odczuwanie własnej zbędności społecznej. (T. B. Woronowicz, *Niepełnosprawność a uzależnienia...*, op. cit., s. 17).

Istotne okazuje się, że poczucie jakości życia osoby niepełnosprawnej, która przestrzegała siebie poprzez pryzmat własnej, ograniczonej sprawności, często doprowadza do znacznego obniżenia poczucia własnej wartości i zaniżonej oceny swoich możliwości w konsekwencji popadanie w uzależnienia. Gdzie bez fachowego/profesjonalnego wsparcia, osoba niepełnosprawna stopniowe uczenie/poznanie/akceptowanie kolejnych ograniczeń i borykanie się z zupełnie nowymi problemami, specyficznymi dla danej niepełnosprawności oraz pierwsze niepowodzenia. Przekonanie o własnej bezwartościowości, bezużyteczności utrwalają te niekorzystne stany emocjonalne. Nasuwa się prosty wniosek, że niepełnosprawność wymaga od człowieka ciągłego pokonywania barier, które stawia przed nią zarówno sama niepełnosprawność, jak i otoczenie, w którym żyje. Nie każdy jednak posiada odpowiednie zasoby psychiczne i umiejętności społeczne do tego, aby sprostać tym trudnościom.

Również na osobę z niepełnosprawnością w kontekście uzależnień należy spojrzeć dwojako. Po pierwsze - na ich kanwie urzeczywistniają się inne typy kontroli, szczególnie te nad umysłem i historią życia. Po drugie - dzięki relacjom powstaje lub zostaje zniesione piętno kolejnego wykluczenia¹⁷ w istotny sposób związane z upośledzonym JA i upośledzonym życiem z perspektywy uzależnień szeroko rozumianych. Tutaj właśnie konieczne jest profesjonalne wsparcie osób niepełnosprawnych uzależnionych. To właśnie jedną z podsta-

¹⁷ Por. E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2007.

wowych form tworzenia zdrowej przestrzeni, byłoby zabezpieczenie osobom niepełnosprawnym dostępu do programów terapii uzależnień. Nie stanie się to jednak bez ludzi znających problemy osób niepełnosprawnych uzależnionych, a pytanie - gdzie ich szukać, spotyka się bardzo często z ciszą.

W przestrzeni dwoistości. (Nie)pełnosprawność a uzależnienia

Człowiek (pedagog, psycholog, pracownik socjalny, terapeuta - profesjonalista) stojący właśnie przed taką sytuacją zadaje sobie pytanie: Jak często niepełnosprawność jest przyczyną uzależnień i kiedy uzależnienie może stać się przyczyną niepełnosprawności? Jakie są mechanizmy owego uzależnienia? Czy tego chcemy czy nie, pracujemy z człowiekiem niepełnosprawnym. Ich biografie są często uwikłane w uzależnienie i obserwując złożoność życia osób niepełnosprawnych uzależnionych pojawia się poczucie nierozzerwalności owej dwoistości. Zdaje sobie sprawę, z pewnej swoistej więzi między niepełnosprawnością a uzależnieniem, że nie jest to jedynie samo przeciwieństwo i to jeszcze często uskrajniane do postaci wymagającej eliminacji któregoś z członków takiego przeciwstawienia¹⁸. L. Witkowski, naświetlając problematykę dwoistości podkreślił, że:

„są to, jak się okazuje, sytuacje wyboru, kompromisu, sprzeczności, pułapki lub skazania na oscylację, niewygodną jedność wymuszającą stan ciągłej troski o utrzymanie równowagi w niestabilnym napięciu między powiązаныmi ze sobą biegunami”. (L. Witkowski, *Przełom dwoistości w pedagogice Polskiej. Historia, teoria, krytyka*, Kraków 2013, s. 681).

Natomiast Witkacy owo istnienie dwoistości opisywał, jako:

„Istnienie, (które MJ) jest jedno i tożsame jest ze sobą. Pojęcie istnienia implikuje wielość, której jedno istnienie byłoby Nicością Absolutną. (...) Z powodu dwoistości nieskończonej formy swojej, jako Czasu i Przestrzeni. Istnienie jest dwoiste i każde Istnienie Poszczególne również musi być dwoistem; jest ono samo dla siebie jako trwanie i rozciągłość (...). Tajemnicą istnienia jest jedność w wielości i nieskończoność jego, tak w małości, jak i w wielości, przy jednoczesnej koniecznej ograniczoności każdego Istnienia Poszczególnego” (S. I. Witkacy, *Nowe formy w malarstwie i wynikające stąd nieporozumienia*, Warszawa 1919, s. 6-7).

Owa trajektoria dwoistości wymaga od nas (pedagogów/opiekunów/pracowników socjalnych/rodziców) zrozumienia możliwości wynikających z danej koncepcji. Daje możliwość interpretacji biografii człowieka, który doświadcza kryzysu i cierpienia. Do owej teorii trajektorii wpisują się również współuzależnieni i uzależniający. Należy jednak pamiętać, że teoria trajektorii nie jest żadnym narzędziem diagnostycznym ani „poradnikiem alkoholika”. To próba i szansa na poszerzenie wiedzy profesjonalistów/ekspertów. Oraz jest szansą na zrozumienie sensu i znaczeń jakie uzależnienie, współuzależnieni i uzależniający nadają swoim doświadczeniom.

Widzimy, że pedagog staje przed wyborem zrozumienia owej dwoistości i wyboru odpowiedniej dla siebie strategii działania. Wspomniany już L. Witkowski proponuje typolo-

18 L. Witkowski, *Przełom dwoistości w pedagogice Polskiej. Historia, teoria, krytyka*, Kraków 2013, s. 655.

gię¹⁹ strategii, która doskonale wpisuje się w problematykę uwikłania między niepełnosprawnością a uzależnieniem.

Wokół strategii terapii

Pierwszy typ mówi o dylemacie wyboru, który jest również głównym pytaniem niemiejszego tekstu: Jak często niepełnosprawność jest przyczyną uzależnień i kiedy uzależnienie może stać się przyczyną niepełnosprawności? Co jest determinantą czego? Wybór należy jednak dokonać z uwzględnieniem dwóch alternatywnych członów opozycji: albo-albo.

Druga strategia mówi o tym, że pedagog musi umieć „wypośrodkować”, znaleźć miarę, umiarkowanie, zrezygnować ze skrajności i maksymalizmów.

„Tu oba człony opozycji mogą uzyskać jakiś pozytywny dla siebie wynik, przy uwzględnieniu „interesu” bieguna przeciwnego” (L. Witkowski, *Przełom dwoistości w pedagogice Polskiej. Historia, teoria, krytyka*, Kraków 2013, s. 681).

Trzeci typ skojarzeń z dwoistością, o którym mówił autor, rozumianej w kontekście niepełnosprawność - uzależnienia, daje o sobie znać w zakresie złożoności sytuacji, w której przychodzi nam działać, polega na wymogu uwzględnienia poczucia sprzeczności. Często słyszę jak to możliwe, że „upośledzony umysłowo” jest alkoholikiem – jednak konieczność – jak ukazał L. Witkowski:

„powiązania w napiętą całość czegoś, co ma skłonność do wykluczeń, a co musi umieć jej się oprzeć; wszystko to wymaga zdolności radzenia sobie z napięciem, z koniecznością bolesnej, choć pożądanej (strukturalnie) niekonsekwencji” (L. Witkowski, *Przełom...*, op. cit., s. 681).

Czwarty typ dwoistości:

„oddaje sytuacja konieczności jednoczesnego niemożliwego odrzucenia (uniknięcia) – splotu dopełnienia pułapki, którą najpełniej wyraża motyw Scylli i Charybdy. Trzeba tu znaleźć właściwą drogę lub sposób poradzenia sobie z niebezpieczeństwem, stojąc przed alternatywą, której oba człony są fałszywe lub groźne” (L. Witkowski, *Przełom...*, op. cit., s. 682).

Tutaj pojawia się konieczność rozumienia właśnie niebezpieczeństwa podwójnego wykluczenia ze względu na niepełnosprawność, jak i uzależnienie.

Z kolei piąty typ dwoistości:

„mówi o jedności dynamicznej w stanie napięcia, fluktuacji i drgań, dostosowań i rezonansu, zorientowanych na równoważnie (równowagę)” (L. Witkowski, s. 682). Co najpełniej wyraża zasada oscylacji/ambiwalencji między wzajemnie dookreślonymi biegunami alternatywy.

19 Ibidem, s. 681.

I wreszcie szósty typ dwoistości, zakłada, że jeżeli w pewnym momencie pracy po poniesieniu często ogromnego trudu mamy już poczucie jasności sytuacji i staje się ona, tak oczywista i jednoznaczna, o której L. Witkowski pisze jako:

„zasadzie pozoru jednoznaczności. Co więcej, wskazuje na możliwości pokazania znaczenia bądź wartości przeciwnej do tej, jaką zwykle bezrefleksyjnie się w niej widzi. Pozór jednoznaczności intencji pedagogicznych to ważny trop w obnażaniu pułapek, w jakie wpadają często myślenie i działania edukacyjne” (L. Witkowski, *Przełom...*, s. 681-682).

Uwagi końcowe

Zauważmy, że próba wpisania owej typologii do metodyki pracy socjalnej, rewalidacji czy to resocjalizacji²⁰, stawia przede wszystkim na proces wzmacniania, które rozumiane jest jako strategia oddziaływań, czyli przywracanie osobie z niepełnosprawnością sił i kontroli nad własnym życiem przez odnajdywanie i wspieranie jego zasobów, energii i kompetencji czyli podnoszenia jego jakości życia. Stosując prostą a zarazem skuteczną drogę tzn. zaczyna się ono od etapu odkrycia u osoby z niepełnosprawnością w sytuacji kryzysu mocnych stron i zdolności, a następnie umiejętne zapoczątkowanie procesu odzyskiwania przez niego ponownej kontroli nad kształtowaniem własnego świata. Gdzie zadaniem pedagoga, pracownika socjalnego, realizującego tę formę pomocy, jest zapoczątkowanie procesów odzyskiwania sił przez osobę z niepełnosprawnością i obserwacja tego procesu.

„U osoby niepełnosprawnej ma dojść do wzrostu kompetencji socjalnych, interaktywnych, poznawczych i emocjonalnych. To powinno skutkować poprawą samoświadomości u osoby z niepełnosprawnością. Wszystkie te działania i oddziaływania powodują u osoby z niepełnosprawnością pojawienie się innego, świeżego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość” (I. Krasiejko, *Metodyka pracy socjalnej z indywidualnym klientem*, „Praca Socjalna” 2005, nr 1, s. 29-30)²¹.

Pedagog czy pracownik socjalny, realizując tak rozumianą strategię swojej pracy, staje się nosicielem zmian. I co najistotniejsze, wspólnie z osobą z niepełnosprawnością oceniają sytuację, tworzą projekty działania, czyli określają cele zmian i środki do ich realizacji. Profesjonalista pokazuje, że w oparciu o strategię, czyli sztukę planowego zaangażowania całego zbioru środków można osiągnąć zamierzony cel.

Z perspektywy czasu, jak i oglądu nowego spojrzenia, m.in. na pracę socjalną, pedagogikę specjalną czy resocjalizację widzę konieczność i szansę przeprowadzenia dogłębnej, rzetelnej diagnozy uzależnień osób z niepełnosprawnością intelektualną, która jak do tej pory była marginalizowanym obszarem badawczym, a prezentowany projekt pokazał, że konieczność zajęcia się ową problematyką jest istotna dla chociażby pedagogiki specjalnej czy pracy socjalnej. Kluczowe zdaje się także stworzenie programu terapii uzależnień dostosowanego do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Znając specyficzny, w dużej mierze oparty na od-

20 Dzieje się to również w innych subdyscyplinach pedagogicznych.

21 Patrz: A. Karwacki, M. Rymśza, T. Kaźmierczak, *Reintegracja. Aktywna polityka społeczna w praktyce*. Warszawa 2013; L. Witkowski, *Praca socjalna i profesjonalizm pedagogiczny*, Łódź 2010; I. Chrzanowska, *Zaniedbane obszary edukacji-pomędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2009.

działywaniu behawioralnym proces modyfikacji niewłaściwych zachowań czy patologicznych nawyków, to okazuje się, że powszechnie stosowane formy terapii i wsparcia są nieefektywne w przypadku chociażby osób z niepełnosprawnością intelektualną i pilnie potrzebne jest wypracowanie właściwych metod.

Bibliografia

- Borkowski M., Dobrzeńiecki R. (red.), *Patologie społeczne: wybrane zagadnienia*, Płock-Wyszaków 2011.
- Cervinkova H., Gołębiak B. D. (red.), *Badania w działaniu*, Wrocław 2010.
- Chrzanowska I., *Zaniedbane obszary edukacji-pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2009.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010.
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K., *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, <http://irss.pl/wpcontent/uploads/2013/.pdf> [30.06.2014].
- Głowik T., *Problemy alkoholowe i ich rozwiązywanie w Domach Pomocy Społecznej*, 2009, Materiał niepublikowany.
- Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2007.
- Grabusińska M. Z., *Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy opieki społecznej*, Opole 2010.
- Jabłoński M., *Swobodne rozmowy. Notatki własne, 1999-2004*, Materiał niepublikowany.
- Kapler L., *Specyfika programów terapii uzależnień osób niepełnosprawnych, Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia*, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].
- Kapler L., *Poradnik lidera działań trzeźwościowych, materiał niepublikowany*, Poznań-Warszawa 2008, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].
- Kargul J., *Animacja społeczno-kulturalna*, [w:] Pilch T., Leparczyk I. (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2003.
- Karwacki A., Rymśza M., Kaźmierczak T., *Reintegracja. Aktywna polityka społeczna w praktyce*, Warszawa, 2013.
- Kemmis S., Taggart R., *The action research planner*, Victoria, Deakin University Press, Australia 1988.
- Kołataj A. (red.), *Problemy alkoholizmu*, Kraków-Toruń 2012.
- Lewin K., *Action Research and Minority Problems*, "Journal of Social Issues" 1946, Vol. 2.
- Krasiejko I., *Metodyka pracy socjalnej z indywidualnym klientem*, „Praca Socjalna” 2005, nr 1.
- Mellibruda J., *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia* <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/675-psychologiczna-koncepcja-mechanizmow-uzaleznienia.html> [20.02.2014].
- Nowak-Dziemianowicz M., *Doświadczenia rodzinne w narracjach*, Wrocław 2002.
- Schutze F., Reimann G., *Trajektoria jako podstawowa kategoria w analizach cierpienia i beztadnych procesach życiowych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, t. 36, nr 2.

- Schutze F., *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, „Studia socjologiczne” 1997, nr 1.
- Stępień D., *Polski Związek Głuchych wobec problemów głuchoty i uzależnień*. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].
- Węgierek A.M., *Osoby niepełnosprawne a uzależnienia*, „Terapia uzależnień i współuzależnień” 2007, nr 6.
- Witkacy S.I., *Nowe formy w malarstwie i wynikające stąd nieporozumienia*, Warszawa 1919.
- Witkowski L., *Praca socjalna i profesjonalizm pedagogiczny*, Łódź 2010.
- Witkowski L., *Przełom dwoistości w pedagogice Polskiej. Historia, teoria, krytyka*, Kraków 2013.
- Woronowicz B.T., *Niepełnosprawność a uzależnienia*. Materiały pokonferencyjne, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*, Poznań-Warszawa 2009.
- Wojtczak-Grzebińska I., *W labiryncie kolejnego wykluczenia - problem uzależnienia od alkoholu osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Materiały pokonferencyjne: (Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia, Warszawa 2012, <http://www.pzn.org.pl/pl/component/content/article/1220.html> [20.06.2014].
- Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa 2008.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2012.