

„Moja intymność”

Warsztaty edukacyjne dotyczące seksualności dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami

Seksualność stanowi integralny i niezbywalny aspekt funkcjonowania każdego człowieka. Podlega przemianom rozwojowym w cyklu życia, w efekcie oddziaływań czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych, a także w wyniku interakcji między tymi czynnikami. Złożoność tych uwarunkowań przyczynia się do powstawania unikalnych ścieżek rozwoju i seksualnego funkcjonowania poszczególnych osób (Beisert, 2006, Bancroft, 2013).

Nie inaczej rzecz się ma z funkcjonowaniem seksualnym osób niepełnosprawnych. Ich bieżące funkcjonowanie seksualne a także rozwojowe przemiany podlegają złożonym oddziaływaniom czynników bio-psycho-społecznych. Swoista kondycja fizyczna lub psychiczna ograniczająca sprawność osoby jest także czynnikiem oddziałującym na jej funkcjonowanie seksualne. Wpływać może bowiem na sposób odbioru lub integracji bodźców cielesnych i z otoczenia, możliwość wyrażania własnych potrzeb oraz działania, rozumienia własnych pragnień, sposobów ich realizacji, spostrzeganie własnej atrakcyjności, zainteresowanie relacjami intymnymi. Forma niepełnosprawności decydować zaś może o zakresie samodzielności i zależności od innych ludzi w codziennym życiu, realizacji ról społecznych, a także - o sposobie odnoszenia się innych do seksualności osoby.

Osoby zmagające się z niepełnosprawnościami, choć podlegają uniwersalnym prawidłowościom rozwoju seksualnego to jednocześnie, ze względu na charakterystykę własnego funkcjonowania, potrzebują często specyficznego wsparcia. Takiego, które uwzględniać będzie ich indywidualne potrzeby a także ich warunki życia. Pod określeniem indywidualnych potrzeb rozumieć należy np. niepełnosprawność motoryczną lub ograniczenia sprawności zmysłów, które wpływają na sposób doświadczania własnego ciała, w tym - doświadczenia zmysłowe. Niepełnosprawność intelektualna przekładać się może na zakres rozumianych pojęć i słów, tempo uczenia się nowych informacji, sposób ich przetwarzania. W przypadku jeszcze innych niepełnosprawności mogą one oddziaływać na specyficzny sposób regulowania własnych uczuć i pragnień. Te indywidualne właściwości osoby wymagają uwzględnienia w pracy na rzecz wspierania jej rozwoju seksualnego: budowania zdolności do

rozumienia siebie, regulowania własnych impulsów seksualnych oraz odnajdywania satysfakcjonujących form realizacji. Ponadto, w rozważaniu potrzeb osób niepełnosprawnych konieczne jest także branie pod uwagę ich często wielorakiej zależności od opiekunów i instytucji oraz bardziej ograniczone możliwości kształtowania własnego życia. W Polsce (podobnie zresztą jak i w wielu innych krajach), osoby niepełnosprawne to wyjątkowo silnie niedoinwestowana grupa jeśli idzie o edukację seksualną a także dostęp do opieki nad zdrowiem seksualnym (Kościelska, 2004, Fornalik, 2017, Kijak, 2014). Podobnie rzecz się ma z nikłym wsparciem, jakie otrzymują w tym zakresie osoby z najbliższego otoczenia niepełnosprawnych. Rodzice osób niepełnosprawnych, jak również personel instytucji świadczących pomoc na ich rzecz, często zmagają się z brakami przygotowania do wspierania rozwoju seksualnego swoich szczególnych podopiecznych, z uwzględnieniem specyfiki ich życiowych sytuacji. W efekcie często przeżywają seksualność swoich dzieci / podopiecznych jako kłopot (Kościelska, 2004, Kijak, 2014).

Kontekst powstania pomysłu na grupowe zajęcia edukacyjne dotyczące seksualności dla uczestników WTZ

Uczestnikami Warsztatu Terapii Zajęciowej, z którym współpracę chcielibyśmy w tym miejscu opisać jest 30 bardzo zróżnicowanych dorosłych osób. Są w wieku 25-60 lat i zmagają się ze znaczącymi niepełnosprawnościami. Większość z nich to osoby sprawne fizycznie z lekkim lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, pozostałe to osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębokim. Wielu uczestników Warsztatu zмага się ponadto z współwystępującymi zaburzeniami: dysfunkcjami narządów ruchu, osłabieniem zmysłów - wzroku i słuchu, chorobami metabolicznymi, chorobami psychicznymi – schizofrenią, zaburzeniami nastroju i po-traumatycznymi.

Od dłuższego czasu zespół pracowników WTZ (w tym pracująca na stałe w placówce KB) zauważał potrzebę wprowadzenia nowego sposobu pracy w obszarze seksualności uczestników Warsztatu. Potrzeba ta wynikała z jednej strony, z powtarzających się sytuacji przejawiania przez niektórych uczestników kłopotliwych – z punktu widzenia pracy Warsztatu – zachowań seksualnych. Należała do nich masturbacja podejmowana w obecności innych osób, seksualne uwagi kierowane pod adresem innych uczestników/czek lub terapeutek, przeżywanych przez nich jako niechciane, próba podjęcia kontaktu seksualnego między uczestnikami na terenie Warsztatów, wreszcie – niekorzystne zmiany zaangażowania w pracę Warsztatów i konflikty w obrębie grup zajęciowych powstałe na tle relacji intymnych między uczestnikami (relacji zakochania, rywalizacji, rozstań).

Z drugiej strony, zespół Warsztatu realizując swoją podstawową pracę zmagał się z różnymi trudnościami w rozwiązywaniu tych kłopotliwych sytuacji. Początkowo terapeutki próbowały sobie radzić z problematycznymi zachowaniami uczestników na własną rękę, w pewnym momencie sięgnęły też po konsultacje seksuologiczne (MZ-J). Po kilku konsultacjach jednak jasne stało się, że doraźne formy reagowania nie są wystarczające. Kwestiami nie rozwiązanymi pozostawały bowiem: (1) niewielki wgląd uczestników Warsztatu we własne motywacje do podejmowania zachowań seksualnych; (2) znaczące braki edukacyjne, w tym słaba znajomość słów i pojęć, które pozwoliłyby omawiać ich stany i potrzeby związane z seksualnością oraz poszukiwać adaptacyjnych form rozładowywania napięć; (3) silna zależność uczestników od własnych rodzin, które różnorodnie rozwiązują dylematy (a czasem konflikty) między opieką nad swoimi dorosłymi niepełnosprawnymi dziećmi a ich samostanowieniem (tu: w obszarze tworzenia intymnych związków, realizacji seksualnej).

W związku z powyższym, podczas konsultacji stwierdzono konieczność wprowadzenia innych, nowych działań, bardziej systematycznych, ukierunkowanych bezpośrednio na zagadnienia seksualności podopiecznych i jednocześnie biorących pod uwagę złożoność omawianego obszaru. W oddziaływania te zdecydowano się włączyć zarówno uczestników WTZ, jak i ich opiekunów oraz zespół pracowników placówki. Tak powstał projekt zajęć edukacyjnych o nazwie „Moja intymność”. Istotnym kontekstem dla opracowania tego projektu było pozyskanie przez placówkę dodatkowego dofinansowania. Pozwoliło ono na wynagrodzenie pracy seksuolog (MZ-J) w ramach szerszego niż wcześniej zaangażowania czasowego.

Sposób rekrutacji uczestników

Kwalifikację do grupy przeprowadzała Kinga we współpracy z zespołem terapeutek zajęciowych placówki. Jako stała pracowniczka WTZ знаła podopiecznych placówki, ich możliwości, problemy, a także sytuację rodzinną. Uznaliśmy, że do zajęć zakwalifikowani zostaną podopieczni WTZ, których sposób funkcjonowania pozwoli efektywnie czerpać z zajęć edukacyjnych prowadzonych w formule grupowej. Kryteriami kwalifikacji do grupy były więc: a). zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach oraz motywacja do współpracy; b). lekki lub umiarkowany poziom niepełnosprawności intelektualnej, pozwalający na skupienie się w czasie zajęć, rozumienie proponowanych zadań, porozumienie z prowadzącymi oraz innymi osobami w grupie; c). umiejętności emocjonalne i społeczne pozwalające na zaangażowanie w zadania grupowe, współpracę, przestrzeganie norm grupowych, radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w toku pracy grupowej (rywalizacja, odmienne zdanie, łamanie przez któregoś z uczestników ustalonych zasad).

Dodatkowym kryterium, branym pod uwagę przy włączaniu uczestników do grupy zajęciowej była opinia członków ich rodzin (przede wszystkim opiekunów zaangażowanych na co dzień na rzecz uczestniczki/ka) na temat zajęć. Było to przyjęte przez nas rozwiązanie trudnego dylematu dotyczącego rozumienia uczestników i ich seksualności w kategoriach autonomii versus zależności (czy wręcz - dorosłości i dojrzałości versus dziecięcości i niedojrzałości). Choć wszyscy podopieczni WTZ to osoby dorosłe, a większość z nich prawnie samostanowi o sobie, to jednak realnie są wielorako zależni od swoich rodzin. Zależność ta obejmuje realizację przez członków rodzin funkcji opiekuńczej w ich codziennych sprawach życiowych - monitorowanie miejsca i sposobu spędzania czasu, korzystania z opieki zdrowotnej, w przypadku niektórych osób - wykonywania czynności higienicznych czy zaspokajania innych podstawowych potrzeb. Rodziny pozostają także dla wielu z nich podstawową grupą społeczną, kierują wobec nich oczekiwania co do sposobu życia, wpływają na normy i wartości moralne. Większość rodzin, a tym samym także uczestników WTZ związanych jest ponadto z Kołem Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym założonym z inicjatywy rodziców wiele lat wcześniej¹. W ramach tej organizacji pozostają ze sobą we wspierających relacjach towarzyskich, organizują spotkania, wyjazdy. Utrzymują także bliskie kontakty z miejscowym zgromadzeniem zakonnym, oferującym im wsparcie duchowe. Kontekst ten, obejmujący relacje uczestników i rodzin z kapłanami, zaangażowanie części uczestników w systematyczne praktyki religijne, prawdopodobieństwo przyjęcia katolickiej etyki seksualnej, wydawał się nam istotny do uwzględnienia w proponowanej przez nas pracy. Uznałyśmy, że problematyka zajęć, mogących budzić w rodzinach uczestników silne reakcje emocjonalne, wymaga zatem uwzględnienia ich postaw. Widziałyśmy to jako działanie minimalizujące ryzyko powstania realnych konfliktów między uczestnikami a ich rodzinami oraz wewnętrznych konfliktów uczestników (realizacja własnego pragnienia a podporządkowanie wobec opiekunów / autorytetów). Konflikty takie widziane były przez nas jako niekorzystne dla uczestników oraz kontr-produktywne wobec zakładanych celów zajęć.

Do grupy zakwalifikowanych zostało 13 uczestników: 7 kobiet i 6 mężczyzn w wieku od 25 lat do 56 lat. Do udziału w zajęciach zaproszono także osoby z ich rodzin - dla nich przygotowana została odrębna część programu. Zakwalifikowane osoby są związane z Warsztatem Terapii Zajęciowej od wielu lat. Od poniedziałku do piątku uczestniczą w terapii zajęciowej pod opieką

¹ Nazwa stowarzyszenia utrzymana mimo upływu lat i rozwojowej przemiany dzieci (w momencie jego założenia) w osoby dorosłe naszym zdaniem symbolizuje trudność, z którą spotykaliśmy się w naszej pracy - dylemat dotyczący dziecięcości - dorosłości niepełnosprawnych podopiecznych WTZ.

terapeutek, tzn. każdy uczestnik WTZ jest przydzielony na okres jednego roku do jednej z sześciu pracowni (życia codziennego, artystycznej I i II, komputerowej, doradztwa zawodowego z elementami rękodzieła, ceramicznej). W każdej pracowni przebywa pięcioro uczestników, pracując z jedną terapeutką. Po okresie roku następuje rotacja - dana grupa zmienia pracownię i terapeutkę. Niemniej jednak, cała społeczność warsztatu integruje się ze sobą na co dzień podczas przerw śniadaniowych, kawowych, wycieczek oraz przygotowywania i wspólnego świętowania uroczystości, imprez okolicznościowych.

Grupa zrekrutowanych do projektu 13 uczestników składa się z różnych, ciekawych i barwnych osób - ze swoimi ograniczeniami fizycznymi, poznawczymi, komunikacyjnymi, emocjonalnymi, dylematami, a także zasobami i zdolnościami. I tak, w grupie znalazła się osoba, która ma za sobą doświadczenie relacji seksualnej i jest mamą; młody mężczyzna, który relatywnie niedługo przed rozpoczęciem projektu przez okres kilku lat utrzymywał i pokazywał, że jest zakochany w swojej starszej terapeutce i przejawiał o nią dużą zazdrość; mężczyzna, który czasami ogląda filmy o charakterze pornograficznym i boi się być przyłapanym na tym przez osoby z rodziny, zarazem "przyznając się do winy" na rozmowach z psychologiem; mężczyzna, który w relacjach z kobietami mocno narusza przestrzeń (dystans) i na każde możliwe powitanie ściska albo całuje rękę; para, która spotyka się poza Warsztatem na osiedlu i pod okiem rodziców, ale tylko pod warunkiem "koleżeńskości" tego kontaktu; uczestnik, któremu podobają się dwie kobiety i nie potrafi się zdecydować, w którą stronę ulokować uczucie nie raniąc drugiej z nich; kilkoro uczestników, którzy wydają się mieć mocno zaprzeczone i stłumione impulsy seksualne, a ich przejawy np. w żartach czy rozmowach wywołują duże zawstydzenie; uczestnik, który wprost mówi, że chciałby się całować z jedną z uczestniczek WTZ, tak "jak to robią na filmie", zarazem przyznając, że podobają mu się jej piersi; uczestniczki, które pomimo osiągnięcia wieku ponad 25 lat wyglądem dużo bardziej przypominają nastolatki, co w połączeniu z innymi ich ograniczeniami nasuwa terapeutkom obawy o ryzyko naruszeń ze strony innych; uczestniczka, która swym zachowaniem "pobudza" kilku mężczyzn WTZ, tym samym wpływając też na tendencje rywalizacyjne; kobieta, która prawdopodobnie cierpi na psychogenne napady rzekomopadaczkowe (co z resztą zostało zaobserwowane podczas zajęć z projektu). Temat związków intymnych, relacji, miłości, zakochania i związanych z nimi pragnień jak i niezaspokojenia jest też wnoszony regularnie (w różnej formie) przez około połowę zakwalifikowanych uczestników w rozmowy indywidualne z psychologiem.

Prowadzące

Projekt zajęć edukacyjnych “Moja intymność” opracowałyśmy we dwie, także we dwie go realizowałyśmy. Naszą współpracę widzimy jako naczyną doświadczeniami zawodowymi każdej z nas oraz relacją nas łączącą.

Obie jesteśmy psycholożkami wykształconymi w tradycji tego samego uniwersytetu, przy czym różnimy się wiekiem i stażem pracy o około 10 lat. Nasz kontakt rozpoczął się od relacji studentka (Kinga) - nauczycielka (Monika), następnie zmienił się w relację osobistej znajomości z powodu zamieszkiwania w tej samej, małej miejscowości. Przy okazji współpracy nad niniejszym projektem nasza relacja zyskała nową jakość. Wydaje się, że można ją opisać jako skoncentrowaną wokół wspólnego wyzwania w oparciu o różne i uzupełniające się kompetencje zawodowe. Jako stała pracowniczka WTZ Kinga ma doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, a także z grupami socjoterapeutycznymi (4 lata wcześniej ukończyła Studium Socjoterapii przy KCP), natomiast nie pracuje zbyt często z problemami seksualnymi. Monika jako seksuolog kliniczna ma wiedzę dotyczącą seksualności i umiejętność pracy w tym obszarze funkcjonowania pacjentów, natomiast przed rozpoczęciem projektu nie miała większych doświadczeń w pracy z osobami niepełnosprawnymi. Równolegle z pracą nad projektem uczyła się w Studium Socjoterapii.

Nasza relacja, szczególnie na początku pracy nad projektem, nacechowana była wzajemną ostrożnością. Z czasem jednak ewoluowała w stronę coraz bardziej otwartej i realnie wspierającej współpracy bazującej na odmiennych doświadczeniach każdej z nas. Miałam (MZJ) poczucie, że w toku pracy nad projektem osuwam się z nowymi zagadnieniami a Kinga daje mi realne oparcie, przez co przestaje być dla mnie “młodsza koleżanka”. Z kolei ja (KB) miałam na celu również wprowadzenie starszej koleżanki do społeczności WTZ - starałam się dbać o ten aspekt, jednocześnie mając na początku wrażenie bardziej podążania za specjalistką w dziedzinie seksuologii niż realnego towarzyszenia. W perspektywie procesu, który się odbywał, wzajemnych dyskusji, prowadzenia grupy, doświadczyłam też tego, że moje spostrzeżenia i pomysły były potrzebne do wspólnej pracy. Niezwykle ważne było dla mnie to odkrycie i zmiana charakteru naszej relacji na bardziej współpracującą. Bagaż prowadzenia grupy został rozłożony na nas obie - z wzajemną uważnością, wsparciem i towarzyszeniem sobie w tych rolach.

Wydaje się też, że równolegle działa się zmiana w stosunku uczestników zajęć do nas. Choć początkowo Monika była mniej znana uczestnikom warsztatu, to jednocześnie Kinga dostrzegała, że obie jako prowadzące byłyśmy dla nich ważne i wprowadzenie nieznaną dotąd prowadzącej praktycznie

nie budziło u nich niepewności i braku zaufania. Można uznać, że byliśmy traktowane przez nich w porównywalny sposób.

Cele projektu

Założyliśmy, że projekt będzie miał charakter edukacyjny. Jego celem było wsparcie rozwoju takich kompetencji uczestników, które pozwolą im lepiej rozumieć własne impulsy i zachowania seksualne, łatwiej omawiać swoje przeżycia z wybranymi osobami (np. bliskimi, specjalistami) oraz lepiej radzić sobie z sytuacjami dotyczącymi ich intymności w WTZ. W sposób szczegółowy jako cele określiliśmy rozwijanie następujących umiejętności:

- a) nazywania podstawowych doświadczeń cielesnych (np. napięcie i rozluźnienie, przyjemność i nieprzyjemność, drżenie, klucie, ból) i emocji (radość, smutek, strach, złość, wstręt, wstyd, duma);
- b) rozpoznawania emocji na podstawie różnych wskaźników u siebie samego (doświadczeń cielesnych, myśli, własnych gestów i ekspresji mimicznej, sposobu mówienia) i u innych ludzi (ekspresji mimicznej, gestów, sposobu mówienia);
- c) rozpoznawania granic psychologicznych (sfera publiczna a prywatna);
- d) regulowania dystansu fizycznego i psychologicznego w kontakcie z drugą osobą, w oparciu o własne uczucia, reakcje drugiej osoby i normy społeczne;
- e) rozpoznawania i nazywania problematycznych sytuacji (wymagających zastanowienia się, skorzystania z rady innej osoby) dotyczących granic fizycznych i psychologicznych oraz dbania o siebie w takich sytuacjach.

Ponadto, w ramach projektu, zaplanowałyśmy pracę z opiekunami uczestników zajęć. Zależało nam, by zaprosić ich do stworzenia wspierającego przymierza na rzecz zdrowia seksualnego ich dorosłych podopiecznych, uznając ich bezpośrednią rolę w tym zakresie a także dylematy i trud, z jakimi mogą się zmagać. Założyliśmy, że ta odrębna część projektu przygotowana dla opiekunów będzie podporządkowana następującym celom:

- a) uporządkowaniu i poszerzeniu wiedzy opiekunów dotyczącej funkcjonowania i rozwoju seksualnego dorosłych osób niepełnosprawnych;
- b) zwiększeniu świadomości własnych dylematów związanych z funkcjonowaniem seksualnym dorosłych niepełnosprawnych podopiecznych; własnych sposobów radzenia sobie z tymi dylematami, a także ich znaczenia dla sprawowanej funkcji opiekuńczej;
- c) zwiększeniu gotowości do korzystania ze wsparcia nieprofesjonalnego (np. w gronie innych opiekunów) oraz specjalistów (personelu WTZ, lekarzy, psychologa, seksuologa, kapłana współpracującej parafii) w

poszukiwaniu sposobów wspierania rozwoju seksualnego ich podopiecznych.

Przebieg zajęć

Realizacja programu zaplanowana została na 6 miesięcy. W pierwszym miesiącu przeprowadzona została jego faza wstępna: rozmowy z uczestnikami i ich opiekunami oraz zapoznanie się z prowadzącą, nie pracującą na co dzień w warsztacie. To ostatnie odbyło się w czasie dorocznej uroczystości społeczności WTZ i ich rodzin - Jasełek, gdy uczestnicy prezentowali przygotowaną sztukę teatralną oraz spędzali wspólny czas przy cieście na swobodnych rozmowach. Uczestnicy WTZ byli ciekawi nowej prowadzącej, część przyglądała się z różnym stopniem otwartości i dystansu, niektóre osoby podchodziły przy okazji składanych życzeń, by poznać się bardziej osobiście.

Zasadnicze zajęcia dla grupy miały formę pięciu czterogodzinnych spotkań, z częstotliwością raz w miesiącu, w przewidywanych dla uczestników terminach (pierwsze czwartki miesiąca, w godzinach popołudniowych). Godziny zajęć oraz przerwa zostały dostosowane do codziennego rytmu pracy WTZ w taki sposób, by nie zaburzać istotnie rutyny, do której przywykli uczestnicy i która im służy.

Równolegle zrealizowane zostały dwa 2-godzinne spotkania dla członków rodzin, na początku i pod koniec cyklu zajęć. Pierwsze z tych spotkań, zatytułowane „Mój dorosły niepełnosprawny seksualny podopieczny”, poświęcone zostało omówieniu potrzeb edukacyjnych uczestników WTZ identyfikowanych przez ich opiekunów oraz sposobów reagowania rodzin na przejawy seksualności ich dorosłych podopiecznych. Opiekunowie w czasie tego spotkania wysłuchali krótkiej prezentacji dotyczącej przebiegu rozwoju seksualnego człowieka (w holistycznym ujęciu, a więc wielowątkowego, trwającego przez całe życie) oraz czynników nań wpływających. Pracowali także z wykorzystaniem kart pracy. Zawierały one schemat modelu seksualności w formie kwiatu, którego poszczególne płatki obrazowały fizyczny, emocjonalny, intelektualny, społeczny i duchowy aspekt seksualności. Zachęcałyśmy opiekunów, by w oparciu o ten model zastanowili się nad unikalnymi cechami seksualności ich podopiecznych, wynikających z ich indywidualnych właściwości np. stanu zdrowia, pobudliwości emocjonalnej. Zapraszałyśmy także opiekunów do rozmowy o ich rozumieniu seksualności swoich podopiecznych, o zachowaniach, które interpretują w kategoriach seksualnych, a także o możliwych różnicach między tym, jak sami podopieczni przeżywają swoją seksualność a tym, jak opiekunowie ją postrzegają i rozumieją, co przeżywają w konfrontacji z myślą o seksualności podopiecznych.

Rozmowa ta była niełatwa, co rozumiemy jako efekt nowości podejmowania tematu seksualności w grupie opiekunów WTZ oraz emocjonalnej

trudności podniesionego zagadnienia. Zarówno po naszej stronie jak i po stronie rodziców obserwowaliśmy sporą ostrożność. Wydaje się, że wszyscy zmagaliśmy się z pytaniem, czy można lub - w jaki sposób zajmować się seksualnością dorosłych niepełnosprawnych osób. Rozmowa na tematy seksualne zwykle przynosi skojarzenia z naruszaniem tabu, czego i w tej sytuacji prawdopodobnie doświadczyliśmy. Wydaje się, że zmagaliśmy się także z wątpliwością, czy uprawnione jest omawianie cudzej seksualności, czy nie narusza to granic intymności uczestników WTZ - osób potrzebujących opieki (czy my jako prowadzące nie zachęcamy do takiego naruszania, czy opiekunowie podążając za naszymi zachętami nie ujawniają informacji, które powinni chronić). Wątpliwości te związane były także z zasygnalizowanym już dylematem dotyczącym dziecięcości lub dorosłości podopiecznych: osób fizycznie dojrzałych i niesamodzielnych życiowo. Można by je opisać w formie pytania: jak radzić sobie z trudnościami w sprawowaniu opieki nad seksualnym aspektem funkcjonowania dorosłych podopiecznych (własnych braków w wiedzy, wzorców postępowania, lęku przed konsekwencjami aktywności seksualnej podopiecznych - zdrowotnymi, społecznymi, moralnymi)? Miałymy poczucie, że próbą rozwiązania tej trudności było odnoszenie się do schematu “wywiadówki dla rodziców” i sytuacji omawiania “problemów wychowawczych”. Dostrzegaliśmy to w przejawach infantylizowania uczestników WTZ - mówienia o nich zdrobniałymi imionami, “skarżenia się” na przejawiane trudne zachowania lub przeciwnie, zapewniania, że dany podopieczny “nie sprawia tego rodzaju problemów”. Nazywanie przez nas tych dylematów, ujawnianie, że same jako prowadzące się z nimi zmagamy, pozwalało wychodzić w dyskusji z rodzicami poza schemat “wywiadówki”. Miałymy wrażenie, że pomagało to opiekunom zacząć zastanawiać się nad osobistymi dylematami a także zmienić pozycję wobec nas z rywalizacyjnej lub uległej na bardziej współpracującą. Pozwoliło to na bardziej otwartą - naszym zdaniem - następującą po części wstępnej dyskusję nad przygotowanym przez nas programem. Miałymy poczucie, że przy tej okazji otrzymałyśmy od opiekunów “kredyt zaufania” na rozpoczęcie pracy z ich podopiecznymi. Ustaliłyśmy ponadto możliwości kontaktu w sprawie programu w trakcie jego realizacji.

W dalszej kolejności realizowałyśmy część zasadniczą programu. Przygotowałyśmy go w oparciu o zdefiniowane wyjściowo cele, z uwzględnieniem szczegółowego zapotrzebowania przekazanego nam przez opiekunów i terapeutki WTZ. Kolejność zajęć ustaliłyśmy zgodnie z logiką wprowadzania treści od prostych do złożonych oraz od emocjonalnie bezpiecznych do trudniejszych. Dużym kłopotem, jaki napotkaliśmy w czasie przygotowywania programu był brak odpowiednich materiałów i pomocy do pracy z dorosłymi uczestnikami. Właściwie jedynymi, do których udało się nam dotrzeć i na których się w pewnej mierze opierałyśmy były materiały do pracy z niepełno-

sprawnymi nastolatkami - pakiet "Pewny start. O dojrzewaniu." opracowany przez Izabelę Fornalik (2017) oraz materiały z australijskiego programu "So Safe" (Amies, Brown, 2005). Sporo pracy zajęło nam zatem przygotowanie materiałów - odpowiednich wycinków z gazet, schematów, przykładów do omawiania oraz ćwiczeń, które uwzględniały możliwości i potrzeby tej konkretnej grupy podopiecznych (np. słabe lub brak umiejętności czytania i pisanie części z nich).

Tematami, jakie kolejno poruszałyśmy w czasie spotkań były: emocje, doświadczenia cielesne, intymność i granice intymne, dbałość o nie i o zdrowie. Na początku pierwszych zajęć uczestnicy przedstawiali się wzajem z nową prowadzącą (MZJ). Choć właściwie byłam w grupie jedyną osobą nową, to zapoznanie było ciekawe i emocjonujące dla wszystkich - uczestnicy słuchali uważnie co kto powie na swój temat, komentowali także wzajem swoje wypowiedzi. Ustaliliśmy także podstawowy kontrakt grupowy: zasadę nie spóźniania się, wzajemnego słuchania, czekania na swoją kolej wypowiedzi, dyskrecji. Zasady te nie były dla uczestników nowe, ale uzgodnione po raz kolejny były później ważnym punktem odniesienia w bardziej emocjonalnych i dynamicznych momentach pracy grupowej. Następnie przeszłyśmy z uczestnikami do tematu rozpoznawania i nazywania podstawowych emocji. Uczestnicy pracowali z wycinkami prasowymi przedstawiającymi osoby o różnych wyrazach mimicznych - szukali ich podobieństw i różnic. Był to punkt wyjścia do omawiania różnych uczuć (wprowadzone zostały: radość, smutek, strach, złość, wstręt, wstyd i duma), ich ekspresji oraz sytuacji, kiedy są one zwykle przeżywane. Uczestnicy następnie w mniejszych grupkach tworzyli prace plastyczne - kolaże poświęcone poszczególnym emocjom. W dalszej części omawialiśmy przykładowe historyjki i uczucia, jakich mogą doświadczać ich bohaterowie. Uczestnicy byli zainteresowani i angażowali się w proponowane zadania. Temat emocji, choć wydawał się nam względnie prosty i przez to odpowiedni na rozpoczęcie wspólnej pracy, okazał się przynieść pierwsze wyzwania. Uczestnicy całkiem dobrze radzili sobie z omawianiem radości, smutku, strachu i złości, natomiast kłopotliwe okazało się odnoszenie do wstydu i dumy. W zróżnicowaniu radości i dumy pomógł przykład podany przez jednego z uczestników - zapalonego kibica piłkarskiego. Zastanawianie się nad przeżyciami strzelca bramki i kibiców pomogło uczestnikom zacząć dostrzegać różnicę między tymi uczuciami. W wychodzeniu z także naszej niemocy werbalizowania specyfiki poszczególnych uczuć pomagało nam także odwoływanie się do znanych uczestnikom powiedzonek (np. "*ale siara!*", które pojawiło się jako hasło-sygnal dla wstydu) oraz gestów (np. skrycie twarzy w dłoniach).

Drugie zajęcia poświęcone zostały doświadczeniom cielesnym. Uczestnicy najpierw analizowali przedstawiane przez nas historyjki o bohate-

rach, którzy w codziennych sytuacjach (masaż, czekanie w upalny dzień w kolejce po lody, borowanie zęba, badanie stetoskopem) doświadczali różnych wrażeń z ciała. Zachęcałyśmy uczestników do zwracania uwagi na słowa opisujące doświadczenia cielesne, które następnie zapisywałyśmy na tablicy. Potem na przykładzie napinania i rozluźniania pięści (prezentowanego przez nas i omawianego, z zachętami by uczestnicy sprawdzali to także samodzielnie) omówiłyśmy różnice między uczuciem cielesnego napięcia i rozluźnienia. Był to wstęp do przeprowadzenia treningu relaksacyjnego Jacobsona, w uproszczonej na użytek zajęć wersji. Uproszczenie polegało na wymienianiu w instrukcjach wyłącznie podstawowych części ciała, co do których miałyśmy jasność, że uczestnicy znają ich nazwy. Uczestnicy wykonywali trening w pozycji siedzącej, na krzesłach. Po przedyskutowaniu wrażeń z treningu zaprosiłyśmy uczestników do pracy z kartami pracy - schematami ciała. Prezentowałyśmy kolejno kolaże z emocjami z poprzednich zajęć i prosiłyśmy uczestników, by zaznaczali na swoich schematach odpowiednimi kolorami (korespondującymi z tłem każdego z kolaży) miejsca w ciele, gdzie czują wrażenia związane z daną emocją. Zachęcałyśmy przy tym, by nazywać te wrażenia cielesne różnorodnymi słowami ("*pięści się zaciskają*", "*robię się czerwony jak burak*", "*żołądek się ściska*"). W podsumowaniu efektów pracy uczestnicy byli zaciekawieni tym, że tak wiele emocji jest widocznych na twarzy oraz że czuje się je też w brzuchu i w rękach. Zauważyłyśmy, że zajmowanie się ciałem nie jest dla nich zadaniem łatwym. Wielu z nich realnie towarzyszy zwiększone napięcie mięśniowe: ze względu na chorobę fizyczną (np. porażenie mózgowe) lub niepełnosprawność motoryczną (przez co - chwiejność ciała, niepewność ruchów), u części uczestników wydaje się ono być efektem przeżywania niereflektowanych stanów emocjonalnych - lęku lub powstrzymywanej złości. Miałyśmy poczucie, że zajmowanie się ciałem w innym aspekcie niż wykonywanie czynności higienicznych i dyscyplinowanie się jest czymś nowym, ale też ciekawym.

Trzecie z przygotowanych przez nas zajęć poświęcone zostało tematu intymności i granic intymnych. Spotkanie to rozpoczęłyśmy od przypomnienia informacji o wstydzie oraz wprowadziłyśmy przekaz, że to uczucie sygnalizuje różne sprawy związane z intymnością. Przedyskutowałyśmy z uczestnikami przy tym historyjkę, w której bohater przeżywał wstyd, ponieważ jeden z jego kolegów ujawnił publicznie jego osobistą sprawę. Następnie wprowadziłyśmy pojęcia "intymnego" oraz „publicznego” oraz graficzne sygnały dla tych pojęć - kolor czerwony i zielony. Wyjaśniłyśmy, że "publiczne to coś co mogą widzieć inni ludzie, także obcy" i można je porównać do zielonego światła na sygnalizacji świetlnej, które oznacza "można" lub "wolno". Natomiast "prywatne", "intymne" porównałyśmy do czerwonego światła oznaczającego „stop”. To coś co jest tylko dla nas samych, co jest osobiste, w

czym nie uczestniczą inni ludzie („stop” dla innych). Widziałyśmy, że ta wprowadzona treść jest dla uczestników zupełnie nowa oraz że są nią żywo zainteresowani. Następnie uczestnicy pracując w mniejszych grupach oznaczali wycinki z gazet przedstawiające codzienne sytuacje (zakupy, taniec, kąpiel, dłubanie w nosie, całowanie i pieszczoty zakochanych) na publiczne („wszyscy mogą nas przy tym widzieć”) oraz intymne („tylko dla mnie”). Zostały one następnie omówione w całej grupie i przyczepiane odpowiednio na widocznej dla wszystkich tablicy. W podobny sposób użyłyśmy także znanych z poprzednich zajęć schematów ciała ludzkiego - poprosiłyśmy uczestników o oznaczenie, które części ciała są “publiczne” a które “prywatne”. Po upewnieniu się, że przekazane pojęcia są dla uczestników funkcjonalne, wprowadziłyśmy kolejną, bardziej złożoną treść - rozważania nad sytuacjami wymagającymi zastanowienia się (wprowadziłyśmy etykietę werbalną „uwaga – trzeba się zastanowić” oraz oznaczyłyśmy ją kolorem żółtym - także w analogii do sygnalizacji świetlnej). Omawiałyśmy przy tym kolejne przykładowe sytuacje - korzystania z pomocy w toalecie przez osobę poruszającą się na wózku, uczestnictwo w badaniu ginekologicznym lub urologicznym, pierwszą randkę. Omawiając je starałyśmy się przekazać uczestnikom, że to sytuacje wymagające namysłu i że ten namysł obejmować może m.in. własne samopoczucie (uwaga na pojawianie się wstydu jako sygnalizującego, że jest “zbyt prywatnie”) a także, że doświadczoną niejasność lub wstyd można sygnalizować, poprosić o poradę. Ostatnim elementem zajęć było ćwiczenie, w czasie którego uczestnicy w parach zadawali sobie nawzajem pytania o zgodę na dotyk poszczególnych części ciała („Czy mogę Cię dotknąć w głowę / dłoń / brzuch itp”). Jako prowadzące podawałyśmy nazwy wylosowanych części ciała, natomiast uczestnicy w parach mieli zadawać sobie to pytanie oraz zastanowić się, czy mają ochotę zgodzić się na dotyk. Po przemyśleniu udzielali odpowiedzi oraz realizowali swoje decyzje - także z uwzględnieniem, czy dotykający chce faktycznie dotknąć koleżankę / kolegę.

Po pierwszej części zajęć, która była dla uczestników interesująca, ale też wymagająca poznawczo, wszyscy chętnie zaangażowali się w ćwiczenie. Z naszej perspektywy było ono ważnym momentem w cyklu zajęć. Obserwowaliśmy jak początkowo szybko, niejako “automatycznie” i “uprzejmie” uczestnicy godzą się w ćwiczeniu na dotyk kolejnych części ciała, jednocześnie przeżywając widoczny dla nas dyskomfort (napinanie ciała, odwracanie wzroku, rumienienie się). Zatrzymywałyśmy ich na tym i zachęcałyśmy do nazwania ich stanów przy użyciu pojęć wprowadzonych dotąd na zajęciach - napięcia fizycznego, zawstydzenia, niechęci. Zachęcałyśmy także do mówienia “poczekaj, muszę się zastanowić”, dodawałyśmy odwagi do odmawiania, do sprawdzania co się stanie w kontakcie, gdy odmówią dotyku jakieś części ciała. Widziałyśmy, że z czasem trwania ćwiczenia uczestnicy podejmują próby

różnego reagowania (zwłaszcza - innego niż zgoda), że angażują się w to i że te próby dają im satysfakcję. W omówieniu ćwiczenia na zakończenie pojawił się temat niechęci części kobiet do częstego skracania dystansu fizycznego przez jednego z uczestników. Obserwowałyśmy, że zarówno fakt podniesienia go przez uczestniczki jak i wspólne omówienie sytuacji przy użyciu wprowadzonych na zajęciach pojęć (intymne, publiczne, „zbyt prywatne”, wzbudzające strach, wstyd) pobudziło refleksję mężczyzny, a samym kobietom dało możliwość opisania własnych uczuć i poszukiwania rozwiązania tych sytuacji. Zaobserwowałyśmy, że z zajęć grupa wychodziła w dobrym nastroju, bardziej spójna, odnosząc się jeszcze po zajęciach do ich treści. Robili na nas wrażenie dziarskich i sprawczych.

W czasie kolejnego spotkania kontynuowałyśmy zajmowanie się problematyką granic intymnych, przy czym tym razem w kontekście ich ochrony przed nadużyciami. Najpierw dyskutowaliśmy z grupą przykłady sytuacji interpersonalnych, w których ma miejsce skrócenie dystansu fizycznego lub psychologicznego. Każdorazowo odczytywałyśmy opis sytuacji, zawieszając przy tym na tablicy rysunek ją ilustrujący. Sytuacjami tymi były m.in. zapomnienie ważnej części garderoby w czasie korzystania ze wspólnej łazienki na wyjeździe, przyjmowanie życzeń od osób, które chcą tulić i całować solenizanta, niejasność mężczyzny co odpowiedzieć na propozycję relacji intymnej ze strony znajomej. Opisywane przez nas sytuacje korespondowały z realnymi wydarzeniami z życia uczestników grupy. W toku ich omawiania zachęcałyśmy do podejmowania kilku tematów. Były to myśli i uczucia bohaterów (zwracaliśmy przy tym uwagę na możliwe różnice w intencjach i odbiorze sytuacji przez poszczególne osoby), dalsze scenariusze historii (za każdym razem starałyśmy się stymulować dyskusję na temat różnych zakończeń – zmniejszenia dystansu, pozostawienia sytuacji takiej jaką jest oraz zwiększenie dystansu np. odsunięcia się, wyjście z kontaktu), wreszcie - możliwości dbania przez bohatera o swój komfort. Przy omawianiu bardzo przydatne okazały się wprowadzone przez nas wcześniej nazwy emocji, wrażeń cielesnych oraz pojęcia publicznego i prywatnego / intymnego. Wprowadziłyśmy również pojęcia propozycji „do przyjęcia” i propozycji „do odmowy”. Ta pierwsza to propozycja skrócenia dystansu w kontakcie (fizycznego zbliżenia się, ujawniania osobistych treści), która jest bezpieczna i chciana, na którą osoba wyraża swoją zgodę. Ta druga zaś zdefiniowana została jako propozycja, która budzi nieprzyjemne zawstydzenie, lęk, której osoba nie chce lub która budzi niejasność i wymaga zastanowienia się - w związku z tym osoba się na nią nie godzi. Po zakończeniu omawiania danej historii uczestnicy odgrywali scenki przedstawiające różne sposoby pokierowania sytuacją przez bohatera. Ponieważ odgrywanie tworzonych na bieżąco scenariuszy było dla uczestników trudne, zdecydowałyśmy się zaprezentować, na czym polega odgrywanie scenek. Po-

dzieliliśmy się przy tym rolami: uczestnicy kierowali naszymi słowami i zachowaniem, całą grupą podpowiadając nam jak mamy rozwiązać daną sytuację, my zaś - jako aktorki - robiłyśmy to, co nam podpowiadali. Było przy tym sporo zabawy, miałyśmy wrażenie, że powierzenie uczestnikom roli kierowania nami- prowadzącymi, ośmieliło ich i uaktywniło. Później także sami włączyli się w odgrywanie scenek.

W drugiej części tych zajęć zaproponowałyśmy analizę sytuacji radzenia sobie z przekraczaniem granic intymności przez drugą osobę. Ponownie czytaliśmy przygotowane historie oraz wieszałyśmy rysunki je ilustrujące na tablicy. Dyskutowanymi sytuacjami były: napotkanie przez kobietę ekshibcjonisty w parku, wyświetlenie mężczyźnie przez jego kolegę bez uzgodnienia filmu pornograficznego, próby pocałowania drugiej osoby z zaskoczenia. Znowu omawiałyśmy uczucia, myśli i intencje bohaterów, możliwe sposoby reagowania. Na odrębnej tablicy spisywałyśmy przy tym osoby wymieniane przez uczestników jako mogące pomóc bohaterowi. W tej części zajęć obserwowałyśmy sporo przejęcia, niepokoju, ale także gotowości do reagowania gniewem. Omawiając sytuacje starałyśmy się także kierować uwagę uczestników na ich bieżące uczucia. Choć w czasie tego spotkania zaproponowałyśmy mniej różnorodne niż wcześniej formy aktywności (nie wykonywałyśmy żadnych prac plastycznych, pracowaliśmy właściwie wyłącznie dyskutując, ewentualnie odgrywając scenki), uczestnicy byli bardzo zaangażowani w pracę. Miałyśmy wrażenie, że podejmujemy z nimi temat emocjonujący, osobiście dla nich ważny i potrzebny.

Ostatnie, zamykające zajęcia poświęcone zostały tematowi dbałości o własne zdrowie. Na początku zaproponowałyśmy uczestnikom zadanie indywidualne polegające na wskazywaniu wylosowanych części ciała na schematach rysunkowych. Rozpoczęłyśmy od prostych części ciała takich jak nos czy dłoń, przechodząc do bardziej szczegółowych np. kciuk, jabłko Adama, sutki, napletek. Celowo uwzględniliśmy w puli do losowania także szczegółowe nazwy intymnych części ciała kobiet i mężczyzn – zależało nam, żeby omawianie zdrowia uwzględniało także troskę o zdrowie seksualne (a jednocześnie, żeby omawianie zdrowia seksualnego było wkomponowane w szerokie zajmowanie się zdrowiem, by nie stało się „tematem specjalnym”). Spodziewając się, że uczestnicy w niewielkim zakresie mogą posługiwać się tym szczegółowym nazewnictwem, w odpowiednich momentach odwoływałyśmy się do modeli anatomicznych. Części ciała były dla nas kolejnym obszarem pracy nad poszerzaniem słownictwa uczestników (po nazwach emocji, wrażeń cielesnych, granic intymnych). Następnie uczestnicy pracowali w mniejszych grupkach, wskazując wśród wycinków prasowych ilustracje czynności korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia. Przedstawiały one spożywanie różnych posiłków, sposobów spędzania wolnego czasu, korzystanie z używek. Omawiając efekty

pracy grupowej zachęcałyśmy uczestników do zastanowienia się, na czym polega istota korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia zachowań (jak wpływają na zdrowie) a także na ile ich przyporządkowania są uniwersalne, na ile zaś zależne od kondycji zdrowotnej poszczególnych osób. Na przykład stawiałyśmy pytanie czy zdrowa dieta oznacza to samo dla osób z cukrzycą i nie zmagających się z taką chorobą. Choć zagadnienia te wydawały nam się złożone, to okazało się że uczestnicy dobrze sobie z nimi radzą. Rozmawiałyśmy również o różnych zawodach medycznych: jak nazywają się poszczególni specjaliści (i którymi częściami ciała się zajmują), gdzie możliwe jest skorzystanie z ich pomocy w najbliższym otoczeniu, na jakich zasadach. Wśród omawianych specjalistów uwzględniałyśmy także tych, którzy zajmują się zdrowiem seksualnym – ginekologów, urologów. W dalszej kolejności zaproponowałyśmy analizę historyjek opisujących trudne sytuacje u lekarza (np. badanie w obecności licznego grona studentów, wizyta u ginekologa, uczestnictwo w badaniu urodynamicznym). Zachęcałyśmy uczestników do omówienia ich wyobrażeń, co czują bohaterowie historyjek, z czego wynikają ich uczucia, jak rozumieją kwestie prywatności / intymności w warunkach kontaktu z lekarzem. Korzystałyśmy przy tym ze słownictwa nazywającego części ciała i wrażenia cielesne, zachęcając do bliższego nazywania istoty trudnych sytuacji (odsłonięcie lub dotyk genitaliów, piersi, poczucie bycia nagim i związany z tym wstyd). Stymulowałyśmy również zastanawianie się, w jaki sposób pacjent może zadbać o swój komfort w takich sytuacjach.

Przy omawianiu przygotowanych przez nas opisów, uczestnicy dzielili się własnymi doświadczeniami korzystania z opieki zdrowotnej. Zauważałyśmy przy tym jak wiele doświadczeń uczestników jest przez nich nierozumianych, związanych z negatywnymi uczuciami i jednocześnie przekonaniem o konieczności poddawania się im. Na przykład, jedna z uczestniczek opowiedziała swoje doświadczenie z wizyty u ginekologa, o tym że badanie było bardzo nieprzyjemne, a ona sama przez cały czas jego trwania głośno krzyczała. Grupa była bardzo poruszona jej opowieścią, mężczyźni zdeorientowani i przestraszeni, kobiety także przestraszone, ale również z troskane, współczujące, próbowały ją pocieszyć. Nam samą opowieść ta pobudziła skojarzenia z nadużyciem. Rozumiałyśmy, że przywołana sytuacja została doświadczona przez kobietę tak opresyjnie być może ze względu na jej słabą orientację w procedurach diagnostyki ginekologicznej, a także silną indywidualną wrażli-

wość sensoryczną i emocjonalną². Przywrócenie się do pozycji, w której mogłybyśmy rozważać różne aspekty wskazanych procedur diagnostycznych, w tym – ich wartości w dbaniu o zdrowie kobiet wymagały jednak od nas wysiłku. Niełatwo było nam także zachęcać grupę do takich rozważań. Pomocne okazało się skorzystanie przy tym z dotychczasowego sposobu pracy: nazywania uczuć, poszukiwania wyjaśnienia, z jakimi aspektami sytuacji były one związane (nowość i związany z nią lęk oraz dezorientacja, dotyk intymnych części ciała i związany z tym wstyd, nieprzyjemne wrażenia cielesne, np. chłód narzędzi i silne pragnienie wycofania się), możliwe sposoby zadbania o własny komfort w takiej sytuacji (poproszenie lekarza o wyjaśnienie, co się dzieje i dlaczego, obecność zaufanej osoby towarzyszącej).

Ponieważ były to ostatnie zajęcia zaprosiłyśmy także uczestników do podsumowania. Niektóre osoby wyrażały smutek, że zajęcia się kończą, pytały czy jest możliwa ich kontynuacja. Inne zdawały się wycofywać z aktywności, wcześniej wyraźnie dla nas widocznej. Rozumiałyśmy to jako próby porażenia sobie ze stratą wynikającą z kończenia pracy grupy. Dostrzegałyśmy, że choć grupa pracowała krótko (pięć spotkań) i względnie rzadko (raz w miesiącu), to jednak ukonstytuowała się jako całość i była doświadczana jako wartościowa. Nam samym żal było kończyć tę pracę. Czuliśmy satysfakcję i sens zaangażowania.

Po zajęciach z uczestnikami WTZ odbyłyśmy także drugie, podsumowujące spotkanie z ich opiekunami. Przedstawiłyśmy zrealizowany program, zaprezentowałyśmy wytwory z zajęć (kolaże, wypełnione karty pracy), opowiedziałyśmy o umiejętnościach zyskanych przez uczestników w toku pracy grupy. Zależało nam by narzędzia, które okazały się przydatne we współpracy z uczestnikami (nazwy emocji, wrażeń cielesnych, pojęcia publicznego - intymnego, sytuacji "żółtych – do przemyślenia") mogły być również dostępne opiekunom, by oni sami używając ich utrwalali efekty pracy w grupie. Okazało się, że choć terapeutki WTZ oraz my same w grupie obserwowaliśmy nowe zachowania uczestników, opiekunowie ich jednak nie dostrzegali w sytuacjach domowych. Brałyśmy pod uwagę, że nowe umiejętności nie są wykorzystywane przez uczestników w innych kontekstach niż WTZ. Pojawiła się w nas również myśl, że kierunek naszej pracy – zwiększenie zdolności do rozumienia

² Jednocześnie miałyśmy świadomość, że przeżycie uczestniczki mogło mieć charakter nadużycia w toku opieki zdrowotnej (zgodnie z definicją tego pojęcia - subiektywnego doświadczenia w toku korzystania z systemu opieki zdrowotnej braku realnej opieki, cierpienia i poczucia utraty wartości jako autonomicznej istoty ludzkiej - por. Brüggemann, Wijma, Swahnberg, 2011). Osoby niepełnosprawne jako grupa zagrożone są zwiększonym ryzykiem różnych form nadużyć, zarówno w okresie dzieciństwa jak i dorosłości (Sullivan, Knutson, 2000; Tomsa i in, 2021).

samych siebie, własnych uczuć i pragnień a także zachęcanie do ich ujawniania nieść może opiekunom kłopot - nasilać oczekiwania dorosłych podopiecznych niemożliwe do zrealizowania przez opiekunów, konfrontować z ich własnymi frustracjami wynikłymi z opieki nad osobami niepełnosprawnymi. Na przykład, jeden z opiekunów opisywał, że jego 40 kilkuletni podopieczny *"dobrze wie, że własnej rodziny mieć nie będzie"* i że się z tym pogodził. Mówił to w twardy, jednoznaczny, nie pozostawiający miejsca na wątpliwości sposób. Rozumiałyśmy, że być może tak jednoznaczne postrzeganie życia podopiecznego i jego przeżyć odzwierciedla sposób poradzenia sobie przez opiekuna z jego własnymi doświadczeniami z opieki nad czterdziestolatkiem, na przykład poczuciem bezsilności wobec jego ograniczeń sprawności czy braku perspektywy na usamodzielnienie się.

W dalszej części spotkania, przy okazji komentowania treści dotyczących ochrony zdrowia, między opiekunami wywiązała się ożywiona dyskusja na temat wsparcia ze strony specjalistów ochrony zdrowia. Padały skargi na trudność w dostępie do opieki specjalistycznej w ich miejscowości, a także problemy we współpracy lekarzy z ich dorosłymi niepełnosprawnymi podopiecznymi. Dyskusja ta zmieniła się z czasem na dzielenie się informacjami o lekarzach, którzy potrafią podjąć współpracę z trudnymi pacjentami, jakimi są ich podopieczni: wymagającymi wielorakiej pomocy medycznej, umiejętności prostego komunikowania się, cierpliwego znoszenia trudnych zachowań (silnych reakcji emocjonalnych, nie podążania za poleceniami). Interpretowałyśmy podjęcie tej rozmowy jako próbę pokazania nam jako prowadzącym jak wiele trudu przysparza im codzienna opieka nad niepełnosprawnymi podopiecznym a także - jako dawania sobie wzajem oparcia, dzielenia się dobrem, jakim w tej sytuacji były "sprawdzone kontakty".

Podsumowanie efektów programu zajęć edukacyjnych

Efekty zaprojektowanego przez nas programu edukacyjnego szacowałyśmy w pierwszej kolejności w odniesieniu do zakładanych celów. Obserwując sposób funkcjonowania uczestników grupy w WTZ dostrzegaliśmy zwiększenie ich zdolności nazywania uczuć cielesnych i emocji, rozpoznawania granic, regulowania dystansu fizycznego i psychologicznego, rozpoznawania sytuacji problematycznych w relacjach. Kolaże przedstawiające emocje, a także "światła" symbolizujące sytuacje o różnym stopniu intymności na trwałe weszły do pracy warsztatu. Są one przywoływane, jeśli wśród uczestników pojawiają się sytuacje trudne – ułatwiają omawianie sytuacji. Systematyczne przywoływanie metafory światła w indywidualnym kontakcie z uczestnikiem, który dotąd bardzo skracał dystans powodując dyskomfort kobiet spowodowało, że zaniechał tego kłopotliwego zachowania. Mamy zatem poczucie, że realizacja programu przyniosła jego uczestnikom korzyści.

Nieco trudniej było nam oszacować efekty współpracy z opiekunami. Otrzymaliśmy zgodę na podjęcie pracy z ich podopiecznymi, miałyśmy także poczucie, że zaproponowane treści i forma pracy była oceniona przez nich jako atrakcyjna i użyteczna, opiekunowie z żywym zainteresowaniem zapoznali się z naszymi pomysłami i podsumowaniem. Widoczna była dla nas jednak nieduża frekwencja w czasie spotkań (opiekunowie części uczestników zajęć nie pojawili się na żadnym ze spotkań) a także ich ostrożność w wypowiedziach.

Realizacja programu przyniosła także efekty nam - prowadzącym. Dla mnie (KB), jako psycholożki pracującej na WTZ, korzyści z projektu jest wiele. Zyskałam przede wszystkim większą gotowość oraz narzędzia (technika światła, karty z emocjami wykonanymi przez uczestników, karty z sylwetkami kobiecymi i męskimi, wprowadzenie regularnych relaksacji według Jacobsona do planu tygodniowego w WTZ), które z powodzeniem wykorzystuję w codziennej pracy z uczestnikami. Mam zatem wrażenie ciągłości procesu, który nie skończył się wraz z zakończeniem zajęć. Co więcej, przeprowadziłam zajęcia według opracowanych scenariuszy z jeszcze kilkoma uczestnikami (wybrałam ich zgodnie z kryteriami, którymi się kierowałyśmy podczas realizacji projektu). Można uznać, że również te osoby zostały oswojone z obszarem seksualności w takim rozumieniu jaki przyjęłyśmy w założeniach projektowych.

Z programem wiąże się na pewno większa gotowość i dostępność (zarówno u mnie jak i uczestników) do poruszania tematu seksualności, emocji, intymności, związków, konfliktów na tym tle. Można odnieść również wrażenie, że w zespole terapeutek WTZ, wyżej wymienione "problemy" zostały przynajmniej częściowo odciążone, "odczarowane" i nie są już tak bardzo ubezradniające. Oczywiście pewne zachowania "kłopotliwe" ze strony uczestników nadal się pojawiają, ale jako zespół sprawniej sobie z nim radzimy.

Dla mnie (MZJ) współpraca przy realizacji programu była doświadczeniem bardzo uczącym, urealniającym. W kontakcie z uczestnikami wielokrotnie musiałam nazywać doświadczenia czy reguły funkcjonowania interpersonalnego, których dotąd nie reflektowałam (np. czym różni się radość i duma, jak funkcjonalnie opisać reguły dbania o siebie w kontakcie z lekarzem). Każde ze spotkań było dla mnie ciekawe i stawiało wiele wyzwań. Skonfrontowałam się także z wieloma dylematami tak wyraźnie obecnymi w pracy z osobami niepełnosprawnymi; dotyczącymi zależności i autonomii, sprawczości i bezradności. Uczestników WTZ, ich opiekunów oraz moich własnych. Cenię sobie te doświadczenia, a rozważania na ich temat towarzyszą mi w pracy z pełnosprawnymi pacjentami a także w mojej pracy akademickiej.

Literatura:

- Amies, V., Brown P. (2005). *So SAFE! User Manual 2nd Edition. Visual & Conceptual Tools for Promoting Social Safety*. Canaberra: TM and Educational Edicts.
- Bancroft, J. (2013). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier & Partner.
- Beisert, M. (2006). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brüggemann, A. J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2011). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 123–132.
- Fornalik, I. (2017). *Mam autyzm. Mam seksualność. I co dalej?* Łódź: Wydawnictwo Fundacja JiM.
- Fornalik, I (2017). *Pewny start. O dojrzewaniu. Chłopcy / Dziewczęta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kijak, R. (2014). *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność*. Warszawa: Czarna Owca.
- Pieńkowska, I. (2013). *Środowisko rodzinne jako społeczny kontekst rozwoju seksualnego osoby niepełnosprawnej intelektualnie*. Niepublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej. Poznań: Instytut Psychologii UAM.
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N., Jenaro, C. (2021). Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1980.

Monika Zielona-Jenek

dr n. hum w dziedzinie psychologii, specjalista psychoseksuolog
Zakład Seksuologii Społecznej i Klinicznej
Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu

Kinga Bujna

psycholog, socjoterapeuta