

Próba analizy postawy Kościoła katolickiego wobec wybranych zagadnień AIDS

ks. Arkadiusz Nowak

doradca Ministra Zdrowia ds. AIDS i narkomanii

Wprowadzenie

Od początku istnienia Kościoła podmiotem jego posługi jest człowiek. Wszystkie egzystencjalne problemy człowieka stanowią równocześnie źródło i inspirację dla oddziaływania Kościoła. To specyficzne oddziaływanie Kościoła na człowieka ma charakter pozytywnego budowania poczucia wyjątkowej i неповtarzalnej wartości, jaką człowiek reprezentuje.

W myśli teologicznej ta неповtarzalna wartość wywodzi się z faktu stworzenia człowieka na obraz i podobieństwo Stwórcy – Boga.

Zakłada się więc, że w każdym z nas istnieje nieskończenie wielki potencjał dobra, który pozwala nam na prowadzenie życia w sposób godny. Niezależnie jednak od tego człowiek jest istotą grzeszną i w niektórych sytuacjach podejmuje decyzje, które oddalają go od Boga.

Także kościoły lokalne, a w nich biskupi: indywidualnie lub we wspólnocie zwanej konferencją episkopatu danego kraju, próbują pomóc człowiekowi wierzącemu we właściwym – zgodnym z nauką Kościoła – zrozumieniu spraw trudnych. Czynią to w oficjalnych komunikatach, oświadczeniach lub w szerszy sposób – w listach pasterskich. Tak jest również w sprawie AIDS.

AIDS dla Kościoła stanowi nie tylko problem trudny, ale w swej specyfice – szczególnie delikatny. Dotyczy najwyższej wartości, jaką jest życie ludzkie, oraz zachowań seksualnych człowieka, wobec których stanowisko etyki chrześcijańskiej (wypracowane dużo wcześniej niż pojawił się AIDS) wydaje się być bardzo wymagające. We współczesnym świecie obserwujemy często, że człowiek nie radzi sobie z wymaganiami etyki chrześcijańskiej w zakresie zachowań seksualnych. Niejednokrotnie, łamiąc te zasady, przyczynia się do rozwoju epidemii AIDS.

Wolność, którą posiadamy, jest szczególnym darem Boga i pozwala poprzez wolny wybór na samodzielne kierowanie własnym życiem. Wolność połączona z darem sumienia (zakładając, że jest ono drogowskazem naszych działań), pozwala człowiekowi przeżyć życie tak, by z jednej strony zachować autonomiczność w podejmowaniu decyzji, z drugiej strony – podejmować je w oparciu o nakazy sumienia ukierunkowane na dobro własne i bliźniego.

Kościół prowadzi człowieka przez życie drogą dobra i miłości bliźniego, nieustannie przypominając, że to właśnie miłość bliźniego stanowi istotę chrześcijaństwa.

Kościół jest wspólnotą ludzi, a więc problemy człowieka jako jednostki oraz problemy społeczności stanowią troskę Kościoła. W oparciu o Katolicką Naukę Społeczną Kościół analizuje pojawiające się problemy i wskazuje swoim wiernym drogi ich rozwiązywania.

Dla wszystkich członków Kościoła najwyższym autorytetem jest Chrystus i Jego Ewangelia, zaś najważniejszym interpretatorem praw Bożych we współczesnym świecie jest Ojciec Święty. W swoich encyklikach i adhortacjach apostoelskich, dając wykładnię Praw Bożych, ustosunkowuje się on również do dylematów współczesnego świata.

AIDS wywołał u ludzi wielki lęk i spowodował panikę zarówno zdrowych, jak i chorych, wierzących i niewierzących. Ukazał człowiekowi szereg gatunkowo istotnych problemów natury medycznej, ale również społecznej, teologicznej i moralno-etycznej.

Brak akceptacji, przynajmniej w początkowej fazie epidemii, który często przeobrażał się w nienawiść wobec ludzi chorych, całkowicie zaprzeczył podstawowej zasadzie etyki chrześcijańskiej, jaką jest miłość bliźniego.

Kościół stanął więc wobec jednego z najtrudniejszych wyzwań współczesnego świata i wypełniając oczekiwania swoich wiernych, również w tej kwestii zabrał głos.

Jaki zatem jest stosunek Kościoła do AIDS i problemów, które ta choroba z sobą niesie?

Aby tok myśli uporządkować, należy najpierw stwierdzić, że dla każdego katolika najważniejszym wskazaniem jest nauka Chrystusa i ustanowiony przez Niego fundament chrześcijaństwa, którym jest przykazanie miłości bliźniego. Do jego realizacji jesteśmy wszyscy zobligowani. W myśl tego przykazania jakiegokolwiek formy braku akceptacji człowieka chorego, jego dyskryminacji i opuszczenia w chorobie są absolutnie nie do przyjęcia.

Niestety, w przypadku AIDS życie pokazało, że jest inaczej. Wielokrotnie byliśmy świadkami – zarówno w innych krajach, jak i w Polsce – braku akceptacji człowieka chorego na AIDS i – co należy z przykrością stwierdzić – dotyczyło to również środowiska osób wierzących. Dla tego więc środowiska oraz wszystkich pozostałych bardzo istotne powinny stać się oficjalne wypowiedzi głowy Kościoła katolickiego – Ojca Świętego – dotyczące AIDS. W drugiej kolejności należy szczególną uwagę zwrócić na oświadczenia w tej sprawie kościołów lokalnych i wypowiedzi poszczególnych biskupów.

Spróbujmy więc prześledzić te ważne dla wierzących dokumenty i wypowiedzi.

Jan Paweł II w postawie solidarności z chorymi na AIDS

Ojciec Święty Jan Paweł II dał szczególny wyraz swojej solidarności z chorymi na AIDS już w 1989 roku. Z jego inicjatywy Papieska Komisja ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia zorganizowała w listopadzie 1989 roku w Watykanie międzynarodową konferencję na temat AIDS. Papież wyraził na niej słowa uznania wobec naukowców zajmujących się zagadnieniami zakażeń HIV i chorobą AIDS: *„Wyrażając uznanie dla chwalebnych wysiłków uczonych i badaczy, pragnę ich zachęcić, by zintensyfikowali i skoordynowali prace będące źródłem nadziei dla chorych na AIDS i całej ludzkości”*.

Zwracając się do uczestników konferencji, w szczególny sposób zaakcentował konieczność włączenia się Kościoła do posługi chorym: *„Rozwijający się w świecie z groźną szybkością AIDS stawia wszystkich przed podwójnym wyzwaniem, które także Kościół na miarę swojego powołania pragnie podjąć: mam na myśli zapobieganie chorobie i opiekę nad chorymi”*.

Jan Paweł II zwrócił się ze słowami szczególnej serdeczności do chorych na AIDS i ich rodzin. Słowa te powinny stać się zachętą do modlitwy w intencji chorych i drogowskazem dla wszystkich wierzących: *„Kościół codziennie modli się za was, zwłaszcza za tych, którzy cierpią w opuszczeniu, w samotności (...), którzy – jak nauczył nas Chrystus – są pierwszymi w Jego Królestwie. Pragnę, by rodziny przeżywające dramat choroby AIDS wiedziały, że papież je rozumie i im współczuje, że wie do jak trudnej misji zostały one wezwane”*.

Ojciec Święty w swojej obszernej wypowiedzi zwrócił również uwagę na łamanie praw człowieka, którego często doświadczają ludzie chorzy na AIDS i które w konsekwencji jest wyrazem ich dyskryminacji.

Bardzo zdecydowanie zabrzmiały słowa Papieża skierowane do uczestników konferencji: „(...) bez względu bowiem na specyfikę tej choroby, mają oni (chorzy na AIDS) – tak jak wszyscy inni chorzy – prawo do właściwej opieki, szacunku, zrozumienia i pełnej solidarności ze strony wspólnoty”.

Słowa te wypowiedziane przez Papieża już dziesięć lat temu są tak samo ważne i aktualne dzisiaj. Dla każdego, kto utożsamia się ze wspólnotą Kościoła, powinny być wyznacznikiem właściwej postawy wobec zakażonego i chorego.

Ojciec Święty swoją solidarność z chorymi wyrażał nie tylko poprzez słowa, ale również konkretne czyny. W 1990 roku cały świat zobaczył Papieża w szczególnym geście, jakim było przytulenie zakażonego dziecka. Innym gestem Papieża było ofiarowanie przez niego ze swojego prywatnego konta kwoty 10 tys. dolarów z przeznaczeniem na szpital dla chorych na AIDS. Miało to miejsce w trakcie wizyty apostołskiej Jana Pawła II w Burundi.

Kolejnym, bardzo ważnym wydarzeniem był apel Ojca Świętego do biskupów i księży wygłoszony 11 maja 1992 roku: „*Tak jak Maryja stanęła u stóp krzyża, by dzielić ból swego Syna, tak Kościół stoi przy tych, którzy są chorzy na AIDS*”. To, że Ojciec Święty wypowiedział akurat te słowa do biskupów i kapłanów, świadczyć mogło, że kościoły lokalne nie wszystkie i nie zawsze podjęły właściwą posługę wobec chorych na AIDS. Ważne jest, że Ojciec Święty wypowiedział te słowa w kontekście obalenia muru izolacji wobec chorych na AIDS.

Liczne wizyty Papieża na różnych kontynentach świata były wielokrotnie w jego nauczaniu okazją do zwrócenia uwagi na problemy związane z AIDS, zaś troska Papieża wobec chorych wyrażała się poprzez spotkania z nimi.

W tym miejscu warto przypomnieć, że Jan Paweł II podczas jednej ze swoich wizyt w Polsce, w Kielcach, na spotkaniu z osobami konsekrowanymi gorąco zachęcał do aktywnego włączenia się Kościoła polskiego w dzieło miłosierdzia wobec osób chorych na AIDS.

Odwiedzając chorych na AIDS w czasie wizyty w USA, Papież powiedział do pracowników służby zdrowia: „*Znajdujecie się dziś wobec nowego wyzwania i nowej konieczności. Oprócz waszego wysiłku zawodowego i waszej ludzkiej wrażliwości wobec wszystkich chorych na tę chorobę, które powinniście okazać, jesteście także wezwani do dania świadectwa miłości i miłosierdzia Chrystusa i Jego Kościoła*”.

Również na tym spotkaniu Ojciec Święty wypowiedział do chorych na AIDS – moim zdaniem – najpiękniejsze słowa, które nigdy nie mogą zostać zapomniane: „*Być bliźnim znaczy nieść miłość, solidarność i wykluczyć egoizm, dyskryminację i opuszczenie*”.

W tym miejscu należy stwierdzić, że wszystkie wypowiedzi głowy Kościoła katolickiego – a ostatnia w szczególności – całkowicie zamykają jakiegokolwiek dyskusje na temat postawy chrześcijanina wobec chorych na AIDS i rozwiewają wszystkie wątpliwości w tej sprawie.

Stosunek kościołów lokalnych do metod prewencji AIDS

W powyższym rozdziale przedstawiłem kilka najważniejszych, jak sądzę, wypowiedzi Ojca Świętego na temat AIDS. Obecnie chciałbym przeanalizować wypowiedzi i dokumenty wybranych biskupów i kościołów lokalnych.

Zasadniczą jedność z wypowiedziami głowy Kościoła katolickiego zauważamy przede wszystkim w tych dokumentach i wypowiedziach przedstawicieli kościołów lokalnych, których tematem jest zapobieganie AIDS. W odniesieniu do tego zagadnienia zarówno Ojciec Święty, jak i kościoły lokalne, zdecydowanie przeciwstawiają się lansowaniu tych środków zapobiegawczych, które krzywdzą godność osoby ludzkiej. W swoim przemówieniu na międzynarodowej konferencji w Watykanie Jan Paweł II stwierdził: „*Dlatego Kościół – niezawodny interpretator Prawa Bożego i znawca spraw ludzkich – nie tylko wyraża stanowczy sprzeciw wobec niektórych zachowań, ale przede wszystkim stara się zaproponować styl życia pełen osobowego sensu*”.

(...). Głęboko krzywdzące dla godności osoby, a zatem moralnie niegodziwe jest lansowanie tych sposobów zapobiegania chorobie AIDS, które bazują na środkach i metodach naruszających autentycznie ludzki sens płciowości (...)".

Kościół zdecydowanie przeciwstawił się podjętym przez poszczególne kraje inicjatywom, które dotyczyły lansowania tzw. bezpiecznego seksu. Podobnie zresztą było z bezpłatnym rozdawnictwem igieł i strzykawek. Wspólnota biskupów francuskich stwierdza: „*Ograniczanie się jedynie do tych metod i propagowanie ich stwarza fałszywe wrażenie, iż można uniknąć konsekwencji swoich zachowań, nie zmieniając samego zachowania*”. Kardynał Bazyl Hume – głowa katolickiego Kościoła w Anglii w liście pasterskim pt. *Pora na moralne odrodzenie*, w punkcie 7 stwierdza: „*Prezerwatywy oraz igły rozdawane narkomanom za darmo zmniejszają wprawdzie zagrożenie, lecz całkowicie go nie eliminują; poza tym najbardziej zagrożone osoby mogłyby dojść do wniosku, że tryb życia grożący śmiercią po zastosowaniu pewnych środków ostrożności, stanie się bezpieczny*”. W tym samym liście – wcześniej – kardynał w kontekście AIDS wzywa do odrodzenia moralnego, mówiąc: „*Nawet krótkotrwałe odrodzenie moralne może być źródłem największej społecznej nadziei*”.

Na szczególną wartość wysiłków wychowawczych w zapobieganiu AIDS zwracają uwagę biskupi amerykańscy: „*(...) Wysiłki wychowawcze, jeśli będą oparte na szerszej wizji moralnej, byłyby bardziej skuteczne, niż samo propagowanie prezerwatywy*”. Episkopat Francji zwrócił uwagę na większą wartość i skuteczność właściwej informacji i edukacji od stosowania technicznych środków zabezpieczających, stwierdzając: „*Ludzie, a przede wszystkim młodzież, muszą być poinformowani o ryzyku, które niosą pozamałżeńskie stosunki seksualne i o konsekwencjach takich stosunków. Oczywiście istnieją techniczne środki zabezpieczające, ale jest pomyłką koncentrowanie wysiłku tylko na ich propagowaniu*”.

W swoim liście pasterskim *Pora na moralne odrodzenie* kardynał Bazyl Hume przypomina, że Kościołowi nie wolno lekceważyć kwestii natury zasadniczej: „*Kościół katolicki tego kraju (Anglii) nakłaniany jest do porzucenia swego sprzeciwu wobec stosowania prezerwatyw oraz swej ostrej krytyki pozamałżeńskiego seksu (...)*. Nie można oczekiwać, że Kościół katolicki będzie popierał stosowanie jakichkolwiek środków zaradczych, które milcząco akceptują seks pozamałżeński (...). Nie akceptujemy również poglądu, jakoby poza związkiem małżeńskim wybór ograniczał się wyłącznie do alternatywy: prezerwatywa lub zakażenie”.

Kościół w dziedzinie zapobiegania AIDS, zdecydowanie przeciwstawiając się mechaniczno-barierowym sposobom, równocześnie zwraca uwagę, że jedynie wstrzemięźliwość seksualna, wzajemna wierność małżeńska oraz odrzucenie narkotyków stanowią w pełni skuteczne i zgodne z moralnością chrześcijańską metody prewencji AIDS.

W odniesieniu do powyższych przypadków biskupi Kościoła francuskiego wzywają wiernych do przeżywania godnej miłości: „*Naszym zadaniem jest wezwanie ludzi do godnej miłości przeżywanej w małżeństwie i w wierze i zaproszenie każdego do życia w czystości względem własnego ciała i ciała innych (...)*”. Szczególnie znamienne brzmią słowa zawarte w liście episkopatu Zimbabwe: „*Czystość przedmałżeńska i wiara w małżeństwo nie mogą podlegać dyskusji ani być traktowane jako niemożliwy do osiągnięcia ideał, mimo iż przeważające zachowania seksualne zdają się temu przeczyć*”. Arcybiskup Londynu, kardynał Hume stwierdza, że „*(...) czystość, wierność małżeńska, opanowanie siebie, autokontrola – to droga do zachowania godności osoby ludzkiej*”. W kontekście tych wypowiedzi warto zacytować jeszcze jedno stwierdzenie biskupów angielskich: „*(...) przyszedł czas, aby na nowo odkryć radość wiernej miłości i trwałego małżeństwa*”.

W zakresie życia seksualnego człowieka etyka chrześcijańska przyjmuje zasadę, która za ideał stawia czystość przedmałżeńską i absolutną wierność małżeńską. Zasadę tę potwierdza w swojej wypowiedzi Arcybiskup Londynu Hume: *tego rodzaju samodyscyplina (rezygnacja z pozamałżeńskich kontaktów seksualnych) nie wpływa destrukcyjnie na niczyje uczucia, może być natomiast afirmacją radykalnego ideału – wymagającego, lecz nie nieosiągalnego**.

Kościół w Polsce ma również swój udział w oficjalnych wypowiedziach na temat prewencji AIDS. W tym miejscu należy zacytować wypowiedź kardynała Józefa Glempa z sierpnia 1992 roku: *„Kościół tym głośniej musi wołać o przestrzeganie praw moralnych i mówić wyraźnie o tym, że opanowanie choroby w zasadniczym stopniu zależy od woli i postępowania osoby (...). Człowiek winien nie tylko dowiedzieć się, ale zrozumieć i doświadczyć, że używanie fizyczne, seks lub odurzanie się nie wyczerpują ludzkiego bytowania, ale że są takie pokłady duchowych przeżyć, które mogą pozwolić regulować żywioł fizyczny”*.

Nieliczne przytoczone przeze mnie wypowiedzi niektórych hierarchów kościelnych jednoznacznie wskazują na zdecydowany sprzeciw Kościoła wobec promowanych przez środowiska laickie metod prewencji AIDS. Kościół wykazuje, że jedyną według niego ochroną przed AIDS jest afirmacja miłości i dochowanie wzajemnej wierności małżeńskiej oraz zdecydowane odrzucenie narkotyków. Uznaje również, że całkowicie dla człowieka realną ochroną przed AIDS jest zrezygnowanie ze współżycia seksualnego. Te wydawałoby się radykalne zalecenia Kościoła wynikają z głębokiej troski o człowieka, ale są również podyktowane zasadniczymi kwestiami doktrynalnymi.

AIDS – kara za nieład moralny?

W omawianym wcześniej zagadnieniu łatwo można było wykazać, że kościoły lokalne podjęły jednolity kierunek wypowiedzi. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w relacjach przyczynowo-skutkowych AIDS. Tutaj nie wszyscy przedstawiciele Kościoła są jednakowo zgodni co do interpretacji przyczyn i skutków zakażenia.

Prawdą jest, że zasadniczej przyczyny zakażeń HIV, a w konsekwencji choroby AIDS, Kościół upatruje w kryzysie wartości i w takim postępowaniu człowieka, które łamie zasady moralne. Jan Paweł II 15 listopada 1989 roku stwierdził: *„(...) Okoliczności, w jakich następuje zakażenie i rozprzestrzenianie się AIDS, a także pewnego rodzaju sposób podejmowania walki z tą chorobą, ujawniają niepokojący kryzys wartości”*.

Głos głowy Kościoła w Polsce w tej sprawie brzmiał następująco: *„Rozszerzanie się choroby zależy od lekceważenia przykazań moralnych, od braku ładu i wstrzemięźliwości seksualnej i od zażywania narkotyków, które wprowadzają człowieka w takie uzależnienie, że nie potrafi on nawet przestrzegać higieny, gdy wstrzykuje sobie truciznę”*. Przytoczone słowa prymasa stanowią fragment homilii wygłoszonej na Jasnej Górze 15 sierpnia 1990 roku. Trzy dni później, podczas konferencji prasowej na zakończenie wizyty biskupów amerykańskich w Polsce, kardynał Józef Glemp stwierdza: *„(...) Nie możemy zamykać oczu na to, że choroba AIDS powstaje i rozszerza się z postaw nieładu moralnego. Ja nie mówię, że AIDS jest grzechem, nigdzie Kościół tego nie twierdzi. (...) Sama choroba AIDS nie jest grzechem, jak śmierć nie jest grzechem”*.

O ile rzeczywiście w wielu wypadkach u podstaw zakażenia HIV znajdują się takie działania ludzkie, które w ocenie moralnej Kościoła określa się mianem grzechu, o tyle na pewno nie upoważniają one do stwierdzenia, że AIDS stanowi zemstę lub karę Boga za określone czyny człowieka. Niestety, taki pogląd stał się bliski tym ludziom, którzy wyraźnie chcieli widzieć, że AIDS dotyka tylko określone grupy ludzi i jest karzącym oddziaływaniem Boga. Pogląd ten był wyrażany również przez niektóre osoby duchowne. Jaskrawym przykładem takiej postawy jest wypowiedź kardynała Siri, który wprost nazwał AIDS karą Bożą.

Wielu autorów dokumentów kościołów lokalnych jednak zdecydowanie odrzuciło tę apokaliptyczną wizję AIDS. W odpowiedzi tym wszystkim, którzy w sposób skrajny, dokonując uproszczenia teologicznego, uznali AIDS za karę Bożą, Arcybiskup Saint Paul i Minneapolis w USA John Robert Roach powiedział: *„(...) Cóż za okropne stawianie sprawy! – AIDS ma być dziełem Boga! Wy wiecie i ja wiem, że to nie może być prawdą”*.

Kardynał Józef Bernardin, Arcybiskup Chicago w liście pasterskim *Wyzwanie i powinność* opisuje historię Stefana, młodego człowieka, który umarł na AIDS. Przyczyną zakażenia były kontakty homoseksualne. Stefan umiera w cierpieniu i samotności, całkowicie odrzucony przez najbliższych. Kardynał pisze: *„(...) Wysłuchawszy historii Stefana niektórzy ludzie powiedzą pewnie, że AIDS to kara Boża, za to, co określają mianem grzechu homoseksualizmu. Nie kwestionując ich szczerości, nie mogę się zgodzić z ich oceną”*.

W dalszej części swojego listu zwraca uwagę, że AIDS może dotknąć wszystkich ludzi: „(...) Z medycznego punktu widzenia AIDS nie jest chorobą tylko homoseksualistów (...). Zatem nawet jeśli w Stanach Zjednoczonych homoseksualiści stanowią znaczny odsetek tych, którzy byli narażeni na kontakty z wirusem, AIDS jest chorobą zagrażającą wszystkim ludziom, nie tylko homoseksualistom”.

W swoich rozważaniach kardynał Bernardin zdecydowanie stwierdza: „(...) Bóg jest kochający i miłosierny, a nie mściwy. Stworzony na obraz i podobieństwo Boże każdy człowiek jest absolutnie bezcenny, jego życie niezależnie od orientacji seksualnej jest święte, należy zatem uszanować godność każdej istoty ludzkiej”.

Na stwierdzenie, że AIDS może być interpretowane jako kara Boża, równie odważnie zareagowała Komisja Społeczna Episkopatu Francji: „(...) AIDS targnął się na źródło życia człowieka: krew i seksualność. Ale nie jest to kara Boska, jest to choroba, która ma własne przyczyny. Bóg nie jest sadystą, Bóg jest miłością... AIDS to sygnał alarmowy przypominający, że każdy jest odpowiedzialny za własne życie i że nie można żyć poza etyką”. Z oświadczenia zatem Komisji Społecznej Episkopatu Francji można wyciągnąć bliski aktualnie większości teologów wniosek, że najważniejszym jest potraktowanie AIDS nie jako kary, lecz jako konsekwencji postępowania ludzkiego, szczególnie wówczas, gdy jest ono sprzeczne z tym, co Kościół uznaje za ład moralny.

W tym samym duchu należy odczytać wypowiedź kardynała Basila Hume'a zawartą w liście pasterskim *Pora na moralne odrodzenie*: „(...) Niektórzy twierdzą, że AIDS to kara, jaką Bóg wymierzył grzesznemu światu. Należałoby ją raczej uznać za dowód potwierdzający ogólne prawo, które mówi, że każdy czyn ma swoje następstwa oraz że brak ładu prowadzi nieuchronnie do zniszczenia i zguby”.

Analizując Ewangelię oraz przytoczone w kontekście AIDS powyższe wypowiedzi biskupów należy uznać, że nie można identyfikować nieszczęścia i choroby AIDS z grzechem. Nie oznacza to jednak, że nie może zaistnieć sytuacja, w której choroba może być konsekwencją grzechu. Pisze o tym również w swoim artykule pt. *Próba teologicznego spojrzenia na problematykę AIDS* znany w Polsce profesor teologii moralnej ksiądz Wacław Gubała: „(...) Etyka chrześcijańska, która głosi miłość jako naczelną normę, nie identyfikuje nieszczęścia, jakim jest AIDS, z karą Bożą, chociaż nie przeczy, że choroba ta u swych początków jest skutkiem nadużycia w dziedzinie seksualnej, nie zaś skutkiem czystego przypadku”.

W Polsce punkt kulminacyjny dyskusji na temat: czy AIDS jest karą Bożą? przypadł na początek lat dziewięćdziesiątych. Pogląd ten zyskał wówczas wielu zwolenników. Dyskusje teologiczne pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami tej tezy toczyły się między innymi na łamach *Tygodnika Powszechnego*. Z satysfakcją należy stwierdzić, że obecnie, po kilku zaledwie latach od tamtych dyskusji, sporadycznie już tylko można usłyszeć wypowiedzi katolików identyfikujące AIDS z karą Bożą.

Pokonać prawo do lęku

AIDS najczęściej wywala w ludziach poczucie lęku. Jest on dostrzegalny nie tylko u poszczególnych ludzi, ale towarzyszy również całym grupom i społecznościom lokalnym. Lęk przed chorobą, chociaż racjonalnie nieuzasadniony, bardzo często narastał, doprowadzając niejednokrotnie do grupowej paniki, w wyniku której cierpiały fizycznie osoby dotknięte HIV. Zdarzały się przypadki, kiedy to z irracjonalnego lęku towarzyszącego osobom nie zakażonym rodziła się agresja wymierzona w chorych na AIDS. Ulegały jej również osoby wierzące, dla których miłość bliźniego powinna stanowić naczelną zasadę życia. W kontekście takiej sytuacji pojawiło się pytanie: czy człowiek ma prawo do lęku przed chorym na AIDS? – a jeżeli tak – to gdzie istnieje granica tego lęku?

Jest to również pytanie o to, na ile można traktować lęk jako usprawiedliwienie dla braku akceptacji i dyskryminacji chorych oraz czy wolno chrześcijaninowi ograniczać prawa wolnościowe zakażonych i chorych.

Opierając się na podstawowej dla katolików lekturze, jaką jest *Pismo Święte*, i na wypowiedziach Ojca Świętego dotyczących AIDS, należy stwierdzić, że odpowiedź na dwa ostatnie pytania musi być jednoznacznie negatywna.

Generalnie należy przyjąć zasadę, że ludzie mają prawo do lęku, szczególnie przed czymś nowym. W początkach epidemii AIDS był chorobą nieznaną i można było domniemywać, że nie są jeszcze poznane wszystkie drogi transmisji wirusa.

O ile więc prawo do lęku przed AIDS zdaje się być naturalnym odczuciem, o tyle jednak lęk nie może przesłonić istoty człowieczeństwa, którą jest szacunek dla każdej osoby ludzkiej.

W cytowanym już przeze mnie liście kardynała Bernardina czytamy: „(...) Zrozumiałe jest, że choroba ta, która szerzy się w tak wielkim tempie i niezmiennie prowadzi do śmierci, wywołuje nieporozumienia, strach, uprzedzenia i dyskryminację, ludzie otwarcie przyznają się do strachu przed zakażeniem (...). Jest rzeczą zrozumiałą, że nikt nie chce się narażać na niebezpieczeństwo, powinniśmy jednak zadbać o to, by punktem wyjścia dla naszych sądów i działań były fakty, a nie urojenia”.

W tym samym liście możemy również przeczytać: „Jako wspólnota w wierze mamy obowiązek z odwagą i współczuciem stanąć w obliczu cierpienia i śmierci sprowadzonych w tym roku na świat przez AIDS. Aby tego dokonać, musimy odłożyć na bok nasze lęki i uprzedzenia”.

Również episkopat Kanady, mimo że uznaje prawo do lęku, apeluje do swoich wiernych: „(...) Nie powinniśmy poddawać się lękowi, choć jest on zrozumiały. Powinniśmy zrobić wszystko, aby go pokonać”.

Wobec problemów, które w Polsce zrodziły się z lęku przed AIDS, zdecydowanie zabrzmiała w sierpniu 1992 roku wypowiedź prymasa Polski. Prymas powiada: „(...) chorym na AIDS należy się nie tylko tolerancja, ale należy się miłość właściwie pojęta i dobrze zorganizowana”.

Warto również przypomnieć, że to właśnie prymas w początkach epidemii AIDS w Polsce był jedną z pierwszych osób, które odwiedziły chorych na AIDS w Szpitalu Zakaźnym w Warszawie. Fakt ten był w ówczesnym czasie szeroko i pozytywnie komentowany przez środki masowego przekazu. Wspominał o tym sam ksiądz kardynał Glemp 18 sierpnia 1992 roku, w trzy dni po swojej poprzedniej wypowiedzi, w trakcie odbywającej się konferencji prasowej na zakończenie wizyty biskupów amerykańskich: „(...) Proszę zauważyć, że byłem jednym z pierwszych, którzy odwiedzili chorych na AIDS. Spotkałem się ze wszystkimi chorymi, jacy znajdowali się w szpitalu na Woli. Z każdym się witałem, każdym się interesowałem”. To osobiste spotkanie księdza prymasa z chorymi miało wówczas ogromne pozytywne znaczenie. Stało się symbolem przezwyciężenia lęku przed AIDS.

W tym miejscu warto przypomnieć, że oficjalne oświadczenie w sprawie AIDS Konferencja Episkopatu Polski złożyła już 8 marca 1990 roku. Treść tego oświadczenia brzmi: „Wobec złożoności problemu potępienie i dyskryminowanie ludzi dotkniętych tą chorobą jest sprzeczne z zasadami etyki chrześcijańskiej. Natomiast zachowanie ładu moralnego jest najbezpieczniejszym sposobem chroniącym przed tą groźną chorobą. Jednakże w wielu przypadkach przyczyny zachorowań są niezawinione i dlatego księża biskupi widzą pilną potrzebę zmiany wrogich postaw w stosunku do chorych na AIDS”.

Wobec tego oświadczenia należy jednak poczynić pewną refleksję. Otóż pozostawia ono pewną wątpliwość i wierni, do których zostało ono skierowane, po dokładnej analizie tego oświadczenia mogli wyciągnąć wniosek, że księża biskupi widzą pilną potrzebę zmiany postaw tylko w stosunku do tych chorych na AIDS, których zakażenie nie nastąpiło z powodu nieładu moralnego. Ten widoczny brak precyzji w oświadczeniu biskupów spowodował możliwość interpretacji, w myśl której chorych na AIDS dzieli się na mniej lub bardziej winnych swej choroby. Niewątpliwie oświadczenie to wymagało czytelnego dopowiedzenia ze strony autorów.

Przedstawiając znane mi oficjalne wypowiedzi i oświadczenia Kościoła polskiego w sprawie AIDS, nie mogę pominąć bardzo ważnego wydarzenia, które miało miejsce 29 września 1996 roku. W tym dniu ksiądz kardynał Józef Glemp, prymas Polski, wizytując parafię pw. św. Michała w Piastowie, odwiedził zakażonych i chorych na AIDS, którzy są pensjonariuszami Ośrodka Readaptacyjnego Ministerstwa Zdrowia w Piastowie. Spotkaniu temu towarzyszyła bardzo życzliwa i przyjazna atmosfera. Ksiądz prymas skierował słowo pasterskie do chorych i ich opiekunów oraz osobiście interesował się każdym chorym, prowadząc indywidualne rozmowy. Ta możliwość ponownego obcowania księdza prymasa z chorymi przybliżyła kardynałowi ich problemy, a dla samych chorych była znaczącym i niepowtarzalnym przeżyciem.

Pomoc chorym na AIDS chrześcijańskim obowiązkiem

Jak już wspominałem, oficjalne wypowiedzi i oświadczenia Kościoła o szczegółowych problemach dotyczących AIDS dają próbę ich prawidłowej interpretacji i równocześnie wskazują zachowanie określonej postawy wobec chorych.

Na koniec spróbujmy prześledzić, do jakich postaw wobec chorych zachęcają swoich wiernych oraz braci w kapłaństwie biskupi różnych krajów.

Cytowany już przeze mnie wcześniej Arcybiskup Chicago kardynał Bernardin stwierdza: *„Ważne jest, by zrozumieć, że AIDS jest chorobą ludzką i że chorzy na nią zasługują na współczucie tak samo jak wszyscy inni chorzy. (...) Dzisiaj powołani jesteśmy do tego, by w światły i sprawiedliwy sposób traktować osoby chore na AIDS”*.

Narastający ostracyzm wobec chorych na AIDS zrodził duże zaniepokojenie niektórych kościołów lokalnych. Spowodował zadanie wiernym bardzo konkretnych pytań. Uczynili to między innymi biskupi Kanady, pisząc w oficjalnym oświadczeniu: *„Pytamy was: czy jest zgodny z Ewangelią i czy jest możliwy do zaakceptowania ostracyzm w stosunku do ludzi cierpiących na AIDS, pozbawianie ich domów, pracy, pomocy medycznej, upokarzanie ich? Czyż nie bardziej niż z powodu choroby cierpią oni z powodu deprecjacji i odrzucenia, pochopnych sądów, moralizatorskich kazań, upokarzających wywiadów i przesądów, które rozciągają się nawet na dzieci dotknięte przez tę chorobę?”*. To odważne postawienie pytań przez biskupów kanadyjskich jest równocześnie ewidentną obroną chorych na AIDS przed niegodziwymi reakcjami społecznymi.

Niejako w odpowiedzi na te pytania istotne wydają się dwie wypowiedzi, które chciałbym przytoczyć. Pierwsza jest autorstwa biskupów francuskich. Wzywają oni wszystkich *„(...) do zrozumienia, jak wielki ciężar dźwigają ci, którzy dowiedzieli się, że są nosicielami wirusa, że ich własna egzystencja jest zagrożona i nie mogą już dać życia nie ryzykując, że przekażą także chorobę. Trzeba to zrozumieć i nie wolno odrzucać – nie ma nic bardziej upokarzającego niż życie w izolacji i desperacji”*. Druga wypowiedź kardynała Bernardina pochodzi z cytowanego już wcześniej listu *Wyzwanie i powinność*, w którym stwierdza on: *„Obecnie żadne powody natury medycznej nie usprawiedliwiają dyskryminacji tych osób; dyskryminacja taka stanowi w gruncie rzeczy pogwałcenie ich elementarnej godności ludzkiej i sprzeczna jest z etyką chrześcijańską. Chorzy na AIDS powinni być zgodnie z ich możliwościami zachęceni do kontynuowania twórczego życia w swej społeczności oraz w miejscu pracy. Mają prawo do mieszkania w godziwych warunkach, zatem odmawianie im tego prawa przez właścicieli domów jedynie z powodu ich choroby nie znajduje jakiegokolwiek usprawiedliwienia”*.

Te klarowne treści zawarte w wypowiedziach biskupów stanowią równocześnie inspirację dla wiernych, którzy niejednokrotnie wobec dylematów jakie niesie AIDS są zagubieni i od swoich pasterzy oczekują konkretnych wskazań.

W historii AIDS zagubienie było widoczne nie tylko w środowisku laickim, ale również wśród osób duchownych. Dla nich to przede wszystkim został opracowany w diecezji New Jersey w USA specjalny dokument, który wskazuje na konieczność stosowania specjalnego programu duszpasterskiego dla chorych na AIDS.

W dokumencie tym biskupi przyznają, że może zaistnieć sytuacja, w której ze względu na brak wiedzy lub lęk osoby duchowne nie będą chciały pracować z chorymi na AIDS. Aby uniknąć takiej sytuacji, proponuje się utworzenie specjalnych ośrodków edukacyjnych dla księży i zakonników. Pojawily się wątpliwości co do zakresu posługi duszpasterskiej wobec chorych na AIDS. W celu ich wykluczenia dokument ten stwierdza: „*Prawo osób dotkniętych AIDS do dyskrecji i tajemnicy musi zostać uszanowane i należy podjąć wszelkie kroki, aby było respektowane przez duszpasterzy. Osoby dotknięte wirusem HIV mają prawo do przyjmowania sakramentów i do chrześcijańskiego pogrzebu przewidzianego prawem kanonicznym*”. Analizując zadania duszpasterskie wobec chorych na AIDS, należy przytoczyć jeszcze jedno ważne stanowisko, tym razem Arcybiskupa Rochester ks. Mathew Clarka. W swojej wypowiedzi zwraca on uwagę na konieczność prawidłowej relacji kapelanów więziennych z chorymi na AIDS więźniami: „*Więźniowie mają prawo do możliwie najlepszej opieki (...). Kapelani powinni stać się adwokatami więźniów chorych na AIDS, muszą troszczyć się o zaspokojenie ich potrzeb duchowych i psychicznych*”.

Zakończenie

W podsumowaniu przedstawionego materiału, niezależnie od wszystkich zacytowanych w nim wypowiedzi i dokumentów kościołów lokalnych, należy raz jeszcze podkreślić kwestię najistotniejszą. Zarówno dla laikatu, jak i dla osób duchownych, niezależnie od pojawiających się dylematów i wątpliwości, obowiązujące muszą stać się postawy wynikające z nauczania ewangelicznego, dla którego jedynym i niezaprzeczalnym wzorem są czyny i postawa Jezusa Chrystusa.

„*Ewangelia mówi nam, iż Jezus – ten głosiciel najbardziej radykalnej etyki – nigdy nie zawahał się z wyciągnięciem ręki do najmniejszych, do wyklętych i wykluczonych, nawet jeśli nie żyli zgodnie z Jego nauką (...). Dlatego my, którzy uważamy się za Jego uczniów, musimy odpowiedzieć po chrześcijańsku tym wszystkim, którzy dotknięci chorobą znaleźli się w wielkiej potrzebie*”. To odwołanie kardynała Bernardina do nauki Chrystusa, jak również zacytowane już wcześniej słowa Ojca Świętego: „*Być bliźnim w dobie AIDS znaczy nieść miłość, miłosierdzie i wykluczyć egoizm, dyskryminację i opuszczenie*” – stanowią nie podlegającą dyskusji normę etyczną właściwej relacji człowieka zdrowego z zakażonym. Są również kanonem chrześcijańskiej postawy wobec chorych na AIDS.

Bibliografia

1. Przemówienie Ojca Świętego do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat AIDS, 15 listopada 1989 r., Watykan
2. Oświadczenie Konferencji Episkopatu Polski, 8 marca 1990 r.
3. Homilia Prymasa Polski w uroczystość Wniebowzięcia NMP, Jasna Góra, 17 sierpnia 1992 r.
4. Oświadczenie Prymasa Polski z okazji zakończenia wizyty biskupów amerykańskich w Polsce, Warszawa, 18 sierpnia 1992 r.
5. Gianfranco Brunelli *La Chiesa e AIDS*, Il Regno, 1989, nr 16
6. *Człowiek a AIDS* (praca zbiorowa), Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej *Res Humanae*, Lublin 1994
7. List pasterski Arcybiskupa Londynu kardynała Basila Hume'a *Pora na moralne odrodzenie* [w:] *Kościół a AIDS*, KARAN, Warszawa 1996
8. List pasterski Arcybiskupa Chicago kardynała Józefa Bernardina: *Wyzwanie i powinność* [w:] *Kościół a AIDS*, KARAN, Warszawa 1996
9. ks. Wacław Gubała *Próba teologicznego spojrzenia na problematykę AIDS* [w:] *Znaki czasu* 1991, nr 23
10. ks. Tadeusz Ślipko *AIDS a etyka* [w:] *Znaki czasu* 1991, nr 23
11. Grzegorz Polak *Kościół i chorzy na AIDS* [w:] *Gazeta Wyborcza* 4-5 lipca 1992

Odrębności okresu dorastania a zagrożenie zaburzeniami psychicznymi

dr n. med. Małgorzata Janas-Kozik

adiunkt Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM w Katowicach

Adolescencja utożsamiana jest w literaturze przedmiotu z okresem młodzieńczym. Termin ten zupełnie wypiera pojęcie pokwitania (*pubertas*).

Obejmuje ona okres rozwojowy między 12 – 18 – 21 r.ż. dzieli się na adolescencję:

- wczesną (12-14 r.ż.),
- środkową (14-17 r.ż.),
- późną (po 17 r.ż.).

Swoim zasięgiem obejmuje obszar dojrzewania biologicznego, psychologicznego i społecznego.

W obszarze biologicznym ma miejsce skok pokwitaniowy oraz dokonują się kolejne fazy rozwoju psychoseksualnego (poprzez fazę autoerotyczną, homoerotyczną, chaotyczną, aż do dojrzałości). W zakresie biologicznego dojrzewania ustala się poczucie przynależności do płci z następującą zdolnością wchodzenia w związane z daną płcią określone role.

W obszarze psychologicznym – młodzież uzyskuje możliwość rozumowania na poziomie abstrakcyjnym, rozwija możliwość systematycznej, zorganizowanej w czasie obserwacji. Zapamiętywanie staje się aktywnością planowaną, pamięć zaczyna mieć charakter słowno-logiczny.

W obszarze społecznym – grupa rówieśnicza ze swoimi opiniami ma większe znaczenie niż rodzice, nauczyciele, pedagodzy (kryzys autorytetu). To właśnie na terenie grupy rówieśniczej młody człowiek zdobywa umiejętność bycia podporządkowanym, a jednocześnie przywódcą, tam zaczyna się porównywać, sprawdzać i rywalizować.

Adolescencja w literaturze przedmiotu określana jest jako okres „burzy i naporu”, a rozwój młodego człowieka w podanych powyżej płaszczyznach przebiega w sposób kryzysowy. W zależności od liczby zakresów, w których adolescent przestaje sobie radzić z zadaniami życiowymi, stopnia nasilenia lęku aż do agresji czy autoagresji oraz jakości reakcji i relacji z osobami dorosłymi (rodzice, szkoła) mówi się o kryzysie normatywnym bądź dekompensacji patologicznej. To właśnie w okresie adolescencji ma miejsce zakończenie procesu separacji (indywiduacji) bez poczucia winy oraz określenie szeroko pojmowanej własnej tożsamości psychoseksualnej, psychologicznej i społecznej, z rzutowaniem siebie w przyszłość i określeniem własnego światopoglądu.

Zadania stojące przed młodym człowiekiem w tym okresie są rozległe i trudne, przebieg kryzysu adolescencji zależy w głównej mierze od charakteru związków uczuciowych i zasad komunikacji w rodzinie, jak również od wcześniejszego rozwoju adolescenta, jego stanu somatycznego i sytuacji w środowisku rówieśniczym i szkolnym.

Adolescencja to okres stawiający przed młodzieżą wyzwania w różnych obszarach. W przypadku niewydolności samego nastolatka lub dysfunkcjonalności środowisk, które są dla niego znaczące (głównie rodzina), dochodzi do powstania szeregu patologii – na przykład: zaburzeń zachowania, depresji młodzieńczej, której maską mogą być zaburzenia zachowania, bądź zaburzeń odżywiania się (anoreksja i bulimia psychiczna). Te ostatnie stanowią narastający problem w dzisiejszych czasach.

Termin *zaburzenia zachowania* koncentruje się głównie na zewnętrznych jego przejawach – zachowaniach patologicznych, natomiast przeżycia młodego człowieka i odpowiedzi na pytanie, dlaczego taką drogę obrał – zwykle są pomijane lub nieznanne. To właśnie zaburzenia zachowania we wszystkich szeroko pojmowanych formach (wg klasyfikacji ICD X) są jedną z możliwości i dróg dochodzenia młodzieży do dojrzałości.

Przyczyny zaburzeń zachowania są złożone: z jednej strony są odzwierciedleniem problemów z własną tożsamością i autonomią, a z drugiej – pogardą dla wartości reprezentowanych przez świat dorosłych autorytetów (rodzice, szkoła) bądź środowisko społeczne i rówieśnicze. Przejawiają się buntem i przestępczością. Młody człowiek, poszukując takiego środowiska, które go zaakceptuje, trafia do środowisk przestępczych, eksperymentujących z narkotykami, lekami czy alkoholem.

W głębi obrazu zaburzeń zachowania rysują się objawy psychopatologiczne: lęki, zaburzenia snu, objawy wegetatywne, zaburzenia łaknienia w szerokim tego słowa znaczeniu, również z objawami depresji młodzieńczej.

Inną formą dekompensacji patologicznej są anoreksja i bulimia psychiczna. To właśnie w adolescencji rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się jest największe, z przewagą zachorowań wśród dziewcząt.

Istnieją ściśle i jasno sprecyzowane kryteria ich rozpoznawania, określone i zaakceptowane przez klinicystów i naukowców formy terapii.

W okresie adolescencji kluczową formą pomocy w przypadku dekompensacji patologicznych przedstawionych powyżej jest terapia rodzinna w najszerszym tego słowa znaczeniu, z uwzględnieniem innych form leczenia i postępowania terapeutycznego, zawsze rozważanego indywidualnie.

Wybrana bibliografia

1. Bomba J., Jaklewicz H. *Wpływ czynników biologicznych i rodzinnych na przewlekłe utrzymywanie się depresji u dzieci. Badania longitudinalne*, Psych. Pol. 1995, XXIX, 2, 161-174
2. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J. *Psychiatryczne uwarunkowania zachowań samobójczych u młodzieży*, Wiad. Psychiat. 1999, II, 2, 185-192
3. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999
4. Katzman D.K., Zipursky R.B. *A Longitudinal Magnetic Resonance Imaging Study of Brain Changes in Adolescents with Anorexia Nervosa*, Arch. Pediatr. Adolesc. Med. Vol. 151, Aug. 1997, 793-797
5. Komorowska-Pietrzykowska R., Rajewski A. *Układ immunologiczny w jadłowstręcie psychicznym*, Wiad. Psychiat. 2000, III, 3, 163-169
6. Namysłowska I. *Terapia rodzin*, Wydawnictwo IPIŃ, Warszawa 1997
7. Orwid M., Pietruszewski K. *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa 1981
8. Orwid M., Pietruszewski K. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo CM UJ, Kraków 1993
9. Rabe-Jabłońska J. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38, 1 i 3 – omówienie czasopism psychiatrycznych, Wiad. Psychiat. 2000, III, 2, 121-123
10. Rutter M.L. *Rola niekorzystnych czynników psychospołecznych w rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci*, tłum. z British Journal of Psychiatry 1999, 174, 480-493, tłum. Sidorowicz S. Wiad. Psychiat. 2000, III, 3, 187-205
11. Śmiarowska M., Robaczyk M. i wsp. *Receptor leptyny OB – R w kontroli procesów metabolicznych w ustroju*, Wiad. Psychiat. 1999, II, 2, 193-198
12. Stashwick C. *Gdy podejrzewamy zaburzenia jedzenia*, Ginek. po dyplomie 1999, maj, 55-69
13. Talarczyk M., Rajewski A. *Potrzeba osiągnięć u chorych z jadłowstrętem psychicznym*, Wiad. Psychiat. 1999, II 4, 399-404
14. Tomaszewicz-Libudzić C., Jagielska I. i wsp. *Zaburzenia metaboliczne i patofizjologiczne w przebiegu jadłowstrętu psychicznego*, Klin. Pediatr. vol. 2, 4, 1994, 60-64
15. Tyszkiewicz M., Krzykowski G. *Zagrożenia społeczne palenia tytoniu, alkoholizmem i narkomanią, występujące w rodzinie i szkole, w opinii dzieci i młodocianych*, Wiad. Psychiat. 1999, II 2, 199-206

Zachowania seksualne młodzieży w Polsce

dr n. hum. Zbigniew Izdebski

Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Zielonej Górze
Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Uniwersytetu Warszawskiego

Problematyka rozwoju seksualnego dzieci i młodzieży budzi powszechne zainteresowanie. Jednocześnie przejawy aktywności seksualnej często poddawane są przesądom rodziców, wychowawców, jak również strażników moralności. Dyskusja młodzieży z dorosłymi na tematy istotne dla ich fazy rozwojowej często jest niemożliwa ze względu na to, iż same słowa *seks młodzieżowy* wywołują u dorosłych obawy i niepokój. Te negatywne nastawienia utrudniają proces wychowania seksualnego. Dlatego z większą odpowiedzialnością i otwartością powinniśmy mówić o tych sprawach, które chcemy poznać, oraz poprzez prowadzenie badań – wyjaśniać. W tym zakresie powinna udzielać nam wsparcia pedagogika seksualna. Według Norberta Kluge *„pedagogika seksualna oznacza teorię, naukę i badania wychowania seksualnego. Dominującą optyką pedagogiki, a właściwie wiedzy o wychowaniu, jest spojrzenie historyczne, porównawcze i systemowe”*.

Przeciętny polski nastolatek rozpoczyna życie płciowe między 18 a 19 rokiem życia. „Ten pierwszy raz” odbywa się najczęściej w domu rodzinnym chłopaka albo dziewczyny, pod nieobecność rodziców. Zazwyczaj dochodzi do niego spontanicznie, ale dosyć często pierwszy stosunek jest zaplanowany przez oboje partnerów. Polski nastolatek nie ma oporów przed stosowaniem prezerwatywy, która jest dla niego skutecznym, tanim i powszechnie dostępnym środkiem antykoncepcyjnym oraz środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia wirusem HIV. Nie unika też innych – poza stosunkiem płciowym – form aktywności erotycznej: pettingu czy masturbacji. O sprawach seksu dowiaduje się przede wszystkim od kolegów oraz z książek, czasopism i filmów. I bardzo rzadko rozmawia o nich z rodzicami. Taki obraz wyłania się z rozległych i szczegółowych badań nad seksualizmem dzieci i młodzieży przeprowadzonych w Polsce w latach 90. Dwa lata temu zespół prof. Barbary Woynarowskiej opracował szczegółowy raport nad zachowaniami zdrowotnymi polskiej młodzieży, którego dużą część stanowiły dane dotyczące życia płciowego i świadomości seksualnej nastolatków. Jednak prekursorem rodzimych badań nad tą problematyką był prof. Andrzej Jaczewski, który zainicjował je w latach 60. Zebrany przez niego bogaty materiał pozwala prześledzić zmiany zachodzące w świadomości i aktywności seksualnej młodych ludzi.

Wyniki najnowszych badań świadczą o przyspieszeniu procesu dojrzewania, czyli o tzw. akceleracji rozwoju. Do pierwszej miesiączki dochodzi obecnie w wieku około 13 lat, zaś do pierwszej ejakulacji u chłopców (tzw. *ejakularche*) w wieku 14,4 roku. Tak więc na przestrzeni mniej więcej stu lat okres dojrzewania młodego pokolenia uległ przyspieszeniu o około 4 lata.

Wyniki najnowszych badań pozwoliły przyrzeć się różnym formom aktywności seksualnej dzieci i młodzieży: masturbacji, pettingowi, stosunkom hetero- i homoseksualnym. Najwcześniejszą z nich jest masturbacja. Do jej uprawiania przyznaje się znaczna część populacji nastolatków. Szczególne nasilenie tego rodzaju aktywności erotycznej – zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców – następuje po ukończeniu 14 roku życia. Stosunek do masturbacji jest wśród nastolatków zróżnicowany. Niektórzy uważają ją za niepożądany rodzaj aktywności seksualnej i taki sposób rozładowywania napięcia seksualnego może stać się dla nich źródłem poczucia winy i wstydu. Dla innych masturbacja jest swoistym „treningiem” przed rozpoczęciem „normalnych”

kontaktów erotycznych. Jeszcze inni uważają ją za naturalny element pełnego życia seksualnego. Są też jednak i tacy, dla których masturbacja jest przejawem zaburzeń psychicznych.

Na podstawie badań przeprowadzonych przeze mnie na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat mogę stwierdzić, że w przypadku chłopców odsetek tych, którzy przyznają się doświadczenia tej formy aktywności seksualnej nie ulega niemal żadnym zmianom: w latach 90. przyznawało się do niej 71 proc. badanych, w latach 70. i 80. – 70 proc. Inaczej sytuacja wygląda wśród dziewcząt. Tu różnice są dosyć widoczne, bowiem w latach 90. doświadczenia tego typu miało 33 proc. badanych, w latach 80. – 31 proc., zaś w latach 70. – zaledwie 17,8 proc. W przypadku młodych osób (63 proc. chłopców i 72 proc. dziewcząt), które przyznawały się do uprawiania masturbacji, przestała ona być formą zachowania seksualnego po 17 roku życia. Często wiąże się to z faktem rozpoczęcia współżycia seksualnego.

Bardziej zaawansowaną formą aktywności seksualnej, będącą swoistym preludium do pełnego życia seksualnego, jest petting, czyli wzajemne intymne pieszczoty. Na podstawie odpowiedzi respondentów stwierdziłem, że przed ukończeniem 18 roku życia podjęło je 52,8 proc. dziewcząt i 74,4 proc. chłopców. Chłopcy o wiele częściej niż dziewczęta są stroną inicjującą i aktywną (odpowiednio 88,7 proc. i 23,6 proc.). Znaczna część badanych – niemal co drugi chłopiec i co trzecia dziewczyna – podejmowała tzw. *genital petting*, czyli pieszczoty z partnerem połączone z wzajemną masturbacją.

Widoczna jest różnica w podejściu dziewcząt i chłopców do tego rodzaju aktywności seksualnej. Przede wszystkim dziewczęta – choć dojrzewają wcześniej niż chłopcy – później decydują się na jej rozpoczęcie (zazwyczaj po ukończeniu 17 roku życia). Blisko połowa z nich nie traktuje pieszczot jako tylko gry wstępnej do stosunku płciowego i twierdzi, że w zupełności im one wystarczają. Wśród chłopców podobny pogląd wyraził zaledwie co czwarty z badanych. Dziewczyny argumentują, że nie chcą zbyt wcześnie rozpoczynać pełnego życia płciowego.

Rozpoczęcie współżycia seksualnego, czyli inicjacja seksualna, to przełomowy moment w życiu każdego młodego człowieka. Ze wspomnianego już raportu prof. Barbary Woynarowskiej o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce wynika, że w 1998 roku wśród piętnastolatków 38 proc. chłopców i 23 proc. dziewcząt odbyło już stosunek płciowy. Odsetek ten zwiększa się z wiekiem. Wśród siedemnastolatków takie doświadczenie mieli za sobą prawie co drugi chłopiec (46 proc.) i co trzecia dziewczyna (32 proc.). Dla porównania: w 1990 roku wśród młodzieży do 15 roku życia inicjację seksualną przeżyło 17 proc. chłopców i 5 proc. dziewcząt, a do 17 roku życia – 36 proc. chłopców i 18 proc. dziewcząt; w roku 1994 wśród piętnastolatków – 24 proc. chłopców i 10 proc. dziewcząt; w grupie siedemnastolatków odpowiednio 47 i 29 proc.

W 1997 roku przeprowadziłem szeroko zakrojone badania na temat zachowań seksualnych Polaków oraz ich wiedzy i postaw wobec HIV/AIDS. Wzięła w nich udział reprezentatywna próba udziałowa 3209 Polaków w wieku od 15 do 59 lat. Średni wiek inicjacji seksualnej wyniósł w niej 19,34 roku dla kobiet i 18,43 roku dla mężczyzn. Szczegółowa analiza wyników dla poszczególnych grup wiekowych wyraźnie wskazuje na obniżanie się wieku inicjacji seksualnej. Mężczyźni będący obecnie w wieku 40 – 49 lat rozpoczynali współżycie przeciętnie mając 18,6 roku, natomiast średni wiek inicjacji mężczyzn będących obecnie w wieku 20 – 24 lat wyniósł 17,7 roku. Z kolei w grupie kobiet 40 – 49-letnich inicjacja nastąpiła średnio w wieku 19,9 roku, a w grupie kobiet mających obecnie 20 – 24 lata – średnio w wieku 18,2 roku.

Zebrane dane pozwoliły mi na określenie pewnych warunków, które powodują, że wzrasta prawdopodobieństwo podjęcia współżycia seksualnego przed uzyskaniem pełnoletności. Generalnie są one wspólne dla kobiet i mężczyzn, ale w niektórych przypadkach mają większe znaczenie dla jednej z tych grup. I tak intensywne czy wyczynowe uprawianie sportu, palenie papierosów, deklarowanie się jako niewierzący ma, zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewcząt, znaczenie dla wczesnego rozpoczęcia życia płciowego. Z kolei dobre warunki materialne, mieszkanie w internacie i słabsze wyniki w nauce odgrywają w tym względzie

znacznie większą rolę wśród chłopców. Rodzice preferujący styl kierowania równocześnie wymagający i ostry bądź niekonsekwentny lub nie interweniujący, brak partnerskich stosunków między rodzicami, brak dobrej atmosfery w rodzinie i złe samopoczucie w domu rodzinnym mają o wiele większe znaczenie dla dziewcząt niż dla chłopców na rozpoczęcie stosunków seksualnych przed osiągnięciem pełnoletności.

Zdaniem prof. Barbary Woynarowskiej należałoby także uwzględnić inne czynniki warunkujące wcześniejsze rozpoczęcie życia seksualnego. I tak w przypadku chłopców sprzyja temu picie piwa, częste upijanie się, spędzanie większości wieczorów w towarzystwie rówieśników oraz posiadanie dużej ilości pieniędzy na własne wydatki. W przypadku dziewcząt może wiązać się to z używaniem amfetaminy, piciem piwa, upijaniem się, spędzaniem wielu wieczorów z rówieśnikami oraz paleniem papierosów i wagarowaniem. Wyniki tej analizy wskazują, że polskie piętnastolatki, które mają za sobą inicjację seksualną, rekrutują się spośród osób używających substancji psychoaktywnych i negatywnie nastawionych do szkoły, z mniejszymi aspiracjami co do dalszej edukacji po skończeniu szkoły podstawowej.

Zróżnicowane są też miejsca, w których dochodzi do „tego pierwszego razu”, choć zdecydowanie najczęściej debiut seksualny następuje w mieszkaniu chłopaka lub dziewczyny pod nieobecność rodziców (33,1 proc.). Dostyc często dochodzi do niego na łonie natury (11 proc.) lub pod namiotem (9,7 proc.).

Pierwszy kontakt seksualny następuje też w mieszkaniach, gdy są rodzice (5,9 proc.), na imprezach i prywatkach (5 proc.) albo w dyskotekach (5 proc.), w mieszkaniach znajomych (4,7 proc.) lub w wynajętych pokojach oraz w samochodach (po 3,3 proc.).

Inicjacja seksualna ponad połowy badanych (53 proc.) była „spontaniczna”. Natomiast 32,1 proc. zaplanowało i przemyślało swój debiut seksualny; częściej planują ci, którzy mają stałych partnerów.

W tym miejscu aż się prosi, aby postawić jedno z podstawowych pytań: co młodzi ludzie wiedzą o seksie? Jakie są źródła tej wiedzy? I przede wszystkim: czy potrafią zdobytą wiedzę wykorzystać praktycznie?

Analiza dostępnych danych nasuwa dosyć niepokojący wniosek. Poziom uświadczenia seksualnego wciąż jest niski, choć w porównaniu do poprzednich dekad i tak nastąpił znaczący wzrost. Również źródła, z których młodzież czerpie swoją wiedzę, są w zdecydowanej większości mało wiarygodne albo wręcz niezetelne.

Analiza wyników badań upoważnia do sformułowania kilku godnych uwagi prawidłowości. Po pierwsze, spośród członków rodziny zdecydowanie największą rolę w procesie uświadczenia seksualnego odgrywiają matki, przy czym o wiele częściej dostarczają wiedzy z tego zakresu córkom niż synom. Jednak ich istotna rola jako źródła informacji odnosi się przede wszystkim do pierwszej fazy procesu uświadczenia, a więc odpowiedzi na elementarne pytanie: *Skąd się biorą dzieci?* oraz do przekazywania córkom wiedzy dotyczącej zmian, które zachodzą w ich organizmach w okresie pokwitania. Natomiast tylko w nieznacznym stopniu matki kształtują wiedzę swoich dzieci na temat fizjologii stosunku płciowego i zagrożeń wynikających ze zbyt wczesnego podjęcia życia seksualnego, a także na temat masturbacji. Pozostali członkowie rodziny zdecydowanie rzadziej niż matki uczestniczą w procesie uświadczenia. Szczególnie niepokojący jest marginalny wręcz udział ojców w procesie uświadczenia seksualnego ich własnych dzieci (jest on nieco większy w odniesieniu do chłopców niż do dziewcząt).

Trzeba też jasno powiedzieć, że nastolatki generalnie nie rozmawiają z rodzicami o swoich doświadczeniach erotycznych – zaledwie 10 proc. twierdzi, że rozmawiała z matką lub ojcem o swojej inicjacji seksualnej, przy czym dziewczęta czyniły to dwa razy częściej niż chłopcy. Im starsza młodzież, tym częściej decyduje się na rozmowę z rodzicami na ten temat, ale nawet wśród 19-latków odsetek ten sięga zaledwie 14 proc.

O niechęci do podejmowania takich rozmów przez młodzież decyduje przewidywana reakcja rodziców. Co gorsza, wyniki badań potwierdzają obawy nastolatków. Większość rodziców, którzy dowiedzieli się o rozpoczęciu przez ich dziecko pełnego życia seksualnego lub domyślili się tego, zareagowała negatywnie:

łękiem, obojętnością, agresją lub umoralniającym kazaniem. *Dość przychylnie* odniosło się zaledwie 21 proc. rodziców.

Poza tym rodzice nie umieją rozmawiać o seksie ze swoimi nastoletnimi potomkami. W jednym z sondaży przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej zaledwie 5 proc. ojców stwierdziło, że potrafi o tym rozmawiać z synami. Matki wypadają niewiele lepiej.

Po drugie, ogromną rolę w dostarczaniu wiedzy na temat seksualizmu i aktywności seksualnej odgrywają rówieśnicy, choć – jak już wspomniałem – wiedza zdobyta w ten sposób jest zazwyczaj bardzo nierzetelna i powierzchowna. Trzeba przy tym podkreślić, że jest to bardziej znaczące źródło informacji dla chłopców niż dla dziewcząt. Dziewczęta z kolei częściej podają jako jedno ze źródeł swojej wiedzy seksualnej zajęcia z wychowania seksualnego organizowane w szkole. Choć brakuje na ten temat kompletnych danych, to jednak można powiedzieć, że uświadamianie młodzieży prowadzone przez specjalistów jest znaczącym elementem wychowania seksualnego.

Jednak we wszystkich dostępnych badaniach na temat źródeł, z których nastolatki czerpią swoją wiedzę o seksie, zdecydowanie najczęściej wymieniane są mass media – prasa, radio oraz telewizja. Ich rola jest szczególnie dominująca – zwłaszcza w przypadku dziewcząt – jeśli chodzi o takie zagadnienia, jak fizjologia stosunku płciowego, metody antykoncepcji, masturbacja czy choroby przenoszone drogą płciową.

Nastolatki „uczące się” o sprawach seksu z filmów pornograficznych, Internetu czy czasopism sprawiają wrażenie niezwykle wyedukowanych, używają terminów, których tak naprawdę nie rozumieją. Luki w ich edukacji wypełniają więc przypadkowo zasłyszane informacje, kolorowe pisma, opowieści rówieśników. Zasób ich wiedzy staje się w związku z tym coraz bardziej chaotyczny i pełen dysonansów, to zaś pogłębia poczucie osamotnienia i zagubienia młodych ludzi we współczesnym świecie. Dochodzą do tego mity i stereotypy na temat aktywności seksualnej – na przykład taki, że przecież „wszyscy to robią”.

Warto teraz przyjrzeć się temu, co sami młodzi ludzie myślą i mówią o seksie, czym się kierują, podejmując decyzję o rozpoczęciu współżycia lub odkładając ten moment na przyszłość. Do wyraźnego przewartościowania zachowań i poglądów młodzieży dotyczących sfery życia seksualnego doszło na przełomie lat 80. i 90. Sprzyjało temu wiele czynników: otwarcie granic, wolność słowa, powszechny dostęp do telewizji satelitarnej i kablowej, gwałtowny rozwój Internetu. O ile jednak w latach 1994-1998 nie zmieniał się odsetek uczniów aktywnych seksualnie, o tyle następowała dalsza liberalizacja poglądów młodzieży.

Dla większości ankietowanych przez nas młodych ludzi (72 proc.) niezbędnym warunkiem rozpoczęcia pełnego życia erotycznego jest miłość pomiędzy partnerami. Stosunkowo niewielka grupa (17 proc.) uważa, że warunkiem koniecznym do podjęcia tego rodzaju aktywności jest małżeństwo. Natomiast dwukrotnie więcej badanych (38 proc.) wyznaje poglądy czysto hedonistyczne; uważają oni, że do rozpoczęcia satysfakcjonującego życia seksualnego nie potrzeba ani miłości, ani małżeństwa. W porównaniu z wcześniejszymi sondażami szczególnie rzuca się w oczy wyraźnie większy odsetek tych, którzy uważają, że wystarczy kochać swojego partnera, aby utrzymywać regularne stosunki płciowe. Wzrosła również akceptacja postawy hedonistycznej.

Dziewczęta częściej niż chłopcy opowiadają się za obwarowaniem życia seksualnego pewnymi ograniczeniami. Szczególną wagę przywiązują do zawarcia małżeństwa – znaczna część uważa bowiem, że kontakty płciowe powinno się rozpocząć dopiero po zawarciu związku małżeńskiego. Młodzi mężczyźni znacznie częściej niż młode kobiety deklarują postawę liberyńską – dla dużego odsetka ani miłość, ani małżeństwo nie są niezbędnym warunkiem do rozpoczęcia regularnego pożycia.

Analizując wyniki badań, zauważyliśmy ciekawą zależność. Otóż im wyższy status materialny i wyższe wykształcenie rodziców, tym częściej pojawiało się wśród ankietowanych stwierdzenie, że wystarczy szczerze

uczucie, aby podjąć kontakty seksualne. Młodzież pochodząca z dobrze sytuowanej i wykształconej części społeczeństwa uważa, że zawarcie małżeństwa wcale nie jest tu koniecznym warunkiem. Można przypuszczać, że decydujący wpływ ma w tym przypadku o wiele łatwiejszy dostęp do różnego rodzaju źródeł wiedzy – prasy, książek czy telewizji satelitarnej. Z pewnością swoją rolę odgrywają także kontakty ze środowiskiem, w którym obracają się rodzice, oraz z rówieśnikami z tej samej grupy społecznej.

Duży wpływ na postawy młodzieży ma religijność. Im kto bardziej religijny, tym bardziej konserwatywne są jego poglądy na sprawy seksu. Większość uczniów uczestniczących kilka razy w tygodniu w praktykach religijnych uważa, że dopiero po zawarciu związku małżeńskiego dopuszczalne jest utrzymywanie kontaktów seksualnych, i to oczywiście z poślubioną osobą. Zdanie to podziela tylko co dziesiąty badany uczestniczący w praktykach religijnych rzadziej niż raz w tygodniu.

Wraz ze wzrostem częstości udziału w praktykach religijnych spada akceptacja dla przedmałżeńskich stosunków między partnerami związanymi uczuciowo.

Postawę młodych ludzi aktywnych religijnie nietrudno jest wyjaśnić. Ponad 90 proc. mieszkańców naszego kraju deklaruje się jako katolicy, a religia katolicka surowo zabrania utrzymywania kontaktów seksualnych przed zawarciem związku małżeńskiego. Tak więc trudno nawet przypuścić, aby młodzież stykająca się od najwcześniejszych lat z takimi nakazami i normami, a do tego często uczestnicząca w spotkaniach, nabożeństwach czy innych formach aktywności religijnej, wyrażała zasadniczo odmienne poglądy.

Poglądy badanych stosunkowo silnie oddziałują na ich zachowania. Uczniowie twierdzą, że ślub jest niezbędnym warunkiem życia płciowego, znacznie częściej niż inni deklarują, że nie przeszli jeszcze inicjacji. Dziewczęta i chłopcy uważający, że dla zakochanych małżeństwo nie jest konieczne, aby prowadzić życie seksualne, są bardziej aktywni seksualnie niż stawiający taki warunek.

W natłoku tych dosyć pesymistycznych i niepokojących danych zdecydowanie pozytywnie odznaczają się wyniki sondaży na temat wiedzy o środkach antykoncepcyjnych i ich stosowaniu. Porównanie danych zebranych na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat wskazuje, że doszło do radykalnej zmiany w tej dziedzinie. Wyniki moich badań z lat 1987-1988 pokazały dramatycznie niski stan świadomości młodych ludzi w zakresie antykoncepcji. Połowa respondentów nie stosowała żadnych środków antykoncepcyjnych w czasie pierwszego stosunku płciowego. Pozostali najczęściej zawierali bardzo zawodnemu środkowi w postaci stosunku przerywanego (27,3 proc. wskazań chłopców i 20,3 proc. wskazań dziewcząt) oraz nieskutecznemu w przypadku młodych kobiet *kalendarykowi* (wskazywało na niego 11,8 proc. chłopców i 19,8 proc. dziewcząt).

Prezerwatywa użyta została zaledwie przez 8,3 proc. przechodzących inicjację chłopców i 4,1 proc. partnerów seksualnych przechodzących inicjację dziewcząt. Nic więc dziwnego, że pierwszemu stosunkowi towarzyszył lęk przed niepożądaną ciążą. Częściej mówiły o nim dziewczęta (50,8 proc.), rzadziej chłopcy (34 proc.). Wśród innych obaw towarzyszących debiutowi seksualnemu młodzi mężczyźni często wymieniali obawę przed kompromitacją (20,4 proc.). Również dziewczęta o niej wspomniały (16,5 proc.). Ogółem tylko co trzeci chłopiec i co piąta dziewczyna nie odczuwali lęku w związku z inicjacją seksualną.

Natomiast najnowsze badania przeprowadzone w 1998 r. wskazują na gwałtowny wzrost świadomości młodych ludzi w zakresie antykoncepcji. Aż 76 proc. chłopców użyło prezerwatywy w czasie pierwszego aktu seksualnego. 8 proc. dziewcząt podało, że stosowały pigułki antykoncepcyjne, a odpowiednio 18 proc. i 15 proc. zastosowało równocześnie prezerwatywę i pigułkę. Większość młodzieży (82 proc.), która podjęła regularne życie seksualne, stosowała w czasie ostatniego stosunku płciowego jakiś środek antykoncepcyjny. Częściej używali ich chłopcy (86 proc.) niż dziewczęta (75 proc.). Co ciekawe, po prezerwatywy czy inne środki antykoncepcyjne chętniej sięgali chłopcy ze wsi niż z miasta, natomiast wśród dziewcząt proporcje były odwrotne. Taki wzrost odsetka używających prezerwatyw można wytłumaczyć również faktem, że dla pewnej grupy osób prezerwatywa, poza funkcją antykoncepcyjną, pełni również rolę środka zmniejszającego ryzyko zakażenia wirusem HIV.

Aby obraz życia seksualnego polskich nastolatków był pełny, nie wolno pominąć doświadczeń homoseksualnych tej grupy wiekowej. W badaniach z 1996 roku do kontaktów o charakterze homoseksualnym przyznało się 5,2 proc. dziewcząt i 3,5 proc. chłopców. W ogromnej większości przypadków homoseksualne kontakty młodych kobiet i mężczyzn wynikały ze stałej orientacji seksualnej. Innym, dosyć często wymienianym powodem była zwykła ciekawość.

Ważnym, lecz niedostatecznie jeszcze rozpoznany czynnik kształtujący zachowania seksualne dzieci i młodzieży jest zjawisko przemocy w rodzinie, szczególnie zaś wykorzystywanie nieletnich. Trudność w dogłębnym zbadaniu tego problemu tkwi w tym, że młodzi ludzie na ogół nie ujawniają tego typu zdarzeń, ponieważ wstydzą się, obawiają się potępienia, odrzucenia, alienacji. Badania z 1997 roku wykazują, że do 15 roku życia przemocy seksualnej ze strony dorosłych doświadczyło 4,9 proc. kobiet i 3,5 proc. mężczyzn.

Debiut seksualny to moment, na który zdecydowana większość nastolatków czeka z niecierpliwością i ciekawością, ale też często z pewnym niepokojem. Młodzi ludzie myślą o tej chwili, mają na jej temat różne wyobrażenia. To, jak przebiegnie pierwszy akt seksualny i jakie pozostawi wrażenia, ma duże znaczenie w życiu człowieka i niewątpliwie konsekwencje dla jego późniejszego funkcjonowania. Jeżeli młodzi ludzie decydują się na rozpoczęcie życia seksualnego, to najlepiej by było, żeby ich partnerem była osoba przez nich kochana, żeby w tym związku czuli się bezpiecznie i żeby wspomnienie „pierwszego razu” było korzystne. Niezwykle istotne jest też, aby mieli możliwie dużą wiedzę na temat seksu – wszystkich przyjemności z nim związanych, ale też możliwych konsekwencji. Jeżeli młodzi ludzie zdecydują się na pierwszy krok, to powinni odpowiedzieć sobie na kilka istotnych pytań: Czy naprawdę tego chcę? Co na to mój system wartości? Czy to jest ta właściwa osoba? Muszą się zastanowić i podjąć próbę odpowiedzi na te pytania, aby później niczego nie żałować.

Osoby odpowiedzialne zaś za realizację programów wychowania seksualnego nie powinny podlegać emocjom i stereotypom czy mitom mówiącym o tym, że na przykład edukacja seksualna zachęca młodzież do wcześniejszej inicjacji seksualnej. Niewątpliwie pod uwagę powinny być wzięte wyniki raportu WHO/GPA na temat *Wpływu edukacji seksualnej na zachowania młodych ludzi*, które wskazują że:

- Edukacja seksualna i/lub na temat HIV nie powoduje zwiększenia aktywności seksualnej.
- Dobrej jakości programy edukacyjne pomagają opóźnić wiek inicjacji seksualnej i ochronić młodzież aktywną seksualnie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym wirusem HIV, oraz przed zajściem w ciążę.
- Odpowiedzialnego i bezpiecznego zachowania można się nauczyć.
- Edukację seksualną najlepiej zacząć przed rozpoczęciem aktywności płciowej.
- Edukacja musi brać pod uwagę czynnik społecznego i kulturowego kontekstu płci, tak w przypadku chłopców, jak i dziewcząt.
- Na podejmowanie decyzji o aktywności seksualnej i zdrowie seksualne młodych ludzi wpływa wiele czynników.
- Młodzież jest grupą rozwojowo niejednorodną i nie do wszystkich można dotrzeć przy użyciu tych samych technik.

Propozycje działań profilaktycznych w środowisku ludzi młodych

dr Anna Nowak

Instytut Socjologii Uniwersytetu Szczecińskiego

Od wielu lat w realizowanych programach z zakresu profilaktyki HIV/AIDS ważną grupę docelową działań stanowi młodzież. Licznie podejmowane działania profilaktyczne są podyktowane wyraźnym wzrostem ryzykownych zachowań wśród osób młodych. Prowadzone badania naukowe, jak też obserwacja życia codziennego, nie potwierdzają funkcjonującego przekonania, że okres dojrzewania młodzieży jest przejściowy i że „wyrasta się” z szeregu pojawiających się w tym wieku trudności. Ryzyko pewnych zachowań młodych ludzi jest przyczyną wielu problemów zdrowotnych, społecznych – powodujących utrwalone skutki w życiu dorosłym człowieka. Obszar zagrożeń społecznych młodzieży w latach 90. jest spory. Do szczególnie niepokojących zachowań należą:

- używanie substancji psychoaktywnych,
- aktywność seksualna, w tym wczesna inicjacja seksualna,
- posługiwanie się przemocą,
- łamanie norm życia społecznego,
- niechęć do szkoły i innych instytucji życia społecznego,
- szukanie fałszywych autorytetów,
- innowacyjność zachowań.

Jak twierdzi wielu badaczy, lista ryzykownych zachowań jest znacznie dłuższa. Niepokój budzi z jednej strony wzrost liczby tych zachowań oraz przyzwolenie środowiska rówieśniczego na ich występowanie, a z drugiej strony ich konsekwencje w życiu młodych ludzi. Niedojrzałość biologiczna, intelektualna i społeczna sprawiają bowiem, że problemy w życiu młodych ludzi występują znacznie szybciej i przybierają niepokojący rozmiar. Jak twierdzi Joanna Szymańska, *„zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży najczęściej ze sobą współwystępują lub pociągają za sobą inne. Na przykład picie alkoholu czy odurzanie się narkotykami często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi i wczesną aktywnością seksualną – lub je wyzwała. Zachowania ryzykowne mogą się również nawzajem zastępować. Jeżeli z jakichś względów jedno zachowanie jest utrudnione lub niemożliwe, nastolatek może w to miejsce wbudować inne z listy zachowań ryzykownych. Oznacza to, że inicjacja jednego zachowania ryzykownego znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wchodzenia w następane zachowania ryzykowne”*.

To trafne spostrzeżenie Joanny Szymańskiej, jak i doniesienia naukowe wielu badaczy, powinny stanowić szczególną inspirację do podejmowania szerokich działań profilaktycznych w grupie ludzi młodych.

Oprócz ważności samych programów merytorycznych istotną sprawą jest sposób ich realizacji. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w programach profilaktyki HIV/AIDS. Realizacja tych programów dotyka bardzo często intymnych sfer życia młodego człowieka. Rozmowa na temat ryzykownych zachowań seksualnych, zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wymaga nie tylko właściwych kwalifikacji osoby prowadzącej taką edukację, istotne jest również miejsce tej edukacji. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że szkoła nie zawsze spełnia oczekiwania uczniów w tym zakresie. Brak merytorycznego przygotowania nauczycieli do takiej edukacji, posługiwanie się przez nich stereotypami – wywołują niechęć uczniów i ich bierne uczestnictwo w programach realizowanych na terenie szkoły.

Jedną ze skutecznych technik działania profilaktycznego, sprawdzoną w wielu środowiskach społecznych, jest *streetwork*. *Streetwork* polega na bezpośrednim docieraniu do potencjalnych podopiecznych w ich środowisku prywatnym lub zawodowym. Adresowany jest szczególnie do osób upośledzonych społecznie lub świadomie izolujących się w swoim środowisku. Często osoby te (grupy społeczne) mają negatywne doświadczenia związane z instytucjonalnymi formami pomocy i stąd niechętnie z propozycji tych korzystają. Dlatego trudno jest do nich dotrzeć, stosując tradycyjne oferty pomocy. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że metoda ta jest szczególnie skuteczna w pracy z takimi grupami społecznymi jak:

- młodzież grupująca się w nieformalnych miejscach spotkań, unikająca tradycyjnych form pracy z młodzieżą,
- subkultury młodzieżowe,
- osoby zażywające środki odurzające w miejscach prywatnych i publicznych,
- osoby sprzedające usługi seksualne oraz potencjalni ich klienci,
- ludzie starzy, osoby bezdomne itp.

Metoda *streetworkingu* nie należy do metod łatwych. Posługiwanie się tą metodą wymaga dużej wiedzy z zakresu poruszanych problemów, jak również pewnych cech osobowości – na przykład umiejętności łatwej komunikacji, asertywności i empatii, spójnego systemu wartości. Zastosowanie jednak tej metody umożliwia dotarcie realizowanych programów profilaktycznych do potencjalnych adresatów, nawiązanie bezpośredniego kontaktu, przekazanie istotnej wiedzy w sposób dający szansę przełożenia jej na codzienne zachowania.

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zastosowanie tej metody może w wyraźny sposób przyczynić się do:

- rozwijania umiejętności radzenia sobie z emocjami,
- rozwijania umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji,
- pokazania związku pomiędzy ryzykownymi zachowaniami a problemami zdrowotnymi,
- spowodowania mniej ryzykownych zachowań w kontekście problemu HIV/AIDS, a tym samym zmniejszenia liczby osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Wychowanie do życia w rodzinie jako program profilaktyczny

dr n. hum. Zbigniew Izdebski

Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Zielonej Górze
Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Uniwersytetu Warszawskiego

Tworzenie programów wysokiej jakości to wielkie wyzwanie dla polityków i edukatorów, którzy są często przytłoczeni ilością danych i presją opinii publicznej.

Skuteczne programy edukacyjne:

- mają solidne podstawy w teorii nauczania społecznego;
- mają precyzyjne programy nauczania, jasno definiują pożądane zachowania i jasno przedstawiają ryzyko, jakie niosą z sobą kontakty seksualne bez zabezpieczenia, oraz to, jak można się przed tym ryzykiem uchronić;
- koncentrują się na zajęciach dotyczących presji społecznej i towarzyskiej;
- uczą i dają możliwość trenowania umiejętności komunikowania się i negocjacji;
- zachęcają do otwartości w dyskusowaniu o seksie;
- uczą młodych ludzi umiejętności „odszyfrowywania” przesłań mediów, a także leżących u ich podstaw założeń i ideologii (Grunseit, 1997).

Jedynym skutecznym sposobem na ograniczanie liczby nowych zakażeń HIV jest profilaktyka zagrożeń wynikających z ryzykownych zachowań. Biorąc pod uwagę model rozprzestrzeniania się epidemii oraz drogi zakażenia, a także korzystając z doświadczeń innych krajów, można wyróżnić kilka grup docelowych szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Są to:

- młodzież,
- młode kobiety,
- osoby świadczące usługi seksualne,
- mężczyźni korzystający z agencji towarzyskich,
- mężczyźni mający seks z mężczyznami,
- osoby przyjmujące narkotyki dożylnie.

Młodzież jest szczególną grupą odbiorców programów prewencji HIV/AIDS. Działania prewencyjne mają szansę pojawić się w wieku, w którym indywidualny i osobisty scenariusz zachowań seksualnych nie jest jeszcze ustalony, a tożsamość seksualna zostanie dopiero wykształcona. Edukacja młodzieży jawi się w związku z tym jako *uczenie się czegoś nowego*, a nie *uczenie się na nowo*.

Należy zwrócić uwagę na cztery ważne aspekty, konieczne do uwzględnienia w programach prewencji HIV skierowanych do młodzieży:

1. Dorastający ludzie unikają komunikacji z rodzicami i z innymi dorosłymi w sferze dotyczącej przeżywania i doświadczania seksualności. Grupa rówieśnicza często przejmuje rolę edukacyjną w tym zakresie; wiedza przekazywana przez rówieśników nierzadko opiera się na mitach i stereotypach (znaczenie edukacji rówieśniczej – *peer education*).
2. Młodzież nie ma tak wielu partnerów seksualnych, jak to się powszechnie sądzi. Często zmianę partnera w okresie poszukiwań można zaobserwować w przypadku małej grupy młodych osób. Doświadczanie