Władysław Dykcik

Interkulturowe i makrospołeczne konteksty stereotypów w działalności praktycznej z osobami niepełnosprawnymi

Niepełnosprawność nr 1, 25-57

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Władysław Dykcik

Interkulturowe i makrospołeczne konteksty stereotypów w działalności praktycznej z osobami niepełnosprawnymi

Wstęp

Zmiany społeczno-polityczne, jakie nastąpiły w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku w Europie, wpłynęły w istotny sposób na kształt funkcjonujących w tym obszarze społeczeństw, a zwłaszcza ich demokratyzacji. Demokracja to przede wszystkim dopuszczenie w życiu społecznym i politycznym tego co indywidualne, a nawet jednostkowe, demokracja to wielość i różnorodność zarówno osobowości, stanowisk, poglądów i postaw interpersonalnych. Potrzeba demokratyzacji i humanizacji różnych form życia społecznego wynika z różnorodności kulturowej i konieczności bycia ze sobą, wzajemnego współistnienia różnych kategorii ludzi i mimo istniejących różnic statusowych oraz odmienności psychofizycznych współtworzenia całego społeczeństwa. Aby tworzone relacje pozwalające na współżycie różnych grup ludzi, mimo podziałów narodowościowych, religijnych, poglądów moralnych i politycznych potrzebna jest wzajemna tolerancja. Jest ona niezbędna zwłaszcza wtedy, gdy wzajemne współistnienie mają różną wspólną interakcyjną przeszłość oraz różnorodną tradycję doświadczania tej przeszłości (Zachariasz, Symotiuk red., 2001). Najnowszymi wartościami, w których dynamicznym formowaniu i upowszechnianiu duży wkład ma społeczeństwo polskie, są solidaryzm i pluralizm kulturowy (Ogrodzka-Mazur, 2004, s. 63). Zmiany w sposobie myślenia, postrzegania i doświadczania niepełnosprawności ludzkiej i osób z niepełnosprawnością koncentrują się wokół kwestii społecznych oraz kulturowych doświadczeń osób z różnego rodzaju odmiennością wytwarzających określone mechanizmy nierównego traktowania tych osób w wymiarze indywidualnym i osobistym, ale także w aspekcie ekonomicznym, edukacyjnym i politycznym o globalnym zasięgu (Rzeźnicka-Krupa, 2009, s. 93). Z licznych badań empirycznych pedagogów, psychologów i socjologów z lat 1990–2009 wynika, że w społeczeństwie istnieją realne

i obiektywne warunki oraz możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób z różnymi ograniczeniami pełnosprawności. Potwierdzają je historyczne, postępowe zmiany w kulturze, etyce, polityce i prawie służące zaspokajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych (Dykcik, 1996, 1997, 2005, 2006).

Cechą charakterystyczną rewolucyjnej przemiany tradycyjnego paradygmatu naukowego w pedagogice specjalnej, jako społecznie nieprzydatnego, jest całkowite odrzucenie starego wzorca postępowania, jest zakwestionowanie jego kontrastu między dawną a nową teorią, jest też ewolucja form relacji człowiek – człowiek niepełnosprawny. Paradygmat stosunku, postaw społeczeństwa wobec osób z różną ograniczoną sprawnością ma swoje odległe uzasadnienie historyczno-kulturowe (Dykcik, 2006, s. 46). W prehistorii natura negatywnych emocji wobec osób fizycznie i psychicznie upośledzonych wynikała z postawy nieakceptacji, poczucia strachu, wrogości, dystansu, litości, co w rezultacie skutkowało odrzuceniem tych jednostek lub izolacją oraz negatywną selekcją, segregacją, stygmatyzacją, marginalizacją, degradacją, dyskryminacją, a nawet społecznym wykluczeniem. W kontaktach z innymi ludźmi ważne bywa jak postrzegana jest atrakcyjność interpersonalna człowieka, która w stosunkach międzyludzkich stanowi istotny czynnik przystosowania i doboru społecznego. Wymiar ten jest uniwersalny, wszelkie interakcje człowieka oscylują między przyjaźnią a wrogością, miłością i nienawiścią, wyzwala sympatię, akceptację, przyjaźń, bądź też niechęć, odrzucenie, dezaprobatę, wrogość i nienawiść (Pietrzak, Hałaj, 2000, s. 32). W świadomości humanistycznej ludzi pojawiły się demokratyczne formacje i orientacje społeczne zmieniające relacje człowiek–człowiek, a zwłaszcza rodzice-dziecko. Zrodziły się one pod wpływem dostrzeżenia realnych szans i możliwości rozwojowych tych jednostek, takich samych ludzi jak wszyscy, kiedy dostrzega się dwie dodatkowe kategorie w sposobie podejścia do problematyki wrażliwości oraz perspektyw aktywności osób z niepełnosprawnością w społe- czeństwie, jest nim paradygmat: system i ekologia (Speck, 2005). Ekologia skupia się na całościowym ujęciu rehabilitacji jednostki w naturalnym systemie jej życiowego środowiska i na pełną normalizację lepszej przyszłości, która wykorzystuje programowo twórczy wymiar czasowo-ewolucyjny rozwoju jednostki jako istoty człowieczeństwa.

Mimo nieuchronności i niezbywalności zaistniałych psychofizycznych wad i zaburzeń u osób z niepełnosprawnością, nadal istniejących różnych mitów i barier, stopniowo zmieniały się dotychczasowe formy wsparcia, pomocy i metody opieki, edukacji, terapii i rehabilitacji, powodując ich upowszechnienie oraz instytucjonalizację w działaniach indywidualnych, grupowych (socjalizacja), społecznych (akulturacja) i cywilizacyjnych (normalizacja jakości życia) – (Błeszyńska, 2001, s. 124). Doktrynalne cechy języka pedagogiki specjalnej zawartego w poję-

ciach teorii i praktyki pedagogicznej są względnie trwałym schematem wyznaczającym granice szans, oczekiwań i możliwości projektowania, uzasadniania intencjonalności, racjonalności oraz efektywności działań terapeutyczno-wycho- wawczych, usamodzielniających ludzi mniej sprawnych (Dziemidowicz, 1996, s. 16).

1. Pojęcie stereotypu w socjologii i psychologii społecznej

Doktrynalność języka pedagogiki specjalnej polega na schematycznie utrwalonym porządkowaniu faktów pozajęzykowych, które tworzą stereotypowe, arbitralnie wybrane kategorie faktów i ich interpretacje według coraz bardziej utrwalonych stereotypów i ustawicznej promocji całkowicie nieskutecznych metod, pełniąc funkcję uniformizacji i etatyzacji, zawiera więc także twierdzenia zawężone, jednostronne, dyskryminujące i jatrogenne. Życie osoby niepełnosprawnej przeważnie postrzegane jest jako stan niesamodzielności, bezradności, niemożności radzenia sobie z trudnościami i wymagający pomocy innych. Człowiek z niepewnością jest zagrożony marginalizacją, osamotnieniem i wyobcowaniem. Stereotypy są więc szczególnymi schematami kategorialnymi, których podstawową właściwością jest: 1) nadmierne uproszczenie; 2) nasycenie wartościowaniem; 3) nadogólność, czyli ukryte przekonanie o podobieństwie wszystkich reprezentantów danej grupy; 4) niewielka podatność na zmiany (Weigl, 2000, s. 206). Istnieją różne podejścia do stereotypów, jedno odwołuje się do przeciwstawienia opis–wartościowanie (podejście deskryptywne versus ewaluatywne), a drugie do przeciwstawienia jednostka–grupa (podejście indywidualistyczne versus kulturowe, grupowe). W podejściu indywidualistycznym wyróżnia się trzy poziomy ogólności opisu, w których występuje koncentracja na schemacie grupowym, na prototypie grupowym lub koncentracja na egzemplarzu, czyli na przypadkach konkretnych osób z danej grupy kategorialnej (Weigl, 2000, s. 207). Negatywne stereotypy związane z niepełnosprawnością i osobami niepełnosprawnymi będą oporne na wszelkie modyfikacje dopóty, dopóki ta kategoria społeczna będzie postrzegana jako grupa obca. Ponadkulturowa zgodność treści stereotypu odnoszącego się do pojęcia *niepełnosprawność ludzka* tworzy silne zabarwienie emocjonalne, a dotyczy przede wadliwości nieuzasadnionych uprzedzeń w postrzeganiu jej (Rzeźnicka-Krupa, 2003, s. 92–93).

Stereotypy są to uproszczone definicje ludzi, przedmiotów, stosunków, sytuacji czy grup społecznych, które przekazuje tradycja społeczna, zawierające tendencyjne, stronnicze, niezweryfikowane uogólnienia, schematy kategorialne i sądy najczęściej fałszywe lub nadmiernie uproszczone, zawiera wartościowania dodatnie lub ujemne obiektywnej rzeczywistości – zawsze odbieranej uczuciowo. Stereotyp to opinia lub obraz przyjmowany przez osobę lub grupę jako reprezentację poznawczą większych grup społecznych, której podstawową właściwością jest nadmierne uproszczenie i niepodatność na zmiany. Stereotypy jako swoiste-

go rodzaju etykiety społeczne różnią się między sobą pod względem przedmiotu, znaku, siły, złożoności, trwałości, poziomu popularności oraz stopnia racjonalności. Mogą one powodować liczne międzyludzkie nieporozumienia i konflikty, a społeczeństwo i kultura strzeże je, utrwala i powiela jako oczekiwania lub nastawienia. Kiedy psycholog społeczny definiuje pojęcie stereotypu, ma z reguły na myśli schematyczny wizerunek przedstawicieli pewnej grupy społecznej, a stereotyp ów jest traktowany jako system asocjacyjny, którego punktem węzłowym jest cecha definiująca przynależność do grupy lub kategorii, a składnikami – powiązane z węzłem cechy charakterologiczne, uważane za typowe dla tej grupy. Myślenie stereotypowe jest rozumiane jako skłonność do bezrefleksyjnego przypisywania ludziom wybranych cech tylko dlatego, że do pewnej grupy społecznej należą (Kofta, Sędek, 1999, s. 174). Wielość definicji pojęcia *stereotyp* można usystematyzować, biorąc pod uwagę cztery główne nurty w analizie tego zjawiska, tj. nurt indywidualny (rozpatrywany w perspektywie społeczno-poznawczej), zbiorowy (oceniany w perspektywie kulturowej) oraz nurt deskryptywny i ewaluatywny.

2. Stereotypy istniejące w społeczeństwie i w profesjonalnych organizacjach pomocy niepełnosprawnym

W organizacjach opieki i pomocy niepełnosprawnym istnieje wiele zadawnionych stereotypów dotyczących postaw i zachowań wobec osób niepełnosprawnych, a posługiwanie się stereotypami przez osoby profesjonalnie pomagające jest często nieświadome i głęboko zakorzenione, niekoniecznie wiąże się z zamiarem piętnowania innych. Termin *stereotyp* funkcjonuje w języku potocznym i jego potoczne znaczenie wyraża coś upraszczającego daną rzeczywistość, do której się odnosi, sztywnego i fałszującego jej obraz w mechanizmie stereotypizacji (lub szerzej prototypizacji) – (za Kurcz, 1992, s. 43). Także profesjonalna definicja niepełnosprawności jest często „zainfekowana" stereotypami. Stawia ona w centrum przede wszystkim problemy tkwiące w jednostce, pomijając sytuację społeczną i jej wpływ na życie tej jednostki. Popularne stereotypy dotyczące osób niepełnosprawnych są też szeroko rozpowszechnione w społeczeństwie i spełniają funkcje deskryptywne oraz ewaluatywne. Osoby z różnymi kategoriami ograniczonej sprawności często są postrzegane jako obiekty litości, jako osoby groźne dla społeczności, chore, bezradne, niepotrzebne, przeklęte przez Boga lub będące jego eksperymentem, albo – przeciwnie – nadzwyczajnie przez niego obdarowane, lub też traktowane jako swoisty „wybryk natury".

Stereotypy związane z niepełną sprawnością, mimo iż czasem budowane są, jak stwierdza J. Rzeźnicka-Krupa (2003), na podstawie sympatii czy współczucia (a więc uczuć pozytywnych), zawsze mają jednak negatywny, a nawet destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie. Negatywne stereo-

typy z osobami niepełnosprawnymi są oporne na wszelkie modyfikacje z towarzyszącym im poczuciem obcości i społeczno-kulturowego dystansu w różnych środowiskach. Często przez pryzmat tych stereotypów, niepełnosprawnym (jako niezróżnicowanej grupie) z góry nadawane są pewne oczekiwania społeczne. Osoby (nie tylko niepełnosprawne), od których oczekuje się pewnych zachowań czy postaw (np. bycia niedołężnym czy niesamodzielnym), traktowane w ten określony sposób zaczynają się zachowywać tak, aby spełniać te społeczne wymagania. Postawy społeczne wzmacniają więc negatywnie zabarwione oczekiwania i nastawienia społeczne wobec niepełnosprawnych. Ableizm (ang. *ableism*) to przekonanie, że jednostki niepełnosprawne są gorsze i stoją niżej w hierarchii wartości niż ludzie pełnosprawni; to postawa większości społeczeństwa pełnosprawnego w stosunku do niepełnosprawnej mniejszości, zabarwiona negatywnie na podstawie dyskryminujących stereotypów.

Trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ludzie odbierają innych za pomocą stereotypów, które są nabywane w procesie socjalizacji jednostki i wyrażają się w formie uprzedzeń oraz przesądów jako nieuzasadnione negatywne postawy wobec osoby lub grupy postrzeganej jako „inna" (Wosińska, 2004, s. 469). We współczesnej psychologii S.A. Rathus (2004, s. 693) wymienia kilka źródeł, są to odmienność, konflikt społeczny, uczenie się od innych, procesy przetwarzania informacji na podobieństwo filtra, również kategoryzacje społeczne, czyli podział ludzi na „my" i „oni", bycie ofiarą uprzedzeń. Geneza powstawania i utrzymywania się stereotypów jest wieloprzyczynowa, a zjawisko to poznane jest bliżej od strony psychologicznych i socjologiczno-kulturowych mechanizmów ich tworzenia się, w których główną rolę odgrywają różne typy relacji JA-MY-ONI. Źródła wielu stereotypów można wyjaśnić wpływem kategoryzacji społecznej. Aby wyjaśnić, jak uprzedzenia wpływają na codzienne interakcje, musimy rozpatrzyć struktury pamięci, które stanowią ważne oparcie dla uprzedzeń, a mianowicie stereotypy (Gerrig, Zimbardo, 2009, s. 550–551).

Na podstawie własnych badań empirycznych K. Błeszyńska (1997, s. 427) wskazuje na zawężone oraz jednostronne postrzeganie i rozumienie zjawiska niepełnosprawności, co w rezultacie sprzyja podtrzymywaniu i utrwalaniu różnego rodzaju uprzedzeń lub negatywnych postaw otoczenia wobec osób niepełnosprawnych. Eksponowanie integracji fizycznej tych osób nie jest wystarczające i wywiera niewielki wpływ na zmianę funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i negatywnych nastawień. Zmiana negatywnych doniesień i stygmatów jako efektu społecznego naznaczenia wymaga alternatywnych oddziaływań edukacyjnych i dłuższej interwencji dotyczących głębszych, ukrytych mechanizmów i obszarów kulturowo-społecznych wobec jednostek uznanych jako dewiantów i skazanych na ogół na społeczną deprecjację i piętno (Sadowska, 2005).

Według Z. Chlewińskiego (1992, s. 11–13) struktura pojęciowa stereotypu charakteryzuje się następującymi istotnymi cechami: 1) poznawczy charakter treści stereotypu; 2) ewaluatywno-emocjonalny charakter treści stereotypu; 3) generalizacja treści – nieuprawnione, zwykle negatywne uogólnienie; 4) trwałość i niepodatność na zmianę; 5) spójność oparta na wzajemnych powiązaniach sądów oceniająco-emocjonalnych; 6) społeczny charakter – kiedy chodzi o różne kategorie dotyczące cech grupy ludzi i osób utrzymujących się dzięki grupie; 7) werbalny charakter stereotypów wyrażonych w jakimś systemie językowym; 8) subiektywna pewność co do trafności i trwałości. Różnice między stereotypem a uprzedzeniem, w którym komponent emocjonalny jest istotnym składnikiem motywacji do działania stymulującego agresję werbalną, jak i czynną powodując zachowania dyskryminacyjne, degradacyjne lub marginalizacyjne.

Różni autorzy, analizując społeczne funkcje stereotypów w reprezentacji poznawczej otoczenia, wyróżniają ich arbitralność w ocenie ich szczegółowości i ogólności oraz dostrzegają różnice w interpretowaniu, zależnie od preferencji teoretycznych i praktycznych (z możliwością wykorzystania w profilaktyce, psychoterapii indywidualnej i socjoterapii). Prototypowy charakter stereotypu pozwala wyodrębnić najbardziej istotne i charakterystyczne oraz peryferyjne społeczne funkcje postaw i zachowań oraz wyjaśnić sens ich zaistnienia.

Funkcje stereotypów odpowiadają w pewnym zakresie potrzebom orientacji życiowej w uproszczonym realnym świecie społecznym, czyli są to: 1) funkcje przystosowawcze; 2) funkcje ekonomizacji procesów poznawczych w wyniku selektywnego odbioru informacji; 3) zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, dostarczające podmiotowej wizji rzeczywistości społecznej; 4) zapewnienie przewidywalności zachowań, zwłaszcza członków własnej grupy, którzy posiadają podobne stereotypy, jednostek, które skłonne są wydawać sądy o różnych grupach, wykraczające często „poza dostarczone informacje"; 5) funkcje komunikacyjne, gdy różne stereotypy izolują różne kategorie osób z ograniczoną niepełnosprawnością między sobą; 6) funkcje manipulacyjne, wykorzystywanie stereotypów w propagandzie, reklamie, wywoływania sztucznych potrzeb i zwiększenia motywacji dla posiadania atrakcyjnych przedmiotów; 7) kanalizacji agresji wobec „innych" (Chlewiński, 1992, s. 18–19). Problematykę stereotypizacji można analizować i oceniać w szerokiej perspektywie teoretycznej społecznego konstrukcjonizmu, a centralną rolę w procesie tworzenia wspólnie podzielanych znaczeń zajmuje język, czyli określone werbalne i niewerbalne zachowania językowe, powstające w społecznych kontaktach i interakcjach tworzących dyskurs życia społecznego (Rzeźnicka-Krupa, 2003, s. 87). Językowy obraz niepełnosprawności w wymiarze jednostkowym, jak i na płaszczyźnie kontaktów międzyludzkich, jest podstawowym elementem procesów kategoryzacji jednostek i pełni liczne funkcje w stereotypizacji, a także konstruuje swoiste normy kulturowe, okre-

ślające role społeczne osób przypisanych do danej kategorii społecznej. Cytowane wyżej badania empiryczne J. Rzeźnickiej-Krupy potwierdzają jak różnie ludzie określają treść stereotypu odnoszącego się do osób niepełnosprawnych w swobodnych skojarzeniach ujawniających spontaniczne reakcje stereotypowe. Według wyników badań empirycznych A. Ostrowskiej (1994) w potocznym definiowaniu kategorii osób niepełnosprawnych jest wiele rozbieżności i dystansów wynikających z widocznych symptomów wad fizycznych i zaburzeń sensorycznych. Potoczne wyobrażenia o osobach niepełnosprawnych koncentrują się na ich słabościach, wadach, ograniczeniach, które odzwierciedlają niekorzystne dla nich degradujące społecznie utrwalone przesądy, uprzedzenia i negatywne nastawienia potęgujące dewiacyjny status i niezbywalne piętno. W warunkach odczuwanego dyskomfortu psychicznego część tej licznej zbiorowości osób ulega procesom frustracji lub na skutek przyjętych postaw i stylów życia ujawnia stany automarginalizacji (Kotlarska-Michalska, 2005, s. 311).

W wizerunkach niepełnosprawności w mediach powiela się jeszcze niestety stereotypy (Barnes, 1977), w których ukazuje się osoby niepełnosprawne jako: godne pożałowania i patetyczne, obiekty przemocy lub drwin, ciężar dla społeczeństwa, bądź też jako osoby groźne i złe, superkaleki, osoby słabe, bierne i bezczynne, seksualnie nienormalne, niezdolne do pełnego udziału w życiu publicznym. Jednocześnie proponuje się konieczność zmiany sposobów przedstawiania wizerunku tych osób w pozytywnym świetle. Cechy przypisywane jednostkom niepełnosprawnym ukazują je jako ludzi słabych, lękliwych, samotnych, wycofujących się, niepewnych siebie, skrytych, nerwowych, roszczeniowych, niezadowolonych z życia i na ogół ubogich oraz nieszczęśliwych (Ostrowska, Sikorska, 1996, s. 94–95).

Stwierdzono tendencyjność, ogólnikowość i sztywność właściwości treściowych oceny cech oraz zjawisk dotyczących oczekiwań częściej występujących w otoczeniu niż to jest w rzeczywistości. Fenomen piętna jest obecny w życiu społecznym od zawsze. Ujawnia on określenia mylące, literackie i medialne dotyczące oceny obszaru semantycznych skojarzeń z pojęciem niepełnoprawność np. „jednostki sprawne inaczej", „odchylone od normy", w których rozmywa się logika percepcji cech i sens rozumienia skutków niepełnosprawności. W stereotypach tych następuje ujawnianie postawy protekcyjnej „obdarzanie" (naznaczanie) osoby z niepełnosprawnością epitetami, które niekoniecznie do niej pasują, np. „biedactwo", „chory" „nieszczęśliwy", „zagubiony i bezradny". W ten sposób powstaje i utrwala się wspólnota solidarności i pomocy między ludźmi jako jednostek wrażliwych na ludzką krzywdę, empatycznych, altruistycznych, a przez to wartościowych, uspołecznionych. Często w tych werbalnych litościwych określeniach wyraża się postawa pozorów pomagania oraz deklaracja poczucia niepozostawania obojętnym wobec ludzi pokrzywdzonych przez los (Konarska, 2008, s. 136).

Dla większości ludzi najistotniejszą właściwością stereotypów jest ich negatywne zabarwienie, między innymi dlatego uważa się je za stygmatyzujące, obraźliwe, choć z pewnością znane są stereotypy pozytywne, a negatywne wartościowanie nie może być częścią definicyjnej istoty stereotypów i być może stanowi element stereotypów prototypowych (Macrae, Stanger, Newstone, 1999, s. 345). Już w wieku wczesnoszkolnym dziecko rozbudowuje swoje struktury i schematy poznawcze, które tworzą zarazem ogólną koncepcję własnej osoby i dążenia do określania własnej tożsamości. W proces ten wpisuje się również stereotypowe postrzeganie „innych" oraz funkcjonowanie u dzieci uprzedzeń, będących wyrazem ich negatywnej postawy w stosunku do innych lub obcych. Czynniki powiązane ze strukturą społeczną środowiska życia, czynniki osobowościowe (np. brak tolerancji, autorytaryzm, konformizm) oraz czynniki kulturowe podtrzymują dotychczasowe stereotypy i uprzedzenia, postrzegany przez dzieci „paradygmat obcego" (Ogrodzka-Mazur, 2004, s. 72).

Stereotypy jako zbiór sądów dotyczących osób niepełnosprawnych koncentrują się na ich wadach, brakach, ułomnościach, które tworzą obiegowe, krzywdzące często określenia jako przyczyny funkcjonowanie niewłaściwych postaw, ocen i uczuć ujawnianych w relacjach społecznych i reakcjach afektywnych. Wielu badaczy ujmuje stereotypy jako jeden z mechanizmów upraszczających inność ludzi jako cech różniących się od tzw. normalnych. Życiowe trudności osób niepełnosprawnych nie pozwalają poradzić sobie ze złożonym środowiskiem społecznym z uwagi na odmienność i utrudnienia w sposobie komunikacji z innymi ludźmi (za Sak. Grzebinoga, 2007, s. 225; Sieradzki, 2000, s. 79).

3. Historia niepełnosprawności i powstawanie antystygmatyzacyjnej „kultury osób niepełnosprawnych" oraz hipotez tłumaczących ich społeczną dyskryminację

Historia osób niepełnosprawnych jest bogata i różnorodna na przestrzeni dziejów ludzkości. Ukazuje ona trzy możliwe modele postrzegania niepełnosprawności przez społeczeństwo: model moralny, model medyczny oraz model społeczny/mniejszościowy. Pierwszy z nich zakłada, że niepełnosprawność jest skutkiem grzechu i zła, osoby niepełnosprawne zaś postępowały bądź postępują niemoralnie, wiodą „złe" życie. Niepełnosprawność jest traktowana jako dewiacja społeczna, wynik grzechu i często łączona jest w dzisiejszych czasach z alkoholizmem lub narkomanią. Ten pogląd panował od cywilizacji starożytnych aż po wczesne średniowiecze. Skutecznie podtrzymywała go też niestety kultura judeochrześcijańska. Model medyczny pojawił się wraz z Oświeceniem, na początku XVIII wieku. W tym modelu jednostki niepełnosprawne były postrzegane jako odpychające i nienormalne, a przede wszystkim niezdolne do prowadzenie samodzielnego życia, a co za tym idzie, musiały być nadzorowane przez leka-

rzy i specjalistów oraz traktowane raczej jak przypadki medyczne, a nie pełnowartościowi ludzie. Wierzono, że w ten sposób można uczynić ich „normalnymi". Osiemnastowieczny darwinizm społeczny dążył do wykluczenia tych ludzi ze społeczeństwa, uważając ich za niepotrzebne i niepożądane elementy społeczeństwa. Takie podejście, napiętnowanie wstydem i poczuciem niższości tych jednostek utrzymywało się do lat pięćdziesiątych XX wieku.

Model społeczny/mniejszościowy, w odróżnieniu od dwóch poprzednich, przedstawia niepełnosprawnych jako dyskryminowaną mniejszość w społeczeństwie zdominowanym przez jednostki sprawne, zdolne i twórcze. Traktuje niepełnosprawność jako konstrukt społeczny, jak na przykład rasa czy pochodzenie. Z modelem tym związany jest ruch samodzielnego życia i walka o osiąganie praw społecznych (przystosowania architektoniczne i zrównanie praw), które pojawiły się w latach sześćdziesiątych. Różne inicjatywy legislacyjne oraz akty prawne dotyczące opieki, pomocy rehabilitacyjnej i edukacji są efektem samoskuteczności działania przede wszystkim samych niepełnosprawnych, ich rodzin, terapeutów oraz liderów lokalnego środowiska.

Przez wiele lat niepełnosprawność była traktowana jako upośledzenie, oznaka słabości, poczucie wstydu niepełnego człowieczeństwa, a poprzez to podlegała społecznej izolacji, marginalizacji i dyskryminowaniu. W przeciwieństwie do dyskryminowanych mniejszości etnicznych czy narodowych niepełnosprawni, często izolowani w domach lub specjalnych ośrodkach, nie mieli szansy wytworzyć wspólnej, wyrosłej z podobnych doświadczeń, tożsamości grupowej (a co za tym idzie często też indywidualnej) ani swojej kultury. Aby zrozumieć istotę rodzącej się kultury niepełnosprawnych, trzeba najpierw zrozumieć istotę kultury w ogóle. Kultura to zarówno produkty umysłowe (normy, wartości, symbole, ideologie itd.), jak i postawy i relacje międzyludzkie. Jest więc zgromadzoną wiedzą, według której postępują ludzie. Kultura wpływa na oczekiwania społeczne dotyczące prawidłowych zachowań ludzi i przypisuje im określone role społeczne, adekwatne do posiadanych umiejętności społecznych. Role te zmieniają się na przestrzeni wieków, ale pozostaje poczucie tradycji i przynależności do danej grupy, np. rodziny, mniejszości etnicznej (duma z bycia członkiem wspólnoty, poczucie tożsamości i przynależności do grupy). Kultura często rodzi się z wspólnych przeżyć i działań według hasła: wystarczy być. Od początków lat sześćdziesiątych XX wieku niepełnosprawni zaczynają wychodzić z izolacji i zrzeszać się w organizacje samopomocowe. Wcześniej było to niemożliwe – darwinizm społeczny przełomu XIX i XX wieku uważał niepełnosprawnych za źródło chorób społecznych i stosował drastyczne metody segregacji (zamykanie w ośrodkach, masowa sterylizacja); zalegalizowana eutanazja niepełnosprawnych w nazistowskich Niemczech; istniejący jeszcze w latach pięćdziesiątych naszego wieku kulturowy ableizm uniemożliwiały niepełnosprawnym osiągnięcie poczucia swej tożsamości i wartości.

Dziś niepełnosprawni stanowią prężnie działającą grupę walczącą o swe prawa zarówno społeczne (bycie traktowanym na równi ze sprawnymi), jak i polityczne. Choć osiągają pewien etap rozwoju, zawsze pozostają w jakiś sposób ograniczeni. Ale w tym ograniczeniu i słabości niosą nam szczególną wartość, podstawową wartość osoby ludzkiej, jaką jest zdolność do dawania i dar przyjmowania miłości. Kultura niepełnosprawnych, odkryta i rozwijana początkowo w izolacji, świetnie rozwija się w grupie, mającej te same doświadczenia, identyfikacje i poczucie wspólnej tożsamości. Priorytetem i stymulatorem tej aktywności jest idea integracji niepełnosprawnych, wyrażająca się pełnym uczestnictwem w społeczeństwie i zmianą postawy społeczeństwa wobec nich, polegającej na traktowaniu ich jako innych (a nie gorszych), indywidualności (a nie pacjentów lub klientów), oceny ich niepełnosprawności jako problemu społecznego, tkwiącego nie tylko w jednostce.

Można wysunąć kilka hipotez, które mogą tłumaczyć istnienie stereotypów ujawniających dezaprobatę dla osób niepełnosprawnych (Dziemidowicz, 1997, s. 125-129): 1) hipoteza przesądu – jako naturalny odruch litości dla kaleki, który stwarza możliwość uczenia się zachowań według wzorów kultury danego środowiska cywilizacyjnego; 2) hipoteza różnicy przyjmuje, że źródłem nietolerancji dla innych niekoniecznie jest sama niepełnosprawność, lecz jakakolwiek różnica dzieląca ludzi, która sprawia, że faworyzuje się „swoich"; 3) hipoteza socjologiczna, która tłumaczy odrzucenie osoby niepełnosprawnej jako nie nadającej się do realizacji programu genetycznego, gdyż osobnik niepełnosprawny nie jest nosicielem genów „lepszych"; 4) hipoteza psychoanalityczna – uzasadnia dyskryminację tych osób syndromem awersji seksualnej, która wyklucza z grona ewentualnych partnerów seksualnych; 5) hipoteza ekonomiczna – przyjmuje, że wiele osób z niepełnoprawnością jest niezdolnych do produkcji materialnej, a „normalne społeczeństwo" zmuszone jest je utrzymywać; 6) hipoteza dystansu poznawczego – pozwala wyjaśnić stereotyp dyskryminujący te osoby dążeniem do utrzymania pewności i normalności ładu świata społecznego, każdy bowiem może znaleźć się w sytuacji kryzysu, klęski, choroby, kalectwa i śmierci; 7) hipoteza pustki filozoficznej wynika z nieuświadomionej reakcji każdego, kto kształtuje swoje życie według naturalnych obyczajów, naiwności, głupoty postępowania w dobrej wierze, a więc jako przejaw niedojrzałości moralnej i intelektualnej; 8) hipoteza kulturowa tłumaczy akty niechęci lub agresji wobec niepełnosprawności poziomem kultury; 9) hipoteza demokracji wyjaśnia złe traktowanie jako prawo sprawowania władzy większości nad mniejszością; 10) hipoteza rodzicielska – reakcje dyskryminacyjne wynikają z nieracjonalnej reakcji na możliwość urodzenia się niechcianego dziecka z niepełnosprawnością; 11 hipoteza obyczajowa traktuje dyskryminację lub nieakceptację jako formę obyczajową tradycji kulturowej, co wyraża się w dowcipach, przysłowiach i powiedzonkach o wariatach,

jąkałach, kalekach; 12) hipoteza niekompetencji tłumaczy, że obecność osób niepełnosprawnych ujawnia niekompetencję ludzi uważających się za kulturalnych, obytych i na wyższym poziomie; 13) hipoteza naturalna wskazuje na naturalny charakter agresji, czyli drapieżności charakteru natury gatunku ludzkiego.

Problemem wymagającym nowej interpretacji jest źródło nietolerancji niepełnosprawności w środowiskach samych osób o różnej kategorii ograniczonej sprawności, różnicującej sens i poziom jakości życia. Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian jest i staje się coraz bardziej optymistyczna. Obok przesądów zakorzenionych w magii, religijności oraz powierzchownej „mądrości" ludowej mamy wiele wspólnotowych programów, projektów pomocowych, z których mogą być finansowane działania na rzecz osób niepełnosprawnych (Ferenc, 2008). Działania Unii Europejskiej dotyczące zwalczania wykluczenia społecznego, dyskryminacji oraz wspierania edukacji pozaformalnej i różnych elastycznych form zatrudniania przełamują dotychczasowe stereotypy, że zrozumienie i przyjęcie pełnoprawności obywateli odbiegających od społecznie przyjętej normy jest niemożliwe (Wapiennik, Piotrowicz, 2002),

4. Stadia i szanse transgresyjnego rozwoju i stabilizacji życiowej człowieka z niepełną sprawnością

Niepełnosprawność, nabyta czy wrodzona, zawsze wywiera ogromny wpływ na życie jednostki, choć nie każdą niepełnosprawnością zajmuje się pedagogika specjalna. Zarówno tradycyjne, jak i współczesne teorie rozwojowe albo zupełnie pomijają problem niepełnosprawności, albo traktują ją jako patologię. Freud wyróżnia kilka stadiów rozwoju, którego głównym napędem jest libido: oralne, analne, falliczne, latentne oraz genitalne. Piaget wyróżnia cztery stadia rozwoju intelektualnego, w których dziecko poznaje nowe struktury poznawcze i asymiluje je do już znanych. L. Wygotski uzupełnił teorię J. Piageta, podkreślając społeczny i interakcyjny charakter rozwoju, a zwłaszcza rolę języka i kultury. E.H. Erikson wyróżnił osiem stadiów rozwoju psychospołecznego i osiem zadań ego. Również Mass badał rozwój człowieka w ciągu całego życia. Podkreśla on, że środowisko i kontekst społeczny są niezwykle ważne w zrozumieniu wielowymiarowości oraz wielokontekstowości rozwoju osób niepełnosprawnych. Uwydatnia wpływ dyskryminacji i segregacji na rozwój, postulując potrzebę stworzenia wspierającego środowiska osobom niepełnosprawnym. Poza wszystkimi rozwiązaniami i ułatwieniami zewnętrznymi w podnoszeniu jakości życia osób z niepełnosprawnością najistotniejsza jest postawa samych niepełnosprawnych wobec swoich problemów, gotowości do szukania sprawności w niepełnosprawności i możliwości aktywnego życia (Kościelska, Aouil, 2003, s. 8). Transgresje psychologiczne polegają na przekroczeniu osobistych granic materialnych lub symboli-

cznych, są źródłem kultury, mają charakter twórczego procesu, który jest nowy historycznie i są nośnikami rzeczywistych trwałych wartości dla określonej zbiorowości, nowatorskie metody i formy systemu rehabilitacyjno-edukacyjnego (Kozielecki, 1997, s. 210–211).

Teoria adaptacyjna Crate'a zawiera pięć stadiów adaptacji do niepełnosprawności, którymi są: zwątpienie (wyparcie niepełnosprawności), rozwój świadomości, reorganizacja (zmiana zachowania i myślenia prowadząca ku akceptacji niepełnosprawności), decyzja oraz zmiana tożsamości (całkowita akceptacja). Teorie adaptacyjne podkreślają, że wspierające środowisko skupia się na mocnych stronach jednostki, zamiast na jej słabościach, nie traktuje też niepełnosprawności jako choroby czy patologii społecznej. W literaturze dotyczącej rozwoju jednostki niepełnosprawne były lekceważone lub postrzegane i opisywane z perspektywy ableistycznej. Dziś coraz więcej autorów porusza problem jakości życia i funkcjonowania osób niepełnosprawnych, podkreślając nietypowe dla osób pełnosprawnych sytuacje i problemy rozwojowe. Od urodzenia do trzeciego roku życia dziecko może doświadczyć pierwszego poczucia świadomej dyskryminacji. Dużą rolę w akceptacji dziecka odgrywa sposób traktowania w rodzinie i wypełniane przez nią role społeczne. Od 3 do 6 lat dziecko uczy się mowy i w tym obszarze może przeżywać liczne niepowodzenia. W następnej fazie (6–12 lat) zaznacza się głównie wpływ rówieśników (akceptacja lub jej brak), z tym wiekiem wiąże się też stres związany z pójściem do szkoły i poczuciem „inności" przedział wiekowy 12–18 lat to, szczególnie problematyczny dla osób niepełnosprawnych okres poszukiwania własnej tożsamości. Niepełnosprawność stawia też wiele wyzwań we wczesnej dorosłości (możliwości edukacyjne, zatrudnienie, życie kulturalne, rekreacja). Rodzina traci wcześniejszą kontrolę i młody człowiek staje na trudnej drodze dochodzenia do samodzielności. W okresie średniej dorosłości głównym wyzwaniem staje się potrzeba partycypacji społecznej i społecznej aprobaty niepełnosprawności. Późna dorosłość jest jedynym okresem, w którym niepełnosprawni są, poprzez uprzednie doświadczenia, lepiej przystosowani do zmian związanych ze starością.

5. Grupowanie się osób z różnym piętnem niepełnosprawności – powstawanie więzi wspólnego losu w społeczeństwie

Następstwa interakcji i ograniczenia środowiskowe nie są takie same we wszystkich rodzajach i poziomach niepełnosprawności, we wszystkich kontekstach społecznych. Wymiary piętna wypływają z następstw związanych z określonym piętnem, a przede wszystkim z tego, czy jest ono bezpośrednio „widoczne" czy „niewidoczne". Drugim ważnym wymiarem piętna jest to, czy niepełnosprawność jest postrzegana jako „kontrolowana" czy nie. Ułomności fizyczne są w dużej mierze uważane za niekontrolowane, co powoduje, że postrzeganie ich spotyka

się z życzliwością, współczuciem i empatią. W przypadku piętna kontrolowanego (np. molestowanie dzieci, otyłość, homoseksualizm) ludzie odczuwają więcej negatywnych emocji i wrogości. Trzecia cechą piętna jest stopień, w jakim dana niepełnosprawność ogranicza zdolność poruszania się i komunikacji z innymi (Hebl, Kleck, 2008, s. 391-392).

a) Osoby z niepełnosprawnością motoryczną/ruchową

W świetle perspektywy społecznej/mniejszościowej niepełnosprawności osoby posiadające niepełnosprawność motoryczną to te, których warunki fizyczne zmuszają do zaspokajania aktywności motorycznej w sposób alternatywny, tzn. inny niż ogólnie przyjęty i stosowany. Instytucje pomagające takim osobom powinny być świadome różnorodności niepełnosprawności związanych ze sferą motoryczną. Każdy z rodzajów niepełnosprawności, niezależnie wrodzony czy nabyty manifestuje się w inny sposób w różnych obszarach życia i funkcjonowania, potrzebuje zatem innego rodzaju udzielanej pomocy, włączając dostosowanie do alternatywnego sposobu poruszania się, czynności codzienne czy pewne podstawowe funkcje biologiczne. Ogólnie, niepełnosprawność motoryczną można podzielić ze względu na etiologię, na niepełnosprawność wrodzoną i niepełnosprawność nabytą. Do podstawowych przyczyn niepełnosprawności w tej pierwszej grupie zaliczyć możemy: porażenie mózgowe, wrodzony niedorozwój kości, przepukliny rdzeniowo-mózgowe, karłowatość. Do tej grupy zaliczyć trzeba także amputację w wieku niemowlęcym. Mimo iż generalnie jest to nabyta przyczyna niepełnosprawności, w przypadku tak małych dzieci, które nie wykształciły jeszcze podstawowych nawyków motorycznych, przyjmuje ona charakter przyczyny wrodzonej. Przyczyny nabytej niepełnosprawnośći to m.in.: niedotlenienie mózgu, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów (artretyzm), stwardnienie rozsiane, miastenia, porażenie rdzenia kręgowego oraz polio (powodowane przez wirusową infekcję dotyczącą neuronów motorycznych w rdzeniu kręgowym).

W życiu codziennym osoby z niepełnosprawnością fizyczną doświadczają wielu niesprawiedliwych konsekwencji wynikających z uprzedzeń, stereotypowego postrzegania przez innych oraz środowiskowych ograniczeń i dyskryminacji (Hebl, Kleck, 2008). Pokonywanie tych zachowań (barier) to zadanie nie tylko instytucji wspierających ludzi niepełnosprawnych, ale także polityków (szeroko zakrojona akcja pokonywania barier). Osoby pomagające powinny być świadome, że niepełnosprawność nabyta w życiu dorosłym może mieć inny wpływ na osobę niż wrodzona lub nabyta zaraz po urodzeniu. Wiedzy na ten temat należy szukać w samej osobie niepełnosprawnej, gdyż ona jest w tej dziedzinie najlepszym ekspertem. Stygmat z powodu niepełnosprawności fizycznej nie zawsze jest poniżający, lecz budzący współczucie i empatycznie deklarowaną chęć po-

mocy z powodu widocznego nieszczęścia i altruistycznym zobowiązaniem wsparcia ze strony społeczeństwa (nadal popularna jałmużna uliczna ludzi na wózkach inwalidzkich jest skutkiem dawnych wzorów lub stereotypów akceptowanego żebractwa) – (Sadowska, 2005, s. 44).

b) Osoby niedosłyszące i niesłyszące

Terminologia medyczna wyróżnia wśród grupy osób z zaburzeniami słuchu osoby niesłyszące i niedosłyszące (słyszą, ale w sposób ograniczony). Utrata słuchu ze względu na miejsce uszkodzenia może być sklasyfikowana w trzy kategorie: przewodzeniową (uszkodzenie organów przewodzenia), czuciowo-nerwową (uszkodzenie neuronów czuciowych) oraz centralną (uszkodzenie w części mózgu odpowiedzialnej za słuch). Ze względu na wiek powstania można wyróżnić zaburzenia słuchu prelingualne (powstałe przed wykształceniem mowy) i postlingualne (powstałe po wykształceniu mowy). Skutkiem tego podziału jest tzw. głuchota lub niedosłyszenie nieme (gdy osoba nie posługuje się mową), w przeciwieństwie do osób niesłyszących używających języka. Definicja niepełnosprawności słuchowej jest ściśle związana z postawą osoby lub grupy definiującej. Można ją rozpatrywać z trzech perspektyw (wg Fostera). Model medyczny widzi ją przede wszystkim jako skutek uszkodzenia systemu sensorycznego. Według tego modelu osoby niesłyszące potrzebują pomocy specjalistów, aby mogły poradzić sobie z właściwymi im problemami. Model społeczno-kulturowy zakłada, że zaburzenia słuchu mogą być najlepiej zrozumiane poprzez zrozumienie funkcji interakcji między jednostką a społeczeństwem. Bariery doświadczane przez niesłyszących i niedosłyszących są rezultatem społecznych, językowych i kulturalnych różnic między większością społeczeństwa i mniejszością niedosłyszącą. Model polityczny zakłada, że to „słysząca większość" zdominowała instytucje socjopolityczne, zmuszając niesłyszących do walki o swe prawa. Pomimo stosunkowo niewielkiej liczby osób niesłyszących, byli i nadal są oni wśród wszystkich niepełnosprawnych główną grup walczącą o swe prawa. Coraz częściej zaburzenia słuchu definiowane są w nurcie politycznym i społeczno-kulturowym, które dają tym osobom wolną rękę w wyborze przynależności do aktywnego uczestnictwa w kulturze ludzi słyszących, ludzi niesłyszących lub obu (Żuraw, 2008). W próbie zrozumienia ludzi z zaburzeniami słuchu najważniejsze jest zrozumienie, co znaczy utrata słuchu dla danej jednostki i jak wpływa ona na jej życie. Funkcjonuje wiele mitów społecznych dotyczących postrzegania osób niesłyszących przez ogół społeczeństwa, z których powszechny jest mit, że osoba niesłysząca nic nie słyszy, co *de facto* dotyczy tylko 1% tej kategorii niepełnej sprawności (Lowe, 1995). W „słyszącym" społeczeństwie ważna jest zmiana postawy wobec osób niepełnosprawnych słuchowo, z postawy traktującej ich jako gorszych, bo ciężko poszkodowanych przez los, do poglądu, że są oni po prostu tro-

chę inni w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, a „każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić". A więc nie jest głuchonieme (Lowe, 1999). Duża w tym rola szkoły i rodziny, których postawa coraz bardziej ewoluuje w kierunku bycia środowiskami wspierającymi i uczącymi niezależności jednostki niesprawnej słuchowo, z którymi można porozumieć się dzięki wykorzystaniu totalnej komunikacji (Korzon, 2004). K. Krakowiak (1998) wyróżnia trzy najbardziej rozpowszechnione stereotypy uogólnionego obrazu osób niesłyszących: pierwszym jest niesprawny kaleka, ciężko poszkodowany przez los, drugim – pełnosprawny z tylko uszkodzonym słuchem, trzecim jest przyjęcie, że niesłyszący jest sprawny inaczej.

c) Osoby niedowidzące i niewidome

Tradycyjnie model medyczny był wykorzystywany jako podstawowy w definiowaniu zaburzeń widzenia. W 1868 roku dr H. Snellen stworzył kwestionariusz „testu oka", który używany jest do dziś przez okulistów i optyków. Istnieją dwie metody definiowania zaburzeń widzenia: autorelacja i ocena administracyjna. Pierwsza skupia się na ocenie ostrości wzroku w odniesieniu do ustalonych standardów. Druga ocenia ubytki wzroku pod kątem funkcjonalnym. Wielu ludzi postrzega zaburzenia widzenia jako straszne nieszczęście, z którym wręcz nie sposób sobie poradzić. Te stereotyp wzmacnia pogląd, że osoby niewidome są nieszczęśliwe, żyjąc w wiecznej ciemności i niekończącej się depresji. Stąd powszechnie wyznawany stereotypowy pogląd, że osobom tym należy się litość, współczucie i opieka. W przeciwieństwie do tego, większość niewidomych postrzega siebie jako osoby „normalne". Jedną z najboleśniejszych konsekwencji zaburzeń widzenia jest dyskryminacja w znalezieniu pracy. Przeświadczenie o niesamodzielności, niższości i nieprzydatności ekonomicznej osób z zaburzeniami wzroku jest szeroko rozpowszechnionym stereotypem na rynku pracy. Tymczasem osoby te, mimo iż pozbawione wzroku lub posiadające jedynie jego resztki, mogą nauczyć się wykonywania wielu czynności bez używania analizatora wzrokowego: samodzielności w podstawowych czynnościach, np. związanych z wyglądem, takich jak: wiązanie krawata czy nakładanie makijażu, przygotowywania posiłków, identyfikowania i używania pieniędzy, nauki czy pracy. Po niewielkich modyfikacjach mogą także uprawiać sport czy grać w różnego rodzaju gry. Z jeszcze większą dyskryminacją i ogromem uprzedzeń spotykają się osoby posiadające jednocześnie oba rodzaje niepełnosprawności: wizualną i słuchową. Tylko zwalczanie tych ableistycznych postaw może zaowocować możliwością prowadzenia przez tych ludzi w pełni wartościowego życia. Społeczna debata dotycząca niewidomych toczy się wokół problemu związanego z ich traktowaniem w społeczeństwie. Według niektórych powinno być podtrzymywane traktowanie uprzywilejowane, oparte na nietypowych warunkach życia i możliwościach tych osób, według innych takie traktowanie jest poniżające i zbędne.

d) Osoby z niepełnosprawnością rozwojową

Najczęściej podawaną stereotypem grupą osób niepełnosprawnych w ich odbiorze społecznym są ludzie z niepełnosprawnością intelektualną/mentalną, czyli osoby z upośledzeniem umysłowym i osoby z problemami psychicznymi. Często myli się obie kategorie, co przynosi szkodę obu grupom (Abramowska, 2005, s. 191).

Z przyczyn praktycznych definicja niepełnosprawności rozwojowej obejmuje przede wszystkim osoby, które nabyły niepełnosprawność przed 18 rokiem życia. Jeśli pojawienie się niepełnosprawności jest wczesne, i jest ona na tyle zawansowana, że ogranicza podstawowe funkcje życiowe, to takie warunki kwalifikują ją bez wątpienia jako niepełnosprawność rozwojową. Termin niepełnosprawność rozwojowa często jest łączony z upośledzeniem umysłowym, dlatego mimo iż osobom dotkniętym tą niepełnosprawnością przysługuje wiele profitów, ludzie należący do grup, takich jak: osoby niewidzące, niesłyszące czy sparaliżowane, zaprzeczają, że ich niepełnosprawność należy do grupy niepełnosprawności rozwojowych, gdyż nie chcą być traktowane jak osoby upośledzone umysłowo. Wiele organizacji walczy o prawa ludzi niepełnosprawnych, ale faktycznie jest to walka bardziej na papierze niż w realnej rzeczywistości. Do niepełnosprawności rozwojowych zalicza się m.in. autyzm, porażenie mózgowe. Generalnie, osoby z niepełnosprawnością umysłową uczą się znacznie wolniej niż przeciętnie, wolniej też przetwarzają i kategoryzują informacje. Mają także mniejsze zdolności wykorzystywania wcześniejszych doświadczeń i trudności w rozumieniu niektórych sytuacji społecznych, co może powodować nieadekwatne do określonych sytuacji zachowania.

Etykieta upośledzenia umysłowego jest stereotypem społecznym (S. Kowalik, A. Mikrut, 2007), czyli tkwiącym w świadomości społecznej obrazem tego rodzaju zaburzenia rozwojowego, opartym na niepełnej, niepewnej, a nawet fałszywej wiedzy utrwalonej w społecznym przekazie. Może on być podstawą do uznania osób z upośledzeniem umysłowym do kategorii „obcych" lub „innych". Charakterystycznym zewnętrznie dostrzegalnym stygmatem „upośledzenia umysłowego" jest zespół Downa, który charakteryzuje się niższą niż przeciętnym poziomem inteligencji. Zespół Downa jest jednym z najlepiej zidentyfikowanych i opisanych medycznie zaburzeń genetycznych, to jednak na temat ograniczonych możliwości rozwojowych tych dzieci nadal utrzymuje się wiele mylących, stereotypowych poglądów, podobnie na temat ich wcześniejszej umieralności (Zasępa, 2008, s. 9). Rozpowszechniony jest stereotyp, że wszystkie osoby z zespołem Downa są do siebie bardzo podobne pod względem wyglądu, osobowości i poziomu możliwości (Kaczmarek, 2008, s. 13). Praktyka życia codziennego i badania naukowe nie potwierdzają tych podobieństw psychicznych i wskazują, że jednym z najbardziej charakterystycznych aspektów tego zespołu jest właśnie

duże zróżnicowanie indywidualnego rozwoju. Jego „nosiciele"' często charakteryzują się dobrą pamięcią, kreatywnością, umiejętnością wglądu w sytuację innych osób, sprytem, towarzyskością, poczuciem humoru, sympatią lub afektywną agresją. Upowszechnia się coraz częściej inne silne przekonanie, że dzieci z Downem trzeba kochać (zob. czasopismo „Bardziej Kochani"), ale nie ma co spodziewać się ich normalności i dojrzałej autorefleksji oraz pełnego rozwoju ich podmiotowości, autonomii, samooceny i samorealizacji. W podejmowanych działaniach rehabilitacyjno-edukacyjnych należy uwzględniać ich specyficzne, indywidualne różnice w praktyce terapeutycznej, co korzystnie będzie sprzyjać optymalnemu wspomaganiu ich rozwoju poprzez programy oddziaływań wyrównawczych i korekcyjnych (Barłóg, 2007).

Autyzm charakteryzuje się manifestowaniem trudności w komunikowaniu się i stosunkach interpersonalnych, jednak osoby te mogą wykazywać się wyższym niż przeciętny poziom intelektualnym w pewnych obszarach działania. Osoby z niepełnosprawności rozwojową, często postrzegane przez pryzmat swojej choroby, cierpią z powodu stereotypów i uprzedzeń, są niedoceniane, choć w wielu sferach nie odbiegają daleko od przeciętnego człowieka. Podstawowym problemem i kierunkiem działań w przypadku tych osób jest wdrażanie ich do jak największej samodzielności, samokontroli i niezależności.

Dynamiczne przeobrażenia historyczno-społeczne, postępowe zmiany w kulturze, etyce, polityce i prawie oraz zaspokajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych z upośledzeniem umysłowym dotyczą stałości, trwałości stygmatu i stereotypu społecznego, czyli tkwiącym w świadomości społecznej obrazem tego zaburzenia rozwojowego, opartym na niepełnej, a nawet fałszywej wiedzy utrwalanej w społecznym przekazie, mylnie utożsamianej z chorobą psychiczną – godną pożałowania chorobą wywołującą powszechny lęk, zakłopotanie, zagrażającą bezpieczeństwu. H.V. Cobb, H. Mittler (1993) wykazali, jakie są zasadnicze różnice między upośledzeniem umysłowym a chorobą psychiczną. Obecny wizerunek społeczny osób z niepełnosprawnością (wszystkich stopni i kategorii) różni się zasadniczo od współczesnych poglądów naukowych, w których dokonała się nie tyle ewolucja, co rewolucja w zakresie wyjaśniania etiologii i konsekwencji niepełnej sprawności umysłowej osób w zależności od zdobytych doświadczeń nabytych ze strony środowiska społecznego (Dykcik, 1997).

e) Osoby z zaburzeniami psychicznymi

Do najczęściej spotykanych zaburzeń psychicznych należą reakcje psychotyczne (psychozy), schizofrenia, głęboka (ogólna) depresja oraz osobowość maniakalno-depresyjna (dwubiegunowa). Osoby psychotyczne często postrzegane są jako niemające kontaktu z rzeczywistością. Reakcje psychotyczne to m.in. halucynacje (słuchowe, wizualne i dotykowe), złudzenia oraz zdezorganizowane

i chaotyczne myślenie. Schizofrenia jest skomplikowanym zaburzeniem psychicznym, które może wpływać na myślenie, emocje, postrzeganie, ocenę i sferę interakcji społecznych. O jej pojawieniu się mogą świadczyć dwa rodzaje symptomów: pozytywne (np. halucynacje) i negatywne (np. apatia, brak motywacji). Depresja oraz osobowość maniakalno-depresyjna mają ogromny wpływ zwłaszcza na sferę nastroju i uczuć. Depresja charakteryzuje się utratą zainteresowania jakimkolwiek rodzajem aktywności i zanikiem odczuwania przyjemności w wyniku jakiegokolwiek działania. Pojawiająca się dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn, wykazuje w ostatnich latach olbrzymie tendencje wzrostowe. W codziennym życiu ludzi z zaburzeniami psychicznymi dotyka dalece posunięta dyskryminacja. Postrzegani jako „maniakalni mordercy" i poważne zagrożenie dla społeczeństwa często są spychani na margines społeczny, traktowani z niezrozumieniem i strachem.

Dzięki wysiłkom działaczy i specjalistów na rzecz osób niepełnosprawnych, termin *niepełnosprawność* ewoluuje w kierunku bycia terminem pozytywnym. Ma on posłużyć do budowania poczucia jedności, solidarności i wspólnoty wśród osób z różnorodnymi rodzajami niepełnosprawności, także wśród osób z zaburzeniami wymagającymi interwencji psychiatrycznej. Budowanie poczucia wspólnoty jest dla tych ludzi niezwykle ważne, gdyż daje jednostce siłę do przezwyciężania swych słabych stron, co jest o wiele łatwiejsze w grupie wsparcia niż z pozycji odizolowanej stygmatyzowanej jednostki. Dyskryminacja i nieuzasadniony lęk wobec osób z zaburzeniami psychiatrycznymi mogą być eliminowane poprzez zmianę postaw społecznych wobec tych osób, wprowadzanie w życie ochrony ich praw oraz redukowanie uprzedzeń i naznaczenia społecznego. Dużą pomocą jest tu profesjonalna pomoc psychologiczna, zachęcająca osoby z zaburzeniami psychicznymi do współpracy i budowania pozytywnej samooceny.

f) Osoby z deficytami poznawczymi

Deficyty poznawcze charakteryzują się znacznym ograniczeniem zdolności rozumienia tego, co jednostka widzi czy słyszy, także zaburzonym sposobem odbierania informacji z sytuacji społecznych. Osoby z deficytami w sferze poznawczej wykazują trudności w uczeniu się nowych rzeczy, generalizowaniu i abstrahowaniu oraz używaniu języka zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. Do grupy osób z deficytami poznawczymi zalicza się: osoby mające trudności w uczeniu się, osoby cierpiące na zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) oraz na porażenie mózgowe. Trudności w uczeniu się dotyczą osłabienia w sferze procesów psychologicznych zaangażowanych przede wszystkim w rozumienie i używanie języka zarówno w formie mówionej, jak i pisanej. ADHD charakteryzuje się nadaktywnością na pewne bodźce, podczas gdy inne mogą być zupełnie ignorowane. Osoby te kierują swoją uwagę zwłaszcza na rzeczy nowe

i osobliwe, ale gdy „nowość" mija, ciężko im utrzymać tę uwagę na dłużej. Porażenie mózgowe może negatywnie wpływać na wiele sfer ludzkiego życia, między innymi także na sferę poznawczą. Typowymi problemami są tu trudności w posługiwaniu się językiem i w komunikacji, przetwarzaniu informacji, pamięci i postrzeganiu. Często osoby z deficytami poznawczymi lub ich rodziny doświadczają dyskryminacji, co skutkuje uczuciem wstydu, niską samooceną i zachwianym poczuciem własnej wartości. W szkole uczniowie z deficytami poznawczymi są narażeni na wyśmiewanie, szykany i w konsekwencji na izolację społeczną. W pracy mają oni często trudności z rozumieniem poleceń lub instrukcji, co negatywnie wpływa na ich stosunki społeczne. Jakkolwiek wiele wątpliwości skupia się dziś na pytaniu, czy fragmentaryczne deficyty, takie jak trudności w uczeniu się, są pewnym rodzajem niepełnosprawności, czy też nie (Krauze-Sikorska, Kuszak red., 2008).

6. Ocena instytucjonalnej pomocy osobom niepełnosprawnym w praktyce – hipotezy tłumaczące dyskryminacyjne stereotypy percepcji osób niepełnosprawnych w zwalczaniu uprzedzeń oraz strategii naprawiania interakcji z osobami sprawnymi

Profesjonalna pomoc osobom niepełnosprawnym powinna być niezmiennie zaangażowana w ocenę stopnia, złożoności i zasięgu niepełnosprawności. Tradycyjny (medyczny) model oceny zdrowia lub normy rozwojowej pacjenta oparty był na obecności lub braku patologii. Faktycznie, odwołanie się do patologii jest przydatne w wielu przypadkach, jednak skupianie się tylko i wyłącznie na niej ma negatywne konsekwencje w przypadku długoterminowego leczenia niepełnosprawności. Przez pierwszorzędne skupianie się na problemach jednostki, pomagający mogą pominąć tkwiące w niej siły rozwojowe i mocne strony. Poza tym taka postawa może prowadzić do dehumanizacji jednostki. Duże znaczenie w ocenie ma branie pod uwagę kontekstu społecznego danej jednostki, a nie tylko jej indywidualnego, wyrwanego z kontekstu problemu. W modelu społecznym kluczowym elementem oceny jest środowisko społeczne. Model ten podkreśla możliwości i siły rozwojowe osób niepełnosprawnych; przyznaje, że osoby te posiadają niepełnosprawność w danej sferze, ale jednocześnie utrzymuje, że osoby te nie mogą być definiowane głównie przez pryzmat swojej niepełnosprawności. Efektywna ocena nie jest wybiórcza, zawsze związana jest z szerszym kontekstem, w którym zachodzi ocenianie, determinując w pewnym stopniu naturę i zasięg tej oceny. W najszerszym kontekście indywidualna lub grupowa ocena obejmuje poziom biologiczny, psychologiczno-emocjonalny, społeczny i kulturowy. Dodatkowo ocena rozpatrywana jest w trzech kontekstach: mikro, mezo i makro, tłumacząc ich wpływy strukturalne i systemowe na jednostki i grupy.

Jest rzeczą uderzającą, że poznawczy psychologowie społeczni z podziwu godną wytrwałością definiują uprzedzenie jako przeniesienie negatywnej postawy wobec grupy na indywidualnych członków tej grupy. Dlaczego by jednak nie mówić o uprzedzeniu jako przyjęciu negatywnej postawy wobec grupy jako takiej? (Abelson, 1994, s. 31; cyt. za Koftą, Sądkiem, 1995).

Ludzki system poznawczy jest więc z istoty swej podatny na systematyczne błędy (uproszczenia, odchylenia) w przetwarzaniu informacji. Stereotypy czynią świat prostszym i bardziej obłaskawionym (Kurcz, 1992, s. 33).

Kryzysowe zjawiska naszych czasów sprzyjają powstawaniu niepokojów, lęków i zagrożeń społecznych i cywilizacyjnych, zwłaszcza u osób słabszych, którym brakuje zaufania do ludzi, budzą podejrzliwość, mglistość perspektyw dłuższej stabilności (Bauman, 2005). Z badań empirycznych Pachowicz (2006, s. 208) wynika, że najbardziej typowe formy stereotypów związanych z niepełnosprawnością określić można i negatywnie ocenić następująco:

- stereotyp litości (żałujący), z którego wynika, że ON (osoba niepełnosprawna) jest chora, nieszczęśliwa, samotna, cierpiąca i pokrzywdzona, biedna;
- stereotyp bezużyteczności społecznej – ON jest niezaradna, niesamodzielna, uzależniona od innych;
- stereotyp zaburzonych relacji z innymi – ON jest nieprzewidywalna, wyizolowana, zagubiona, niezrozumiała, dziwna, niebezpieczna;
- stereotyp niedojrzałości społecznej – ON jest zmienna emocjonalnie, infantylna, uparta.

Wśród cech pozytywnych wizerunku ON wymienianych przez otoczenie wymienia się wrażliwość, emocjonalną przylepność, pomocniczość, radość i szczerość oraz osobę społecznie nieszkodliwą i rzadko kiedy niebezpieczną.

7. Modele praktycznej profesjonalnej pomocy i społecznego wsparcia osobom niepełnosprawnym

Na przestrzeni XX wieku ukształtowało się wiele modeli pomocy osobom niepełnosprawnym. Większość modeli tradycyjnych skupiała się na postrzeganiu jednostki przez pryzmat patologii. W tych modelach osoba niepełnosprawna postrzegana jest jako jednostka dysfunkcjonalna, patologiczna, zbyt słaba do samodzielnego funkcjonowania. Osoba niepełnosprawna traktowana jest jako pasywny pacjent, cały proces pomocowy skupiony jest więc w rękach specjalisty, którego głównym celem jest uczynić osobę niepełnosprawna tak perfekcyjną jak to tylko możliwe. Najnowsze modele oferują alternatywne podejście do procesu pomagania. Zakładają one pomoc opartą na siłach rozwojowych jednostki i propagują zarządzanie indywidualnym przypadkiem jednostki i model niezależnego życia osoby niepełnosprawnej (IL model). Nowe modele pomocy skupiają się na środowisku jednostki niepełnosprawnej i jej potencjalnych zdolnościach oraz

na nowo odkrytych ludzkich możliwościach, zamiast na postrzeganiu problemów człowieka jako mających wyłącznie podłoże wewnętrzne i podkreślaniu jego słabych stron (Gorajewska, 2007). W terapii i rehabilitacji społecznej szczególną uwagę zwraca się nie tylko na potencjały tkwiące w samej jednostce, ale i na siły społecznego wsparcia tkwiące w jej bliższym i dalszym otoczeniu. Skupienie na indywidualnym przypadku polega na poszukiwaniu indywidualnych dla danej jednostki modelu rozwiązań w jej rodzinnych i lokalnych społecznościach, które zabezpiecza najlepsze strategie zaspokajania podstawowych potrzeb ludzkich na poziomie mezo i mikro (Urban, 2009). Model niezależnego życia zakłada, że problemy osób niepełnosprawnych nie leżą tylko w tych osobach, lecz w nieprzyjaznym, a wręcz wrogim dla tych osób środowisku. Brak szans, nie zaś brak indywidualnych możliwości jest pierwszorzędnym problemem życiowym osób niepełnosprawnych. Model ten postuluje także moralne racje do walki osób niepełnosprawnych o przysługujące im prawa.

Zwalczanie lub eliminowanie stereotypów i uprzedzeń może polegać na: 1) zachęcaniu do wzajemnych kontaktów i współpracy między różnymi grupami osób niepełnosprawnych z otoczeniem; 2) atakowaniu dyskryminacyjnych praktyk, mitów i przesądów, a koncentrowaniu się na zaletach i możliwościach; 3) organizowaniu forów dyskusyjnych na różnych poziomach edukacji dzieci; 4) analizie własnych przekonań, czasami łatwiej zmienić ludzkie zachowanie niż uczucia (Rathus, 2004, s. 696). Najbardziej nieuzasadnionym, szkodliwym zachowaniem wobec osób z niepełną sprawnością staje się akt dyskryminacji, choć posiadanie uprzedzeń nie zawsze prowadzi do spontanicznego ujawnienia się negatywnych postaw. Rada Europy wydała zalecenie i plan jej działań celem promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006–2015, które pragnie respektować Pełnomocnik Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych w Polsce.

Strategie naprawiania interpersonalnych interakcji najbardziej skutecznie przebiegają w diadach, mianowicie są to: uchodzenie za kogoś innego (*passing*), przyznawanie się do niepełnosprawności i poproszenie o przysługę w kontekście konkretnej sytuacji i potrzeby uzyskania pozytywnej interakcji. Na poziomie społeczeństwa może to być – zmienianie medialnych wizerunków osób z ograniczeniami psychofizycznymi oraz ulepszanie środowiskowych udogodnień w świadczeniu usług i udogodnień architektonicznych i komunikacyjnych (Hebl, Kleck, 2008, s. 393–400).

Model procesu terapeutyczno-wychowawczego wspomagania rozwoju dziecka z każdą niepełnosprawnością

Sfera rozwoju i wychowania	Warunki sprzyjające rozwojowi	Model udzielania wsparcia	Preferowane wartości	Postawa nauczyciela	Postawa ucznia
fizykalna	zaufanie, akceptacja, dostępność	**medyczny**	zdrowie, sprawność	działania pro-zdrowotne	aktywność
mentalna	szacunek, życzliwość	**edukacyjny**	aktywność, zmiana sytuacji	stymulacja, wyzwalanie	mobilizacja, motywacja
socjalna	zabez-pieczenie, pomoc	**kompen-sacyjny**	komfort psychiczny, jakość życia	wsparcie, wspomaganie	samopomoc, samoobsługa
duchowa (noetyczna)	wolność, miłośc, wiara	**moralny**	poczucie sensu, bezpie-czeństwo	wyzwalanie dynamizmów	samorealiza-cja, ideowa

Źródło: zob. również Z.B. Gaś, 1999, s. 10.

W procesie wspomagania ucznia w rozwoju nauczyciel–pedagog specjalny jest osobą wspierającą, a warunkiem koniecznym poprawności, skuteczności jego działania jest eksponowanie w kontakcie terapeutycznym kilku co najmniej cech osobistych i warunków sprzyjających rozwojowi. Podstawowe cechy osobiste to:

1) świadomość siebie i prezentowanego przez siebie w otoczeniu systemu wartości;
2) przeżywanie sytuacji szkolnych i okazywanie,wyzwalanie życzliwych uczuć i humoru;
3) pełnienie funkcji modelowych dla cierpliwego wspomagania dziecka z trudnościami;
4) intuicyjne i naturalne zainteresowanie ludźmi i sprawami społecznymi, ukazywanie jasnych zasad etycznych w poczuciu odpowiedzialności za siebie i za ucznia.

8. Kierunki zmian tradycyjnych stereotypów dotyczących zjawiska niepełnosprawności w różnych systemach i formach edukacyjnego wsparcia, socjalizacji oraz akulturacji w rozwoju aktywności osób niepełnosprawnych w środowisku życia

Poziom jakości życia osób niepełnosprawnych był i jest rozpatrywany najczęściej w kategoriach dóbr, usług i warunków życia, określany według kryteriów

MIEĆ, rzadziej według jasnych kryteriów i możliwości rozwoju własnej osobowości, czyli BYĆ. Sam dobrobyt materialny tych kategorii osób nie jest i nie musi być wiarygodnym i adekwatnym wyznacznikiem ewaluacji jakości ich życia. Najczęściej pomyślność czy sens udanego życia wymaga badań psychologicznych i socjologicznych, w których określa się przeżycia, odczucia, opinie poszczególnych jednostek dotyczące całokształtu spraw osobistych i społecznych. Poprawa społecznego wizerunku, a może najbardziej poprawa społecznych kompetencji i psychofizycznej kondycji jednostek upośledzonych stanowi podstawę normalizacji ich życia (Thimm, 1989, za Krause, 2005, s. 35).

Dla ludzi niepełnosprawnych w szczególności kwestie bytowe nie stanowią wystarczających kryteriów oceny sensu ich życiowego sukcesu, zadowolenia czy niezadowolenia, ważniejsze są subiektywnie odczuwane zagrożenia, lęki, obawy i niepokoje, wynikające z braku poczucia bezpieczeństwa społecznego, akceptacji, tolerancji prowadzące do poczucia marginalizacji i bezradności. Nienormalność i niepewność sytuacji życiowej osób społecznie upośledzonych ujawnia się zwłaszcza wtedy, kiedy pomoc udzielana przez państwo lub pracodawców ma charakter tymczasowy, uznaniowy, warunkowy, z próbami ograniczania ulg, przywilejów, wykorzystywania zaniechań, wprowadzania dodatkowych uszczelnień tworzących niespójny system pomocy społecznej, zwłaszcza w kryzysowych sytuacjach budżetowych państwa i decyzjach oszczędzania, decentralizacji zadań i uprawnień na gminy i samorządy.

Sześć głównych zasad wyznacza drogę efektywnej, interdyscyplinarnej i kompleksowej pracy z osobami niepełnosprawnymi (za Mackelprang, Salsgiver, 1999).

Po pierwsze, należy założyć, że osoba niepełnosprawna jest zdolna lub może być zdolna do wielu osobistych/indywidualnych osiągnięć. Po drugie, należy odrzucić tradycyjne myślenie zakładające, że problem leży tylko w osobie niepełnosprawnej i że musi ona najpierw zmienić się, aby móc funkcjonować w społeczeństwie. Po trzecie, musimy uznać, że niepełnosprawność jest problemem społecznym, a prawa osób niepełnosprawnych muszą być zatem usankcjonowane politycznie. Po czwarte, należy wspierać tworzenie tożsamości i kultury osób niepełnosprawnych, w której nastąpiła zmiana aktywności terapeutycznej do tożsamości nienormatywnej w aktywnym uczestnictwie w kulturze. Po piąte, mimo przykrych doświadczeń, osoby niepełnosprawne powinny znaleźć choćby cień radości w swej niepełnosprawności. Po szóste, należy bezwzględnie traktować te osoby jako mające kontrolę nad swym życiem. Świadoma kontrola powoduje jednocześnie świadome uczestnictwo w procesie pomocowym. Te sześć zasad stanowią filary praktycznego modelu wspierania i udzielania pomocy. Praktyczny model pomocy proponuje cztery role osoby pracującej z osobami niepełnosprawnymi: rolę doradcy (poziom mikro i meso), nauczyciela (poziom

mikro i meso), pośrednika (wszystkie poziomy) i adwokata (doradcy w kwestiach politycznych – poziom mezo i makro).

Niezbędne są nowe pojęcia, kategorie i paradygmaty badawcze holistycznego ujęcia idei świata społecznego oraz adaptacyjnych funkcji środowiska dla poprawy sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnością w czasach globalizacji zagrożeń cywilizacyjnych i indywidualizacji ryzyka. Wśród wielu nowych sposobów myślenia i działania potrzebne są w realizacji następujące koncepcje wielowymiarowych rozwiązań pragmatycznych (Dykcik, 2006, s. 80–84):

a) ekologiczne widzenia świata zewnętrznego, wewnętrznego i społecznego, czyli w świecie „między" (Szczepański, 1982, s. 55);
b) tworzenie sprzyjającej bioarchitektury w zakresie rozszerzania dostępności przestrzeni społecznej, różnych form aktywności edukacyjnej na rzecz tworzenia społeczeństwa dla wszystkich;
c) troska o bezpieczeństwo socjalne i profilaktykę zdrowotną dla osób z niepełnosprawnością na wsi i w mieście;
d) tworzenie przestrzeni psychologicznej dla godnego ukierunkowania życiowego i różnych zakresów aktywności społeczno-kulturalnej w środowisku;
e) ochrona prawna statusu i sprawiedliwego dostępu do różnych dóbr;
f) wykorzystania nowoczesnej techniki, technologii oraz znaczenia mass mediów w rozwiązywaniu problemów edukacji i rehabilitacji tych osób.

Falsyfikacja czy przełamywanie stereotypów oraz modyfikowanie uprzedzeń dotyczących zjawiska niepełnosprawności w społeczeństwie, mimo konstytutywnej odporności na zmiany jest ważne, potrzebne i możliwe na drodze bliskiego kontaktu i współistnienia. Łamanie stereotypu polega na zaakceptowaniu istnienia niepełnosprawności i na odebraniu temu pojęciu miana wyroku i piętna bezwarunkowo definiującego czyjeś życie (E. Zakrzewska-Manterys, 2003, s. 117). Silna potrzeba i chęć godnego zaistnienia w społeczeństwie wynika z braku adekwatnego wsparcia społecznego oraz właściwego zainteresowania osobistymi kontaktami, potrzebami oraz codziennymi sprawami w świecie konkurencji i rywalizacji o uwagę (Derber, 2002; Gorajewska, 2006). Zasady warte poznania i stosowania według D. Gorajewskiej (2006, s. 89–104) mogą być następujące: 1) przybliżać, by wzbudzić empatię i altruizm; 2) poznać by zrozumieć; 3) zrozumieć, by skutecznie działać. Podaje też konkretne fakty, wnioski i postulaty, aby słowa poparte choćby próbą działania mogły przynieść pożądane rezultaty normalności w praktyce. Możliwe jest doprowadzenie do pozytywnej zmiany pod warunkiem zadbania o równość statusu uczestników interakcji oraz położenia nacisku na zawarcie przez nich wzajemnej znajomości, która może być szansą podważania lub osłabiania negatywnego stereotypu. Rodzaj personalizującego kontaktu oraz jego przebiegu wzajemnej interakcji jest dobrym predykatorem oczekiwanej zmiany stereotypu w nurcie indywidualnym, zawierającym trzy szczególne, różniące się

poziomem ogólności, podejścia do sposobu reprezentowania wiedzy o grupach społecznych, są to: schematy grupowe, prototypy i egzemplarze (Grabowska, 2007, s. 12–13).

Stereotypu związanego z niepełnosprawnością nie można się pozbyć, a natury utrwalonych stereotypów nie da się zlikwidować, gdyż stanowią one obowiązkowy, nieuchronny, niezbywalny składnik ludzkiego systemu poznawczego człowieka, który może być czynnikiem konfliktogennym. Do pewnego stopnia możemy je kształtować i zmieniać na lepszy, bardziej adekwatny zgodnie ze społecznymi realiami, aby zmniejszać ich sztywność piętna lub wyroku oraz zniewolenie negatywnością tworzonych przekonań i nastawień w sterowaniu myślami, emocjami w uproszczonym zachowaniu człowieka (Zakrzewska-Manterys, 2003, s. 107). W wieku wczesnoszkolnym wg badań B. Weigl i W. Łukaszewskiego stwierdza się wyraźną podatność dzieci na oddziaływania wychowawcze idące w kierunku kształtowania negatywnego stosunku do obcych oraz podatność na działania osłabiające takie stereotypy i uprzedzenia " (za Ogrodzką-Mazur, 2004, s. 72). Szansę na podejmowanie działań edukacyjnych w warunkach szkolnych mających na celu osłabienie lub modyfikację utrwalonych negatywnych stereotypów dostrzega się w czterech kierunkach (mechanizmach) zmian: akcentowanie podobieństwa między „ja" a „innymi"; zmianę identyfikacji społecznej; modyfikację lub przełamywanie stereotypów; wykorzystanie scenariuszy wyobraźni celem zwiększenia rzeczywistego prospołecznego zachowania jednostki przez ukazywanie wielopoziomowości struktury jej świata indywidualnego i społecznego, a tym samym podejmowanie socjotechnik wychowawczych służących wzmacnianiu pozytywnych oraz osłabianiu negatywnych stereotypów dotyczących „innych".

Dobrym przykładem próby modyfikacji stereotypów jest dyskusja dotycząca uznania związków partnerskich i małżeńskich osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym wyrażająca się w dwóch odmiennych stereotypach społecznych: 1) osoby te to osoby aseksualne, gdyż posiadają mentalność dzieci, a wiec seksualność ich nie dotyczy, wobec tego ignorowanie oraz zaprzeczanie potrzebom seksualnym jest formą ochrony przed prokreacją, a stereotypy „pozornie zaspokajają potrzebę rozumienia następstw indywidualnych i społecznych potrzeby ich rodzicielstwa i rozrodczości; 2) osoby z niepełnosprawnością intelektualną to osoby hiperseksualne, gdyż z racji swoich ograniczeń nie potrafią opanować popędu płciowego i z tego powodu stwarzają zagrożenie usprawiedliwiające ich segregację, izolację i sterylizację lub aborcję. Zachowania seksualne tych osób mogą i powinny być kontrolowane, tłumione i udaremniane pomiędzy osobami różnej płci. Oba stereotypy dotyczące seksualności sprzyjają utrwalaniu negatywnego wizerunku osób z niepełnosprawnością, a jego cechy są wyśmiewane lub demonizowane. W tym kontekście istnieje jeszcze jeden stereotyp, który

głosi, że osoby te z racji swoich ograniczeń intelektualnych nie posiadają wyższych potrzeb i nie są zdolne do uczuć (Fornalik, 2004; Grutz, 2009).

Na zmianę postrzegania własnej sytuacji przez osoby niepełnosprawne wpływa wiele czynników społecznych i kulturowych, a zwłaszcza większe przyzwolenie na inność, odmienność dotyczącej poglądów członków społeczeństwa na pełnoprawne miejsce w nim osób niepełnosprawnych, co wynika z globalizacji humanistycznych wartości integracyjnych i protolerancyjnych (A. Krause, 2005, s. 82). Ważnym elementem nobilitującym osoby niepełnosprawne jest stałość dochodów i uznaniowych przywilejów (renty, pożyczki, kredyty, ulgi, ułatwienia), które może sprawiać wrażenie, że etykieta niepełnosprawności nie jest już tak dolegliwa i negatywnie naznaczająca poszczególne jednostki, a może dla nich stanowić rodzaj swoistej szansy godnego przetrwania (Kampert, 2007, s. 33). Młodzież niepełnosprawna ujawnia w badaniach sondażowych zarówno szanse, jak i zagrożenia w jej efektywnym funkcjonowaniu w aktualnej rzeczywistości społecznej, wiążą się one z rodziną, edukacją i pracą (Giermanowska red., 2007; Szczupał red., 2005).

Nowe systemy i formy edukacji, rehabilitacji i zatrudnienia mają duże szanse na powodzenie w destereotypizacji ich aktywności na zajęciach harcerskich, sportowych i imprezach ogólnoszkolnych, rekreacyjnych i kulturalnych. Zmniejszył się dystans, pojawiły się zachowania prospołeczne i pozytywne oceny postaw typowych reprezentantów obu grup uczniów w szkole i poza szkołą (Serafin, 2009). Każdy kontakt rówieśniczy, sąsiedzki może przynieść pozytywne wyniki w modyfikacji stereotypów, nie powoduje jednak radykalnej zmiany. Sam kontakt nie jest warunkiem wystarczającym polepszenia wzajemnych stosunków, ale każdy kontakt zmienia doświadczenia oraz rozbieżności w zakresie dotychczasowych typów nastawień lub przekonań, w których zmienia się repulsja emocjonalna dzieci według zasady od „niechęci do akceptacji", wskazując na duży pozytywny wpływ wychowania i socjalizacji dzieci do tolerancji oraz jakości kontaktów afiliacyjnych, integracyjnych z osobami z niepełnosprawnością (Rudek, 2007). Noetyczny wymiar egzystencji człowieka przejawia się w jego sposobie odniesienia się do świata wartości, czyli sposobu poszukiwania sensu życia w świecie zewnętrznym i we własnym życiu. Zasoby osobowości są szansą kreatywnego rozwoju duchowego dziecka niepełnosprawnego, tkwią one w autonomii, odpowiedzialności, otwartości, cierpieniu i nadziei na kształtowanie relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności wspólnego zaspokajania potrzeb egzystencjalnych i esencjalnych (Pilecka, 1999, s. 32). Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych jak potwierdzają liczne badania empiryczne J. Kirenko, S. Byra (2008) są niezwykle ważne w nawiązywaniu pozytywnych relacji społecznych kształtowaniu różnych form wsparcia społecznego, dzięki któremu łatwiej można sobie poradzić z napotykanymi stresorami, aby pozytywnie wykorzystywać je w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.

Najbardziej pożądanym przez osoby niepełnosprawne sposobem traktowania sprzyjającym przystosowaniu społecznemu i osiągnięciach szkolnych jest sposób neutralny, nieizolacyjny, a spośród różnych systemów wsparcia najważniejszą rolę spełniają edukacyjno-terapeutyczne kompetencje nauczyciela (Zamkowska, 2009, s. 399). Źródłem złego traktowania tych ludzi jest z brak wiedzy i pozytywnych doświadczeń ze strony otoczenia, a za fasadą negatywnych postaw można odnaleźć zakłopotanie (Miller, 2000, s. 139, obawę, lęk, strach, fałszywe przekonania i mylne przeświadczenie o wyjątkowości, odmienności tego zjawiska wobec tych osób, których ono dotyczy i mylne przekonanie, że zasługują na litość lub ignorowanie, dokuczanie, zamieszanie, niezręczność, infantylizowanie i wreszcie wykluczanie (Wiszejko-Wierzbicka, 2007, s. 214; Sadowska, 2005). Przyszłość wzajemnych relacji i godnego zaistnienia w społeczeństwie opiera się na strategii edukacji inkluzyjnej skierowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych w różnych formach kształcenia specjalnego w polskim systemie oświaty, której celem jest społeczna integracja i normalizacja życia wszystkich kategorii ludzi niepełnosprawnych (Zacharuk, 2008). Trzeba więc nadal tworzyć obiektywne i subiektywne warunki oraz możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych, gdyż pokonywanie stereotypów może urealnić proces normalizacyjny związany z uznaniem i pełną akceptacją niepełnosprawności ludzkiej w społeczeństwie.

Bibliografia

Abramowska B.E. (2005), *Osoby niepełnosprawne w mediach i odbiorze społecznym*, [w:] D. Gorajewska (red.), *Społeczeństwo równych szans. Tendencje i kierunki zmian*, Stow. Przyjaciół „Integracja", Warszawa

Bauman Z. (2005), *Życie na przemiał*, Kraków

Barczyński A. (2008), *Koszty zatrudniania osób niepełnosprawnych*, KiGR, Warszawa

Barczyński A. red. (2008), *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*, Zoron, Warszawa

Barłóg K. red. (2007), *Dziecko niepełnosprawne w programach oddziaływań wyrównawczych*, WUR, Rzeszów

Bauman Z. (2000), *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wyd. Sic!, Warszawa

Błeszyńska K. (2001), *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Wyd. „Żak", Warszawa

Błeszyńska K. (1999), *Semantyka niepełnosprawności – rola języka w kształtowaniu sytuacji osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Wyd. UMCS, Lublin

Błeszyńska K. (1999), *Społeczna percepcja osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza" nr 5

Błeszyński J.J., Baczała D., Binnebesel J. (2008), *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu historycznym*, Wyd. Nauk. WSEZ, Łódź

Bokszański Z. (1997), *Stereotypy a kultura*, Wrocław
Buliński L. (2009), *Poakcesyjne mechanizmy integracji społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń
Chlewiński Z., Kurcz I. red. (1992), *Stereotypy i uprzedzenia*, KNP PAN, Warszawa
Chodkowska M. red. (1999), *Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Wyd. UMCS, Lublin
Chodkowska M. red. (2002), *Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej*, Wyd. UMCS, Lublin
Cobb H.V., Mittler P. (1993), *Zasadnicze różnice między upośledzeniem umysłowym a chorobą psychiczną*, ILSMH, Bruksela
Czapiński J. red. (2004), *Psychologia pozytywna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa
Czubała D., Lach-Rosocha J. red. (2004), *Niepełnosprawni wśród nas*, Wyd. ATH, Bielsko-Biała
Derber Ch. (2002), *Zaistnieć w społeczeństwie*, GWP, Gdańsk
Doliński D. (2000), *Psychologia wpływu społecznego*, Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum, Wrocław
Dryżałowska G. (2001), *Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej*, Wyd. „Żak", Warszawa
Dryżałowska G., Żuraw H. red. (2004), *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*, Wyd. „Żak", Warszawa
Dykcik W. (1997), *Efekty i uwarunkowania integracji społecznej uczniów niepełnosprawnych z rówieśnikami na wsi w mieście*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny", z. 186, Wyd. Nauk. WSP, Kraków
Dykcik W. (2005), *Historyczne, postępowe zmiany w kulturze, etyce, polityce i prawie w zaspokajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych*, [w:] T. Żółkowska (red.), *Pedagogika specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin
Dykcik W. red. (2006), *Pedagogika specjalna*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań
Dykcik W. (2006), *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, PTP UAM, Poznań
Dykcik W. (1996), *Warunki i możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych umysłowo*, [w:] W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych*, Eruditus, Poznań
Dykcik W., Twardowski A. red. (2006), *Poznańska pedagogika specjalna*, UAM, Poznań
Dziemidowicz Cz. (1996), *Dziecko głuche i język ojczysty*, TANAN, Bydgoszcz
Dziemidowicz Cz. (1997), *Studia z pedagogiki ogólnej i specjalnej*, Comma, Bydgoszcz
Fornalik I. (2004), *Czy ja mam prawo dorosnąć? Dylematy związane z seksualnością młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] J. Rzepka (red.), *Erotyzm osób niepełnosprawnych*, GWSP, Mysłowice
Ferenc K. (2008), *Źródła kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska B. (red.), *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, OW „Impuls", Kraków
Frąckiewicz L. red. (2008), *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, IPiSS, Warszawa
Gajdzica Z. (2007), *Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, WUŚ, Katowice
Gajdzica Z. red. (2009), *Społeczne i edukacyjne uwarunkowania rozwoju oraz funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością*, OW „Impuls", Kraków

Gerrig R.J., Zimbardo P.G. (2009), *Psychologia i życie*, Wyd. PWN, Warszawa

Giermanowska E. red. (2007), *Młodzi niepełnosprawni – aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudnienia*, ISP, Warszawa

Giermanowska E. red. (2007), *Młodzi niepełnosprawni o sobie (rodzina, edukacja, praca)*, ISP, Warszawa

Głodkowska J. (2009), *W trosce o przestrzeń rehabilitacyjną wokół osób z upośledzeniem umysłowym – czy „zuchwałe rzemiosło" pedagogiki specjalnej*, [w:] *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja. Pamięci Profesora Jana Pańczyka*, Wyd. APS, Warszawa

Gorajewska D. red. (2007), *Człowiek bez barier*, „Integracja", Warszawa

Gorajewska D. (2006), *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, „Integracja", Warszawa

Gorajewska D. red. (2005), *Społeczeństwo równych szans*, „Integracja", Warszawa

Grabowska M. (2007), Stereotypy płci we wczesnej dorosłości, Wyd. UKW, Bydgoszcz

Grutz M. (2009), *Partnerstwo, małżeństwo i rodzicielstwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w ich własnych doświadczeniach i relacjach otoczenia* (niepubl. praca doktorska), Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Heatherton T.F., Kleck R.E., Hebl M.R., Hull J.G. red. (2008), *Społeczna psychologia piętna*, PWN, Warszawa

Habda-Czaplicka I. (2002), *Możliwości integracji osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*, IPiSS, Warszawa

Hebl M.R., Kleck R.E. (2008), *Społeczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej*, [w:] T.F. Heatherton, R.E. Kleck., M.R. Hebl., J.G. Hull (red.), *Społeczna psychologia piętna*, PWN, Warszawa

Hirszowicz M. (2007), *Stąd, ale dokąd. Społeczeństwo u progu nowej ery*, UE, Warszawa

Januszewska-Warych M. (2004), *Dziecko specjalnej troski w świeci wartości*, [w:] Z. Krzyształowszek, W. Rabczuk (red.), *Aksjologiczne problemy współczesnej pedagogiki*, WSP TWP, Warszawa

Juhre C. (2002), *Odwaga bycia niedoskonałym u osoby niepełnosprawnej*, [w:] *Odwaga bycia niedoskonałym*, Wyd. „M", Kraków

Kaczmarek B.B. red. (2008), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*, OW „Impuls", Kraków

Kampert K. (2007), *Etykieta niepełnosprawności – stygmat czy przywilej?*, [w:] Cz. Kosakowski, A .Krause, A. Żyta (red.), *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*, „Dyskursy Pedagogiki Specjalnej", UWM, Olsztyn

Karwacka M. (2005), *Rodzice wobec seksualności dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, [w:] J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osoby z niepełnosprawność intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, Wyd. APS, Warszawa

Karwacka M. (2006), *Stereotypy w myśleniu o seksualności dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje – osiągnięcia – perspektywy rozwoju*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Kazanowski Z., Chudowolska-Osik D. red. (2003), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wyd. UMCS, Lublin

Kirenko J. (2007), *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Wyd. UMCS, Lublin

Kirenko J., Byra S. (2008), *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*, Wyd. UMCS

Kofta M. (2001), *Percepcja społecznego konsensusu, myślenie stereotypowe, a skłonność do uprzedzeń*, [w:] M. Lewicka (red.), *Jednostka i społeczeństwo*, GWP, Sopot

Kofta M. (1996), *Wprowadzenie do psychologii stereotypów i uprzedzeń*, [w:] M. Marody, E. Gucwa-Leśna (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce*, ISS UW, Warszawa

Kofta M., Jasińska-Kania A. (2001), *Czy możliwy jest dialog między społeczno-kulturowym a psychologicznym podejściem do stereotypów*, [w:] M. Kofta, A. Jasińska-Kania (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Scholar, Warszawa

Kofta M., Sędek G. (1995), *Stereotyp „duszy grupowej"*, [w:] B. Wojciszke (red.), *Jacy są Polacy? Badania opinii społecznej jako źródło wiedzy psychologicznej*, IP PAN, Warszawa

Kofta M., Sędek G. (1999), *Stereotypy duszy grupowej a postawy wobec obcych: wyniki badań sondażowych*, [w:] B. Wojciszke, M. Jarymowicz (red.), *Psychologia rozumienia zjawisk społecznych*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa–Łódź

Konarska J. (2008), *Inny – nie znaczy gorszy*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, IPiSS, Warszawa

Korzon A. (2004), *Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 2, OW „Impuls", Kraków

Kosakowski Cz., Krause A., Przybyliński S. red. (2006), *Pomiędzy teoria a praktyką*, „Dyskursy Pedagogiki Specjalnej" nr 5 , Wyd. UWM, Olsztyn

Kościelska M., Aouil B. red. (2003), *Wstęp. Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, AB, Bydgoszcz

Kotlarska-Michalska A. (2005), *Kategorie marginalizujące się i marginalizowane przez społeczeństwo*, [w:] A. Sakson (red.), *Porządek społeczny a wyzwania współczesności*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Kozielecki J. (1997), *Transgresja i kultura*, Wyd. „Żak", Warszawa

Krause M. (2005), *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, OW „Impuls", Kraków

Krauze-Sikorska H., Kuszak K. red. (2008), *Wybrane problemy psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z utrudnieniami w rozwoju (profilaktyka – diagnoza – terapia)*, WSPiA, Poznań

Krzyszkowski J. (2005), *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź

Kurcz I. (1992), *Stereotypy, prototypy i procesy stereotypizacji*, [w:] Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, KNP PAN, Warszawa

Lewicka M. (1985) (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego*, KiW, Warszawa

Les Gibelin (2000), *Umiejętność obcowania z ludźmi*, Studio Emka, Warszawa

Lowe A. (1999), *Każde dziecko może nauczy się słyszeć i mówić*, Media Rodzina, Poznań

Lowe A. (1995), *Wychowanie słuchowe. Historia – metody – możliwości*, PWN, Warszawa

Maciarz A. (2005), *Społeczny wymiar niepełnosprawności intelektualnej*, „Szkoła Specjalna" nr 4

Mackelprang R., Salsgiver R. (1999), *Niepełnosprawność. Przybliżenie nowego modelu w praktyce pomocy ludziom niepełnosprawnym (Disability a Diversity Model Aproach in Human Service Practice, by Books/Cole Publishing used herein under license)*, Printed in Canada

Macrae C.N., Stangor Ch., Hewstone M.red. (1999), *Stereotypy i uprzedzenia -najnowsze ujęcie*, GWP, Gdańsk

Marzec-Holka K. red. (2005), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Wyd. UK, Bydgoszcz

Milewski S., Czapiewska E. (1999), *Człowiek niepełnosprawny w świadomości współczesnych Polaków*, [w:] S. Sadowska (red.), *Ku edukacji skierowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, WE „Akapit", Toruń

Miller R.S. (2000), *Niepewność i zakłopotanie. O pokonywaniu niechcianych uczuć*, GWP, Gdańsk

Miłkowska G., Olszak-Krzyżanowska B. red.(2008), *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, OW „Impuls", Kraków

Moje Kilimandżaro – losy niepełnosprawnych – wspomnienia, Fundacja Filantrop, Poznań

Nowak A. (2009), *Bariery rehabilitacji społecznej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – wybrane konteksty*, [w:] J. Rottermund (red.), *Zagadnienie funkcjonowania z ograniczoną sprawnością*, OW „Impuls", Kraków

Obuchowska I. (1987), *Obecne i nieobecne paradygmaty w pedagogice specjalnej*, „Kwartalnik Pedagogiczny" nr 4

Grodzka-Mazur E. (2004), *Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci w wieku wczesnoszkolnym – próba modyfikacji na przykładzie uczniów ze Śląska Cieszyńskiego*, [w:] A. Paszko (red.), *Edukacja międzykulturowa w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, Woj. Biblioteka Publiczna, Kraków

Ostrowska A. (1994), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa

Ostrowska A., Sikorska J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa

Ostrowska A., Sikorska J., Gąciarz (2001), *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa

Ostrowska K. (1997), *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*, [w:] J. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzeni w społecznym zwierciadle*, Wyd. „Żak", Warszawa

Pilecka W. (1999), *Zasoby osobowości szansą kreatywnego rozwoju dziecka niepełnosprawnego*, [w:] B.Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny, zagrożenia i szanse rozwoju*, Wyd. Uczelniane WSP, Bydgoszcz

Pietrzak H., Hałaj J.B. (2000), *Psychologia społeczna w praktyce*, WSP, Rzeszów

Pachowicz M. (2006), *Możliwości zmiany stereotypu osoby niepełnosprawnej intelektualnie*, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje – osiągnięcia – perspektywy rozwoju*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Rathus S.A. (2004), *Psychologia współczesna (lepiej- więcej – przystępniej*, GWP, Gdańsk

Rottermund J. red. (2009), *Zagadnienie funkcjonowania z ograniczoną sprawnością*, OW „Impuls", Kraków

Rudek I. (2007), *Od niechęci do akceptacji. O wychowaniu dzieci do tolerancji wobec osób niepełnosprawnych*, OW „Impuls", Kraków

Rzeźnicka-Krupa J. (2003), *Językowy obraz niepełnosprawności (komunikat z badań)*, [w:] Z. Kazanowski, D. Chudowolska-Osik (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wyd. UMCS, Lublin

Rzeźnicka-Krupa J., (2009), *Pedagogika specjalna – rozważania na marginesie studiów kulturowych*, [w:] T. Żółkowska, I. Ramik-Mażewska (red.), *Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością*, „Pedagogika specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania", t. 4, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

Sadowska S. (2005), *Ku edukacji skierowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, „Akapit", Toruń

Sak M., Grzebinoga A. (2007), *Osoby z uszkodzonym słuchem w oczach studentów – elementy stereotypu i mitów społecznych,* [w:] M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności – mity i rzeczywistość*, OW „Impuls", Kraków

Serafin T. (2009), *Kształcenie specjalne w systemie oświaty*, ABC, Warszawa

Sęk H., Kowalik S. red. (1999), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, WF Humaniora, Poznań

Sękowski A. (1999), *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza" nr 5

Siema-Siemaszko I. (2001), *Stereotyp medialny*, „Integracja" nr 5

Sierdzki M. (2000), *Trudności niepełnosprawnych w międzyludzkiej komunikacji w związku z integracyjnymi tendencjami we współczesnych systemach ich edukacji,* [w:] M.Golka (red.), *Bariery w komunikowaniu. Człowiek i społeczeństwo*, t. 18, Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Speck O. (2005), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, GWP, Gdańsk

Stankowski A., Balukiewicz M. red. (2006), *O trudnej sztuce bycia razem czyli różne oblicza integracji*, OW „Impuls", Kraków

Szczepański J. (1988), *Sprawy ludzkie,* PWN, Warszawa

Tomkiewicz-Bętkowska A., Krztoń A. (2007), *ABC pedagoga specjalnego*, OW „Impuls", Kraków

Twardowski A. red. (2009), *Wspomaganie rozwoju dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi*, „Gen", Poznań

Urban B. (2009), *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa

Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002), *Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy*, UKIE, Warszawa

Weigl B.(2000), *Stereotypy i uprzedzenia*, [w]: J.Strelau (red.),*Psychologia. Podręcznik akademicki*, WP, Gdańsk

Wiszejko-Wierzbicka D. (2007), *Sposoby traktowania osób niepełnosprawnych przez inne osoby*, [w:] W. Łukowski (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Portret środowiska*, Academica SWPS, Warszawa

Wilska-Duszyńska B. (1971), *Rozważania o naturze stereotypów,* „Studia Socjologiczne" nr 11

Wojciechowski F. (2005), *Edukacja na rzecz tworzenia społeczeństwa dla wszystkich. Kontekst niepełnosprawności*, [w:] A. Sajdak (red.), *Edukacyjna wspólnota na rzecz społeczeństwa dla wszystkich*, Wyd. UJ, Kraków

Wojciszke B. red. (1995), *Jacy są Polacy? Badania opinii społecznej jako źródło wiedzy psychologicznej*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa

Wosińska W. (2004), *Psychologia życia społecznego*, GWP, Gdańsk

Zacharuk T. (2008), *Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej,* Wyd AP, IBE, Siedlce

Zakrzewska-Manterys E. (2003), *Dziecko upośledzone – nieuchronność stereotypu*, [w:] J. Gustavsson, A. Tossebro, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Niepełnosprawność intelektualna a style życia*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa

Zamkowska A. (2009), *Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji*, Wyd. Politechnika Radomska, Radom

Zasępa E. (2008), *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*, OW „Impuls", Kraków

Żółkowska T. red. (2005), *Pedagogika specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

Żółkowska T., Ramik-Mażewska I. red. (2009), *Pedagogika specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania. Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością*, t. 4, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

Żuraw H. (2008), *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wyd. „Żak", Warszawa

Investigating the intercultural and macro social contexts of stereotypes in practical intervention with the disabled community

Neutralization of disability stereotypes requires progress towards a state of democratic tolerance. Moreover, the paradigm change in special education discourse is also reflected in terms of socio-cultural change. It seems, we are leaving the paradigm of "handy handicap" for the perspective of subjective partnership and co-existence. As a consequence, we are leaving the labelling terminology and stereotypes. This paper investigates the reasons for social exclusion of the disadvantaged – examining the role of institutional power in this process, as well as, an "anti-stigma culture" being created among the community. In conclusion, practical models of help and social support for the disabled community are examined.