

CZŁOWIEK NIEPEŁNOSPRAWNY JAKO „INNY” W UJĘCIU KONCEPCJI SOCJOLOGICZNYCH I W ŚWIETLE BADAŃ SOCJOLOGICZNO-PSYCHOLOGICZNYCH

ANNA KOTLARSKA-MICHALSKA

ABSTRACT. Kotlarska-Michalska Anna, *Człowiek niepełnosprawny jako „inny” w ujęciu koncepcji socjologicznych i w świetle badań socjologiczno-psychologicznych* (Disabled people as “the different” in the light of sociological concepts and the light of sociological and psychological research). *Roczniki Socjologii Rodziny*, XI, Poznań 1999. Adam Mickiewicz University Press, pp. 87-100. ISBN 83-232-0988-X. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Anna Kotlarska-Michalska, Instytut Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, (Institute of Sociology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Polska-Poland.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie głównych nurtów badawczych w socjologii i psychologii społecznej poświęconych stosunkowi ludzi do niepełnosprawności fizycznej i psychicznej, nurtów próbujących wyjaśnić determinanty ludzkiego zachowania wobec osób niepełnosprawnych. Drugim celem jest dokonanie skrótego przeglądu ważniejszych wyników badań empirycznych mówiących o zależnościach między cechami społecznymi ludzi a postawą wobec osób niepełnosprawnych. Trzecim i ostatnim celem jest wskazanie, jak stosunek społeczeństwa do niepełnosprawności wpływa na stosunek niepełnosprawnych do siebie, do ich aktywności społecznej i obecności w życiu społecznym.

Próby wyjaśnienia, dlaczego ludzie niepełnosprawni są traktowani inaczej niż ludzie zdrowi i sprawni były podejmowane od dawna, jednak dopiero w latach pięćdziesiątych rozpoczęto badania zmierzające do ustalenia czynników warunkujących niechęć wobec osób niepełnosprawnych i przejawy napiętnowania społecznego. Zdaniem E. Aronsona, w ciągu ostatnich czterdziestu lat psychologowie społeczni przyczynili się w dużym stopniu do lepszego zrozumienia procesów psychicznych stanowiących podłoże uprzedzeń i dyskryminacji (Aronson 1995, s. 358).

W socjologii najbardziej znaną koncepcją próbującą wyjaśnić zjawisko stygmatyzacji jest koncepcja E. Goffmana, opierająca się na pojęciu tożsamości społecznej,

wyłożona w znanej pracy pt. *Stygma*. Jest ona poświęcona interakcyjnym sposobom rozwiązywania codziennych trudności w kontaktach społecznych przez ludzi, którzy są w potocznej opinii napiętnowani. Napiętnowanie owo to defekt fizyczny bądź inny brak, ułomność, bądź cecha o różnym stopniu widoczności, która czyni człowieka innym, odmiennym od partnerów interakcji spotykanych na co dzień. E. Goffman traktuje zjawisko napiętnowania i bycia innym – odmiennym nieco szerzej, bowiem stwierdza, że „manipulowanie stygma jest ogólną właściwością społeczeństwa, jest to proces pojawiający się wszędzie tam, gdzie istnieją normy odnoszące się do tożsamości” (Goffman 1979, s. 155, za Bokszańskim 1989). Goffman sądzi, że rola normalnego i rola stygmatyka są częściami tego samego układu, odmianami tego samego standardowego stroju. Stygma skłania do myślenia kategoriami wyodrębnionych zbiorów jednostek, które mogą być podzielone na dwie części, oznaczonych stygma i normalnych.

Podstawą piętnowania może być zarówno strach, jak i różne formy awersji i przesądów. E. Goffman wymienia trzy typy piętna. Pierwszy wiąże się z fizyczną odrazą odczuwaną na widok nienormalności i cielesnych deformacji ciała. Drugi typ wiąże się ze skazami charakteru: nieuczciwością, dwulicowością lub ich skutkami, jak przeszłość kryminalna, zażywanie narkotyków, homoseksualizm, tendencje samobójcze, zaś w trzecim typie mieszczą się piętna plemienne, rasowe, narodowościowe i religijne (op.cit., s. 68-69).

Zarówno socjologowie, jak i psychologowie próbowali wyjaśnić zjawisko piętnowania i dystansu wobec niepełnosprawnych poprzez zastosowanie teorii zachowania. Pierwsze sformułowania założeń tej teorii powstały już w latach trzydziestych, a najbardziej znane twierdzenia dotyczyły związku między zachowaniem a nagradzaniem, związku między zachowaniami a doświadczeniami (Majewska 1981). Próby te spotkały się z krytyką, bowiem starały się wyjaśnić zjawisko dystansu do „innych” osób poprzez dogmatyczny system przekonań, jak miało to miejsce w teorii dogmatyzmu Milтона Rokeacha czy poprzez niezgodność pomiędzy uznanymi przekonaniem – w teorii dysonansu poznawczego L. Festingera, czy poprzez analizę zachowań – w teorii interakcji G. Homansa. (Malewski 1975).

Przykładem takiej próby wprowadzenia ogólnych założeń teorii zachowania do analizy postaw i zachowań ludzi wobec niepełnosprawnych jest twierdzenie, że „ludzie zdrowi („normalni”) postrzegają często tę zbiorowość jako odrębną grupę, mimo że jej członkowie nie odczuwają zwykle więzi grupowej i nie łączą ich z innymi inwalidami wspólne idee. Znaleźli się w niej bowiem wbrew własnej woli i czują się nadal członkami innych grup, do których należeli dawniej” (Majewska 1981, s. 58). To otoczenie społeczne narzuca niepełnosprawnym odrębność grupową poprzez tworzenie odrębnych miejsc pracy, bariery instytucjonalne i psychologiczne. Im większy jest zakres uczestnictwa człowieka niepełnosprawnego w innych grupach społecznych, tym rzadziej jest on postrzegany jako członek „grupy inwalidów” (Majewska 1981, s. 59).

W poszukiwaniu przyczyn traktowania osób niepełnosprawnych jako innych próbowano zastosować jedną z teorii kontroli społecznej, wychodzącej z założenia, że wobec osób widocznie ułomnych powstaje zawsze sytuacja pewnej rozbieżności oczekiwań związanych z rolami społecznymi (Niklas 1976, s. 156), a ponieważ w społeczeństwie funkcjonują specyficzne instytucje kontroli społecznej, są również one adresowane do osób niepełnosprawnych. Zarówno w teorii kontroli społecznej, jak i teoriach ról społecznych (m.in. w teorii roli chorego według T. Parsonsa) zakłada się, że sposoby kontroli społecznej wobec osób niepełnosprawnych mogą przyjmować formę rytualizacji, etykietowania, izolacji czy piętnowania (Niklas 1976, s. 157-158).

Podstawą piętnowania jest posiadanie przez jednostkę takiej cechy w wyglądzie czy w zachowaniu, która jest dostrzegana przez innych i jest cechą „rzucającą się w oczy”, powodującą, że napotkane osoby odwracają się od niej, nie zważając na inne jej atrybuty. Jak twierdzą M. Sokołowska i A. Ostrowska, osoba napiętnowana jest w sposób niepożądany odmienna od tego, czego normalnie się oczekuje (op. cit., s. 69). Inwalidztwo fizyczne z widocznymi deformacjami cielesnymi, które jest natchmiast widoczne, jest silniej piętnowane niż inne, mniej widoczne mankamenty w wyglądzie zewnętrznym i funkcjonowaniu człowieka.

Człowiek o zewnętrznych znamionach kalectwa ma zdecydowanie mniejsze szanse na ukazanie cech osobowościowych w typowych kontaktach przestrzennych, w anonimowych sytuacjach społecznych, jak podczas przebywania w miejscach publicznych (w roli przechodnia, pasażera, widza). W takiej anonimowej sytuacji osoba niepełnosprawna nie ma szans na pokazanie, kim jest naprawdę, jakie ma pozytywne cechy charakteru, jakie ma zdolności. Zdecydowanie większe szanse na odkrywanie swoich cech ma osoba niepełnosprawna w obrębie małej grupy społecznej, w obrębie rodziny, grupy koleżeńskiej, zawodowej i towarzyskiej. W obrębie takich małych grup inwalida ma szansę zaprezentowania swoich możliwości zawodowych, towarzyskich i innych cech, które mogą jakby „odwrócić uwagę” od jego inwalidztwa.

Postawa wobec osoby niepełnosprawnej, tak jak każda postawa społeczna, jest niezwykle złożoną dyspozycją i może przyjmować jeden z dwóch kierunków; albo akceptację, albo odrzucenie. Psychologowie są zgodni, że postawa odrzucenia manifestuje się takimi zachowaniami, jak: nieufność, podejrzliwość, poczucie wyższości, agresywność, zawiść i chęć imponowania. W toku interakcji te zachowania wywołują wrogość, opór, nietolerancję, lekceważenie, nieufność. Negatywne postawy kształtują się w toku trzech etapów. Pierwszym etapem jest uprzedzenie do danej osoby, w drugim etapie wyłania się dystans i brak komunikacji prowadzący do izolowania się od danej osoby. W trzecim etapie pojawia się wrogość wyrażająca się w dyskryminowaniu danej osoby lub agresywnym zachowaniu (Newcomb 1965).

Z. Kawczyńska-Butrym, analizując reakcje negatywne wobec osób niepełnosprawnych stwierdziła, że postrzegane odchylenia od normy, obejmujące ograniczenia sprawności, dysfunkcje i defekty, wywołują określone reakcje społeczne, które mogą się wyrażać między innymi przez: powstawanie stereotypów na temat osób

niepełnosprawnych, stygmatyzowanie osób posiadających określoną cechę niezgodną z normą, konkretne postawy wobec tych osób. W stereotypie dotyczącym osoby niepełnosprawnej dominują dwie cechy. Jedna, to słabość, a druga, to brak akceptacji i izolacja społeczna tej grupy (Kawczyńska-Butrym 1996, s. 76).

W opinii psychologów, negatywna postawa wobec osoby niepełnosprawnej może być manifestowana poprzez podkreślenie zależności osoby niepełnosprawnej i okazywanie lekceważącego stosunku. Niechęć do niepełnosprawnych ulega nasileniu wówczas, gdy kontakt z taką osobą jest nieunikniony (Wright 1965).

Upředzenia wobec określonych grup społecznych, grup rasowych, grup religijnych, mają zdaniem E. Aronsona wiele przyczyn. Do głównych przyczyn zalicza on: 1) ekonomiczną i polityczną rywalizację bądź konflikt; 2) przemieszczoną agresję; 3) potrzeby osobowościowe oraz 4) konformizm w stosunku do istniejących norm społecznych (Aronson 1995, s. 389). Wymienione cztery przyczyny mogą działać jednocześnie lub każda z osobna. O ile stosunkowo łatwo poznać przyczynę upředzeń wobec określonych grup zawodowych w sytuacji silnej rywalizacji na rynku pracy, jak i przyczyny upředzeń wobec przybyszów zakłócających przyjęty w danej społeczności porządek społeczny, o tyle trudniej wyjaśnić źródła upředzeń wobec osób niepełnosprawnych, które z wielu powodów nie mogą stanowić zagrożenia czy konkurencji wobec ludzi w pełni sprawnych.

Z dotychczasowych badań socjopsychologicznych wynika, że nie tylko społeczeństwo globalne stwarza bariery osobom niepełnosprawnym, stwarzają je również osoby z najbliższych kręgów społecznych na skutek niewiedzy, stereotypowych zachowań i braku doświadczenia w udzielaniu pomocy. Według A. Ostrowskiej i M. Sokołowskiej, siła pierwszych reakcji na własną niepełnosprawność, na własne inwalidztwo, ma znaczny wpływ na kształtowanie się całości postaw wobec inwalidztwa i w dalszej konsekwencji na przebieg i efekty rehabilitacji. W znanej pracy poświęconej psychologicznym aspektom niepełnosprawności umysłowej stwierdzono, że zachowania osób z naruszoną sprawnością są zrelatywizowane do ich oceny sytuacji, w jakiej się znajdują. Wymienia się pięć czynników głównych: 1) stopień odczuwanego lęku w stosunku do choroby; 2) stosunek do kalectwa w ogóle z okresu poprzedzającego własne inwalidztwo; 3) ilość dokładnych informacji osiągniętych przez jednostkę na temat skutków dolegliwości kalectwa w przyszłości; 4) rodzaj doświadczeń, jakie posiada jednostka w kontaktach ze swymi najbliższymi oraz członkami swojej społeczności w związku z jej inwalidztwem; 5) wiara we własne możliwości w zakresie osiągnięcia niezależności w życiu codziennym, pewności siebie i bezpieczeństwa (Sokołowska, Ostrowska 1976, s. 63).

Z kolei inni autorzy podkreślają, że na zachowanie osób niepełnosprawnych wpływ wywierają takie czynniki, jak: rodzaj kalectwa, czynniki biogeniczne i psychogeniczne, ważność psychologiczna, ekonomiczna i kosmetyczna niesprawnych narządów, czas trwania dolegliwości, charakterystyka dolegliwości (ostra czy przewlekła), okres występowania objawów, przebieg inwalidztwa (czy stałe, powoli postępujące, nagłe lub zmienne – H.S. Ripley, C. Bohengel, A. T. Milhorat).

Psychologowie podkreślają, że adaptacja psychiczna osób niepełnosprawnych nie jest bezpośrednio uwarunkowana stopniem kalectwa, lecz wieloma czynnikami (Wright 1965), których znaczenie potwierdzają liczne badania, począwszy od badań amerykańskich z wczesnych lat sześćdziesiątych do badań z lat dziewięćdziesiątych.

Jak twierdzą M. Sokołowska i A. Ostrowska, jednym z decydujących czynników wyznaczających społeczny stopień kalectwa jest jego odwracalność lub nieodwracalność i fakt piętnowania, bądź nie, danego kalectwa. (Sokołowska, Ostrowska 1976, s. 68). Piętnowanie, jak piszą wspomniane autorki, niekoniecznie musi przybierać formę jednoznacznego potępienia w postaci jakichś konkretnych czynów. Może się ono przejawiać także w pewnych formach neutralnych, jak separacja, tworzenie dystansu czy eliminowanie (op. cit., s. 68).

W jednych z najwcześniejszych badań nad zróżnicowaniem postaw wobec osób kalekich (Siller 1963) wprowadzono koncepcję dystansu społecznego. Badania te wykazały, że zaledwie 9% badanych (studentów wyższych uczelni) wykazało generalną akceptację inwalidów na całej skali, gdzie najwyższym stopniem osobistej, intymnej akceptacji było małżeństwo z osobą kaleką. Zdaniem autora badań „wyłączenie osób kalekich z najwyższego stopnia intymnej akceptacji jest tłumaczone głównie powodami dotyczącymi inwalidy: uzależnienia, niemożność samodzielnego zaspokajania codziennych potrzeb, ograniczeniami w aktywnościach towarzyskich, a znacznie rzadziej w kategoriach osobistych doznań czy awersji. Dochodzi do tego także strach, obawa przed piętnowaniem społecznym, z jakim spotyka się osoba kaleka, które mogłyby także objąć osobę towarzyszącą” (Siller 1963, s. 12-16).

Inne badania przeprowadzone jeszcze wcześniej, bo w 1951 r. w New Haven, poświęcone związkowi między pozycją jednostki w strukturze klasowej a faktem leczenia choroby umysłowej, a także badania dotyczące stosunku przeciętnej populacji do osób chorych umysłowo przeprowadzone w New England w USA wykazały, że osoby chore umysłowo są traktowane negatywnie, jeśli ujawnią swój stan chorobowy, osoby przewidujące niechętną postawę innych osób starają się nie szukać pomocy, aby nie ściągać na siebie niechęci. Badania te wykazały, że choroba psychiczna daje szansę na wyleczenie, ale niezależnie od efektu leczenia powoduje określone przykrości życiowe, co wskazuje, że choroba psychiczna jest faktem społecznie ocenianym negatywnie. (Podgórecki 1969, s. 105).

W jednych z pierwszych polskich badań nad postawami wobec choroby psychicznej – badań przeprowadzonych w Warszawie na początku lat sześćdziesiątych wynika, że fakt choroby psychicznej traktowany był jako wyraźnie wstydlivy i jako piętnujący. Badani mieszkańcy Warszawy wskazywali, że choroba psychiczna winna być leczona w szpitalu psychiatrycznym, a fakt ten winien być ukrywany. Jako powody ukrywania faktu leczenia choroby psychicznej wskazywano: wstyd i obawę przed ośmieszeniem, obawę przed piętnem nienormalności, obawę przed bezpośrednimi szykanami i działaniem na szkodę ze strony otoczenia. Te same badania wykazały, że dla osób z wykształceniem humanistycznym i wyższymi kwalifikacjami zawodowymi, najcięższym rodzajem niepełnosprawności jest choroba psychiczna.

Jednocześnie te osoby wykazywały większą tolerancję wobec osób psychicznie chorych (Bizoń, Godorowski, Henisz i Raźniewski 1965).

Na postawy wobec niepełnosprawności wpływa również rodzaj środowiska społecznego. Szczególnie nieprzyjawnym jawi się środowisko wiejskie. Z badań opartych na metodzie biograficznej prowadzonych przez M. Chodkowską wynika, że niepełnosprawność jest traktowana w rodzinach wiejskich jako zagrożenie podstawowych interesów, głównie ekonomicznych. Niepełnosprawność kobiety wywołuje konflikty, z powodu konieczności przejścia jej ról domowych i wychowawczych (Chodkowska 1987). Z kolejnych badań tej autorki wynika, że największym problemem niepełnosprawnych kobiet w środowisku wiejskim jest pogorszenie sytuacji bytowej i utrata pozycji w rodzinie, utrata zainteresowania ze strony męża. Metoda biograficzna nie odzwierciedliła w całej otwartości postawy środowiska wiejskiego wobec niepełnosprawności kobiet, jednak zasygnalizowała istnienie odmiennych postaw od wrogości do obojętności. Pamiętniki, na których oparła autorka socjopedagogiczną analizę postaw wskazują, że środowisko wiejskie nadal ocenia wartość człowieka pod kątem jego przydatności do pracy na roli. Stosunek tego środowiska do niepełnosprawności pociąga za sobą konsekwencje w postawach niepełnosprawnych wobec własnego życia. Postawa rezygnacji z prób przezwyciężania własnego kalectwa jest odbiciem tradycji wiejskiego fatalizmu i apatii wobec choroby i pojawia się stosunkowo często oraz towarzyszy jej uczucie niezasłużonej krzywdy (Chodkowska 1993, s. 77).

Negatywne postawy wobec niepełnosprawnych w środowisku wiejskim wynikają przede wszystkim z niewielkiej wiedzy o tym problemie społecznym, o jego rozmiarach i przyczynach inwalidztwa w tym środowisku. Szczególnym problemem na wsi jest ukrywanie niepełnosprawności jako faktu wyjątkowo wstydliwego. Rodziny wiejskie wstydzą się ujawniać istnienia takich osób. Osoby te żyją w ukryciu, nie leczą się i nie doksztalcają (Tryfan 1994, s. 42). Z analizy sytuacji osób niepełnosprawnych na wsi wynika, że są to osoby najczęściej niesamodzielne, oczekują one pomocy od innych, stając się obciążeniem dla otoczenia. Są też kłopotliwymi klientami, gdy zgłaszają się do instytucji i urzędów. Ze względu na swą „inność” są bardziej niecierpliwe, szybko się denerwują. Urzędnicy ze swej strony też nie odznaczają się właściwym podejściem, a głównie wykazują za mało cierpliwości (Tryfan 1994, s. 46).

Wyniki badań ogólnopolskich z 1993 roku wykazały, że niepełnosprawni w środowisku wiejskim to często „osoby zamknięte w czterech ścianach swojego pokoju i bardzo ograniczonym uczestnictwie w życiu społecznym. Wytwarza się klasyczne sprzężenie negatywne: izolacja społeczna obniża motywację i szansę znalezienia pomocy rehabilitacyjnej, pozwalającej na rekompensatę społeczną czy też zawodową, a to z kolei zmniejsza szansę integracji i readaptacji społecznej. Prowadzi to w konsekwencji do poczucia wyobcowania, odrzucenia, nieprzydatności, do syndromu getta psychicznego i społecznego niepełnosprawnych” (Gąciarz 1994, s. 101).

Niepełnosprawność może pociągać za sobą nie tylko negatywne postawy w środowisku lokalnym, jak wymienione wyżej środowisko wiejskie, ale również może pociągać negatywne postawy w rodzinie. Można tutaj wyodrębnić przyczyny bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należy zaliczyć niepełnosprawność powodującą niekorzystne zmiany w wyglądzie i zachowaniu osoby niepełnosprawnej, zaś do pośrednich zaliczyć można zmiany w funkcjonowaniu rodziny spowodowane niepełnosprawnością. Do pośrednich należą takie, jak: pogorszenie warunków materialnych, pogorszenie klimatu – sytuacji emocjonalnej rodziny, konieczność udzielania pomocy, wzrost wydatków na leczenie i rehabilitację, ograniczenia życia towarzyskiego. Zmiany pośrednie, czy wtórne mogą spowodować, że wcześniejsza postawa akceptacji osoby niepełnosprawnej może zmienić się na postawę negatywną. Wskazują na to wyniki badań, m.in. socjologicznych i psychologicznych (Kawczyńska-Butrym 1996, Ostrowska 1994).

Przedmiotem wielu badań socjologicznych i psychologicznych stały się postawy rodziców i otoczenia społecznego wobec niepełnosprawnego dziecka. Istnieją różne odcienie akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców, co wynika z powolniejszego przebiegu rozwoju dziecka, konieczności odrzucenia aspiracji wobec dziecka, odmienności społecznej rodziny, wzbudzania emocji otoczenia. Te czynniki powodują dyskomfort psychiczny, który może przerodzić się w uczucie wrogości do dziecka, ale mogą też przyczynić się do wytworzenia akceptacji pozornej (Kościeliska 1988, s. 87-88).

Z badań nad funkcją opiekuńczo-wychowawczą rodziny wobec dzieci defektywnych przeprowadzonych w 1981 roku wynika, że nie zawsze w rodzinach, czyli w najbliższym otoczeniu społecznym, reprezentowane są pozytywne postawy wobec dziecka defektywnego. Większość badanych rodziców reprezentowała prawidłową postawę emocjonalną wobec dziecka defektywnego, ale badania ujawniły, że wypracowanie tej postawy poprzedzone było stresem i przeformułowaniem stosunku emocjonalnego do dziecka, a zaledwie 8% rodziców nie zaakceptowało kalectwa swoich dzieci (Kawula, Wyrembek 1986).

Z innych badań nad realizacją funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej w rodzinach z dzieckiem upośledzonym umysłowo wynika, że upośledzeniu dziecka towarzyszy ewolucja przeżyć emocjonalnych rodziców i najczęściej osiągają one etap pozornego przystosowania. Rodziny te często ograniczają dziecku niepełnosprawnemu kontakty towarzyskie, co w konsekwencji prowadzi do zamykania się styczności społecznych w obrębie kręgu rodzinnego, a tym samym prowadzi do samostygmatyizacji (Leszkowicz-Baczyńska 1999, s. 241). Wspomniane badania wykazały również trudności w pełnej akceptacji typu psychofizycznego dziecka, szczególnie przez ojców. Matki częściej przejawiają rzeczywistą akceptację dziecka i jego choroby, co pociąga za sobą aktywne poszukiwanie najlepszych dla niego rozwiązań. Autorka omawianych badań uzyskała interesujące rezultaty analizy postaw rodziców wobec upośledzonego dziecka. Matki pozornie akceptujące niepełnosprawność dziecka częściej decydują się na pomoc instytucjonalną, zaś matki rzeczywiście akceptujące

dziecko, samodzielnie podejmują działania rehabilitacyjne, stymulujące i ułatwiające przystosowanie dziecka do rzeczywistości (ibidem).

W wielu badaniach nad funkcjonowaniem rodzin posiadających dziecko niepełnosprawne zwrócono uwagę na częsty fakt odchodzenia ojców od rodzin. Jest to interpretowane jako brak współdziałania między rodzicami, bowiem matka obciążona czynnościami pielęgnacyjnymi i przytłoczona negatywnymi przeżyciami ujawnia wobec męża postawę pretensji i w konsekwencji nieświadomie powoduje odsuwanie się męża od rodziny (Twardowski 1981, Leszkowicz-Baczyńska 1999).

Nie tylko w środowisku wiejskim niepełnosprawność jest przyczyną izolowania czy ograniczania kontaktów społecznych. Nawet w środowisku wielkomiejskim pojawienie się dziecka niepełnosprawnego na ulicy często powoduje wzmożone zainteresowanie przechodniów. Rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego fizycznie, jak wynika z badań A. Pawlik, odczuwa zażenowanie z powodu ułomności brata czy siostry i niechętnie występuje w roli towarzysza zabaw poza środowiskiem domowym. Zdrowe dzieci niechętnie też towarzyszą niepełnosprawnemu rodzeństwu w zabawach na terenie domu, szczególnie w sytuacji, gdy są odwiedzane przez swoich kolegów (Pawlik 1994, s. 40, Wojdylewska 1996, s. 49). Można stwierdzić, że dzieci kopiują postawę uprzedzenia obserwowaną w środowisku pozarodzinnym.

Generalnie, badania nad postawami wobec osób niepełnosprawnych wykazały, że postawy te są ambiwalentne i wahają się od niechęci na widok i do kontaktowania się z osobami niepełnosprawnymi poprzez współczucie i życzliwość do pełnej akceptacji oraz życzliwości wobec nich (Larkowa 1970)

Kształtowanie pozytywnych postaw psychospołecznych wobec osób niepełnosprawnych utrudnione jest przez wiele czynników. Jako pierwszy wymienia się uprzedzenia, których ludzie uczą się od środowiska przypisującego osobom niepełnosprawnym różne negatywne cechy. Uprzedzenia te powstają na skutek rozwijania i scalania reakcji wyuczonych w dzieciństwie i młodości, jako kontynuacja modelu postaw nabytych w toku wychowania, na skutek doświadczeń dotyczących przedmiotu postaw, na skutek konsekwencji urazowych i na skutek przypisywania sobie gotowych wzorów postaw od innych ludzi (Pospiszyl 1973).

Stosunek przeciętnego człowieka do problemu niepełnosprawności może być odbiciem polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych, umożliwiania im uczestnictwa w szerszym życiu publicznym lub tworzenia barier, chociażby architektonicznych. Stosunek społeczeństwa globalnego do niepełnosprawnych można oceniać na podstawie ich „widzialności”. Dokonana przez A. Ostrowską próba klasyfikacji postaw wobec osób niepełnosprawnych uwzględniła trzy stopnie „widzialności” inwalidów. Pierwszy polega na widzialności tej grupy osób w miejscach publicznych, przy jednoczesnym dość liberalnym podejściu do udzielania pomocy. Drugi stopień to „separacja” polegająca na umieszczaniu osób niepełnosprawnych w specjalnych zakładach lub pozostawianiu w swoich mieszkaniach, gdzie jednoczesnej opiece towarzyszy izolowanie od środowiska społecznego. Trzeci stopień polega na integracji, czyli pełnym włączaniu niepełnosprawnych do życia społecznego (Ostrowska 1983).

Jak stwierdza A. Ostrowska, na podstawie badań ogólnopolskich, brak kontaktów i osobistych doświadczeń z osobami niepełnosprawnymi powoduje, że wiedza o nich kształtowana jest poprzez stereotypy, w których cechy przypisywane inwalidom charakteryzują ich w większości jako ludzi słabych, samotnych, wycofujących się, niepewnych siebie, niezadowolonych z życia. Sposób widzenia ludzi niepełnosprawnych kojarzy się raczej z niepowodzeniem życiowym, niż z sukcesem. W stereotypowych wyobrażeniach ludzie niepełnosprawni zasługują na współczucie i wymagają pomocy, nie są traktowani jako partnerzy. Badania te również wykazały, że „społeczne oceny ciężkości poszczególnych kalectw różnią się znacznie między sobą, zróżnicowany jest także dystans (rozumiany jako gotowość do wchodzenia w relacje społeczne o różnym stopniu bliskości) w stosunku do różnego rodzaju inwalidów. Jednak kalectwa, które w świadomości społecznej uchodzą za najcięższe, nie są tożsame z tymi, które powodują największy dystans” (Ostrowska 1994, s. 43-45).

W świetle badań psychologicznych istnieje pięć praktyk dyskryminacyjnych. Do najłżejszych należy dystansowanie się, polegające na uchylaniu się od udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym. Drugim rodzajem jest dewaluacja polegająca na podkreślaniu negatywnych cech osoby niepełnosprawnej, upowszechnianiu stereotypowych opinii, czy głoszenie niesprawdzonych negatywnych wyobrażeń na temat osób niepełnosprawnych. Trzecim rodzajem jest delegitymizacja przejawiająca się w formach praktyk dyskryminacyjnych. Ostrzejszym rodzajem dyskryminacji jest segregacja, na ogół przejawiająca się w fizycznym izolowaniu jednostki niepełnosprawnej. Ostatnim rodzajem jest eksterminacja, najbardziej drastyczna forma dyskryminacji (Kowalik 1996, s. 162-164).

W świetle bogatych już wyników badań psychologicznych nad postawami wobec osób niepełnosprawnych wynika, że osoby niepełnosprawne zdecydowanie częściej wywołują emocje negatywne niż pozytywne, a jednocześnie wiedza przeciętnego człowieka na temat niepełnosprawności jest wciąż niedostateczna, co pociąga za sobą niechęć, a nawet wrogość. Postawy wobec osób niepełnosprawnych, jak wykazały wyniki badań socjologicznych i psychologicznych, są uzależnione od wielu czynników społecznych, kulturowych, demograficznych, ekonomicznych, psychologicznych, a także od postaw osób niepełnosprawnych wobec własnego kalectwa. Źródła negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych nie są jednak do końca rozpoznane.

W psychologii społecznej podejmowano próby wyjaśnienia uprzedzeń społecznych do niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Powstały dwie grupy teorii, w jednej zakłada się istnienie sytuacyjnej genezy uprzedzeń społecznych, a w drugiej osobowościowe pochodzenie uprzedzeń (Kowalik 1996, s. 166). Jednak większość z tych teorii nie potrafiła wyjaśnić do końca, co sprawia, że uprzedzenia społeczne są tak trwałe.

Postawy otoczenia społecznego okazywane osobom niepełnosprawnym, wpływają w istotny sposób na zachowania osób niepełnosprawnych. Otoczenie, budując

swoje wyobrażenia o możliwościach osoby niepełnosprawnej na stereotypach, jednocześnie ogranicza tej osobie pole aktywności życiowej. Może się to przejawiać w nadopiekuńczych działaniach rodziny, nadmiernie chroniącej postawie najbliższego kręgu przyjacielskiego czy w innych tego typu zachowaniach. Psychologowie twierdzą, że uznanie kogoś za niepełnosprawnego jest równoznaczne z przypisaniem tej osobie predyspozycji do określonych zachowań. Rezultaty tej wstępnej diagnozy są przekazywane osobie niepełnosprawnej w różny sposób – najczęściej werbalnie, ale także poprzez specyficzne zachowanie wobec niej. Oczekuje się, że człowiek niepełnosprawny, podlegający stygmatyzacji będzie rzeczywiście postępował zgodnie z przypisaną mu predyspozycją. Czego efektem może być unikanie określonych zajęć, przyjmowanie roszczeniowej postawy czy niechęć do działań rehabilitacyjnych. Psychologowie nazywają taki mechanizm samospełniającym się proroctwem (Kowalik, Brzeziński 1991).

Próbkę stworzenia klasyfikacji postaw wobec osób chorych i niepełnosprawnych podjęła B. Tobiasz-Adamczyk (1995, s. 128). Jej zdaniem, negatywne postawy otoczenia wobec inwalidów uzasadniane są zwykle:

- trudnościami inwalidów przy wykonywaniu szeregu „normalnych” czynności,
- niechęcią estetyczno-seksualną,
- napięciem i skrepowaniem w obcowaniu z inwalidami,
- nietypowością inwalidów,
- przypisywaniem inwalidom negatywnych cech emocjonalnych i charakterologicznych,
- niemożnością nawiązania kontaktu emocjonalnego z inwalidą,
- lękiem przed nabyciem kalectwa,
- cierpieniem wywołanym wczuciem się w sytuację inwalidy,
- obawą przed ciężarem będącym odpowiedzialnością w przypadku utrzymywania kontaktów z inwalidą (np. obawa przed małżeństwem),
- obawą bojkotu towarzyskiego spowodowanego kontaktem z inwalidą,
- lękiem przed zarażeniem lub dziedzicznością,
- poczuciem winy wobec inwalidy („ja jestem zdrowy”).

Zdaniem B. Tobiasz-Adamczyk, źródłem tego rodzaju uprzedzeń jest przekonanie, że jeżeli ciało jest wadliwe, to takie same wady musi mieć także osobowość danego człowieka. Ponadto, fizyczny kontakt z osobami niepełnosprawnymi wyzwała przykre przeżycia, wywołane nieznanymi wzorów zachowań w różnych sytuacjach (ibidem, s. 129).

Zmiana postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, jak i niepełnosprawności wymaga wielu zsynchronizowanych działań. Najważniejszym jest wychowywanie w duchu tolerancji wobec niepełnosprawności już w najwcześniejszym okresie. Wiadomo bowiem, że dzieci przejmują od swoich rodziców uprzedzenia społeczne, jeśli w okresie dzieciństwa wykształcone zostaną postawy nietolerancji, trudno będzie zmienić je w wieku dojrzałym. Badania psychologiczne wskazują, że

próby oduczenia uprzedzeń społecznych nie przyniosły zadowalających efektów (Kowalik 1996, s. 167). Wychowywanie w duchu tolerancji musi być równoległe we wszystkich środowiskach wywierających wpływ na młode pokolenie.

Równoległym typem działań winny być działania w kierunku integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, od przedszkola integracyjnego, poprzez szkoły integracyjne na wszystkich etapach kształcenia, a także poprzez konkretne rozwiązania umożliwiające powszechny dostęp niepełnosprawnych do wszystkich instytucji kulturalnych, oświatowych i rekreacyjnych. Wiadomo, iż łatwiej zlikwidować bariery architektoniczne czy komunikacyjne, niż bariery w postaci uprzedzeń społecznych, dlatego jednoczesne wychowywanie społeczeństwa w szacunku i tolerancji oraz umożliwianie osobom niepełnosprawnym powszechnego dostępu do wszystkich obiektów użytku publicznego może zaowocować stopniową zmianą postaw społecznych.

Inną, ważną formą działań na rzecz przybliżenia problemu niepełnosprawności przeciętnemu obywatelowi, winna być większa obecność niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu, szczególnie w telewizji. Prezentacja telewizyjna osiągnięć zawodowych, edukacyjnych, społecznych i osobistych osób niepełnosprawnych, a także pokazywanie osób niepełnosprawnych w ich codziennych zmaganiach, mogłyby nie tylko zaznaczyć obecność ludzi niepełnosprawnych w życiu społecznym, ale poszerzać wiedzę o ich możliwościach, uzdolnieniach, a także potrzebach. W większym stopniu niż do tej pory należałoby prezentować w środkach masowego przekazu różne formy działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe, grupy samopomocowe działające w różnych środowiskach lokalnych na rzecz osób niepełnosprawnych. Wskazaniem zabiegiem byłoby też zaznaczenie obecności osób niepełnosprawnych w reklamach telewizyjnych i przełamanie stereotypowych wyobrażeń, że reklamowanie różnych produktów może przynosić efekty, jeśli w reklamie uczestniczą tylko osoby młode i zdrowe.

Najtrudniejszym do przełamania jest stereotyp społeczny, przejawiający się w przekonaniu, że wystarczy zaspokoić potrzeby bytowe osób niepełnosprawnych, aby problem niepełnosprawności był rozwiązany. Zgodnie z tym stereotypem panującym w naszym społeczeństwie zezwala się, a nawet nakazuje pomoc ludziom niepełnosprawnym w zaspokojeniu potrzeb warunkujących egzystencję, gdy jednak te potrzeby przybierają bardziej wysublimowaną postać, budzą sprzeciw, mający źródło w nietolerancji (Zrałek 1994, s. 155). Stąd też, między innymi, osoby niepełnosprawne mają o wiele gorszą pozycję na rynku matrymonialnym, chociaż odczuwają analogiczne potrzeby w dziedzinie szczęścia małżeńskiego i rodzinnego (Błęszyńska 1994). Dlatego tak istotnym elementem programu działań winno być uświadamianie społeczeństwa, że ludzie niepełnosprawni mają takie same potrzeby biologiczne, społeczne i kulturalne, jak wszyscy inni obywatele.

Bardzo ważnym kierunkiem działań w przełamaniu uprzedzeń wobec osób niepełnosprawnych jest wypracowanie mechanizmów integracyjnych przez samych

zainteresowanych. Kontakty i poczucie więzi z innymi osobami, jak i rodzinami mającymi podobne problemy, wspólne organizowanie zajęć rekreacyjnych, samokształceniowych i rehabilitacyjnych, uwolniłoby te osoby i ich rodziny od poczucia bezradności jak i poczucia osamotnienia (Maciarz 1997, s. 204). Jak słusznie dostrzegają to autorzy badań, „dopóki brak będzie mechanizmów integracyjnych, inwalidzi nie będą w stanie stworzyć politycznego lobby, a co za tym idzie – nie będą traktowani jako równorzędny partner przez realnie istniejące siły polityczne” (Czajkowski, Federowicz, Iwanowska 1994, s. 207).

Stworzenie takiego lobby jest aktualnie bardzo potrzebnym rozwiązaniem, ponieważ człowiek niepełnosprawny znalazł się w szczególnie trudnej sytuacji w latach dziewięćdziesiątych, bowiem obok innych, dotychczasowych barier pojawiły się nowe. Wyraźnie zmalały szanse niepełnosprawnych na rynku pracy. Ograniczeniu uległy szanse na przekwalifikowanie i zmianę miejsca pracy. Niepełnosprawni stają się coraz częściej klientami pomocy społecznej. Jest to dla nich rola krępująca, wstydliva i upokarzająca. Z badań nad rodzinami osób niepełnosprawnych korzystających z pomocy społecznej wynika, że mają one poczucie napiętnowania z powodu konieczności ubiegania się o pomoc, jak i z powodu chłodnego, nieprzyjaznego stosunku, jakim darzy ich personel instytucji pomocowej (Davies 1993, Kawczyńska-Butrym 1994, 1996). Gorsza sytuacja niepełnosprawnych na rynku pracy pociąga za sobą konieczność zwracania się o pomoc do innych instytucji pomocowych oraz organizacji i stowarzyszeń. Niezależnie od stosunku, jaki przejawiają te instytucje do niepełnosprawności, dla osób starających się o pomoc czy poradę sytuacja ta jest zawsze wejściem w rolę osoby proszącej, a więc rola ta z reguły pełniona jest niechętnie, z dużą dozą dyskomfortu psychicznego, z obciążeniem „bycia gorszym”, „bycia skazanym na łaskę innych”. W świadomości wielu niepełnosprawnych biorców pomocy społecznej tkwi przekonanie, że są oni gorzej traktowani niż inni ludzie.

Podsumowując, można stwierdzić, że na stosunek społeczeństwa do niepełnosprawności wpływa również sama pozycja osób niepełnosprawnych w hierarchii społecznej. Jest ona wyznaczana wieloma czynnikami, ale przede wszystkim ekonomicznymi i kulturowymi. Z jednej strony niska pozycja społeczna wpływa utrwalająco na uprzedzenia, z drugiej strony stwarza podstawy do uprzedzeń. Pozycja osób niepełnosprawnych była zawsze gorsza od innych grup społecznych, na skutek wielu barier stwarzanych przez społeczeństwo, barier warunkowanych też przez uprzedzenia.

Proces przełamywania stereotypów, uprzedzeń jest z pewnością długotrwały, jednak nie może być odłożony na później. Im większa będzie wiedza w społeczeństwie o przyczynach niepełnosprawności, o potrzebach ludzi niepełnosprawnych, o możliwościach rehabilitacyjnych, o działalności różnych instytucji na rzecz niepełnosprawnych, o sposobach integracji niepełnosprawnych oraz o efektach rehabilitacji, tym łatwiejsza będzie droga do likwidacji uprzedzeń społecznych.

DISABLED PEOPLE AS “THE DIFFERENT” IN THE LIGHT OF SOCIOLOGICAL CONCEPTS AND THE LIGHT OF SOCIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL RESEARCH

Summary

Despite such research on the genesis of social prejudice against handicapped people, there have not been found all the factors.

Attitudes to handicapped people – according to the results of the research – are conditioned by numerous factors of social, cultural, demographical, economical and psychological type. They are also conditioned by handicapped people’s own attitude to their disabilities.

Sociological research has proven that society creates many obstacles in social life of handicapped people. More painful for them are social obstacles than the architectonic ones. Psychological research concentrates on the genesis of social prejudice and its result. Society’s negative attitude to handicapped people results mainly from the lack of knowledge on the needs of those people. Painful is also the fact that children copy stereotypic behaviour of adults and play games with handicapped children rather unwillingly.

The process of breaking stereotypes and prejudice has to base on bringing the new generation up in respect for handicapped people.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, Warszawa 1995,
- Bizoń Z., Godorowski K., Henisz J., Rażniewski A., *Postawy ludności m. Warszawa wobec psychicznie chorych i psychiatrów*, „Pamiętnik XXVIII Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich w Lublinie”, Warszawa 1965, s. 71.
- Błęszyńska K., *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.
- Bokszkański Z., *Tożsamość, interakcja, grupa*, Łódź 1989.
- Chodkowska M., *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, Lublin, 1993.
- Czajkowski T., Federowicz M., Iwanowska A., *Środowisko ludzi niepełnosprawnych w perspektywie społeczeństwa obywatelskiego*, (w:) *Droga przez instytucje. Instytucje działające na rzecz osób niepełnosprawnych* (red.) M. Federowicz, Warszawa 1994.
- Davies M., *Drogę wytyczają klienci: osiem lekcji*, (w:) *Praca socjalna – pomoc społeczna. Materiały i studia*, (red.) J. Kwaśniewski, Warszawa 1993.
- Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań 1997,
- Gąciarz B., *Dostępność rehabilitacji i leczenia dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących wieś*, (w:) W. Piątkowski, A. Ostrowska, *Niepełnosprawni na wsi*, Warszawa 1994.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Warszawa 1996.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.
- Kawula S., Wyrembek J., *Funkcja opiekunczo-wychowawcza rodziny wobec dzieci defektywnych*, „Problemy Rodziny” 1986, nr 3.
- Kościełska M., *O psychologicznych źródłach trudności akceptacji dziecka upośledzonego – dane z terapii rodzin*, (w:) *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (red.), D. Kornas-Bieła, Lublin 1988.

- Kowalik S., Brzeziński J., *Protodiagnoza kliniczna*, (w:) *Spoleczna psychologia kliniczna*, H. Sęk (red.), Warszawa 1991.
- Kowalik S., *Psychospoleczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996.
- Larkowa H., *Postawy otoczenia wobec inwalidów*, Warszawa 1970.
- Leszkowicz-Baczyńska Z., *Rodzina z dzieckiem upośledzonym umysłowo. Socjologiczne studium realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej*, Lubuskie Towarzystwo Naukowe, Zielona Góra 1999.
- Maciarz A., *Pedagogika terapeutyczna dzieci przewlekle chorych*, (w:) Dykci k W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań 1997.
- Majewska A., *O zastosowaniu teorii zachowania w socjologii kalectwa*, „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3.
- Malewski A., *O nowy kształt nauk społecznych*, Warszawa 1975.
- Niklas D., *Zależność i piętno w życiu osób niepełnosprawnych*, „Studia Socjologiczne” 1976, nr 3.
- Ostrowska A., *Bariery społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych*, (w:) *Studia z socjologii niepełnej sprawności* (red.), M. Sokołowska, Wrocław 1983.
- Ostrowska A. (wyb. i opr.), *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce 1993*, Warszawa 1994.
- Ostrowska A., *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych. Raport z badań*, Warszawa 1994.
- Ostrowska A., Sikorska J., Sufin Z., *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 1994.
- Pawlik A., *Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym fizycznie*, nie publikowana praca magisterska, Instytut Socjologii UAM, Poznań 1994.
- Piątkowski W., Ostrowska A. (red.), *Niepełnosprawni na wsi*, Warszawa 1994.
- Podgórecki A., *Patologia życia społecznego*, Warszawa 1969.
- Pospiszyl K., *Psychologiczna analiza wadliwych postaw społecznych młodzieży*, Warszawa 1973.
- Ripley H. S., Bohengel A., Milhorat A. T., *Personality Factors in Patients with Muscular Disability*, „American Journal of Psychiatry”, no 99.
- Sękowska Z., *Postawy wobec osób upośledzonych*, (w:) *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (red.), D. Kornas-Biela, Lublin 1988.
- Siller J., *The Reactions to Physical Disability*, „Rehabilitation consulting Bulletin”, 1963, no 7.
- Sokołowska M., Ostrowska A., *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*, Wrocław 1976.
- Ślenzak J., *Rodzina a dziecko z zaburzeniami rozwoju psychicznego i fizycznego*, „Problemy Rodziny” 1975, nr 2.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i medycyny*, Kraków 1995.
- Tryfan B., *Problemy niepełnosprawnych mieszkańców wsi w Polsce i wybranych krajach europejskich*, (w:) *Niepełnosprawni na wsi* (red.), W. Piątkowski, A. Ostrowska, Warszawa 1994.
- Twardowski A., *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa 1991.
- Wojdylewska D., *Zmiany w systemie rodzinnym na skutek niepełnosprawności dziecka*, nie publikowana praca magisterska, Instytut Socjologii UAM, Poznań 1996.
- Wright B. A., *Psychologiczne problemy fizycznego inwalidztwa*, Warszawa 1965.
- Zrałek M., *Systemy opieki nad osobami niepełnosprawnymi w środowisku zamieszkania*, (w:) *Środowisko zamieszkania a niepełnosprawni* (red.), H. Skibniewska, L. Frąckiewicz, Warszawa 1994.