

Stanisław Waszczak

*Zakład Polityki Społecznej
Akademia Ekonomiczna w Katowicach*

Stosunek społeczeństwa do osób niepełnosprawnych

Wraz ze wzrostem liczby ludności i złożoności interakcji społecznych, coraz dłuższym trwaniem życia ludzkiego, postępem technicznym – zwiększa się ryzyko zachorowania lub nagłego wypadku, których skutkiem może być niepełnosprawność. Dane statystyczne wykazują, że liczba osób niepełnosprawnych stale wzrasta i stanowi ponad 10% ogółu ludności. Niepełnosprawność staje się jednym z głównych problemów społecznych i ekonomicznych, zarówno w krajach wysoko uprzemysłowionych, jak i rozwijających się.

Często wśród badaczy można spotkać się z opinią, że ludzie niepełnosprawni stanowią najliczniejszą, kulturową grupę mniejszościową w większości krajów współczesnego świata. Jej źródłem jest przeświadczenie, że niepełnosprawność bywa równie trwałym stanem jak rasa czy przynależność etniczna. Podobnie jak inne mniejszości, choć w bardziej specyficzny sposób, także ludzie niepełnosprawni dotyczą tak dotkliwe problemy, jak: izolacja, dyskryminacja, segregacja, czy marginalizacja (Kowalak 1988: 143). Przeciwwagą dla tych negatywnych zjawisk społecznych jest, zakrojony na szeroką skalę, program integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Program ten stwarza szansę na pełniejsze zrozumienie problemów ludzi dotkniętych mniej lub bardziej trwałym kalectwem i tym samym, na znaczną poprawę jakości ich życia (Ostrowska 1997: 76).

W przedstawianiu i charakterystyce ludzi niepełnosprawnych w kategoriach mniejszości kulturowej widać wyraźną tendencję do wychodzenia poza dotychczas obowiązujący paradygmat biomedyczny i otwierania nowej perspektywy w ujmowaniu problemu niepełnosprawności. W tym nurcie mieści się również koncepcja przedstawiająca osoby niepełno-

sprawne jako grupę zależną, w znaczeniu „zbiorowości niezdolnej (trwale lub czasowo) do samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb” (Błężyńska 1966: 10, 11).

Nowe koncepcje niepełnosprawności, zgodnie z dyrektywami Światowej Organizacji Zdrowia, biorą pod uwagę w większym niż dotychczas zakresie, jej uwarunkowania psychospołeczne. Podejście medyczne z właściwym dla niego położeniem akcentu na niepełnosprawności i działalności leczniczo-usprawniającej jest uzupełniane rozumieniem niepełnosprawności jako ograniczenia albo upośledzenia, które powstaje nie tylko w jednostce, ale także w relacji społeczeństwo – osoba niepełnosprawna.

W niniejszym opracowaniu podejmuję próbę przedstawienia stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych z punktu widzenia tej zmieniającej się perspektywy.

Niepełnosprawność i osoby niepełnosprawne

Niemal powszechnie używane zbiorcze określenie „niepełnosprawność” jest pojęciem nieostrym, wieloznacznym, następującym wiele trudności definicyjnych i interpretacyjnych. Ogólność i wieloznaczność tego pojęcia nie jest może sprawą najistotniejszą, zwłaszcza z punktu widzenia osób niepełnosprawnych, ale może mieć znaczenie dla ludzi, którzy wchodzi w kontakt z osobami niepełnosprawnymi, chcą naprawdę rozemnić się w ich sytuacji, zrozumieć ich problemy. Kwestia definicji niepełnosprawności z pewnością nie jest już sprawą bez znaczenia na płaszczyźnie legislacyjnej, administracyjnej i społecznej. Chcąc stworzyć odpowiedni poziom opieki i usług dla osób niepełnosprawnych należy najpierw wyjaśnić czym jest niepełnosprawność, kogo możemy uznać za osobę niepełnosprawną i w jakim zakresie (Gałkowski 1997: 29). W świadomości społecznej i w języku potocznym niepełnosprawność jest często rozumiana jako niepełnosprawność wyłącznie fizyczna; dla niepełnosprawności umysłowej, psychicznej, zarezerwowane są terminy: upośledzenie, zaburzenie, choroba psychiczna. Być może bierze się to z jednostronnego rozumienia sprawności: kojarzy nam się ona ze sprawnością w sensie fizycznym, dobrą kondycją, sportową sylwetką *etc.*

Przyjęta w 1980 r. przez WHO „Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń” (ICIDH) dokonuje rozróżnienia pomiędzy: uszkodzeniem (*impairment*), niepełnosprawnością (*disability*) i upośledzeniem (*handicap*)¹. Według tej Klasyfikacji uszkodzenie (*impairment*), to utrata lub nieprawidłowość psychologicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury lub funkcji organizmu. Może być czasowe lub stałe, obejmuje występowanie anomalii, defektu lub jakiegoś braku. Niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna (*disability*) jest niejako skutkiem uszkodzenia i oznacza ograniczenie lub utratę zdolności wykonywania określonych czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*) oznacza

¹ Tłumaczenie podają za T. Majewskim – ekspertem MOP. W literaturze poświęconej niepełnosprawności można spotkać inne tłumaczenia i interpretacje tych terminów, np. według T. Gałkowskiego: *impairment* (uszkodzenie), *disability* (upośledzenie), *handicap* (niepełnosprawność).

mniej korzystną sytuację danej osoby będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, uniemożliwiającej jej odgrywanie ról związanych z życiem w określonym środowisku².

Klasyfikacja ta od początku budziła kontrowersje, była krytykowana przez teoretyków i praktyków zajmujących się osobami niepełnosprawnymi. Zdaniem Schuntermanna jest ona zbyt arbitralna i nie uwzględnia w należyty sposób zależności pomiędzy uszkodzeniem, niepełnosprawnością i upośledzeniem. Między innymi, jego wątpliwość budzi stosowanie terminu „uszkodzenie psychiczne”, podczas gdy bardziej adekwatnym wydaje się według niego termin „zaburzenie psychiczne”. Według tego badacza niezadowalająca jest także definicja upośledzenia, czyli niepełnosprawności społecznej (*handicap*). Wiadomo że ma ona ogromne znaczenie ze względu na integrację społeczną osób niepełnosprawnych, ale nie wiadomo na czym właściwie polega (Majewski 1988: 64, 68).

Krytycy Klasyfikacji ICIDH stawiają zarzut, że znajdujące się w niej definicje niedostatecznie wyjaśniają, czym jest niepełnosprawność, oraz w zbyt małym stopniu biorą pod uwagę interakcję pomiędzy społeczeństwem a potrzebami i możliwościami ludzi niepełnosprawnych. Zdaniem T. Gałkowskiego istnieje problem zależności „pomiędzy ogólną definicją osoby niepełnosprawnej a definicjami szczegółowymi odnoszącymi się do rozmaitych grup klinicznych niepełnosprawności (...). Definicja ogólna nie może pozostawać w sprzeczności z definicjami szczegółowymi, które określają kryteria i stopień nasilenia dysfunkcji” (Gałkowski 1997: 30).

Europejski program „Helios” wymienia sześć podstawowych sektorów niepełnosprawności: wzrokową, słuchową, ruchową, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne oraz specyficzne medyczne uszkodzenia, niepełnosprawności i upośledzenia. W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności postanowiło włączyć do kategorii osób niepełnosprawnych nosicieli wirusa HIV oraz osoby chore na AIDS. Jednocześnie Forum przyjęło następującą, rozszerzoną definicję osoby niepełnosprawnej: „Osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężać w taki sposób jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa. Do zadań społeczeństwa należy eliminowanie, zmniejszanie lub kompensowanie tych barier, aby każdej jednostce umożliwić korzystanie z dóbr publicznych jednocześnie respektując jej prawa i przywileje” (Gałkowski 1997: 32).

Rozumienie problemów niepełnosprawności w dużej mierze uzależnione jest od kontekstu rozważań. Kontekst ten wyznaczają dwa główne modele niepełnosprawności³:

² Przyjmując, że niepełnosprawność stanowi pewnego rodzaju kontinuum: uszkodzenie (*impairment*) odnosi się do utraty lub nieprawidłowości natury organicznej, niepełnosprawność (*disability*) odnosi się do braku zdolności do działania w normalnym dla człowieka zakresie, a upośledzenie (*handicap*) oznacza niekorzystne położenie (kulturalne, społeczne, ekonomiczne i środowiskowe) będące wynikiem uszkodzenia i niepełnosprawności. Przy czym upośledzenie nie musi być nieuniknioną konsekwencją niepełnosprawności, zależy ono od interakcji całego zespołu społecznych, kulturowych i behawioralnych czynników. Czasem osoba może czuć się społecznie upośledzona bez utraty możliwości i zdolności do normalnego funkcjonowania.

³ Znane są cztery modele niepełnosprawności: medyczny (indywidualny), społeczny, prawny oraz religijny.

medyczny i społeczny. W modelu medycznym dominuje pogląd, iż niepełnosprawność jest wynikiem fizycznego lub psychicznego uszkodzenia, które uniemożliwia lub utrudnia osobie nią dotkniętej normalne funkcjonowanie. Niepełnosprawność może przejawiać się w ograniczeniu możliwości przemieszczania się, sprawności manualnej, koordynacji ruchowej, w percepcji, osłabieniu czynności intelektualnych oraz w zaburzeniach psychicznych. Człowiek nie jest sprawny, nie może np. chodzić, ponieważ ma uszkodzony kręgosłup. Uszkodzenie kręgosłupa i niemożność chodzenia powodują skutki, które przekładają się na aktywność jednostki, określają, co jest, a co nie jest w zakresie jej możliwości. Konsekwencją niepełnej sprawności jest niemożność lub ograniczenie w podejmowaniu pracy, uczestnictwa w życiu publicznym, bowiem medyczna diagnoza w przypadku inwalidztwa pociąga za sobą skutki prawne i społeczne. W ten sposób, od stwierdzenia faktu, diagnozy w sensie medycznym – niepełnosprawności, przechodzi się do dyskryminacji w sensie społecznym. Model medyczny w swym obiektywizującym diagnozowaniu fizycznej i psychicznej niepełnosprawności w niezamierzony sposób przyczynia się do dyskryminacji ludzi niepełnosprawnych⁴.

Definicje niepełnosprawności wyrażające jej specyfikę poprzez brak, niekorzystne położenie, niezdolność – konstytuują negatywny obraz osoby niepełnosprawnej. Zdaniem psychologów zbyt rzadko mówi się o możliwościach i kompetencjach osób niepełnosprawnych, podczas gdy wykreowanie pozytywnego obraz osoby niepełnosprawnej jest możliwe tylko wtedy, gdy wskazuje się na jej kompetencje i możliwości rozwoju. Taka perspektywa pozwala jej uwierzyć w siebie oraz stwarza motywację do integracji ze społeczeństwem. Konieczne jest także uświadomienie sobie, że uszkodzenie nie musi powodować niepełnosprawności, a niepełnosprawność nie musi prowadzić automatycznie do upośledzenia.

Zyskujący coraz bardziej na znaczeniu społeczny model niepełnosprawności nie neguje istnienia uszkodzeń i różnego rodzaju dysfunkcji; zwraca jedynie uwagę na fakt, że niepełnosprawność powstaje przede wszystkim na skutek ograniczeń, które narzuca osobie niepełnosprawnej środowisko, przede wszystkim środowisko społeczne. W modelu medycznym człowiek niepełnosprawny jest przedstawiany jako ofiara tragedii życiowej, w modelu społecznym niepełnosprawność – ryzyko jej posiadania – stanowi integralną część życia⁵. W modelu społecznym akcent został przeniesiony z osoby niepełnosprawnej na jej społecznie niekorzystne warunki. Główna przesłanka tego nowego myślenia wyraża się w tezie, że to nie „uszkodzenie” stwarza problem niepełnosprawności, lecz warunki i organizacja życia społecznego oraz sposób, w jaki społeczeństwo postrzega osoby niepełnosprawne.

W literaturze przedmiotu najczęściej omawiane są dwa pierwsze, przy czym model społeczny podejmuje kwestie prawne, a także religijne.

⁴ Człowiek niepełnosprawny jest pacjentem, „przypadkiem”, a dopiero potem klientem, osobą. Personel podejmuje wszelkie decyzje związane z leczeniem i rehabilitacją.

⁵ Warto pamiętać, że do wzrostu liczby osób niepełnosprawnych przyczynia się m.in. proces starzenia się i związane z nim choroby. Jednak wiek podeszły i starość – naturalne fazy życia ludzkiego – nie są w gruncie rzeczy problemem medycznym, lecz społecznym.

Podstawy, przekonania i zachowania wobec osób niepełnosprawnych

Wiedza o tym, czym jest niepełnosprawność, jak funkcjonują ludzie niepełnosprawni – nie wystarczy w skutecznym rozwiązywaniu ich problemów. Potrzebna jest jeszcze diagnoza dotycząca społecznych postaw wobec osób niepełnosprawnych, uwarunkowań tych postaw oraz możliwości ich zmiany. Organizacje zrzeszające osoby i instytucje działające na rzecz ludzi niepełnosprawnych od dawna starają się pokazać wagę i znaczenie postaw w tworzeniu barier społecznych. Bariery tkwiące w środowisku społecznym, w ludziach, są niekiedy trudniejsze do przezwyciężenia niż bariery architektoniczne. Ponieważ negatywne postawy, przekonania i zachowania ludzi wpływają na stan zdrowia, proces rehabilitacji oraz integracji osób niepełnosprawnych, jest sprawą ważną wyjaśnić genezę tych postaw, przedstawić ich złożoność i wielorakie uwarunkowania.

Psychologowie społeczni zajmujący się problematyką postaw, przedstawiają je jako złożone struktury z wieloma składnikami. W tradycyjnym, strukturalnym, ujęciu w postawie można wyróżnić trzy składniki: afektywny, poznawczy i behawioralny. Postawy mogą być definiowane jako oceny, uczucia, akty poznawcze albo połączenia elementów poznawczych afektywnych i behawioralnych. Postawa jest więc przychylną lub nieprzychylną reakcją wobec kogoś lub czegoś, wyrażoną w przekonaniu, uczuciu lub zamierzonym zachowaniu. Definicja ta zawiera wszystkie trzy elementy, które charakteryzują postawę. Poznawczy aspekt postawy przejawia się przede wszystkim w kategoryzacji i stereotypach. Składnik afektywny sprawia, że postawa jest emocjonalnym sposobem interpretacji otoczenia i zarazem odpowiedniego do przeżywanego uczucia czy emocji zachowania: pozytywna prowadzi do altruizmu, negatywna – do uprzedzeń i zachowań dyskryminacyjnych.

We współczesnej psychologii społecznej stereotypy uznawane są za zgeneralizowany system przekonań, uprzedzenia uważa się za postawy, a dyskryminacja jest formą zachowania (Macrae, Stanger, Hewstone 1999: 227).

Według psychologów proces spostrzegania ludzi jest procesem kategoryzacji. Jest ona jedną z podstawowych form poznawczej strukturalizacji informacji płynących z otoczenia. Natomiast jedną z konsekwencji kategoryzacji jest to, „że może ona przywoływać na myśl pewien zbiór specyficznych danych, czyli stereotypów, które następnie kierują naszymi oczekiwaniami” (Aronson 1995: 177). Jak wiadomo, jednym z najbardziej rozpowszechnionych sposobów kategoryzowania ludzi jest podział na grupę „moją” i grupę „obcą”. Pomimo że stereotypy są formą kategoryzacji, nie należy ich z nią utożsamiać. Stereotyp cechuje między innymi mniejsza adekwatność w stosunku do rzeczywistości (uproszczenie), społeczny charakter oraz sztywność i trwałość. Oprócz funkcji poznawczej stereotypy pełnią rolę przystosowawczą: umocnienia i obrony wartości, racjonalizacji wrogości i agresji wobec określonych obiektów (Mądrycki 1986: 170). Skłonność do posługiwania się stereotypami określa się mianem stereotypizacji. Ścisłej rzecz ujmując jest to „wykorzystanie stereotypu kategorii w procesie spostrzegania jej indywidualnego przedstawiciela” (Macrae, Stanger, Hewstone 1999: 223).

Z punktu widzenia tematu niniejszego opracowania ciekawą kwestią jest zróżnicowanie procesu stereotypizacji. Jak się okazuje, jeśli opinie i sądy kierowane są pod adresem grupy jako całości, np. niepełnosprawnych, to powstałe przekonanie ma charakter etykiety danej kategorii ludzi. Jeśli natomiast opinie te odnoszą się do poszczególnych członków grupy, to nie mają one już charakteru etykiet, lecz przyjmują postać konkretnych cech, przypisywanych konkretnym ludziom.

Zjawisko to pozwala zrozumieć zmiany siły oddziaływania stereotypu i pomaga w wyjaśnianiu różnic pomiędzy deklarowanymi postawami społecznymi a zachowaniem w konkretnych sytuacjach. Bowiern „na poziomie abstrakcyjnym oceny społecznych obiektów i grup wynikają z reakcji na wyobrażonego reprezentanta grupy, czy też z »postawy prototypowej«. Kiedy osoba spostrzegająca natrafia na konkretnego przedstawiciela kategorii społecznej, do którego taka postawa pasuje, jej zachowanie wobec tego indywidualnego przypadku będzie zgodne z postawą wobec danej kategorii. Jeżeli jednak napotkany przedstawiciel nie jest typowym reprezentantem grupy, zgodność między postawą a zachowaniem będzie niewielka (...). Zależy to od tego, czy osoba spostrzegana pasuje czy też nie pasuje do prototypu danej kategorii” (Macrae, Stanger, Hewstone 1999: 223, 224).

Ze względu na siłę oddziaływania, bardziej bezpośredni związek z zachowaniem oraz negatywne skutki społeczne, psychologowie, jak i politycy społeczni większą wagę przywiązują jednak do uprzedzeń. Jak już zostało zasygnalizowane, uprzedzenia zaliczane są na ogół do postaw.

Przy definiowaniu uprzedzeń wymienia się takie elementy, jak nieelastyczność, irracjonalizm, nadogólnianie i niesprawiedliwość; jest to przejaw tendencji do traktowania postaw jako reakcji emocjonalnych. Niektórzy psychologowie wychodzą z założenia, iż każda postawa negatywna jest uprzedzeniem. Aronson określa uprzedzenie „jako wrogą lub negatywną postawę wobec pewnej dającej się wyróżnić grupy, opartą na uogólnieniach wyprowadzonych z fałszywych lub niekompletnych informacji” (1995: 359).

Wśród przedstawicieli nauk społecznych uważa się, że uprzedzenia sprzyjają dyskryminacji, podsycają ją i usprawiedliwiają, choć często poziom uprzedzeń jednostki nie jest bezpośrednio skorelowany z jej zachowaniami. Dyskryminacja jest więc bezpośrednim skutkiem uprzedzeń i polega na „negatywnym zachowaniu wobec członków zdefiniowanej społecznie grupy, motywowanym przynależnością dyskryminowanych osób do tejże grupy” (Stephan, Stephan 1999: 44, 45).

Z zależności pomiędzy stereotypami, uprzedzeniami i dyskryminacją wynika, że stereotypy mogą prowadzić do dyskryminacji niezależnie od negatywnych postaw, czyli uprzedzeń. Niemniej jednak uprzedzenia uważane są za główny czynnik determinujący zachowania dyskryminacyjne.

Głównymi przyczynami uprzedzeń, według Aronsona, są: ekonomiczna rywalizacja, przemieszczona agresja, potrzeby osobowościowe oraz konformizm wobec istniejących norm społecznych. Badania na stosunkiem społeczeństwa do grup mniejszościowych wykazały, że najbardziej skłonni do uprzedzeń są ludzie o niskiej pozycji społeczno-ekonomicznej i o niskim poziomie wykształcenia. Ludzie ci są bardziej uprzedzeni,

dlatego że „potrzebują kogoś, wobec kogo mogliby odczuwać wyższość, najdotkliwiej odczuwają rywalizację o pracę ze strony członków grupy mniejszościowej, są bardziej sfrustrowani niż większość ludzi i dlatego bardziej agresywni; ich brak wykształcenia zwiększa prawdopodobieństwo przyjęcia zbyt uproszczonego, opartego na stereotypach poglądu na świat” (Aronson 1995: 389).

Postawy powstają w wyniku procesu uczenia się poprzez społeczne i środowiskowe doświadczenia. Zgodnie ze społeczną teorią uczenia się, osobowość człowieka formuje się pod wpływem interakcji z ludźmi i społecznego uczenia się dzięki systemowi wzmocnień społecznych oraz modelowaniu społecznemu. Postawa jest jednocześnie osobowościową dyspozycją i tworem społecznym; zawsze posiada społeczne odniesienie. Oznacza to, że zachowanie człowieka uwarunkowane jest zarówno wewnętrznymi dyspozycjami, jak i specyficznym układem bodźców sytuacyjnych. Ma to kolosalne znaczenie w pracy nad modyfikacją postaw, które z reguły są odporne na zmiany.

Przedstawione powyżej teoretyczne studium postaw pozwala lepiej poznać i zrozumieć bariery społeczne utrudniające życie osób niepełnosprawnych i obniżające jego jakość. Wiedza ta może również może pomóc w zmianie postaw i zachowań wobec tej grupy społecznej, a tym samym wspomóc proces jej integracji ze społeczeństwem.

Zmiana postawy i zachowania wobec osób niepełnosprawnych powinna się przede wszystkim zacząć od zmiany sposobu ich widzenia, przedstawiania, mówienia o nich.

Język, którym mówimy i piszemy o niepełnosprawnych, często zdradza ukryty za fasadą oficjalnej ideologii prawdziwy do nich stosunek: świadomość własnej przewagi i wynikający z niej opiekuńczy protekcjonalizm.

Osoba „niepełnosprawna”, „niesprawna” – może znaczyć niezdolna do niczego. Psychologicznie i językowo poprawniejsze jest wyrażenie: „osoba z niepełną sprawnością”, „osoba posiadająca niepełną sprawność”. Wskazane byłoby więc używać określeń: osoba chora na cukrzycę, a nie „cukrzyk” czy „diabetyk”; osoba niewidoma, a nie „ten niewidomy”. Nieporęczność tych określeń powoduje jednak, że powiela się wszędzie termin „osoba niepełnosprawna”, „niepełnosprawni” itp. Efektem tego jest swoista redukcja osoby niepełnosprawnej do tych aspektów jej funkcjonowania, które wiążą się z jej niepełną sprawnością (Wright 1983: 8). Niepełnosprawność staje się wtedy cechą wyróżniającą tej osoby, zwłaszcza gdy pojawia się w formie bezosobowej: niepełnosprawni, upośledzeni lub w formie opisowej, np. „przywiązany do wózka inwalidzkiego”. Zapomina się przy tym, że wózek inwalidzki rozszerza możliwości osoby niepełnosprawnej, podobnie jak ma to miejsce w przypadku osoby słabo widzącej i noszącej z tego powodu okulary.

Dlatego postuluję się, aby słowa i wyrażenia, które charakteryzują osoby niepełnosprawne w kategoriach zależności albo jako godne litości, niezdolne do udziału w życiu społeczności – były eliminowane z użycia (Barnes: 1997). Przykładem może być słowo „inwalida” – ma ono znaczenie wybitnie wartościujące, oznacza osobę „niewartościową”, zależną, słabą. Obecnie termin inwalida wychodzi z użycia i stosowany jest jedynie w nazewnictwie prawniczym.

Jak widać z powyższych przykładów, język nader trafnie odzwierciedla postawy społeczeństwa i jest doskonałym wskaźnikiem świadomości jednostkowej i społecznej.

Niepełnosprawność niejako tkwi w umyśle tego, kto ją spostrzega; ludzie bowiem na ogół mają określone pojęcie zarówno fizycznej, jak i psychicznej niepełnosprawności. Wynika ono z osobistych doświadczeń w kontaktach z ludźmi niepełnosprawnymi, z dostępnych źródeł medycznych na temat poszczególnych chorób i upośledzeń oraz stereotypów. Osoby niepełnosprawne często spostrzega się jako emocjonalnie niestabilne, jako introwertyków, pesymistów, ludzi nadmiernie skoncentrowanych na sobie, zależnych i wrogo nastawionych wobec otoczenia. Ponieważ zainteresowania ludzi niepełnosprawnych mogą być postrzegane jako kompensacje, a nie rzeczywiście realizowane potrzeby, ich osiągnięcia często są deprecjonowane. Dzieje się tak, dlatego że spostrzega się ich jako członków grupy o określonych charakterystykach osobowości. Przykładem może być negatywny stosunek społeczeństwa do seksualizmu ludzi niepełnosprawnych. Problem ten jest przeważnie analizowany z punktu widzenia prawa do przekazywania życia i posiadania dzieci, natomiast nie bierze się pod uwagę potrzeb emocjonalnych i uczuciowych osób niepełnosprawnych oraz ich prawa do nawiązywania satysfakcjonujących związków społecznych. Chodzi tu wyraźnie o społeczny stereotyp łączący seksualność z młodością, fizyczną sprawnością i atrakcyjnością.

Postawy wobec osób niepełnosprawnych zależą od takich charakterystyk demograficznych, jak wiek, wykształcenie, wykonywany zawód czy ekonomiczny status (Yuker 1994). Osoby młode częściej niż starsze skłonne są do zajmowania postaw przychylnych wobec niepełnej sprawności, chociaż postawy te zależą od licznych uwarunkowań. Generalnie jest widoczna silna, pozytywna korelacja pomiędzy wyższym wykształceniem a stosunkiem do osób niepełnosprawnych. Natomiast status społeczno-ekonomiczny wpływa na postawy wobec osób niepełnosprawnych w sposób zróżnicowany. Różnica płci również odgrywa pewną rolę. Otóż kobiety mają bardziej pozytywny stosunek wobec niepełnosprawnych aniżeli mężczyźni. Empiryczne badania na temat postaw wobec osób niepełnosprawnych pokazują, że większość postaw, to postawy negatywne. Ludzie pełnosprawni uważają ich za mniej wartościowych i godnych uczestnictwa w życiu społecznym. Ponadto istnieje duża rozbieżność między deklarowanymi postawami pozytywnymi, a rzeczywistym zachowaniem. Przeważa tendencja do demonstrowania publicznie pozytywnych postaw wobec niepełnosprawnych, ponieważ stanowi to pewien standard, element dobrego wychowania. W badaniach tych stwierdzono również, że postawy wobec niepełnosprawnych mogą być modyfikowane i ulegać zmianie w każdym okresie życia, jednak najlepsze efekty można uzyskać w pracy z ludźmi młodymi (Sękowski 1999: 238).

Kontakty i bliższe związki z ludźmi niepełnosprawnymi powodują wzrost postaw pozytywnych wobec nich.

Negatywne postawy wobec ludzi niepełnosprawnych to w dużej mierze skutek działania stereotypów. Uproszczona kategoryzacja i nadmierna generalizacja charakterystyczna dla stereotypu powodują, że pojawia się u ludzi skłonność do przeceniania u osób niepełnosprawnych ich cech wyróżniających, koncentrowania się na ich ograniczeniach, a nie na kompetencjach i zaletach (Kirsten 1997: 14).

Badania wykazały, że stereotypy i postawy różnią się w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Jednym z ważniejszych czynników w rozważaniach nad postawami wobec osób niepełnosprawnych jest również percepcja przyczyn ich niepełnej sprawności. Większe piętno (stygmat) jest przypisane do osób, które ponoszą w jakimś stopniu odpowiedzialność za swą niepełnosprawność. Jeżeli wiemy, że niepełnosprawność jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, na który dana osoba nie miała wpływu, to najczęściej wyrażanym uczuciem wobec niej jest współczucie. Jeśli natomiast uszkodzenie jest wynikiem nieostrożności, brawury, to nasze współczucie maleje odpowiednio do stopnia udziału danej osoby w wypadku i stopnia jej kalectwa.

Pozbawione nogi dziecko – ofiara wybuchu miny przeciwpiechotnej – wzbudzi nie tylko współczucie, ale także chęć niesienia mu pomocy oraz przeciwdziałania podobnym tragediom.

Innym ciekawym zjawiskiem w interesującej nas problematyce jest rozróżnienie dokonywane pomiędzy stanem fizycznej czy psychicznej niepełnosprawności a osobą niepełnosprawną. Bywa tak, iż ubolewa się np. nad ryzykiem wynikającym z zagrożenia wirusem HIV i chorobą AIDS, natomiast osoby cierpiące na te dolegliwości nie zawsze budzą odruch współczucia i zrozumienia.

Atrybucja przyczyn jest niezwykle istotnym zagadnieniem w badaniach nad postawami. Atrybucje mogą być wewnętrzne i zewnętrzne; szczególnym przypadkiem atrybucji zewnętrznej w naszej kulturze może być wiara, że choroba i cierpienie są karą za grzechy lub formą ekspiacji. W kulturze Dalekiego Wschodu nieuchronność losu może być wyjaśniana wiarą w karmę lub reinkarnację.

Badania nad atrybucją przyczyn dowiodły między innymi, że niepełnosprawność psychiczna i zaburzenia zachowania są spostrzegane jako w większym stopniu podlegające kontroli aniżeli fizyczna niepełnosprawność. Oznacza to, że postawy społeczeństwa wobec osób zaburzonych i chorych psychicznie są z definicji bardziej negatywne. Potwierdziły to przeprowadzone przez CBOS badania opinii i postaw społeczeństwa polskiego wobec osób zaburzonych psychicznie oraz instytucji psychiatrycznych odpowiedzialnych za ich leczenie (Wciórka, Wciórka 1996; 2000). Z badań tych wynika, że chorzy psychicznie postrzegani są mniej życzliwie niż osoby dotknięte niepełnosprawnością fizyczną i upośledzone umysłowo (kategoria „niezawinionego nieszczęścia”), lecz wyraźnie bardziej życzliwie niż chorzy na AIDS, narkomani i alkoholicy (kategoria „zawinionego złamania reguł społecznych”)⁶.

Trudno byłoby rozstrzygnąć, co najbardziej decyduje o jakości życia osób niepełnosprawnych: poziom opieki medycznej i techniczne zaplecze czy też życzliwy i tolerancyjny do nich stosunek społeczeństwa. Bariery architektoniczne są często torem przeszkód, ale najwięcej problemów stwarza osobom niepełnosprawnym kontakt z innymi ludźmi. Jest to z jednej strony lęk przed odrzuceniem, a z drugiej strony potrzeba akceptacji, bycia z innymi,

⁶ Na postawy wobec ludzi chorych psychicznie duży wpływ ma negatywne zabarwienie społecznego wyobrażenia chorób psychicznych, dość powszechnie budzących lęk. Jest to jedna z przyczyn dystansowania się wobec tej grupy chorych i niepełnosprawnych zarazem. Z jednej strony mamy do czynienia z postawami wyrażającymi współczucie i litość („uciążliwe, bezradne ofiary”), z drugiej strony natomiast istnieje obawa i lęk biorące się z przekonania o „agresywności” osób zaburzonych psychicznie i nieprzewidywalności ich zachowania.

współuczestniczenia we wszystkim, co się dzieje. Z pewnością należy czynić starania, aby wszystkie potrzeby osób niepełnosprawnych były zaspokajane, zarówno te podstawowe, które stają się w krajach cywilizowanych standardem, jak i te, które w dużym stopniu zależą od zmiany postaw społeczeństwa. Społeczna integracja osób niepełnosprawnych jest możliwa tylko pod warunkiem, że społeczeństwo będzie stawiało się na nią otwarte.

Literatura

- Aronson, E. (1995) *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa: PWN.
- Barnes, C. (1997) *Wizerunki niepełnosprawności i media*. Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Warszawa.
- Bleszyńska, K. (1996) *Niepełnosprawność jako czynnik kształtujący usytuowanie jednostki w życiu zbiorowości społecznej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 2 (148).
- Galkowski, T. (1997) *Wokół definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna” – doświadczenia europejskie*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 3 (153).
- Gustavsson, A., E. Zakrzewska-Manterys (red.) (1997) *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- <http://www..disabilitynet.co.uk/info/>: *The Social Model Of Disability*, in: *The Disability Discrimination Act. Policy and Practice Guide for Local Government by Disabled People*.
- Kirsten, J. (1997) *Stereotypy i uprzedzenia dotyczące osób niepełnosprawnych*, w: „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 4 (154).
- Kowalak, T. (1988) *Marginalność i marginalizacja społeczna*, Warszawa: IPS, Wydawnictwo „Elipsa”.
- Larkowa, H. (1987) *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, Warszawa: PWN.
- Maciarz, A. (1999) *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Macrae, C.N., Stanger, Ch., Hewstone, M. (1999) *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*, Gdańsk: GWP.
- Majewski, T. (1997) *Status społeczny i prawny osób niepełnosprawnych*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 1 (151).
- Majewski, T. (1998) *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń – problemy i nowe propozycje*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 1 (155).
- Mądrzycki, T. (1986) *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*. (1994), Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych – Warszawa. (1998) *Społeczny model niepełnosprawności*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 1 (155).

- Ostrowska, A. (1997) *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*, w: *Upośledzenie w społecznym zwierciadle* (Praca zbiorowa pod red. A. Gustavssona i E. Zakrzewskiej-Manterys), Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Ostrowska, A., J. Sikorska, Z. Sufin (1994) *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa: IFiS PAN.
- Sękowski, A. (1999) *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza”, 3.
- Sokołowska, M., A. Rychard (red.) (1983) *Studia z socjologii niepełnej sprawności*, Warszawa: PAN Komitet Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka.
- Stephan, W.G., C.W Stephan (1999) *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*, Gdańsk: GWP.
- Wciórka, B., J. Wciórka (1996) *Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans*. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
- Wciórka, B., J. Wciórka (2000) *Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans*. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
- Wright, B.A. (1983) *Physical Disability: A Psychosocial Approach*, New York: Harper and Row.
- Yuker, H.E. (1994) *Variables that influence attitudes toward people with disabilities*, „Journal of Social Behaviour and Personality”, 9.

Social attitude towards the disabled persons

In the field of disability research the current debate centres on the ‘social model of disability’. The social model of disability defines disability as the social oppression experienced by people with physical and intellectual impairments.

The main theme summarised in this article is that, among the many factors affecting disabilities, probably the most important are the beliefs and attitudes toward disabled persons. Numerous studies show that such beliefs and attitudes are often negative and based on stereotypes. These stereotyped beliefs can be used to justify discrimination or even violence against people with disability. It is contended that attitudes develop and change in the social environment. There is a need of modifying the social environment, and social policy can play an important role in transforming negative attitudes in the positive direction.

