

## OD INTERDYSCYPLINARNEGO DO TRANSDYSCYPLINARNEGO SPOJRZENIA NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

ZOFIA URBANOWICZ  
bmacioszczyk@gmail.com



### WIELOŚĆ DEFINICJI A BIOPSYCHOSPOŁECZNA KONCEPCJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność towarzyszy ludzkości od początku jej istnienia. Niektórzy określają ją jako „bliskiego towarzysza człowieka”<sup>1</sup>, ponieważ na różnych etapach dotyka prawie każdą rodzinę. Ze względu na szeroki zakres znaczeniowy pojęcia oraz częstotliwość jego występowania (zarówno w języku potocznym, jak i w opracowaniach naukowych) spotykamy się z wieloma różnymi definicjami, na podstawie których możemy wysnuć wnioski, że niepełnosprawność to zjawisko wielopłaszczyznowe i wielowymiarowe, dotyczące różnych sfer życia.

Częstokroć pojęcie to, jest używane zamiennie z takimi określeniami jak „inwalidztwo, kalectwo, upośledzenie, ułomność”<sup>2</sup>. Badacze zauważają, że w świadomości społecznej występuje ono jako synonim „ograniczeń, porażki życiowej”<sup>3</sup> oraz „źródła lęku współczesnego człowieka”<sup>4</sup>. W literaturze przedmiotu analizując sytuację osób niepełnosprawnych, używa się jako tożsamych znaczeniowo terminów : „inwalida, kaleka, osoba o niepełnej sprawności, osoba upośledzona czy sprawna inaczej, chociaż zakresy ich znaczeń nie zawsze się pokrywają”<sup>5</sup>. Ponadto spotykamy określenia o silnym zabarwieniu pejoratywnym. Choć nie są już one powszechnie używane, nadal pozostają w świadomości społecznej. Należą do nich „ślepiec, wariat czy idiota”<sup>6</sup>.

Nie istnieje jedna, uniwersalna definicja niepełnosprawności, ponieważ chodzi tu nie tylko o pojedynczą osobę, ale również o problem społeczny. Definiując niepełnosprawność należy mieć na względzie relację między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego płeć, wiek i wykształcenie), a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza. Wyczerpująca definicja niepełnosprawności musiałaby uwzględniać aspekty medyczne, psychologiczne, pedagogiczne, socjologiczne, prawne oraz antropologiczne.

Próbą uporządkowania oraz ujednoczenia określeń dotyczących niepełnosprawności jest propozycja Światowej Organizacji Zdrowia. Wyróżnia ona trzy stany. *Impairment* (uszkodzenie) – pojmowany w kategoriach biomedycznych, dotyczy organizmu (jego funkcjonowania i budowy), który na skutek uszkodzenia nie funkcjonuje prawidłowo. *Disability* (niepełnosprawność funkcjonalna) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia, w sposobie lub zakresie uznawanym za typowy dla człowieka. Ostatni stan to *handicap* (upośledzenie) – rozumiany jako ograniczenia w pełnieniu ról społecznych. Określa on sytuację, w której posiadane ograniczenia uniemożliwiają pełną realizację ról społecznych odpowiadających wiekowi, płci oraz zgodnych ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami<sup>7</sup>. Niestety, ponieważ polskie odpowiedniki angielskich terminów są wieloznaczne skutkuje to pojawieniem

<sup>1</sup> U. Bartnikowska, A. Żyta, *Żyjąc z niepełnosprawnością (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość)*, Toruń 2007, s. 7.

<sup>2</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Warszawa 1996, s. 9.

<sup>3</sup> U. Bartnikowska, A. Żyta, dz. cyt., s. 7.

<sup>4</sup> Tamże.

<sup>5</sup> K. Czekaj, K. Gorlach, M. Leśnika, *Labirynty współczesnego społeczeństwa*, Warszawa 1996, s. 248.

<sup>6</sup> K. Bleszyńska, *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa 2001, s. 81.

<sup>7</sup> *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*, World Health Organization, Geneva 1980.

się kolejnych trudności definicyjnych. W większości badań i ekspertyz „przyjęto się bowiem za niepełnosprawność przyjmować zakres zjawiska przyporządkowanego przez Światową Organizację Zdrowia terminowi *handicap*, tłumaczonemu na język polski jako upośledzenie. Wprowadzenie więc u nas tego rozróżnienia będzie wymagało ustosunkowania się do tych rozbieżności<sup>8</sup>. Jest to o tyle istotne, że w świadomości potocznej upośledzenie funkcjonuje nie tylko jako wyrażenie o znaczeniu pejoratywnym, ale także jest silnie powiązane z niepełnosprawnością intelektualną (na dzieśnięć najpopularniejszych wyników w wyszukiwarce internetowej, tylko jeden, odwołujący się do języka angielskiego<sup>9</sup>, uwzględniał szersze znaczenie upośledzenia niż umysłowe<sup>10</sup>). Definicja osoby niepełnosprawnej używana przez Główny Urząd Statystyczny pokrywa się ze znaczeniem terminu *handicap*. W spisach ludności przyjęto się bowiem uważać osobę za niepełnosprawną, gdy posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony (tzw. niepełnosprawność prawna) lub jako osobę bez orzeczenia, lecz odczuwającą ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swego wieku np. w zabawie, nauce, pracy czy samoobsłudze (tzw. niepełnosprawność biologiczna)<sup>11</sup>. Koncepcja ta była krytykowana, a nawet odrzucana za zbytne akcentowanie aspektów medycznych. Zwrócono uwagę, że wskazuje ona na uszkodzenie jako źródło wszelkich trudności, ograniczeń i problemów osoby niepełnosprawnej. W konsekwencji z takiej klasyfikacji wynika, że interwencja medyczna oraz rehabilitacja mają zasadnicze znaczenie dla usunięcia (lub przynajmniej złagodzenia) skutków niepełnosprawności. Przyjmując, że to osoba niepełnosprawna musi poradzić sobie z zaistniałą sytuacją, pomija się konieczność dostosowania środowiska społecznego i fizycznego, w sposób zmniejszający ograniczenia osoby nie w pełni sprawnej.

W związku z tymi argumentami, kilkanaście lat później, Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła zmodyfikowaną i rozbudowaną wersję klasyfikacji pod nazwą „*International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Disablement and Functioning*” (rozumiana jako *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa z podtytułem Podręcznik Wymiarów Niepełnosprawności i Funkcjonowania*)<sup>12</sup>. Klasyfikacja ta zawiera biopsychospołeczną koncepcję niepełnosprawności i łączy biologiczne oraz społeczne aspekty zjawiska niepełnosprawności.

Zgodnie z założeniami tej koncepcji człowiek jest istotą złożoną. Z fizycznego punktu widzenia stanowi organizm o ściśle określonej strukturze, umożliwiającej mu harmonijne funkcjonowanie, natomiast ze względów psychospołecznych jest istotą społeczną, żyjącą w określonym środowisku, w którym wypełnia pewne role zgodnie ze swoim wiekiem, płcią oraz pozycją społeczną. Poziom funkcjonowania człowieka może być obniżony w stosunku do norm i standardów obowiązujących w społeczeństwie na skutek wady wrodzonej, choroby, urazu lub zmian starczych.

Na polskim gruncie, w efekcie pracy grupy specjalistów powołanych w 1996 r. przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych, została opracowana definicja w następującym brzmieniu: „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny /lub/ psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi

<sup>8</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 10.

<sup>9</sup> <http://en.bab.la/dictionary/polish-english/uposledzenie>, 21.02.2012.

<sup>10</sup> [https://www.google.pl/search?client=opera&rls=pl&q=uposledzenie&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest#sclient=psyab&hl=pl&client=opera&hs=HwC&rls=pl&channel=suggest&q=upo%C5%9Bledzenie&oe=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest&aq=f&aqi=g4&aqi=&gs\\_nf=1&gs\\_l=serp.3..014.55083.55083.0.57443.1.1.0.0.0.0.142.1.42.0j1.1.0.hCYZs9P-QlA&pbx=1&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=3630a670fd4494f4](https://www.google.pl/search?client=opera&rls=pl&q=uposledzenie&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest#sclient=psyab&hl=pl&client=opera&hs=HwC&rls=pl&channel=suggest&q=upo%C5%9Bledzenie&oe=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest&aq=f&aqi=g4&aqi=&gs_nf=1&gs_l=serp.3..014.55083.55083.0.57443.1.1.0.0.0.0.142.1.42.0j1.1.0.hCYZs9P-QlA&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=3630a670fd4494f4), 21.04.2012.

<sup>11</sup> H. Dmochowska (red.), *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002*, GUS Warszawa 2003.

<sup>12</sup> *International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Disablement and Functioning*, BETA-1 draft for field trials, World Health Organization, Geneva 1997.

normami prawnymi i społecznymi”<sup>13</sup>. Pomimo tego, że w latach późniejszych pojawiają się kolejne definicje, ta jest mi najbliższa, ponieważ nie kładzie nacisku jedynie na aspekty zawodowe, ale na różnorodne płaszczyzny funkcjonowania człowieka. Jest to o tyle istotne, że autorzy licznych publikacji poświęconych niepełnosprawności podkreślają, iż w związku z jej zaistnieniem występują zmiany w różnych sferach życia. Dlatego też, wraz z rozwojem społecznego modelu niepełnosprawności wyłoniła się nowa „interdyscyplinarna dziedzina badań nad niepełnosprawnością”<sup>14</sup>. Zjawisko to wymaga więc od badaczy podejścia interdyscyplinarnego, czyli wymiany przez nich informacji z różnych dziedzin nauki w celu rozwiązania problemu<sup>15</sup>. Takie podejście pozwala na konfrontację odmiennych punktów widzenia, a w konsekwencji uzupełnianie wiedzy dyscyplinowej, nie zmniejszając przy tym świadomości złożoności badanego zagadnienia. Korzenie intelektualne interdyscyplinarnego podejścia do niepełnosprawności należy umiejscowić w naukach społecznych, humanistycznych oraz wiedzy o rehabilitacji<sup>16</sup>. Dokonując zestawienia problemów pojawiających się podczas doświadczania niepełnosprawności (zarówno z perspektywy podmiotowej jak i systemowej) będziemy mogli odpowiedzieć czy wystarczające jest podejście interdyscyplinarne? Czy też, z powodu wyjątkowej złożoności tego zjawiska, potrzebny jest dialog i ścisła współpraca badaczy charakteryzująca podejście transdyscyplinarne?

### ZASIĘG ZJAWISKA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

O skali problemu niepełnosprawności świadczą statystyki. Szacuje się, że „około 25% populacji świata stanowią osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnością”<sup>17</sup>. W krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo np. Unii Europejskiej szacuje się, że około 15% populacji to osoby niepełnosprawne<sup>18</sup>. Chociaż w Polsce nie są znane dokładne dane statystyczne dotyczące osób niepełnosprawnych, to przyjmuje się, że co dziesiąta osoba ma pewne cechy inwalidztwa i w co czwartej rodzinie jest przynajmniej jedna osoba niepełnosprawna<sup>19</sup>. Ostatnie pełne dane, dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce, pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2002<sup>20</sup>. Według jego wyników w 2002 r. liczba osób niepełnosprawnych wynosiła blisko 5,5 miliona, w tym aż 4,5 miliona posiadało prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności. W 2010 r. liczba osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w wieku produkcyjnym wynosiła około 2,1 miliona (dokładnie 2 054 000), co stanowiło 8,6% ludności w tym wieku<sup>21</sup>. Warto jednak zwrócić uwagę, że dane te nie obejmują niepełnosprawnych biologicznie, których w 2002 r. według GUS-u było 985 308<sup>22</sup>.

### NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W KONTEKŚCIE MEDYCZNYM

Analizując sytuacje osób niepełnosprawnych, należy uwzględnić medyczne aspekty tego zjawiska. Ze względów medycznych, osoby niepełnosprawne można podzielić na trzy główne grupy. Do

<sup>13</sup> T. Serafin, *Kształcenie specjalne w systemie oświaty. Vademecum dla organu prowadzącego, dyrektora szkoły, nauczycieli i rodziców*, Warszawa 2009, s. 17.

<sup>14</sup> M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny* [w:] A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010, s. 51.

<sup>15</sup> M. Nowak, *Dialog interdyscyplinarny i jego modele w uprawianiu pedagogiki* [w:] „Rozprawy Społeczne” 2010, nr 1(4), <http://rozprawy-spoleczne.pswbp.pl/pdf/novak.pdf>, 2.12.2012.

<sup>16</sup> G. Albrecht, K. Seelman, M. Bury, *Introduction. Formation of disability studies*. [w:] G. Albrecht, K. Seelman, M. Bury (red.), *Handbook of disability studies*, London 2001, s. 2.

<sup>17</sup> L. Marszałek, *Niepełnosprawność. Kobięcość. Rodzina*, Warszawa 2006, s. 9.

<sup>18</sup> <http://www.niepelnosprawni.pl/labeo/app/cms/x/9606>, 4.07.20011.

<sup>19</sup> K. Czekaj, K. Gorlach, M. Leśnika, dz. cyt., s. 247.

<sup>20</sup> H. Dmochowska (red.), dz. cyt. s. 89-90

<sup>21</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach/>, 4.07.2011.

<sup>22</sup> H. Dmochowska (red.), dz. cyt., s. 38.

pierwszej możemy zaliczyć osoby z niepełnosprawnością sensoryczną. „Głuchych klasyfikuje się na podstawie progów słyszalności na: osoby o słuchu lekko upośledzonym, średnim, poważnym i głębokim upośledzeniu (to upośledzenie mierzone jest w decybelach)”<sup>23</sup>. W wypadku osób niewidomych, inną definicję w swojej rezolucji podaje Światowa Organizacja Zdrowia (za ślepotę uznaje zupełny brak wzroku) a inną Polski Związek Niewidomych, który rozróżnia osoby ze względu na stopień uszkodzenia narządu wzroku:

- do osób niewidomych zaliczając dzieci i dorosłych, którzy nic nie widzą od urodzenia lub od tak wczesnego dzieciństwa, że nie pamiętają, aby kiedykolwiek cokolwiek widzieli;
- do osób ociemniałych zaliczając wszystkich, którzy posługiwali się wzrokiem, lecz go utracili w sposób nagły lub częściowy;
- do osób szczątkowo widzących zaliczając ludzi, którzy mają bardzo dużą, lecz nie całkowitą utratę wzroku<sup>24</sup>.

Następna grupa to osoby z niepełnosprawnością fizyczną. W Polsce niemal połowę całej populacji niepełnosprawnych stanowią osoby z dysfunkcją ruchu<sup>25</sup>. Józef Sowa tak klasyfikuje ten rodzaj dysfunkcji:

- uszkodzenie i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu (w zakresie co najmniej jednej kończyny);
- zaburzenia czynności motorycznych przy nienaruszonej anatomicznej strukturze narządu ruchu na skutek paraliżu lub niedowładu;
- deformacje narządu ruchu powodujące równocześnie zaburzenia czynności motorycznych<sup>26</sup>.

Drugą podgrupą osób z niepełnosprawnością fizyczną są ludzie z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych. Coraz częściej pojawiają się choroby przewlekłe i długotrwałe; osoby nimi dotknięte w terminologii medycznej określane są jako „osoby z nieustabilizowaną niepełnosprawnością”<sup>27</sup>. Dzieleni są oni ze względu na rodzaj choroby, czas trwania i nieodwracalność jej skutków. Wymienia się tu między innymi choroby dróg oddechowych, układu krążenia, czy neurologiczne<sup>28</sup>.

Ostatnia grupa to osoby z niepełnosprawnością psychiczną. Dzieli się ona również na dwie bardzo zróżnicowane i trudne do jednoznacznego scharakteryzowania podgrupy. Pierwsza z nich, to osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zwaną także upośledzeniem umysłowym, oligofrenią, niedorozwojem umysłowym. Ogólnie dysfunkcja ta określana jest jako „stan obniżonej sprawności umysłowej w stosunku do stanu normalnego, charakteryzujący się niedorozwojem lub zaburzeniami procesów percepcyjnych, uwagi, pamięci i myślenia, a także zaburzenia w przystosowaniu społecznym”<sup>29</sup>. Można zatem zauważyć, że w definicji upośledzenia umysłowego zawierają się dwa ważne elementy: funkcjonowanie intelektu na poziomie poniżej normy oraz obniżona zdolność przystosowania się do życia. Osoby upośledzone umysłowo dzieli się na upośledzonych w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim. Druga podgrupa niepełnosprawności psychicznych to osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania. Międzynarodowa Kła-

<sup>23</sup> K. Czekaj, K. Górlach, M. Leśniak, dz. cyt., s. 248.

<sup>24</sup> D. Opióły, *Niepełnosprawność - istota i rodzaje* [w:] *Promocja Osób Niepełnosprawnych na rynku pracy* [http://www.forestep.republika.pl/niepełnosprawnoscm.htm#\\_ftn2](http://www.forestep.republika.pl/niepełnosprawnoscm.htm#_ftn2), 5.07.2011.

<sup>25</sup> L. Marszałek, dz. cyt. s. 26.

<sup>26</sup> J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Rzeszów 1998, s. 192.

<sup>27</sup> A. Wyszynska, *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987, s. 9; L. Marszałek, dz. cyt., s. 24.

<sup>28</sup> K. Czekaj, K. Górlach, M. Leśniak, dz. cyt., s. 248.

<sup>29</sup> D. Opióły, dz. cyt.

syfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wymienia ich bardzo wiele o zróżnicowanych objawach oraz przebiegu. Ze względu na przyczyny ich powstawania możemy wyodrębnić: organiczne, spowodowane substancjami psychoaktywnymi, schizotypowe, afektywne, nerwicowe czy behawioralne<sup>30</sup>. Jednak i ten podział nie wyczerpuje pełnej listy tego rodzaju zaburzeń, ponieważ, w znanych mi klasyfikacjach, zawsze odnajdujemy kategorię zawierającą inne lub nieokreślone zaburzenia.

Dużą grupę stanowią również osoby z niepełnosprawnością złożoną, czyli taką, w której spotykamy się więcej niż z jednym rodzajem niepełnosprawności. Występują także połączenia różnych, wymienionych powyżej niepełnosprawności.

### DOŚWIADCZANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI A UREGULOWANIA PRAWNE

W polskim prawie pojęcie osoby niepełnosprawnej pojawia się „po raz pierwszy w uchwale Sejmu z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych (...) nie zostało ono jednak zdefiniowane”<sup>31</sup>. Należy zwrócić uwagę, że osoby niepełnosprawne są beneficjentami wszystkich tych praw, które przysługują osobom pełnosprawnym. W związku ze swymi ograniczeniami, w praktyce mogą jednak napotykać na trudności, bariery w korzystaniu z niektórych praw. Rzeczywiste zagwarantowanie praw człowieka wymagało zatem stworzenia mechanizmów wyrównania szans osób niepełnosprawnych oraz stworzenia takich warunków, aby możliwe było korzystanie przez nich w pełni z praw przysługujących wszystkim obywatelom.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w uchwale z dn. 1 sierpnia 1997 r. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* w taki właśnie sposób rozumie prawa niepełnosprawnych - jako prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz zakaz dyskryminacji tych osób, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych<sup>32</sup>.

Dużym problemem jest kwestia obowiązujących procedur oraz sposób orzekania o niepełnosprawności. Aby w Polsce uzyskać status osoby niepełnosprawnej, najpierw należy przedstawić komisji (najczęściej składającej się z lekarzy orzeczników) „zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących”<sup>33</sup>. Już w tym momencie osoba stająca przed komisją zostaje zmuszona do przyjęcia roli chorego. Wśród badaczy, zajmujących się funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych pojawiają się głosy aby zmienić przepisy dotyczące orzekania o niepełnosprawności, ponieważ obecnie znane są przypadki „gdy odbyło się to z naruszeniem podstawowych reguł życia społecznego”<sup>34</sup>. Jest to o tyle istotne, „że sprawa renty inwalidzkiej to jest sprawa obowiązków państwa wobec osób, które są niepełnosprawne”<sup>35</sup>. Mimo tego liczba „osób posiadających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy jest znacząca”<sup>36</sup>. „Inwalidztwo”<sup>37</sup> skutkuje odejściem z obszaru aktywności zawodowej. Konieczne jest wtedy

<sup>30</sup> <http://www.info-med.pl/katalog/choroby/statystyka/5.html>, 05.07.2011.

<sup>31</sup> T. Serafin, dz. cyt., s. 17.

<sup>32</sup> Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 1 sierpnia 1997 r. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (M.P. z 13.08.1997 r. nr 50 poz. 475).

<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, (Dz. U. nr 139 poz.1328) rozdz. 2 § 3-2.

<sup>34</sup> K. Cichosz, P. Pawłowski *Pokłosie spisu powszechnego. Rozmowa z Wiesławem Łagodzińskim, rzecznikiem prasowym prezesa Głównego Urzędu Statystycznego*, „Integracja” 2003, nr 4, s. 30.

<sup>35</sup> Tamże.

<sup>36</sup> M. Bednarz, *Polityka społeczna jako zaspokajanie istotnych potrzeb społecznych*, Bydgoszcz 2008, s. 63.

<sup>37</sup> Tamże.



podjęcie różnorodnych działań służących rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Równie istotne jest zastąpienie utraconych dochodów z pracy. Polski system zabezpieczenia społecznego uwzględnia, że człowiek na skutek niepełnosprawności może być całkowicie lub jedynie częściowo niezdolny do pracy<sup>38</sup>. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Częściowo niezdolna do pracy jest taka, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. W myśl przepisów, osoby te mają zapewnioną ochronę, jednak dopiero wtedy, kiedy nie tylko całkowicie lub częściowo utraciły zdolność do pracy zarobkowej (z powodu naruszenia sprawności organizmu), ale również nie roszą nadziei na jej odzyskanie po przekwalifikowaniu<sup>39</sup>. Warto w tym miejscu podkreślić, że Polski system rentowy jest powszechny. Ubezpieczenie rentowe obejmuje zarówno ryzyko niezdolności do pracy, jak i śmierć żywiciela rodziny. Funkcjonuje na podstawie obowiązkowej składki na ubezpieczenie rentowe opłacanej przez każdą osobę pracującą. W ramach pochodzących z niego funduszy podejmowane są także działania z zakresu rehabilitacji i zatrudniania osób niepełnosprawnych<sup>40</sup>.

Polskie prawo dotyczące osób niepełnosprawnych jest bardzo skomplikowane. Składa się z 259<sup>41</sup> aktów dotyczących różnych sfer życia. W praktyce życia codziennego największe zainteresowanie (z powodu trudnej sytuacji ekonomicznej) budzi system ulg i świadczeń dla osób niepełnosprawnych. Najczęściej niepełnosprawni korzystają z takich ulg, jak te na przejazdy komunikacją miejską, PKP, PKS; na zakupy sprzętu ortopedycznego, samochodu lub komputera oraz dofinansowań do turnusów rehabilitacyjnych, jak również kursów doszkalających<sup>42</sup>. System ten jest tak opracowany, że choć zapewnia refundację części środków przeznaczonych na zakupy (na przykład sprzętu ortopedycznego) to nie umożliwia zgromadzenia wkładu własnego przez osobę potrzebującą.

Osoby niepełnosprawne są też znaczącą grupą wśród beneficjentów świadczeń wynikających z ustawy o pomocy społecznej<sup>43</sup>. Ustawa stanowi, że w ramach pracy socjalnej udziela się takiej pomocy, aby osoby o ograniczonej sprawności mogły w możliwie najpełniejszy i aktywny sposób uczestniczyć w życiu społecznym. Ma to sprzyjać procesowi integracji. Inną formą pomocy w ramach pracy socjalnej jest przyznawanie świadczeń pieniężnych. Przyjmują one postać zasiłków stałych, zasiłków stałych wyrównawczych a także okresowych lub celowych.

### SFERA ZAWODOWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Ścisłe związana z regulacjami prawnymi jest sfera zawodowa osób niepełnosprawnych. Praca jest istotna dla prawidłowego funkcjonowania psychicznego i społecznego zarówno osób pełnosprawnych, jak i tych z ograniczoną sprawnością. Osoby niepełnosprawne, dzięki znalezieniu zatrudnienia, mogą czerpać te same korzyści co wszyscy zatrudnieni. Są to m.in. znalezienie sensu życia, odpowiedzi na pytania dotyczące samoidentyfikacji oraz definiowania jednostki przez otoczenie<sup>44</sup>. Dodatkowo, bez przeszkód mogą nawiązywać kontakty społeczne, doświadczają „poczucia bycia potrzebnym”<sup>45</sup>,

<sup>38</sup> Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. nr 127, poz. 721).

<sup>39</sup> H. Pławucka, *Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1998, nr 1, s. 2-3.

<sup>40</sup> S. Golinowska, *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, Warszawa 2004, s. 30

<sup>41</sup> Ilość wskazań w wyszukiwarce aktów prawnych polskiego sejm pod hasłem „niepełnosprawni”: <http://isap.sejm.gov.pl/KeywordServlet?viewName=thasN&passName=niepe%C5%82nosprawni>, 5.07.2011.

<sup>42</sup> M. Jasińska, dz. cyt., s. 23.

<sup>43</sup> Ustawa z dn. 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r., nr 64, poz. 414 z póź. zm.).

<sup>44</sup> P. Berger, *Zaproszenie do socjologii*, Warszawa 1995.

<sup>45</sup> A. Kopania, *Potrzeby zaspokajane w pracy i dzięki pracy*, [w:] W. Łukowski, dz. cyt., s. 90.

sprawstwa a w konsekwencji ich samorealizacja jest ułatwiona<sup>46</sup>. Niestety pomimo kampanii medialnych, ulg dla pracodawców, dofinansowania szkoleń dla osób niepełnosprawnych, projektów unijnych mających albo umożliwić im wejście na rynek pracy albo ułatwić im funkcjonowanie na nim „nadal ta grupa dorosłych należy do osób o największym bezrobociu”<sup>47</sup>. Według Europejskiego Sondażu Społecznego<sup>48</sup>, odsetek osób z ograniczoną sprawnością, podejmujących pracę zawodową np. w Szwecji, jest aż o 10% wyższy niż w Polsce. Wśród przeszkód, które uniemożliwiają lub przynajmniej w znaczący sposób utrudniają aktywność zawodową, są niedoskonałe uregulowania prawne, ekonomiczne i zawodowe, czyli takie, które „znajdują się w kompetencjach organizatorów i decydentów administracji oraz organizatorów życia społecznego i środowisk opiniotwórczych”<sup>49</sup>. Aby wyjaśnić taki stan rzeczy, badacze często odwołują się do takich pojęć, jak dyskryminacja, marginalizacja czy wykluczenie<sup>50</sup>. Z drugiej strony, osoby niepełnosprawne również albo rezygnują z próby podejmowania zatrudnienia (ponieważ oferowana pensja jest zbliżona do stabilnych dochodów z renty inwalidzkiej), albo też rezygnują z już wykonywanej (ponieważ nie spełnia ich oczekiwań, czy też na pracę nie pozwala im pogarszający się stan zdrowia). Jest również pewna grupa osób nie w pełni sprawnych, która świadomie rezygnuje z aktywności zawodowej<sup>51</sup>. W badaniach dotyczących zatrudnienia niepełnosprawnych podkreśla się, że głównym problemem nie jest samo umożliwienie im podjęcia pracy, ale znalezienie takiej aktywności zawodowej, która odpowiada ich zainteresowaniom i kwalifikacjom<sup>52</sup>. Wiele stanowisk (zwłaszcza tych w zakładach pracy chronionej) wiąże się z wykonywaniem pracy monotonnej, nie dającej możliwości rozwoju i satysfakcji.

Niepełnosprawni, jako największe korzyści pozazarobkowe w pracy zawodowej, wymieniają „akceptację w relacji z innym ludźmi, poczucie własnej wartości związanej z dobrze wykonywanymi czynnościami”<sup>53</sup>. Obawiają się uprzedzeń społecznych, braku zrozumienia i akceptacji, a przede wszystkim postrzegania ich tylko przez pryzmat choroby<sup>54</sup>.

### PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY DOŚWIADCZANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Dla większości ludzi niepełnosprawność jest dużym obciążeniem psychicznym, silnie wpływającym zarówno na rozwój psychiczny, jak i społeczny. S. Kowalik zauważa, że pośrednim skutkiem uszkodzenia organizmu jest „niepełnosprawność psychiczna i społeczna”<sup>55</sup>. Na płaszczyźnie psychologicznej należy wyróżnić dwie grupy konsekwencji: intrapsychiczne i interpersonalne.

Konsekwencje intrapsychiczne dotyczą wewnętrznego świata przeżyć i odczuć. Uświadomienie sobie własnych ograniczeń czy dysfunkcjonalności prowadzi do przeżywania bardzo silnych

<sup>46</sup> M. Piasecki, J. Śliwak (red.), *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, Lublin 2008.

<sup>47</sup> U. Bartnikowska, A. Żyta, dz. cyt., s. 14.

<sup>48</sup> Za: A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.) *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami i sprawności*, Warszawa 2010.

<sup>49</sup> E. Rutkowska, J. Rakowska, *Bariery w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością*, [w:] M. Piasecki, J. Śliwak (red.), *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, Lublin 2008, s. 28.

<sup>50</sup> J. Miluska, *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Utworunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*. Poznań 2008; E. Tarkowska, *Kategoria wykluczenia społecznego a polskie realia*, [w:] M. Orłowska (red.), *Skazani na wykluczenie*, Warszawa 2005, s. 14-25.

<sup>51</sup> K. Sijko, *Zmiany miejsca pracy: podejmowanie pracy przed powstaniem niepełnosprawności i co się zmienia po wystąpieniu niepełnosprawności* [w:] W. Łukowski (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy- portret środowiska*, Warszawa 2007, s. 82.

<sup>52</sup> A. Sochocińska, *Gdzie i jak pracują osoby badane?* [w:] W. Łukowski (red.), dz. cyt., s. 77.

<sup>53</sup> Tamże, s. 78.

<sup>54</sup> Tamże.

<sup>55</sup> S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice 1999, s. 34.

emocji<sup>56</sup>. Początkowo dominującą reakcją emocjonalną może być strach przed śmiercią. W następnej fazie, jeśli wystąpią mało efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem pourazowym, mogą towarzyszyć im „zaburzenia myślenia, polegające na zaprzeczaniu zaistniałej sytuacji, oplakiwanie poniesionej straty, niechęć wobec własnego ciała, a nawet myśli samobójcze”<sup>57</sup>. W momencie uświadomienia sobie, że zmiany jakie zaszły w ich organizmie są nieodwracalne i pozostaną niepełnosprawni do końca życia, trudno im ten fakt zaakceptować. Zaczynają bać się o sytuację materialną, relacje z najbliższymi<sup>58</sup>.

Doświadczają swoistej mieszanki lęku, wstydu, gniewu i smutku. Ich ambiwalentny stosunek wobec własnego ciała częstokroć wywołuje u nich kompleksy, zwłaszcza poczucie bycia gorszym, niepełnowartościowym. Występujące poczucie straty różnych możliwości, „normalnego życia” doprowadza w konsekwencji do „wielkiego żalu, kierowanego do Boga, lekarzy, rodziców”<sup>59</sup>.

Osoby z ograniczoną sprawnością wydają się szczególnie narażone na stres i dezorientację. Z jednej strony występuje u nich wysoki poziom lęku związany z traumatycznymi przeżyciami operacyjnymi, rehabilitacyjnymi, brakiem treningu społecznego, z drugiej zaś „makrostrukturalne zmiany, które również odbijają się na ich codziennym życiu”<sup>60</sup>. W niektórych przypadkach, na skutek piętrzących się barier i trudności, dochodzi nie tylko do wycofania się takiej osoby, ale także do automarginalizacji. Osoby te stają się wtedy bierne i pozbawione motywacji do zmian. Kształtuje się u nich motywacja zewnętrzna, pogłębiają się coraz bardziej w poczuciu niemożności, a wszelkie trudności jawią się im jako niemożliwe do pokonania. Temu wszystkiemu towarzyszy poczucie opuszczenia i osamotnienia, a także izolacja społeczna<sup>61</sup>.

Wyjaśnienia takiego postępowania osoby niepełnosprawnej należy dopatrywać się w konsekwencjach interpersonalnych jakich doświadcza. Przyczyn zaistniałej sytuacji można doszukiwać się w teoriach społecznych, których autorzy zauważają, że człowiek cały czas znajduje się w polu oddziaływań społecznych, które wywierają na niego różne naciski<sup>62</sup>. Jedną z takich koncepcji jest teoria naznaczenia społecznego, gdzie mechanizm automarginalizacji można „rozpatrywać jak efekt narzuconej roli (etykiety)”<sup>63</sup>. Punktem wyjścia koncepcji naznaczenia jest więc przeświadczenie, że zaliczenie konkretnego zachowania do kategorii zachowań dewiacyjnych zależy od tego, jak ludzie na nie reagują. Inaczej niż w rozmaitych normatywnych koncepcjach dewiacji, w tym ujęciu zachowanie dewiacyjne nie polega na tym, że osoba postępuje w określony sposób (tj. niezgodnie z ustalonymi regułami porządku społecznego), lecz stanowi swoistego rodzaju interakcję między zachowaniem się konkretnej osoby (czy grupy osób) a reakcją na nie ze strony innych ludzi<sup>64</sup>. Przy takim rozumieniu teorii naznaczenia społecznego, jednocześnie zakładając, że „podstawowym problemem towarzyszącym niepełnosprawności jest specyfika percepcji przez otoczenie (...) analizowanie niepełnosprawno-

<sup>56</sup> B. Bettelheim, *Rany symboliczne*, Warszawa 1989; J. Krupnick, *The diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorders*, [w:] D.W. Krueger, *Rehabilitation psychology*, Maryland 1984.

<sup>57</sup> S. Kowalik, *Barrierey utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne. Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego*, „Nauka” 2007, nr 3, s. 2.

<sup>58</sup> Tamże.

<sup>59</sup> D. Gromnicka, *Psychologiczne aspekty niepełnosprawności ruchowej*, [http://abcd.edu.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95:psychologiczne-aspekty-niepenosprawności-ruchowej&catid=18:osoba-z-dysfunkcji-narządu-ruchu](http://abcd.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=95:psychologiczne-aspekty-niepenosprawności-ruchowej&catid=18:osoba-z-dysfunkcji-narządu-ruchu), 7.07.2011.

<sup>60</sup> D. Wiszejko-Wierzbička, *Osoby z ograniczoną sprawnością w Polsce. Portret psychospołeczny*, [w:] W. Łukowski (red.), dz. cyt., s. 239.

<sup>61</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 169.

<sup>62</sup> H. Benesch, *Atlas psychologii*, t. 1, Warszawa 2002, s. 167.

<sup>63</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 170.

<sup>64</sup> A. Kojder, *Co to jest teoria naznaczenia społecznego?*, „Studia Socjologiczne” 1980, nr 3.



ści jako specyficznej formy dewiacji wydaje się uzasadnione<sup>65</sup>. Na mocy nadanych etykiet od osoby niepełnosprawnej oczekiwane są zgodne z nimi zachowania. Cechy które je według nich identyfikują to: słabość, uzależnienia, wycofywanie się<sup>66</sup>. Oparte na nich postępowanie jest odpowiednie z tym, jakie egzekwują instytucje kontroli społecznej. W konsekwencji takiego zachowania, osoba niepełnosprawna tworzy na jego podstawie swoją społeczną tożsamość. Jednostki, które zachowują się zgodnie z oczekiwaniami, są za to nagradzane a wszelkie próby sprzeciwienia się są karane.

Inną teorią pozwalającą zrozumieć mechanizm automarginalizacji jest teoria wyuczzonej bezradności zwana teorią Martina Seligmana<sup>67</sup>. Należy ona do grupy teorii poznawczych, a więc przyjmuje wszystkie założenia psychologii kognitywnej. Odwołuje się do dwóch rodzajów zjawisk: wewnętrznych procesów umysłowych oraz procesów uczenia się, kształtujących w oparciu o doświadczenia jednostki (względnie trwałe schematy myślenia i zachowania). Dla koncepcji tej podstawowe są dwa pojęcia: wyuczona bezradność i styl atrybucyjny. Wyuczona bezradność to „poddanie się, zaprzestanie działania wynikające z przekonania, że cokolwiek się zrobi nie będzie to miało żadnego znaczenia”<sup>68</sup>. Atrybucja w tym wypadku oznacza wyjaśnianie przyczyn wydarzeń.

W wyniku postrzegania braku związku pomiędzy podejmowanym działaniem a osiąganymi celami dochodzi do trojkiego rodzaju konsekwencji. Pierwszy rodzaj konsekwencji to deficyty poznawcze. Przejawiają się one w trudnościach w koncentracji, w zakresie uczenia się i myślenia a w rezultacie braku możliwości rozumienia własnej sytuacji oraz kontroli wydarzeń. Drugi rodzaj konsekwencji, to utrata motywacji do działania, przejawiająca się rezygnacją czy biernością. Trzeci, to deficyty w sferze emocjonalnej. Objawiają się one: obniżeniem nastroju, negatywną samooceną, oskarżaniem się za niepowodzenia oraz lękami lub wrogością.

Osoba może interpretować wyuczoną bezradność jako efekt braku własnych umiejętności czy możliwości. Jej przyczyny bywają również przypisywane czynnikom zewnętrznym: trudnościom obiektywnym, złym uwarunkowaniom prawnym czy po prostu złej woli innych. W przypadku przekonania, że wina leży po stronie czynników zewnętrznych, pojawia się „bezradność, bezsilność wynikająca z uzależnienia, a więc z sytuacji, w której inni mogą za nas decydować, wywierając wpływ na nasze sprawy, wyznaczać strukturę naszych szans i porażek”<sup>69</sup>. Taka tendencja do bycia zależnym, może wpływać negatywnie na zakres kształtowanej samodzielności. W efekcie osoba niepełnosprawna zaczyna uważać, że zawsze ktoś powinien nad nią czuwać i jej pomagać<sup>70</sup>.

Prowadzi to częstokroć do postawy roszczeniowej czyli takiej, gdzie występują ciągle oczekiwania bezinteresownej pomocy (oczekiwania te mogą rosnąć). Wydaje się, że powinna ona pozostawać w konflikcie z obrazem osoby wycofanej czy marginalizowanej. W rzeczywistości jest ona objawem braku umiejętności społecznych, które umożliwiłyby samodzielne radzenie sobie z problemami<sup>71</sup>. Brak tych umiejętności sprawia, że zamiast szukać własnych rozwiązań pozostaje oczekiwanie na pomoc z zewnątrz. Niepełnosprawni, którzy decydują się przyjąć takie postawy czerpią z tego również pewne korzyści. Po pierwsze, zrzucając z siebie troski i odpowiedzialność, mogą odbierać zaangażowanie państwa czy instytucji w swoje problemy jako przejaw troski czy

<sup>65</sup> K. Błeszyński, *Niepełnosprawność*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 1999, s. 153.

<sup>66</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 171.

<sup>67</sup> M. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań 1996.

<sup>68</sup> Tamże, s. 32.

<sup>69</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 172.

<sup>70</sup> D. Gromnicka, dz. cyt.

<sup>71</sup> A. Ostrowska, *Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości*, [w:] K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków 2003, s. 56-57.

opiekuńczości. Po drugie, taka postawa znajduje często oparcie w wielu polskich przepisach, które preferują osoby bierne, a nie aktywne. „Pomoc otrzyma ten, kto pokaże, że jest biedny, nie pracuje i niewiele może. Dofinansowania do wózka elektrycznego nie otrzyma osoba, która znalazła dobrą pracę i jest aktywna. 100 procent takiego dofinansowania otrzyma natomiast ktoś, kto nie robi nic, nie ma pracy albo zarabia niewiele”<sup>72</sup>.

### **POSTRZEGANIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PRZEZ SPOŁECZEŃSTWO**

Sposób postrzegania oraz postawy wobec osób niepełnosprawnych zależą od wielu czynników kulturowych, społecznych oraz osobowościowych. Niewątpliwie istnieje duży związek z wyznaczonymi wartościami a także stereotypami, podzielanymi na temat osób niepełnosprawnych.

Stereotyp, z jednej strony, może funkcjonować w umyśle jednostki, z drugiej, w świadomości społecznej. Podejście indywidualne zakłada, że na podstawie jednostkowych doświadczeń osoba poszerza swoją wiedzę na temat całej grupy, co przekłada się na jej reakcje względem osób zakwalifikowanych przez nią jako jej przedstawicieli<sup>73</sup>. Z drugiej to społeczeństwo przechowuje wiedzę.

Osoby niepełnosprawne przestają być postrzegane jako jednostki „posiadające niepowtarzalny zestaw cech psychicznych i fizycznych”<sup>74</sup>, zamiast tego pojawia się „anonimowy, zgeneralizowany obraz homogenicznej zbiorowości (...) ludzi niepełnosprawnych”<sup>75</sup>. Niepełnosprawni często „traktowani są jako odrębna grupa”<sup>76</sup>. Tworzone są dla nich odrębne przedszkola, szkoły, zakłady pracy (chronionej). „Stereotypy dotyczące osób z niepełnosprawnością na ogół mają charakter negatywny, dlatego należy uznać je za jedną z podstawowych negatywnych reakcji społecznych”<sup>77</sup>. Stereotypy ogólne, dotyczące całej mniejszości, jaką są osoby niepełnosprawne, dotyczą cech słabości fizycznej, psychicznej a także izolacji społecznej. Właściwościami przypisywanymi całej grupie są głównie: brak pewności siebie, niesamodzielność, osamotnienie, lękliwość, smutek, podejrzliwość, skrytość, nerwowość oraz skłonność do narzekania<sup>78</sup>. Osoby z różnymi kategoriami ograniczonej sprawności często są postrzegane jako osoby groźne dla społeczności, zasługujące na litość lub niepotrzebne<sup>79</sup>. Niepełnosprawni traktowani są jako przekłęci przez Boga<sup>80</sup>, lub będący jego eksperymentem albo – przeciwnie – nadzwyczajnie przez niego obdarowani. Zdarda się też, że traktowani są jako swoisty „wybryk natury”<sup>81</sup>.

Helena Ochoczenko<sup>82</sup>, do wyżej wymienionych, dołącza też stereotyp osoby niepełnosprawnej jako przedmiotu przemocy (wynikający z pierwowzorów kulturowych: stosunek starożytnych Greków i Rzymian do niepełnosprawności, ideologia NDSAP czy współcześnie tak przedstawiana w niektórych filmach), jednostki groźnej i złej dla otoczenia (to zwłaszcza w odniesieniu do chorujących psychicznie) a także dla samego siebie. W świadomości społecznej funkcjonuje również obraz

<sup>72</sup> P. Stanisławski, *Apetyt na przywileje*, [http://www.niepełnosprawni.pl/ledge/x/11716?print\\_doc\\_id=18819](http://www.niepełnosprawni.pl/ledge/x/11716?print_doc_id=18819), 12.07.2011.

<sup>73</sup> S.T. Fiske, S.E. Taylor, *Social cognition*, New York 1991.

<sup>74</sup> K. Błęszyńska, dz. cyt., s. 87.

<sup>75</sup> Tamże

<sup>76</sup> L. Marszałek, dz. cyt., s. 30.

<sup>77</sup> Tamże, s. 30.

<sup>78</sup> A. Ostrowska, *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Warszawa 1994, s. 41.

<sup>79</sup> W. Dykciak, *Interkulturowe i makrospołeczne konteksty stereotypów w działalności praktycznej z osobami niepełnosprawnymi*, „Niepełnosprawność”. *Teoretyczne i metodologiczne konteksty pedagogiki specjalnej* 2009, nr 1, s. 28, <http://niepełnosprawnos.ug.edu.pl/archiwumpdf/niepełnosprawnos.pdf>, 20.04.2012

<sup>80</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 162.

<sup>81</sup> Tamże.

<sup>82</sup> H. Ochoczenko, *Człowiek niepełnosprawny w świetle teorii postrzegania społecznego – próba analizy*, [w:] K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), dz. cyt. s. 368-369.

niepełnosprawnego jako „superkaleki”<sup>83</sup> czyli osoby obdarzonej „super” zdolnościami, co z jednej strony powoduje wykluczenie jej jako innej z samego grona osób niepełnosprawnych, z drugiej odmowę pomocy ze strony osób pełnosprawnych.

Stereotypy związane z niepełną sprawnością, czasem budowane są na podstawie sympatii czy współczucia (a więc uczuć pozytywnych)<sup>84</sup> i atrybutom negatywnym towarzyszą pozytywne, jak chociażby w wypadku osób niewidomych - domniemywanie wybitnych uzdolnień wokalnych czy wysokich walorów moralnych<sup>85</sup>. Zawsze jednak mają one negatywny, czy wręcz destruktywny wpływ na funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie<sup>86</sup>.

Aby w pełni zrozumieć w jaki sposób osoby niepełnosprawne uczestniczą w życiu społecznym oraz jaki jest do nich stosunek społeczeństwa należy przeanalizować, poza stereotypami, postawy społeczne wobec nich. Jest to o tyle istotne, że „stopień otwartości społeczeństwa dla ludzi niepełnosprawnych, który najwyraźniej manifestuje się w postawach społecznych, przesądza w znacznej mierze o możliwościach ich udziału w życiu społecznym”<sup>87</sup>.

W literaturze najczęściej wymienia się dwie przeciwstawne postawy wobec osób niepełnosprawnych: pozytywne (akceptacja) lub negatywne (odrzućenie). Helena Larkowa<sup>88</sup> dodaje jeszcze trzeci rodzaj - postawy ambiwalentne. Są one jednak przez niektórych autorów traktowane jako negatywne.

Postawy pozytywne charakteryzują się obiektywną oraz realną oceną wpływu niepełnosprawności na psychikę i funkcjonowanie osoby (zarówno na jej ograniczenia, jak i możliwości). W sferze poznawczej, przedmiotem ich zainteresowania jest człowiek, nie tylko ze swoją niepełnosprawnością, ale także potrzebami, obiektywnie dostrzeganymi zaletami, możliwościami, jak również osiągnięciami. Przy tym typie postawy najbardziej złożona jest sfera behawioralna. Pozytywnymi zachowaniami społecznymi możemy określić tak różne zachowania, jak: społeczna akceptacja połączona z szacunkiem dla osoby niepełnosprawnej, przeciwdziałanie izolacji, podejmowanie kontaktów interpersonalnych a następnie ich naturalne i życiowe podtrzymywanie oraz integrowanie osób niepełnosprawnych.

Postawy negatywne natomiast łączą się z uczuciem litości lub nadopiekuńczości wobec niepełnosprawnych, przejawiającymi się w niedocenianiu lub przecenianiem wpływu inwalidztwa na psychikę, wyolbrzymianiem ograniczeń czy deprecjonowaniem takiej osoby. W sferze poznawczej przejawiają się m.in. przesadnym zajmowaniem się wyglądem osoby niepełnosprawnej, zwracaniem szczególnej uwagi na zewnętrzne cechy kalectwa<sup>89</sup>. Dwie powyższe sfery mają wpływ na zachowania oraz nastawienie społeczne osób z postawą odrzucającą. Warto wśród nich wyróżnić: zwiększenie dystansu społecznego, brak akceptacji udziału osób niepełnosprawnych w różnych kontaktach i interakcjach społecznych, uczucie lęku i zakłopotania w obecności kogoś dotkniętego niepełnosprawnością<sup>90</sup>.

Niejednokrotnie postawy mają charakter zmienny. Często występuje w nich brak spójności - rozbieżność pomiędzy deklaracjami a postawami rzeczywistymi. Teoria ambiwalencji postaw mię-

<sup>83</sup> Tamże, s. 369.

<sup>84</sup> J. Rzeźnicka-Krupa, *Językowy obraz niepełnosprawności (komunikat z badań)*, [w:] Z. Kazanowski, D. Chudowolska – Osik (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Lublin 2003.

<sup>85</sup> K. Bleszyńska, dz. cyt.

<sup>86</sup> W. Dykciak, dz. cyt.

<sup>87</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s. 152.

<sup>88</sup> H. Larkowa, *Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od norm*, [w:] A. Hulek (red.) *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1988, s. 479.

<sup>89</sup> A. Ostrowska, J. Sikorska, dz. cyt., s.154

<sup>90</sup> A. E. Sękowski, *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*, Lublin 1994.

dzygrupowych wyjaśnia, że na nastawienie wobec grup napiętnowanych (w tym również osób niepełnosprawnych) wpływają jednocześnie współczucie i awersja<sup>91</sup>. Wielu badaczy zwraca uwagę, że ponieważ werbalne deklaracje są determinowane normami i konwenansami społecznymi oraz lękiem przed negatywną oceną społeczną, to nierzadko maskują te negatywne, a nawet wrogie postawy prywatne, które pozostają niezwerbalizowane.

### PRÓBA PODSUMOWANIA

Owe negatywne postawy oraz stereotypy, brak przejrzystości przepisów prawnych dotyczących niepełnosprawności a w konsekwencji trudności osób jej doświadczających w poszczególnych dziedzinach życia, bardzo często wynikają z braku wieloaspektowej analizy tego zjawiska przez badaczy z różnych dyscyplin naukowych oraz zbyt małej świadomości społecznej.

Optymizmem napawa fakt, że zmieniło się postrzeganie niepełnosprawności. W starożytnych społecznościach dzieci niepełnosprawne były zabijane, w późniejszych wiekach doświadczały przymusu oraz grupowego zniewolenia, obecnie częstokroć doświadczają personalnego, psychicznego wyzwolenia. Jest to powiązane z wizerunkiem niepełnosprawności oraz wiedzą na jej temat. Czym większa i pełniejsza będzie wiedza, tym zakres zapewnianej opieki i pomocy osobom niepełnosprawnym będzie organizowany w sposób coraz bardziej zindywidualizowany, a grupowa edukacja odbywać się będzie z bezpośrednim, aktywnym „udziałem osób odchylonych od normy w ich resocjalizacji, autorewalidacji i społecznej autoedukacji”<sup>92</sup>. Powinniśmy jednak powiedzieć sobie szczerze, że pożądanego efektu, czyli pełnej adaptacji, integracji i normalizacji, które uwzględnią indywidualny rozwój, nasze społeczeństwo jeszcze nie osiągnęło. Obecny stan wiedzy na temat niepełnosprawności zawdzięczamy interdyscyplinarnemu dostrzeganiu „przyczyn zaburzeń w rozwoju możliwości dokonywania korzystnych zmian i prognoz”<sup>93</sup>. Może warto zatem, zgodnie z wytycznymi nowych rozporządzeń (na razie dotyczących pomocy pedagogiczno-psychologicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach<sup>94</sup>), zająć się niepełnosprawnością przede wszystkim interdyscyplinarnie, multidyscyplinarnie i transdyscyplinarnie? Definiując transdyscyplinarność jako to, co jest zarazem między wymienionymi przeze mnie dyscyplinami, poprzez te „rozmaite dyscypliny i jednocześnie poza każdą z nich”<sup>95</sup>. W przeciwieństwie do interdyscyplinarności transdyscyplinarność podejmuje problemy, których badacze nie są w stanie rozwiązać w obrębie żadnej z omówionych dyscyplin. Uważam, że próba rozwiązania problemów wynikających z niepełnosprawności powinna zostać podjęta przez większy zespół badawczy. Mam nadzieję, że mój artykuł będzie inspiracją dla specjalistów zajmujących się niepełnosprawnością z różnych perspektyw (lekarzy, prawników, pedagogów, socjologów oraz psychologów) do tworzenia transdyscyplinarnych zespołów. Takie zespoły pozwoliłyby nie tylko w jeszcze pełniejszy sposób usystematyzować wiedzę, ale także przy udziale rodziny, społeczeństwa i państwa zorganizować pomoc dla niepełnosprawnych osób (również tych, które już zakończyły swoją edukację) w sposób najbardziej kompleksowy i efektywny.

<sup>91</sup> I. Katz, R. G. Hess, J. Wackenhut, *Racial ambivalence, value duality and behaviour* [w:] J.F. Doridio, S.L. Gaertner (red.) *Prejudice, discrimination and racism*, New York, 1986.

<sup>92</sup> Tamże, s. 46

<sup>93</sup> W. Dykciak, *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] tejże (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań 2006, s. 45

<sup>94</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji z dn. 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z dn. 2 grudnia 2010 r.)

<sup>95</sup> A. Zeidler-Janiszewska, *Visual Culture Studies czy antropologicznie zorientowana Bildwissenschaft? O kierunkach zwrotu ikonocznego w naukach o kulturze*, „Teksty Drugie” 2006, nr 4, s.11

## BIBLIOGRAFIA

- Albrecht G., Seelman K., Bury M., *Introduction. Formation of disability studies*. [w:] Albrecht G., Seelman K., Bury M (red.), *Handbook of disability studies*, London 2001.
- Bartnikowska U, Żyta A., *Żyjąc z niepełnosprawnością (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość)*, Toruń 2007.
- Becker H. S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press, Glencoe 1963.
- Bednarz M., *Polityka społeczna jako zaspokajanie istotnych potrzeb społecznych*, Bydgoszcz 2008.
- Benesch H., *Atlas psychologii*, t.1, Warszawa 2002.
- Berger P., *Zaproszenie do socjologii*, Warszawa 1995.
- Bettelheim B., *Rany symboliczne*, Warszawa 1989.
- Bleszyńska K., *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa 2001.
- Bleszyński K., *Niepełnosprawność*, [w:] Lalak D., Pilch T. (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 1999.
- Brzezińska A., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.) *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010.
- Cichosz K., Pawłowski P., *Pokłosie spisu powszechnego. Rozmowa z Wiesławem Łagodzińskim, rzecznikiem prasowym prezesa Głównego Urzędu Statystycznego*, „Integracja” 2003, nr 4.
- Czekaj K., Gorlach K., Leśnika M., *Labirynty współczesnego społeczeństwa*, Warszawa 1996.
- Dmochowska H. (red.), *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002*, GUS, Warszawa 2003.
- Fairbarin G. J., *Integracja, wartości, społeczeństwo*, [w:] Bogucka J., Kościelska M. (red.), *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Nowe doświadczenia*, Warszawa, 1996.
- Fiske S. T., Taylor S. E., *Social cognition*, New York 1991.
- Golinowska S., *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, Warszawa 2004.
- Katz I., Hess R. G., Wackenhut J., *Racial ambivalence, value duality and behaviour* [w:] Doridio J. F., Gaertner S. L. (red.) *Prejudice, discrimination and racism*, New York, 1986.
- Kojder A., *Co to jest teoria naznaczenia społecznego?*, „Studia Socjologiczne” 1980, nr 3.
- Kopania A., *Potrzeby zaspokajane w pracy i dzięki pracy* [w:] Łukowski W. (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy- portret środowiska*, Warszawa 2007.
- Kowalik S., *Bariery utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne. Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego*, „Nauka” 2007, nr 3.
- Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice 1999.
- Krupnick J., *The diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorders*, [w:] Krueger D. W. (red.), *Rehabilitation psychology*, Maryland 1984.
- Larkowa H., *Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od norm*, [w:] Hulek A. (red.) *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1988.
- Marszałek L., *Niepełnosprawność. Kobięcość. Rodzina*, Warszawa 2006.
- Miluska, J. *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*, [w:] Tarkowska E. (red.), *Kategoria wykluczenia społecznego a polskie realia*, Poznań 2008.
- Ochoczenko H., *Człowiek niepełnosprawny w świetle teorii postrzegania społecznego – próba analizy*, [w:] Rzedzicka K. D., Kobyłańska A. (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*, Kraków 2003.
- Orłowska M. (red.), *Skazani na wykluczenie*, Warszawa , 2005.
- Ostrowska A., *Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości*, [w:] Rzedzicka K. D., Kobyłańska A. (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków 2003.
- Ostrowska. A., Sikorska J., *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Warszawa 1996.
- Piasecki M., Śliwak J. (red.), *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, Lublin 2008.
- Pławucka H., *Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1998, nr 1.
- Wiliński W., *Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny* [w:] Brzezińska A., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010.
- Rutkowska E., Rakowska J., *Bariery w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością* [w:] Piasecki M., Śliwak J. (red.), *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, Lublin 2008.
- Rzeźnicka-Krupa J., *Językowy obraz niepełnosprawności (komunikat z badań)*, [w:] Kazanowski Z., Chudowolska – Osik D. (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Lublin 2003.
- Serafin T., *Kształcenie specjalne w systemie oświaty. Vademecum dla organu prowadzącego, dyrektora szkoły, nauczycieli i rodziców*, Warszawa 2009.
- Sękowski A. E., *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*, Lublin 1994.
- Sijko K., *Zmiany miejsca pracy: podejmowanie pracy przed potaniem niepełnosprawności i co się zmienia po wystąpieniu niepełnosprawności*, [w:] Łukowski W. (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy- portret środowiska*, Warszawa 2007.



- Sochocińska A., *Gdzie i jak pracują osoby badane?*, [w:] Łukowski W. (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy- portret środowiska*, Warszawa 2007.
- Sowa J., *Pedagogika specjalna w zarysie*, Rzeszów 1998.
- Wiszejko-Wierzbicka D., *Osoby z ograniczoną sprawnością w Polsce. Portret psychospołeczny*, [w:] Łukowski W. (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy- portret środowiska*, Warszawa 2007.
- Wyszyńska A., *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987.
- Zeidler-Janiszewska A., *Visual Culture Studies czy antropologicznie zorientowana Bildwissenschaft? O kierunkach zwrotu ikonocznego w naukach o kulturze*, „Teksty Drugie” 2006, nr 4

## AKTY PRAWNE

- International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*, World Health Organisation, Geneva 1980.
- International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Disabling and Functioning*, BETA-1 draft for field trials, World Health Organization, Geneva 1997.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji z dn. 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z dn. 2 grudnia 2010 r.).
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. nr 139, poz.1328 ) rozdz. 2 § 3.2.
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 1 sierpnia 1997 r. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (M.P. z 13.08.1997 r. Nr 50 poz. 475).
- Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2011 r. nr 127, poz. 721).
- Ustawa z dn. 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. z 1998 r., nr 64, poz. 414 z póź. zm.).

## NETOGRAFIA

- Gromnicka D., *Psychologiczne aspekty niepełnosprawności ruchowej*, [http://abcd.edu.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95:psychologiczne-aspekty-niepenosprawności-ruchowej&catid=18:osoba-z-dysfunkcj-narządu-ruchu](http://abcd.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=95:psychologiczne-aspekty-niepenosprawności-ruchowej&catid=18:osoba-z-dysfunkcj-narządu-ruchu), 07.07.2011.
- Dykcik W., *Interkulturowe i makrospołeczne konteksty stereotypów w działalności praktycznej z osobami niepełnosprawnymi*, „Niepełnosprawność. Teoretyczne i metodologiczne konteksty pedagogiki specjalnej” 2009, nr 1, <http://niepełnosprawność.ug.edu.pl/archiwum-pdf/niepełnosprawność.pdf>, 20.04.2012.
- <http://isap.sejm.gov.pl/KeywordServlet?viewName=thasN&passName=niepe%C5%82nosprawni>, 5.07.2011.
- <http://www.info-med.pl/katalog/choroby/statystyka/5.html>, 5.07.2011.
- <http://www.niepełnosprawni.pl/labeo/app/cms/x/9606>, 4.07.20011.
- Nowak M., *Dialog interdyscyplinarny i jego modele w uprawianiu pedagogiki* [w:] „Rozprawy Społeczne” 2010, nr 1(4), <http://rozprawy-społeczne.pswbp.pl/pdf/nowak.pdf>, 2.12.2012.
- Stanisławski P., *Apetyt na przywileje*, [http://www.niepełnosprawni.pl/ledge/x/11716?print\\_doc\\_id=18819](http://www.niepełnosprawni.pl/ledge/x/11716?print_doc_id=18819), 12.07.2011.

## STRESZCZENIE

Niepełnosprawność jest zjawiskiem wielopłaszczyznowym i wielowymiarowym, dotyczącym różnych sfer życia. Może być trwała, obejmująca znaczną część lub całe życie jednostki. Może być okresowa, rokująca całkowity lub częściowy powrót do sprawności.

Definiując ją należy mieć na względzie relację między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego płeć, wiek i wykształcenie), a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza. Niepełnosprawnością z różnych perspektyw zajmuje się medycyna, psychologia, pedagogika, socjologia oraz prawo. Podsumowanie ich dorobku umożliwi zrozumienie w sposób możliwie pełny tego zjawiska oraz problemów jakie napotyka osoby jej doświadczające.

## Słowa kluczowe

Niepełnosprawność, aspekty medyczne, automarginalizacja, niepełnosprawność prawna, skutki psychologiczne, stereotypy.

## FROM INTERDISCIPLINARY TO TRANS-DISCIPLINARY PERSPECTIVES ON DISABILITY

### Summary

Disability is a miscellaneous and multidimensional subject, concerning various aspects of life. It may be permanent, affect significant part or whole life of the individual. It may be temporary - with appropriate therapy or specialist intervention, promising total or partial return to physical health.

To define it correctly, the relationship between human health (including their sex, age and education) and the society and the environment he lives in, must be taken into consideration. A problem of disability is approached from different perspectives by numerous scientific disciplines: medicine, psychology, pedagogics, sociology and law. Deep analysis of their achievements helps in better understanding of this issue and difficulties disabled people face.

**Key words:** Disability, medical aspect, self-marginalisation, stereotype, legal aspects, psychological effects of disability.