

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Psychologii Społecznej

JOLANTA WOLIŃSKA

j.wolinska1@chello.pl

*Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności –
perspektywa aktora i obserwatora*

Social perception, the stereotype of disability – actor-observer perspective

STRESZCZENIE

Artykuł dotyczy problematyki niepełnosprawności w kontekście stereotypów i postaw ujawnianych przez różne grupy społeczne (np. studenci, kobiety, mężczyźni, osoby niepełnosprawne). Prezentuje problemy terminologiczne dotyczące niepełnosprawności, stereotypów i piętna. Na podstawie wyników badań pokazuje percepcję i społeczny wizerunek niepełnosprawności uzewnętrzniany przez osoby bez stwierdzonej niepełnosprawności i niepełnosprawne (perspektywa obserwatora i aktora). Deklarowany stereotyp i autostereotyp powoli zmienia się w kierunku bardziej pozytywnym i prointegracyjnym. Podane zostały również propozycje poprawy wizerunku osób niepełnosprawnych w Polsce.

Słowa kluczowe: społeczne postrzeganie niepełnosprawnych, stereotyp niepełnosprawności, autostereotyp niepełnosprawności

Problematyka niepełnosprawności coraz bardziej zyskuje na znaczeniu. Zdecydowanie częściej mamy też szanse bezpośredniego lub pośredniego kontaktu z osobami niepełnosprawnymi, które wyraźnie rzadziej izolują się, wychodzą ze swoich domów, aby realizować się w życiu zawodowym (jako sportowiec, piosenkarz, redaktor) czy społecznym (Hebl, Kleck 2008). Pełnią też odpowiedzialne funkcje publiczne, np. poselskie, naukowe, i podejmują działalność charytatywną

itd. Zainteresowanie niepełnosprawnością wiąże się z narastaniem tego zjawiska (starzenie się społeczeństw, rozwój medycyny), pomnażaniem wiedzy związanej między innymi ze zdobywaniem wykształcenia (społecznego, medycznego), a także regulacjami prawnymi wspierającymi osoby niepełnosprawne, poświęconymi tej tematyce kampaniami społecznymi lub ogólnie popularyzacją medialną różnych form niepełnosprawności czy działaniem fundacji, środowisk integracyjnych i generalnie większą kulturą pedagogiczno-psychologiczną. Wspomniane fakty mogą sprzyjać zmniejszeniu dystansu społecznego między niepełnosprawnymi jednostkami (czy grupami) a osobami zdrowymi.

TERMINOLOGIA I TYPOLOGIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność jest czasowym lub trwałym spadkiem sprawności fizycznej lub psychicznej funkcji organizmu o zróżnicowanej etiologii – od wad wrodzonych po nabyte w toku życia jednostki wskutek chorób czy nieszczęśliwych wypadków. Omawiany konstrukt teoretyczny jest niewątpliwie złożony, wielowymiarowy, więc nie dziwią różne jego ujęcia (Chodkowska 1994, 2010; Kirenko 2006; Macrae, Stangor, Hewstone 1999; Nelson 2003; Sękowski 1994a, 1994b).

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje za niepełnosprawne osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych (Wilmowska-Pietruszyńska 2009).

W Polsce obowiązuje definicja osoby niepełnosprawnej, opracowana przez grupę specjalistów powołanych przez Pełnomocnika do spraw Osób Niepełnosprawnych, zawarta w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osoby niepełnosprawnej. Ustawa precyzuje, że niepełnosprawna jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi.

Pojęcie niepełnosprawności w ujęciu W. Dykcika (2001) obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek w każdym społeczeństwie, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiegś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą być stałe lub przejściowe, całkowite lub częściowe, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej.

W przytoczonych definicjach szeroko rozumiana niepełnosprawność związana jest z różnymi dysfunkcjami zdrowotnymi, skutkującymi często zależnością od innych ludzi czy też ograniczeniami uczestnictwa w życiu społecznym (Durka 2009; Hebl, Kleck 2008; Mazurkiewicz, Oleksy 2006; Orłowska, Prufer 2011; Steuden 1992).

Omawiany termin implikuje pojęcie normy, bowiem niepełnosprawność stanowi odstępstwo od niej.

Za normalne uznaje się też to, co jest powszechne, typowe dla danej kultury, są to zachowania zgodne ze zwyczajami i ustaloną konwencją. Z tym realistyczno-konwencjonalistycznym rozumieniem normy wiąże się pojęcie człowieka normalnego – w sensie: typowego dla danej kultury czy grupy. Spełnienie wymagań kultury i oczekiwań społecznych, związanych także z przepisami ról społecznych, warunkuje i ułatwia harmonijne współzycie, uczestnictwo w kulturze i rozwój społeczny (Sęk 2008, s. 57).

W tym wypadku ogólnie pojętą normą jest zdrowie umożliwiające optymalne funkcjonowanie jednostki – tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Od tej normy zdrowotnej odbiegają w pewnym zakresie niepełnosprawni, co pozwala wyróżnić takie rodzaje niepełnosprawności, jak: sensoryczna (niewidomi, słabowidzący, niesłyszący, słabosłyszący, głuchoniemi oraz głuchoniewidomi); fizyczna (osoby z uszkodzonym narządem ruchu, osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych); psychiczna (osoby umysłowo upośledzone z niepełnosprawnością intelektualną, osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania) oraz złożona (więcej niż jedna niepełnosprawność).

Deklaracja Praw Człowieka (1959) podaje następujące rodzaje niepełnosprawności: upośledzenie fizyczne, obejmujące upośledzenie sensoryczne (np. niewidomi, głusi) oraz jednostki chore somatycznie i kalekie, upośledzenie umysłowe, reprezentowane przez jednostki upośledzone umysłowo i chore nerwowo, a także niedostosowanie społeczne przejawiane przez jednostki z trudnościami charakterologicznymi w kontaktach społecznych i międzyludzkich. Natomiast zgodnie z typologią niepełnosprawności według Chodkowskiej (1994) występuje:

- obniżona sprawność sensoryczna (zmysłowa) – brak, uszkodzenie lub zaburzenie funkcji analizatorów zmysłowych (są to m.in. osoby niewidome, niedowidzące, głuche, niedosłyszące, głuchoniewidome, z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej),
- obniżona sprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe, demencja starcza),
- obniżona sprawność funkcjonowania społecznego – zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej oraz zdrowia psychicznego,
- obniżona sprawność komunikowania się – utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy, autyzm, jąkanie się),
- obniżona sprawność ruchowa – (wrodzona lub nabyta) dysfunkcja narządu ruchu,
- mózgowie porażenie dziecięce,
- obniżona sprawność psychofizyczna spowodowana chorobami somatycznymi – np. nowotwory, guz mózgu, cukrzyca, rak.

Warto zaznaczyć, że terminologia dotycząca osób niepełnosprawnych nosi znamiona piętna.

Te określenia zwykle opisują ich jako obywateli drugiej klasy, którzy są jakoś splamieni, chorzy i niepełnosprawni. Na przykład opisuje się ich jako „cierpiących”, „niepełnych”, „zdeformowanych” czy „inwalidów”. Nawet słowo „niepełnosprawny” sugeruje niezdolność osiągnięcia pewnego odpowiedniego poziomu – to znaczy bycie „niezdolnym”. Powszechnie stosowana dychotomia „upośledzony” i „normalny” wyraźnie wskazuje na relacje wzajemnego wyłączenia się, gdyż ludzie „upośledzeni” nie są „normalni”. [...] Nie ma jednej ogólnej odpowiedzi, jak najlepiej uporać się z tym językowym problemem, z tym wyjątkiem, żeby zwracając się do ludzi, mniej brać pod uwagę ich niepełnosprawność, a bardziej traktować ich jako osoby (Hebl, Kleck 2008, s. 389).

Dobrze byłoby też wypracować jak najmniej stygmatyzujący system pojęć związanych z niepełnosprawnością.

POZNANIE SPOŁECZNE A SCHEMATY, STEREOTYPY JEDNOSTKI

W poznawaniu otoczenia człowiek wykorzystuje percepcję pozwalającą na powstanie w świadomości jednostki subiektywnego obrazu rzeczywistości – efektu doświadczeń jednostki, nastawienia i obecnego stanu emocjonalnego. Spostrzeganie jest aktywne i twórcze, więc człowiek rejestruje, ale też aktywnie przetwarza docierające do niego informacje, selekcjonuje je i interpretuje zgodnie ze zgromadzonymi w pamięci danymi o otoczeniu (Szewczuk 1998). Poznanie społeczne umożliwia jednostce zdobywanie wiedzy o rzeczywistości, jest też podstawą myślenia człowieka o różnych obiektach społecznych przez tworzenie schematów poznawczych, czyli konstruktów opisujących sposób łączenia naszych uprzednich doświadczeń z wybranym rodzajem zdarzeń, osób czy obiektów (Lewicka, Wojciszke 2002). Schematy to dynamiczne struktury, które mogą ulegać modyfikacjom pod wpływem procesu percepcji (akomodacja), nie tylko go deformować (asymilacja) (Mądrzycki 1986).

Proces poznania społecznego pozwala selekcjonować, interpretować, zapamiętywać i wykorzystywać informacje do tworzenia sądów oraz podejmowania decyzji na temat świata społecznego (Aronson, Wilson, Akert 1997). Takie działanie jest wartościowe poznawczo, często też efektywne, gdyż bazuje na uproszczeniach myślowych, praktycznych regułach zdroworozsądkowych, heurystykach, generalnie – na oszczędności poznawczej. Niekiedy jednak, jako nietrafne, deformuje i zafałszowuje percypowany świat (Mądrzycki 1986), sprzyja bowiem kształtowaniu błędnych opinii na temat innych osób, kategoryzowaniu ich w określone grupy społeczne, albo powstawaniu stereotypów czy uprzedzeń. Należy jednak podkreślić, że kategoryzując docierające informacje, nie tylko kreujemy, ale też lepiej rozumiemy skomplikowaną rzeczywistość (Aronson, Wilson, Akert 1997).

Schematy umożliwiają klasyfikowanie nie tylko zdarzeń, działań i ich ciągów, ale także osób i ich dyspozycji, co jest szczególnie ważne przy omawianiu percepcji społecznej osoby niepełnosprawnej. Najważniejszymi kategoryalnymi schematami osób są bardzo powiązane ze sobą stereotypy i role społeczne (Lewicka, Wojciszke 2002).

Termin „stereotyp” został wprowadzony przez amerykańskiego dziennikarza Waltera Lipmanna (1922, za: Manstead i in. 2000) i oznaczał ówczasnie przyjęte od innych osób i uznawane za zgodne z rzeczywistością uproszczone wyobrażenia określane jako obrazy umysłowe istniejące w naszej głowie (Grabowska 2008). Były to szablony pozwalające ujmować zjawiska w określony sposób, zakładające jednocześnie, które spośród informacji społecznych docierających do nas z otoczenia należy dostrzegać, a które pomijać (Nelson 2003). Etymologicznie pojęcie „stereotyp” pochodzi z języka greckiego, gdzie *stereo* znaczy „stężyły, twardy”, a *typos* „wzorzec, odcisk” (Chlewiński 1992, Grabowska 2008). Pojęcie stereotypu utożsamiane jest często z tendencyjnym i stronniczym uogólnieniem dotyczącym grupy społecznej lub też narodowościowej. Generalizacja ta ujmuje prawidłowości członków grupy w sposób zbyt ogólny, nadmiernie uproszczony oraz przesadny. Uogólnienie to jest zapewne konsekwencją dodatniej lub ujemnej oceny grupy, której może dotyczyć (Mądrycki 1986).

Słownik współczesnego języka polskiego definiuje stereotyp jako „funkcjonujący w świadomości społecznej skrótowy, uproszczony i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości, odnoszący się do osób, rzeczy lub fałszywej wiedzy o świecie, utrwalony jednak przez tradycję i nieulegający zmianom” (Dunaj 1996, s. 1062). Stereotypy, czyli utrwalone w świadomości jednostki obrazy, pojęcia czy przekonania, umożliwiają jej szybkie rozpoznanie zjawisk, ich interpretację i ocenę. Stanowią też źródło uproszczeń czy błędów percepcji rzeczywistości i komunikacji, gdyż jako silne bariery psychiczne utrudniają możliwości rozwojowe i twórcze funkcjonowanie człowieka (Stewart 2000).

W naukach społecznych termin „stereotyp” oznacza „zbiór względnie stałych, uproszczonych i nieuprawnionych uogólnień dotyczących pewnej grupy bądź klasy ludzi. Istotna jest tu negatywna, nieprzychylna ich charakterystyka, aczkolwiek niektórzy autorzy uważają, że składnikami stereotypów mogą być też przekonania pozytywne, lecz stronnicze i nietrafne. Wobec powszechności takiego rozumienia stereotypu interesujące jest, że badania empiryczne nad postawami ludzi wobec grup i klas społecznych innych niż ta, do której sami należą, nie potwierdzają teorii wynikającej z tej definicji, zwłaszcza w odniesieniu do sztywności i nietrafności stereotypów” (Reber, Reber 2005, s. 743).

Pojęcie stereotypu w aspekcie kulturowym oznacza „zbiór powszechnie uznawanych przekonań ogólnych dotyczących cech psychicznych jakiejś grupy lub klasy ludzi” (Reber, Reber 2005, s. 743). Bardziej neutralna kulturowa definicja dopuszcza (w odróżnieniu od poprzedniej) możliwość zmian w stereotypach uznawanych za powszechne zbiory przekonań, które stosunkowo powoli, ale przecież zachodzą. Umożliwia też włączenie w ich zakres pozytywnych i trafnych cech (Reber, Reber 2005, Wolińska 2013).

Stereotyp według zachodnioeuropejskich słowników nauk społecznych to „opinia lub obraz przyjmowany bez przemyślenia przez osobę lub grupę. Zawiera

on uproszczony sąd – niezweryfikowany, najczęściej fałszywy – na temat innej grupy, jednostki czy też wydarzeń. Jest rezultatem określonych nawyków myślowych, dzięki którym klasyfikuje się oraz ocenia pewne zjawiska społeczne i procesy bez uprzedniego ich sprawdzenia. Stereotyp pozwala na spontaniczne, *a priori*, osądzanie określonych kategorii osób lub typów wydarzeń” (Biron 1996, s. 267, za: Grabowska 2008).

Stereotyp to struktura poznawcza składająca się z trzech elementów: wiedzy, przekonań i oczekiwań obserwatora na temat danej grupy społecznej. Dodatkowym elementem je scalającym jest afekt mający kluczowe znaczenie dla zrozumienia funkcjonowania stereotypu (Mackie i in. 1999).

Warto także wspomnieć o pojęciu autostereotypu, który ma – zdaniem Lipmanna (1922) – ten sam podmiot i przedmiot, gdyż jest to stereotyp własnej grupy, podzielany przez jej członków. Autostereotypy są podstawą tożsamości grupowej, dają jednostkom gwarancję poczucia własnej wartości i odpowiedniej pozycji. Autostereotyp jest także wytworem kultury symbolicznej, podlegającym dwóm kryteriom: semiotycznemu i aksjologicznemu. Zgodnie z tym pierwszym – autostereotyp obejmuje zachowania ludzi będące znakami rozpoznawczymi, samookreślającymi grupę, natomiast według kryterium aksjologicznego autostereotyp stanowi wartość wyznawaną i kulturowaną przez grupę.

Stereotypy społeczne są „reprezentacjami jakichś kategorii ludzi, wyróżnionych na mocy kryteriów pozapsychologicznych, jak kryteria socjologiczne i demograficzne” (Wojciszke 1986, s. 70). To reprezentacje poznawcze grup społecznych (kategorii) (Weigl 2002), wyodrębnione ze względu na łatwo zauważalną cechę, określającą społeczną tożsamość członków danej grupy. Do nadrzędnych właściwości tego rodzaju schematów kategorialnych należą: nadmierne uproszczenie, nadogólność, silne nasycenie wartościowaniem oraz niewielka podatność (niepodatność) na zmiany (Wojciszke 1986, Weigl 2002).

Wydaje się, że emocje, oceny i postawy to nie reakcja na własne doświadczenie z przedmiotem stereotypu, ale na stereotyp jako przejaw świadomości grupowej, przyswojony dzięki kontaktowi społecznemu czy przekazowi kulturowemu. Stereotyp jest pojęciem skupiającym system znaczeń stworzony przez określoną grupę społeczną lub kulturową. Język jako ważny czynnik warunkujący percepcję zmysłową oraz determinujący sposób myślenia, a szczególnie interpretację, jest przewodnikiem po rzeczywistości społecznej. Pozwala też na kategoryzację i opisanie własnego doświadczenia oraz wbudowanie go w kontekst wiedzy grupowej. W ten sposób indywidualne doświadczenie jednostki może zyskać na znaczeniu dla innych ludzi. Im bardziej powtarzalne jest dane doświadczenie indywidualne, tym bardziej staje się anonimowe i międzyludzkie.

Termin „stereotyp” najczęściej używany jest więc na oznaczenie gotowych, zrutynizowanych, utrwalonych w danym języku przekonań jednej grupy o członkach innej, „obcej” grupy. Stereotyp jest generalizacją odnoszącą się do grupy,

w ramach której identyczne charakterystyki zostają przypisane wszystkim jej członkom, niezależnie od rzeczywistych różnic między nimi (Aronson, Wilson, Akert 1997). Zdaniem J. Borkowskiego (2003), stereotyp to względnie trwałe schemat przedstawiania osób, rzeczy, sytuacji, grup społecznych, zawierający pewne wartościowanie, lecz niemający normatywnego wymiaru. Charakterystyczne dla stereotypów jest ubóstwo treści i nadmierne uproszczenie. Bazując na stereotypach, nie weryfikujemy ich treści, wykazujących silne nacechowanie emocjonalne, nadogólność oraz niewielką podatność na zmiany. Posługując się konkretnym stereotypem, zakładamy swoistą bezwyjątkowość (homogeniczność) wszystkich reprezentantów danej kategorii, wykazujemy też sztywność, a także odporność na wszelkie informacje grożące korektą posiadanego stereotypu.

B. Weigl (2002) wyróżnia takie funkcje stereotypów, jak: poznawcza, tożsamościowa i egotystyczna. Ta pierwsza opiera się generalnie na zdolności stereotypu do redukcji nadmiaru informacji albo kompensowania ich deficytu. Funkcja tożsamościowa, związana głównie z pojęciem autostereotypu, pozwala wydatnie zwiększać poczucie osobistego podobieństwa do reprezentowanej grupy, dostarczając przy tym poczucia normatywności. Natomiast rola egotystyczna dostarcza osobom działającym racjonalnych przesłanek oraz motywów ich działań. Stereotypy mogą wyzwać też tendencyjność przetwarzania informacji, polegającą głównie na lepszym przechowywaniu i przetwarzaniu informacji zgodnych ze stereotypem (Weigl 2002).

STEREOTYPIZACJA, STYGMATYZACJA, PIĘTNO

Stereotypizacja polega na posługiwaniu się przekonaniem o określonych cechach całej grupy społecznej przy wyciąganiu wniosków co do jej poszczególnych członków (Manstead i in. 2000). Bywa ona uważana za przejaw irracjonalnego, nieanalitycznego myślenia, czy też kojarzona ze sztywnością myślenia lub z moralną ułomnością tych, którzy się nimi posługują (Nelson 2003).

Stygmatazacja polega na nadawaniu określeń w kategoriach zachowania jednostkom, grupom społecznym czy kategoriom społecznym, wskutek czego przyjmują one nadane im cechy i zaczynają działać zgodnie z przypisanymi im etykietami. Jest to proces poznawczego naznaczenia jednostki jako posiadacza pewnej negatywnej cechy, która jest na tyle dyskredytująca, że decyduje o sposobie widzenia tej jednostki przez innych. Napiętnować jednostkę, znaczy zdefiniować ją, odwołując się do tego negatywnego atrybutu i zdewaluować zgodnie z nadaną etykietką (Hesterton i in. 2008).

Wśród osobistych reakcji na stygmatazację wymienia się: 1) dokonywanie samostygmatazacji i odczuwalny spadek samooceny; 2) pozostawanie relatywnie niezmiennym w obliczu stygmatazujących doświadczeń; 3) zyskanie siły i ochrona siebie oraz innych (Corrigan, Kerr, Knudsen 2005).

Istotny dla tych rozważań jest wspomniany już termin „piętno”, będący cechą czyniącą jednostkę inną i mniej pożądaną, niż należy normalnie oczekiwać. Piętnem może być jakieś dewiacyjne zachowanie, jakaś cecha fizyczna, przynależność do jakiejś grupy lub moralna słabość, będące podstawą odmówienia osobie piętnowanej pełni człowieczeństwa i odcinające ją od normalnych kontaktów społecznych (Crandall 2008).

Piętno definiowane jest też jako posiadanie (lub przekonanie, że się posiada): „pewnego atrybutu lub cechy, wyrażających tożsamość społeczną, która jest deprecjonująca w pewnym kontekście społecznym” (Crocker, Major, Streele 1998, s. 505, za: Crandall 2008).

Źródłem stereotypów, podobnie jak źródłem piętna, jest (między innymi) skłonność do określania granic grupy, dokonywania rozróżnień typu „my” – „oni”, percepcyjnego różnicowania i tak dalej. Tak więc te same siły, które prowadzą do społecznej kategoryzacji i do powstawania określonych przekonań na temat członków jakiejś grupy, mogą też prowadzić do pozytywnego lub negatywnego wartościowania, do zakłócenia płynności interakcji społecznych, do dyskredytowania charakterystycznego dla stygmatyzacji (Stangor, Crandall 2008, s. 75).

SPÓŁECZNA PERCEPCJA, WIZERUNEK SPÓŁECZNY, STEREOTYPY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Z badań A. Ostrowskiej (1994) nad społecznym wizerunkiem osoby niepełnosprawnej wynika, że jest to osoba słaba, wycofana, pełna obaw, kojarzona bardziej z niepowodzeniem niż z sukcesem, wywołująca raczej litość i chęć niesienia pomocy niż dająca się traktować jako partner własnych inicjatyw. Taka dyskredytująca percepcja tej grupy społecznej uniemożliwia równe traktowanie osób niepełnosprawnych i innych.

Jeśli chodzi o negatywne stereotypy niepełnosprawności, to pojawiają się one jako nieuświadomiony proces u osób we wczesnej młodości. Przejmując taki stereotyp, unikamy kontaktu z przedstawicielami stereotypizowanej grupy, więc przede wszystkim dotyczą one grup, z którymi się nie stykamy (Nelson 2003).

Do kluczowych kwestii dotyczących stereotypów osób niepełnosprawnych należą:

A. Stereotypizowane czy wręcz napiętnowane są osoby niepełnosprawne z widocznymi dysfunkcjami.

B. Stereotypizacja obejmuje akcentowanie ułomności, słabości, ograniczenia w różnym stopniu i zakresie.

C. Przekonanie, że niewydolność występuje zarówno w sferze fizycznej, jak i umysłowej.

D. Najbardziej negatywny stereotyp funkcjonuje wobec osób upośledzonych umysłowo.

E. Największa akceptacja w grupie osób niepełnosprawnych dotyczy chorych przewlekłe (Mazurkiewicz, Oleksy 2012; Hebl, Kleck 2008).

Stereotyp osób z zaburzeniami psychicznymi określają, zdaniem Haywarda i Bright (1993, za: Jackowska 2009), następujące stwierdzenia: Chory psychicznie jest niebezpieczny, nieprzewidywalny, cierpi na chroniczną i trudną do leczenia chorobę. Ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan. Nie jest zdolny do należytego wypełniania ról społecznych.

Wśród społecznych postaw stygmatyzujących osoby niepełnosprawne należy wymienić (Jackowska 2009, Kowalik 2007):

- dystansowanie się (unikanie wchodzenia w nieformalne interakcje),
- dewaluację i stereotypizację (upowszechnianie negatywnych stereotypów),
- delegitymację (prawne ograniczenia możliwości działania w jakimś obszarze),
- segregację (blokowanie dostępu do pewnych form aktywności),
- eksterminację – najbardziej drastyczną i niehumanitarną formę dyskryminacji.

W związku z tym, że stereotypy niepełnosprawności eksponują przede wszystkim cechy nieadekwatne do rzeczywistości, często krzywdzące osoby niepełnosprawne, wpływają one na ich relacje interpersonalne i funkcjonowanie społeczne. U większości osób towarzystwo niepełnosprawnych budzi w pierwszej kolejności współczucie i litość (Durka 2009). Wielu, głównie młodym ludziom (uczniowie, studenci), trudno zaakceptować osobę niepełnosprawną jako partnera seksualnego. Ponadto niemal powszechnie uważa się niepełnosprawnych za nieprzydatnych do pełnienia ról zawodowych (Byra 2010). Warto zaznaczyć, że możliwości osób niepełnosprawnych wyznaczają nie tylko obiektywne utrudnienia wynikające z posiadanych ograniczeń, ale bariery umysłowe tworzone wskutek nieprawidłowej, stereotypowej percepcji społecznej (Mazurkiewicz, Oleksy 2012). Pocięszające jest więc funkcjonowanie także pozytywnych stereotypów osób niepełnosprawnych, które ujmują je jako osoby spokojne, bez nałogów, niemające innych problemów poza własnym ograniczeniem (Durka 2009). Ten ostatni wizerunek społeczny jest raczej ambiwalentny, bowiem taka ocena może wskazywać na znaczące uproszczenie czy wręcz jednowymiarowość charakterystyki.

Spostrzeganie społeczne niepełnosprawnych różnicowane jest zależnie od rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności, zaburzeń psychospołecznych oraz możliwości samoobsługowych i dyslokacyjnych jednostki, co wpływa na postawy przejawiające się głównie zachowaniem dystansu wobec niepełnosprawnych w sytuacjach społecznych (Kossewska 2014).

Jak twierdzą L. M. Shears i C.J. Jensema (1969), postawy wobec niepełnosprawnych kształtują się szczególnie wokół takich problemów, jak:

- widoczność niepełnosprawności,

- wpływ niepełnosprawności na możliwość komunikacji,
- stygmatyzacja społeczna (napiętnowanie społeczne),
- trudności w zakresie samoobsługi,
- stopień samodzielności i niezależności (inicjatywa i swoboda działania).

Badania A. Giryńskiego i S. Przybylskiego (1993) potwierdzają także, że osoby z upośledzeniem umysłowym są znacznie bardziej negatywnie spostrzegane przez innych (niezależnie od ich płci, poziomu wykształcenia, zawodu czy – w przypadku młodzieży – rodzaju szkoły) niż osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności (niewidomi, głusi, osoby niepełnosprawne fizycznie). Taka percepcja społeczna utrudnia wzajemne interakcje, szczególnie że młodzież znacznie wyolbrzymia ograniczenia wiążące się z oligofrenią (Konarska 1994, Oszustowicz 1995). Sprzyja to dystansowaniu się jednostek w stosunku do niepełnosprawnych umysłowo i często jest konsekwencją niskiego stanu wiedzy ludzi na temat przyczyn, specyfiki oraz możliwości rozwojowych osób upośledzonych umysłowo (Giryński, Przybylski 1993; Kossewska 2014).

POSTAWY WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Postawy wobec niepełnosprawnych są dziedziczone społecznie, a ich uczenie się rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Mogą być one zmienne czy niespójne, gdyż obserwowana jest rozbieżność pomiędzy zadeklarowanymi postawami a faktycznie ujawnianymi w zachowaniu. Werbalne deklaracje są zazwyczaj determinowane akceptacją społeczną pozytywnych zachowań, normami społecznymi sugerującymi opiekę, pomoc osobom chorym, potrzebującym oraz lękiem przed negatywną oceną społeczną, więc często maskują one negatywne, czy nawet wrogie postawy rzeczywiste (Sękowski 1994a).

Obecnie w społeczeństwie polskim negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych wynikają między innymi z wysokiej pozycji zajmowanej w hierarchii wartości przez: zdrowie, sprawność fizyczną, siłę, sukces, produktywność, zamożność, niezależność (Ostrowska 1997), które są także intensywnie popularyzowane medialnie.

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się takie postawy wobec osób niepełnosprawnych, jak: pozytywne – akceptacja, lub negatywne – odrzucenie, ale też postawy ambiwalentne (Kossewska 2014, Larkowa 1970).

Pozytywne postawy cechują się (Granofsky 1955, za: Sękowski 1994a):

- obiektywną i realną oceną ograniczeń i możliwości osoby niepełnosprawnej oraz wpływu niepełnosprawności na psychikę i funkcjonowanie człowieka,
- pozytywnym nastawieniem poznawczym (koncentracja na człowieku, nie na jego niepełnosprawności), znajomością potrzeb niepełnosprawnego i poziomu ich zaspokojenia, obiektywnym dostrzeganiem zalet i możliwości oraz osiągnięć niepełnosprawnego,

– pozytywnymi zachowaniami społecznymi: społeczną akceptacją i szacunkiem dla osoby niepełnosprawnej, przeciwdziałaniem izolacji, naturalnym i życzliwym kontaktem, współpracą z osobami niepełnosprawnymi (Sękowski 1994a).

Takie postawy społeczne, łączące obiektywizm z szacunkiem i życzliwością wobec niepełnosprawnych, są niezbędne dla rozwoju ich poczucia bezpieczeństwa oraz prawidłowej adaptacji społecznej (Larkowa 1985). Mogą one stanowić podstawę rzetelnej, nacechowanej pozytywnymi emocjami percepcji społecznej, która może przejawiać się jako stereotyp pozytywny lub wolne od stereotypowego myślenia wielowymiarowe wizerunki osób niepełnosprawnych.

Negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych według J. Granofsky'ego (1955, za: Sękowski 1994a) ujawniają się jako:

– uczucie litości lub nadopiekuńczości wobec nich: wyolbrzymianie ograniczeń, przecenianie wpływu niepełnosprawności na psychikę, niedocenywanie niepełnosprawnych, deprecjonowanie czy ciekawość;

– negatywne nastawienie poznawcze: przesadne zajmowanie się wyglądem osoby niepełnosprawnej, zwracanie szczególnej uwagi na kalectwo, przesadne eksponowanie jego brzydoty;

– negatywne nastawienie społeczne: powiększanie dystansu społecznego, brak akceptacji dla udziału osób niepełnosprawnych w różnych interakcjach społecznych, uczucie lęku i zakłopotania w obecności osoby niepełnosprawnej (Sękowski 1994a).

Takie negatywne postawy ujemnie wpływają na zachowanie i adaptację społeczną niepełnosprawnych (utrudniają przystosowanie i akceptację własnej niepełnosprawności, nie stymulują jakiegokolwiek wysiłku) (Larkowa 1985). Funkcjonują one szczególnie wobec tych niepełnosprawnych, którzy różnią się swoim wyglądem czy zachowaniem od większości. Podejście dystansowe wynika często z braku doświadczeń i osobistych kontaktów jednostek z niepełnosprawnymi, braku treningu komunikacyjnego oraz niewykształconych umiejętności zachowania się wobec niepełnosprawnych. Negatywne postawy mogą wiązać się z dezinformacją czy też z wiekiem i niskim poziomem wykształcenia jednostki. Percepcja niepełnosprawnych akcentująca słabości występuje częściej wśród osób starszych i niżej wykształconych, a spostrzeganie przez pryzmat cech utrudniających relacje interpersonalne nasila się wśród osób młodszych i lepiej wykształconych (Byra 2010).

W niniejszym opracowaniu interesowała mnie percepcja społeczna niepełnosprawności dokonana przez osoby bez stwierdzonej niepełnosprawności (wizerunek niepełnosprawności, jej stereotyp) oraz przez niepełnosprawnych (autostereotyp).

Do interpretacji wykorzystałam badania ankietowe studentów psychologii dotyczące niepełnosprawności wykonane na prowadzonych przeze mnie zajęciach z psychologii społecznej. Ankieta obejmowała:

1. Spostrzeganie społeczne niepełnosprawności (2011) – przeprowadzone wśród 60 osób bez stwierdzonej niepełnosprawności (w grupach wiekowych: 20–30, 31–40, 41–50 i powyżej 50 lat) (M. Kęsy, A. Krawczyk, U. Mierzejewska, E. Naklicka).

2. Stosunek studentów do osób chorych psychicznie (2011) – zbadano 80 studentów w wieku 20–26 lat (M. Huszaluk, A. Szymańska, P. Wilczewska, J. Wójcik).

3. Stosunek studentów do osób niepełnosprawnych (2012) – zbadano 40 studentów w wieku 19–26 lat (A. Osetek, A. Puzio, K. Radzikowska).

4. Osoby niepełnosprawne fizycznie w samoopisie (2011) – osobami badanymi było 31 osób niepełnosprawnych fizycznie w wieku 17–69 lat (grupy wiekowe: 17–25; 26–40; 41 i powyżej) (J. Haduch, P. Samborska, M. Stelmasiak).

5. „Punkt widzenia zależy od punktu siedzenia” – czyli stereotyp osoby niepełnosprawnej (2013) – przebadano 92 osoby w wieku 17–29 lat, wśród nich 30 osób niepełnosprawnych – w tym: 19 od urodzenia, 11 od pewnego momentu życia (K. Chojecka, P. Chmura, K. Kot).

Wykonana metaanaliza uwzględniła interpretację wypowiedzi ankietowych na temat niepełnosprawności 303 respondentów (bez stwierdzonej niepełnosprawności – 242 i niepełnosprawnych – 61), z których ponad połowa to kobiety (183); znaczącą grupę stanowili ludzie młodzi, przeważnie studenci (141), większość z dużych miast, głównie z Lublina. Większość grupy badanych niepełnosprawnych (61) była niepełnosprawna fizycznie (45).

Wyniki badań zostaną zaprezentowane w następujących kategoriach:

1. Wizerunek, percepcja i akceptacja niepełnosprawności przez osoby bez stwierdzonej niepełnosprawności i niepełnosprawne (perspektywa obserwatora i aktora).

2. Korelaty wizerunku niepełnosprawności – płeć, kontakt, znajomość problematyki niepełnosprawności; stereotyp niepełnosprawności.

3. Percepcja osób chorych psychicznie (perspektywa obserwatora).

4. Autostereotyp niepełnosprawności fizycznej (perspektywa aktora).

WIZERUNEK, PERCEPCJA I AKCEPTACJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OSOBY BEZ STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I NIEPEŁNOSPRAWNE (PERSPEKTYWA OBSERWATORA I AKTORA)

Przeprowadzone badanie pokazało, że respondenci, a szczególnie osoby niepełnosprawne, zwracają uwagę na potrzeby i problemy osób niepełnosprawnych.

Jeśli chodzi o obecność niepełnosprawnych w miejscach publicznych, to zdania są podzielone. Wśród studentów dominuje opinia, że spotyka się osoby niepełnosprawne głównie na ulicy, nieco rzadziej wśród znajomych bądź przyjaciół, niekiedy również na uczelni czy w pracy, natomiast badani w wieku 20–61 lat –

uczący się i pracujący – uznali, że na ogół rzadko widują osoby niepełnosprawne w miejscach publicznych.

Ważnym elementem wizerunku osoby niepełnosprawnej jest świadomość jej głównych spodziewanych trudności. Zostały one wymienione przez respondentów bez stwierdzonej niepełnosprawności zgodnie ze specyfiką różnych rodzajów niepełnosprawności.

Wśród problemów osób niepełnosprawnych ruchowo samodzielnie poruszających się zaakcentowano: brak akceptacji społecznej, tolerancji, nietolerancja niepełnosprawności, brak pomocy, bariery architektoniczne (zbyt wysokie podejścia, trudności związane z wsiadaniem do autobusu) czy komunikacyjne (schody) utrudniające przemieszczanie się.

Za problemy osoby niepełnosprawnej ruchowo poruszającej się na wózku respondenci uznają: brak pomocy, brak akceptacji społecznej czy wręcz nietolerancja niepełnosprawności, bariery architektoniczne utrudniające przemieszczanie się: brak wind, podjazdów, trudności z wjechaniem wózkiem do sklepu, kawiarni czy poruszanie się na wysokościach, biurokracja w załatwianiu pomocy, trudności z dostaniem się do pracy, brak zatrudnienia, a ponadto krępujące zainteresowanie ich wyglądem przejawiane jako „gapienie się” czy oglądanie się na ulicy za osobą niepełnosprawną.

Podane przez respondentów problemy osoby niewidomej to: nietolerancja, obojętność ludzi wobec osób niewidomych, brak pomocy, trudności z poruszaniem się po mieście, np. przy przechodzeniu przez ulicę, brak sygnału dźwiękowego na przejściach, brak informacji głosowej w komunikacji miejskiej, problem z wejściem do właściwego autobusu, brak oznakowania przeszkód architektonicznych, problemy w różnych miejscach publicznych, np. trudności napotymane przy robieniu zakupów, niemożliwość zobaczenia artykułów w sklepie, co jest na wystawie, problemy z czytaniem menu w restauracji itd.

Większość wszystkich badanych zgadza się ze stwierdzeniami, że osoby niepełnosprawne są negatywnie spostrzegane w społeczeństwie (około 75%), często też czują się osamotnione i niezrozumiane przez innych (kobiety – 70%, mężczyźni – 85%) oraz mają obniżoną samoocenę. Percepcję osób niepełnosprawnych jako „ciążaru” dla swoich rodzin potwierdza 45% mężczyzn, ale też 20% kobiet.

Zdaniem większości badanych, niepełnosprawni mają również większe niż osoby sprawne trudności ze zdobyciem wykształcenia (szczególnie wyższego), ponadto znacznie trudniej (w porównaniu z osobami zdrowymi) znaleźć im pracę. W prognozowaniu szans niepełnosprawnych na zdobycie wykształcenia i karierę zawodową respondenci akcentowali takie między innymi utrudnienia, jak: nieprawidłowe nastawienie społeczne ujawniane często jako brak tolerancji i zrozumienia (stygmatyzacja, uprzedzenia), niedostosowanie szkół i uczelni oraz miejsc pracy, trudności z przemieszczaniem się, z dojazdem do szkół i uczelni, do

pracy, ograniczone fundusze na naukę indywidualną, ale także niechęć pedagogów wobec osób niepełnosprawnych oraz obawy pracodawców przed ich zatrudnieniem.

Charakteryzując osoby niepełnosprawne, znaczna część badanych studentów szczególnie podkreśla takie cechy osób niepełnosprawnych, jak wrażliwość, uczuciowość, cierpliwość, samozaparcie oraz zależność od innych i brak samodzielności, znacznie rzadziej wymienia pracowitość. Dość często zwraca uwagę na wrogość, pretensjonalność, agresję, niską samoocenę, poczucie niższości czy smutek. Niekiedy opisuje także osoby niepełnosprawne jako charakteryzujące się innym sposobem poruszania się czy wręcz brzydotą fizyczną. Najbardziej przychylnie, pozytywne charakterystyki prezentują badani studenci psychologii, deklarujący pełną akceptację niepełnosprawności, mniej pozytywne opinie i nieco mniej akceptujące oceny przedstawiają studenci medycyny, mniej akceptujące, ale pozytywne lub niekiedy też negatywne sądy pochodzą od studentów matematyki.

Niemal wszyscy respondenci uważają się za osoby tolerancyjne, jednak zdania na temat tolerancyjności Polaków (jako narodu) co do problemu niepełnosprawności są podzielone: jedynie połowa badanych ocenia, że Polacy są tolerancyjni wobec osób niepełnosprawnych.

Wśród wysoce akceptowanych ról społecznych niepełnosprawnych są wymieniane: kolega, sąsiad, student czy przyjaciel dziecka, a na końcu – współpracownik.

Chęć pracy jako wolontariusz z osobami niepełnosprawnymi deklaruje około 25 – 44% osób i nieco wzrasta ona z wiekiem oraz z wykształceniem respondentów (studenci psychologii są grupą społeczną najbardziej zainteresowaną tą formą działania).

Zauważanymi przez studentów przejawami dyskryminowania osób niepełnosprawnych są: degradacja słowna, czyli wyzwiska, wyśmiewanie, żarty, drwiny, ale także zakaz wstępu do jakiegoś miejsca, nieprzystosowane wejścia dla inwalidów czy odmowa pomocy.

Na pytanie, czy kontakt z osobami niepełnosprawnymi powoduje u Ciebie uczucie zakłopotania i bezradności, niemal połowa mężczyzn i 15% kobiet odpowiada twierdząco.

Większość badanych studentów uważa, że osoby niepełnosprawne są w stanie dobrze funkcjonować we współczesnym świecie. Potwierdza to także zdecydowana większość zdrowych kobiet i mężczyzn. Niekiedy jest to zależne od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. (Jedynie co dziesiąta kobieta i co dziesiąty mężczyzna ma odmienne zdanie.) Może się to wiązać z faktem nieprzystosowania dla osób niepełnosprawnych wielu instytucji publicznych, społecznych, kulturalnych czy środków komunikacji, co wskazuje większość respondentów (75–88%).

Jeśli chodzi o fakt umieszczania niepełnosprawnych w domach opieki to w większości przypadków (80–85 %) respondenci są temu przeciwni (nieco bardziej młodszy).

Zdecydowana większość badanych studentów nie potrafi podać nazw fundacji pomagających osobom niepełnosprawnym – wymienionych zostało zaledwie kilka.

KORELATY WIZERUNKU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Rozważanymi korelatami wizerunku niepełnosprawności były płeć respondentów, ich kontakt z osobami niepełnosprawnymi oraz znajomość problematyki niepełnosprawności czy wykształcenie/kierunek studiów.

Kobiety przejawiają większą chęć pomocy osobom niepełnosprawnym, mają też z nimi zdecydowanie częstszy kontakt i bardziej niż mężczyźni angażują się w działania integracyjne ludzi zdrowych z niepełnosprawnymi. Zauważają one też znacznie częściej problemy tych osób. Niemal połowa mężczyzn stwierdza, że nigdy nie widziała sytuacji, w jakiej okazywany był brak tolerancji wobec osób niepełnosprawnych. Większą empatią wobec niepełnosprawnych wykazują się osoby, w których środowisku przebywa taka osoba. Większą wiedzę, zrozumieniem i bardziej pozytywnym oraz akceptującym stosunkiem wobec osób niepełnosprawnych mogą pochwalić się badani studenci psychologii, w mniejszym zaś stopniu akceptują niepełnosprawnych studenci medycyny, posiadający rozległą wiedzę merytoryczną o niepełnosprawności.

Osoby niepełnosprawne istotnie częściej mają kontakt z innymi osobami niepełnosprawnymi niż osoby bez stwierdzonej niepełnosprawności. Bogatsza jest też ich wiedza na temat niepełnosprawności w porównaniu ze zdrowymi.

Zarówno ludzie zdrowi, jak i niepełnosprawni mają świadomość istniejącego dystansu społecznego wobec osób niepełnosprawnych. Osobom zdrowym niepełnosprawność kojarzy się mniej pozytywnie niż osobom niepełnosprawnym. Ci ostatni przypisują więcej cech pozytywnych swojej własnej grupie niż sprawni w określaniu niepełnosprawnych. Ponadto jeśli wyróżnimy moment powstania niepełnosprawności, to osoby z nabytą niepełnosprawnością stosują znacznie bardziej negatywne lub obojętne określenia niepełnosprawności niż osoby niepełnosprawne od urodzenia. Osoby niepełnosprawne deklarują znacznie większą niż ludzie zdrowi chęć związania się z osobą niepełnosprawną.

PERCEPCJA SPOŁECZNA CHORYCH PSYCHICZNIE (PERSPEKTYWA OBSERWATORA)

Przeprowadzony sondaż ankietowy pozwolił też na przedstawienie wizerunku osób chorych psychicznie, będącego efektem percepcji tej grupy społecznej przez

osoby zdrowe, studentów mających kontakt z osobą chorą psychicznie (grupa I), a także studentów pozbawionych takiego kontaktu (grupa II).

Osoby będące w kontakcie z osobą chorą psychicznie mają większą niż w grupie bez takiego kontaktu wiedzę na temat chorób psychicznych i sposobów ich leczenia. Poza tym w mniejszym stopniu twierdzą one (w porównaniu z II grupą), że choroby psychiczne są nieuleczalne. Są bardziej sceptyczne (a może realistyczne?) co do tego, że zdanie na temat chorób psychicznych zmieniło się na przestrzeni lat. Poglądy przedstawicieli z II grupy są w tym względzie bardziej optymistyczne. Większość badanych z grupy I nie odczuwa lęku w kontakcie z chorymi psychicznie, który deklaruje niemal połowa studentów z II grupy.

Większość badanych studentów akceptuje uczestnictwo chorych psychicznie w życiu społecznym, aczkolwiek niektórzy zauważają jednak pewne trudności czy ograniczenia w tym zakresie, chociażby związane ze środowiskiem, w których żyją (np. uważają, że w mieście jest większa akceptacja chorych psychicznie niż na wsi). W kwestii ubezwłasnowolnienia osób chorych psychicznie większość respondentów – 90 % z I grupy, a 80% z II grupy – jest temu przeciwna. W grupie I większość respondentów nie widzi problemu wynikającego ze wspólnej pracy czy studiowania z leczącą się osobą chorą psychicznie, co w II grupie jest nieco mniej akceptowane. W obu grupach badani deklarują tolerancję (w pracy, na uczelni) wobec osób z takimi chorobami psychicznymi, jak: anoreksja, bulimia, następnie depresja, także fobie oraz nerwice; najmniej tolerowane są zaburzenia maniakalno-depresyjne.

Ponadto większość respondentów (z I i II grupy) uważa, że chorzy psychicznie mają prawo założyć rodzinę i mieć potomstwo oraz optymistycznie percypują osiągnięcie przez chorych sukcesu. Respondenci z I grupy są przekonani, że osoby chore psychicznie są zdolne do miłości, bezinteresowności i pomocy innym. W nieco mniejszym stopniu uznają oni zdolność chorych do uczciwości i współpracy z innymi. Badani studenci z II grupy sądzą, że osoby chore psychicznie są zdolne do miłości, bezinteresowności, pomocy innym i uczciwości, ale mają pewne wątpliwości co do ich możliwości współpracy z innymi.

Następnie rozważana była problematyka językowa dotycząca używania określeń osób chorych psychicznie. Największa grupa stosowanych określeń miała neutralny charakter, niewiele było natomiast takich, które wyrażały zrozumienie i współczucie – jedno i drugie nieco przeważały w I grupie. Tutaj było też zdecydowanie więcej (niż w II grupie) stwierdzeń podkreślających empatię badanych w stosunku do chorych psychicznie.

Badana grupa studentów akceptuje chorych psychicznie i prezentuje wobec nich wspierające postawy i prointegracyjne podejście, chociaż literatura przedmiotu wskazuje na dominujące w takich przypadkach odrzucenie czy marginalizację (Świtaj 2008, Wciórka, Wciórka 2000). Widoczne są pewne nieduże różnice

wynikające z osobistych doświadczeń jednej z grup (I) respondentów zdobytych w interakcjach z osobą chorą psychicznie.

Nasuwa się w tym miejscu pewna refleksja, zgodnie z którą ludzie okazują lęk i reagują negatywnie na nieznaną. Analogicznie jest w przypadku podejścia do osób chorych psychicznie. Nie znając ich, mając minimalną wiedzę – stereotyp lub raczej poczucie wiedzy w tym zakresie – deklarujemy nieuzasadnione niczym postawy unikowe czy lękowe. Jak się okazało, kontakt z osobami chorymi psychicznie sprzyja poznaniu problemu, może motywować do zdobywania wiedzy, umożliwiając lepsze zrozumienie, a co za tym idzie – bardziej pozytywny wizerunek tego typu niepełnosprawności.

NIEPEŁNOSPRAWNI O SOBIE (AUTOSTEREOTYP) – PERSPEKTYWA AKTORA

Badane osoby niepełnosprawne ruchowo nie wykazują negatywnej percepcji siebie, nie mają także ukształtowanego negatywnego obrazu siebie.

W pierwszej kolejności badano charakterystykę, samoopis niepełnosprawnych fizycznie respondentów. Kobiety określają siebie jako osoby towarzyskie, otwarte, aktywne i ufne, a mężczyźni wymieniają przede wszystkim aktywność, po niej otwartość, towarzyskość i optymizm. Respondenci wybierają więc cechy pozytywne, wskazujące na przyjazne podejście do innych ludzi, a także radość z kontaktów społecznych. Badani nie są bierni (szczególnie mężczyźni cenią sobie aktywność), wydaje się więc, że niepełnosprawność nie przeszkadza im w aktywnym życiu.

Większość badanych niepełnosprawnych (tak kobiet, jak i mężczyzn) ma widoczne poczucie sprawstwa oraz poczucie kontroli sytuacji, bowiem jest zdania, że ma duży wpływ na własne życie oraz na to, co się dzieje w ich najbliższym otoczeniu. Większość respondentów nie czuje się bezradna, gdyż planuje własną przyszłość i przewiduje pomyślną realizację znacznej części własnych planów. Respondenci wykazują też zadowolenie z wyników własnej pracy i nauki. Część badanych uważa się za osoby kompetentne w jakiejś dziedzinie – nieco większe poczucie kompetencji deklarują mężczyźni, zgodnie ze stereotypem kompetentnego mężczyzny, przekazywanym poprzez socjalizację i wychowanie.

Jeżeli chodzi o rolę rodziny w życiu osoby niepełnosprawnej, to wyniki badań wskazują, że większość mężczyzn czuje oparcie w najbliższej rodzinie. Wiele badanych kobiet ma również świadomość, że może polegać na najbliższych, ale większość z nich twierdzi, że najbliższa rodzina rozumie ich problemy, lecz nie jest w stanie im pomóc.

Badane niepełnosprawne kobiety i mężczyźni nie stronią od ludzi, gdyż deklarują, że mają przyjaciół, z którymi chętnie spędzają czas. Widać więc, że tworzenie więzi społecznych nie stanowi dla nich problemu. Szczególnie niepełnosprawne kobiety dbają w wolnym czasie o kontakty ze znajomymi, z którymi

się spotykają. Znaczna część badanych kobiet lubi spędzać czas w domu, przed telewizorem, komputerem lub czytając książkę. Aktywność kobiet jest głównie społeczna (orientacja wspólnotowa charakterystyczna dla kobiet), nie zaś fizyczna – najczęściej wskazywana przez mężczyzn (typowo męska orientacja sprawnościowa).

W kwestii oceny własnej atrakcyjności fizycznej badani niepełnosprawni fizycznie mężczyźni uważają się za bardziej atrakcyjnych – częściej niż kobiety opowiadają się za opcją „atrakcyjny”, kobiety natomiast najchętniej wybierają określenie „średnio atrakcyjna”. Pozwala to wnioskować, że niepełnosprawność bardziej rzutuje na percepcję własnej atrakcyjności fizycznej u kobiet niż u mężczyzn. Może to być konsekwencją obowiązującego współcześnie kultu piękna kobiecego ciała, toteż właśnie badanym kobietom trudniej się pogodzić z faktem, że odbiegają od tego kulturowego stereotypu. Badani mężczyźni częściej niż kobiety uprawiają sport, są też aktywni fizycznie, co w ich oczach podnosi samoocenę. Jest to zgodne ze stereotypem męskości eksponującym sprawność fizyczną, siłę.

Wyniki badań wizerunku niepełnosprawności w percepcji osób niepełnosprawnych wskazują, że autopercepcja jest w tym wypadku pozytywna. Na ten obraz wpływają mniej lub bardziej stereotypy kulturowe zróżnicowane płciowo. Jeśli otrzymany obraz uznać za autostereotyp, to jest on niewątpliwie nadspodziewanie pozytywny.

WNIOSKI

W praktyce społecznej obserwuje się zarówno działania separujące niepełnosprawnych, jak i zmierzające do włączenia ich do życia społecznego.

Zaprezentowane wnioski z badań pokazują w przeważającej mierze pozytywny wizerunek osoby niepełnosprawnej z perspektywy zdrowego i niepełnosprawnego obserwatora, a przede wszystkim aktora (autostereotyp osoby niepełnosprawnej ruchowo). Można żywić nadzieję, że obrazuje to zmianę podejścia ludzi wobec niepełnosprawnych (także chorych psychicznie): od tendencji separacyjnych, które rzadko, ale też się pojawiają, do integracyjnych – zdecydowanie donimujących. Należy zaznaczyć, że odpowiedzi badanych mają charakter deklaracyjny, więc zmienna aprobaty społecznej mogła nieco je zakłócić w kierunku bardziej poprawnym politycznie. Warto również zwrócić uwagę na strukturę socjodemograficzną respondentów, wśród których przeważają ludzie młodzi, głównie studenci oraz kobiety, w większości mieszkańcy dużych miast, co także ma tu znaczenie.

Bezpośrednie kontakty z niepełnosprawnymi (nie tylko sąsiedzkie, akademickie, zawodowe, ale też towarzyszące organizowaniu różnorodnych spotkań, festynów integracyjnych) ułatwiają nabycie doświadczeń indywidualnych i lep-

sze poznanie osób niepełnosprawnych. Pozwala to zmierzyć się z panującymi na ten temat mitami, a z czasem powoli korygować własne postawy (w ich różnych aspektach) czy stereotypy społeczne wobec osób niepełnosprawnych. Konfrontacja taka, częsta w działaniach wolontariuszy czy instytucji bądź fundacji powołanych, by generalnie wspierać niepełnosprawnych, może sprzyjać poszerzaniu społecznej świadomości i kształtowaniu pozytywnego wizerunku osób niepełnosprawnych. Pomocne w tym zakresie okazują się również liczne kampanie medialne na rzecz niepełnosprawnych, podobnie jak skoordynowana współpraca grup społecznych (rodzina, rówieśnicy) i instytucji (szkoły, internaty, uczelnie, stowarzyszenia, fundacje) promujące działania prointegracyjne zdrowych i niepełnosprawnych już w ich wieku dziecięcym, a także później – w szkole, na studiach, w pracy (Chodkowska i in. 2010).

Wprowadzone regulacje prawne, zachęcające pracodawców do zatrudniania niepełnosprawnych, przyczyniają się do tego, że powoli, ale stopniowo wzrasta wskaźnik ich zatrudnienia, co ma nie tylko znaczenie materialne, ale również indywidualne czy społeczne, a ponadto wpływa na kreowanie właściwego wizerunku tej grupy społecznej. Praca jako jedna z kluczowych aktywności człowieka zwiększa poczucie własnej wartości, poprawia generalnie jakość życia, również daje człowiekowi poczucie, że jest się potrzebnym (a nie jedynie tolerowanym). Z wymienionych powodów należy więc dołożyć więcej starań, by wspierać aktywność zawodową czy społeczną niepełnosprawnych.

Popularyzowanie informacji na temat niepełnosprawności nie tylko przez osoby z ośrodków wielkomiejskich, ale przede wszystkim z małych miast i wsi jest szczególnie ważne, gdyż właśnie tam deklarowane jest bardziej stereotypowe podejście do omawianej kwestii. Ponadto wiedza i umiejętności nabywane przez osoby sprawne w interakcjach z niepełnosprawnymi pozwalają na percepcję niepełnosprawnych nie tylko przez pryzmat ich ograniczeń, ale też jako wartościowych ludzi, cenionych pracowników z marzeniami i kwalifikacjami. Okazują się osobami wspierającymi, potrzebującymi przyjaciół, miłości, dającymi uczucia, przyjaźń, wsparcie, ale też niestety przeżywającymi stresy, troski, różne większe lub mniejsze problemy itd. Jest to zgodne z zasadą głoszoną przez teoretyków asertywności, podkreślających znaczenie stanowienia i obrony własnych praw jednostki:

Jeżeli człowiek, kontaktując się z innymi osobami, nie zdecyduje się na samodzielne określenie swoich praw, inni z konieczności określą za niego jego rolę. A wówczas przestanie on być sobą (Król-Fijewska 1991, s. 84).

Do zmiany społecznego wizerunku niepełnosprawności, „odbrazowaniu” go przyczynia się także popularyzowanie istniejących związków partnerskich tworzonych przez osoby niepełnosprawne ze zdrowymi partnerami, organizowanie

wyborów miss piękności na wózku, festiwalu piosenki niepełnosprawnych czy paraolimpiad – pokazywanie sukcesów sportowych paraolimpijczyków itd. Wymienione przykłady powinny uświadomić ludziom, że osoby niepełnosprawne mają prawo nie tylko do litości, zmagania się z problemami, smutku i marginalizacji, ale także do radości życia, szczęścia, sukcesu, satysfakcji oraz akceptacji.

Warto też podkreślić konieczność zmiany stosunku samych niepełnosprawnych do osób zdrowych. Wydaje się, że jeśli osoby niepełnosprawne będą otwarcie, bez zażenowania, wstydu rozmawiać o swoich niedoskonałościach, niepełnosprawności, problemach z innymi, także zdrowymi osobami, będzie to pozytywnie wpływać na zmianę ich postaw i wzajemnych interakcji. Tego typu interesujące i wzruszające przykłady można poznać chociażby w programach Anny Dymnej i działaniu kierowanej przez nią fundacji „Mimo wszystko”.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson E., Wilson T. D., Akert R.M. (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Borkowski J. (2003), *Podstawy psychologii społecznej*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Byra S. (2010), *Stereotypy dotyczące osób niepełnosprawnych – funkcje i możliwości zmian*, [w:] M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska, M. Parchomiuk, B. Szabala, *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Crandall Ch. S. (2008), *Ideologia, potoczne teorie piętna: usprawiedliwianie piętnowania*, [w:] T. F. Hesterton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Spoleczna psychologia piętna*, Warszawa: PWN.
- Corrigan P. W., Kerr A., Knudsen L. (2005), *On the sigma of mental illness: Explanatory models and methods for change*, „Applied and Preventive Psychology”, 11.
- Chlewiński, Z. (1992), *Stereotypy: struktura, funkcje, geneza. Analiza interdyscyplinarna*, [w:] Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Dunaj B. (1996), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Wilga.
- Chodkowska M. (1994), (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chodkowska M., Byra S., Kazanowski Z., Osik-Chudowolska D., Parchomiuk M., Szabala B. (2010), *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chodkowska M. (2010), *Źródła stereotypów niepełnosprawności osób nią obciążonych w kręgu kultury europejskiej*, [w:] M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska, M. Parchomiuk, B. Szabala, *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Durka G. (2009) *Stereotypy i uprzedzenia wobec osób niepełnosprawnych*, Słupsk: Akademia Pomorska w Słupsku.
- Dykcik W. (2001) (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Giryński A., Przybyłski S. (1993), *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych*, Warszawa: WSPS.
- Grabowska M. (2008), *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości*, Bydgoszcz: Wyd. UKW.

- Hebl M. R., Kleck R. E. (2008), *Spoleczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej*, [w:] T. F. Hestherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Spoleczna psychologia piętna*, Warszawa: PWN.
- Hestherton T. F., Kleck R. E., Hebl M. R., Hull J. G. (2008), (red.), *Spoleczna psychologia piętna*, Warszawa: PWN.
- Jackowska E. (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, 6.
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Konarska M. (1994), *Postawy młodzieży polskiej wobec niepełnosprawnych rówieśników*, [w:] J. Fenczyn, J. Wyczesany (red.), *Problemy edukacji i integracji osób niepełnosprawnych*, Kraków: PSON.
- Kossewska J. (2014), *Spoleczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty*, http://www.wsp.krakow.pl/biblio/pliki/kossewska_01.html (dn. 28.04.14).
- Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
- Król-Fijewska M. (1991), *Trening asertywności. Scenariusze i wykłady*, Warszawa: IPZiT PTP.
- Larkowa H. (1985), *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Hulek (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Lewicka M., Wojciszke B. (2002), *Wiedza jednostki i sądy o świecie społecznym*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk: GWP.
- Lipmann W. (1922), *Public opinion*, New York: Harcourt & Brace.
- Mackie D. M., Hamilton D. L., Susskin J., Rosselli R. (1999), *Spoleczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów*, [w:] C. N. Macrae, Ch. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Gdańsk: GWP.
- Macrae C. N., Stangor M., Hewstone M. (1999), *Stereotypy i uprzedzenia*, Gdańsk: GWP.
- Manstead A. S. R., Hewstone M., Fiske S. T., Hogg M. A., Reis H. T., Semin G. R. (2000) (red.), *Encyklopedia „Blackwella”. Psychologia społeczna*, Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co.
- Mazurkiewicz B., Oleksy A. (2012), *Problemy psychologiczne związane z niepełnosprawnością*, [w:] B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska (red.), *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*, Warszawa: PZWL.
- Mądrzycki T. (1986), *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN.
- Nelson T. (2003), *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk: GWP.
- Orłowska B., Prufer P. (2011), *Przelamywanie barier psychologicznych, społecznych i emocjonalnych w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych w społeczeństwie*, Gorzów Wielkopolski: Wydawnictwo PWSZ.
- Ostrowska A. (1997), *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Oszustowicz B. (1995), *Integracyjny system kształcenia a stosunek nauczycieli i uczniów szkół masowych do uczniów klas specjalnych*, [w:] J. Wyczesany (red.), *Pomoc psychopedagogiczna dzieciom niepełnosprawnym*, Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Reber A. S., Reber E. S. (2005), *Słownik psychologii*, Warszawa: SCHOLAR.
- Sęk H. (2008), *Psychologia kliniczna*, t. 1, Warszawa: PWN.
- Sękowski A. (1994a), *Psychospoleczne determinanty postaw wobec inwalidów*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sękowski A. (1994b), *Wybrane koncepcje teoretyczne postaw wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Shears L. M., Jensen C. J. (1969), *Social acceptability of anomalous persons*, „Exceptional Children”, 36.

- Stangor Ch., Crandall Ch. S. (2008), *Zagrożenia i społeczna konstrukcja piętna*, [w:] T. F. Hesterton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Spoleczna psychologia piętna*, Warszawa: PWN.
- Stewart J. (2000) (red.), *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, Warszawa: PWN.
- Studen S. (1992), *Źródła niechęci i uprzedzeń wobec osób chorych psychicznie*, [w:] A. Januszewski, P. Oleś, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL*, t. 6, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Szewczuk W. (1998), *Encyklopedia psychologii*, Warszawa: Fundacja INNOWACJA.
- Świtaj P. (2011), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Wciórka B., Wciórka J. (2000), *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996–1999)*, „Postępy w Psychiatrii i Neurologii”, t. 9.
- Weigl B. (2000), *Stereotypy i uprzedzenia*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. III, Gdańsk: GWP.
- A. Wilmowska-Pietruszyńska (2009), *Niepelnosprawność*. „Orzecznictwo Lekarskie” 6 (2) s. 83–89. <http://www.ol.21net.pl/pdf/ole-2009/ole-2009-2-083.pdf> (dn. 14.06.2014)
- Wojciszke B. (1986), *Teoria schematów społecznych*, Wrocław: Ossolineum.
- Wolińska J. (2013), *Stereotypy zawodu psychologa w społecznej percepcji*, [w:] I. Siudem, M. Stencel (red), *Zrozumieć człowieka, zrozumieć świat*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

SUMMARY

This paper discusses the issues of disability in the context of stereotypes and attitudes towards disability exhibited by different social groups (for example, students, women, men, disabled persons). The article presents terminological problems concerning disability, stereotypes and stigma. Based on the results of the research, it presents the perception and the social image of disability revealed by persons with no identified disabilities and disabled people (actor and observer perspective). The declared stereotype and autostereotype is slowly changing towards a more positive and integration-oriented attitude. The paper also provides suggestions for improving the image of disabled persons in Poland.

Key words: social perception of disabled, stereotype of disability, autostereotype of disability