

Antonina Ostrowska

Instytut Filozofii Socjologii PAN

ORCID 0000-0001-7028-6620

DOI: [10.35464/1642-672X.PS.2021.1-2.02](https://doi.org/10.35464/1642-672X.PS.2021.1-2.02)

**Integracja
osób niepełnosprawnych
w społeczno-kulturowym kontekście
Wprowadzenie**

**Integration
of persons with disabilities
Socio-cultural determinants**

Stwierdzenie, że integracja osób niepełnosprawnych jest procesem wielowymiarowym można uznać za truizm. Wiadomo, że wymaga on uruchomienia i współdziałania szeregu instytucji życia społecznego i aktywności na różnych poziomach organizacji społeczeństwa. U jego podstaw leży normalizacja statusu osób niepełnosprawnych, dążność do ich podmiotowości i osiągnięcia maksymalnej samodzielności, a także kreowanie w społeczeństwie poczucia solidarności i wartości prospołecznych. Są one warunkiem możliwie jak najpełniejszego ich uczestnictwa w społeczeństwie. Wiadomo też, że dla działań we wszystkich tych wymiarach istotne są przemyślane strategie, klarowne regulacje prawne, odpowiednie struktury organizacyjne, kompetencje, zasoby materialne. Jednocześnie, coraz bardziej skomplikowana organizacja życia społecznego we współczesnym świecie i rosnąca liczba osób niepełnosprawnych

wpływają na trudności i wzrost kosztów funkcjonowania instytucji i programów wspomagających, ograniczając ich możliwości.

Nie są one też wolne od specyficznych dylematów. Wymagania i oczekiwania poszczególnych instytucji co do potrzeb jednostek czy grup bywają wzajemnie sprzeczne, a ponadto muszą one zarówno zaspakajać te potrzeby jak i uwzględniać potrzeby systemu społecznego, w obrębie którego działają, jako całości. Podejmowane decyzje są więc często wypadkową różnych czynników – dotychczasowych wzorów, nawyków i reguł postępowania, dominujących nastawień lub też doraźnych interesów. Nie zawsze też uświadamiamy sobie w pełni, że społeczne aktywności na rzecz osób niepełnosprawnych nie sprowadzają się wyłącznie do zadań rozmaitych formalnych i nieformalnych struktur powołanych do ich wspomagania (instytucje państwowe, organizacje pozarządowe), ich rodzin czy najbliższego otoczenia. Znaczącą rolę odgrywają tu bowiem wszelkie układy strukturalno-kulturowe i ich wytwory, mające wpływ na funkcjonowanie każdego człowieka i całego społeczeństwa. Są one regulowane istniejącym systemem wartości, normami i wzorcami postępowania a w konsekwencji także postawami społecznymi w stosunku do osób niepełnosprawnych i sposobami regulacji ich sytuacji w społeczeństwie.

Prace historyków analizujących korzenie naszych współczesnych postaw w stosunku do niepełnosprawności unaocniają wyraźnie zmieniający się w różnych epokach wpływ dominujących systemów wartości, panujących ideologii i dominującego dyskursu społecznego na stosunek społeczeństw do osób niepełnosprawnych i sposób postrzegania ich problemów (Garland 1995; Ravaud, Stiker 2013; Garbat 2015). Ścieranie się, bądź koegzystencja różnych ideologii w wymiarze makrosocjalnym decydowały i decydują nadal w dużej mierze o oficjalnym, prawnie uznanym określeniu niepełnosprawności, statusie przyznawanym osobom niepełnosprawnym i działaniach podejmowanych na rzecz rozwiązań tak określanego problemu społecznego. Tendencje te znajdują swoje odzwierciedlenie w kształcie polityk tworzonych na rzecz tych osób, choć oczywiście na przestrzeni dziejów zmieniały się ich społecznie akceptowane wzory i sposoby mające na celu „uporanie się” z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Zmieniają się one także wraz z przemianami ładu społeczno – ekonomicznego, cech strukturalnych społeczeństw i reguł społecznej organizacji. W kulturze europejskiej, ze względu na typ dominującej ideologii, możemy mówić o trzech zasadniczych okresach formowania się społecznego stosunku do niepełnosprawności, wyznaczających zakres możliwej integracji: samorzutnej marginalizacji, wykluczenia w instytucjach

zamkniętych, oraz otwierania się w kierunku integracji. Za ich empiryczny wskaźnik można uznać stopień i formy widzialności osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Przez wiele wieków począwszy od starożytności po oświecenie – efekty tych działań były upośledzające tę kategorię osób; przypisywano im niski status społeczny i skazywano na marginalizację, życie w skrajnym ubóstwie i społeczną izolację. Nie bez znaczenia była tu obecna w naszej kulturze asocjacja kalectwa z grzechem. Brak było w zasadzie systemowych rozwiązań, choć pojawiały się próby wprowadzania regulacji instytucjonalno – prawnych, np. uznanie za dozwolone (niekaralne) i unormowanie legalnego żebractwa osób niepełnosprawnych (Cameron 2014). Źródło pomocy stanowiła niemal wyłącznie dobroczynność, traktowana jako chrześcijańska cnota, a więc uzależniona od dobrowolnych, indywidualnych reakcji reszty społeczeństwa. Tworzone okazjonalnie przytułki miały raczej na celu odseparowanie nieestetycznego kalectwa o nieznaną etiologię od widoku publicznego, niż ulżenie niedoli poszkodowanych. Oba typy tych reakcji były wyrazem społecznego sposobu rozumienia i społecznych postaw wobec niepełnosprawności. Zajmowanie najniższych pozycji społecznych i lokowanie osób niepełnosprawnych na najniższych szczeblach drabiny społecznej uniemożliwiało ich integrację. Byli obecni, widzialni w społeczeństwie, ale żyli na jego marginesie (samorzutna marginalizacja). Obraz ten, do pewnego stopnia jest ciągle jeszcze obecny w krajach rozwijających się.

Rozwiązania instytucjonalne, charakterystyczne dla drugiego z wyróżnionych okresów, na szerszą skalę pojawiają się w XVIII wieku. W różnych krajach Europy zaczynają powstawać prowadzone przez zakony instytucje nazywane szpitalami, nie stawiające sobie wprawdzie celów leczniczych lecz zapewniające minimalną opiekę i schronienie (Braddock, Parish 2013). Dają one początek zakładom zamkniętym, separujących te osoby od społeczeństwa, które w swojej zasadniczej koncepcji przetrwały do XX wieku. Instytucje „zamkniętej” formy opieki rozwijają się stopniowo, ich liczba i dostępność powiększa się, a z czasem też zaczynają się rozszerzać ich funkcje. Pojawiają się w nich elementy edukacji zawodowej, polegającej na nauczaniu prostych umiejętności umożliwiających zarobkowanie (np. wyplatanie koszyków, czy ręczne tkanie), która ma zapobiegać bezczynności pensjonariuszy i wykorzystać pozostały w nich potencjał siły roboczej. Jej zakres jest oczywiście bardzo ograniczony, jednak zmienia kierunek myślenia o możliwościach drzemających w osobach niepełnosprawnych. Uwidacznia się tu wszechpotężny wpływ rewolucji przemysłowej, kładącej w sferze wartości nacisk na wy-

konywanie pracy i samodzielność w pozyskiwaniu środków utrzymania. Jednocześnie pojawia się jednak pewna rozbieżność między próbami aktywizacji osób niepełnosprawnych a wymogami zmieniającego się rynku pracy. Dokonująca się równocześnie rewolucja agrarna zmniejsza zapotrzebowanie na nisko kwalifikowaną siłę roboczą, proste prace nie wymagające ani sprawności fizycznej, ani umysłowej. Powstaje i rośnie armia „ludzi zbędnych” stwarzająca konieczność rozwoju kompensacyjnych form opieki, którą utożsamia się z zamkniętymi zakładami opiekuńczymi. Postępująca intensyfikacja społeczno – ekonomicznych wartości, przejawiająca się w koncentracji na rozwoju ekonomicznym, industrializacji i urbanizacji, staje się bodźcem dla dalszego rozwoju placówek charakterze opiekuńczym, prowadzonych już także przez organizacje świeckie i lokalne władze (de Poy, Gilson 2011). Rozwiązanie problemu niepełnosprawności przybiera więc postać wykluczenia w instytucjach zamkniętych.

W XIX wieku zaczyna przeważać orientacja aktywizująca; powstanie w Europie szereg szkół dla osób niepełnosprawnych, opracowywane są także specyficzne metody ich nauczania i stymulacji rozwoju. W większych miastach europejskich tworzone są bardziej wyspecjalizowane instytucje dla osób niepełnosprawnych, ciągle z dominacją funkcji opiekuńczej, które jednak coraz powszechniej wdrażają też szkolnictwo specjalne a także podejmują próby przysposobienia ich do pracy i zatrudnienia (Ravaud, Stiker 2013). Próby nauczania osób niepełnosprawnych i zanikanie masowego wcześniej żebractwa stają się elementem kształtowania się nowych postaw społecznych wobec nich; nie koniecznie już plasujących osoby niepełnosprawne na pozycjach skrajnej bezradności i zaniedbania. Wraz z postępującym rozwojem kapitalizmu i dominującą orientacją na silną, zdrową i sprawną siłę roboczą pojawiają się nowe zagrożenia dla integracji osób niepełnosprawnych (Stone 1985). Kryterium przydatności ekonomicznej staje się miarą oceny osób niepełnosprawnych, a podejście to zdaje się być ciągle obecne. Rosnące oczekiwania co do wydajności i sprawności pracowników obniżają pozycję społeczną osób niepełnosprawnych, które w większości przypadków nie zdolne były do podążania wymogom nowych technologii i tempa zmechanizowanej pracy. Do oficjalnego języka wszedł termin „inwalida” – (invalid) a więc w literalnym tłumaczeniu – nieprzydatny, bez wartości. Jednocześnie, poprzez wysoką wypadkowość kapitalizm przyczyniał się do ogromnego wzrostu liczby niepełnosprawnych. Rosnąca świadomość tego faktu prowadzi do przekonania, że ofiarom wypadków należą się jakieś świadczenia ze strony państwa. Stają się one zaczątkiem przyszytych rekompensat i rent inwalidzkich z powodu niezdolności do pracy.

W Polsce, w drugiej połowie XIX wieku pojawia ruch spółdzielczości, który wykształcił też produkcyjno – usługowe spółdzielnie inwalidzkie (oparte o zasadę pracy chronionej), jako miejsca przystosowania zawodowego i zatrudnienia osób o ograniczonej zdolności do pracy. Na wiele lat stanę się one dominującą formą zinstytucjonalizowanej pomocy dla nich, choć następnie krytykowaną za swoją izolacjonistyczną formę. W sumie, ciągle obecna tendencja do separowania osób niepełnosprawnych od reszty społeczeństwa sprawia, że także ten okres w dziejach polityki niepełnosprawności nie przyczynia się jeszcze wyraźniej do rozwoju idei pełnej partycypacji osób niepełnosprawnych w życiu społecznym

Dopiero wiek XX można uznać za okres ważnych przewartościowań w sposobie myślenia o niepełnosprawności. Wiąże się to z rozwojem medycyny rehabilitacyjnej, która stawia sobie za cel przywracanie – na ile to możliwe – sprawności osobom niepełnosprawnym, czyniąc z nich pełnowartościowych i produktywnych członków społeczeństwa, ale także zdejmując z nich piętno odmienności i niekorzystnego społecznego statusu. Ma to ogromny wpływ na możliwości ich integracji ze społeczeństwem. Wydarzeniem, które w znacznym stopniu wpłynęło także na dokonanie się owych przewartościowań była I wojna światowa. Ogromna liczba okaleczonych osób w całej Europie, inwalidów wojennych, stanowiła moralne wyzwanie dla uruchomienia wszelkiego rodzaju systemów pomocy. Przede wszystkim były to działania leczniczo-rehabilitacyjne ze strony medycyny, a na plan pierwszy wysunęły się potrzeby osób niepełnosprawnych fizycznie. W okresie tym nastąpił wyraźny postęp w dziedzinie ortopedii i protetyki (Straus 1965). Osiągnięcia medycyny i rehabilitacji medycznej oddały jednak na długie lata kwestie funkcjonowania i statusu osób niepełnosprawnych w ręce profesji medycznej. Stało się to początkiem medykalizacji niepełnosprawności, która była przede wszystkim postrzegana jako problem medyczny, a nie społeczny (Barnes, Mercer 2008). Nie mniej jednak odnotować możemy otwieranie się systemu społecznego w kierunku integracji.

Od drugiej połowy XX wieku rozpoczyna się okres, w którym coraz bardziej eksponowane będą prawa osób niepełnosprawnych, a także w pewnym stopniu negowana medykalizacja i profesjonalizacja niepełnosprawności. Do zmiany paradygmatu w obrębie którego rozpatrywano te kwestie przyczyniły się badania nad niepełnosprawnością, podejmowane przez nauki społeczne, a szczególnie analizy usytuowania społecznego osób niepełnosprawnych i czynników odpowiedzialnych za ich marginalizację. Tu wspomnieć warto o szeroko zakrojonej ekspertyzie (Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan re-

habilitacji w PRL, 1978), opracowanej przez Polską Akademię Nauk. Do głosu zaczynają dochodzić też same osoby niepełnosprawne i tworzone przez nie organizacje, wyrażając sprzeciw wobec nadmiernej kontroli ich życia przez wszelkiego rodzaju specjalistów, decydujących co jest dla nich najlepsze, pozabawiając ich tym samym możliwości decydowania o sobie i ograniczając ich podmiotowość. W okresie tym tworzone są przez specjalistów modele rehabilitacji zawodowej i społecznej, a po transformacji systemu polityczno – ekonomicznego w latach dziewięćdziesiątych, następuje gwałtowny wzrost organizacji osób niepełnosprawnych. Rozpoczynający się proces samoorganizacji i demedykalizacji niepełnosprawności wskazuje na możliwości wspierania niezależnego życia osób niepełnosprawnych przez lokalne środowiska i samopomoc, co prowadzi także do otwierania się tradycyjnych, zamkniętych zakładów opieki. Orientację tę wspiera także rachunek ekonomiczny wskazujący, że proponowane środowiskowe rozwiązania są mniej kosztowne, szczególnie jeżeli wsparte są aktywizacją zawodową i polityką sprzyjającą zatrudnieniu. Okres ten sprzyjał powstawaniu specyficznej legislacji, chroniącej status osób niepełnosprawnych. Prointegracyjne tendencje polityki społecznej znalazły swój pełny wyraz ustanowionej przez Sejm (1997) Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych.

Zmiany następują także w sposobie widzenia niepełnosprawności jako problemu społecznego. O ile w zmedykalizowanym modelu niepełnosprawności zjawisko to było postrzegane przede wszystkim jako problem jednostkowy, a sposobem jego rozwiązywania było maksymalne usprawnienie jednostki, w nowym społecznym modelu niepełnosprawności ciężar gatunkowy nie leży w fizycznych czy psychicznych ograniczeniach jednostki, ale raczej w ograniczeniach środowiska, które stwarza jej bariery. Chodzi tu zarówno o deficyty materialnego jak i społecznego środowiska; podkreśla się więc także stygmatyzujące funkcje organizacji życia społecznego i instytucji kontroli społecznej. (Ostrowska 2009). Krytyczna analiza modelu społecznego wskazywała jednak na pewne uproszczenia ujawniające się przy próbie wykorzystania go do kształtowania praktyki społecznej. Nie uwzględnia on bowiem różnorodności ograniczeń o odmiennym podłożu, stopniu nasilenia i miejscu w indywidualnych doświadczeniach osób niepełnosprawnych, które konfrontowane są z wielością rozmaitych barier napotykanych na drodze do normalnego funkcjonowania (Gąciarz 2014). Zwraca się również uwagę na potrzebę dekonstrukcji kategorii niepełnosprawności, ze względu na jej zbyt uniformizujący charakter.

Pojawianie się nowych racji, ideologii i koncepcji nie zawsze o jednak przekłada się – lub przynajmniej nie natychmiast – na dominujące postawy

i nastawienia społeczeństwa, niezmiernie istotnego warunku społecznej integracji. Mimo licznych działań polityki społecznej w ostatnich latach (usuwanie barier architektonicznych, instytucjonalnych i prawnych), ciągle jeszcze obserwujemy istnienie barier mentalnych i świadomościowych, utrudniających faktyczną integrację wprowadzaną za pomocą instrumentów administracyjno – prawnych. Osoby niepełnosprawne są jeszcze zbiorowością podlegającą różnym formom społecznej izolacji. W dominującym stereotypie utrzymują się ciągle cechy przypisywane osobom niepełnosprawnym (słabość, wycofywanie się, niepewność siebie etc.), które bardziej kojarzą się z potrzebą współczucia i opieki, niż możliwością samodzielnego życia, dążnością do samorealizacji i sukcesu życiowego (Ostrowska 2015). Czynnikiem utrudniającym integrację jest też ich położenie materialne. Niemal co czwarta osoba niepełnosprawna żyje w głębokiej biedzie, co zmusza do rezygnacji z zaspokojenia wielu potrzeb życiowych, także podstawowych (Bartkowski 2014). Bieda nie sprzyja integracji i staje się często bardziej niż ograniczenie sprawności przyczyną wykluczenia społecznego. Jej przyczyny w znacznej mierze tkwią w małej obecności osób niepełnosprawnych na rynku pracy, wpływając jednocześnie na ograniczenia sieci kontaktów społecznych i sieci wsparcia społecznego. Na zasadzie błędnego koła wzmacniają one tendencje automarginalizacyjne, które obserwujemy u wielu tych osób. Jednocześnie jednak widać też symptomy korzystnych zmian. Zwiększa się poziom akceptacji osób niepełnosprawnych w różnych sferach życia, a wiele ich osiągnięć budzi podziw i respekt. Coraz bardziej znane są dokonania niepełnosprawnych artystów, paraolimpijskich sportowców, przedstawicieli biznesu, działaczy lokalnych, którzy osiągnęli sukces życiowy i dokumentują niesłuszność ograniczających ich szanse poglądów (Lista mocy 2018).

Prowadzone badania uświadamiają, że dynamika przemian postaw jest powolna i nie zachodzi równomiernie w całym społeczeństwie. Pro integracyjne postawy zależą w dużym stopniu od poziomu wykształcenia i zakresu osobistych kontaktów z osobami o ograniczonej sprawności. Częściej też reprezentują je osoby młodsze i zamieszkałe w dużych miastach (Ostrowska 2015). Śledzenie tych postaw i zmian jakie w nich zachodzą, a nie tylko dyskursu profesjonalistów ma zasadnicze znaczenie dla polityki społecznej – pozwala bowiem oszacować, na ile społeczeństwa otwierają się na życie we wspólnym świecie z osobami niepełnosprawnymi, w ramach jednego, zintegrowanego modelu społecznego.

Warto więc w tym miejscu postawić pytanie, w jakim miejscu na drodze do tej otwartości znajduje się aktualnie społeczeństwo polskie. Jak przedstawia się sytuacja społeczna osób niepełnosprawnych w naszym kraju? Jaki-

mi instrumentami pożądanej zmiany społecznej dysponujemy? Czy istnieją i gdzie przebiegają granice możliwej integracji? Czy i w jakich obszarach życia obserwować możemy dokonaną integrację, a w jakich ciągle jesteśmy na etapie otwierania się społeczeństwa na nią?

Odpowiedzi na te pytania, choćby częściowej, starają się udzielić autorzy tekstów zamieszczonych w tym tomie. Wskazują też obszary i metody prowadzące ku osiągnięciu przez osoby niepełnosprawne należnego miejsca w społeczeństwie, szans na satysfakcjonujące życie, pogłębienie kontroli nad nim, intensyfikację partycypacji społecznej. Pokazują one, że prointegracyjne postawy społeczne powinny być kreowane w różnych sferach ludzkiej aktywności i na różnych poziomach organizacji społeczeństwa: zarówno poprzez oddziaływania masowe (np. poprzez obecność w mediach) jak i stymulowanie indywidualnych kontaktów i tworzenia płaszczyzn dla tych kontaktów. Powinny one, budować relacje społeczne oparte o prawdziwe, a nie stereotypowe postrzeganie potrzeb i możliwości osób o różnych rodzajach i stopniu niepełnosprawności. Odnosi się to także do wszelkich instytucji, które w zbyt mało zindywidualizowany sposób widzą potrzeby osób niepełnosprawnych i starają się w zuniformizowany sposób poprawiać ich sytuację życiową.

Bibliografia

- Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność*. Warszawa. Wydawnictwo Sic!
- Blaxter, M. (1982). *The Meaning of Disability. A sociological Study of Impairment*. Chicago. London Chicago Press.
- Braddock, D.L., Parish, L. (2013). *An Institutional History of Disability*. W: G.L. Albrecht, K.D. Seelman, M. Bury. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks. Sage.
- Bartkowski, J. (2014). *Położenie społeczno – ekonomiczne i jakość życia osób niepełnosprawnych w Polsce*. W: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red). *Polscy niepełnosprawni*. Kraków. Wydawnictwo AGH, Cameron, C. (2014). *Disability Studies*. Los Angeles, London. Sage.
- de Poy, E., Gilson, S.F. (2014). *Studying Disability. Multiple Theories and Responses*. Los Angeles. Sage.
- Ekspertyza. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL*. (1978). Warszawa, Polska Akademia Nauk.
- Garbat, M. (2015). *Historia niepełnosprawności*. Gdynia. NOVAE RES.
- Garland, R. (1995) *The Eye of Beholder: Deformity and disability in Greco -Roman World*. Ithaca. Cornell University Press,
- Gąciarz, B. (2014). *Przemysłać niepełnosprawność na nowo*. *Studia Socjologiczne*. 2. 213.
- Lista mocy. Edycja specjalna.100 wyjątkowych Polek i Polaków z niepełnosprawnością, działających w latach 1918 – 2018*. (2018). Warszawa. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.
- Ostrowska, A. (2009). *Niepełnosprawność, rehabilitacja, integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. W: A. Ostrowska (red) *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa. Wydawnictwo IFiS PAN.

- Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*. Warszawa. Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ravaud, H.J, Stiker, J.F. (2013). *Inclusion/Exclusion. An Analysis of Historical and Cultural Meanings*. W: Albrecht G.L, Seelman K.D, Bury M. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks. Sage.
- Stone, D.A. (1985). *The Disabled State*. Basingstoke. Macmillan.
- Straus, R. (1965). *Social Change and the rehabilitation concept* . W: M.B. Sussman, (red) *Sociology and rehabilitation*. American Sociological Association.