
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XXIII

SECTIO J

2010

Ateneum – Szkoła Wyższa w Gdańsku
Wydział Europeistyki, Politologii i Dziennikarstwa

WALDEMAR TŁOKIŃSKI

Naznaczanie: między winą a karą

Stigma: Between Guilt and Punishment

WPROWADZENIE

Aby właściwie zrozumieć i ocenić kwestie inności społecznej osób niepełnosprawnych oraz stosunku do niej pozostałej części społeczeństwa, należy zdać sobie sprawę z tego, że w proces społecznego piętnowania zaangażowane są dwie strony: piętnujący i piętnowani. Piętnowani, ponosząc niezasłużoną karę w relacjach oceny i działań społecznych, sami też nie są bez winy. Stwarzają bowiem przez swoje zachowania solidne uzasadnienia dla stygmatyzacji.

Jak wynika z badań (por. Ostrowska 1997; Stankowski 1997), ludzie niepełnosprawni nie lubią, gdy im się przyglądają zdrowi, gdy głośno mówi się o ich nieszczęściu. Wolą być w swojej grupie naznaczonej nieszczęściem. Jednak własna grupa zamyka drogę do nowych kontaktów, uniemożliwia podejmowanie wyzwań wskazywanych i niesionych przez osoby zdrowe i sprawne, ogranicza spojrzenie na świat i własne nierozpoznane możliwości, prowadzi do postawy roszczeniowej, nacechowanej ucieczką od aktywności i własnej nieegoistycznej troski o siebie.

Niepełnosprawni jako „inni” budzili zawsze społeczne zaciekawienie połączone z lękiem wynikającym z nierozumienia mechanizmów prowadzących do inności i z nieukrywaną ulgą, że postrzegana u innych ułomność ominęła ich samych. Na los osób niepełnosprawnych w społeczeństwie należy też spojrzeć w szerszej perspektywie. Los ten bowiem wpisuje się w traktowanie wszelkiej

inności, odmienności jako czegoś nie tylko nienaturalnego, ale przede wszystkim obcego.

Spółecznie uformowaną postawą stały się wszelkie wyróżniki, stygmaty, nacechowania zabarwione pejoratywnie. Przyjęły one kształt słów i formę społecznych werbalnie wyrażanych stereotypów, których cechą konstytutywną jest brak w ich powstawaniu udziału własnego doświadczenia życiowego. Stereotypy, przenoszone pokoleniowo, na trwałe wbiły się w mentalność ludzi, wyznaczając schematy i reguły życia owym wszelkim innościom.

Przypomnieć wypada szeroko głoszone medialnie stwierdzenia, że nie istnieje jedna powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (*The World Programme of Action for Disabled Persons*) oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (*The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*) podkreślają, iż niepełnosprawność jest problemem społecznym i nie ogranicza się do konkretnej osoby. Mówiąc o niepełnosprawności, powinno uwzględniać się relację między zdrowiem człowieka (biorąc pod uwagę jego wiek, płeć i wykształcenie) a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza.

Z omawianym wyżej stanowiskiem łączy się konstatacja, że społeczny kontekst tematyki niepełnosprawności został omówiony w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), przyjętej podczas Światowego Zgromadzenia na rzecz Zdrowia (*World Health Assembly*) w 2001 roku. Dokument ten podkreśla, że niepełnosprawność dotyczy całej ludzkości, nie można obarczać problemami związanymi z niepełnosprawnością mniejszości społecznych – każdy człowiek może doświadczyć pogorszenia stanu zdrowia i stać się osobą niepełnosprawną.

Te cytowane przez wszystkie media prawdy nie znalazły i nie znajdują nadal społecznego odzewu, o czym świadczy powtarzanie tych samych błędów, uwidaczniających się w brakach podstawowej wiedzy o przyczynach niepełnosprawności, o roli aktywnego wypełniania czasu wolnego przez seniorów, wreszcie o sensie i drogach tworzenia i stałego wzbogacania mechanizmów spójności społecznej.

To tylko cząstka zapomnianej mądrości życiowej, której jako gatunek nie potrafimy sobie przekazać pokoleniowo. Ani rodzina, ani szkoła, ani inne instytucje wychowawcze i kształcące nie posiadają w programach swoich działań treści bezpośrednio rozwijających kompetencje społeczne u młodego pokolenia. Grzech zaniechania daje o sobie znać w życiu dojrzałym, a tym bardziej w wieku starszym. Nietrudno więc zrozumieć, że mechanizmy stygmatyzacji

zjawisk niepełnej sprawności znajdują znakomitą podporę w niewiedzy i braku podstaw społecznej solidarności. Kierujące się stereotypami oraz żyjące w społecznym wyobcowaniu małe grupki społeczne są autorami własnych losów i siebie samych, nie znajdując zainteresowania w życzliwym, ofiarnym poznawaniu odmienności. Skutecznym orężem działania dla osób sprawnych stają się czynności naznaczania i marginalizacji „odmieńców”. Niestety, usuwając ich z pola widzenia, eliminuje się z obszaru ludzkich powinności.

Z tych względów procesy naznaczania, stygmatyzacji, przyjmowane przez kolejne pokolenia w formie stereotypów, stają się wygodnym środkiem nie tylko do usypiania sumienia społecznego, ale jednocześnie kuszącą drogą do podwyższenia własnej samooceny.

W niniejszej pracy główna teza o ulokowaniu zjawiska naznaczania społecznego w przestrzeni między winą a karą osób niepełnosprawnych zilustrowana zostanie trzema rodzajami przykładów: sytuacji osób z afazją, ludzi starych oraz niepełnosprawnych ruchowo w kontekście procesów integracyjnych.

SYTUACJA OSÓB Z AFAZJĄ

Afazja, jako skutek uszkodzenia struktur mózgowych będących substratem programowania wypowiedzi słownych, dosięga ludzi nagle, niespodziewanie i tym dotkliwiej, im bardziej rozwiniętą mają własną kompetencję językową. Trudna do wyobrażenia sytuacja bycia nagle pozbawionym możliwości wypowiedzenia się lub zrozumienia mowy innych jest źródłem wyjątkowego cierpienia i bezradności, uzależnienia od innych i wystawiania się na ocenę społeczną. Problemy te dokładnie opisuje M. Pąchalska (1999) w monografii zatytułowanej *Afazjologia*. Trudny powrót do stanu przed chorobą związany z procesami reintegracji społecznej, w tym rodzinnej, jest próbą przetrwania, podjęcia wysiłków na drodze reedukacji, żmudnych ćwiczeń terapeutycznych. Można mówić o szczęściu, jeśli na tej drodze spotka się doświadczonego terapeutę, jeśli w działania te zaangażuje się rodzina i bliscy, jeśli etapów zdrowienia nie powikłają inne komplikacje, jak np. napady padaczkowe.

Sytuacja chorych z afazją, tak bardzo wyjątkowa, bo związana z niesprawnością w zakresie wyłącznie ludzkiej właściwości (mowa symboliczna), wystawia chorego na ciężką próbę w kontaktach społecznych. Chodzi o poczucie własnej osobniczej tożsamości, pozostające w związkach z oceną społeczną. Ocena ta staje się produktem swoistego paradoksu: ludzie mogą nie znać się na mowie, mogą nie znać się na myśleniu, ale jednocześnie mają dobrze uświadamiany związek jednego z drugim, to znaczy mowy z myśleniem. Stąd już krótka droga do społecznych konstatacji: nie może dobrze myśleć ktoś, kto źle

mówi. Kto źle myśli, myśli głupio, więc kto źle mówi, to dlatego, że zgłupiał. Ocena bycia osobą zachowującą się bezkrytycznie w odniesieniu do chorych z afazją jest szczególnie krzywdząca i mijająca się z prawdą. Chorzy z afazją nie są pacjentami psychiatrycznymi tylko neurologicznymi, niestety wiedza z tego zakresu omija szersze populacje ludzi doświadczających, że to inni chorują i umierają.

Trzeba dodać, że sytuację chorych z afazją nasycy cierpieniem własna krytyczna jej ocena. Chorzy widzą reakcję otoczenia, rozumiejąc znakomicie, iż utrata lub znaczące zniekształcenie wypowiedzianych tekstów uzasadnia kwalifikację ich zachowań komunikacyjnych jako niesprawności psychicznej. Brak możliwości słownego przeciwstawienia się takiej kwalifikacji wobec bezradnej rodziny lub innych osób czyni z chorego więźnia z żelazną maską na ustach.

W jakim stopniu sytuacja chorego z afazją sytuuje go między winą a karą? Otóż doświadczenia kliniczne wskazują, iż opisanej karze w formie przeżywanych cierpień odpowiadać może wina braku wcześniejszej troski o własną zdolność do mówienia, o pielęgnowanie tego skarbu w utrzymywaniu pomocnych relacji społecznych, wzbogacania kompetencji językowych, doskonalenia komunikacyjnej pragmatyki. Terapeuci doskonale wiedzą, o ile łatwiej jest ćwiczyć z pacjentem zaburzoną mowę, gdy pacjent ten ma bogatsze własne doświadczenie językowe (słownictwo i gramatyka), co jednocześnie zwykle wiąże się z o wiele wyższą motywacją do ćwiczeń neurologopedycznych. Pacjent z ubogim doświadczeniem językowym, świadczącym o jego zubożonym świecie relacji społecznych, nie odczuwa tak dotkliwie faktu pozbawienia go nagle tego narzędzia społecznych więzi. Jego relacje nie opierały się wcześniej na złożonych interakcjach językowych, zaś komunikacja społeczna korzystała obficie ze środków pozawerbalnych i symbolicznych engramów. Z tych względów nie doświadcza on w nowej sytuacji jakiegś szczególnej klęski, gdyż to nie mowa słowna stanowiła o jego sukcesach życiowych i rzeczywistych źródłach życiowej satysfakcji.

Trudności radzenia sobie z sytuacją braku możliwości porozumiewania się słownego z otoczeniem społecznym wynikają w dużej mierze ze skazania chorego na pomoc tego otoczenia. Uzależnienie od życzliwości, korzystanie z zaangażowania i ofiarności możliwe jest jednak wtedy, gdy z otoczeniem tym przed chorobą miało się dobre kontakty. Człowiek żyjący na pokutę innym, niepotrafiący zyskać akceptacji dla swoich działań, nieumiejący wytworzyć solidnych więzi emocjonalnych nie ma szans, by w nowej sytuacji uzyskał niezbędne wsparcie, w tym emocjonalne. Pomoc osobie z zaburzoną komunikatywnością słowną, jak również opieka codzienna nad osobą starą i niedołązną wymagają imperatywu serca, a nie wyłącznie intelektu wskazującego na obo-

wiązek. Dobrą ilustracją tego stanu rzeczy są kontakty rodziny z lekarzem lub terapeutą, uwidaczniają się wówczas emocje i relacje rodziny z chorym przed chorobą. Częstotliwość wizyt, stopień zaangażowania w rozmowach, treść pytań kierowana do personelu szpitalnego, wszystko to realnie określa rodzinę jako partnera w terapii, partnera odpowiedzialnego i gotowego ponieść nieprzewidywalne trudy, deklarującego poświęcenie z wolą sprostania nieszczęściu, bycia razem z chorym w trudzie wychodzenia ze świata bezjęzyczności.

Nie trzeba przekonywać, że na tej wspólnej drodze, na końcu której jest powrót do sytuacji komunikowania się słownego, pacjent z afazją odbiera to wszystko, w co zaangażował się przed chorobą. Wcześniejsza bezmyślność, pycha, nieodpowiedzialność, przedmiotowe traktowanie innych ludzi skazują go na samotne radzenie sobie z nową sytuacją, i być może z powstającą refleksją, która jest już jednak dalece spóźniona.

NIECHCIANA STAROŚĆ

Czas starości, jak żaden inny, nacechowany jest społeczną oceną, niestety – krytyczną. Starzejący się człowiek nie boi się już tej oceny, gdyż treści jego lęków przesuwają się w stronę treści biologicznych, a więc lęku przed chorobą, cierpieniem, umieraniem (por. Olszewski 1995a, b; 1998). Zmiany w sferze aksjologii powodują pogłębianie się różnic międzypokoleniowych, słabnięcie interakcji komunikacyjnych prowadzi do komunikacyjnego osamotnienia (por. Tłokiński 1990). W ocenie młodszego pokolenia człowiek starszy coraz bardziej przypomina człowieka niepełnosprawnego (nawet w nawiązaniu do definicji niepełnosprawności).

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że uwagi dotyczące naznaczania osób starszych dotyczą populacji starzejącej się fizjologicznie. Niestety, obraz patologii starzenia się doskonale wkomponowuje się w obraz zmian fizjologicznych, pogłębiając uzasadnienia starczej etykiety (por. Olszewski 2008; 2003). Człowiek młodszy obserwuje narastanie dokuczliwości wieku starszego, chce długo żyć, ale nie chce być stary. Negatywny obraz starości mocno zakorzenił się w zbiorze tzw. mądrości życiowych, w przysłowiach i porzekadłach, np. „nie udała się ta starość Panu Bogu”.

Interesujące jest i to, że młody człowiek zawczasu tworzy wizję swojego życia wypełnionego rozlicznymi zajęciami i działaniami, nie dopuszczając myśli związanych treściowo ze stereotypem zachowań starczych. Niestety, bardzo często z tych wcześniejszych planów nie pozostaje nic, starzejący się człowiek doświadcza kryzysu starości, zaś pożądane działania adaptacyjne przyjmują formę działań obronnych (por. Olszewski 2003).

Kara za bycie starym sprowadza się nie tylko do własnego doświadczania braków i ułomności, ale związana jest także ze społeczną oceną, wszechobecnym stereotypem głupoty i starczym egoizmem, niedbaniem o siebie, gderliwością i hipochondrią.

Wina osób starszych w przypadku naznaczania w starości jest rzeczywistością poza wszelką dyskusją. Chodzi przede wszystkim o problem edukacji młodszych pokoleń, wyborów treści ważnych w transmisji międzypokoleniowej, kształcenie empatii w dziecku już od najmłodszych lat, powoływanie ośrodków aktywacji osób starszych w momencie doświadczania kryzysu związanego z przejściem na emeryturę itp. (por. Krawczyński i in. 1997). O tym wszystkim trzeba myśleć znacznie wcześniej, aby przygotować pokolenia do wejścia w okres starości, tym bardziej że prognozy demograficzne nie pozostawiają złudzeń. W tym zakresie nie robi się prawie nic. Każde pokolenie wchodzi w swą starość od nowa, ze zdziwieniem i bezradnością, oglądając się na pokolenie młodsze, roszczeniowo formułując treści swych oczekiwań. Do doznawanych starczych dokuczliwości dołącza się wszechpotężne rozczarowanie, a brak oczekiwanego wsparcia boli szczególnie tych, którzy mają własne dzieci.

Do głównych grzechów osób starszych zaliczyć należy rezygnację z własnych inicjatyw, bierność życiową, zbytne wsłuchiwanie się w swój organizm. Dołączyć do tego należy zaniżoną ocenę własnych możliwości fizycznych i zanik troski o ocenę społeczną. Takie zachowania powodują rozpowszechnianie się etykiety osoby starszej jako leniwej, niezdarnej i egoistycznej, co prowadzi do tego, że człowiek taki może mieć kłopoty w utrzymaniu czy nawiązaniu satysfakcjonujących go relacji społecznych.

Przyjąć należy, że osobowość będącą źródłem niepowodzeń interakcyjnych człowieka starego buduje się w okresach znacznie wcześniejszych. Niskie poczucie sprawstwa przesłania jakby możliwość dostrzeżenia faktu uczenia się i wykształcania w sobie takich cech, które w warunkach starości zostają przez życie obnażone, pogłębiając nieprzystosowanie społeczne, niszcząc motywację do interakcji społecznych. Nie ma wtedy szans na wykształcenie się potrzeby poczucia kontroli w stosunku do interakcji. Brak zwrotności w kontaktach z innymi ludźmi, niewłaściwa ocena intencji i zachowań potencjalnych partnerów tworzą obraz znacząco stresujący. Z taką bezradnością człowiek starszy pogodzić się nie chce, takiej bezradności się boi, gdyż los skazuje go na coraz większą zależność społeczną.

Bezradność interakcyjna ludzi starszych przypomina bardzo bezradność wyuczoną ludzi młodych. Olszewski proponuje, aby bezradność interakcyjną ludzi starszych interpretować również w kategoriach bezradności wyuczonej,

a nie losowej lub wiekowej. Taka propozycja niesie ze sobą również pewien ładunek optymizmu. Jeśli interakcyjna starcza bezradność jest bezradnością wyuczoną, to może jest szansa na wcześniejszą profilaktykę, na większy świadomościowy wkład we własne życie, na wykształcenie w młodym pokoleniu takich umiejętności społecznych, które współcześni psychologowie nazwali kompetencją biograficzną (2003, s. 42). Grzech zaniechania wymienionych kwestii w wieku młodszym stanowi kolejny aspekt winy człowieka, który przecież nie przyszedł na świat jako starzec.

Dobrym przykładem skutecznych form udzielania pomocy osobom starszym są różnego typu programy prewencyjno-interwencyjne, w tym także instytucja Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Istota tych programów sprowadza się również do tego, że weryfikują one w formie społecznych doświadczeń treść obiegowych stereotypów społecznych na temat starości i ludzi starszych. I choć często w działania wymienionych programów zaangażowani są sami starsi, to jednak zasadniczy trud organizacyjny spoczywa na osobach młodszych. Działania tych programów trudno przecenić.

Ilustracją wyboru określonych działań interwencyjnych oraz lokalizacji ich w procesie starzenia się jest kołowy model opracowany przez Lachman, Ziff i Spiro III (1994). Autorzy tego modelu podkreślają, że cykl „złego” starzenia się może rozpocząć się w każdym miejscu modelu. Interwencja jest także możliwa w dowolnej fazie, również w wielu – jednocześnie. Zwykle jednak programy interwencyjne koncentrują się na jednej wybranej części całego procesu, co nie jest prawidłowe. Tylko bowiem holistyczne podejście (biologiczno-psycho społeczne) może przynieść poprawę poczucia jakości życia osobom starszym.

Należy wspomnieć, że istotnym mankamentem dotychczasowych programów interwencyjnych lub po prostu działań ukierunkowanych na pracę z ludźmi starszymi była jednostronność oddziaływań bądź to na sferę fizyczną, bądź psychiczną. Połączenie aspektów biologiczno-medycznych oraz psychospołecznych znajdowało częściej zastosowanie w opracowaniach, gdzie aspekty te traktowane były jako uwarunkowania bądź to wyboru poprawy sfery psychicznej, bądź fizycznej.

Jednym z polskich przykładów sukcesu w realizacji programu prewencyjno-interwencyjnego był program „Zdrowotne aspekty kompetencji życiowej ludzi w podeszłym wieku” (grant KBN nr 525/P05/95/09). Zarówno program, jak i opis uzyskanych rezultatów autorzy przedstawili w monografii *Wypełnianie starości. Trening ku życiu* (Krawczyński i in. 1997). Zdecydowali się oni połączyć dwa rodzaje rozumienia słowa „wypełnianie” i w nowej interpretacji zawrzeć zasadniczą ideę przekazu. Jest nią konieczność wypełniania swej drogi

życiowej w latach późniejszych ze świadomością autorskiego sprawstwa. Wypełnić zadaniem własny rozwój, z wiarą w siebie i własne możliwości, z gotowością pomocy innym i radą – oto wskazania będące atrybutami kondycji ludzkiej egzystencji we wszystkich wymiarach: fizycznym, psychicznym i duchowym.

Tak więc życie, a z nim i zdrowie, jako wartości nadrzędne, wyznaczają cele społeczeństwa, którego jednostki podlegają bez wyjątku prawom rozwoju. Zdrowe społeczeństwo zapewnia realizację zamierzeń indywidualnych oraz rozwój intelektualny i duchowy. Realizując program, a później redagując monografię, autorzy chcieli dołączyć do tych, którzy nie zgadzają się z ponurą etykietą starości. Wypełnianie zadań starości to ciągle trwające treningi ku życiu człowieka, bowiem tylko żyjący człowiek nadaje znaczenie słowom „wartość i sens”. Jak zauważa Popielski, „poza człowiekiem nie mają one w ogóle znaczenia. Człowiek doświadcza tych rzeczywistości, odkrywa je i określa, przypisuje im znaczenie, dokonuje ich symbolizacji, uwewnętrznia je i przeżywa. Nimi kieruje i do nich się odnosi. One tworzą wewnętrzny świat jego życia” (Popielski 1996, s. 20). W budowaniu aksjologii starzenia się, odchodzenia od krzywdzącego stereotypu odpowiedzialna rola przypada młodemu pokoleniu, które jednak we właściwy sposób powinno być wyedukowane przez poprzedzające pokolenie. Ta powinność może być ujęta w słowa starzejącego się człowieka, który wypowiada je do młodego: tą drogą nie mogę już dalej z tobą iść, ale mogę wskazać ci cel.

OBŁUDA INTEGRACJI

Sprawa dotyczy osób niepełnosprawnych ruchowo, a konkretnie prób wyczulenia społeczeństwa na los tych osób w kontekście integrowania ich z osobami pełnosprawnymi. Zacząć należy od tego, że – jak pisze Buliński (2009) – idealizacja partnerstwa społecznego staje się podstawą teoretyczną do dyskursu o celach, zadaniach, mechanizmach integracji społecznej, w tym także osób niepełnosprawnych. Autor zauważa, że bardzo często jednak semantyka spójności społecznej znaczy co innego aniżeli analogiczna semantyka w relacjach do niepełnosprawności. Odnosi się wrażenie, że pojęcie wsparcia nacechowane jest ukierunkowaniem „społeczeństwo ku osobom niepełnosprawnym”, zaś integracja osób niepełnosprawnych łączona jest z kierunkiem „osoby niepełnosprawne ku społeczeństwu”. W ten sposób następować ma połączenie filantropii z naiwnością, które wypełnia sumienia obu stron, nie dając oczekiwanej satysfakcji ani społeczeństwu, ani niepełnosprawnym. Nośny hasłowo slogan „integracja” paradoksalnie wyraziście brzmi, choć w praktyce nic nie

znaczy z przyczyn również i takich, że – z pominięciem sfery niepełnosprawności – sam mechanizm społecznej spójności ciągle bardziej jawi się w formie pisanej aniżeli realizowanej pragmatycznie. Wystarczy odnieść się do realiów działalności współczesnej polskiej sceny politycznej, choć i wcześniej historia dostarcza dowodów bardziej na incydentalne zrywy społeczne, aniżeli organiczniczkowską współpracę (por. Buliński 2009).

Nawoływanie do czynów na rzecz osób niepełnosprawnych ruchowo, świadczących o poczuciu spójności społecznej z niepełnosprawnymi, choć samo w sobie chwalebne, w dużym jednak stopniu pozostaje nierealne, gdyż – jak powiedziano wcześniej – osoby niepełnosprawne nie bardzo mają się z kim integrować. Społeczny organizm, rozbity na atomy żyjące własnym światem, niemogący porozumieć się w ramach własnej, pełnosprawnej grupy, nie może być partnerem dla oczekujących szczególnego wsparcia osób niepełnosprawnych.

Jednocześnie sporo osób z grupy niepełnosprawnych uzyskało status osoby niepełnosprawnej dopiero w życiu dorosłym. Był więc czas na społeczną refleksję, na działania ku zgodzie i wspólnemu, nieegoistycznemu budowaniu relacji, których siła mogłaby się okazać niezastąpiona we współdziałaniu z niepełnosprawnymi.

Wina, jaką obarczyć należy osoby niepełnosprawne, dotyczy głównie tych, którzy przed nabyciem niepełnosprawności liczyli na stuletnią, zdrową starość, bez oglądania się na innych. Gdy jednak los sprawił inaczej, pojawiły się żądania i nawoływania do integracyjnego wsparcia, do życia w grupie dającej egzystencjalne oparcie.

Wyjściem z tego impasu jest właściwa, mądra i odpowiedzialna edukacja młodego pokolenia, nasycona przykładami przykrych skutków, jeśli w porę nie podejmiemy się działań budujących spójność społeczną, przy rozsądnym zachowaniu autonomii jednostki. Jest to edukacja, która ujmuje osoby niepełnosprawne jako od początku będące i pozostające w społeczeństwie, mające te same prawa i obowiązki. Niepełnosprawność uaktywnia jedynie inne narzędzia funkcjonalne dla pełnienia społecznych ról i zadań. Jednak do dzisiaj istnieje w świadomości społecznej podział na „my” i „oni”. Podział ten tworzy podstawy filozofii czynności integracyjnych, uzasadnia ich podjęcie i dobudowuje swoistą aksjologię.

Zmiana myślenia o istocie integracji osób niepełnosprawnych w kierunku myślenia o spójności społecznej w ogóle pozwoli jednocześnie na zmianę naznaczania osób niepełnosprawnych i ich marginalizacji. Osoby niepełnosprawne, jako nosiciele naznaceń, powinny w tym dziele znać swoje

obowiązki, aby działania wskazujące na ich obecność w społeczeństwie nie były z kolei naznaczone roszczeniami i frustracją potrzeb.

ZAKOŃCZENIE

Omówione ilustracyjnie trzy grupy przykładów są jedynie wyborem jednym z możliwych. Takich przykładów można podać więcej, wszystkie, krytykując postawy społecznego naznaczania osób niepełnosprawnych, wskazują jednocześnie na zaniedbania po stronie samych niepełnosprawnych. Problem, zgodnie z intencją autora, lokować się powinno w przestrzeni między winą samych niepełnosprawnych a karą, jakiej doświadczają ze strony społeczeństwa, którego częścią do niedawna była pełnoprawnym (bo pełnosprawnym) członkiem. Wina osób niepełnosprawnych to przede wszystkim bierne poddawanie się naznaczaniu, podtrzymywanie słuszności niekorzystnych stereotypów, brak liczenia się z możliwością nabycia niepełnosprawności w przyszłości. Najgorsza jest jednak przerażająca beztroska sankcjonująca niewiedzę społeczną i jednocześnie brak wychowania w zakresie cnót społecznych. Nakładający się na to niedostatek spójności społecznej tworzy znakomite warunki do definicyjnego wręcz ujmowania inności osób niepełnosprawnych, przypisywania im stereotypowego naznaczania, również marginalizacji.

Naznaczanie jest procesem społecznym nie tylko dlatego, że jest tworem społecznego myślenia i zachowania, ale że niepełnosprawność jest też problemem społecznym i nie ogranicza się do jednej osoby. Karą dla osób niepełnosprawnych staje się zbiorowa odpowiedzialność, ich winą jest to, że dają zgodę na taki stan rzeczy, nie przekonując skutecznie społeczeństwa do powszechnej, obowiązkowej, różnorodnej edukacji i przez liczne doświadczenia niszcząc krzywdzące stereotypy.

BIBLIOGRAFIA

- Buliński L. (2009). *Poakcesyjne mechanizmy integracji społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Krawczyński M., Olszewski H., Sołowiej J., Tłokiński W. (1997). *Wypełnianie starości. Trening ku życiu*. Manchester-Gdańsk: A. E. L. Publishing House.
- Lachman M. E., Ziff M. A., Spiro III A. (1994). *Maintaining a sense of control in later life*. W: R. P. Abeles, H. C. Gift, M. G. Ory (eds.), *Aging and quality of life*. New York: Springer, s. 216–232.
- Olszewski H. (1995a). *Oblicze egoizmu w starości: ujęcie z perspektywy treści lęku*. „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej”, 3, 2, 43–48.
- Olszewski H. (1995b). *Motywacyjna geneza niektórych lęków w starości*. W: W. Tłokiński (red.), *Lęk. Zjawisko umotywowane*. Warszawa, s. 101–106.

- Olszewski H. (1998). *Starość i starzenie się*. W: W. Szewczyk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Fundacja Innowacja, s. 655–658.
- Olszewski H. (2003). *Starość i witaukt psychologiczny: atrybucja rozwoju*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Olszewski H. (2008). *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Impuls.
- Ostrowska A. (1997). *Problemy akceptacji społecznej osób niepełnosprawnych – zadania badawcze*. „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, 3.
- Pąchalska M. (1999). *Afazjologia*. Warszawa: PWN.
- Popielski K. (red.) (1996). *Człowiek – wartość – sens. Studia z psychologii egzystencji. Logoteoria i nooteoria. Logoterapia i nooterapia*. Lublin: Redakcja Wydawnictwa KUL.
- Stankowski A. (1997). *Niepełnosprawni w opinii społecznej. Charakterystyka porównawcza 1977–1977*. „Auxilium Sociale”, 314.
- Tłokiński W. (1990). *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: PWN.

SUMMARY

The phenomenon of social stigma (marking, labeling) as characterized by a negative stereotype referring to handicapped persons in general is discussed in this article with reference to aphasia sufferers, elderly people and persons incapacitated motorically. The author claims that the process of social stigmatization involves two sides: the stigmatizers and the stigmatized. The stigmatized receiving the undeserved punishment are themselves not entirely free of guilt. They provide justification for their stigmatization through their behavior, or before the misfortune struck they had disregarded their gender abilities (verbal communication), or did not take proper care to lead a harmonious and integrated life. The phenomenon of stigmatization is repeated in every generation, a belated wisdom remains beyond generational transmission.