

JOANNA KOSSEWSKA

SPÓŁCZEŃSTWO WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – POSTAWY I ICH DETERMINANTY

Postawy rozwijają się pod wpływem środowiska społecznego. Wyuczona i uwewnętrzniona przez jednostkę predyspozycja do reagowania w społecznie zdefiniowany sposób jest postawą społeczną. Postawa nabiera charakteru społecznego nie tylko na skutek socjalizacji, ale również ze względu na społeczny przedmiot postawy oraz społeczny kontekst. Postawy społeczne, stanowiące ze względu na społeczny charakter przedmiotu postawy - jedno z kluczowych zagadnień psychologii społecznej, mogą dotyczyć zarówno przedmiotów o charakterze indywidualnym (poszczególne osoby), jak i zbiorowym (grupa osób) (Mika 1984). Szczególnie interesują nas tutaj postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych.

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych są bardzo różnorodne i wyrażają się we wszystkich swych składnikach: poznawczych (wiedza i przekonania dotyczące osób niepełnosprawnych), emocjonalnych (emocjonalno-oceniających) i behawioralnych (Sękowski 1994a). Niejednokrotnie postawy te mają zmienny charakter. Często występuje w nich brak spójności - rozbieżność pomiędzy werbalnie deklarowanymi postawami a rachowaniem oraz między werbalnymi deklaracjami a postawami rzeczywistymi. Wielekroć werbalne deklaracje są determinowane normami i konwenansami społecznymi oraz lękiem przed negatywną oceną społeczną i - nierzadko - maskują negatywne, a nawet wrogie postawy rzeczywiste.

W literaturze najczęściej wymienia się dwie przeciwstawne postawy wobec osób niepełnosprawnych: pozytywne (akceptacja) lub negatywne (odrzućenie). H. Larkowa (1970) dodaje jeszcze trzeci rodzaj - postawy ambiwalentne, traktowane przez niektórych autorów jako negatywne. Zdaniem J. Granofsky'ego (Granofsky 1955, za: Sękowski 1994a), postawy pozytywne bądź negatywne można scharakteryzować ze względu na:

- kryterium oceny osoby niepełnosprawnej,
- kryterium poznawcze,
- kryterium emocjonalnych interakcji społecznych.

Pozytywne postawy charakteryzują się:

- obiektywną i realną oceną wpływu kalectwa na psychikę i funkcjonowanie człowieka, ograniczeń i możliwości osoby niepełnosprawnej,
- pozytywnym nastawieniem poznawczym (przedmiotem zainteresowania jest człowiek, a nie tylko jego inwalidztwo): znajomością potrzeb inwalidy i poziomu ich zaspokojenia, obiektywnym dostrzeganiem zalet i możliwości inwalidy oraz jego osiągnięć,

- pozytywnymi zachowaniami społecznymi: społeczną akceptacją i szacunkiem dla osoby niepełnosprawnej, przeciwdziałaniem izolacji, naturalnym i życzliwym kontaktem z osobami niepełnosprawnymi, podejmowaniem kontaktów interpersonalnych i współpracy z osobami niepełnosprawnymi, integrowaniem osób niepełnosprawnych.

Pozytywne postawy otoczenia społecznego i najbliższych, zawierające krytyczną, lecz obiektywną i życzliwą ocenę osoby niepełnosprawnej, stanowią warunek konieczny dla rozwoju poczucia bezpieczeństwa, a tym samym dla prawidłowego przystosowania społecznego (Larkowa 1985). Szacunek i akceptacja wyrażane przez otoczenie społeczne oraz wynikające z nich poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości, samoakceptacja i pogoda ducha wyzwalają subiektywne poczucie dodatniej jakości życia pomimo niepełnosprawności, rozwijają mechanizmy radzenia sobie ze stresem i kryzysem oraz pobudzają mechanizmy kompensacyjne, pozwalające na przezwyciężanie własnych ograniczeń. Kształtują przy tym właściwy, życzliwy stosunek osób niepełnosprawnych wobec osób pełnosprawnych (Minczakiewicz 1996).

Postawy negatywne wobec osób niepełnosprawnych, zdaniem J. Granofsky'ego (za: Sękowski 1994a), charakteryzują się:

- uczuciem litości lub nadopiekuńczości wobec niepełnosprawnych: niedocenianiem, ciekawością deprecjonowaniem, przecenianiem wpływu inwalidztwa na psychikę, wyolbrzymianiem ograniczeń;
- negatywnym nastawieniem poznawczym: przesadnym zajmowaniem się wyglądem osoby niepełnosprawnej, zwracaniem szczególnej uwagi na kalectwo, przecenianiem brzydoty kalectwa.
- negatywnym nastawieniem społecznym: powiększaniem dystansu społeczne go, brakiem akceptacji dla udziału osób niepełnosprawnych w różnych kontaktach i interakcjach społecznych, uczuciem lęku i zakłopotania w obecności inwalidy.

Samoocena i samoakceptacja niepełnosprawnych

Negatywne postawy i oczekiwania ludzi sprawnych wobec osób niepełnosprawnych mają ujemny wpływ na zachowanie tych osób wobec siebie samych i wobec sprawnych jednostek: utrudniają przystosowanie się i akceptowanie własnej niepełnosprawności, zniechęcają do podejmowania najmniejszego nawet wysiłku (Larkowa 1985, 1988, Hulek 1985), rodzą poczucie pogardy dla samego siebie i swojej niepełnosprawności, osłabiają mechanizmy odpornościowe i niweczą efekty podejmowanych zabiegów leczniczych, edukacyjnych i rehabilitacyjnych (Minczakiewicz 1996).

Znaczącym czynnikiem w kształtowaniu się postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych jest samoocena i samoakceptacja tych osób. Samoocena odpowiada ocenie własnych możliwości i ograniczeń, a samoakceptacja (poprzez akceptację inwalidztwa)

wpływa na realizację procesu rehabilitacji (Wright 1965). Brak akceptacji własnego inwalidztwa zaburza proces kształtowania się wzajemnych relacji między osobami niepełnosprawnymi a sprawnymi.

Akceptacja siebie jest warunkiem akceptacji innych osób. Wyzwała sympatię i życzliwość w stosunku do innych i pozwala na otwartość w kontaktach z otoczeniem. Poczucie niższości i brak akceptacji własnej osoby i własnej sytuacji prowadzi do uruchomienia mechanizmu obronnego w postaci projekcji lub kompensacji poprzez deprecjonowanie innych ludzi. Brak samoakceptacji powoduje też ograniczenie kontaktów interpersonalnych z innymi osobami, szczególnie tymi, które nie odpowiadają pewnym kanonom czy stereotypom społecznym dotyczącym wyglądu czy funkcjonowania.

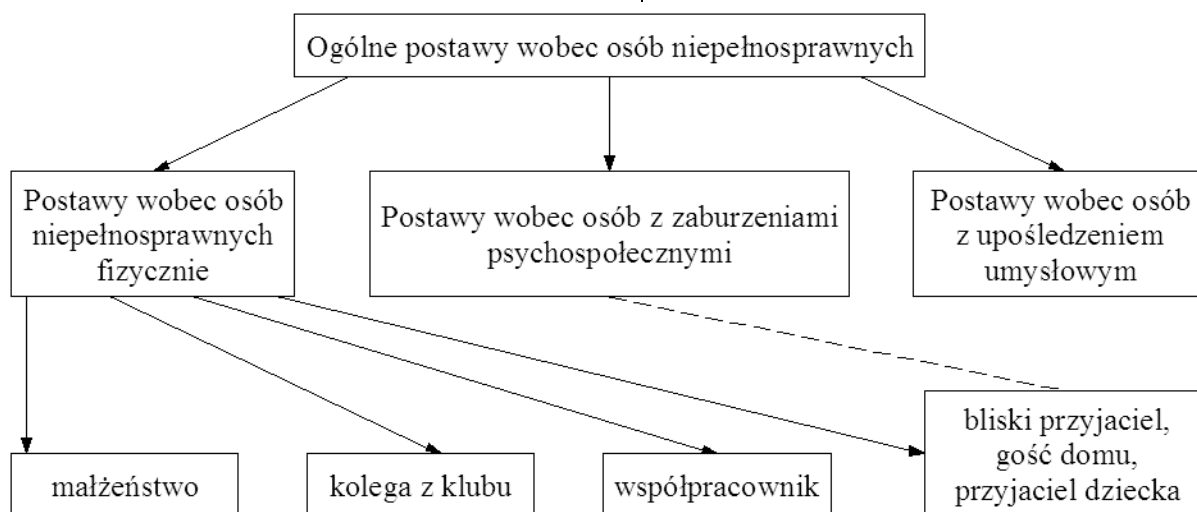
Spostrzeżenie niepełnosprawności

Postawy wobec niepełnosprawnych są fenomenem złożonym z wielu wymiarów i mogą występować w dwu formach (Gething 1991). Pierwsza z nich jest postawą zgeneralizowaną i przejawia się w ogólnej tendencji do identyfikowania osób niepełnosprawnych jako odmiennych od sprawnej części

jednostki (Wright 1965, Larkowa 1985). L.M. Shears i C.J. Jensema (1969) stwierdzają, że postawy wobec niepełnosprawnych kształtują się wokół następujących dymensji: widoczność, wpływ niepełnosprawności na możliwość komunikacji, stygmatyzacja społeczna (napiętnowanie społeczne), trudności w zakresie samoobsługi, stopień samodzielności i niezależności (niezależność przejawia się przez inicjatywę i swobodę działania, a wynika z poczucia bezpieczeństwa warunkującego odpowiedni poziom przystosowania społecznego).

R.J. Jones (1974) zauważa, że postawy wobec osób niepełnosprawnych różnicują się w zależności od stopnia fizycznego kalectwa, zaburzeń psychospołecznych i upośledzenia umysłowego i przejawiają się poprzez zachowanie społecznego dystansu w sytuacjach społecznych. Wyniki badań empirycznych autor przedstawił w formie graficznej (ryc. 1), która ukazuje hierarchiczną strukturę postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz rodzaj kontaktów społecznych, jakie osoby sprawne byłyby skłonne nawiązać z osobami niepełnosprawnymi.

Badania A. Giryńskiego i S. Przybylskiego (1993) również pokazują, że osoby z upośledzeniem



Ryc. 1 - Hierarchiczna struktura postaw (i kontaktów społecznych) wobec osób niepełnosprawnych (Jones 1974)

społeczeństwa - ta zgeneralizowana postawa jest przeważnie negatywna. Druga forma przejawia się w specyficznym ustosunkowaniu się do osób niepełnosprawnych, zależnym od stopnia i zakresu ich niepełnosprawności - te specyficzne postawy przyjmują strukturę hierarchiczną.

W literaturze istnieje wiele sposobów klasyfikacji postaw wobec osób niepełnosprawnych. Klasyfikacje te uwzględniają różne wymiary niepełnosprawności, które stają się centralnym elementem postawy i - zgodnie z teorią atrybucji - rzutują na spostrzeżenie osoby niepełnosprawnej. Badacze zajmujący się rozważaną problematyką są zgodni co do wielowymiarowego charakteru postaw i ich zależności od sytuacji oraz płci osób sprawnych (Schmelkin 1984). Postawy różnicują się w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, a także od możliwości samoobsługowych i dyslokacyjnych

umysłowym są o wiele bardziej negatywnie spostrzegane przez otoczenie niż osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności (niewidomi, głusi, kalecy). Jest to przyczyną trudności w przebiegu interakcji tych osób ze środowiskiem społecznym: osoby sprawne w typowych interakcjach dzieli duży dystans społeczny w stosunku do upośledzonych umysłowo, i to niezależnie od płci, poziomu wykształcenia, zawodu (lekarze, pielęgniarki, pracownicy umysłowi, pracownicy fizyczni), a w przypadku młodzieży - niezależnie od rodzaju szkoły ponadpodstawowej (liceum ogólnokształcące, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa). Przyczyną tak dużego dystansu jest niski stan wiedzy na temat przyczyn, specyfiki i możliwości rozwojowych osób z upośledzeniem umysłowym (Giryński, Przybylski 1993). Badania prowadzone w grupie młodzieży także wskazują na niski poziom wiedzy o przyczynach niepełnosprawności, osobach niepełnosprawnych i ich

możliwościach przy znacznym wyolbrzymieniu ograniczeń wiążących się z inwalidztwem (Konarska 1994, Oszustowicz 1995). Młodzież deklaruje pozytywne postawy i chęć niesienia pomocy niepełnosprawnym rówieśnikom, ale ze względu na brak kontaktów z osobami niepełnosprawnymi (poza nielicznymi przypadkami niepełnosprawności w najbliższej rodzinie) można przypuszczać, że deklarowane, zwerbalizowane postawy mogą różnić się od rzeczywistych. Młodzież ucząca się w klasach masowych uważa szkoły specjalne za optymalne miejsce kształcenia uczniów z upośledzeniem umysłowym: jako miejsce, gdzie nie będą oni narażeni na przykrości (Oszustowicz 1995).

K.I. Abroms i T.L. Kodera (za: Schmelkin 1984) twierdzą, że czynnikami biorącymi udział w kształtowaniu się postaw ludzi sprawnych wobec osób niepełnosprawnych są uszkodzenia: organiczne, sensomotoryczne, psychoedukacyjne i funkcjonalne, jakimi cechują się te osoby.

Wyniki badań L.P. Schmelkin (1984) wskazują, że istnieją trzy zasadnicze wymiary - kryteria, wokół których koncentrują się nasze postawy, przejawiające się w poziomie dystansu społecznego wobec niepełnosprawnych. Dwa takie wymiary - analizowane także przez innych badaczy - to widoczność niepełnosprawności i typ przejawianych zaburzeń (organiczne, fizyczne vs. funkcjonalne i społeczne). Pozytywne postawy przejawiają się przez niski poziom dystansu społecznego i tendencje do nawiązywania kontaktów z osobami, których niepełnosprawność jest mało widoczna (choroby przewlekłe: astma, choroba wrzodowa, cukrzyca) lub też ma podłoże organiczne; widok kalectwa natomiast powoduje pojawianie się przykrych przeżyć i emocji (strach, odraza, wstęś), a także myśli o skutkach i ograniczeniach kalectwa, co wpływa na powstanie tendencji do unikania lub ograniczenia kontaktów z osobami niepełnosprawnymi (Larkowa 1970). Trzecia dymensja, wyróżniona przez L.P. Schmelkin (1984), dotyczy ostracyzmu społecznego. Zjawisko to wynika z przyjętych ogólnie norm społecznych, zgodnie z którymi bardziej akceptowane społecznie jest okazywanie tolerancji i zrozumienia dla osób z porażeniem kończyn czy też przewlekłe chorych na raka lub gruźlicę, aniżeli dla osób uzależnionych.

Czynniki kulturowe

Analizując postawy wobec osób niepełnosprawnych w kontekście historycznym, należy zauważyć, że wraz z rozwojem cywilizacji następują pewne korzystne zmiany. W stosunku do minionych epok wiek XX charakteryzuje się pozytywnymi postawami i pewną akceptacją osób niepełnosprawnych, pozwalającą na realizację procesu rehabilitacji (Sękowski 1994b). W XX w. rozpoczęto także działania na rzecz wyrównywania szans, społecznej integracji oraz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych (Błęszyńska 1996). Jeśli jednak rozpatrywać ostatnie dziesięciolecie, to okazuje się, że postawy te zasadniczo się nie zmieniły, nie zmieniły się też hierarchie czynników uznanych w różnych kulturach za stygmatyzujące (Westbrook et al. 1993).

Współcześnie, np. w społeczeństwie polskim, negatywne postawy wobec niepełnosprawnych wynikają m.in. z wysokiej pozycji, jaką w hierarchii wartości zajmują: zdrowie, sprawność fizyczna, siła, sukces, produktywność, zamożność, niezależność. Zmiany ustrojowe uzmysłowiły istnienie wielu negatywnych zjawisk

społecznych, ale i przyczyniły się do obniżenia wydatków publicznych na rehabilitację i leczenie osób niepełnosprawnych, które tym samym stały się grupą ponoszącą największe koszty ekonomiczne i społeczne procesów transformacji ustrojowej (Ostrowska 1997).

Można wyróżnić stałą w czasie hierarchie preferencji i akceptacji wobec różnych grup niepełnosprawnych (Fłarasymiw, Horne 1976, Horne, Ricciardo 1988, Westbrook et al. 1993), a postawy wobec niepełnosprawnych ująć w postaci kontinuum: od najbardziej pozytywnych - akceptujących, do zdecydowanie negatywnych- odrzucających. Najbardziej akceptujące postawy zdrowi przejawiają wobec osób somatycznie chorych (np. dotkniętych astmą, artretyzmem, chorobami serca), w następnej kolejności plasują się osoby fizycznie niepełnosprawne, a także osoby z zaburzeniami i uszkodzeniami sensorycznymi, później osoby przejawiające zaburzenia o charakterze psychologicznym: upośledzone umysłowo i chore psychicznie, natomiast najbardziej negatywne postawy kształtują się wobec osób przejawiających zaburzenia związane z funkcjonowaniem społecznym: byłych więźniów, alkoholików i narkomanów. Postawy negatywne - odrzucające lub obojętne - dotyczą także uczniów społecznie niedostosowanych (Urban 1992). Podstawowe kryterium akceptacji poszczególnych grup osób niepełnosprawnych dotyczy stopnia ich podobieństwa do osób sprawnych oraz produktywności. W kształtowaniu postaw wobec niepełnosprawnych ważna jest także tendencja do oceniania innych ze względu na zgodność postaw i przekonań: im mniejsze jest (subiektywne) podobieństwo, tym większa skłonność do pojawiania się i ujawniania postaw negatywnych. Negatywne postawy funkcjonują wobec tych osób niepełnosprawnych, które różnią się swoim wyglądem lub zachowaniem od większości oraz mają ograniczone możliwości produkcyjne. U dzieci występuje taka sama hierarchia czynników stygmatyzujących jak u dorosłych, można więc powiedzieć, że społeczne postawy wobec niepełnosprawnych zdecydowanie opierają się na stereotypach, przekazywanych przez transmisję między pokoleniową, są jednakowe w różnych grupach społecznych, a także stałe w czasie - wykazano np., że nie zmieniły się na przestrzeni 13 lat (1-lorne, Ricciardo 1988).

Postawy wobec niepełnosprawnych przenoszone są z pokolenia na pokolenie przez kulturę, a ich modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Dlatego też najlepszym momentem dla rozpoczęcia planowego, zorganizowanego procesu zmian postaw wobec niepełnosprawnych i dla integracji jest najwcześniejszy okres edukacji przedszkolnej i szkolnej (Fairbairn 1996). Socjalizacyjno-akulturacyjny przekaz wartości, a także stereotypów społecznych oraz transmisja kultury pomiędzy pokoleniami powodują że

postawy wobec niepełnosprawnych nie podlegają szybkim zmianom, ich prawidłowe kształtowanie wymaga zastosowania długoterminowych treningów.

Transmisja kultury pomiędzy pokoleniami wpływa na przenoszenie się stereo typów zakodowanych w języku oraz na proces etykietowania osób niepełnosprawnych. Etykietowanie natomiast - poprzez procesy atrybucji - na postawy wobec niepełnosprawnych oraz - wtórnie - na funkcjonowanie tych osób (Palmer 1983). Powstanie negatywnych postaw i zachowań wobec niepełnosprawnych wyjaśnia teoria dewiacji - naznaczenia społecznego. Dewiacja nie jest cechą określonych czynów, lecz wynika z oceny, postaw i nazwania osób lub grup, które reagują na określone czyny, negatywnie i stygmatyzująco. Osoba naznaczona przyjmuje określoną rolę i pełniąc ją, stopniowo się z nią identyfikuje. Mechanizm naznaczenia społecznego odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatniego (Zaborowski 1980). Negatywne postawy wpływają stygmatyzująco na osoby będące przedmiotem tych postaw, przez co ich zachowanie oceniane jest jako dewiacyjne i wtórnie powoduje nasilenie się negatywnych postaw społecznych. Myślenie potoczne polega na uogólnianiu jednej cechy na całą osobę. Negatywne piętno towarzyszące kalectwu zostaje uogólnione na całą osobę i stanowi element stereotypu. Obraz osoby niepełnosprawnej składa się z dwóch niezależnych czynników: pierwszy koncentruje się na cechach reprezentujących słabość psychiczną (słabi, lękliwi, niepewni siebie), drugi dotyczy cech utrudniających interakcje społeczne (skryci, podejrzliwi, zgorzkniali). Z kolei osoby niepełnosprawne poprzez akceptację ograniczeń narzuconych przez etykietę ograniczają swoją aktywność, aspiracje, a także własne możliwości rozwoju i samorealizacji, w konsekwencji stają się wtórnie jeszcze bardziej niesprawne (Higgins 1980, za: Ostrowska 1997).

Posługiwanie się stereotypami jest szczególnie przypadkiem atrybucji. Osoby niepełnosprawne są spostrzegane jako odmienne. Jesteśmy skłonni przypisywać zjawiskom, które nas otaczają przyczynę ich występowania, a ludziom - przyczynę ich zachowania. Owa potrzeba znalezienia przyczyny zachowania i jego uzasadnienia jest wyrazem tendencji do wykraczania poza posiadane informacje. Etykietowanie ma duże konsekwencje praktyczne i polityczne (Zola 1993). I tak np. nazwanie kogoś chorym powoduje, że jego działania przeszłe, teraźniejsze i przyszłe są interpretowane w kategoriach choroby. Etykietowanie powoduje także generalizację ocen i opinii na temat osoby niepełnosprawnej na podstawie cech związanych z jej niesprawnością. A więc osoba niepełnosprawna traktowana jest jako egzemplifikacja danej kategorii, a nie jako indywidualna, niepowtarzalna jednostka. Język, jakim się posługujemy przy opisie osób niepełnosprawnych (np. „jest przykuty do wózka” zamiast „używa wózka”; „osoba z upośledzeniem umysłowym” zamiast „upośledzony”, „osoba z uszkodzonym słuchem” zamiast „głuchy” itd.), dotyczy nie tylko różnic terminologicznych, ale także wyrażania akceptacji/dystansu oraz kontroli nad zdarzeniami i sytuacją. Negatywne stereotypy osoby

niepełnosprawnej kształtowane są przez mechanizm społecznego uczenia się, opartego na negatywnych portretach tych osób funkcjonujących w języku, literaturze i mediach wizualnych (Roush 1986). Portrety osób niepełnosprawnych znajdujące się w literaturze pięknej, która kształtuje obraz świata i sposób jego przeżywania (szczególnie w bajkach i baśniach), są często nierealne: negatywne, wyolbrzymiające pewne cechy (np. czarny charakter) lub też hiperpozytywne, gloryfikujące - jedne i drugie kształtują nieadekwatne oczekiwania wobec osób niepełnosprawnych (Sokołowska, Ostrowska, 1975). Zwykle słowa przez nas używane kształtują nasz punkt widzenia, a nie od wrotnie. Tak więc słowa użyte dla określenia osoby niepełnosprawnej wpływają na zachowanie wobec tej osoby.

Zróżnicowania kulturowe także wpływają na kształtowanie się postaw wobec niepełnosprawnych (Dykcik 1996). W krajach rozwijających się postawy wobec niepełnosprawnych stają się bardziej akceptujące, a niepełnosprawni, mając więcej możliwości samorealizacji, wykazują mniejszą tendencję do zaprzeczania swojemu kalectwu. Wpływają na to zmiany towarzyszące rozwojowi państwa demokratycznego, które, zdaniem M.T. Westbrook i współautorów (1993), polegają głównie na tym, że:

- produkcja przewyższa konsumpcję i kryterium produktywności przestaje być kategorią centralną,
- minimalizuje się znaczenie rywalizacji indywidualnej na rzecz współpracy grupowej,
- osiągnięcia są zrelatywizowane do indywidualnych zdolności i możliwości, a nie ustalone formalnie jak w krajach o hierarchicznej strukturze społecznej.

W badaniach stwierdzono, że istnieją istotne różnice pomiędzy postawami wobec niepełnosprawnych w zależności od narodowości badanych osób sprawnych (Westbrook et al. 1993). Niemcy prezentują najbardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych spośród 20 badanych narodowości, w następnej kolejności znajdują się Australijczycy, natomiast Grecy i Arabowie przejawiają postawy najbardziej negatywne. Choć w badaniach tych nie uwzględnia się członków polskiej narodowości, to istnieje pogląd, że w porównaniu do społeczności zachodnich Polacy przejawiają mniejszą tolerancję wobec odmiennych zachowań osób niepełnosprawnych, a tym samym bardziej odrzucające i nieprzychylnie wobec nich postawy (Sieradzki 1996). Porównanie postaw wobec niepełnosprawnych, jakiego dokonała M.T. Westbrook i jej współpracownicy (1993), pokazuje, że na przestrzeni 23 lat postawy te zasadniczo się nie zmieniły i zachowują względną stałość w czasie i w obrębie badanych grup narodowych. Autorzy stwierdzają także, że w zależności od norm kultury osoby niepełnosprawne napotykały zróżnicowane trudności w przypadku zatrudnienia. Najlepszą sytuację mają niepełnosprawni narodowości niemieckiej, gdyż są w pełni akceptowani w miejscu pracy. Postawy wobec niepełnosprawnych są bardziej pozytywne w społeczeństwach indywidualistycznych aniżeli kolektywnych. W tych pierwszych bowiem zachowanie człowieka jest determinowane przede wszystkim celami osobistymi, a autonomia i niezależność są wysoko cenionymi wartościami. Większego znaczenia nabiera

też poszukiwanie naukowych przy czyn niepełnosprawności i większą nadzieję pokłada się we współczesnej medycy nie. W społeczeństwach indywidualistycznych niepełnosprawni i ich rodziny są więc wolni od poczucia winy i aktywnie biorą udział w procesie rehabilitacji. Szczególnie dotyczy to społeczności protestanckich, w których rehabilitacja jest traktowana jako wysoko ceniona praca, będąca wartością społecznie szanowaną (Sieradzki 1996).

Ze względu na znaczenie pracy zawodowej dla rehabilitacji i normalizacji życia osób niepełnosprawnych badacze interesują się postawami pracodawców wobec tych osób. Wygląd zewnętrzny i zachowania niewerbalne odgrywają istotną rolę w rozmowie kwalifikacyjnej z pracodawcą. Osoby niepełnosprawne fizycznie są zwykle przedmiotem negatywnych postaw pracodawców i w związku ze swoją niepełnosprawnością często są dyskryminowane, gdy starają się podjąć pracę (Wright 1983, za: Christman, Siaten 1991). Postawy pracodawców wobec niepełnosprawnych kształtują się tak samo jak w całym społeczeństwie - opierają się na stereotypach. Pracodawcy wszak przejawiają także pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych pracowników: gdy sytuacja rozmowy kwalifikacyjnej i pracy nie wymaga bliskich kontaktów, pozwalając na zachowanie dystansu społecznego wobec osoby niepełnosprawnej. Badania L.A. Christman i B.L. Siaten (1991) pokazały, że na gruncie amerykańskim pracodawcy przejawiają zdecydowanie pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych fizycznie (poruszających się o kulach lub na wózku), którzy ubiegają się o pracę, a nawet wyżej oceniają ich umiejętności zawodowe aniżeli osób sprawnych, co może wynikać z tendencji do zachowania się zgodnie ze społecznie przyjętym konwenansem. Pracodawcy ci wyżej także oceniają cechy osobowości osób niepełnosprawnych, co może świadczyć o tym, że uznają, iż pewne pozytywne cechy kształtują się jako wynik radzenia sobie ze stresem czy kryzysem związanym z niepełnosprawnością i mogą być przydatne w pracy zawodowej.

Wpływ doświadczenia zawodowego

Postawy osób sprawnych wobec niepełnosprawnych mogą różnicować się w zależności od doświadczeń zawodowych tych pierwszych. Wskazują na to badania prowadzone w grupach związanych z pełnieniem pomocy dla osób niepełnosprawnych: nauczycieli, pracowników służby zdrowia oraz rodziców i rodzeństwa. H.E. Yunker i J.R. Block (1979, za: Roush 1986) stwierdzili, że osoby wykonujące zawód pomocny (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci) przypisują osobom niepełnosprawnym, którym pomagają niższy status społeczny. Natomiast S.E. Roush (1986) wnioskuje, że profesjonalści w takim samym stopniu jak inni ludzie czują się zagubieni, gdy muszą pracować z osobą niepełnosprawną choć teoretycznie zakłada się, że pracownicy zawodów pomocnych powinni być bardziej wrażliwi na potrzeby niepełnosprawnych. Badania prowadzone wśród psychologów (Tolor, Geller 1987) mówią że ta grupa zawodowa przejawia relatywnie pozytywne postawy wobec dzieci niepełnosprawnych, chociaż różniące się

w zależności od stopnia niepełnosprawności dziecka i rodzaju trudności związanych z ową niepełnosprawnością. Psychologowie okazują większą akceptację dzieciom z zaburzeniami o charakterze psychoedukacyjnym i funkcjonalnym niż dzieciom z zaburzeniami organicznymi i sensomotorycznymi, być może ze względu na możliwości i efekty pracy korekcyjnej. Psychologowie przejawiają bardziej pozytywne postawy wobec dzieci chorych na AIDS, choroby przewlekłe, dzieci z zaburzeniami sensorycznymi i trudnościami w uczeniu się niż wobec dzieci zaniedbanych, uzależnionych od środków odurzających, alkoholu, przejawiających zaburzenia łaknienia (anoreksja/bulimia), psychotycznych, autystycznych i z nadpobudliwością psychoruchową. Ten sam profil po staw utrzymywał się wśród badanych psychologów niezależnie od zakresu osobiste go kontaktu z dzieckiem niepełnosprawnym (w społeczności lokalnej, szkole, grupie społecznej czy domu rodzinnym).

Badania postaw wobec osób niepełnosprawnych prowadzono także wśród nauczycieli, zawodu o szczególnym znaczeniu dla kształtowania postaw kolejnych generacji dzieci i młodzieży. Postawy nauczycieli wobec niepełnosprawnych uczniów wpływają nie tylko na przystosowanie społeczne uczniów (Ruscello et al. 1983), lecz i na efekty procesu rehabilitacji. Wyniki wskazują jednak, że nauczyciele szkół podstawowych prezentują nieprzychylnie postawy wobec uczniów niepełnosprawnych, szczególnie wobec dzieci z porażeniem mózgowym i zaburzeniami emocjonalnymi (Tripp 1988). Istotną zmienną w kształtowaniu postaw nauczycieli wobec niepełnosprawnych uczniów jest kontakt i własne doświadczenie. Nauczyciele, którzy poza swoimi dydaktycznymi obowiązkami podejmują osobiste kontakty z dziećmi upośledzonymi i ich rodzinami, charakteryzują się bardziej pozytywnymi postawami niż nauczyciele, którzy takich kontaktów nie utrzymują (Hagen, Powell, Adams 1983; Minczakiewicz 1996).

Uwarunkowania osobowościowe

Do czynników warunkujących postawy wobec osób niepełnosprawnych należą także pewne wymiary osobowości, regulujące postawy wobec innych ludzi. Podejmując badania nad związkiem postaw wobec niepełnosprawnych a wymiarami osobowości osób sprawnych, zakłada się, że nie ma zunifikowanych postaw, charakterystycznych dla pewnych grup społecznych, ale że są one charakterystyczne dla każdej jednostki, jej tylko właściwe, a więc wynikają z osobowościowych cech i preferencji. Badania dotyczące cech osobowości warunkujących postawy wobec niepełnosprawnych prowadzone są przede wszystkim w krajach anglojęzycznych, jest ich jednak stosunkowo niewiele i nie ujmuje się w nich osobowości jako nad rzędnej struktury regulującej relacje jednostki z otoczeniem. Przyjmuje się w nich założenie, że cechy osobowości dynamizują rozwój człowieka i jego relacje społeczne oraz że zachodzi zależność między tymi cechami a postawami wobec niepełnosprawnych. Wynika to z tzw. personalistycznej koncepcji postaw, mówiącej, iż cechy osobowości ludzi zdrowych są

kształtowane przez wpływ i kontakty społeczne oraz doświadczenie, a poprzez postawy przejawia się ukryta tendencja do reagowania wobec niepełnosprawnych (Klimasiński 1976). Zgodnie z personalistycznym podejściem do zagadnienia postaw wobec osób niepełnosprawnych - w przeciwieństwie do koncepcji sytuacyjnej (interakcyjnej) - zakłada się, że:

- istnieją cechy osobowości warunkujące postawy wobec niepełnosprawnych,
- możliwe jest na podstawie cech osobowości osób zdrowych przewidywanie ich postaw i hipotetycznego zachowania się wobec niepełnosprawnych,
- możliwa jest modyfikacja postaw i zachowań osób zdrowych poprzez oddziaływanie na cechy ich osobowości.

Badania poszukujące zależności między postawami wobec niepełnosprawnych a strukturą czy też pewnymi wymiarami osobowości osadzone są w różnych koncepcjach teoretycznych: koncepcjach psychodynamicznych, behawiorystycznych teoriach socjopsychologicznych i socjologicznych, z których wywodzi się koncepcja Rottera, oraz w koncepcjach poznawczych i w psychologii humanistycznej.

Teorie psychodynamiczne, a szczególnie psychoanalityczne, będące próbą określenia mechanizmów kierujących przystosowaniem emocjonalnym jednostki, wiążą czynniki warunkujące postawy wobec niepełnosprawnych właśnie z uwarunkowaniami regulującymi owo przystosowanie, tzn. z lękiem kastracyjnym, siłą ego, obrazem własnego ciała.

Uznaje się, że lęk kastracyjny może być generalizowany i utożsamiany z utratą lub zaburzeniem funkcji wszelkich innych narządów. Nieświadome skojarzenia mogą wywoływać lęk kastracyjny na widok wszelkiego typu niepełnosprawności i może on stanowić przyczynę kształtowania się negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych (Klimasiński 1976). Obraz własnego ciała jest podstawowym składnikiem osobowości i istotnym, a zarazem ontogenetycznie najwcześniejszym elementem samooceny. Samoocena wpływa na przeżywanie lęku i wrogości, które korelują negatywnie z postawami wobec niepełnosprawnych - w szczególności niewidomych, natomiast siła ego i opiekuńczość korelują z postawami pozytywnie (Siller et al. 1967, za: Klimasiński 1976). Wiele prac badawczych poświęconych jest zależności między postawami a lękiem, traktowanym jako względnie stała cecha osobowości lub też aktualny stan jednostki. Na podstawie tych badań można stwierdzić, że wysoki poziom lęku implikuje negatywne postawy, a także ogranicza efektywność programów modyfikujących postawy, opartych zarówno na przekazie poznawczym, jak i na bezpośrednim kontakcie z osobami niepełnosprawnymi (Krause et al. 1991). Osoby o wysokim poziomie lęku (w rozumieniu cechy lub stanu) częściej przypisują niepełnosprawnym negatywne emocje i opisują ich w sposób pejoratywny. Lęk przed chorobą i kalectwem, które może zagrażać jednostce lub jej rodzinie, skłania do zachowania dystansu społecznego wobec osób niepełnosprawnych, choć prowadzić też może do współczucia i udzielania

anonimowej pomocy, ale bez nawiązywania osobistego kontaktu, który jest zbyt zagrażający. Negatywne postawy wobec niepełnosprawnych mogą wynikać z lęku przed odmiennością osób niepełnosprawnych, z obawy przed ich niesamodzielnością i uzależnieniem lub niekiedy przed odpowiedzialnością wobec osoby niepełnosprawnej (Ostrowska 1997). Lęk często przejawia się w myśleniu magicznym, które opiera się na założeniu, że to, o czym się nie mówi, nie istnieje. A więc jeżeli nie mówimy o niepełnosprawności, nie kontaktujemy się z osobami niepełnosprawnymi, to problem niepełnosprawności nie istnieje, a tym samym nie dotyczy nas samych (Witkowski 1994).

Przeżywany lęk ma więc istotny wpływ na postawy wobec osób niepełnosprawnych, lecz jego podłożem może być neurotyzm, stanowiący - zdaniem H.J. Eysencka - główny (obok ekstrawersji) wymiar osobowości (Hall, Lindzey 1994). Koncepcja Eysencka związana jest z nurtem behawiorystycznym i nawiązuje do teorii uczenia się, a osobowość ujmuje jako organizację pewnych stałych cech (właściwości). Badania wykazały, że właśnie neurotyzm jest cechą decydującą o postawach wobec niepełnosprawnych (Witkowski 1994). Neurotyzm jest uwarunkowany większą wrażliwością autonomicznego układu nerwowego i powoduje silne reakcje emocjonalne. Duża chwiejność emocjonalna prowadzi do dezorganizacji zachowania, więc osoby o wysokim nasileniu neurotyzmu są skoncentrowane na sobie i lękiem reagują na każdą sytuację odmienną, w tym także na widok i obecność osób niepełnosprawnych. Osoby charakteryzujące się niskim poziomem neurotyzmu traktują odmienną wynikającą z niepełnosprawności z zainteresowaniem.

Stwierdzono także zależność pomiędzy postawami wobec niepełnosprawnych a agresywnością, traktowaną jako ogólna cecha osobowości; badania wykazały, iż negatywne postawy można uznać za przejaw ogólnej wrogości i niezyczliwości w stosunku do osób niewidomych, można więc sądzić, iż do osób niepełnosprawnych w ogóle (Yuker et al. 1970, za: Klimasiński 1976).

Innym teoretycznym źródłem dla poszukiwań relacji zachodzących między cechami osobowości a postawami wobec niepełnosprawnych są teorie socjopsychologiczne, wyjaśniające powstawanie uprzedzeń wobec mniejszości społecznych, etnicznych i rasowych.

Można przyjąć, że istnieje duże podobieństwo pomiędzy mniejszościową grupą etniczną a grupą osób niepełnosprawnych oraz że procesy kształtowania postaw i powstawania uprzedzeń wobec członków obu tych grup przebiegają podobnie. Podobieństwa obejmują następujące cechy: inność (odmiennosc) - przedstawiciele grup mniejszościowych łatwo jest odróżnić od członków większości; izolacja - mniejszości mają tendencję do izolowania się od większości; doświadczanie przez przedstawicieli mniejszości poczucia niższej wartości i przejmowanie standardów ocen uznawanych przez większość; zaprzeczanie - niektórzy członkowie mniejszości próbują zaprzeczyć swojej przynależności do tej grupy, a niepełnosprawni zaprzeczają swojemu kalectwu (Klimasiński 1976).

Osoby niepełnosprawne tworzą swoistą subkulturę, której funkcjonowanie nie różni się zasadniczo od funkcjonowania innych subkultur. Jako subkulturę można także traktować grupę osób zainteresowanych integracją niepełnosprawnych (złożoną z samych niepełnosprawnych, ich rodzin i wszystkich bezpośrednio lub pośrednio sprzyjających integracji) - może ona funkcjonować jako społeczna obrona przed stygmatyzacją. Podtrzymywanie wspólnych perspektyw, koncepcji, wartości w celu potwierdzenia i wspierania grupowej tożsamości i interesów członków grupy stanowi istotę każdej subkultury, która funkcjonuje dzięki wzajemnemu wsparciu i komunikowaniu się jej członków, lecz może ograniczać autonomię jednostki (Gustavsson 1997).

Negatywne postawy wobec niepełnosprawnych warunkuje także etnocentryzm, cecha charakteryzująca ludzi dążących do dominacji w swojej grupie, a równocześnie odrzucających i deprecjonujących inne grupy społeczne. T.W. Adorno (1950, za: Aronson 1995) koncentrował swoją uwagę wokół problematyki etnocentryzmu i tendencji do uprzedzeń wobec przedstawicieli mniejszości. Empirycznie stwierdzono, że istnieje zbieżność pomiędzy postawami poszczególnych ludzi; ludzie o pewnym typie osobowości częściej prezentują niechętnie i wrogie postawy wobec członków mniejszości; czynnikiem warunkującym tego typu postawy jest osobowość autorytarna, przeciwieństwo osobowości egalitarnej. Osobowość autorytarna i egalitarna mogą warunkować określony sposób oceniania odmienności i nowych sytuacji. Skłonność do uprzedzeń rasowych i etnicznych jest więc tą uogólnioną i tkwiącą głęboko w strukturze osobowości cechą, która decyduje o powstawaniu postaw także wobec osób niepełnosprawnych. Osobowość autorytarna rozwija się w specyficznej sytuacji rodzinnej. Dziecko, którego potrzeby emocjonalno-społeczne nie są zaspokajane przez rodziców, często stosujących kary jako środek wychowawczy, a równocześnie przejawiających wrogi stosunek do grup mniejszościowych, odczuwa wrogość wobec swoich rodziców. Wrogość ta nie może być jednak wobec rodziców ujawniona, a dziecko za jej odczuwanie przeżywa silne wyrzuty sumienia. Identyfikuje się więc z rodzicami i przejmuje akceptowane przez nich postawy, równocześnie ich idealizując. Nie ujawniona wrogość wobec własnych rodziców zostaje skierowana na przedstawicieli lub całe grupy mniejszościowe w postaci przemieszanej agresji (Mika 1984). Tak tworzą się uprzedzenia etniczne, ale także uprzedzenia wobec osób niepełnosprawnych - nie zawsze więc muszą być one funkcją osobowości: często są determinowane przez społeczeństwo czy kulturę. Tu warto zaznaczyć, iż szczególnie wysoką korelację autorytaryzmu z niechęcią do zatrudniania osób niepełnosprawnych stwierdzono u kierowników przedsiębiorstw (Rickard et al. 1963, za: Klimasiński 1976).

Socjologiczna teoria Riesmana (1971) także stanowi punkt wyjścia dla rozważań teoretycznych dotyczących zależności między cechami osobowości a postawami wobec niepełnosprawnych. Teoria ta dała podstawy dla koncepcji wymiarów osobowości w ujęciu

J.B. Rottera. Według Rottera, można wyróżnić dwa typy osób: osoby przeświadczone, że ich życie, sukcesy i porażki zależą wyłącznie od okoliczności, losu, szczęścia lub działania innych, a miejsce kontroli zdarzeń znajduje się na zewnątrz nich samych (zewnętrzne poczucie kontroli wzmocnień), oraz osoby przekonane, że same decydują o swoim losie i biegu życia, a miejsce kontroli znajduje się w nich samych (wewnętrzne umiejscowienie kontroli).

Poczucie umiejscowienia kontroli jest jedną z cech warunkujących postawy wobec osób niepełnosprawnych, a także postawy niepełnosprawnych wobec samych siebie. Zewnętrzne poczucie kontroli sprawia, że zaburzenia i uszkodzenia sensoryczne są oceniane jako ciężkie kalectwo, a to implikuje negatywne ustosunkowanie się wobec osób nim dotkniętych. Osoby niepełnosprawne charakteryzujące się wewnętrznym poczuciem kontroli czują się bardziej zagrożone w związku z negatywną oceną cech ich osobowości, dokonywaną przez sprawnych członków społeczności. Stwierdzono, że osoby, u których występuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli częściej akceptują swoją niepełnosprawność (Klimasiński 1976).

Inna grupa cech osobowości warunkujących postawy wobec niepełnosprawnych dotyczy percepcji stosunków społecznych, a także percepcji własnych umiejętności pomocy osobom niepełnosprawnym oraz skierowanych wobec nich oczekiwań. Dogmatyzm i sztywność wiążą się z brakiem podatności na zmiany i z brakiem elastyczności w reakcjach na zjawiska społeczne (Rokeach 1960, za: Klimasiński 1976). Cechy te określają nieprzychylny i nietolerancyjny stosunek do rzeczywistości społecznej, zjawisk i ludzi, konsekwencją czego są negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych. Dogmatyzm jako cecha systemu przekonań, ujawniająca się niezależnie od treści tych przekonań, rzutuje na percepcję sytuacji społecznych.

W badaniach brano pod uwagę także takie zmienne, jak nietolerancja na wieloznaczność ocen oraz prostota poznawcza (Li 1985). Brak tolerancji na wieloznaczność rozumiany jest jako efekt dysonansu poznawczego, pojawiającego się w sytuacji porównywania odmienności osób niepełnosprawnych w stosunku do własnej sprawnej osoby, a prostota poznawcza - jako brak złożoności poznawczej, czyli brak elementu twórczego myślenia. Cechy te warunkują negatywne postawy wobec niepełnosprawnych, gdyż człowiek, przejawiając silną tendencję do utrzymania względnej równowagi w obrębie swoich przekonań, upodobań, postaw, w obrazie świata, innych osób i samego siebie, przetwarza wiele informacji i dostosowuje je do posiadanego wcześniej obrazu rzeczywistości, a przejawia opór wobec napływających informacji dysonansowych (niezgodnych z wcześniej posiadanymi) lub też ich unika (Festinger 1954, za: Zaborowski 1980). Teoria dysonansu poznawczego wyjaśnia także trudności związane ze zmianą negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych w przypadku prezentacji osobom sprawnym informacji niezgodnych z pierwotnym stereotypem osoby niepełnosprawnej.

W badaniach poszukiwano również zależności między postawami wobec dzieci niepełnosprawnych

a poziomem empatii nauczyciela. S. Morgan (1979, 1984), który zanalizował znaczenie empatii w zawodzie nauczycielskim, stwierdził między innymi, że empatyczni nauczyciele traktują i spostrzegają dzieci niepełnosprawne (mające zaburzenia emocjonalne) jako nie różniące się od innych i przejawiają wobec nich pozytywne postawy. Nauczyciele charakteryzujący się wysoką empatią rozumieją potrzeby dziecka i wczuwają się w jego stany emocjonalne, dobrze orientują się w sytuacji rodzinnej ucznia (co pozwala im prawidłowo kierować procesem dydaktyczno-wychowawczym i dostosowywać go do potrzeb konkretnego dziecka), są też skłonni do podejmowania bliskich kontaktów z innymi ludźmi, są wrażliwi na potrzeby psychiczne uczniów, a równocześnie potrafią zachować pewien dystans, umożliwiając prawidłowe funkcjonowanie klasy w sytuacji nauczania i wychowania (Morgan 1984).

Empatia nauczyciela wpływa na jego postawy wobec uczniów oraz na sposób komunikacji w interakcji nauczyciel-uczeń, ale i modyfikuje sposób spostrzegania nauczyciela przez samych uczniów. Dla uczniów klas normalnych centralną cechą nauczyciela są jego kompetencje akademickie. Dla dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi cechą centralną w opisie nauczyciela jest jego zdolność nawiązania relacji emocjonalnych z uczniami i cecha ta jest znacznie wyżej oceniana niż kompetencje zawodowe (Morgan 1979). Nauczyciele oceniani są przez uczniów przejawiających zaburzenia zachowania przede wszystkim ze względu na zdolności zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa i dawania wsparcia wychowankom.

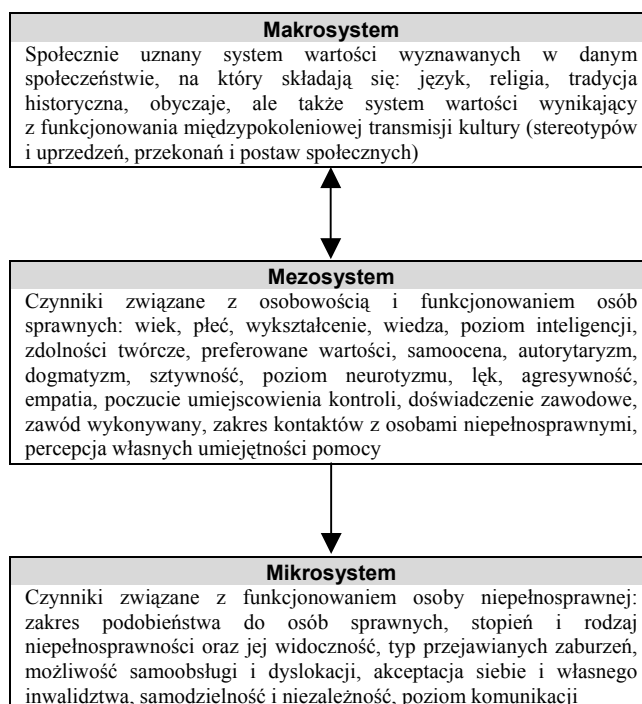
Pozytywne postawy nauczycieli wobec uczniów przejawiających trudności w uczeniu się oraz adekwatny do potrzeb tych uczniów poziom empatii nauczyciela umożliwiają pracę w klasach psychoedukacyjnych, realizujących program oddziaływania korekcyjnego. Badania S. Morgana (1979, 1983) wykazały, że prospołeczne postawy nauczyciela pracującego w klasie psychoedukacyjnej i jego umiejętność empatyzowania wpływają na rozwój empatii u młodzieży oraz jej zachowania i postawy prospołeczne.

Już wczesne prace polskich autorów, dotyczące diagnozy postaw wobec niepełnosprawnych oraz ich wpływu na proces rehabilitacji (Larkowa 1970), ukazywały złożony charakter tych postaw i ich wielorakie uwarunkowania. Badania nad uwarunkowaniami postaw wobec osób niepełnosprawnych, prowadzone w konwencji psychologii poznawczej i humanistycznej, przedstawił w bardzo ciekawej pracy A.E. Sękowski (1994a). Założono, że osobowość jako centralny system regulujący i integrujący związki oraz relacje jednostki z otoczeniem określa kierunek kształtowania się odniesień do rzeczywistości, a więc także do niepełnosprawnych; brano pod uwagę dyspozycyjne i motywacyjne wymiary osobowości, takie jak: poziom inteligencji, preferencje stylów poznawczych, hierarchię wartości i samoocenę. W badaniach stwierdzono, że postawy pozytywne i negatywne warunkowane są odmiennymi cechami osobowości osób pełnosprawnych. Predyktorami postaw pozytywnych są: inteligencja ogólna, zdolności twórcze, wysoka samoocena

i związana z nią samoakceptacja, przy jednoczesnej ambiwalencji samoocen częściowych, hierarchia preferowanych wartości - pozytywne odniesienie do wartości społecznych, religijnych, moralnych i artystyczno-estetycznych, przy jednoczesnym negatywnym stosunku do wartości ekonomicznych, teoretycznych i prestiżowych. Samoocena łącząca się z dojrzałością emocjonalną, przystosowaniem społecznym i pozytywnym obrazem świata i innych sprzyja występowaniu pozytywnych i stabilnych postaw wobec innych ludzi, zwłaszcza potrzebujących pomocy (np. dzieci, osoby starsze, chore, niepełnosprawne); osoby o dodatniej samoocenie są skłonne do bezinteresownego obdarzania innych pozytywnymi uczuciami (Zaborowski 1980). Negatywne postawy wobec niepełnosprawnych warunkowane są z kolei przez: niską inteligencję, niski poziom zdolności twórczych, zależność od pola percepcyjnego i impulsywność, niską samoocenę, preferowaną hierarchię wartości - preferencja dla wartości prestiżowych, ekonomicznych i teoretycznych, przy niskiej ocenie wartości moralnych, społecznych, religijnych i artystyczno-estetycznych.

Zaprezentowany przegląd podstaw teoretycznych i związanych z nimi badań nie wyczerpuje całości zagadnienia, ale pozwala na dokonanie uogólnień w odniesieniu do ekologicznej teorii U. Bronfenbrennera (1981).

Uwarunkowania postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych można ująć w formie hierarchicznej struktury, której elementy pozostają ze sobą w ścisłej dwustronnej zależności. Proponowaną strukturę czynników determinujących postawy wobec osób niepełnosprawnych prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2 - Uwarunkowania postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych (model systemowy)

Modyfikacja postaw

Środowisko społeczne może oddziaływać na kształtowanie się i modyfikację postaw poprzez mechanizmy: empatii, modelowania i identyfikacji (Mądrzycki 1977). Empatia to emocjonalno-poznawczy proces umożliwiający wczuwanie się w stan psychiczny innej osoby oraz rozumienie jej sytuacji i punktu widzenia. Modelowanie jest bardziej złożonym mechanizmem uczenia się niż naśladownictwo; poprzez naśladownictwo podmiot przejmuje określone formy zachowania, a w przypadku modelowania - także tendencje uczuciowo-motywacyjne. Inny mechanizm kształtowania się postaw - identyfikacja - ma duże znaczenie w okresie dorastania. Identyfikacja z osobą czy grupą, która staje się modelem dla rozwijających się postaw, wzmacnia zależność pomiędzy postawą a zachowaniem. Mechanizm identyfikacji działa wówczas, gdy jednostka czuje się blisko związana z określoną osobą lub grupą, którą naśladuje, i przejawia troskę o potrzeby i interesy tej osoby lub grupy. Identyfikacja jako ważny mechanizm rozwoju osobowości i budowania poczucia własnej tożsamości może wszakże w pewnych przypadkach czynić jednostkę zbyt zależną od modelu i niesamodzielną, ale może także pełnić funkcję mechanizmu obronnego - wtedy, gdy dochodzi do redukcji poczucia zagrożenia dzięki identyfikacji z osobą będącą wzorem (Zaborowski 1980).

Negatywne postawy wobec niepełnosprawnych wynikają z braku doświadczeń i osobistych kontaktów osób sprawnych, braku treningu w zakresie wzajemnej komunikacji, niewykształconych umiejętności zachowania się wobec osób niepełnosprawnych lub też z dezinformacji. Mogą być także uwarunkowane wiekiem i niskim poziomem wykształcenia: spostrzeganie niepełnosprawnych przez pryzmat słabości występuje częściej wśród osób starszych i niżej wykształconych, natomiast spostrzeganie przez pryzmat cech utrudniających relacje interpersonalne częstsze jest wśród osób młodszych i lepiej wykształconych (Ostrowska 1997).

Badania wskazują (Guskin 1973, za: Sękowski 1994b), że istnieje możliwość modyfikacji negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych poprzez stwarzanie możliwości nawiązania osobistych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, pełniącymi powszechnie akceptowane role społeczne. Istotną rolę w kształtowaniu się postaw odgrywają własne doświadczenia w pracy i kontaktach osobistych z niepełnosprawnymi. Osoby, którym brak takich doświadczeń, przejawiają zdecydowanie niechętną postawę wobec niepełnosprawnych, natomiast ci, którzy mają niepełnosprawne rodzeństwo lub niepełnosprawnego członka rodziny, przejawiają najbardziej pozytywne postawy (Hagen, Powell, Adams 1983).

Postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą podlegać zmianom. A. Towner (1984) przedstawił analizę 46 badań poświęconych modyfikacji postaw wobec inwalidów i stwierdził, że manipulując poznawczym komponentem postawy (przez wzbogacenie wiedzy na temat osób niepełnosprawnych) wpływa się na komponent emocjonalny - także czynnik

konstituujący postawę. Towner uznał też, iż efektywność różnorodnych technik poznawczych, jakich użył w badaniach, jest taka sama, a więc z jednakowym powodzeniem można stosować wykład, dyskusję kierowaną, odgrywanie ról, kontakt bezpośredni. Szczególne znaczenie dla modyfikacji postaw ma klimat emocjonalny panujący w grupie rówieśniczej (Sękowski 1996, 1999).

Postawy dzieci i młodzieży wobec niepełnosprawnych rówieśników także mogą podlegać modelowaniu. Rozbudowanie wiedzy o przyczynach niepełnosprawności, możliwościach, ograniczeniach, problemach codziennego życia i podstawach rewalidacji, a także osobiste kontakty w formie zabaw, dyskotek, zawodów sportowych, wycieczek prowadzą do zmiany obrazu osoby niepełnosprawnej i modyfikacji motywacji leżącej u podstaw podejmowania kontaktów z niepełnosprawnymi rówieśnikami (Oszustowicz 1995). Zmiana postaw wobec niepełnosprawnych rówieśników zachodzi też w przypadku zastosowania odpowiednich form pracy w szkole: uczenia się wzajemnego i uczenia się kooperacyjnego (Miller, Roth 1993). Badania prowadzone przez S.E. Miller i M.A. Roth dowodzą, że pod wpływem integracyjnego nauczania (program trwał 5 tygodni) zmieniają się postawy wobec niepełnosprawnych rówieśników. Podobny efekt przynosi integracja realizowana podczas zajęć sportowych (Archie, Sherill 1989): sprawni uczniowie, biorący udział w integracyjnych zajęciach sportowych, bardziej pozytywnie oceniają swoich niepełnosprawnych kolegów i częściej opisują ich jako wesołych, interesujących, aniżeli uczniowie szkoły masowej pozbawieni kontaktów z niepełnosprawnymi rówieśnikami. Teoretycznego uzasadnienia można tu szukać w teorii G.W. Allporta, wyjaśniającej rozwój uprzedzeń rasowych (Allport 1958, za: Aronson 1995), mówiącej, iż jesteśmy skłonni podejmować kontakty z osobami o podobnym statusie, ale wspólne zaangażowanie różnych grup w działalność stanowiącą wspólną wartość i przynoszącą obopólną satysfakcję prowadzi do akceptacji członków odmiennej grupy.

Modyfikacja negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych zależy od przedmiotu postawy, tzn. od rodzaju niesprawności oraz od przejawianego przez te osoby typu zachowania. W przypadku postaw wobec dzieci z zaburzeniami zachowania i zaburzeniami emocjonalnymi stwierdzono, że w stosunku do dzieci nadpobudliwych przejawiane są bardziej negatywne postawy aniżeli w stosunku do dzieci zahamowanych, wycofujących się, oraz że postawy wobec dzieci nadpobudliwych są bardziej odporne na modyfikujący wpływ wykładów poświęconych tej problematyce (Li 1985).

Modyfikacja postaw wobec niepełnosprawnych ma istotne znaczenie w grupie nauczycieli. Analizując badania empiryczne na ten temat, J.T. Aldridge i G.A. Clayton (1987) starali się znaleźć zależność między efektywnością treningu a jego długością. Badania wykazały, że kilkumiesięczny trening nauczycieli (2 lub 4 miesiące), w ramach którego zajęcia rozwijające wiedzę o niepełnosprawności prowadzone były raz w tygodniu, wpływa na zmianę postaw nauczycieli

wobec dzieci niepełnosprawnych w kierunku pozytywnym, natomiast jednolite programy zmiany postaw nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Autorzy stwierdzają, że pozytywne zmiany postaw wiązały się z różnymi kategoriami niepełnosprawności, lecz nie dotyczyły dzieci z upośledzeniem umysłowym. Można wnioskować, że modyfikacja postaw nauczycieli wobec uczniów z upośledzeniem umysłowym powinna uwzględniać nie tylko poznawcze elementy postawy, ale i afektywne jej komponenty, winna też prowadzić do wykształcenia konkretnych umiejętności pracy z dziećmi upośledzonymi. Pozwoliłoby to na rozwinięcie u nauczycieli gotowości do adekwatnych zachowań wobec tych dzieci, a więc behawioralnego składnika postawy.

Bibliografia

1. Aldridge J.T., Clayton G.A. (1987), *Elementary teachers' cognitive' and affective perceptions of exceptional children*, „Psychological Reports” 61, pp. 91-94
2. Archie U.W., Sherill C. (1989), *Attitudes toward handicapped peers of mainstreamed and nonmainstreamed children in physical education*, „Perceptual and Motor Skills” 69, p. 319-322
3. Aronson E. (1995), *Człowiek - istota społeczna*, Warszawa: PWN
4. Błęszyńska K. (1996), *Wybrane determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] W. Dykcik (red.), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań: Eruditus
5. Bronfenbrenner U. (1981), *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Cambridge: Harvard University Press
6. Christman L.A., Slaten B. L. (1991), *Attitudes toward people with disabilities and judgments of employment potential*, „Perceptual and Motor Skills” 72, pp. 467-475
7. Dykcik W. (1996), *Warunki i możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych umysłowo*, [w:] W. Dykcik (red.), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań: Eruditus
8. Fairbairn G.J. (1996), *Integracja, wartości, społeczeństwo*, [w:] J. Bogucka, M. Kościelska (red.), *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Nowe doświadczenia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN
9. Gething L. (1991), *Generality vs. specificity of attitudes towards people with disabilities*, „British Journal of Medical Psychology” No 64, pp. 55-64
10. Giryński A., Przybylski S. (1993), *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych*, Warszawa: WSPS
11. Gustavsson A. (1997), *Integracja, stygmatyzacja i autonomia - jasne i ciemne strony subkultury integracji*, [w:] A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa: Wydawnictwo „Żak”
12. Hagen B.H., Powell C., Adams R. (1983), *Influence of personal and academic experiences on formation of attitudes toward mentally retarded adults*, „Perceptual and Motor Skills” 57, pp. 835-838
13. Hall C.S., Lindzey G. (1994), *Teorie osobowości*, Warszawa: PWN
14. Harasymiw S.J., Horne M.D. (1976), *Teacher attitudes toward handicapped children and regular class integration*, „Journal of Special Education” No 10, pp. 393-400
15. Horne M.D., Ricciardo J. L. (1988), *Hierarchy of response to handicaps*, „Psychological Reports” 62, pp. 83-86
16. Hulek A. (1985), *Niektóre problemy społecznej rehabilitacji*, [w:] A. Hulek (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa: PTWK
17. Jones R.J. (1974), *The hierarchical structure of attitudes toward the exceptional*, „Exceptional Children” 40, pp. 430-435
18. Klimasiński K. (1976), *Cechy osobowości a postawy wobec inwalidów*, „Przegląd Psychologiczny” 19, 1, s. 71-83
19. Konarska M. (1994), *Postawy młodzieży polskiej wobec niepełnosprawnych rówieśników*, [w:] Fenczyn J., Wyczesany J. (red.), *Problemy edukacji i integracji osób niepełnosprawnych*, Kraków: PSON
20. Krause A. (2000), *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”
21. Krause K., Nixon J., Beer J., Beer J. (1991), *Attitudes, anxiety, and social readjustment toward learning disabilities by student teachers*, „Psychological Reports” 68, p. 399-402
22. Larkowa H. (1970), *Postawy otoczenia wobec inwalidów*, Warszawa: PZWL
23. Larkowa H. (1985), *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych* [w:] A. Hulek (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa: Wydawnictwo WSP
24. Mądrzycki T. (1977), *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa: PZWS
25. Mika S. (1984), *Psychologia społeczna*, Warszawa: PWN
26. Miller S.E., Roth M.A. (1993), *Children's perceptions of responsibility: attitudes while working with peers with disabilities*, „Perceptual and Motor Skills” 76, pp. 618
27. Minczakiewicz E. (1993), *Postawy społeczne uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych rówieśników*, „Kultura i Edukacja” nr 3, s. 99-106
28. Minczakiewicz E. (1996), *Postawy nauczycieli i uczniów szkół powszechnych wobec dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, [w:] W. Dykcik

- (red.), *Spółeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań: Eruditus
29. Morgan S. (1979), *A model of the empathic process for teachers of emotionally disturbed children*, „American Journal of Orthopsychiatry” No 3, pp. 446-453
 30. Morgan S. (1984), *An illustrative case of high-empathy teachers*, „Humanistic Education and Development” No 1, pp. 143-148
 31. 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”
 32. 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
 33. Palmer D.J. (1983), *An attribution perspective on labeling*, „Exceptional Children” 49, pp. 423-429
 34. Riesman D. (1971), *Samotny tłum*, Warszawa: PWN
 35. Roush S.E. (1986), *Health professionals as contributors to attitudes toward persons with disabilities*, „Physical Therapy” 66, 10 (October), pp. 155 1-1554
 36. Ruscello D.K., Stutler SS., Toth D. (1983), *Classroom teachers' attitudes toward children with articulatory disorders*, „Perceptual and Motor Skills” 57, pp. 527-530.
 37. Schmelkin LP. (1984), *Hierarchy of preferences toward disabled groups: reanalysis*, „Perceptual and Motor Skills” 59, pp. 151-157
 38. Sękowski A.E. (1994a), *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*, Lublin: Wydawnictwo UMCS
 39. Sękowski A.E. (1994b), *Wybrane koncepcje teoretyczne postaw wobec osób niepełnosprawnych*. [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS
 40. Sękowski A.E. (1996) *Psychologiczne uwarunkowania zmian postaw wobec uczniów niepełnosprawnych*, [w:] A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.). *Studia z psychologii w KUL*, s. 365-379, Lublin: Wydawnictwo KUL
 41. Sękowski A.E. (1999), *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza” nr 3, s. 237-246
 42. Shears LM., Jensema C.J. (1969), *Social acceptability of anomalous persons*, „Exceptional Children” 36, pp. 91-96
 43. Tolor A., Geller D. (1987), *Psychologists attitudes toward children having various disabilities*, „Psychological Reports” 60, pp. 1177-1178
 44. Towner A. (1984), *Modifying attitudes toward the handicapped: A review of the literature and methodology*, [in:] R.L. Jones. (ed), *Attitudes and attitude change in special education: Theory and practice*, Ueston, Virginia: The Council for Exceptional Children
 45. Tripp A. (1988), *Comparison of attitudes of regular and adapted physical educators toward disabled individuals*, „Perceptual and Motor Skills” 66, pp. 425-426
 46. Urban B. (1992), *Działanie wychowawczo-profilaktyczne integrujące uczniów społecznie niedostosowanych ze społecznością szkolną*, [w:] A. Hulek, B. Grochmai-Bach (red.), *Uczeń niepełnosprawny w szkole masowej*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP
 47. Westbrook M.T., Legge V., Pennay M. (1993), *Attitudes towards disabilities in a multicultural society*, „Social Science Medicine” 5, pp. 615-623
 48. Witkowski T. (1994), *Konieczność zmiany stosunku do osób niepełnosprawnych*, [w:] J. Fen- czyn, J. Wyczesany (red.), *Problemy edukacji i integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu „ Niepełnosprawni bliżej Europy” w 1993 r.*, Kraków: Polskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Zarząd Główny
 49. Wright B. (1965), *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa: PWN
 50. Zaborowski Z. (1980), *Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa: PWN
 51. Zola I.K. (1993), *Self identity and the aiming question: Reflections on the language of disability*, „Social Science Medicine” 36, 2, pp. 167-173

■ **SOCIETY IN RELATION TO DISABLED PEOPLE - ATTITUDES AND THEIRS DETERMINANTS**

Abstract

There are various social attitudes towards disabled people. These attitudes we expressed through all their components: cognitive (knowledge and believes related to disabled people), emotional (emotional judgements) and behavioural. These attitudes are often incoherent and subject to changes. Verbal declarations are often determined by social norms and conventions and are a result of fear of negative social assessment. The real attitudes beneath such declarations are often negative or even hostile.

Social attitudes towards disabled people we conditioned by many variables. The factors determining social attitudes towards disabled people, that are considered to be important are related to development of disabled persons' personality (self-evaluation and self-worth), psychological properties of able-bodied people (perception of disability, features of personality, professional experience), and cultural factors.

The article presents a thorough analysis of results of research dedicated to the factors conditioning attitudes towards disabled people and the possibility of their modification.