

*Małgorzata Malec*

## ZJAWISKO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO (MARGINALIZACJI/AUTOMARGINALIZACJI) NIEPEŁNOSPRAWNYCH OSÓB DOROSŁYCH

Zjawisko wykluczenia społecznego jest ogromnie rozległe; trudno znaleźć jedną definicję oddającą jego złożoność. Analizując podziały klasowe i inne fundamentalne linie podziałów społecznych, te związane z płcią, sprawnością lub niepełnosprawnością, etnicznością, można częściowo zdefiniować wykluczenie społeczne w kategoriach nierównego dostępu do różnych form samorealizacji i uzyskania nowych form działania. Giddens (2001) twierdzi, że różnica, wykluczenie i marginalizacja są efektami nowoczesności. Wykluczenie społeczne jest to coś, co może przydarzyć się każdemu, ale niektórzy ludzie są narażeni na znacznie większe ryzyko stania się wykluczonym niż pozostali. Badania wykazują, że ludzie z pewnym pochodzeniem/przeszłością i doświadczeniami mają proporcjonalnie większe predyspozycje doznania wykluczenia społecznego. Kluczowe współczynniki ryzyka wykluczenia to: niskie dochody, konflikty rodzinne, bycie pod czyjąś opieką, problemy szkolne, bycie eks-więźniem, przynależność do mniejszości etnicznych, mieszkanie w deprymującym sąsiedztwie, cierpienie na problemy zdrowia psychicznego, wieku, płci i niepełnosprawności.

Człowiek jest wielowymiarowy – jak mówił Gombrowicz – pełnowymiarowy, składa się bowiem z wielu złożonych struktur biologicznych, społecznych i psychologicznych; jest podmiotem działającym w uwarunkowanym kulturowo świecie. W wielowymiarowość podmiotu wbudowana jest także jego aktywność, która uruchamiana jest (lub nie) poprzez różnorodne motywy: materialne, społeczne, duchowe czy emocjonalne; jego praca na poziomie świadomym i nieświadomym oraz jego układy poznawcze, emocjonalne i wolicjonalne. I to właśnie ta wielowymiarowość czyni każdego człowieka niepowtarzalnym, niewymienialnym, innym (nie znacząco gorszym) żyjącym jednocześnie w świecie zewnętrznym, jak i wewnętrznym. Działania podmiotu nie są niczym usankcjonowane – tak jak każdy ma prawo do życia, wolności, tak mamy także prawo do imności i do bycia sobą, także bycia osobą niepełnosprawną. To schematyczne myślenie, segmentacja oraz otaczająca nas fala nowoczesności utrzymuje podział społeczeństwa na osoby pełnosprawne i niepełnosprawne. Osoba niepełnosprawna to podmiot, którego stan fizyczny lub/i psychiczny trwa-

le lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi<sup>1</sup>.

Badanie nad sytuacją życiową osób niepełnosprawnych przeprowadzone przez Antoninę Ostrowską, Janinę Sikorską i Zbigniewa Sufina w 1994 potwierdziły, że niepełnosprawność kumuluje różnorakie upośledzenia w wielu wymiarach sytuacji życiowej (wykształcenie, praca, materialne warunki życia, uczestnictwo w kulturze), co z kolei wpływa na ograniczenie własnych dążeń i aspiracji, a tym samym uruchamia proces **automarginalizacji** – czyli samoograniczenia w dostrzeganiu swoich szans, perspektyw, wyznaczaniu celów życiowych i dążeniu do nich (Ostrowska, Sikorska, Gąciarz 2001). Brak odpowiednich działań systemowych, mających znieść bariery architektoniczne i komunikacyjne, trudności z przystosowaniem szkół, instytucji i tworzeniem odpowiednich miejsc pracy, a także społeczeństwo – generalizując – niewrażliwe na problemy osób niepełnosprawnych utrwała i pogłębia upośledzenie tej grupy, skazując ją na marginalizację i wykluczenie społeczne. W naukach społecznych istnieje wiele koncepcji, do których odwołanie się pozwala naświetlić mechanizm wycofania się ludzi z działania, „zamknięcia” na „innych” i na to co „obce” oraz mechanizm wykluczenia przez „innych”, co obrazuje poniższy schemat.

Automarginalizacja	Marginalizacja/wykluczenie społeczne
<p>Teorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– naznaczenia społecznego</li> <li>– wyuczonej bezradności</li> </ul>	<p>Teoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przemieszczenie socjokulturowe jednostki</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">grupy odniesienia</p> <p>Czynniki sprzyjające marginalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zewnętrzne           <ul style="list-style-type: none"> <li>– potencjał opiekuńczy rodzin i ich współpraca</li> <li>– trudny i ograniczony dostęp do instytucji rehabilitujących i leczenia specjalistycznego</li> <li>– brak odpowiednich działań systemowych, mających znieść bariery architektoniczne i komunikacyjne</li> <li>– trudności z przystosowaniem szkół, instytucji</li> </ul> </li> <li>2. wewnętrzne           <ul style="list-style-type: none"> <li>– sprawność fizyczna</li> <li>– aspekt psychiczny</li> </ul> </li> </ol>

Jedną z teorii wyjaśniających zjawisko automarginalizacji jest teoria **naznaczenia społecznego**, w świetle której mechanizm automarginalizacji można by rozpatrywać jako efekt narzuconej roli (etykiety). Na mocy tej etykiety od osoby niepełno-

<sup>1</sup> Ustawa z 26 sierpnia 1997 r. O rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej, DzU nr 123, poz. 776.

sprawnej oczekiwany jest sposób zachowania, wyznaczony jej społecznym wizerunkiem, który identyfikowany jest z cechami słabości, uzależnienia i wycofania. Proces etykietowania ma wyraźne konsekwencje nie tylko dla określonego postrzegania ludzi niepełnosprawnych, ale także ich zachowania, sposobu prezentowania siebie innym, a w dalszej perspektywie wyznaczania struktury własnych aspiracji i możliwości życiowych (Ostrowska, Sikorska 1996).

Teoria druga wyjaśniająca mechanizm automarginalizacji, to teoria wyuczony bezradności. Wyuczona bezradność jest reakcją na postrzegany brak związku między podejmowanymi działaniami, a oczekiwanymi nagrodami. Sytuacja taka prowadzi do trojakiach konsekwencji:

- deficytów poznawczych (brak możliwości rozumienia własnej sytuacji i kontroli wydarzeń);
- deficytów motywacyjnych (obniżenie motywacji do działania);
- deficytów emocjonalnych (apatia, znużenie, lęk, niekompetencja, bezradność, wrogość).

Wyuczoną bezradność możemy rozpatrywać jako efekt mechanizmu zewnątrzsterowności. (Ostrowska, Sikorska 1996). Według tej teorii osoby niepełnosprawne podczas procesu przystosowania do życia z nowymi ograniczeniami poddawane byłyby specyficznej socjalizacji do roli „niepełnosprawnego – inwalidy”, to czyniło je podporządkowanymi, biernymi, niezdolnymi do podejmowania decyzji i kierowania własnym działaniem. Jednakże owa bezradność może być także dla podmiotu źródłem pozytywnych doświadczeń. Albowiem zdjęcie z siebie ciężaru decyzji i odpowiedzialności może być traktowane przez daną osobę jako przejaw troski, zaangażowania w jej sprawy, jako pomoc. W tej sytuacji wycofanie się jednostki będzie miało tendencje do utrwalania się. Specyficznym aspektem problemu bezradności są przejawy roszczeniowości osób niepełnosprawnych w ich kontaktach z osobami bliskimi i z najbliższego otoczenia czy też z instytucjami wspomagającymi. Przejawem tego są ciągle wzrastające przejawy oczekiwanej pomocy i bezinteresownych świadczeń ze strony innych ludzi (Ostrowska, Sikorska 1996).

Analizując istotę marginalizacji w wybranej grupie osób niepełnosprawnych, można wywnioskować, że u jej podstaw znajduje się specyficzne **przemieszczenie socjokulturowe jednostki** (Sokołowska, Ostrowska 1976), załamanie się istniejącej konfiguracji ról i relacji społecznych, wiążących je uprzednio (przed wypadkiem, chorobą) z jej otoczeniem i wytrącających ją z istniejącego porządku społecznego. Powodem tej zmiany niekoniecznie muszą być deficyty funkcjonowania związane z zaburzeniem biologicznym czy psychicznym. Przemieszczenie może być również skutkiem panujących norm kulturowych, wyznaczających zachowania jednostek czy instytucji, które narzucają osobie niepełnosprawnej wzory zachowania i typy aktywności uznawane za odpowiednie dla niej. Zatem przemieszczenie nastąpi także wte-

dy, gdy w rzeczywistości zdolność pełnienia ról nie ulegnie zmianie, jest bowiem zdeterminowana przez normy kulturowe panujące w danej grupie, do której w pewien sposób przynależy osoba niepełnosprawna (Ostrowska, Sikorska 1996). Nasuwa się w tym miejscu następujący wniosek: skoro normy kulturowe panujące w danych grupach socjokulturowych mają wpływ na przemieszczenie socjokulturowe u osób niepełnosprawnych, to oddziałują one także na pozostałe podmioty danej grupy socjokulturowej.

Przemieszczenie socjokulturowe jednostki można w pewien sposób odnieść do teorii grupy odniesienia (*reference group*)<sup>2</sup>, której twórcy wychodzą od stwierdzenia, że ludzie w swym życiu codziennym „porównują się”, odnoszą do innych, aby móc się samookreślić, zidentyfikować swe postępowanie (Turowski 2001). Zatem grupa może służyć podmiotowi jako źródło norm kulturowych (funkcja normatywna)<sup>3</sup> w zakresie zachowań i postaw oraz jako źródło standardów dla oceny samej siebie bądź innych osób. W obrębie grup normatywnych można wyróżnić grupy, których wartości i normy jednostka zinternalizowała, nazywając je za Turnerem *grupami identyfikacji*. W węższym sensie oznaczałoby grupy, z którymi podmiot wprowadzie się nie identyfikuje, ale są one wyznaczone przez jej grupę identyfikacji jako zasadne źródło norm. W szerokim sensie są to grupy, z którymi podmiot może się nie identyfikować, które też mogą go nawet nie dostrzegać, lecz których uwagę jednostka chciałaby na siebie zwrócić. Są to grupy audytoryjne, obserwatorów (*audience group*), które oddziałują na jednostkę za pośrednictwem wyobrażeń, jakie dany podmiot posiada, przypisuje on jemu pewne wartości i normy (bardziej lub mniej zasadne) i dostosowuje do nich swoje zachowanie. Kemper twierdzi, że istnienie takich grup ma pozytywny wpływ na podmiot, motywuje i dostarcza bodźców do działania i wysiłku, nie nakłaniając do konformizmu (cyt. za: Skeris 1998).

Czynniki pogłębiające zjawisko marginalizacji społecznej możemy podzielić na czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Analizując czynniki zewnętrzne warto podkreślić, iż współpraca rodzin oraz potencjał opiekuńczy rodzin osób niepełnosprawnych w znacznej mierze wpływa na proces marginalizacji. Albowiem brak potencjału opiekuńczego oraz bierna postawa akceptacji i wycofania opiekunów/rodziców/rodzin/bliskich utrwala i wzmacnia marginalizację społeczną. Rodziny/opiekunowie stanowią główną podporę dla osób niepełnosprawnych, kiedy takiej podpory nie otrzymują od bliskich prowadzi to do automarginalizacji (Ostrowska, Sikorska 1996).

---

<sup>2</sup> Więcej informacji na temat teorii grup odniesienia znaleźć można w pracach H. Hymana, Theodore M. Newcomba, Samuela A. Stouffera, Harolda H. Kelleya, L. Festinger, Ralphi Turnera, R. Mortona, G. Meeda oraz Ch.H. Cooleya.

<sup>3</sup> Teoretycy wyróżnili dwa rodzaje grup, do których jednostki się odnoszą, grupy odniesienia porównawczego i grupy odniesienia normatywnego (funkcja normatywna) (Turowski 2001).

Innymi czynnikami wśród czynników zewnętrznych przyczyniającymi się do deprivacji są: trudny i ograniczony dostęp do instytucji rehabilitacji (lecniczo i zawodowo) i leczenia specjalistycznego. Osoba borykająca się ze swą niepełnosprawnością ma nieustanne obawy przed biedą (niewystarczające zabezpieczenie materialne/ekonomiczne ze strony państwa), brak zainteresowania życiem publicznym (jeśli nawet się pojawia to dotyczy ono spraw dotyczących niepełnosprawności).

Analizując natomiast czynniki wewnętrzne zauważamy, iż jednym z czynników pogłębiających jest czynnik, który możemy określić mianem „sprawności fizycznej”. Im głębsze, bardziej ograniczające kalectwo tym więcej barier. Czynniki te uniemożliwia lub ogranicza wykonywanie podstawowych czynności życiowych, powoduje trudności w pokonywaniu barier także architektonicznych<sup>4</sup>. Te niedogodności czynią w dużej mierze przywiązanie do mieszkań, a w skrajnych przypadkach do łóżka. W rezultacie prowadzi to do wyłączenia/wykluczenia podmiotu z „normalnego” życia, ogranicza jego kontakty i samorealizację celu życiowego oraz powoduje uzależnienie od innych (Ostrowska, Sikorska 1996).

Kolejnym czynnikiem z grupy czynników wewnętrznych utrwalającym marginalizację jest aspekt psychiczny, nieumiejętność nawiązywania kontaktów, wchodzenia w interakcje, brak otwartości i akceptacji. Aczkolwiek komponent somatyczny (ból) jest także w dużej mierze przyczyną niekorzystnych stanów psychicznych (zła kondycja psychiczna).

Próby wyjaśniania odmienności położenia społecznego kategorii niepełnosprawnych, genezę upośledzeń społecznych i mechanizmów spychających ich poza główny nurt życia społecznego można przedstawić w dwóch modelach analitycznych. Pierwszy z nich usiłuje wyjaśnić problemy, jakie niesie niepełnosprawność, na poziomie indywidualnym (indywidualny model niepełnosprawności), jako pewien problem deficytu medycznego, psychicznego i technicznego, drugi na poziomie społecznym (społeczny model niepełnosprawności), jako głęboko ustrukturalizowany społeczny fenomen, który stawia pytanie o tożsamość i przekonania kulturowe. Różnice pomiędzy tymi dwoma płaszczyznami ciekawie przedstawił Oliver tworząc dwa kontrastujące modele niepełnosprawności (Martin 2001).

Indywidualny czy też medyczny model zogniskowany jest na specyficznym istotnym osłabieniu, które poszukuje sposobu leczenia przez różne formy interwencyjnego wyrównania skierowanego na przystosowanie i normalizację. Zatem ta konstrukcja implikuje odchylenie/dewiację od przybranej normy. Ma to swoje korzenie w medycznym myśleniu i tradycyjnie jest ono bardzo powszechne w edukacji, szcze-

---

<sup>4</sup> Bariery architektoniczne nie są produktem słabości osób niepełnosprawnych, ale raczej ukazują niepełnosprawność funkcjonowania systemu architektoniczno-budowlanego, który nie potrafi zaspokoić potrzeb części społeczeństwa.

The Individual Model (Model indywidualny)	The Social Model (Model społeczny)
Teoria osobistej tragedii Problem osobisty Traktowanie jednostkowe Opieka lekarska Profesjonalna przewaga Wiedza/umiejętności specjalistyczne Przystosowanie Tożsamość jednostki Uprzedzenie Nastawienie Opieka Kontrola Polityka Adaptacja indywidualna	Teoria ucisku społecznego Problem społeczny Działanie społeczne Samopomoc Jednostkowa/samodzielna i wspólna Odpowiedzialność Doświadczenie Afirmacja Wspólna tożsamość Dyskryminacja Zachowanie Prawa Wybór Przekonania polityczne Zmiany społeczne

gólnie edukacji specjalnej (Martin 2001). Model indywidualny traktuje problemy jakie napotykają ludzie niepełnosprawni, jako bezpośrednią konsekwencję ich choroby czy kalectwa. Wiodącym kierunkiem podejmowanych badań i działań stają się czynniki (fizyczne, psychiczne) sprzyjające jak najlepszemu przystosowaniu osoby niepełnosprawnej do warunków, w jakich żyją inni oraz akceptacja własnego ograniczenia. Model ten kładzie głównie nacisk na motywacje jednostek do podejmowania wysiłku na rzecz wszelkiego rodzaju działań usprawniających je i zbliżających do funkcjonowania społecznego zgodnego z panującymi wzorami i normami. Rezultatem tego modelu w skrajnej postaci jest doprowadzenie w praktyce do swoistej „wiktyimizacji ofiary”, czyniąc osobę niepełnosprawną odpowiedzialną za problemy życiowe, które napotyka (Ostrowska, Sikorska 1996).

**Spółeczny lub strukturalny model** zogniskowany jest na ucisku i wykluczeniu osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność jest społeczną konstrukcją osłabień, tłumaczona jest poprzez normy kulturowe, praktyki społeczne i istotne porozumienia niepełnosprawności społecznej. Niepełnosprawność jest raczej żywą „konsekwencją” zewnętrznego otoczenia aniżeli cechą indywidualną lub problemem, czyli ciężar gatunkowy problemu nie leży w fizycznych czy psychicznych ograniczeniach określonego podmiotu, ale raczej w ograniczeniach środowiska, które stwarza bariery, bez możliwości dialogu (Martin 2001). Od praktycznej strony, według tego modelu, zamiast wspomagać jednostkę w jej przystosowywaniu się do społeczeństwa, należy raczej zastanawiać się czy i na ile społeczeństwo gotowe jest dostosować posiadane wzory zachowań i oczekiwań do możliwości osób niepełnosprawnych. Model ten odrzuca rozpatrywanie zjawiska niepełnosprawności w kategoriach indywidualnej patologii, na rzecz rozpatrywania deficytów materialnego/ekonomicznego i społecznego środowiska. Założenia tego modelu są w dużej mierze zgodne z koncepcjami

dewiacji społecznej, wykluczenia społecznego, etykietowania czy też marginalizacji, które interpretowały kalectwo/niepełnosprawność jako konsekwencję reakcji społecznej, a zatem produkt/przedmiot społeczny. Podkreśla się tu stygmatyzujące funkcje organizacji społecznej i instytucji społecznej kontroli (Ostrowska, Sikorska 1996).

Wyjaśnienie określonych problemów społecznych na podstawie każdego z tych modeli ma doniosłe konsekwencje praktyczne. Upatrywanie ich genezy tylko w czynnikach indywidualnych prowadzi do utrwalenia istniejącego porządku społecznego oraz pozostawia system instytucji poza koniecznością jego reformowania. Pewne pułapki zawiera także odwołanie się tylko do społecznego modelu. Wszystkie problemy społeczne są zjawiskami wysoce złożonymi i posiadają zarówno indywidualne, jak i społeczne komponenty. Są bowiem sytuacje, w których u podstaw problemu mogą leżeć wyłącznie czynniki psychologiczne czy medyczne, gdzie zaradzić mogą tylko indywidualnie zorientowane programy, skierowane wyłącznie na jednostkę. Posługiwanie się tylko społecznymi modelami zawiera także w sobie specyficzny determinizm, nie uwzględniający faktu, że podmiot ma zazwyczaj do dyspozycji jakieś alternatywy i ponosi też pewną odpowiedzialność za dokonywane wybory.

#### BIBLIOGRAFIA

- DYKCIK W. (2001), (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- GIDDENS A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- MARTIN I. (2001), *Reserching 'Inclusive Education': Some First Impressions... and Some Second Thoughts*, [w:] red. M. Schemmann, Michał Bron Jr, „Adult Education and Democratic Citizenship”. „IV European Society for Research on the Education of Adults Chair of Adult Education of the Ruhr-University of Bochum”, Impuls, Kraków.
- OSTROWSKA A., SIKORSKA J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności. Bariery integracji*, IFiS PAN, Warszawa.
- OSTROWSKA A., SIKORSKA J., GĄCIARZ B. (2001), *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Instytut spraw Publicznych, Warszawa.
- SKERIS P. (1998), *Pojęcie „grupy odniesienia”*, [w:] red. I. Machaj, *Małe grupy społeczne*, Wydawnictwo UMCS Lublin.
- SOKOŁOWSKA M., OSTROWSKA A. (1976), *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*, Ossolineum, Wrocław.
- STOCHMIAŁEK J. (2001), *Andragogika specjalna*, [w:] red. W. Dykcik, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- TUROWSKI J. (2001), *Socjologia. Małe struktury społeczne*, Towarzystwo Naukowe KUL.
- VELI-MATTI ULVINEN, *Who Needs Discrimination? I Do, Who else?* [http://www.minedu.fi/nura/ml121\\_98.html](http://www.minedu.fi/nura/ml121_98.html)
- WITKOWSKI T. (1993), *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*, MDBO, Warszawa.