



Andrzej Twardowski*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Kontrowersje wokół społecznego modelu niepełnosprawności

KEYWORDS

social environment, disability, impairment, disabling barriers, oppression, identity

ABSTRACT

Twardowski Andrzej, *Kontrowersje wokół społecznego modelu niepełnosprawności* [Controversies around the social model of disability]. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* nr 2(16) 2019, Poznań 2019, pp. 7–23, Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-0422. DOI 10.14746/kse.2019.16.1.

The aim of the article is to present a critical analysis of the social model of disability.

In the first part, the author discusses the genesis, essence and basic advantages of the social model of disability. Next, five major disadvantages of this model are analysed: /1/ avoiding dealing with impairment as an important aspect of the lives of people with disabilities, /2/ separating impairment from disability, /3/ assuming that all people with disabilities are exposed to social oppression, /4/ postulating the creation of an environment without barriers and /5/ assuming that disability is the basis of the identity of people affected by it. In the final part of the article, the author presents reflections on the possibility of creating a new, more holistic model of disability.

Wstęp

Dyskusja na temat sposobów rozumienia pojęcia „niepełnosprawność” ma istotne znaczenie dla wszystkich, którzy zajmują się osobami niepełnosprawnymi – zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce. Od tego, jak zostanie ono określo-

* ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7980-2935>.

ne, zależy polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością oraz działania profesjonalistów – pedagogów specjalnych, psychologów, pracowników socjalnych, lekarzy, rehabilitantów i innych. Określenie modelu niepełnosprawności ma decydujący wpływ na działania podejmowane dla jej zapobiegania oraz minimalizowania jej skutków, a także – jak zostaną określone cele edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami oraz jakie metody będą użyte, aby je osiągnąć. Przede wszystkim jednak od dominującego modelu niepełnosprawności zależy miejsce osób nią dotkniętych w społeczeństwie i to, w jaki sposób realizowane są ich prawa obywatelskie – do równego traktowania, samostanowienia, edukacji, pracy, wypoczynku. Dlatego tak ważne jest, aby same osoby zainteresowane miały realny wpływ na to, jak niepełnosprawność jest rozumiana przez społeczeństwo i jak są przez to społeczeństwo traktowane. Pełnosprawna większość powinna uszanować ich prawo do decydowania o własnych sprawach. Należy bowiem pamiętać, że osoby niepełnosprawne stanowią 15% populacji, co oznacza, że obecnie na całym świecie jest ich około 1,1 miliarda.

Celem artykułu jest zaprezentowanie krytycznej analizy jeszcze do niedawna powszechnie akceptowanego społecznego modelu niepełnosprawności. Rozpocznę od ukazania jego genezy, istoty i głównych zalet. Następnie przedstawię pięć najważniejszych wad społecznego modelu. W końcowej części artykułu wskażę możliwość nowego, bardziej całościowego podejścia do niepełnosprawności.

Geneza, istota i zalety społecznego modelu niepełnosprawności

Początki społecznego modelu niepełnosprawności sięgają roku 1966, kiedy to Paul Hunt, chorujący na rdzeniowy zanik mięśni pensjonariusz domu opieki w Hampshire (Anglia), zredagował pracę zbiorową pt. *Stigma: The experience of disability* [Piętno: Doświadczenie niepełnosprawności] (Hunt, 1996). Składa się ona z dwunastu tekstów napisanych przez osoby niepełnosprawne – sześć kobiet i sześciu mężczyzn. Ich treść przełamała powszechny w tamtych czasach pogląd, że niepełnosprawność ma charakter medyczny i jest osobistą tragedią osoby nią dotkniętej. W roku 1972, po opuszczeniu domu opieki, Paul Hunt założył Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) [Związek Upośledzonych Fizycznie Przeciw Segregacji]. UPIAS skupił niewielką, ale bardzo aktywną grupę osób niepełnosprawnych fizycznie, które czerpały inspirację do swojej działalności z teorii materializmu historycznego Karola Marksa oraz z zachodniej socjologii marksistowskiej. Celem związku było wyeliminowanie instytucjonalnych form

opieki nad osobami niepełnosprawnymi z jednoczesnym zapewnieniem im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, niezależnej egzystencji, możliwości podjęcia pracy i prawa decydowania o własnym losie.

W roku 1976 UPIAS ogłosił manifest zatytułowany *Fundamental Principles of Disability* [Podstawowe zasady niepełnosprawności]. Zamieszczono w nim znamiennej formułę:

Naszym zdaniem to społeczeństwo upośledza osoby niepełnosprawne fizycznie. Niepełnosprawność jest czymś nadbudowanym nad naszymi ułomnościami przez fakt, że jesteśmy niepotrzebnie izolowani i wykluczani z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Osoby niepełnosprawne są zatem uciskaną grupą w społeczeństwie¹. (*Union of the Physically...*: 3–4; tłum. własne)

To stwierdzenie zostało później rozszerzone i objęto nim także osoby z niepełnosprawnościami sensorycznymi oraz niepełnosprawnością intelektualną.

Fundamentem społecznego modelu niepełnosprawności jest rozróżnienie między uszkodzeniem (fizycznym upośledzeniem) a niepełnosprawnością rozumianą jako konsekwencja opresyjnego traktowania przez otoczenie społeczne². Według UPIAS „uszkodzenie (*impairment*) to całkowity lub częściowy brak kończyny albo nieprawidłowe funkcjonowanie kończyny, narządu lub organizmu”³, natomiast niepełnosprawność (*disability*) to „niedogodność lub ograniczenie aktywności spowodowane współczesną organizacją społeczeństwa, która nie uwzględnia w ogóle lub w niewielkim stopniu ludzi mających uszkodzenia lub wady fizyczne i z tego powodu wyklucza ich z udziału w głównym nurcie życia społecznego”⁴ (*Union of the Physically...*: 3–4; tłum. własne). Zaproponowane przez UPIAS rozumienie terminów „uszkodzenie” (*impairment*) oraz „niepełnosprawność” (*disability*) pozwalają zrozumieć, czym model społeczny różni się od wcześniejszego – medycznego, w którym niepełnosprawność jest traktowana jako

¹ „In our view, it is society which disables physically impaired people. Disability is something imposed on top of our impairments, by the way we are unnecessarily isolated and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group in society”.

² W polskiej literaturze przedmiotu pojęcie „niepełnosprawność” funkcjonuje jako mniej stygmatyzujący zastępnik wcześniej stosowanego terminu „upośledzenie”. W języku angielskim pojęcie „niepełnosprawność” (*disability*) akcentuje przede wszystkim społeczne aspekty uszkodzenia organizmu lub jego funkcji.

³ „impairment as lacking part of or all of a limb, or having a defective limb, organ or mechanism of the body”.

⁴ „the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organisation which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from participation in the mainstream of social activities”.

biologicznie zdeterminowana wada; w modelu społecznym uważana jest za rezultat funkcjonowania barier społecznych.

W modelu społecznym niepełnosprawność ma charakter relatywny. Wynika przede wszystkim z charakteru interakcji między dotkniętą nią osobą a środowiskiem, w którym ona żyje. Uszkodzenie ciała czy występowanie ograniczenia funkcjonalnego nie może być podstawą uznania osoby za niepełnosprawną. Staje się ona taką dopiero wówczas, gdy jej udział w życiu społecznym zostaje bardzo ograniczony lub wręcz niemożliwy. Dzieje się tak z powodu występowania dwóch typów barier: fizycznych, czyli przeszkód – w poruszaniu się, dostępie do budynków, korzystaniu ze środków transportu publicznego itp., oraz społecznych, wynikających ze stereotypów na temat osób niepełnosprawnych, prowadzących do ich stygmatyzacji (Twardowski, 2017: 17–18). Według założeń modelu społecznego

Niepełnosprawność powstaje dopiero w zetknięciu z barierami, za które odpowiedzialne jest społeczeństwo. Uszkodzenia ciała nie tworzą niepełnosprawności w sensie społecznym. To dopiero ograniczenia wynikające z nieprzystosowania społeczeństwa decydują o tym, czy dana osoba zostanie z niego wykluczona. (Karaś 2012: 24)

Jak to lakonicznie ujęła Harlan Hahn (1986), niepełnosprawność wynika z niepowodzenia w dostosowaniu środowiska społecznego do potrzeb i aspiracji obywateli z fizycznymi uszkodzeniami, a nie z niezdolności dostosowania się tych osób do wymagań społeczeństwa.

Drugim kluczowym elementem społecznego modelu jest teza, że osoby niepełnosprawne podlegają opresji i to niezależnie od ustroju społeczno-politycznego i dominującej religii. Według Colina Barnes'a i Geofa Mercera (2008: 30–31) opresja może przybierać pięć głównych form: wyzysku, marginalizacji, bezsilności, imperializmu kulturowego oraz przemocy. *Wyzysk* wyraża się w oferowaniu osobom niepełnosprawnym, wbrew ich woli, niższych zarobków. Może też mieć formę bardziej pośrednią, polegającą na czerpaniu korzyści finansowych z ratowania zdrowia i polepszania jakości życia osób niepełnosprawnych. Istotą *marginalizacji* jest systematyczne eliminowanie osób niepełnosprawnych z głównego nurtu życia codziennego, między innymi poprzez wykluczanie z podziału pracy, instytucjonalną segregację oraz pozbawianie praw obywatelskich. *Bezsilność* to wywoływanie u osób niepełnosprawnych poczucia, że mają niewielki wybór lub znikomą kontrolę nad własnym życiem. Wzmacnia ona podział na tych, którzy mają autorytet i władzę, oraz tych, którzy są pozbawieni autorytetu i „wykonują rozkazy”. *Imperializm kulturowy* wyraża się w kreowaniu negatywnego wizerunku niepełnosprawności z jednoczesnym propagowaniem „pełnosprawnej normalności” jako stanu uprzywilejowanego i pożądanego. Osoby niepełnosprawne są odsuwane na

bok jako „Inne”, czyli w jakiś sposób odbiegające od normy. Z kolei *przemoc* wobec osób niepełnosprawnych może mieć charakter napaści fizycznej, seksualnej lub słownej, ale może też wyrażać się w polityce eugenicznej.

Opresja społeczna prowadzi do dyskryminacji instytucjonalnej, analogicznej do tej, jakiej doświadczają przedstawiciele mniejszości etnicznych, rasowych i seksualnych. Len Barton (1993: 242) zwraca uwagę, że zakres instytucjonalnej dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby niepełnosprawne, jest znaczny. Dyskryminacja polega na uniemożliwianiu lub ograniczaniu uczestnictwa w takich dziedzinach, jak praca, mieszkalnictwo, edukacja, transport, rozrywka, świadczenia socjalne. A zatem, problem opresji znacznie wykracza poza negatywne postawy ludzi stykających się z osobami niepełnosprawnymi. Ma on szersze historyczne, ekonomiczne, polityczne i społeczne uwarunkowania. Dobroczynność i pomoc społeczna nie wystarczą, aby skutecznie go rozwiązać.

Przez wieki osoby niepełnosprawne spotykały się z opresyjnymi postawami pełnosprawnej większości. Ich przejawami były, i nadal są, między innymi: przerażenie, lęk, niepokój, wrogość, nieufność, litość, nadopiekuńczość, paternalizm. Negatywne postawy w połączeniu z nieprzyjaznym środowiskiem fizycznym to prawdziwe problemy, z jakimi borykają się osoby niepełnosprawne. Dlatego, jak podkreśla Colin Barnes (1991), osoby niepełnosprawne żyją w świecie, który je upośledza. Określenie dyskryminacji osób niepełnosprawnych mianem swoistej opresji społecznej ma swoje źródło w przekonaniu, że z powodu swoich ułomności muszą się one podporządkować pełnosprawnej większości. W obrębie tej większości osoby niepełnosprawne są spostrzegane jako „wybrakowane” lub „nienormalne”, a przez to naznaczone jako odrębna grupa społeczna i traktowane w inny sposób (Barnes, Mercer, 2008: 29).

James Charlton uważa, że opresja doświadczana przez większość osób niepełnosprawnych jest na tyle długotrwała i silna, że ulega internalizacji w formie tak zwanej fałszywej świadomości⁵ siebie samego i otaczającej rzeczywistości. Fałszywa świadomość jest swoistą mieszaniną litowania się nad sobą, nienawiści do siebie i wstydu. Ten stan świadomości

uniemożliwia niepełnosprawnym osobom poznanie swojej prawdziwej jaźni, prawdziwych potrzeb, a także posiadanych możliwości. Ponadto fałszywa świadomości i wyobcowanie zaciemniają prawdziwe źródło opresji. W konsekwencji, niepełnosprawne osoby nie potrafią sobie uświadomić, że ich pozornie żałosne życie jest po prostu lustrzanym odbiciem żałosnego porządku świata⁶. (Charlton, 1998: 27; tłum. własne)

⁵ Autor zapożyczył ten termin z teorii Karola Marksa.

⁶ „prevent people with disabilities from knowing their real selves, their real needs, and their real capabilities and from recognizing the options they in fact have. False consciousness and alienation

Spółeczny model niepełnosprawności stał się „wielką ideą” integrującą osoby niepełnosprawne i mobilizującą je do walki o równouprawnienie. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku był podstawą kampanii na rzecz wprowadzenia antydyskryminacyjnych rozwiązań prawnych. Działania inspirowane społecznym modelem niepełnosprawności stosunkowo szybko zaczęły przynosić wymierne korzyści. Pojawiły się rozwiązania ułatwiające osobom niepełnosprawnym codzienne życie – na przykład dostosowane do ich potrzeb oznakowania, telefony, toalety, windy, środki transportu publicznego, pomoce techniczne. Wprowadzono przepisy umożliwiające niepełnosprawnym dzieciom i młodzieży edukację w ogólnodostępnych szkołach. Dużą wagę zaczęto przykładac do likwidowania barier architektonicznych oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych na odpowiednio dostosowanych stanowiskach pracy.

Spółeczny model niepełnosprawności miał pozytywny wpływ na świadomość pełnosprawnej większości i jej postawy wobec osób niepełnosprawnych. Model skutecznie pokazywał, że problemy, z jakimi się one borykają, są wynikiem społecznego ucisku i wykluczenia, a nie ich indywidualnych deficytów. Tym samym model nakładał na społeczeństwo moralną odpowiedzialność za usunięcie ograniczeń, które zostały narzucone osobom niepełnosprawnym i które nie pozwalały im na pełny udział w życiu społecznym oraz osiągnięcie osobistego szczęścia. Jak zauważył Michael Olivier (2004), społeczny model był w mniejszym stopniu teorią, ideą czy koncepcją, a w większym – praktycznym narzędziem, które przyczyniło się do równouprawnienia osób niepełnosprawnych.

Spółeczny model miał korzystny psychologiczny wpływ na osoby niepełnosprawne – poprawiał ich samoocenę i pomagał w budowaniu pozytywnej tożsamości. W tym miejscu warto przypomnieć, że medyczny model niepełnosprawności koncentrował się na fizycznych deficytach i ograniczeniach występujących u osoby. Sprzyjało to kształtowaniu się u niej poczucia winy, zaniżonej samooceny i braku wiary we własne możliwości. Natomiast model społeczny zachęcał osobę niepełnosprawną do zmiany postrzegania siebie i swojej sytuacji. Zgodnie z modelem społecznym źródłem niepełnosprawności nie są indywidualne cechy człowieka, ale postawy innych ludzi oraz fizyczne i społeczne bariery. Niepełnosprawna osoba nie musi się zmieniać – to społeczeństwo powinno ulec zmianie. Niepełnosprawna osoba nie musi się nad sobą użalać – ma prawo odczuwać gniew i dumę (Shakespeare, 2006: 199–200).

also obscure the source of their oppression. They cannot recognize that their self-perceived pitiful lives are simply a perverse mirroring of a pitiful world order”.

Spółeczny model niepełnosprawności miał także szersze pozytywne oddziaływanie. Zapoczątkował prężnie rozwijającą się twórczość artystyczną osób niepełnosprawnych – muzyczną, plastyczną, literacką, filmową i teatralną. Niepełnosprawni naukowcy, tacy jak Victor Finkelstein, Colin Barnes, Jenny Morris, Michael Oliver, którzy współtworzyli ten model, wykorzystywali go następnie we własnych badaniach (Barnes, 2012: 25). Badania te, głównie o charakterze jakościowym, ukazywały sytuację życiową osób niepełnosprawnych z ich własnej perspektywy. Podejmowano takie tematy, jak medialne wizerunki niepełnosprawności, starość i starzenie się osób niepełnosprawnych, niezależne życie, niepełnosprawność w różnych kulturach, rasach i grupach etnicznych, związki uczuciowe, seksualność i rodzicielstwo osób niepełnosprawnych (Twardowski, 2018: 107).

Krytyka społecznego modelu niepełnosprawności

Spółeczny model niepełnosprawności stał się skutecznym orężem ruchu na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych. Z czasem zaczął być traktowany jak ideologia, którą trudno zakwestionować. Po części wynikało to z prostoty modelu, który można było sprowadzić do nośnych haseł, takich jak: „Źródłem naszych niepełnosprawności jest społeczeństwo, a nie nasze ciała”, „Jesteśmy ofiarami opresji, a oni opresorami”, „Koncentrujemy się na niepełnosprawności, a nie na uszkodzeniach”. Pierwsze krytyczne opinie pod adresem modelu społecznego zaczęły się pojawiać na przełomie XX i XXI wieku. Jak zauważają Tom Shakespeare i Nicholas Watson (2002: 14), to, co było siłą społecznego modelu niepełnosprawności, stało się jego słabością. Model stał się przestarzały i zaczął tworzyć więcej problemów niż ich rozwiązywać.

Niewątpliwą wadą modelu społecznego jest unikanie zajmowania się uszkodzeniem ciała jako istotnym aspektem życia wielu osób niepełnosprawnych. Pionierkami jego krytyki pod tym kątem były niepełnosprawne fizycznie feministki: Jenny Morris, Liz Crow oraz Sally French. Ta ostatnia tak tłumaczy, dlaczego przedstawiciele społecznego modelu niepełnosprawności niechętnie zajmują się uszkodzeniami ciała:

Niewątpliwie działacze, którzy nieustrudzenie, od wielu lat, pracują na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych, uznali za konieczne przedstawienie niepełnosprawności w sposób prosty i przystępny po to, aby przekonać bardzo sceptyczny świat, że niepełnosprawność może być zredukowana lub wyeliminowana raczej przez zmianę społeczeństwa, niż przez próby zmieniania samych niepełnosprawnych osób⁷. (French, 2004: 84; tłum. własne)

⁷ „Undoubtedly, activists, who have been tirelessly working for many years to the benefit of equal rights of persons with disabilities, considered it necessary to present disability in a simple and

Jednak ignorowanie uszkodzeń prowadzi do odrzucenia bardzo istotnego aspektu życia osób niepełnosprawnych, ponadto uniemożliwia tym osobom podzielenie się doświadczeniami związanymi z własnym ciałem. Dlatego Jenny Morris postuluje, aby prowadzić badania, analizować i opisywać doznania o charakterze fizycznym i psychicznym płynące z „naszych ciał i umysłów, ponieważ jeśli nie upowszechnimy naszych własnych definicji i punktów widzenia, to pełnosprawny świat zrobi to za nas, ale w sposób, który będzie nas alienował i pozbawiał wpływu”⁸ (Morris, 2001: 10). Faktem jest, że osoby niepełnosprawne mają uszkodzenia ciała i nie mogą im zaprzeczać bez ryzyka, że w ten sposób zignorowałyby istotną część własnej biografii. Oczywiście, tak jak postuluje model społeczny, w polityce wobec osób niepełnosprawnych priorytetem powinny być zmiany społeczne i eliminowanie barier, jednak nie ma żadnego powodu, aby medyczne procedury dążące do wyeliminowania lub zredukowania cielesnych uszkodzeń nie mogły współistnieć z działaniami zmierzającymi do wyrugowania upośledzających praktyk społecznych. Wszak osoby niepełnosprawne są upośledzane zarówno przez bariery społeczne, jak i własne ciała.

Wątpliwości budzi przyjmowane przez zwolenników społecznego modelu niepełnosprawności rozróżnienie między uszkodzeniem, czyli cechą ciała lub umysłu danej osoby, a niepełnosprawnością rozumianą jako relacja między osobą z uszkodzeniem a społeczeństwem. Celem tego binarnego podziału jest zredukowanie cielesnego wymiaru niepełnosprawności, a tym samym zanegowanie związku przyczynowego między uszkodzeniem a niepełnosprawnością i utworzenia nowego związku – między osobą a środowiskiem społecznym. Jednakże traktowanie niepełnosprawności jako uwarunkowanej wyłącznie przez czynniki społeczne jest trudne do zaakceptowania, ponieważ stoi w sprzeczności z doświadczeniem życiowym. Prawdliwość rozróżnienia między uszkodzeniem a niepełnosprawnością można zakwestionować, zadając pytanie: gdzie kończy się uszkodzenie, a zaczyna niepełnosprawność? Czasami nie można na nie udzielić jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ, jak zauważa Liz Crow „Niektóre uszkodzenia, takie jak chroniczny ból czy przewlekła choroba, mogą tak bardzo utrudniać funkcjonowanie jednostki, że różne ograniczenia narzucane przez otoczenie społeczne stają się nieistotne (...), z kolei inne osoby niepełnosprawne muszą nadal zmagać się z uszkodzeniem,

approachable manner in order to convince the very sceptical world that disability can be reduced or eliminated by changing the society rather than trying to change the persons with disabilities themselves”.

⁸ „the personal experience of our bodies and our minds for if we don't impose our own definitions and perspectives then the non-disabled world will continue to do it for us in ways which alienate and disempower us”.

pomimo że upośledzające bariery społeczne zostały już dawno wyeliminowane⁹ (Crow, 1996: 209; tłum. własne). W naturalnych sytuacjach życiowych bardzo trudno oddzielić wpływ uszkodzenia organizmu od wpływu barier społecznych. Zazwyczaj oba te czynniki pozostają w interakcji i obecność któregoś z nich jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym, aby zidentyfikować przyczynę niepełnosprawności. Na przykład, trudno jest ustalić, czy źródłem depresji u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane jest: (1) sama choroba, (2) doświadczanie choroby przez tę osobę, (3) dyskryminujące postawy otoczenia społecznego wobec osoby chorej, (4) wzajemna interakcja wymienionych czynników lub (5) jeszcze jakaś inna przyczyna. A zatem, indywidualne i społeczne uwarunkowania niepełnosprawności pozostają we wzajemnych, złożonych zależnościach.

Model społeczny opiera się na założeniu, że wszystkie osoby niepełnosprawne narażone są na społeczną opresję. Mówiąc ściślej, opresja jest traktowana jako wspólne doświadczenie wszystkich osób niepełnoprawnych, niezależnie od tego, jakie mają uszkodzenia i w jakich środowiskach społecznych żyją. To założenie jest nieprawdziwe, ponieważ pojęcia „uszkodzenie” i „niepełnosprawność” są konstruowane społecznie i w różnych kontekstach społeczno-kulturowych będą różnie rozumiane. To z kolei oznacza, że nie można stworzyć społecznego modelu niepełnosprawności, który miałby uniwersalny charakter. Na przykład, osoba z dysleksją mieszkająca na wsi w południowych Indiach najprawdopodobniej nie zostanie uznana za niepełnosprawną i nie dotknie jej żadna opresja, będzie mogła pracować i w pełni uczestniczyć w życiu lokalnej społeczności. Natomiast w kraju zachodnioeuropejskim osoba taka będzie narażona na bezrobocie i trudności w funkcjonowaniu społecznym. Ponadto związek między uszkodzeniem a opresją jest bardziej złożony, ponieważ uszkodzenia nie zawsze są widoczne. Jeśli dotyczą procesów psychicznych, wówczas, choć nie są bezpośrednio obserwowalne, mogą znacznie utrudnić funkcjonowanie jednostki i narażić ją na silną opresję ze strony otoczenia społecznego. Może tak być w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne lub zaburzenia ze spektrum autyzmu. Ponadto twórcy społecznego modelu niepełnosprawności nie wyjaśnili mechanizmu opresji. Uznali, że jej źródłem są postawy. To jednak za mało, aby zrozumieć, w jaki sposób opresyjne postawy się kształtują i jak realizują w konkretnych zachowaniach wobec osób niepełnosprawnych.

⁹ „Some impediments, such as chronic pain or chronic disease may hinder functioning of an individual to such an extent that various limitations imposed by the social environment become insignificant... on the other hand, other persons with disabilities still have to deal with impairment, despite the fact that the disabling social barriers were eliminated a long time ago”.

Z pewnością osoby niepełnosprawne spotykają się z opresją, jednak niepełnosprawność jest zjawiskiem na tyle złożonym, że nie można jej tłumaczyć wyłącznie uciskiem społecznym i dyskryminacją. Wielu ludzi kontaktuje się z osobami niepełnosprawnymi w nieodpowiedni sposób nie dlatego, że pragnie je uciskać, ale dlatego, że nic o nich nie wie i/lub się ich boi. Tezę tę potwierdza Jenny Morris, pisząc:

Nasza niepełnosprawność przeraża ludzi. Nie chcą myśleć, że coś takiego też może im się przydarzyć. Dlatego jesteśmy izolowani przez pełnosprawną większość i traktowani jako z gruntu odmienni i obcy. Dzięki ustanowieniu wyraźnych barier osoby pełnosprawne mogą ukrywać swój dyskomfort i strach, traktując nas jak obiekty swej litości i pocieszając się własną dobrocią i hojnością¹⁰. (Morris, 1991: 192; tłum. własne)

A zatem przyczynami opresyjnego traktowania osób niepełnosprawnych mogą być niewiedza i strach. I wówczas edukacja będzie najlepszym sposobem eliminowania negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych.

Bardzo ważnym elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest postulat środowiska bez barier. Niestety, jego spełnienie jest niemożliwe. Jak zauważa Tom Shakespeare (2006: 201–202), osoby niepełnosprawne nie mają dostępu do wielu elementów środowiska naturalnego: osoby na wózkach inwalidzkich do plaż i gór, osoby niewidome do widoków zachodzącego słońca, a osoby niesłyszące do śpiewu ptaków. Co więcej, to, co jest barierą dla osób z danym typem niepełnosprawności, nie musi być barierą dla osób z inną niepełnosprawnością. Na przykład osoby niewidome preferują schody i dobrze wyznaczone krawężniki, a osoby na wózkach – równe powierzchnie, rampy i łagodne podjazdy. Bywa, że osoby z tym samym typem niepełnosprawności potrzebują różnych dostosowań. Na przykład osobom z niepełnosprawnością wzrokową należy zapewnić teksty napisane alfabetem Braille’a, napisane wielką czcionką lub nagrania audio. Należy zauważyć, że w przypadku osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i sensorycznymi możliwe jest wyeliminowanie wielu barier, ale nie wszystkich. Dlatego należy zgodzić się z opinią Michaela Bury’ego (1997: 137), że trudno sobie wyobrazić współczesne społeczeństwo przemysłowe, w którym na przykład znaczne ograniczenie zdolności poruszania się, sprawności manualnej, możliwości widzenia lub słyszenia nie byłyby „wyłączające”, to znaczy nie ograniczałyby aktywności jednostki. Zatem

¹⁰ „Our disability frightens people. They don’t want to think that this is something which could happen to them. So we become separated from common humanity, treated as fundamentally different and alien. Having put up clear barriers between us and them, non-disabled people further hide their fear and discomfort by turning us into objects of pity, comforting themselves with their own kindness and generosity”.

wyeliminowanie barier utrudniających uczestnictwo nie oznacza wyeliminowania niepełnosprawności jako takiej.

Należy zauważyć, że usunięcie niektórych przeszkód jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Jest tak w przypadku barier, które nie są umiejscowione w zewnętrznym środowisku fizycznym lub społecznym, ale mają charakter wewnętrzny, czyli są właściwościami ciała lub psychiki niepełnosprawnej osoby. Wówczas rodzą się różne pytania. Na przykład: „Jeśli uszkodzenie ciała powoduje permanentny ból, to czy jakiegokolwiek zmiany w środowisku społecznym mogą go zredukować?”, „Jeśli u danej osoby występuje niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym, to jak należałoby zmienić środowisko społeczne, aby taką osobę zatrudnić?”, „Jak miałyby wyglądać wolne od barier środowisko w przypadku osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zaburzeniami psychicznymi czy z niepełnosprawnościami złożonymi?”. Pytania te dowodzą, że stworzenie wolnego od barier środowiska, w którym wszystkie niepełnosprawne osoby mogą żyć i pracować, jest utopią (Abberley, 1996: 79).

W modelu społecznym milcząco zakłada się, że osoby niepełnosprawne same identyfikują się jako takie. Tymczasem wiele osób niepełnosprawnych nie spostrzega siebie jako niepełnosprawnych ani w kategoriach modelu medycznego, ani społecznego. Odrzucają lub ignorują występujące u nich uszkodzenia i starają się uzyskać dostęp do tożsamości głównego nurtu. Wyrażna niechęć do identyfikowania siebie jako osoby niepełnosprawnej występuje już u dzieci w wieku szkolnym. Na przykład Mark Priestley, Mairian Corker i Nick Watson wykazali, że niepełnosprawne dzieci potrafiły zidentyfikowały społeczne bariery, na jakie napotykały, i często narzekały na leczenie, któremu były poddawane, jednak w przeważającej większości chciały być spostrzegane jako normalne, choć różne. Przede wszystkim zaś sprzeciwiały się określaniu ich jako niepełnosprawne (Priestley, Corker, Watson, 1999). Z kolei Tom Shakespeare, Katharine Gillespie-Sells i Dominic Davies (1996) wykazali, że homoseksualne osoby niepełnosprawne na pierwszym miejscu stawiają swoją tożsamość seksualną, natomiast ignorują doświadczenia związane z niepełnosprawnością.

Przyjęcie założenia, że niepełnosprawność ma być podstawą tożsamości ludzi z niepełnosprawnością, jest powtórzeniem błędu popełnionego przez zwolenników modelu medycznego, którzy definiowali ludzi ze względu na występujące u nich uszkodzenia ciała. Tożsamość każdego człowieka ma wiele wymiarów, dlatego każda osoba niepełnosprawna ma prawo identyfikować siebie nie tylko jako przedstawiciela niepełnosprawnej mniejszości, ale także ze względu na swoją płeć kulturową, etniczność, orientację seksualną, zawód, religię, a nawet drużynę futbolową, której kibicuje. Tożsamość człowieka nie jest niezmienna. Jest w określonych granicach kwestią jego wyboru (Shakespeare, Watson, 2002: 21).

W kierunku całościowego modelu niepełnosprawności

Niewątpliwie społeczny model niepełnosprawności przyniósł wiele korzyści. Zaczął się od ruchu na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych i pomógł im w zbudowaniu pozytywnej zbiorowej tożsamości. Przyczynił się do wyeliminowania licznych barier utrudniających integrację społeczną osób niepełnosprawnych. Stał się użytecznym narzędziem wykrywania i zwalczania przejawów dyskryminacji i wykluczania. Jednak obecnie aktualność społecznego modelu niepełnosprawności, opracowanego we wczesnych latach siedemdziesiątych XX wieku i rozwijanego przez kolejne dekady, jest dyskusyjna. Podstawowym mankamentem modelu społecznego jest to, że zrywa związek między uszkodzeniem, czyli właściwością organizmu, a niepełnosprawnością, którą traktuje jako społeczno-kulturowy konstrukt. Można powiedzieć, że zwolennicy modelu społecznego powielają XVII-wieczny kartezjański podział na niematerialistyczny umysł i fizyczne ciało. Ujawnia się to bardzo mocno w stwierdzeniu Michela Olivera, że „niepełnosprawność nie ma nic wspólnego z ciałem”, a „uszkodzenie to nic innego, jak fizyczny stan organizmu” (Oliver, 1995: 4–5; tłum. własne). Tak arbitralny podział budzi poważne wątpliwości. Nasuwają się bowiem pytania: „Czy w wyjaśnianiu istoty niepełnosprawności można pomijać wzajemne związki między *psyche* a *soma*?”. Trudno wszak zignorować poznawcze i emocjonalne stany jednostki, szczególnie jeśli uszkodzeniu towarzyszy silny, chroniczny ból albo gdy uszkodzenie drastycznie ogranicza codzienne funkcjonowanie jednostki. Można też się zastanawiać, czy możliwe jest skonstruowanie takiej definicji, która obejmowałaby wszystkie rodzaje niepełnosprawności i miała zastosowanie we wszystkich środowiskach społeczno-kulturowych.

Nadzieja na stworzenie jednego, spójnego modelu niepełnosprawności pojawiła się w roku 2001 za sprawą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przyjętej przez WHO (*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania...*). U podstaw klasyfikacji ICF leży funkcjonalny model niepełnosprawności określany mianem bio-psycho-społecznego¹¹. Zaletą tego modelu jest uznanie, że niepełnosprawność jest zjawiskiem złożonym, wymagającym różnych poziomów analizy i interwencji. Wymiar „bio-” oznacza fizyczną i funkcjonalną sprawność organizmu, „psycho-” jego sprawność psychiczną, zaś „społeczny” określa funkcjonowanie człowieka w środowisku społecznym. Na swoich stronach internetowych WHO wyjaśnia, że

¹¹ Szczegółowa analiza funkcjonalnych modeli niepełnosprawności zob. Wiliński, 2010: 37–50.

niepełnosprawność jest terminem zbiorczym obejmującym uszkodzenia, ograniczenia aktywności oraz ograniczenia uczestnictwa. Uszkodzenie (*impairment*) jest problemem w funkcjonowaniu lub strukturze ciała. Ograniczenie aktywności (*activity limitation*) jest trudnością, na jaką napotyka osoba, wykonując działanie lub zadanie. Ograniczenie uczestnictwa (*participation restriction*) jest problemem, jakiego doświadcza osoba, angażując się w sytuacje życiowe. Niepełnosprawność to nie tylko problem zdrowotny. To złożone zjawisko odzwierciedlające interakcje między cechami organizmu osoby a cechami społeczeństwa, w którym ta osoba żyje. Przewycięzanie trudności, z którymi borykają się osoby niepełnosprawne, wymaga interwencji w celu usunięcia barier środowiskowych i społecznych¹². (*Disabilities – World Health Organization...*; tłum. własne)

W definicji zaproponowanej przez WHO niepełnosprawność jest traktowana jako zjawisko trójwymiarowe, wynikające z wzajemnych, dynamicznych relacji między stanem zdrowia człowieka, jego cechami psychicznymi oraz środowiskiem społecznym. Ograniczenie aktywności nie jest właściwością przypisaną człowiekowi, ale konsekwencją relacji między człowiekiem a jego otoczeniem fizycznym i społecznym. Uszkodzenie, takie jak niemożność chodzenia, mówienia, słyszenia czy widzenia staje się niepełnosprawnością dopiero wówczas, gdy środowisko znacznie utrudnia lub uniemożliwia działanie i uczestnictwo. Założenia ICF zyskują coraz powszechniejszą akceptację i są wykorzystywane w wielu krajach zarówno w praktyce, jak i polityce zdrowotnej oraz społecznej.

Jednakże bio-psycho-społeczny model niepełnosprawności budzi różne zastrzeżenia. Na przykład Marzenna Zaorska zastanawia się, jak rozumieć stan niepełnosprawności, jeśli psychika funkcjonuje sprawnie, ale organizm jest mało sprawny i ogranicza aktywność człowieka. Ponadto, czy mamy do czynienia z niepełnosprawnością, jeśli psychika działa sprawnie, natomiast niezbyt sprawnie funkcjonuje organizm i występują trudności w funkcjonowaniu społecznym. Autorka stawia też bardziej zasadnicze pytanie: jakie są relacje między niepełnosprawnością a chorobą i zdrowiem? (Zaorska, 2015: 24). Z kolei, zdaniem Zbigniewa Woźniaka, w klasyfikacji ICF „nie eksponuje się w sposób adekwatny do siły sprawczej roli, jaką w generowaniu ograniczeń pełni sposób organizowania życia zbiorowego” (Woźniak, 2008: 61).

WHO w swojej definicji nie znalazło złotego środka między medycznym i społecznym modelem niepełnosprawności ani nie połączyło tych modeli. Z propo-

¹² „disabilities is an umbrella term, covering impairments, activity limitations, and participation restrictions. An impairment is a problem in body function or structure; an activity limitation is a difficulty encountered by an individual in executing a task or action; while a participation restriction is a problem experienced by an individual in involvement in life situations. Disability is thus not just a health problem. It is a complex phenomenon, reflecting the interaction between features of a person's body and features of the society in which he or she lives”.

zycji WHO można wyprowadzić dwie interpretacje niepełnosprawności. Według pierwszej jest to niemożność prowadzenia aktywnego życia w sposób typowy dla człowieka sprawnego tej samej płci i w tym samym wieku. Natomiast według drugiej niepełnosprawności to niemożność podejmowania ról społecznych skutkująca ograniczeniem aktywności życiowej. Obie interpretacje nakładają się na siebie i w obu pierwotnym źródłem niepełnosprawności jest występujące u jednostki uszkodzenie. Każda zwraca uwagę na inny aspekt niepełnosprawności, ale żadna nie integruje jej wszystkich elementów.

Czy można zatem stworzyć taki model niepełnosprawności, który integrowałaby jej wszystkie wymiary: cielesny, psychologiczny i społeczno-kulturowy? Niewątpliwie tak. Jednak aby to uczynić, należy inaczej spojrzeć na istotę niepełnosprawności. Przede wszystkim należy przyjąć, że nie ma jakościowej różnicy między ludźmi sprawnymi i niepełnosprawnymi, ponieważ każdy człowiek ma jakies uszkodzenia, jest narażony na ograniczenia i wraz z upływem lat będzie doświadczał spadku sprawności oraz częściej zapadał na różne choroby. Tym samym podział na ludzi sprawnych i niepełnosprawnych jest nieuprawniony. Na przykład badania prowadzone w ramach Human Genom Project wykazały, że genom każdego człowieka zawiera mutacje predestynujące do chorób pojawiających się w okresie starości, takich jak nowotwory, choroby układu krążenia, choroby neurodegeneracyjne i inne. Ponadto każdy człowiek ma od czterech do pięciu genów recesywnych, które mogą wywołać chorobę genetyczną u potomstwa, jeśli drugi rodzic będzie nosicielem tych samych genów. Nie jest możliwe, aby ciało i umysł człowieka zawsze funkcjonowały bez żadnych zakłóceń. Organizmy wszystkich ludzi, przynajmniej w pewnych okresach życia, są narażone na różne dysfunkcje i uszkodzenia. Niewątpliwie cierpienie i choroba są elementami naszej ludzkiej kondycji, a śmierć przypisana do naszej egzystencji¹³.

Jeżeli uzna się, że choroby i fizyczne uszkodzenia są naturalnymi elementami egzystencji każdego człowieka, to nie trzeba posługiwać się normą statystyczną. Niestety, nadal tak w praktyce diagnostycznej, jak i świadomości społecznej ta norma dominuje. Oceniając czyjaś sprawność, porównujemy ją ze sprawnością innych ludzi w tym samym wieku i z tego samego środowiska. Oznacza to, że społeczeństwo samo produkuje tak zwaną normę, a następnie, używając swoich ocen, wywiera nacisk, aby osoby „spoza normy” dostosowały się do niej samodzielnie lub przy pomocy specjalistów. Zatem konsekwencją oceniania ludzi z punktu widzenia normy jest nie tylko dopasowywanie ich do niej, ale także segregowanie

¹³ Ta myśl znajduje bardzo trafne odzwierciedlenie w tytule i fabule filmu Krzysztofa Zanussiego *Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową*.

i nazywanie. Są to działania naruszające podmiotowość i godność człowieka. BOWIEM TO „nie człowiek jest upośledzony czy opóźniony w taki czy inny sposób. On sam w istocie swojego człowieczeństwa jest nienaruszony; utrudniony jest jego rozwój” (Obuchowska, 1984: 4–5). Niewątpliwie bardziej humanistyczna od normy statystycznej jest norma funkcjonalna, która odnosi się do indywidualnych możliwości konkretnego człowieka i pozbawiona jest zarówno funkcji nacisku, jak i stygmatyzacji.

Jak słusznie zauważyła Irena Obuchowska, nie ma osób zawsze i pod każdym względem niesprawnych, jak i sprawnych. Jest bowiem właściwością natury ludzkiej, że zakres i poziom sprawności u różnych ludzi są rozmaite i dzięki temu nasze życie społeczne staje się bardziej różnorodne.

I jest też prawdą, że pomimo różnych niesprawności i ograniczeń ludzie potrafią przeżywać życie pożytecznie i z poczuciem sensu, realizując różne jego warianty. Istotne w życiu ludzkim jest bowiem nie to, w co natura wyposażyła człowieka, ale to, co ze swoim – lepszym czy gorszym – wyposażeniem zrobi, co jest dla niego ważne, jakich dokona wyborów. (Obuchowska, 1991: 10)

Zacytowane stanowisko, sformułowane niemal trzy dekady temu, pozostaje nadal aktualne. Na przykład Elżbieta Zakrzewska-Manterys w tekście dotyczącym niepełnosprawności intelektualnej zawarła następujący pogląd: „upośledzenie umysłowe nie musi być traktowane jako brak czy dysfunkcja, lecz może być – zgodnie z polityką różnorodności – traktowane jako równoprawny sposób bycia człowiekiem, różny od sposobu manifestowania się człowieczeństwa wśród statystycznej większości obywateli, niemniej odznaczający się swoistą specyfiką i pięknem” (Zakrzewska-Manterys, 2015: 95).

Zakończenie

Odwołując się do koncepcji Thomasa Kuhna, można powiedzieć, że model medyczny był tradycyjnym paradygmatem niepełnosprawności, jednak z czasem, gdy osoby niepełnosprawne zaczęły zauważać, że nie jest to odpowiedni sposób rozumienia ich funkcjonowania, nastąpiła zmiana paradygmatu¹⁴. Pojawił się społecz-

¹⁴ Zdaniem Thomasa Kuhna paradygmat to ogólnie akceptowany przez społeczność uczonych system myślowy mieszczący w sobie: najogólniejsze założenia i modele pojęciowe, teorie i stwierdzone fakty, a także problemy, które stawia się w badaniach i typowe techniki, za pomocą których problemy te się rozwiązuje. Paradygmat jest wypracowywany w toku wieloletnich, rzetelnych badań i przyjmowany na zasadzie konsensusu (por. Kuhn, 2001).

ny model niepełnosprawności, skuteczniejszy w wyjaśnianiu doświadczeń osób niepełnosprawnych i identyfikowaniu przyczyn ich niekorzystnej sytuacji. Wydaje się że nadszedł czas na kolejną zmianę. Należy jednak pamiętać, że przejście do nowego paradygmatu nie oznacza odrzucenia poprzedniego. Wszak w fizyce zastąpienie mechaniki newtonowskiej einsteinowską teorią względności nie unieważniło poprzedniego podejścia, a jedynie pokazało jego ograniczenia. Pomimo wskazanych w tym tekście niedostatków społecznego modelu niepełnosprawności w mocy pozostają jego główne przesłania: że należy eliminować bariery społeczne i fizyczne oraz działać na rzecz równouprawnienia, uppełnomocnienia i samostanowienia osób niepełnosprawnych. Natomiast konieczna jest zmiana podejścia do istoty niepełnosprawności. Zamiast toczyć jałowe spory, czy niepełnosprawność ma charakter medyczny, czy społeczny, należy dążyć do zbudowania takiego modelu, który integrowałaby wszystkie jej wymiary: biologiczny, psychologiczny, kulturowy, społeczny i polityczny. Przede wszystkim zaś należy przyjąć założenie, że niepełnosprawność jest właściwością wszystkich ludzi, a nie tylko niektórych z nich.

Bibliografia

- Abberley P. (1996), Work, utopia and impairment, [w:] L. Barton (ed.), *Disability and Society: Emerging issues and insights*, London, s. 61–82.
- Barnes C. (1991), *Disabled People and Discrimination in Britain: The case for anti-discrimination legislation*, London.
- Barnes C. (2012), The social model of disability: valuable or irrelevant?, [w:] N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas (eds.), *Handbook of Disability Studies*, London, s. 12–29.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność*, tłum. P. Morawski, Warszawa.
- Barton L. (1993), The struggle for citizenship: the case of disabled people, *Disability, Handicap & Society* (8)3, s. 235–248.
- Bury M. (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, London.
- Charlton J. (1998), *Nothing About Us Without Us: disability, oppression and empowerment*, Berkeley.
- Crow L. (1996), Including all our lives: renewing the social model of disability, [w:] J. Morris (ed.), *Encounters with Strangers: Feminism and disability*, London, s. 206–226.
- Disabilities – World Health Organization*, <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>, dostęp: 30.12.2019.
- French S. (2004), ‘Can you see the rainbow?’ The roots of denial, [w:] J. Swain, V. Finkelstein, S. French, M. Oliver (eds.), *Disabling Barriers – Enabling Environments*, London, s. 81–86.
- Hahn H. (1986), Public support for rehabilitation in programs: The analysis of US disability policy, *Disability, Handicap & Society* (1)2, s. 121–137.
- Hunt P. (ed.). (1966), *Stigma: The experience of disability*, London.

- Karaś M. (2012), Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies, *Przegląd Prawny, Ekonomiczny i Społeczny* 4, s. 20–33.
- Kuhn T. (2001), *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa.
- Morris J. (1991), *Pride Against Prejudice*, London.
- Morris J. (2001), Impairment and disability: constructing an ethics of care which promotes human rights, *Hypatia* (16)4, s. 1–16.
- Obuchowska I. (1984), Dylematy pedagogiki specjalnej, *Kwartalnik Pedagogiczny* 4, s. 3–7.
- Obuchowska I. (1991), Wprowadzenie, [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa, s. 9–16.
- Oliver M. (1995), *Understanding Disability: from theory to practice*, Basingstoke.
- Oliver M. (2004), The social model in action: if I had a hammer, [w:] C. Barnes, G. Mercer (eds.), *Implementing the Social Model of Disability: theory and research*, Leeds, s. 18–31.
- Priestley M., Corker M., Watson N. (1999), Unfinished business: disabled children and disability identity, *Disability Studies Quarterly* (19)2, s. 90–98.
- Shakespeare T. (2006), The social model of disability, [w:] L. Davis (ed.), *The Disability Studies Reader*, New York, s. 197–204.
- Shakespeare T., Gillespie-Sells K., Davies D. (1996), *The Sexual Politics of Disability: Untold desires*, London.
- Shakespeare T., Watson N. (2002), The social model of disability: an outdated ideology?, *Research in Social Science and Disability* 2, s. 9–28.
- Twardowski A. (2017), Społeczny model niepełnosprawności – geneza, istota, kontrowersje, [w:] K. Barłóg (red.), *Wybrane konteksty i wyzwania współczesnej pedagogiki specjalnej*, Rzeszów, s. 13–26.
- Twardowski A. (2018), Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna, *Studia Edukacyjne* 48, s. 97–114, DOI: 10.14746/se.2018.48.7.
- Union of the Physically Impaired Against Segregation, *Fundamental Principles of Disability*, https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwir0cfk sfLpAhVK_SoKHYJ7B8kQFjADegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fdisability-studies.leeds.ac.uk%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F40%2Flibrary%2FUPIAS-fundamental-principles.pdf&usq=AOvVaw0NS9uYkUaQb8saGV0mrHn0, dostęp: 19.12.2019.
- Zakrzewska-Manterys E. (2015), Upośledzenie umysłowe jako niepełnosprawność i jako sposób bycia człowiekiem, [w:] J. Głodkowska (red.), *Personalistyczne ujęcie fenomenu niepełnosprawności*, Warszawa, s. 88–97.