



Glavni cilj: doseganje popolne socialne vključenosti vseh ljudi

Če vprašate uporabnika invalidskega vozička, kaj ga v odnosu drugih najbolj moti, odgovori da to, da ga imajo za duševno prizadetega in da se v trgovini z njim pogovarjajo kot z otrokom. Zakaj ga kot telesnega invalida to tako moti, kljub temu, da se zavzema za to, da ni s človekom, ki je invaliden, nič narobe? In zakaj ta ista oseba, ki potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih, zavrne negovalca, ki je homoseksualec?

V članku bom poskušala narediti pregled nekaterih raziskav, ki so raziskovale stališča do oseb z invalidnostmi in stališča invalidov do drugih invalidov.

Raziskave kažejo, da se osebe z invalidnostmi, kot tudi brez invalidnosti ponavadi ne družijo s predstavniki drugih skupin invalidnosti zaradi mnogih in kompleksnih razlogov, kot so premalo ugodnosti (denarja), nepoznavanja posebnih problemov, ki izhajajo iz diagnoze, spolne (ne)privlačnosti, nevarnosti stigmatizacije, ... Torej ne moremo govoriti o kolektivni identiteti vseh invalidov, ampak le o pripadnosti določeni skupini invalidov (in-group).

V osemdesetih letih se je pojavil izraz »super invalid« (Super Crip), s katerim so mladi z Duchennovo mišično distrofijo poimenovali, zasmehovali in se distancirali

Ali obstaja hierarhija invalidnosti? Kdo je bolj in kdo manj invaliden? Ali in zakaj smo nestrpni do drugačnih? Ali so »drugačni« nestrpni do drugih »drugačnih«?

li od invalidov (tudi uporabnikov invalidskih vozičkov), ki so gradili na telesni moči, se udeleževali maratonov, vozili avtomobile in podobno. Za razliko od njih so se sebe smatrali za »pristine« invalide. Že znotraj skupine telesnih invalidov se torej lahko pojavljajo tež-

Že znotraj skupine telesnih invalidov se lahko pojavljajo težnje po ekskluzivni pravici do imena »invalid«.

nje po ekskluzivni pravici do imena »invalid« (Crow, 1996).

Stališča neinvalidov do oseb z invalidnostjo – hierarhija invalidnosti

Tringo (1970, 2000) je na osnovi več raziskav izdelal »hierarhijo invalidnosti«, ki ostaja razmeroma stabilna že 30 let. Njegovo delo temelji na predpostavki, da če obstajajo predsodki do celotne skupine invalidov, potem obstaja tudi hierarhija predsodkov do različnih prizadetosti. Skupina nein-

validov je ocenjevala 21 različnih prizadetosti in bolezni z 9-stopenjsko lestvico od »bi se poročil« do »bi ga pustil umreti«. Rezultati so pokazali, da so duševno prizadeti, alkoholiki in duševno bolni v družbi najslabše sprejeti, medtem ko so bolniki z ulkusom (čirrom), artritisom in astmo najvišje na lestvici sprejetosti.

Janicki (1970) je prosil 54 zdravstvenih delavcev, da rangirajo 12 prizadetosti glede na to, koliko jih motijo (vznemirjajo). Najbolj jih motijo oziroma vznemirjajo slepi, sledijo paraplegiki, osebe z amputacijo roke in osebe z amputacijo noge, najmanj pa tisti s čirrom na želodcu. Zelo nizko so ocenjene tudi osebe z iznakaženim obrazom.

Obstaja kar nekaj raziskav o osebah z iznakaženim obrazom oziroma z vidnim znamenjem na obrazu, pri čemer se dotikamo pomembnosti osebne privlačnosti v medosebnih odnosih. Primerjali so možnost uspeha na zaposlitvenem razgovoru osebe z znamenjem na obrazu, uporabnika invalidskega vozička in osebe z obema

Raziskave kažejo, da se osebe z invalidnostmi, kot tudi brez invalidnosti ponavadi ne družijo s predstavniki drugih skupin invalidnosti zaradi mnogih in kompleksnih razlogov, kot so premalo ugodnosti, nepoznavanja posebnih problemov, ki izhajajo iz diagnoze, spolne (ne)privlačnosti, nevarnosti stigmatizacije,

...



Glavni cilj: doseganje popolne socialne vključenosti vseh ljudi



hendikepoma. Najmanj možnosti za zaposlitev je imela oseba na vozičku z znamenjem na obrazu, nekaj več oseba z znamenjem in največ možnosti uporabnik invalidskega vozička (Stevenage & McKay, 1999).

Stališča otrok so v primerjavi s stališči odraslih nekoliko pozitivnejša, kljub temu pa tudi pri njih obstaja hierarhija invalidnosti. Richardson in Ronald (1977) sta otrokom pokazala šest slik iste deklice, s tem da je bilo pet deklic z različnimi oblikami prizadetosti (deklica z obvezano nogo, deklica sedi v invalidskem vozičku, deklica z amputirano roko, deklica z iznakaženim obrazom in deklica z močno povišano telesno težo), in jih vprašala, katera jim je najbolj všeč. Najpopularnejša je deklica brez invalidnosti, na petem mestu je deklica v vozičku in najmanj popularna debeluška.

Tolerantnost otrok do drugačnih je fenomen, ki traja samo določen čas. Dosledno se kaže, da se otroci radi igrajo z vrstniki, ki so drugačni, se pa s starostjo ta pripravljenost zmanjšuje. Pri 6 do 7-letnikih se že pojavljajo negativna stališča, kot so usmiljenje, ne kaže pa se socialna distanca, tako kot pri starejših. Verjetno začenjajo otroci sčasoma reflektirati stališča svojih staršev ali starejših sorojencev. Do določene mere pa je to tudi posledica normalnega socialnega razvoja, ko se mladostnik začinja identificirati s svojo referenčno skupino (mi) in se neha družiti s predstavniki druge skupine (vi).

Ko je Svetovna zdravstvena organizacija razvijala Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, je v 14 državah izdelala raziskavo, v kateri so preizkušanci rangirali 17 zdravstvenih stanj glede na stopnjo invalidnosti (glede na to, koliko je oseba ovirana pri vsakdanjih aktivnostih). V vseh kulturah je kvadriplegija ocenjena kot najbolj ovirajoča, sledijo demenca, psihična stanja in paraplegija. Najmanj ovirajoči pa so »madež« na obrazu, neplodnost in hude migrene. Najmanjše skladanje med državami se je pokazalo pri okužbi z virusom HIV, popolni gluho-

Raziskave so pokazale, da smo strpnejši do »začasnih« oblik invalidnosti in manj strpni do trajnih.

ti, lažji duševni prizadetosti in amputaciji noge pod kolonom.

V raziskavi so tudi merili stopnjo socialnega odobranja oziroma neodobranja za 18 različnih prizadetosti. Najmanj socialnega neodobranja so deležni uporabniki invalidskega vozička, slepi in tisti, ki ne znajo brati, največ neodobranja pa alkoholiki, kriminalci, osebe okužene z virusom HIV in narkomani. Potemtakem so uporabniki invalidskega vozička v življenju med najbolj oviranimi, hkrati pa med socialno najbolj sprejetimi.

Esses in Beaufooy (1994) sta merila stališča do ljudi z amputacijo, tistih ki živijo z AIDSom in kronično depresivnih ter ponudila vpogled v možne vzroke nega-

tivnih stališč do teh invalidov. Dobil sta tri ključne kognitivne determinante: • stereotipi, pripisani članom skupine, • simbolično prepričanje, da lahko člani skupine ogrozijo njihove vrednote, • možnost vplivanja na to, da se je invalidnost oziroma bolezen sploh zgodila, ter • emocionalno determinanto: čustva, ki jih izvajajo člani skupine invalidov.

Avtorja sta ugotovila, da s štirimi faktorji lahko napovemo stališča do teh treh oblik invalidnosti. Prepričanje, da hendikep lahko ogroža vrednote, se v veliko večji meri kaže pri stališčih do obolelih za AIDSom in manj do oseb z amputacijo. Podobno vpliva na negativna stališča do okuženih s HIV in depresivnih tudi občutek, da so imeli možnost vplivati na to, da so se okužili oziroma postali depresivni, medtem ko amputirani niso imeli te možnosti.

Raziskave so tudi pokazale, da smo strpnejši do »začasnih« oblik invalidnosti in manj strpni do trajnih. Gething (1991) je meril, koliko neugodja doživlja okolica ob srečanju z različnimi oblikami prizadetosti in ugotovil, da ljudje doživljamo največ neugodja ob stiku z narkomani, bolniki z AIDSom, shizofreniki, osebami z Downovim sindromom in paraplegiki, najmanj pa ob stiku z diabetiki. Ponavadi imamo pozitivnejša stališča, če imamo več stikov s to vrsto prizadetosti, v nekaterih primerih pa je lahko tudi obratno (na primer če vidiš grand mal epileptični napad, lahko postanejo stališča do epileptikov negativnejša). Prav tako je raziskava tudi pokazala, da se izkušnje z enim članom

Najmanj socialnega neodobranja so deležni uporabniki invalidskega vozička, slepi in tisti, ki ne znajo brati, največ neodobranja pa alkoholiki, kriminalci, osebe okužene z virusom HIV in narkomani. Potemtakem so uporabniki invalidskega vozička v življenju med najbolj oviranimi, hkrati pa med socialno najbolj sprejetimi.

stigmatizirane skupine generalizirajo na vse člane skupine.

Stališča invalidov do drugih skupin invalidov

Za raziskovanje in razumevanje stališč invalidov do drugih skupin invalidov je treba pogledati na področje socialne psihologije, predvsem fenomen stereotipiziranja, *in-group* in *out-group* fenomen ter področje identitete. Stopnja, s katero se posameznik prostovoljno identificira kot član skupine, je najpomembnejši indikator njegovih stališč do članov te skupine.

Invalidi se smatrajo za ločljivo socialno enoto (entiteto), bolj kot pa skupek posameznikov z določeno prizadetostjo. Člani skupine menijo, da posedujejo neke skupne socialno pomembne karakteristike, ki jih ločujejo od drugih socialnih enot v sredini, kjer živijo, kar pa ne pomeni, da imajo tudi skupno identiteto.

Pomembno je torej vprašanje, ali se invalidi čutijo pripadniki skupine vseh invalidov, ali pripadniki samo skupine invalidov z enako vrsto prizadetosti (*in-group*), ali pa sploh ne čutijo pripadnosti skupini invalidov (*out-group*).

Haslam (1995) govori o »meta-kontrastu«. Če fenomen razložimo na primeru iz vsakdanjega življenja, rečemo krožniku s hruškami na mizi, polni raznovrstne hrane, sadje. Če pa je isti krožnik na mizi, ki je polna različnih vrst sadja, govorimo o krožniku s hruškami. Ob analogiji z invalidnostjo to pomeni, da bosta cerebralci in paraplegik v okviru celotne družbe kot invalida »držala« skupaj, v skupini samih invalidov pa si bo-

sta kot pripadnik skupine cerebralcev in pripadnik skupine paraplegikov stala nasproti. In dalje, v skupini neinvalidov se paraplegik počuti bolj invaliden kot v skupini samih invalidov.

Raziskave potrjujejo, da vsaka podskupina invalidov meni, da nima veliko skupnega z drugimi invalidi. Pri tem se ponavadi postavljajo v superiornejšo vlogo (včasih tudi inferiornejšo) v primerjavi z drugimi, kar je posledica potrebe po pozitivnem vrednotenju samega sebe. Iz tega izhaja, da tudi znotraj skupine invalidov obstaja hierarhija posameznih prizadetosti.



Pomembno je, da se zavemo svojih stališč do drugih ljudi, saj bomo le tako lahko negativna stališča tudi spreminjali.



Velikokrat se postavlja vprašanje, kdo sploh je »pravi invalid«. Nekateri menijo, da na primer oseba z Apsbergerjevim sindromom ali disleksijo ni invalidna, ker ne čuti negativnega socialnega pritiska. Ustvarjanje hierarhije prizadetosti je prvič najverjetneje posledica tekmovanja različnih skupin invalidov za omejena finančna sredstva, ter drugič posledica ponosa in identifikacije s skupino, ki je na slabšem.

Proces stigmatizacije temelji na povečevanju samopodobe tistega, ki stigmatizira s poniževanjem stigmatiziranega. Ponavadi je tako, da ljudje z negativno samopodobo širijo več predsodkov in imajo negativnejša stališča do drugačnih, kot tisti s pozitivnejšo.

Pomembno je, da osebe z invalidnostjo gradijo in ohranjajo pozitivno samovrednotenje (skozi pozitivno in cenjeno socialno vlogo, kot na primer zaposlitev), saj bodo s tem imeli pozitivnejša stališča do drugih invalidov in nasploh do ljudi.

Na stališča tistih, ki so postali invalidni kasneje v življenju, imajo pomemben vpliv stališča iz obdobja pred invalidnostjo.

Bertin (1959) je 72 slepih otrok vprašal, kateri otrok je na slabšem – tisti, ki ne čuti, ne sliši, ne vidi, ne voha ali ne okuša. Otroke so vprašali, koga izmed otrok brez enega čuta (sluh, vid, voh, okus in dotik) bi izbrali kot najbolj ubogega. Samo 18 % slepih je izbralo slepega kot tistega ki je na najslabšem, medtem ko je izbralo slepega kar 71 % neinvalidnih otrok. 49 % slepih meni, da je bolje biti slep, kot pa izgubiti katero drugo čutilo, v primerjavi s 3 % neinvalidnih.

Mastro (1996) je ugotavljal, ali obstaja hierarhija prizadetosti tudi med invalidi. Kot poskusne osebe je uporabil invalide športnike. Uporabil je modificirano Tringovo lestvico z 12 stopnjami za ocenjevanje različnih prizadetosti (amputacije, cerebralne paralize, pritlikavosti, mišične distrofije, multiple skleroze, paraplegije, kvadriplegije, amputacije enega uda). Ugotovil je, da športniki invalidi razvrščajo prizadetosti v hierarhijo, ki bazira na teži prizadetosti (funkcionalni oviranosti). Amputacijo so ocenili kot najbolj sprejemljivo (najmanj invaliden), temu sledijo pritlikavost, paraplegija, kvadriplegija, cerebralna paraliza in

Raziskave potrjujejo, da vsaka podskupina invalidov meni, da nima veliko skupnega z drugimi invalidi. Pri tem se ponavadi postavljajo v superiornejšo vlogo (včasih tudi inferiornejšo) v primerjavi z drugimi, kar je posledica potrebe po pozitivnem vrednotenju samega sebe. Iz tega izhaja, da tudi znotraj skupine invalidov obstaja hierarhija posameznih prizadetosti.



Glavni cilj: doseganje popolne socialne vključenosti vseh ljudi

■ ■ ■ nazadnje slepota. Hierarhija invalidnosti je podobna hierarhiji pri skupini neinvalidov.



Zaključek

Zaključim lahko, da ne obstajajo diskriminacija in predsodki do oseb z invalidnostmi samo s strani neinvalidnih, temveč obstaja tudi diskriminacija znotraj skupin različnih invalidnosti. Tega bi se morali zavedati, tako eni kot drugi. Predvsem pa ne smemo graditi svojega samospoštovanja z distanciranjem od »slabšega« oziro-

ma s stigmatiziranjem šibkejšega od sebe. Pomembno je, da se zavemo svojih stališč do drugih ljudi, saj bomo le tako lahko negativna stališča tudi spreminjali.

V kontekstu socialnega modela invalidnosti ni nihče boljši ali slabši; skupaj se moramo boriti za skupno dobro, iskati enakost znotraj družbe in se boriti proti diskriminaciji. Iskati moramo učinkovite skupne strategije za spreminjanje negativnih stališč. Glavni cilj mora biti doseganje popolne so-

cialne vključenosti vseh ljudi. Predvsem pa moramo posvetiti pozornost tistim skupinam invalidov, ki so deležne največje diskriminacije ■

Viri

Deal M. (2003), *Disabled people's attitudes toward other impairment groups: a hierarchy of impairments*, *Disability & Society*, letnik 18, št. 7

Tregaskis C. (2002), *Social Model Theory: the story so far ...*, *Disability & Society*, letnik 17, št. 4

