

ANDRZEJ TWARDOWSKI

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

SPOŁECZNY MODEL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - ANALIZA KRYTYCZNA

ABSTRACT. Twardowski Andrzej, *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna* [The Social Model of Disability – Critical Analysis]. *Studia Edukacyjne* nr 48, 2018, Poznań 2018, pp. 97-114. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2018.48.7

The aim of this article is to provide a description and analysis of the social model of disability, and how it has developed during the past 40 years. In the first part of article the author presents the origins and basic tenets of the social model of disability emphasizing its key elements: the distinction between impairment and disability and the phenomenon of social oppression. Next, he describe the benefits of the social model. In the remainder of this article, the author analyze the main weaknesses of the social model of disability. The paper concludes with some reflections on the need to change in understanding of disability.

Key words: model of disability, disabling barriers, oppression, social environment

Wstęp

Do lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku niepełnosprawność była rozumiana jako „osobista tragedia” osób nią dotkniętych oraz problem obciążający pełnosprawną większość społeczeństwa. Osoby z zaburzeniami fizycznymi, sensorycznymi i umysłowymi traktowane były jako niezdolne do pełnienia wielu ról i zadań społecznych. Uważano, że nie potrafią samodzielnie egzystować i wymagają „specjalistycznych” oddziaływań. Tworzono dla nich specjalne placówki edukacyjne, instytucje rehabilitacyjno-opiekuńcze oraz zakłady lecznicze. Wiele dorosłych osób z niepełnosprawnościami umieszczono w zamkniętych zakładach, aby nie były ciężarem dla innych. Takie postępowanie wynikało z traktowania niepełnosprawności jako problemu indywidualnego, o charakterze medycznym.

Pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku przedstawiony wyżej sposób rozumienia i traktowania niepełnosprawności spotkał się z ostrą krytyką, przede wszystkim ze strony samych zainteresowanych. Niepełnosprawni zaczęli zakładać organizacje, aby sprzeciwić się traktowaniu ich jako „ludzi drugiej kategorii”. Zaczęli domagać się równego z osobami pełnosprawnymi prawa dostępu do edukacji i zatrudnienia oraz likwidacji fizycznych i społecznych barier utrudniających codzienną egzystencję. Zażądali takich zmian w prawie i polityce społecznej, które umożliwiłyby im samodzielne życie. Zakwestionowali traktowanie niepełnosprawności jako problemu jednostkowego, wyizolowanego z szerszego kontekstu społecznego.

Celem artykułu jest krytyczna analiza społecznego modelu niepełnosprawności¹. Aby ten cel osiągnąć, rozpocznę od krótkiej charakterystyki medycznego modelu niepełnosprawności, w opozycji do którego ukształtował się model społeczny. Następnie ukazę genezę i istotę społecznego modelu niepełnosprawności, przedstawię jego zalety i wady oraz zasygnalizuję kierunek dalszych zmian w rozumieniu niepełnosprawności.

Medyczny model niepełnosprawności

Początków medycznego modelu niepełnosprawności należy poszukiwać w myśli renesansowej, w której pojawiły się nowatorskie, jak na ówczesne czasy, koncepcje leczenia chorób i postępowania z osobami niepełnosprawnymi². Źródłem tych koncepcji można upatrywać zarówno w większym nacisku na związek medycyny z naukami przyrodniczymi, jak i w religii chrześcijańskiej propagującej cnotę miłosierdzia i ideę dobroczynności. Medyczne podejście do niepełnosprawności pogłębiło się od oświecenia do końca XIX wieku, wraz z naukowym wyodrębnieniem poszczególnych typów niepełnosprawności, ustaleniem specyfiki utrudnień, jakie wywołują oraz opracowaniem metod leczenia i edukacji osób dotkniętych tymi niepełnosprawnościami. W wieku XX niebagatelne znaczenie dla rozwoju medycznego myślenia o niepełnosprawności miały konsekwencje dwóch wojen światowych, w trakcie których dziesiątki milionów ludzi utraciło sprawność.

¹ Przez model rozumiem reprezentację odzwierciedlającą, kopiującą lub w inny sposób ilustrującą wzorzec relacji dostrzeżonych w danych lub w naturze. Wartość i użyteczność tak rozumianego modelu wynika z przewidywań, jakie można wysunąć na jego podstawie oraz z jego funkcji w ukierunkowywaniu badań i rozwijaniu teorii (A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2005, s. 397).

² M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny*, [w:] *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, red. A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Warszawa 2010, s. 32.

W społeczeństwach nowoczesnych, przez większość dwudziestego wieku, model medyczny stanowił fundament polityki wobec osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że nadal jest on podstawą funkcjonowania służb społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych w wielu współczesnych społeczeństwach oraz w poszczególnych sektorach życia społecznego³. W modelu medycznym niepełnosprawność jest traktowana jako „stan”, który wymaga odpowiedniego „leczenia”⁴. Niepełnosprawność jest porównywana z chorobą, ponieważ wywołują ją czynniki genetyczne, teratogeny i patogeny, na które medycyna potrafi bezpośrednio oddziaływać. Czasami niepełnosprawność jest powodowana przez urazy i uszkodzenia mechaniczne, ale z nimi medycyna również doskonale sobie radzi. Tym samym przyjmuje się, że medycyna potrafi uleczyć wiele rodzajów niepełnosprawności; że na wiele nieprawidłowych stanów biologicznych ciała istnieją leki lub skuteczne metody inwazyjnego „naprawiania”; że niektóre postępujące procesy patologiczne można spowolnić, powstrzymać, a niekiedy odwrócić. A nawet jeśli jakiegoś rodzaju niepełnosprawności nie można wyleczyć obecnie, to dzięki szybkiemu rozwojowi medycyny taka możliwość pojawi się w przyszłości⁵. Natomiast osobom, których całkowite wyleczenie nie jest możliwe, model medyczny oferuje rehabilitację. Jej celem jest walka z nieodwracalnymi skutkami niepełnosprawności, na przykład takimi, jak brak jakiegoś narządu lub jego trwale uszkodzenie.

W modelu medycznym osobie niepełnosprawnej przypisywana jest rola chorego. Wykorzystuje się tu koncepcję Talcotta Parsonsa, zgodnie z którą choroba jest pokrewna dewiacji społecznej, ponieważ ogranicza lub uniemożliwia pełnienie ról społecznych. To z kolei prowadzi do zakłócenia normalnego funkcjonowania jednostki, obniża jej przydatność, sprawność i ekonomiczną wydajność⁶. Dlatego, społeczeństwo musi pogodzić się z faktem, że chory nie wyzdrowieje dzięki „własnym chęciom” i pozwolić mu, na pewien czas, opuścić „normalne” role społeczne. Ten z kolei musi otrzymać medyczne potwierdzenie stanu swojego zdrowia i postępować zgodnie z przepisaną terapią, aby możliwie jak najszybciej wyjść z roli chorego. Występując w roli chorego, niepełnosprawna jednostka powinna postępować zgodnie z wolą specjalistów zajmujących się jej przypadkiem. Oni znają jej ograniczenia i możliwości lepiej niż ona sama. Dlatego, niepełnosprawna osoba jest zobo-

³ B. Gąciarz, *Model społecznej niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej*, [w:] *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, red. B. Gąciarz, S. Rudnicki, Kraków 2014, s. 18.

⁴ Z. Woźniak, *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*, Warszawa, 2008, s. 45-47.

⁵ M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności*, s. 33.

⁶ T. Parsons, *System społeczny*, Kraków 2009, s. 327-332.

wiązana do podejmowania takich aktywności, które zdaniem specjalistów są w danej sytuacji najbardziej właściwe.

W medycznym modelu niepełnosprawności przyjmuje się, że podmiotem oddziaływania jest niepełnosprawna jednostka, ponieważ tylko ona może się zmienić. Natomiast, społeczeństwo jako takie jest niezmiennie. Tak sprawność, jak i niepełnosprawność są traktowane jako cechy podmiotowe danej osoby. Zatem, oddziaływania pomocowe powinny być zorientowane na ciało i psychikę osób z zaburzeniami fizycznymi, intelektualnymi i psychicznymi oraz powinny zmierzać do uzyskania pożądanych zmian w ich indywidualnych właściwościach. Niepełnosprawność to problem w ciele danej osoby, który może być rozwiązany wyłącznie poprzez działanie specjalistów. Natomiast, konsekwencje niepełnosprawności w obszarze doświadczeń osobistych i funkcjonowaniu społecznym niepełnosprawna osoba musi przezwyciężyć sama albo szukać pomocy poza systemem opieki zdrowotnej⁷.

Medyczny model niepełnosprawności ma zalety, których nie należy ignorować. Wskażę na trzy najważniejsze.

Po pierwsze, model medyczny daje nadzieję na lepszą przyszłość wielu osobom z niepełnosprawnościami dzięki połączeniu możliwości medycyny, technologii medycznych oraz farmakologii. Osiągnięcia w takich dziedzinach, jak: telemedycyna, robotyka medyczna i rehabilitacyjna, inżynieria genetyczna, inżynieria chemiczna, czy nanotechnologie stwarzają nowe możliwości leczenia i usprawniania osób niepełnosprawnych.

Po drugie, w modelu medycznym zjawisko niepełnosprawności jest zobiektywizowane – podlega pomiarowi, standaryzacji i klasyfikacji. Dzięki temu możliwe jest porównywanie sytuacji osób z różnymi niepełnosprawnościami, a także empiryczne weryfikowanie skuteczności stosowanych metod pomocy.

Po trzecie, w medycznym modelu niepełnosprawności przyczyny patologicznego procesu są ściśle określone i udokumentowane. Jeśli określony czynnik powodujący niepełnosprawność zostanie wyeliminowany w odpowiednim czasie, wówczas nie dojdzie do naruszenia stanu organizmu i uszczerbku na zdrowiu. Tym samym, w znakomitej większości przypadków możliwe jest zastosowanie skutecznej profilaktyki niepełnosprawności⁸.

⁷ J.F. Smart, *The power of models of disability*, Journal of Rehabilitation, 2009, 2, s. 3-11.

⁸ Działania niektórych czynników powodujących niepełnosprawność nie można przewidzieć. Tak jest w przypadku rzadkich chorób genetycznych, urazów, czy uszkodzeń mechanicznych ciała. „Niemożność określenia wyraźnego czynnika, któremu można przypisać powód powstania niepełnosprawności sprawia, że zobrazowanie procesu utraty sprawności w modelu medycznym nie zawsze jest pełne” (M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności*, s. 36).

Medyczny model niepełnosprawności ma również liczne niedoskonałości i wady. Przedstawię kilka z nich, najczęściej przywoływanych w literaturze przedmiotu.

Po pierwsze, model medyczny przyczynia się do patologizacji niepełnosprawności, bowiem jest ona rozumiana jako wada, zaburzenie lub dysfunkcja zlokalizowana w jednostce i wymagająca „naprawy” poprzez odpowiednio zaprojektowane oddziaływania. Sprzyja to spostrzeganiu niepełnosprawności wyłącznie jako deficytu jednostki i kreowaniu wizerunku osób niepełnosprawnych jako słabych, bezradnych, zależnych od innych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Po drugie, medyczne diagnozy zawierają komponent oceniający, odwołujący się do statystycznie konstruowanej normy biologicznej. Osoby niepełnosprawne są identyfikowane jako „biologicznie niedoskonałe” i „anormalne”. Powoduje to, że pełnosprawna większość może uznać swoje uprzedzenia wobec osób niepełnosprawnych za uzasadnione, ponieważ usprawiedliwia je prestiż nauk medycznych.

Po trzecie, „zdefiniowanie niepełnosprawności jako problemu medycznego spowodowało, że zniknęła ona z debaty publicznej. Jej temat jest poruszany wyłącznie w obszarze medycznym, przez specjalistów z tej dziedziny”⁹. W konsekwencji, model medyczny zwalnia pełnosprawną większość z obowiązku zapewnienia osobom niepełnosprawnym praw obywatelskich oraz dostępu do dóbr społecznych i instytucji.

Po czwarte, wysokospecjalistyczne przygotowanie lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych doprowadziło do asymetrii w relacjach specjaliści – osoby niepełnosprawne. Specjaliści koncentrują się na oddziaływaniach leczniczych i rehabilitacyjnych. Występują z pozycji tych, „którzy wiedzą lepiej”. Od osób niepełnosprawnych oczekują podporządkowania i chętnego wykonywania poleceń.

Po piąte, przedstawiciele zawodów medycznych, w przeważającej większości, nie są dotknięci niepełnosprawnością. Tym samym, trudno im wejść w perspektywę poznawczą osób, którymi się zajmują i zrozumieć, jak te osoby postrzegają swoją sytuację i jakie emocje przeżywają.

Przyjęty w medycynie model choroby, oparty na biologii molekularnej, uniemożliwia uwzględnienie psychologicznych i społecznych aspektów niepełnosprawności. Dlatego, medyczny model niepełnosprawności spotkał się z szeroką krytyką. Pierwsi rozpoczęli ją sami zainteresowani, czyli osoby niepełnosprawne.

⁹ P. Conrad, *The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior*, Social Problems, 1975, 1, s. 18.

Geneza i istota społecznego modelu niepełnosprawności

Zasadnicza zmiana w rozumieniu istoty niepełnosprawności nastąpiła w latach sześćdziesiątych XX wieku, wraz z pojawieniem się ruchu emancy-pacyjnego osób z niepełnosprawnościami. W Stanach Zjednoczonych przejawem tego ruchu były gwałtowne protesty osób niepełnosprawnych, jakie przetoczyły się przez cały kraj na początku lat siedemdziesiątych, z powodu znacznego opóźnienia we wprowadzeniu ustawy rehabilitacyjnej zabraniającej dyskryminowania osób niepełnosprawnych, szczególnie w miejscu pracy. Uchwalenie ustawy w roku 1973 nadało prawa obywatelskie osobom niepełnosprawnym, zintegrowało ich rozproszone organizacje i stworzyło podstawy amerykańskiej wersji społecznego modelu niepełnosprawności jako modelu mniejszości¹⁰. Zgodnie z tym modelem, osoby niepełnosprawne są traktowane jako dyskryminowana mniejszość społeczna, która sama broni swoich spraw, a jednocześnie nie rezygnuje z pomocy osób sprawnych i specjalistów¹¹.

Inne rozumienie istoty niepełnosprawności prezentują przedstawiciele nurtu brytyjskiego. Według nich, osoby niepełnosprawne są „ofiarami” opresji ze strony otoczenia, tak fizycznego, jak i społecznego. W związku z tym należy zapewnić im równouprawnienie, samoorzecznictwo (*self-advocacy*) i uppełnomocnienie (*empowerment*). Początki brytyjskiej wersji społecznego modelu niepełnosprawności sięgają roku 1966, kiedy to Paul Hunt, niepełnosprawny fizycznie pensjonariusz domu opieki w Hampshire, chorujący na rdzeniowy zanik mięśni, zredagował pracę zbiorową zatytułowaną *Piętno: Doświadczenie niepełnosprawności*¹². Składa się ona z 12 tekstów napisanych przez niepełnosprawne osoby – sześć kobiet i sześciu mężczyzn. Jej treść przełamuje powszechny wcześniej pogląd, że niepełnosprawność jest zjawiskiem o charakterze medycznym i osobistym problemem danej osoby. W roku 1975 Paul Hunt wraz z innymi pensjonariuszami domu opieki, w którym przebywał, założył Związek Upośledzonych Fizycznie Przeciw Segregacji (*Union of the Physically Impaired Against Segregation* – UPIAS). Powstanie związku poprzedziło opublikowanie przez Paula Hunta w roku 1971 w czasopiśmie „Guardian” listu, w którym zachęcał osoby znajdujące się w podobnym jak on położeniu do zajęcia się „ważną kwestią niepełnosprawności”. UPIAS składał się z niewielkiej, ale bardzo aktywnej grupy osób niepełnosprawnych fizycznie,

¹⁰ Rehabilitation Act of 1973, www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf [dostęp: 26.05.2018].

¹¹ Z uwagi na ograniczone ramy tego opracowania, w dalszych analizach skoncentruję się na brytyjskiej wersji społecznego modelu niepełnosprawności.

¹² P. Hunt (red.), *Stigma: The experience of disability*, London 1966.

czierpiących inspirację ze strukturalizmu oraz marksistowskiej socjologii i filozofii. Celem związku było wyeliminowanie instytucjonalnych form opieki nad osobami niepełnosprawnymi, z jednoczesnym zapewnieniem im: pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, niezależnej egzystencji, podjęcia pracy i decydowania o własnym losie.

W roku 1976 UPIAS opublikowało manifest zatytułowany „Podstawowe Zasady Niepełnosprawności” (*Fundamental Principles of Disability*), w którym znalazło się następujące stwierdzenie, kluczowe z punktu widzenia celów tej organizacji:

Z naszej perspektywy, 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 społecznym¹³.

Intensywne działania prowadzone przez członków UPIAS zaowocowały wypracowaniem nowego podejścia do kwestii niepełnosprawności. Niebagatelną rolę w tym procesie odegrali niepełnosprawni fizycznie przedstawiciele środowiska akademickiego, między innymi: Michael Oliver, Victor Finkelstein, Irving Zola, Geof Mercer, Colin Barnes. Autorem terminu „społeczny model niepełnosprawności” jest Michael Oliver. Po raz pierwszy użył go w roku 1981, w artykule zamieszczonym w pracy zbiorowej przeznaczonej dla pracowników socjalnych¹⁴. Celem Olivera było ukazanie znaczenia propozycji UPIAS dla rozwiązań społeczno-politycznych oraz praktycznych, podejmowanych na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Jego zdaniem:

nowy paradygmat nie zawiera niczego mniej lub bardziej fundamentalnego poza propozycją odejścia od koncentracji na cielesnych ograniczeniach poszczególnych osób niepełnosprawnych na rzecz analizowania barier, jakie na te osoby nakłada środowisko fizyczne i społeczne¹⁵.

Kluczowym elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest rozróżnienie między fizycznym upośledzeniem a niepełnosprawnością rozumianą jako rezultat opresyjnego traktowania przez otoczenie społeczne. Według UPIAS „uszkodzenie (*impairment*) to całkowity lub częściowy brak kończyny albo nieprawidłowe funkcjonowanie kończyny, narządu lub organizmu”. Natomiast niepełnosprawność (*disability*) to

¹³ *Union of the Physically Impaired Against Segregation*, 1975, s. 4, <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-UPIAS.pdf> [dostęp: 28.05.2018].

¹⁴ M. Oliver, *A new model of the social work role in relation to disability*, [w:] *The handicapped person: A new perspective for social workers*, red. J. Campling, London 1981.

¹⁵ Tamże, s. 28.

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 społecznego¹⁶.

Zaproponowane przez UPIAS definicje pozwalają zrozumieć różnicę między medycznym a społecznym modelem niepełnosprawności. Mianowicie, w modelu medycznym niepełnosprawność jest traktowana jako biologicznie zdeterminowana wada, natomiast w modelu społecznym – jako rezultat funkcjonowania barier społecznych. Różnicę między obydwoma modelami bardzo dobrze opisują słowa niepełnosprawnej fizycznie feministki, Jenny Morris:

Niezdolność chodzenia jest upośledzeniem, podczas gdy niemożność wejścia do budynku ze względu na konieczność pokonania kilku stopni jest niepełnosprawnością. Niemożność mówienia jest upośledzeniem, ale niemożność komunikowania się z powodu braku odpowiednich środków technicznych jest niepełnosprawnością. Niezdolność poruszania się jest upośledzeniem, ale niemożność wstania z łóżka z powodu braku odpowiedniej pomocy fizycznej jest niepełnosprawnością¹⁷.

A zatem, niepełnosprawność jest wytworem społeczeństwa. Jest konsekwencją niedostosowania warunków życia społecznego do potrzeb wszystkich obywateli.

Według założeń modelu społecznego, jednostkowe problemy stają się problemami społecznymi i tylko jako takie mogą być rozwiązywane.

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 wykluczona¹⁸.

W modelu społecznym niepełnosprawność ma charakter relatywny. Wynika przede wszystkim z charakteru interakcji między niepełnosprawną osobą a środowiskiem, w którym ona żyje. Osoba z uszkodzeniem fizycznym może uzyskać sprawności, jeśli umożliwi się jej wykonywanie różnych działań. W tym celu należy dokonać zmian w otoczeniu materialnym oraz w społecznych wzorcach zachowań. Jednak zmiany te nie mogą polegać jedynie na likwidowaniu elementarnych przeszkód. Są one zadaniem wieloetapowym, którego trudność rośnie wraz ze złożonością form aktywności, które chce się uczynić dostępnymi dla osób niepełnosprawnych.

¹⁶ *Union of the Physically Impaired Against Segregation*, s. 3-4.

¹⁷ J. Morris, *Independent lives? Community care and disabled people*, Basingstoke 1993, s.x.

¹⁸ M. Karaś, *Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies*, Przegląd Prawny, Ekonomiczny i Społeczny, 2012, 4, s. 24.

Jeśli podejmie się odpowiednio zaprojektowane działania dostosowawcze w przestrzeni publicznej, w ikonosferze, w organizacji instytucji publicznych, czy wreszcie wyposażeniu miejsc pracy lub miejsc służących do korzystania z usług, to może się okazać, że skalę niepełnosprawności można w znacznym stopniu ograniczyć¹⁹.

Zgodnie z założeniami społecznego modelu niepełnosprawności, ani uszkodzenie ciała, ani występowanie ograniczenia funkcjonalnego nie może być podstawą uznania osoby za niepełnosprawną²⁰. Osoba staje się niepełnosprawną wówczas, kiedy jej uczestnictwo w życiu społeczności okazuje się niemożliwe lub bardzo ograniczone. Dzieje się tak z powodu występowania dwóch typów barier. Pierwszy stanowią bariery fizyczne, czyli przeszkody – w poruszaniu się, dostępie do budynków, korzystaniu ze środków transportu itp. Drugi typ to bariery społeczne wynikające ze stereotypów osób niepełnosprawnych i prowadzące do ich stygmatyzacji. Bariery są tworzone przez społeczeństwo, przez sposób organizacji kultury materialnej i niematerialnej. Dlatego, w społecznym modelu niepełnosprawności przyjmuje się, że osoby niepełnosprawne doświadczają opresji ze strony społeczeństwa.

Określenie dyskryminacji osób niepełnosprawnych mianem swoistej opresji społecznej ma swoje źródło w przekonaniu o konieczności podporządkowania się ludzi niepełnosprawnych z powodu ich ułomności. Osoby w ten sposób zdefiniowane postrzegane są jako wybrakowane lub nienormalne, a przez to naznaczone jako odrębna grupa społeczna i traktowane w inny sposób²¹.

Opresja ludzi pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych może przybierać pięć głównych form: wyzysku, marginalizacji, bezsilności, imperializmu kulturowego oraz przemocy. *Wyzysk* może przybierać dwojaką postać: oferowanie osobom niepełnosprawnym, wbrew ich woli, niższych zarobków oraz czerpanie korzyści finansowych z ratowania zdrowia i polepszania jakości życia osób niepełnosprawnych. Istotą *marginalizacji* jest systematyczne usuwanie osób niepełnosprawnych z głównego nurtu życia codziennego, między innymi poprzez instytucjonalną segregację oraz pozbawianie praw obywatelskich. *Bezsilność* polega na wywoływaniu u niepełnosprawnych osób poczucia, że mają niewielki wybór lub znikomą kontrolę nad własnym życiem. *Imperializm kulturowy* wyraża się w kreowaniu negatywnego obrazu niepełnosprawności z jednoczesnym propagowaniem „pełnosprawnej normalności” jako stanu uprzywilejowanego i pożądanego. *Przemoc* wobec osób niepeł-

¹⁹ B. Gąciarz, *Model społecznej niepełnosprawności*, s. 22.

²⁰ Pragnę zauważyć, że w polskiej literaturze pojęcie „niepełnosprawność” funkcjonuje jako mniej stygmatyzujący zastępnik wcześniej stosowanego terminu „upośledzenie”. Natomiast w języku angielskim pojęcie niepełnosprawność (*disability*) akcentuje przede wszystkim społeczny aspekt uszkodzenia organizmu albo jego dysfunkcji.

²¹ C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, Warszawa 2008, s. 29.

nosprawnych może mieć charakter napaści fizycznej, seksualnej lub słownej, a także wyrażać się w polityce eugenicznej²².

Przełomowość społecznego modelu niepełnosprawności, w porównaniu z modelem medycznym, polegała na przyjęciu diametralnie odmiennej perspektywy: obiektem zmian i dostosowań nie powinny być osoby niepełnosprawne, ale warunki w których żyją – ich otoczenie materialne i społeczne. Warunki te powinny zostać dostosowane do potrzeb niepełnosprawnych osób tak, aby pozwalały im żyć w sposób, który w danym społeczeństwie jest uznawany za właściwy i godny.

Zalety społecznego modelu niepełnosprawności

W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku społeczny model niepełnosprawności stał się „wielką ideą” integrującą osoby niepełnosprawne i mobilizującą je do walki o równouprawnienie. Model ten był czytelny i przekonujący zarówno dla osób niepełnosprawnych, jak i sprawnych. Przede wszystkim jednak stanowił solidną podstawę do podejmowania różnorodnych działań praktycznych. Na początku były kampanie na rzecz wprowadzenia antydyskryminacyjnych rozwiązań prawnych. W Wielkiej Brytanii stosowna ustawa została uchwalona w roku 1995. Natomiast, w roku 1996 wprowadzono przepisy umożliwiające wypłacanie pieniędzy bezpośrednio osobom niepełnosprawnym, aby same mogły zatrudniać asystentów osobistych. Działania inspirowane społecznym modelem niepełnosprawności stosunkowo szybko zaczęły przynosić wymierne korzyści. Pojawiły się urządzenia i rozwiązania ułatwiające ludziom niepełnosprawnym codzienne życie – na przykład dostosowane do ich potrzeb telefony, toalety, windy, środki transportu publicznego, stanowiska pracy, odpowiednio wyposażone mieszkania, oznakowania w przestrzeni publicznej, pomoce techniczne. Zaczęto tworzyć warunki umożliwiające niepełnosprawnym dzieciom i młodzieży edukację w ogólnodostępnych szkołach i uczelniach. Stworzono osobom niepełnosprawnym możliwość dostępu do budynków użyteczności publicznej, instytucji kultury i urzędów. Z powodzeniem zaczęto wprowadzać rozwiązania z zakresu mieszkalnictwa oraz zatrudnienia na odpowiednio dostosowanych stanowiskach pracy.

Społeczny model niepełnosprawności miał także szersze, pozytywne oddziaływanie. Prężnie zaczęła rozwijać się twórczość artystyczna osób niepełnosprawnych – muzyczna, plastyczna, literacka, filmowa i teatralna.

²² Tamże, s. 30-31.

W roku 1986 utworzono pierwsze międzynarodowe czasopismo poświęcone wyłącznie problemom niepełnosprawności, zatytułowane „Niepełnosprawność, Upośledzenie i Społeczeństwo” (*Disability, Handicap and Society*), przemianowane w roku 1993 na „Niepełnosprawność i Społeczeństwo” (*Disability and Society*). Niepełnosprawni naukowcy, tacy jak: Victor Finkelstein, Colin Barnes, Jenny Morris, Michael Oliver, którzy współtworzyli społeczny model niepełnosprawności, wykorzystywali go następnie we własnych badaniach²³. 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 rasach i grupach etnicznych, związki uczuciowe, seksualność i rodzicielstwo osób niepełnosprawnych.

Społeczny model pozwolił wyeliminować wiele barier i dzięki temu stał się skutecznym narzędziem poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Jest pomocny we włączaniu się tych osób w różne formy aktywności. Pozwala im podejmować role społeczne niedostępne w sytuacjach, kiedy pozostają pod stałą opieką instytucji, takich jak domy pomocy społecznej. Wszelkie działania mające na celu ograniczenie lub całkowite wyeliminowanie zależności osób niepełnosprawnych od instytucji opiekuńczych są bardzo korzystne. Dzięki tym działaniom osoby niepełnosprawne mogą samodzielnie dysponować środkami finansowymi i prowadzić niezależne życie. Mogą występować w roli konsumentów i korzystać z rynku usług, decydując lub współdecydując o swoich wydatkach. Wielu może funkcjonować na rynku pracy pełniąc role pracobiorców, a niekiedy również pracodawców.

Celem działań prowadzonych na podstawie modelu społecznego jest nie tylko wzrost zdolności osób niepełnosprawnych do samodzielnej egzystencji, ale przede wszystkim uzyskanie możliwości sprawowania kontroli nad własną sytuacją życiową. Aby ten cel osiągnąć, należy u osób niepełnosprawnych kształtować takie kompetencje, jak: poczucie własnej wartości, wewnątrzsterowność, wiara we własne możliwości, poczucie sprawstwa, autonomia, motywacja osiągnięć. Dalekosiężnym celem działań podejmowanych na podstawie społecznego modelu niepełnosprawności jest

doprowadzenie do sytuacji, w której osoba niepełnosprawna w sposób świadomy kontroluje swój proces rehabilitacji medycznej i zawodowej, kształtuje swoją sytuację poprzez wybór celów integracyjnych, do jakich dąży, i sposób spożytkowania środków, jakimi po temu dysponuje²⁴.

²³ C. Barnes, *The social model of disability: Valuable or irrelevant?* [w:], *Handbook of disability studies*, red. N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas, London 2012, s. 25.

²⁴ B. Gąciarz, *Model społecznej niepełnosprawności*, s. 24.

Oczywiście, uzyskanie pełnej samodzielności i kontroli przez wszystkie osoby niepełnosprawne nie jest możliwe. Natomiast, możliwa jest znaczna poprawa w tym zakresie poprzez przyznanie osobom niepełnosprawnym prawa do samostanowienia i stwarzanie takich warunków, aby z tego prawa mogły korzystać. Efektem takiego działania jest zmniejszenie się roli instytucji opiekuńczych oraz odciążenie tradycyjnego systemu pomocy społecznej. Natomiast, niepodjęcie działań na rzecz upodmiotowienia osób niepełnosprawnych uzależnienia je od pomocy finansowej państwa oraz opieki sprawowanej przez instytucje publiczne. W konsekwencji, osoby te przyjmują postawę bierności i zrzucają na innych odpowiedzialność za własne sprawy.

Spółeczny model niepełnosprawności zapoczątkował nową, interdyscyplinarną dziedzinę badań – *Disability Studies*, zakorzenioną w naukach społecznych, humanistycznych oraz wiedzy o rehabilitacji²⁵. Jest to podejście wykraczające poza wąskie ujęcia charakterystyczne dla takich nauk, jak: psychologia, socjologia, pedagogika, politologia, czy kulturoznawstwo. Celem *Disability Studies* jest badanie niepełnosprawności jako zjawiska społecznego, kulturowego oraz politycznego. W odróżnieniu od klinicznego, medycznego lub terapeutycznego spojrzenia na niepełnosprawność, *Disability Studies* koncentrują się na tym, jak niepełnosprawność jest definiowana i przedstawiana w społeczeństwie. Odrzucają spostrzeganie niepełnosprawności jako funkcjonalnej ułomności, która ogranicza aktywność jednostki. Z tej perspektywy niepełnosprawność nie jest właściwością, która istnieje w osobie lub problemem osoby, który należy „naprawić” lub „wyleczyć”. W zamian, niepełnosprawność jest traktowana jako konstrukt, który znajduje swój sens w kontekście społecznym i kulturowym²⁶. A zatem, *Disability Studies* odnoszą zjawisko niepełnosprawności do perspektyw wielu nauk, ale koncentrują się na badaniu jego społecznych uwarunkowań. W roku 1993 międzynarodowa organizacja naukowa *Society for Disability Studies* przyjęła, że *Disability Studies* badają politykę oraz praktyki we wszystkich społeczeństwach, aby zrozumieć bardziej społeczne niż biologiczne lub psychologiczne uwarunkowania niepełnosprawności²⁷.

Wady społecznego modelu niepełnosprawności

Krytyczne opinie pod adresem społecznego modelu niepełnosprawności pojawiły się na przełomie XX i XXI wieku wraz ze wzrostem znaczenia

²⁵ G. Albrecht, K. Seelman, M. Bury (red.), *Handbook of disability studies*, London 2001, s. 2.

²⁶ *Syracuse University. Disability Studies*, <http://disabilitystudies.syr.edu/question/what-is-disability-studies/> [dostęp: 30.05. 2018].

²⁷ M. Karaś, *Niepełnosprawność*, s. 29.

idei postmodernistycznych. Na przykład, Colin Barnes uważa, że poglądy postmodernistów na temat życia społecznego, polityki, nauki i edukacji były głównym źródłem krytyki społecznego modelu niepełnosprawności²⁸. Nie podzielam tego stanowiska. Uważam, że wiele zastrzeżeń pod adresem modelu społecznego jest zasadnych, niezależnie czy są inspirowane postmodernistycznymi ideami czy nie. Obecnie przedstawię te wady społecznego modelu niepełnosprawności, które w moim przekonaniu są szczególnie istotne.

Wątpliwości budzi przyjmowane przez zwolenników społecznego modelu niepełnosprawności rozróżnienie między uszkodzeniem a niepełnosprawnością, często przyrównywane do rozróżnienia między płcią biologiczną a płcią kulturową, występującego w debatach feministycznych. Jednak analogia jest pozorna, ponieważ przedstawiciele podejścia społecznego uważają, że niepełnosprawność jest historycznie i kulturowo określoną formą społecznej opresji, natomiast zwolennicy feminizmu twierdzą, że płeć kulturowa, co prawda, pociąga za sobą opresję, ale nie jest z nią tożsama. Innymi słowy, zwolennicy podejścia społecznego nie pytają, czy osoby niepełnosprawne podlegają opresji, tylko w jakim stopniu podlegają. A zatem, przy projektowaniu badań należałoby z góry zakładać, że nie sposób znaleźć osoby niepełnosprawne, które nie podlegałyby opresji. A przecież z metodologicznego punktu widzenia jest to założenie nieuprawnione.

Wadą modelu społecznego jest zaniedbywanie uszkodzenia jako istotnego aspektu życia wielu osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawna feministka Liz Crow napisała:

Większość z nas nie może po prostu udawać, że uszkodzenia są nieistotne, ponieważ mają one wpływ na każdy aspekt naszego życia. Musimy znaleźć sposób jak włączyć je w całość naszego doświadczenia i tożsamości, w trosce o nasz psychiczny i emocjonalny dobrostan oraz zdolność do ich przezwyciężania²⁹.

W przypadku osób z trwałymi uszkodzeniami ciała lub chorobami niepostępującymi, traktowanie niepełnosprawności jako zjawiska wyłącznie konstruowanego społecznie jest dopuszczalne. Jednakże, kiedy stan zdrowia osoby ulega szybkiemu pogarszaniu się z powodu zmian degeneracyjnych, wówczas trudno ignorować chorobę i jej negatywne konsekwencje. Dlatego, traktowanie niepełnosprawności wyłącznie jako opresji jest uprawnione tylko w niektórych przypadkach. Natomiast w innych zasadne byłoby twierdzenie, że osoba z uszkodzeniem jest upośledzana zarówno przez społeczeństwo,

²⁸ Wnikliwą analizę postmodernistycznych wyzwań dla teorii i praktyki pedagogicznej zaprezentował Zbyszko Melosik w książce *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Poznań – Toruń 1995.

²⁹ L. Crow, *Renewing the social model of disability*, [w:] *Encounters with strangers: Feminism and disability*, red. J. Morris, London 1996, s. 7.

jak i przez własne ciało. Jednakże, zwolennicy modelu społecznego zajmują stanowisko skrajne i twierdzą, że osoby niepełnosprawne są upośledzane przez społeczeństwo, ale nie przez swoje ciała. Tym samym nasuwa się pytanie, czy zwolennicy modelu społecznego przeciwstawiają się medykalizacji, czy też odrzucają medyczną profilaktykę, rehabilitację i leczenie?³⁰

Arbitralne rozróżnienie między uszkodzeniem (aspekt medyczny) a niepełnosprawnością (aspekt społeczny) rodzi kolejny problem. 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 nie wystarczającym, aby zidentyfikować przyczyny niepełnosprawności. Na przykład, schody stają się przeszkodą dla kogoś, kto ma trudności w poruszaniu się. Bardzo trudno byłoby też ustalić, czy źródłem depresji u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane jest: /1/ sama choroba, /2/ reakcja na chorobę, /3/ reakcja na dyskryminację spowodowaną chorobą, czy /4/ jeszcze jakaś inna przyczyna. W praktyce, społeczne i indywidualne aspekty niepełnosprawności pozostają we wzajemnych, złożonych zależnościach.

Model społeczny zniekształca zjawisko niepełnosprawności w dwojaki sposób. Po pierwsze, z góry przypisuje pełnosprawnej większości postawę dyskryminacyjną wobec osób niepełnosprawnych. Po drugie, redukuje cielesny wymiar niepełnosprawności w celu zanegowania związku przyczynowego między uszkodzeniem a niepełnosprawnością i utworzenia nowego związku – między jednostką a środowiskiem społecznym. Można powiedzieć, że zwolennicy modelu społecznego powielają XVII-wieczny, kartezjański podział na niematerialistyczny umysł i fizyczne ciało, zamiast rozwijać nieredukcyjnistyczne teorie wyjaśniające zjawisko niepełnosprawności. Ponadto, stanowisko prezentowane w modelu społecznym, jakoby niepełnosprawność była uwarunkowana wyłącznie czynnikami społecznymi, jest trudne do przyjęcia przez osoby sprawne, bowiem przeczy ich naocznemu doświadczeniu.

Społeczny model niepełnosprawności dokonuje jeszcze innej redukcji. Mianowicie, sprowadza wszystkie typy niepełnosprawności do jednej kategorii. Osoby z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową i słuchową są traktowane tak samo z punktu widzenia barier społecznych. Jest to zabieg nieuprawniony, ponieważ przeszkody społeczne w każdej z wymienionych kategorii niepełnosprawności przedstawiają się inaczej. Ponadto, poważnym

³⁰ Medykalizacja, czyli przykładanie kryteriów wiedzy medycznej do coraz liczniejszego zestawu problemów społecznych, to kluczowy aspekt kontroli nad osobami niepełnosprawnymi. Bardzo interesująca analiza medykalizacji i farmakologizacji jako sposobów regulowania i kontrolowania tożsamości we współczesnym społeczeństwie znajduje się w książce Zbyszko Melosika, *Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności*, Kraków 2013.

niedostatkim modelu społecznego jest nieuwzględnienie osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Kolejną wadą modelu społecznego jest nieuwzględnianie indywidualnego odczuwania niepełnosprawności. A przecież nie można oddzielić osoby od jej osobistych przeżyć związanych z problemami, z jakimi musi się mierzyć. Tezę tę dobrze ilustruje wypowiedź Jenny Morris:

W społecznym modelu niepełnosprawności istnieje tendencja do zaprzeczania doznaniom naszych ciał i upierania się, że nasza fizyczna odmienność i ograniczenia są wyłącznie wytworem społecznym. Choć bariery środowiskowe i postawy społeczne są kluczową częścią naszego doświadczania niepełnosprawności i istotnie nas upośledzają, to powiedzenie, że na tym kończy się nasze doświadczenie niepełnosprawności byłoby zaprzeczeniem osobistemu odczuwaniu fizycznych i intelektualnych ograniczeń, choroby i lęku przed śmiercią³¹.

Niemożliwym do zrealizowania elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest postulat środowiska bez barier. Jak zauważa Tom Shakespeare, liczne elementy naturalnego środowiska są niedostępne dla osób niepełnosprawnych: góry i plaże dla osób korzystających z wózków inwalidzkich, zachody słońca dla osób niewidomych, śpiew ptaków dla osób głuchych. W warunkach miejskich wiele barier może być złagodzonych, choć niekoniecznie w budowlach historycznych. Ponadto, osoby z różnymi niepełnosprawnościami potrzebują różnych przystosowań. Na przykład, osoby niewidome preferują schody i dobrze wyznaczone krawężniki, a osoby na wózkach – rampy, podjazdy i równe powierzchnie. Bywa, że osoby z tym samym typem niepełnosprawności potrzebują różnych dostosowań. Na przykład, osobom z niepełnosprawnością wzrokową należy zapewnić: teksty pisane alfabetem Braille'a, teksty pisane wielką czcionką lub nagrania audio. Należy zauważyć, że eliminowanie barier jest łatwiejsze w przypadku osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i sensorycznymi. Otwarte pozostaje pytanie, jak miałyby wyglądać wolne od barier środowisko w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, z zaburzeniami psychicznymi, czy z niepełnosprawnościami złożonymi?³²

Zwolennicy społecznego modelu często wskazują na podobieństwo sytuacji osób niepełnosprawnych z sytuacją innych grup defaworyzowanych. I chociaż osoby niepełnosprawne spotykają się z uprzedzeniami i dyskryminacją tak samo jak kobiety, osoby homoseksualne, czy przedstawiciele mniejszości etnicznych, to jest istotna różnica. Po wyeliminowaniu dyskryminacyjnych praktyk, kobiety, przedstawiciele mniejszości etnicznych, osoby

³¹ J. Morris, *Pride against prejudice: Transforming attitudes to disability*, London 1991, s. 37.

³² T. Shakespeare, *The social model of disability*, *The Disability Studies Reader*, 2006, 2, s. 201-202.

o odmiennym kolorze skóry lub innej orientacji seksualnej mogą wieść szczęśliwe życie. Natomiast osoby niepełnosprawne po usunięciu barier społecznych nadal pozostają w niekorzystnym położeniu z uwagi na występujące u nich uszkodzenia.

Zakończenie

Społeczny model niepełnosprawności przyniósł wiele korzyści. Zapoczątkował ruch na rzecz równouprawnienia osób z niepełnosprawnościami, zintegrował środowiska osób niepełnosprawnych i przyczynił się do zbudowania ich zbiorowej, pozytywnej tożsamości. Sprawił wyeliminowanie licznych barier utrudniających integrację społeczną tych osób. Stał się użytecznym narzędziem wykrywania oraz zwalczania przejawów dyskryminacji i wykluczania. Model społeczny wyraźnie pokazał, że problemy pojedynczych osób niepełnosprawnych są kwestią społeczną, której nie można lekceważyć.

Jednakże, wyraźne odcinanie się zwolenników podejścia społecznego od perspektywy medycznej może prowadzić do braku współpracy ze specjalistami z tej dziedziny. Nie można bowiem traktować niepełnosprawności jako wyłącznie konstrukcji społecznej. Należy pamiętać, że uszkodzenia oraz deficyty funkcjonalne trwale obniżają sprawność jednostki i nie sposób ich lekceważyć. A przecież nauki medyczne intensywnie się rozwijają i stwarzają nowe możliwości w zapobieganiu niepełnosprawności oraz jej przewyciężaniu.

Zwolennicy modelu medycznego sprowadzają zjawisko niepełnosprawności do cech ludzkiego organizmu. Przyjmują założenie, że ma ona charakter wewnętrzny i obiektywny, a najbardziej właściwe do jej badania są metody ilościowe. Z kolei, zwolennicy modelu społecznego utożsamiają zjawisko niepełnosprawności z barierami, uprzedzeniami i dyskryminacją. Uważają, że ma ona charakter zewnętrzny oraz subiektywny i że do jej badania najbardziej odpowiednie są metody jakościowe. A zatem, zwolennicy obu modeli redukują przyczyny niepełnosprawności do jednej grupy czynników. Zabieg ten ma poważane konsekwencje natury metodologicznej, ponieważ

prowadzi do ignorowania pewnych aspektów zjawiska niepełnosprawności, które są kluczowe zarówno dla zrozumienia, czym jest niepełnosprawność, jak i dla wyjaśnienia, jakie są jej przyczyny i konsekwencje³³.

A zatem, żaden z tych modeli nie jest wystarczającą bazą teoretyczną do badania zjawiska niepełnosprawności.

³³ M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności*, s. 33.

Nadzieję na stworzenie jednego, spójnego i uniwersalnego sposobu rozumienia niepełnosprawności daje Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, przyjęta w 2001 roku przez WHO (tzw. ICDH-2). Obecnie na swych stronach internetowych WHO podaje, że

niepełnosprawność jest terminem zbiorczym obejmującym uszkodzenia, ograniczenia aktywności oraz ograniczenia uczestnictwa. Uszkodzenie jest problemem w funkcjonowaniu lub strukturze ciała. Ograniczenie aktywności jest trudnością, na jaką napotyka jednostka wykonując działanie lub zadanie. Ograniczenie uczestnictwa jest problemem, jaki doświadcza jednostka 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 żyje³⁴.

Uważam, że ujmowanie niepełnosprawności jako zjawiska wynikającego z interakcji czynników biologicznych i społecznych pozwoli przezwyciężyć skrajnie redukcjonistyczne stanowiska prezentowane przez model medyczny i model społeczny. Natomiast otwarta pozostaje kwestia, jak te możliwości wykorzystają naukowcy, praktycy oraz sami zainteresowani, czyli osoby niepełnosprawne.

BIBLIOGRAFIA

- Albrecht G., Seelman K., Bury M. (red.), *Handbook of disability studies*, Sage Publication, London 2001.
- Barnes C., *The social model of disability: Valuable or irrelevant?* [w:], *Handbook of disability studies*, red. N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas, Routledge, London 2012.
- Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic! Warszawa 2008.
- Conrad P., *The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior*, *Social Problems*, 1975, 1.
- Crow L., *Renewing the social model of disability*, [w:] *Encounters with strangers: Feminism and disability*, red. J. Morris, Women's Press, London 1996.
- Disabilities – World Health Organization, <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- Gąciarz B., *Model społecznej niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej*, [w:] *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, red. B. Gąciarz, S. Rudnicki, Wydawnictwa AGH, Kraków 2014.
- Hunt P. (red.), *Stigma: The experience of disability*, Geoffrey Chapman, London 1966.
- Karaś M., *Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies*, *Przegląd Prawny, Ekonomiczny i Społeczny*, 2012, 4.
- Melosik Z., *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Wydawnictwo Edytor, Poznań – Toruń 1995.
- Melosik Z., *Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.

³⁴ Disabilities – World Health Organization, <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>, [dostęp: 4.06.2018].

- Morris J., *Pride against prejudice: Transforming attitudes to disability*, Women's Press, London 1991.
- Morris J., *Independent lives? Community care and disabled people*, Macmillan, Basingstoke 1993.
- Oliver M., *A new model of the social work role in relation to disability*, [w:], *The handicapped person: A new perspective for social workers*, red. J. Campling, RADAR, London 1981.
- Parsons T., *System społeczny*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009.
- Reber A.S., Reber E.S., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Rehabilitation Act of 1973, www.usbr.gov/cro/pdfspplus/rehabact.pdf
- Shakespeare T., *The social model of disability*, *The Disability Studies Reader*, 2006, 2.
- Smart J.F., *The power of models of disability*, *Journal of Rehabilitation*, 2009, 2.
- Syracuse University. *Disability Studies*, <http://disabilitystudies.syr.edu/question/what-is-disability-studies/>
- Union of the Physically Impaired Against Segregation*, 1975, <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-UPIAS.pdf>
- Wiliński M., *Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny*, [w:] *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, red. A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
- Woźniak Z., *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008.