

TEMIDA
2023, vol. 26, br. 2, str. 285-306
ISSN: 1450-6637
DOI: <https://doi.org/10.2298/TEM2302285S>
Pregledni rad
Prilmljeno: 21.2.2023.
Odobreno za štampu: 7.7.2023.

Socijalno – relacioni model ometenosti Carol Thomas i njegov značaj za studije ometenosti

NEVENA STRIŽAK*
LUKA MIJATOVIĆ
SANJA DIMOSKI

Modeli ometenosti su konceptualni okviri uz pomoć kojih se fenomen ometenosti istražuje i razume. Kao ključni u studijama ometenosti ističu se socijalni i medicinski model. Britanska sociološkinja Carol Thomas je u svojim radovima ponudila kritički osvrt na socijalni model ometenosti, kao i njegovu dopunu kojom je oblikovana nova konceptualizacija ometenosti nazvana socijalno-relacioni model. Nastojeći da prevaziđe isključivost dotadašnjih pristupa, suštinu ometenosti Thomas prepoznaje u zoni odnosa osoba sa i bez oštećenja, tragajući u tom domenu za ključnim činiocima ometenosti. Socijalno-relacioni model Thomas ponudio je perspektivu koja istovremeno uvažava telesne i socijalne aspekte oštećenja i omogućava analizu psiholoških implikacija iskustva oštećenja i ometenosti koja prevazilazi tradicionalne dihotomije medicinskog i socijalnog, zdravog i bolesnog. U ovom preglednom radu će u osnovnim crtama biti prikazani medicinski i socijalni model ometenosti, zatim ključni elementi i pojmovi socijalno-relacionog modela ometenosti iz originalnih publikacija Carol Thomas i drugih autora koji su se na njega oslanjali, kao i diskusija značaja socijalno – relacionog modela za studije ometenosti i srodne discipline.

Ključne reči: ometenost, socijalno-relacioni model, psiho-emocionalni disablizam, efekti oštećenja.

* Dr Nevena Strižak je asistentkinja na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu. E-mail: nevenastrizak@fasper.bg.ac.rs.
Dr Luka Mijatović je docent na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu. E-mail: luka.mijatovic@gmail.com.
Dr Sanja Dimoski je redovna profesorka na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu. E-mail: sanjadimoski@gmail.com.

Uvod

Oblast izučavanja ometenosti, iako aktivna, aktuelna i veoma sadržajna, do sada nije ponudila sveobuhvatnu teoriju ometenosti, jer nijedno postojeće objašnjenje ometenosti nije u stanju da zadovolji kriterijume zasniivanja teorije. Širok spektar dostupnih promišljanja ove teme omogućava nam, ipak, da govorimo o modelima ometenosti kao o konceptualnim okvirima koji pomažu u istraživanju i razumevanju fenomena ometenosti (Ljubenić, 2007a; Stanimirović, 2016). Ovi modeli grupišu se najčešće na dve ključne struje, u literaturi uobičajeno imenovane kao socijalni (društveni, model socijalne opresije) i medicinski (biološki, klinički, individualni, model lične tragedije) model ometenosti (Ljubenić, 2007b; Goodley, 2016; Stanimirović, 2016). Unutar socijalnog modela ometenosti razvija se multidisciplinarna oblast studija ometenosti, koja ga preispituje, transformiše i izgrađuje u novim pravcima, utičući tako i na pravce razvoja ostalih, tangentnih naučnih disciplina i praksi. U ovom radu biće prikazan socijalno-relacioni model ometenosti Carol Thomas, sa nešto širim osvrtom na mesto psiho-emocionalnih dimenzija u studijama ometenosti.

Medicinski model ometenosti

Dramatične posledice Prvog svetskog rata i potreba za rehabilitacijom velikog broja ranjenika, podstakle su interesovanje medicinske nauke da u svojim znanjima potraže rešenje za žrtve oštećenja, poremećaja i abnormalnosti. Pod ovim okriljem razvijana su znanja i prakse koje će kasnije biti proglašene „medicinskim modelom“. Medicinski model obuhvata, u najširem smislu, sva shvatanja ometenosti kao nužne posledice objektivnog telesnog ili funkcionalnog oštećenja individue, bilo da je ono vezano za bolest, genetske poremećaje, traume, povrede, nesrećne okolnosti i slično. Medicina osobu sa oštećenjem teži da suštinski razlikuje od onih koje to oštećenje nemaju, procenjujući svojim metodama stepen te razlike i gradeći svoje delovanje na dihotomijama zdravo-bolesno, normalno-abnormalno, funkcionalno-disfunkcionalno, u kojima jedan pol uvek predstavlja manjkavost i nedostatak, a drugi poželjnu alternativu. U okvirima medicinskog modela, ometenost počiva na redukcionističkom shvatanju čoveka, gde su oštećenje i deficit isključivi predmet izučavanja, a sačuvani

kapaciteti ličnosti, koji su neprocenjivi u tretmanu i rehabilitaciji, zanemareni. Osobama sa oštećenjem medicinski orijentisana praksa nudi niz rešenja koja su skrojena da zaštite ove dihotomije, aktuelni društveni sistem, poredak i neprikosnoveni autoritet stručnjaka. Za razliku od mnogih drugih manjinskih, marginalizovanih grupa, život osoba sa ometenošću prožet je neprekidnom usmerenošću na odnose sa različitim grupacijama stručnjaka. Savremeni život osobe sa ometenošću u većini sistema podrazumeva neprekidni, celoživotni kontakt sa ljudima školovanim i zaduženim za tretmane, rehabilitaciju, save-tovanje, lečenje i brigu. Između njih i osoba sa ometenošću figuriše asimetrija moći, usled koje se profesionalci nalaze u dominantnijoj ulozi iz koje otežano prepoznaju subjektivitet svog korisnika (French, Swain, 2001; Reeve, 2004a). U polje odgovornosti i moći stručnjaka stavljene su sve sfere života korisnika – njihovo lečenje, obrazovanje, rehabilitacija, pristup različitim institucijama, pravo na vrstu i količinu podrške. Ekspertska pozicija stručnjaka doprinosila je pasivizaciji i razvijanju naučene bespomoćnosti korisnika, koji su tako dehu-manizovani, demotivisani za učešće u tretmanu, ali i u odlučivanju o sopstve-nom životu. Rutina rehabilitacije ustanovljena je uglavnom tako da su korisnici pasivni primaoci usluga koje profesionalci samostalno osmišljavaju, planiraju i isporučuju (Dimoski, 2011). Profesionalci određuju i istraživačke tokove u oblasti ometenosti, pa će tako istraživanje snalaženja neke populacije u određenom sistemu, istraživanje kvaliteta života ili zadovoljstva životom osoba sa omete-nošću zapravo biti studija o onome što profesionalci proglašavaju dobrim sna-laženjem, kvalitetnim i vrednim življenjem. Moć profesionalaca u profesijama vezanim za ometenost održava se i diskriminacijom prilikom pokušaja osoba sa ometenošću da toj profesiji pristupe, školujući se za relevantna zanimanja (Tho-mas, 2008; Goodley, 2016).

Iako neki autori iz okvira medicinskog modela ostavljaju manje ili više prostora da, osim oštećenja, socijalne i političke dimenzije imaju uticaja na oblikovanje iskustva pojedinaca, pripisuju im daleko umereniju ulogu. Za njih, socijalni kontekst može više ili manje doprineti nepovoljnom položaju poje-dinca, ali nikada činiti suštinu ometenosti (Thomas, 2004a; Ljubeniović, 2007b; Dimoski, 2011; Stanimirović, 2016).

Socijalni model ometenosti

Nakon nekoliko decenija dominacije pristupa i praksi utemeljenih u tradicionalnom medicinskom modelu, u drugoj polovini 20. veka pojavile su se kritike i preispitivanja i ispoljila se snažna težnja ka izgradnji novog, drugačijeg okvira. Od strane različitih udruženja osoba sa ometenošću, nezavisnih autora, autora koji su i sami osobe sa ometenošću, aktuelni model i imenovan je prvi put kao medicinski, odnosno potpuno omeđen medicinskom, kliničkom praksom (Reeve, 2002; Thomas, 2004a). Osim što ovim sputava druge važne poglede i perspektive na ljude čiji životi su u pitanju, modelu je zamereno da obećava ono što ne može da ispuni, ne uspeva da doprinese dugoročnim rešenjima, kreira doživotnu zavisnost osoba sa ometenošću, održava asimetriju moći između osoba sa ometenošću i neometenih, negira kapacitete pojedinca da se oslone na sopstvene strategije brige o sebi i profesionalcima dodeljuje dominantne uloge. Dovedeno je u pitanje redukovanje oštećenja skoro pa isključivo na tragediju pojedinca, individualnu lošu sreću i problem, teškoću koja se može, i treba, tretirati različitim intervencijama profesionalnih i humanitarnih službi. Dominantno korišćen jezik deficita i na oštećenje orijentisana terminologija, prepoznata je kao važan činilac oblikovanja vrednosti svih onih koji taj jezik koriste. Otvoreno je pitanje zbog čega je oštećenje okolnost koja neminovno dovodi do isključivanja iz društvenih tokova, koji ostaju dostupni onima bez ometenosti. Ukazano je da ograničenja zadaju arhitektonske, administrativne, psihološke i društvene prepreke koje postavlja zajednica, a ne oštećenje samo po sebi. Ova promišljanja, razvijana primarno u društvenom aktivizmu osoba sa ometenošću i njihovih porodica, iznedrila su skup pristupa danas prepoznatljiv pod krovnim nazivom - socijalni model ometenosti (Ward, 1996; Ljubenović, 2007a; Goodley, 2016; Stanimirović, 2016; Nenadović, Stanimirović, Dimovski, 2017).

Definicija pojma ometenosti koja dolazi iz paradigme socijalnog modela, razvijena iz originalnog predloga Unije fizički oštećenih protiv segregacije (UPIAS), ometenost opisuje kao „potpuni ili delimičan gubitak mogućnosti za aktivnu i ravnopravnu društvenu participaciju sa ostalima usled fizičkih ili socijalnih barijera” (Reeve, 2006; Goodley, 2016; Stanimirović, 2016: 80). U ovom modelu, ono što ometa osobe nije njihovo oštećenje, već njihovo socijalno okruženje. Fizička ograničenja i socijalna stvarnost osoba sa ometenošću u socijalnom modelu zbog toga zahtevaju terminološko razgraničenje, usled čega su

predloženi pojmovi oštećenje (*impairment*), koje bi se odnosilo konkretno na telesnu različitost, i ometenost (*disability*), koja označava socijalne implikacije oštećenja. Sama ometenost je tako prepoznata kao složen fenomen u kom se ukrštaju socio-ekonomski, kulturološki i politički elementi sredine. Pristupi socijalnog modela usmereni su na rasvetljavanje procesa socijalnog konstruisanja ometenosti. Razumevanju situacije pojedinca sa ometenošću socijalni model priključuje socijalne, kulturološke, istorijske, ekonomske i političke faktore, stavljajući samo oštećenje u drugi plan. Socijalni model prepoznaje i opisuje opresiju i restriktivne mere usmerene ka osobama sa ometenošću kao disablizam, a favorizovanje osoba bez ometenosti kao ableizam. Disablizam i ableizam u socijalnom modelu opisani su kao javni problemi nejednakosti i nekorektnosti koji imaju implikacije na pojedinca, ali i na čitavu zajednicu (Thomas, 2004a; Reeve, 2004b; Goodley, 2016). U ambijentu socijalnog modela, razvijala se nova istraživačka praksa, danas poznata kao studije ometenosti (*disability studies*), čiji počeci su utemeljeni od strane samih naučnica i naučnika sa ometenošću, takozvanih „insajdera“ (Ljubenović, 2007a; 2007b).

Vitalni aspekt socijalnog modela, njegova snaga i ključna razlika koju je ponudio u odnosu na dotadašnje konceptualizacije ometenosti, je u tome što je perspektiva pomeren sa individualnog na socijalni nivo, sa oštećenja i odstupanja koja se vezuju za osobu na spolja nametnute restrikcije i nedostatke neprilagođene sredine, sa individualnih tretmana na pitanje ideologije, politike i ljudskih prava. Izmeštanje odgovornosti za ometenost iz same osobe u njenu sredinu bilo je od neprocenjivog značaja za emancipaciju populacije sa ometenošću i legislativu kojom se reguliše njen položaj (Reeve, 2004b; Thomas, 2008). Sa namerom integracije prethodnih, suprotstavljenih koncepcija, Svetska zdravstvena organizacija objavila je klasifikaciju funkcionisanja, ometenosti i zdravlja zasnovanu na takozvanom biopsihosocijalnom modelu (WHO, 2001). Definicija ometenosti ponuđena ovom klasifikacijom glasi: „Negativni aspekt interakcije osobe, njenog zdravstvenog stanja i kontekstualnih faktora“ (Stanimirović, 2016: 106). U ovom modelu, ometenost pokriva pitanje oštećenja, aktivnosti, participacije, zbog socijalnih i telesnih prepreka.

Studije ometenosti značajne oslonce pronašle su u postmodernizmu, poststrukturalizmu, marksizmu i feminizmu, omogućivši multiperspektivno sagledavanje ometenosti, kroz prizme sociokulturnih odnosa, pitanja moći, kontrole, ideologije i interesa različitih društvenih grupa. Različiti pristupi osvrću se specifičnije na pitanje tela, roda, kulture, gradeći nove nivoe

razumevanja ometenosti. Grupa feminističkih autorki posebnu pažnju posvetila je implikacijama ometenosti na lični život, manjkavostima prvobitnog socijalnog modela u pogledu marginalizacije tela, ali i psiholoških aspekata ometenosti. Jedna od njih, Carol Thomas, u svojim radovima ponudila je model ometenosti koji nastoji da prevaziđe navedene slabe strane socijalnog modela (Olkin, Pledger, 2003; Thomas, 1999; 2002; 2004a; 2006; 2019).

Socijalno – relacioni model ometenosti Carol Thomas

Inspirisana feminizmom i poststrukturalizmom, kao i sopstvenim iskustvom života sa ometenošću, Carol Thomas postojeće pristupe ometenosti kritikuje kao nedovoljne i rigidne, jer su, u nameri da ponude jedinstveno, univerzalno razumevanje, doprineli totalitarnim, isključivim narativima koji previđaju važne segmente života, iskustva i znanja osoba sa ometenošću (Thomas, 2002; 2004a; Reeve, 2002; Hernandez-Saca, Cannon, 2016). U svom osvrtu na socijalni model, Thomas ističe da su osobe ometene podjednako socijalnim barijerama koliko i sopstvenim telima, te da stroga dihotomija oštećenja i ometenosti nije ni korisna, ni neophodna. Oštećenje i ometenost zajedno počivaju na kontinuumu, u kompleksnom složaju bioloških, psiholoških, ekonomskih, kulturoloških, socijalnih i političkih faktora. Dalje, Thomas konstatuje da je izvorni socijalni model, kako su ga njegovi pioniri skicirali 1970-tih godina 20. veka, sadržao važnu relaciju komponentu – ometenost nije bila pozicionirana ni u oštećenje ni u okruženje, već u odnose neometenih i ometenih, onih koji su konstruisani kao odgovarajući i onih koji su problematično različiti (Thomas, 2004a). Promišljajući šta je u temelju ovako uspostavljenih relacija, na mikro i makro socijalnom nivou, ona prepoznaje i opisuje ključne teme od značaja za dalju prorađu, bogaćenje i utemeljivanje pristupa koji bi u budućnosti mogao da postane celovita socijalno-relaciona teorija ometenosti (Thomas, 2004c; Goodley, 2016). Neke od ovih tema su obrađene u nastavku teksta, a tiču se političko-ekonomskih, medicinskih, psiholoških i socijalnih aspekata ometenosti.

Politička ekonomija ometenosti

Thomas ukazuje na to da će sistemi nejednakosti izgrađeni oko telesnih oštećenja u značajnom stepenu biti prepoznatljivi i kroz ekonomske odnose, slično kao oni koji se grade oko etničke pripadnosti, rase, roda. Ona zbog toga zahteva da jedan od načina na koji razumemo i opisujemo ometenost bude i kroz kapitalistički sistem proizvodnje i razmene (Thomas, 2004b; Thomas, 2004c). Studije zbilja i ukazuju na to da pripadnici nižih socio-ekonomskih klasa imaju veće šanse da žive u opasnim i ne higijenskim sredinama, manju dostupnost kvalitetne zdravstvene nege i veću zdravstvenu ranjivost i stepen smrtnosti. Veza socijalnih klasa i zdravstvenog statusa zvanično je i sistematski procenjivana u Francuskoj i Engleskoj od 19. veka. Bogato polje socioloških analiza ukazalo je i na nedvosmislenu povezanost lošeg socio-ekonomskog statusa i društvenog isključivanja osoba sa ometenošću. Jednostavno rečeno, „Gde je siromaštvo, tu je i ometenost” (Goodley, 2016: 42). Osobe sa ometenošću su u trostruko nepovoljnom ekonomskom položaju: imaju niske prihode jer su isključeni iz tržišta radne snage, imaju dodatne troškove da bi pokrili usluge i tehnologije koje im povećavaju šanse za učešćem u društvu neometenih i imaju ograničenja u prilikama da postanu ekonomski vidljivi. Incidenca fizičkih oštećenja raste sa smanjenjem materijalnih mogućnosti i obrazovanja. Siromašna deca sa ometenošću retko imaju benefite od kompetitivnih obrazovnih sistema, kreiranih za decu tipičnog razvoja. Pripadnost populaciji siromašnih povećava šansu da ishodi procena dovedu do konstatovanja oštećenja i ometenosti (Goodley, 2016). Ujedno, osobe sa ometenošću danas najčešće nisu u mogućnosti da dobiju blagovremenu, redovnu i kvalitetnu negu (Thomas, 2019).

Tragajući za pozadinom i uzrocima ekonomskih dimenzija ometenosti, različiti autori polemicali su o tome kako je kapitalistička ekonomija uticala na kreiranje klase onih koji su nesposobni da se samostalno uključe u tržište rada. Sa usponom industrijskog kapitalizma, deca i odrasli čije fizičke i kognitivne veštine nisu odgovarale potrebama i zahtevima rada bili su izdvajani od ostatka populacije, lišavani prilika za obrazovanje i rad i trajno smeštani u različite stacionarne ustanove i azile. Istorijska analiza položaja osoba sa ometenošću u predindustrijskim i ranoindustrijskim društvima dodatno opisuje položaj žena i muškaraca sa ometenošću u drugačijim ekonomskim uslovima, i ukazuje na to da je došlo do porasta u broju institucionalizovanih osoba kada je industrijski kapitalizam prevladao (Thomas, 2004c). U odnosu

profesionalac-korisnik, profesionalac je taj koji zastupa državu, to jest političke i ekonomske elite. Profesionalci u svojim rukama imaju sisteme procene, koje predstavljaju kao objektivne, i kojima će utvrditi i imenovati ometenost korisnika, definisati mere koje je moguće preduzeti. Sa druge strane, sve inicijative i izražene potrebe korisnika lako će proglasiti za subjektivne, dodatno zbunjujući korisnike i njihove porodice nerazumljivim naučnim i pseudonaučnim jezikom i zarobljavajući ih u svoje odrednice problema o kojima retko ima pregovaranja (Thomas, 2008). Sami negovatelji osoba sa ometenošću zauzimaju nepovoljan položaj na socijalnoj lestvici, i sami su marginalizovani i uglavnom sa niskom nadoknadom za posao koji obavljaju, što ostavlja malo prostora za profesionalizaciju i unapređenje odnosa sa korisnicima (Reeve, 2004b).

Procena da ne postoje ekonomski potencijali osoba sa ometenošću, to jest da one ne mogu da rade i zarađuju za sebe i druge, oduvek je značajan faktor u izgradnji društvene slike o njima. Pomake ka sve manjoj diskriminaciji osobe sa ometenošću postigle su sopstvenim angažmanom i aktiviranjem na prevazilaženju ovog problema. Tek njihovom delimičnom emancipacijom kroz ekonomsku nezavisnost jačala je i mogućnost da se bore za svoja prava (Dimoski, 2010).

Ispred savremene političke ekonomije ometenosti je rasvetljavanje ekonomski vođenih nepravdi i isključivanja osoba sa ometenošću, kroz obrasce koji počivaju u imperativima sistema proizvodnje i razmene kakve danas poznajemo. Ekonomske implikacije ometenosti, poput nezaposlenosti ili loših uslova rada, osim što dolaze iz diskriminatornih praksi poslodavaca i nedоследnog poštovanja zakona, proizvod su i internalizovanih ubeđenja samih ljudi sa ometenošću da nisu dovoljno dobri ni dostojni za obavljanje poslova (Reeve, 2004a). Pozicija osoba sa ometenošću na tržištu rada se takođe pomera i transformiše u skladu sa rapidnim napretkom digitalnih i informacijskih tehnologija, čije implikacije nikako nisu jednoznačne i zavređuju zasebne istraživačke napore (Thomas, 2004b; 2004c).

Medicina, sociologija i ometenost: Efekti oštećenja

U svom modelu, Thomas kritikuje i preispituje strogu dihotomiju ometenosti i oštećenja, navodeći da su oštećenje i telo zanemareni i nedovoljno vrednovani u studijama ometenosti. Zagovarajući stav da se samom oštećenju mora pokloniti teorijska pažnja da bi se izoštrenije razvila i teorija same ometenosti,

Thomas nas podseća da je oštećenje od supstancijalnog značaja za ometenost. Biološkog porekla, ali i snažno socijalno markirano, oštećenje neupitno posreduje u socijalnim relacijama ometenih i neometenih. Karakter samog oštećenja imaće kritičnu ulogu u oblikovanju pravca i stepena disablizma sa kojim će se osobe susresti, kao i velike implikacije na lični doživljaj ometenosti, zbog čega oštećenje treba da zauzme svoje mesto u izgradnji socijalno – relacione teorije ometenosti da bi ona bila celovita (Thomas, 2002; 2006; 2013).

Postrukturalistički orijentisani autori bavili su se dekonstrukcijom dihotomije oštećenje-ometenost, dok materijalistički opredeljeni autori oštećenje opisuju kao posledicu industrijskih procesa, ratova, gladi i neadekvatnih uslova života ljudi, približavajući se polju socijalne medicine i socijalne epidemiologije. Napredak genetike imao je nesumnjive terapijske, ali i eugeničke, implikacije po medicinsku nauku i praksu, i studije ometenosti, pri čemu je oštećenje kao nešto što je moguće predvideti i ukloniti postalo i bioetički relevantno polje analize (Thomas, 2002; 2004b). Postmodernistička perspektiva proglasila je sve kategorije razlikovanja društvenih grupa socijalnim konstruktima, koji ne potiču iz fiksnih, esencijalnih, bioloških datosti. Time je i kategorija normalnog i abnormalnog tela dovedena u pitanje. Osim što postoje stepeni ometenosti koji među sobom mogu drastično da se razlikuju, poput korisnika naočara sa malom dioptrijom i osobe koja je potpuno slepa, kao i varijacije u ometenosti sa protokom vremena, poput potpuno funkcionalne mlade osobe koja sa starošću postaje osoba sa ometenošću, postmoderni autori sugerišu da su telesne razlike samo različite reprezentacije tela, kojima je naknadnim diskurzivnim praksama pripisano značenje zdravlja ili bolesti. Thomas se jasno ograđuje od ovakvog stanovišta, insistirajući na tome da materijalnost tela ne sme nestati iz polja analize, kao i da u teoretisanju ometenosti mora biti mesta za biološko (Thomas, 1999; 2002).

Thomas se poziva na kritike upućene socijalnom modelu iz pera feminističkih autorki koje su i same osobe sa ometenošću, poput Jenny Morris, koja ukazuje na to da neminovno postoje restrikcije u aktivnostima koje su deo iskustva osoba sa oštećenjem, potiču iz telesnih ograničenja i ne bi nestale čak i kada bi se sve socijalne barijere razrešile. Ovim je pokrenuta i velika debata, jer je deo autora orijentisan ka tradicionalnom socijalnom modelu, poput Mike Oliver-a, u ovome video politički rizik za model i njegovo ponovno naginjanje medicinski orijentisanim perspektivama. Oliver je smatrao da studije ometenosti treba da se orijentišu suprotno i daleko od pojma

oštećenja, da bi se zadržala željena perspektiva u borbi za uklanjanje sredinskih izvora disablizma. Ove konceptualne razlike značajne su za mogućnost formiranja ujedinjenih pokreta osoba sa ometenošću, to jest oblikovanja politike njihovog kolektivnog identiteta (Thomas, 2002).

Thomas u svom modelu do kraja zadržava stanovište da se studijama ometenosti mora vratiti realnost biološkog tela, bez posrtanja u biološki redukcionizam. Vođena time, ona predlaže koncept nazvan „efekti oštećenja“, koji je nužan i koristan za obuhvatiti sve direktne posledice i restrikcije u funkcionisanju pojedinca koje oštećenje donosi, a koje ne mogu biti svrstane u ono što je rezultat ometenosti, to jest faktor okruženja. Iako konstatuje da je veoma teško razdvojiti efekte oštećenja i efekte ometenosti u realnim životima, i da je ključno da se ne mešaju, naglašava da je od velikog analitičkog značaja da teorija prepozna i jedne i druge. Efekti oštećenja neminovno nastavljaju da postoje i utiču na život ljudi čak i u okolnostima u kojima bi socijalne barijere bile potpuno uklonjene, a negiranje realnosti oštećenja dovodi do maskiranja značajnog dela iskustva osoba sa ometenošću. Koncept efekata oštećenja značajnu primenu može naći i u studijama ometenosti koje prate hronične bolesti i starenje, kao oblasti koja se tek razvija (Thomas, 2002; 2004c; 2006; 2013).

Lična iskustva ometenosti: Psiho-emocionalni disablizam

Ometenost je u modelu Thomas nesumnjivo i dalje rezultat opresije, ali opresije koja funkcioniše ne samo na javnom već i na duboko ličnom planu. U svojim radovima ona naglašava stanovište po kom se ometenost konstituiše procesima utemeljenim u psihološkom i emocionalnom domenu, i po kom je opresija u iskustvu osoba sa ometenošću snažna iznutra koliko i spolja. Na unutrašnjem planu osobe sa ometenošću, ona se tiče postepenog stvaranja osećaja niže vrednosti, neprivlačnosti, odvratnosti i prezira prema samom sebi. Thomas ove aspekte imenuje kao psiho-emocionalne dimenzije ometenosti (*psycho-emotional dimensions of disability*), kasnije ih kraće nazivajući psiho-emocionalni disablizam i predlaže proširenu definiciju ometenosti: „Ometenost je oblik socijalne opresije koja uključuje socijalno nametanje restrikcija na aktivnosti ljudi sa oštećenjima, kao i socijalno izazvano podrivanje njihove psiho-emocionalne dobrobiti.“ (Thomas, 1999: 60; 2004a; 2004b).

Isticanje psiho-emocionalnih dimenzija u rekonceptualizaciji socijalnog modela Thomas vidi kao značajno da bi se lično iskustvo učinilo legitimnom temom, kao i da bi privatno i intimno dobilo svoje mesto u studijama ometenosti, u kojima su ova pitanja često marginalizovana. Tendencija da se ona odbacuju, po mišljenju Thomas, dolazi iz stava da se pisanjem o ovim temama ponovo približava perspektivi ometenosti kao lične tragedije, koja pretila da pomera odgovornost za ometenost u samu osobu i maskira društvene barijere. Ona zagovara stav da su time ignorisane ključne dimenzije psihološkog i emocionalnog, koje su greškom percipirane kao osporavanje vrednosti socijalnog modela, a zapravo su ravnopravne manifestacije ometenosti bez kojih je model nepotpun (Thomas, 2004a; 2004b; 2006; 2008; 2013).

U analizi psiho-emocionalnog domena ometenosti očigledna je relacionalna priroda modela Thomas. Poseban fokus je stavljen na uticaje i efekte socijalnih ponašanja između osoba sa oštećenjem i onih bez oštećenja, u porodičnim okolnostima, interakcijama u zajednici i susretima sa stručnjacima u zdravlju, obrazovanju i socijalnoj zaštiti. Thomas se pita o asimetriji moći u ovim mrežama odnosa, o odlukama koje se donose, izboru reči i njima prenetim značenjima, i konačno kako sve to utiče na doživljaj selfa, samopoštovanja i egzistencijalne sigurnosti kod osoba sa ometenošću. Thomas ne negira strukturne, spoljašnje izvore disablizma koji obeshrabruju učešće osoba sa ometenošću u društvenom životu, ali ih tumači iznova kroz prizmu njihovih efekata na psihološku dobrobit (Thomas, 2002; 2004b; 2013).

Na nesvesnim nivoima, u svima nama više ili manje je aktivan mehanizam pounutrenja predrasuda o grupi kojoj pripadamo, kao da su one istine o nama samima. U slučaju negativno obojenih predrasuda o manjinskim grupama, koje su uglavnom udružene sa diskriminacijom, ovaj proces naziva se internalizovana opresija. Posledice internalizovane opresije prepoznatljive su u poteškoćama da se izgradi i održi samopoštovanje i nivo aspiracije koji odgovara ličnim snagama i potencijalima (Reeve, 2002). Mason navodi: „U sebi čuvamo bol i uspomene, strahove i zbunjenost, negativnu sliku o sebi i niska očekivanja, pretvarajući ih u oružje kojim se iznova samopovređujemo, svaki dan našeg života.“ (Mason, prema Reeve, 2002:495). Mitovi o tome kakve su osobe sa ometenošću, koji se perpetuiraju kroz izostanak pozitivnih modela u filmovima, medijima, kulturnoj i sportskoj sferi, kao i kroz nasilan jezik, podsmešljive poštapalice, poslovice, izreke i viceve, dodatno potvrđuju da je mnogo razloga da se osoba sa ometenošću oseti, i kontinuirano oseća,

bespomoćno i obespravljeno i da će vremenom poverovati u poruke koje dobija od okruženja (Reeve, 2004b). Psihoanaliza, u domenu teorije objektnih odnosa, internalizovanu opresiju opisuje kroz mehanizam projekcije sa neometenih na one sa ometenošću, koji su konstituisani kao Drugi, sugerišući na taj način da je ona neizbežno iskustvo za sve osobe sa ometenošću. Projekcija može biti provocirana nekim epitetom samog objekta, poput njegovog fizičkog izgleda, i/ili unutrašnjim iracionalnim podsticajima, poput gađenja ili fantazija vezanih za higijenu (Dimoski, 2012).

Thomas donekle preispituje ovo stanovište, ističući da osobe sa ometenošću nisu homogena grupa, te da sklonost internalizaciji opresije može varirati u odnosu na to da li je ometenost stečena ili prisutna od rođenja, odlike ličnosti, kontekst, vidljivost oštećenja i slično. Antropološka literatura sugerise i značajne razlike u odnosu na kulturu, jer postoje zajednice koje ne isključuju osobe sa ometenošću (Reeve, 2002). Uprkos tome što je veoma široko rasprostranjen i ugrožavajući, fenomen internalizovane opresije ostao je relativno zanemaren u studijama ometenosti.

Vođena modelom Thomas, težeći da ukaže na povezanost strukturnih i emocionalnih nivoa disablizma, autorka Reeve istraživala je iskustva osoba sa ometenošću sa stručnjacima. U prikupljenim narativima, ona pronalazi bolni doživljaj nevidljivosti do kog dolazi kada dva ili više stručnjaka koji su u prostoriji sa korisnikom vode razgovor kao da on nije tu. Kod korisnika koji su slabo pokretni i čiji negovatelji često ulaze u njihove domove, kao veoma ugrožen ističe se koncept intime, privatnosti i kontrole (Reeve, 2004a, 2004b). Iz okvira modela Thomas, Reeve na novi način analizira i arhitektonsku nepristupačnost sredine. Osim što kao takva na operativnom nivou onemogućava participaciju, na ličnom planu neprilagođenost objekata konstantno podseća osobe sa ometenošću da su različite i da nisu dobrodošle u javne i privatne prostore. Reeve navodi primer korisnika invalidskih kolica, koji je prilikom svake posete svom savetniku doživljavao da ga unose jer nije postojala rampa, a zatim da se pred njim razmešta nameštaj da bi on mogao ući na psihološko savetovanje, zbog čega posete nisu imale nikakvu podržavajuću funkciju i sa njih je odlazio osećajući da smeta (Reeve, 2002). U nameri da naglasi opresivnu prirodu strukturnih barijera, autor Kitchin neprilagođene sredine kojima su osobe sa ometenošću prinuđene da se kreću naziva pejzažima isključenosti (Kitchin, 1998). Iako je u 21. veku nezamislivo da se od manjinskih grupa traži da ulaze u objekte na zasebne ulaze, to je upravo ono

što proživljavaju osobe sa ometenošću, dobijajući na taj način poruku da su građani drugog reda, koji će se tolerisati, ali ništa više od toga (Olkin, 2003).

U savremenim sistemima pružanja usluga, čest je slučaj da korisnici usluga samostalno popunjavaju aplikacije u kojima iznova periodično opisuju svoje oštećenje i oblasti u kojima ne ispunjavaju normu. Od osoba se traži da samostalno konstruišu svoju ometenost, da usvoje negativne elemente identiteta i izjasne se o tome jezikom koji je poželjan u te svrhe, odnosno da ubede pružaoca usluga da su dovoljno ometeni da nešto zaslužuju. Za mnoge je ovaj emocionalni zahtev preteran i radije biraju život bez čitavog spektra usluga, da bi izbegli ove situacije (Reeve, 2002). Osobe sa ometenošću izložene su i čestim dobronamernim preporukama da budu borbene i glasne i da pišu žalbe vezane za neprilagođenost prostora kojima žele da se kreću. Osim toga, izložene su i molbama i pritiscima da ne prave scene u javnosti pred svojim prijateljima i porodicom kada ih sredina frustrira, što ih stavlja u situaciju nemogućeg izbora između borbe za svoju poziciju i uvažavanja apela okruženja da se prilagode (Reeve, 2004a). Osobe sa ometenošću suočene su sa visokim stepenom radoznalosti, intruzivnosti i poriva drugih da im postavljaju pitanja o njihovom svakodnevnom funkcionisanju. Slično kao sa malom decom i veoma starim osobama, osobe sa ometenošću u javnosti ili grupi ljudi često automatski zauzimaju podređen položaj. U odnosu na njih se uspostavljaju drugačije granice i obraća im se sa manje rezerve nego osobama bez ometenosti (Reeve 2004b; 2006; Thomas 2004b).

Kada je ometenost vidljiva, radoznalost može preći u neprekidno zurenje drugih i uticati na produženi doživljaj stida i posramljenosti. Čin zurenja posmatranog čoveka svodi na objekat, obespomoćuje ga, ostavlja ranjivim, izloženim, poniženim. Većina ustanova za procenu, rehabilitaciju i tretman u centar svog delovanja postavlja telo, koje izlaže neprekidnim pogledima. U tom smislu, zurenje je za osobe sa ometenošću neodvojivi deo sociokulturnih relacija, što podrazumeva i opresiju, diskriminaciju i isključivanje (Ljubenović, 2009).

Za lični doživljaj, od značaja je i nevidljiva ometenost, jer postoje društvena očekivanja vezana za to kako osoba sa ometenošću treba i može da izgleda. One koje to ne ispunjavaju jer, na primer, nisu korisnici invalidskih kolica, ne izgledaju i ne zvuče drugačije, suočavaju se sa čestim objašnjavanjem svojih potreba prilikom korišćenja nekih usluga, ili apliciranja za subvencije namenjene osobama sa ometenošću, poput parkinga, toaleta, finansijske pomoći. Neka istraživanja ukazuju i na to da postoji varijacija u

psiho-emocionalnom doživljaju profesionalaca od strane korisnika kada su korisnici u mogućnosti da samostalno plate i izaberu usluge koje bi koristili (*direct payment*), u odnosu na to kada im sistem osiguranja nameće uniformne opcije kojima se moraju prilagoditi (French, Swain, 2001; Olkin, Pledger, 2003).

Iskustvo konstantne izloženosti pogledima dovodi i do toga da osobe sa ometenošću koriguju sopstveno ponašanje, putem samokontrole, da bi sebe učinile prihvatljivijim. Reeve opisuje primere medicinskih postupaka koje je prinuđena da izvodi da se pobrine za sebe kao korisnica invalidskih kolica, i kritika koje dobija od neometenih osoba iz okruženja kada neku od tih rutina preskoči, uz apsolutni izostanak razumevanja emocionalne zahtevnosti situacije (Reeve, 2002).

Strukturne barijere i psiho-emocionalni disablizam deluju u konstantnoj sinergiji, neprekidno se međusobno potkrepljujući i otežavajući izlazak iz kruga isključenosti. U nameri da poentira koliko je za model ometenosti značajno da u sebe uključi i psiho-emocionalni disablizam, Reeve opisuje lično iskustvo korisnice invalidskih kolica: „Nekim danima ne idem u nabavku jer ne mogu da se borim sa stepenicama, a nekim drugim ne idem jer ne mogu da se borim sa pogledima. I jedna i druga borba potpuno jednako me udaljava od javnog prostora.” (Reeve, 2004a: 89).

Rod u socijalno-relacionom modelu ometenosti

Pitanje ometenosti tradicionalno je pratilo medicinske i psihološke diskurse kojima se označavaju ženska tela, žensko zdravlje, ženske bolesti. U svojoj knjizi *Ženski oblici (Female forms)*, Thomas iznosi stanovište da se različiti oblici i uticaji disablizma nužno prelamaju kroz prizmu roda i rodnih relacija koje su aktivne u određenoj kulturi, te da svako shvatanje ometenosti koje pretenduje da bude celovito mora da bude osetljivo na rodna pitanja (Thomas, 1999). Oslanjajući se na britanske i skandinavske feminističke autorke i aktivistkinje, poput Morris i Kristiansen (Thomas, 2013), ona ukazuje na isprepletenost socijalnih procesa kojima se u određenom društvu konstruišu i rod i ometenost, ali i kritikuje izostavljanje žena sa ometenošću iz dominantnih feminističkih krugova, pripisujući ga potrebi da slika feministkinje u javnosti ostane snažna, privlačna i zdrava. Glas žena sa ometenošću dobio je svoje mesto tek u poslednjoj četvrtini dvadesetog veka, kada je njihovo akademsko pisanje, ali i lične priče, poezija i umetnički izraz,

postao vidljiv, čime je otvoren značajan prostor da lično postane političko (Thomas, 1999). Istraživačka i akademska pažnja autorki na čiji rad se Thomas u svom daljem radu poziva usmeren je na problematizovanje roda u svakodnevnom životu osoba sa ometenošću, njihovom obrazovanju, zapošljavanju, prijateljstvima, etnicitetu, porodici, roditeljstvu, seksualnosti, mentalnom zdravlju, nasilju i zlostavljanju, bioetici i genetici (Thomas, 2013).

U studiji Thomas učestvovalo je 68 žena sa ometenošću iz Velike Britanije, koje su sa njom podelile svoje životne priče, pišući ili snimajući ih. U njihove narative utkane su teme koje bi se konvencionalno očekivale od ženske rodne uloge: partnerstvo, majčinstvo, porodice, odgovornost za domaćinstvo, briga, pozitivna i negativna iskustva sa profesionalcima na koje se oslanjaju, seksualno uznemiravanje i zlostavljanje, životne krize. Thomas izveštava i o tome da su, iako je tih studija mnogo manje, drugi istraživači došli do sličnih rezultata kada su u pitanju muškarci sa ometenošću i rodne norme maskulnosti, to jest da se u narativima muškaraca sa ometenošću značajno češće sreću teme koje bismo pripisali muškom rodu: sticanje materijalnih dobara, fizička snaga, socijalni status (Thomas, 1999; 2006; 2013).

Žene sa ometenošću pod većim su rizikom od siromaštva od muškaraca, imaju manje šanse da im bude dostupno radno mesto ili rehabilitacija, a veće šanse da dožive seksualno i partnersko nasilje, depresiju, gubitak starateljstva nad decom. Smatra se da žena sa ometenošću ima iskustvo dvostrukog nepoželjnog identiteta, što je dovodi u situaciju dvostruke stigmatizacije, i time povećane ugroženosti (Thomas, 1999). Ipak, Thomas komentarišući ove nalaze insistira na tome da se iskustva opresije ne mogu posmatrati samo kao zbir nepoželjnih identiteta, već je slika neminovno uvek kompleksnija od toga. Kao argument u prilog tome, ona navodi da je sve vreme u narativima prisutna i agensnost žena i muškaraca sa ometenošću, i da su vidljive teme prevladavanja, odupiranja, preživljavanja, borbe i napretka. Ujedno, ona ukazuje na značajne istovetnosti, sličnosti, kod žena sa i bez ometenosti. Poredeći svedočenja o iskustvima žena sa ometenošću u partnerskim odnosima, Thomas ukazuje na to da se žene sa ometenošću suočavaju sa jednakim obezvređivanjem i u heteroseksualnim i u homoseksualnim relacijama, te da složena interakcija faktora roda i ometenosti zavređuje modele koji će je takvom prepoznati (Thomas, 1999; 2014).

Teoretičarke postmodernog feminizma poput Judith Butler i Elizabeth Grosz, pružaju drugačiju perspektivu na razumevanje roda.

Kritikujući polarizaciju pozicija muško-žensko, ove autorke telo ne opisuju kao neutralnu, biološki datu kategoriju, već kao diskurzivni objekat uslovljen jezikom, društvom, istorijom, kulturom. Po njihovom mišljenju, na telo deluju moći i različiti režimi, a postojeće je i konstituisano samo u okviru istorije. Dekonstruisanje roda, to jest ukidanje polnih i rodnih dihotomija, ukida mogućnost da se spajanjem roda i ometenosti dođe do jedinstvenog ishoda koji se može posmatrati jednoznačno. Jedan od razloga za ovo je i mnoštvo izvora razlika koje se osim roda i ometenosti ukrštaju. Na primer, starosne razlike su povezane sa rodnim raslojavanjem, gde se od osoba sa ometenošću tek u zreлом životnom dobu očekuje odigravanje uobičajenih rodnih uloga, dok se deca doživljavaju kao bespolna (Barron, prema Mijatović, Filipović, 2018). Takođe, relaciono shvaćena ometenost je fluidan pojam, koji se transformiše u zavisnosti od širih kontekstualnih faktora, doživljaja i unutrašnjeg stanja same osobe, oštećenja, te rodna razlika nije na isti način značajna kod različitih ometenosti (Mijatović, Filipović, 2018).

No, Thomas zaključuje da dosadašnji rad materijalistički opredeljenih feminističkih autorki nije manje smislen i bogat, niti je njegov doprinos polju ometenosti manje značajan, jer njihov fokus na svakodnevno iskustvo, osetljivost na razlike i višestruke dimenzije identiteta nastavlja da proizvodi značajne uvide o realnosti osoba sa ometenošću. Ostajući zagovornica socijalno-relacionog shvatanja, i neophodnog prostora za diskusiju tela iz materijalističke pozicije, ona poziva na suživot različitih teorijskih pozicija u analizi ometenosti i izbegavanje dogme (Thomas, 1999).

Zaključak

Gore navedena polja opisana su kao značajni segmenti za analizu socio-relacionog pristupa Carol Thomas, pre svega jer ih je kao ključne aspekte svog modela i sama isticala, ali i zbog toga što su dobri reprezentivni multidisciplinarnosti savremenih studija ometenosti. Fokus socijalnog modela u njegovim početnim fazama pozicionirao se u javna mesta opresije, socijalne i fizičke barijere, neprilagođenost sredine, širi društveni ambijent i društvene obrasce koji generišu ometenost i protiv kojih se valja boriti samozastupanjem, zagovaranjem i borbom za adekvatniju legislativu i resurse. Lična iskustva osoba sa ometenošću ostala su njihovo privatno pitanje za koje u

originalnoj definiciji ometenosti nije bilo mesta, a na momente su proglašavana i bespotrebnim skretanjem pažnje sa socijalnih borbi na lični plan. Neko vreme ostali su zamagljeni procesi koji podrivaju emocionalnu i psihološku dobrobit i operišu na unutrašnjem nivou (Thomas, 2002; Reeve, 2004b; Goodley, 2016). Razlog ovome sigurno delimično leži u nastojanju da se izbegne svaka vrsta individualizacije, ponovne suvišne patologizacije i centriranja na poteškoće pojedinca kojim se skreće pažnja sa društvene dinamike. Ipak, socijalni model, zbog nemogućnosti da obuhvati socijalne relacije i identitete koji iz njih proističu, zapravo ne može da obuhvati ni kompleksnost iskustva svake ometenosti, kao ni socijalnih relacija i identiteta koji proističu iz njih. Takođe, teorijska implikacija socijalnog modela je mogućnost sveta utopije u kom ne postoji ometenost, jer je društvo prevazišlo nametanje barijera osobama sa oštećenjem (Shakespeare, 2004). Telesna realnost, ali i emocionalna realnost, s obzirom na rane procese internalizacije i otežane identifikacije, čak i u tom slučaju bi postojali za svakog pojedinca suočenog sa oštećenjem.

Vrednost socijalno-relacione perspektive je kvalitetnija teoretizacija ometenosti, koja nagoveštava i prostor rasta za obrazovnu, terapijsku i savetodavnu praksu. U odnos psihološkog savetovanja i psihoterapije prema ometenosti, vođeno okvirima ovog modela, moguće je pridružiti i oblasti nege i podrške, umesto lečenja i tretiranja, kao i grupa samopomoći sačinjenih i vođenih i od strane korisnika i njihovih porodica, a ne isključivo profesionalaca. Od velikog značaja su i otvaranja tema partnerskog, ljubavnog, intimnog i porodičnog života osoba sa ometenošću, zatim pitanja mogućnosti implementacije nove paradigme u kliničku praksu psihologa, i na kraju, ali ne najmanje važno, pitanja prilagođavanja metoda psihološke podrške, vođene vrednostima nove paradigme (Olkin, Pledger, 2003; Goodley, 2016).

Socijalno-relacioni model redefiniše i ustaljeno atribuiranje disablizma apstraktnim, distanciranim, opresivnim entitetima, poput javnosti, zajednice ili društva u celini, odakle je upitno kako bi mogao biti dekonstruisan, preusmeren, zaustavljen ili sprečen. Sa osvajanjem prostora za diskusiju ličnog iskustva i personalne dimenzije života, a u okviru paradigme socijalnog modela, jasnije je da bolni disablizam nužno ne dolazi isključivo od dalekih, složenih socijalnih struktura, već i od svih onih dobro poznatih mikrorelacija – bliskih članova porodice, partnera, prijatelja, profesionalaca, poznanika, komšija i ostalog neposrednog okruženja. Diskusija personalnog iskustva ometenosti omogućava izoštreniji dijalog i analizu disablizma koji isporučuju ne

oni Drugi, nego oni bliski. U dosadašnjoj praksi, retko se i oskudno investira u informativnu, edukativnu i psihološku podršku potrebnu porodici i prijateljima osobe sa ometenošću u procesu prihvatanja, jer se bezuslovno pozitivne emocije u tom domenu implicitno podrazumevaju. Ipak, baš ništa ne garantuje da će svako uspeti sa jednakom kreativnošću i uspehom da prevlada stigmom koja prati bliskost i život sa osobom sa ometenošću. Slično je i sa profesionalcima u oblasti ometenosti, čija dobrobit, ličnost i odnos prema korisnicima nisu čest predmet analize, usled podrazumevanja da su birali posao koji žele i vole i da će to samo po sebi pomoći u izgradnji prihvatajućih, uvažavajućih odnosa prema korisnicima. Implikacije socijalno-relacionog modela Thomas sugeriraju drugačije. Vođeni njime, u obrazovanju budućih profesionalaca u oblastima koje podrazumevaju rad sa ljudima sa ometenošću, ali i ljudima uopšte, treba da prepoznamo mogućnost da u toku školovanja studenti uz podršku i vođstvo osveste, a zatim adresiraju sopstvene negativne stavove i izgrade nove, kao i da na ličnom, a ne samo teorijskom planu istraže fenomen stigme, otuđenosti, nemoći i usamljenosti. Kao jedan od načina za to predlagane su i pokušavane različite simulacije, kao i vežbe sa igrama uloga gde studenti dobijaju priliku da provedu neko vreme u ulozi osobe sa ometenošću. U ove svrhe važne su i takozvane žive biblioteke, to jest prilike za upoznavanje i dijalog uživo o nečijem ličnom iskustvu ometenosti. Iako empirijska građa ne nudi jednoznačne i dosledne podatke o stepenu efikasnosti ovakvih vežbi, postoje i studije koje ukazuju na njihov značaj za učenje i razvoj budućih profesionalaca i koje upućuju na smislenost korišćenja ovakvih obrazovnih intervencija (Barney, 2012). Šira primena ovako osmišljenih aktivnosti u toku školovanja ima potencijala da pokrene ove teme u mlađem uzrastu i doprinese osetljivijem odgovoru na prihvatanje i razumevanje osobe sa ometenošću u neposrednom okruženju kasnije u životu.

Odustajući od dihotomija zarad prihvatanja logike kontinuuma na kome skupa obitavaju telo, oštećenje, ometenost i njene psihološke implikacije, ometenost postaje legitimno pitanje za svakog pojedinca u zajednici, a ne samo za osobe koje je proživljavaju. Na taj način, prepoznati su i imenovani obrasci koji se kontinuirano održavaju kroz relacije i kulturne reprezentacije i ugrožavaju psihološku dobrobit koja je preduslov potpune, zadovoljavajuće participacije osobe sa ometenošću u zajednici, ali i više od toga, prepoznati su obrasci koji ugrožavaju psihološku dobrobit svakog njenog člana.

Literatura

- Barney, K. W. (2012) Disability Simulations: Using the Social Model of Disability to Update an Experiential Educational Practice. *SCHOLE: A Journal of Leisure Studies and Recreation Education*, 1, str. 1-11. <https://doi.org/10.1080/1937156x.2012.11949361>
- Dimoski, S. (2010) Istorijski pristup u tretiranju osoba sa ometenošću kao pokazatelj njihovog društvenog pozicioniranja. *Temida*, 2, str. 5-15. <https://doi.org/10.2298/tem1002005d>
- Dimoski, S. (2011) Osobnosti rada sa osobama sa ometenošću i njihovim porodicama. U: B. Ćorić (ur) *Psihijatrija i psihoterapija između humanosti, neutralnosti i profesionalnosti*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, str. 179-186.
- Dimoski, S. (2012) Psihoanalitička tumačenja predrasuda sa osvrtom na predrasude prema osobama sa ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 4, str. 605-621. <https://doi.org/10.5937/specedreh11-2638>
- French, S., Swain, J. (2001) The Relationship between Disabled People and Health and Welfare Professionals. In: G. L. Albrecht, K. D. Seelman, M. Bury (eds) *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications, str. 734-753. <https://doi.org/10.4135/9781412976251.n33>
- Goodley, D. (2016) *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*. London: Sage.
- Hernandez-Saca, D. I., Cannon, M. A. (2016) Disability as Psycho-Emotional Disablism: A Theoretical and Philosophical Review of Education Theory and Practice. In: M. Peters (eds) *Encyclopedia of Educational Philosophy and Theory*. Singapore: Springer, str. 1-7. https://doi.org/10.1007/978-981-287-532-7_456-1
- Kitchin, R. (1998) Out of Place', 'Knowing One's Place: Space, Power and the Exclusion of Disabled People. *Disability & Society*, 3, str. 343-356. <https://doi.org/10.1080/09687599826678>
- Ljubenović, M. J. (2007a) Oštećenje, ometenost, hendikep: Ideologija jezika deficita. *Sociologija*, 1, str. 45-64. <https://doi.org/10.2298/soc0701045l>
- Ljubenović, M. J. (2007b) The Guardian of the Truth or of the Ideology: Aporias of the Medical Model of Disability. *Psihijatrija danas*, 39, str. 5-24.
- Ljubenović, M. J. (2009) Izlišnost neispravnog: Ekonomija simbolike ometenog tela. *Filozofija i društvo*, 1, str. 245-281. <https://doi.org/10.2298/fid0901245l>
- Mijatović, L., Filipović, M. (2018) Postmoderni feminizam i ometenost: Ka višestrukim identitetima „ometenih“ tela. *Sociologija*, 1, str. 112-126. <https://doi.org/10.2298/SOC1801112M>

Nenadović, V., Stanimirović, D., Dimoski, S. (2017) The Social Disability Model and its Impact on Theory and Practice in Psychology and Rehabilitation. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 4, str. 467-489. <https://doi.org/10.5937/specedreh16-14735>

Olkin, R. (2002) Could You Hold the Door for Me? Including Disability in Diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2, str 130-137. <https://doi.org/10.1037//1099-9809.8.2.130>

Olkin, R., Pledger, C. (2003) Can Disability Studies and Psychology Join Hands? *American Psychologist*, 4, str. 296-304. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.4.296>

Reeve, D. (2002) Negotiating Psycho-emotional Dimensions of Disability and their Influence on Identity Constructions. *Disability & Society*, 5, str. 493–508. <https://doi.org/10.1080/09687590220148487>

Reeve, D. (2004a) Psycho-emotional Dimensions of Disability within Relationships between Professionals and Disabled People. Paper presented at *Disability Studies: Putting Theory into Practice*, Lancaster University, 26-28. July 2004.

Reeve, D. (2004b) Psycho-emotional Dimensions of Disability and the Social Model. In: C. Barnes, G. Mercer (eds) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Leeds: The Disability Press, str. 83-100.

Reeve, D. (2006) Towards a Psychology of Disability: The Emotional Effects of Living in a Disabling Society. In: D. Goodley, R. Lawthom (eds) *Disability and Psychology: Critical Introductions and Reflections*. London: Palgrave, str. 94-107. https://doi.org/10.1007/978-1-137-12098-4_7

Shakespeare, T. (2004) Social Models of Disability and Other Life Strategies. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 6, str. 8-21. <https://doi.org/10.1080/15017410409512636>

Stanimirović, D. V. (2016) *Adolescenti sa oštećenjem vida u susretu sa razvojnim i dodatnim izazovima*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Izdavački centar fakulteta (ICF).

Thomas, C. (1999) *Female Forms: Experiencing and Understanding Disability*. New York: McGraw-Hill Education.

Thomas, C. (2002) The 'Disabled' Body. In: M. Evans, E. Lee (eds) *Real Bodies*. London: Palgrave, str. 64 – 78. https://doi.org/10.1007/978-0-230-62974-5_5

Thomas, C. (2004a) How is Disability Understood? An Examination of Sociological Approaches. *Disability & Society*, 6, str. 569-583. <https://doi.org/10.1080/0968759042000252506>

Thomas, C. (2004b) Rescuing a Social Relational Understanding of Disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 6, str. 22-36. <https://doi.org/10.1080/15017410409512637>

Thomas, C. (2004c) Developing the Social Relational in the Social Model of Disability: A Theoretical Agenda. In: C. Barnes, G. Mercer (eds) *The Social Model of Disability - Theory and Research*. Leeds: The Disability Press, str. 32-47.

Thomas, C. (2006) Disability and Gender: Reflections on Theory and Research. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2-3, str. 177-185. <http://doi.org/10.1080/15017410600731368>

Thomas, C. (2008) Disability: Getting it "Right". *Journal of Medical Ethics*, 1, str. 15-17. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.019943>

Thomas, C. (2013) Feminism and Disability: The Theoretical and Political Significance of the Personal and the Experiential. In: L. Barton (ed) *Disability, Politics & The Struggle for Change*. London: Routledge, str. 48-58.

Thomas, C. (2019) Times Change, but Things Remain the Same. *Disability & Society*, 7-8, str. 1040-1041. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1664074>

Ward, M. J. (1996) Coming of Age in the Age of Self-determination. In: D. J. Sands, M. L. Wehmeyer (eds.) *Self-determination across the Life Span: Independence and Choice for People with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, str. 3-16.

World Health Organization - WHO (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: ICF.

NEVENA STRIŽAK*
LUKA MIJATOVIĆ
SANJA DIMOSKI

Socio-relational Model of Disability by Carol Thomas and its Significance for Disability Studies

Disability models are conceptual frameworks used to understand and investigate the phenomenon of disability. Social and medical models stand out as key in disability studies. In her works, British sociologist Carol Thomas offered a critical review of the social model of disability and its supplement, which formed a new conceptualization of disability called the social-relational model. Aiming to overcome the exclusivity of previous approaches, Thomas recognizes the essence of disability in the relational area, between persons with and without impairment, where according to her are the key elements of disability. This model offers a perspective that makes room for both the physical and social aspects of impairment and enables the analysis of the psychological implications of the experience of impairment and disability that transcends the traditional dichotomies of medical and social, healthy and diseased. In this overview paper, the medical and social model of disability will be presented in basic terms, followed by the key elements and concepts of the social-relational model of disability from the original publications of Carol Thomas and other authors who relied on it, as well as a discussion of the importance of the social-relational model for disability studies and related disciplines.

Keywords: disability, social-relational model, psycho-emotional disability, impairment effects.

* Dr Nevena Strižak is a Teaching Assistant at the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade. E-mail: nevenastrizak@fasper.bg.ac.rs.
Dr Luka Mijatović is an Assistant Professor at the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade. E-mail: luka.mijatovic@gmail.com.
Dr Sanja Dimoski is a Full Professor at the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade. E-mail: sanjadimoski@gmail.com.