

Dekalog

mówienia o niepełnosprawności intelektualnej

wersja robocza

2009



List od autorów – dlaczego napisaliśmy „Dekalog”?

Język, jakim posługujemy się do opisu otaczającego nas świata i zjawisk, kształtuje rzeczywistość. Od tego, jak nazwiemy dane zjawisko, jak o nim myślimy i mówimy, często zależy to, w jaki sposób będziemy się potem do niego odnosić.

Współczesny język potoczny kształtują przede wszystkim media – to one są wzorcem, z którego korzysta przeważająca większość społeczeństwa.

Język stosowany obecnie do pisania o osobach z niepełnosprawnością intelektualną jest niespójny, pełen archaizmów i uprzedzeń. W konsekwencji nawet ci, którzy mają najlepsze intencje, nie zawsze wiedzą, JAK mówić o osobach z niepełnosprawnością intelektualną, by nie utrwałać negatywnych stereotypów i nie odbierać im godności. Zdarza się, że dziennikarze, z obawy, aby nie popełnić błędu, w ogóle nie podejmują tego tematu. A trzeba pamiętać, że – jak pokazują badania – osoby z niepełnosprawnością intelektualną to jedna z najbardziej „niewidzialnych” grup spośród wykluczonych społecznie.

Do Dekalogu dołączamy wyniki badań społecznych, które pokazują skalę problemu oraz przedstawiają propozycję zmian, jakich należałoby dokonać w świadomości publicznej dla integracji tej grupy.

Aby pomóc w zmienianiu tego stanu rzeczy, na prośbę organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną postanowiliśmy stworzyć Dekalog – zbiór wskazówek dotyczących mówienia i pisania o niepełnosprawności intelektualnej w sposób nieobraźliwy, nieponiżający, nieodbierający godności.

Naszym celem jest, by „Dekalog”:

- 1) stał się praktycznym, podręcznym materiałem, który ułatwi prezentowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną w mediach w sposób korzystny dla ich integracji;
- 2) uporządkował język stosowany zarówno w mediach, jak i w życiu codziennym, w kontekście niepełnosprawności intelektualnej;
- 3) propagował – szczególnie wśród dziennikarzy – poprawny język i sposób mówienia o niepełnosprawności intelektualnej;
- 4) podniósł świadomość dziennikarzy na temat niepełnosprawności intelektualnej;
- 5) pomógł w zwiększaniu poziomu akceptacji i zrozumienia osób z niepełnosprawnością intelektualną wśród ogółu społeczeństwa.

Autorzy:

dr Mariusz Damentko, prof. UW Dominika Maison, Krystyna Mrugalska,
Janina Paradowska, prof. Radosław Pawelec

Przy opracowaniu Dekalogu skorzystano z tekstu Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, opracowanego na podstawie publikacji Międzynarodowej Ligi Stowarzyszeń na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (Inclusion Internationale): Ann Shearer „Myśl pozytywnie! Jak przedstawiać ludzi z upośledzeniem umysłowym”, wydanie polskie PSOUU, 2002.



Wskazówki

1. Piszmy, mówmy: **osoby z niepełnosprawnością intelektualną; osoby niepełnosprawne intelektualnie**; ludzie, którzy są niepełnosprawni intelektualnie

takie sformułowania pozwalają myśleć o tej grupie podmiotowo, jak o osobach posiadających –wśród innych cech – cechę niepełnosprawności intelektualnej, co jednak nie odbiera im godności ani nie dyskwalifikuje ich jako osób.

Pamiętajmy, że sformułowania:

upośledzeni umysłowo, chorzy umysłowo, chorzy psychicznie, nienormalni, opóźnieni

wywołują przedmiotowe podejście do osób z niepełnosprawnością intelektualną, pozbawiają je indywidualnych cech, utrwalają stereotypy i uprzedzenia, przez co piętnują ich i odbierają im godność.

2. Rozróżniamy sposób mówienia o dzieciach z niepełnosprawnością intelektualną od sposobu, w jaki opisujemy osoby dorosłe – podajemy ich imię i nazwisko lub tytuł grzecznościowy

pan Jan Kowalski, pani Katarzyna Nowak.

Pamiętajmy, że mówienie czy pisanie o osobach dorosłych zdrobniale, np.:

Jaś Kowalski, Kasia Nowak

sprawia, że odbiorca postrzega ich jako „wieczne dzieci”, ludzi niesamodzielných, nieodpowiedzialnych, niepoważnych.

3. Pokazujemy osoby z niepełnosprawnością intelektualną **w towarzystwie innych osób, w relacjach z innymi ludźmi,**

ponieważ w ten sposób uświadamiamy odbiorcy, że kontakt z nimi nie stanowi żadnego zagrożenia.

Pamiętajmy, że przedstawianie osób z niepełnosprawnością intelektualną

jako samotnych lub odizolowanych od świata

utwierdza odbiorcę w przekonaniu o istnieniu barier pomiędzy nimi oraz buduje dystans.



4. Pokazujemy osoby z niepełnosprawnością intelektualną
w relacjach z ich rodzicami i opiekunami.

Opowiadanie wyłącznie dramatycznych i trudnych historii rodzinnych utrwała stereotypowe przekonanie o ciężarze, uciążliwości i cierpieniu rodzin tych osób.

5. Przedstawiamy osoby z niepełnosprawnością intelektualną
w ich codziennym, zwyczajnym środowisku,

ponieważ pozwala to odbiorcy na otwarcie się na te osoby w jego własnym otoczeniu.

Pamiętajmy, że pokazywanie osób z niepełnosprawnością intelektualną

wyłącznie w niecodziennym, nietypowym otoczeniu (takim jak szpital, dom pomocy społecznej)

buduje dystans i utrudnia odbiorcy wczucie się w ich sytuację.

6. Pokazujemy osoby z niepełnosprawnością intelektualną
wykonujące codzienne, zwyczajne czynności, mówmy o ich pracy i hobby,

ponieważ dzięki temu odbiorca może się z nimi identyfikować, dostrzega podobieństwa („potrafią robić to, co ja”, „lubią robić to, co ja”).

Pamiętajmy, że przedstawianie osób z niepełnosprawnością intelektualną wyłącznie *w sytuacjach nadzwyczajnych, wymagających heroizmu lub nadludzkiego wysiłku*

wzbudza w odbiorcy emocje budujące dystans – żal, litość, podziw lub szacunek, ale nie bliskość.

7. **Przenieśmy akcent w materiałach medialnych z rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną bezpośrednio na te osoby,**

ponieważ, *koncentrując się na rodzicach*, dystansujemy się wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, umieszczamy je na drugim planie, odbieramy im podmiotowość.



8. Pokazujemy, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną

NIE są chore, NIE mogą nas niczym zarazić

(jedyne, co je różni od nas, to niższy iloraz inteligencji, a tym nie można się zarazić).

Pamiętajmy, że pokazywanie osób z niepełnosprawnością intelektualną
zaniedbanych, w szpitalnym otoczeniu

wywołuje u odbiorcy skojarzenia z chorobą, przez co wzbudza lęk przed bliższym kontaktem z nimi i poznaniem się.

9. Zwracamy uwagę na **samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności** przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, np. związanych z ich zainteresowaniami czy wykonywaną pracą.

Pozwoli to odbiorcy na dostrzeżenie ich niezależności i samodzielności.

Pamiętajmy, że pokazywanie osób z niepełnosprawnością intelektualną
jako zależnych od innych (rodziców, opiekunów)

odbiera im samodzielność, a przez to utrwała stereotypowe przekonania o ich ubezwłasnowolnieniu.

10. **A przede wszystkim – mówmy i piszmy** o osobach z niepełnosprawnością intelektualną w mediach,

ponieważ im rzadziej je pokazujemy, tym bardziej są one „niewidzialne”, a im mniej je dostrzegamy, tym trudniej zmienić krzywdzące stereotypy na ich temat.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA – czym różni się od choroby psychicznej

Niepełnosprawność intelektualna nie jest chorobą, lecz stanem, który powstał na skutek uszkodzenia lub nieprawidłowej budowy mózgu lub/i znacznego zaniedbania rozwoju dziecka. **Choroba psychiczna** jest chorobą o specyficznych objawach i dynamicznym przebiegu, która poddaje się leczeniu.

Niepełnosprawność intelektualna występuje od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. **Choroba psychiczna** pojawia się na ogół w wieku młodzieńczym, zwłaszcza w momentach krytycznych. Taka osoba ma w swojej historii okres normalnego życia, w tym edukacji.

Leczenie

Na **niepełnosprawność intelektualną** nie ma lekarstwa w tradycyjnym rozumieniu. Bardzo dobre efekty daje wspomaganie rozwoju ruchowego, poznawczego, społecznego i rozwoju mowy – zwłaszcza, jeśli te działania są regularne, od momentu zauważenia objawów, i obejmują edukację, wychowanie, terapię oraz rehabilitację. Równie istotne jest stworzenie takim osobom możliwości prowadzenia normalnego życia z formami aktywności dostosowanymi do ich wieku, w otwartym środowisku, w którym mogliby mieć kontakt z rówieśnikami. Wówczas niezbędne jest wspieranie ich w osiągnięciu samodzielności i niezależności.

Leczenie **choroby psychicznej** polega przede wszystkim na farmakoterapii, uzupełnionej psychoterapią i/lub terapią zajęciową.

Przebieg

Niepełnosprawność intelektualna nie podlega gwałtownym zmianom. Jeżeli stosuje się wymienione wyżej działania, można obserwować stały – choć powolny – postęp, zarówno w okresie dzieciństwa, jak i w życiu dorosłym. Szczególnie widoczny przyrost umiejętności i przystosowania społecznego obserwuje się, gdy osoba niepełnosprawna zostaje zatrudniona i odnosi sukcesy w pracy.

Choroba psychiczna ma często przebieg cykliczny, w okresie remisji następuje powrót do normalnego życia. Jeżeli choroba trwa wiele lat i odbywa się z licznymi nawrotami, w ciężkich przypadkach występuje trwała degradacja psychofizyczna i społeczna.

Główny problem

Główny **problem niepełnosprawności** to ograniczenie zdolności poznawczych i intelektualnych, czyli utrudnione spostrzeganie, uwaga, pamięć i myślenie, a zatem i rozumienie. Stąd biorą się ich trudności w uczeniu się, zdobywaniu wiedzy i umiejętności, m.in. społecznych. Dlatego bardziej skuteczne w nauce są konkretne metody i praktyczne działania. Mocną stroną osób z niepełnosprawnością intelektualną są zazwyczaj normalne, żywe emocje i radość ekspresji – również twórczej.

Głównym problemem **choroby psychicznej** są zaburzenia emocji lub poznania, które wpływają na generalną lub wybiórczą zmianę postrzegania świata i stosunku do otoczenia. Zaburzenia te ustępują lub minimalizują się po podjęciu prawidłowego leczenia.

Postępowanie

Wszystkie okresy życia osób z **niepełnosprawnością intelektualną** powinny być zorganizowane możliwie normalnie, to znaczy w otwartym środowisku. Nawet wówczas, gdy konieczne jest wsparcie specjalnych placówek lub/i stworzenie określonych warunków życia, powinno się zadbać o możliwość pełnej integracji tych osób. Ważne jest wypełnianie przez nie ról społecznych właściwych dla ich wieku, zwłaszcza roli ucznia, pracownika, kolegi, uczestnika rekreacji, członka grupy religijnej.

W okresie pogorszenia i ostrego stanu **choroby psychicznej** niezbędna jest hospitalizacja. Są pacjenci, którzy przebywają w szpitalach psychiatrycznych wiele miesięcy, a nawet lat. Nowoczesna psychiatria zaleca tworzenie specjalistycznego wsparcia środowiskowego, aby ograniczyć konieczność izolacji.



**Europejskie Letnie Igrzyska
Olimpiad Specjalnych
Warszawa 2010**

Autorzy

dr Mariusz Damentko – Dyrektor Sportowy Olimpiad Specjalnych na Europę i Eurazję

prof. UW Dominika Maison – psycholog

Krystyna Mrugalska – Honorowy Prezes Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym

Janina Paradowska – dziennikarka

prof. Radosław Pawelec – językoznawca, polonista