Dekalog

mówienia o niepełnosprawności intelektualnej

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 utrwalać 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.

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) pomagał 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 je i odbierają im godność.

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

pan Jan Kowalski, pani Katarzyna Nowak.

Pamiętajmy, że mówienie czy pisanie o osobach dorosłych po imieniu czy zdrobniale:

Jaś Kowalski, Kasia, dzieci, dzieciaki

sprawia, że odbiorca postrzega ich jako „wieczne dzieci", ludzi niesamodzielnych, nieodpowiedzialnych, niepoważnych.

3 Pokazujmy osoby z niepełnosprawnością intelektualną **w towarzystwie innych osób, w relacji 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 Pokazujmy osoby z niepełnosprawnością intelektualną **w relacjach z ich rodzicami i opiekunami.**

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

5 Przedstawiajmy osoby z niepełnosprawnością intelektualną **w 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, sugeruje, że nie mają one normalnych potrzeb, i utrudnia odbiorcy wczucie się w ich sytuację.

6

Pokazujmy osoby z niepełnosprawnością intelektualną
wykonujące codzienne, zwyczajne czynności, mówmy o ich potrzebach, pracy, wypoczynku 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 u odbiorcy emocje budujące dystans – żal, współczucie, 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

Pokazujmy, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną
NIE są chore, NIE mogą nas niczym zarazić
(jedyne, co je różni od nas to mniejsze możliwości intelektualne, a tym nie można się zarazić)

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

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

9 **Zwracajmy 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 utrwala stereotyp, że są ubezwłasnowolnione, bezradne i nie mogą się niczego nauczyć.

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.

CZYM JEST NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA?

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 osiąganiu 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 funkcjonowaniu w normalnych sytuacjach integracyjnych osoby z niepełnosprawnością intelektualną potrzebują wsparcia.

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 ograniczać konieczność izolacji.

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, publicystka

prof. Radosław Pawelec
językoznawca, polonista

Sfinansowano ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Special Olympics
European Summer Games
Warsaw 2010

Olimpiady Specjalne
Polska