



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Stygmatyzacja przeniesiona wyzwaniem dla edukacji międzykulturowej

Author: Urszula Klajmon-Lech

Citation style: Klajmon-Lech Urszula. (2022). Stygmatyzacja przeniesiona wyzwaniem dla edukacji międzykulturowej. "Edukacja Międzykulturowa" (2022), nr 2, s. 71-82. DOI: 10.15804/em.2022.02.05



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Stygmatyzacja przeniesiona wyzwaniem dla edukacji międzykulturowej

Streszczenie: W artykule opisuję osoby chore oraz osoby z ich najbliższego otoczenia jako Innych. Podaję koncepcje socjologiczne oraz wyniki badań dotyczące stygmatyzacji przeniesionej. Przedstawiam analizę wywiadu narracyjnego dotyczącą doświadczenia piętnowania przez matkę dziecka chorego. Edukacja międzykulturowa ma przygotowywać do życia w zróżnicowanym świecie, kształtować rozumienie odmienności, uczyć wyzbywania się uprzedzeń i stereotypów, dlatego w zakończeniu moich rozważań proponuję rozwiązania tej koncepcji pedagogicznej, które mogą poprawić dobrostan osób chorych oraz ich bliskich stygmatyzowanych przez otoczenie.

Słowa kluczowe: rodzina stygmatyzacja afiliacyjna, stygmatyzacja przeniesiona, edukacja międzykulturowa

*Niezwykle trudno żyć w świecie chorych,
nie ulegając uprzedzeniom wywołanym przez ponure metafory,
którymi usiany jest jego krajobraz*

Susan Sontag (2016, s. 5–6)

Wprowadzenie

Susan Sontag (2016) w swoim eseju twierdzi, że choroba, taka jak rak czy aids, nie jest metaforą, taką czynią ją dopiero ludzie, którzy stykają się z osobą nią naznaczoną. Autorka pokazuje proces, podczas którego choroba staje się etykietą, swoistym stygmatem, powodującym uprzedzenia. Sama choroba formuje także tożsamość chorego, tajemnica wpisana w jej historię jest źródłem lęku, strachu przed przyszłością, odrzuceniem (Świątkiewicz-Mośny, 2010).

Kategoria Innego dobrze definiuje tożsamość osoby chorej, jej bliskich oraz ich relacje z otoczeniem. Jest to pojęcie wykorzystywane w filozofii w koncepcji fenomenologicznej (Merleau-Ponty, 1960; Maciejczak, 2001), hermeneutycznej (Gadamer, 2021), dialogu (Buber, 1974, 1992; Levinas, 1968) oraz postmodernistycznej (Melosik, 1995). Dla pedagogiki pojęcie Innego eksploruje edukacja wielo- i międzykulturowa, pokazując obcość w wymiarze strukturalnym, kształtowanym przez miejsce (obce jest coś, co występuje poza własnym obszarem), posiadanie (obce jest to, co należy do kogoś innego) oraz rodzaj (obce jest to, co jest innego rodzaju bądź za takie uchodzi) (Rzeźnicka-Krupa, 2013). Z kategorią inności, odmienności związana jest kategoria stygmatu społecznego i stygmatyzacji.

Aby wyjaśnić traktowanie osób chorych (oraz osób z ich najbliższego otoczenia) jako Innych, przywołam koncepcje socjologiczne oraz wyniki badań dotyczące stygmatyzacji, w dalszej części artykułu przedstawię analizę wywiadu narracyjnego dotyczącą doświadczenia piętnowania przez matkę dziecka chorego. Edukacja międzykulturowa ma przygotowywać do życia w zróżnicowanym świecie, kształtować rozumienie odmienności, uczyć wyzbywania się uprzedzeń i stereotypów, dlatego w zakończeniu moich rozważań zaproponuję rozwiązania tej koncepcji pedagogicznej, które mogą poprawić dobrostan osób chorych oraz ich bliskich stygmatyzowanych przez otoczenie.

Stygmatyzacja przeniesiona – formy, strategie radzenia sobie

Stygmat określany przez Goffmana (2007) mianem piętna definiowany jest przez niego jako atrybut dotkliwie dyskredytujący jego nosiciela. Jak twierdzi autor (Goffman, 1961), chorobę można traktować jako stygmat. Osoby chore, zwłaszcza z widocznymi oznakami choroby, mogą być etykietowane przez otoczenie, które nie zawsze posiada rzetelną i wyczerpującą wiedzę na temat schorzenia, jego następstw, dlatego posługuje się stereotypami. Z kolei stygmatyzacja jest to proces, który obejmuje reakcję społeczną na posiadane przez podmiot postrzegany właściwości stygmatyzujące oraz konstruowanie tożsamości stygmatyzowanego wokół jego piętna (Błęszyńska, 2006). Tego pojęcia używa się zamiennie z innymi kategoriami, takimi jak – etykietowanie, stereotyp, uprzedzenia, dyskryminacja (Nelson, 2003; Aronson, Wilson and Akert, 2006; Biernat i Davidio, 2008; Czykwin, 2007; While and Clark, 2010; Szczygieł, 2020), choć nie można ich uznać za tożsame z samą stygmatyzacją.

Jako odmawianie pełni człowieczeństwa jednostce napiętnowanej – stygmatyzacja prowadzi do różnych form dyskryminacji (Krakus, 2015), do

ograniczenia jej życiowego potencjału do rozwoju i wartościowego istnienia (Goffman, 1975). Konsekwencje społecznego naznaczenia osób piętnowanych mogą dotyczyć utrudnień w karierze edukacyjnej (Klajmon-Lech, 2018), obniżania szans na zatrudnienie, ograniczenia dostępu do usług medycznych i świadczeń socjalnych, wreszcie – degradacji sieci wsparcia społecznego. Jedną z najdotkliwszych form stygmatyzowania jest społeczne izolowanie osoby (Corrigan and Watson, 2002). To działanie może być rozumiane jako zagrożenie dla tożsamości jednostki oraz jej poczucia przynależności do społeczeństwa (Major and O'Brien, 2005; Krakus, 2015).

Osoby stygmatyzowane wypracowują strategie radzenia sobie i sposoby zarządzania informacją o piętnie oraz jej kontrolowania (Goffman, 2007; Świątkiewicz-Mośny, 2010). Taką strategią jest ukrywanie, zacieranie symboli stygmatu, jak na przykład nieużywanie grubych soczewek w okularach przez osoby niedowidzące czy wzbranianie się przed używaniem laski wśród osób, które mają problemy z chodzeniem. Innym sposobem na własne zarządzanie piętnem jest zmiana jego znaczenia wtedy, kiedy osoba niedosłysząca udaje kogoś niespełna rozumu lub śniącego na jawie. Popularną strategią jest dzielenie przez doświadczonego nieujawnionym piętnem osób, z którymi ma styczność, na dwie grupy: tych, którzy nic nie wiedzą o stygmacie, oraz osób wtajemniczonych. Stykając się z osobami z pierwszej grupy, cierpiący prowadzi misterną grę, czyniąc różnego rodzaju zabiegi, żeby inni nie dowiedzieli się o jego piętnie. Decydujące znaczenie ma tutaj moment narodzin piętna – wtedy zdradzenie tajemnicy może spowodować odrzucenie albo akceptację otoczenia. Z kolei w sytuacji zaniknięcia objawów stygmatu (na przykład ustąpienia, wyleczenia choroby) osoba, która nie ujawniła swojego problemu, może zostać uznana za kłamcę, niegodną zaufania czy nielojalną. Do drugiej grupy należą najbliżsi cierpiącego – członkowie rodziny, przyjaciele. Zostają oni wtajemniczeni w jego problemy, stając się depozytariuszami tajemnicy, tworząc niejako krąg ochronny, utwierdzający jednostkę naznaczoną w przekonaniu o akceptacji i chroniący ją przed wszelkimi przejawami jej braku. Zarządzanie informacją o piętnie jest tak samo ważne dla tej wąskiej grupy wtajemniczonych osób, gdyż im również zagraża naznaczenie – tak zwany stygmat plemienny (Świątkiewicz-Mośny, 2010). Rodzice czy dalsi krewni osób z widoczną niepełnosprawnością mogą je ukrywać przed swoimi znajomymi, kolegami z pracy, bojąc się odrzucenia i stygmatyzowania. Inną strategią zarządzania wiedzą o piętnie jest zerwanie kontaktów lub ograniczenie ich z otoczeniem, zwłaszcza ograniczenie spotkań towarzyskich w obawie przed ujawnieniem sekretu. Tego typu działania mogą prowadzić do izolacji

lub gettyzacji w środowisku z osobami, które noszą podobny lub taki sam stygmat (na przykład minimalizowanie kontaktów i spotkań towarzyskich do osób z danym schorzeniem, aktywizowanie się w stowarzyszeniach lub fundacjach zrzeszających daną grupę osób chorych). Ostatnią strategią wyróżnioną przez Goffmana jest uprzedzenie wszystkich o własnym piętnie. „Ujawnienie informacji powoduje, że jednostka zmienia swoją sytuację osoby, która musi poradzić sobie z niepewną sytuacją społeczną. Stygmat dyskredytujący zamienia się w stygmat zdyskredytowany” (Świątkiewicz-Mośny, 2012, s. 32). Taką strategię wybierają osoby z widoczną niepełnosprawnością, którą trudno ukryć, na przykład korzystające z wózka inwalidzkiego czy laski dla niewidomych.

Doświadczenie stygmatyzacji osoby chorej często dotyczy także jej bliskiego otoczenia. Badacze odnoszą się w tym zakresie do dwóch kategorii – stygmatyzacji przeniesionej (*courtesy stigma*) polegającej na rozszerzeniu stygmatu z osoby bezpośrednio nią dotkniętej na środowisko z nią związane (McRae, 1999) oraz afiliacyjnej – uwewnętrznionej (*affiliate stigma*), będącej wynikiem przepracowania doświadczeń społecznych, na przykład dyskryminacji (Mak and Kwok, 2010; Byra i Parchomiuk, 2014). Dokonując uogólnienia, tę drugą formę można uznać za bardziej złożony proces stygmatyzacji przeniesionej, w którym występują „świadomość społecznych stereotypów na swój temat (na temat grupy, do której się należy z tytułu określonego powiązania z nosicielem piętna), uznanie ich za adekwatne w stosunku do siebie, doświadczanie społecznej dyskryminacji oraz ich skutki w postaci negatywnych odczuć” (Byra i Parchomiuk, 2014, s. 42).

W badaniach rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami, takimi jak autyzm czy ADHD (Fernandez i Arcia, 2004; Koro-Ljungberg i Bussing, 2009; Moses, 2010), odnotowano bezpośrednią zależność pomiędzy stygmatyzowaniem dziecka a stygmatyzacją afiliacyjną u jego rodziców. Badani opiekunowie osób chorych doświadczają stygmatyzacji uwewnętrznionej wtedy, gdy uznają piętno swojego dziecka i własne za ważne lub prawdziwe (Corrigan and Watson, 2002). Matki przyznają się do uczuć wstydu oraz wrażenia utraty dotychczasowego statusu. Konsekwencjami tych uczuć są: przekonania rodziców dotyczące niewłaściwych zachowań i reakcji innych osób wobec chorego dziecka (wymiar poznawczy procesu stygmatyzacji przeniesionej), emocje wzbudzone w kontaktach z innymi z powodu bycia rodzicem dziecka chorego (wymiar afektywny), deklarowane zachowania matki lub/i ojca, które są konsekwencją negatywnych reakcji i zachowań ze strony innych (wymiar behawioralny) (Mak and Cheung, 2008). Jak podkreślają badacze (Mak and Kwok, 2010;

Byra i Parchomiuk, 2014), wsparcie społeczne w sposób istotny minimalizuje doświadczenie stygmatyzacji rodzinnej.

Uzasadnienie stanowiska badawczego

W 2019 i 2021 roku przeprowadziłam dwa wywiady narracyjne z matką chłopca (w wieku nastoletnim) z rzadką chorobą genetyczną, która objawia się ciężką i słabo reagującą na jakiegokolwiek leczenie padaczką, opóźnieniem ruchowym i behawioralnym, upośledzeniem umysłowym oraz zakłóceniami autonomicznego układu nerwowego. Wywiady zostały przeprowadzone według metodologii Fritza Schützegego. Wywiad w takiej formie odkrywa to, co się stało w przestrzeni społecznej z punktu widzenia uczestniczących i działających w niej osób.

Przeprowadzone przeze mnie badania miały na celu poznanie trajektorii choroby dziecka z rzadką chorobą genetyczną oraz trajektorii życia matki, doznawanych przez nią odczuć i stanów, opisywanej sytuacji rodziny oraz otrzymanego systemu wsparcia. Wywiady trwały 2 godziny i 25 minut (łącznie) i zostały nagrane na dyktafon. Narracja została poddana transkrypcji (1566 wersów tekstu), a następnie analizie, co pozwoliło na wyodrębnienie kilku kategorii tematycznych. W artykule prezentuję wybiórcze wyniki badań dotyczące doświadczenia matki dziecka chorego związanego ze stygmatyzacją.

Doświadczenie biograficzne stygmatu przeniesionego

Choroba dziecka jest centralną kategorią analizowanej narracji. Wiadomość o niej (diagnoza) zmienia życie matki i kształtuje jej tożsamość. Odtąd postrzega siebie przede wszystkim jako matkę chorego nieuleczalnie chłopca. Narratorka opowiada o licznych i długich pobytach w szpitalach. Przedstawia rażące przykłady zacofania cywilizacyjnego placówek: brak podstawowych udogodnień dla dziecka i rodziców, zmuszanie opiekunów do spania na podłodze, brak zainteresowania tym, czy mają co jeść. Dehumanizacji życia szpitalnego sprzyja także zachowanie personelu medycznego, który w stosunku do matki jest opryskliwy i pozbawiony empatii. Narratorka podaje wiele przykładów przedmiotowego i nieczułego traktowania jej przez pielęgniarki. Oto jeden z nich:

No i przychodzi pierwsza noc. Ja sobie myślę: „No jakoś wytrzymam do jutra rana, wytrzymam, gdzie mnie przeniosą.” I pamiętam – nie miałam się gdzie położyć. Piersi już miałam nabrzmiałe od pokarmu. Tu przycho-

działa pielęgniarka i mówi do mojej sublokatorce: „Proszę mnie przepuścić, tu nie jest dom, tu jest szpital!”. Ta Agata tylko nogi podciągnęła, żeby można było przejść. Pielęgniarka podeszła do mnie i mówi, że muszę przyjść z P. na przekłucie. No to sobie myślę: „No to fachowa obsługa, klinika, pójdę, to mi P. szybko przekłują”. Siedziałam pod salą pół godziny, dziecko się darto, tak strasznie wrzeszczał. Ja nie wiedziałam, co oni mu tam robią. Wbijali mu do głowy, wbijali mu do nóg, wbijali mu do ręki te igły wszystkie, żeby ten wenflon mu założyć i pielęgniarka mówi: „Uważaj, matka, żebyś mu tego nie wyrwała, uważaj!”

Wiesz, ani jedzenia, bo mój mąż myślał – wiesz to klinika, że ja będę mogła sobie zająć gdzieś coś kupić, a P. już był wtedy tak pobudzony tymi antybiotykami, tym wszystkim, że on nie spał. Ja nie mogłam iść się umyć, wiesz, po takim całym dniu, a jeszcze żeśmy mieli takie duże okno, gdzie słońce nam świeciło cały dzień, ja byłam mokra w tym pokoju. A wieczorem, kiedy chciałam się umyć, poszłam prosić pielęgniarkę – ona mówi: „Ale ja nie jestem pani opiekunką! Co tu pani wymaga ode mnie?! Proszę poprosić swoją współlokatorkę”. Ten prysznic brałam dosłownie z trzy minuty. Tylko się słucać, namydlić i wyjść. I przyszłam tam, bo P. już beczał.

Pamiętam pierwszą noc – „Gdzie ja będę spać? Ja – duża baba, gdzie ja wejść do takiego łóżeczka? No nic, rozłożę sobie karimatę na ziemi, ale nie mogłam wtedy znowu karmić P., bo zamiast krzesła, miałam karimatę rozłożoną, więc tyle było tego wejścia na karimatę i zaraz było łóżeczko, nie było więcej miejsca. Ja sobie myślę: „No jak ja go będę w nocy karmić?” (...) Rozłożyłam sobie tę karimatę i P. wzięłam do siebie, na tę ziemię do leżenia, żeby mu dać z piersi się chociaż w nocy napić, bo nie byłabym w stanie – na stojąco czy na siedząco. I pamiętam – było gdzieś wpół do drugiej w nocy – i przychodzi pielęgniarka... i to nie, że weszła cichutko, tylko drzwi tak, wiesz, otwierała jak do chlewa i mówi: G.! Która to jest G.?” Ja mówię: „No ja”. „A gdzie tam pani leży? A gdzie jest mały?” Ja mówię: „No leży obok mnie”, „Na ziemi!” Ja mówię: „A gdzie go mam dać? Ja karmię”. „No dobra, no to podejdę do pani”. Przeszła w buciorach, po moim śpiworze, podała mu do tego wenflonu lekarstwo. Ja mówię: „A co on ma podawane?” „A czy ja wiem?! Chyba antybiotyk? Co lekarze stwierdzili, to podaję”.

Pielęgniarki nie podejmują tak ważnej w nowej i dramatycznej dla matki sytuacji – pracy nad odczuciami (Strauss, Fagerhaugh i in. 2012, Klajmon-Lech 2021). Ten typ pracy (między innymi budowanie zaufania w relacjach z pacjentem i jego opiekunem, zachowania uspokajające typu trzymanie za rękę, pokrzepiające słowa, rozmowy z matką) uspokoiłby cierpiące dzieci-

ko i jego mamę, a zarazem uczyniłby z nich współpracowników w procesie leczenia. Zachowania personelu medycznego wobec matki i jej dziecka można uznać za dyskryminacyjne. Dyskryminacja i dewaluacja są jednymi z częstych wskaźników stygmatyzacji przeniesionej. Efektem tych praktyk jest wskazywane często przez narratorkę wyczerpanie fizyczne i psychiczne, doświadczanie stresu opieki, a także niskie poczucie wartości.

Narratorka doświadcza stereotypizacji i etykietowania. Dotykają one chore dziecko, pozostałe zdrowe rodzeństwo a także nią samą:

Niektóre kobiety sobie myślą o mnie, że siedzę w domu i mam się dobrze. Tak samo, jak niektóre osoby myślą: „O biedaczek, boroczek!”. Nienawidzę takich słów na P., ale mi się wydaje, że oni nie rozumieją tych osób. Może ja bym tak samo myślała, gdybym nie była w tym środowisku, także to wybaczam. Mi się wydaje, że to nie jest ich wina, po prostu. Za mało uświadomieni są wszyscy. Tak samo w szkole. Ja już też w szkole tyle razy mówiłam, bo ile razy przychodziłam do szkoły, to też chłopcy okropnie: „Ty Downie, ty taki.” Okropnie jest. Okropnie jest w szkole. Jego bracia byli szykanowani, bo też nieraz usłyszeli, że ma brata głupka i tego typu określenia. To też jest bardzo ciężkie dla chłopców. I potem tłumaczenie... Teraz już, po latach, to rozumieją, ale nie jest fajnie w szkole.

Stereotypowe myślenie o matce osoby chorej, która nie pracuje – a więc wiedzie wygodne życie, utrzymując się z zasiłków chorobowych oraz innych form pomocy, jest trudne do zaakceptowania dla narratorki. Jeszcze bardziej negatywnie doświadcza pozornych określeń współczucia wobec dziecka chorego, etykietowania go jako *biedaczka, boroczka*. Także rodzeństwo chorego doświadcza etykietowania i wyśmiewania w szkole. Tego typu zachowania można uznać za rodzaj dewaluacji polegający na podkreślaniu negatywnych cech osoby niepełnosprawnej, upowszechnianiu stereotypowych opinii, a także powielaniu negatywnych, obraźliwych wyobrażeń na temat osób chorych, z widoczną niepełnosprawnością oraz ich rodzin. Narratorka w komentarzu teoretycznym (Kaźmierska 1997) doszukuje się przyczyn takiego zachowania. Widzi je w braku edukacji społeczeństwa.

Do kolejnych oznak piętnowania społecznego należą izolacja i brak wsparcia. Narratorka opowiada o długotrwałych i żmudnych poszukiwaniach przedszkola dla swojego dziecka. Ostatecznie dyrektor jednego z przedszkoli zgodził się na przyjęcie dziecka pod warunkiem stałej obecności na zajęciach mamy:

W końcu się dostał, ale pani mi dała warunek, że ja muszę tam z tym P. być na tych wszystkich zajęciach. No i ja przychodziłam na ósmą, siedziałam

tam do tej dwunastej (wdech) i to była tylko taka przechowalnia, gdzie ja się tylko P. zajmowałam, żadna pani nigdy do niego nie podeszła, żadna go pani nie wzięła za rękę i byliśmy tam cztery czy pięć miesięcy i zrezygnowałam, bo ja nie wyrabiałam psychicznie. (...)

Były takie książeczki dla dzieci cztero i pięcioletnich. I pani mówi: „No to niech go pani posadzi do tego krzeselka i niech też to rozwiązuje!” A P. nawet wtedy nie potrafił utrzymać w ręce kredki. Ja mówię: „Ale jak on to ma rozwiązać? Jak on tego nie potrafi”. „No to niech pani to rozwiąże za niego, ale żeby było.” (...) To przedszkole integracyjne – dla mnie to jest porażka! Pani mówi: „No to dzieci – teraz się bawimy.” I ona siada do biurka, pije kawę a te dzieci gonią, jakbyś wypuścił stado baranów. I P. był tym piskiem tak przerażony, że on siadał i tak siedział. Ja tak sobie pomyślałam: „Jak on tam będzie beze mnie, to co ta pani zrobi? Nic! Kompletnie nic!” I nigdy żadna pani nie powiedziała mi: „Proszę mi dać P, ja z nim pójdę” albo „Proszę iść sobie sięść, ja sobie z nim zrobię”. Nigdy mi nie zaproponowały kawy, herbaty. One sobie jadły śniadanie, rozumiesz, przy stoliku. No to jest normalność tam może u nich, ale takie przedszkole integracyjne to tylko na papierku i teoretycznie a w praktyce to nie jest przedszkole integracyjne. (...) Z tego, co słyszałam, nie lubią przyjmować dzieci z zaburzeniami neurologicznymi. Oni lubią sobie przyjąć astmatyka, dziecko, które ma na przykład coś z biodrem – bo tam akurat wtedy był taki chłopczyk, który tylko utykał na nogę, ale dla nich to jest super praca, no bo nie mają z nim żadnych zajęć, nie muszą się z nim, wiesz, użerać, nie muszą się wkurzać, nie muszą się denerwować i nie biorą wielkiej odpowiedzialności za to dziecko. Dla mnie to przedszkole to jest porażka.

Praktyki wychowawcze stosowane przez nauczycieli zaprzeczają podstawowym zasadom integracji, takim jak brak podziału uczniów na pełnosprawnych niepełnosprawnych, dawanie poczucia bezpieczeństwa każdemu z podopiecznych, dostrzeganie w każdym dziecku zdolności i rozwijanie ich, rozwój akceptacji wobec inności, brak izolacji społecznej. Założenie dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych możliwości i potrzeb dziecka nie jest w ogóle realizowane. Jeśli chory chłopiec nie potrafi wykonać zadania, które wykonują pozostałe dzieci, zachęca się matkę, żeby je za nie wykonała. Dziecko chore nie jest włączone w życie przedszkola. Nauczyciele cały ciężar opieki i wychowania scedują na matkę, która jest przeciążona psychicznie. Zapamiętane sceny z przedszkola integracyjnego są nadal żywe i bolesne dla narratorki, dlatego dwukrotnie powtarza swoją ocenę placówki: *Dla mnie to przedszkole to jest porażka.*

Jak przeciwdziałać stygmatyzacji rodzinnej? Zadania stojące przed edukacją międzykulturową

Doświadczenie stygmatyzacji opisane przez matkę dziecka chorego potwierdzają inne doniesienia badawcze (Byra i Parchomiuk, 2014). Warto zastanowić się, w jaki sposób przeciwdziałać praktykom piętnowania społecznego. Z pewnością wykorzystanie dorobku teoretycznego i praktycznego edukacji międzykulturowej może przyczynić się do ich ograniczenia. Wprowadzane elementy edukacji międzykulturowej już od najmłodszych lat szkolnych (a nawet przedszkolnych) sprzyjają rozwojowi kompetencji społecznych takich jak akceptacja i rozumienie Inných, dialog, współpraca.

Ważnym ogniwem – jak się okazuje, słabym – w edukowaniu społeczeństwa są nauczyciele i wychowawcy. Dlatego ich kompetencje międzykulturowe należy rozwijać na etapie przygotowania zawodowego (w trakcie studiów nauczycielskich). Żeby uczeń potrafił dostrzec, a następnie docenić Innego (także Innego – z niepełnosprawnością, Innego – chorego), najpierw nauczyciel powinien być wrażliwy na odmienność osób, kultur, zachowań, postaw. Taka wrażliwość jest kompetencją miękką, do której nie wszystkie osoby są zdolne, stąd osoby decyzyjne (nauczyciele-wykładowcy w trakcie studiów, dyrektorzy placówek edukacyjnych) powinny dostrzegać i nie pozwalać na postawy nietolerancji, zamknięcia. Nauczyciel jest współtwórcą świata międzykulturowego, mistrzem i przewodnikiem w niejednorodnej i zmiennej rzeczywistości społecznej (Dąbrowa i Markowska-Manista, 2018) i to właśnie on rozwija wśród swoich uczniów umiejętności społeczne, aktywne postawy obywatelskie, uczy porozumienia i dialogu.

Drugie zadanie dotyczy polityki społecznej (publicznej) państwa wobec osób chorych, ich rodzin oraz społeczeństwa. Państwo powinno zajmować się wprowadzaniem całościowych zmian systemowych zapewniających godne życie osób chorych i ich rodzin. To wskazanie nie zostanie tutaj rozwinięte, gdyż autorka tekstu nie uważa się za specjalistę polityki społecznej, jednak nie sposób nie zaznaczyć, jak ważne są to kwestie, warunkujące poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości osób chorych oraz ich bliskich. Równie ważne staje się poszerzanie kompetencji międzykulturowych społeczeństwa realizowane poprzez edukację ustawiczną: szerzenie idei akceptacji wobec Innego, dialogu i współpracy.

Trzecim obszarem działania pozostaje wsparcie społeczne osób chorych i ich rodzin. Dotyczyć ono powinno zarówno zabezpieczenia potrzeb życio-

wych, zdrowotnych i edukacyjnych, jak i pomocy pedagogicznej i psychologicznej rozumianej jako praca edukacyjna specjalistów z rodziną (pedagogizacja) oraz pomoc osobom chorym i ich bliskim w wypracowaniu zasobów psychicznych, doradztwo w sytuacjach trudnych.

Bibliografia

- Aronson, E., Wilson, T. i Akert, R. 2006. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Biernat, M. i Davidio, J. 2008. Piętno i stereotypy. W: Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M. i Hull, J. red. *Spółeczna psychologia piętna*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, ss. 91–125.
- Błęszyńska, K. 2006. Stygmatyzacja. W: Pilch T. red. *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”, s. 1102.
- Buber, M. 1974. *Słowa i zasady*. Kraków: Znak.
- Buber, M. 1992. *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: Inco-Veritas.
- Byra, S. i Parchomiuk, M. 2014. Stygmatyzacja przeniesiona. Część 1: perspektywa rodziców dzieci z niepełnosprawnością i chorobą. *Niepełnosprawność*. **15**, ss. 29–46.
- Corrigan, P.W. and Watson, A.C. 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. **1** (1), pp. 16–20.
- Czykwin, E. 2007. *Stygmat społeczny*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Fernandez, F.C. and Arcia, E. 2004. Disruptive Behaviors and Maternal Responsibility: A Complex Portrait of Stigma, Self-Blame, and Other Reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. **26** (3), pp. 356–372.
- Gadamer, H.-G. 2021. *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
- Goffman, E. 1961. *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: The Anchor Books Doubleday & Company.
- Goffman, E. 1975. Charakterystyka instytucji totalnych. W: Dereczyński, W., Jasińska-Kania, A. i Szacki, J. red. *Elementy teorii socjologicznych*. Warszawa: PWN, ss. 151–152.
- Goffman, E. 2007. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Każmierska, K. 1997. Wywiad narracyjny – technika i pojęcia analityczne. W: Czyżewski, M., Piotrowski, A. i Rokuszewska-Pawelek A. red. *Biografia a tożsamość narodowa*. Łódź: UŁ, ss. 35–44.

- Klajmon-Lech, U. 2021. Praca lekarzy i personelu medycznego nad trajektorią rzadkiej choroby dziecka i jego rodziny: analiza biografii. *Kultura i Edukacja*. **1**, ss. 204–211.
- Klajmon-Lech, U. 2018. *Trajektoria życia rodziców dzieci z rzadkimi chorobami genetycznymi. Formy społecznego wsparcia*. Toruń: Adam Marszałek.
- Koro-Ljungberg, M. and Bussing, R. 2009. The management of courtesy stigma in the lives of families with teenagers with ADHD. *Journal of Family Issues*. **30** (9), pp. 1175–1200.
- Krakus, K. 2015. Psychologiczne i społeczne konsekwencje stygmatyzacji na przykładzie osób chorujących przewlekle. *Edukacja Etyczna*. **10**, ss. 57–66.
- Levinas, E. 1986. Znaczenie a sens. *Literatura na Świecie*. **11–12**, ss. 263–270.
- Maciejczak, M. 2001. *Świat według ciała w fenomenologii percepcji M. Merleau-Ponty'ego*. Warszawa: IFiS PAN.
- Major, B. and O'Brien, L.T. 2005. The Social Psychology of Stigma. *Annual Review Of Psychology*. **56**, pp. 393–421.
- Mak, W.W.S. and Cheung, R.Y.M. 2008. Affiliate Stigma Among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illne. *Jarid*. **21** (6), pp. 532–545.
- Mak, W.W.S. and Kwok, Y.T.Y. 2010. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. **70** (12), pp. 2045–2051.
- McRae, H. 1999. Managing Courtesy stigma: the case of Alzheimer's disease. *Sociology of Health and Illness*. **21** (1), pp. 54–70.
- Melosik, Z. 1995. *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*. Toruń: Edytor.
- Merleau-Ponty, M. 1960. *Signes*. Paris: Wyd. Gallimard.
- Moses, T. 2010. Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science and Medicine*. **70** (7), pp. 985–993.
- Nelson, T. 2003. *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: GWP.
- Rzeźnicka-Krupa, J. 2013. Inny i pedagogika: doświadczanie Inności i relacja z Innym jako kategorie nauk o wychowaniu. *Studia Edukacyjne*. **28**, ss. 31–45.
- Sontag, S. 2016. *Choroba jako metafora. Aids i jego metafory*. Kraków: Wyd. Karakter.
- Strauss, A.L., Fagerhaugh, S., Suczek, B. i Wiener, C. 2012. *Praca nad odczuciami*. W: Kaźmierska, K. red. *Metoda biograficzna w socjologii*. Kraków: Nomos, ss. 801–824.

- Szczygieł, M. 2020. *O percepcji i autopercepcji wybranych grup zagrożonych stygmatyzacją*. Kraków: Impuls.
- Świątkiewicz-Mośny, M. 2010. *Tożsamość napiętnowana. Socjologiczne studium mechanizmów stygmatyzacji i autostygmatyzacji na przykładzie kobiet z zespołem Turnera*. Kraków: Nomos.
- While, A.E. and Clark, L. 2010. Overcoming ignorance and stigma relating to intellectual disability in healthcare. A potential solution. *Journal of Nursing Management*. **18** (2), pp. 166–172.

Courtesy stigma – a challenge for intercultural education

Abstract: In the article, I describe sick people and people from their immediate environment as Other. I present sociological concepts and research results regarding courtesy stigma. I present an analysis of the narrative interview regarding the mother's experience of stigmatizing a sick child. Intercultural education is to prepare for life in a diverse world, shape the understanding of difference, learn to get rid of prejudices and stereotypes, therefore, in the end of my considerations, I propose solutions to this pedagogical concept that can improve the well-being of sick people and their relatives stigmatized by the environment.

Keywords: family, affiliate stigma, courtesy stigma, intercultural education

Translated by Urszula Klajmon-Lech