

ДЕСКРИПЦИЈА И КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА РАЗЛИЧИТИХ МОДЕЛА ОМЕТЕНОСТИ И ЕФЕКТИ ЊИХОВЕ ПРАКТИЧНЕ ПРИМЕНЕ НА ЛИЧНОСТ ¹

Весна Рагоман

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Раг се бави компаративном анализом медицинској социјалној и психолошкој модела ометености као и њиховом конструктивном синтезом у био-психо-социјални модел као оптимално решење. Описују се опште карактеристике сваког модела и анализирају карактеристике праксе произашле из њих. Из овој холистичкој теоријској пристоја а посебно његових социјално-психолошких компоненти и њихове примене у инклузивном васпитању и образовању, произилази низ психолошких добробити за особу са ометеношћу као што су позитиван селф концепт, самопоуздање, активизам, самодејтерминизам, развијенија мотивација и интересовања, социјална зрелост и повољни услови за раст и развој уравнотежене, ментално здраве личности.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Модел ометености, социјални, медицински, психолошки, личности, психичка добробит, инклузија

УВОД

Теоријску претходницу развоја медицинског, психолошког и социјалног модела ометености представљају слични теоријски приступи

¹ Овај рад посвећен је сећању на дугогодишњу сарадњу са проф. др Љубомиром Савићем, посебно његовом гостовању на предавању за докторанте, које смо организовали у пролеће 2010. на докторским студијама из предмета Теоријски концепти ометености и слушна ометеност, где је професор Савић излагао и дискутовао са свима присутнима управо проблематику коју третира овај рад, показујући и тада свој увек радознали научни дух, који прати и анализира најсавременија и актуелна кретања у науци и струци специјалне едукације и рехабилитације

менталној болести који су се развили на трагу медицинског, психолошког, социјалног приступа и објашњења менталних поремећаја и по аналогији са њима. Медицински или биомедицински модел менталне болести који има своје зачетке током 16-ог, 17-ог и

18-ог века, у схватању да је душевна болест заправо болест тела, током 19в. доживљава своју пуну афирмацију (Влајковић Ј., 1990). Ово схватање протеже се до данашњег доба, а подразумева биолошку, органску и генетску етиологију менталних болести, а лечење фармакотерапијом и повлачи за собом обесправљени статус менталног болесника чија је судбина потпуно у рукама лекара (психијатра). Психолошки модел менталне болести први је експлицитно нагласио и разрадио Сигмунд Фројд почетком 20в. јер објашњења тражи у несвесном стратуму личности, у психичким конфликтима и траумама, али бихејвиоризам доноси и друга психолошка објашњења, а то су различити механизми учења помоћу којих се средински стичу неадекватни обрасци понашања. Следе и многа друга психолошка тумачења која произилазе из различитих теорија личности. Лечење ментално оболелих, у складу са овим моделом, обавља се различитим облицима психотерапије које са собом доносе позитиван помак у односу према пацијенту- уважавање личности ментално оболелог. Социјални модел менталне болести помера фокус са појединца на његово друштвено окружење. Патолошке интерперсоналне везе и неадекватна комуникација унутар друштвене групе у којој живи појединац (најчешће породица), као и начин на који је друштво организовано и како се односи према појединцу, која друштвена правила, друштвене ставове успоставља, у великој мери погодују психопатолошким реакцијама и менталном обољевању. Лечење се проширује на друштвену групу у којој се развија ментални поремећај (нпр. породична терапија), или се траже корените друштвене реформе (нпр. антипсихијатријски покрет који настаје 60-их година 20в.), којима се захтева деинституционализација и хуманији однос друштва према ментално болеснима.

Различити приступи и објашњења ометености, посебно психосоцијални приступ развија се другом половином 20-ог века, користећи сличне парадигме и аналогije. **Социјални модел ометености** развио се као нов плодотворан приступ проблемима ометености и особама које ометеност имају. Настао је као супротност и реакција на традиционални **медицински модел ометености** који је још увек веома присутан, мада данас постоји снажан притисак да се он превазиђе и напусти. Анализом историјских токова развоја науке и струке, детектовали смо и екстраховали **психолошки модел ометености** који се садржински и временски интермедијарно ситуирао између медицинског и социјалног модела

(Радоман 2003/ц; 2004) . Пракса која прати сваки од ових приступа ометености погодује развијању одређених карактеристика личности, нарочито када се ради о развоју **детета** које има неки облик ометености.

Историјски гледано први се развио медицински модел ометености да би се временом, са развојем психологије, као науке и струке, на њега надовезао развој психолошког модела ометености.

Развој психолошког модела повезан је са увођењем психолога као професионалца у тим стручњака који се бави особом са ометеношћу, као и са развојем психологије хендикепа (специјалне психологије), као посебне научне дисциплине примењене психологије.

Након завршетка Првог светског рата отпочиње пракса санирања ратом стечених инвалидности код војника и потребом њиховог поновног оспособљавања (рехабилитације), под окриљем и патронатом медицине. У складу са оваквим поратном праксом, друштвеним и стручним опредељењем, ометеност се третира као медицински проблем и користе се сва акумулирана медицинска знања у лечењу и третману. Нпр. за бивше војнике оштећеног слуха оснивају се центри и сервиси где се практикује отохирургија, отопротетика и рехабилитација. Касније ови центри проширују своју делатност и почињу да служе читавом грађанству. Овакав приступ оставља упечатљив траг у теоријском и практичном приступу ометености, све до данашњих дана и манифестује се у медицинском моделу ометености.

Историјски пут и развој од медицинског ка психолошком моделу ометености имао је постепени еволуциони ток, док се социјални модел ометености јавља као револуциона промена која раскида са прошлошћу, доносећи потпуно нов угао гледања на проблематику ометености. Научна истраживања која се спроводе у сурдопсихологији, тифлопсихологији, олигопсихологији итд. доносе низ података о специфичностима и нарушењима емоционалног, когнитивног и мотивационог функционисања личности особа са ометеношћу, без обзира на њихово порекло тј. да ли су оне примарне последице оштећења или пак секундарне последице неадекватног третмана средине. Психологија ометености развија емпиријска истраживања и теоријску концептуализацију психолошког аспекта ометености, а развој струке и специјализованих стручњака - психолога који се практично баве овом популацијом допуњава и проширује концепт психолошког модела ометености. Развој социјалног модела ометености тесно је повезан са борбом за људска права особа са ометеношћу и припадника других маргиналних друштвених група као и са покретом за социјалну инклузију и инклузивно образовање крајем 20-ог века. Социјални модел ометености, заправо представља критику дотада-

шње друштвене праксе али и критику медицинског теоријског приступа који је доминирао и још је утицајан у овој области.

ПРИКАЗ АНАЛИЗА И КОМПАРАЦИЈА РАЗЛИЧИТИХ МОДЕЛА ОМЕТЕНОСТИ СА КРИТИЧКИМ ОСВРТОМ

МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ третира сваки облик сензорне, телесне или интелектуалне ометености као болест или **нарушење здравља** појединца (издвојене индивидуе), која се мора медицински третирати, лечити, ре(хабилитовати), како би се особа колико год је могуће оспособила и приближила нормалном функционисању, а затим убацила у постојеће друштвено окружење, изграђено према потребама већинске популације без ометености, да се сналази, прилагођава и функционише у њему. Појединац након медицинског третмана мора сам да уложи напор **да се уклопи** у свет креиран и подешен за потребе неометених (Радоман 2011.)

Према Цуцић (2001) медицински модел сагледава инвалидност као **индивидуални проблем** директно изазван болешћу, повредом или другим оштећењем здравља и због тога захтева медицинску помоћ и негу коју пружају професионалци. Медицински третман води развоју **посебних здравствених служби и посебних кадрова** који се баве третманом оваквих нарушења здравља. Неки аутори (Imri 1997) критикују овакав приступ који намеће доминацију медицинске професије у решавању ове врсте проблема. Даља карактеристика праксе која почива на медицинском моделу јесте доношење медицинске **дијагнозе** и вршење **категоризације**. Такав приступ води **патологизацији** читаве проблематике. Са оваквим приступом такође је повезана и специфична **терминологија** (дефект, инвалидност, недостатак, дефицит) која је етикетирајућа и **стигматизира**. Карактеристике праксе засноване на медицинском моделу су доношење круцијалних одлука за живот појединца (о врсти школе, евентуалној институционализацији, одвајању од породице и слично) од стране стручњака и професионалаца. Стручњаци се сматрају онима који најбоље знају шта је добро за дете или одраслу особу са ометеношћу. То је такозвано **експертско доношење одлука**. Практична последица оваквог приступа јесте најчешће, издвајање детета са ометеношћу из његовог природног окружења ради посебне помоћи, третмана, школовања. То најчешће даље води **институционализацији** и **сегрегацији**. Фиццералд (Fitzerald 1997.) на пример сматра да је медицински модел ометености одговоран за пораст сегрегације и изолације особа са ометеношћу.

Када на крају покушамо да резимирамо и систематски побројимо битне опште карактеристике медицинског модела, добијамо следеће:

- Ометеност се третира као нарушено здравље или болест,
- Патологизација ометености и истицање дефицита, при чему се пренебрегавају здрави потенцијали и преостале ненарушене способности.
- Редукција људског бића и његове личности на ометеност која је у првом плану, и у потпуности препокрива личност и људско биће, чија се есенција своди на поремећај.
- Етикетирајућа и стигматизирајућа терминологија (дефектан, инвалидан, оштећен).
- Фокусирање на појединца или појединачну дисфункцију и медицинско интервенисање на њој.
- Овакав приступ намеће потребу адаптације особе са ометеношћу на постојеће стање и окружење друштва које је подешено за већинску популацију без ометености.

Када издвојимо и резимирамо битне карактеристике праксе које произилазе из медицинског модела ометености добијамо следеће:

- Друштвена ексклузија.
- Посебно формиране здравствене службе и кадрови за рад са пацијентима који имају дијагнозу ометености
- Примена шеме: медицинска дијагноза-медицинска ре(хабилитација)
- Експертско доношење одлука о битним животним питањима особе са ометеношћу
- Родитељ или сама особа са ометеношћу се ништа не пита
- Институционализација, изолација, сегрегација
- Категоризација
- Издавање детета (одраслог) из природног окружења ради третмана

Овакав традиционални приступ ометености је врло рестриктиван јер се усредсређује само на појединца или још уже само на један његов дефицит, уз настојање да се он коригује, не узимајући много у обзир личност особе, њено достојанство, интиму и друге психолошке и социјалне аспекте проблема.

Критике упућене медицинском моделу односе се на његову рестриктивност, и биологизам (усредсређеност на физичко оштећење), занемаривање релевантних психолошких, срединских, друштвених ути-

цаја, патологизацију, као и одговорност за предрасуде, стигматизацију и сегрегацију.

Свакако да биомедицински приступ оставља траг на личност особе са ометеношћу, стварајући погодне услове за развој низа негативних психолошких ефеката као што су: присуство осећања мање вредности или чак комплекса инфериорности, пасивност, развој прималачког карактера, несамосталност, незрелост, инфантилизација, повишен ризик за нарушење менталног здравља и психопатолошких реакција, стања и менталних обољења.

ПСИХОЛОШКИ МОДЕЛ ОМЕТЕНОСТИ који смо препознали и издвојили (Радоман 2004), проширује угао посматрања са уског телесног дефицита или дефицита једне функције на целокупну личност особе која га има, на емоционалне проблеме, проблеме самопоштовања, селф концепт, али и проблеме когнитивног и конативног функционисања. Психолошки модел бави се когнитивним, емоционалним, мотивационим и социјалним особеностима и проблемима личности са ометеношћу, било да су оне директне или индиректне последице ометености. На пример примарне психолошке последице оштећеног слуха могу бити поремећаји когнитивног функционисања као што су тешкоће формирања апстрактног мишљења, док секундарне често настају као емоционална неприлагођеност, несигурност, повлачење, настали услед одбацивања, занемаривања, негативних социјалних ставова и предрасуда. Психолошки модел премешта фокус са прилагођавања особе са ометеношћу друштву (она треба да постане користан члан заједнице), на **психичку добробит саме особе**, њену личну срећу, задовољство и позитивну слику о себи (Радоман 2003/б). Психологија као наука интересује се за субјективни доживљај, а психологија ометености између осталог и за доживљај себе, однос према себи и сопственој ометености. Тако психолошки модел шири угао гледања и проширује садржај предмета научног и стручног интересовања са уског оштећења **на личност** особе са ометеношћу и отвара могућност психотерапијског (терапија игром, арт терапија, психодрама, гешталт терапија, итд) као и деловања на нивоу понашања (бихејвиорална терапија). **Психолошка интервенција** односи се и на превенцију и стимулацију развоја, коришћење и развијање постојећих потенцијала, не само на отклањање неадекватних понашања и интрапсихичких садржаја. Психолошка интервенција и психотерапија обухвата и непосредно окружење особе са ометеношћу (психотерапија родитеља, системска породична терапија, психолошки рад са наставницима, васпитачима, вршњачком групом). Тако психоло-

шки модел ометености гради мост према социјалном окружењу особе са ометеношћу у оном делу који се бави породицом, вршњацима, школом, учитељима и другим важним утицајима на психички развој детета са ометеношћу, настојећи да психолошком интервенцијом **мења окружење** и ствара психолошки повољније и подстицајније услове за адекватан психички развој особе са ометеношћу. **Терминологија** која се уводи са психолошким моделом ометености, тежи ка изналажењу неутралнијих, мање етикетајућих и непезоративних ознака за ову популацију и њихову ометеност као што су хендикеп, хендикепирана особа или особа ометена у развоју.

Настојање да се дете са ометеношћу задржи у његовој породици на супрот институционализацији има корене у психолошким сазнањима о негативним ефектима сепарационих искустава за развој менталног здравља детета. У овом погледу је психолошки модел ометености на линији конструктивних позитивних промена у окружењу које захтева и социјални модел ометености.

Неке импликације психолошког приступа у пракси имају и негативне последице наслеђене из предходног медицинског модела ометености који је омогућио прикључивање психолога као стручњака тиму медицинских професионалаца, чији рад је заснован на дијагнози, којој психолог додаје свој психолошки налаз. Тај налаз врло често служи **селекцији и категоризацији**. Негативна карактеристика медицинског приступа ометености (дијагноза) у раду психолога огледала се на пример у једном њеном сегменту; у примени тестова интелигенције која је довела је до негативне праксе коришћења IQ за категоризацију и селекцију деце за специјалне школе и њихову институционализацију, издајајући их тако из њиховог природног окружења тј. вршећи њихову сегрегацију. Оваква негативна психолошка пракса довела је и до повећања броја деце из социјално депривираних средина у специјалне школе (Роми, црнци, радничка класа) и отворила проблем неадекватности дотадашњих психолошких тестова и потребу конструисања тзв. тестова ослобођених утицаја културе као и развоја тестова прилагођених специфичностима особа са ометеношћу.

Када на крају резимирамо битне опште карактеристике психолошког модела ометености добијамо следеће:

- Шири и комплекснији захват проблема ометености. Није погођен само орган или функција већ и личност такве особе и њено психичко функционисање (селф концепт, емоционално функционисање, мотивација, когнитивно функционисање и повећан ризик психопатолошких тенденција у развоју личности),

- Потенцира се психичка добробит појединца. Премешта се акценат са прилагођавања друштву („користан члан друштва“) на добру личну прилагођеност, личну срећу, задовољство собом и сопственим животом и проналажење смисла живота особе са ометеношћу.
- Неутралнија и дестигматизујућа терминологија (хендикепирани појединац)
- Тежња ка подстицању развоја ментално здраве, уравнотежене, зреле личности
- Хуманији однос, поштовање личности особе са ометеношћу, и њене интима

Битне карактеристике праксе произашле из психолошког модела су:

- Процена психолошког статуса особе са ометеношћу која често служи категоризацији и институционализацији
- Пружање психолошке подршке детету (одраслом) са ометеношћу и његовој породици
- Практика заштите и унапређења менталног здравља и превенција менталних поремећаја
- Настојање да се дете са ометеношћу задржи у његовој породици која ментално хигијенски представља најбоље окружење за његов повољан психички развој, а да се породици истовремено пружи стручна (уз материјалну) подршка
- Дискретно пружање помоћи и подршке особи са ометеношћу, уважавање њеног достојанства и интима
- Примена психотерапијских интервенција и стимулативних развојних третмана при чему психолошка интервенција има за циљ личну психичку добробит, ментално здравље и подстицање развоја зреле личности.

Психолошки модел ометености и пракса заснована на њему има за последицу креирање повољне климе и услова за развој низа позитивних психичких ефеката и утицаја на адекватнији развој личности детета и одраслог са ометеношћу. Нпр. реално прихватање себе и сопствених ограничења, хармоничнији развој личности, бољи селф концепт, задовољство собом и сопственим животом, веће самопоштовање.

СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ОМЕТЕНОСТИ

Социјални модел настао је као антипод медицинском моделу ометености чијем су развоју пресудно допринеле и саме особе са ометеношћу, њихова удружења као и удружења родитеља деце са ометеношћу, ОУН, УНЕСКО и њихове декларације и конференције, које проширују друштвену свест о потреби излажења у сусрет посебним потребама особа са ометеношћу (међу првима је Конвенција о правима детета 1989г.). Овај модел има своје зачетке у схватању Л. С.Виготског (1983), творца социјално историјске теорије развоја личности, који је давно скретао пажњу на однос друштва према ометености.

Социјални модел ометености премешта фокус са индивидуе као извора проблема на друштво и његове институције (Радоман 2003). У овом моделу ометеност је социјално дефинисана и третира се као социјално произведен проблем. **Социјалне препреке** или баријере за особу са ометеношћу настају због занемаривања њених потреба у свету и друштву које је подешено за потребе већинске популације, без ометености. Препреке које друштво поставља могу се поделити на три категорије: физичке, комуникативне и менталне. Препреке у друштву се могу такође класификовати на објективне и субјективне. Објективне су физичке и комуникативне препреке док су субјективне менталне препреке. Физичке препреке су на пример архитектонске баријере које онемогућавају приступ друштвеним институцијама или пак природне препреке које нису настале човековом руком (клима). Комуникативне препреке односе се на транспорт и промену места али пре свега на објективне тешкоће ступања у однос и општење са појединцима и институцијама, што је нарочито уочљиво код сензорних али присутно и код других облика ометености (Radoman, Nano, Closs 2006). Менталне препреке су оне које се односе на негативне ставове, стереотипе, нетолеранцију према другачијем, предрасуде према особама са ометеношћу. Неки заступници овог модела тврде (Thomas 2002) да се ради о посебној врсти друштвене опресије и насиља које се врши над овом мањинском групом која се етикетира и искључује. Овај феномен назива се „дисејблизам“ (од енглеске речи „disable“) који је у истој равни са феноменима и терминима: расизам, сексизам, антисемитизам и слично. У истом смислу користи се и термин „ејблизам“ (енгл. „able“). Препреке **искључују** (ексклузија) особе са ометеношћу из друштва **онемогућавајући им активно учешће** (партиципација) у разним сферама од образовања и запошљавања до спортских, културних и религиозних садржаја. Препреке стварају немогућност да се преузму **уобичајене социјалне улоге** која

се надовезује на немогућност учествовања у социјалним активностима. Овако конципиран модел ометености има за циљ да покрене различите друштвене акције које ће отворити могућности да особе са ометеношћу равноправно учествују у свим доступним областима живота и рада. Тако посматрано, ометеност постаје политичко питање тесно повезано са остваривањем људских права. (Радоман 2003ц)

Социјални модел, не третира ометеност као болест већ као **различитост, нетипичност**, која се јавља у оквиру људске врсте и којој се мора приступити са уважавањем и подршком. Уместо патологизације ометености у медицинском моделу, овде се тежи **процесу нормализације**. Акцент се ставља на јаке стране, **интактне сфере функционисања**, а не на недостатке и дисфункције. Карактеристике праксе везане за овај модел су следеће: пракса заснована на социјално-психолошком моделу не полази од дијагнозе и категоризације већ од **потреба**. Нису само стручњаци онај пресудни фактор који учествује у доношењу крупних одлука о животу особе са ометеношћу већ се узимају у обзир жеље и мишљење саме особе, а када су деца у питању и мишљење њихових родитеља који постају равноправни партнери у свему где се одлучује о њиховом детету. То је **партнерски модел доношења одлука**. Уместо смештања у специјалне институције и одвајања од породице детета са ометеношћу тежи се **деинституционализацији** и останку детета у његовој породици која је ментално хигијенски најповољнија средина за његов емоционални и укупни развитак. Друштво треба да пружи помоћ и подршку тој породици како би јој олакшало живот са ометеношћу њеног члана. Уместо медицинске дијагнозе и рехабилитације доноси се **стратегија и план друштвене акције** које су усмерене на смањивање ограничавајућег окружења и уклањање препрека. При томе се велики значај придаје институцијама грађанског друштва, улози локалне заједнице у збрињавању особе са ометеношћу, друштвеним службама за подршку и едукацију, невладином сектору и правној регулативи.

Ајлвард (Aylward 1999) каже да ометеност захтева друштвену акцију и да постоји друштвена одговорност да се средина тако модификује да би се омогућила пуна партиципација особа са ометеношћу у свим областима живота. Тако стижемо до **инклузије** или активног укључивања особа са ометеношћу у све токове друштвеног живота, насупрот ексклузији или искључивању из друштвеног живота, и потискивања ове популације на друштвене маргине.

Опште карактеристике социјалног модела ометености можемо резимирати на следечи начин:

- Енвиromентализам
- Проблематика ометености се проширује и на друштво, тј. на неадекватно друштвено окружење
- Фокус је на променама у друштву и окружењу а не на појединцу
- неподешеност друштвеног и природног окружења посебним потребама особа са ометеношћу (природне, архитектонске, менталне баријере)
- Политички коректан говор и терминологија (Особе са ометеношћу, особе са посебним потребама, нетипични појединци)
- Третман ометености као различитости, а не болести
- Нормализација на супрот патологизацији
- Инсистира на инклузији на супрот ексклузији особа са ометеношћу

Карактеристике праксе произашле из социјалног модела

- Акцент на друштвеним променама које доносе бољи друштвени положај и унапређење свих сфера живота особе са ометеношћу
- доношење плана друштвене акције (државе, владе)
- Инклузивна пракса (нпр. инклузивно образовање)
- Партиципација
- Физичка приступачност
- Социјално прихватање од стране других
- Развијање инклузивног етоса
- Уклањање физичких и друштвених препрека које отежавају партиципацију
- Доношење антидискриминационих и других закона који ће заштитити права особа са ометеношћу
- Израда Индивидуалног плана за сваку особу са ометеношћу (нпр. Индивидуални образовни план)
- Деинституционализација и отварање дневних центара за боравак и третман особа са ометеношћу
- Партнерско доношење одлука (родитељ детета или одрасли са ометеношћу равноправно учествује у доношењу одлука о животуно важним питањима за њега заједно са стручњацима)
- Напуштање дијагнозе и прелазак на утврђивање шта су потребе

Недостаци социјалног модела могу се тражити у претераној социологизацији ометености при чему се губи из вида биолошка и донекле психолошка компонента ометености али се ова социологизација може разумети као претерано појачана реакција на недостатке традиционал-

ног приступа и праксе која је у свом фокусу имала доминантно биолошке аспекте ометености. Психолошки модел ометености бави се психолошким последицама органског оштећења али и психолошким последицама неадекватног третмана особе са ометеношћу од стране окружења. У овом погледу психолошки модел се интермедијарно стационира између социјалног и биолошког приступа ометености. Зато психолошки модел као интермедијарна категорија, која посредује између организације и социјетета, може послужити као допуна социјалном моделу и тражењу софистициранијег концептуалног оквира и садржаја ометености. Социјално-психолошки модел требало би да комбинује конструктивне аспекте једног и другог приступа и на њему креира психолошке и социјалне промене, које би требало да унапреде укупан живот особе са ометеношћу, при чему инклузија у друштво и инклузивно образовање представљају посебно важну област.

БИО-ПСИХО-СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ОМЕТЕНОСТИ

Оптималан теоријски приступ ометености јесте комбинација конструктивних приступа из сваког од ових модела што се критичком синтезом обједињава у **био-психо-социјалном моделу ометености**, који сматрамо најпримеренијим приступом ометености јер у свом темељу полази од биолошке датости самог оштећења и поремећаја нормалног функционисања организма, али се не задржава само на њему, као што то чини медицински модел већ проширије овај концепт на психолошке последице које дефицит доноси као и на неадекватно социјално окружење које погоршава комплетну егзистенцију и функционисање ове особе у друштву. Био-психо-социјални модел ометености полази од нарушеног здравља појединца, које даље изазива последице на психичком плану, а томе се придружује неадекватан однос средине и њена организациона и институционална неподешеност за специфичне потребе особа са ометеношћу. Модел обухвата све три сфере у којима се јавља проблем, а то је биолошко језгро, психолошки слој, који се на њега надовезује, и социјални слој који споља врши неповољан утицај ограничавајући друштвено учешће и вршење социјалних улога.

Овакав комбиновани модел захтева интервенцију, колико је то могуће, на самом оштећењу, настојећи да га умањи, коригује и надомести, а затим ставља акценат на циљане унутрашње, интрапсихичке и понашајне промене као и на промене у окружењу које доводе до пружања психолошке подршке и унапређења развоја личности детета или одрасле особе са ометеношћу и њеног укључивања у главне токове друштва-

ног живота. Социјална интервенција односи се на уклањање срединских баријера и подешавање окружења посебним потребама, које ће омогућити овој популацији партиципацију, инклузију и реализацију важних друштвених улога. Данас је у свету познат Нагијев модел ометености који обухвата четири сегмента: 1. Активну патологију, прекид, поремећај нормалних процеса као и напор организма да поново успостави нарушену равнотежу, 2. Оштећење које се огледа на анатомском, физиолошком, менталном и емоционалном нивоу, 3. Функционално ограничење тј. ограничење физичког извођења и извршавања акција, 4. Ометеност, као ограничење у смислу извршавања друштвено дефинисаних улога и задатака унутар социокултурне средине и физичког окружења. Наги (Nagy 1991) је препознао да ометеност онемогућава или знатно умањује способност да се обављају важне друштвене улоге и задаци и направио разлику између термина „impairment“ (оштећење) и „disability“ (ометеност)- која представља социјално деривирани проблем, везан за остваривање друштвене улоге.

Квебешки комитет који је израдио прву Интернационалну класификацију ометености и хендикепа (ICDH) за Светску здравствену организацију (Fougeyrollas 1998.) понудио је експланаторни модел узрока и последица болести, трауме и нарушења интегритета и развоја особе, преко кога описује стварање процеса ометености. Модел подразумева 1. ризико факторе као узрочнике који утичу на 2. личне факторе (оштећење органског система и способности), а они су у интерактивној вези са 3. срединским факторима (препреке) и 4. животним навикама (дневне активности и социјалне улоге које се мере на скали од пуне социјалне партиципације до тотално хендикепирајуће ситуације). Квебешки модел омогућава идентификовање личних фактора у интеракцији са средином и показује да интерактивни процес особа-средина доводи до креације социјалног учешћа (инклузије) или пак социјалног искључивања (ексклузије), преко животних навика које су примерене полу, узрасту и социокултурном идентитету особе са ометеношћу. Најновија класификација ометености (ICF 2002), на коју је имала утицај и квебешка група, даје један био-психо-социјални модел ометености који обухвата оштећење телесне или менталне функције и структуре, ограничење активности (извршне делатности), ограничење учешћа у животним ситуацијама, срединска ограничења и личне факторе (последња два су названи контекстуалним факторима).

Наука и пракса везана за едукацију и рехабилитацију особа са ометеношћу развијала се у Србији 80-их и 90-их година прошлог века, на трагу био-психо-социјалног приступа ометености, концентрисаног око

тадашњег Дефектолошког факултета у Београду и часописа Београдска дефектолошка школа, који су својом интердисциплинарном, свеобухватном концепцијом која има доста заједничког са био-психо-социјалним моделом, настојали да развију модеран, холистички приступ ометености, проучавајући је паралелно из медицинске, психолошке и социјалне перспективе. Факултет и данас школује стручњаке који имају опсежна медицинска и психолошка знања као и знања из друштвених наука. Професор Љубомир Савић, коме смо посветили овај рад, дао је значајан допринос развоју овакве интердисциплинарне концепције.

СОЦИЈАЛНА ИНКЛУЗИЈА И ИНКЛУЗИВНО ОБРАЗОВАЊЕ

Ако нека особа са телесном ометеношћу има проблем уласка у возило јавног саобраћаја или у јавни тоалет са инвалидским колицима, као и да уђе у школу или предузеће где треба да се запосли, или особа са сензорном ометеношћу која не може да комуницира у банци, пошти, дому здравља, то је зато што јавни простор није дизајниран и прилагођен за њен приступ. Социјални модел ометености подстиче на промене у окружењу и активизам у друштву усмерен на техничка, организациона, ставовска прилагођавања која крећу од олакшица у саобраћају и комуникацији до промене у законодавству и социјалној политици, здравству, а нарочито у образовању (Радоман 2003а). Сматра се да је управо образовање онај сегмент друштва од кога треба започети инклузију односно укључивање особа са ометеношћу али и других маргинализованих група у главне токове друштвеног живота.

Социјални модел поставља у средиште образовни систем као проблем, за разлику од медицинског модела, који у свом средишту има дете (са ометеношћу) као проблем у образовању.

Инклузивно образовање јесте један вид практиковања социјалног модела ометености у области образовања. Оно представља једну врсту **друштвене акције** предузете у области школовања ученика са ометеношћу. Подразумева промене и реструктурирање редовног образовног система како би овај био у стању да прихвати и ученике са ометеношћу али и све друге који имају посебне потребе. Оно се односи на праксу и право образовања деце са ометеношћу и других категорија деце са посебним потребама да се школују заједно са осталом децом и похађају школу у свом суседству, коју би иначе похађали да немају те тешкоће. Инклузивно образовање је образовање нетипичне деце (деца са тешкоћама у развоју) у редовној школи, заједно са типичним вршњацима без обзира на тип и степен оштећења (Чолон, 2006). Од пресудне је важно-

сти да у складу са социјалним моделом дође до реформисања редовног образовног система у целини, који треба да обухвати и ученике са ометеношћу, као и све друге ученике са посебним образовним потребама, за које треба идентификовати и смањити образовне препреке, дати систематску подршку у учењу како би се реализовало образовање (школа) за све. Корисно је направити дистинкцију између инклузивног и интегративног образовања као и између социјалне инклузије и интеграције. **Интеграција** деце са ометеношћу у редовни (образовни) систем подразумева убацивање детета у постојећи, неизмењен, неререформисан систем који није подешен за његове посебне потребе и у коме мора да улаже изузетан напор да би савладао (образовне) препреке како би успео да се одржи у њему. **Инклузија** (инклузивно образовање) представља (образовање) функционисање детета са ометеношћу у измењеном и реструктурисаном (редовном образовном) систему који је подешен да прихвати и децу са посебним (образовним) потребама. Дакле инклузивно образовање није намењено само ученицима са неким обликом ометености или пак као алтернатива специјалном образовању већ треба да укључи многе друге групе које су биле субјекти **друштвене ексклузије** као што су деца која живе у сиромаштву, деца улице, етничке мањинске групе, избеглице итд.

Увођење инклузивног образовања захтева низ припрема и прилагођавања редовне школе у многим сегментима функционисања. Да би се пошло у сусрет различитим ученицима и њиховим посебним потребама, инклузивни тип образовања захтева прекид са традиционалним приступом где сваки ученик ради исту ствар, на истом месту, у исто време, на исти начин и истим средствима. Инклузивно образовање захтева диференциран и индивидуално подешен приступ посебним потребама у сваком од сегмената. То захтева замашну организациону припрему и планирање, а затим уклапање ових захтева у кооперативни, интерактивни приступ у раду са читавим одељењем, што није нимало лак задатак. Основна полуга диференцираног приступа јесте израда **Индивидуалног образовног плана** за сваког ученика са ометеношћу или другом врстом посебних потреба. Основни принцип од ког би требало да полази тај план је целовит приступ ученику у коме се, на организован и систематски начин, подстиче целокупни социо- психички развој а не само развој знања и вештина. . На пример Португалија је у својој образовној политици истакла фундаменталне компетенције у три области које треба да поседује Индивидуални образовни план, а то су: индивидуални развој и трагање за квалитетом живота, развој одговарајућих ставова, социјалних вештина и компетенција и да се формира самосталан уче-

ник. Термин „развојни“ у називу: **Индивидуални развојно образовни програм** који користи домаћи документ о правцима развоја образовања и васпитања деце и ученика са сметњама и тешкоћама у развоју (2007) у поменутом смислу, потенцира социо-психолошке аспекте развоја ученика, паралелно са стицањем академских знања.

Социјално-психолошки модел захтева промену негативних друштвених ставова и елиминацију предрасуда као менталних препрека које се могу уклањати на принципима бихејвиоралне терапије, гешталтистичког приступа и других научних сазнања из социјалне психологије.

Допринос психолошког модела ометености инклузивном образовању требало би да буде креирање механизма социјалне и емоционалне подршке наставника и вршњака као и праћење и процена осећања прихваћености и задовољства ученика са ометеношћу у инклузивној школи. Врло важна карактеристика подршке детета са ометеношћу у природном окружењу, а посебно током рада у учионици јесте да **подршка мора бити изведена што је дискретније могуће**, како не би стигматизовала ученика.

Социјално-психолошки приступ ометености као нов, модеран концептуални оквир и смерница за образовну праксу, на супрот традиционалном медицинском моделу, ставља у средиште образовни систем као проблем, а не ученика са ометеношћу. Друштвена акција реформисања система, који би требало да се прилагоди и потребама ученика са ометеношћу (а не прилагођавање ученика систему) и постане школа по мери детета, а не дете по мери школе. Социјално-психолошки модел јесте софистицирани варијетет, приступа ученику са ометеношћу као неком који је различит, нетипичан ученик са посебним образовним потребама, коме треба пружити адекватан циљани когнитивни подстицај, социјалну и емотивну подршку у образовању и развоју личности.

Психолошки ефекти и психолошке добробити које произилазе из социјално –психолошког и инклузивног приступа

Медицински модел ометености доноси, као што смо нагласили, рестриктиван приступ са фокусирањем на само оштећење и његово изоловано третирање при чему се занемарује личност особе са ометеношћу и њене емоције. Зато се уз медицински модел стварају погодни услови за развој ниског самовредновања и недостатак самопоштовања код особе са ометеношћу, које је често већ присутно због саме ометености, али се медицинским приступом појачава или чак производи. Социјално-психолошки модел ометености инсистира на поштовању **достојан**

ства личности особе са ометеношћу и подстицању **развоја позитивног селф концепта**, подизању самопоштовања и самопоуздања, поготово код деце, код које су ови аспекти личности у пресудном и осетљивом периоду развоја. Интактне сфере функционисања су добар темељ на коме се гради позитивна слика о себи, самопоуздање и **самоцењење**. доприносећи **осећању задовољства** собом и својим животом. Уз медицински модел иде научена пасивност и развој осећања беспомоћности (научена беспомоћност), препуштање своје судбине у туђе руке, док социјално-психолошки модел подстиче **активизам** и учење како да се учествује у доношењу одлука и како да се упознају сопствена права и обавезе. Упознавање са сопственим правима упућује на борбу за њихово остваривање, што гради особине **борбености** и **одлучности**, а учење о преузимању обавеза изграђује способност да се **преузме одговорност**. Ваиринен (Vaughnen 2000.) говори о конформизму и асимилацији на супрот потреби оснаживања и развоја борбености која треба да води остваривању људских права особа са ометеношћу. Тако се доприноси адекватном сазревању личности и развоју **социјалне зрелости** па се инфантилна зависност, карактеристична за медицински модел, настоји заменити развојем аутономности, самосталности и **независности** особе (детета) са ометеношћу. Приступом у коме се подстиче активизам и отворено изражавање сопствених потреба и жеља детета као и њихово узимање у обзир, при доношењу важних одлука о његовом животу, доводи до развоја **самодетерминизма** и **повећане мотивације** у различитим областима.. Заједнички живот, рад и учење са вршњацима без ометености, доводи до остварења адекватне **социјализације** ученика са ометеношћу. Кооперација и колаборативни рад са вршњацима у одељењу доприноси развоју **децентричности** насупрот егоцентричности и самодовољности, као и **развоју емпатије** која не ретко представља проблем у психичком развоју особа са ометеношћу. Деинституционализација и други елементи овог приступа превенирају поремећаје менталног здравља и доприносе **расту и развоју здраве личности**.

ЗАКЉУЧАК

Био-психо-социјални модел ометености који критички обједињује добре стране сваког од три посебна модела, представља најобухватнији и најкомплекснији приступ теоријском концепту ометености, чија примена и ефекти су релевантни за инклузивну праксу и унапређивања живота и адекватног психичког раста и развоја. Социјално психолошки приступ нарочито омогућава стварање повољних услова за развој адекватних психолошких ефеката и обликовање позитивних карактеристика личности, отварајући врата развоју уравнотежене и самореализоване личности особе са ометеношћу.

Значај комплексног, холистичког приступа ометености, посебно социјално- психолошког модела и инклузије превазилази проблематику ометености и састоји се од обликовања новог односа и понашања друштва и појединаца, према различитости и различитим варијететима људског постојања и њиховог уважавања. Будуће генерације едуковане за нови однос према ометености и различитости, као и искуство заједничког учествовања, произвешће клицу за развој новог толерантнијег и праведнијег друштва и постати део ширих друштвених кретања ка демократији и креирању друштва за све грађане. Са психолошке тачке гледишта то ће бити здравије друштво у смислу бољих ментално хигијенских услова за адекватнији психички раст и развој деце са ометеношћу као и свих нетипичних и различитих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aylward, M. (1999) Disability Assessment Medicine, *BMJ*, 7186:3811
2. Vayrynen S. (2000) Towards an inclusive society; In: Savolainen H. Kokkala H. Alasuutari H.: Meeting Special and Diverse Educational Needs Ministry for Foreign Affairs of Finland, Helsinki.
3. Виготски Л. С. (1983) Основи дефектологије, Завод за уджбенике и наставна средства Београд
4. Влајковић Ј. (1999) Теорија и пракса менталне хигијене, Савез друштава психолога Србије, Београд
5. Завод за унапређивање образовања и васпитања (2007) Правци развоја образовања и васпитања деце и ученика са сметњама и тешкоћама у развоју, Београд, необјављен. документ.
6. ICF (2002). Towards a common Language for Functioning, Disability and Health ICF, WHO, Geneva

7. Imrie, R. (1997) Rethinking the Relationship between Disability, Rehabilitation and Society, *Disability and Rehabilitation*, No19, p.263–271.
8. Nagi S. (1991) *Disability concept Revised in: Disability in America*, National Academy Press, Washington, DC
9. Радоман В. (2003) Анализа актуелног стања и предлог реформе образовања ученика са посебним потребама, Школа-савремена пракса бр.11, Савремена администрација, Београд
10. Радоман В. (2003а) Ученици са развојним сметњама у новој школи по мери детета, у зборнику: Уважавање различитости и образовање, Институт за педагошка истраживања, Београд.
11. Радоман В. (2003/б) Специфичности положаја особа са инвалидитетом и могућности психосоцијалне подршке, у зборнику: Права особа са инвалидитетом, Центар за унапређивање правних студија, Београд.
12. Радоман В. (2003/ц) Психологија језика и језичких поремећаја, Дефектолошки факултет Београд
13. Радоман В., (2004) Развој теоријских модела ометености и језичка ометеност, Истраживања у Дефектологији, бр.5, стр.33–48 Центар за издавачку делатност, Дефектолошки Факултет, Београд.
14. Radoman V., Nano V., Closs A. (2006) Prospects for inclusive education in European countries emerging economic and other trauma: Serbia and Albania, *European Journal of Special Need Education*, Vo.21, Number 2, may, Routledge, Taylor and Francis Group
15. Радоман В. (2011) Социјално-психолошки модел ометености насупрот медицинском као теоријски концептуални оквир инклузивног образовања и индивидуални курикулум као инструмент за њихову практичну реализацију, Иновације у настави бр.4, Учитељски факултет, Београд, у припреми за штампу.
16. Thomas, C. (2002) *Disability Theory: Key Ideas, Issues and Thinkers*, Polity Press, Cambridge.
17. Fitzgerald J. (1997) Reclaiming the Whole: Self, Spirit and Society *Disability and Rehabilitation*, No 19.p.407–413.
18. Fougeyrollas P., et al. (1998). *The Quebec Classification: Disability Creation Process*, INDCP/CSICIDH, Quebec
19. Цуцић В. (2001). Особе са инвалидитетом и окружење, Центар за проучавање алтернатива, Београд.
20. Чолин Т. (2006). Како образовати нетипичне ђаке у типичном окружењу, California State University, превод, необјављен рад

**DESCRIPTION AND COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT
DISABILITY MODELS AND EFFECTS ON PERSONALITY THAT
ARISE FROM THEIR PRACTICAL APPLICATION**

VESNA RADOMAN

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

This paper consists of comparative analysis of medical model, social model and psychological model of disability as well as their constructive synthesis as an optimal solution in bio-psycho-social model. General attributes of each model are described and characteristics of their appliance are analyzed. From this holistic theoretical approach and especially his socio-psychological components and their application in inclusive education, arise a number of psychological benefits for the disabled person like positive self concept, confidence, activism, self-determination, improved motivation and interest, social maturity and a solid foundation for growth and development of a well balanced, mentally healthy person.

KEY WORDS: Model of disability, social, medical, psychological, personality, psychological welfare, inclusion