

Η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα άτομα με σωματικές ή/και νοητικές δυσλειτουργίες αποτελούν μια μειονότητα στο πλαίσιο μιας κυρίαρχης κουλτούρας μη αναπήρων, η οποία τα αντιμετωπίζει με προκατάληψη και στερεοτυπικό τρόπο και πολύ συχνά αγνοεί τις ιδιαιτερότητες, τις δυνατότητες, τις ανάγκες και τα προβλήματά τους. Υπόκεινται δηλαδή σε "πολιτισμικό ρατσισμό" βασισμένο στη σωματική ή νοητική δυσλειτουργία. Ο σύμβουλος, συνεπώς, θα πρέπει να έχει αναπτύξει την πολιτισμική του ταυτότητα και να είναι ενσυνείδητος του πολιτισμικού ρατσισμού που ενδεχομένως τον διακρίνει σε σχέση με την αναπηρία καθώς και τα οφέλη ή προνόμια που απολαμβάνει ως μέλος της κυρίαρχης πολιτισμικά ομάδας των μη αναπήρων. Αντίθετα με τις παραδοσιακές θεωρίες συμβουλευτικής και σύμφωνα με την άποψη που υποστηρίζεται σ' αυτό το άρθρο, και η οποία είναι σύμφωνη με σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, το έργο του συμβούλου θα πρέπει να είναι: (α) να απελευθερώσει τα άτομα με δυσλειτουργίες από την προσωπική ευθύνη για το πώς θα εξελιχθεί η περίπτωση τους, (β) να τα ενθαρρύνει να δουν τις δυσκολίες και τα προβλήματά τους μέσα σε ένα πολιτισμικό, κοινωνικό και οικογενειακό πλαίσιο, και (γ) να διευκολύνει την προσωπική ενέργεια και δράση για τη βελτίωση της κατάστασής τους. Μια πολιτισμικά, λοιπόν, προσανατολισμένη συμβουλευτική είναι αυτή που φαίνεται ότι ενδείκνυται για την περίπτωση των ατόμων με δυσλειτουργίες μια συμβουλευτική που θα πρέπει να παρεμβαίνει τόσο σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, όσο και στην κοινότητα και στο περιβάλλον, δίνοντας έμφαση στην "αλληλεξάρτηση" και τον "εαυτό σε δράση".

Λέξεις κλειδιά: Δυσλειτουργία, Πολιτισμικοί παράγοντες, Συμβουλευτική.

Εισαγωγή στην έννοια της "δυσλειτουργίας"

Τα άτομα με σωματικές ή και νοητικές δυσλειτουργίες αποτελούν πιθανότατα την πολυπληθέστερη μειονοτική ομάδα σε διεθνές επίπεδο. Στην Ευρώπη η εκτίμηση του φαινομένου είναι σχετικά δύσκολη, δεδομένου ότι η συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων είναι πολύπλοκη και απαιτεί το συντονισμό πολλών υπηρεσιών, από διαφορετικά κράτη που διέπονται από διαφορετικές νομοθεσίες. Στις Ηνωμένες Πολι-

τείες της Αμερικής ο αριθμός των ατόμων με δυσλειτουργίες ανέρχεται σε περίπου 49 εκατομμύρια, ενώ υπολογίζεται ότι ένα στα έξι άτομα του γενικού πληθυσμού έχει περιορισμένες ικανότητες για να ανταποκριθεί σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Foster, 1996. McNeil, 1993. Murphy & Murphy, 1997. Tainter, Compisi, & Richards, 1995. U.S. Bureau of the Census, 1995). Σε παγκόσμιο επίπεδο πάντως, ο Driedger (1989), βασιζόμενος στα δεδομένα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπο-

Ευχαριστίες: Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συνάδελφο Αναστασία Βλάχου για τις εποικοδομητικές συζητήσεις και τις εύστοχες παρατηρήσεις, που συνέβαλαν στη τελική μορφή αυτού του άρθρου.

Διεύθυνση: Γιώργος Κλεφτάρας, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Αργοναυτών και Φιλελλήνων, 382 21 Βόλος, Τηλ.: 24210-74738, 210-9882075, 210-9885026. Fax: 24210-74799. E-mail: gklefтарas@uth.gr

λογίζει ότι το 10% του πληθυσμού της γης ή πάνω από 500 εκατομμύρια άνθρωποι, είναι άτομα με δυσλειτουργίες.

Η κατανόηση του όρου “δυσλειτουργία” παρουσιάζει δυσκολίες και δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ειδικών στο χώρο αυτό ως προς τον ορισμό της (Atkinson & Hackett, 1998. Ζώνιου-Σιδέρη, 1998. Kuehn, 1991). Αυτό γίνεται ιδιαίτερα φανερό και από τους εναλλακτικούς όρους που κατά καιρούς έχουν προταθεί για να περιγράψουν το φαινόμενο αυτό όπως: αναπηρία, μειονεκτούντα άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και πιο πρόσφατα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή ακόμη άτομα με διαφορετικές ικανότητες.

Τα άτομα με δυσλειτουργίες αποτελούν μια ιδιαίτερα πολύμορφη ομάδα. Σύμφωνα με απόφαση του Συμβουλίου Υπουργών της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Συμβούλιο ΕΟΚ, 1993) ο όρος “άτομα με ειδικές ανάγκες” αναφέρεται σε άτομα που λόγω νοητικών, ψυχικών ή σωματικών βλαβών, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι βλάβες των αισθήσεων, παρουσιάζουν σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες. Οι βλάβες αυτές είναι τέτοιου μεγέθους που αποκλείουν ή τουλάχιστον περιορίζουν την εκτέλεση δραστηριοτήτων ή λειτουργιών που θεωρούνται φυσιολογικές για έναν άνθρωπο. Προς την ίδια κατεύθυνση και η αμερικανική νομοθεσία (U.S. Department of Justice, 1990) ορίζει το άτομο με δυσλειτουργίες ως κάθε άτομο που έχει σωματικές ή νοητικές βλάβες που περιορίζουν ουσιαστικά την εκτέλεση μιας ή περισσότερων βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, ή είναι καταγεγραμμένο ως άτομο με σωματικές ή νοητικές βλάβες, ή που οι άλλοι το αντιλαμβάνονται ως άτομο που έχει τέτοιες βλάβες.

Οι καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στις παραπάνω βλάβες περιλαμβάνουν ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων όπως: εγκεφαλική παράλυση, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, μυϊκή δυστροφία, ορθοπεδικές, οπτικές και ακουστικές βλάβες, προβλήματα λόγου, νοητική υστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, ψυχικές δια-

ταραχές, καρδιοπάθειες, καρκίνος, AIDS, διαβήτης, φυματίωση, αλκοολισμός και, τέλος, εθισμός και χρήση τοξικών ουσιών. Οι δραστηριότητες, των οποίων η εκτέλεση είναι δυνατόν να περιορίζεται ουσιαστικά από τις παραπάνω καταστάσεις, μπορεί να είναι: η ικανότητα ενός ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του, να εκτελεί χειρωνακτικές εργασίες, να περπατά, να βλέπει, να ακούει, να μιλάει, να αναπνέει, να μαθαίνει και να δουλεύει. Εκτός από τις διαφορές που υπάρχουν ως προς τη φύση της δυσλειτουργίας, την ηλικία, το φύλο, την εθνότητα καταγωγής, το σεξουαλικό προσανατολισμό και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες διαφέρουν επίσης και ως προς τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, την ηλικία έναρξης της δυσλειτουργίας, το βαθμό στον οποίο τα ίδια την αποδέχονται και ενδεχομένως ταυτίζονται με αυτήν και, τέλος, ως προς το βαθμό στον οποίο η κατάστασή τους γίνεται αποδεκτή από τους άλλους (Lee, 1999. Vernon & Andrews, 1989).

Δεδομένης της σύγχυσης που υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και μεταξύ των ειδικών σχετικά με την ορολογία και τον ορισμό της δυσλειτουργίας, θεωρούμε σκόπιμο να σταθούμε λίγο στη χρήση των όρων “δυσλειτουργία”, “αναπηρία” και “ειδικές ανάγκες”. Από τους τρεις αυτούς όρους, ο λιγότερο ακριβής είναι αυτός των “ειδικών αναγκών”, ο οποίος κατά την άποψή μας, δεν ανταποκρίνεται στο περιεχόμενό του, με την έννοια ότι δεν περιγράφει καθόλου τον πληθυσμό για τον οποίο χρησιμοποιείται και στον οποίο αναφέρεται. Είναι, για παράδειγμα, η νοητική στέρηση ή ένας ακρωτηριασμός μία “ειδική ανάγκη” ή μία “ιδιαίτερη ικανότητα” (όπως προτείνουν κάποιοι), έστω κι αν οι συγκεκριμένες δυσλειτουργίες οδηγούν σε δυσκολίες και προβλήματα που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης; Με τον όρο “ειδικές ανάγκες” είναι σαν να αποφεύγουμε να πούμε τα πράγματα με το όνομά τους και η κοινωνία μας να μην μπορεί, να μην τολμά ή ίσως και να μην αντέχει να αναφέρει την ίδια τη δυσλειτουργία και να προτιμά έναν όρο, που παραπέμπει αόριστα και ουδέτερα σε

κάποιο αποτέλεσμα της, δηλαδή, σε κάποια αόριστη ανάγκη που δημιουργεί και μάλιστα "ειδική". Σ' αυτή την περίπτωση, πώς διαφοροποιείται το "χαρισματικό παιδί" με την πολύ υψηλή νοημοσύνη, που επίσης αντιμετωπίζει προβλήματα και δυσκολίες και έχει πράγματι ανάγκη ειδικής μεταχείρισης; Πώς διαφοροποιούνται δηλαδή, οι ειδικές ανάγκες που είναι κοινωνικά επιθυμητές από αυτές που είναι κοινωνικά δυσάρεστες και ανεπιθύμητες; Με βάση τα παραπάνω, η επιλογή του συγκεκριμένου όρου, δηλαδή η αποφυγή της χρήσης ενός όρου που να "λέει" αυτό που εννοεί είναι ανεπιτυχής και υποδηλώνει, κατά την άποψή μας, την ύπαρξη: (α) μιας σχετικής κοινωνικής υποκρίσιμης και ουσιαστικά κοινωνικής άρνησης της ύπαρξης τόσο της βλάβης όσο και της δυσλειτουργίας, που μπορεί να τη συνοδεύει, (β) μιας σχετικής κοινωνικής αδυναμίας για αποδοχή της δυσλειτουργίας, αλλά και των ατόμων που υποφέρουν απ' αυτή, γεγονός που φαίνεται και από την τάση ωραιοποίησης της κατάστασης με τη χρήση ουδέτερων όρων που δεν εννοούν αυτό για το οποίο υποτίθεται ότι χρησιμοποιούνται, (γ) ενός σχετικού κοινωνικού εφησυχασμού και τάση αποφυγής της κοινωνικής ευθύνης που συνεπάγεται η παραδοχή της δυσλειτουργίας, ανεξάρτητα από το αν οφείλεται σε βλάβη ή όχι.

Ο όρος "αναπηρία", αν και ανταποκρίνεται μερικώς στο περιεχόμενο για το οποίο χρησιμοποιείται (δυσλειτουργίες και άτομα με δυσλειτουργίες), είναι εντούτοις, έντονα φορτισμένα συναισθηματικά και κοινωνικά και αναφέρεται σε σοβαρά οργανικά ή σωματικά προβλήματα. Δεν χρησιμοποιείται συνήθως σε νοητικά ή ψυχικά προβλήματα, αλλά κυρίως σε σοβαρές κινητικές δυσκολίες. Φράσεις που εμπεριέχουν τη λέξη αυτή ως επιθετικό προσδιορισμό είναι ενδεικτικά: "ανάπηροι πολέμου" και "αναπηρικό αμαξίδιο" και αφορούν συνήθως άτομα που παρουσιάζουν σοβαρά αισθητηριακά ή οργανικά προβλήματα, έχουν υποστεί ακρωτηριασμούς ή έχουν άλλου τύπου πολύ σοβαρά κινητικά προβλήματα. Παρά τον αντίθετο ισχυρισμό ορισμένων συγγραφέων (π.χ., Ζώνιου-Σιδέρη, 1998), ο

όρος αυτός δεν περιλαμβάνει, κατά τη γνώμη μας, την κοινωνική και περιβαλλοντική διάσταση της δυσλειτουργίας.

Θεωρούμε, λοιπόν, ότι στην ελληνική γλώσσα, ο όρος "δυσλειτουργία" είναι καταλληλότερος από τον όρο "αναπηρία", γιατί, ενώ ανταποκρίνεται πλήρως σ' αυτό που εννοεί και παραπέμπει στον πληθυσμό στον οποίο αναφέρεται, είναι νοηματικά, συναισθηματικά, αλλά και κοινωνικά αποφορτισμένος. Είναι γενικότερος από τον όρο "αναπηρία" και περιλαμβάνει όλο το φάσμα των σωματικών, οργανικών, νοητικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών δυσλειτουργιών. Συγκεκριμένα, ο όρος "δυσλειτουργία" παραπέμπει σε ένα πρόβλημα ή σε μια δυσκολία στη λειτουργία και τη λειτουργικότητα ενός ατόμου, που μπορεί να οφείλεται: (α) στο ίδιο το άτομο, λόγω μιας οργανικής, σωματικής ή νοητικής βλάβης ή ανεπάρκειας, (β) στο περιβάλλον και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, που το καθιστούν ακατάλληλο ή απροσπέλαστο, (γ) στην έλλειψη κοινωνικής πρόνοιας για την κατάλληλη προσαρμογή του περιβάλλοντος, (δ) στην έλλειψη κοινωνικής ευαισθητοποίησης και στάσης αποδοχής γενικά ως προς τη "διαφορετικότητα" και ειδικότερα ως προς τη δυσλειτουργία, και (ε) σε συνδυασμό των παραπάνω. Με βάση τα παραπάνω, στην παρούσα εργασία, ενώ χρησιμοποιούνται και οι τρεις όροι, δίνεται κυρίως έμφαση στη χρήση του όρου "δυσλειτουργία".

Κοινωνία και δυσλειτουργία

Η δυσλειτουργία αλλά και κάθε είδους αναπηρία δεν εξαρτάται μόνο από τη φύση της υπάρχουσας βλάβης σε σωματικό ή νοητικό επίπεδο αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται. Το κοινωνικό περιβάλλον αποτελείται από όλους τους άλλους που βρίσκονται γύρω από το άτομο που παρουσιάζει τη δυσλειτουργία και στους οποίους αυτή γίνεται αντιληπτή. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον Jantzen (όπως αναφέρεται στη Ζώνιου-Σιδέρη, 1998), η αναπηρία ως κοινωνικό φαινόμενο αρχί-

ζει να υπάρχει από τη στιγμή και μόνο που η συγκεκριμένη ιδιαιτερότητα γίνεται αντιληπτή από τους άλλους και στη συνέχεια συγκρίνεται με τις υπάρχουσες νόρμες και αντιλήψεις για το ελάχιστο των υποκειμενικών και κοινωνικών ικανοτήτων που αναμένεται να έχει ένα άτομο. Σε γενικές γραμμές, τρεις φαίνεται να είναι διαχρονικά οι οπτικές γωνίες μέσα από τις οποίες έχουν γίνει και εξακολουθούν ακόμη και σήμερα να γίνονται αντιληπτά από τη Δυτική κοινωνία τα άτομα με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες: (α) η άποψη του "δυσβάσταχτου βάρους", (β) η άποψη της "φιλανθρωπίας και της ελεημοσύνης", και (γ) η άποψη της "ισοτιμίας-ισότητας" (Hohenshil & Humes, 1979).

Σύμφωνα με την πρώτη άποψη, αυτήν του "δυσβάσταχτου βάρους", τα άτομα με δυσλειτουργίες θεωρούνται ότι αποτελούν ένα ιδιαίτερα βαρύ φορτίο για την κοινωνία και την κοινότητα στην οποία ανήκουν και συχνά στην αρχαιότητα ήταν καταδικασμένα έμμεσα ή άμεσα σε θάνατο (Bowe, 1978. Garrett, 1969. Obermann, 1965. Rubin & Roessler, 1978). Δείγματα αυτής της άποψης εξακολουθούν ακόμη και σήμερα να υπάρχουν στη Δυτική μεταμοντέρνα κοινωνία και ειδικότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Για παράδειγμα, οι υπάρχουσες αρνητικές στάσεις που αφορούν τα άτομα με δυσλειτουργίες έχουν σοβαρότατα περιορίσει τις επαγγελματικές τους ευκαιρίες. Αυτό είναι ιδιαίτερα φανερό σε εργασίες όπου οι υπάλληλοι έρχονται σε επαφή με το κοινό ή με πελάτες. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η "εμφάνιση" του υπαλλήλου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα πρόσληψης (Harris & Associates, 1986. Satcher & Hendren, 1991).

Η δεύτερη άποψη της "φιλανθρωπίας και της ελεημοσύνης" ενδιαφέρεται για το "καλό" και την "προστασία" των ατόμων με δυσλειτουργίες και στη Δυτική κοινωνία έχει ουσιαστικά τις ρίζες της στο Χριστιανισμό. Αυτή η αντιμετώπιση οδήγησε στη δημιουργία ιδρυμάτων και μετέπειτα ειδικών σχολείων για άτομα με δυσλειτουργίες, με κύριο στόχο την αποκατάσταση, την προστασία και την υποστήριξη τους, καθώς

και την καθιέρωση ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων στις περισσότερες χώρες του Δυτικού κόσμου για την οικονομική ενίσχυση αυτών των ατόμων, κυρίως σε επίπεδο επιδοματικής πολιτικής (Atkinson & Hackett, 1998. Bowe, 1978, 1988. Obermann, 1965. Scotch, 1984). Βέβαια, ένας άδηλος και πιθανότατα μη συνειδητός στόχος όλης αυτής της προσπάθειας είναι ίσως και η "προστασία" της κοινωνίας από τα άτομα με δυσλειτουργίες, γεγονός που φαίνεται: (α) από την τάση για κοινωνική απομόνωση και αποκλεισμό αυτών των ατόμων (δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών σχολείων) με πρόθεση, αλλά ίσως και πρόσχημα το δικό τους πάντα καλό και συμφέρον και (β) από τον "κοινωνικό εφησυχασμό", που μια τέτοια προσπάθεια μπορεί ενδεχομένως να επιφέρει, μέσα από τη γενικότερη αίσθηση ότι κατ' αυτόν τον τρόπο η κοινωνία αναλαμβάνει τις ευθύνες της και επιτελεί το καθήκον της απέναντι στα άτομα με δυσλειτουργίες.

Δυστυχώς, παρά το καλοπροαίρετο και τα ειλικρινή, φαινομενικά τουλάχιστον, κίνητρα, που χαρακτηρίζουν αυτή την προοπτική, συχνά η προσέγγιση αυτή μεταφράζεται ως συμπάθεια, οίκτος και μια πατερναλιστική στάση απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες, που διαιωνίζει πρακτικές εξάρτησης και περιθωριοποίησης. Υπάρχει, λοιπόν, μια σαφής πρόοδος όπου από την ολοκληρωτική κοινωνική αδιαφορία προχωρήσαμε (α) στην αναγνώριση ότι οι ανάπηροι θα πρέπει να έχουν ένα ελάχιστο κοινωνικής φροντίδας, και (β) στην προσπάθεια "ομαλοποίησής" τους, βασιζόμενοι στο κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο. Παρ' όλα αυτά, τα άτομα με δυσλειτουργίες ή αναπηρίες εξακολουθούν να διατηρούν στη συνείδησή των πολλών την υποδεέστερη κοινωνική τους θέση ως άτομα εξαρτημένα, αποκλίνοντα και μη υγιή, που στη μεγάλη πλειοψηφία τους πάντα θα χρήζουν ξεχωριστής φροντίδας και προστασίας (Bowe, 1978. Funk, 1987). Το κύριο μέλημα των φιλανθρωπικών οργανώσεων και συχνά και των κυβερνητικών προγραμμάτων είναι η αποκατάσταση και η ομαλοποίηση των ατόμων με δυσλειτουργίες (Atkinson & Hackett, 1998. Laski, 1978).

Με τον όρο “ομαλοποίηση”, έτσι όπως τελικά κατέληξε να χρησιμοποιείται πρακτικά, σε αντίθεση με τον αρχικό της θεωρητικό προσανατολισμό, αναφερόμαστε στη συγκεκριμένη εκείνη κοινωνική στάση ή με άλλα λόγια στον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται το άτομο με δυσλειτουργίες, σύμφωνα με τον οποίο το άτομο αυτό γίνεται αντιληπτό ως “ελλειμματικό”. Αυτή η αντίληψη συχνά διαπερνά πολλούς οργανισμούς και κοινωνικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να δίνεται έμφαση στην ανεπάρκεια, στην ανικανότητα και στην αναπηρία, γεγονός που ευνοεί την εξάρτηση και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις προσπάθειες ανεξαρτησίας και αυτονομίας των ατόμων με δυσλειτουργίες. Κατά συνέπεια, όλες οι προσπάθειες τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο στοχεύουν στην προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον των “φυσιολογικών” και όχι στην κατάλληλη προσαρμογή του περιβάλλοντος, έτσι ώστε αυτό να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων με δυσλειτουργίες ή αναπηρίες (Βλάχου, 2000. Nirje, 1985. Wolfensberger, 1972, 1989).

Τέλος, περί τα τέλη της δεκαετίας του 1960 αναδύεται μέσα από το ίδιο το κίνημα των αναπήρων, ένας καινούριος τρόπος αντίληψης των ατόμων με σωματικές και νοητικές δυσλειτουργίες που στηρίζεται στην ισότητα και στην ισοτιμία. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελούν μια ανομοιογενή και ιδιαίτερη ομάδα ατόμων, των οποίων τόσο τα πολιτικά όσο και τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν καταστρατηγηθεί σοβαρά, συχνά μάλιστα μέσα από τις προσπάθειες των καλοπροαίρετων υποστηρικτών τους (Driedger, 1989. Scotch, 1984). Έτσι, τα άτομα με δυσλειτουργίες δε θα πρέπει να διαφοροποιούνται από τα υπόλοιπα υγιή άτομα αλλά να απολαμβάνουν των ίδιων δικαιωμάτων με αυτά, όντας μαζί και όχι ξέχωρα απ’ αυτά, γεγονός που προϋποθέτει την ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών.

Οι οπαδοί αυτής της άποψης υποστηρίζουν ότι η ανάπηρα άτομα δε θα πρέπει να παρακολουθούν ειδική εκπαίδευση σε ειδικά σχολεία

αλλά να τους παρέχεται όλη η απαραίτητη υποδομή για να ενταχθούν στο γενικό σχολείο μαζί με τους άλλους μαθητές που δεν παρουσιάζουν δυσλειτουργίες. Με βάση το ίδιο σκεπτικό, είναι αντίθετοι σε κάθε είδους προστατευμένη εργασία, ειδικές ρυθμίσεις για ξεχωριστή μεταφορά, ψυχαγωγία και επαφή στις δημόσιες υπηρεσίες και απαιτούν τις ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης σε διευκολύνσεις και υπηρεσίες που ισχύουν και για όλους τους άλλους πολίτες (Driedger, 1989. Scotch, 1984). Αυτή η προοπτική της “ισοτιμίας και ισότητας” στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η αναπηρία έχει λάβει μια σημαντική έκταση την τελευταία δεκαετία τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, και γίνονται σημαντικές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση (Brolin & Gysbers, 1989. Ζώνου-Σιδέρη, 1998. Youngstrom, 1992).

Παρ’ όλες αυτές τις κατακτήσεις στο χώρο της αναπηρίας, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι σήμερα στην Ελλάδα αλλά και στον υπόλοιπο δυτικό κόσμο εξακολουθούν να επιβιώνουν και οι τρεις απόψεις που προαναφέραμε σχετικά με τον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα άτομα με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες. Ο κοινωνικός περίγυρος μέσα στον οποίο ζει ένα άτομο, και κυρίως η κουλτούρα και οι πολιτισμικές αξίες που τον διέπουν, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ευρύτερη κατανόηση της δυσλειτουργίας, έτσι όπως η συγκεκριμένη κουλτούρα και η συγκεκριμένη πολιτισμική υποομάδα την αντιλαμβάνεται.

Κουλτούρα και δυσλειτουργία

Η έννοια “κουλτούρα” μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο κοινών εικασιών, συμπεριφορών, στάσεων, αξιών, στερεοτύπων και προκαταλήψεων που θεωρούνται ως δεδομένα για μια ομάδα ατόμων και μπορούν να προβλέψουν τόσο τις αντιδράσεις όσο και τις ενέργειές τους σε μια συγκεκριμένη κατάσταση (Haviland, 1975). Όταν μιλάμε για κουλτούρα αναφερόμαστε συνήθως σε ένα σύνολο ατόμων, που αν και ανή-

κουν στην ίδια πολιτισμική ομάδα, εντούτοις πολλές φορές μπορεί και να διαφοροποιούνται σε κάποια σημεία από αυτήν. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάθε μεγάλη πολιτισμική ομάδα αποτελείται από μικρότερες υποομάδες που χαρακτηρίζονται από τη δική τους κουλτούρα και που εν μέρει μόνο υιοθετούν τις αξίες της κυρίαρχης κουλτούρας στην οποία ανήκουν. Συχνά μάλιστα συμβαίνει, ότι, ενώ η κυρίαρχη ομάδα γνωρίζει την ύπαρξη των διάφορων υποομάδων που την απαρτίζουν, στην ουσία να αγνοεί τις ιδιαιτερότητες, τις ανάγκες και τις αξίες που τις χαρακτηρίζουν.

Ουσιαστικά, επομένως, μιλάμε για μειονοτικές ομάδες στο πλαίσιο μιας κυρίαρχης κουλτούρας, οι οποίες αποτελούνται από άτομα που υπόκεινται σε διακρίσεις και μη ισότιμη μεταχείριση σε σχέση και από τις κυρίαρχες εκείνες υποομάδες στις οποίες ιστορικά έχει δοθεί πολιτική, κοινωνική και οικονομική δύναμη (Corey, Corey, & Callanan, 1988). Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, τέτοιες μειονοτικές ομάδες είναι οι γυναίκες, οι ομοφυλόφιλοι, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρία ή δυσλειτουργία. Οι μειονοτικές αυτές ομάδες υπόκεινται σε αυτό που ονομάζουμε "πολιτισμικό ρατσισμό", ο οποίος αναφέρεται στο γεγονός ότι μια πολιτισμική ομάδα θεωρεί ως κατώτερη μιαν άλλη ομάδα και έχει τη δύναμη να της επιβάλλει τις δικές της νόρμες και τα δικά της κοινωνικά δεδομένα. Αυτό ακριβώς συμβαίνει και απέναντι στα άτομα που παρουσιάζουν κάποια αναπηρία οπότε και μιλάμε για πολιτισμικό ρατσισμό βασισμένο στη σωματική ή νοητική δυσλειτουργία (Tainter, Compisi, & Richards, 1995).

Πολιτισμική ταυτότητα και δυσλειτουργία

Τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργία έχουν ένα προσωπικό όσο και ένα συλλογικό ιστορικό υποτίμησης, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού (Riger, 1992). Οι αρνητικές αυτές εμπειρίες έχουν μια ιδιαίτερα σημαντική

συμβολή στην ανάπτυξη της πολιτισμικής ταυτότητας αυτών των ατόμων. Με βάση τους υπάρχοντες ορισμούς σχετικά με την *εθνική ταυτότητα* (Phinney, 1990. Tajfel, 1981), η *πολιτισμική ταυτότητα* αναφέρεται στην πολιτισμική συνείδηση και ενημερότητα ενός ατόμου και μπορεί να ιδωθεί ως μέρος της αυτοαντίληψής του, που προέρχεται από τη γνώση ότι ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα καθώς και από την αξία ή το συναισθηματικό νόημα που αποδίδει στο ότι αποτελεί μέλος αυτής της ομάδας.

Η αναπηρία, λοιπόν, αλλά και κάθε μορφής δυσλειτουργία έχει μια πολύ σημαντική επίδραση στην ταυτότητα του ατόμου και ιδιαίτερα στην πολιτισμική ταυτότητα που θα αναπτύξει. Για παράδειγμα, σε μια σχετικά πρόσφατη έρευνα (Tainter, Compisi, & Richards, 1995) που έγινε στην Αμερική το 74% των ανάπηρων ατόμων αναγνωρίζουν ότι έχουν μια κοινή ταυτότητα με άλλα άτομα που παρουσιάζουν δυσλειτουργίες και το 45% πιστεύουν ότι αποτελούν μια "μειονότητα" όπως ακριβώς και οι Αμερικανοί αφρικανικής καταγωγής ή οι Λατινοαμερικανοί. Η κυρίαρχη κουλτούρα πάντως σίγουρα τους τοποθετεί σε μια ιδιαίτερη μειονοτική ομάδα και έχει αναπτύξει συγκεκριμένα στερεότυπα σχετικά με αυτήν, τα οποία συνήθως παρουσιάζουν τα άτομα με δυσλειτουργίες ως μη φυσιολογικά, ανήμπορα και ανίκανα, ηρωικά και εμπνευσμένα, αφανή, σαν παιδιά που έχουν ανάγκη οίκτου και ελεημοσύνης και γενικά ως άτομα που βρίσκονται σε τέτοια κατάσταση ώστε να εκτιμούν και να είναι ευχαριστημένα και με μια υποδεέστερη ακόμη κοινωνική θέση (Atkinson & Hackett, 1998. Harsh, 1993. Murphy & Murphy, 1997. Sue & Sue, 1999. Tainter, Copisi, & Richards, 1995).

Δεδομένου ότι τα άτομα με δυσλειτουργίες ζουν και μεγαλώνουν στο πλαίσιο της κυρίαρχης ομάδας των μη αναπήρων (γονείς, συγγενείς, αδέρφια, δάσκαλοι, γείτονες ...) υπόκεινται δυστυχώς στην επίδραση των ίδιων πηγών και παραγόντων σχηματισμού στάσεων και στερεοτύπων με αυτούς. Κατά συνέπεια, μερικά άτομα με δυσλειτουργίες υιοθετούν κάποιες από τις υπάρχουσες ενδοπροσωπικές και διαπροσωπι-

κές λανθασμένες αντιλήψεις που τα αφορούν γεγονός που παρεμποδίζει σοβαρά την κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη (Καλατζή-Αζίζι, Ζώνιου-Σιδέρη, & Βλάχου, 1996. Χαρίλα, 2000. Vargo, 1989). Μερικές μόνο από αυτές τις λανθασμένες αντιλήψεις είναι οι ακόλουθες: (α) η δυσλειτουργία μου είναι μια τιμωρία, συνήθως από το Θεό, (β) όλες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζω οφείλονται στη δυσλειτουργία μου, (γ) το να ζητάει κανείς βοήθεια είναι ένδειξη προσωπικής αδυναμίας, (δ) είναι αδύνατο για ένα άτομο με δυσλειτουργίες να είναι ευτυχισμένο, (ε) έχω λιγότερη αξία ως άτομο γιατί δεν είμαι υγιής, (στ) κανείς δεν είναι δυνατόν να καταλάβει πώς αισθάνομαι, (ζ) δεν μπορώ να συνεχίσω να ζω κατ' αυτόν τον τρόπο, (η) αφού δεν μπορώ να κάνω τα πράγματα με τον τρόπο που συνήθιζα, τότε γιατί να κάνω το ο,τιδήποτε, (θ) δε θα μπορούσα ποτέ να επιτύχω σε ο,τιδήποτε, (ι) σ' αυτή τη ζωή δεν είναι δυνατόν να αισθανθώ ολοκληρωμένος/νη (Jonsen, 1989. Marshak, Seligman, & Prezant, 1999. Molnar, 1989. Sue & Sue, 1999).

Μια άλλη λανθασμένη στερεότυπη αντίληψη της κυρίαρχης ομάδας των μη αναπήρων είναι ότι όταν υπάρχει μια δυσλειτουργία θα πρέπει να υπάρχουν κι άλλες. Συχνά λοιπόν μια σωματική δυσλειτουργία ταυτίζεται χωρίς λόγο και με ένα νοητικό ή συναισθηματικό πρόβλημα (Murphy & Murphy, 1997. Ζώνιου-Σιδέρη, 1998). Τέλος, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της δυσλειτουργίας που επικεντρώνεται στο οργανικό "έλλειμμα", η δυσλειτουργία είναι κάτι λιγότερο από το "όλο", αποτελεί δηλαδή ένα έλλειμμα και κατά συνέπεια ένα άτομο με δυσλειτουργία πρέπει να θέλει και έχει ανάγκη "θεραπείας". Αυτό το μοντέλο αντιλαμβάνεται τον όρο "ομαλοποίηση", που είδαμε προηγουμένως, ως θεραπεία και αλλαγή όλων εκείνων των ιδιομορφιών του ατόμου που το διαφοροποιούν από την κυρίαρχη πλειοψηφία. Με άλλα λόγια, το ιατρικό μοντέλο, αλλά και τα ψυχολογικά εκείνα μοντέλα που επηρεάστηκαν κατά καιρούς από αυτό, δίνουν έμφαση στο ίδιο το άτομο, στο πρόβλημά του και το στατιστικό μέσο όρο (τον

οποίο αντιλαμβάνονται ως δείκτη του φυσιολογικού και του ομαλού), αντιμετωπίζουν τη δυσλειτουργία ως καθαρά προσωπικό πρόβλημα, ενώ παρακάμπτουν και ουσιαστικά αγνοούν την κοινωνική διάστασή της. Δεν παίρνουν υπόψη, δηλαδή, το γεγονός ότι υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ βλάβης και δυσλειτουργίας (Borsay, 1986. Brisenden, 1986).

Μία βλάβη, όποια και αν είναι αυτή, δεν οδηγεί πάντα σε δυσλειτουργία και δυσλειτουργικότητα. Αν το περιβάλλον είναι κατάλληλα διαμορφωμένο και προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες του ατόμου, τότε αυτό δε θα βιώσει κάποιο περιορισμό, λόγω της βλάβης του, στο συγκεκριμένο περιβάλλον. Ενδεικτικό αυτής της αντίληψης είναι ότι συνήθως δεν αναφερόμαστε στο προβληματικό σχολείο, στο οποίο δεν έχουν προβλεφθεί ράμπες, αλλά στο προβληματικό παραπληγικό παιδί, που λόγω της προβλήματός του δεν έχει πρόσβαση σ' αυτό. Ένα άλλο παράδειγμα, επίσης, είναι η περίπτωση κατά την οποία ένα άτομο προτιμά να προσπαθεί να περπατήσει έστω κι αν αυτό είναι επώδυνο, παρά να χρησιμοποιήσει αναπηρικό αμαξίδιο, που αποδεδειγμένα θα του προσέφερε περισσότερες δυνατότητες μετακίνησης και ανεξαρτησίας. Το ίδιο ισχύει και για ένα κωφό άτομο, που ενώ έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει γραπτά ή μέσω μεταφραστή, εντούτοις κάνει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να μιλήσει και να κάνει χειλιανόγωση (Tainter, Compisi, & Richards, 1995. Vernon & Andrews, 1989).

Σημασία της κουλτούρας στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες

Το γεγονός ότι ο σύμβουλος και ο πελάτης αν και μοιράζονται την ίδια κυρίαρχη κουλτούρα, στην ουσία είναι δυνατόν να ανήκουν σε διαφορετικές υποομάδες της, μπορεί να δημιουργήσει σοβαρότατα προβλήματα. Εάν λοιπόν ο πελάτης, και κυρίως ο σύμβουλος, δεν είναι πολιτισμικά ενσυνείδητοι και ευαισθητοποιημένοι, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις

και να παρουσιαστούν ανυπέρβλητες δυσκολίες στη μεταξύ τους επικοινωνία, οι οποίες να φατνάζουν ακατανόητες και στους δύο. Όταν ο πελάτης και ο σύμβουλος προέρχονται από διαφορετικό ο καθένας πολιτισμικό υπόβαθρο, είτε αυτό αφορά εθνότητα, φύλο, σεξουαλικό προσανατολισμό και ηλικία είτε αναπηρία και δυσλειτουργία, είναι πιθανόν ότι δε μοιράζονται τις ίδιες απόψεις για πολλά θέματα, μεταξύ των οποίων και την αντίληψη που έχουν για τη συμβουλευτική διαδικασία. Στην περίπτωση αυτή η συμβουλευτική γίνεται μια δυσάρεστη και μη προβλέψιμη αλληλεπίδραση και για τα δύο μέρη που συμμετέχουν σε αυτήν, γεγονός που μειώνει την αποτελεσματικότητά της και την πιθανότητα μιας δεύτερης συνεδρίας (Atkinson, Morten, & Sue, 1998. Dwivedi, 1996. Lee, 1999. Rong & Preissle, 1998).

Για να κατανοήσει ο σύμβουλος την κουλτούρα και τις πολιτισμικές αξίες του πελάτη του, θα πρέπει να κατανοήσει τι θεωρείται δεδομένο και τι θεωρείται ως μια τυπική σκέψη, στάση ή συμπεριφορά στην κουλτούρα της ομάδας στην οποία ανήκει ο συγκεκριμένος πελάτης. Σε αυτή τη βάση, η συμπεριφορά του πελάτη μπορεί να αξιολογηθεί μέσα από τη σύγκρισή της με τις συμπεριφορές που τυπικά θα περίμενε κανείς και από τα άλλα άτομα της πολιτισμικής του ομάδας. Δεδομένου ότι η συμβουλευτική διενεργείται μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο και χρόνο, η οποιαδήποτε αξιολόγηση των προβλημάτων του πελάτη θα πρέπει να παίρνει υπόψη την κουλτούρα του.

Η συμβουλευτική σήμερα στην Ελλάδα εντάσσεται και επηρεάζεται από ένα ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο, που είναι αυτό της δυτικοευρωπαϊκής και βορειοαμερικανικής κουλτούρας, και για το λόγο αυτό η ίδια η κουλτούρα και οι πολιτισμικές αξίες μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο της συμβουλευτικής (Atkinson & Hackett, 1998. Atkinson, Morten, & Sue, 1998. Ivey, Bradford Ivey, & Simek-Morgan, 1993. Kleftaras, 2000. Lee, 1999. Sue & Sue, 1999). Συχνά αποδεικνύεται δύσκολο για ένα σύμβουλο, που ανήκει στην πλειοψηφούσα ομάδα των ατό-

μων που δεν παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργία, να αντιληφθεί και να αναγνωρίσει τον πολιτισμικό ρατσισμό, που ενδεχομένως διακρίνει αυτόν τον ίδιο, σε σχέση με την αναπηρία (Cook, Kuncce, & Gestiger, 1976. Schofield & Kuncce, 1971. Wicas & Carluccio, 1971). Συχνά μάλιστα συμβαίνει, όταν κάποιος συνειδητοποιεί την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των δηλωμένων ισχυρισμών και στάσεων του και της πραγματικής του συμπεριφοράς, τότε να βιώνει μια δυσάρεστη κατάσταση έλλειψης ισορροπίας ή γνωστικής ασυμφωνίας, την οποία μπορεί να επιλύσει είτε εκλογικεύοντας είτε δικαιολογώντας την ασυμφωνία (Festinger, 1957).

Ένα άτομο, και στην προκειμένη περίπτωση ένας σύμβουλος ψυχολόγος, που ο ίδιος δεν έχει κάποια δυσλειτουργία, μπορεί, αν και πιστεύει ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες δε θα πρέπει να γίνονται αντικείμενο διακρίσεων, εντούτοις ο ίδιος να απολαμβάνει κάποια οφέλη και προνόμια στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κοινωνίας που κάνει διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με αναπηρίες. Αυτός ο σύμβουλος μπορεί να εκλογικεύσει τη γνωστική αυτή ασυμφωνία αρνούμενος σε συνειδητό επίπεδο τη συμμετοχή του σε ένα ρατσιστικό σύστημα, με το να μην τοποθετεί ακριβώς τον εαυτό του στην κυρίαρχη πολιτισμικά ομάδα των μη αναπήρων και να μην αναγνωρίζει, να μην μπορεί να δει, τα προνόμια που ο ίδιος ούτως ή άλλως έχει. Δυστυχώς αυτή η άρνηση προκαλεί σύγχυση και δυσφορία και μπορεί ασυνείδητα να διαιωνίσει τον πολιτισμικό ρατσισμό εναντίον των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Lee, 1999).

Σπουδαιότητα της πολιτισμικής ταυτότητας του συμβούλου ατόμων με δυσλειτουργίες

Οι σύμβουλοι έχουν πολλές πιθανότητες να συμπεριφερθούν, άθελά τους, με πολιτισμικά "ρατσιστικό τρόπο" απέναντι σε άτομα με ειδικές ανάγκες χωρίς ούτε καν να το υποψιαστούν. Αυτό κατά ένα μεγάλο μέρος οφείλεται στο γεγονός ότι στην εκπαίδευσή τους συχνά δε δίνε-

ται έμφαση στη σπουδαιότητα που μπορεί να έχει η συνειδητοποίηση των πολιτισμικών διαφορών στη συμβουλευτική διαδικασία (Kleffaras, 2000. Lee, 1999). Συνεπώς, είναι απαραίτητο ο σύμβουλος που θα θελήσει να δουλέψει με άτομα που έχουν κάποιας μορφής αναπηρία, να ευαισθητοποιηθεί στις ιδιαιτερότητές τους και να αναπτύξει την πολιτισμική του ταυτότητα, δηλαδή το επίπεδο της πολιτισμικής του συνειδησης και ενημερότητας σε σχέση με τη σωματική και νοητική δυσλειτουργία.

Υπάρχουν αρκετοί θεωρητικοί που έχουν κατά καιρούς προτείνει διάφορα μοντέλα για την ανάπτυξη της πολιτισμικής ταυτότητας των ατόμων που ανήκουν στην κυρίαρχη πολιτισμικά ομάδα (e.g., Christensen, 1989. Helms, 1984, 1985). Μεταξύ αυτών ο Ponterotto (1988. Sabnani, Ponterotto, & Borodovsky, 1991) ανέπτυξε ένα πολύ ενδιαφέρον μοντέλο τεσσάρων σταδίων, το οποίο περιγράφει την ανάπτυξη της πολιτισμικής ταυτότητας συμβούλων και θεραπευτών, δηλαδή πώς μεγαλώνει και αλλάζει η πολιτισμική τους συνείδηση, ειδικά για την περίπτωση που αυτοί ανήκουν στην κυρίαρχη κουλτούρα. Αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε κυρίως για Αμερικανούς συμβούλους ευρωπαϊκής καταγωγής (λευκούς), αλλά θεωρούμε ότι λόγω της δομής του μπορεί εύκολα και χωρίς σοβαρές αλλαγές να ισχύσει και για συμβούλους και θεραπευτές άλλων πολιτισμικών ομάδων και ιδιαίτερα Ευρωπαίων (Ivey, Bradford Ivey, & Simek-Morgan, 1993), που θέλουν να δουλέψουν με άτομα που παρουσιάζουν δυσλειτουργίες. Στην περίπτωση μάλιστα των Ευρωπαίων και ειδικότερα των Ελλήνων, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι το μοντέλο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί, χωρίς ιδιαίτερο κίνδυνο λάθους (α) λόγω της πολιτισμικής συγγένειας και της σε μεγάλο βαθμό κοινής πολιτισμικής κληρονομιάς Ευρωπαίων και Αμερικανών ευρωπαϊκής καταγωγής (π.χ., κοινή καταγωγή, κοινή εβραίο-χριστιανική κουλτούρα κ.λπ.), και (β) λόγω του ότι απευθύνεται σε άτομα που ανήκουν στην κυρίαρχη κουλτούρα των μη αναπήρων, γεγονός που είναι η περίπτωση της μεγάλης πλειοψηφίας των συμβούλων στην Ελλάδα.

Στο πρώτο στάδιο ο σύμβουλος δεν έχει καμία ευαισθητοποίηση σχετικά με πολιτισμικά θέματα που αφορούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τον τρόπο με τον οποίο αυτά αντιμετωπίζονται στην κοινωνία μας. Μπορεί συνειδητά να πιστεύει ότι όλοι οι άνθρωποι και συνεπώς και οι πελάτες με ειδικές ανάγκες θα πρέπει να έχουν την ίδια μεταχείριση αλλά χωρίς να το συνειδητοποιεί μπορεί να είναι απορριπτικός, να παρουσιάζει χαμηλή ανοχή για τη διαφορετικότητά τους και άθελά του να επιδεικνύει συμπάθεια, οίκτο και μια υπερπροστατευτική και πατερναλιστική στάση. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των συμβούλων σε αυτό το στάδιο είναι, ότι μπορεί, ενώ γνωρίζουν, στην ουσία να μην έχουν πραγματικά συνειδητοποιήσει ότι ανήκουν στην κυρίαρχη πολιτισμικά ομάδα των μη αναπήρων και να μην αναγνωρίζουν τα οφέλη και τα προνόμια που λόγω αυτής της θέσης απολαμβάνουν.

Στο επόμενο στάδιο της ευαισθητοποίησης ο σύμβουλος έχει πια έρθει σε επαφή με τα πολιτισμικά θέματα που αφορούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τις σε βάρους τους διακρίσεις και την καταπίεση που βιώνουν. Σε αυτό το στάδιο ο σύμβουλος συνειδητοποιεί ότι η προηγούμενη εκπαίδευσή του ήταν ελλιπής. Η καινούρια γνώση μπορεί να του προκαλέσει ανησυχία, σύγχυση και ενοχές και να μην ξέρει πώς να τη χρησιμοποιήσει με τους πελάτες του που ανήκουν σε αυτή τη μειονότητα.

Το τρίτο στάδιο χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο σύμβουλος γνωρίζει αρκετά καλά τα πολιτισμικά θέματα που αφορούν τα άτομα με δυσλειτουργίες και αντιμετωπίζει πια την πρόκληση της "δράσης". Σε αυτή τη φάση υπάρχουν δύο πιθανοί προσανατολισμοί: (α) μερικοί σύμβουλοι θυμώνουν με την υπάρχουσα αδικία σε βάρος των ατόμων με ειδικές ανάγκες και γίνονται ένθερμοι υποστηρικτές του κινήματος των αναπήρων για το δικαίωμα στη διαφορετικότητα, σε τέτοιο σημείο μάλιστα που μερικές φορές η συμπεριφορά τους να προσβάλλει κάποιους συναδέλφους τους, που δεν έχουν ακόμη φτάσει σ' αυτό το επίπεδο πολιτισμικής συνειδησης, και (β) κάποιοι άλλοι σύμβουλοι, αντίθετα,

που βρίσκονται σ' αυτό το στάδιο, αποσύρονται σε μια σιωπηλή αμυντικότητα και γίνονται επικριτικοί με το "σύστημα" και την κυρίαρχη κουλτούρα των ατόμων χωρίς δυσλειτουργίες. Οι σύμβουλοι που υιοθετούν αυτή την αμυντική στάση γίνονται συνήθως παθητικοί αποδέκτες πληροφοριών και βρίσκουν καταφύγιο στην προβλεψιμότητα της κυρίαρχης κουλτούρας.

Τέλος, στο τέταρτο στάδιο ο σύμβουλος έχει αναπτύξει μια καλή πολιτισμική συνείδηση σχετικά με θέματα που αφορούν άτομα με ειδικές ανάγκες. Έχει συνείδηση τόσο της δικής του πολιτισμικής ταυτότητας όσο και αυτής του πελάτη του. Σε αυτό το στάδιο έχει πλήρως συνειδητοποιήσει ότι ένα προσωπικό θέμα μπορεί στην ουσία να προέρχεται από την οικογένεια και ότι ένα οικογενειακό θέμα με τη σειρά του μπορεί να έχει τις ρίζες του στην ομάδα, στην κοινότητα, στην πολιτεία και ακόμη στη χώρα. Σε αυτό το επίπεδο ο σύμβουλος σέβεται τα εναλλακτικά πλαίσια αναφοράς, συνειδητοποιεί ότι η όλη διαδικασία είναι πολύπλοκη και αναγνωρίζει ότι ένας σύμβουλος δεν μπορεί εύκολα να ξέρει όλες τις διαστάσεις της πολιτισμικής συμβουλευτικής και θεραπείας, πρόκειται για μια διαδικασία ζωής.

Σύμφωνα με τον Ponterotto (1988), η αποτελεσματικότητα ενός συμβούλου είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πολιτισμική του ταυτότητα και το μοντέλο του περιγράφει το πώς η πολιτισμική του συνείδηση αναπτύσσεται και αλλάζει. Ένας σύμβουλος μπορεί να πετύχει ένα υψηλό επίπεδο (στάδιο) πολιτισμικής συνείδησης σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό θέμα που αφορά τα άτομα με ειδικές ανάγκες, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο και σε άλλα θέματα αναπηρίας, τα οποία όμως δεν έχει αντιμετωπίσει μέχρι στιγμής.

Το μοντέλο του Ponterotto (1988), όπως και όλα τα μοντέλα ανάπτυξης της πολιτισμικής ταυτότητας που βασίζονται σε στάδια, έχουν δεχτεί κατά καιρούς κριτικές (Constantine, Richardson, Benjamin, & Wilson, 1998. Gutierrez, 1985. Lee, 1999. Sue & Sue, 1999). Μια επιφύλαξη, για παράδειγμα, που διατυπώνεται είναι ότι

στα μοντέλα σταδίων αφήνεται πάντα να υπονοηθεί ότι υπάρχει γραμμικότητα. Αυτό βέβαια δεν ήταν πάντα στις προθέσεις των εμπνευστών τους με την έννοια ότι ένα άτομο μπορεί να βρίσκεται ταυτόχρονα σε περισσότερα από ένα στάδια ή να επιστρέψει σε ένα προηγούμενο χωρίς αυτό να θεωρείται αρνητικό ή ασυμβίβαστο με το μοντέλο (Helms, 1995. Sue & Sue, 1999. Zera, 1992). Παρά τις όποιες επιφυλάξεις και κριτικές που έχουν δεχτεί τα μοντέλα σταδίων, θεωρούμε ότι το μοντέλο του Ponterotto (1988) μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τους συμβούλους που θέλουν να γνωρίσουν το επίπεδο της πολιτισμικής τους συνείδησης και να αναπτύξουν την πολιτισμική τους ταυτότητα σε σχέση με τη σωματική ή νοητική δυσλειτουργία.

Η συμβουλευτική στο χώρο των ατόμων με δυσλειτουργίες

Οι περισσότερες θεωρίες συμβουλευτικής στην Ευρώπη και στη βόρειο Αμερική ουσιαστικά απευθύνονται και προέρχονται από την ευρωαμερικανική και δυτικοευρωπαϊκή χριστιανική κυρίαρχη κουλτούρα των ατόμων χωρίς δυσλειτουργίες της μέσης τάξης, γεγονός που ίσως κάνει τις θεωρίες αυτές ακατάλληλες για άτομα που ανήκουν σε πολιτισμικές μειονότητες (Ivey, Bradford Ivey, & Simek-Morgan, 1993). Μέχρι σχετικά πρόσφατα η συμβουλευτική και η έρευνα στο χώρο των ατόμων με δυσλειτουργίες περιοριζόταν στις αντιλήψεις αυτών των ίδιων για τον εαυτό τους, στις αντιλήψεις των μη ανάπηρων για τα άτομα με δυσλειτουργίες, στη βοήθεια των ατόμων αυτών για να δεχτούν τη δυσλειτουργία τους και στην απόκτηση εργασίας (Fenderson, 1984. Rubin & Roessler, 1978). Σε γενικές πάντως γραμμές, μπορούμε να πούμε ότι επηρεασμένες από το ιατρικό μοντέλο πολλές θεωρίες στο χώρο της αποκατάστασης και της ψυχολογίας είχαν στο επίκεντρο των προσπαθειών τους την αποκατάσταση των ατόμων με δυσλειτουργίες και όχι στην απελευθέρωσή τους. Αυτό βέβαια είχε ως αποτέλεσμα εκατομ-

μύρια ατόμων με αναπηρίες, που δεν ήταν δυνατόν να αποκατασταθούν και να επανέλθουν στη “φυσιολογική” λειτουργικότητα, να γίνονται αντιληπτά από τους άλλους, αλλά και να αντιλαμβάνονται τα ίδια τον εαυτό τους ως “αποκαταστασιακές αποτυχίες” (Roberts, 1989) και να τείνουν να κατηγορούν τους εαυτούς τους για την κατάστασή τους.

Αντίθετα, σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, το έργο του συμβούλου είναι να απελευθερώσει τα άτομα με δυσλειτουργίες από τις αυτομορφές, να τα ενθαρρύνει να δουν τις δυσκολίες και τα προβλήματά τους μέσα στο πολιτισμικό, κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον και να διευκολύνει την προσωπική δράση και ενέργεια για τη βελτίωση της κατάστασής τους. Όταν τα άτομα με ειδικές ανάγκες αλλά και οι σύμβουλοι δουν τα θέματα αναπηρίας μέσα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο, μαθαίνουν να εξισορροπούν αυτό που προηγούμενως αντιλαμβάνονταν ως αποκλειστικά “δικό τους πρόβλημα” (των αναπήρων) με αυτό που ίσως στην πραγματικότητα αποτελεί σε μεγάλο βαθμό “κοινωνικοπολιτισμικό πρόβλημα” (Freire, 1972. Lee, 1999. Sue & Sue, 1990, 1999). Βέβαια, όπως θα δούμε και στη συνέχεια αυτής της εργασίας, άποψή μας είναι ότι τα συναισθηματικά, ψυχολογικά αλλά και κοινωνικά προβλήματα των ατόμων με δυσλειτουργίες απορρέουν τόσο από την ύπαρξη της ίδιας της δυσλειτουργίας (για παράδειγμα από τις δυσκολίες επικοινωνίας στα άτομα με αισθητηριακές ανεπάρκειες) όσο και από τις στάσεις και την αντίληψη των κυρίαρχων κοινωνικών ομάδων για την αναπηρία.

Προς μια “πολιτισμικά προσανατολισμένη συμβουλευτική” για άτομα με δυσλειτουργίες

Οι παραδοσιακές ψυχολογικές θεωρίες συμβουλευτικής προέρχονται από μια συγκεκριμένη πολιτισμική βάση και αναπτύχθηκαν κυρίως από λευκούς άντρες στη δυτική Ευρώπη και τη βόρειο Αμερική. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι θεωρίες, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, δίνουν έμ-

φαση στην προσωπική ευθύνη που το κάθε άτομο έχει γι’ αυτό που του συμβαίνει καθώς και στο τι το ίδιο προσωπικά και ατομικά μπορεί να κάνει (αλλάζοντας στάσεις, σκέψεις, αντιλήψεις, συμπεριφορές ...) για να βελτιώσει την κατάστασή του. Συνήθως αυτό γίνεται μέσα από τις παρεμβάσεις του συμβούλου που έχουν τη μορφή των “Δηλώσεων Εγώ” (“I” Statements. Sue & Sue, 1990, 1999).

Συχνά όμως τα άτομα που ανήκουν σε πολιτισμικές ή εθνικές μειονότητες, και ιδιαίτερα τα άτομα με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες, υπόκεινται σε διακρίσεις και μη ισότιμη μεταχείριση, υποφέρουν από εξωτερική καταπίεση και έχουν κατά κανόνα γνωρίσει καλά τι σημαίνει υποτίμηση, περιθωριοποίηση και κοινωνικός αποκλεισμός. Η χρήση των “Δηλώσεων Εγώ”, από μόνη της σ’ αυτή την περίπτωση δεν τα βοηθά, αλλά αντίθετα μάλλον διατηρεί την καταπίεση που υφίστανται. Ένας φοιτητής με ειδικές ανάγκες, για παράδειγμα, που υποφέρει από ένα φτωχό εκπαιδευτικό σύστημα ή του οποίου η πρόσβαση στο πανεπιστήμιο ή την πόλη είναι αδύνατη, λόγω της μη ύπαρξης κατάλληλων αρχιτεκτονικών προσαρμογών, δε θα βοηθηθεί αποτελεσματικά μέσα από την προσέγγιση των “Δηλώσεων Εγώ”, αν εκτός από τις προσωπικές, δεν ληφθούν υπόψη και δεν αντιμετωπισθούν και οι κοινωνικές (εξωτερικές ως προς το άτομο) διαστάσεις του προβλήματός του. Να ληφθεί υπόψη, δηλαδή, ο ούτως ή άλλως σημαντικός ρόλος της κοινωνικής εξάρτησης και αλληλεξάρτησης, που στην περίπτωση όμως των ατόμων με δυσλειτουργίες καθίσταται ακόμη πιο σημαντικός και θα πρέπει να αποτελεί, κατά τη γνώμη μας, απαραίτητη διάσταση της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Επηρεασμένοι από τη “θεραπεία δικτύου” (Attneave, 1969, 1982. Speck & Attneave, 1973), η οποία επίσης τονίζει τη σημασία της αλληλεξάρτησης στη συμβουλευτική ατόμων που ανήκουν σε αυτόχθονες μειονοτικούς πληθυσμούς (Ινδιάνους της Αμερικής) και συμπληρωματικά προς τις παραδοσιακές θεωρίες συμβουλευτικής, που δίνουν έμφαση στην προσωπική ευθύνη

του ατόμου, θεωρούμε ότι μια πολιτισμικά προσανατολισμένη συμβουλευτική και θεραπεία είναι η καταλληλότερη για άτομα που παρουσιάζουν δυσλειτουργίες. Μια τέτοιου τύπου συμβουλευτική θα πρέπει να απευθύνεται τόσο στο ίδιο το άτομο με δυσλειτουργίες και στην οικογένειά του όσο και στην κοινότητα και στο περιβάλλον του, δίνοντας έμφαση στην "αλληλεξάρτηση" και στον "εαυτό σε δράση". Αυτή η συμβουλευτική προσέγγιση δεν θα πρέπει να αποκηρύσσει τις παραδοσιακές μεθόδους βοήθειας, αλλά αντίθετα αναγνωρίζοντας την αξία τους, να τις χρησιμοποιεί με ένα πολιτισμικά ευαίσθητο και οξυδερκή τρόπο, προσπαθώντας να αξιολογήσει τόσο τα προσωπικά και οικογενειακά όσο και τα πολιτισμικά και κοινωνικά βιώματα ενός ατόμου με δυσλειτουργίες, γεγονός που θα οδηγήσει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί τον κόσμο.

Συγκεκριμένα, η πολιτισμικά προσανατολισμένη συμβουλευτική που προτείνουμε για τα άτομα με δυσλειτουργίες, και η οποία περιγράφεται αναλυτικά σε άλλη μας εργασία (Κλεφτάρας, 2002, εργασία που υποβλήθηκε για δημοσίευση), περιλαμβάνει συνοπτικά τρία επίπεδα: (α) το ατομικό επίπεδο, (β) το οικογενειακό επίπεδο, και (γ) το ευρύτερο κοινωνικό-κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Στα πλαίσια του ατομικού επιπέδου, η συμβουλευτική στοχεύει από τη μια στην ανάπτυξη της πολιτισμικής ταυτότητας του ατόμου με δυσλειτουργίες (μέσα από συγκεκριμένα στάδια και με συγκεκριμένους τρόπους), και από την άλλη στη βελτίωση της εσωτερικής ψυχολογικής του ισορροπίας με κύρια έμφαση στην προαγωγή της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του. Προσεγγίζονται, λοιπόν, κατά περίπτωση, θέματα όπως αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση, αυτάρκεια, κέντρο ελέγχου, εικόνα σώματος, σχέσεις με γονείς, αδέρφια και συνομηλίκους, κοινωνικές και ερωτικές σχέσεις, σεξουαλικότητα, σωματική και ψυχολογική αυτονομία και ανεξαρτησία, νομικό πλαίσιο και δικαιώματα, καθώς και αλλαγές στο περιβάλλον (κοινωνικές και αρχιτεκτονικές), που εξαρτώνται και μπορούν να γίνουν με πρωτοβουλία του ίδιου του

ατόμου με δυσλειτουργίες.

Στο δεύτερο επίπεδο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της οικογένειας και του οικογενειακού περιβάλλοντος, έτσι ώστε αυτό να ευαισθητοποιηθεί στις πραγματικές ανάγκες του ατόμου με δυσλειτουργίες και να αποτελέσει παράγοντα στήριξης και ανεξαρτησίας του. Σ' αυτό το επίπεδο προσεγγίζονται όλα τα θέματα του ατομικού επιπέδου, αλλά αυτή τη φορά μέσα από το οικογενειακό πρίσμα, πληροφορώντας κατάλληλα την οικογένεια και δίνοντας έμφαση στο δικό της ρόλο και τη δική της συμβολή στην ψυχική ισορροπία και τη σωματική και ψυχολογική αυτονομία και ανεξαρτησία του ατόμου με δυσλειτουργίες.

Τέλος, στο τρίτο επίπεδο, γίνονται πολυεπίπεδες παρεμβάσεις με στόχο την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση και την ανάπτυξη της πολιτισμικής συνείδησης του ευρύτερου τοπικού, κοινοτικού, κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων με δυσλειτουργίες και τη συνολική τοπική, κοινωνική και κρατική ευθύνη απέναντι σ' αυτούς τους ισότιμους πολίτες. Με άλλα λόγια, γίνεται μια προσπάθεια, μαζί με το ίδιο το άτομο που παρουσιάζει δυσλειτουργίες, για την κινητοποίηση όλων εκείνων των μηχανισμών που θα το ελευθερώσουν και θα του επιτρέψουν να έχει μια αξιοπρεπή και κατά το δυνατόν αυτόνομη και ανεξάρτητη ζωή, εκμεταλλευόμενο το σύνολο των δυνατοτήτων και των δικαιωμάτων του. Προς αυτή την κατεύθυνση, λοιπόν, δημιουργούνται υποστηρικτικές ομάδες, οργανώνονται συναντήσεις και δραστηριότητες και γίνονται παρεμβάσεις σε επίπεδο γειτονιάς, φίλων, σχολείου και δασκάλων, αλλά και κοινότητας, δήμου, κράτους και Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφία

- Atkinson, D. R., & Hackett, G. (1998). *Counseling diverse populations* (2d ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Atkinson D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998).

- Counseling American minorities* (5th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Attneave, C. (1969). Therapy in tribal settings and urban network intervention. *Family Process*, 8, 192-210.
- Attneave, C. (1982). American Indian and Alaskan native families: Emigrants in their own homeland. In M. McGoldrick, J. Pearce, & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 55-83). New York: Guilford.
- Βλάχου, Α. (2000). Ομαλοποίηση, κοινωνικές δομές και εκπαίδευση. *Εκπαιδευτική Κοινότητα*, 54, 34-39.
- Borsay, A. (1986). Personal trouble or public issue? Towards a model of policy for people with physical and mental disabilities. *Disability, Handicap and Society*, 1(2), 179-195.
- Brisenden, S. (1986). Independent living and the medical model of disability. *Disability, Handicap and Society*, 1(2), 173-178.
- Bowe, F. G. (1978). *Handicapping America: Barriers to disabled people*. New York: Harper & Row.
- Bowe, F. G. (1988). Recruiting workers with disabilities. *Employment Relations Today*, 15, 107-111.
- Brolin, D. E., & Gysbers, N. C. (1989). Career education for students with disabilities. *Journal of Counseling & Development*, 68, 155-159.
- Christensen, P. (1989). Cross-cultural awareness development: A conceptual model. *Counselor Education and Supervision*, 28, 270-289.
- Constantine, M. C., Richardson, T. Q., Benjamin, E. M., & Wilson, J. W. (1998). An overview of black racial identity theories: Limitations and considerations for future theoretical conceptualizations. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 95-99.
- Cook, D. W., Kunce, J. T., & Gestinger, S. H. (1976). Perceptions of the disabled and counseling effectiveness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 19, 470-475.
- Corey, G., Corey, M., & Callanan, P. (1988). *Issues and ethics in the helping professions* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Driedger, D. (1989). *The last civil rights movement*. London: Hurst & Company.
- Dwivedi, K. N. (1996). Culture and personality. In K. N. Dwivedi & V. P. Varma (Eds.), *Meeting the needs of ethnic minority children* (pp. 17-36). London: Kingsley.
- Fenderson, D. A. (1984). Opportunities for psychologists in disability research. *American Psychologist*, 39, 524-528.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Harper & Row.
- Foster, S. (1996, October). October is National Disability Employment Awareness Month. *Counseling Today*, 39(4), p. 18.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Herder and Herder.
- Funk, R. (1987). Disability rights: From cast to class in the context of civil rights. In A. Gartner & T. Joe (Eds.), *Images of the disabled, disabling images* (pp. 7-30). New York: Praeger.
- Garrett, J. F. (1969). Historical background. In D. Malikin & Rusalem (Eds.), *Vocational rehabilitation of the disabled* (pp. 29-38). New York: New York University Press.
- Gutierrez, F. J. (1985). Bicultural personality development: A process model. In E. Garcia & R. Radilla (Eds.), *Advances in bilingual education research* (pp. 96-124). Tucson: University of Arizona Press.
- Harris and Associates (1986). *The ICD survey of disabled Americans: Bringing disabled Americans into the mainstream. A nationwide survey of 1000 disabled people*. New York: Author.
- Harsh, M. (1993). Woman who are visually impaired or blind as psychotherapy clients: A personal and professional perspective. *Woman and Therapy*, 14(3/4), 55-64.
- Haviland, W. (1975). *Cultural anthropology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Helms, J. E. (1984). Toward a theoretical explanation of the effects of race on

- counseling: A Black and White model. *The Counseling Psychologist*, 12, 153-165.
- Helms, J. E. (1995). An update of Helms's White and people of color racial identity models. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 181-198). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hohenshil, T. H., & Humes, C. W. (1979). Roles of counseling in ensuring the rights of the handicapped. *Personnel and Guidance Journal*, 58, 221-227.
- Ivey, A. E., Bradford Ivey, M., & Simek-Morgan, L. (1993). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Jonsen, A. P. (1989). Discrimination and disability. In B. W. Heller, L. M. Flohr, & L. S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 87-107). London: Kingsley.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Ζώνιου-Σιδέρη, Α., & Βλάχου, Α. (1996). Προκαταλήψεις και στερεότυπα: Δημιουργία και αντιμετώπιση. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης.
- Κλεφτάρας, Γ. (2002). *Προς μια πολιτισμικά προσανατολισμένη συμβουλευτική για άτομα με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες*. Εργασία που υποβλήθηκε για δημοσίευση.
- Kleffaras, G. (2000). Counseling ethnic minority individuals: A multicultural approach. In M. Malikioti-Loizos (Ed.), *Education, communication and counseling* (pp. 235-261). Athens: Ellinika Grammata.
- Kuehn, M. D. (1991). Agenda for professional practice in the 1990s. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 22, 6-15.
- Laski, F. (1978, May). *Legal strategies to secure entitlement to services for severely handicapped persons*. Paper presented at the Conference on Habilitation of Severely Handicapped Adults, Public Interest Law Center, Philadelphia, Pennsylvania.
- Lee, W. M. L. (1999). *An introduction to multicultural counseling*. Philadelphia, PA: Accelerated Development.
- Marshak, L. E., Seligman, M., & Prezant, F. (1999). *Disability and the family life cycle: Recognizing and treating developmental challenges*. New York: Basic Books.
- McNeil, J. M. (1993). *Americans with disabilities: 1991-92* (Bureau of Census Current Populations Reports, P70-33). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Molnar, G. E. (1989). The influence of psychosocial factors on personality development and emotional health in children with cerebral palsy and spina bifida. In B. W. Heller, L. M. Flohr, & L. S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 87-107). London: Kingsley.
- Murphy, D. M., & Murphy, J. T. (1997). Enabling disabled students. *NEA Higher Education Journal*, 13, 41-52.
- Nirje, B. (1985). The basis and logic of the normalization principle. *The Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11, 65-68.
- Obermann, C. E. (1965). *A history of vocational rehabilitation in America*. Minneapolis, MN: Denison.
- Phinney, J. (1990). Ethnic identity in adolescence and adulthood: A review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 499-514.
- Ponterotto, J. G. (1988). Racial consciousness development among white counselor trainees: A stage model. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 16, 146-156.
- Riger, A. L. (1992, November). Disability issues stance tests our ethical integrity. *APA Monitor*, 23, p. 4.
- Roberts, E. V. (1989). A history of the independent living movement: A founder's perspective. In B. W. Heller, L. M. Flohr, & L. S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 231-244). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Rong, X. L., & Preissle, J. (1998). *Educating*

- immigrant students: What we need to know to meet the challenges.* Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Rubin, S. E., & Roessler, R. T. (1978). *Foundations of the vocational rehabilitation process.* Baltimore: University Park Press.
- Sabnani, H. B., Ponterotto, J. G., & Borodovsky, L. G. (1991). White racial identity development and cross-cultural counselor training: A stage model. *The Counseling Psychologist, 19,* 76-102.
- Satcher, J., & Hendren, G. R. (1991). Acceptance of the Americans with Disabilities Act of 1990 by persons preparing to enter the business field. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 22*(2), 15-18.
- Schofield, L. F., & Kunce, J. T. (1971). Client disability and counselor behavior. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 14,* 158-165.
- Scotch, R. K. (1984). *From good will to civil rights.* Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks: Retribalization and healing.* New York: Random House.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Συμβούλιο ΕΟΚ (1993). Απόφαση του Συμβουλίου 93/136/ΕΟΚ, ΕΕ αριθ. L 56 της 9/3/93. Βρυξέλες: Αυτοέκδοση.
- Tainter, B., Compisi, C., & Richards, C. (1995). Embracing cultural diversity in the rehabilitation system. In S. Walker (Ed.), *Disability and diversity: New leadership for a new era* (pp. 28-32). Washington, DC: President's Committee on Employment of People With Disabilities and the Howard University Research and Training Center.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories.* New York: Cambridge University Press.
- U.S. Bureau of the Census. (1995). *Population Profile of the United States* (Current Population Reports, Series P23-189). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Justice (1990). *Americans With Disabilities Act.* Washington, DC: Office on the Americans with Disabilities Act.
- Vargo, J. W. (1989). 'In the house of my friend': Dealing with disability. *International Journal for the Advancement of Counseling, 12,* 281-287.
- Vernon, M., & Andrews, J. F. (1989). *The psychology of deafness: Understanding deaf and hard of hearing people.* New York: Longman.
- Wicas, C. A., & Carluccio, L. W. (1971). Attitudes of counselors toward three handicapped groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 15,* 25-34.
- Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto, Canada: National Institute on Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1989). Human services policies: The rhetoric versus the reality. In L. Barton (Ed.), *Disability and dependency* (pp. 61-76). Lewes, UK: Falmer.
- Youngstrom, N. (1992, July). ADA is super advocate for those with disabilities. *APA Monitor, 23,* p. 26.
- Zera, D. (1992). Coming of age in a heterosexist world: The development of gay and lesbian adolescents. *Adolescence, 27,* 849-854.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1998). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους: Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης* (4^η έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Χαρίλα, Ν. (2000). Στερεότυπες αντιλήψεις, στάσεις, αξίες, προκαταλήψεις. Στο Α. Ζώνιου-Σιδέρη (Επιμ. Έκδ.), *Άτομα με ειδικές ανάγκες και η ένταξή τους* (σ. 189-197). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

The importance of cultural factors in counseling people with physical or intellectual disabilities

GEORGE KLEFTARAS
University of Thessaly, Greece

ABSTRACT

Persons with physical and/or intellectual disabilities constitute a minority group within a dominant culture of non-disabled people, who are usually unaware of their particularities, strengths, needs and problems and view them with stereotypes and prejudice. In other words, disabled people are subjected to "cultural racism" based on physical ("ablism") or intellectual disability. Counselors, therefore, should develop their own cultural identity and become conscious firstly of the cultural racism related to disability that is likely to characterize them, and secondly of the benefits and privileges that they enjoy as members of the culturally dominant group of the non-disabled. In contrast to traditional counseling theories and according to the view held in this paper, which complies with recent theoretical postulations, the counselors' efforts should aim at (a) liberating individuals with disabilities from personal responsibility concerning the progress of their individual case, (b) encouraging them in order to view their difficulties in a familial, social and culturally-grounded context, and (c) facilitating personal action in order for the disabled to improve their condition. A culturally oriented counseling, therefore, is the one that seems to be appropriate for individuals with disabilities; a counseling which should emphasize the importance of self-in-action and interdependence and intervene in both individual and familial level, as well as in community and environment.

Key words: Counseling, Culture, Disability.

Address: George Kleftaras, Department of Special Education, University of Thessaly, Argonafton and Filellinon, 382 21 Volos, Greece. Tel.: +30-24210-74738, +30-210-9882075, +30-210-9885026. Fax: +30-24210-74799. E-mail: gkleftaras@uth.gr