



Tomasz Małyk

AGH, Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

ORCID: [0000-0001-9901-5859](https://orcid.org/0000-0001-9901-5859)

Działania o charakterze ekspresyjnym w perspektywie kapitału społecznego i ich znaczenie dla osób niepełnosprawnych

Abstrakt

Celem artykułu było omówienie roli działań o charakterze ekspresyjnym podejmowanych przez osoby niepełnosprawne w perspektywie kapitału społecznego. Niepełnosprawność i jej wpływ na życie osób nią dotkniętych rozważa się najczęściej w odwołaniu do założeń modelu bio-psycho-społecznego lub modelu społecznego. W pierwszym, esencjalistycznym podejściu, podkreśla się znaczenie dysfunkcji percepcyjno-motorycznych, które same w sobie stanowią istotną barierę dla codziennych aktywności podejmowanych przez osoby niepełnosprawne. W drugim, konstruktywistycznym, kładzie się nacisk na konieczność eliminacji barier zewnętrznych: infrastrukturalnych, instytucjonalnych, ale przede wszystkim świadomościowych, które decydują o tym jak niepełnosprawność jest definiowana i jak postrzegane są osoby niepełnosprawne w społeczeństwie. Bez względu na przyjętą orientację, zarówno w jednym, jak i drugim podejściu, kluczową rolę dla pokonywania ograniczeń (barier wewnętrznych lub zewnętrznych) odgrywać będą emocje. Są one podstawą działań ekspresyjnych, które w perspektywie kapitału społecznego ułatwiają ochronę posiadanych zasobów: zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego i ogólnie rozumianej jakości życia. W dążeniu do realizacji tych celów niezbędne jest wsparcie uzyskiwane od osób najbliższych: członków rodziny i przyjaciół.

Słowa kluczowe

kapitał społeczny, działania ekspresyjne, działania instrumentalne, niepełnosprawność

Expressive Actions in the Perspective of Social Capital and Their Importance for People with Disabilities

Abstract

The aim of the article is to discuss the role of expressive actions undertaken by people with disabilities in the perspective of social capital. Disability and its impact on the lives of people affected by it is most often considered in reference to the premises of either the bio-psycho-social model or the social one. The former, essentialist approach emphasises the significance of perceptual-motor dysfunctions that constitute a significant barrier to everyday activities undertaken by people with disabilities. The latter, constructivist approach puts emphasis on the necessity to eliminate external barriers: infrastructural, institutional, but also, and above all, those connected with mentality and

awareness as they determine the way in which disability is defined and in which people affected by it are perceived by society. Regardless of the direction adopted, in both approaches emotions will play a key role in overcoming limitations (internal or external barriers). They are the basis for expressive actions that, from the perspective of social capital, facilitate the protection of resources possessed by an individual: physical health, mental health, and broadly understood quality of life. In order to achieve these goals, it is necessary to obtain support from the closest people in one's life, namely family members and friends.

Keywords

social capital, expressive actions, instrumental actions, disabilities

Kapitał społeczny w wymiarze indywidualnym

Rozwój koncepcji „kapitału społecznego” był konsekwencją dostrzeżenia faktu, że relacje społeczne, które budowane są w oparciu o działania intencjonalne bądź nieintencjonalne, nie tylko systematyzują, organizują i zapewniają ciągłość społeczeństwa, lecz także mogą przynosić działającym podmiotom wymierne korzyści. Opierając się na tej przesłance, procesowi oraz efektom międzyludzkiej współpracy starano się nadać walory właściwe „klasycznej” formie kapitału. Dokonano tego poprzez wskazanie podobieństw pomiędzy dwoma postaciami tegoż kapitału: wspomnianą już klasyczną oraz społeczną¹. Wypracowując wytyczne dla koncepcji kapitału społecznego, zauważono zbieżności pomiędzy naturą kapitału fizycznego, naturalnego czy finansowego a specyfiką korzyści osiąganym dzięki społecznym relacjom. Dowiedziono, że podobnie jak kapitał ekonomiczny, relacje te mają zdolność przekształcania jednych rzeczy w inne, odznaczają się trwałością w czasie, są zbywalne (np. dziedziczone) i elastyczne. Dzięki temu możliwym staje się osiąganie zróżnicowanych korzyści, a same relacje mogą stać się celem inwestycji. Co więcej, mają one zdolność do wytwarzania innych form kapitałów, przy czym niedoinwestowanie prowadzi do ich zanikania (Robinson, Schmid i Siles, 2002, s. 7–10). Tak więc, szukając wspólnej wykładni dla kapitału fizycznego lub finansowego, można oprzeć się na założeniu, że produktywność kapitału zależy od sposobów jego wykorzystania. Inaczej wartość kapitału społecznego – ona zależeć będzie od rodzajów aktywności, w które angażują się członkowie sieci społecznych (Dasgupta, 2001, s. 34).

W najbardziej ogólnym ujęciu sens powyższego założenia sprowadza się do tego, że budowanie relacji społecznych i zapewnianie ich ciągłości w czasie umożliwia oraz ułatwia współpracę. Ta z kolei przynosi takie korzyści, których nie można byłoby osiągnąć

¹ Argumenty podważające zasadność przypisywania kapitałowi społecznemu cech „kapitałowych” *sensu stricto* znaleźć można między innymi u Roberta M. Solowa (1999, s. 7), Claude’a S. Fischera (2005, s. 157) czy Kennetha J. Arrowa (1999, s. 4), którzy pisali, że analogie pomiędzy kapitałem fizycznym i społecznym są nie do obrony, gdyż w ten ostatni nie sposób racjonalnie inwestować w oczekiwaniu na przyszłe zyski, jak również nie ma on cech zbywalności – nie jest możliwe np. przenoszenie praw własności.

dzięki indywidualnym staraniom bądź też których wypracowanie wymagałoby znacznie większego wysiłku (Field, 2008, s. 1). W tym znaczeniu źródeł kapitału społecznego należy poszukiwać w strukturze społecznej, w której funkcjonuje dana jednostka i dla której struktura ta wyznacza granice rzeczywistych lub potencjalnych działań. Przez to kapitał społeczny jest zasobem, którego dostępność warunkowana jest umiejscowieniem jednostki w strukturze relacji społecznych. Należy jednak dokonać rozróżnienia na relacje rynkowe, hierarchiczne (władzy) oraz społeczne. W relacjach rynkowych produkty i usługi podlegają wymianie pieniężnej lub barterowej. Wymiana ta opiera się na jasnych regułach i ma charakter symetryczny. W relacjach hierarchicznych, dzięki podporządkowaniu autorytetowi, uzyskuje się bezpieczeństwo materialne lub duchowe. Tutaj również wzory wymiany są precyzyjnie określone, choć sam układ przyjmuje kształt asymetryczny. W relacjach społecznych natomiast wymianie podlegają przysługi i dary. Wymiana tego rodzaju ma charakter symetryczny, aczkolwiek dokonywana jest często w oparciu o niesformalizowane reguły i przy milczącym założeniu, że korzyści dla jednej ze stron tej wymiany mogą być odroczone w czasie (Adler i Kwon, 2002, s. 18).

Mnogość kontaktów społecznych i ich powtarzalność stanowi podstawę dla kształtowania się sieci społecznych danego aktora, czyli jednostki, która wchodząc w interakcje z innymi podmiotami ogrywa określone role społeczne. Co więcej, determinują one *implicit* powstanie relacyjnego kapitału społecznego. Relacje kształtowane w oparciu o interakcje społeczne prowadzą (lub mogą prowadzić) do osiągnięcia korzyści przez jednostki lub grupy. Sieci społeczne „zapewniają dostęp zarówno do zasobów, jak i informacji. Sieci konstytuują również najważniejsze sfery interakcji, podczas których jednostki mogą postrzegać zasoby jako osiągalne i cenne” (Foley, Edwards i Diani, 2001, s. 278).

Znaczenie kapitału społecznego w perspektywie działających podmiotów sprowadza się w głównej mierze do wskazania potencjalnych dysponentów i beneficjentów tegoż kapitału oraz scharakteryzowania powiązań między nimi. Kapitał społeczny może być rozważany w perspektywie indywidualnej bądź grupowej, a zatem traktowany jako atrybut pozostający w posiadaniu jednostki (Coleman, 1990; Loury, 1992; Portes, 1998) bądź grupy (Putnam, Leonardi i Nanetti, 1993; Bourdieu i Wacquant, 2001). Dbając o jasność wyводу, którego przedmiotem rozważań są osoby niepełnosprawne, a więc jednostki tworzące kategorię społeczną klasyfikowaną w oparciu o indywidualne cechy, a nie jedność przestrzenną, bardziej trafnym będzie odwołanie się do rozumienia kapitału społecznego w ujęciu indywidualnym.

Biorąc pod uwagę wybraną perspektywę, kapitałem społecznym są przyjaciele, znajomi, ale i osoby, z którymi jednostka pozostaje w luźniejszych relacjach i dzięki którym uzyskuje możliwości wykorzystania kapitału finansowego i ludzkiego (Burt, 1992, s. 9). Zarówno osoby bliskie, jak i dalsze (w rozumieniu siły więzi społecznych,

a nie przestrzennego umiejscowienia) tworzą formalne i nieformalne sieci społeczne zawierające zasoby, które jednostki wykorzystują do wytwarzania lub alokacji dóbr i usług (Rose, 1999, s. 149). Istotna jest tutaj zdolność jednostek do zapewnienia sobie, za pośrednictwem tych sieci, dostępu do rzadkich zasobów lub do innych społecznych struktur (Portes, 1998, s. 6). W sieciach społecznych nagromadzenie różnych rodzajów zasobów: społecznych, psychologicznych, kulturowych, kognitywnych, instytucjonalnych i innych powiązanych z nimi, zwiększa liczbę (lub prawdopodobieństwo) korzystnych dla obu stron działań kooperatywnych (Uphoff, 1999, s. 216). Dostęp do cennych zasobów jest zróżnicowany. Można identyfikować go w odniesieniu do trzech wymiarów: społecznego, ekonomicznego i politycznego, które to pozwalają scharakteryzować zarówno aktorów, jak i ich pozycje w strukturze. W wymiarze społecznym z daną pozycją związany jest wyższy lub niższy status (bądź prestiż), a jednostka zajmująca daną pozycję zyskuje większą lub mniejszą reputację. W wymiarze ekonomicznym odzwierciedlone zostaje zróżnicowanie klasowe, co w przypadku jednostki wiąże się z określonym poziomem dobrobytu. W wymiarze politycznym pozycja społeczna jest powiązana z autorytetem, co przekłada się na zróżnicowany zakres władzy, jaką dysponują jednostki zajmujące określone pozycje społeczne (Lin, 2004, s. 37).

Dla aktora, z punktu widzenia szans na mobilizację i wykorzystanie zasobów, istotne jest zarówno położenie w strukturze społecznej, jak i umiejscowienie w sieci społecznej. O miejscu w sieci społecznej przesądza charakter społecznych więzi. O sile więzi społecznych, które mają charakter symetryczny (odwzajemniony) i pozytywny (przychylny), decydują cztery czynniki: ilość czasu, jaki wzajemnie poświęcają sobie jednostki, zaangażowanie emocjonalne, intymność (skłonność do zwierzania się sobie) oraz wzajemne świadczenie pomocy. Silne więzi odgrywają rolę w aktywności o charakterze socjopsychologicznym, natomiast słabe więzi są potencjalnym źródłem dla ukształtowania się powiązań (pomostów) pomiędzy danym aktorem a innymi kręgami lub sieciami społecznymi. Dodatkowo, sprzyjają większej mobilności i ułatwiają pozyskiwanie użytecznych informacji (np. podczas szukania pracy) (Granovetter, 1982, s. 1361).

Silne więzi, łączące jednego aktora z innymi, stanowią podstawę działań ekspresyjnych, więzi słabe są zaś podstawą działań instrumentalnych. Najpełniej charakter obu form działań i powiązania pomiędzy nimi zostały omówione przez Nan Lina (2004) w jego koncepcji, rozwijanej w ujęciu strukturalnym, kapitału społecznego. Perspektywa ta wskazuje istnienie powiązań pomiędzy elementami „statycznymi” (struktury społecznej, sieci i zasobów) z elementami „dynamicznymi” (działaniami jednostek). Podejmując się działań ekspresyjnych, aktor dąży do zachowania zasobów, które już znajdują się w jego posiadaniu, natomiast w przypadku działań instrumentalnych, podejmuje wysiłki, aby zdobyć dostęp do nowych zasobów. W tym rozumieniu u podstaw działań ekspresyjnych

leży oczekiwanie odwzajemnienia (ang. *response*) pod postacią czułości, szacunku, współczucia czy wzajemnej sympatii. W tego typu działaniach akt komunikacji służy jako cel i środek. Od uczestników aktu komunikacji oczekuje się, że będą współodczuwać i odwzajemniać uczucia drugiej strony, a tym samym rozpoznawać, legitymizować i dzielić roszczenia drugiej osoby do posiadanych zasobów. Dzięki działaniom ekspresyjnym jednostka uzyskuje trojaki rodzaj korzyści: zdrowie fizyczne (przydatne kompetencje fizyczne oraz ochronę przed chorobami czy urazami), zdrowie psychiczne (odporność na stres i utrzymywanie równowagi poznawczej i emocjonalnej) oraz zadowolenie z życia (optymizm i satysfakcję z różnych dziedzin życia – rodziny, małżeństwa, pracy, wspólnoty itp.). Działania instrumentalne przynoszą aktorom korzyści ekonomiczne, polityczne (pozycja w hierarchii) oraz społeczne pod postacią reputacji (pozytywnej lub negatywnej opinii na temat jednostki w sieci społecznej) (Lin, 1999, s. 40–46).

Prawdopodobieństwo sukcesu w działaniach ekspresyjnych zwiększa się wówczas, gdy aktorzy są do siebie podobni pod względem podstawowych cechy demograficzno-społecznych oraz stylu życia. Zbieżność statusów skutkuje tym, iż w trakcie działań ekspresyjnych aktorzy wykorzystują podobne zasoby społeczne. Aby działanie instrumentalne zakończyło się sukcesem, niezbędny jest dostęp do wielu zróżnicowanych zasobów społecznych, które posiadają aktorzy o odmiennych charakterystykach socjo-demograficznych i różnym statusie. W przypadku działań instrumentalnych kluczową rolę odgrywają słabe więzi społeczne (Lin, 1986, s. 27–28).

Podstawą działań ekspresyjnych są relacje gęste (ang. *thickness*), które kształtują się w stowarzyszeniach pierwotnych (ang. *primary associations*). Ich najbardziej oczywistymi reprezentantami są członkowie rodziny oraz przyjaciele (Warren, 2001, s. 39). To przede wszystkim reprezentanci tych kręgów społecznych odpowiadają za udzielane wsparcie społeczne (a więc wymianę specyficznego rodzaju zasobów), które należy rozumieć jako „wielowymiarowy konstrukt, obejmujący pomoc fizyczną i instrumentalną, kształtowanie postaw, dzielenie zasobów i informacji, wsparcie emocjonalne i psychologiczne” (Dunst, Trivette i Cross, 1986, s. 403). W zestawieniu tym ważną rolę odgrywa wsparcie emocjonalne, które jest szczególnie cenne dla jednostek czy grup społecznie wykluczonych, dla których pozyskiwanie zasobów w toku działań instrumentalnych może być utrudnione lub niemożliwe. Jest ono istotne, ponieważ dzięki niemu kształtuje się poczucie własnej wartości danej osoby. Jednostka otrzymuje przekaz od najbliższych, że jest cenioną taką, jaką jest oraz akceptuje się ją pomimo rozmaitych problemów, które stwarza i niezależnie od jej osobistych wad (Cohen i Wills, 1985, s. 313; Wills i Shinar, 2000, s. 89).

W powyższym rozumieniu emocje kształtujące się w relacjach z innymi są pochodną zasobów, które najbliższe nam osoby posiadają i do których są skłonne udzielić

nam dostępu. W konsekwencji charakter tej wymiany decyduje o dobrostanie psychicznym (ang. *psychological well-being*). W wymiarze psychologicznym zależy on od złożonego układu czynników, takich jak: samoakceptacja (przychylna opinia o sobie samym), pozytywne relacje z innymi (stosunki oparte na intymności i miłości), autonomia (życie w zgodzie z własnymi przekonaniami), kontrola otoczenia (tworzenie i ochrona przyjaznego środowiska), cele życiowe (odnajdywanie sensu w życiu i wybór celów) oraz rozwój osobisty (wykorzystywanie własnego potencjału i talentu) (Ryff, 1989; Ryff i Singer, 2003). Bez ekspresyjnej formy kapitału społecznego korzyści te są trudne do osiągnięcia, z kolei ich brak niweczy wysiłki zmierzające do samorealizacji oraz kształtowania pożądanego pozycji społecznej.

Niepełnosprawni jako kategoria osób z ograniczonym dostępem do zasobów

Dążenie do osiągnięcia pożądanego statusu, podejmowane przez osoby społecznie wykluczone, z definicji stawia te osoby przed trudnymi do pokonania barierami. W przypadku osób niepełnosprawnych bariery te mają dwojakiego rodzaju charakter. Z jednej strony, podkreśla się wagę wymiaru indywidualnego – definiowanego przez dysfunkcje percepcyjno-motoryczne, odpowiadające za ograniczenia, które wywołuje niepełnosprawność – z drugiej natomiast strony, wskazuje się na uniwersalistyczny wymiar barier społecznych, które nie są pochodną schorzeń o biologicznych podstawach, lecz są skutkiem ograniczeń prawnych, instytucjonalnych czy mentalnych, wpisanych w tkankę kulturową danego społeczeństwa.

W pierwszym ujęciu, indywidualistycznym lub medycznym, na niepełnosprawność patrzy się przez pryzmat dysfunkcji somatycznych lub psychicznych, które w sposób immanentny wywołują ograniczenia i w konsekwencji prowadzą do niepełnosprawności. Z jednej strony, w ujęciu w pełni esencjalistycznym (ang. *full essentialist individual deficiency*), niepełnosprawność warunkowana jest niezmiennymi i zasadniczymi czynnikami, które nieuchronnie prowadzą do życia znaczonego brakami i wskutek tego – odbiegającego od normalności. Jest ono oceniane z perspektywy osób sprawnych oraz ekspertów, czego wynikiem jest rozumienie niepełnosprawności w kategoriach osobistej straty lub tragedii. Z drugiej strony, w podejściu częściowo esencjalistycznym (ang. *part-essentialist individual deficiency*), przyjmuje się, że niepełnosprawność jest konsekwencją niedoskonałości „struktury ciała” i jego funkcji, aczkolwiek ich dolegliwość interpretowana jest w odniesieniu do złożonego kontekstu uwarunkowań społecznych. Na osoby niepełnosprawne patrzy się przez pryzmat pewnych możliwości i szans na uczestnictwo w głównym nurcie życia społecznego. Dana dysfunkcja jest podstawą klasyfikacji na

linii niepełnosprawni– sprawni, a jej wpływ, w przypadku osób niepełnosprawnych, może być ograniczany lub niwelowany przez odpowiednio zaprojektowane elementy środowiska społecznego (Smith, 2009, s. 16–18).

Podejście częściowo esencjalistyczne znajduje odzwierciedlenie w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia w roku 2001. W prezentowanym tam bio-psycho-społecznym ujęciu niepełnosprawności podkreśla się, że „funkcjonowanie jednostki w określonej dziedzinie jest postrzegane jako interakcja lub złożony, wzajemny związek między stanem zdrowia a czynnikami kontekstowymi (tzn. czynnikami środowiskowymi i osobowymi). Między czynnikami tymi zachodzi dynamiczna interakcja: interwencje na jednym poziomie mogą potencjalnie modyfikować inne powiązane z nimi elementy” (ICIDH-2, 2001, s. 17). Obok funkcji i struktur ludzkiego ciała mających wpływ na doświadczanie niepełnosprawności, akcentuje się również kwestie związane z aktywnością, uczestnictwem, czynnikami środowiskowymi i osobowymi.

Krytyka założeń zawartych w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1980 w głównej mierze koncentrowała się na determinującym wpływie stanu zdrowia na postrzeganie niepełnosprawności. Doprowadziła ona do przesunięcia punktu ciężkości interpretacji niepełnosprawności na kwestie społeczne. Co więcej, postanowiono odejść od klasyfikacji „skutków choroby” do klasyfikacji „składników zdrowia”. „Składniki zdrowia” określają elementy zdrowia, podczas gdy „skutki” koncentrują się na mogących nastąpić efektach chorób lub innych stanach chorobowych (ICIDH-2, 2001, s. 2). W nowej klasyfikacji (bio-psycho-społecznym modelu niepełnosprawności) nastąpiło odejście od linearnego związku przyczynowego pomiędzy dysfunkcją a niepełnosprawnością. Kluczowymi elementami w proponowanym schemacie zależności są funkcje i struktury ludzkiego ciała, aktywność i uczestniczenie. W tym nowym spojrzeniu niepełnosprawność jest traktowana jako negatywny aspekt związany zarówno z funkcjami i strukturami ludzkiego ciała, jak również z codzienną, zadaniową aktywnością, natomiast upośledzenie jest definiowane wyłącznie w odniesieniu do tych właśnie funkcji i struktur (Haveman, 2006, s. 79).

W podejściu esencjalistycznym dysfunkcja czy też upośledzenie (ang. *impairment*) jest cechą jednostki, którą w ujęciu kapitału społecznego rozpatrywać można jako czynnik ograniczający pulę zasobów osobistych jednostki (kapitału ludzkiego). Wielkość tych zasobów decyduje o miejscu jednostki w strukturze społecznej oraz wyznacza jej pozycję w sieci społecznej, determinując jednocześnie dostęp do kapitału społecznego i szanse na jego mobilizację.

Inaczej na kwestie związane z niepełnosprawnością patrzą zwolennicy modelu społecznego, m.in. twórca tego określenia i zarazem jego orędownik, Mike Oliver.

Podsumowywał on założenia modelu społecznego w trzech punktach. Po pierwsze, był on próbą zwrócenia uwagi na to, że niepełnosprawność nie jest powodowana funkcjonalnymi ograniczeniami wywołanymi upośledzeniem, lecz jest raczej wynikiem oddziaływania środowiskowych i kulturowych barier. Po drugie, postulował patrzenie na kwestie niepełnosprawności w sposób całościowy (holistyczny), a zarazem odejście od analizowania ich w oderwaniu od szeroko rozumianego środowiska społecznego. Po trzecie, jak tłumaczył Oliver, optowanie za modelem społecznym nie oznaczało, że interwencje przeprowadzane na poziomie jednostki, czy to w obszarze ochrony zdrowia, rehabilitacji, edukacji, czy to zatrudnienia są zbyt liczne. Zanim jednak takie interwencje zostaną podjęte, należy w sposób trafny rozpoznać ograniczenia środowiskowe i podjąć wysiłek zmierzający do ich wyeliminowania (Oliver, 1996).

W założeniach tych zaznacza się wyraźny dyskurs sprzeciwu wobec sposobu organizacji społeczeństwa, które nie uwzględnia ograniczeń i potrzeb osób niepełnosprawnych. Wskazuje się, że taka organizacja uruchamia mechanizmy wykluczenia: edukacyjnego, zawodowego, politycznego. Są to bariery będące konsekwencją rozwiązań transportowych i komunikacyjnych, które wpływają na wzmacnianie zależności w istniejących relacjach nadrzędności i podporządkowania, a także ograniczonego dostępu do wiedzy i praktyk. Istnienie tych barier skutkuje marginalizacją i wykluczeniem osób niepełnosprawnych, a co za tym idzie ograniczeniem ich szans w uzyskiwaniu korzyści w życiu prywatnym, publicznym czy zawodowym. Na to szerokie spectrum utrudnień instytucjonalno-infrastrukturalnych dodatkowo nakładają się przesady i negatywne postawy wobec niepełnosprawności, które wzmacniane są przez dyskursy, w których niepełnosprawność interpretowana jest przez pryzmat losu czy fatum (Schillmeier, 2010, s. 4).

W modelu społecznym, podobnie jak w modelu medycznym, konfrontowane są dwie perspektywy: polityki niepełnosprawności (ang. *politics of disablement*) oraz społecznego konstruowania niepełnosprawności (ang. *social construction of disablement*). W tej pierwszej niepełnosprawnych przedstawia się jako tych, którzy uświadamiają sobie swoje niekorzystne położenie, domagają się zmian i podejmują aktywność, która do tych zmian doprowadzi. Ich wprowadzenie jest warunkiem uczestnictwa osób niepełnosprawnych w świecie społecznym na tych samych zasadach i z możliwością realizacji tych samych celów życiowych, które dotyczą osób sprawnych. Problem niepełnosprawności można zatem rozwiązać poprzez przyjęcie stosownych strategii ukierunkowanych na usunięcie społecznych i politycznych barier, zakorzenionych w społecznych praktykach. W ujęciu drugim, konstruktywistycznym, przyczyn niepełnosprawności poszukuje się zarówno w niedostępnym i dyskryminującym środowisku społecznym, jak również, czy przede wszystkim, w tym, że niepełnosprawność sama w sobie jest „konstruowana społecznie”. Tak więc z jednej strony, podobnie jak w modelu polityki niepełnosprawności, zwraca się

uwagę na to, że niepełnosprawność jest powodowana strukturalnymi uwarunkowaniami środowiska społecznego i politycznego, które działają w kierunku wykluczenia z niego osób z określonymi schorzeniami. Z drugiej jednak strony podkreśla się, że mechanizm ten wzmacniany jest dodatkowo poprzez praktykę społecznego i politycznego dyskursu, w trakcie którego definiuje się, co w danym społeczeństwie można uznać za talent lub zaletę, a co za ułomność czy wadę. (Smith, 2009, s. 18–22). W perspektywie społecznej (politycznej bądź konstruktywistycznej) zmienia się optyka patrzenia na niepełnosprawność, niemniej jednak i tutaj podkreśla się negatywny wpływ barier, które ograniczają dostęp do zasobów i możliwości ich wykorzystania przez osoby niepełnosprawne.

Podsumowując, w ujęciu esencjalistycznym dysfunkcję, która wywołuje niepełnosprawność, traktować można jako czynnik nierozzerwalnie związany z możliwością akumulacji zasobów. Co więcej, na samą dysfunkcję można patrzeć przez pryzmat deficytu zasobów (jako brak zdrowia lub określonych zdolności percepcyjnych czy motorycznych). W tym znaczeniu potencjał jednostki w procesie akumulacji kapitału społecznego ulega ograniczeniu niejako „od wewnątrz”, często w sposób naturalny, niezależny od woli jednostki czy sposobu organizacji życia społecznego. Z drugiej strony, w perspektywie społecznej, potencjał jednostki tłumiony jest przez siły zewnętrzne i gdyby nie ograniczenia natury instytucjonalnej, infrastrukturalnej czy mentalnościowej społeczeństwa, mógłby być on skutecznie wykorzystany. W jednym i drugim przypadku czynnikiem koniecznym (choć na pewno niewystarczającym) dla podjęcia aktywności zmierzającej do przezwyciężenia ograniczeń związanych z doświadczaniem niepełnosprawności są działania o charakterze ekspresyjnym. Z jednej strony, pozwalają uzyskać potrzebne wsparcie przy podejmowaniu prób prowadzących do zmniejszenia dokuczliwości niepełnosprawności (w toku leczenia czy rehabilitacji). Stanowią one też istotne miejsce w procesie osvajania niepełnosprawności i radzenia sobie z nią w codziennym życiu, co zwiększa szanse na utrzymanie równowagi emocjonalnej. Z drugiej strony, wpływają na samoocenę, mogą motywować i poszerzać zbiór dostępnych opcji działania, co buduje podstawę dla wysiłków zmierzających do pozyskania nowych zasobów (wykształcenia, doświadczenia zawodowego, członkostwa w organizacjach społecznych, itp.) w toku działań o charakterze instrumentalnym.

Waga emocji – kompensacyjny charakter działań o charakterze ekspresyjnym

Działania o charakterze ekspresyjnym umożliwiają bądź ułatwiają podjęcie aktywności o charakterze instrumentalnym, w toku której jednostka dąży do pozyskania nowych zasobów (Lin, 2004, s. 75). W przypadku niepełnosprawnych zasadnym wydaje się pytanie, na ile osoby te są w stanie inicjować i podejmować działania o charakterze

instrumentalnym, a więc kształtować słabe więzi z przedstawicielami kręgów społecznych, inne niż kręgi własne. Możliwe ograniczenia w tym zakresie nie są jedynie skutkiem niekorzystnych rozwiązań instytucjonalnych – szeroko rozumianych barier społecznych czy infrastrukturalnych, ale również, a może przede wszystkim, konsekwencją powiązań pomiędzy cechami socjodemograficznymi a niepełnosprawnością. I tak na przykład, odwołując się do danych Diagnozy Społecznej z roku 2015, można zauważyć, że przeciętny wiek (mierzony medianą) osób niepełnosprawnych w Polsce powyżej 16 roku życia to 62 lata (62 u kobiet i 63 u mężczyzn), a osób sprawnych 48 lat². W badaniach tych aż 63,3% osób niepełnosprawnych deklarowało wykształcenie na poziomie co najwyżej gimnazjalnym, przy czym dla 45,9% z nich dochód „na rękę” był niższy niż wartość pierwszego kwartyła dochodowego na skali zarobków wszystkich uczestników badania uzyskujących dochody. Dodatkowo, trzy czwarte osób niepełnosprawnych (76,1%) było biernych zawodowo (deklarując przynależność do kategorii emerytów lub rencistów) (Diagnoza Społeczna, 2015).

W świetle tych danych widać, że możliwość poprawy statusu społecznego (a zatem i poziomu życia) z wykorzystaniem najbardziej oczywistych środków służących do tego celu, pod postacią wykształcenia czy powiązanej z nim pozycji zawodowej, jest w przypadku większości osób niepełnosprawnych utrudniona, jeśli w ogóle możliwa do przeprowadzenia. Przez to też kapitał społeczny w jego instrumentalnym wymiarze dla wielu z nich traci na znaczeniu. W tym wypadku rolę kompensacyjną mogą przejąć działania ekspresyjne, które prowadzą do utrzymania lub poprawy kondycji zdrowotnej w sensie obiektywnym, jak i do zadowolenia z życia w sensie subiektywnym. Życiowa satysfakcja nie jest budowana w oparciu o jedno kryterium, stan posiadania (dóbr, pieniędzy, kompetencji, talentów, dokonań itp.). Ważne jest również kryterium subiektywnej oceny życia. Dobrostan psychiczny (ang. *psychological/ subjective well-being*) jest tym aspektem ludzkiego istnienia, który nie zależy jedynie od tego, co ktoś ma lub co mu się przydarza, ale też od tego, jak o tym myśli dana osoba lub co w związku z tym czuje (Maddux, 2018, s. 3–4). Jest on zatem doświadczaniem radości, zadowolenia lub pozytywnego samopoczucia, które wiąże się z przekonaniem, że życie jest dobre, znaczące i warte zachodu (Lyubomirsky, 2013, s. 32).

Z jednej strony, sytuację osób niepełnosprawnych można rozpatrywać w odniesieniu do poziomu życia (jako efektu działań instrumentalnych, dających wsparcie w dążeniu do władzy, prestiżu czy pieniędzy), z drugiej do jakości życia (jako konsekwencji działań o charakterze ekspresyjnym, które decydują o poziomie satysfakcji z życia). Poziom

² W badaniach tych, kwalifikując respondentów do kategorii osób niepełnosprawnych, stosowano dwa kryteria: prawne (posiadanie orzeczenia komisji lekarskiej) i biologiczne (oświadczenie o kalectwie lub przewlekłej chorobie, ograniczających możliwość wykonywania podstawowych czynności życiowych).

życia to „jakość warunków egzystencji w sensie stopnia zaspokojenia ważniejszych potrzeb, »urządzenia się«, wygody i przyjemności życia. W tym ujęciu jest to synonim najszerzej pojętych warunków życia” (Piasny, 1993, s. 73). Z drugiej strony, jakość życia to te wszystkie elementy życia człowieka, które związane są z faktem jego istnienia, bycia kimś i odczuwania różnych stanów emocjonalnych, wpływających np. z faktu posiadania rodziny, kolegów, przyjaciół itp.” (Słaby, 1990, s. 8). W przypadku osób niepełnosprawnych „definiując pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia [...] zwykle za punkt referencyjny przyjmuje się stan dobrostanu, satysfakcji, szczęścia, dobrego życia, pozytywnych emocji” (Tobiasz-Adamczyk, 2010, s. 54). Pomiędzy poziomem i jakością życia zarysowuje się wyraźny podział na materialny standard życia (ang. *having*) z jednej strony oraz relacje społeczne (ang. *loving*) i możliwości samorealizacji (ang. *being*) z drugiej (Allardt, 1993).

Z punktu widzenia osób niepełnosprawnych szczególnie istotne są relacje międzyludzkie, które w powyższym układzie można postrzegać jako siłę sprawczą pozostałych czynników. W rzeczywistości społecznej, która naraża osoby niepełnosprawne na zagrożenia związane z wykluczeniem lub stygmatyzacją, relacje te są zarówno probierzem poziomu akceptacji dokonywanych wyborów, jak również źródłem wsparcia w toku ich realizacji. W tym sensie mogą także uzupełniać lub kompensować braki na innych wymiarach, ale również oddziaływać w tych sferach życia, którym znaczenie nadają obiektywne czynniki socjoekonomiczne.

Kluczową rolę w kształtowaniu zadowolenia z życia odgrywają osoby najbliższe, rodzina, przyjaciele, znajomi. „[...] w konfrontacji ze sformalizowanymi formami pomocy wsparcie rodzinne zyskuje, bowiem pojawia się w porę, reaguje błyskawicznie na zmieniające się potrzeby, jest urozmaicone w formach i elastyczne w stosowaniu niezbędnych rozwiązań, a także mniej stresujące w działaniu” (Woźniak, 1990, s. 132). Postawy przyjmowane przez najbliższych pozwalają osobom niepełnosprawnym kształtować samoświadomość i tożsamość (Altman, 1981).

Stale wsparcie członków rodziny bądź przyjaciół tworzy społeczny (interpersonalny) kontekst, który, obok czynników środowiskowych (odpowiednie zasoby wspólnotowe, bezpieczne miejsce zamieszkania, bezpieczeństwo finansowe) i osobistych (zdrowa samoocena, poczucie własnej wartości, umiejętność radzenia sobie z problemami), wpływa na zdolność przywracania równowagi psychospołecznej w obliczu zagrożeń (tutaj: niepełnosprawności) (Craig, 2012, s. 478). Warunkiem dobrego życia jest zatem umiejętność tworzenia pozytywnych relacjach z innymi, uzupełniana pozytywnymi cechami osobistymi (umiejętnością odnajdywania sensu w niepełnosprawności i reagowanie na nią w sposób elastyczny) oraz zdolnością kierowania własnym życiem (dzięki autonomii i samokontroli) (Dunn i Brody, 2008).

Zasoby pozostające w dyspozycji rodziny tworzą charakterystyczny, trójpoziomy układ. Na pierwszym poziomie znajdują się zasoby osobiste członków rodziny, które obejmują cechy osobowościowe jej członków (inteligencję, poczucie humoru, itp.), zdrowie fizyczne czy samoocenę. Na drugim poziomie znajdują się zasoby systemu rodzinnego pod postacią spójności i elastyczności. Dzięki spójnym relacjom rodzina jest w stanie przetrwać, natomiast elastyczność pozwala zaspokajać zróżnicowane potrzeby i umożliwia pokonywanie przeszkód. Poziom trzeci tworzą zasoby wspólnotowe, do których rodzina ma dostęp. Dzięki nim możliwym staje się aktywne uczestnictwo w inicjatywach społecznych, w procesie rehabilitacji, ale też w budowaniu więzi przyjacielskich lub koleżeńskich. Więzy rodzinne dają każdemu z członków rodziny możliwość czerpania korzyści z takich form aktywności. W procesie tym radzenie sobie z niepełnosprawnością danego członka rodziny może przybierać różne formy: od eliminowania lub redukcji ilości i intensywności żądań, które stawia osoba niepełnosprawna, poprzez działania mające na celu pozyskanie dostępu do nowych zasobów, zmniejszanie napięcia wywołanego permanentnym stresem, po tworzenie, kształtowanie i ocenę znaczeń związanych z niepełnosprawnością, aby ta stała się bardziej konstruktywna, łatwa do opanowania i akceptowalna (Kosciulek, 2007, s. 84–85).

W trudnej sytuacji doświadczania niepełnosprawności (bez względu na to czy jej źródłem są ograniczenia natury psychofizycznej czy społecznej) osoby bliskie jako pierwsze mogą udzielić potrzebnego wsparcia społecznego. Wsparcie to działa nie tylko w kierunku kompensacji „strat” wywołanych niepełnosprawnością, ale może aktywizować potencjał niepełnosprawnych członków rodziny. Każda jednostka ma bowiem pewne osobiste cechy (zasoby) fizyczne i psychiczne, które mogą zostać zmobilizowane do łagodzenia trudności związanych z doświadczaniem niepełnosprawności i wzbogacania życia codziennego. Może to być tożsamość lub samoświadomość, osobiste przymioty, umiejętności zawodowe, zdolności intelektualne, społeczne lub fizyczne, a także talenty związane z pracą lub karierą zawodową. Te wartościowe cechy powinny być wzmacniane i rozwijane (Dunn, 2015, s. 16, 31). Tak więc wsparcie może służyć mobilizacji sił, potencjału czy zasobów, które zostały zachowane, aby osoby niepełnosprawne mogły same radzić sobie ze swoimi problemami (Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 87). Również i w tym aspekcie obecność osób wspierających może mieć fundamentalne znaczenie.

Zakończenie

Teoria kapitału społecznego, przede wszystkim w wymiarze działań ekspresyjnych, odznacza się szczególną użytecznością dla analizy sytuacji reprezentantów tych kategorii społecznych, które są narażone na wykluczenie społeczne. Wykluczenie ogranicza

takim jednostkom dostęp do zasobów kapitałowych danego społeczeństwa (zarówno kolektywnych, jak i społecznych), jednocześnie zmniejszając szanse na uzyskanie przez nie pożądanej (relatywnie wysokiej) pozycji społecznej. Kompensującym czynnikiem dla tych ograniczeń mogą stać się zasoby będące w posiadaniu członków grup pierwotnych, w których takie jednostki funkcjonują i do których, dzięki silnym więzom społecznym, mają dostęp.

Przykładem kategorii społecznej, której członkowie narażeni są na wykluczenie społeczne, są bez wątpienia osoby niepełnosprawne. Kapitał społeczny jest tym czynnikiem, który osobom niepełnosprawnym może pomóc w pomnażaniu korzyści zarówno natury emocjonalnej, jak i instrumentalnej. Należy jednak podkreślić, że decydujące znaczenie ma w ich przypadku ekspresyjna forma kapitału społecznego. Istotną rolę w kształtowaniu jakości i poziomu życia osób niepełnosprawnych odgrywają nie tylko ograniczenia natury fizycznej, ale także nieuniknione w takich wypadkach reakcje emocjonalne. To, w jaki sposób niepełnosprawni rozumieją swoją sytuację, jej przyczyny czy konsekwencje, wpływa w sposób determinujący na to, jak będą sobie z nią radzić. Mogą postrzegać ją w kategoriach wyzwania, kary, oznaki słabości, ulgi, sposobu przyciągnięcia uwagi, nieodwracalnej straty, udoskonalającego doświadczenia duchowego czy wreszcie mogą utożsamiać ją z wrogiem, którego trzeba pokonać. Bez względu na sposób rozumienia przyczyn swojej dysfunkcji, takie emocje jak: gniew, niepokój i strach, złość, depresja oraz poczucie winy są częste wśród tych, którzy doświadczają niepełnosprawności (Falvo, 2005, s. 6–9).

W tej perspektywie istotnego znaczenia nabiera wsparcie społeczne, udzielane osobom niepełnosprawnym przez ich najbliższych, z kręgów rodzinnych czy przyjacielskich. Z jednej strony, postawa tych osób wobec bliskich im niepełnosprawnych bywa odzwierciedleniem lęków, dystansu i stereotypów, co może pogłębiać braki w wymiarze ekspresyjnym, prowadząc do zniechęcenia i wycofania. Z drugiej strony, bywa źródłem rozsądnej troski, motywacji i akceptacji, dzięki czemu łatwiej jest sobie poradzić z deficytami wywołanymi niepełnosprawnością. Udzielane wsparcie może, choć wcale nie musi, być czynnikiem motywującym, pomagającym realizować cele wymierne, czysto instrumentalne. Na pewno ma jednak wartość samą w sobie, gdyż dając poczucie przynależności i chroniąc przed samotnością, zapewnia wyższą jakość życia.

Bibliografia

- Adler, P. S., Kwon, Seok-Woo. (2002). Social Capital: Prospects for a New Concept. *Academy of Management Review* 27, 17–40.

- Allardt, E. (1993). *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*. W: M. Nussbaum, A. Sen (ed.), *The Quality of Life* (p. 88–94). Oxford: Clarendon Press.
- Altman, B. M. (1981). *Studies of Attitudes Toward the Handicapped: The Need for New Direction*. *Social Problems* 28, 321–337.
- Arrow, K. J. (1999). *Observation on social capital*. W: P. Dasgupta, I. Serageldin (ed.), *Social Capital. Multifaceted Perspective* (p. 3–5). Washington D.C.: The World Bank.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D. (2001). *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Burt, R. S. (1992). *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). *Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis*. *Psychological Bulletin* 2, 310–357.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundation of Social Theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Craig, A. (2012). *Resilience in People with Physical Disabilities*. W: P. Kennedy (ed.) *Oxford handbook of rehabilitation psychology* (p. 474–491). New York: Oxford University Press.
- Dasgupta, P. (2001). *Social Capital and Economic Performance: Analytics*. University of Cambridge and Beijer International Institute of Ecological Economics, Stockholm. Dostępny w Internecie: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.200.474&rep=rep1&type=pdf> [dostęp: 13 sierpnia 2016].
- Diagnoza Społeczna. (2015). *Zintegrowana baza danych*. Dostępny w Internecie: www.diagnoza.com [dostęp 13 marca 2017].
- Dunn, D. S. (2015). *The Social Psychology of Disability*. New York: Oxford University Press.
- Dunn, D. S., Brody, C. (2008). *Defining the good life following acquired physical disability*. *Rehabilitation Psychology* 4, 413–425.
- Dunst, C. J., Trivette, C., Cross, A. H. (1986). *Mediating Influences of Social Support: Personal, Family and Child Outcomes*. *American Journal of Mental Deficiency* 4, 403–417.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Field, J. (2008). *Social Capital*. New York: Routledge.
- Fischer, C. S. (2005). *Bowling Alone: What's the Score?* *Social Networks* 27, 155–167.
- Foley, M. W., Edwards, B., Diani, M. (2001). *Social Capital Reconsidered*. W: B. Edwards, M.W. Foley, M. Diani (ed.), *Beyond Tocqueville. Civil Society and Social Capital Debate in Comparative Perspective* (p. 266–280). Hanover, London: Tufts University, University Press of New England.
- Granovetter, M. (1973). *The Strength of Weak Ties*. *American Journal of Sociology* 78, 1360–1380.

- Haveman, M. (2006). Aging, International. W: G. L. Albrecht (ed.) *Encyclopedia of Disability*. Volume I (p. 78–84). Thousand Oaks: Sage Publications.
- ICIDH-2. (2001). *International Classification of Functioning Disabilities, and Health*. Geneva: World Health Organization,
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Nieppełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Kosciulek, J. F. (2007). *The Social Context of Coping*. W: E. Martz, H. Livneh (ed.) *Coping with Chronic Illness and Disability. Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* (p. 73–88). New York: Springer.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing Social Support*. W: N. Lin, A. Dean, W. M. Ensel (ed.) *Social Support, Life Events, and Depression* (p. 17–30). Orlando: ACADEMIC PRESS INC.
- Lin, N. (1999). *Building a Network Theory of Social Capital*. *CONNECTIONS* 22, p. 28–51.
- Lin, N. (2004). *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loury, G. (1992). *The economics of discrimination: Getting to the core of the problem*. *Harvard Journal for African American Public Policy* 1, 91–110.
- Lyubomirsky, S. (2013). *The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does*. New York: Penguin Press.
- Maddux, J. E. (2018). *Subjective well-being and Life Satisfaction. An Introduction to Conceptions, Theories, and Measures*. W: J. E. Maddux (ed.), *Subjective Well-Being and Life Satisfaction*. New York: Routledge.
- Oliver, M. (1996). *Defining Impairment and Disability, Issues at Stake*. W: C. Barnes, G. Mercer (ed.) *Exploring the Divide. Illness and Disability*. Leeds: Leeds University Press, p. 29–54.
- Piasny, J. (1993). *Poziom i jakość życia ludności oraz źródła i mierniki ich określania*. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2, 73–92.
- Portes, A.. (1998). *Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology*. *Annual Review of Sociology* 24, 1–24.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., Nanetti, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Robinson, L. J., Schmid, A. A., Siles, M. E. (2002). *Is Social Capital Really Capital? Review of Social Economy* 60, 1–21.
- Rose, R. (1999). *Getting things done in an antimodern society: social capital networks in Russia*. W: P. Dasgupta, I. Serageldin (ed.), *Social Capital. Multifaceted Perspective* (p. 147–171). Washington D.C.: The World Bank.
- Ryff, C. D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1069–1081.

- Ryff, C. D., Singer, B. H. (2003). Ironies of the human condition: Well-being and health on the way to mortality. W: L. G. Aspinwal, U. M. Staudinger (ed.) *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (p. 271–287). Washington: American Psychological Association.
- Schillmeier, M. (2010). *Rethinking Disability. Bodies, Senses, and Things*. New York: Routledge.
- Słaby, T. (1990). Poziom życia, jakość życia. *Wiadomości Statystyczne* 6, 8–10.
- Smith, S. R. (2009). Social justice and disability. Competing interpretations of the medical and social models. W: K. Kristiansen, S. Vehmas, T. Shakespeare (ed.) *Arguing about Disability. Philosophical perspectives* (p. 15–29). London, New York: Routledge.
- Solow, R. M. (1999). Notes on social capital and economic performance. W: P. Dasgupta, I. Serageldin (ed.), *Social Capital. Multifaceted Perspective* (p. 6–10). Washington D.C.: The World Bank.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2010). Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. W: W. Piątkowski (red.) *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej* (s. 48–63). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Uphoff, N. (1999). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. W: P. Dasgupta, I. Serageldin (ed.), *Social Capital. Multifaceted Perspective* (p. 215–249). Washington D.C.: The World Bank.
- Warren, M. E. (2001). *Democracy and association*. Princeton: Princeton University Press
- Wills, Thomas A., Shinar, Ori. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. W: S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb (ed.), *Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists* (p. 86–135). New York: Oxford University Press.
- Woźniak, Z. (1990). *Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny*, Poznań: nakładem Centralnego Programu Badań Podstawowych CPBP 09.02.

Cytowanie:

- Masłyk Tomasz (2019). *Działania o charakterze ekspresyjnym w perspektywie kapitału społecznego i ich znaczenie dla osób niepełnosprawnych*. „Fabrica Societatis” No. 2, s. 190-205 [dostęp: dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: www.fabricasocietatis.uni.wroc.pl, DOI: [10.34616/fs.19.2.190.205](https://doi.org/10.34616/fs.19.2.190.205).