

Adrianna Grabizna

Uniwersytet Zielonogórski

DOI: <https://doi.org/10.59444/2024MONredJanr1>

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W OKU PATRZĄCEGO. KONSTRUKTYWISTYCZNA FILOZOFIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I ANTYPsYCHIATRIA

Disability in the eye of the beholder. Constructivist philosophy of disability and antipsychiatry

Abstract: We count the existence of philosophy in thousands of years, but the philosophy of disability only in few decades. Many of its voices are constructivist, discussing the ontological status of disability, opposing the naturalization and biologization of disability. I will present some of these voices and will show that they echo anti-psychiatry and the fight for human rights. I will present the quarrel over the definition of disability as an example of an ontological quarrel of the universals. I will compare it to the species problem in biological classifications and to the quarrel over the definition of mental disorder in psychiatric classifications (mostly DSM). I will show the similarity between the way the sexuality of children and women was treated and the way in which the sexuality of people with disabilities is perceived.

Keywords: philosophy of disability, antipsychiatry, constructivism, quarrel of the universals, DSM

[...] większość ludzi stale walczy nie o biologiczne przetrwanie,
ale o „miejsce pod słońcem”, o „spokój ducha”,
albo o jakąś inną człowieczą wartość.

Thomas Szasz, 1960

Wprowadzenie. Wreszcie filozofia niepełnosprawności

Biorąc pod uwagę, że historię filozofii liczy się w tysiącach lat, to można powiedzieć, że zaistnienie w filozofii osób z niepełnosprawnością i zaistnienie filozofii niepełnosprawności miało miejsce niejako przed chwilą, bo dopiero w drugiej połowie XX wieku (Wasserman, Aas 2022). Zbiega się to, a może wiąże z walką o prawa człowieka, następuje po uchwaleniu przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1948 r. Powszechnej

deklaracji praw człowieka i zawartej przez państwa członkowskie Rady Europy w 1953 r. Europejskiej konwencji praw człowieka. Walka o prawa człowieka to walka o uznanie czyjeś istnienia, o poszanowanie godności i praw, podmiotowości, równości, człowieczeństwa. „Osoby z niepełnosprawnością są także obywatelami/obywatelkami” (Shah 2017). Filozofia niepełnosprawności i osoby uprawiające filozofię niepełnosprawności wykarzczowują więc sobie ścieżkę i zaczynają istnieć w filozofii analogicznie do tego, jak stopniowo zaczynały w filozofii istnieć kobiety, a co zbiega się, a może i wiąże, z Deklaracją praw człowieka i obywatela z 1789 r. (np. Mary Wollstonecraft, Mary Astell, Jane Addams, Róża Luxemburg i potem Simone de Beauvoir, Iris Murdoch czy Judith Butler, zob. np. McAfee et al. 2023).

Znaczna część aktualnej filozofii niepełnosprawności idzie w kierunku jakiejś formy konstruktywizmu, tj. zwraca uwagę na to, do jakiego stopnia „niepełnosprawność” jest w oku patrzącego, jest konstruktem społecznym (np. Barnes 2016, Jenkins, Webster 2021, Howard, Aas 2018, Gregory 2020 czy Tremain 2017). Shelley Tremain w książce *Foucault and Feminist Philosophy of Disability (Foucault i feministyczna filozofia niepełnosprawności, tłum. A.G.)*¹ twierdzi, że niepełnosprawność to mechanizm skonstruowany i podtrzymywany przez prawo, ale także przez reguły nieformalne, kulturowe, stworzone przez ludzi, którzy uważają się za „normalnych”; jedni ludzie definiują tych, rządzą tymi, których uważają za „dewiantów” (*deviants*). Jej zdaniem natomiast

[N]iepełnosprawność nie ma metafizycznego podłoża, nie jest naturalną, biologiczną kategorią czy cechą, którą tylko niektóre osoby ucieleśniają czy posiadają, ale raczej jest historycznie uwarunkowaną siecią relacji siły, z którą każdy jest powiązany i w nią uwikłany i to w odniesieniu do niej zajmuje jakieś miejsce. To znaczy, że bycie osobą niepełnosprawną lub nie-niepełnosprawną oznacza zajmowanie określonej pozycji przedmiotu w skutecznych ograniczeniach aparatu niepełnosprawności [...]² (Tremain 2017: 22, tłum. A.G.).

Shelley Tremain, zainspirowana Foucaultem, pisze o tym, że „wiedza [np. wiedza medyczna, wiedza specjalistyczna etc. – A.G.] to władza”, na podstawie której zasada się potem władza instytucji państwowych nad ciałami obywateli/obywatelek. Owa

¹ Shelley Tremain za tę książkę wydaną w 2017 r. przez Wydawnictwo Uniwersytetu Michigan została nagrodzona w 2016 r. Nagrodą Tobina Siebers’a w Dziedzinie Humanistyki przyznawaną przez Uniwersytet w Michigan (Tobin Siebers Prize for Disability Studies in the Humanities). Tremain to doktorka filozofii, która zajmuje się m.in. filozofią niepełnosprawności, walką o prawa człowieka osób z niepełnosprawnościami, kobiet i osób z mniejszości seksualnych. Jest jedną z głównych naukowczyń w kanadyjskim instytucie badawczym polityki krajowej promującej prawa człowieka osób z niepełnosprawnościami (Principal Investigator for Canada’s national policy research institute to promote the human rights of disabled people).

² „[D]isability is not a metaphysical substrate, a natural, biological category, or a characteristic that only certain individuals embody or possess, but rather is a historically contingent network of force relations in which everyone is implicated and entangled and in relation to which everyone occupies a position. That is, to be disabled or non-disabled is to occupy a certain subject position within the productive constraints of the apparatus of disability [...]”.

wiedza ma za zadanie opisać „nieprawidłowe” zjawiska psychiczne w terminach medycznych, przełożyć na określone jednostki nozologiczne i opracować metody leczenia/rehabilitacji.

Filozofia niepełnosprawności: śladami antypsychiatrii

Zafascynowanie Tremain Foucaultem i popularność konstrukttywizmu w filozofii niepełnosprawności jest symptomatyczne. Wydaje się, że podąża ona podobną drogą, którą wcześniej wytyczała antypsychiatria. Antypsychiatria to, mówiąc krótko, sprzeciw wobec modelu biomedycznego, naturalistycznego. Nurt antypsychiatryczny nie ma ściśle określonego programu. Tym, co jest wspólne dla głosów antypsychiatrycznych, jest odrzucenie właśnie medycznego modelu choroby psychicznej (Banicki 2015). Model biomedyczny opierał się na przekonaniu, że dokonanie klasyfikacji jednostek chorób psychicznych jest w zasadzie sprawą nauk przyrodniczych. Zakładano, i dokonują tu lektury ontologicznej, że na ich gruncie osoby nimi się zajmujące nie tworzą jednostek nozologicznych (bo tworzeniem, kreacją zajmuje się sztuka, a nie nauka), tylko „odkrywają” choroby/zaburzenia/dysfunkcje już istniejące, rozpoznają je, a potem nazywają i grupują. Te akty (roz-)poznania pozostawałyby w tym modelu zasadniczo niezależne od tego, że choroby psychiczne bywają społecznie poddawane negatywnej ocenie i uznawane za niepożądane. Według tego modelu choroba psychiczna stanowi „rzeczywistą część przyczynowej struktury świata” (Murphy 2011: 433, cyt. za Banicki 2015: 97) i przejawia się w postaci konkretnej neuropatologii; psychiatrię natomiast próbuje się postawić w jednym szeregu z biologią i medycyną oraz zignorować aspekty społeczne i humanistyczne. To stanowisko sięga już Emila Kraeplina, jednego z ojców psychiatrii, który był przekonany o istnieniu odrębnych jednostek chorobowych rozumianych jako „grupy symptomów występujących jednocześnie i ujawniających się w charakterystyczny sposób” (Banicki 2015: 97). Zakładano, że w przypadku każdej z takich jednostek chorobowych „istnieje właściwa jej przyczyna, swoista patologia mózgu, swoisty obraz kliniczny i właściwy jej sposób leczenia” (cyt. za Banicki 2015: 97).

Konstrukttywizm natomiast (tu znowu jego lektura filozoficzna) wyraża i podkreśla świadomość tego, że każdy „opis” rzeczywistości jest czyjś. Nawet opis rzeczywistości przyrodniczej dokonywany przez biologów/biolożki jest opisem z perspektywy tych konkretnych osób, że nie ma czegoś takiego jak „opis ateoretyczny” (czy klasyfikacja „czysto deskryptywna”) czy jak to nazywał filozof Thomas Nagel, nie ma czegoś takiego jak niczyj punkt widzenia (nazwał to punktem widzenia znikąd, „the view from nowhere”, Nagel 1986). Osoby zajmujące się tworzeniem klasyfikacji chorób psychicznych nie żyją przecież poza czasem, tj. poza społeczeństwem, kulturą i językiem, które je

tworzą, a ich namysł nad tym, co jest normą i patologią nie dokonuje się w oderwaniu od samych siebie. Te osoby też są częścią społeczeństwa, mają własne doświadczenia życiowe, pragnienia, trudności, światopoglądy. To, kim te osoby są materializuje się w tym, na co patrzą, jak na to patrzą i co widzą. Spór między modelem biomedycznym (naturalizmem) a konstruktywizmem społecznym jest w świetle filozoficznym debatą nad tym czy istnieje coś takiego jak prawda obiektywna. To jest debatą nad tym czy 1) zdrowie i choroba psychiczna, norma i patologia istnieją obiektywnie, pozasubiektywnie, poza podmiotami poznającymi jakimi jesteśmy i nauka je „odkrywa”, czy też 2) istnieją one – tak jak piękno – „w oku patrzącego”, tj. są sposobem w jakim ludzie, podmioty poznające, w szczególności grupa ludzi uprawiających naukę o zdrowiu psychicznym postrzega to, co zdrowe i to, co patologiczne.

Podam kilka przykładów, które są zarazem głosem na rzecz tak rozumianego konstruktywizmu. Drapetomania jest znanym i mocnym przykładem wręcz nadużycia modelu medycznego w psychopatologii. Dziś już zasadniczo zgadzamy się, że jest to *fikcyjne* zaburzenie. Jednak swojego czasu ta „choroba” była uważana za przyczynę ucieczek niewolników od ich panów (Cartwright 1851)! To jest choroba psychiczna, która dziś ewidentnie jest uważana za istniejącą „w oku patrzącego”. Ten patrzący to osoba czy grupa osób, które sprowadzają lub popierają sprowadzanie innych osób do sytuacji uzależnienia, do sytuacji przedmiotu, który się używa, sprzedaje... Dziś w oczach większości ludzi niewolnictwo i handel ludźmi to przemoc i w związku z tym – zgodnie z aktualną umową społeczną, jaką jest prawo – stanowią one przestępstwo, tj. nie są „leczone” czy karane osoby, które uciekają/bronią się przed niewolnictwem, ale ludzie, którzy się tego dopuszczają. Nie uznajemy dziś niewolnictwa jako kategorii „naturalnej” czy „biologicznej”, tylko jako kategorię społeczną, w której jedne osoby uważają się za „panów” i dzielą ludzi na „panów” i „niewolników”. Analogiczną argumentację mają w stosunku do pojęcia „kobieta/mężczyzna” Simone de Beauvoir czy Monique Wittig. „Nie rodzimy się kobietą, tylko się nią stajemy [tłum. A.G.]” („On ne naît pas femme: on le devient”). Ten słynny cytat pochodzi z książki Simone de Beauvoir *Druga płeć (Le Deuxième Sexe)* opublikowanej w 1949 r.³, z części wymownie zatytułowanej *Kształtowanie (Formation)* i z rozdziału pt. *Dzieciństwo* – „Nie rodzimy się kobietą, stajemy się nią. Żaden mus biologiczny, psychiczny czy ekonomiczny nie determinuje tego, czym staje się samica człowieka: to ta cała cywilizacja tworzy produkt pośredni między samcem a kastratem samca, jak zwykle się określać kobietę”⁴

³ Książka stanowiła przełomowe dzieło, które włączyło się w ruch walki o równość ludzi bez względu na płeć, a jej pierwsze wydanie, które liczyło 22 tys. egzemplarzy, sprzedało się w tydzień, co pokazuje jakie było zapotrzebowanie!

⁴ „On ne naît pas femme, on le devient. Aucun destin biologique, psychique, économique ne définit la figure que revêt au sein de la société la femelle humaine; c'est l'ensemble de la civilisation qui élabore ce produit intermédiaire entre le mâle et le castrat qu'on qualifie de féminin”

(Beauvoir 1949/1976: 13). Monique Wittig 30 lat później nawiązuje do Beauvoir, ale idzie jeszcze dalej, pisząc „On ne naît pas femme” („Nie rodzimy się kobietą”) (Wittig 1980), skracając jej myśl: nie ma kobiet, są ludzie, a każda osoba jest sobą, więc jest inna.

Innym przykładem, co do którego powszechniej w tej części świata zgodzimy się, że jest „w oku patrzącego”, to przykład tego, w jaki traktowano seksualność dzieci i kobiet. Istniała kategoria zwana „zaburzeniem masturbacji dziecięcej” (Foucault, 1978). Natomiast w stosunku do dorosłych kobiet mówiono o „anorgazmii” w sytuacji, kiedy kobieta nie miała orgazmu tzw. waginalnego, mimo że miała orgazm tzw. lechtaczkowy. Lekarze, którymi byli tylko mężczyźni, bo tylko mężczyźni mieli prawo studiować, uważali, że kobiety przeżywają psychicznie dojrzały orgazm tylko przy udziale mężczyzny i penisa (zob. jeszcze Freud 1900/1996). W kontekście już współczesnej klasyfikacji znana jest analiza tego, jak DSM-III odzwierciedla stereotypy mężczyzn na temat kobiet (Kaplan, 1983 i krytyczna odpowiedź na nią Williams, Spitzer 1983). O utrzymywaniu się takiego traktowania seksualności kobiet dużo mówi fakt, że anatomię lechtaczki poznaliśmy dopiero na początku tego tysiąclecia (sic!) (O’Connell 2005), a do dziś o seksualności kobiet w anatomii i seksuologii mówi się, stosując nomenklaturę nieuwzględniającą anatomii lechtaczki (Puppo, Puppo 2015).

Znakomitym przykładem „choroby psychicznej w oku patrzącego” jest także histeria. W czasach nowożytnych w naszej części świata histerię jeszcze do ostatniego stulecia „diagnozowano” wyłącznie u kobiet, ponieważ uważano, że wywołuje ją nieprawidłowe funkcjonowanie macicy i że należy ją „leczyć” np. małżeństwem, ciążą, stosunkiem płciowym... Krokiem w kierunku zmiany był m.in. Jean-Martin Charcot: podczas jednej ze słynnych wtorkowych lekcji klinicznych (30 października 1888) ogłosił, że histeria jest jedna i niepodzielna⁵ (Charcot 1889, cyt. za Brémaud 2015, tłum. A.G.), tj. wyraził mocne przekonanie, że to choroba somatyczna, przyznawał jej niezależny status ontologiczny. Uznał przy tym, że jest chorobą układu nerwowego, a nie, że wynika z dysfunkcji macicy⁶! Znamienne natomiast jest to, że Charcot wcale nie wypowiedział tej hipotezy pod wpływem odkryć neurobiologicznych korelatów, tzw. podłoża organicznego. Identyfikował ją poprzez „ogląd kliniczny”: „Charcot «widział» i obserwował histerię we wszystkich jej formach [...]. Cała histeria zawierała się w tym spojrzeniu”⁷ – (Trillat 1970, cyt. za Brémaud 2015: 489, tłum. A.G.).

⁵ „l’hystérie est une et indivisible”.

⁶ Od tej pory zaczęto uważać, że mężczyźni mogą chorować na histerię, jednak diagnoza ta była odbierana jako stygmatyzująca, odwołująca się do słabości i kobiecości (P. Lerner (2000), *Psychiatry and Casualties of War in Germany*, 1914-18, „Journal of Contemporary History”, Vol. 35, No. 1, Special Issue: Shell-Shock). Pokazywało to w gruncie rzeczy negatywny stosunek do kobiet, który stał za pojęciem histerii.

⁷ „Charcot avait «vu» et observé l’hystérique sous toutes les coutures [...]. L’hystérie tenait tout entière dans ce regard”.

Jednym z powodów diagnozowania hysterii było to, że kobieta nie chciała wychodzić za mąż za tego, za kogo jej narzucano, nie chciała być zmuszana to tego, co narzucała jej płciowa/klasowa rola. Ówczesna medycyna definiowała zdrowie psychiczne jako między innymi gotowość do podporządkowania się społecznym normom. Wolność osobista i sprzeciw przeciwko jej łamaniu okazywały się występne i właśnie chorobliwe. Jeszcze i dziś znany podręcznik do psychopatologii (Seligman, Walker, Rosenhan et al. 2007) zawiera kryteria, które mogą wskazywać chorobę/zaburzenie odwołujące się do normy i nienormalności: 1) cierpienie, 2) nieprzystosowanie (ang. *maladaptiveness*), 3) nieracjonalność, 4) nieprzewidywalność i utratę kontroli, 5) nietypowość i niekonwencjonalność, 6) dyskomfort obserwatora oraz 7) naruszanie standardów (Seligman 2007, cyt. za Banicki 2015). W aktualnych standardach klinicznych mowa jest już nie o hysterii, ale o zaburzeniu dysocjacyjnym. Jednak do dziś nie znamy neurobiologicznych korelatów, które odpowiadałyby specyficznie temu zaburzeniu, a nie były charakterystyczne dla skutków silnego stresu (zob. np. Skałbani et al. 2021). Spojrzenie na kobiecość ewoluuje, to dlatego „Historia hysterii nie ma końca i jest wciąż do napisania od nowa”⁸ (Trillat 1984, cyt. za Brémaud 2015: 486, tłum. A.G.).

I w końcu rzekoma biologiczna niższość kobiet. Czy w biologii istnieje coś takiego jak opis ateoretyczny? Obiektywny? I który by „obiektywnie” udowodnił niższość kobiet? Francuski lekarz Paul Broca latami badał mózgi zmarłych kobiet i mężczyzn. Mierzył objętość ich mózgów (wypełniał puszki czaszkowe ołowianym śrutem) i ich wagę. Jego wyniki wskazywały, że mózgi mężczyzn były o 181 g cięższe (średni ciężar mózgów przebadanych przez Brokę mężczyzn to 1325 g) w stosunku do mózgów kobiet (które ważyły średnio 1144 g). Owszem, przeszło mu przez myśl, że mniejsza objętość i mniejszy ciężar mózgu kobiet może być związana z mniejszą wagą całego ciała kobiet: „Zadaliśmy sobie pytanie czy niewielkich rozmiarów mózgu kobiet nie wynika całkowicie z niewielkich rozmiarów ich ciał”⁹ (cyt. za Vidal 2002: 2, tłum. A.G.). Niemniej jednak i tak zinterpretował te wyniki stosownie do uprzednio żywionych przekonań: „Jednak należy mieć na uwadze, że kobieta jest średnio mniej inteligentna niż mężczyzna. Jest zatem uzasadnione, żeby zakładać, że niewielki rozmiar mózgu kobiety zależy zarówno od jej niższości fizycznej, jak i jej niższości intelektualnej”¹⁰ (Broca 1861, cyt. za Vidal 2002: 2, tłum. A.G.). Dokonał takiej interpretacji, mimo że dane kraniometryczne jego czasów wskazywały na różnorodność mózgów. Badane mózgi nie zawsze były też ze sobą porównywalne ze względu na wzrost ciała, wiek, przyczynę

⁸ „L’histoire de l’hystérie n’est jamais achevée et toujours à recommencer”.

⁹ „On s’est demandé si la petitesse du cerveau de la femme ne dépendait pas exclusivement de la petitesse de son corps”.

¹⁰ „Pourtant, il ne faut pas perdre de vue que la femme est en moyenne un peu moins intelligente que l’homme. Il est donc permis de supposer que la petitesse relative du cerveau de la femme dépend à la fois de son infériorité physique et de son infériorité intellectuelle”.

zgonu, metodę pomiaru... Jednak uprzednie przekonanie Broki (a mówiąc wprost, jego uprzedzenie) było tym, co dostrzegł w wynikach, niejako bez względu na dane: mózgi kobiet są mniejsze niż mężczyzn, bo kobiety są mniej inteligentne, podobnie jak mózgi osób czarnoskórych w stosunku do osób o białym kolorze skóry, a mózgi robotników w stosunku do ich dyrektorów... Sto lat później historia się powtarza: w naszych czasach wciąż istnieją osoby, które tak uważają i dokonują badań, by to wykazać, a mianowicie, że mężczyźni mają objętość czaszkową większą niż kobiety, osoby o białym kolorze skóry większą niż osoby czarnoskóre i oficerowie w wojsku niż żołnierze (na podstawie danych wojskowych dotyczących rozmiaru hełmów i mundurów...). Zmieniło się natomiast postrzeganie tego typu tez i artykuł ze względów etycznych został odrzucony przez „Nature”, choć opublikowało je inne międzynarodowe czasopismo (Maddox, 1992, cyt. za Vidal 2002).

W odniesieniu do koncepcji normy i patologii psychicznej konstruktywizm wyraża świadomość, że odzwierciedlają one wartości i rozkład sił właściwy dla danego społeczeństwa w danym czasie, a psychiatria nie jest poza społeczeństwami, jest częścią społeczeństw (stąd różnice w pojmowaniu normy i patologii). Poszukiwanie korelatów biologicznych dla danych chorób psychicznych byłoby w ujęciu konstruktywizmu wtórne: „Zaburzenia społeczne nieakceptowane są złe. Łatwiej się z nim pogodzić, jeśli powiążemy je ze złe funkcjonującym, małowartościowym mózgiem. W ten sposób uzasadniamy jak gdyby naukowo własne negatywne postawy wobec ludzi, którzy nie przestrzegają ogólnie przyjętych konwencjonalnych norm społecznych” (Jankowski 1975/94: 83).

Antypsychiatria to w szczególności druga połowa XX w.: Szasz 1960, 2000, Laing 1960, Torrey 1974, Foucault 1965/1987 (zob. Bracken, Thomas 2010 o różnicach w poglądach Szasza i Foucaulta także na filozoficznej płaszczyźnie), Jankowski 1975/1994 czy Mannoni (1970) we Francji i Basaglia we Włoszech. Można powiedzieć, że antypsychiatria to ruch w kierunku uznania podmiotowości osób zmagających się z cierpieniem psychicznym, a konstruktywistyczna filozofia niepełnosprawności to ruch w kierunku uznania podmiotowości osób z niepełnosprawnościami. Francuski filozof Michel Foucault (w *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu* 1961) pokazuje, jak od wieków choroba psychiczna i niepełnosprawność były traktowane na równi, tj. tak samo źle jak bieda, przestępczość i niemoralność. Foucault przywołuje na przykład utworzenie tzw. szpitala powszechnego (l'Hôpital Général), w XVII w. zamykano w jednym miejscu osoby należące do „niezbyt rozróżnialnej masy” („la masse un peu indistincte”) żebraków, próżniaków, „sprawnych i niesprawnych, chorych lub rekonwalescentów, uleczalnych lub nieuleczalnych” („valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables”), o których mowa w edykcie królewskim z 27 kwietnia 1656 r. (Foucault 1961/2006: 90-92). Antypsychiatria zwraca uwagę na to, że o ile wyłączenie

osób niewygodnych ze społeczeństwa i umieszczenie ich w zamkniętej przestrzeni nie jest niczym nowym, o tyle wraz z powstaniem psychiatrii podstawą odosobnienia staje się wiedza medyczna. Leczenie przez długi czas sprowadzało się do sprawowania nadzoru i izolowania osób, które miały status chorych nadany przez społeczeństwo.

Esencja konstruktywizmu zawiera się w moim odczuciu w dwóch wielce wymownych fragmentach napisanych przez amerykańskiego psychiatrę, psychoanalityka i czołowego antypsychiatrę Thomasa Szasza. Co prawda wyrażają stosunek Szasza do choroby psychicznej, jednak w mojej opinii równie dobrze mogłyby być napisane w odniesieniu do niepełnosprawności i wtedy wyrażać esencję konstruktywistycznej filozofii niepełnosprawności:

Zamierzam w tym eseju podjąć pytanie: „czy istnieje coś takiego jak choroba psychiczna?” i uargumentować, że nie istnieje [...]. Choroba psychiczna nie jest dosłownie „czymś” – jakimś fizycznym bytem – i dlatego „istnieje” na takiej samej zasadzie jak istnieją pojęcia teoretyczne [...] Pojęcie choroby psychicznej służy głównie temu, żeby nie widzieć tego, że większość ludzi stale walczy nie o biologiczne przetrwanie, ale o „miejsce pod słońcem”, o „spokój ducha”, albo o jakąś inną człowieczą wartość. [...] Podtrzymywanie mitu choroby psychicznej pozwala ludziom nie mierzyć się z tym problemem¹¹ (Szasz 1960, tłum. A.G.).

I drugi fragment:

By zrozumieć współczesne pojęcie choroby psychicznej trzeba zwrócić uwagę na *radykalnie różne źródła medycyny i psychiatrii. Medycyna zaczęła się, kiedy zaczęto szukać ulgi w cierpieniu spowodowanym chorobą. Psychiatria zaczęła się, kiedy zaczęto szukać ulgi w cierpieniu spowodowanym (niewłaściwym) zachowaniem kłopotliwych krewnych.* W odróżnieniu od zwykłych lekarzy, pierwsi psychiatrzy, zwani lekarzami szaleńców, leczyli osoby, które nie chciały być ich pacjentami, a objawy wiązały się z niechęcią ich krewnych. To kluczowe kwestie, o których nigdy nie wolno zapominać¹² (Szasz 1994: 103, tłum. i kursywa A.G.).

¹¹ „My aim in this essay is to raise the question «Is there such a thing as mental illness?» and to argue that there is not... Mental illness... is not literally a «thing» – or physical object – and hence it can «exist» only in the same sort of way in which other theoretical concepts exist... [...] The notion of mental illness thus serves mainly to obscure the everyday fact that life for most people is a continuous struggle, not for biological survival, but for a «place in the sun», «peace of mind», or some other human value. [...] Sustained adherence to the myth of mental illness allows people to avoid facing this problem [...]”

¹² „To understand the modern concept of mental illness, it is necessary to focus on the radically different origins of the medical and psychiatric professions. Medicine began with sick persons seeking relief from their suffering. Psychiatry began with the relatives of troublesome persons seeking relief from the suffering the (mis-)behavior of their kin caused them. Unlike the regular doctor, the early psychiatrists, called mad-doctor, treated persons who did not want to be his patients, and whose ailments manifested themselves by exciting the resentment of their relatives. These are critical issues never to be lost sight of”.

W tym sensie Szasz uważał, że medycyna somatyczna odkrywała choroby, a psychiatria tworzyła. To nie osoba jest niezdrowa, ale jej sytuacja. Choroba psychiczna jest tu rozumiana jako zdrowa reakcja na chore społeczeństwo.

To w takim sensie antypsychiatryczne głosy twierdziły, że „społeczeństwo tworzy swoich wariatów” („une société fait ses fous”), definiuje status wariata i uprzedmiotawia, izoluje (Mannoni 1970). Prowadzone były wtedy badania wykazujące, że niektóre zaburzenia zachowania występujące u osób hospitalizowanych wynikają z samej hospitalizacji (zob. np. Jankowski 1974/1994), stąd była mowa o szpitalach psychiatrycznych jako instytucji totalnej (*total institution*, Goffman 1961/2011). Ani Szasz, ani Mannoni nie zaprzeczali istnieniu trudności i cierpienia, z którymi się ludzie borykają! Bo chociaż Thomas Szasz określa mitem pojęcie choroby psychicznej, to określenie to nie oznacza, że nie istnieją trudności, z którymi ludzie się mierzą oraz cierpienie, którego doświadczają. Te zjawiska istnieją. Szasz na gruncie ontologicznym wyrażają inną tezę, bardziej subtelną, a mianowicie, że pojęcie „choroba psychiczna” nie powinno być brane w sensie ontologicznym. Pojęcie choroby psychicznej, jak ujmuje to Szasz, jest „metaforą, którą przyzwyczailiśmy się brać za fakt”. Konsekwencje etyczne takiego podejścia są natomiast takie, że przestajemy mówić o ludzkich problemach, o indywidualnej historii osób, ich sytuacji, a zaczynamy mówić o chorobie i widzieć chorobę, a nie człowieka. Pojęcie choroby traktujemy dosłownie, tak jakby za tym stał realny byt. A to jest jedynie pojęcie ogólne. Szasz, który nie odwołuje się do ontologii, nie używa słowa „pojęcie ogólne”, tylko właśnie „metafora”. Z punktu widzenia ontologicznego wydaje się, że w gruncie rzeczy chodzi właśnie o pojęcia ogólne, tzw. ogólniki czy uniwersalia. Dlatego teraz proponuję lekturę sporu o definicje w kontekście filozoficznego sporu o uniwersalia, który krótko wyjaśnię i pokażę na trzech przykładach: sporu o uniwersalia w biologii (spór o gatunek), sporu o chorobę psychiczną i sporu o definicję niepełnosprawności.

Spór o definicję a filozoficzny spór o uniwersalia

1. Spór o gatunek w biologii

Nie ma możliwości wskazania gatunku psa. Można wskazać palcem, zrobić opis, zrobić zdjęcie etc. konkretnego pieska, np. Kajtka, Burka. Jednak palcem nie można wskazać gatunku *Canis lupus familiaris*. A jednak widząc Kajtka i Burka, widzimy, rozpoznajemy, że to dwa psy! Ale widzimy też, że Kajtek i Burek to **dwa** (różne) psy... Pytanie kluczowe teraz jest takie: czy pewne cechy, procesy, czynniki etc. powodują, że my rozpoznajemy w nich podobieństwa (**i widzimy, że Kajtek i Burek to dwa psy**) i różnice, jednostkowość, wyjątkowość każdego z nich (**i widzimy, że Kajtek i Burek to**

dwa psy) czy też, że pewne cechy, procesy, czynniki etc. powodują, że Kajtek i Burek to dwa psy i **Kajtek i Burek to dwa psy**. Jeszcze krócej to ujmując, na ile podobieństwo jest w oku patrzącego, a na ile jest coś pozasubiektywnego, co powoduje, że to podobieństwa występują. Na ile jednostki klasyfikacyjne (tu: w biologii) odzwierciedlają to, jak my pojmujemy procesy biologiczne, a na ile odzwierciedlają faktyczne przyczyny powstawania zmienności osobniczej, różnicowania się i specjacji? To pytanie ma charakter ontologiczny (choć ma też płaszczyznę epistemologiczną, dotyczącą warunków poznania). Ontologia zadaje pytanie: jak coś istnieje (*onto* – gr. ‘to, co jest’); czy np. pojęcie gatunku jest w oku patrzącego (i wtedy skłaniamy się ku idealizmowi, w znaczeniu *ideas in mind*), czy istnieje także obiektywnie, w rzeczywistości pozasubiektywnej (rzeczywistość od rzecz, łac. *res* i stąd realizm).

W biologii, mimo że gatunek to podstawowa jednostka, to według jednych szacunków dotyczących liczby gatunków jest ich 3,6 miliona, a według innych 100 milionów! Podobne rozbieżności dotyczą także liczby osobników danego gatunku (*species evenness*), biogeografii i dystrybucja gatunków, filiacji etc. (Grabizna 2017). W związku z tym w biologii centralne jest to pytanie ontologiczne: „czy gatunki są realnymi bytami, czy arbitralnymi konstruktami ludzkiego umysłu, artefaktami subiektywności?”¹³ (Coyne, Orr 2004: 7, tłum. A.G.). Spór o gatunek w biologii to silne echo starego filozoficznego sporu o pojęcia ogólne, tzw. sporu o uniwersalia czy też o powszechniki (ogólniki) pojedynczych rzeczy, pojęć, nazw, które, mocno skrcając Porfiriusza (*Isagoga*, III w.n.e), brzmi „Czy rodzaje i gatunki istnieją w rzeczywistości, czy tylko w myśli?”

2. Spór o chorobę psychiczną

Analogiczny problem dotyczy nauk o zdrowiu psychicznym i tak jak istnieje słynny tzw. problem gatunku w biologii, tak istnieje tzw. problem choroby psychicznej. Początkowo w psychiatrii wyodrębniano tylko kilka kategorii psychiatrycznych. Jedną z nich był „obłąd masturbacyjny”. Sam „onanizm” był traktowany jak choroba, ale też jako źródło choroby psychicznej (właśnie obłądu masturbacyjnego) przez ojców psychiatrii (w Ameryce Benjamin Rush, we Francji Philippe Pinel i Jean Esquirol, w Wielkiej Brytanii Henry Maudsley, w Niemczech Emil Kraepelin). Narządy seksualne dzieci i osób uznanych za psychicznie chore zabezpieczano za pomocą urządzeń z gipsu, skóry lub gumy; mężczyznom przecinano nerwy prącia, a kobietom usuwano łechtaczki (Jankowski 1975/94: 50-51). Oczywiście nie robiono tego, ponieważ wykazano uprzednio jakąś zależność neurobiologiczną prowadzącą od masturbacji do choroby psychicznej i dopiero na tej podstawie wyodrębniono taką „jednostkę chorobową” jak

¹³ „Are species real entities or arbitrary construct of the human mind artefacts of subjectivity?”

obłęd masturbacyjny. Stąd pierwsze głosy antypsychiatryczne głosiły, że medykalizacja, wprowadzenie dyskursu medycznego, jest formą ukrycia argumentacji moralnej. Inną ogólną kategorią psychiatryczną pierwszego stulecia psychiatrii było „zwyrodnienie” (*degenerescence*, wprowadzone przez Bénédicta-Augustina Morela ze szpitala psychiatrycznego Salpêtrière w Paryżu), kategoria „odkryta” w trakcie badań nad osobami, które nazywano „kretynami” (*crétins*). Zwyczajnie uważano za dziedziczne i związane z warunkami życia, np. z biedą, brakiem higieny czy uzależnieniem od alkoholu (Stiker 1982/2013). U Jeana Esquirola listę przyczyn zaburzeń psychicznych co prawda także otwiera dziedziczność, ale potem wymienia on nadużywanie wina, libertyński styl życia, masturbację, „łamanie reguł” (*suppression des règles*) społecznych. Jean-Étienne Dominique Esquirol, rojalista, był przekonany o bezpośrednim związku między rewolucją a szaleństwem. Stąd głosy antypsychiatrii, które uważają psychiatrię „jako jeden z języków służących projektowaniu i podtrzymywaniu społecznego ładu”, „jako instytucję i jako pewien zestaw praktyk, które – budując wiedzę o obłąkanych – realizują określoną wizję społecznego porządku” (Czeczot 2018: 12). Zmiany, które doprowadziły do powstania psychiatrii i medykalizacji choroby psychicznej polegały na zmianie w traktowaniu pacjentów/pacjentek, nie odzwierciedlały odkryć nauki. „Nauka”, „obiektywna wiedza” to w tym sensie manifestacja władzy, która może kontrolować różne obszary życia społecznego – tak jak inne formy zwierzchnictwa. Stąd koncepcja władzy/wiedzy Michela Foucaulta, filozofa, który zauważa, że zmiany w psychiatrii nie następowały w kontekście odkryć naukowych, ale w szeregu przemian społecznych i ekonomicznych. Antypsychiatria była początkowo ruchem przeciwko stosowaniu środków przymusu, np. środków krepujących. Był to zatem ruch opowiadający się za szacunkiem do osoby chorującej. Była to ogólna, społeczna (a nie naukowa) tendencja dająca się zaobserwować w większości krajów Europy oraz USA. Republika i psychiatria instytucjonalna powstają przecież w tej samej dekadzie, a w dekretach znoszących internowanie pobrzmiewa echo Deklaracji Praw Człowieka (Czeczot 2018).

Spojrźmy teraz na współczesne klasyfikacje psychiatryczne. Poszczególne edycje tych klasyfikacji zawierają coraz większą liczbę kategorii diagnostycznych (i są coraz obszerniejsze). I tak DSM-I z 1952 r. klasyfikuje 106 zaburzeń psychicznych (i liczy 100 stron). DSM-III z 1980 r. klasyfikuje 265 zaburzeń psychicznych (i liczy niemal 500 stron). Ostatnie wydanie, DSM-5 z 2013 r. klasyfikuje 410 zaburzeń psychicznych (liczy około 1000 stron). Niektóre cechy przestały być patologizowane i wycofano niektóre jednostki (np. homoseksualizm, histeria). Jednostek nozologicznych przybyło o 400% w stosunku do pierwszego wydania! Czy znaczy to, stawiając kwestię na płaszczyźnie ontologicznej, że przybyło zaburzeń psychicznych, czy że zmienia się nasze postrzeganie zdrowia i patologii? Tak jak w przypadku początku psychiatrii, tak

i teraz, trzeba jasno powiedzieć, że nie jest to zmiana wynikająca z odkryć biologicznych, naukowych i nie odzwierciedlała odkryć dotyczących funkcjonowania ludzkiego umysłu. Przewrót następuje w sferze społecznej i w stosunku do drugiego człowieka.

Chcąc rozwiązać napięcie między podejściem psychodynamicznym i tzw. nowej psychiatrii biologicznej, ogłoszono DSM-III jako ujęcie ateoretyczne (w odniesieniu do etiologii i procesów psychopatologicznych – z wyjątkiem zaburzeń, co do których panował powszechny konsensus, Demazeux 2013). Ateoretyczny, czysto deskryptywny charakter samej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, miałby opierać się na tym, co obserwowalne (a więc istnieje tu założenie, że osoby dokonujące tych obserwacji robią to w sposób obiektywny), w tej obserwacji nie opierać się na jednych czy drugich założeniach dotyczących etiopatogenezy, nie interpretować. Celem było ujednoczenie diagnostyki psychiatrycznej w skali globalnej, zapewnienie wspólnego języka, wyjście ponad spory teoretyczne. Tym bardziej że nie istnieje też taki konsensus w neuronaukach, i to mimo spektakularnego ich rozwoju w ostatnich dekadach. Przecież nie znamy 410 korelatów dla 410 zaburzeń psychicznych, dysponujemy tylko ogólnym schematem neuropsychiatrycznym (zob. np. Aldao et al 2010).

W rezultacie dyskusji, którą wzniciła antypsychiatria, w obu systemach klasyfikacyjno-diagnostycznych, zarówno w Europie (ICD-11 Światowej Organizacji Zdrowia już od poprzednich edycji), jak i w USA (DSM w Stanach Zjednoczonych z jego najnowszą wersją DSM-5 2013) zrezygnowano z terminu „choroba psychiczna” na rzecz „zaburzenie” (ang. *disorder*). Podkreśla się także, że termin „zaburzenie” jest używany jako jednostka funkcjonalna, jako termin operacyjny, pragmatyczny i nie jest terminem ścisłym, nie podjęto się jego definicji. Jego znaczenie może być zatem rozpatrywane w różnych kontekstach, np. dystresu, dyskontroli, niesprawności, przyczyn, obrazu klinicznego, statystycznego odchylenia od normy. Termin „choroba psychiczna” nie występuje też w *Leksykonie terminów psychiatria i zdrowie psychiczne* wydanym przez Światową Organizację Zdrowia (1994/2001) (za Pużyński 2007). Czy jednak wycofanie się z terminu „choroba psychiczna” oznacza to, że powszechnie wycofano się z realizmu ontologicznego lub/i z tez o fundamentalnej neutralności normatywnej psychiatrii? Główny twórca DSM-III Robert Spitzer pisze na przykład, że „(Z)aprzeczymy jakobyśmy podpisali się pod czymś, co nazywa się klasyfikacją «naiwną» i niewartościującą nauką”¹⁴. (Spitzer 2001: 352, tłum. A.G.). Podtrzymuje jednocześnie, że ma ona charakter opisowy: „[...] DSM-III podchodzi opisowo do grupowania zaburzeń i umożliwia użytkownikom o różnych perspektywach korzystanie z tej samej klasyfikacji”¹⁵ (Spitzer 2001: 356, tłum. A.G.).

¹⁴ „We therefore deny that we subscribe to what he refers to as the «naïve» view of classification and science as value-free”.

¹⁵ „[...] the DSM-III descriptive approach to grouping disorders makes it possible for users with different perspectives to use the same classification”.

3. Spór o definicję „niepełnosprawności”

Analogiczny spór toczy się o pojęcie „niepełnosprawności”. Tremain zwraca uwagę na wymiar ontologiczny tego powszechnika. Pisze, że definiowanie niepełnosprawności jako cech indywidualnych odbywa się poprzez wybrane kryteria, a ktoś te kryteria ustanawia. Nie mają więc one charakteru obiektywnego i nie możemy ich „odkryć” przez czysty akt obserwacji natury, tylko są społecznie, to jest: przez kogoś ustanowione. Tremain podkreśla, że definiowanie niepełnosprawności nie odbywa się poprzez cechy indywidualne poszczególnych osób, tylko poprzez pojęcie właśnie, poprzez zbiór cech. Jak tłumaczy, nie ograniczamy się tu do opisu poszczególnych drzew, a posługujemy pojęciem lasu. Według niej niepełnosprawność odwołuje się nie do zbioru poszczególnych cech i osób, tylko do mechanizmów, które wyodrębniają te poszczególne cechy dla celów kontroli społecznej (stąd odwołanie do „fabryki obłądu” (*l'usine de la folie*) Faucault (1961/2006), Tremain, Shelley 2017).

Ten spór ontologiczny uwidacznia się w najważniejszych dokumentach dotyczących definicji niepełnosprawności. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 1980 (the World Health Organization's 1980 International Classification of Impairment, Disability, and Handicap) i Ustawa o dyskryminacji osób niepełnosprawnych z Wielkiej Brytanii (the Disability Discrimination Act, UK) opierają się głównie na modelu biomedycznym i tu biologiczna niepełnosprawność jest – jedyną – przyczyną ograniczeń osób z niepełnosprawnościami. Mówi się też o cechach osób z niepełnosprawnościami. Idzie zatem w kierunku realizmu, naturalizmu i esencjalizmu niepełnosprawności. Natomiast są też definicje oparte na modelu czysto społecznym, zgodnie z którym ograniczenia, z jakimi spotykają się osoby z niepełnosprawnościami, wynikają jedynie ze „współczesnej organizacji społecznej” („contemporary social organization”). Chodzi tu np. o definicję wyrażoną przez Związek Osób Niepełnosprawnych Ruchowo Przeciwko Segregacji (the Union of the Physically Impaired Against Segregation, UPIAS 1976). Filozoficznie pośrednie stanowiska wyrażają ideę, że zarówno indywidualne, jak i społeczne przyczyny stanowią o ograniczeniach osób z niepełnosprawnościami. Najbardziej znane dokumenty wyrażające takie stanowisko to Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 2001 r. (the WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (World Health Organization 2001, w skrócie ICF), która mówi, że niepełnosprawność to „dynamiczna interakcja między warunkami zdrowotnymi a czynnikami środowiskowymi i osobistymi” („dynamic interaction between health conditions and environmental and personal factors”) (cyt. za Wasserman, Aas 2022). Analogia do wycofania się nauk o zdrowiu psychicznym z modelu biomedycznego na rzecz modelu biopsychospołecznego jest jasna.

Dwa przykłady niepełnosprawności jako konstruktu społecznego i przedmiotowego traktowania osób z niepełnosprawnością

1. Seksualność

„Niepełnosprawność nie wyklucza i nie uniemożliwia aktywności seksualnej” (Krysiak 2020). I to nie sama niepełnosprawność wyklucza osoby z niepełnosprawnością z realizowania swoich potrzeb seksualnych, a to jak są postrzegane i traktowane. Bariery fizyczne jakie wiążą się z seksualnością osób z niepełnosprawnością są do pokonania. Istnieją bowiem rozwiązania, metody, techniki, pozycje i sposoby (także przy wsparciu fizjoterapeuty/fizjoterapeutki) umożliwiające aktywność seksualną. Ograniczenia wiążą się z uprzedzeniami, stereotypami w oku patrzącego. Badania Fundacji Avalon, na których opiera się Żaneta Krysiak, pokazują, że częściej niż co trzecia ankietowana osoba (tj. 36%) z niepełnosprawnością doświadczyła sytuacji, w której rodzina i znajomi (aż 44% przypadków), osoby lekarskie (ginekologów/ginekolożek, urologów/urolożek) powiedziały albo dały wyrażnie do zrozumienia, że seks to rzecz, która ich nie dotyczy, nie powinni się tą sferą interesować (62% osób usłyszała takie słowa od członka rodziny, 19% badanych deklaruje, że zdarzyło się to kilkukrotnie, a 18% spotkało się z tym raz lub dwa razy). Co bardzo symptomatyczne, w kontekście analogii do tego jak traktowano seksualność dzieci i kobiet oraz tego w jaki sposób postrzega się seksualność osób z niepełnosprawnością raport ten pokazuje, że częściej sytuacja taka zdarzała się kobietom (sic!) niż mężczyznom, bo jest to 21% kobiet do 16% mężczyzn (oraz 11% osób z niepełnosprawnością nabytą i 29% z niepełnosprawnością wrodzoną). Ponad jedna czwarta (26%) badanych nie rozmawiała z nikim na temat swojej seksualności... Należy podkreślić, że odnosi się to do życia intymnego od 10-20% polskich obywateli/obywaterek¹⁶! „Czy Pani ma cipkę?” – cytata z wystąpienia Renaty Orłowskiej na II Konferencji Sekson. Jak mówi raport, problemem jest brak edukacji, brak miejsc, z których osoby z niepełnosprawnością ruchową mogłyby czerpać rzetelne informacje, w jaki sposób w przypadku ich niepełnosprawności mogą realizować swoje potrzeby seksualne, szczególnie w mniejszych miastach i w przypadku transpłciowych, niebinarnych i nieheteronormatywnych osób

¹⁶ W Polsce są ok. 3 mln osób niepełnosprawnych (które – zgodnie z definicją zawartą w ustawie o rehabilitacji – ukończyły 16 lat i mają orzeczenie o niepełnosprawności). Szacuje się, że wszystkich osób niepełnosprawnych może być nawet dwa razy więcej. Według aktualnych danych BAEL (Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności) liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w 2018 r. kształtowała się na poziomie 3 mln osób (dokładnie 3 040 tys.). Oznacza to, że 10% ludności w wieku 15 lat i więcej posiadało prawne orzeczenie niepełnosprawności, <https://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78&print=1> [2.10.2023].

z niepełnosprawnością. A przecież prawo poszanowania życia prywatnego i rodzinnego wraz z prawem do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny, gdzie życie prywatne oznacza także życie seksualne, w granicach, które nie wyrządzają krzywdy innej osobie – to są prawa człowieka. „Osoby z niepełnosprawnością także są obywatelami/obywatelkami” („Disabled People Are Sexual Citizens Too”) (Shah 2017: 1) i ludźmi.

2. „Głupi Jaś”

W kontekście trudności w uczeniu się (*learning disabilities*) konstruktivism tak ustawia perspektywę: „[...] klasyczne pytanie «co jest nie tak z Jasiem?» (z niewypowiedzianym założeniem, że to Jaś ma problem – już sytuuje pytanie o naukę Jasia w dyskursie medycznym i psychologicznym. Alternatywne pytanie «Co jest nie tak z instytucją, która tworzy tyle niepowodzeń?» wraz z kolejnym pytaniem: «Co jest nie tak z kulturą, która stworzyła instytucję, która tworzy tyle niepowodzeń?» nakierowuje nas w zupełnie inną stronę¹⁷ (Dudley-Marling 2004: 483, tłum. A.G.). Uważa się tu, że jednym z powszechnych mitów kulturowych jest samowystarczalna, silna osoba, która pokonuje przeciwności swoją własną determinacją, nie potrzebując i nie przyjmując pomocy innych¹⁸. System szkolny jest skonstruowany tak, że „sukces w edukacji łączy się z wysiłkiem i sprawnością, a niepowodzenie w edukacji zrównuje się z niepełnosprawnością¹⁹ (Dudley-Marling 2004: 484, tłum. A.G.).

Konstruktivism uważa niepełnosprawność za produkt systemu szkolnego, a nie coś, co się ujawnia w systemie szkolnym (Dudley-Marling 2004, tłum. A.G.) To, co stanowi o „ja” („*self*”) to to, kim jesteśmy poprzez to, jakie więzi mamy z najbliższymi i ze społeczeństwem, w kontraście do tradycyjnego ujęciu „ja”, na które środowisko może i wpływa, ale: „[...] chociaż środowisko ma na nas wpływ, to fundamentalnie jesteśmy jakimś rodzajem ludzi (*kinds of people*), mamy jakąś substancjalną tożsamość (*essential identities*) niezależnie od kontekstu lub sytuacji²⁰ (Dudley-Marling 2004: 485, tłum. A.G.).

¹⁷ „[...] the classic question, «What’s wrong with Johnny?» – with its implicit assumption that it is *Johnny* who is the problem – already situates questions about Johnny’s learning in the discourses of medicine and psychology. An alternative sort of question, «What’s wrong with an institution that produces so much failure?», along with the corollary, «What’s wrong with a culture that created an institution that creates so much failure?», points to an entirely different disciplinary gaze”.

¹⁸ „One of our most powerful cultural myths is the self-sufficient, rugged individual, who overcomes life’s adversities on her or his own through sheer determination, neither needing nor accepting the help of others”.

¹⁹ Which links educational success to effort and ability by equating school failure with disability.

²⁰ „[...] although we can be influenced by environmental factors, we are basically particular kinds of people; that is, we have essential identities regardless of the context or situation”.

Zakończenie

Filozofia niepełnosprawności wreszcie istnieje. Wiele z jej obszarów idzie ku prawom człowieka i po prawa człowieka, podążając przy tym drogą analogiczną do antypsychiatrii. Cytowany wcześniej Szasz (1960) pisał tak o chorobie psychicznej, jak bym chciała teraz podsumować wydźwięk konstruktywistycznej filozofii niepełnosprawności: „Pojęcie choroby psychicznej [niepełnosprawności – A.G.] służy głównie temu, żeby nie widzieć tego, że większość ludzi stale walczy nie o biologiczne przetrwanie, ale o «miejsce pod słońcem», o «spokój ducha», albo o jakąś inną człowieczą wartość. [...] Podtrzymywanie mitu choroby psychicznej [niepełnosprawności – A.G.] pozwala ludziom nie mierzyć się z tym problemem”. Wydaje się, że antypsychiatria wiele zmieniła: „Jednym ze sposobów w jaki antypsychiatria zmieniła samą psychiatrię jest – jak zauważa Sadler – fakt, że «uznanie kategorii psychiatrycznych oraz procesu ich tworzenia za wartościujące jest coraz częściej akceptowane przez przedstawicieli psychiatrycznego mainstreamu»” (Banicki 2015: 102). Życzę konstruktywistycznej filozofii niepełnosprawności szerokiej drogi ku prawom człowieka, a każdemu z nas „miejsca pod słońcem” i uznania podmiotowości.

Bibliografia

- Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010), *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*, „Clinical Psychology Review”, 3 31; 30 (2): 217-37.
- Banicki K. (2015), *Między medycyną a humanistyką. Filozoficzne zmagania z pojęciem zaburzenia psychicznego*, „Ethos”, 28, nr 2 (110): 91-108.
- Barnes E. (2016), *The Minority Body: A Theory of Disability*, Oxford.
- Beauvoir S. de (1976/1949), *Le Deuxième Sexe*, Paris.
- Bracken P, Thomas P. (2010), *From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry*, „Philosophy, Psychiatry, & Psychology”, 17 (3): 219-228.
- Brémaud N. (2015), *Panorama historique des définitions de l'hystérie*, „L'information psychiatrique”, 91, 485-498.
- Canguilhem G. (1962), *La monstruosité et le monstrueux*, „Dans la Revue Diogène”, N° 40: 29-43.
- Cartwright S.A. (1851), *Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race*, „The New Orleans Medical and Surgical Journal”: 691-715.
- Coyne J., Orr A. (2004), *Speciation*, Sinauer Associates 2004, Massachusetts.
- Czczot K. (2018), *Praktyki psychiatrii*, Warszawa.
- Demazeux S. (2013), *Qu'est-ce que le DSM ? – Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie* Editions d'Ilthaque, Paris.
- Disability Discrimination Act* (1995), United Kingdom, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/contents> [2.10.2023].
- Dudley-Marling C. (2004), *The Social Construction of Learning Disabilities*, „Journal of learning disabilities”, 37: 482-489.

- Foucault M. (1978), *History of sexuality*, Vol. 1: *An introduction*, New York.
- Foucault M. (2006), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris.
- Freud Z. (1900/1996), *Objaśnianie marzeń sennych*, przeł. R. Reszke, Warszawa.
- Goffman E. (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. O. Waśkiewicz, Sopot, (oryginalne wyd. *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, 1961).
- Grabizna A. (2017), *Spór o gatunek*, [w:] *Główne problemy filozofii biologii*, red. K. Chodasiewicz et al., „Biblioteka Filozofii Nauki”, Warszawa: 39-62, https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/53748/chodasiewicz_grabizna_proszewska_stencel_ziemny_glowne_problemy_filozofii_biologii_2017.pdf?isAllowed=y&sequence=1 [2.10.2023].
- Gregory A. (2020), *Disability as Inability*, „Journal of Ethics and Social Philosophy”, 18 (1): 23-48.
- Howard D., Aas S. (2018), *On Valuing Impairment*, „Philosophical Studies”, 175 (5): 1113.
- Jankowski K. (1975/1994), *Od psychiatrii biologicznej do psychiatrii humanistycznej*, Warszawa.
- Jenkins K., Webster A.K. (2021), *Disability, Impairment, and Marginalised Functioning*, „Australasian Journal of Philosophy”, 99(4): 730-747.
- Kaplan M. (1983), *A woman's view of DSM-III*, „American Psychologist”, 38 (7): 786-792.
- Krysiak Ż. *Niepełnosprawność a seksualność*, (2020), <https://sexed.pl/artykuly/niepelnospewnosc-a-seksualnosc> [2.10.2023].
- Laing R.D. (1960), *The divided self: a study of sanity and madness*, London.
- Lerner P. (2000), *Psychiatry and Casualties of War in Germany, 1914-18*, „Journal of Contemporary History”, Vol. 35, No. 1, Special Issue: Shell-Shock: 13-28.
- Maddox J. (1992), *How to publish the unpalatable?*, „Nature”, 358: 187.
- Mannoni M. (1970), *Le Psychiatre, son „fou”, et le Psychanalyse*, Paris.
- McAfee N., Garry A., Superson A., Grasswick H., Khader S. (2023), *Feminist Philosophy*, „The Stanford Encyclopedia of Philosophy” (Fall 2023 Edition), eds. E.N. Zalta, U. Nodelman, <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/feminist-philosophy/> [2.10.2023].
- Murphy D. (2011), *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, „Philosophy of Medicine”, Vol. 16: 425-451.
- Nagel T. (1986), *The View From Nowhere*, New York.
- O'Connell H.E., Sanjeevan K.V., Hutson J.M. (2005) *Anatomy of the clitoris*, „Journal of Urology”, 174 (4 Pt 1): 1189-1195.
- Porfiriusz (1975), *Isagoga, Wstęp do Kategorii Arystotelesa*, [w:] Arystoteles, *Kategorie i Hermeneutyka*, Warszawa.
- Puppo V., Puppo G. (2015), *Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists*, „Clinical Anatomy”, 28 (3): 293-304.
- Pużyński, S. (2007), *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, t. 41, nr 3: 299-308.
- Quentin B. (2017), *La philosophie face au handicap*, Toulouse.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2007), *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań.
- Shah S. (2017), *Disabled People Are Sexual Citizens Too: Supporting Sexual Identity, Well-being, and Safety for Disabled Young People*, „Frontiers in Education”, 2: 46.
- Skalbania J. et al. (2021), *Podzielony umysł – podzielony mózg. Neurobiologiczne podłoże dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości z perspektywy teorii układów dynamicznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 21 (1): 27-35.

- Spitzer R.L. (2001), *Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's „On values in recent American psychiatric classification”*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, 189 (6): 351-9.
- Stiker H.-J. (2013), *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*, Paris (wyd. I: 1982, Aubier).
- Szasz T. (1960), *The myth of mental illness*, „American Psychologist”, 15: 113-118.
- Szasz T. (1994), *Cruel Compassion. Psychiatric Control of Society's Unwanted*, New York.
- Szasz Th.S. (1960), *The myth of mental illness*, „American Psychologist” 15: 113-118.
- Szasz Th.S. (2000), *Mental Disorders Are Not Diseases*, „USA Today”, <https://www.szasz.com/usatoday.html> [2.10.2023].
- Torrey E.F. (1974), *The death of psychiatry*, New York.
- Tremain S. (2017), *Foucault and Feminist Philosophy of Disability*, Ann Arbor.
- Trillat E. (1984), *Promenade à travers l'histoire de l'hystérie*, „Histoire, économie, société”, 3: 525-534.
- UPIAS (1976), *Fundamental Principles of Disability*, London.
- Vidal C. (2002), *Le cerveau, le sexe et l'idéologie dans les neurosciences*, „L'orientation scolaire et professionnelle”, 31/4: 495-505, <http://journals.openedition.org/osp/3389> [27.07.2023].
- Wasserman D., Aas S. (2022), *Disability: Definitions and Models*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. E.N. Zalta, <https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/disability/> [2.10.2023].
- Williams J.B., Spitzer R.L. (1983), *The issue of sex bias in DSM-III: A critique of „A Woman's View of DSM-III”*, by Marcie Kaplan, „American Psychologist”, 38 (7): 793-798.
- Wittig M. (1980), *On ne naît pas femme*, „Questions Féministes”, 8: 75-84, <http://www.jstor.org/stable/40619199> [2.10.2023].
- World Health Organization (1980), *International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)*, Geneva.
- World Health Organization (2001), [ICF], *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva.