

## A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

KRZYSZTOF PEZDEK  
*Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*

**BIOMEDYCZNY I SPOŁECZNY MODEL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W PERSPEKTYWIE FILOZOFICZNEJ**

W literaturze przedmiotu zostało opisanych wiele modeli niepełnosprawności. Każdy z nich ujmuje jakieś aspekty dysfunkcji, w zależności od przyjętej normy wyznaczającej kryterium niepełnosprawności. Obecnie często dyskutowane są model biomedyczny i społeczny (zob. Barnes, Mercer 2008; Garbat 2013; Oliver 1990, 1996; Oliver, Sapey 2006; Pezdek, Rasiński 2016; Shakespeare, Watson 2002; Smart 2009; Wiliński 2010). W modelu biomedycznym podkreśla się odstępstwo jednostki niepełnosprawnej od norm anatomicznych, fizycznych i psychologicznych (zob. Smart 2009, s. 4), a w modelu społecznym za niepełnosprawną uznaje się jednostkę, która wskutek odstępstwa od powyższych norm nie jest w stanie wykonywać ról społecznych właściwych dla jej płci, wieku, a także uwarunkowań kulturowych<sup>1</sup> (zob. Garbat 2013, s. 23; Wiliński 2010, s. 51). Bazę powyższych modeli stanowi przede wszystkim wiedza naukowa. W pierwszym wypadku tworzą ją eksperci od biomedycznego funkcjonowania jednostki (np. lekarze, antropolodzy, psychologowie), a w drugim wypadku są to eksperci od społecznego funkcjonowania jednostki (np. terapeuci zajęciowi, socjologowie, prawnicy, architekci). Mimo że wiedza ta jest fragmentaryczna i do pewnego stopnia arbitralna, to jednak eksperci mają gwarantować obiektywność poszczególnych modeli i odrzucać wszelkie podej-

---

Adres do korespondencji: krzysztof.pezdek@awf.wroc.pl

<sup>1</sup> Celowo został tu pominięty funkcjonalny model niepełnosprawności. Z perspektywy podjętych rozważań, dotyczących normy (normalności, normalnego), model ten nie wnosi istotnych treści, ponieważ w zasadzie łączy on założenia modelu biomedycznego i społecznego (zob. Wiliński 2010, s. 37–51).

zenia o dyskryminacyjne działania wobec niepełnosprawnych (zob. Pezdek, Rasiński 2016).

Jednym z podstawowych pojęć, z których korzysta się w dyskursie niepełnosprawności, jest pojęcie normy (normalności, normalnego). Treść nadawana temu pojęciu w znacznym stopniu przekłada się na zasady klasyfikowania jednostek w społeczeństwie na sprawne i niepełnosprawne. Otóż w modelu biomedycznym jako normę przyjmuje się pewien teoretyczny stan ciała, który w danym czasie i na danej przestrzeni został uznany za optymalny dla funkcjonowania jednostek. Z kolei w modelu społecznym normą jest teoretyczny stan społeczeństwa, w którym każda jednostka ma możliwość uczestniczenia w praktykach społeczno-kulturowych. Przyjęcie normy w owych modelach niepełnosprawności warunkuje wyznaczanie celów oraz sposoby ich realizacji przez konkretne jednostki, a nawet całe społeczeństwa. Dlatego świadomość odstępstwa od normy często staje się wystarczającym impulsem do zmiany trybu życia bądź podjęcia terapii. Staje się także wystarczającym impulsem do organizowania instytucji społecznych w taki sposób, aby nie było w nich barier wykluczających jednostki niespełniające norm biomedycznych.

Wszelkie normy dotyczące sprawności i zdrowia mają swe źródło w rozważaniach aksjologicznych prowadzonych wokół określonych idei ciała i społeczeństwa. Idee te są uwarunkowane historycznie — ich treść zmienia się w zależności od zmian zachodzących w społeczeństwie. Należy jednak przyznać, że proces przekształcania się idei zazwyczaj jest długotrwały, dlatego dla poszczególnych jednostek funkcjonujących w konkretnym kontekście czasoprzestrzennym może on być niezauważalny. Tak rozumiana norma nie oddaje zatem stanu faktycznego jakiegoś zjawiska, które normalizuje, lecz co najwyżej pokazuje, w jaki sposób zjawisko to jest traktowane przez instytucje społeczne (władzę) i jakie ma to konsekwencje dla poszczególnych jednostek (możliwość emancypacji). Teoretyczną podstawę poniższych rozważań stanowi perspektywa filozoficzna zaproponowana przez Georgesa Canguilhema, Jürgena Habermasa oraz Michela Foucaulta.

Georges Canguilhem w dziele *Normalne i patologiczne* stwierdził, że normalizacja to proces społeczny, w którym „historycznie dane społeczeństwo odnosi swoją strukturę, a być może struktury, do tego, co uznaje ono za swoje szczególne dobro” (Canguilhem 2000, s. 200). Owo szczególne dobro określane jest poprzez normę, która następnie jest upowszechniana w całej wspólnocie (idea). Dlatego przyjęta norma staje się uniwersalnym punktem odniesienia, wyznaczającym kierunek rozwoju poszczególnych instytucji bądź całych społeczeństw. Ponadto każda norma, poza upowszechnieniem idei, jest także wyznacznikiem tego, co anormalne, co niepożądane zarówno w jednostce, jak i w społeczeństwie (zob. Canguilhem 2000, s. 200–201). Norma wyznaczająca biomedyczny model niepełnosprawności zakłada, że ciało niektórych jednostek jest anormalne i dlatego powinny one dążyć do osiągnięcia stanu sprawności i zdrowia, który odpowiada przyjętej normie. Zakłada się ponadto, że osiągnię-

cie normy gwarantuje optymalny rozwój jednostki, anormalność natomiast taki rozwój utrudnia czy wręcz uniemożliwia. Z kolei w społecznym modelu niepełnosprawności przyjętą normą jest społeczeństwo bez barier, w którym każdy niepełnosprawny ma możliwość rozwijać się zgodnie z własnym systemem wartości. W modelu tym wszelkie cielesne różnice między jednostkami traktowane są jako normalne, to bariery społeczne są anormalne, ponieważ utrudniają czy uniemożliwiają funkcjonowanie jednostek w społeczeństwie.

Opisując relacje między normalnym a anormalnym Canguilhem (2000, s. 201) wskazuje na „dynamiczny i polemiczny” ich charakter. Chodzi tutaj przede wszystkim o relację „odwrócenia i biegunowości”. Otóż każda norma przez aksjologiczne deprecjonowanie wszystkiego tego, czego sama nie obejmuje, jednocześnie umożliwia odwrócenie pojęć. To znaczy, że normy ustanawiane są w sposób konwencjonalny, a nie konieczny. Mogą zatem zmieniać się w zależności od obowiązujących w społeczeństwie warunków społeczno-kulturowych. Dlatego nie ma najmniejszych trudności z uznaniem za normę sprawności tego, co dotychczas uchodziło za niepełnosprawne. Mało tego — norma może się zmieniać nie tylko w obrębie jednej dziedziny. Norma sprawności może się przekształcić w normę polityczną, na przykład w sytuacji, gdy jakiś rodzaj niepełnosprawności zaczął być dla władzy problemem; ekonomiczną — na przykład wówczas, gdy terapia usprawniająca jest zbyt kosztowna; kulturową — na przykład gdy to, co dotychczas było uznane za niepełnosprawność, przestaje nią być w odniesieniu do normy kulturowej. Tak więc relacja „odwrócenia i biegunowości” nie ma charakteru logicznego, lecz aksjologiczny, ponieważ jakimś pożądanemu stanowi (np. sprawności) przeciwstawia się jakiś stan niepożądany (np. niepełnosprawności) (zob. Canguilhem 2000, s. 202).

Według Canguilhema normy nie mają zatem charakteru pierwotnego i koniecznego, lecz wtórny i do pewnego stopnia przypadkowy. Dlatego też można norm przestrzegać lub ich nie przestrzegać, ponadto można je modyfikować, łamać albo odrzucać. Jednakże ponieważ normy są względne i naruszalne, powinno się je traktować jedynie jako regulację postępowania w określonych dziedzinach życia społecznego, a nie opis stanu faktycznego i z natury swej koniecznego. Postępowanie zgodne z jakąkolwiek normą powinno nieść ze sobą wysokie prawdopodobieństwo uzyskania wymiernych korzyści. Nieprzestrzeganie normy także może być użyteczne, ale powinno być obarczone znacznie większym ryzykiem niepowodzenia. Przestrzeganie norm ma zatem wymiar utylitarny, dlatego każdy, kto odchodzi od jakiejkolwiek normy, powinien sam się przekonać, czy to się opłaca, czy też się nie opłaca. Natomiast nikt nie powinien zmuszać (być zmuszanym) do arbitralnego przyjmowania jakiejkolwiek normy tylko dlatego, że uważa się ją za dobrą.

Odnosząc powyższe rozważania do biomedycznego i społecznego modelu niepełnosprawności, można przyjąć, że wspólnym źródłem owych modeli jest określony system wartości społecznych, w którym sprawność i zdrowie są war-

tościami pożądanymi. Wartości te powinno się realizować indywidualnie, ale w granicach wyznaczonych przez wspólnotę. Powstaje zatem swoista relacja dialektyczna. Otóż, z jednej strony zwraca się uwagę na wolność jednostek, które mogą się troszczyć o siebie, jak chcą i kiedy chcą, ale z drugiej strony normy sprawności i zdrowia skłaniają jednostki do określonego postępowania, bez względu na ich indywidualne doświadczenia.

Na tę dialektyczną relację między wolnością jednostki a działaniami normalizacyjnymi społeczeństwa zwróciło uwagę wielu filozofów, między innymi Jürgen Habermas<sup>2</sup>. Według niego społeczeństwo za sprawą postępu naukowo-technicznego, który nazywa on racjonalnością instrumentalną, dostarcza jednostkom coraz to nowych narzędzi do zwiększania własnych możliwości technicznego bycia w świecie (zob. Habermas 1983, s. 386–394). Znajduje to odzwierciedlenie zwłaszcza w sytuacji niepełnosprawnych, którzy dzięki postępowi mogą korzystać z coraz skuteczniejszych metod leczenia i rehabilitacji. Ponadto dysponują coraz lepszym sprzętem rehabilitacyjnym, który umożliwia powrót do pełnego zdrowia bądź pozwala zastąpić utracone sprawności odpowiednimi środkami technicznymi<sup>3</sup>. Dzięki postępowi naukowo-technicznemu niepełnosprawni w coraz większym stopniu mają możliwość uczestniczenia w praktykach społecznych<sup>4</sup>. Habermas wyróżnia jeszcze jeden rodzaj racjonalności, którą nazywa komunikacyjną (zob. Habermas 1983, s. 394–401). Odpowiada ona za postęp w sferze moralnej i umożliwia jednostkom formułowanie własnych roszczeń ważnościowych, których negocjowanie z roszczeniami ważnościowymi innych jednostek prowadzi do konsensusu. Dzięki temu jednostki mogą poznawać wzajemnie swoje potrzeby, a także określać możliwości ich realizacji w społeczeństwie (zob. Habermas 2002, s. 214–216).

---

<sup>2</sup> Należy zaznaczyć, że zarówno Habermas, jak i Foucault w swych rozważaniach odnoszą się jedynie do jednostek racjonalnych i samoświadomych. W literaturze przedmiotu jednostki te zwykło się nazywać osobami lub jednostkami autonomicznymi (zob. Singer 1997, s. 197–201; Szewczyk 2009, s. 90–98). Tylko bowiem osoby są w stanie negocjować swoją sytuację z innymi osobami, formułując odpowiednie roszczenia ważnościowe. Tylko też osoby są w stanie racjonalnie negocjować co do swojej sytuacji z innymi osobami, troszczyć się o siebie, a także dążyć do emancypacji. Z tego powodu obaj filozofowie nie zajmują się jednostkami z trwale zaburzoną samoświadomością, które nie są w stanie podjąć takich działań.

<sup>3</sup> Rozważania te mają charakter teoretyczny, dlatego też nie odnoszą się do sytuacji osób z niepełnosprawnością w konkretnym kraju. Trzeba jednak przyznać, że w tych krajach, w których na ochronę zdrowia przeznaczona jest wyższa procent PKB, dostęp do nowych technologii medycznych i sprzętu rehabilitacyjnego jest łatwiejszy (np. w roku 2011 Stany Zjednoczone przeznaczyły na ochronę zdrowia 17,7% PKB, Holandia 11,9%, Polska 6,9%, a Estonia 5,9%) (Główny Urząd Statystyczny, 2013, s. 148).

<sup>4</sup> Wynika to z analizy koncepcji racjonalności instrumentalnej Habermasa. Zgodnie z tą koncepcją, niepełnosprawnym łatwiej jest uczestniczyć w praktykach społecznych, na przykład pracy zawodowej, edukacji, rekreacji, jeśli mają do dyspozycji nowoczesne technologie medyczne i sprzęt rehabilitacyjny. Rozważania te nie odnoszą się zatem do konkretnych sytuacji, w których należałoby wziąć pod uwagę dodatkowe czynniki mające wpływ na uczestniczenie niepełnosprawnych w praktykach społecznych, na przykład relacje rodzinne, status finansowy itd.

Emancypacja jednostek niepełnosprawnych także może się odbywać dwutorowo. Po pierwsze, mogą one dążyć do osiągnięcia teoretycznej normy sprawności, wykorzystując do tego środki naukowo-techniczne. Wówczas oczekują od społeczeństwa wsparcia w dostępie do wiedzy oraz nowoczesnych technologii terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Po drugie, jednostki niepełnosprawne mogą się emancypować poprzez wzrost świadomości moralnej, czyli dążenie do konsensusu, w którym dobro niepełnosprawnych, formułowane przez nich w postaci roszczeń ważnościowych, jest akceptowane w społeczeństwie, a tym samym zobowiązuje się instytucje społeczne (władzę) do tworzenia optymalnych warunków do jego osiągnięcia. W tej sytuacji niepełnosprawni oczekują od społeczeństwa zmiany postawy wobec zjawiska niepełnosprawności i jednostek z niepełnosprawnością. Chociaż obydwie drogi emancypacyjne wzajemnie się uzupełniają, to w dobie dynamicznego postępu naukowo-technicznego, który daje coraz więcej możliwości likwidowania dysfunkcji cielesnych i społecznych, więcej uwagi powinno się poświęcać emancypacji moralnej, bez której wprowadzenie w społeczeństwie rozwiązań naukowo-technicznych wydaje się w znacznym stopniu utrudnione.

Zadanie nie jest jednak proste, ponieważ emancypacja moralna wymaga od jednostek niepełnosprawnych zaangażowania się w toczony w społeczeństwie dyskurs na temat praw człowieka, sprawiedliwości, odpowiedzialności, tolerancji itd. Zakłada więc przejście niepełnosprawnych ze sfery prywatnej w sferę publiczną, a nawet polityczną. Tylko w taki sposób można bowiem zmienić system podstawowych wartości społecznych, w którym poszczególne roszczenia niepełnosprawnych staną się wartościami nadrzędnymi, a ich realizacja będzie traktowana jako dobro wspólne całego społeczeństwa. Bez emancypacji moralnej niepełnosprawnych ich sytuacja raczej nie ulegnie trwałej zmianie, ponieważ społeczeństwo po prostu może nie dostrzegać konieczności wprowadzania takich zmian, podejmowane działania mogą mieć charakter raczej doraźny i krótkotrwały. I nie ma tutaj większego znaczenia, czy rozpatruje się tę sytuację z perspektywy biomedycznego czy społecznego modelu niepełnosprawności. Zasadnicze znaczenie ma bowiem to, jak w systemie wartości społecznych umiejscowione są takie wartości jak sprawność i zdrowie. Czy są to wartości centralne i wokół nich toczy się życie w społeczeństwie? Czy też są to wartości peryferyjne, które z założenia się marginalizuje i pomija w decyzjach dotyczących tzw. dobra wspólnego?

Odpowiedź na postawione pytania warunkuje postawy moralne wobec zjawiska niepełnosprawności i jednostek z niepełnosprawnością. Kiedy sprawność i zdrowie są wartościami centralnymi w społeczeństwie, to instytucje społeczne z zasady wspierają obywateli w realizowaniu owych wartości, a tym, którzy są niepełnosprawni i chorzy, proponuje się odpowiednie terapie, ale też otacza ich opieką i troską. Kiedy jednak w systemie wartości społecznych sprawność i zdrowie są marginalizowane, to także sytuacja jednostek z niepełnosprawnością nie jest dobra, ponieważ nie działa imperatyw mo-

ralny skłaniający do niesienia pomocy takim jednostkom (por. Pezdek 2012, s. 60–68).

Można tu uwzględnić jeszcze jedną perspektywę — filozofii Michela Foucaulta. Zauważył on, że władza w społeczeństwie tworzy sieć relacji, oddziaływań, wzajemnych zależności między wieloma instytucjami, a także między jednostkami (zob. Pezdek 2013, s. 31; Rasiński 2010, s. 98–104). Nadrzędnym celem funkcjonowania instytucji społecznych jest użyteczność, którą starają się one osiągnąć przez dyscyplinowanie populacji (zob. Lemke 2010; Barnes, Mercer 2008, s. 40–42). W tym celu wykorzystują techniki dyscyplinujące, które sprawiają, że jednostki stają się coraz bardziej użyteczne w znaczeniu ekonomicznym, a jednocześnie coraz bardziej posłuszne w znaczeniu politycznym (zob. Foucault 2009, s. 133–134). Władza marginalizuje działanie emancypacyjne jednostek dopóty, dopóki wpisuje się ono w jej biopolitykę. Jeżeli jednostki podporządkowują się tej biopolityce, to mogą funkcjonować w strukturach społecznych względnie „bezkonfliktowo”, starając się realizować także własne potrzeby i cele. Kiedy zaś jednostki wejdą w konflikt z władzą, to ta może próbować „przywołać” je do porządku, na przykład przez czasowe bądź trwałe wykluczenie ze społeczeństwa (zob. Pezdek 2013, s. 30–41).

Sytuacja jednostek niepełnosprawnych z tej perspektywy wydaje się w znacznym stopniu uzależniona od instytucji władzy. To w jej obrębie powstają bowiem poszczególne modele niepełnosprawności, które mają wpływ na status społeczny jednostek niepełnosprawnych. Oczywiście status ten jest ściśle powiązany z ich użytecznością społeczną. Z tego też powodu jednostki z niektórymi rodzajami niepełnosprawności mogą być bardziej wspierane przez władzę, między innymi w zdobyciu wykształcenia, znalezieniu pracy czy założeniu rodziny (np. osoby z niepełnosprawnością ruchową). Z kolei u jednostek z innymi rodzajami niepełnosprawności tego typu dążenia uważa się za mniej zasadne (użyteczne), i dlatego też w niewielkim stopniu wspiera się instytucjonalnie ich realizację (np. niepełnosprawni intelektualnie<sup>5</sup>). W tym wypadku nie ma wypracowanej ścieżki edukacyjnej, która umożliwiłaby zdobycie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych atrakcyjnych na rynku pracy, nie ma też większych szans na założenie rodziny (zob. Zakrzewska-Manterys 2010).

Jednocześnie filozof zwrócił uwagę, że jednostka z natury jest wolna i w związku z tym nigdy nie dopuści do całkowitego uzależnienia się od jakiegokolwiek instytucji władzy. Z tego powodu też władza powinna przyznać jednostkom pewne wolności, którymi w sposób względnie nieskrępowany będą mogły dysponować w życiu prywatnym. Dzięki nim każda racjonalna i samoświadoma jednostka może sprawować władzę nad sobą, czyli „jedną rzeczą, którą człowiek ma zarazem w posiadaniu i na względzie” (Foucault 1995, s. 443). Foucault przedstawia zatem swoją koncepcję emancypacji, w której

---

<sup>5</sup> Chodzi o osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które są racjonalne i samoświadome, a zatem są w stanie dążyć do emancypacji.

zasadniczą kategorię stanowi troska o siebie (zob. Pezdek 2016, s. 67–75; Pezdek, Rasiński 2016). Koncepcja ta zakłada, że to jednostki w pełni sprawują kontrolę nad sobą i gdy władza stara się je zdominować, zawsze mogą wyrazić sprzeciw (zob. Foucault 2013, s. 225–226). Przedmiotem troski może być zdrowie, sprawność, dieta, higiena, seksualność, wykształcenie, praca zawodowa itd. Analiza preferencji w tym zakresie pozwala jednostce identyfikować składniki własnego systemu wartości, poznawać jego hierarchię, a także relacje, zależności oraz wzajemne oddziaływania między poszczególnymi wartościami. Dzięki tej wiedzy jednostka może modyfikować własny system wartości w taki sposób, aby był on dostosowany do realizacji potrzeb i celów sformułowanych na jego podstawie. W procesie tym nie ma jakiegokolwiek bezpośredniej ingerencji władzy, ponieważ poznając siebie jednostka dokonuje czynności najbardziej intymnej i zarazem autonomicznej.

Foucault zakłada, że jednostki, które nie spełniają norm sprawnościowych i zdrowotnych, w każdej chwili mogą odejść od tych norm i opracować własny plan troski o siebie, zgodny z ich potrzebami i celami. Mało tego — plan ten może być zupełnie niezgodny ze społecznymi normami użyteczności, narzucenymi przez ustrój polityczny czy politykę rządzących. Filozofia ta wyznacza bowiem granice podmiotowości, w obrębie których każda jednostka ma prawo względnie autonomicznie zarządzać własną osobą. Jest to istotne zwłaszcza w kontekście niepełnosprawności. Wielu badaczy przyznaje bowiem, że jednostki z różnymi dysfunkcjami postrzegają niepełnosprawność jako utratę kontroli nad własnym życiem (zob. Doliński 2012; Kowalik 1999). Dzieje się tak między innymi dlatego, że odnoszą własne życie do norm sprawności i zdrowia obowiązujących w społeczeństwie. Z tego punktu widzenia wiele praktyk można uznać za bezpowrotnie utracone (nie spełniające norm). Jednak wychodząc poza te normy niepełnosprawny może odkryć dla siebie świat nowych możliwości, które ze społecznego punktu widzenia wydają się mało znaczące, dlatego nie zostały jeszcze znormalizowane i rozpowszechnione jako „dobre”, ale życiu niepełnosprawnych nadają nowy sens i wyznaczają nieznanne dotychczas możliwości rozwoju.

Mimo że emancypację jednostek zawsze ogranicza władza (rządowa, samorządowa itd.), Foucault nie namawia jednak do jej obalania. Uważa bowiem, że istnienie władzy jest nieuniknione, a zatem zawsze w stopniu większym lub mniejszym jakaś władza będzie ograniczać samorealizację (zob. Foucault 2000, s. 290). Każda władza ma jednak charakter historyczny, to znaczy zmienny i przejściowy. Jednym z czynników mających wpływ na jej zmianę są działania emancypacyjne jednostek. Im więcej jednostek będzie wysuwało roszczenia ważnościowe, tym większa będzie także możliwość zmiany władzy (zob. Pezdek, Rasiński 2016).

Istotną siłą dokonującą zmian w społeczeństwie są zatem jednostki świadome własnych praw. Jednostki niepełnosprawne, które znają własne prawa, stają się podmiotami politycznymi, które potrafią troszczyć się nie tylko o siebie, ale

także o grupy społeczne, do których przynależą. W działaniu publicznym drugorzędną rolę odgrywa definiowanie niepełnosprawności z perspektywy jakiegokolwiek modelu, na przykład biomedycznego czy społecznego. Modele te bazują bowiem na aksjologicznych normach sprawności i zdrowia, które są historyczne i zmienne, a więc nie oddają stanu faktycznego, lecz jedynie pewne możliwe postawy wobec zjawiska niepełnosprawności i jednostek niepełnosprawnych. Modele niepełnosprawności często pomijają indywidualne doświadczenia jednostek, ponieważ są osadzone przede wszystkim w systemie wartości społecznych. Dlatego w tych modelach uwzględnia się przede wszystkim tzw. dobro wspólne, któremu podporządkowuje się dobro indywidualne jednostek niepełnosprawnych. Z tej perspektywy odrębną grupę niepełnosprawnych stanowią jednostki, które nie potrafią manifestować własnych potrzeb i walczyć o swoje prawa. W tej sytuacji o prawa te powinni walczyć ich opiekunowie oraz wszyscy ci, którzy mają tak wysoki poziom świadomości moralnej, że prawo do rozwoju, realizowanego także w anormalny sposób, stanowi dla nich podstawowe prawo każdego człowieka.

## BIBLIOGRAFIA

- Barnes Colin, Mercer Geof, 2008, *Niepełnosprawność*, tłum. Piotr Morawski, Wydawnictwo Sic! Warszawa.
- Canguilhem Georges, 2000, *Normalne i patologiczne*, tłum. Paweł Pieniążek, słowo/obraz terytoria, Gdańsk.
- Doliński Wojciech, 2012, *Niepełnosprawność a biograficzna kontrola świata doświadczanego*, „Fizjoterapia”, nr 4.
- Foucault Michel, 1995, *Historia seksualności*, tłum. Bogdan Banasiak, Tadeusz Komendant, Krzysztof Matuszewski, Czytelnik, Warszawa.
- Foucault Michel, 2000, *Czym jest oświecenie?*, w: Michel Foucault, *Filozofia. Historia. Polityka. Wybór pism*, tłum. Damian Leszczyński, Lotar Rasiński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Foucault Michel, 2009, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. Tadeusz Komendant, Aletheia, Warszawa.
- Foucault Michel, 2013, *Kim pan jest, profesorze Foucault? Debaty, rozmowy, polemiki*, tłum. Kajetan Maria Jaksender, Wydawnictwo Libron, Kraków.
- Garbat Marcin, 2013, *Społeczne i ekonomiczne modele niepełnosprawności*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1.
- Główny Urząd Statystyczny, 2013, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku*, Warszawa ([http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/3/7/zo\\_zdrowie\\_i\\_ochrona\\_zdr owia\\_w\\_20121.pdf](http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/3/7/zo_zdrowie_i_ochrona_zdr owia_w_20121.pdf) [03.10.2016]).
- Habermas Jürgen, 1983, *Teoria i praktyka. Wybór pism*, tłum. Małgorzata Łukasiewicz, Zdzisław Krasnodębski, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Habermas Jürgen, 2002, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. 2, tłum. Andrzej Maciej Kaniowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kowalik Stanisław, 1999, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.
- Lemke Thomas, 2010, *Biopolityka*, tłum. Tomasz Dominiak, Wydawnictwo Sic! Warszawa.
- Oliver Michael, 1990, *The Politics of Disablement*, Macmillan Education, London.



- Oliver Michael, 1996, *Understanding Disability: From Theory to Practice*, Macmillan, London.
- Oliver Michael, Sapey Bob, 2006, *Social Work with Disabled People*, Palgrave Macmillan, London.
- Pezdek Krzysztof, 2012, *Ontologiczne i aksjologiczne kryteria organizowania pomocy osobom z niepełnosprawnościami w filozofii Jürgena Habermasa*, „Człowiek. Terazniejszość. Edukacja”, nr 4.
- Pezdek Krzysztof, 2013, *Problem wykluczenia osób z niepełnosprawnościami w filozofii Michela Foucaulta*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1.
- Pezdek Krzysztof, 2016, *Osoby z niepełnosprawnościami a etyka troski Michela Foucaulta*, „Człowiek. Terazniejszość. Edukacja”, nr 2.
- Pezdek Krzysztof, Rasiński Lotar, 2016, *Between Exclusion and Emancipation: Foucault's Ethics and Disability*, „Nursing Philosophy”, DOI: 10.1111/nup.12131.
- Rasiński Lotar, 2010, *Dyskurs i władza. Zarys polityki agonistycznej*, Wydawnictwo Naukowe DSW, Wrocław.
- Shakespeare Tom, Watson Nicholas, 2002, *The Social Model of Disability: An Outdated Ideology?*, „Research in Social Science and Disability”, nr 2, s. 9–28.
- Singer Peter, 1997, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. Anna Alichniewicz, Anna Szczęsna, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Smart Julie F., 2009, *The Power of Models of Disability*, „Journal of Rehabilitation”, t. 75, nr 2, s. 3–11.
- Szewczyk Kazimierz, 2009, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wiliński Mateusz, 2010, *Modele niepełnosprawności: indywidualny — funkcjonalny — społeczny*, w: Anna Brzezińska, Radosław Kaczan, Karolina Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Scholar, Warszawa.
- Zakrzewska-Mantery Elżbieta, 2010, *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

## THE BIOMEDICAL AND SOCIAL MODEL OF DISABILITY IN THE PHILOSOPHICAL PERSPECTIVE

### Summary

The author's aim is to support the hypothesis that what is considered the norm (normal, normality) is of fundamental importance in shaping the biomedical and social model of disability. The content of that norm largely determines whether an individual in society will be classified as a person with or without a disability. All norms concerning health and functioning have their source in axiological considerations of set ideas about the human body and society. In this sense, the norms do not reflect the entire phenomenon of disability, which they standardize. At most they reflect how it is treated by social institutions (the authorities) in a given time and place and what consequences this has for the development of the individual with a disability (the problem of emancipation). The theoretical basis for these thoughts is the philosophical perspective proposed by Georges Canguilhem, Jürgen Habermas, and Michel Foucault.

### Key words / słowa kluczowe

biomedical model of disability / biomedyczny model niepełnosprawności; social model of disability / społeczny model niepełnosprawności; norma / norm; emancypacja / emancipation; władza / authority