

**MIKOŁAJ RAKUSA-SUSZCZEWSKI**

Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego

ORCID: 0000-0003-0184-7839

m.rakusa-suszczeowski@uw.edu.pl

## **DEINSTYTUCJONALIZACJA JAKO RUCH SPOŁECZNY**

### **Deinstitutionalisation as a Social Movement**

The article describes the history of the idea and phenomenon of deinstitutionalisation, that is, the process of transforming care institutions, in particular transferring their competences to local communities. These processes are illustrated using examples from the United States and Europe, discussions that have been going on there for decades, and the experiments and solutions being implemented in those regions. In this study, however, the phenomenon of deinstitutionalisation goes beyond a purely technical problem related to a change in the concept of managing the fate of people who are ill, disabled or affected by various social problems, such as homelessness. Here, deinstitutionalisation is above all a manifestation of the activities of social actors; that is, a social movement. The movement is not so much of a consensual nature, focused on the rationalisation of aid, as it is an ethical and even a conflict-oriented movement, in other words, a 'new social movement'. The movement : (1) is represented by specific social actors: organisations and their leaders; (2) has its resources, values and identity to lobby for new legislation, implementation of new care and health practices, as well as shaping political and social attitudes in this sector; and, finally, (3) performs evaluative and critical functions, and is, therefore, a kind of 'epistemic community' that disseminated certain knowledge and demanded the implementation of the resulting practices.

Keywords: deinstitutionalisation, social movement, reform, European Union.

## WPROWADZENIE

Korzenie i pierwotne cele idei deinstytucjonalizacji bywają lekceważone, co może utrudniać jej skuteczne wdrażanie. Przedstawione tu opracowanie pozwala lepiej zrozumieć sens deinstytucjonalizacji w odniesieniu do specyficznych grup społecznych, których dysfunkcje zazwyczaj się zazębiają. Częstym problemem pomocy społecznej jest jej sztywne rozdzielanie, podczas gdy w praktyce potrzebujący korzystają z różnych form wsparcia jako bezdomni, niepełnosprawni i resocjalizowani jednocześnie. W artykule przedstawiono deinstytucjonalizację nie tylko jako proces relokalizacji funkcji opiekuńczych, ale też jako społeczne zagadnienie upodmiotowienia osób, które tę opiekę odbierają.

Przybliżono tu w zarysie historię idei i praktyk deinstytucjonalizacji, od jej początków związanych z systemem społecznej opieki psychiatrycznej w Geel przez XIX-wieczne przemiany „choroby” w „upośledzenie”, a potem w „niepełnosprawność” aż po awangardowe projekty demokratyzacji opieki różnych grup społecznych w okresie powojennym. Krytyka dehumanizujących aspektów opieki instytucjonalnej przypadła na lata 60. XX w., a zatem ściśle była związana z rewolucją liberalną i powszechną emancypacją. W obszarze opieki psychiatrycznej deinstytucjonalizacja wiązała się także z odkryciem nowych farmaceutyków i możliwością rezygnacji z inwazyjnych zabiegów psychiatrycznych, takich jak lobotomia. W latach 80. deinstytucjonalizacja stała się globalnym trendem, za którym przemawiały już nie tylko racje etyczne, ale i ekonomiczne. Na tym tle przedstawiono specyfikę państw Europy Środkowo-Wschodniej, które musiały pogodzić neoliberalne zmiany z wytycznymi Unii Europejskiej i dziedzictwem socjalizmu.

Zasadnicza idea tego artykułu polega na uwypukleniu kluczowego momentu w historii deinstytucjonalizacji, w którym idea ta stała się siłą napędową radykalnego ruchu społecznego o charakterze kontrkulturowym i emancypacyjnym. Moment ten przypada na lata 60. XX w., kiedy liczne ruchy społeczne zaczęły organizować się wokół tematyki ludzkiego ciała i jego autonomii. Amerykański Ruch na Rzecz Niezależnego Życia, włoski ruch antypsychiatryczny czy niemiecki „ruch kalek” przeistoczyły naukowy ruch deinstytucjonalizacji w postępową rewoltę przeciw opresyjnym praktykom instytucjonalnym, a także na rzecz uznania i społecznej idei równości. Ruch ten uzmysławia, że deinstytucjonalizacja nigdy nie miała charakteru

jedynie technicznego. Wręcz odwrotnie, integralną jego częścią była radykalna demokratyzacja świadomości społecznej, o czym zapominają dziś decydenci i inicjatorzy procesów deinstytucjonalizacji.

## IDEA DEINSTYTUCJONALIZACJI

Deinstytucjonalizacja wyraża współcześnie przekonanie, że nie ma sensu przetrzymywać w placówkach sanitarnych i zakładach opiekuńczych (co zazwyczaj oznacza również izolację) różnych grup, które z powodu swojej niepełnosprawności, wieku czy problemów losowych nie mogą samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. Praktyki te dotyczą osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością rozwojową, osób w podeszłym wieku, małoletnich dzieci, byłych przestępców i bezdomnych. Coraz częściej zdeinstytucjonalizowaną pomocą obejmowani są także uchodźcy i imigranci. Liczne problemy, których doświadczają, krzyżują się w indywidualnych dramatach ludzkich. Wiedza, moralność i rachunek ekonomiczny zaczęły przemawiać za istnieniem lepszych miejsc do życia dla osób poszkodowanych przez los i życiowe tragedie, a także skuteczniejszych form pomocy, które uczyniłyby życie tych ludzi pod każdym względem lepsze. Istnieją niezaprzeczalne fakty i nowa filozofia przemawiająca za deinstytucjonalizacją.

Badania naukowe pokazują np., że w przypadku małych dzieci nawet krótki pobyt w instytucji może negatywnie wpłynąć na rozwój mózgu i mieć fatalne konsekwencje dla życia emocjonalnego<sup>1</sup>. Przebywanie w zakładach pogłębia problemy intelektualne, behawioralne i społeczne, wywołuje różne zaburzenia fizyczne i motoryczne, problemy „quasi-autystyczne”, nadmierne przywiązanie lub brak zahamowań; może też odpowiadać za niższy iloraz inteligencji, opóźnienia w rozwoju zdolności językowych, problemy z nauką itp. Pobyt w instytucjach ma również negatywne konsekwencje dla osób niepełnosprawnych. Dotyczy to np. kobiet, które padają ofiarą przemocy fizycznej i seksualnej. Procesy resocjalizacji więźniów w izolowanych ośrodkach najczęściej jedynie pogłębiają dysfunkcje psychologiczne i społeczne. Życie w izolacji utrudnia rozwój emocjonalny i społeczny, sprzyja depresjom i agresji, a także umacnia tzw. wyuczoną bezradność, tj. blokuje zachowania adaptacyjne i uruchamia procesy deso-

---

<sup>1</sup> J. Bowlby, *Maternal care and mental health*, World Health Organization, Geneva 1951.

cializacji. Osobne problemy rodzi także opieka instytucjonalna nad osobami w podeszłym wieku czy bezdomnymi.

Powstała więc idea, aby funkcje opiekuńcze w całości lub częściowo przenieść z instytucji i oddać w ręce społeczności lokalnych, otwartych sieci wsparcia współtworzonych przez różne organizacje, fundacje i stowarzyszenia, a także nieformalne grupy sąsiedzkie, przyjacielskie i rodziny. Dążono do tego, żeby niejako „zwrócić” obywateli społeczeństwu, społeczeństwu zaś dać możliwość wywiązania się z właściwych mu funkcji. Osobom, które tego wymagały, w miejsce hospitalizacji oferowano pomoc ambulatoryjną lub wsparcie lekarzy środowiskowych. Deinstytucjonalizacja jest zatem **procesem**<sup>2</sup>, ale nie można jej sprowadzić do problemu czysto technicznego, w którym chodziłoby jedynie o miejsce przebywania osób wymagających pomocy i troski; jej istotą nigdy nie była jedynie relokacja tzw. łóżek.

Nie chodziło zatem o zwyczajne scedowanie odpowiedzialności za osoby znajdujące się w trudnej sytuacji na społeczność, ale o wspólną opiekę nad nimi, a także ich integrację, która w warunkach instytucji zamkniętych była niekompletna czy wręcz niemożliwa do realizacji na stosownym poziomie. W procesie tym chodziło o redefinicję podopiecznego (pacjenta) z „obiektu” pomocy na jej „podmiot”. Proces ten, w szerokim tego słowa znaczeniu, wyraża prawo do samostanowienia i wolności każdego człowieka, a co za tym idzie także prawo do godnego i stosownego do potrzeb życia z poszanowaniem niezależności, prywatności, troski i miłości. Trzeba jednak zaznaczyć, że zanim deinstytucjonalizacja stała się takim racjonalnym i etycznie podbudowanym elementem polityki społecznej, była idea, która stopniowo zmieniała swój kształt i dojrzewała. Była i jest również częściowo przedmiotem sporów.

## HISTORIA DEINSTYTUCJONALIZACJI

Przełom XVIII i XIX w. zrodził nowoczesne instytucje opieki – takie, w których obowiązywały ścisłe procedury nadzoru i kontroli. Niemało wysiłku i wyobraźni włożono w opracowanie technik izolacji ludzi<sup>3</sup>. W domach dla obłąkanych, najpierw a potem w azylach (ang.: *lunatic asylum*), szpitalach psychiatrycznych, przytułkach i sierocińcach

<sup>2</sup> L. Bachrach, *A Conceptual Approach to Deinstitutionalization*, „Hospital & Community Psychiatry” 1975, vol. 29, no. 9, s. 573–578, tu: 574.

<sup>3</sup> A. Scull, „Community Care”: *Historical Perspective on Deinstitutionalization*, „Perspectives in Biology and Medicine” 2021, vol. 64, no. 1, s. 70–81, tu: 70–71.

zmuszano do odosobnienia ludzi bezdomnych, niepoczytalnych i biednych. Żyli i pracowali w izolacji, z dala od tych zdrowych na umyśle i społecznie „przydatnych”. Tworzeniu podziałów sprzyjały przesady religijne, które w dysfunkcjach mentalnych i społecznych upatrywały grzechu i działania szatańskich mocy. Dużą rolę w „patologizacji” chorób psychicznych odegrało społeczeństwo przemysłowe, w którym powszechny był pogląd o bezużytecznej i bezproduktywnej egzystencji „szaleńców”<sup>4</sup>. Racjonalne zarządzanie przemawiało na rzecz ich bezwzględnej izolacji. Choroby psychiczne interpretowano jako wynik rozkładu normatywnych funkcji tradycyjnego porządku moralnego<sup>5</sup>. Praktyki odosobnienia podpierano ideałami darwinizmu społecznego, w tym eugeniki, której zasady sformułował brytyjski naukowiec Francis Galton. Zakładała ona, że źródłem chorób jest jedynie biologia, a najskuteczniejszym sposobem ich eliminacji będzie izolacja powstrzymująca potencjalną reprodukcję społecznych patologii. W kolejnym stuleciu regularnie stosowano wobec chorych zabiegi sterylizacji, a w skrajnej postaci darwinizm społeczny i eugenika stały się powszechną praktyką w nazistowskich Niemczech.

Istniały pojedyncze inicjatywy deinstytucjonalizacji *avant la lettre*, które rozwijały się na przekór dominującym tendencjom. Świadczy o tym przypadek flandryjskiej miejscowości Geel. W tym legendarnym miejscu, które od XIII w. było ośrodkiem kultu św. Dymfny i celem pielgrzymek osób z chorobami psychicznymi, udało się stworzyć pierwszy unikalny system całościowej opieki rodzinnej, który przetrwał do dzisiaj. Przypadek ten pokazywał zarazem, że w „szaleństwie” – przynajmniej na marginesie kultury europejskiej – upatrywano tajemnicy ludzkiej duszy, niezgłębionej prawdy o człowieku, a także granic samego rozumu. Społeczny eksperyment, który rozwijał się przez ponad 700 lat, należał jednak do wyjątków potwierdzających regułę<sup>6</sup>. Ta zaś zakładała wyraźne odsuwanie i piętnowanie „niepoczytalnych”<sup>7</sup>.

Można uznać, że deinstytucjonalizacja zaczęła rozwijać się już w pierwszej połowie XIX w. z krytyki przesądów i nieefektywnej opieki instytucjonalnej, w szczególności w obszarze psychiatrii. Kwestiono-

<sup>4</sup> Por. K. Doerner, *Madmen and the Bourgeoisie: A Social History of Insanity and Psychiatry*, Basil Blackwell, Oxford 1984.

<sup>5</sup> D.J. Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Little, Brown & co., Boston 1971.

<sup>6</sup> J.L. Goldstein, M.M.L. Godemont, *The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model*, „Community Mental Health Journal” 2003, vol. 39, no. 5, s. 441–458.

<sup>7</sup> A.M. Platt, *The Origins and Development of the „Wild Beast” Concept of Mental Illness and Its Relation to Theories of Criminal Responsibility*, „Issues in Criminology” 1965, vol. 1, no. 1, s. 1–18.

wano celowość i konsekwencje przymusowego odosobnienia pacjentów w szpitalach i różnych „azylach”, jak również niehumanitarne praktyki lecznicze. Francuski lekarz i twórca nowoczesnej psychiatrii Phillipe Pinel głosił potrzebę porzucenia religijnych uprzedzeń wobec osób z chorobami psychicznymi<sup>8</sup>, a brytyjski filantrop i reformator Samuel Tuke protestował przeciwko niehumanitarnemu traktowaniu ludzi – trzymaniu ich w łańcuchach, nędzy i w społecznej pogardzie. Zapoczątkowana przez nich krytyka naukowa i moralna nabrała rozpędu pod koniec XIX w. Niemiecki teolog Thomas Schäfer w 1900 r. jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na problem norm językowych dyskryminujących osoby niepełnosprawne i chore. Jego krytyka antycypowała niemiecki „ruch kalek”<sup>9</sup>. W XIX w. mówiono o „szaleństwie”, a w pierwszej połowie XX w. powszechne było w użyciu słowo „upośledzenie”, które dopiero po wojnie stopniowo zastępowano określeniem „niepełnosprawność”. Świadomość społeczną kształtowała również zaangażowana literatura, jak choćby historia Olivera Twista Charlesa Dickensa, ukazująca patologie sierocińców.

Poszukując współczesnych źródeł deinstytucjonalizacji, należy zwrócić uwagę, że ruch wyrósł ze społecznej inicjatywy „open door movement”, tj. deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Anglii oraz zastąpienia jej przez bardziej otwarte i demokratyczne instytucje, a także opiekę świadczoną przez całą społeczność pacjentów i lekarzy. Ich znaczenie już wcześniej zaczęto dostrzegać i urzeczywistniać w tzw. społecznościach terapeutycznych (ang. *therapeutic communities*), tworzonych z myślą o społecznej reintegracji byłych jeńców wojennych<sup>10</sup>. Samo pojęcie ukuł Thomas Maine w 1946, a nowa i towarzysząca jej praktyka „terapii grupowej” stała się ważnym impulsem do reformy całego instytucjonalnego systemu opieki psychiatrycznej w Anglii. W 1947 r. w szpitalu Hendersona powstała pierwsza „terapeutyczna społeczność demokratyczna”, która zrywała z autorytarnymi regułami szpitalnymi i przymusową terapią farmakologiczną. Z powodu prób sterowania tą inicjatywą z zewnątrz ostatecznie ten awangardowy projekt załamał się, ale zainicjował przełomowe zmiany wdrożone w Anglii wraz z Mental Health Act (1959).

<sup>8</sup> A. Deutsch, *The Mentally Ill in America*, Columbia University Press, New York, NY, 1949, s. 55.

<sup>9</sup> S.D. Tümer, *Die Krüppelbewegung – eine Emanzipationsbewegung der 1970er Jahr*, GRIN Verlag, 2010, s. 8.

<sup>10</sup> D. Veale, P. Gilbert, J. Wheatley, I. Naismith, *A New Therapeutic Community: Development of a Compassion-Focussed and Contextual Behavioural Environment*, „Clinical Psychology and Psychotherapy”, 14.04.2014, DOI: 10.1002/cpp.1897; P. Campling, *Therapeutic communities*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2001, vol. 7, s. 365–372.

Już w 1951 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaczęła promować społeczny wymiar opiekuńczości w obszarze psychiatrii (ang. *community-based services*). Miało to wzmacniać różne działania prewencyjne w społecznościach, a zarazem wyznaczać nowe standardy rehabilitacji pacjentów z problemami psychiatrycznymi. Nie była to kampania skierowana przeciw szpitalom, a jedynie przeciw przymusowej hospitalizacji. Rekomendowane projekty wdrażano zwłaszcza w USA, gdzie upowszechniło się pojęcie deinstytucjonalizacji, w Wielkiej Brytanii, gdzie raczej mówiono o „wygaszaniu” (ang. *running down*) i we Włoszech, gdzie deinstytucjonalizacja określana była po prostu jako „radikalna reforma psychiatrii”.

Apogeum krytyki opieki instytucjonalnej przypada na lata 60. XX w. Coraz częściej dostrzegano jej negatywne konsekwencje: ogromne koszty oraz dehumanizujący wymiar przestarzałej i podupadającej opieki instytucjonalnej. W krytycznej ocenie sytuacji (np. w Stanach Zjednoczonych) dużą rolę odegrały pozwy organizacji konsumenckich ujawniające nadużycia i złe warunki, w których musieli przebywać pensjonariusze szpitali psychiatrycznych<sup>11</sup>, a także sprawy sądowe przeciw restrykcjom obowiązującym w szpitalach więziennych<sup>12</sup>. Przełom lat 60. i 70. to czas wielkich przemian o charakterze demokratycznym, czas rewolucji kulturalnej, radykalizmu społecznego, myśli antytechnokratycznej i antykapitalistycznej, rodzących się ze świadomości ukrytych form opresji i wykluczenia. To czas ekspansji kultury indywidualizmu, ruchu praw obywatelskich i praw człowieka, zainteresowania nieschematycznymi formami myślenia i wszelką odmiennością.

Wzmocniona krytyka instytucji była pokłosiem nowej wrażliwości intelektualnej, którą przyniosły dzieła socjologów, m.in.: Ervinga Goffmana<sup>13</sup> i Michela Foucaulta<sup>14</sup>, czy lekarzy, np. Ernesta M. Gruenberga<sup>15</sup>, Thomasa Szasza<sup>16</sup> i guru szkockiej psychiatrii – Ronalda

---

<sup>11</sup> N. Ridenour, *Mental Health in the United States*, Harvard University Press, The Commonwealth Fund, 1961, s. 121–125, DOI: 10.4159/harvard.9780674420267.

<sup>12</sup> S.D. Warren, *The Dream of the Outside: Deinstitutionalization, Anti-psychiatry, and the Move Into the Community*, 25.04.2021, <https://www.unsoundmind.org/post/the-dream-of-the-outside-deinstitutionalization-anti-psychiatry-and-the-move-into-the-community> (dostęp: 29.06.2023).

<sup>13</sup> E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961.

<sup>14</sup> M. Foucault, *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*, Pantheon Books, New York 1965.

<sup>15</sup> M.E. Gruenberg, *Social Breakdown Syndrome and its Prevention*, 1974, <https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/the-social-breakdown-syndrome-and-its-prevention/> (dostęp: 29.06.2023).

<sup>16</sup> T. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961.

D. Lainga<sup>17</sup>. Uwagę socjologów przykuwała powszechna depersonalizacja, nadużywanie moralnych ocen, systemowe represjonowanie różnych kategorii ludzi i stygmatyzowanie odmienności. Krytykowali oni opresyjną kulturę formatującą ludzi wedle dominujących i jednowymiarowych wzorów – społeczne kombinaty konformizmu odzierające z indywidualności i godności. Lekarze natomiast kwestionowali przede wszystkim samo pojęcie choroby psychicznej, która w ich przekonaniu raczej pełniła funkcję metafory problemów życiowych niż była wyrazem jakichś rzeczywistych dolegliwości ciała. Jej „leczenie” musi opierać się na uzgadnianiu znaczeń, a zatem wyrażać to, co Thomas Szasz określił mianem „kontraktu” między leczącym i leczonym. Prowadzi to do bardziej liberalnego rozumienia ciała, które wymyka się hegemonii medycyny z jej autorytarnymi diagnozami i manipulacjami. Jak pisze Warren „(...) wszystkie rozgraniczenia zdrowia i choroby zawierają deklaracje wartości i dlatego nie mogą być zrozumiane bez społecznych definicji tego co normalne i nienormalne”<sup>18</sup>. Krytyka i redefinicja kluczowych pojęć doprowadziła do powstania całej gamy inicjatyw deinstytucjonalizacji w obszarze psychiatrii i niepełnosprawności, a następnie w innych sektorach zorganizowanej opieki i nadzoru.

*Siedlisko węży* (1948) Anatola Litvaka czy *Lot nad kukułczym gniazdem* (1975) Miloša Formana to kultowe filmy dla całego pokolenia, które nie tylko zwróciło się przeciw rozwiązaniom instytucjonalnym w psychiatrii (dyskryminacji, rasizmowi, przemocy instytucjonalnej, dehumanizacji podopiecznych), ale też stworzyło pole do bardziej liberalnego i troskliwego myślenia o wszelkiego typu odmiennościach, w tym psychiatrycznych, społecznych, rasowych, seksualnych itp.<sup>19</sup>. Na podstawie powieści Stanisława Lema również w Polsce powstał film o bardzo podobnej wymowie – *Szpital Przemienienia* (1979) w reżyserii Edwarda Żebrowskiego (Bernsteina). Deinstytucjonalizacja przypada zatem na czas rewolucji liberalnej, choć istniał społeczny konsensus w tej sprawie, popierali ją także konserwatyści, głównie ze względów ekonomicznych.

W obszarze psychiatrii często podkreślano, że procesy deinstytucjonalizacji uruchomione zostały częściowo przez rozwój psychofarmakologii w latach 50. XX w., wprowadzenie pierwszych neuro-

<sup>17</sup> R.D. Laing, *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, Penguin, Harmondsworth 1960.

<sup>18</sup> S.D. Warren, *The Dream of the Outside...*

<sup>19</sup> I.D. Cummins, *From Hero of the Counterculture to Risk Assessment: A Consideration of Two Portrayals of the „Psychiatric Patient”*, „Illness Crisis & Loss” 2016, no. 26(2), s. 111–123.



leptyków i lekarstw psychotropowych, takich jak chlorpromazyna (largactil). Promowana przez koncerny farmaceutyczne skuteczność tych lekarstw była dyskusyjna<sup>20</sup>, ale pozwoliły one częściowo zastąpić kontrowersyjne i często nieskuteczne praktyki wstrząsów insulinowych, elektrowstrząsów, zabiegów przedczołowej lobotomii i innych powszechnych niegdyś technik leczenia. Warto też dodać, że ścisły związek procesów deinstytucjonalizacji z powstaniem nowych lekarstw do dziś bywa kwestionowany<sup>21</sup>. Konieczność deinstytucjonalizacji tłumaczono również niewydolnością istniejącego modelu państwa opiekuńczego, który istotnie, w latach 70., po trzech dekadach pomyślnego rozwoju, zaczął się załamywać i powoli ustępować miejsca wolnorynkowej ortodoksji lat 80. Obok postępu medycyny doszły do tego również zmiany charakterystyczne dla państw uprzemysłowionych – urbanizacja, migracje, zmiany demograficzne i inne, które przyniosły nowe problemy i wyzwania w obszarze szeroko rozumianej opieki i nadzoru. Integracja społeczna wymagała nowych i radykalnych impulsów.

Zainicjowane zmiany miały zatem charakter racjonalny, decydenci zaś często podkreślali, że procesy deinstytucjonalizacji miały swoje ekonomiczne uzasadnienie. Sprzyjało temu umacnianie wolnorynkowych (neoliberalnych) cech systemu opieki, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych<sup>22</sup>, gdzie bardziej niż wyrazem humanitaryzmu i wartości był on sposobem na zaoszczędzenie pieniędzy, które w przeciwnym wypadku, jak przekonywano, zostałyby wydane na rozbudowę i tak niewydolnych szpitali psychiatrycznych, pokrycie rosnących kosztów zatrudnienia i naglącą potrzebę szkolenia personelu. Prywatyzacja uruchomiła też częściowo pozytywne procesy rywalizacji na rynku opieki usługodawców. Wiele usług zyskało też na elastyczności, dopasowując się teraz bardziej do indywidualnych i lokalnych potrzeb<sup>23</sup>. Wolny rynek piętnował sztywny charakter instytucji, w tym również wpływ państwa na prawo zakładów opiekuńczych do decydowania o sobie, tak istotne w założeniach procesu deinstytucjonalizacji.

---

<sup>20</sup> R.H. Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*, Perseus Press, Cambridge 2002, s. 269–272.

<sup>21</sup> A. Scull, „Community Care”..., s. 73–74.

<sup>22</sup> R.H. Lamb, L.L. Bachrach, *Some Perspectives on Deinstitutionalization*, „Psychiatric Services” 2001, no. 52(8), s. 1039–1045.

<sup>23</sup> T. Mladenov, G. Petri, *Critique of Deinstitutionalisation in Postsocialist Central and Eastern Europe*, „Disability & Society” 2020, vol. 35, no. 8, s. 1203–1226, DOI: 10.1080/09687599.2019.1680341.

W latach 80. XX w. zjawisko to miało już charakter ogólnoświatowy i objęło takie kraje jak ZSRR, Kolumbia czy Nigeria. Rosła świadomość skali problemów społecznych związanych z opieką instytucjonalną do tego stopnia, że zaczęto mówić o globalnym trendzie deinstytucjonalizacji w obszarach opieki psychiatrycznej, bezdomności, opieki zastępczej dla dzieci itd.<sup>24</sup>. Trudno jednoznacznie ustalić, w którym momencie pojęcie deinstytucjonalizacji przestało obejmować wyłącznie pacjentów szpitali psychiatrycznych. Nie ulega jednak wątpliwości, że problemy, które dla celów naukowych i organizacyjnych oddzielano, bardzo często szły ze sobą w parze – niepełnosprawność intelektualna, fizyczna, bezdomność, ubóstwo czy sieroctwo krzyżowały się w biografiami tych samych osób. Przymuszczać to właśnie spowodowało transfer tego pojęcia do innych obszarów opieki. W każdym razie proces stopniowo legitymizowały międzynarodowe deklaracje i postanowienia, m.in.: konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (2006), konwencja ONZ o prawach dziecka (1989), Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności na okres po roku 2020 (2020), zalecenia Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (CESCR), Deklaracja Madrycka dotycząca praw osób starszych (2002) i inne.

W XXI w. deinstytucjonalizacja stała się celem Unii Europejskiej. Aksjologiczny wymiar deinstytucjonalizacji miał swoje źródła we wcześniejszych zabiegach lobbujących w tym zakresie paneuropejskich organizacji działających na rzecz niepełnosprawnych (European Network on Independent Living, International Disability Alliance, czy Inclusion Europe). Niemalą rolę odegrał w tym zakresie czeski socjaldemokrata i komisarz Vladimír Špidla, który w ślad za stroną społeczną podkreślał, że deinstytucjonalizacja to szerszy proces oraz wyzwanie nie tylko dla naukowców i technokratów. Słusznie wskazywał on, że proces ten wyraża problemy emancypacji społecznej na równi z tworzeniem nowej i bardziej holistycznej kultury instytucjonalnej<sup>25</sup>.

Deinstytucjonalizacja stopniowo zaczynała więc przechodzić z obszaru praktyk w domenę legislacji, a także ekspresji filozofii praw

---

<sup>24</sup> T. Turner, *The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization*, „Psychiatry” 2004, vol. 3, issue 9, s. 1–4, DOI: 10.1383/psyt.3.9.1.50257; H. Goldman, J. Morrissey, L. Bachrach, *Deinstitutionalization in international perspective: variations on a theme*, „International Journal of Mental Health” 1982, vol. 11, no. 4, s. 153–165, tu: 154, <http://www.jstor.org/stable/41344305> (dostęp: 29.06.2023).

<sup>25</sup> Speech by Vladimír Špidla at „Towards Inclusion” conference 2020, <http://www.inclusion-europe.eu/speech-spidla-towards-inclusion-deinstitutionalisation/> (dostęp: 29.06.2023).

człowieka, jego godności i zasad równości. Wartości te są fundamentem europejskiego dorobku prawnego, a projekty, które im służą, realizowane są w ramach polityki spójności z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych. Pojęcie deinstytucjonalizacji zaczęło obejmować coraz więcej grup społecznych i inicjatyw w UE. Instytucjonalna opieka nad dziećmi stopniowo zaczęła przekształcać się w różne formy tzw. opieki zastępczej, przypominającej opiekę rodzinną i świadczonej przez krewnych oraz w środowiskowych ośrodkach opieki dziennej. System pomocy bezdomnym i osobom niepełnosprawnym coraz częściej obejmował adaptację mieszkań w środowiskach lokalnych. Młodzieży opuszczającej zakłady opieki oferowano poradnictwo i wsparcie w procesach społecznej integracji, a także pomoc w sytuacjach kryzysowych. Monitoring „nieprofesjonalistów” służyć miał równości partnerów i sprzyjać upodmiotowieniu podopiecznych. Z myślą o różnych grupach powstały elastyczne formy integracji i pomocy społecznej, takie jak krótkie urlopy, pozwalające oderwać się od rutyny codziennych zajęć i problemów, domowa pomoc pielęgniarstwa, programy wspierające w nawiązywaniu znajomości i poszukiwaniu pracy itp. Deinstytucjonalizacja w obszarze pomocy seniorom zmierzała do ograniczenia instytucji ubezwłasnowolnienia, wprowadzenia systemu mieszkań chronionych i zwiększenia pomocy asystentów społecznych. W Niemczech dla osób z problemami psychiatrycznymi organizowano tzw. domy ucieczki (*Weglaufhaus*), które dawały możliwość podjęcia próby samodzielnego życia poza nadzorem instytucjonalnym. Skala problemów i wyzwań deinstytucjonalizacji jest gigantyczna i widać, że proces ten nie tylko jest skomplikowany i rozległy, ale też jego powodzenie zależeć będzie od głębokich zmian kulturowych.

Procesy deinstytucjonalizacji postępowały także w Europie Środkowo-Wschodniej, jednak były tu i pozostają dość powolne, nierówne i często wiodą do reinstytucjonalizacji. Brakowało tu zawsze ruchów filantropijnych i zaangażowanego wolontariatu, tak silnych w Europie Zachodniej i Ameryce. Mimo obowiązujących międzynarodowych ram prawnych i uznania dla priorytetów polityki społecznej UE zaangażowanie w ten proces nadal pozostaje niskie wśród decydentów, którzy spychają to zagadnienie na daleki plan. Teodor Mladenov i Gabor Petri wskazują na dwa główne czynniki, które wpłynęły na charakter procesu deinstytucjonalizacji: dziedzictwo socjalizmu i neoliberalną transformację<sup>26</sup>. Trudna sytuacja podopiecznych w zakładach opieki

<sup>26</sup> T. Mladenov, G. Petri, *Critique of Deinstitutionalisation...*

w państwach socjalistycznych była sprawą dość powszechnie rozpoznaną. Uważano ich za niezdolnych do pracy i bezproduktywnych. Socjalizm zatem obchodził się z niepełnosprawnymi analogicznie do dziewiętnastowiecznych państw kapitalizmu przemysłowego. Ukrywano ich przed obywatelami i upowszechniano iluzję zdrowego, silnego ludu pracującego. W efekcie prowadziło to do izolacji, najczęściej zorganizowanej w dawnych pałacach i dworach na prowincji. Z czasem centralne planowanie zaczęło służyć również budowie masywnych ośrodków opiekuńczych i koncentracji usług<sup>27</sup>. W tego typu nadzorowanych placówkach przetrzymywano również więźniów politycznych, co jedynie potwierdzało ich opresyjny i pełen przemocy charakter na wzór innych instytucji totalnych, takich jak np. więzienia.

Na początku lat 90. państwa socjalistyczne weszły w fazę intensywnych reform o charakterze neoliberalnym – prywatyzacji, decentralizacji i deregulacji. Przynajmniej przez dwie kolejne dekady panowała niechęć do wszelkich postaci opiekuńczości, które traktowano jako rudymenty skompromitowanego socjalizmu. Tymczasem zmiany oznaczały dla wielu instytucji prawdziwą katastrofę, a nowe reguły rynkowe oraz związany z nimi ideał państwa minimalnego często uniemożliwiały świadczenie usług opieki nawet na podstawowym poziomie<sup>28</sup>. W imię nowych priorytetów podjęto systemową walkę z wszelkimi formami zależności od państwa. Trudna sytuacja finansowa wywołana wolnorynkową transformacją spowodowała to, że wielu obywateli musiało szukać wsparcia w swoich domach i rodzinach. Osobna kwestia wiązała się także z usługowym charakterem wyłaniającego się społeczeństwa obywatelskiego, które przejęło niektóre instytucje opieki, rzadko jednak dbało o ich pełne uspołecznienie. NGO-sy przyczyniły się w pewnym stopniu do uruchomienia procesów deinstytucjonalizacji i poprawiły sytuację opiekuńczości, ale nadal pozostawały finansowo zależne od państw i środków europejskich. Implementacja wartości i praktyk deinstytucjonalizacji w dużym stopniu wiązała się w tej części Europy właśnie z przystąpieniem do UE.

We wszystkich państwach Unii Europejskiej deinstytucjonalizacja rozwijała się wedle nowych ram politycznych i prawnych. Nowe zobowiązania wynikały m.in. z: Karty praw podstawowych UE (2000), Strategii „Europa 2020” (2010), Europejskiej Strategii w sprawie niepełno-

<sup>27</sup> D. Holland, *The Current Status of Disability Activism and Non-Governmental Organizations in Post Communist Europe: Preliminary Findings Based on Reports from the Field*, „Disability & Society” 2008, vol. 23, issue 6, s. 543–555.

<sup>28</sup> T. Mladenov, G. Petri, *Critique of Deinstitutionalisation...*

sprawności 2010–2020 (2010), Europejskiej karty praw i obowiązków osób starszych wymagających długoterminowej opieki i pomocy (2010) i wielu innych szczegółowych dokumentów. Bezpośredniego wsparcia polityce deinstytucjonalizacji udzieliła także Rada Europy. Duże znaczenie odegrały takie dokumenty jak: Europejska Karta Społeczna (1961 i 1996), Zalecenie nr Rec (2006)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich, Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy o dostępie do praw osób niepełnosprawnych oraz ich pełnej i aktywnej partycypacji w życiu społecznym (2009), Zalecenie Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie zapewnienia pełnego włączenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej do życia społecznego (2013) czy Wytyczne Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie wymiaru sprawiedliwości przyjaznego dzieciom (2010).

Upowszechnienie idei deinstytucjonalizacji dało asumpt do kompleksowej i szerokiej analizy całego systemu opiekuńczości i zdrowia w Europie, analizy społecznych barier w dostępie do podstawowych usług i infrastruktury w państwach UE, a także zaowocowało licznymi rozporządzeniami na rzecz bardziej rozbudowanej i przyjaznej infrastruktury dla osób w procesach reintegracji. Konieczne stało się bardziej skrupulatne zbieranie informacji o pensjonariuszach i podopiecznych zakładów, dotyczące nie tylko ich niepełnosprawności, ale też wykształcenia, pochodzenia etnicznego czy wyznania. Plany reform wymagały również danych na temat samych zakładów opieki: świadczonych usług, finansowania, przygotowania, kosztów i wydajności personelu, a także pozostających do dyspozycji innych zasobów materialnych i niematerialnych. Konieczne stały się długoterminowe prognozy społeczno-ekonomiczne i demograficzne, zwłaszcza pod kątem takich zjawisk społecznych jak ubóstwo, bezrobocie czy imigracja, a także analizy ram prawnych dla procesów deinstytucjonalizacji. Z drugiej strony ocenie poddawane były również możliwości i potencjał społeczności lokalnych w tym procesie, formy jego finansowania, kontrolowania, a także związane z tym zobowiązania i odpowiedzialność. W końcu coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do integracji działania obu tych, jak się zdawało, komplementarnych stron, coraz częściej było bowiem widać, że pojęcie deinstytucjonalizacji jest trochę mylące, a pożądane zmiany wymagają w równym stopniu sprawnych instytucji (reinstytucjonalizacja), przemyślanych strategii biznesowych, jak i świadomości i społecznego zaangażowania.

Deinstytucjonalizacja jako idea stopniowo zakorzeniała się w świadomości społecznej i umysłach decydentów. Nie uchroniło to jednak

samego procesu przed licznymi problemami, z których część wiązała się z umacniającym się neoliberalnym kierunkiem deinstytucjonalizacji i traktowaniem opiekuńczości jako formy zwykłej wymiany handlowej, a nie wdrażania i afirmacji stojących za nią wartości. Za nieodłączny problem związany z deinstytucjonalizacją uznawano jej koszty. Proces ten dotyczył nie tylko podopiecznych, ale także w oczywisty sposób profesjonalnej obsługi obejmującej administrację i wszystkich pracowników zakładów, często zorganizowanych w silne związki pracownicze, którzy z pewnością ponosili koszty tak fundamentalnej zmiany w filozofii i formach opiekuńczości. Problem kosztów dotyczył również społeczności lokalnych i nie należy naiwnie zakładać, że deinstytucjonalizacja zawsze jest przyjmowana z otwartymi ramionami i entuzjazmem, że jest bezkosztowa i oznacza same wymierne korzyści.

Deinstytucjonalizację „napędzały” trzy zasadnicze siły: 1. liberalna i humanitarna filozofia praw człowieka, 2. neoliberalna i wolnorynkowa kalkulacja opłacalności procesów deinstytucjonalizacji i 3. poparte wiedzą naukową przekonanie, że najlepszym środowiskiem integracji ludzi, z różnych powodów wykluczonych, jest mikroświat lokalnych społeczności – rodzin, wspólnot, sąsiedztwa i zaangażowanego środowiska lokalnego. W nich bowiem tworzy się autonomiczne, a zarazem kontrolowane otoczenie opieki i wsparcia. Obecny jest tu ideał życia wspólnotowego, jakiś rodzaj solidarności czy też inne formy kulturowo zakorzenionej filantropii i troski. Wyzwania deinstytucjonalizacji dotyczą bowiem nie tylko polityków i administracji, ale też stoją przed społeczeństwami, które winny identyfikować i usuwać obecne w nim bariery, stereotypy i praktyki stygmatyzacji<sup>29</sup>. Życie we wspólnocie wcale bowiem nie musi eliminować wykluczenia i bywa, że jest tu najtrudniejsze<sup>30</sup>. Warto również wziąć pod uwagę fakt, że opieka środowiskowa to także „małe instytucje”, które mają swoje techniczne i logistyczne problemy, a także swój personel, który wymaga szkolenia i finansowania. Niezależnie od tego, z jakim środowiskiem mamy do czynienia, konieczne jest budzenie społecznej świadomości, radykalna praca nad społeczną wrażliwością i zaangażowaniem na rzecz tych najsłabszych oraz wykluczonych.

<sup>29</sup> K. Jones, *Deinstitutionalization in Context*, „The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society” 1979, vol. 57, no. 4, s. 552–569; E.R. Wright, W.P. Gronfein, T.J. Owens, *Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-esteem of Former Mental Patients*, „Journal of Health and Social Behaviour” 2000, no. 41(1), s. 68–90.

<sup>30</sup> S.P. Segal, *Community Care and Deinstitutionalization: A review*, „Social Work” 1979, vol. 24, no. 6, s. 521–527, tu: 521–522.

## DEINSTYTUCJONALIZACJA JAKO RUCH SPOŁECZNY

Deinstytucjonalizacja daleko wykroczyła poza opiekę psychiatryczną i oznacza dziś zasadniczo szeroki front częściowego przenoszenia funkcji i kompetencji opiekuńczych oraz nadzorczych z instytucji państwowych na poziom społeczny, wspólnotowy czy środowiskowy, a do pewnego stopnia również prywatny. W realizacji tych zadań stale podkreślana była rola polityków i decydentów, którzy tworzyli ramy dla tych zmian i nadal kreują ich strategie. To ważna, ale ostatecznie wtórna kwestia wobec wszystkich istotnych zmian, które w procesie deinstytucjonalizacji muszą się dokonać w obszarze społecznym. Chodzi tu bowiem nie tylko o zmianę działania instytucji, ale też o jakościową zmianę wsparcia środowiskowego, a nawet utartych norm społecznych i wyobrażeń. Dlatego dominująca narracja, która traktuje procesy deinstytucjonalizacji jako przede wszystkim programowany przez państwo, efektywny i ekonomicznie opłacalny zabieg techniczny, wydaje się gubić esencję tego zjawiska. Deinstytucjonalizacja w każdym upośledzeniu fizycznym czy intelektualnym, w każdym losowym dramacie człowieka, który uczynił z niego sierotę, bezdomnego, biedaka lub uchodźcę, nakazuje dostrzegać przede wszystkim szerszy problem społeczny.

Deinstytucjonalizacja, przedstawiona w tym artykule, ma charakter kontrkulturowy i można opisać ją w kategoriach nowego ruchu społecznego. Dla porządku artykułu położę w tej części nacisk na jego początki związane z ruchem antypsychiatrycznym, który stworzył jej podwaliny. Pojęcie nowego ruchu społecznego pierwotnie służyło do opisu ruchów kontestacyjnych w latach 60. XX w. Alain Touraine, Alberto Melluci, Claus Offe i inni upatrywali w nich nowy fenomen społeczny z charakterystycznym repertuarem działań zrywającym z instytucjonalną i organizacyjną centralizacją. Ruchy te stroniły od konwencjonalnych działań, uciekając się do spontanicznych i barwnych protestów, które poruszały opinię publiczną. Koncentrowały swoją aktywność na pojedynczych kwestiach: ekologii, prawach kobiet, konsumeryzmie, kolonializmie, pokoju itp. Mniej lub bardziej bezpośrednio ich aktywność dotyczyła prawie zawsze ludzkiego ciała: płci, rasy, zdrowia, zagrożeń czy niezbędnych dla jego prawidłowego funkcjonowania warunków życia, a zatem kwestii, które często znajdowały się poza polem racjonalnej kalkulacji i zainteresowania nowoczesnego kapitalizmu. Inaczej niż stare ruchy społeczne (ruchy robotnicze, narodowe czy ludowe), nowe ruchy nie głosiły potrzeby zmiany

zasad redystrybucji bogactwa czy dostępu do centralnych ośrodków władzy. Domagały się natomiast prawa do bezpośredniego współdecydowania, autonomii i przestrzeni niezależności. W ich rozumieniu bowiem wszyscy powinni sami decydować o swoim losie. Ich wartości miały charakter postmaterialistyczny. Inna zasadnicza odmienność polegała na tym, że tożsamość nowych ruchów formowała się ponad podziałami klasowymi, co nie zmienia faktu, że ruchy te w większości tworzone były przez aspirującą klasę średnią<sup>31</sup>.

Ruch antypsychiatryczny już na pierwszy rzut oka wyrażał wartości i aspiracje nowych ruchów społecznych. Po pierwsze, miał on swoich konkretnych aktorów społecznych: nieformalne zrzeszenia, inicjatywy, ich sieci, a także liderów, którzy im przewodzili. Po drugie, miał swoje wartości i tożsamość, które umożliwiały mu działalność społeczną, a potem lobbystyczną na rzecz nowych przepisów prawnych, wdrażania nowych praktyk w zakresie opieki i zdrowia, a także kształtowania stosownych postaw politycznych. Po trzecie, ruch pełnił funkcje diagnostyczne i krytyczne. Był zatem czymś w rodzaju „wspólnoty epistemicznej”, która upowszechniała określoną wiedzę i domagała się wdrażania wynikających z niej praktyk. Ponieważ nie były one bezdyskusyjne, bywało, że przybierał on charakter konfliktowy, a tym samym podlegał koniunkturze okoliczności społecznych i politycznych, które utrzymywały go pierwotnie na marginesie, by następnie jego postulaty zawrzeć w głównym nurcie reform społecznych. Upowszechnianie kultury czułości i troski nie obyło się bez walki.

## AKTORZY RUCHU

Deinstytucjonalizacja mobilizowała działanie licznych organizacji społecznych. W latach 60. XX w. zaczął rozwijać się w USA Ruch na rzecz Niezależnego Życia (ang. *Independent Living Movement*), mobilizując liczne organizacje pacjentów i stowarzyszenia walczące o prawa osób niepełnosprawnych. Bywało, że liderzy sami byli niepełnosprawni i bezpośrednio zaangażowani w przekształcenie swojego świata. Ich działalność jednak wpisywała się w szerszy nurt demokratyzacji społecznej. Ruch rozwijał się w ośrodkach akademickich, często przyjmując typową dla tego okresu radykalizacji i emancypacji społecznej formę buntów studenckich nie tylko walczących z opresyjnymi postaciami tradycji, ale również na rzecz większej tolerancji, zmiany

<sup>31</sup> É. Neveu, *Sociologie des mouvements sociaux*, La Découverte, Paris 2011, s. 62–63.



stosunku do różnych grup społecznych i uznania dla alternatywnych stylów życia. Jego kontrkulturowy charakter był powszechny. Biografie liderów wskazują też na postępującą instytucjonalizację deinstytucjonalizacji i stopniowe przechodzenie z pozycji protestu do głównego nurtu polityki opiekuńczości.

Edward Verne Roberts był pierwszym amerykańskim studentem na wózku inwalidzkim. Wraz z grupą innych niepełnosprawnych stworzyli nieformalne zrzeszenie The Rolling Quads na rzecz obrony interesów i tożsamości osób niepełnosprawnych. Z czasem nieformalna grupa dała asumpt do powstania awangardowego programu wsparcia osób z głębokimi niepełnosprawnościami – The Cowell Residence Program. Roberts był również jednym z liderów Centre for Independent Living przy uniwersytecie Berkeley, a następnie, wspólnie z Hale J. Zukasem został inicjatorem powstania World Institute on Disability – powszechnie znanego na świecie matecznika politycznego aktywizmu na rzecz niepełnosprawnych. Inicjatywy tych grup nie tylko przyczyniły się do istotnych zmian w prawie, ale także dały początek licznym inicjatywom infrastrukturalnym w przestrzeni publicznej ułatwiającym życie osobom niepełnosprawnym (np. ścięte krawężniki).

Inną znaną aktywistką ruchu na rzecz samodzielnego życia była Judith E. Heumann, która swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych rozpoczęła na Uniwersytecie Long Island. Tu wspólnie z innymi niepełnosprawnymi organizowała w latach 60. liczne protesty i akcje społeczne, przyczyniła się do powstania znanej organizacji Disabled In Action w Nowym Jorku, a także aktywnie uczestniczyła w kształtowaniu amerykańskiego ustawodawstwa na rzecz osób niepełnosprawnych (np. Individuals with Disabilities Education Act). W latach 70. aktywizm Heumann i innych obrońców praw osób niepełnosprawnych wspierała obok protestanckiej Armii Zbawienia również radykalna Partia Czarnych Panter, co także potwierdza pierwotnie kontrkulturowy charakter całego ruchu. W późniejszych latach aktywistka kontynuowała swoją działalność i agitację, współpracując z Fundacją Forda, Bankiem Światowym, a także Departamentem Stanu.

Deinstytucjonalizacja w duchu ruchów kontrkulturowych aktywnie rozwijała się także w Niemczech. Po wojnie ruch osób niepełnosprawnych zasadniczo podzielił się na inwalidów wojennych i osoby niepełnosprawne z powodu wrodzonych chorób i wypadków. Inicjatywy w tym obszarze pozwoliły stworzyć zupełnie nowy sektor aktywizmu społeczeństwa obywatelskiego, walczącego z różnego typu

formami ubezwłasnowolnienia. W latach 70. powstał tutaj tzw. ruch kalek (niem. *die Krüppelbewegung*), założony przez dorosłe już dzieci znajdujące się niegdyś pod opieką swoich rodziców i stowarzyszeń pomocowych. Towarzyszyło im przekonanie o konieczności dalszej emancypacji, samodzielnego podejmowania decyzji i rewindykacji oczywistych praw<sup>32</sup>. Nazwa ruchu wpisywała się w charakterystyczne dla epoki zjawisko przechwytywania najczęściej pejoratywnych wcześniej znaczeń i pojęć, a także celowego przeinaczania ich sensu w sposób, który przestawał być dyskryminujący czy lekceważący dla danej grupy. Proces ten opisywany jest w socjologii i antropologii kulturowej jako reappropriacja. Z drugiej strony ruch ten był konfrontacyjnie nastawiony wobec poprawnych politycznie i powierzchownych eufemizmów dominujących w przestrzeni publicznej, które faktycznie ukrywały trudną sytuację osób niepełnosprawnych. Ruch kalek na wzór amerykańskiego ruchu Independent Living walczył nie tylko o znoszenie barier w życiu niepełnosprawnych, ale też o zmianę kulturowych wyobrażeń na temat niepełnosprawności i osób, które były nią dotknięte. Działalność organizacji wyrażała się m.in. w tworzeniu klubów (niem.: *Clubs Behinderter und ihrer Freunde*), które łączyły niepełnosprawnych i zdrowych, po to by przełamywać stereotypy i uprzedzenia. W tym celu ruch zainicjował również specjalne kursy zmierzające do podnoszenia świadomości problemów i warunków życia osób niepełnosprawnych, pokonywania nieuzasadnionego lęku przed nimi czy inicjowania osobistej i pozbawionej barier relacji z niepełnosprawnymi. Dużą rolę w animacji ruchu mieli studenci i pokolenie '68, m.in. Ernst Klee czy Gusti Steiner, która parafrazując słynny slogan „*Black is beautiful*” amerykańskiego ruchu praw człowieka, stworzyła hasło: „Bycie niepełnosprawnym jest piękne”. Dla pokolenia, które uważało, że „prywatne jest polityczne”, problem niepełnosprawności również miał charakter publiczny. Wyrażały to charakterystyczne dla nowych ruchów społecznych performatywne akcje protestacyjne. Tu również narzuca się dość typowy kurs kariery aktywistów ruchu, którzy rozpoczynali jako zbuntowani studenci, by podobnie jak jedna z kluczowych aktywistek ruchu, Theresia Degener, zasiąść później w ważnych instytucjach rządowych i pozarządowych.

We Włoszech deinstytucjonalizacja zaczęła się rozwijać w latach 70. jako ruch antypsychiatryczny. Ogromną rolę w jego rozwoju odegrał włoski psychiatra Franco Basaglia, założyciel i lider towarzystwa

<sup>32</sup> S.D. Tümer, *Die Krüppelbewegung...*, s. 5–20.

Psichiatria Democratica, którego inicjatywy doprowadziły do reformy całego systemu opieki psychiatrycznej we Włoszech i radykalnej Ustawy 180 (1978), całkowicie eliminującej azyle dla osób z chorobami psychicznymi. Organizacja uważała za swój podstawowy cel walkę z wykluczeniem i marginalizacją, których efekty widać było m.in. w szpitalach psychiatrycznych. Sam Basaglia był członkiem partii socjalistycznej i fascynował się współczesnymi mu nurtami antypozytywistycznej i antysystemowej filozofii europejskiej, zwłaszcza egzystencjalizmem (Sartre) i fenomenologią (Jaspers), a także psychopatologią Eugeniusza Minkowskiego. Przyjaźń z Merleau-Pontym niewątpliwie wpłynęła na przekonanie Basaglii o konieczności społecznej i moralnej rehabilitacji samego ciała, które według francuskiego filozofa ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu przeżyć i świadomości ludzkiej, a w efekcie jest źródłem jego podmiotowości (fr. *le corps récu, animé*). Basaglia krytykował tradycyjne klasyfikacje oddzielające chorobę od zdrowia czy duszę od ciała, uznając za Heideggerem zdolność do troski (niem. *Sorge*) za istotę ludzkiej egzystencji. Swoje przemyślenia urzeczywistniał w teorii i awangardowych projektach pracy z pacjentami psychiatrycznymi. W 1968 r. opublikował głośną książkę, pt. *L'Istituzione Negata*, która stała się manifestem deinstytucjonalizacji włoskiej. Na wzór Maxwella Jonesa – twórcy nowoczesnej koncepcji wspólnot terapeutycznych – Basaglia organizował dla pacjentów psychiatrycznych warsztaty malarskie i teatralne, spółdzielnie pracy i inne niekonwencjonalne miejsca aktywności. Basaglia należał do pokolenia reformatorów społecznych, którzy prowadzili swoją działalność także w przestrzeni publicznej, podczas protestów i działań performatywnych. Wspierał go przyjaciół i politycznie zaangażowany pisarz Dario Fo. Ruch deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej we Włoszech wywodził się z ruchów postępowych i demokratycznych. Dążył tu do obalenia przesiąkniętych przemocą tradycyjnych pojęć i wyobrażeń (np. dotyczących rozumienia psychopatii), ale również deklarował nową filozofię człowieka, opartą na wartości wolności, dialogu i troski. Ruch ten wspierali także inni psychiatrzy o lewicowej proweniencji, tacy jak Franco Rotelli. W Polsce ten rodzaj myślenia o pacjencie reprezentował m.in. Antoni Kępiński.

## TOŻSAMOŚĆ RUCHU

Zainicjowana w latach 60. XX w. krytyka dotyczyła głównie tego, że instytucje mogą reprodukcować różne formy wykluczenia i nierówno-

ści w odniesieniu do najsłabszych: chorych, samotnych, niepełnosprawnych, dzieci czy osób starszych. Mogą one tworzyć dystans społeczny i dehumanizować swoich podopiecznych, a w efekcie mnożyć różne patologie. Naukowe i społeczne inicjatywy piętnowały archaiczne modele myślenia, zakorzenione nie tylko w instytucjach, ale i w tradycji, sprowadzające się do przekonania, że izolacja niektórych ludzi i budowanie wokół nich murów służy rzekomo higienie i pomysłności społecznej.

Ruch deinstytucjonalizacji zrywał z przedstawionym tak myśleniem. Rzecznicy ruchu wskazywali również na to, że patologie przypisywane instytucjom dotyczą także samych wspólnot i opieki środowiskowej, a ich terapeutycznego charakteru nie da się przesądzić z góry. Ruch deinstytucjonalizacji działał więc na rzecz powszechnej świadomości tych uwarunkowań i problemów w imię bardziej demokratycznych zasad postępowania z ludźmi, powiększania przestrzeni indywidualnej wolności, ludzkiej godności i autonomii w myśl idei amerykańskiego ruchu praw obywatelskich, w myśl II i III generacji praw człowieka, prawa do ochrony, pomocy i rozwoju. Aktywiści Independent Living Movement podkreślali, że najlepszymi ekspertami w dziedzinie pomocy osobom wykluczonym są one same. Podkreślano konieczność zmiany perspektywy i dostrzeganie w osobach niepełnosprawnych nade wszystko zwykłych obywateli, a nie konsumentów opieki zdrowotnej. Dysponują oni takimi samymi prawami do decydowania o swoim życiu, własnymi marzeniami i tożsamością jak przeciętni obywatele poza kontrolą instytucji nadzorujących.

Jak każdy ruch, ten skupiony na deinstytucjonalizacji wyrażał pewną tożsamość, choć jej samoopis ciągle ulegał zmianom. Pierwotnie był to ruch o charakterze naukowym i akademickim, który z trudem kruszył społeczne uprzedzenia i tradycyjne stereotypy wykluczające ludzi chorych, nieprzystosowanych, obcych czy porzuconych przez tradycyjne instytucje, np. rodziny. Towarzyszyły temu badania nad instytucjami totalnymi i stygmatyzacją, instytucjonalizacją patologii i społecznym wymiarem chorób czy studia w zakresie antropologii ciała. W dobie kontrkultury stał się ruchem społecznego radykalizmu i wszedł w fazę bojowej konsolidacji. Walka o prawa niepełnosprawnych, dzieci, osób starszych, bezdomnych była częścią szerszych społecznych procesów emancypacji i demokratyzacji życia, postępu ideologii wolnościowych, a także zyskującej na znaczeniu polityki tożsamości i walki o uznanie, którego domagały się również feministki, środowiska LGBT, Afroamerykanie czy ludy dawnych kolonii. Przed-

stawianie ruchu deinstytucjonalizacji w kategoriach jego zabiegów o „uznanie” uwydatnia relacyjny charakter moralności i sprawiedliwości, o które toczyli spory. Sprawiedliwość bowiem nie dotyczyła tu tego, czy i ile dóbr powinna mieć dana grupa społeczna, ale tego, na jaką pozycję społeczną zasługiwała i dlaczego<sup>33</sup>.

Lata 70. i 80. pod wpływem neoliberalnej reorientacji państw dały początek często pospiesznym i nieprzemyślanym projektom deinstytucjonalizacji. W Stanach Zjednoczonych np. zastosowano proste transfery pieniężne z budżetu federalnego dla wszystkich osób znajdujących się poza opieką szpitali państwowych w przekonaniu, że będzie to bardziej ekonomiczne i sprawi, że pacjenci sami zadbają o swój los (Medicare, Medicaid). Zbyt łatwe rozwiązania wdrożone na początku lat 70. przyniosły jednak fatalne efekty, m.in. wzrost przestępczości wśród osób chorych, korupcję z udziałem polityków i firm zarządzających ośrodkami opieki, wzrost ich nielicencjonowanej liczby czy wymykającą się spod kontroli gettoizację bezdomności, której efekty do dziś współtworzą pejzaż amerykańskich miast. W wielu przypadkach nowe modele opieki społecznościowej, rodzinnej czy biznesowej w rzeczywistości okazały się słabsze i mniej profesjonalne, a jej beneficjenci, w efekcie bardziej nieszczęśliwi, znaleźli się w jeszcze gorszej sytuacji. Prosta zasada, że wolny rynek prędzej czy później ustabilizuje warunki osób poza szpitalami psychiatrycznymi, wyrażała tylko dobrożyczeniowe fantazje. Pojawiły się też nieoczekiwane konflikty interesów, np. w Ameryce protestowały związki zawodowe, które obawiały się utraty pracy przez pracowników instytucji opiekuńczych i penitencjarnych. Można zatem powiedzieć, że emancypacyjny ruch bardziej podmiotowego traktowania pacjentów został wybiórczo zdyskontowany przez neoliberalne lobby, które w ruchu deinstytucjonalizacji odnalazło jedynie argumenty czysto ekonomiczne. Proces ten wpisywał się bez wątpienia w to, co opisano mianem „chytrości kapitalizmu”<sup>34</sup>. Libertariańska „polityka opiekuńczości”, kontynuowana przez Ronalda Reagana, która dostrzegała w obronie autonomii i emancypacji głoszonej przez ruchy kontrkulturowe jedynie opłacalnej możliwości redukcji wydatków, w ostateczności zepchnęła potrzebujących ludzi na margines społeczny i uczyniła z ich nędznego losu przedmiot spekulacji. Na tym etapie można zatem

<sup>33</sup> I.M. Young, *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press, Princeton 1990, s. 15–38.

<sup>34</sup> L. Boltanski, È. Chiapello, *The New Spirit of Capitalism*, Verso, London–New York 2005.

stwierdzić, że porażkę przyniosła skapitalizowana, okrojona z wartości i idei, cyniczna wersja ruchu deinstytucjonalizacji, która – przynajmniej w Stanach Zjednoczonych – do dziś wydaje się co najwyżej „orwellowskim eufemizmem kryjącym koszmar”<sup>35</sup>.

Dynamika ruchów społecznych sprawia, że ulegają one radykalizacji albo dezintegracji, bądź to wchodzą do mainstreamu politycznego, a ich nieformalny charakter i wartości ulegają systematycznej „instytucjonalizacji”. Bardziej niż gdziekolwiek ten ostatni proces wyznacza trajektorię rozwoju ruchu deinstytucjonalizacji w Unii Europejskiej. Wartości i narracja ruchu stopniowo stawały się tu dominujące i dzisiaj wyznaczają kierunki polityki w taki sam sposób, jak instytucjonalizacji uległy np. studia nad płcią w postaci polityki *gender mainstreaming*. Dlaczego stało się to możliwe w tej skali właśnie w UE? Odpowiedzi jest kilka. Po pierwsze, pojęcie deinstytucjonalizacji ma w Europie znacznie szersze znaczenie. Jej celem nie są tylko pacjenci psychiatryczni, ale różne grupy poszkodowanych i wykluczonych. Deinstytucjonalizacja ma tu zatem znacznie większy rozmach i skalę, a także jest częścią nieporównywalnie większej ilości polityk, strategii, planów i deklaracji między państwowych i unijnych. Po drugie, pojęcie to zachowało w znacznie większym stopniu swój etyczny wymiar i jest urzeczowieniem zasadniczo liberalnych fundamentów UE skonkretyzowanych w prawach człowieka i wspólnych zasadach sprawiedliwości. Etyka uznania i troski odnajduje tu również swoje lokalne uwarunkowania, których źródłem są zarówno świeckie tradycje wzajemności, altruizmu i filantropii, jak i bogate tradycje pomocy i miłosierdzia realizowane przez różne kościoły i wyznania. Po trzecie, deinstytucjonalizację nadal wspiera bardzo aktywny ruch społeczny z siecią wpływowych i opiniotwórczych organizacji, które bardzo często włączane są do obligatoryjnych w UE procesów konsultacji społecznej. Można więc powiedzieć, że tożsamość ruchu na rzecz deinstytucjonalizacji jest w UE, bardziej niż gdzie indziej, zdeterminowana przez jego instytucjonalny, moralny i organizacyjny sukces. Należy jednak pamiętać, że i tu istnieje ciągle ryzyko nadmiernej komercjalizacji tego zagadnienia, w szczególności w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, najbardziej wystawionych na nowobogackie i neoliberalne pokusy, a także najgłośniejszych utyskujących na rzekomo „lewackie” inklinacje UE. Po czwarte w końcu, deinstytucjonalizacja w UE oparta była na wiedzy naukowej: medycznej, psychologicznej i socjologicznej.

<sup>35</sup> A. Scull, „Community Care”..., s. 79.

Widać to bardzo wyraźnie we wszelkich dokumentach i rekomendacjach unijnych, które niemal w każdym akapicie przywołują naukowe argumenty na rzecz racjonalności deinstytucjonalizacji.

## KONFLIKTOWY CHARAKTER RUCHU

Ruch deinstytucjonalizacji zmieniał swój charakter i nabierał znaczenia. Jak każdy ruch emancypacji rozwijał się w kolejnych falach, które częściowo zmieniały jego istotę, a nawet ideologiczne barwy; gdzie indziej też poszukiwano źródeł najważniejszych problemów. Obok argumentów ekonomicznych i moralnych podstawowym orężem ruchu deinstytucjonalizacji była – jak zaznaczono powyżej – wiedza naukowa. Wkład wybitnych, ale pojedynczych indywidualności naukowych, a także opinie samych niepełnosprawnych z początkowej fazy rozwoju deinstytucjonalizacji przerodziły się w zorganizowaną produkcję naukową, a opinie ekspertów stały się integralną częścią wszystkich organizacji i think tanków wspierających przenoszenie opieki na poziom społeczności lokalnych czy popularyzujących ideę szeroko rozumianej inkluzyjności i zrównoważonego rozwoju. Dziś autorytet naukowców wykorzystywany jest do opracowywania niezliczonej ilości programów i rekomendacji, a sama nauka pozwala walczyć ze społeczną ignorancją i stereotypami na temat osób dotychczas znajdujących się jedynie pod nadzorem placówek opiekuńczych. Brak rozeznania w tym zakresie ma również charakter zinstytucjonalizowany, w efekcie czego problem niewiedzy dotyczy także personelu medycznego, urzędników administracji państwowej (kuratorów, sądów) czy służb bezpieczeństwa, takich jak policja. Za postęp uznać można fakt, że coraz częściej deficyt w tym zakresie interpretowany jest jako brak profesjonalizmu, odpowiedzialności i stosownego przygotowania do pełnienia funkcji publicznych.

Organizacje „parasolowe”, które tworzą opiniotwórcze ośrodki w Europie, wykonują dziś zasadniczo prace o charakterze eksperckim i konsultacyjnym. Takie organizacje jak m.in.: European Disability Forum, Disabled Peoples' International Europe, Academic Network of European Disability, Eurochild, Save the Children, Families Europe, SOS Children's Villages, European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA), European Movement for Detention House działają na rzecz zmian tradycyjnych instytucji bądź ich całkowitej likwidacji. Dodatkowo tworzą one wpływowe sieci

pozarządowe, które działają na rzecz podnoszenia społecznej świadomości różnych problemów, w tym konieczności deinstytucjonalizacji, dzielą się fachową wiedzą ekspertów na ten temat i doświadczeniami dotkniętych problemami grup społecznych, a także aktywnie dążą do zmian poprzez lobbowanie na rzecz stosownych rozwiązań i polityk. Ich pozarządowy charakter bynajmniej nie oznacza braku profesjonalizmu, wręcz odwrotnie, stanowią one fachowe „wspólnoty epistemiczne”, tj. wspólnoty wiedzy, których zaangażowanie i profesjonalizm niejednokrotnie przewyższa kompetencje polityków i urzędników państwowych, często jedynie doraźnie zaangażowanych w zmiany instytucjonalne. Zrozumienie tego wydaje się absolutnie kluczowe dla realizacji wszelkich projektów na rzecz deinstytucjonalizacji – bez adekwatnego zaangażowania strony społecznej, tj. niezliczonej ilości organizacji różnych szczebli, ich sieci i zrzeszeń, bez uwzględnienia kapitału ich wiedzy i doświadczeń żadna rekonstrukcja rozwiązań systemowych nie przyniesie spodziewanego efektu. Dlatego niezbędne jest również myślenie o deinstytucjonalizacji w kategoriach ruchu społecznego.

Niska świadomość roli, jaką odegrał pozarządowy ruch na rzecz deinstytucjonalizacji, nie jest tu jedyną trudnością. Często brakuje stosownej czy uznanej reprezentacji całego środowiska. Każdy ruch jest bowiem złożony i podzielony, rywalizują w nim różne koncepcje, wrażliwości oraz interesy. Ponadto strona społeczna zawsze jest podejrzliwa i krytyczna wobec utartych rozwiązań systemowych. To sprawia, że ruch często ma charakter konfliktowy, tj. wskazuje i piętnuje różne szkodliwe polityki, postawy czy utarte sposoby myślenia. Dotyczy to, w pierwszej kolejności, braku zrozumienia dla wartości, które stoją za procesami deinstytucjonalizacji (praw człowieka, prawa do wolności i równości, tolerancji i uznania, integracji, inkluzji). Piętnowana jest ograniczona świadomość problemu po stronie polityków i administracji, która w efekcie prowadzi do niekompetencji, braku woli politycznej lub niezdolności do podejmowania decyzji. Idzie za tym nieudolność w całościowym planowaniu, integracji i koordynacji złożonych procesów deinstytucjonalizacji, a także niewłaściwe zarządzanie usługami. Konfliktowy charakter ruchu może utrudniać współpracę z organizacjami pozarządowymi i społecznościami lokalnymi, które są istotnym ogniwem tych procesów. Niemniej dysfunkcyjne jest jednak przedkładanie interesów instytucjonalnych ponad interes społeczny i urzędnicza rutyna – myślenie pospieszne, szablonowe i bezosobowe, które może prowadzić do różnych form przemocy, w tym problemów komunikacyjnych.



## PODSUMOWANIE

Deinstytucjonalizacja to tylko z pozoru techniczny proces przenoszenia kompetencji i zadań z placówek opiekuńczych na poziom społeczności lokalnych. W rzeczywistości to przewrót ideowy, który zrodził się z postępu wiedzy i zakorzeniał wraz z liberalnym porządkiem praw człowieka. Najbardziej adekwatna w interpretacji tego procesu jest perspektywa, która w deinstytucjonalizacji dostrzega ruch społeczny, albowiem jej nowoczesna forma wyrasta z ducha kontrkultury i emancypacji lat 60. XX w. Jej przedmiotem nigdy nie była jedynie formalna rekonstrukcja działania instytucji, ale prawo do samostanowienia i uznania, które w warunkach dehumanizujących instytucji, dyskryminujących praktyk społecznych, wsteczności i tradycyjnych stereotypów nie były możliwe. Deinstytucjonalizacja wyrażała nową i bardziej inkluzyjną koncepcję integracji społecznej osób niepełnosprawnych intelektualnie, a potem innych grup społecznych.

Proces ten wymaga czegoś więcej niż tylko zmiany instytucjonalnej, a mianowicie pracy na rzecz walki z wykluczającymi stereotypami i głupotą, podejrzliwością i niechęcią wobec osób niepełnosprawnych, a także innych wykluczanych grup, które wzbudzają nieuzasadnione obawy. Niepełnosprawni intelektualnie, o których było tu najwięcej, do dziś bywają traktowani jak trędowaci. Ich dehumanizacja przybiera różną postać, od odmawiania im prawa do pracy, rozwoju i kariery przez życie intymne i seksualne aż po stygmatyzujący i pogardliwy język opowiadanych dowcipów. Protekcyjny stosunek do niepełnosprawnych wykpiwali Gusti Steiner i niemiecki „ruch kalek”. Na firmowym kalendarzu pisali: „Nasz wzorcowy kaleka – wdzięczny, miły, trochę głupi i łatwy w zarządzaniu” (niem. *Unser Musterkrüppelchen – dankbar, lieb, ein bisschen doof und leicht zu verwalten*). Ponieważ deinstytucjonalizacja musi iść w parze ze zmianą społecznych postaw i odczuć, powinna pozostać ruchem społecznym, tj. szerszym zjawiskiem dotyczącym nie tylko polityków, administracji, personelu czy bezpośrednich beneficjentów dotychczas funkcjonującego systemu. Ruch społeczny to globalne organizacje multilateralne, organizacje religijne, ośrodki naukowe, lekarze, sieci społeczne, prywatni sponsorzy, wspólnoty lokalne, rodziny, szkoły, cały złożony system krajowego i światowego wolontariatu, NGO-sy, specjaliści itd. Oni wszyscy tworzą ruch deinstytucjonalizacji.

Konieczne wydaje się również ważne przewartościowanie, które w procesach deinstytucjonalizacji dostrzeże także pozaekonomiczne,

a nie jedynie utylitarne motywy. Procesy te uruchamiano w imię demokracji i walki z wykluczeniem, czasami w myśl przekonania o dysfunkcyjności tradycyjnych instytucji i walki z burżuazyjnymi praktykami, tak jak np. we Włoszech, gdzie ruch antypsychiatryczny *Psichiatria Democratica* był wspierany przez ruchy pracownicze i partię komunistyczną, czy w Anglii, gdzie deinstytucjonalizacja rozpoczęła się w imię kontrkulturowych ideałów nowej lewicy<sup>36</sup>.

Interpretacja deinstytucjonalizacji w kategoriach ruchu społecznego ma wiele zalet: pozwala na lepsze uchwycenie dynamiki ruchu wprzęgniętego w różnego rodzaju spory i sytuacje konfliktowe wynikające najczęściej z braku wiedzy, ale też z ideologizowanej polityki; pozwala pokazać ruch jako dzieło aktorów, zreszeń i sieci społecznych, a także rozeznaczyć się w ich potrzebach i opiniach; pozwala dostrzec w ruchu potężny zaangażowany kapitał ludzki. W końcu zmusza nas do jednoznacznego uznania znaczenia europejskiego systemu wartości, prawnego i instytucjonalnego, od którego odżegnują się czasami nawet inicjatorzy procesów deinstytucjonalizacji. Wydaje się również, że to jedyna droga do społecznej zmiany niskiego statusu i prestiżu pomocy społecznej, a także redefinicji modelu państwa opiekuńczego.

## BIBLIOGRAFIA

- Bachrach L., *A Conceptual Approach to Deinstitutionalization*, „Hospital & Community Psychiatry” 1975, vol. 29, no. 9, s. 573–578.
- Ben-Moshe L., *Decarcerating Disability; Deinstitutionalization and Prison Abolition*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2020.
- Boltanski L., Chiapello È., *The New Spirit of Capitalism*, Verso, London–New York 2005.
- Bowlby J., *Maternal Care and Mental Health*, World Health Organization report, Geneva 1951.
- Campling P., *Therapeutic Communities*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2001, vol. 7, s. 365–372.
- Crossley N., *Transforming the Mental Health Field: The Early History of the National Association for Mental Health*, „Sociology of Health & Illness” 1998, no. 20(4), s. 458–488, DOI: 10.1111/1467-9566.00111.
- Crossley N., *Contesting Psychiatry. Social Movements in Mental Health*, Routledge, London 2005.

---

<sup>36</sup> N. Crossley, *Transforming the Mental Health Field: The Early History of the National Association for Mental Health*, „Sociology of Health & Illness” 1998, no. 20(4), s. 458–488, DOI: 10.1111/1467-9566.00111.

- Cummins I.D., *From Hero of the Counterculture to Risk Assessment. A Consideration of Two Portrayals of the „Psychiatric Patient”, „Illness Crisis & Loss”* 2016, no. 26(2), s. 111–123
- Deutsch A., *The Mentally Ill in America*, Columbia University Press, New York 1949.
- Doerner K., *Madmen and the Bourgeoisie: A Social History of Insanity and Psychiatry*, Basil Blackwell, Oxford 1984.
- Foucault M., *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*, Pantheon Books, New York 1965.
- Goffman E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961.
- Goldman H., Morrissey J., Bachrach L., *Deinstitutionalization in International Perspective: variations on a theme*, „International Journal of Mental Health” 1982, vol. 11, no. 4, s. 153–165, tu: 154, <http://www.jstor.org/stable/41344305> (dostęp: 29.06.2023).
- Goldstein J.L., Godemont M.M.L., *The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model*, „Community Mental Health Journal” 2003, vol. 39, no. 5, s. 441–458.
- Gruenberg M.E., *Social Breakdown Syndrome and its Prevention*, 1974, <https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/the-social-breakdown-syndrome-and-its-prevention/> (dostęp: 29.06.2023).
- Holland D., *The Current Status of Disability Activism and Non-Governmental Organizations in Post Communist Europe: Preliminary Findings Based on Reports from the Field*, „Disability & Society” 2008, vol. 23, issue 6, s. 543–555.
- Jacobson J.W., Mulick J.A., *Can the Culture of Mental Retardation be Understood?*, Symposium chaired at the Annual Convention of the American Psychological Foundation, Washington, DC, August 1992.
- Jones K., *A History of the Mental Health Services*, Routledge & Kegan Paul, London–Boston 1972.
- Jones K., *Deinstitutionalization in Context*, „The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society” 1979, vol. 57, no. 4, s. 552–569.
- Laing R.D., *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, Penguin, Harmondsworth 1960.
- Lamb R.H., Bachrach L.L., *Some Perspectives on Deinstitutionalization*, „Psychiatric Services” 2001, no. 52(8), s. 1039–1045.
- Mladenov T., Petri G., *Critique of Deinstitutionalisation in Postsocialist Central and Eastern Europe*, „Disability & Society” 2020, vol. 35, no. 8, s. 1203–1226, DOI: 10.1080/09687599.2019.1680341.
- Neveu É., *Sociologie des mouvements sociaux*, La Découverte, Paris 2011.
- Platt A.M., *The Origins and Development of the „Wild Beast” Concept of Mental Illness and Its Relation to Theories of Criminal Responsibility*, „Issues in Criminology” 1965, vol. 1, no. 1, s. 1–18.

- Ridenour N., *Mental Health in the United States*, Harvard University Press, The Commonwealth Fund, 1961, DOI: 10.4159/harvard.9780674420267.
- Rothman D.J., *The Discovery of the Asylum*, Little, Brown & co., Boston 1971.
- Scull A., „Community Care”: *Historical Perspective on Deinstitutionalization*, „Perspectives in Biology and Medicine” 2021, vol. 64, no. 1, s. 70–81.
- Segal S.P., *Community Care and Deinstitutionalization: A review*, „Social Work” 1979, vol. 24, no. 6, s. 521–527.
- Špidla V., „Towards Inclusion” 2020, <http://www.inclusion-europe.eu/speech-spidla-towards-inclusion-deinstitutionalisation/> (dostęp: 29.06.2023).
- Szasz T., *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber–Harper, New York 1961.
- Tümer S.D., *Die Krüppelbewegung – eine Emanzipationsbewegung der 1970er Jahr*, GRIN Verlag, 2010.
- Turner T., *The History of Deinstitutionalization and Reinstitutionalization*, „Psychiatry” 2004, vol. 3, issue 9, s. 1–4, DOI: 10.1383/psyt.3.9.1.50257.
- Veale D., Gilbert P., Wheatley J., Naismith I., *A New Therapeutic Community: Development of a Compassion-Focussed and Contextual Behavioural Environment*, „Clinical Psychology and Psychotherapy”, 14.04.2014, DOI: 10.1002/cpp.1897.
- Wall O., *The British Anti-Psychiatrists. From Institutional Psychiatry to the Counter-Culture, 1960–1971*, Routledge, New York 2017.
- Warren S.D., *The Dream of the Outside: Deinstitutionalization, Anti-psychiatry, and the Move Into the „Community”*, 25.04.2021, <https://www.unsoundmind.org/post/the-dream-of-the-outside-deinstitutionalization-anti-psychiatry-and-the-move-into-the-community> (dostęp: 29.06.2023).
- Whitaker R.H., *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*, Perseus Press, Cambridge 2002.
- Wright E.R., Gronfein W.P., Owens T.J., *Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-esteem of Former Mental Patients*, „Journal of Health and Social Behaviour” 2000, no. 41(1), s. 68–90.
- Young I.M., *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press, Princeton 1990.