



Neuroróżnorodność jako pojęcie moralne

Maciej WODZIŃSKI*

ABSTRACT

Neurodiversity as a moral concept: Contemporary psychiatric discourse — including discourse hailing from phenomenology as well as biomedical sources — often becomes entangled with the field's historical legacy. It is a domain where power relations have played a key role, including the question of the position of psychiatry in medical science — as well as related issues of knowledge-creation and the social position and identity of those covered by psychiatric categories. The overarching logic governing this discourse is a dichotomous distinction — primarily concerning diagnostic purposes — between 'normal' and 'pathological' human experiences. In contrast to this discourse, the concept of neurodiversity, coined in the late 1990s, treats neurological differences as natural variants of human functioning, rather than deficits. The idea of neurodiversity goes beyond a purely biological understanding of neurological differences, influencing a redefinition of moral values in thinking about psychological well-being and approaches to psychiatric diagnosis — often related to stigmatisation. Understood in this way, neurodiversity is a concept with a moral character, opposed to traditional distinctions between 'normal' and 'pathological', 'healthy' and 'ill', 'acceptable' and 'necessary to eradicate'. It offers an alternative to the normative discourse of psychiatry, providing an inclusive and affirmative approach to the diversity of human experience.

KEYWORDS

neurodiversity, autism, ADHD, morality, psychiatry, identity, epistemic injustice

* Dr, adiunkt w Instytucie Filozofii, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie. E-mail: maciej.wodzinski@mail.umcs.pl.

1. DZIEDZICTWO PSYCHIATRII

Odkąd na przełomie XVIII i XIX wieku psychiatria rozpoczęła walkę o własne miejsce w gronie nauk medycznych, przeszła przez liczne stadia i zmiany paradygmatów. Philippe Pinel i jego następcy, „uwalniając z kajdan” pacjentów psychiatrycznych, zainicjowali przełom w traktowaniu ich nie jako opętanych czy zdemoralizowanych, ale jako ludzi, których cierpienie i zachowania mają podłoże psychiczne i spowodowane lub wyzwalane są również społeczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami życia (Kendler, 2020). Choć w historii rozwoju tej dziedziny mieliśmy do czynienia z pojęciami, teoriami i praktykami, o których każdy cywilizowany człowiek chciałby jak najszybciej zapomnieć (Luty, 2014; Marcinów, 2021), w psychiatrii wiele zmieniło się na lepsze. Jednak pomimo że dziś już raczej nie zobaczymy praktyk „terapeutycznych” zakrawających na zagrażające życiu tortury, w dalszym ciągu możemy spotkać się z terapiami czy ogólnym podejściem do pacjentów, które oni sami, ich rodziny czy krytycznie przyglądający się tej sferze badacze bądź aktywiści społeczni określają jako dehumanizujące, upokarzające, odbierające autonomię i godność osobom, które są im poddawane.

Od początku psychiatria jako niezależna dziedzina wiedzy była spleciona z różnymi formami relacji władzy. Aby uzasadnić swoje twierdzenia, jej pionierzy i ich następcy musieli dostosować się do powszechnie akceptowanych standardów i kryteriów naukowej legitymizacji wiedzy. Pokazują to znane analizy Michela Foucaulta przedstawione w *Historii szaleństwa* (Foucault, 1998) czy *Narodzinach kliniki* (Foucault, 2003). Chociaż twórcy psychiatrii i ich późniejsi zwolennicy pragnęli postrzegać ją jako dyscyplinę powstałą z troski o pacjentów, to od samego początku ich działania łączyły się z próbą rozwiązania istotnych dla władz państwowych problemów społecznych (Garson, 2022). Podmioty niepasujące do dynamicznie rozwijającego się społeczeństwa mieszczańskiego, które kultywowało pracę i doprowadziło do skrajności dogmat efektywności, musiały zostać wyeliminowane z tkanki społecznej.

Z tej perspektywy celem działań państwowych takich jak powołanie pierwszych szpitali dla osób cierpiących psychicznie była obawa przed zjawiskami zagrażającymi utrwalonej wizji „prawidłowej podmiotowości”. Psychiatria, jako dziedzina wiedzy, od samego początku nie mogła być przedsięwzięciem czysto poznawczym, skoncentrowanym jedynie na aksjologicznie neutralnym przyroście wiedzy o życiu i dobrostanie psychicznym. Musiała odzwierciedlać ówczesne rozumienie podmiotowości oraz interesy podmiotów wspierających jej rozwój — choćby poprzez finansowanie badań, zapewnianie infrastruktury czy narzucanie systemów wartości.

W dążeniu do ugruntowania pozycji psychiatrii jako poważnej dyscypliny naukowej jej przedstawiciele starali się przejąć część kompetencji władzy sądowniczej (Castel, 2002). Czynili to poprzez podkreślanie znaczenia swojej wiedzy w zrozumieniu złożonej sytuacji osób oskarżonych o różne przestępstwa, a jednocześnie uznawanych za niepoczytalne. Im większy wpływ psychiatria miała na rozstrzyganie spraw karnych, ograniczając tym samym kompetencje władzy sądowniczej, tym bardziej umacniała swoją pozycję i łatwiej uzyskiwała legitymizację swoich twierdzeń — nawet w sytuacjach, gdy brakowało jednoznacznych empirycznych dowodów (Foucault, 2002). Następnie, w obliczu rosnącej dominacji paradygmatów empirycznych w nauce oraz globalnego sukcesu nauk szczegółowych, psychiatria przybrała strategię uprawomocnienia własnych twierdzeń poprzez podporządkowanie swoich badań logice zaczerpniętej z nauk empirycznych i szukanie legitymizacji w ich ramach. Zygmunta Freud, dążąc do przekształcenia psychoanalizy w naukę w duchu pozytywistycznym, umieścił ją w specyficznej przestrzeni pomiędzy naturalizmem a psychologizmem. Jednak, jak zauważa Andrzej Leder (2007), żadne z kluczowych pojęć Freuda nie mogło zostać zaobserwowane jako „fakt”, czyli zademonstrowane w sposób właściwy dla eksperymentu naukowego, opierającego się na relacji podmiotowo-przedmiotowej.

Mimo że starania Freuda i wielu innych psychiatrów zakończyły się niepowodzeniem, paradygmat biomedyczny na wiele dekad zdominował wyobrażenie psychiatryczną, ograniczając możliwości alternatywnych konceptualizacji zjawisk psychicznych.

W jednym ze swoich ostatnich tekstów Guilherme Messas, Giovanni Stanghellini i Bill Fulford pokazują, że nawet wyrosłe na podłożu fenomenologicznym nurty XX-wiecznej psychiatrii, poczynając od Karla Jaspersa i Kurta Schneidera, przez Ludwiga Binswanger, Eugene’a Minkowskiego, po Huberta Tellenbacha, a nawet Thomasa Fuchsa, przejęły po wcześniejszych nurtach łatwość określania tego, co zwykło się uznawać za psychopatologię (Messas *et al.*, 2023). Łatwość ta oznacza, że duża część fenomenologicznie zorientowanej psychiatrii nadal koncentruje się na wspomaganiu nauk szczegółowych i zmienianiu/udoskonalaniu procesów diagnostycznych (*science-centered psychiatry*) zamiast na zgłębnieniu przeżywanego, pierwszoosobowego doświadczenia osób, które otrzymały diagnozy (*person-centered psychiatry*). Sytuacja ta ma dwie istotne z moralnego punktu widzenia konsekwencje. Po pierwsze, osoba objęta dowolną diagnozą psychiatryczną automatycznie lokowana jest po stronie patologii, a co za tym idzie — obarczona jest całym trudnym bagażem z tą sytuacją związanym, na czele z problemami stygmatyzacji społecznej, autostygmatyzacji, pomijania istotnych dla niej wartości w procesach decyzyjnych i epistemicznej niesprawiedliwości. Po drugie, w wymienionych

nurtach psychiatrii fenomenologicznej człowiek objęty daną diagnozą nadal (tak jak w „klasycznej”, biomedycznie zorientowanej psychiatrii) definiowany jest głównie przez pryzmat swoich braków i deficytów (Green & Shaughnessy, 2023). Na przykład autyzm określany był przez autorów tych nurtów jako „utrata istotnego kontaktu z rzeczywistością” u Minkowskiego (por. Parnas & Bovet, 1991), „radikalna utrata «bycia-w-świecie»” lub „utrata dostrojenia” u Binswanger’a (por. Needleman, 1968; Messas *et al.*, 2023) czy „brak *sensus communis* czy ucieleśnionej bycia-z-innymi” u Fuchsa (2015).

Wydaje się więc, że pomimo niezaprzecznego postępu współczesna psychiatria w dużej mierze nie uwolniła się od swojego dziedzictwa przynajmniej w jednym podstawowym aspekcie. Nadal jest to dziedzina, która (po części aby usprawiedliwić swoje własne istnienie w obszarze medycyny) widzi swoją rolę jako instytucja mająca moc wyznaczania linii demarkacyjnej pomiędzy tym, co w obszarze ludzkiego doświadczenia uznawane jest za „normalne”, a co za „patologiczne”, co za „zdrowe”, a co za „chore”; i tak też jest postrzegana przez zewnętrznych obserwatorów.

2. NEURORÓŻNORODNOŚĆ

Stosunkowo nowe pojęcie neuroróżnorodności (ang. *neurodiversity*) ma potencjał dla rozpoczęcia zmiany paradygmatu w obszarze myślenia (i praktyki) na temat zdrowia psychicznego. Zaproponowana pod koniec lat 90. przez australijską socjolożkę Judy Singer koncepcja neuroróżnorodności zakłada populacyjne zróżnicowanie sposobów organizacji ośrodkowego układu nerwowego, stanowiące o całym spektrum różnic poznawczych i emocjonalnych wśród populacji ludzkiej (Janas-Kozik, 2024; Podlecka *et al.*, 2020). Te neurologiczne różnice postrzegane są zatem jako naturalne wariacje w funkcjonowaniu ludzkiego mózgu, a nie jednoznaczne deficyty (Shah & Holmes, 2023). Pojęcie neuroróżnorodności obejmuje całą gamę stanów, takich jak spektrum autyzmu, dysleksja, ADHD, zespół Tourette’a czy wiele kategorii z obszaru trudności w uczeniu się (Goldberg, 2023). Cały czas trwają dyskusje dotyczące tego, jakie jednostki ze współczesnego obszaru psychopatologii powinny zostać włączone pod „parasol” neuroróżnorodności. Występowanie neuroróżnorodności w populacji jest niezależne od wieku i płci; posiada własny rozkład normalny i koreluje z różnymi jednostkami nozologicznymi oraz czynnikami osobowościowymi (stany z obszaru neuroróżnorodności nie są zatem jedynie skrajnymi końcami normalnego rozkładu cech w populacji; Ekblad, 2013; Kushwaha, 2023).

Owa „parasolowa” konstrukcja pojęcia neuroróżnorodności jest jednak jednocześnie bardzo problematyczna. Choć w środowiskach akademickich i samorządniczych panuje dość wyraźna zgoda, że pod tym parasolem mieszczą się takie zjawiska jak spektrum autyzmu, zespół Tourette’a czy ADHD, to ciągle niejasne jest, kiedy (i czy w ogóle) należy ten katalog uznać za kompletny. Czy należy do niego włączyć także np. wszystkie typy schizofrenii, w tym z ich objawami wytwórczymi? Jeśli tak, to czy można każdy typ doświadczenia uznać za specyficzne (a nie patologiczne) doświadczenie świata przez jednostkę? W tym przypadku łatwo dostrzec problem. Jeśli wszystkie typy doświadczenia są przejawem różnorodności, to zanika zupełnie potrzeba stosowania kategorii „psychopatologii”, będąca dziś podstawą funkcjonowania systemów opieki zdrowia psychicznego czy też instytucji orzekania o niepełności w prawie karnym.

Oznacza to także, że ludzie postrzegają interakcje ze światem i wchodzą w nie na wiele różnych (równoważnych) sposobów (Cherewick & Matergia, 2024; McMahon *et al.*, 2022). Nie istnieje jeden „właściwy” sposób myślenia, doświadczenia, uczenia się czy zachowania. Różnice w tym zakresie powinny być postrzegane jako komplementarne (Hamilton & Petty, 2023), a zróżnicowanie w sposobach percepcji i poznania świata traktowane jako naturalna cecha ludzi (Sonuga-Barke & Thapar, 2021).

Współcześnie dominujące zmedykalizowane dyskursy medialny, profesjonalny czy akademicki, skupiające się na ograniczeniach i deficytach osób neuroróżnorodnych, znajdują odzwierciedlenie w przekonaniach i praktykach społecznych, prowadząc często do etykietowania i stygmatyzacji (Goffman, 1968; Weinstein, 1983). Zamiast tego w koncepcji neuroróżnorodności zakłada się podejście, które podkreśla odmienny sposób doświadczania rzeczywistości, niewpisujący się we współczesną konstrukcję środowiska społecznego i rządzących nim zasad, stworzonych przede wszystkim z myślą o osobach neurotypowych (McCoy *et al.*, 2020; Ne’eman & Bascom, 2020; Richman, 2020). Analizy prowadzone z perspektywy antropologii i psychologii ewolucyjnej pokazują, że osoby neuroróżnorodne, które nierzadko mają trudności w odnalezieniu się we współczesnym, dynamicznym, przebudzowanym otoczeniu, w społecznościach bardziej pierwotnych stanowiły istotne ogniwo w ich rozwoju (Baron-Cohen, 2020; Rządeczka *et al.*, 2023; Silberman, 2016).

Istotna wątpliwość, która się w tym miejscu pojawia, dotyczy tego, czy każdą tego typu trudność można rozwiązać poprzez dostosowanie środowiska. Autorzy omawiający tę problematykę często przytaczają przykład korzystających z wózków dla osób z ograniczoną mobilnością. Wystarczy zastosować np. odpowiednie podjazdy czy windy (a więc zmodyfikować środowisko), aby problem z mobilnością (umiejscawiany w osobie z niepełnosprawnością)

zniknął. Czy jednak w każdym przypadku jesteśmy w stanie dostosować środowisko w sposób optymalny dla każdego? Czy jesteśmy w stanie tak dostosować sposoby tworzenia i przekazywania wiedzy, aby uwzględnić każdy możliwy typ poznawczy? A co najważniejsze: co z osobami, które same domagają się otrzymania specyficznej diagnozy i odpowiedniej pomocy ze strony systemu opieki zdrowotnej?

Idea neuroróżnorodności niesie ze sobą także pewne zagrożenia (Russell, 2020). W ujęciu neurobiologicznym perspektywa ta skupia się na biologicznych aspektach np. ADHD, co może prowadzić do esencjalizacji tego typu zjawisk i ich redukcji wyłącznie do poziomu neurologicznego. Próby powrotu do myślenia esencjalistycznego i uchwycenia pierwotnej „istoty” zjawisk z zakresu neuroróżnorodności generują liczne polemiki i wewnętrzne podziały w środowisku (McMahon *et al.*, 2022).

Jeżeli sprowadzilibyśmy pojęcie neuroróżnorodności wyłącznie do specyfiki organizacji i funkcjonowania układu nerwowego (zwłaszcza ośrodkowego) i uznali, że obejmuje wszystkie możliwe warianty jego rozwoju, niebezpiecznie zbliżylibyśmy się wówczas do poziomu esencjalizacji prezentowanego przez biomedyczny paradygmat w psychiatrii, którego krytyka była wszak punktem wyjścia do powstania koncepcji neuroróżnorodności. Współczesne badania pokazują, że zjawiska o podłożu biologicznym (w tym neuroróżnorodność) postrzegane są jako niezwykle trudne lub niemożliwe do zmiany, co często demotywuje osoby objęte danym zjawiskiem do prób poradzenia sobie z trudnościami, których doświadczają. Czy gdyby przyjąć założenie, że „mój mózg determinuje moje postępowanie” — rozpatrując skrajne przypadki — można by w ogóle mówić o pojęciach takich jak wina (w systemie sądowniczym) albo choroba psychiczna (w psychiatrii)?

To tylko kilka z istotnych problemów, jakie niesie rozpowszechnienie pojęcia neuroróżnorodności. Zmiana jednego elementu tego „systemu znaczeń połączonych” może pociągać za sobą znaczące konsekwencje w funkcjonowaniu całych systemów społecznych. Dlatego wydaje się, że efektywne wprowadzenie tego pojęcia wymaga refleksji wykraczającej poza sam aspekt destygmatyzacyjny.

3. NEURORÓŻNORODNOŚĆ JAKO POJĘCIE MORALNE

Myślenie o człowieku w kategoriach neuroróżnorodności nie jest jednak wyłącznie myśleniem o jego neurobiologicznej konstrukcji, lecz niesie ze sobą również istotne konsekwencje w obszarze myślenia moralnego. Trzeba pamiętać, że w obszarze tej refleksji znajdują się już nie tylko — tak jak jeszcze

na początku czy nawet w połowie XX wieku — osoby w poważnych kryzysach, np. o podłożu psychotycznym (Brownlow, 2010a, 2010b).

Warto też pamiętać, że autyzm, schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa prawdopodobnie zawsze występowały w populacji *homo sapiens*. Jednak dopiero wraz z pojawieniem się psychiatrii jako odrębnej dyscypliny naukowej pod koniec XVIII wieku można było mówić o pojęciach takich jak psychopatologia czy normatywność w kontekście zdrowia psychicznego. Te kategorie nie są ani uniwersalne, ani oczywiste, ani aksjologicznie neutralne. Georges Canguilhem już w latach 60. XX wieku krytycznie odnosił się do takich konstruktów: „Anomalia nie oznacza patologicznego. [...] W pewnym sensie można powiedzieć, że stale doskonałe zdrowie jest anormalne” (Canguilhem, 2000: 106).

Uwikłanie psychiatrii w problematykę moralną, widoczne w klasycznym dylemacie „szalony czy zły?” (ang. *mad or bad?*), sprawia, że osoby neuroróżnorodne często przejawiają zachowania odbierane jako „społecznie nieakceptowalne”, np. dziecko wrażliwe na bodźce sensoryczne może głośno i długo krzyczeć w autobusie, przeszkadzając współpasażerom. Z jednej strony, jeśli osoba przejawiająca zachowania uznawane za społecznie nieakceptowalne zostanie uznana za racjonalną, zwykle ocenia się ją lub jej czyny jako moralnie złe. Z drugiej strony, aby stwierdzić, że taka osoba nie ponosi moralnej odpowiedzialności za swoje działania, trzeba przypisać jej brak racjonalności. To prowadzi do wykluczenia jej z nowożytnego projektu pełnoprawnego człowieczeństwa, którego podwaliną jest założenie o ludzkiej racjonalności (Leder, 2007). Pod metaforycznym terminem „zły” kryją się inne podobne określenia, z którymi na co dzień spotykają się osoby neuroróżnorodne, takie jak niegrzeczny, nieempatyczny, chamski, niedostosowany, zadufany w sobie *etc.*

Wprowadzenie pojęcia neuroróżnorodności wychodzi daleko poza literalne jego rozumienie w kategoriach neurobiologicznych, oferując zmianę silnie normatywnego ładunku, zawartego w tradycyjnym dyskursie psychiatrycznym.

3.1. WPŁYW NA TOŻSAMOŚĆ

Utrwalone i zakorzenione w instytucji psychiatrii sposoby postrzegania osób neuroróżnorodnych mają wpływ na ich społeczną oraz jednostkową tożsamość. Określają one, jak osoby neuroróżnorodne postrzegają siebie, jak są postrzegane przez innych, a konteksty, w jakich się o nich mówi, w dużej mierze wyznaczają granice wyobrażeń na temat ich możliwych pozycji społecznych.

Dominujące narracje psychiatryczne czy medialne, często medykalizujące, budują obraz osób neuroróżnorodnych jako jednostek z deficytami, które

wymagają korekty, umniejszając ich autonomię i zdolność do samostanowienia (Billawala & Wolbring, 2014; Garner *et al.*, 2016; Jones & Harwood 2009). Sformułowania takie jak „zatruty umysł” czy „zaburzony mózg” deprecjonują te osoby, przedstawiając je jako „zepsute” i podporządkowane biologicznym ograniczeniom, odbierając sens zachowaniom osób neuro-różnorodnych, redukując je do efektów „uszkodzonego mózgu”, zamiast traktować je jako podmioty zdolne do samodzielnych decyzji (Douglas *et al.*, 2019; Wróblewski, 2018).

Koncepcja neuroróżnorodności zastępuje pojęcia takie jak „choroba” czy „zaburzenie” bardziej neutralnym spojrzeniem na różnorodność ludzkich doświadczeń i stanów, pozwalając postrzegać np. autyzm jako alternatywny sposób funkcjonowania, a nie patologię (Anderson-Chavarria, 2022; Davidson & Henderson, 2010).

Jednocześnie społeczny obraz grupy, z którą dana osoba się identyfikuje, ma kluczowe znaczenie dla budowania poczucia tożsamości i własnej wartości. W przypadku zdrowia psychicznego dominujące negatywne narracje mogą prowadzić do stygmatyzacji i odrzucenia diagnozy, a tym samym do braku odpowiedniego wsparcia. Na przykład dla wielu dorosłych osób w spektrum autyzmu otrzymanie diagnozy stanowi moment przełomowy, umożliwiający zrozumienie własnych doświadczeń i zachowań (Superson *et al.*, 2025), jednak negatywne konotacje związane z diagnozą mogą uniemożliwić tę rekonceptualizację (Greenaway *et al.*, 2016; Jetten *et al.*, 2015). Możliwość takiej redefinicji swojego doświadczenia zostaje im często odebrana przez negatywne „gęste tło przekonań” związanych *implicite* z daną jednostką psychiatryczną (MacLeod *et al.*, 2013; MacLeod & Johnston, 2007).

Wśród osób neuroróżnorodnych niezwykle powszechnym zjawiskiem jest dziś tzw. kamuflowanie (Cook *et al.*, 2021; Lai & Baron-Cohen, 2015; Perry *et al.*, 2022). W obawie przed niezrozumieniem ze strony społeczeństwa wobec ich specyficznego sposobu funkcjonowania osoby te często ukrywają swoje nietypowe zachowania i samą diagnozę. Wówczas odpowiedzenie na pytanie „kim jestem?” staje się dla nich jeszcze trudniejsze, a ciągły stres związany z potrzebą kamuflażu negatywnie odbija się na ich kondycji psychicznej. Jak bowiem balansować pomiędzy różnymi przyjmowanymi tożsamościami społecznymi, nie tracąc jednocześnie poczucia własnej autentyczności? Presja społeczna zmuszająca osoby neuroróżnorodne do kamuflowania się powoduje poczucie „życia w kłamstwie” czy „wyrzekania się siebie” i opóźnia dostęp do potrzebnej pomocy (Hull *et al.*, 2017; Lai *et al.*, 2015, 2017).

3.2. NIESPRAWIEDLIWOŚĆ EPISTEMICZNA

Drugą istotną konsekwencją myślenia w kategoriach klasycznego języka psychiatrycznego jest występowanie zjawiska niesprawiedliwości epistemicznej (ang. *epistemic injustice*). W swojej pracy *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* filozofka Miranda Fricker (2007) zwróciła uwagę na sytuacje, w których pewne grupy osób doznają nieuzasadnionej krzywdy związanej z dostępem do wiedzy, jej wytwarzaniem, przekształcaniem lub dystrybucją, co wpływa także na status jednostek i ich miejsce w społecznej hierarchii procesów i praktyk wiedzytwórczych (Grim *et al.*, 2019).

Fricker zwraca również uwagę na dużo głębszy, filozoficzny problem związany z poznawczą niesprawiedliwością:

Możliwość wytwarzania i przekazywania wiedzy innym jest częścią wieloaspektowej zdolności, tak ważnej w przypadku istot ludzkich: czyli racjonalności. Od dawna w historii filozofii znana jest idea, że to nasza racjonalność jest tym, co nadaje ludzkości wyróżniającą ją wartość. [...] nieuznawanie kogoś za podmiot poznania, to nieuznawanie kogoś za człowieka (Fricker, 2007: 44).

W zakres pojęcia niesprawiedliwości epistemicznej wchodzi takie zjawiska jak wyzysk poznawczy (Berenstain, 2016), opresja epistemiczna (Dotson, 2014; Wieseler, 2020), uciszanie systemowe (Dotson, 2011), negacjonizm ludobójstwa (Melvern, 2020) czy nawet śmierć hermeneutyczna (Berenstain *et al.*, 2022; Medina, 2017). Skoncentruję się jednak na dwóch jej formach, które wydają się najbardziej wpływać na analizowany obszar: niesprawiedliwości świadectwa (*testimonial injustice*) i niesprawiedliwości hermeneutycznej (*hermeneutical injustice*). Pierwsza dotyczy sytuacji, w której świadectwo lub zdolności poznawcze danego podmiotu są pomijane, umniejszane lub negowane bez wystarczająco uzasadnionego powodu (Lakeman, 2010). Fricker podkreśla, że w swoim podstawowym ujęciu tego zjawiska kluczową rolę odgrywa nieuchronny wpływ uprzedzeń wobec danej grupy. Niesprawiedliwość hermeneutyczna odnosi się do sytuacji, w której podmiot doświadcza poznawczej krzywdy, wynikającej z braku dostępu do odpowiednich zasobów hermeneutycznych (np. struktur pojęciowych, wiedzy lub sposobów jej przekształcania), które są niezbędne do adekwatnego zrozumienia i interpretacji własnego doświadczenia.

W ostatnich latach wielu badaczy analizowało zjawisko niesprawiedliwości epistemicznej w kontekście systemów ochrony zdrowia, w tym zdrowia psychicznego (Carel & Györffy, 2014; Carel & Kidd, 2014; Crichton *et al.*, 2017; Dohmen, 2016; Harper & Vakili, 2021; Heggen & Berg, 2021; Kurs

& Grinshpoon, 2017; Sanati & Kyratsous, 2015). Zwracano uwagę, że już sama diagnoza psychiatryczna może narażać osobę na tego rodzaju niesprawiedliwość, co w efekcie ogranicza jej szanse na uzyskanie odpowiedniego wsparcia (Harcourt, 2021; Spandler & McKeown, 2017). Lakeman w swoich pracach zauważył, że źródła niesprawiedliwości świadectwa są głęboko zakorzenione w strukturze systemu ochrony zdrowia psychicznego:

Rzeczywista i potencjalna niesprawiedliwość świadectw jest endemiczna w usługach w zakresie zdrowia psychicznego. Na przykład centralnym elementem ustawodawstwa dotyczącego zdrowia psychicznego jest idea, że niektórzy ludzie mają ograniczoną zdolność do podejmowania decyzji, czego efektem jest, iż temu, co mówią, czy jak interpretują problemy, ich wyborom i preferencjom brakuje spójności, logiki lub wiarygodności. Nie jest więc zaskakujące, że świadectwa wszystkich lub większości osób korzystających z usług w zakresie zdrowia psychicznego mogą być uznane za mniej wiarygodne (Lakeman, 2010: 151).

Dominujące w społeczeństwie dyskursy marginalizują głos osób neuroróżnorodnych, mówiąc „o nich” i rzadko uwzględniając ich własną, pierwszoosobową perspektywę (Huws & Jones, 2011). Odbieranie całej grupie społecznej prawa do wypowiedzi w sprawach ich dotyczących narusza ich poczucie sprawczości i godności, dodatkowo podważając ich autorytet epistemiczny. Zachowania czy wyjaśnienia jednostki są wówczas często interpretowane jako bezpośredni efekt choroby, a nie wynik innych przyczyn. W przypadku osób neuroróżnorodnych często odmawia się im autorytetu epistemicznego. Ich wypowiedziom i świadectwom nie przypisuje się wiarygodności, a one same nie są postrzegane jako pełnoprawne podmioty epistemiczne (Catala, 2020).

Co więcej, świadectwa niektórych grup pacjentów na temat odczuwanych objawów są często deprecjonowane (Tosas, 2021), a wcześniejsze diagnozy psychiatryczne przesłaniają inne problemy somatyczne, co prowadzi do pogorszenia jakości opieki zdrowotnej (Bueter, 2021).

Niesprawiedliwość hermeneutyczna, wynika z odmiennych przyczyn, czyli tzw. zbiorowej blokady hermeneutycznej lub szeroko rozpowszechnionego uprzedzenia, gdy „dochodzi do naruszenia wspólnych zasobów pojęciowych czy interpretacyjnych, co stawia jednostki w niekorzystnej sytuacji, gdy próbują nadać sens swoim doświadczeniom” (Grim *et al.*, 2019: 158).

Przykładem niesprawiedliwości hermeneutycznej podanym przez Fricker jest sytuacja kobiet doświadczających molestowania seksualnego w czasach, gdy termin ten nie funkcjonował jeszcze w społecznej świadomości. Problem nie sprowadzał się jedynie do braku językowego określenia tych zachowań,

lecz do szeregu warunków społecznych — takich jak przyzwolenie na pewne działania, kulturowe uprzedmiotowienie kobiet czy ich postrzeganie jako gorszych od mężczyzn — które uniemożliwiały kobietom zrozumienie siebie jako ofiar molestowania.

Podobne mechanizmy można zaobserwować w przypadku osób korzystających z opieki psychiatrycznej. Dominujące narracje — społeczne, medialne, akademickie i naukowe — w dużym stopniu wpływają na to, jak uczestnicy tego systemu postrzegają siebie, zarówno w kontekście cech indywidualnych, jak i pozycji w sieci relacji pomiędzy pacjentami, usługodawcami i innymi stronami zaangażowanymi w opiekę zdrowotną.

Nierówności epistemiczne powodują, że mniejszości etniczne częściej korzystają z opieki kryzysowej, ale rzadziej z podstawowych form profilaktyki i opieki psychiatrycznej (Bansal *et al.*, 2022). Coraz większa różnica pomiędzy perspektywami pacjentów dotyczącymi ich doświadczeń chorobowych a sposobem ich konceptualizacji przez usługodawców dodatkowo pogłębia problem (Heggen & Berg, 2021). niesprawiedliwość epistemiczna ma także wpływ na kształt polityki zdrowotnej, prowadząc do wykluczenia określonych grup pacjentów lub pracowników służby zdrowia z procesów decyzyjnych i legislacyjnych (Drożdżowicz, 2021; Michaels, 2021).

Zjawisko niesprawiedliwości epistemicznej szczególnie dotkliwie ujawnia się wśród ekspertów i profesjonalistów zdrowia, takich jak lekarze orzecznicy, diagności czy biegli sądowi.

Przykładem może być sytuacja, gdy osoba w spektrum autyzmu (lub jej opiekun) zgłasza poważne trudności w relacjach społecznych. Ekspert, bazując na stereotypowym przekonaniu, że osoby z autyzmem są z definicji niezdolne do budowania relacji interpersonalnych, może zbagatelizować tę informację. Takie podejście skutkuje pominięciem relacyjnych problemów, które mogą wynikać z innych przyczyn, takich jak depresja, i prowadzi do niewłaściwego dobrania lub braku odpowiedniej terapii (Lakeman, 2010). Tego rodzaju niesprawiedliwość prowadzi nie tylko do marginalizacji świadectw osób neuroróżnorodnych, lecz także do systemowych zaniedbań w dostarczaniu odpowiedniego wsparcia i terapii.

Dyskursywne praktyki, które tworzą społeczne wyobrażenia i dominujące narracje często wzmacniają hermeneutyczną niesprawiedliwość epistemiczną wobec osób korzystających z systemu opieki psychiatrycznej. Jak zauważa Grim i współpracownicy (2019: 169), „praktyki hermeneutyczne odgrywają ważną rolę w opiece zdrowotnej, ponieważ pozwalają użytkownikom usług na usensownienie ich sytuacji, przekształcając skomplikowany i kłopotliwy zestaw objawów w bardziej zrozumiałą i dającą się pojąć sytuację”.

Praktyki interpretacyjne, które opierają się na dostępnych społecznie zasobach hermeneutycznych, są kluczowe w procesie nadawania sensu własnym doświadczeniom przez osoby neuroróżnorodne. Niesprawiedliwość epistemiczna narusza te praktyki, szczególnie wtedy, gdy społeczna wyobraźnia nie oferuje alternatywnych modeli myślenia o sobie poza koncepcjami osoby chorej lub pozbawionej podmiotowości poznawczej. Ograniczone i jednowymiarowe modele postrzegania osób neuroróżnorodnych w dychotomicznych i często stygmatyzujących klasycznych pojęciach języka psychiatrii nadal dominują dziś w przestrzeni społecznej. Zastąpienie tego aparatu pojęciowego przez sposoby myślenia o ludzkim doświadczeniu w kategoriach spektrum, a nie dychotomii, uruchamia potencjał myślenia i mówienia o dużej grupie społecznej w sposób, który nie będzie dla niej krzywdzący.

Warto zaznaczyć, że — według Fricker i wielu jej kontynuatorów — oba rodzaje niesprawiedliwości poznawczej wynikają ze zjawiska *hermeneutical marginalization*, czyli sytuacji, w której dana grupa społeczna zostaje wykluczona z kształtowania wspólnych zasobów interpretacyjnych, co uniemożliwia adekwatne nazwanie i zrozumienie jej doświadczeń.

4. PODSUMOWANIE — DIAGNOZA JAKO PRZESTRZEŃ DLA „PRZEWARTOŚCIOWANIA WARTOŚCI”

Projekt „myślenia neuroróżnorodnego” zakłada „przewartościowanie wartości”. Michel Foucault (m.in. w *Historii szaleństwa*) czy Ian Hacking (2007), wprowadzając pojęcie „efektu zapętlenia”, zwracali uwagę na to, że diagnozy, zwłaszcza psychiatryczne, są formą władzy-wiedzy, która nie tylko klasyfikuje i porządkuje, lecz także „wytwarza” określone typy ludzi, zachowań i ról społecznych. Diagnoza nie tylko wbudowuje się w ludzką tożsamość, ona ją aktywnie konstruuje. Takie podejście pozwala zrozumieć, dlaczego niektóre osoby odczuwają diagnozę jako źródło stygmatyzacji, które ogranicza ich możliwości życiowe, podczas gdy dla innych staje się ona narzędziem do reinterpretacji własnej tożsamości i sensu życia (Leedham *et al.*, 2020).

Jednak aby ta druga, emancypacyjna sytuacja była możliwa, społeczeństwo musi posiadać zasoby hermeneutyczne, pozwalające na zrozumienie doświadczenia osób neuroróżnorodnych. Myślenie o osobach objętych diagnozami psychiatrycznymi w perspektywie pełnoprawnych podmiotów, obdarzonych — jak każdy człowiek — pełną autonomią i decyzywnością oraz jako osobach, których doświadczenie świata nie jest w żaden sposób „gorsze” czy zubożone, ale inne niż w przypadku neurotypowej większości, pozwala dostrzec w fakcie

otrzymania diagnozy nie stygmat, lecz moment rozpoczęcia „dezintegracji pozytywnej”, która — choć często bolesna — stwarza przestrzeń dla rozwoju, obejmując przedefiniowanie dotychczasowych wartości i zakwestionowanie społecznie narzuconych norm bez jednoczesnego indukowania poczucia winy.

Badania pierwszoosobowych doświadczeń związanych z otrzymaniem diagnozy psychiatrycznej wskazują na przechodzenie w tym procesie przez kilka etapów (Yergeau, 2017): od rozpoznania niespójności własnych doświadczeń ze społecznymi oczekiwaniami (Milton, 2012), przez formalne potwierdzenie diagnozy, nadające im określoną etykietę (Hacking, 2010), proces reinterpretacji przeszłości oparty na nowo uzyskanej perspektywie, aż po pytania natury egzystencjalnej, wobec których staje w zasadzie każda osoba w takiej sytuacji. To pytania o to, kim byłem do tej pory i kim będę dalej. Czy dotychczasowy „ja” to ja autentyczne czy może maska, przybrana na potrzeby społecznego funkcjonowania? Czy powinienem dostosować się do norm społecznych, czy raczej kwestionować ich zasadność? Gdzie leżą granice tego kwestionowania? To także moment, w którym jednostka decyduje, jak — i czy — zaakceptować swoją diagnozę. Własne doświadczenie diagnozy pozwala zrozumieć, że kryzys ten wykracza poza samą klasyfikację medyczną — staje się punktem wyjścia do refleksji nad swoją tożsamością oraz nad napięciami pomiędzy indywidualnością a oczekiwaniami społecznymi. Proces diagnostyczny często jest emocjonalnie wymagający i bywa opisywany jako „emocjonalny rollercoaster” (MacLeod *et al.*, 2013). Ta emocjonalna burza często wynika z mieszanki ulgi związanej z odnalezieniem wyjaśnienia dla długoletnich trudności, niedowierzania wobec utraconych szans spowodowanych nierzadko zbyt późnym rozpoznaniem i żalu o trudności doświadczone bez zrozumienia czy wsparcia (Jones *et al.*, 2021).

Idea neuroróżnorodności i zbudowany (a raczej wciąż jeszcze budowany) na niej aparat pojęciowy stanowi w związku z tym istotną alternatywę dla obecnie dominującego imaginarium medycznie zorientowanej psychiatrii.

BIBLIOGRAFIA

- Janas-Kozik, M. (2024). Neuroróżnorodność — definicja, rozwój koncepcji. W: M. Janas-Kozik i K.M. Wilczyński (Red.). *Zaburzenie ze spektrum autyzmu: od diagnostyki po odpowiednie postępowanie* (s. 13–23). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Anderson-Chavarria, M. (2022). The autism predicament: models of autism and their impact on autistic identity. *Disability & Society*, 37(8), 1321–1341. doi: 10.1080/09687599.2021.1877117.

- Bansal, N., Karlsen, S., Sashidharan, S.P., Cohen, R., Chew-Graham, C.A. i Malpass, A. (2022). Understanding ethnic inequalities in mental healthcare in the UK: A meta-ethnography. *PLOS Medicine*, 19(12), e1004139. doi: 10.1371/journal.pmed.1004139.
- Baron-Cohen, S. (2020). *The pattern seekers: How autism drives human invention*. New York: Basic Books.
- Berenstain, N. (2016). Epistemic Exploitation. *Ergo, an Open Access Journal of Philosophy*, 3(22), 569–590. doi: 10.3998/ergo.12405314.0003.022.
- Berenstain, N., Dotson, K., Paredes, J., Ruiz, E. i Silva, N.K. (2022). Epistemic oppression, resistance, and resurgence. *Contemporary Political Theory*, 21(2), 283–314. doi: 10.1057/s41296-021-00483-z.
- Billawala, A. i Wolbring, G. (2014). Analyzing the discourse surrounding Autism in the New York Times using an ableism lens. *Disability Studies Quarterly*, 34(1). doi: 10.18061/DSQ.V34I1.3348.
- Brownlow, C. (2010a). Presenting the self: negotiating a label of autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(1), 14–21. doi: 10.3109/13668250903496336.
- Brownlow, C. (2010b). Re-presenting autism: the construction of “NT syndrome”. *The Journal of Medical Humanities*, 31(3), 243–255. doi: 10.1007/s10912-010-9114-4.
- Bueter, A. (2021). Diagnostic Overshadowing in Psychiatric-Somatic Comorbidity: A Case for Structural Testimonial Injustice. *Erkenntnis*. doi: 10.1007/s10670-021-00396-8.
- Canguilhem, G. (2000). *Normalne i patologiczne*. (Przeł. P. Pieniążek). Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Carel, H. i Györfi, G. (2014). The art of medicine: Seen but not heard: Children and epistemic injustice. *The Lancet*, 384(9950), 1256–1257. doi: 10.1007/s11019-014-9560-2.
- Carel, H. i Kidd, I.J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529–540. doi: 10.1007/S11019-014-9560-2.
- Castel, R. (2002). Medycy i sędziowie. W: M. Foucault (Red.). *Ja, Piotr Rivière, skorom już zaszlachtował moją matkę, moją siostrę i brata mojego... Przypadek matkobójcy z XIX wieku* (s. 166–181). (Przeł. T. Komendant i G. Wilczyński). Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Catala, A. (2020). Metaepistemic Injustice and Intellectual Disability: a Pluralist Account of Epistemic Agency. *Ethical Theory and Moral Practice*, 23(5), 755–776. doi: 10.1007/s10677-020-10120-0.
- Cherewick, M. i Matergia, M. (2024). Neurodiversity in Practice: a Conceptual Model of Autistic Strengths and Potential Mechanisms of Change to Support Positive Mental Health and Wellbeing in Autistic Children and Adolescents. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 8(3), 408–422. doi: 10.1007/s41252-023-00348-z.
- Cook, J., Hull, L., Crane, L. i Mandy, W. (2021). *Camouflaging in autism: a systematic review*. doi: 10.31219/osf.io/u5b9e.
- Crichton, P., Carel, H. i Kidd, I.J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bulletin*, 41(2), 65–70. doi: 10.1192/PB.BP.115.050682.
- Davidson, J. i Henderson, V.L. (2010). ‘Coming out’ on the spectrum: autism, identity and disclosure. *Social & Cultural Geography*, 11(2), 155–170. doi: 10.1080/14649360903525240.
- Dohmen, J. (2016). “A little of her language”: Epistemic injustice and mental disability. *Res Philosophica*, 93(4), 669–691. doi: 10.11612/RESPHIL.1475.
- Dotson, K. (2011). Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. *Hypatia*, 26(2), 236–257. doi: 10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x.

- Dotson, K. (2014). Conceptualizing Epistemic Oppression. *Social Epistemology*, 28(2), 115–138. doi: 10.1080/02691728.2013.782585.
- Douglas, P., Rice, C., Runswick-Cole, K., Easton, A., Gibson, M.F., Gruson-Wood, J., Klar, E. i Shields, R. (2019). Re-storying autism: a body becoming disability studies in education approach. *International Journal of Inclusive Education*, 25(5), 605–622. doi: 10.1080/13603116.2018.1563835.
- Drożdżowicz, A. (2021). Epistemic injustice in psychiatric practice: epistemic duties and the phenomenological approach. *Journal of Medical Ethics*, 47(12), e69–e69. doi: 10.1136/medethics-2020-106679.
- Ekblad, L. (2013). Autism, Personality, and Human Diversity. *Sage Open*, 3(3). doi: 10.1177/2158244013497722.
- Foucault, M. (1998). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. (Przeł. R. Howard). New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (Red.). (2002). *Ja, Piotr Rivière, skorom już zaszlachtował moją matkę, moją siostrę i brata mojego... Przypadek matkobójcy z XIX wieku*. (Przeł. T. Komendant i G. Wilczyński). Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Foucault, M. (2003). *The Birth of the Clinic*. (Przeł. A.M. Sheridan). London: Routledge.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice*. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001.
- Fricker, M. (2017). Evolving Concepts of Epistemic Injustice. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 53–60. doi: 10.4324/9781315212043–5.
- Fuchs, T. (2015). Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies*, 22(1), 191–214.
- Garner, A., Harwood, V. i Jones, S.C. (2016). Discourses of Autism on Film: An Analysis of Memorable Images that Create Definition. W: M. O'Reilly i J.N. Lester (Red.). *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (s. 151–166). London: Palgrave Macmillan UK. doi: 10.1057/9781137496850_9.
- Garson, J. (2022). *Madness: A Philosophical Exploration*. New York: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1990). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books.
- Goldberg, H. (2023). Unraveling Neurodiversity: Insights from Neuroscientific Perspectives. *Encyclopedia*, 3(3), 972–980. doi: 10.3390/encyclopedia3030070.
- Green, J. i Shaughnessy, N. (2023). Autistic phenomenology: past, present, and potential future. *Frontiers in Psychology*, 14. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1287209.
- Greenaway, K.H., Cruwys, T., Haslam, S.A. i Jetten, J. (2016). Social identities promote well-being because they satisfy global psychological needs. *European Journal of Social Psychology*, 46(3), 294–307. doi: 10.1002/ejsp.2169.
- Grim, K., Tistad, M., Schön, U.-K. i Rosenberg, D. (2019). The Legitimacy of User Knowledge in Decision-Making Processes in Mental Health Care: An Analysis of Epistemic Injustice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6(2), 157–173. doi: 10.1007/s40737-019-00145-9.
- Hacking, I. (2007). Kinds of People: Moving Targets: British Academy Lecture. *Proceedings of the British Academy*, 151 (2006 Lectures). doi: 10.5871/BACAD/9780197264249.003.0010.
- Hacking, I. (2010). Autism Fiction: A Mirror of an Internet Decade? *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 632–655. doi: 10.3138/utq.79.2.632.

- Hamilton, L.G. i Petty, S. (2023). Compassionate pedagogy for neurodiversity in higher education: A conceptual analysis. *Frontiers in Psychology*, 14. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1093290.
- Harcourt, E. (2021). Epistemic injustice, children and mental illness. *Journal of Medical Ethics*, 47(11), 729–735. doi: 10.1136/MEDETHICS-2021-107329.
- Harper, D.J. i Vakili, K. (2021). Mental health prejudice, discrimination and epistemic injustice: Moving beyond stigma and biomedical dominance. *The Routledge International Handbook of Discrimination, Prejudice and Stereotyping*, 26–41. doi: 10.4324/9780429274558-3.
- Heggen, K.M. i Berg, H. (2021). Epistemic injustice in the age of evidence-based practice: The case of fibromyalgia. *Humanities and Social Sciences Communications* 8(1), 1–6. doi: 10.1057/s41599-021-00918-3.
- Hull, L., Petrides, K.V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.C. i Mandy, W. (2017). “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(8), 2519–2534. doi: 10.1007/S10803-017-3166-5.
- Huws, J.C. i Jones, R.S.P. (2011). Missing voices: representations of autism in British newspapers, 1999–2008. *British Journal of Learning Disabilities*, 39(2), 98–104. doi: 10.1111/j.1468-3156.2010.00624.x.
- Jetten, J., Branscombe, N.R., Haslam, S.A., Haslam, C., Cruwys, T., Jones, J.M., Cui, L., Dingle, G., Liu, J., Murphy, S., Thai, A., Walter, Z. i Zhang, A. (2015). Having a Lot of a Good Thing: Multiple Important Group Memberships as a Source of Self-Esteem. *PLOS ONE*, 10(5), e0124609. doi: 10.1371/journal.pone.0124609.
- Jones, D., DeBrabander, K. i Sasson, N. (2021). Effects of autism acceptance training on explicit and implicit biases toward autism. *Autism*, 25(5), 1246–1261. doi: 10.1177/1362361320984896.
- Jones, S.C. i Harwood, V. (2009). Representations of autism in Australian print media. *Disability & Society*, 24(1), 5–18. doi: 10.1080/09687590802535345.
- Kendler, K.S. (2020). Philippe Pinel and the foundations of modern psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, 50(16), 2667–2672. doi: 10.1017/S0033291720004183.
- Kurs, R. i Grinshpoon, A. (2017). Vulnerability of Individuals with Mental Disorders to Epistemic Injustice in Both Clinical and Social Domains. *Ethics & Behavior*, 28(4), 336–346. doi: 10.1080/10508422.2017.1365302.
- Kushwaha, R.K. (2023). Neurodiversity Approaches and Autism (ASD): A Scoping Review. *QISTINA: Jurnal Multidisiplin Indonesia*, 2(2), 780–787. doi: 10.57235/qistina.v2i2.612.
- Lai, M.-C. i Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00277-1.
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Auyeung, B., Chakrabarti, B. i Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.003.
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Ruigrok, A.N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F. i Baron-Cohen, S. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. doi: 10.1177/1362361316671012.
- Lakeman, R. (2010). Epistemic injustice and the mental health service user. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 151–153. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00680.x.
- Leder, A. (2007). *Nauka Freuda w epoce Sein und Zeit*. Warszawa: Aletheia.

- Leedham, A., Thompson, A.R., Smith, R. i Freeth, M. (2020). 'I was exhausted trying to figure it out': The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135–146. doi: 10.1177/1362361319853442.
- Luty, J. (2014). Psychiatry and the dark side: eugenics, Nazi and Soviet psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(1), 52–60. doi: 10.1192/apt.bp.112.010330.
- MacLeod, A. i Johnston, P. (2007). Standing out and fitting in: a report on a support group for individuals with Asperger syndrome using a personal account. *British Journal of Special Education*, 34(2), 83–88. doi: 10.1111/j.1467–8578.2007.00460.x.
- MacLeod, A., Lewis, A. i Robertson, C. (2013). 'Why should I be like bloody Rain Man?!' Navigating the autistic identity. *British Journal of Special Education*, 40(1), 41–49. doi: 10.1111/1467–8578.12015.
- Marcinów, M. (2021). *Historia polskiego szaleństwa. T. 1: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- McCoy, M.S., Liu, E.Y., Lutz, A.S.F. i Sisti, D. (2020). Ethical Advocacy Across the Autism Spectrum: Beyond Partial Representation. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 20(4), 13–24. doi: 10.1080/15265161.2020.1730482.
- McMahon, C.M., Linthicum, M. i Stoll, B. (2022). Developmental disability vs. neurodiverse identity: how cognitive lens affects the general public's perceptions of autism. *Disability & Society*, 37(9), 1439–1455. doi: 10.1080/09687599.2021.1881882.
- Medina, J. (2017). Varieties of Hermeneutical Injustice. W: I.J. Kiss, J. Medina i G. Pohlhaus Jr. (Red.). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (s. 41–52). London: Routledge. doi: 10.4324/9781315212043–4.
- Melvorn, L. (2020). Moral Equivalence. *Journal of International Peacekeeping*, 22(1–4), 190–198. doi: 10.1163/18754112–0220104012.
- Messas, G., Stanghellini, G. i Fulford, K.W.M. (Bill). (2023). Phenomenology yesterday, today, and tomorrow: a proposed phenomenological response to the double challenges of contemporary recovery-oriented person-centered mental health care. *Frontiers in Psychology*, 14. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1240095.
- Michaels, J.A. (2021). Potential for epistemic injustice in evidence-based healthcare policy and guidance. *Journal of Medical Ethics*, 47(6), 417–422. doi: 10.1136/medethics-2020-106171.
- Milton, D.E.M. (2012). On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'. *Disability & Society*, 27(6), 883–887. doi: 10.1080/09687599.2012.710008.
- Needleman, J. (1968). *Being in the World; Selected Papers of Ludwig Binswanger*. New York: Harper and Row.
- Ne'eman, A. i Bascom, J. (2020). Autistic Self Advocacy in the Developmental Disability Movement. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 20(4), 25–27. doi: 10.1080/15265161.2020.1730507.
- Parnas, J. i Bovet, P. (1991). Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 32(1), 7–21. doi: 10.1016/0010-440X(91)90065-K.
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L. i Cage, E. (2022). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 800–810. doi: 10.1007/s10803-021-04987-w.
- Podlecka, M., Sipowicz, K. i Pietras, T. (2020). Znaczenie koncepcji neuroróżnorodności dla autorstwa życia osób ze spektrum autyzmu. *Forum Pedagogiczne*, 10(2), 107–120. doi: 10.21697/fp.2020.2.08.

- Richman, K.A. (2020). Neurodiversity and Autism Advocacy: Who Fits Under the Autism Tent? *The American Journal of Bioethics : AJOB*, 20(4), 33–34. doi: 10.1080/15265161.2020.1730493.
- Russell, G. (2020). Critiques of the Neurodiversity Movement. W: S.K. Kapp (Red.). *Autistic Community and the Neurodiversity Movement: Stories from the Frontline* (s. 287–303). Singapore: Springer Singapore. doi: 10.1007/978-981-13-8437-0_21.
- Rządeczka, M., Wodziński, M. i Moskalewicz, M. (2023). Cognitive biases as an adaptive strategy in autism and schizophrenia spectrum: the compensation perspective on neurodiversity. *Frontiers in Psychiatry*, 14. doi: 10.3389/fpsy.2023.1291854.
- Sanati, A. i Kyratsous, M. (2015). Epistemic injustice in assessment of delusions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 479–485. doi: 10.1111/jep.12347.
- Shah, P. i Holmes, J. (2023). Neurodiversity: Towards an interdisciplinary approach. *Neurodiversity*, 1. doi: 10.1177/27546330231187565.
- Silberman, S. (2016). *NeuroTribes: The legacy of autism and the future of neurodiversity*. New York: Avery.
- Sonuga-Barke, E. i Thapar, A. (2021). The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists? *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 559–561. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00167-X.
- Spandler, H. i McKeown, M. (2017). Exploring the case for truth and reconciliation in mental health services. *Mental Health Review Journal*, 22(2), 83–94. doi: 10.1108/MHRJ-01-2017-0011.
- Stupak, R. (2020). Model biomedyczny w psychopatologii. Krytyczny szkic historyczny, współczesny kontekst i problemy etyczne. *Diametros*, 17(66), 34–51. doi: 10.33392/diam.1260.
- Superson, W., Prokopiak, A. i Wodziński, M. (2025). Experiences of an Autism Diagnosis in Adulthood: The Role of Grassroots Epistemology in Clinical Settings. *Journal of Clinical Medicine*, 14(12), 4315. doi: 10.3390/jcm14124315.
- Tosas, M.R. (2021). The downgrading of pain sufferers' credibility. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 16(1), 8. doi: 10.1186/s13010-021-00105-x.
- Weinstein, R.M. (1983). Labeling Theory and the Attitudes of Mental Patients: A Review. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 70. doi: 10.2307/2136304.
- Wieseler, C. (2020). Epistemic Oppression and Ableism in Bioethics. *Hypatia*, 35(4), 714–732. doi: 10.1017/hyp.2020.38.
- Wróblewski, M. (2018). *Medykalizacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*. Kraków: Universitas.
- Yergeau, M. (2017). *Authoring Autism. On Rhetoric and Neurological Queerness*. Durham: Duke University Press. doi: 10.1215/9780822372189.