

# HUMANISTYKA (PÓŁ)PERYFERII

Redakcja

K. ABRISZEWSKI, A.F. KOLA, J. KOWALEWSKI

Autorzy

K. ABRISZEWSKI, A. KARPOWICZ, A.F. KOLA, A.M. KOLA,  
W. KULIGOWSKI, W. PIASEK, U. TERENTOWICZ-FOTYGA,  
E.M. THOMPSON, M. WRÓBLEWSKI



COLLOQUIA  
HUMANIORUM

Recenzent

DR HAB. MARIOLA KUSZYK-BYTNIEWSKA

Korekta

K. ABRISZEWSKI, A.F. KOLA, J. KOWALEWSKI

Korekta techniczna

K. ABRISZEWSKI, A.F. KOLA, J. KOWALEWSKI

Projekt okładki i znaku graficznego Colloquia Humaniorum

PIOTR KORONA

Publikacja dofinansowana przez

WYDZIAŁ HUMANISTYCZNY UWM W OLSZTYNIE

© Copyright by Authors

OLSZTYN 2016

ISBN 978-83-65171-32-0

Wydawca

INSTYTUT HISTORII I STOSUNKÓW MIĘDZYNARODOWYCH UNIwersYTETU  
WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W OLSZTYNIE

Rozpowszechnianie

INSTYTUT HISTORII I STOSUNKÓW MIĘDZYNARODOWYCH UNIwersYTETU  
WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W OLSZTYNIE

ul. K. Obitza 1, 10-725 Olsztyn,

tel. +48 89 524 64 40, e-mail: [historia.human@uwm.edu.pl](mailto:historia.human@uwm.edu.pl)

FORUM HUMANISTYCZNE

[www.forhum.uni.torun.pl](http://www.forhum.uni.torun.pl)

e-mail: [forhum@uni.torun.pl](mailto:forhum@uni.torun.pl)

Przygotowanie komputerowe

IWONA I PAWEŁ BANASIAKOWIE

Druk i oprawa

ZAKŁAD POLIGRAFICZNY UNIwersYTETU WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO  
W OLSZTYNIE

## Spis treści

KRZYSZTOF ABRISZEWSKI, ADAM F. KOLA, JACEK KOWALEWSKI, <i>Humanistyka (pół)peryferii?</i> <i>Wprowadzenie</i>	7
---	---

\* \* \*

MICHAŁ WRÓBLEWSKI, <i>Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych</i>	23
---	----

ADAM F. KOLA, <i>Historia autoreferencyjna, czyli rzecz o (pół)peryferyjności i centrowości (u) Mariana Małowista w kontekście historii światowej i koncepcji systemowo(-)światowych</i>	55
--	----

ANNA MARIA KOLA, <i>Funkcje studiów doktoranckich w (pół)peryferyjnej rzeczywistości polskich uniwersytetów</i>	71
---	----

KRZYSZTOF ABRISZEWSKI, <i>Humanistyka półperyferii</i>	99
--	----

\* \* \*

WALDEMAR KULIGOWSKI, <i>Od postkolonializmu do „rozwojowego ludobójstwa”. Antropologia wobec półperyferii</i>	139
---	-----

EWA M. THOMPSON, <i>Czyj dyskurs? Tkanie opowieści w postkomunistycznej Polsce</i>	157
--	-----

URSZULA TERENTOWICZ-FOTYGA, <i>Strefa cienia. Europa Wschodnia i ideologie akademii</i>	183
---	-----

WOJCIECH PIASEK, <i>Poza centrum-peryferie w badaniach historiograficzno-metodologicznych współczesności</i>	201
AGNIESZKA KARPOWICZ, <i>Dwie autonomie: poza centrum, poza peryferiami</i>	217
NOTY O AUTORACH	233

MICHAŁ WRÓBLEWSKI

## Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych

Film Stevena Soderbergha *Contagion* opowiada o tym, jak w krótkim czasie życie ludzi na całym świecie zostaje zagrożone przez nieznaną dotąd epidemię<sup>1</sup>. Pierwszym nosicielem okazuje się być pracownica międzynarodowej korporacji, która zaraża się chorobą w Chinach, by „przewieźć” później szkodliwy patogen do Stanów Zjednoczonych. Wkrótce doniesienia o zakażeniach zaczynają płynąć z różnych zakątków globu. *Contagion* w trafny sposób pokazuje zagrożenia globalizacji w dobie społeczeństwa ryzyka. Rozwój transportu i związana z nią zwiększona mobilność powodują, że przemieszczanie się ludzi jest dużo łatwiejsze niż w przeszłości, co powoduje trudności w monitorowaniu różnego rodzaju zagrożeń, na przykład rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Jednakże w tym przypadku wehikułem pozostaje ludzkie ciało. Wszelkie narzędzia i instytucje globalnego świata jedynie ułatwiają krążenie chorób po świecie.

Rzecz przedstawia się zupełnie inaczej w przypadku zaburzeń psychicznych. Pomimo dominacji w psychiatrii modelu biomedycznego nie udało się zidentyfikować w jednoznaczny sposób konkretnych organicznych przyczyn większości problemów ze zdrowiem psychicznym. Oznacza, że nie możemy zarazić się depresją czy ADHD w taki sposób, jak zarazić się możemy świńską grypą czy

---

<sup>1</sup> Artykuł jest efektem badań prowadzonych w ramach projektu pt. *Bio-medycyzacja nadpobudliwości. Socjologiczne studium wyłaniania się jednostki chorobowej jako faktu społecznego*. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/11/N/HS6/00991.

gruźlicą. Dodatkowo, zaburzenia psychiczne związane są z szeroko pojętą sferą subiektywności, która determinowana jest normami kulturowymi. Nie negując podłoża biologicznego, zaburzenia psychiczne są również przeżywane i doświadczane na bazie usankcjonowanych w określonej wspólnotie norm i reguł. Można by zatem podejrzewać, że nadpobudliwość dziecka wychowanego w Stanach Zjednoczonych będzie inną nadpobudliwością w przypadku dziecka z Chin. Okazuje się jednakże, że w ostatnich latach obserwujemy zjawisko globalizowania się zaburzeń psychicznych, rozprzestrzenia się określonych ich definicji w miejscach, które wcześniej nie znały takich problemów bądź traktowały je w zupełnie inny sposób. W tekście podaję trzy takie przykłady. Są to zespół stresu pourazowego, czyli PTSD, depresja i ADHD. Występowanie wszystkich tych zaburzeń bądź ograniczone było przez długi czas jedynie do konkretnego obszaru (USA), bądź do określonego kręgu kulturowego (tzw. Zachodu). W tekście pokazuję, jak lokalnie występujące problemy zaczęły ujawniać się w takich krajach jak Sri Lanka, Japonia i Polska. Zaburzenia te nazywam chorobami walizkowymi, gdyż jedną z ich właściwości jest to, że podróżują w niezmienionej formie po całym świecie.

Skąd zjawisko globalizowania się zaburzeń psychicznych? Najprościej rzecz ujmując źródeł tego procesu należy doszukiwać się w upowszechnieniu biologicznego modelu zdrowia psychicznego, którego wyrazem jest psychiatria amerykańska. W Stanach Zjednoczonych jeszcze do połowy lat 70 zaburzenia psychiczne postrzegano przez pryzmat jednostkowych doświadczeń i koncentrowano się na społecznych relacjach. Problemy z psychiką miały charakter usytuowany, zależny od konkretnego kontekstu. Koniec tej dekady przyniósł zmianę paradygmatyczną, której, ujmując rzecz skrótowo, skutkiem było zbliżenie psychiatrii do bardziej organicznie zakorzenionych gałęzi medycyny (Wróblewski 2012). Podstawowym rysem tego nowego paradygmatu jest przyjęcie definicji zaburzenia jako dyskretnej jednostki diagnostycznej, którą można opisać za pomocą konkretnej listy symptomów i wyraźnie odróżnić od jednostek z innymi symptomami. Ideałem, do którego dąży ta nowa psychiatria jest znalezienie konkretnych czynników patologicznych, które są odpowiedzialne za pojawienie się zaburzenia. Spełnienie tego celu stało się bardziej realne, dzięki rozwojowi genetyki i neuronauk.

Zaburzenia psychiczne ujmuje się obecnie częściej jako problemy dziedziczne oraz jako związane z fizjologią mózgu.

Zmiana w dziedzinie psychiatrii, która dokonała się w pierwszej kolejności w kontekście amerykańskim, otworzyła furtkę dla uniwersalizacji biomedycznego modelu zaburzeń psychicznych, a tym samym umożliwiła globalizację amerykańskiej psychiatrii. Psyche usytuowane, czyli umiejscowione w określonym kontekście i czasie, determinowane określonymi relacjami społecznymi oraz wartościami zastąpione zostało przez psyche uniwersalne, zależne od biologicznej kondycji. O ile w tym pierwszym przypadku wysiłki medycznych profesjonalistów koncentrowały się głównie na indywidualnych biografiach pacjentów czy interwencjach w społeczne otoczenie jednostki, o tyle ta druga koncepcja otwiera możliwość aplikowania tych samych narzędzi w różnych kontekstach. Wiedza o zaburzeniach psychicznych, odnosząca się do mechanizmów biologicznych, w które jesteśmy wszyscy wyposażeni jako przedstawiciele określonego gatunku jest wiedzą, która daje się upowszechnić w dużym większym stopniu niż wiedza dotycząca specyficznych relacji społecznych czy wartości kulturowych.

Symptomatyczna definicja zaburzeń i poszukiwanie ich organicznej przyczyny przypominają oczywiście logikę charakterystyczną dla myślenia o chorobach zakaźnych. I rzeczywiście – twórca jednej z pierwszych klasyfikacji zaburzeń, Emil Kraepelin, wyobrażał sobie, że choroby psychiczne są podobne chorobom zakaźnym (Horwitz 2002; Wróblewski 2015). Wyżej wspominałem, że nie jest to takie proste. W przypadku chorób zakaźnych istnienie określonego problemu zobiektywizować można poprzez wskazanie jego źródła w samych organizmie. Do tego służą praktyki laboratoryjne. Obecność wirusa bądź bakterii można po prostu wykryć za pomocą określonego testu. W psychiatrii nie funkcjonują jednakże testy diagnostyczne oparte na sprawdzaniu fizjologii mózgu czy struktury genetycznej. O ile ważnym składnikiem obiektywizacji zaburzeń psychicznych pozostaje wiedza biologiczna, to muszą tutaj istnieć inne, niezbędne do ustanowienia określonej wizji zaburzeń, narzędzia. Są to definicje diagnostyczne oraz modele terapii. O tym, że mamy do czynienia z zaburzeniem psychicznym, a nie ze zwykłym, codziennym problemem życiowym decyduje istnienie etiologii, która patologię definiuje w sposób biologiczny, ale również sposób

identyfikacji (oparty na symptomach sposób diagnozowania, który można by nazwać „miękkim” testem diagnostycznym) oraz skuteczność leczenia (w przypadku modelu biomedycznego chodzi oczywiście o terapię farmakologiczną).

Przedmiotem mojego zainteresowania jest globalizacja biomedycznego modelu zaburzeń psychicznych. W tekście opisuję dwa wymiary tego procesu. Po pierwsze, chodzi o narzucanie różnym wspólnotom i kulturom specyficznego oraz wytworzonego lokalnie obrazu zdrowia i choroby oraz specjalistycznej wiedzy na ich temat. Postaram się uchwycić dynamikę tego zjawiska odnosząc się z jednej strony do paradygmatu psychiatrii kulturowej, z drugiej do koncepcji I. Wallersteina. Po drugie, globalizacja wiąże się ze specyficznymi narzędziami, za pomocą których nie tylko model biomedyczny może się upowszechniać, ale również konkretne choroby, nazwane przez mnie walizkowymi. Poniżej omawiam trzy takie wehikuły globalizacji: podręcznik diagnostyczny DSM, marketing koncernów farmaceutycznych oraz dyskurs naukowy.

## Zdrowie psychiczne w skali globalnej a problem peryferyjności

Zagadnienie zarządzania zdrowiem psychicznym w skali globalnej stało się w ostatnich latach częścią agendy międzynarodowych instytucji. Ich eksperci podkreślają, że zaburzenia psychiczne przestały być domeną jedynie krajów rozwiniętych, a stały się problemem różnych zakątków świata, w tym w dużej mierze krajów rozwijających się. Chodzi tu nie tylko o częstsze występowanie samych zaburzeń, ale również ograniczony dostęp do opieki medycznej. Wyrazem tych trosk jest *Movement for Global Mental Health*, międzynarodowe porozumienie tysięcy organizacji działających w ponad 60 krajach, a także dwa programy Światowej Organizacji Zdrowia – *Mental Health Improvements for Nations Developments* (MIND) i *Mental Health Gap Action Programme* (MhGAP). Jocalyn Clark, analizując koncepcję zaburzeń psychicznych, jaka wyłania się z dokumentów międzynarodowych instytucji i wypowiedzi ich rzeczników twierdzi, że możemy mówić o trzech wspólnych cechach (Clark 2014). Po pierwsze, problemy psychiczne są definiowane jako



kondycja układu nerwowego, co sprawia, że zaburzenia, których etiologia biologiczna nie została jeszcze w pełni udowodniona zostają zrównane z przypadłościami neurologicznymi. Po drugie, biologiczna rama staje się źródłem uniwersalizacji metod diagnostycznych i terapeutycznych. Za ruchem na rzecz globalnego zdrowia psychicznego kryje się przekonanie, że niezależnie od zróżnicowania kulturowego wszyscy jesteśmy podatni na podobne sposoby radzenia sobie z problemami psychicznymi:

[...] fakt, że posiadamy takie samo wyposażenie biologiczne ujednolica doświadczenie niezależnie od kultury. Koncepcja globalnego zdrowia psychicznego (podkreślająca, że należy częściej stosować zachodni model biomedyczny) opiera się na idei, że uniwersalny zestaw koncepcji, przyczyn, symptomów i doświadczeń może być wykorzystywany w różnych rejonach i kulturach świata. Fakt, że różne schorzenia zostają włączone w zakres globalnego zdrowia psychicznego wzmacnia założenie o ich uniwersalności (Clark 2014).

Po trzecie, globalny model zdrowia psychicznego skupia się głównie na jednostce. Wynika to oczywiście z charakterystycznego dla kultury zachodniej indywidualizmu. Jest dla nas czymś całkowicie naturalnym, że myślimy o swoim ciele i psychice w kategoriach jednostkowych – ciało jest przede wszystkim nasze, a problemy z psychiką wiązane są ze sferą subiektywności. Współgra to oczywiście z modelem biomedycznym, który faworyzuje bezpośrednią interwencję w jednostkowy organizm. Clark zauważa, że takie podejście osłabia rolę interwencji na poziomie wspólnotowym, narzucając tak naprawdę różnym kulturom charakterystyczny dla kultury zachodniej indywidualizm.

Clarke analizuje strategię globalnego zarządzania zdrowiem w kontekście postępującej medykalizacji. O krok dalej idzie Ethan Watters, autor książki o wymownym tytule *Crazy Like Us. The Globalization of the American Psyche*. Wychodzi on z założeń psychiatrii kulturowej, która bada zaburzenia psychiczne pod kątem zróżnicowania kulturowego. Psychiatria kulturowa posługuje się zupełnie innym modelem zaburzenia psychicznego niż model biomedyczny. Ma ona proweniencję raczej konstruktywistyczną (Horwitz 2002), ponieważ symptomy zaburzenia są tutaj rozumiane jako kulturowo

wyuczona reakcja podmiotu na napięcia, traumy bądź problemy z otoczeniem społecznym, a nie wynik organicznych patologii. Watters powołuje się w swojej książce na koncepcję „puli symptomów” autorstwa Edwarda Shortera, znanego historyka psychiatrii (Watters 2010: 31–34). Shorter uważa, że w przypadku niektórych zaburzeń (takich jak histeria czy zaburzenie dysocjacyjne tożsamości) symptomy, czyli zachowania, które w dyskursie medycznym uważane są za indykatory zaburzenia, są w rzeczywistości usankcjonowanymi w określonym miejscu i czasie sposobami na komunikowanie innym swoich problemów. „Pula symptomów” jest zbiorem możliwych w danej kulturze reakcji na trudności psychologiczne, z których członkowie danej wspólnoty mogą nieświadomie „skorzystać”. Wynika z tego, że w przypadku niektórych zaburzeń ich jednostkowe doświadczanie jest wynikiem lokalnego kontekstu. Watters twierdzi, że globalizacja amerykańskiej psychiatrii może powodować homogenizację doświadczania traum, a tym samym unicestwienie specyficznych dla określonych kultury wzorców przeżywania i radzenia sobie z zaburzeniami psychicznymi. Globalizacja modelu biomedycznego jest również globalizacją kulturowo zakorzenionej wizji podmiotu, zdrowia psychicznego i terapii:

Ludzie zachodu [...] podzielają przekonanie o tym, jakie wydarzenia sprawiają, że ludzie przeżywają traumę i zgadzają się co do tego, że dawanie upustu emocjom poprzez rozmowę jest zdrowsze niż stoickie milczenie. Jesteśmy pewni, że ludzie są z natury delikatni i powinni rozpatrywać wiele emocjonalnych doświadczeń w kategoriach choroby, która wymaga profesjonalnej interwencji. Jesteśmy pewni, że nasze biomedyczne podejście do choroby psychicznej zredukuje stygmatyzację cierpiącego i że nasze lekarstwa są najlepszym, co nauka ma nam do zaoferowania. Obiecujemy ludziom z innych kultur, że zdrowie psychiczne [...] można osiągnąć przez odrzucenie tradycyjnych ról społecznych i zaangażowanie się w indywidualistyczną introspekcję (Watters 2010: 4).

Z twierdzeń Clark i Wattersa wynika, że biologiczne ramy są nie tylko *modus operandi* międzynarodowych instytucji, ale również mają charakter hegemoniczny, gdyż narzucają one określoną wizję zdrowia psychicznego, koncepcję zaburzenia i możliwe metody

terapii, przyczyniając się do wypierania lokalnych struktur wiedzy. Możemy zatem mówić tutaj o stosunkach władzy i asymetrycznych relacjach. Jeżeli tak, to być może problem globalizacji amerykańskiej psychiatrii dałoby się wpisać w znaną z książek I. Wallersteina oś centrum-peryferia (Wallerstein 2007)? Badacz ten postuluje, by zjawiska gospodarcze rozpatrywać używając jako jednostki analityczne nie pojedyncze państwa, ale złożoną strukturę składającą się z różnych podmiotów tworzących jeden system nazwany przez niego systemem-światem. Jedną z jego charakterystycznych cech jest osiowy podział pracy, który łączy obszary centralne z obszarami peryferyjnymi. Wymiana pomiędzy centrum a peryferiami ma charakter niesymetryczny (centrum wykorzystuje peryferia np. jako swoje rynki zbytu bądź utrzymując niskie koszty pracy), a zarazem jest to relacja zależności (centrum i peryferia potrzebują się wzajemnie). Centrum wytwarza elementy, zarówno kulturowej, jak i ekonomicznej dominacji. Narzuca wzorce kulturowe, ideologie polityczne, sposoby funkcjonowania instytucji, a przede wszystkim czerpie zyski z faktu istnienia peryferii. Centrum jest ośrodkiem najbardziej nowoczesnym w danym systemie-świecie, to znaczy takim, który ma najnowocześniejszy model gospodarki czy najbardziej rozwinięte mechanizmy generowania innowacji. Jednocześnie warunkiem niezbędnym ich modernizacji jest przerzucanie mniej nowoczesnych gałęzi przemysłu na obszary peryferyjne. Te ostatnie są w najlepszym wypadku spadkobiercami wynalazków, które w centrum zostały zastąpione przez nowsze rozwiązania.

Z perspektywy teorii Wallersteina da się w interesujący sposób spojrzeć na problem globalizacji. Globalizacja zdefiniowana bardzo prosto – „jako bezpośrednie relacje ekonomiczne obejmujące swoim zasięgiem całą planetę” (Sowa 2008: 187) – jawi się jako ład, który określa niesymetryczne warunki pomiędzy krajami centrum a krajami peryferyjnymi w skali całego globu. Zasadą działania tak rozumianej globalizacji jest konsensus waszyngtoński, który, w duchu neoliberalnej ekonomii, określa reguły, jakie powinny stosować kraje zacofane i rozwijające się, by dogonić gospodarki rozwinięte. Cechami tego „strukturalnego dopasowania” jest prywatyzacja dóbr publicznych, osłabianie roli państwa, liberalizacja przepisów dotyczących handlu i wymiany towarowej (Stiglitz 2004, Harvey 2008).

Pomiędzy globalizacją w sensie ekonomicznym a globalizacją modelu biomedycznego da się zauważyć pewne formalne podobieństwa. Po pierwsze, w obu przypadkach możemy mówić o zbiorze reguł, które przestają być regułami określającymi jakiś lokalny kontekst, a stają się zasadami transferowanymi bądź narzucanymi innym. Po drugie, centrum w obu przypadkach są Stany Zjednoczone, co pokazuje, że amerykańska hegemonia operuje nie tylko na poziomie władzy ekonomicznej, ale również określa porządek wiedzy w skali globalnej. Warto jeszcze podkreślić zasadniczy związek obu form globalizacji – i w jednym, i w drugim przypadku mamy do czynienia z poszerzaniem rynków zbytu dla firm, które znajdują się w centrum. Jedną z konsekwencji globalizacji biomedycyny jest upowszechnienie farmakologicznych metod leczenia zaburzeń psychicznych, a jednym z kluczowych jej aktorów są koncerny farmaceutyczne.

O globalizacji biomedycyny można myśleć w kontekście teorii Wallersteina na dwa sposoby. O pierwszym pisałem wyżej. Upowszechnianie się modelu biomedycznego może być postrzegane jako narzucanie kulturowego obrazu zdrowia i choroby, który został wytworzony w centrum, obszarom peryferyjnym, których lokalne sposoby interpretacji muszą zostać skonfrontowane z rozwiązaniami jawiącymi się jako „bardziej naukowe” czy „bardziej nowoczesne”. Drugi sposób dotyczy produkcji wiedzy. Centrum nie tylko dzierży władzę symboliczną, ale również jest obszarem, na którym dokonuje się produkcja najbardziej innowacyjnej wiedzy. Prowadzenie innowacyjnych badań, wytwarzających innowacyjną wiedzę, która z kolei wytwarza innowacyjną gospodarkę wymaga dużych nakładów na infrastrukturę badawczą, na co pozwolić sobie mogą jedynie najbardziej rozwinięte gospodarki. Efektem tego jest to, że centrum wytwarza wiedzę, podczas gdy peryferia mogą ją bądź konsumować (oczywiście ponosząc odpowiednie koszty, tworząc tym samym zysk dla krajów centrum – tutaj dobrym przykładem jest dostęp do zagranicznych publikacji naukowych, który z punktu widzenia niedofinansowania polskiej nauki jest niekiedy bardzo ograniczony), bądź reprodukować. To ostatnie oznacza, że naukowcy peryferyjni funkcjonują w wytworzonych przez centrum paradygmatach badawczych, które określają jakie problemy należy badać i w jaki sposób.

Wspominałem na wstępie, że współczesna psychiatria opiera się na paradygmacie biologicznym, ponieważ postrzega zaburzenia jako dyskretne jednostki oraz stara się badać ich etiologię na poziomie organicznym. Badania te dotyczą głównie genetyki i neurofizjologii, w związku z czym wymagają kosztownej infrastruktury w postaci laboratoriów czy narzędzi pomiarowych. To z kolei wymaga dużych zasobów finansowych. Peryferyjność jakiegoś obszaru sprawia zatem, że jest on skazany na reprodukcję wiedzy psychiatrycznej, skoro ta jest w dużej mierze produkowana na bazie drogich, innowacyjnych badań. Można tutaj postawić hipotezę, że peryferia będą raczej odbiorcami produkowanej w centrum wiedzy o zaburzeniach. Z tego wynika, że asymetria na osi centrum-peryferia sprzyja globalizacji wiedzy psychiatrycznej.

Jednakże problem wiedzy na osi centrum-peryferia odnosi się również do zasobów symbolicznych. W nauce olbrzymią rolę odgrywa kwestia wiarygodności i autorytetu. Na poziomie jednostkowym owe zasoby niezbędne do pracy akademickiej gromadzone są indywidualnie w toku kariery zawodowej. Jednakże na poziomie kolektywnym ów kapitał ma charakter kumulatywny, w tym sensie, że badacz bądź badaczka pochodzący z kraju, którego naukowcy są uznanymi w świecie specjalistami, a zatem posiadający dużą ilość kapitału symbolicznego, mają na starcie swojej kariery przewagę nad tymi, którzy wywodzą się z krajów o niższym prestiżu w świecie naukowym. Sytuacja ta może oczywiście zmieniać się w zależności od kraju, ale są dziedziny wiedzy (genetyka, neuronauki, fizyka doświadczalna), w których produkcja opiera się, jak zaznaczałem powyżej, na kosztownych materiałach i infrastrukturze, przez co źródłem asymetrii znów staje się dostęp do zasobów finansowych, który później przekłada się na asymetrię na poziomie kapitału symbolicznego.

Aby zilustrować powyższe tezy, przytoczę wyniki badań etnograficznych Kaushika Sundera Rajana, który analizował funkcjonowanie indyjskich laboratoriów zajmujących się medycyną spersonalizowaną (Sunder 2006). W połowie lat 90 rząd Indii postanowił zainwestować pieniądze w biotechnologię w zakresie badań genomicznych. Celem było dołączenie do mającej swoje źródło w USA rewolucji w tej dziedzinie wiedzy, która jak się szybko okazało stała się dobrym sposobem kapitalizowania rozwoju nauki. Indie z jednej strony są przykładem na pozytywną rolę państwa w kreowaniu zysku

z wiedzy, ponieważ za pomocą publicznych środków usiłowały podłączyć swoją naukę w globalną sieć wytwarzania wartości dodatkowej na bazie badań genomicznych. Z drugiej jednakże strony od lat 90. Indie, dzięki podpisanym z WTO umowami, znalazły się w orbicie oddziaływania konsensusu waszyngtońskiego i przyjęły zgodny ze „strukturalnym dopasowaniem” pakiet reform ekonomicznych. W dziedzinie wytwarzania wiedzy, pomimo aspiracji do tego, żeby dogonić technologicznie państwa centrum, Indie stały się dostarczycielem usług dla zachodnich laboratoriów. Jak wskazuje Sunder Rajan na przykładzie parku naukowego ICICI (Sunder 2006: 86–93), architekci indyjskiej polityki naukowej skupiają się głównie na braniu zleceń z zewnątrz na badania aplikacyjne, a nie na rozwijanie bazowych badań podstawowych, co jest charakterystyczne dla peryferyjnego sposobu wytwarzania wiedzy. Zaletą takiego modelu jest szybki zwrot inwestycji, jakie ponosi państwo finansujące placówki badawcze, ale równocześnie skutkuje to brakiem możliwości wytwarzania prawdziwie innowacyjnej wiedzy, co z kolei uniemożliwia zebranie kapitału symbolicznego przez indyjskich naukowców. Ci ostatni, pracując głównie jak zleceniobiorcy wykonujący proste i rutynowe badania dla swoich zachodnich kolegów i koleżanek nie mają możliwości ukonstytuowania swojego autorytetu naukowego w międzynarodowej nauce. Jak pisze Sunder Rajan, z uwagi na fakt, że od lat 90. Indie stanowią przedmiot technologicznego outsourcingu, tamtejsi naukowcy mogą jedynie potwierdzać hipotezy, które pojawiły się już na Zachodzie, gdyż zaproponowanie czegoś nowego spotyka się z podejrzliwością i często wiąże się z odrzuceniem tekstu w międzynarodowym czasopiśmie. Poniżej przytaczam fragment wypowiedzi jednego z pracowników laboratorium biochemicznego, z którym rozmawiał Sunder Rajan. Pokazuje on różnicę w kapitale symbolicznym pomiędzy krajami centrum a peryferiami:

Bycie zaakceptowany w międzynarodowej społeczności jest problemem [...]. Myślę, że oni uważają, że nie jesteśmy kompetentni, by zaproponować hipotezę albo [...] stają się bardziej wymagający, jeżeli idzie o dane, ilość wykonanej pracy [...]. (Sunder 2006: 212)

Fakt istnienia zależności na poziomie symbolicznym sprawia, że autorytet naukowca prowadzącego badania na peryferiach musi być

konstruowany na bazie autorytetu naukowca z centrum. Doskonale to widać na przykładzie cytowania. W niektórych dziedzinach wiedzy publikacje angielskojęzyczne są dobrze przyjmowanym, a niekiedy wymaganym składnikiem bibliografii. Z jednej strony jest to oczywiście praktyka niezbędna, by móc tworzyć wiedzę, dającą się wytransferować za granicę. Z drugiej jednakże strony pokazuje to, że lokalne struktury nie są generatorem innowacyjnej wiedzy, ponieważ trzeba ją sprowadzać z zewnątrz. Co więcej, cytowanie zagranicznych publikacji przyczynia się pod pewnym względem do pogłębiania zależności. Sam fakt reprodukcji zwiększa ilość cytowań tym samym ugruntowując jeszcze centralną pozycję cytowanego naukowca. Nie jest to oczywiście *casus państw centrum*, które są na tyle silne, że potrafią wytwarzać własne mechanizmy konstruowania autorytetu, niezakotwiczone na zewnątrz. W dziedzinie psychiatrii dobrym przykładem jest Francja (Conrad, Bergey 2014). Ma ona ugruntowaną tradycję psychiatrii psychospołecznej, z silnym komponentem psychoanalitycznym oraz funkcjonuje w oparciu o konkurencyjne wobec standardów międzynarodowych klasyfikacje zaburzeń psychicznych.

## Choroby walizkowe i kanały globalizacji

Naukę, która powstaje w peryferyjnym porządku wiedzy Krzysztof Abriszewski nazywa metaforycznie nauką walizkową (Abriszewski 2016). Charakteryzuje ją model kariery akademickiej opierający się z jednej strony na importowaniu i reprodukowaniu wiedzy, która w centrum uważana jest za innowacyjną oraz na umiejętnym stabilizowaniu własnego autorytetu w polu naukowym za pomocą autopromocji i pozyskiwania zasobów instytucjonalnych oraz sojuszników. Abriszewski posługuje się w swoich rozważaniach modelem krwioobiegu, za pomocą którego Bruno Latour w książce *Nadzieja Pandory* opisuje stabilizowanie się teorii naukowej. Według francuskiego socjologa, zależy to nie tylko od badań empirycznych (mobilizacji świata), ale również od reprezentacji publicznej, istnienia kolektywu badawczego czy zgromadzenia pozanaukowych sprzymierzeńców (Latour 2013: 113–148). Nauka walizkowa jest dość paradoksalnym tworem, ponieważ na jej bazie powstają twierdzenia,

które nie są zakorzenione w mobilizacji świata, a opierają się jedynie na powtarzaniu tez wymyślonych gdzie indziej. Tego typu naukę przywozi się z zewnątrz, a nie tworzy na miejscu – stąd metafora walizki.

Analogicznie do nauki walizkowej, chciałbym zaproponować metaforę chorób walizkowych. Jeżeli przyjąć perspektywę psychiatrii kulturowej i założyć, że niektóre przynajmniej zaburzenia psychiczne są do pewnego stopnia konstruktami kulturowymi, to ich obiektywizacja związana jest z określonym miejscem i czasem. Są zatem czymś wytworzonym lokalnie. Choroby walizkowe natomiast charakteryzowałaby się tym, że zostały zobiektywizowane w jednym miejscu, a następnie przeniesione do zupełnie innych kontekstów. Są więc czymś wytworzonym lokalnie, ale zarazem zaczynają krążyć w skali globalnej. Powstaje zatem pytanie – w jaki sposób „wykreowane” w Stanach Zjednoczonych zaburzenia zaczynają pojawiać się w różnych miejscach globu, miejscach, które wcześniej nie znały tego typu problemów? Czym są owe „walizki”, za pomocą których zaburzenia psychiczne skonstruowane w duchu amerykańskiej biomedycyny krążą po świecie?

Poniżej chciałbym omówić trzy takie „walizki” oraz przyporządkować im przykłady określonych chorób. W pierwszym przypadku chodzi o DSM, czyli *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Jest to podręcznik diagnostyczny wydawany od 1952 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Zawiera on listę zaburzeń psychicznych, które opisane są za pomocą listy symptomów i kryteriów wstępnych. Drugą „walizką” są koncerny farmaceutyczne. Globalizacja zaburzeń psychicznych jest dla sektora prywatnego szansą na poszerzenie rynków zbytu. Przybiera to postać zakrojonych na szeroką skalę działań marketingowych. Trzecią „walizką” jest dyskurs naukowy. W dobie rozwoju genetyki i neurofizjologii o obrazie zaburzeń psychicznych decydują w dużej mierze badania empiryczne, a więc wiedza produkowana w laboratoriach, a następnie obiektywizowana w postaci raportów i artykułów naukowych. Biologicznie zorientowana psychiatria jest w związku z tym „przenoszona” w czasopismach naukowych, z których wielu lekarzy na całym świecie czerpie wiedzę na temat swojej pracy. W kontekście obszarów peryferyjnych owe czasopisma z uwagi na kosztochłonność badań nad etiologiami zaburzeń psy-



chicznych będą częściej reprodukowały zastana wiedzę, niż odnosiły się do oryginalnych, prowadzonych lokalnie badań. Owe trzy „walizki” odnoszą się do dwóch opisanych wyżej problemów globalizacji zaburzeń psychicznych – narzucaniu jednego obrazu zdrowia i choroby innym, peryferyjnym kulturom oraz byciu skazanym na odtwarzanie wiedzy i konstruowanie autorytetu na bazie zasobów przetransferowanych z centrum.

### DSM: PTSD w Sri Lance

W DSM każde zaburzenie jest traktowane jako dyskretna jednostka diagnostyczna, której przyporządkowane są charakterystyczne dla niej symptomy. Język DSM-u jest językiem prostym, zestandaryzowanym i, że się tak wyrażę, łatwym w obsłudze. Jedną z intencji, jaka przyświecała twórcom podręcznika było współnienie i uproszczenie definicji diagnostycznych w taki sposób, aby zwiększyć wiarygodność stawianych przez lekarzy diagnoz. O ile pierwsze dwie edycje utrzymane w duchu psychoanalizy zostawiały lekarzowi duże pole do interpretacji, o tyle od DSM-III zakres subiektywnej oceny został mocno ograniczony. Nie powinien dziwić fakt, że jeden z twórców tej nowej, zracjonalizowanej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – Robert Spitzer – jeszcze w latach 70 zajmował się komputerowymi symulacjami diagnozy psychiatrycznej, starając się przełożyć codzienną praktykę psychiatrów na replikowalny i zestandaryzowany kod komputerowy (Orr 2010). Diagnoza stawiana na podstawie DSM rzeczywiście może wyglądać jak podążanie za z góry wyznaczonym algorytmem. Chociaż w praktyce diagnostycznej nie zawsze jest to takie proste, to sam język i struktura DSM ułatwiają proces globalizacji zaburzeń psychicznych<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Socjologowie medycyny wspominają o zjawisku niepewności czy ambiwalencji diagnostycznej, które polega na tym, że w praktyce lekarskiej nie zawsze możliwe jest ścisłe zaklasyfikowanie zbioru symptomów do określonego zaburzenia. Pomimo daleko posuniętej standaryzacji, lekarze nadal bazują w dużej mierze na swoich subiektywnych, wyniesionych z doświadczenia interpretacjach i często postrzegają definicje zaburzeń jako płynne i wymykające się prostym opisom (Rafalovich 2005; Wooley 2010).

Dzięki daleko posuniętej standaryzacji, podręcznik diagnostyczny wydawany przez APA może być zastosowany w różnych kontekstach, ponieważ bardzo łatwo można nauczyć się z niego korzystać. Nic więc dziwnego, że DSM wykorzystywany jest w badaniach epidemiologicznych prowadzonych zarówno w USA (Horwitz 2002), jak i na poziomie międzynarodowym (de Glind et al. 2014). Warto tu również zauważyć, że za DSM-em kryje się nie tylko określony model zaburzeń psychicznych, ale również wizja diagnozy i terapii, która związana jest z zachodnią koncepcją podmiotu, a ściślej rzecz biorąc z daleko posuniętym indywidualizmem. Sytuacja, w której ktoś jest gotów mówić drugiej, obcej osobie o swoich osobistych problemach oraz radzić sobie z nimi bądź za pomocą indywidualnej pracy nad sobą, bądź za pomocą zażywania środków farmakologicznych jest w dużej mierze konstruktem kulturowym. Globalizacja DSM, czyli wykorzystywanie go w praktyce medycznej w różnych zakątkach świata będzie zatem globalizacją określonej wizji zdrowia, choroby i terapii, które zostały historycznie ukonstytuowane w określonym miejscu i czasie.

Z uwagi na swoją konstrukcję DSM jest przykładem „walizki”, dzięki której zaburzenia psychiczne mogą krążyć po świecie. Aby zilustrować to twierdzenie, posłużę się przykładem opisanym we wspomnianej już książce Wattersa. Chodzi o PTSD, czyli zespół stresu pourazowego (Watters 2010: 65–125). Jest to zaburzenie wywołane doświadczeniem jakiegoś tragicznego wydarzenia. Jego symptomami są m.in. stany depresyjne, myśli samobójcze, odizolowanie się od społeczeństwa, nadmierne pobudzenie. PTSD na stałe wszedł do dyskursu psychiatrycznego za sprawą wojny w Wietnamie. Obecnie uważa się, że zaburzenie może być wywołane również innymi zdarzeniami, na przykład kataklizmami naturalnymi. W 2004 roku wskutek trzęsienia ziemi na Oceanie Indyjskim potężna fala tsunami spustoszyła wiele krajów Azji Południowo-Wschodniej, w tym Sri Lankę. W zachodnich mediach eksperci w tonie paniki moralnej wskazywali nie tylko na szkody fizyczne, ale również psychiczne, domagając się szybkiej reakcji ze strony międzynarodowych instytucji. Obawiano się „epidemii” PTSD, nazwanej „drugim tsunami”. W Sri Lance obok strażaków, medyków, ratowników pojawiły się zastępy psychologów i terapeutów. Jak pisze Watters, z uwagi na swój rozmach była to „największa międzynarodowa interwencja

psychologiczna w historii” (Watters 2010: 70). Specjaliści przyjeżdżali głównie ze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Australii, Francji, Niemiec.

Celem niektórych zachodnich przyjezdnych nie było jedynie niesienie pomocy, ale prowadzenie empirycznych badań nad zjawiskiem traumy. Swoje namioty w obozach dla uchodźców stawiali badacze zainteresowani epidemiologią czy genetycznym podłożem PTSD. Wydarzenie takie, jak tsunami z 2004 roku było niepowtarzalną sytuacją badawczą – oto w jednym miejscu i czasie, duża grupa ludzi doświadczyła tragicznego wydarzenia. Ilość badaczy i terapeutów była na miejscu tak duża, że niekiedy utrudniali oni organizację pomocy humanitarnej. Dochodziło nawet do tak kuriozalnych sytuacji, jak rywalizacja pomiędzy różnymi grupami terapeutów o „klientów” (Watters 2010: 78–79). W prasie naukowej pojawiły się nawet głosy o nieetycznym wymiarze badań prowadzonych w Sri Lance. Przykładem jest tekst opublikowany w magazynie „Lancet”, który zwracał uwagę na szereg nieprawidłowości przy badaniach, na przykład na to, że wielu badanych nie zdawało sobie do końca sprawy z tego, w czym uczestniczą (Sumathipala, Siribaddana 2005). Swoją korzyść chciały odnieść też koncerny farmaceutyczne. W miesiąc po kataklizmie Pfizer zorganizował w Bangkoku specjalną konferencję, na której promowano Zoloft – wiodącą markę firmy – jako lekarstwo skuteczne w terapii PTSD.

Jak najazd zachodnich terapeutów na Sri Lankę wiąże się z DSM-em rozumianym jako „walizka” przenosząca zaburzenia w skali globalnej? Nazwa zaburzenia – PTSD – oraz wykorzystywane tam skale i kwestionariusze oparte były na definicji diagnostycznej pochodzącej z podręcznika wydanego przez APA. Jak wskazuje socjolog Allan Young, DSM był jednym z czynników, dzięki któremu PTSD stało się zaburzeniem niezwykle popularnym w dyskursie psychiatrycznym, a także mogło zostać poddane w łatwy sposób uniwersalizacji (Young 1995). Young stwierdził nawet, że upowszechnienie się syndromu było „największym sukcesem globalizacji” (Watters 2010: 71). Zwróćmy tutaj uwagę, że operacja na tak wielką skalę, jak wysłanie zastępu terapeutów do Sri Lanki nie byłaby możliwa bez zestandaryzowanego języka, którym charakteryzują się opisy poszczególnych zaburzeń. Dzięki uproszczonym regułom, otwarto furtkę do tego, aby przełamać monopol psychiatrów na

zajmowanie się zaburzeniami psychicznymi (Horwitz, Mayes 2005). Językiem DSM mogą mówić nie tylko psychiatry, ale również psychologowie, pracownicy społeczni, a nawet szybko przeszkoleni wolontariusze. Dzięki DSM personel zajmujący się zdrowiem psychicznym znacząco się poszerzył. W przypadku Sri Lanki okazało się, że prostota narzędzi diagnostycznych jest niezwykle przydatna, ponieważ ilość poszkodowanych była ogromna. Dzięki prostym kwestionariuszom terapeuci mogli w ciągu kilku dni pobytu udzielić porad nawet 1700 ludziom. Zapotrzebowanie było tak ogromne, że przyjeźdźni postanowili przeprowadzać krótkie szkolenia dla lokalnych mieszkańców, dostarczając im niezbędnej wiedzy do diagnozowania i pomocy poszkodowanym. Wśród przeszkolonych znajdowały się dzieci. To wszystko byłoby niemożliwe bez struktury, jaką DSM nadaje definicjom zaburzeń psychicznych – oparcie się na prostych i zrozumiałych symptomach sprawia, że niemal każdy jest w stanie postawić wstępną diagnozę<sup>3</sup>.

Drugim interesującym czynnikiem jest zderzenie modelu reagowania na traumę, który wyraża w definicji PTSD podejście amerykańskie z lokalnym, kulturowo usankcjonowanym sposobem radzenia sobie z tragicznym doświadczeniem. Wspominałem wcześniej, że międzynarodowe instytucje zajmujące się globalnym zdrowiem psychicznym operują dyskursem uniwersalistycznym, który ujęty jest w biologicznych ramach. Sebastian von Peter, zajmujący się psychiatrią kulturową niemiecki badacz, przeanalizował teksty dotyczące psychologicznych konsekwencji azjatyckiego tsunami, które zostały opublikowane przez takie organizacje jak Międzynarodowy Czerwony Krzyż czy Światowa Organizacja Zdrowia:

Wszystkie psychospołeczne podręczniki narzucają na ocalałych oczekiwania, że ci wskutek „traumatyzacji” będą doświadczali afektywnych zniekształceń. Podobnie WHO zakłada, że ocaleni będą pełni „napięcia, niepokoju i paniki”. NCTS [National Centre for Traumatic Stress]

---

<sup>3</sup> Z medycznego punktu widzenia takie działania są oczywiście wielkim nadużyciem. Sam Watters wskazuje, że masowość tych praktyk uniemożliwiła postawienie diagnozy w taki sposób, jak robią to wykwalifikowani i doświadczeni psychiatry (Watters 2010, s. 84–85).

używa takich terminów jak „bycie niespokojnym i nerwowym”, „drażliwość” czy „gniew”, a GDG [Global Development Group] przewiduje, że ci, co przeżyli będą „wyrażać uczucia gniewu, winy, bezsilności, smutku”. Owe organizacje zakładają zatem, że na podstawowym poziomie ludzie na całym świecie są tacy sami w swoich doświadczeniach emocjonalnych i środkach ekspresji, i że trzeba jedynie empatii by zrozumieć ich emocjonalne stany (von Peter 2008: 646).

Obiektywizacją tego modelu „traumatyzacji” jest definicja diagnostyczna PTSD, którą znajdziemy w DSM oraz model terapii, który nakłania do dyskursywnego zmierzenia się z własną traumą. Taka wizja choroby kłóci się jednakże z obrazem, który znajdziemy w kulturze Sri Lanki. Wyrazem tego są doświadczenia pierwszych przyjeżdżających na miejsce tragedii zachodnich terapeutów, którzy byli zdziwieni reakcjami lokalnych mieszkańców. Wielu z nich nie chciało w ogóle rozmawiać, nie przejawiało nadmiernej nerwowości, ani nie manifestowało smutku. Wielkim zaskoczeniem były dla przykładu dzieci, które pytały ciągle, kiedy będą mogły wrócić do szkoły. Skąd ta różnica? Sri Lanka jest krajem, który od 1983 roku był świadkiem krwawej wojny domowej. Tego typu zapisane w społecznej pamięci zdarzenie mogło uodpornić do pewnego stopniu mieszkańców na tragiczne wydarzenia. Ważną rolę odgrywa również system wierzeń (buddyzm, hinduizm), który nakazuje akceptację bólu i cierpienia. Dodatkowym argumentem są, przytaczane przez Wattersa, badania G. Fernando, urodzonego na Sri Lance psychologa, pracującego na uniwersytecie kalifornijskim. Według Fernando, reakcje mieszkańców Sri Lanki różnią się od reakcji, jakie opisuje definicja PTSD na dwóch poziomach. Po pierwsze, mają ona charakter bardziej somatyczny niż psychologiczny. Cierpiącym bardziej doskwierają dolegliwości cielesne, np. bóle w piersi. Po drugie, strata jest rozumiana bardziej w kategoriach relacji społecznych niż na poziomie indywidualnym. Trauma jest związana nie tyle z osobistym cierpieniem, a z faktem utraty określonych relacji rodzinnych czy z niemożliwością wykonywania swoich dotychczasowych ról społecznych.

## Przemysł farmaceutyczny: depresja w Japonii

Koncerny farmaceutyczne są jednym z kluczowych aktorów medykalizacji, ponieważ rozszerzanie dyskursu medycznego leży w ich interesie ekonomicznym (Conrad 2005). W literaturze socjologicznej znaleźć można szereg opisów strategii marketingowych, jakie stosuje sektor prywatny do promowania swoich produktów. Są to: sponsorowanie organizacji pacjenckich (Philips 2006), pośrednie finansowanie lekarzy (Elliott 2012), *ghostwriting* (Healy 2004), a nawet działania o charakterze korupcyjnym (Polak 2011; Ozieranski, McKee, King 2012). W kontekście problemu globalizacji działania koncernów napotykają bariery administracyjne. W USA rynek farmaceutyczny uległ pod koniec lat 90 daleko idącej deregulacji, czego efektem jest możliwość bezpośredniego reklamowania leków na receptę. W przeważającej większości krajów jest to zabronione, w związku z czym przemysł farmaceutyczny musi uciekać się do bardziej wyrafinowanych metod. Jedną z nich jest promowanie chorób, w literaturze nazwane *disease mongering* (Payer 1992; Moynihan, Cassels 2005; Goldacre 2013: 259–294;). Zjawisko to polega na „rozszerzaniu granic tego, co uważa się za chorobę oraz na powiększaniu rynku tym, którzy sprzedają i dostarczają leków” (Moynihan, Henry 2006: 1). *Disease mongering* objawia się we wszelkiego rodzaju kampaniach społecznych, które mają na celu uwrażliwić opinie publiczną na zagrożenie występowania jakiejś choroby. Swoista medyczna panika moralna skutkuje często stawianiem większej ilości diagnoz, a przez to pozytywnie wpływa na popularność terapii farmakologicznej (Woloshin, Schwartz 2006).

Zjawisko globalizacji zaburzeń psychicznych oraz *disease mongering* związane są oczywiście ściśle ze sobą, co pokazuje przykład wypromowania depresji w Japonii (Watters 2010: 187–248). Depresja jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych. Ilość cierpiących jest współcześnie tak duża, że mówi się o tym problemie jako o epidemii (Horwitz, Wakefield 2007). Wzrost liczby zachorowań nieprzypadkowo wiąże się z wynalezieniem i wprowadzeniem na rynek nowej generacji leków antydepresyjnych, tzw. selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI). Działające wprost na ośrodkowy układ nerwowy, są obecnie najsuku-

teczniejszą metodą leczenia depresji. Produkowane przez różne koncerny, owe leki stały się w latach 90. przebojami amerykańskiego rynku farmaceutycznego, dostarczając miliardy dolarów zysku. Do tych, jak je później nazwano, *blockbuster drugs* należą tak znane marki jak Prozac czy Zoloft.

Nie powinien dziwić fakt, że koncerny po tak spektakularnym sukcesie zaczęły podejmować działania zmierzające do znaczącego poszerzenia rynku, skupiając się na różnych zakątkach globu. W 2000 roku na celowniku znalazła się Japonia, kraj który dotąd opornie przyjmował farmakologiczne nowinki. Wiele firm obawiało się inwestowania w ten kraj z powodu zupełnie innej percepcji zaburzeń psychicznych przez społeczeństwo. W języku japońskim istnieje termin, który odnosi się do zachowań i emocji powiązanych ze stanami depresyjnymi – *utsubyō*. Oznacza on stan podobny do schizofrenii i uważany jest za ciężką, aczkolwiek rzadko występującą chorobę. Zupełnie inaczej jest oczywiście z depresją, która związana jest z emocjami często towarzyszącymi codziennemu życiu. Psychiatria japońska uprawiana była wówczas w sposób, który nie sprzyjał dużemu występowaniu depresji. Kładziono nacisk na leczenie hospitalizacyjne, skupiano się tylko na najcięższych przypadkach, psychiatry praktycznie nie stosowali modelu *talk therapy*, tak popularnego w Stanach Zjednoczonych.

Sytuacja zaczęła się zmieniać, kiedy nowe pokolenie japońskich psychiatrów zaczęło stosować w swojej praktyce DSM oraz po trzęsieniu ziemi w 1995 roku. To ostatnie wydarzenie było szczególnie ważne, ponieważ pojawiły się wówczas głosy, że psychiatria japońska jest zapóźniona w stosunku do psychiatrii amerykańskiej. Podobnie jak w przykładzie dotyczącym Sri Lanki, również tutaj możemy zaobserwować zbliżone procesy, tzn. globalizowanie się PTSD (Breslau 2000). Dla przemysłu farmaceutycznego było to jednak za mało. Aby sprowadzić depresję do Japonii należało bowiem zmienić w pierwszej kolejności społeczną percepcję choroby. Watters w swojej książce o globalizacji amerykańskiej psychiatrii przytacza historię psychiatry transkulturowego Laurence'a Kirmayera, który w 2000 i 2001 roku został zaproszony na specjalne sympozjum naukowe organizowane w Kyoto i na Bali przez GlaxoSmithKline, producenta antydepresantu Paxil. Jego zadaniem było dostarczenie wiedzy na temat kulturowych uwarunkowań postrzegania zdrowia i choroby

przez Japończyków. Z wystąpień Kirmayera płynął jeden ważny dla GSK komunikat – wyobrażenia na temat chorób są kształtowane w określonym miejscu i czasie, przez co mogą zostać odpowiednio przemodelowane:

[...] kulturowe przekonania na temat depresji i jaźni są plastyczne oraz są wrażliwe na komunikaty, którą mogą być przenoszone z jednej kultury do drugiej. Jedna kultura może przekształcić to, w jaki sposób populacja uczestnicząca w innej kulturze klasyfikuje określony zbiór symptomów, zastąpić ich model wyjaśniania oraz na nowo wyznaczyć linię oddzielającą zachowania normalne [...] od patologicznych (Watters 2010: 197).

Właśnie to stało się głównym celem koncertu, kiedy rozpoczęto zakrojoną na szeroką skalę kampanię marketingową. Jedno wydalenie, niezależne wobec działań GSK, stworzyło do tego podatny grunt. Pod koniec lat 90. Japonia przechodziła duże zmiany gospodarcze, stając się jedną z najbardziej rozwiniętych i wydajnych gospodarek świata. Nieplanowanym efektem tej gwałtownej modernizacji była fala samobójstw spowodowanych stresem i przepracowaniem. Medialnie głośniejszym zdarzeniem tego typu była sprawa Oshimy Ichiro, pracownika jednej z japońskich korporacji, który odebrał sobie życie z powodu przemęczenia. Japońska opinia publiczna otrzymała wówczas komunikat, że złe samopoczucie prowadzić może do tragicznych skutków. Stąd już był tylko krok do powiązania samobójstwa z depresją i wypromowania tej ostatniej jako zaburzenia zagrażającego życiu.

GSK rozpoczął swoje działania od poszukiwania wolontariuszy do testów klinicznych, które należało przeprowadzić w Japonii pomimo dopuszczenia Paxilu do obrotu w USA. Ogłoszenia informujące o testach były tak naprawdę pierwszymi w japońskiej prasie reklamami nowego leku i nieznanego jeszcze zagrożenia. Drugim etapem było zaplanowanie strategii marketingowej, która zmieniałaby wyobrażenia Japończyków o depresji. Wspominałem, że posługiwali się oni terminem *utsubyō*. GSK w swoim przekazie reklamowym zaproponował nazwę *kokoro no kaze*, co można przetłumaczyć jako „przeziębienie duszy”. Koncern chciał osiągnąć w ten sposób dwie rzeczy. Po pierwsze, chodziło o to, żeby pozbawić problemów



z nastrojem niepotrzebnej stygmatyzacji, którą konotowało *utsubyô*. Po drugie, jeżeli depresja miałaby być jak przeziębienie, to z jednej strony powinna być leczona w podobny sposób – za pomocą środków farmakologicznych – a z drugiej jest czymś powszechnie występującym. Fala samobójstw i głośna sprawa Ichiro sprawiły, że depresja zaczęła być postrzegana jako zjawisko powszechnie występujące, a jednocześnie szalenie niebezpieczne. Taka narracja zaczęła pojawiać się w kampaniach informacyjnych, programach telewizyjnych, artykułach prasowych. Zaczęły powstawać specjalne serwisy internetowe, powołano do życia stowarzyszenia pacjentów, przetłumaczono na język japoński wiele amerykańskich publikacji popularnych dotyczących depresji.

Efektom tych wszystkich zabiegów było upowszechnienie w społecznej świadomości Japończyków zupełnie innego obrazu depresji. Był to obraz oparty na wyobrażeniach ukształtowanych w kulturze zachodniej. Zostały one przeniesione do kontekstu japońskiego za pomocą agresywnego i oddziałującego na wielu polach marketingu farmaceutycznego. Jego bezpośrednim efektem były oszałamiające wyniki sprzedaży Paxilu w Japonii. Do 2008 roku GSK zarabiał na tym leku miliard dolarów rocznie (Watters 2010: 245). Do psychiatrów zgłaszało się coraz więcej pacjentów, którzy po przeczytaniu artykułu w gazecie bądź obejrzeniu programu w telewizji zaobserwowali u siebie symptomy depresji. Przed nastaniem „przeziębienia duszy” zgłaszane przez Japończyków dolegliwości w ogóle nie były brane pod uwagę jako indykatory zaburzenia. Marketing GSK okazał się sukcesem. Zmianom tym towarzyszyła również transformacja samej psychiatrii japońskiej:

[...] globalny wpływ amerykańskiej psychiatrii – czy to w formie DSM-IV, czy poprzez oddziaływanie psychofarmaceutyczne – zachęcił japońskich psychiatrów do poszerzenia definicji depresji [...]. To w tym kontekście psychiatrzy zaczynają włączać do swojej praktyki nie tylko depresję psychotyczną (która w przeszłości była głównym przedmiotem zainteresowania), ale również szeroko rozumiane zaburzenia zachowania. Innymi słowy, japońscy psychiatrzy, nie ograniczani już tradycyjną nozologią, wyznaczają na nowo granice tego, co może być uznane za problem psychiatryczny [...] (Kitanaka 2011: 8–9).

## Dyskurs naukowy: ADHD w Polsce

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest zarazem najczęściej diagnozowanym zaburzeniem wśród dzieci i młodzieży oraz jednym z najlepiej opisanych w literaturze socjologicznej przykładem medykalizacji (Conrad 1975; 1976; 2007: 46–69; Conrad, Potter 2000). Choć nazwa zaburzenia powstała w Stanach Zjednoczonych, to jest ona rozpoznawalna również poza granicami USA, w tym w Europie. O globalizacji ADHD pisali Peter Conrad i Meredith Bergey (2014). Autorzy analizując przykłady konkretnych państw wskazują, jak definicja zaburzenia „zakorzenia się” w różnych kontekstach. W Wielkiej Brytanii w latach 1990–2014 wzrósł odsetek diagnoz z <1% do 2–5%, konsumpcja leków w latach 1991–1995 wzrosła z 183 tysięcy do 1,58 miliona. W Niemczech w latach 1999–2008 nastąpił skok w konsumpcji dziennych dawek leków na ADHD z 10 milionów do 53 milionów, a w latach 2000–2007 nastąpił 45% wzrost stawianych diagnoz. Pewien opór globalizacji ADHD stawiają Francja i Włochy. Ta pierwsza z powodu dominacji paradygmatu psychodynamicznego i psychoanalitycznego, w których nie naturalizuje się zaburzeń psychicznych, ale postrzega się je przez relacje ze środowiskiem społecznym, a model interwencji lekarskiej opiera się głównie na psychoterapii. W tym drugim przypadku natomiast mamy do czynienia z krajem, w którym wiedza o ADHD przez długi okres pozostawała nikła. Dopiero w ostatnich latach zaczęło się to zmieniać. Również we Włoszech problemem dla „zagnieżdżenia się” naturalistycznej definicji ADHD była popularność psychoanalizy. Jednakże w przypadku Włoch pewne symptomy zdradzają zmianę w kierunku opisanym przez Conrada i Bergey. Dobrym tego przykładem jest przywrócenie do sprzedaży Ritalinu. Od 1998 roku był to bowiem zakazany specyfik, głównie z powodu faktu, że młodzież wykorzystywała go jako narkotyk poprawiający zdolność szybkiego uczenia się. Wskutek działań organizacji pacjentów w 2002 roku metylofenidat został wpisany na listę substancji, które można dopuścić do użytku medycznego, tym samym liberalizując do niego dostęp.

W przypadku Polski o globalizacji ADHD świadczyć może już sam fakt, że zarówno w dyskursie profesjonalnym, jak i potocznym stosuje się częściej nazwę amerykańską, a nie termin wywodzący się

z *International Classification of Diseases* (ICD). Jest to publikacja zawierająca opisy wszystkich znanych chorób, w tym zaburzeń psychicznych. Każdej chorobie przypisany jest specjalny kod. ICD wydawana jest przez Światową Organizację Zdrowia i służy przede wszystkim do celów biurokratyczno-administracyjnych (Bowker, Star 1999). Polscy psychiatrzy zobligowani są przy wypisywaniu recept do stosowania kodów zgodnych z nomenklaturą ICD. W klasyfikacji wydawanej przez WHO nie znajdziemy jednakże nazwy ADHD, ale zespół hiperkinetyczny. ADHD pochodzi oczywiście z podręcznika DSM.

W tym miejscu chciałbym się skupić na transferze wiedzy profesjonalnej na temat ADHD. Wspominałem wcześniej, że badania empiryczne odgrywają we współczesnej psychiatrii ogromną rolę. Z uwagi na ich charakter, wiążą się one z kosztami, na które pozwolić sobie mogą jedynie bogate kraje z dużym nakładem środków na naukę. O ile więc w dwóch poprzednich przykładach zajmowałem się problemem narzucania jednego kulturowo zdeterminowanego wizerunku zdrowia i choroby na kultury lokalne, o tyle tutaj chciałbym powiązać problem globalizacji zaburzeń psychicznych z peryferyjnym reżimem wytwarzania wiedzy<sup>4</sup>.

Swoje wnioski opieram na analizie treści przeprowadzonej na artykułach dotyczących ADHD, który zostały opublikowane w polskich czasopismach profesjonalnych. W mojej próbie znalazło się

---

<sup>4</sup> Należy tutaj podkreślić, że status peryferyjności takiego kraju, jak Polska jest problematyczny. Sam Wallerstein pomiędzy centrum a peryferiami umieścił jeszcze obszar przejściowy, który nazwał półperyferiami. Półperyferia z jednej strony aspirują do bycia w centrum, z drugiej natomiast boją się marginalizacji i znalezienia się na peryferiach. Półperyferia są pierwszym odbiorcą innowacji, które zużyją się w krajach centrum. O ile wiele wskazuje na to, że przez wieki byliśmy peryferiami zachodniego systemu-świata (Nowak 2011: 127), o tyle współczesna Polska bardziej przypomina opisane przez amerykańskiego socjologa półperyferia: konkuruje niskimi kosztami pracy, ma mało innowacyjną gospodarkę, dostarcza Europie Zachodniej usług outsourcingowych, słynie z dużej liczby montowni czy fabryk dostarczających półproduktów. Jednocześnie aspirujemy do znalezienia się na poziomie życia starej „piętnastki”, chociaż nie potrafimy jak w razie dogonić reszty Europy w kluczowych dla jej rozwoju aspektach.

141 artykułów, opublikowanych w latach 1995–2014. Artykuły wybrałem na podstawie bazy Polskiej Bibliografii Lekarskiej (słowo kluczowe: „zespół nadpobudliwości psychoruchowej”). Skupiłem się wyłącznie na artykułach z czasopism oraz wykluczyłem artykuły napisane przez autorów nie pochodzących z Polski.

W pierwszej kolejności interesowało mnie w ilu tekstach znajdę informacje o biologicznej etiologii ADHD, to znaczy takiej, która jako źródło choroby podaje czynniki genetyczne, neurofizjologiczne bądź neuroanatomiczne. Z kolei przez etiologię skupiającą się na czynnikach społecznych rozumiem takie kwestie jak relacje rodzinne, wpływ szkoły i grup rówieśniczych czy wreszcie szeroko rozumiany wpływ kwestii kulturowych, takich jak przyspieszenie informacyjne czy zwiększone oczekiwania dorosłych wobec dzieci. W swojej próbie (141) znalazłem 80 artykułów, w których autorzy powołują się na biologiczną etiologię zaburzenia. Spośród z nich z kolei, można wyróżnić 19 artykułów, w których autorzy przyjmują etiologię mieszaną. W tego typu studiach znajdziemy wzmiankę o czynnikach genetycznych i neurofizjologicznych, ale podkreśla się w nich również rolę środowiska. Czynniki społeczne traktuje się tutaj jako czynniki ryzyka, które mogą wpłynąć na rozwinięcie się zaburzenia. W swojej analizie nie znalazłem żadnego artykułu, który skupiłby się tylko i wyłącznie na czynnikach psychospołecznych w wyjaśnianiu przyczyn ADHD. Gdy dodatkowo spojrzymy na występowanie tych 80 przykładów wykorzystywania etiologii biologicznej w czasie, to dostrzeżemy tendencję zwykłą. Pomiędzy latami 1995 a 2002 znajdziemy zaledwie 5 artykułów posługujących się wyjaśnieniem naturalistycznym, a już w okresie 2008–2014 46.

Spójrzmy teraz na te 80 artykułów dotyczących etiologii. Spośród nich 50 to artykuły nie bazujące na oryginalnych badaniach, a jedynie będące sprawozdaniem już istniejącej wiedzy. Ta ostatnia to wiedza pochodząca głównie z artykułów anglojęzycznych. W całej próbie (141) znalazłem 86 takich tekstów. Z kolei większość tekstów z oryginalnymi studiami opartych zostało na badaniach wykorzystujących mało kosztowne techniki, głównie kwestionariusze. Badań empirycznych z użyciem testów genetycznych czy rezonansu magnetycznego było bardzo mało. O czym to świadczy? W polskim dyskursie naukowym skupionym wokół ADHD wiedza na temat tego zaburzenia jest transferowana z obszarów centrum, gdzie moż-

liwe jest wytwarzanie tego typu wiedzy. Wraz z reprodukcją wiedzy w dyskursie profesjonalnym sprowadza się określony – w tym przypadku zbiologizowany – obraz zdrowia i choroby. W ten właśnie sposób czasopisma czytane przez fachowców zajmujących się ADHD stają się mechanizmem globalizacyjnym, ponieważ przyczyniają się do ugruntowania wizji zaburzenia jako choroby wrodzonej i przekazywanej dziedzicznie.

W polskiej psychiatrii problem nadpobudliwości zawsze mniej lub bardziej związany był z czynnikami organicznymi. Niemniej jednak w badanej próbie obraz ADHD jest innym obrazem niż znajdziemy w publikacjach wydawanych przez 1989 rokiem. Jako przykład podam tutaj fragment książki Hanny Nartowskiej, jednej z najbardziej znanych polskich psycholożek dziecięcych. W publikacji z 1986 roku pt. *Wychowanie dziecka nadpobudliwego* czytamy:

„[...] zarówno silne nasilenie nadpobudliwości, jak i nieprawidłowe przystosowanie dziecka stwarzającego trudności wychowawcze uzależnione jest w znacznym stopniu od wpływów środowiska i od rodzaju procesu wychowawczego. Analizując zjawisko nadpobudliwości musimy brać pod uwagę zarówno indywidualne cechy dziecka, które możemy uważać za wrodzone, jak i cały układ warunków środowiskowo-wychowawczych działających od najwcześniejszego dzieciństwa. Te dwie grupy wzajemnie się przeplatają i warunkują, powodując bądź poważne zaburzenia zachowania, bądź wyrównanie lub złagodzenie objawów nadpobudliwości” (Nartowska 1986: 11).

Widać tutaj dwie różnice w stosunku do analizowanych przeze mnie artykułów. Po pierwsze, autorka posługuje się terminem nadpobudliwość. Obecnie jest to tylko jeden z trzech grup symptomów związanych z ADHD. Do powiązania nadpobudliwości z deficytem uwagi oraz impulsywnością doszło oczywiście w USA. Po drugie, czynniki środowiskowe, z wychowaniem na czele, są tutaj uważane za czynniki równie ważne co czynniki biologiczne. Środowisko nie jest u Nartowskiej tożsame z czynnikami ryzyka (sam ten termin związany jest ze słownikiem genetyki), nie jest ono również, jak w analizowanych przeze mnie tekstach, marginalizowane.

Reprodukcji wiedzy na temat ADHD towarzyszy ponadto reprodukcja autorytetu kolektywu badawczego, którego członkowie

uchodzą w Stanach Zjednoczonych za czołowych ekspertów w dziedzinie zaburzenia. Najbardziej znanym jest Russell Barkley, autor wielu badań etiologicznych oraz bardzo wpływowego i wielokrotnie wznawianego kompendium wiedzy o ADHD (Barkley 2006), a także wielu popularnych publikacji skierowanych głównie do rodziców. Z wykształcenia jest psychologiem i specjalizuje się w psychologii klinicznej, psychologii dzieci i młodzieży oraz neuropsychologii. W środowisku znany jest jako propagator naturalistycznej definicji ADHD. W swoich publikacjach powołuje się na badania genetyczne i neurofizjologiczne. Był również bezpośrednio zaangażowany w kontrowersję wokół ADHD polemizując z krytykami biologicznej etiologii i zwolennikami tezy, że leki na nadpobudliwość są szkodliwe (Barkley 2004). W latach 2009–2012 otrzymywał pieniądze od jednego z koncernów farmaceutycznych za konsultacje naukowe (Schwartz 2014). W języku polskim dostępne są trzy jego książki (wydane w 2009, 2012 i 2015 roku). W analizowanych przeze mnie artykułach odwołania bibliograficzne do jego prac pojawiają się aż w 60 przypadkach.

Barkley to nie jedyna znana osoba, która jest często cytowana w artykułach na temat ADHD. Do kolektywu badawczego, skłaniającego się ku naturalistycznej definicji należą m.in.: Alan Zametkin (autor jednych z pierwszych badań nad etiologią ADHD z wykorzystaniem neuroobrazowania), Joseph Biederman (psychiatra amerykański wykładający na Harvardzie, najczęściej cytowany autor z zakresu wiedzy o ADHD, a także współpracujący z koncernami farmaceutycznymi (Wilson 2010), Stephen V. Faraone (psycholog, drugi najczęściej cytowany autor zajmujący się ADHD) i Francisco Xavier Castellanos (badacz zajmujący się neurobiologicznymi aspektami ADHD). Spośród tych osób najczęściej występujący w bibliografiach polskich artykułów są Biederman i Faraone (73 i 51 razy). Dalej uplasowali się Castellanos i Zametkin (18 i 15 razy). Warto tu jeszcze zauważyć, że nazwisko Samiego Timimi, psychiatry który proponuje społeczno-kulturowe wyjaśnienie przyczyn ADHD, pojawiło się jedynie w dwóch artykułach.

Podsumowując, wiedza konstruowana wokół ADHD w Polsce charakteryzuje się dwoma cechami. Po pierwsze, jest to wiedza zapośredniczona, bazująca na badaniach zagranicznych, a nie wytwarzana w ramach lokalnych struktur. Wiąże się to ze wskaza-

nym wyżej problemem kosztowności prowadzenia tego typu badań oraz faktem, że innowacje powstają w centrum. Po drugie, wraz z transferem wiedzy z centrum do peryferii tworzy się autorytet wokół naukowców pochodzących z centrum, a dopiero na tym autorytecie buduje się wiarygodność naukowców peryferyjnych. Globalizacji ADHD towarzyszy zatem nie tylko promowanie określonej wiedzy na temat zaburzenia, ale również promowanie określonego kolektywu badawczego, którego autorytet został już ukształtowany w krajach centrum.

## Podsumowanie

Zjawisko występowania zaburzeń psychicznych w skali globalnej można wyjaśnić, jak sądzę, na kilka sposobów. Po pierwsze, można argumentować, że wzrastająca liczba cierpiących na zaburzenia psychiczne na świecie łączy się z faktem, że w różnych zakątkach globu pojawiają się nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego, a ich skala znacząco się w ostatnich latach nasiliła. Mielibyśmy zatem do czynienia z realnie narastającym problemem. Po drugie, możliwe jest, że nie tyle problem narasta, co zwiększyły się możliwości jego identyfikacji. Zainteresowanie zdrowiem psychicznym w skali globalnej ujawniłoby niewidoczne wcześniej problemy, które już jednakże istniały. Po trzecie wreszcie – i jest to wyjaśnienie, które pragnąłem poddać namysłowi w tym artykule – pojawienie się problemów psychicznych w miejscach, które ich wcześniej nie znały związane jest z globalizowaniem się narzędzi, racjonalności, metod czy idei związanych z biomedycznym modelem zdrowia psychicznego, który powstał w określonym miejscu i czasie. Nie negując prawdziwości dwóch pierwszych hipotez, z socjologicznego punktu widzenia to wyjaśnienie trzecie jest najciekawsze. Wskazuje ono, że zaburzenia psychiczne muszą ulec daleko idącym praktykom stabilizującym, aby mogły zaistnieć poza kontekstem swojego wytworzenia. W artykule opisałem trzy takie praktyki. Pierwsza z nich, diagnostyczna, oparta jest na podręczniku DSM. W tym przykładzie zaburzenia psychiczne mogą się globalizować między innymi dzięki temu, że globalizuje się ich definicja diagnostyczna. To z kolei ułatwia sama konstrukcja podręcznika – jego prostota sprawia, że

zwiększa się personel zarządzający zdrowiem psychicznym oraz ułatwia dokonywanie interwencji terapeutycznej, nawet w miejscach, które nie posiadają do tego odpowiedniej infrastruktury. Druga praktyka odnosi się do terapii i zasadza się na marketingu koncernów farmaceutycznych. Tutaj o globalizacji zaburzeń psychicznym możemy mówić dlatego, że zainteresowany jest tym procesem bardzo potężny aktor – sektor prywatny. Widzieliśmy, jak dzięki wielu zabiegom zdołano zmienić dominujący w kulturze Japonii obraz depresji. Globalizacja zaburzeń psychicznych jest tutaj zatem związana z poszerzaniem rynków zbytu i promowaniem chorób. Trzecia praktyka dotyczy transferu wiedzy. W tym przykładzie zaburzenia psychiczne globalizują się ponieważ z uwagi na asymetrię pomiędzy centrum a peryferiami, te ostatnie reprodukują określoną wizję zaburzenia. Upowszechnianie się modelu biomedycznego jest tutaj możliwe z powodu dominacji w polu naukowym określonego paradygmatu oraz określonego kolektywu naukowego, który dzierży kapitał symboliczny.

## Literatura

- Abriszewski K.,  
 2016 *Nauka w walizce*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, nr 1(207), s. 87–111.
- Barkley R.,  
 2004 *Critique or Misrepresentation? A Reply to et al*, „Clinical Child and Family Psychology Review”, nr 7, s. 65–69.  
 2006 *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, The Guilford Press, New York–London.
- Bowker G., Star S.L.,  
 1999 *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge.
- Breslau J.,  
 2000 *Globalizing Disaster Trauma: Psychiatry, Science, and Culture after Kobe Earthquake*, „Ethos”, nr 28, s. 174–197.



- Clark J.,  
2014 *Medicalization of Global Health 2: the Medicalization of Global Mental Health*. „Global Health Action”, nr 7, <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/24000>, data dostępu 17.12.2016.
- Conrad P.,  
1975 *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior*, „Social Problems”, nr 23, s. 12–21.  
1976 *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*, Lexington.  
2005 *The Shifting Engines of Medicalization*, „Journal of Health and Social Behaviour”, nr 46, s. 3–14.  
2007 *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*, Baltimore.
- Conrad P., Bergey M.,  
2014 *The Impending Globalization of ADHD: Notes on the Expansion and Growth of a Medicalized Disorder*, „Social Science & Medicine”, nr 122, s. 31–43.
- Conrad P., Potter D.,  
2000 *From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations and Expansion of Medical Categories*, „Social Problems”, nr 47, s. 59–82.
- de Glind G. et al.,  
2014 *Variability in the Prevalence of Adult ADHD in Treatment Seeking Substance Use Disorder Patients: Results from an International Multi-center Study Exploring DSM-IV and DSM-5 Criteria*, „Drug and Alcohol Dependence” nr 134, s. 158–166.
- Elliott C.,  
2012 *Dlaczego mają nie być bogaci?*, przeł. J. Bożek, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*. Warszawa, s. 251–277.
- Goldacre B.,  
2013 *Złe leki. Jak firmy farmaceutyczne wprowadzają w błąd lekarzy i krzywdzą pacjentów*, przeł. A. Sznajder, Katowice.
- Harvey D.,  
2008 *Neoliberalizm: historia katastrofy*, przeł. J.P. Listwan, Warszawa.

- Healy D.,  
2004 *Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves*, „Social Studies of Science”, nr 34/2, s. 219–245.
- Horwitz A.V.,  
2002 *Creating Mental Illness*, Chicago.
- Horwitz A.V., Mayes R.,  
2005 *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*, „Journal of the History of Behavioral Sciences”, nr 41, s. 249–267.
- Horwitz A.V., Wakefield J.C.,  
2007 *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York.
- Kitanaka J.,  
2011 *Depression in Japan. Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton.
- Latour B.,  
2013 *Nadzieja Pandory*, przeł. K. Abriszewski et al., Toruń.
- Moynihan R., Cassels A.,  
2005 *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All into Patients*, Crow Nest.
- Moynihan R., Henry D.,  
2006 *The Fight Against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*, „PLoS Medicine”, nr 3, s. 1–4.
- Nartowska Z.,  
1986 *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*, Warszawa.
- Nowak A.W.,  
2011 *Podmiot, system, nowoczesność*, Poznań.
- Orr J.,  
2010 *Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis*, [w:] *Biomedicalization. Technoscientific, Health, and Illness in the U.S.*, red. A. Clarke et al., London, s. 353–379.
- Ozierański P., McKee M., King L.,  
2012 *Pharmaceutical Lobbying Under Postcommunism: Universal or Country-specific Methods of Securing State Drug Reimbursement in Poland*, „Health, Economics, Policy and Law”, nr 7, s. 175–195.

- Payer L.,  
1992 *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick*, New York.
- Philips C.B.,  
2006 *Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD*, „PLoS Medicine”, nr 3, s. 1–3.
- Polak P.,  
2011 *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*, Kraków.
- Rafalovich A.,  
2005 *Exploring Clinician Uncertainty in the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactive Disorder*, „Sociology of Health & Illness”, nr 27, s. 305–323.
- Schwartz A.,  
2014 *Idea of New Attention Disorder Spurs Research, and Debate*, „The New York Times”, 11.04.2014: [http://www.nytimes.com/2014/04/12/health/idea-of-new-attention-disorder-spurs-research-and-debate.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2014/04/12/health/idea-of-new-attention-disorder-spurs-research-and-debate.html?_r=0), data dostępu 17.12.2016.
- Sowa J.,  
2008 *Ciesz się, późny wnuku! kolonializm, globalizacja i demokracja radykalna*, Kraków.
- Stiglitz J.,  
2004 *Globalizacja*, przeł. H. Malarecka-Simbierowicz, Warszawa.
- Sumathipala A., Siribaddana S.H.,  
2005 *Research and Clinical Ethics After the Tsunami: Sri Lanka*, „The Lancet”, nr 366, s. 1418–1420.
- Sunder R.K.,  
2006 *Biocapitalism: the Constitution of Postgenomic Life*, London.
- von Peter S.,  
2008 *The Experience of ‘Mental Trauma’ and Its Transcultural Application*, „Transcultural Psychiatry”, nr 45/4, s. 639–651.
- Wallerstein I.,  
2007 *Analiza systemów-światów: wprowadzenie*, przeł. K. Gawlicz, M. Starnawski, Warszawa.

- Watters E.,  
2010 *Craze Like US: The Globalization of the American Psyche*, New York.
- Wilson D.,  
2010 *Side Effects May Include Law Suits*, „The New York Times”, 02.10.2010, [http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?\\_r=4&hp=&pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?_r=4&hp=&pagewanted=all), data dostępu 17.12.2016.
- Woloshin L., Schwartz S.,  
2006 *Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick*. „PLoS Medicine”, nr 3, s. 1–4.
- Wooley O.,  
2010 *Diagnostic Ambivalence: Psychiatric Workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, „Sociology of Health and Illness”, nr 3, s. 452–469.
- Wróblewski M.,  
2012 *Polityka standardów. Konstruowanie pola obiektywności w diagnostyce psychiatrycznej na przykładzie DSM-III*, „Kultura i Edukacja”, nr 4, s. 67–87.  
2015 *The DSM as a Moving Laboratory: The Role of the Diagnostic Manual in the Stabilizing and Objectivization of Pharmaceutical Reason*, „Polish Sociological Review”, nr 1, s. 85–106.
- Young A.,  
1995 *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton.