

*Michał Wróblewski*

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## **POLITYKA STANDARDÓW. KONSTRUOWANIE POLA OBIEKTYWNOŚCI W DIAGNOSTYCE PSYCHIATRYCZNEJ NA PRZYKŁADZIE DSM-III**

---

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie paradygmatycznej zmiany, jaka zaszła w amerykańskiej psychiatrii w latach 80. Chodzi o moment wydania trzeciej edycji podręcznika diagnostycznego *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, który zrewolucjonizował sposób myślenia o chorobach psychicznych. Przestały być one bowiem postrzegane przez pryzmat neurotycznych stanów, ukrytych w głębiach ludzkiej psychiki, mających swoje źródło w traumatycznych przejściach, a stały się przedmiotem empirycznych badań eksperymentalnych. Chociaż moja analiza dotyczy głównie kontekstu amerykańskiego, to postaram się na koniec wskazać kilka wątków ważnych dla sytuacji w Polsce.

Z uwagi na fakt, że przyjmuję tutaj perspektywę konstruktywistyczną, to głównym przedmiotem mojego zainteresowania będzie sposób, w jaki choroby psychiczne uzyskały swoje obiektywne oblicze<sup>1</sup>. Interesuje mnie zatem społeczny proces konstruowania pola obiektywności w postaci nozologii psychiatrycznej, która określa, jak definiowana jest choroba oraz wpływa znacząco na proces jej

---

<sup>1</sup> Perspektywa konstruktywistyczna pozwala na spojrzenie na usytuowany charakter tego, co uznaje się za prawdziwe i powszechnie obowiązujące: „Konstruktywizm stara się pokazać, w jakich warunkach, przy realizacji jakich wartości i przy ograniczonych zasobach podmiotów, konieczne jest to, co jawi się jako konieczne. [...] Konstruktywizm nie zamyka oczu na fakty, ale stara się dostrzegać ich historyczny, przejściowy charakter. Jak najdalszy jest od ich absolutyzacji” (A. Zybortowicz, *Przemoc i poznanie*, Toruń 1995, s. 113–114).

leczenia. Będę próbował odpowiedzieć na następujące pytania: w jaki sposób doszło do zmiany paradygmatycznej? Jakie czynniki odgrywały w niej kluczową rolę? Co było potrzebne (jacy aktorzy, instytucje, zasoby), aby przeforsować i uprawomocnić nowy paradygmat? W jakie kontrowersje był uwikłany? Co praktycznego przyniósł nowy sposób konceptualizowania chorób?

W toku swojej analizy przyjmuje jedno kluczowe założenie konstruktywistyczne, które brzmi, że to określone standardy i klasyfikacje decydują w pierwszej kolejności o statusie obiektywności danego fenomenu społecznego. To one utrwalają określoną wiedzę i sposoby działania, uprawomocniają wzory zachowania i myślenia o poszczególnych zjawiskach społecznych. W niniejszym artykule interesować mnie będzie głównie tzw. praktyczna polityka standardów i klasyfikacji<sup>2</sup>, czyli zespół usytuowanych praktyk wyznaczających definicje, miary i skale orzekające o statusie obiektywności. Przyjęcie takiej perspektywy oznacza, że w przypadku badania nowego sposobu konceptualizowania chorób należy przyrzeć się, w jaki sposób kształtowane były standardy orzekające o tym, co jest chorobą oraz w jaki sposób jest ona diagnozowana. Czymś takim jest podręcznik diagnostyczny DSM, któremu pragnę się przyrzeć.

## 1. Powstanie DSM – źródła i konteksty

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* powstał w Stanach Zjednoczonych. Wydanie jego pierwszej edycji miało miejsce w 1952 roku. Zwany potocznie podręcznikiem diagnostycznym, zaprojektowany został głównie z myślą o lekarzach. DSM miał być bowiem praktycznym narzędziem pozwalającym na wiarygodne i skuteczne postawienie diagnozy lekarskiej. Wydawcą podręcznika jest wpływowa w USA organizacja zrzeszająca psychiatrów – American Psychiatric Association (APA). Jednostki diagnostyczne ujęte w DSM-ach stają się uznanymi i obiektywnymi jednostkami chorobowymi, dzięki czemu posiadają swoje miejsce w dyskursie medycznym<sup>3</sup>.

Historia tworzenia systemów klasyfikacyjnych jednostek chorobowych sięga w przypadku Stanów Zjednoczonych do lat 40. XIX wieku<sup>4</sup>. W wyniku przeprowadzonego wówczas spisu ludności powstała klasyfikacja zawierająca tylko jedną

<sup>2</sup> Por. G.C. Bowker, S.L. Star, *How Things (Actor-Net)work: Classification, Magic and the Ubiquity of Standards*, <http://www.sis.pitt.edu/~gbowker/actnet.html> [dostęp: 14.05.2012].

<sup>3</sup> Por. P. Conrad, *The Medicalization of Society*, Baltimore 2007, s. 48.

<sup>4</sup> Por. G.N. Grob, *Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality*, „American Journal of Psychiatry” 1991, No. 148, s. 421–431.

kategorię – idiotyzm. Do 1880 roku dodano już siedem kolejnych: manię, melancholię, monomanię, niedowład, demencję, alkoholizm i epilepsję. Do przełomowego w nozologii kroku doszło jednakże dopiero przed I wojną światową, gdy w USA powstał American Medico-Psychological Association, które z czasem przekształcił się w APA. W 1918 roku opublikowano pierwszy na terenie USA podręcznik diagnostyczny *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* z 22 kategoriami. Użycie słowa statystyczny w tytule jest kluczowe. Klasyfikacja miała bowiem oparcie w statystyce, gdyż tylko najczęściej występujące choroby mogły znaleźć się w podręczniku. Podręcznik doczekał się aż dziesięciu wydań.

Powstanie pierwszego DSM w 1952 roku wynika w dużej mierze z przedstawionych wyżej procesów kształtujących nozologię w USA. Kontekst powstania tego podręcznika jest jednakże interesujący również z innego powodu, gdyż to II wojna światowa była głównym impulsem do napisania nowej klasyfikacji<sup>5</sup>. Postępujące działania wojenne odbijały się bowiem na psychice żołnierzy, psychiatrzy zaś po raz pierwszy na taką skalę stykali się w dolegliwościami, których natury nie przewidziały dotychczasowe klasyfikacje chorób psychicznych. Instytucja Army and Veterans Administrations w 1948 roku stworzyła z tego powodu nowy system klasyfikacyjny odpowiadający potrzebom poszkodowanych żołnierzy. Pojawienie się *International Statistical Classification* i jego popularność w świecie psychiatrycznym skłoniły APA do przygotowania nowej klasyfikacji. Tak właśnie powstała pierwsza edycja DSM, wydana w 1952 roku, która stanowi pierwszą, na tak dużą skalę, próbę zebrania w jeden system najważniejszych chorób psychicznych w historii amerykańskiej psychiatrii (DSM-I zawierał 106 jednostek diagnostycznych).

Od tamtego czasu wydane zostały cztery edycje podręcznika oraz dwie edycje poprawione. W 1968 roku ukazał się DSM-II, w 1980 DSM-III, w 1987 wersja poprawiona DSM-III-R, w 1994 DSM-IV, a w 2000 DSM-IV-TR, który jest obecnie używany przez lekarzy. W 2013 roku planowane jest wydanie piątej edycji DSM, na którym obecnie pracują naukowcy.

## 2. Powstanie DSM-III jako zmiana paradygmatyczna

Rozwój dynamiki naukowej, jaki towarzyszył kolejnym edycjom podręczników diagnostycznych, podzielić można na dwa okresy, w których dominowały przeciwstawne sobie paradygmaty. Można zaryzykować tezę, że z punktu widzenia

---

<sup>5</sup> Por. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1<sup>st</sup> edition), Washington 1952, s. V–XI.

kluczowego przejścia, jakie dokonało się wraz z pojawieniem się trzeciej edycji DSM, dostrzec można kluczowe zmiany dokonujące się nie tylko w amerykańskiej psychiatrii, ale w myśleniu o chorobach psychicznych w ogóle. Rok 1980 jest bowiem symbolicznym punktem, od którego zdrowie psychiczne zaczęto postrzegać w sposób biologiczny, klasyfikacje zaś traktować jako uprawomocnione i wiarygodne narzędzie oparte o zweryfikowane naukowe twierdzenia. DSM-III miał być bowiem obiektywnym miernikiem i skutecznym narzędziem w diagnostyce lekarskiej.

W niniejszym podrozdziale przedstawię najważniejsze cechy obydwu paradygmatów, a także prześlę proces sankcjonowania nowego sposobu myślenia o chorobach psychicznych. Ustanawianie nowego paradygmatu, jak się wkrótce okaże, opiera się głównie na umiejętnym gromadzeniu sojuszników oraz zasobów, wygaszaniu i kontrolowaniu kontrowersji oraz sile retorycznej naukowych argumentów. W przypadku powstania DSM-III zmobilizowano bowiem wiele kosztownych środków do przeforsowania rewolucyjnych z punktu widzenia psychiatrii zmian.

### Przejście od psychoanalizy do symptomatologii

Do połowy lat 70. amerykańska psychiatria uprawiana była pod silnym wpływem Freudowskiej psychoanalizy. Zgodnie z naukowymi aspiracjami autora *Wstępu do psychoanalizy* lekarze przez prawie pół wieku posiłkowali się dokonaniem Freuda oraz jego późniejszymi psychodynamicznymi interpretacjami, starając się w najskuteczniejszy możliwy sposób leczyć dolegliwości psychiczne. Paradygmat psychoanalityczny został oczywiście wyrażony w podręcznikach diagnostycznych. Pierwsza i druga edycja DSM napisane zostały z punktu widzenia psychoanalizy, jednostki diagnostyczne przedstawione zostały w krótkich opisach, sam zaś podręcznik spełniał funkcje jedynie pomocnicze. Jak zaznaczają Rick Mayes i Allan V. Horwitz, „te podręczniki postrzegały symptomy jako odbicie głęboko skrywanych stanów dynamicznych albo jako reakcje na trudne problemy życiowe”<sup>6</sup>. Symptomy rozumiane były jako symboliczne manifestacje, które można zinterpretować jedynie za pomocą odtworzenia osobistej historii pacjenta. Skupiła to wysiłki lekarzy na poznawaniu doświadczenia codziennego i środowiska społecznego.

W latach 60. psychiatria amerykańska uprawiana w paradygmacie psychoanalitycznym znalazła się w ogniu zmasowanej krytyki ze strony zarówno specjalistów,

---

<sup>6</sup> R. Mayes, A.V. Horwitz, *DSM-III and the Revolution in Classification of Mental Illness*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences” 2005, No. 3, Vol. 41, s. 249.

jak i całego społeczeństwa. Po pierwsze, krytyka dotyczyła skuteczności i zgodności stawianych diagnoz. Wskazywano, że opisy chorób, jakie znaleźć można w DSM-I oraz DSM-II, są zbyt ogólne, dzięki czemu pozostawiają zbyt duże pole dla subiektywnych przekonań lekarza. Powodowało to sytuację, w której dwóch różnych lekarzy mogło wystawić dwie różne diagnozy temu samemu pacjentowi. Jest to problem, który prześladowuje w zasadzie całą nozologię psychiatryczną. Powstanie DSM-III miało za zadanie rozwiązać w pierwszej kolejności tę trudność.

Po drugie, psychiatria w latach 60. kojarzona była przez pryzmat dominującej wówczas ideologii kontestacji. Struktury instytucjonalne opieki medycznej, zwłaszcza zajmujące się zdrowiem psychicznym, traktowano jako przedłużenie represyjnych aparatów państwa. Szpital psychiatryczny postrzegano bardziej jako więzienie niż placówkę medyczną. Popularny wyraz tego poglądu znaleźć można w głośnej książce *Lot nad kukulczym gniazdem* Kena Keseya.

Po trzecie, paradygmat psychoanalityczny krytykowany był również ze strony władz stanowych oraz firm ubezpieczeniowych. Długotrwałe terapie będące głównym narzędziem psychoanalityków były bardzo kosztowne dla opieki zdrowotnej. Z uwagi na ich niską skuteczność zarówno władze, jak i firmy ubezpieczeniowe patrzyły z podejrzeniem na kategorie psychiatryczne. Z uwagi na ich enigmatyczność oraz brak jasnych reguł odróżniania stanu chorobowego od stanu zdrowia nie wypracowano zadowalających procedur finansowania leczenia ze strony budżetu państwa. Powodowało to liczne nadużycia i w rezultacie nadwyrężenie kasy opieki zdrowotnej.

Odejście od paradygmatu psychoanalitycznego wiązało się z pojawieniem się nowego sposobu konceptualizowania chorób psychicznych, który zasadniczo różnił się od podejścia Zygmunta Freuda i jego naśladowców. Patronem nowego paradygmatu został Emil Kraepelin, niemiecki psychiatra żyjący pod koniec XIX wieku. Najważniejsze założenia teoretyczne<sup>7</sup> Kraepelina wyznaczają współcześnie dominujący sposób myślenia o psychiatrii i zdrowiu psychicznym. Należą do nich między innymi następujące twierdzenia: psychiatria jest gałęzią medycyny, istnieje wyraźna i obiektywnie stwierdzalna granica pomiędzy chorobą a zdrowiem psychicznym, psychiatria powinna skupić się na biologicznych podstawach chorób psychicznych, a także przywiązywać szczególną uwagę do diagnostyki i klasyfikacji, ta ostatnia powinna być skodyfikowana i dążyć do większego uprawomocnienia i wiarygodności poszczególnych jednostek diagnostycznych.

---

<sup>7</sup> Swoisty manifest podejścia Kraepelina znaleźć można w: G.L. Klerman, *The Evolution of a Scientific Nosology* [w:] *Schizophrenia: Science and Practice*, J.C. Shershow (red.), Cambridge 1978, s. 104.

Zawiązanie się nowego paradygmatu wiązało się z postrzeganiem chorób psychicznych przez pryzmat konkretnych symptomów. Opisy chorób, jakie znajdziemy w DSM-II oraz w DSM-III, różnią się zasadniczo właśnie pod tym kątem. W DSM-II opisy są bardzo ogólne, DSM-III wyszczególnia zaś konkretne symptomy i warunki, jakie należy spełniać, aby być zdiagnozowanym na daną chorobę. Kolejnym bardzo ważnym efektem przyjęcia stanowiska Kraepelina było połączenie psychiatrii z naukami „typowo” medycznymi, którym bliżej do nauk empirycznych. Stwierdzenie, że psychiatria jest dziedziną medycyny, oznaczało bowiem konceptualizowanie choroby na poziomie empirycznym. Powiązano zatem kwestię zdrowia psychicznego z biologią, a konkretne choroby z anomaliami w działaniu organizmu. Stanowiło to odwrót od postrzegania chorób psychicznych w relacjach organizm–środowisko, które legło u podstaw paradygmatu psychoanalitycznego.

### Zmiana i sankcjonowanie nowego paradygmatu

Potraktuję tworzenie nowego podręcznika diagnostycznego jako proces podobny tworzeniu nowej teorii naukowej. Analogia uprawniona jest z dwóch powodów. Po pierwsze, DSM-III zasadać się miał na naukowej ścisłości, zaś do procesu jego tworzenia włączone zostały narzędzia naukowe, takie jak chociażby statystyka. Po drugie, proces tworzenia przebiegał w podobny sposób jak teoria naukowa pod względem elementów dynamiki postępowania badawczego, na który zwraca uwagę konstruktywistyczna i postkonstruktywistyczna<sup>8</sup> socjologia wiedzy. Owe elementy to: istnienie kolektywu badawczego (autonomizacja obszaru badawczego), umiejętne administrowanie problemami badawczymi, wykorzystanie wynalazku laboratorium, podchwycenie i reartykulacja istniejących interesów oraz podkreślenie występowania anomalii w starym paradygmacie.

Kwestią zasadniczą w ustanawianiu paradygmatu jest posiadanie odpowiedniej grupy sojuszników, która podzielałaby kluczowe założenia nowej teorii. W pracach Ludwika Flecka znajdziemy bardzo pomocne pojęcie kolektywu myślowego<sup>9</sup>. Wskazuje on bowiem na zbiorowy charakter postępowania badawczego, w którym niezbędną rolę odgrywają wspólnie podzielane przekonania, kierunkujące proces poznawczy, czyli tzw. styl myślowy. Bruno Latour z kolei nazywa proces wykształcania się stanowiska wspólnego dla określonej grupy badaczy mianem autono-

---

<sup>8</sup> Na temat postkonstruktywizmu por. E. Bińczyk, *(Post)konstruktywizm na temat technonauki*, „Zagadnienia Naukoznawstwa 2010, nr 2, s. 231–251.

<sup>9</sup> Por. L. Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego: wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Lublin 1986.

mizacji<sup>10</sup>. Zdaniem autora *Pandora's Hope* możemy mówić o „niewidzialnych koledżach”, czyli grupach badawczych o silnych zależnościach pomiędzy poszczególnymi członkami, którzy tworzą „własne kryteria oceny i istotności”<sup>11</sup>.

Grupę skupioną wokół krytyki paradygmatu psychoanalitycznego nazwano neo-kraepelinianami<sup>12</sup>. Ich związek polegał nie tylko na przyjęciu podstawowych założeń Emila Kraepelina, ale również na utworzeniu autonomicznej i spójnej grupy badawczej. Charakteryzowała ich wzajemna lojalność zarówno osobista, jak i intelektualna, zainteresowanie tymi samymi problemami (co w tym przypadku oznaczało naukę i ścisłą nozologię), a także wzajemne cytowanie swoich prac. Gdy fala krytyki nasiliła się na początku lat 70. na tyle, aby APA zdecydowało się na kluczowe zmiany w systemie klasyfikacji chorób psychicznych, grupa neo-kraepelinian zyskała na znaczeniu. Ich nieformalnym przywódcą został Robert Spitzer. Owocem kolektywnej pracy było, po pierwsze, zawiązanie dwóch grup badawczych na Uniwersytetach w Waszyngtonie i Saint-Louis oraz, po drugie, powstanie pierwszych wzorów klasyfikacji diagnostycznych, które będą miały wpływ na przyszłość całej amerykańskiej psychiatrii.

Kolektyw myślowy Roberta Spitzera zmierzyć się musiał z problemami zasygnalizowanymi powyżej. Po pierwsze, chodziło o problem wiarygodności i zgodności stawianych przez lekarzy diagnoz lekarskich. Stanowiło to od wielu lat zmożenie całej psychiatrii. Wielokrotnie bowiem wskazywano na fakt, że jeden pacjent może uzyskać sprzeczne diagnozy, a było to spowodowane brakiem w ścisłości dotychczasowych kryteriów diagnostycznych. Po drugie, kluczowym dla psychiatrii problemem stało się uprawomocnienie z jednej strony samej definicji choroby psychicznej, z drugiej zaś konkretnych jednostek diagnostycznych.

Zmiany, jakich dokonał Spitzer, tworząc DSM-III, skoncentrowane były głównie na rozwiązaniu problemu pierwszego z częściowym pominięciem problemu drugiego. Przesądziły o tym w zupełności kwestie pragmatyczne. Problem wiarygodności może bowiem być rozpatrywany jako problem ściśle techniczny i jako taki może być poddany zasadniczej kontroli. Problem uprawomocnienia jest z kolei problemem szerszej rangi, włączając w swój zasięg dywagacje metapsychiatryczne, a nawet filozoficzne. Stawką jest tu bowiem samo postrzeganie choroby i metody, w jakich dana choroba jest przedstawiana, co czyni z problemu uprawo-

<sup>10</sup> Por. B. Latour, *Pandora's Hope*, Cambridge 1999, s. 102–103.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 102.

<sup>12</sup> Por. H.S. Decker, *How Kraepelinian Was Kraepelin? How Kraepelinian Are the neo-Kraepelinians? – From Emil Kraepelin to DSM-III*, „History of Psychiatry” 2007, No. 3, Vol. 18, s. 337–360.



mocnienia niezwykle twardy orzech do zgryzienia dla naukowców zajmujących się klasyfikacjami.

W informacjach, jakie pojawiały się podczas powstawania DSM-III, nie poruszono kwestii uprawnomocnienia, wskazując na olbrzymi postęp w rozwiązaniu problemu wiarygodności i zgodności. Jak go rozwiązano? Po pierwsze, priorytetem było wyeliminowanie z procesu diagnostycznego elementu subiektywnego. Kategorie diagnostyczne musiały być zatem sztywne i pozbawiać pola manewru lekarzy, a sam proces stawiania diagnozy miał być ograniczony przez uniwersalny wzór. Badacze skupieni wokół Spitzera postawili sobie za zadanie stworzenie takiego systemu klasyfikacyjnego, który mógłby skutecznie kontrolować zachowanie lekarza.

Drugim niezwykle interesującym elementem było wprowadzenie przez Spitzera elementu statystycznego do dyskursu skupionego wokół problemu wiarygodności. O ile statystyka obecna była w ewolucji podręczników diagnostycznych od dawna, to używanie specjalnego współczynnika do mierzenia poziomu wiarygodności było nowością. Twórcy DSM-III postanowili bowiem, że oszacowanie zgodności diagnoz powinno opierać się o tzw. współczynnik kappa. Zaprojektowany w 1960 roku do zupełnie innych celów<sup>13</sup> z czasem stał się głównym narzędziem w szacowaniu diagnostycznej wiarygodności. Znaczący jest fakt, że artykuł, który po raz pierwszy postulował użycie współczynnika kappa w diagnostyce medycznej, był napisany między innymi przez Roberta Spitzera<sup>14</sup>.

Rozwiązanie problemu wiarygodności w sposób, w jaki dokonali tego twórcy DSM-III, przywodzi na myśl analizy Bruno Latoura dotyczące rozwoju innowacji naukowej. Zespół pracujący nad nowym podręcznikiem diagnostycznym oddelegowany do stworzenia nowego paradygmatu w myśleniu o chorobach psychicznych zachowywał się podobnie do Ludwika Pasteura, którego naukowe dokonania zostały kilkakrotnie opisane przez Latoura<sup>15</sup>. Podobnie jak odkrywca mikrobów Spitzer i jego koledzy wyizolowali pewien problem stanowiący zmorę dla ówczesnej psychiatrii oraz w czystych warunkach laboratoryjnych próbowali go rozwiązać metodą prób i błędów. Służyły im do tego wspomniane wyżej grupy badawcze powołane na uniwersytetach w Waszyngtonie i Saint-Louis. Co próbowano osią-

---

<sup>13</sup> Por. J. Cohen, *A Coefficient of Agreement for Nominal Scales*, „Educational and Psychological Measurement” 1960, No. 20, s. 37–26.

<sup>14</sup> Por. R.L. Spitzer, J. Cohen, J. Fleiss, J. Endicott, *Quantification of Agreement in Psychiatric Diagnosis*, „Archives of General Psychiatry” 1967, No. 17, s. 83–87.

<sup>15</sup> Por. B. Latour, *The Pasteurization of France*, Cambridge Mass. 1988; B. Latour, *Dajcie mi laboratorium a poruszę świat*, „Teksty Drugie” 2009, nr 1/2, s. 163–192; B. Latour, *Pandora's Hope*, op.cit., s. 145–173.



gnąć? „Przez kontrolowanie, jakie informacje są zbierane i jak są wykorzystywane, badacze mieli nadzieję uniknąć sytuacji, w której przeprowadzający wywiady (a później sami lekarze) będą polegać jedynie na swoim profesjonalnym osądzie i intuicji podczas wystawiania diagnoz”<sup>16</sup>. Chodziło zatem o standaryzację postępowania lekarza, które miało na celu kontrolowanie jego zachowania, a w rezultacie wyeliminowanie niezgodności w stawianiu diagnoz. W efekcie prac sformułowano kilka wzorów wywiadów, jaki mieli wykorzystywać lekarze. Stały się one później źródłem dla zmian w DSM-III.

Najprościej rzecz ujmując, twórcy nowego podręcznika diagnostycznego skorzystaliby, chyba po raz pierwszy na taką skalę na obszarze psychiatrii, z instytucji laboratorium, którą naukowcy posługują się od setek lat i dzięki której nauka empiryczna osiągnęła tak wielki sukces. Laboratorium pozwala bowiem izolować dany problem z całego szeregu nieistotnych z punktu widzenia postępowania naukowego zjawisk i zamknąć go w sterylnych ścianach instytutów badawczych. Umożliwia to majsterkowanie na zebranych materiałach oraz osiągnięcie metodą prób i błędów w kontrolowanych warunkach określonych rezultatów. Dzięki zastosowaniu współczynnika kappa można było do woli przeprowadzać testy wiarygodności nad poszczególnymi jednostkami diagnostycznymi i modyfikować opisy tych ostatnich, aż uzyska się odpowiednio wysoki wynik. Jednakże, aby ów wynik utrzymać, należy odtwarzać za każdym razem warunki laboratoryjnej ścisłości i czystości. Stąd wynalazek zestandaryzowanych wywiadów, określonej liczby symptomów oraz ścisłych warunków wstępnych, które należy spełnić, aby być chorym. Wszystkie te innowacje weszły w obręb DSM-III i stanowią w pewnym sensie przedłużenie laboratoryjnych warunków, jakie uzyskali twórcy nowego podręcznika, pracując w grupach badawczych w Saint-Louis i Nowym Jorku. Mówiąc innymi słowami, twórcom nowego podręcznika chodziło o jak największe kontrolowanie zachowania lekarza za pomocą zestandaryzowanych wzorów, jakimi miały być opisy jednostek diagnostycznych. Zminimalizowanie czynnika subiektywnego zwiększało bowiem prawdopodobieństwo, że problem wiarygodności zostanie rozwiązany.

Pomimo zamknięcia się naukowców zajmujących się nową klasyfikacją chorób psychicznych w czystych warunkach laboratoryjnych, zarówno efekt ich prac, jak i bodziec motywacyjny do podjęcia naukowego wysiłku zależały od wielu czynników poza grupą badawczą. Teoria naukowa potrzebuje bowiem do usankcjonowania się w społeczeństwie określonego połączenia interesów. Mówiąc innymi słowami, naukowcy chcący uprawomocnić nową wizję podręcznika diagnostycznego

<sup>16</sup> S.A. Kirk, H. Kutchins, *The Selling of DSM*, New Brunswick–London 1992, s. 53.

musieli wykorzystać instytucjonalny kontekst, jaki zastali, zaczynając pracę nad DSM-III. Zabieg ten wpisuje się w definicję kluczowego dla ANT Bruna Latoura pojęcia translacji. W jednym ze swoich znaczeń translacja to „wszystkie negocjacje, intrygi, kalkulacje, akty perswazji i przemocy, dzięki którym aktor czy też siła przyznają sobie lub powodują, że zostaje im nadana władza (*authority*), by mówić lub działać w imieniu innego aktora lub siły”<sup>17</sup>. Model translacyjny wykorzystywany przez ANT nadaje się wyśmienicie do analizowania sieci zależności pomiędzy poszczególnymi interesami, które tworzą razem kontekst rozwoju i funkcjonowania innowacji tworzonych przez naukowców<sup>18</sup>.

Robert Spitzer i jego współpracownicy tworzyli nowy podręcznik diagnostyczny w momencie krytycznym dla amerykańskiej psychiatrii. Krytyka paradygmatu psychoanalitycznego, którą opisałem pokrótce powyżej, uwypuklała dwa podstawowe problemy z wiarygodnością i uprawomocnieniem diagnoz lekarskich i tym samym delegitymizowała autorytet psychiatrii jako nauki. Chęć opracowania nowych metod ewaluacji stanu pacjenta była wówczas niezwykle silna. APA, która jako najprężniejsza instytucja psychiatryczna w Ameryce najdotkliwiej odczuła skutki krytyki, bez wahania zgodziła na daleko idące zmiany w DSM oraz na przeprowadzenie testów przed publikacją samego podręcznika. O przebiegu i wyniku testów będę jeszcze wspominał poniżej, warto jednakże podkreślić ich pionierską rolę; nigdy bowiem wcześniej podręcznik diagnostyczny nie podlegał testom próbnym jeszcze przed publikacją.

Twórcy DSM odpowiedzieli swoją pracą badawczą na zapotrzebowanie APA i środowiska psychiatrycznego, lecz również przeformułowali sam problem. Problem wiarygodności jest bowiem, jak wspominałem wcześniej, problemem łatwiejszym do rozwiązania niż problem uprawomocnienia. Skupiono się zatem w pierwszej kolejności na pokazaniu, dlaczego to problem wiarygodności i zgodności diagnoz lekarskich powinien być w centrum zainteresowania. W 1974 roku ukazał się artykuł, którego współautorem był Spitzer, który rewidował pod kątem wiarygodności (wykorzystując do tego współczynnik kappa) wcześniejsze studia nad diagnozami pochodzącymi z DSM-II. Jak łatwo się domyślić, współczynniki kappa były w przypadku tego podręcznika na tyle niskie, że autorzy postawili tezę

---

<sup>17</sup> M. Callon, B. Latour, *Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macro-Structure Reality and how Sociologists Help Them to Do So* [w:] *Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro – and Macro-Sociologies*, K. Knorr-Cetina, A.V. Cicourel (red.), London 1981, s. 279 [za:] K. Abriszewski, *Poznanie, zbiorowość, polityka. Analiza Teorii Aktora-Sieci*, Kraków 2008, s. 233.

<sup>18</sup> O translacji interesów w ANT por. również: B. Latour, *Science in Action*, Cambridge 1987, s. 108–121; Idem, *Dajcie mi laboratorium...*, op.cit., s. 165–168.

o słabej wiarygodności diagnoz lekarskich i zaakcentowali ten problem jako niezmierznie ważny<sup>19</sup>. W drugiej kolejności postarano się o podkreślenie, że trwające prace nad DSM-III przyniosą oczekiwany sukces. W tzw. raporcie Helzera<sup>20</sup>, napisanym przez członka grupy badawczej z uniwersytetu w Saint-Louis, skupiono się na przebadaniu diagnoz lekarskich sformułowanych na bazie powstających właśnie jednostek, które w przyszłości znaleźć się miały w DSM-III. Okazało się, że zgodność pomiędzy uczestniczącymi w badaniach lekarzami (mierzone ją oczywiście za pomocą współczynnika kappa) jest o wiele wyższa niż w przypadku studiów wykorzystujących kategorie z DSM-II. W ten sposób przeformułowano wyjściowy problem składający się z dwóch niezmiernie ważnych problemów (wiarygodności i uprawomocnienia) w taki sposób, że tylko jeden z nich przedstawiany był jako ważny.

Twórcy DSM-III podchwycili ponadto interesy zewnętrzne wobec świata amerykańskiej psychiatrii. Jak wspominałem wcześniej, problem z DSM-II mieli również urzędnicy państwowi oraz firmy ubezpieczeniowe. Uściślenie diagnoz oraz jasne odgraniczenie stanu choroby od stanu zdrowia leżało w interesie owych aktorów, gdyż pozwalało na sprawniejsze i skuteczniejsze refundowanie leczenia. Zmiany w DSM-III padły zatem na bardzo podatny grunt nie tylko z powodu problemów w amerykańskiej psychiatrii.

Zmiana paradygmatu, jaka dokonała się wraz z powstaniem DSM-III w kluczowych elementach przypomina proces opisany przez Thomasa Kuhna w słynnej książce *Struktura rewolucji naukowych*. Paradygmat psychoanalityczny zaczął bowiem produkować zbyt wiele problemów, żeby dalej mógł być utrzymany. Nowy paradygmat musiał zaś poradzić sobie przynajmniej z częścią tych problemów. Jak pisze Kuhn, „uświadomienie sobie anomalii otwiera okres wypracowywania nowych kategorii pojęciowych, który trwa dopóty, aż domniemana anomalia nie stanie się czymś oczekiwanym”<sup>21</sup>. Wraz z nadejściem nowego paradygmatu zmienia się całkowicie optyka patrzenia na choroby psychiczne. Zaprezentowana zostaje nowa siatka pojęciowa z nowymi sposobami konceptualizowania chorób, które postrzegane są już nie jako manifestacje wewnętrznych konfliktów spowodowanych patologicznymi relacjami ja–środo-wisko, ale mające swoje źródło w biologicznym działaniu organizmu. Tym samym usankcjonowanie nowego paradygmatu umieściło psychiatrię w korzystniejszym miejscu, mianowicie w obrębie

---

<sup>19</sup> Por. S.A. Kirk, H. Kutchins, *The Selling of DSM*, op.cit., s. 56–63.

<sup>20</sup> Por. Ibidem, s. 63–67.

<sup>21</sup> T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 2009, s. 119.

ściślejszej nauki empirycznej. Wysiłek ten wyraża się również we wprowadzeniu do psychiatrii współczynnika kappa.

### 3. DSM-III w ogniu kontrowersji

Ustanowienie nowej teorii naukowej wiąże się z występowaniem kontrowersji, które wikłają dane założenia w szereg nienaukowych sytuacji, z którymi orędownicy nowego paradygmatu muszą sobie poradzić. Jak zaznacza Latour, „kontrowersje nie są po prostu zakłóceniem, któremu nie wolno pozwolić na rozprzestrzenianie się, ale umożliwiają one stanowienie tego, co społeczne, i otwierają drzwi przed naukami społecznymi”<sup>22</sup>. Kontrowersje, z jakimi mamy do czynienia w przypadku nauki, nie kończą się jedynie w samym jej obrębie. Innowacje, jakie powstają w laboratoriach, rozprzestrzeniają się po obszarze społecznym razem ze wszystkimi problemami, niepewnościami i błędami. W socjologii wiedzy od jakiegoś czasu panuje przekonanie, że badanie kontrowersji naukowych jest *de facto* badaniem wpływu, jaki nauka wywiera na nasze życie. Dobrym przykładem jest tzw. szkoła z Bath. Jej przedstawiciele, Harry Colling i Trevor Pinch, uważali, że nauka nie zawsze jest epistemologicznie niewinna, a bardzo często przypomina błądzenie po omacku. Jak zaznaczają, błąd wpisany jest w każde ludzkie działanie, nawet w naukę, która pragnie reklamować się jako bezbłędna: „Kiedy coś się dzieje nie tak, to nie dlatego, że popełniono błąd, którego można było uniknąć, lecz dlatego, że w każdym ludzkim przedsięwzięciu coś kiedyś pójdzie nie tak. [...] Uczeni powinni mniej obiecywać, wówczas łatwiej im będzie dotrzymywać obietnic”<sup>23</sup>.

Istnieje jednak drugie oblicze kontrowersji polegające na starciu się orędowników nowego paradygmatu z jego przeciwnikami. W tym zakresie kontrowersja wybucha, kiedy próbuje się podważyć dany paradygmat poprzez mobilizowanie kontr-sojuszników, forsowanie kontr-twierdzeń, budowanie kontr-teorii czy kontr-laboratoriów<sup>24</sup>. Teoria, która z czasem zacznie być postrzegana jako prawdziwa (zarówno w samym dyskursie naukowym, jak i poza nim), to teoria, która potrafiła wytrzymać ogień krytyki przeciwników.

Powstanie DSM-III naznaczone jest tymi dwoma rodzajami kontrowersji. Pierwszy dotyczy prawomocności i naukowości w rozwiązaniu problemu z wiarygodnością diagnoz. Okazuje się bowiem, że pomimo zastosowania całego szeregu

<sup>22</sup> B. Latour, *Splatając na nowo to, co społeczne*, Kraków 2010, s. 37.

<sup>23</sup> H. Collins, T. Pinch, *Golem, czyli co trzeba wiedzieć o nauce*, Warszawa 1998, s. 209.

<sup>24</sup> Por. B. Latour, *Science in Action*, op.cit., s. 80–94.

naukowych metod ze współczynnikiem kappa na czele, rezultat końcowy nie był doskonały. Drugi natomiast dotyczy kontrowersji wokół samej definicji psychiatrii, a także poszczególnych jednostek diagnostycznych, które miały wejść do podręcznika, lecz z powodu licznych sprzeciwów ze strony przeciwników nie zostały ujęte w DSM-III. Jak zwykle w przypadku kontrowersji o ich wygaszaniu zadecydowały pozamerytoryczne elementy, które nie miały bezpośredniego związku z postępowaniem naukowym.

### **Współczynnik kappa i retoryka naukowa**

Wprowadzenie współczynnika kappa, jak wspominałem powyżej, miało uczynić z problemu wiarygodności stawianych diagnoz problem techniczny dający się rozwiązać ścisłymi i naukowymi metodami. W rękach Roberta Spitzera i jego współpracowników stanowił ponadto oręż w walce z przeciwnikami wprowadzenia nowego paradygmatu do DSM-III, a także narzędziem wykorzystywanym, jak się wkrótce okaże, w sposób retoryczny. Współczynnik kappa miał bowiem uprzywilejowywać nowy podręcznik diagnostyczny poprzez porównanie jego wiarygodności z poprzednimi edycjami.

Pierwszym problemem związanym ze współczynnikiem kappa jest brak jasnych reguł w wykorzystywaniu jednego z jego rodzajów, tzw. ważonej kappa. Współczynnik dzieli się bowiem na ważony i nieważony. Ważony współczynnik dokonuje rozróżnienia pomiędzy różnymi stopniami niezgody. Jeżeli dla przykładu dwóch lekarzy-praktyków ma do wyboru trzy możliwości (niezdiagnozowanie choroby, zdiagnozowanie schizofrenii, zdiagnozowanie zaburzeń lękowych), a jeden z nich wybierze zdiagnozowanie schizofrenii, drugi zaś zdiagnozowanie zaburzeń lękowych, to stopień niezgody pomiędzy nimi będzie mniejszy niż w przypadku, gdy jeden z nich wybrałby niezdiagnozowanie żadnej choroby. Problem w tym przypadku polega na tym, że niejasne są kryteria kiedy i w jaki sposób używać ważonej kappa. Jak łatwo się domyślić, Spitzer, wprowadzając do psychiatrii ten współczynnik, proponował jego ważoną wersję. Korzyść jest następująca: „ważone kappy prawie zawsze będą wyższe niż te nieważone przy użyciu tych samych danych”<sup>25</sup>.

Jak wspominałem powyżej, tworzeniu DSM-III towarzyszyły testy próbne nowego podręcznika. Ich interpretacja, a zarazem wyciągane z nich wnioski dotyczące wiarygodności i zgodności stawianych diagnoz zasadzają się po części w powyżej zasygnalizowanej dwuznaczności ważonego współczynnika kappa. O pewnej

---

<sup>25</sup> S.A. Kirk, H. Kutchins, *The Selling of DSM*, op.cit., s. 42.

zgodności pomiędzy lekarzami-praktykami możemy mówić bowiem już wówczas, gdy w ogóle zostanie zdiagnozowana choroba, niezależnie od tego, jaka by ona była. W przypadku interpretowania wyników testów próbnych zwolennicy i twórcy nowego podręcznika przyznawali stopień zgodności nie pomiędzy dokładną diagnozą dwóch lekarzy co do konkretnej choroby, lecz do konkretnej klasy chorób<sup>26</sup>. Jeżeli jeden lekarz zdiagnozował u pacjenta agorafobię z napadami paniki, a drugi lekarz zdiagnozował u tego samego pacjenta zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (obie choroby pochodzą z klasy chorób lękowych), to zinterpretowano to jako idealną zgodność. Jak widać, pomimo niezgodności co do diagnozy współczynnik kappa będzie bardzo wysoki, gdyż stopień zgodności dotyczy ogólnej klasy chorób.

Warto tutaj dodać, że współczynnik kappa sam w sobie za wiele nie mówi naukowcom. Potrzebne są jeszcze określone wzory interpretacyjne, które dzięki odpowiedniemu kodowaniu mogą zostać użyte do wyciągnięcia wymiernych wniosków. Problem w tym przypadku polegał na tym, że nie ma jednolitych i powszechnie obowiązujących reguł interpretacji współczynnika kappa.

We wspomnianym wyżej artykule napisanym przez Spitzera i Fleissa, który krytykował DSM-II pod kątem wiarygodności, zakodowano współczynnik kappa w pięć kategorii<sup>27</sup>: jednoznacznie wysoki, tylko satysfakcjonujący, nie wyższy niż przeciętny i słaby. Generalny wniosek, jaki wysnuli autorzy, był taki, że poziom wiarygodności diagnoz stawianych na podstawie DSM-II nie był dobry. Z kolei w artykule z 1979 roku, którego współautorem był Spitzer, badano stopień wiarygodności diagnoz stawianych na podstawie testów próbnych DSM-III. Wysoki współczynnik kappa oznaczający dużą wiarygodność określono na poziomie 0,7. Jak się jednakże okazuje, jest to kryterium różne od tego, które zastosowano w 1974 roku, szacując wiarygodność diagnoz stawianych na podstawie DSM-II. Przyjmując standardy z tego artykułu, należałoby stwierdzić, że „wiarygodność DSM-III nie była wyższa niż przeciętna i bardzo zmienna”<sup>28</sup>. O ile dostrzec można było minimalną zmianę na lepsze w stosunku do DSM-II, to nie była ona bardzo duża.

Współczynnik kappa w formie wziętej z wyrafinowanych dla laika nauk statystycznych pozwala na umiejętne administrowanie danymi empirycznymi w taki sposób, aby zmobilizować je jako zasób w forsowaniu nowego paradygmatu. Bruno Latour nazywa tę umiejętność mobilizowaniem świata, którym są „wszystkie środki, które pozwalają czynnikom nie-ludzkim być stopniowo umieszczanym

---

<sup>26</sup> Por. Ibidem, s. 148–150.

<sup>27</sup> Por. Ibidem, s. 59.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 176.

w dyskursie [...]. Jest to kwestia poruszania się w kierunku świata, czynienia go mobilnym, sprowadzania go na obszar kontrowersji, angażowania go i sprawiania, że jest dostępny dla argumentów”<sup>29</sup>. Same liczby nie podlegają bowiem fabrykacji, wynikają z zastosowania skomplikowanych metod matematycznych i jako takie nie mogą być fałszywe. Jednakże sposób ich użycia przesądza tak naprawdę o trafności teorii naukowej. W tym sensie wykorzystywane są raczej jako instrumenty potrzebne do dobrego ugruntowania danego twierdzenia.

### **Kontrowersje wokół definicji chorób – polityka i DSM**

Proces przyjmowania DSM-III wiązał się z naciskami licznych grup interesu, które chciały przeforsować korzystne dla siebie zmiany i wpłynąć zarówno na definicję choroby psychicznej, jak i poszczególnych jednostek diagnostycznych. Tuż przed publikacją podręcznika jego twórcy zmuszeni byli do umiejętnego zarządzania kontrowersją, które polegało na subtelnym negocjowaniu ze skłóconymi stronami. Wynik tych negocjacji wpłynął znacząco na zawartość podręcznika.

Do największych kontrowersji wokół DSM-III należy spór o definicję homoseksualizmu<sup>30</sup>, który w DSM-II był jednostką diagnostyczną. Od początku lat 70. nasiliły się protesty środowisk gejowskich, które krytykowały APA za uznanie ich orientacji seksualnej za chorobę. Z drugiej jednakże strony w obrębie środowiska psychiatrycznego stworzyła się grupa pod przewodnictwem Irvinga Biebera i Charlesa Socaridesa, która domagała przyznania homoseksualizmowi statusu choroby w DSM-III. Negocjowania pomiędzy zwaśnionymi stronami podjąć się musiał Robert Spitzer. Jego stanowisko było z początku bardzo niejednoznaczne, gdyż zaproponował, aby wykreślić homoseksualizm z nowego podręcznika, ale jednocześnie dodać nową kategorię „zaburzenie orientacji seksualnej” odnoszącą się do gejów. Nie mogło to oczywiście spotkać się z zadowoleniem ze strony aktywistów gejowskich, stąd pod koniec 1973 roku ustalono, że homoseksualizm jest czymś innym niż zaburzenie orientacji seksualnej. APA nie wystosowało jednakże jednoznacznego oświadczenia mówiącego, że homoseksualizm jest czymś normalnym. Kontrowersję zakończyło dopiero głosowanie wśród członków APA, na mocy którego homoseksualizm jako jednostka diagnostyczna nie został ujęty w DSM-III.

<sup>29</sup> B. Latour, *Pandora's Hope*, op.cit., s. 99–100.

<sup>30</sup> Szczegółowy opis kontrowersji można znaleźć w: S.A. Kirk, H. Kutchins, *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York 1997, s. 55–99.



Podobne kontrowersje dotyczą kategorii neurozy<sup>31</sup> symbolicznego reliktu paradigmatu psychoanalitycznego. Zespół Spitzera uważał, że neuroza nie ma jakiegokolwiek oparcia w wiedzy empirycznej i dlatego powinna być wyeliminowana z podręcznika diagnostycznego. Spotkało się to z ogromnym sprzeciwem ze strony psychiatrów nastawionych pozytywnie do psychoanalizy, którzy pomimo wzmożonej krytyki mieli jeszcze wtedy wiele do powiedzenia. APA zapowiedział nawet, że nie dopuści do publikacji DSM-III, jeżeli neuroza zostanie z niego wyeliminowana. W końcu zdecydowano, że słowo neuroza ujęte zostanie w nawiasie i służyć będzie jedynie jako pomoc w opisie choroby, nie będzie natomiast kategorią wyjaśniającą przyczyny.

Proces wyłaniania się nowego podręcznika diagnostycznego współgrał i był negocjowany z określonymi grupami interesu, stąd postawić można wniosek, że powstanie DSM-III było również procesem politycznym w szerokim tego słowa znaczeniu. Jednakże nie tylko firmy ubezpieczeniowe, władze federalne czy aktywiści gejowscy przyczynili się do zmian w podręczniku, ale również samo środowisko specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym<sup>32</sup>. Orientacja psychoanalityczna uprzywilejowała bowiem w procesie leczenia głównie psychiatrów, pozostawiając na uboczu psychologów klinicznych czy pracowników opieki społecznej. Zmiany w DSM-III odwróciły równowagę sił. Do głosu doszły grupy o nastawieniu empirycznym i naukowym, a uwspólnienie języka za pomocą jednolitych standardów spowodowało, że tym samym dyskursem diagnostycznym mogli posługiwać się również psychologowie i pracownicy opieki społecznej. Pojawianie się DSM-III, mówiąc innymi słowy, pozbawiło wyłączności psychoanalityków na leczenie chorób psychicznych.

Istniały również tarcia w obrębie środowiska lekarskiego odnoszące się do samej definicji choroby psychicznej<sup>33</sup>. Zespół Spitzera z początku nie miał w ogóle w intencji zajmowanie się tym problemem z uwagi na jego kompleksowość i kontrowersyjność. Po problemach z definicją homoseksualizmu zmienił jednak zdanie i w 1976 roku przedstawił ogólną definicję choroby psychicznej wraz z kluczowym zdaniem: „zaburzenia psychiczne stanowią podzbiór zaburzeń medycznych”. Było to oczywiście ukłonem w stronę Emila Kraepelina, którego stanowisko dotyczące natury chorób psychicznych opisałem powyżej.

---

<sup>31</sup> Por. R. Bayer, R. Spitzer, *Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III. A History of the Controversy*, „Archive of General Psychiatry” 1985, No. 42, s. 187–196.

<sup>32</sup> Por. R. Mayes, A.V. Horvitz, *DSM-III and the Revolution...*, op.cit., s. 256–257.

<sup>33</sup> Por. S.A. Kirk, H. Kutchins, *The Selling of DSM*, op.cit., s. 111–116.

Definicja przedstawiona przez Spitzera spotkała się z ostrym sprzeciwem ze strony American Psychological Association. Jej szef w liście do twórców DSM-III powoływał się na argument, że z 17 głównych klas diagnostycznych aż 10 nie ma potwierdzonej naukowo organicznej etiologii. Zrównanie zaburzeń psychicznych z zaburzeniami medycznymi oznaczało w dużej mierze sprowadzenie psychiki do czynników biologicznych, zaś psychiatrii do nauk empirycznych. Co warto podkreślić, nie było ku temu żadnych przesłanek naukowych. Warto tu przypomnieć, że twórcy DSM-III skupiali swoje wysiłki przede wszystkim na rozwiązaniu problemu wiarygodności, nie zaś problemu uprawomocnienia. Prawomocność definicji, które znalazły się w podręczniku, a także samo pojęcie choroby psychicznej nie były, w trakcie przygotowywania DSM-III, przedmiotem zainteresowania wspomnianych wyżej zespołów badawczych z uniwersytetu w Saint-Louis i Nowym Jorku ani późniejszych testów próbnych.

Kontrowersja przybrała na sile, gdy amerykańscy psychologowie zagrozili, że opublikują własną klasyfikację chorób. W końcu APA zdecydowało się wycofać sporną definicję i w rezultacie DSM-III nie zawiera ścisłej definicji choroby psychicznej.

Warto na koniec podkreślić, że kontrowersje wpłynęły znacząco na kształt podręcznika, a także na jego przyszłe edycje. W kolejnych bowiem wersja również starano się rozwiązać problem wiarygodności diagnoz, prowadzono kolejne badania nad prawomocnością opisanych kategorii chorobowych, szacowano skuteczność nowych opisów. Jeszcze dziś tworzeniu nowego podręcznika towarzyszą kontrowersje, głównie wokół związków jego twórców z koncernami farmaceutycznymi<sup>34</sup>. To pokazuje, że momenty niepewności i problematyczności są czymś naturalnym dla konstruowania wiedzy.

#### 4. Skutki przyjęcia nowego paradygmatu

Podobnie jak opisywany przez Latoura Pasteur przekształcił szereg elementów francuskiego społeczeństwa<sup>35</sup>, tak też Robert Spitzer ze swoim zespołem badawczym przekształcił całą amerykańską psychiatrię. Odejście od paradygmatu psychoanalitycznego ma bowiem liczne implikacje. Należą do nich: wzrost liczby chorób i zatarcie się granicy między zdrowiem a chorobą (medykalizacja), zwrot

<sup>34</sup> Por. <http://historypsychiatry.com/2010/04/27/a-moment-of-crisis-in-the-history-of-american-psychiatry/> [dostęp: 26.06.2012].

<sup>35</sup> Por. B. Latour, *Dajcie mi laboratorium...*, op.cit.

ku leczeniu farmakologicznemu, wzrost znaczenia badań empirycznych nad stanami chorobowymi, zwiększony stopień standaryzacji dyskursu medycznego

Proces medykalizacji polega na włączaniu w obręb dyskursu medycznego zachowań i objawów, które wcześniej nie podlegały zainteresowaniu psychiatrów<sup>36</sup>. Medykalizacja działa na zjawiska, które niekoniecznie muszą być stanami chorobowymi w klasycznym tego słowa rozumieniu, czyli takimi, które wywołują poważne utrudnienia dla normalnego funkcjonowania jednostki oraz zaburzają optymalne działanie organizmu. Poniższa tabelka<sup>37</sup> ilustruje proces medykalizacji na bazie zwiększającej się liczby jednostek diagnostycznych w kolejnych podręcznikach:

Edycja	Rok wydania	Suma jednostek diagnostycznych	Suma stron
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

Proces medykalizacji skutkuje zwiększaniem ilości jednostek diagnostycznych oraz poszerzeniem zakresu obowiązywania jednostek już istniejących. Oznacza to w istocie, że pojęcie stanu chorobowego staje się bardzo szerokie, obejmując zjawiska, które niegdyś uznane być mogły nie za chorobę, lecz stan w mniejszym lub większym stopniu niekomfortowy. Z uwagi na fakt, że chorób jest coraz więcej, przybywać musi również leków, które radzić sobie będą z owymi chorobami. Na postępującej medykalizacji korzystają zatem w pierwszej kolejności koncerny farmaceutyczne. Odejście od *talk therapies*, które były bardzo pomocne lekarzom psychoanalitykom, zaowocowało wzrostem popularności leczenia farmakologicznego.

Leczenie farmakologiczne, podobnie jak etiologie poszczególnych jednostek diagnostycznych, legitymizowane jest przez badania empiryczne. Standaryzacja dyskursu wokół jednostek diagnostycznych oraz przyjęcie przesłanek sformułowanych w XIX wieku przez Emila Kraepelina spowodowało, że choroby psychiczne zaczęto postrzegać przez pryzmat genetyczny i neurobiologiczny. W tym sensie proces medykalizacji i rozwój psychiatrii w XX wieku został połączony ze wzrostem znaczenia genetyki i neuronauk. O ile diagnozy stawiane na bazie DSM-III

<sup>36</sup> Por. P. Conrad, *The Medicalization of Society*, op.cit., s. 4.

<sup>37</sup> R. Mayes, A.V. Horvitz, *DSM-III and the Revolution...*, op.cit., s. 251.

i późniejszych edycji opierają się jedynie na symptomach, to istnienie określonych jednostek diagnostycznych jest legitymizowane przez prowadzone nad nimi badania empiryczne. Jednakże nie tylko diagnostyka lekarska czerpała legitymizację z autorytetu tych dziedzin wiedzy, ale również sposoby terapii<sup>38</sup>.

Prestiżowy magazyn *Fortune* od 1955 roku publikuje listę 500 największych pod względem przychodów firm z całego świata. Jak łatwo się domyślić, ważne miejsce na tej liście zajmują koncerny farmaceutyczne. Stephen Schondelmeyer z University of Minnesota zebrał w jednej tabeli<sup>39</sup> zyski tych firm, które ujęte były na liście *Fortune* na przestrzeni 41 lat. Wynika z niej, że do roku 1980 zysk koncernów nie przekraczał granicy 10%, zaś w roku 2000 wynosił ponad 18%. W innym artykule<sup>40</sup> Schondelmeyer podaje kwoty pieniężne wydawane w Ameryce na leczenie farmakologiczne. W 1950 roku było to 1,7 miliarda dolarów, w 1970 roku 8,8 miliarda, a w 1988 roku już 41,9 miliarda.

Tak znaczny wzrost zarobków firm farmaceutycznych wynika oczywiście z szeregu przesłanek. Jednym z elementów jest pojawienie się nowego podręcznika diagnostycznego zmieniającego diametralnie paradygmat amerykańskiej psychiatrii. DSM-III umieścił bowiem dyskurs dotyczący chorób psychicznych w obrębie nauk empirycznych. Pojawienie się nowego podręcznika diagnostycznego było pierwszym krokiem na drodze postrzegania dolegliwości psychicznych przez pryzmat takich nauk jak genetyka czy neurofizjologia. Bujny rozkwit tych gałęzi wiedzy w obrębie psychiatrii nastąpił po roku 1980.

Nie należy stąd wnioskować, że twórcy DSM-III działali na rzecz koncernów farmaceutycznych. Nie ma ponadto przesłanek, by impulsem do ich działania była chęć zysków. Związek pomiędzy nowym podręcznikiem a rynkiem farmaceutycznym ma bardziej skomplikowany charakter. Przyjęcie nowego paradygmatu, jak zawsze w takich sytuacjach, niesie za sobą liczne konsekwencje, które nie zawsze dadzą się przewidzieć. Nie mamy dowodów na to, że intencją twórców no-

---

<sup>38</sup> Jak wskazuje Andrew Lakoff, za zmianami zmierzającymi do standaryzacji dyskursu medycznego stoi określona racjonalność, którą nazywa on rozumem farmaceutycznym. Wedle tej logiki definicja danej choroby łączona jest z jednej strony z widocznymi dla lekarza symptomami, z drugiej zaś z określoną reakcją na leczenie. Choroba to dostrzegalny stan organizmu, reagujący na określone bodźce zewnętrzne, które zmieniają jego działanie. Ten sposób myślenia jest tożsamy zarówno dla dyskursu diagnostycznego zawartego w DSM, jak i logiki terapii farmakologicznej, która jest ciągłym oddziaływaniem na organizm (por. A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge 2005, s. 1–17).

<sup>39</sup> Tabela dostępna jest w raporcie przygotowanym przez pozarządową organizację działającą na rzecz obrony praw konsumentów Public Citizen: [www.citizen.org/documents/Pharma\\_Report.pdf](http://www.citizen.org/documents/Pharma_Report.pdf) [dostęp: 14.05.2012].

<sup>40</sup> Por. S.W. Schondelmeyer, J. Thomas III, *Trends in Retail Prescription Expenditures*, „Health Affairs” 1990, No. 3, Vol. 9, s. 131–145.

wego podręcznika było stworzenie nowych rynków zbytu. Niemniej jednak, w perspektywie kilku dekad doszło do rozkwitu farmakologii i skupionego wokół niej biznesu. DSM-III w pewnej mierze przyczynił się do tego, choć można wymienić cały szereg innych procesów, które były niezależne wobec działań twórców podręcznika, a które ukształtowały rynek farmaceutyczny. Można tu wymienić: deregulację prawa w zakresie przyjmowania lekarstw do obiegu handlowego, rozwój technologii, wzrost znaczenia neurobiologii i genetyki, czynniki kulturowe (przyspieszenie informacyjne, wzrost potrzeb konsumpcyjnych).

## 5. Zakończenie

Badanie statusu obiektywności standardów i klasyfikacji jest ważne z jednego prostego powodu. Są to narzędzia, które kształtują społeczną praktykę na każdym kroku, gdyż wyznaczają ogólną ramę potocznego doświadczenia i wyznaczają co wolno, a czego nie wolno. Standardy i klasyfikacje mają ponadto charakter historyczny i usytuowany. Oznacza to, że powstają w konkretnych miejscach, formułowane są przez konkretnych ludzi, a przebieg ich powstawania można prześledzić.

Nie jest to tak oczywiste, jakby mogło się wydawać na pierwszy rzut oka. Z uwagi na fakt, że standardy i klasyfikacje wyznaczają dla praktyki społecznej obszar obiektywności, to postrzegane są jako elementy nieproblematyczne i gładko skonstruowane, proces zaś ich powstawania nie jest w ogóle brany pod uwagę. Jak starałem się pokazać, w przypadku pojawienia się nowego podręcznika diagnostycznego miały miejsce wydarzenia, które określiły późniejszy status DSM-III. Kontrowersje, założenia podzielane przez kolektyw badawczy, a także interesy określonych grup społecznych współkonstruowały nowy standard w myśleniu o chorobach psychicznych.

W ramach podsumowania należy podkreślić ogólny cel całej analizy. Jej założeniem nie jest doszukiwanie się spisków, ani deprecjonowanie merytorycznej wartości podręcznika diagnostycznego. Nie mam ku temu żadnych dowód oraz wystarczających kompetencji. Faktem jest, że DSM pozostaje uznaną w świecie psychiatrii książką, powstałą w wyniku szeregu praktyk, którym trudno przypisać nierzetelność czy złą wolę. Kwestią, która mnie najbardziej interesowała, było prześledzenie społecznego konstruowania pola obiektywności w definiowaniu chorób psychicznych. Chciałem zatem zanalizować problem zasobów instytucjonalnych, krzyżujących się interesów oraz kolektywów badawczych. Z mojej pracy, jak sądzę, nie wynika to, że za pod tymi procesami kryje się jakaś ukryta nadrzędna logika, którą miałbym jakoby demistyfikować. W pewnym stopniu, o czym zaświadcza

socjologia wiedzy i współczesna filozofia nauki, każdy zespół czynności zmierzający do powstania jakiejś innowacji technologicznej bądź teorii naukowej jest podobny do działań twórców DSM. Co więcej, fakt, że w tworzeniu się takowych zjawisk biorą udział czynniki pozamerytoryczne, nie zawsze musi być czymś złym. Dla przykładu – w sensie ścisłości naukowej rozwiązaniu kontrowersji wokół homoseksualizmu jako kategorii diagnostycznej daleko była do merytorycznej konkluzji. Z drugiej jednakże strony z punktu widzenia aksjologicznego, lepiej się stało, że homoseksualizm przestał być chorobą.

Na sam koniec chciałbym podkreślić potrzebę zainteresowania się omawianą tutaj zmianą paradygmatyczną w kontekście polskim. Według stanu mojej wiedzy podręczniki diagnostyczne wydawane przez APA nie cieszą się zbyt dużą popularnością wśród polskich psychiatrów, chociaż obowiązująca wersja podręcznika doczekała się polskiego komentarza<sup>41</sup>, a w Krakowie organizowane są specjalne szkolenia uczące wykorzystywania DSM<sup>42</sup>. Podręczniki diagnostyczne jednakże nie tylko, jak zaznaczałem wielokrotnie, wyznaczają obiektywność danej jednostki chorobowej, ale również przyczyniają się do rozpowszechniania o niej wiedzy poza dyskursem medycznym. Dobrym przykładem jest choroba ADHD<sup>43</sup> (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) jako kategoria diagnostyczna występująca od wydania DSM-III-R. W klasyfikacji europejskiej ICD do opisu tego typu choroby wykorzystano kategorię *Hyperkinetic Syndrome*. Powszechnie jednak, również w Polsce, występuje nazwa ADHD, co świadczyć może o dużych możliwościach DSM w ustanawianiu definicji chorobowych. Dzieje się tak z wieloma innymi chorobami, których obiektywność zawdzięczamy faktowi, że jej opis znalazł się w podręczniku diagnostycznym.

Ponadto DSM stanowi wehikuł przenoszący określoną racjonalność, która nakazuje myśleć o chorobach psychicznych w sposób naturalistyczny. Amerykański podręcznik diagnostyczny utrwała obraz zdrowia i choroby zgodny z innowacjami z zakresu genetyki i neurofizjologii. O ile sam podręcznik w Polsce nie jest wykorzystywany na masową skalę, to coraz popularniejszy staje się ów naturalistyczny paradygmat. Jednym z jego sojuszników jest właśnie DSM, który, choć nie oddziałuje bezpośrednio, to przenosi na półperyferyjne obszary logikę, która się za nim kryje.

---

<sup>41</sup> Por. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, J. Wciórka (red.), Warszawa 2008.

<sup>42</sup> Por. <http://www.pocieszka.pl/index.php?page=dsm&menu=szkolenia&item=szkolinst> [dostęp: 14.05.2012].

<sup>43</sup> O statusie ADHD jako choroby neurobiologicznej oraz o kontrowersjach z tym związanych por. M. Wróblewski, *Choroba jako hybryda. ADHD w świetle teorii aktora-sieci*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 4, s. 121–153.

**LITERATURA:**

- Abriszewski K., *Poznanie, zbiorowość, polityka. Analiza Teorii Aktora-Sieci*, Kraków 2008.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st edition), Washington 1952.
- Bayer R., Spitzer R.L., *Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III. A History of the Controversy*, „Archive of General Psychiatry” 1985, No. 42.
- Bińczyk E., *(Post)konstruktywizm na temat technonauki*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 2010, nr 2.
- Bowker G.C., Star S.L., *How Things (Actor-Net)work: Classification, Magic and the Ubiquity of Standards*, <http://www.sis.pitt.edu/~gbowker/actnet.html> [dostęp: 14.05.2012].
- Callon M., Latour B., *Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macro-Structure Reality and how Sociologists Help Them to Do So [w:] Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro – and Macro-Sociologies*, K. Knorr-Cetina, A.V. Cicourel (red.), London 1981.
- Cohen J., *A Coefficient of Agreement for Nominal Scales*, „Educational and Psychological Measurement” 1960, No. 20.
- Collins H., Pinch T., *Golem, czyli co trzeba wiedzieć o nauce*, Warszawa 1998.
- Conrad P., *The Medicalization of Society*, Baltimore 2007.
- Decker H.S., *How Kraepelinian Was Kraepelin? How Kraepelinian Are the neo-Kraepelinians? – From Emil Kraepelin to DSM-III*, „History of Psychiatry”, No. 3, Vol. 18.
- Fleck L., *Powstanie i rozwój faktu naukowego: wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Lublin 1986.
- Grob G.N., *Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality*, „American Journal of Psychiatry” 1991, No. 148.
- Kirk S.A., Kutchins H., *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York 1997.
- Kirk S.A., Kutchins H., *The Selling of DSM*, New Burnswick–London 1992.
- Klerman G.L., *The Evolution of a Scientific Nosology [w:] Schizophrenia: Science and Practice*, J.C. Shershow (red.), Cambridge 1978.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, J. Wciórka (red.), Warszawa 2008.
- Kuhn T., *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 2009.
- Lakoff A., *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge 2005.
- Latour B., *Dajcie mi laboratorium a poruszę świat*, „Teksty Drugie” 2009, nr 1/2.
- Latour B., *Pandora's Hope*, Cambridge 1999.
- Latour B., *Science in Action*, Cambridge 1987.
- Latour B., *Splatając na nowo to, co społeczne*, Kraków 2010.



- Latour B., *The Pasteurization of France*, Cambridge 1988.
- Mayes R., Horvitz A.V., *DSM-III and the Revolution in Classification of Mental Illness*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences” 2005, No. 3, Vol. 41.
- Schondelmeyer S.W., Thomas III J., *Trends in Retail Prescription Expenditures*, „Health Affairs” 1990, No. 3, Vol. 3.
- Spitzer R.L., Cohen J., Fleiss J., Endicott J., *Quantification of Agreement in Psychiatric Diagnosis*, „Archives of General Psychiatry” 1967, No. 17.
- Wróblewski M., *Choroba jako hybryda. ADHD w świetle teorii aktora-sieci*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 4.
- Zybertowicz A., *Przemoc i poznanie*, Toruń 1995.

### **Źródła internetowe:**

- [www.citizen.org/documents/Pharma\\_Report.pdf](http://www.citizen.org/documents/Pharma_Report.pdf) [dostęp: 14.05.2012].
- <http://www.pocieszka.pl/index.php?page=dsm&menu=szkolenia&item=szkolinst> [dostęp: 14.05.2012].
- <http://historypsychiatry.com/2010/04/27/a-moment-of-crisis-in-the-history-of-american-psychiatry/> [dostęp: 26.06.2012].

### **SUMMARY**

The article follows the evolution of diagnostic categories in psychiatry in subsequent editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), focusing on the third edition. The changes are determined by two processes: medicalization (the increase in the number of categories and expanding the scope of their application) and standardization (paradigm shift from psychoanalytic to positivist and pharmacological).

From the constructivist perspective the Changes in the DSM are interesting for several reasons. They show a number of conditions such as economic interests, legal issues or social factors that take an active part in creating the diagnostic categories. The evolution of diagnostic can be seen in the descriptions of mental illness not as an expression of the progressive development of medical science, but as a transition from one paradigm of practicing psychiatry to another. Institutionalizing the new ways of describing mental illness has been done with the following elements and practices: the existence of a research collective (the individualisation of certain research domain), administering the research problems, transferring the research problems into the area of expert knowledge and make it inaccessible to laymen, rearticulating existing interests, highlighting anomalies in the old paradigm.

**Key words:**

DSM, controversy, psychiatry, diagnostic manual, constructivism, Actor-Network Theory, medicalization