

# **MEDYKALIZACJA NADPOBUDLIWOŚCI**

**OD GLOBALNEGO  
STANDARDU  
DO PERYFERYJNYCH  
PRAKTYK**



**Michał Wróblewski**

**MEDYKALIZACJA  
NADPOBUDLIWOŚCI**

**OD GLOBALNEGO  
STANDARDU  
DO PERYFERYJNYCH  
PRAKTYK**

**Kraków**

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika  
w Toruniu

Książka powstała w ramach realizacji projektu badawczego  
nr 2013/11/N/HS6/00991 finansowanego przez Narodowe  
Centrum Nauki

© Copyright by Michał Wróblewski and Towarzystwo Autorów  
i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2018

ISBN 97883-242-3479-0  
e-ISBN 97883-242-2921-5  
TAiWPN UNIVERSITAS

Opracowanie redakcyjne  
*Agnieszka Toczko-Rak*

Projekt okładki i stron tytułowych  
*Sepielak*

[www.universitas.com.pl](http://www.universitas.com.pl)

# Spis treści

PRZEDMOWA .....	7
WSTĘP .....	9
Socjologia medycyny, zdrowia i choroby: teoria medykalizacji i choroba jako fakt społeczny .....	13
Teoria aktora-sieci: relacyjne fakty społeczne i ontologia .....	19
Socjologia wiedzy medycznej: Ludwik Fleck i Ian Hacking .....	26
Praktyka, peryferyjność, studium przypadku .....	33
Opis badań .....	37
Rozdział 1. MEDYKALIZACJA I JEJ WYMIARY .....	45
Klasyczna teoria medykalizacji i jej problemy .....	46
Medycyna i technonauka .....	50
Neoliberalny kapitalizm i komercjalizacja .....	57
Biopolityka państwa i biopolityka siebie .....	67
Ruchy pacjenckie .....	74
Heterogeniczność medykalizacji .....	79
Rozdział 2. POWSTANIE I ROZWÓJ FAKTU MEDYCZNEGO:	
HISTORIA I USPOŁECZNINIENIE ADHD .....	81
Historia etykietki .....	83
Wsteczna racjonalizacja i esencjalizacja .....	91
Kalibracja i „wytwarzanie” ludzi – znaczenie systemów klasyfikacyjnych .....	96
ADHD: DSM jako mechanizm medykacyjny .....	104
Otwierając czarną skrzynkę: kontrowersje naukowe wokół ADHD .....	111

Marketing nadpobudliwości .....	120
Jurydyzacja nadpobudliwości .....	126
Makroaktorzy i powiększanie skali .....	133
Stabilizacja i nisze .....	135
<b>Rozdział 3. ADHD I PROCESY GLOBALIZACYJNE .....</b>	<b>139</b>
Globalizacja, infrastruktury, peryferyjność i zaburzenia psychiczne .....	140
Neoliberalizm .....	149
Infrastruktury .....	152
Lokalne napięcia .....	157
Przypadek Polski .....	162
Efekty globalizacji? .....	187
<b>Rozdział 4. PRAKTYKA MEDYCZNA: MIĘDZY HETEROGENICZNOŚCIĄ A STABILIZACJĄ .....</b>	<b>191</b>
Ontologia w praktyce medycznej i obiekt graniczny .....	194
Droga pacjenta .....	204
Heterogeniczność .....	211
Stabilizacja .....	224
ADHD jako obiekt graniczny .....	238
Ontologia choroby i medykalizacja .....	243
<b>Rozdział 5. NARRACJE: OD EKONOMII NADZIEI DO PERYFERYJNYCH KONTROWERSJI .....</b>	<b>247</b>
Forum internetowe .....	249
Publikacje prasowe i internetowe .....	264
Sprawa Eisenberga .....	276
<b>ZAKOŃCZENIE. „Czy wierzysz w ADHD?” .....</b>	<b>289</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>305</b>
<b>ŹRÓDŁA INTERNETOWE .....</b>	<b>327</b>
<b>INDEKS NAZWISK .....</b>	<b>329</b>

## Przedmowa

Moje socjologiczne zainteresowania ADHD sięgają roku 2008, kiedy w ramach pracy magisterskiej z socjologii postanowiłem zbadać amerykańskie kontrowersje wokół zaburzenia, używając do tego metodologii teorii aktora-sieci. W 2013 roku Narodowe Centrum Nauki przyznało mi grant badawczy *Biomedycyzacja nadpobudliwości. Socjologiczna analiza wyłaniania się jednostki chorobowej jako faktu społecznego*, za co jestem niezmiernie wdzięczny. Książka jest w głównej mierze oparta na badaniach prowadzonych w ramach tego projektu. Niektóre tezy w niej przedstawione były przeze mnie prezentowane w różnych formach i różnych kontekstach teoretycznych w tekstach, które publikowałem wcześniej. Są to: *Choroba jako hybryda. ADHD w świetle teorii aktora-sieci i asocjologii* (Wróblewski 2011), *A-Sociology of Psychiatric Disorder. A Study of Controversies Surrounding Etiology, Diagnosis and Therapy of ADHD* (Afeltowicz, Wróblewski 2013), *DSM as Moving Laboratory: the Role of Diagnostic Manual in the Stabilizing and Objectivization of Pharmaceutical Reason* (Wróblewski 2015), *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych* (Wróblewski 2016b), *Czyje lęki? Czyja nauka? Struktury wiedzy wobec kontrowersji naukowo-społecznych* (Nowak, Abriszewski, Wróblewski 2016: rozdział 3), *Biomedycyna w sieciach globalizacji. O wędrujących zaburzeniach psychicznych na przykładzie ADHD* (Wróblewski 2017).

Różne osoby zgodziły się przeczytać maszynopis tej książki i wyrazić swoje krytyczne uwagi – jestem im za to bardzo wdzięczny. Podziękowania należą się: Krzysztofowi Abriszewskiemu, Łukaszowi

Afeltowiczowi, Ewie Bińczyk, Tomaszowi Szlendakowi, Andrzejowi Szahajowi. Za wiele wskazówek ponadto serdecznie dziękuję recenzentowi wydawniczemu Andrzejowi W. Nowakowi. W dostępie do respondentów pomocni okazali się Katarzyna Zielińska, Iwona Leśniewicz oraz Tomasz Komendziński. Dziękuję również im. Za pewną drobną poradę podziękowania należą się także Agacie Czarneckiej.



# Wstęp

ADHD, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, jest neurorozwojowym zaburzeniem psychicznym diagnozowanym głównie wśród dzieci i młodzieży, a niekiedy również u dorosłych. Charakteryzuje się objawami związanymi z problemami z koncentracją, impulsywnością i nadpobudliwym zachowaniem. Etiologia – choć nie do końca poznana – związana jest głównie z czynnikami neurobiologicznymi, które mają charakter dziedziczny.

Jeden z moich respondentów – nauczyciel z długoletnim stażem – opowiadał mi, że jeszcze dwadzieścia lat temu nie mówiło się dużo o czymś takim jak ADHD. Jeżeli dziecko wierciło się na krześle, nie potrafiło usiedzieć w miejscu i miało problem z dłuższym skupieniem uwagi, to postrzegane było po prostu jako niegrzeczne. Większości pedagogów nie przychodziło wówczas do głowy, że mogą to być symptomy zaburzenia psychicznego, które można w określony sposób leczyć. Tak opowiadała o tym psychologka, pracownica Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej:

Bo trzydzieści lat temu, jak ktoś był taki, że się po prostu kręcił, wiercił i nie współpracował (...). No to był zwyczajnie łobuzem, tak? I rodzice byli raczej besztani przez szkołę, przez właśnie nauczycieli, natomiast wysłanie kogoś do psychiatry, to było już w ogóle, myślę, jako najwyższy taki poziom jakiejś, nie wiem, nieufności i złego myślenia o kimś.

Dziś rzecz przedstawia się zupełnie inaczej. Jeżeli wierzyć statystykom, niemal w każdej klasie może być co najmniej jeden uczeń z ADHD. W Stanach Zjednoczonych jest to najczęściej diagnozowane zaburzenie psychiczne wśród dzieci i młodzieży. Zespół ten występuje także między innymi w Europie, Chinach czy Afryce Subsaharyjskiej. W Polsce od 2009 roku liczba diagnoz systematycznie rośnie<sup>1</sup>. ADHD zagościło również na stałe w różnych obszarach społecznych. O zaburzeniu piszą tabloidy i popularne portale internetowe. ADHD jest przedmiotem kampanii informacyjnych, a w przestrzeni publicznej funkcjonują stowarzyszenia i fundacje zajmujące się nadpobudliwymi dziećmi. Etykieta stała się nawet elementem języka potocznego – często używamy określenia: „Ma pozytywne ADHD” w odniesieniu do kogoś, kto jest ożywiony i podchodzi do życia z pasją.

Jednym z głównych celów niniejszej książki jest pokazanie, w jaki sposób pewien zespół zjawisk stał się jednostką medyczną, a następnie faktem społecznym: w jaki sposób nadpobudliwe zachowanie z czasem zaczęło być symptomem zaburzenia psychicznego?; jakie procesy społeczne sprawiły, że dziecko, uznawane w przeszłości za niegrzeczne, nagle stało się potencjalnym przedmiotem zainteresowania psychologów i psychiatrów?; jak zjawisko wcześniej postrzegane jako mieszczące się w dopuszczalnej normie zostało oznaczone jako coś, co poza tę normę wykracza?; dlaczego ADHD stało się rozpoznawalną społecznie etykietką?

ADHD jest jednocześnie przedmiotem dyskusji, a niekiedy gorących kontrowersji. Do dziś nie przedstawiono bowiem jednoznacznego dowodu naukowego na to, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest zaburzeniem o podłożu biologicznym. Chociaż zgoda co do biologicznej etiologii jest w dyskursie medycznym niemal powszechna, to nadal brakuje jednoznacznych wyników badań, które wskazywałyby na konkretne organiczne przyczyny ADHD. Ta nie do końca ugruntowana wiedza o zaburzeniu przekłada się na proces diagnostyczny, który – pomimo dominacji wyjaśnienia biologicznego – nadal bazuje głównie na klinicznej interpretacji zachowań. Do tego dochodzi również problematyczność terapii farma-

---

<sup>1</sup> Dane dotyczące polskiego kontekstu zostaną omówione w rozdziale 3. O rosnącej liczbie diagnoz w Polsce pisze również Anna Witeska-Młynarczyk (2017a).

kologicznej. Modele terapeutyczne są różne, jednakże coraz popularniejsza staje się terapia za pomocą stymulantów (Berger, Conrad 2014) – środków chemicznych, które oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy, powodując efekt wyciszenia i skupienia uwagi. W niektórych krajach (np. Stanach Zjednoczonych) terapia farmakologiczna jest podstawowym sposobem radzenia sobie z zaburzeniem. Jak każda tego typu interwencja, niesie ona z sobą skutki uboczne. To również sprawia, że wokół ADHD rodzi się wiele kontrowersji i dyskusji.

Konsekwencją tych kontrowersji i dyskusji jest to, że od czasu do czasu dochodzi do negowania istnienia ADHD jako odrębnej jednostki medycznej. Chociaż tego typu stanowisko nie należy do głównego nurtu medycyny opartej na dowodach, to stanowi ono ważny element dyskursu wokół ADHD. Przykładem jest seria doniesień prasowych opublikowanych w polskich mediach w 2013 roku. Dotyczyły one wywiadu z Leonem Eisenbergiem, amerykańskim specjalistą od psychofarmakologii dziecięcej, który w niemieckim magazynie „Der Spiegel” miał powiedzieć, że ADHD to wymyślona na potrzeby koncernów farmaceutycznych choroba. Kontrowersja ustawiła spór na dwóch przeciwległych biegunach. Po jednej stronie znaleźli się obrońcy racjonalności medycznej, wskazujący na badania naukowe i praktykę lekarską jako na czynniki legitymizujące istnienie ADHD. Po drugiej natomiast – mniej lub bardziej radykalni sceptycy.

Czym w związku z tym jest ADHD? Wymysłem koncernów farmaceutycznych, chcących dorobić się na sprzedawaniu substancji chemicznych, które podobne są w działaniu do narkotyków? Efektem permissywnej kultury i upadku ideałów rodzicielskich, które skutkują błędami wychowawczymi? Czy raczej pełnoprawną jednostką medyczną, którą w określony sposób się diagnozuje i leczy? Czy kontrowersje wokół ADHD to wynik niewiedzy i uprzedzeń, czy raczej mają one swoje merytoryczne uzasadnienie?

O polaryzacji opinii przekonałem się na własnej skórze, gdy zdarzyło mi się kilka razy po wyłączeniu dyktafonu usłyszeć od swoich respondentów pytanie: „Czy wierzysz w istnienie ADHD?”. Próbowano w ten sposób wy badać, po której stronie sporu się opowiadam – czy jestem zwolennikiem medycyny opartej na dowodach, a wszelkie przejawy krytyki wydają mi się bezzasadne, czy raczej przyłączam się do chóru sceptyków, podważających pewność współczesnej wiedzy naukowej? Czy bezwarunkowo ufam ekspertyzom medycznym, traktując kontrowersje jako pomniejsze problemy, niemające wpływu na praktykę, czy w duchu krytycznym staram się pokazywać ukrytych aktorów i ich interesy, ujawniając zakulisowe wymiary medykali-

cji? Z różnych powodów takie ramy wydawały mi się nieadekwatne. Czy jeżeli dopuszczam możliwość, że teza o genetycznym podłożu ADHD jest problematyczna, to siłą rzeczy oznacza, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi nie powinien być traktowany jak pełnoprawna jednostka medyczna? Ale też czy mam marginalizować rolę koncernów farmaceutycznych, które wykorzystują liczne narzędzia, by uczynić z diagnozy ADHD źródło potężnego zysku nawet jeżeli narażam się na zarzut myślenia w kategoriach teorii spiskowych? W związku z tymi wątpliwościami miałem problem z udzieleniem rozmówcom jednoznacznej odpowiedzi. Pytanie to jednakże dało mi mocno do myślenia. Czy rzeczywiście, analizując społeczne istnienie jednostek medycznych, jesteśmy skazani na jedynie dwie możliwe odpowiedzi, które przyjmują odmienne sposoby patrzenia na medycynę, jej praktyki i obiekty? Czy problematyczność wiedzy naukowej i kontrowersje siłą rzeczy muszą prowadzić do zanegowania istnienia jednostki medycznej?

Jest to problem pałacy dla każdego socjologa i socjolożki zajmujących się medycyną – jak prowadzić badania nad wiedzą i praktyką medyczną, pokazując jej kontrowersje i nieciągłości, nie popadając przy tym w nadmierną krytykę? Problem jest ważny, ponieważ z jednej strony jesteśmy świadkami rosnącego wobec systemu medycznego sceptycyzmu, czego przejawem są chociażby ruchy antyszczepionkowe (Nowak, Abriszewski, Wróblewski 2016: 7–28), z drugiej jednakże obserwujemy postępującą komercjalizację i neoliberalizację medycyny (Krimsky 2006: 30–55). Socjologowie muszą zatem nawigować między dwiema ścieżkami mogącymi prowadzić do daleko idących uproszczeń: między analizą bezkrytycznie przyjmującą autorytet medycyny a analizą pokazującą kontrowersje i wymiary zakulisowe. Podążając pierwszą ścieżką, ADHD byłby jedynie bezproblemowym faktem społecznym lub czarną skrzynką, używając terminologii Bruno Latoura (1987: 1–7). Podążając drugą natomiast, zespół nadpobudliwości psychoruchowej jawiłby się jako wynik gry interesów określonych makroaktorów, którzy z pobudek ekonomicznych bądź politycznych i pod płaszczykiem medycznej racjonalności realizują swoje ukryte dla zwykłych ludzi cele.

Celem tej książki jest pokazanie, że zbyt daleko idącym uproszczeniem jest sprowadzenie mechanizmów, jakimi rządzi się medycyna, do któregoś z zarysowanych tu kierunków. Być może na pierwszy rzut oka to, co robią lekarze, bazuje na prostej aplikacji wiedzy o ludzkim ciele, jego organach i procesach życiowych. Medycyna jednakże, jak każda dziedzina wiedzy, naznaczona jest kontrowersjami, nieciągło-

ściami i niepewnościami. Wpływ na nią mają ponadto liczni aktorzy spoza dyskursu medycznego, tacy jak podmioty prywatne czy politycy. Jak będę starał się pokazać, ta kompleksowość, często problematyczna dla kogoś niezaznajomionego z niuansami medycznej praktyki, jest czymś naturalnym. Rozpoznanie jej nie może z konieczności prowadzić do wniosku, że medycyna nie funkcjonuje bądź funkcjonuje źle. Dotyczy to również psychiatrii, która z powodu przedmiotu swojego odniesienia może wydawać się bardziej płynna i mniej ugruntowana niż inne gałęzie wiedzy o ludzkim zdrowiu.

Będę argumentował, że możemy nakreślić tak niebanalny, jak i nienaiwny obraz funkcjonowania medycyny w społeczeństwie. Postaram się wyznaczyć ramy umożliwiające analizę, która nie zgubi kompleksowości współczesnej medycyny, nie wykluczy refleksji krytycznej, a zarazem nie popadnie w zbyt redukcyjne wyjaśnienia. Moim celem jest pokazanie, że nawet jeżeli zaczniemy przyglądać się temu, jak rozwijała się wiedza medyczna na temat określonej jednostki chorobowej, czy jak wyglądają praktyki z nią związane, to nie musimy siłą rzeczy skończyć na nadmiernej krytyce medycyny jako takiej. Musimy jednakże pamiętać, że współczesna medycyna jak nigdy wcześniej związana jest z siłami globalnego kapitalizmu. Mam tutaj na myśli zarówno dobrze opisane w naukach społecznych wpływy koncernów farmaceutycznych na badania naukowe, świadomość społeczną czy zachowania lekarzy, jak i globalny porządek wiedzy, w którym hegemoniczną rolę odgrywa amerykańska biomedycyna. Nie możemy zatem zrezygnować całkowicie z perspektywy krytycznej, i to również jest moim celem: chodzi o zaprezentowanie analizy, w której dostrzeżenie kompleksowości nie prowadzi do nadmiernego sceptycyzmu, a jednocześnie nie gubi gry zakulisowych interesów.

## Socjologia medycyny, zdrowia i choroby: teoria medykalizacji i choroba jako fakt społeczny

Jak każda analiza naukowa, również moja korzysta z pewnych teorii czy ram konceptualnych. Struktura książki pomyślana jest w taki sposób, że poszczególne narzędzia teoretyczne wprowadzane są w porządku problemowym – będę się do nich odwoływał, a zarazem krótko je opisywał, w kolejnych rozdziałach dotyczących ADHD. Niemniej jednak narrację prowadzoną w pracy spajają głównie trzy ramy, o których w tym miejscu chciałbym wspomnieć i podkreślić ich

użyteczność w kontekście interesujących mnie problemów. Tym ramami są prace z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby, teoria aktora-sieci oraz koncepcje Ludwika Flecka i Iana Hackinga, które zbiorczo określam jako socjologię wiedzy medycznej.

W naukach społecznych zjawiska, które interesują mnie w książce, opisuje w dużej mierze teoria medykalizacji. W jej ramach stawia się pytania o to, w jaki sposób różne wymiary praktyki społecznej kształtowane są przez racjonalność medyczną. Zgodnie z teorią medykalizacji, medycyna odgrywa w nowoczesnych społeczeństwach ważną rolę w kształtowaniu myślenia o naszych relacjach społecznych, ciele czy tożsamości. Dzięki ekspansji ekspertyzy medycznej coraz więcej zachowań wcześniej uważanych za normalne bądź akceptowalne staje się czymś, co wymaga medycznej interwencji.

ADHD jest tutaj jednym z lepiej udokumentowanych przykładów, czego wyrazem są analizy Petera Conrada (Conrad 1975; Conrad, Potter 2000; Conrad 2007: 46–69). Amerykański socjolog twierdził, że nadpobudliwość dzieci stała się zachowaniem dewiacyjnym, będącym przedmiotem zinstytucjonalizowanej i opartej na autorytecie medycyny kontroli społecznej. Jego zdaniem jedną z konsekwencji tego procesu jest to, że przestajemy patrzeć na podmioty społeczne przez pryzmat szerszego kontekstu. Medykalizując „kłopotliwe dzieci”, staramy się zmienić jednostkę, a nie społeczeństwo. Takie niebezpieczeństwo również związane jest z medykalizacją nadpobudliwości, która może prowadzić do tego, że

(...) ignorujemy możliwość, że takie zachowanie nie jest chorobą, ale adaptacją do określonej sytuacji społecznej. Odwraca naszą uwagę od rodziny czy szkoły i od niezwykle interesującej idei, że ów „problem” może być związany ze strukturą systemu społecznego. A poprzez dawanie leków w gruncie rzeczy podtrzymujemy tę sytuację i nie pozwalamy, by to zachowanie stało czynnikiem zmieniającym system (Conrad 1975: 19).

Teoria medykalizacji uległa jednakże pewnej ewolucji, o czym szerzej piszę w rozdziale 1. Z czasem zjawisko ekspansji medycyny na różne obszary życia społecznego powiązано z procesem genetyzacji, w wyniku którego „różnice między jednostkami zostają zredukowane do różnic w ich DNA, a większość chorób, zachowań i różnic fizjologicznych jest definiowanych, przynajmniej częściowo, jako uwarunkowanych genetycznie” (Lippman 1991: 18–19; cyt. za: Domaradzki 2012b; por. również: Lemke 2004; Rose 2011; Doma-

radzki 2018). Genetyzacja jest wyrazem szerszego zjawiska, a mianowicie wpływu rozwoju wiedzy i biotechnologii na życie społeczne. Ten aspekt uwypukla w swojej koncepcji Adele Clarke (Clarke *et al.* 2003; Clarke *et al.* 2010). Wraz ze współpracowniczkami zaproponowała ona pojęcie biomedycyzacji, które ma akcentować zmianę w rozwoju wiedzy medycznej polegającą na jej silniejszym niż wcześniej uzależnieniu od rozwoju nowoczesnych biotechnologii czy od neoliberalizmu<sup>2</sup>.

Biotechnologiczny wymiar medycyzacji dostrzec można również w przypadku ADHD. Z uwagi na to, że od pewnego czasu dominującym w psychiatrii paradygmatem jest model biologiczny – ujmujący problemy ze zdrowiem psychicznym w kontekście neuronauk i genetyki – to ADHD postrzegane jest w świecie medycznym jako zaburzenie wrodzone i przekazywane dziedzicznie. Biologiczna definicja zaburzenia leży również u podstaw rozszerzenia w latach 90. stosowalności kryteriów diagnostycznych na dorosłych. Analizując historię wiedzy wokół ADHD – czym zajmuję się szerzej w rozdziale 2 – widać tę zmianę: nadpobudliwość przestała być bowiem problemem wynikłym z kwestii społeczno-środowiskowych (np. związanych z modelem wychowania), a stała się, dzięki medycyzacyjnej ramie, domeną genów, fizjologii czy anatomii mózgu.

Teoria medycyzacji oraz analizy biologizacji i genetyzacji życia społecznego wpisują się w badania prowadzone w ramach socjologii medycyny, zdrowia i choroby. Jak pisała Magdalena Sokołowska, „socjolog medycyny – to socjolog, którego głównym zadaniem jest opis, wyjaśnienie i wskazanie wpływu stosunków społecznych na zjawiska zdrowia i choroby” (Sokołowska 1986: 8). W tak pojemnej formule zawierać się może wiele programów badawczych. Szerokość perspektywy socjologicznej w patrzeniu na medycynę oddaje tradycyjny podział Straussa (Piątkowski 2010: 16; Skrzypek 2012: 158–161), w którym mieszczą się zarówno badania skoncentrowane na funkcjo-

---

<sup>2</sup> Warto odnotować, że pojęcie biomedycyzacji doczekało się krytyki (Conrad 2005; Nowakowski 2015: 58). Wskazuje się bowiem, że medycyzacja od zawsze w swej naturze była biomedycyzacją, ponieważ dokonywała się w kontekście medycyny, które jest w istocie biomedycyną, czyli aktywnością skupioną na ciele, procesach życiowych i organizmie. Dlatego nie ma sensu mówić o osobnym procesie – różnica może mieć jedynie charakter ilościowy (ze względu na rozwój technologii medycznych), a nie jakościowy. Zgadzam się z tą krytyką, dlatego posługuję się tutaj konsekwentnie pojęciem medycyzacji. Niemniej jednak należy pamiętać, że artykuł Clarke i współpracowniczek jest ważnym etapem w rozwoju teorii medycyzacji.

nowaniu instytucji medycznych (*sociology of medicine*), jak i te mające bardziej aplikacyjny charakter, ponieważ dotyczące między innymi społecznych przyczyn różnych problemów ze zdrowiem (*sociology in medicine*). Michał Skrzypek dodaje do tego podziału jeszcze trzeci aspekt, który integruje różne podejścia w ramach refleksji socjomedycznej:

Nowe ujęcie promuje partnerstwo socjologów i lekarzy w realizacji badań, a ponadto ma wymiar integracyjny, obejmuje bowiem zarówno nacychylone krytycznie, socjologiczne badania „o medycynie”, jak i badania aplikacyjne, dopełniające teoretyczną i kliniczną wiedzę biomedyczną o podmiotowe oraz kontekstualne aspekty zdrowia i choroby (Skrzypek 2013: 10).

Badania, które stanowią podstawę analiz prowadzonych w tej książce, nie mają co prawda charakteru aplikacyjnego, jednakże sytuują podejmowane przez mnie problemy w szerokiej ramie, obejmującej nie tylko tradycyjną socjologię medycyny, skupioną na wymiarze instytucjonalnym, ale również refleksje z zakresu socjologii zdrowia i choroby (Tobiasz-Adamczyk 1998: 13–20). Ta ostatnia skoncentrowana jest często na konkretnych jednostkach medycznych. Badacze i badaczki sytuujący się w tym nurcie zainteresowani są również pozainstytucjonalnymi, a zarazem niezwiązanymi bezpośrednio z systemem medycznym czynnikami kształtującymi społeczny obraz zdrowia i choroby. Przedmiot zainteresowania w przypadku pojęcia „choroba” jest również bardzo szeroki, gdyż nie ogranicza się jedynie do badania instytucji czy zawodów medycznych, ale również koncentruje się na takich zjawiskach jak subiektywne doświadczenie choroby, ciało, leczenie niemedyczne czy promocja zdrowia. Jak wskazują Michał Skrzypek, Kazimierz Popielski i Ewa Albińska, „nazwa subdyscypliny w brzmieniu »socjologia choroby, zdrowia i medycyny« jest bardziej adekwatna w stosunku do rzeczywistego zakresu zainteresowań badawczych socjologów medycyny” (Skrzypek, Popielski, Albińska 2010: 31).

Prace z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby stanowią dla mnie ważny punkt odniesienia. W ramach tej subdyscypliny prowadzi się refleksję teoretyczną nad tym, w jaki sposób dochodzi do społecznej obiektywizacji jednostek medycznych, oraz dokonuje studiów przypadku, szczegółowo obrazując proces medykalizacji. Jest to niezwykle cenne dla analiz, które prowadzę w książce. Chodzi mi bowiem o prześledzenie procesów, których rezultatem jest



społeczne ugruntowanie medycznego sposobu konceptualizowania pewnego zespołu zjawisk. Mówiąc krótko, interesuje mnie społeczny wymiar choroby czy zaburzenia psychicznego<sup>3</sup>. Oznacza to dla mnie nie tylko to, że choroba jest społecznie przeżywana czy ma przyczyny społeczne (choć nie neguję tych dwóch wymiarów). Mam tutaj na myśli przede wszystkim fakt, że społeczna obiektywizacja jednostek chorobowych powiązana jest z różnymi procesami społecznymi i zakorzeniona w różnych wymiarach społecznej praktyki. Choroba nie jest tylko domeną ciała, nie jest również jedynie czymś, co się leczy. Choroba istnieje w sensie społecznym również dzięki różnym instytucjom i kanałom wymiany informacji, aktorom o globalnym bądź lokalnym zasięgu oddziaływania. Choroby mają także swoją historię, to znaczy ich pojawienie się związane jest z określonym kontekstem społecznym. Te wszystkie wymiary – które przyczyniają się do tego, że choroba jest nie tylko jednostką medyczną, ale również elementem świata społecznego – interesują mnie najbardziej. Mówiąc w skrócie: choroba ma charakter społeczny, ponieważ jest faktem społecznym. I tak też rozumiem proces medykalizacji – jako stopniowy proces zmierzający do zobiektywizowania i uspołecznienia określonego fenomenu jako problemu zdrowotnego.

W socjologii medycyny, zdrowia i choroby istnieją pewne modele teoretyczne, do których można odwołać się w kontekście medykalizacji rozumianej jako proces obiektywizacji społecznej. Czerpiąc z polskiej socjologii medycyny, bardzo pomocną konceptualizację zaproponował Włodzimierz Brodniak (2000: 13). Sprowadza on społeczne istnienie choroby psychicznej do świadomości społecznej i zastana-

---

<sup>3</sup> W tekście posługuję się pojęciami „choroba” i „zaburzenie” wymiennie, chociaż nie jest to zgodne ze sposobem, w jaki terminy te wykorzystuje psychiatria. Termin choroba psychiczna wiąże się z silnymi stanami psychotycznymi, zaś zaburzenie dotyczy różnego rodzaju dysfunkcji. Poza tym „choroba” konotuje przejściowy stan, który znika wskutek odpowiedniej interwencji, zaś „zaburzenie” może być czymś trwałym. Pojęcie choroby psychicznej związane jest ponadto ze stygmatyzacją społeczną, dlatego by „oswoić” problemy z psychiką, wykorzystuje się mniej nacechowane pojęcie zaburzenia. Decyduję się zignorować ten podział, ponieważ moja analiza dotyczy procesu medykalizacji, który umieszcza różne zjawiska w kontekście wiedzy biologicznej. Z tej perspektywy ADHD jest chorobą, ponieważ zgodnie z przyjętą wiedzą wynika z organicznych przyczyn, ma charakter chroniczny (jak dla przykładu cukrzyca) i często wymaga leczenia farmakologicznego. Do podziału choroba/zaburzenie swobodnie podchodzili również moi respondenci, w tym psychiatrzy.

wia się, jakie elementy i procesy decydują o tym, że dana jednostka postrzegana jest przez członków społeczeństwa w określony sposób. Wymienia trzy rodzaje norm, które kształtują świadomość społeczną choroby: medyczne, społeczno-kulturowe i moralno-prawne (Brodniak 2000: 13). O obiektywizacji jednostki medycznej decydują zatem normy związane z praktyką medyczną (takie jak sposoby diagnozowania czy klasyfikowania), otoczeniem prawno-instytucjonalnym (w których choroba psychiczna staje się również ważną kategorią biurokratyczną i jurydyczną) i kulturą (wyznaczającą potoczny obraz choroby psychicznej). Brodniak przyjmuje ponadto założenie relatywistyczne, które przyświeca również mnie:

(...) koncepcje i postrzeganie społeczne choroby psychicznej są historycznie i przestrzennie (geograficznie) zmienne, zarówno jeśli chodzi o poglądy na temat etiologii, klasyfikacji, diagnozy i metod leczenia choroby, jak i jej oceny społecznej, moralnej i prawnej, a także sposobów postępowania z chorymi psychicznie (Brodniak 2000: 13).

Równie ciekawą propozycję przedstawia Phil Brown (1995). W jego wizji ważnym składnikiem obrazu choroby jest wiedza medyczna, którą socjolog powinien brać pod uwagę w swoich analizach. Brown stara się kompleksowo podejść do problemu społecznego konstruowania jednostki chorobowej i wprowadza kilka typologii, które wydają się pomocnymi wskazówkami. Po pierwsze, społeczne sensy dotyczące zdrowia i choroby mogą być kształtowane na trzech poziomach: mikropoziomie (jednostka i jej samoświadomość), mezopoziomie (instytucje i praktyka medyczna) i makropoziomie (czynniki strukturalne). Ten ostatni jest szczególnie interesujący, ponieważ otwiera furtkę do badania medykalizacji w kontekście procesów ekonomicznych czy globalizacyjnych. Po drugie, Brown dzieli choroby na cztery kategorie w zależności od stopnia społecznego umocowania. Obiektywizacja choroby jest tutaj procesem stopniowalnym. Te cztery kategorie to:

- 1) jednostki akceptowane jako choroby, gdyż zarówno są umiejscowione w obrębie systemu biomedycyny, jak i są społecznie akceptowane jako takie (np. choroby zakaźne);
- 2) jednostki jedynie zmedykalizowane, czyli włączone w obręb biomedycyny, ale niecieszące się szeroką legitymizacją społeczną (tutaj można umieścić ADHD, które jest pełnoprawnym elementem dyskursu medycznego, ale bywa przedmiotem kontestacji);

- 3) jednostki kontestowane, których status nie jest jednoznaczny nawet w obrębie biomedycyny (np. choroby związane z długotrwałym oddziaływaniem trujących substancji);
- 4) jednostki, które mogą być w przyszłości zmedykalizowane (tutaj Brown pisze o genetycznych predyspozycjach).

Po trzecie wreszcie, Brown wyszczególnia stadia społecznego konstruowania choroby: identyfikację, doświadczenie jednostkowe, proces leczenia, rezultat leczenia. W stadium identyfikacji wyróżnia dodatkowo aktorów, którzy mogą być źródłem uznania określonego zjawiska za chorobę, a tym samym stanowią inicjatorów medykalizacji. Są to: pacjenci, ruchy społeczne, przedstawiciele profesji medycznych, przedstawiciele innych instytucji publicznych.

W ramach socjologii medycyny, zdrowia i choroby przeprowadzono ponadto wiele studiów przypadku, które do pewnego stopnia przypominają moje badania nad medykalizacją nadpobudliwości i stanowią dla mnie ważne źródło inspiracji. Myślę tutaj nie tylko o wspomnianych już pracach Conrada, ale również między innymi o studium nad zespołem stresu pourazowego (Young 1995), dysocjacyjnym zaburzeniem osobowości (Hacking 1995), chorobą afektywną dwubiegunową (Healy 2008) czy depresją (Horwitz, Wakefield 2007). Są one nie tylko źródłem wiedzy na temat psychiatrii – jej wpływu na życie społeczne oraz jej znaczenia w kontekście procesu medykalizacji – ale też dostarczają pewnych wskazówek, w jaki sposób analizować stawanie się zaburzenia psychicznego faktem społecznym. Pokazują, w jakich obszarach społecznych szukać mechanizmów, które sprawiają, że jednostka medyczna staje się pełnoprawnym elementem świata społecznego. Wskazują one zarówno na kompleksowość społecznej obiektywizacji (podkreślając rolę różnych czynników, od roli wiedzy i praktyk medycznych, przez działania instytucji medycznych i pozamedycznych czy procesów makrostrukturalnych, na świadomości potocznej kończąc), jak i akcentują historyczny wymiar wyłaniania się medycznych faktów społecznych.

## Teoria aktora-sieci: relacyjne fakty społeczne i ontologia

Drugą ramą teoretyczną jest teoria aktora-sieci (*actor network-theory* – ANT). ANT wyrasta z socjologii wiedzy naukowej (Sojak 2004: 233–266). Badacze i badaczki funkcjonujący w tym nurcie zajmują się historią nauki, praktyką laboratoryjną, wpływem innowa-

cji technologicznych na społeczeństwo czy kontrowersjami naukowo-społecznymi. Z teorii aktora-sieci wyrastają tak zwane studia nad nauką i techniką (*science and technology studies* – STS), które zajmują się współczesną technonauką (Bińczyk 2012). Metodologię ANT wykorzystywano do badania relacji władzy (Law 1986a), procesów ekonomicznych (Callon 1998), prawnych (Latour 2009), a także praktyki medycznej (Mol 2002). Bruno Latour, jeden z najbardziej znanych przedstawicieli opisywanego tutaj nurtu, podjął ponadto próby uczy-nienia z ANT teorii społecznej (Latour 2010).

ANT jest dla mnie interesującą propozycją teoretyczną z dwóch powodów. Po pierwsze, stanowi dobre uzupełnienie prac z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby w kontekście analizy wyłaniania się jednostki chorobowej jako faktu społecznego. Po drugie, skupiając się na praktyce i kontrowersjach naukowo-społecznych oraz wprowadzając specyficzne rozumienie ontologii obiektu medycznego, stanowi propozycję, która wydaje się zarówno oddawać kompleksowość współczesnej medycyny, jak i nie popadać w którąś ze zidentyfikowanych przeze mnie tu skrajności. Nie będę w tym miejscu omawiał ze szczegółami teorii aktora-sieci<sup>4</sup>. Jej poszczególne narzędzia teoretyczne będę wprowadzał w kolejnych rozdziałach. W tym miejscu wskażę jedynie kilka ogólnych założeń, które przyjmuję w swojej analizie.

ANT zakłada, że społeczeństwo jest zbiorem heterogenicznych czynników, które tworzą razem dynamiczną i złożoną sieć zależności (Bińczyk 2005). Oznacza to, że każde zjawisko społeczne ma charakter hybrydyczny, a jego obiektywizacja odbywa się w różnych obszarach praktyki. Choroba jest tutaj dobrym przykładem. Przynależy do świata medycyny, może być przedmiotem zainteresowania naukowców, a jednocześnie jej definicja może określać działania różnych instytucji (na przykład opiekuńczych czy prawnych) oraz być elementem doświadczenia potocznego. Każdy z tych obszarów to odrębny system relacji, mechanizmów i procesów, które dopiero razem dają skutek w postaci zobiektywizowanego faktu społecznego.

Ważnym i, jak twierdzą badacze oraz badaczki z kręgu ANT, często pomijanym przez socjologów aspektem relacyjnych sieci są czynniki materialne, nazywane przez teorię aktora-sieci aktorami poza-

---

<sup>4</sup> W literaturze polskiej funkcjonuje wiele doskonałych opracowań ANT: Abriszewski 2008a; Bińczyk 2007: 193–250; Sojak 2004: 233–266; Nowak 2011: 185–227; Afeltowicz 2012a.

ludzkimi (Latour 1992; 2013; Abriszewski 2008b). Przedmioty codziennego użytku, innowacje technologiczne, elementy przestrzeni miejskiej, klasyfikacje bądź systemy metrologiczne – wszystkie te czynniki nie są jedynie tłem dla praktyk społecznych, ale je w dużej mierze określają. Może to oczywiście przyjmować całą masę różnych form – aktorzy pozaludzcy mogą dyscyplinować, zwiększać kompetencje poznawcze czy organizować pracę dużej grupy ludzi. W kontekście medycznym dobrym przykładem są chociażby opisywane przez Atula Gawande checklista (Gawande 2012; Nowak, Abriszewski, Wróblewski 2016: 41–49), które służą chirurgom, czy recepty, o których pisała Magdalena Sokołowska:

Recepta pokrywa (...) niepewność lekarza co do słuszności postępowania w wątpliwych przypadkach, stanowi dowód, że robi on coś pozytywnego i panuje nad sytuacją. Może również być dowodem, że lekarz dba o pacjenta. Recepta skraca także czas wizyty. Dłuższa rozmowa, wsłuchiwanie się w to, co mówi pacjent, wyjaśnienie działania poszczególnych leków i możliwości obejścia się bez nich itp. wpływają, jak wykazały badania, na znaczne zmniejszenie się liczby wypisywanych recept. Stanowi to jednak niewątpliwie pewien luksus w sytuacji, kiedy poczekalnie są stale przepełnione. Przepisanie recepty może mieć jednak skutki, które wykraczają poza daną wizytę. Fakt wypisania recepty pośrednio przekonuje bowiem pacjenta, że jego problem nadaje się do leczenia przez lekarza. Ma to więc wpływ na przyszłe oczekiwania i zachowania pacjenta (Sokołowska 1986: 105–106).

W moim studium jednym z najważniejszych aktorów pozaludzkich jest system klasyfikacji zaburzeń psychicznych, który nie tylko opisuje jednostki chorobowe, ale również ma wiele ważnych konsekwencji dla procesu medykalizacji (o czym będę pisał głównie w rozdziałach 2, 3 i 4).

ANT przyjmuje inną niż klasyczna socjologia koncepcję faktu społecznego (Latour 2010: 5–38). Pisząc klasyczna, mam na myśli oczywiście ujęcie Émila Durkheima (2007), dla którego fakt społeczny miał charakter ponajednostkowy, a jego realność związana była z wpływem, jaki wywiera on na jednostki. Różnica między ujęciem francuskiego socjologa a tym, które proponuje teoria aktora-sieci, ma charakter zarówno ontologiczny (jak istnieje fakt społeczny?), jak i metodologiczny (jak badać fakty społeczne?). Po pierwsze, nie da się w zjawiskach istniejących w społeczeństwie odróżnić komponentów społecznych od niespołecznych.

Choroba jest tutaj idealnym przykładem, gdyż ważnym składnikiem jej społecznego funkcjonowania jest wiedza o procesach biologicznych. Choroba istnieje zarazem jako coś biologicznego i społecznego. Idąc tym tropem, zakładam, że w analizie procesu medykalizacji musi się brać pod uwagę obydwa te wymiary, czyli skupiać się, dla przykładu, zarazem na ekspansji instytucji medycznych, jak i na rozwoju wiedzy naukowej. Po drugie, interesuje mnie nie tyle to, jak fakt społeczny wpływa na jednostki, ale również to, jak powstał, to znaczy co przyczyniło się do tego, że dane zjawisko zobiektywizowało się na tyle, by określić jednostkowe praktyki społeczne. Perspektywa przyjęta przez Durkheima zakładała, że fakty społeczne są bytami już istniejącymi, mnie natomiast interesuje również moment wcześniejszy, czyli procesy, które przyczyniły się do wyłonienia się faktu społecznego. ANT stara się opisywać fenomeny społeczne w trakcie ich tworzenia (Latour 2010: 39–60). Teorię aktora-sieci mniej interesują zjawiska statyczne, a bardziej to, jak zostały one ukonstytuowane jako takie. Dla teorii aktora-sieci istotne jest pytanie o procesy, czynności aktorów i zjawiska, które w dynamicznych sieciach relacji stabilizują ład społeczny. To prowadzi do analizowania tego, jak wytwarzane są fakty społeczne. Z tej perspektywy badanie różnych zjawisk społecznych jest odkrywaniem kolejnych warstw ich obiektywizacji, wejściem za kulisy ustanawiania rzeczywistości społecznej.

Zdaniem Andrzeja W. Nowaka ANT wpisuje się w tak zwany zwrot ontologiczny, gdyż stawia pytanie o praktyki stabilizujące i destabilizujące istnienie określonych fenomenów społecznych (Nowak 2016: 221–222). Zwraca również uwagę na procesy wytwarzania ładu społecznego. Ten specyficzny rys teorii aktora-sieci dobrze oddaje pojęcie metodologii ontologicznej Johna Lawa (Law 2004: 154–156), która nakazuje „skupienie na momencie łączenia, budowania, sklejania” (Nowak 2016: 296). Ważne w tym kontekście jest założenie o mnogiej ontologii, zgodnie z którym istnienie określonych obiektów czy procesów społecznych związane jest ze specyficznym kontekstem, wyznaczanym przez elementy relacyjnej sieci. Innymi słowy, różne reżimy wiedzy, praktyki stabilizujące, narzędzia, standardy mogą wytwarzać różne zjawiska, nawet jeśli dla aktorów społecznych będą one nosić jedną nazwę. Tutaj wyzwaniem staje się uzgadnianie tych różnych perspektyw, co również jest ważnym składnikiem procesu społecznej obiektywizacji. W rozdziale 4 pokażę, jak mnoga jest ontologia ADHD – czym innym jest ono dla psychiatrów, czym innym dla psychologów i nauczycieli, a mimo to wszystkie grupy potrafią z sobą współpracować.

Ontologiczny rys teorii aktora-sieci jest dla mnie cenny również dlatego, że wydaje się być ramą, która nie prowadzi do zbyt redukcyjnego ujmowania wiedzy i praktyki medycznej. ANT daje możliwość – głównie dzięki relacyjnej ontologii społecznej i podkreśleniu roli materialności – uniknięcia redukcjonizmu charakterystycznego dla prostego konstruktywizmu społecznego, co w przypadku analizy procesu medykalizacji jest niezwykle ważne. Zwrot ontologiczny teorii aktora-sieci związany jest bowiem z polemiką między konstruktywizmem społecznym a realizmem (Nowak 2016: 221). Konstruktywizm społeczny to stanowisko odnoszące się głównie do kwestii epistemologicznych (Zybertowicz 1995: 108–157). I chociaż co do zasady trudno się z konstruktywizmem nie zgodzić (koniec końców nasz ogląd zjawisk społecznych wynika z ograniczeń poznawczych, jakie narzucają kultura czy wspólnota interpretacyjna), to bardzo łatwo popaść tutaj w przesadę. Dotyczy to zwłaszcza statusu ontologicznego badanych zjawisk. Istnieje bowiem pokusa, by o bytach skonstruowanych społecznie myśleć jako o mniej realnych.

Dla moich analiz kwestia ta ma zasadnicze znaczenie. Wyrażony przeze mnie wcześniej dylemat – czy analizować świat medycyny, ufając jej autorytetowi, ale gubiąc perspektywę krytyczną, czy pokazywać zakulisowe wymiary medykalizacji, ale narażać się na popadnięcie w nadmierny sceptycyzm? – można bowiem sprowadzić do pytania, czy zaburzenia psychiczne istnieją obiektywnie, czy też są konstruowane społecznie? Jeżeli, dla przykładu, medykalizacji podlega obniżony poziom nastroju, to czy depresja jest prawdziwą jednostką medyczną, związaną z genami i neurofizjologią, czy raczej skonstruowanym społecznie bytem, istniejącym przede wszystkim subiektywnie? Socjologiczna analiza medykalizacji bardzo szybko napotyka ten problem, czego wyrazem było w moim przypadku zasygnalizowane tu pytanie: „Czy ADHD naprawdę istnieje?”. Biorąc pod uwagę spór konstruktywizmu z realizmem, pytanie to jest pewną pułapką, ponieważ automatycznie przychodzą na myśl dwie odpowiedzi: 1) tak, ADHD istnieje, ponieważ jest kondycją ludzkiego organizmu, jego symptomy bazują na wyposażeniu genetycznym i związane są z procesami neurofizjologicznymi; 2) nie, ADHD nie istnieje, ponieważ jest tylko konstruktem kulturowym, źródłem dochodu koncernów czy chwilową modą. Z różnych powodów podążanie za którąś z tych ścieżek nie jest satysfakcjonującym rozwiązaniem. Pierwsza odpowiedź wiedzie na ścieżkę realistycznego ujmowania rozwoju wiedzy medycznej, która nie wydaje mi się całkowicie ade-

kwatna, ponieważ pomija szeroko rozumiany wpływ społeczny. Gubi również kontrowersje i nieciągłości związane z wiedzą i praktyką medyczną. Druga odpowiedź – przyjmująca konstruktywistyczny sposób myślenia – budzi wiele wątpliwości. Po pierwsze, pomija się tutaj wpływ, jaki na obiektywizację choroby ma sama wiedza i praktyki medyczne. Tak jak nie wystarczy, by choroba do swojego istnienia społecznego posiadała jedynie etiologię, metody diagnostyczne i terapeutyczne, tak też nie wystarczy, by była tylko i wyłącznie skonstruowana na poziomie instytucji publicznych czy dyskursu popularnego. Po drugie, przyjęcie tezy o tym, że zaburzenie psychiczne jest jedynie skonstruowane, obniża jego status ontologiczny. Jak wskazują w kontekście socjologicznego namysłu nad zdrowiem i chorobą Timmermans i Haas (2008: 670), konstruktywizm społeczny może bardzo łatwo doprowadzić do nadmiernego sceptycyzmu i tym samym przerodzić się w delegitymizowanie skuteczności medycyny. Przykładem może być tutaj Thomas Szasz, jeden z głównych przedstawicieli ruchu antypsychiatrycznego, a także w ostatnim okresie twórczości wielki krytyk koncernów farmaceutycznych. Szasz przyjmuje konstruktywistyczną ontologię zaburzeń psychicznych, gdyż uważa, że reguły określające normę i patologię zależne są w głównej mierze od wpływu ekspertów medycznych czy polityków. Pisze on, że „nowych chorób nie można wynaleźć (*invented*); trzeba je odkryć (*discovered*)”, w psychiatrii zaś standardy definiowania patologii są płynne, ponieważ „poddają się określanii przez medyczne i polityczne autorytety, czy opinię publiczną” (Szasz 2007: 45). Jednym z głównych celów mojej książki jest pokazanie, że medycyna, przede wszystkim psychiatria, nie funkcjonuje tak prosto, jak chciałby tego Szasz. Nie jest bowiem łatwo przeprowadzić granicy między chorobami „wynalezionymi” a „odkrytymi”.

Teoria aktora-sieci daje narzędzia do tego, by unikać tych pułapek, głównie dzięki temu, że nakazuje koncentrować się na szeroko rozumianej praktyce i procesualności. Według ANT to w działaniach poszczególnych aktorów-sieci konstytuuje się obiektywność. I to na nich przede wszystkim powinna skupiać się analiza mająca na celu odkrycie, jak dane zjawisko staje się faktem społecznym. Jednocześnie ANT przyjmuje, że praktyka jest obszarem heterogenicznym, naznaczonym niepewnością, grą zróżnicowanych sił oraz kontrowersjami. Nie oznacza to, że mamy do czynienia z wszechogarniającym chaosem. W rozdziale 4 pokażę, że jest to bardziej adekwatny obraz medycyny niż ten, który pragnie nakreślić podejście oparte bądź na prostym realizmie, bądź na konstruktywizmie społecznym.



Warto również podkreślić, że traktuję wprowadzone tutaj ramy konceptualne jako wobec siebie komplementarne. Każda z nich ma bowiem swoje ograniczenia, jednakże używane razem stają się niezwykle pomocnym narzędziem w analizie. Studia z zakresu teorii aktora-sieci często są krytykowane za nadmierne skupianie się na szczegółowych opisach studiów przypadku i nieumieszczanie badanych przez siebie zjawisk w szerszym kontekście. Owym szerszym kontekstem mogą być dla przykładu historia bądź relacje władzy. Taką krytykę przeprowadza wspomniany już Nowak, który słusznie zarzuca Annemarie Mol i Marianne de Laet niebranie pod uwagę kontekstu kolonialnego w ich analizie funkcjonowania technologii pompy wodnej w Zimbabwie (Nowak 2016: 222). Podejście teorii aktora-sieci może ponadto utrudniać badaczom dokonywanie syntez czy wyciąganie teoretycznych wniosków. Jak twierdzi Radosław Sojak, ANT uprawia socjologię „niskich lotów”:

Przedstawiciele ANT właśnie w uczynieniu z elementów nie-ludzkich równoprawnego przedmiotu analizy upatrują teoretycznej odrębności swojego projektu. Kluczem ich metodologii pozostaje dyrektywa „podążania za aktorami” (ludzkimi i nie-ludzkimi). (...) Jednocześnie zupełnie wprost ANT wyzybywa się (przynajmniej deklaratywnie) wszelkich ambicji wyjaśniania zjawisk. (...) Efekt takiego posunięcia jest jednak dla socjologii dość druzgoczący. Oto zostaje ona sprowadzona właściwie do swoistej etnografii świata społecznego, której dokonywać ma przy użyciu obcego jej słownika, podążając ścieżką wyznaczoną przez ANT. (...) Reformując socjologię, przedstawiciele ANT w punkcie wyjścia ograniczają dostępny jej pułap i podcinają skrzydła, ograniczając do żmudnej ideografii bez nadziei choćby na teoretyczną syntezę (Sojak 2015: 218–219).

Trzeba jednak pamiętać, że socjologia medycyny, zdrowia i choroby może pozostawać na wysokim poziomie ogólności. Taki problem identyfikują dla przykładu Timmermans i Haas (2008), badacze poruszający się w ramach ANT. Twierdzą oni, że socjomedyczne analizy zbyt często dokonują nieuprawnionych generalizacji i nie uchwytują specyfiki badanych przez siebie przypadków. W związku z tym, ich zdaniem, socjologowie powinni częściej skupiać się na analizowaniu pojedynczych chorób, traktując je jako autonomiczne zjawiska, które podlegają specyficznej dynamice i wiążą się ze specyficznymi procesami. Timmermans i Haas postulują ponadto, by socjologowie przewyciężyli podział na *disease* i *illness*, gdyż to ogranicza ich badania. Jak wiadomo, *disease* jest określeniem oznaczającym chorobę

w sensie organicznym, natomiast *illness* to choroba w sensie subiektywnym, przeżywana przez jednostkę w określonym kontekście kulturowym. W tradycyjnej socjologii medycyny przedmiotem badań miała być jedynie *illness*, natomiast *disease* pozostawiano lekarzom (Kleinman 1989: 4–6). Przewyciężenie tego podziału ma polegać na tym, że socjolog badający jednostkę medyczną nie powinien bać się zapuszczać na obszar zarezerwowany jedynie dla medycznych profesjonalistów. Dogłębna analiza choroby musi brać pod uwagę nie tylko subiektywne sensory, jakie przypisują swojej kondycji pacjenci, ale również ekspercką wiedzę oraz techniczne aspekty praktyki medycznej.

Mając na uwadze te ograniczenia, uważam jednocześnie, że połączenie z sobą obydwu perspektyw może przynieść płodne poznawczo rezultaty. Socjologia medycyny, zdrowia i choroby daje mi narzędzia do szerszego spojrzenia na zjawiska społeczne, które kształtują wiedzę i praktykę medyczną czy społeczny obraz zaburzeń psychicznych. Teoria aktora-sieci z kolei pozwala na dostrzeżenie szczegółów i niuansów, dzięki którym uniknę upraszczających generalizacji.

## Socjologia wiedzy medycznej: Ludwik Fleck i Ian Hacking

Ważnym elementem mojej analizy medykalizacji nadpobudliwości jest prześledzenie rozwoju wiedzy medycznej. Interesować mnie będzie to, kiedy i dlaczego w naukach medycznych zaczęto interesować się problemem „niegrzecznych” dzieci oraz to, jakie procesy społeczne kryją się za ewolucją wiedzy na temat nadpobudliwości. W naukach społecznych subdyscypliną, która posiada narzędzia do tego, aby badać tego typu proces, jest socjologia wiedzy. Wspominałem już, że teoria aktora-sieci wyrasta z socjologii wiedzy naukowej. Wśród różnych koncepcji zdecydowałem się na wykorzystanie dwóch – socjologii wiedzy Ludwika Flecka oraz ontologii historycznej Iana Hackinga. Zarówno polski mikrobiolog, jak i kanadyjski filozof nie tylko dostarczają narzędzi, by badać społeczną historię wiedzy, ale również ich twórczość skoncentrowana jest na medycynie.

Fleck był polskim mikrobiologiem żydowskiego pochodzenia. Jako asystent Rudolfa Wegila uczestniczył w badaniach, które zakończyły się stworzeniem pierwszej szczepionki przeciwko tyfusowi

plamistemu (Kola 2008). Dla humanistyki i nauk społecznych Fleck zasłużył się głównie refleksjami z zakresu socjologii wiedzy i historii medycyny. Jest on autorem wydanej w 1935 roku książki *Powstanie i rozwój faktu naukowego*. Tezy tam zawarte stanowią do dziś kanon socjologicznej refleksji nad rozwojem nauki<sup>5</sup>. Zaświadcza o tym fakt, że z koncepcji Flecka korzystał Thomas Kuhn, a jego teoria rewolucji naukowych i wizja funkcjonowania nauki dużo zawdzięczają pracom polskiego mikrobiologa (Löwy 2004). Prace Flecka są dziś cytowane w literaturze z zakresu studiów nad nauką i techniką. Są one również uważane za kanon w socjologii medycyny, zdrowia i choroby. Zdaniem Kevina White'a, autora podręcznika *An Introduction to Sociology of Health and Illness*, Fleck przyczynił się do lepszego zrozumienia problemu społecznego uwarunkowania rozwoju wiedzy medycznej i w tym zakresie jego refleksja ma charakter pionierski (White 2017: 23–31).

Inspiracje płynące z koncepcji Flecka są dla mnie ważne na dwóch poziomach. Po pierwsze, chodzi o refleksję nad rozwojem wiedzy naukowej. W tym sensie refleksja Flecka jest dla mnie użyteczna jako narzędzie do prowadzenia analizy z zakresu socjologii wiedzy. Po drugie, chodzi o wizję medycyny; zarówno o jej historię, jak i sposób funkcjonowania. Tutaj Fleck jest dla mnie inspiracją głównie w zakresie socjologii medycyny, zdrowia i choroby.

Podstawowym wymiarem teorii Flecka jest przekonanie o kolektywnym wymiarze produkcji wiedzy. Zdaniem polskiego mikrobiologa naukowcy dochodzą do swoich odkryć nie indywidualnie, ale poprzez uczestnictwo we wspólnotach, które Fleck nazywa kolektywami myślowymi. Kolektywy myślowe to „wspólnota ludzi związanych wymianą myśli lub wzajemnym oddziaływaniem intelektual-

---

<sup>5</sup> Według Andrzeja Zybertowicza socjologię wiedzy podzielić można na klasyczną i nie-klasyczną. Ta pierwsza, związana z takimi nazwiskami jak Max Scheler czy Karl Mannheim, ujmowała społeczny wpływ na rozwój wiedzy w sposób redukcjonistyczny. W tym podejściu wskazuje się, że „o ile determinacja społeczna dotyczy wiedzy potocznej, takich zjawisk jak moda, style artystyczne lub stereotypy rasowe (...), to już koncepcje nauk przyrodniczych, a zwłaszcza matematyki, są od wskazanych wpływów wolne” (Zybertowicz 1995: 20). Nieklasyczna socjologia wiedzy idzie o krok dalej, ponieważ rozpoznaje, że „w s z y s t k i e rodzaje wiedzy są głęboko uwikłane w (...) konteksty kulturowe, w jakich funkcjonują” (Zybertowicz 1995: 22; wyróżnienie w oryginale – przyp. M.W.). Podejście Flecka – głównie z uwagi na jego koncepcję stylów i kolektywów myślowych – można zaklasyfikować jako przykład podejścia nieklasycznego (por. Rydlewski 2009).

nym” (Fleck 1986: 68; por. również: Afeltowicz, Sojak 2015: 49–54; Rydlewski 2016: 111–153). Jest to zatem grupa badaczy, która posługuje się podobnymi teoriami, paradygmatami, narzędziami itd. Funkcjonowanie kolektywu myślowego wyznacza ponadto specyficzny dla grupy sposób myślenia i interpretowania rzeczywistości, czyli tak zwany styl myślowy. Koncepcje kolektywów i stylów myślowych związane są z przekonaniem Flecka, że „naukowiec zawsze w sposób nieuchronny jest socjalizowany do funkcjonowania w jakiejś konkretnej wspólnocie”, która to wspólnota charakteryzuje się „nie tylko pewnymi zestawami norm metodologicznych czy procedur komunikacji wyników, ale przede wszystkim dostarcza jednostce środków konceptualnych, metafor i kategorii, za pomocą których może ona realizować swoje prace” (Afeltowicz 2012a: 48). Styl myślowy działa na zasadzie epistemologicznego przymusu – stanowi wyraz wiedzy milczącej, która organizuje pracę naukową, wyznaczając zarówno sposoby postępowania badawczego, jak i sam proces postrzegania. Jest to oczywiście związane z kontekstem historycznym i kulturowym.

Innym ważnym elementem refleksji z zakresu socjologii wiedzy jest pogląd Flecka na upowszechnianie się twierdzeń naukowych. Autor *Powstania i rozwoju faktu naukowego* twierdzi, że współcześnie wiedza krąży między dwoma kręgami. Jednym z nich jest krąg specjalistów i ekspertów (ezoteryczny), drugim natomiast – szeroko rozumiana opinia publiczna (krąg egzoteryczny). Fleck uważa, że nauka nie tyle jest produkowana w kolektywach badawczych, ile z czasem ulega daleko idącemu uspołecznieniu. To uspołecznienie zaś popularyzuje wiedzę, upowszechnia ją wśród nienaukowców oraz petryfikuje jej obiektywność i nieproblematyczność. Interesujący mnie mechanizm przechodzenia twierdzeń naukowych, a zarazem kształtowania się społecznego autorytetu nauki, dobrze oddaje Michał Rydlewski:

(...) specjaliści jakichś konkretnych dyscyplin tworzą wiedzę tymczasową (publikują w czasopismach), fachowcy ogólni na tej podstawie tworzą wiedzę podręcznikową, która „ustala” fakty i uzgadnia czy dopasowuje (co wiąże się z jej zmianą) wiedzę specjalistów do tej już zastanej. Opanowanie wiedzy podręcznikowej stanowi konieczny warunek wejścia do kręgu ezoterycznego. Rola tej wiedzy polega na tym, że powstałe tam pojęcia zobowiązują każdego fachowca. Konstytuuje się zatem pewien przymus myślowy, który z jednej strony określa to, co nie może być inaczej pomyślane, co ma być pominięte lub niezauważone, i z drugiej strony to, na co należy kierować poznawczą uwagę (...). Podręcznik, twierdzi Fleck, zmienia sąd subiektywny autora publikującego w czasopiśmie

fachowym w udowodniony fakt. W miejsce zwrotów w rodzaju „wydaje się, że...” pojawiają się twierdzenia w stylu „jest tak a tak”. Kolejnym etapem krążenia myśli jest książka popularna. Trafiający do niej fakt naukowy zmienia się w bezosobowy przedmiot – staje się rzeczą. (...) Książka popularna tworzy ze zgodnego z aktualnie panującym systemem nauki faktu udowodnionego – postać bezpośrednio postrzegalną. Nie poświęca się już uwagi dowodom, działać zaczynają autorytet oraz językowa formuła, że „uczeni odkryli, że...” i odpowiednia heroizacja autorów odkrycia (Rydlewski 2016: 131).

Te inspiracje mogą z powodzeniem być wykorzystane w badaniach z zakresu socjologii wiedzy w odniesieniu do różnych dziedzin nauki. Fleck jednakże wykorzystywał swoje koncepcje głównie w analizach dotyczących medycyny. Jak twierdzi Bożena Płonka-Syroka, Fleck „posługując się przykładami z historii medycyny, wskazuje, że fakty naukowe mają charakter relatywny, coś zostaje bowiem za fakt uznane, utrzymuje ów status w określonym czasie historycznym, po czym traci swą pozycję jako zjawisko plasujące się wewnątrz nauki” (Płonka-Syroka 1994: 56). W *Powstaniu i rozwoju faktu naukowego* Fleck pokazuje, na przykładzie kiły, jak wiedza o tej chorobie związana była z czynnikami kulturowymi, które wyznaczały ramy wyobraźni naukowej i medycznej (Fleck 1986: 25–47). Polski mikrobiolog wyróżnia cztery porządki wiedzy – style myślowe – które systematyzowały w kolejnych momentach historycznych wiedzę na temat kiły: mistyczo-etyczny, empiryczno-terapeutyczny, patogenetyczny i etiologiczny. Fleckowi chodzi oczywiście o pokazanie, że wiedza medyczna nie jest związana tylko z danymi empirycznymi, ale również z wpływem określonych przesądów czy dominujących teorii na temat świata, moralności bądź ludzkiego ciała<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Doskonałą ilustracją takiego myślenia o chorobach w kontekście psychiatrii jest książka Julii Sowy *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii* (Sowa 1984). Autorka pokazuje, że pomimo usilnych prób utożsamienia psychiatrii z naukami przyrodniczymi nadal w teoriach odnoszących się do psychiki czy w normach, zgodnie z którymi lekarze wykonują swoją pracę, silnie obecne są założenia o charakterze kulturowym. W tym sensie, zdaniem Sowy, o normalności i patologii nie decydują jedynie właściwości organizmu, ale również wartości, interpretacje czy znaczenia dominujące w danej kulturze. Ta perspektywa bliska jest wywodom Flecka, gdyż zakłada ona również społeczno-kulturowe uwarunkowanie wiedzy na temat zdrowia i choroby.

Pojęcia wypracowane przez Flecka nadają się idealnie do umieszczenia jednostki chorobowej w określonym kontekście historycznym oraz pozwalają dostrzec dynamikę kształtowania się wiedzy wokół niej. W rozdziale 2, używając Fleckowskich kategorii, postaram się pokazać, jak na przestrzeni ponad stu lat obiektywizowała się wiedza na temat ADHD. Za autorem *Powstania i rozwoju faktu naukowego* przyjmuję ponadto założenie o społecznym uwarunkowaniu wiedzy naukowej na temat choroby. Jak zobaczymy, w przypadku ADHD dużą rolę w tym, że naukowcy i lekarze tak mocno zainteresowali się nadpobudliwością, odegrało rosnące znaczenie edukacji szkolnej oraz chęć podniesienia jakości kształcenia w amerykańskich placówkach edukacyjnych.

Ian Hacking – kanadyjski filozof, znany głównie z książki *Social Construction of What*, będącej polemiką z konstruktywizmem społecznym (Hacking 2015) – idzie w swoich analizach historii medycyny podobnymi ścieżkami co Ludwik Fleck. Rozpatrując przykłady, głównie zaburzeń psychicznych, Hacking zadaje jednakże pytanie nie tylko o społeczny aspekt wiedzy, ale o status ontologiczny zdeteterminowanych kontekstem kulturowym jednostek medycznych. Jak twierdzi Hacking, patrząc na historię psychiatrii, możemy podać wiele przykładów zaburzeń, które występowały w określonym miejscu i czasie oraz związane były z określonym kontekstem kulturowym. Zaburzenia tego rodzaju kanadyjski filozof nazywa *transient mental illness*, co można przetłumaczyć jako tymczasowe zaburzenia psychiczne (Hacking 1998).

Hackinga interesuje przede wszystkim to, co sprawia, że dane zaburzenie staje się społecznie obiektywne i tym samym wyznacza praktyki medyczne, kształtuje tożsamość czy wpływa na relacje społeczne. Jeżeli niektóre zaburzenia mają charakter przygodny, to dlaczego pojawiają się one w określonym miejscu i czasie, a następnie znikają z dyskursu medycznego, jak miało to miejsce w przypadku hysterii? W jednej ze swoich prac (Hacking 1998) – poświęconej fudze dysocjacyjnej – Hacking proponuje, by o zaburzeniach psychicznych myśleć przez pryzmat metafory niszy ekologicznej. Nisza ekologiczna to ogół warunków, które sprawiają, że dany organizm może przetrwać i się rozwijać. Podobnie, zdaniem kanadyjskiego filozofa, jest z zaburzeniami psychicznymi. Co składa się na ich niszę? Po pierwsze, struktury wiedzy medycznej – choroba musi z powodzeniem być wkomponowana w istniejące taksonomie medyczne, być elementem obowiązujących klasyfikacji. Po drugie, określona polaryzacja kulturowa, która sprawia, że zaburzenie można umieścić w strukturze

symbolicznej zorganizowanej wokół dwóch przeciwstawnych wartości. Po trzecie, w społeczeństwie muszą istnieć instancje, za pomocą których zarówno zaburzenie, jak i cierpiący na nie ludzie mogą być społecznie widzialni i identyfikowalni jako chorzy. Czwarta kwestia związana jest z pożytkami psychologicznymi, jakie dać może jednostce definicja zaburzenia. Hacking twierdzi, że za wcieleniem się w rolę cierpiącego na zaburzenie musi iść możliwość uwolnienia się od problemów, które są charakterystyczne dla określonego społeczeństwa czy określonych grup społecznych<sup>7</sup>.

Hacking (2010) twierdzi ponadto, że pojawienie się chorób w przestrzeni społecznej wiąże się z procesem konstytuowania pod-

---

<sup>7</sup> Koncepcję niszy wykorzystywać będę w rozdziale 2. Aby jednakże lepiej unaocznić, o co Hackingowi chodzi, posłużę się przykładem pochodzącym z jego książki o fudze dysocjacyjnej. Zaburzenie, zwane czasami ucieczką histeryczną, wiąże się z przymusem odbywania długich podróży, po których następuje zjawisko amnezji wstecznej. Osoby cierpiące na fugę dysocjacyjną nagle opuszczały miejsca swojego stałego pobytu, odbywały czasem dość długie wędrówki, podczas których przyjmowały nową osobowość, a po powrocie do domu nie potrafiły sobie przypomnieć niczego ze swoich spontanicznych wycieczek. Pierwszym zdiagnozowanym na dromomanię był Albert Dadas, który po raz pierwszy trafił do psychiatry w 1886 roku. Przypadek ten zapoczątkował swoistą modę na fugę, która trwała przez kilka lat. Biorąc pod uwagę metaforę niszy oraz jej cztery elementy składowe, fuga stała się często rozpoznawaną jednostką medyczną, ponieważ: 1) została wpisana w istniejące ówczesnie struktury wiedzy psychiatrycznej; traktowana jako ją jako formę epilepsji bądź hysterii, a z czasem stała się osobną jednostką; 2) wpisywała się w kulturowy klimat epoki związany z jednej strony z romantycznym wyobrażeniem rodzącej się wtedy turystyki, a z drugiej z przestępstwem włóczęgostwa; fugę można zatem wpisać w dwubiegunową strukturę, w której po jednej stronie jest marzycielski obraz wolno wędrującego człowieka, a po drugiej – negatywna stygmatyzacja wagabundów; 3) chorych na fugę traktowano jak włóczęgów, dlatego nie pozostawali oni niezauważeni przez policję, która regularnie ich spisywała, a często również aresztowała; dzięki policyjnym rejestrom zjawisko dromomanii mogło zostać dostrzeżone, a przypadki podobne do sprawy Alberta Dadasa – zidentyfikowane; 4) dromomania dotyczyła głównie przedstawicieli mieszczaństwa; Hacking twierdzi, że fuga dawała możliwość wyswobodzenia się z klasowych ograniczeń burżuazji; kępowały one jednostkę materialnie (brak zasobów, żeby podróżować i spełniać romantyczne marzenie o podróżach) oraz tresowały do daleko idącego konformizmu, zmuszając do podporządkowania się twardym regułom; wędrówki, które dla wielu były przejawem nonkonformistycznego włóczęgostwa, stanowiły ucieczkę od tych ograniczeń.

miotowości, który kanadyjski filozof nazywa „wymyślaniem ludzi”. Podobnie jak Foucault, uważa on, że różne systemy wiedzy nie tylko dokonują odkryć, przyczyniając się do rozwoju naukowego, ale również kształtują tożsamości społeczne. Jedną z takich tożsamości jest oczywiście tożsamość chorego. W naukach społecznych konstruowanie tożsamości pacjenckiej związane jest z teorią etykietkowania, często wykorzystywaną w socjologii dewiacji, a także w socjologii medycyny. Hacking uważa jednakże, że nie o same etykiety chodzi. Nazwanie kogoś chorym nie wystarcza, by ten spełniał społeczną rolę chorego. Proponuje zatem model teoretyczny „wymyślania ludzi” przez dyskurs medyczny. Model ten, podobnie jak metafora nisz ekologicznych, wyjaśnia zjawisko obiektywizacji jednostki chorobowej w przestrzeni społecznej. Składają się na niego: metody klasyfikacji, opisywani przez etykiety ludzie (którzy również posiadają sprawczość, mogą się dostosowywać do etykiety bądź ją kontestować, ich zachowanie może rodzić trudność związaną z tym, jak wpasować dane zachowanie pod dostępne kategorie itp.), instytucje (zarówno związane z pacjentami, np. organizacje pacjenckie, oraz instytucje publiczne, czyli kliniki, szpitale itd.), wiedza oraz eksperci.

Ważnym elementem koncepcji Hackinga jest również zwrócenie uwagi na rolę tak zwanej wiedzy przypuszczeniowej (*conjunctural knowledge*). Związana ona jest z twierdzeniami hipotetycznymi, które bazują na wiedzy dostępnej, ale jednocześnie nie są w pełni ugruntowaną wiedzą naukową. Stanowią raczej etap na drodze do dalszych badań. Hacking twierdzi, że takim przypuszczeniowym twierdzeniem są często cytowane w prasie popularnej i naukowej dane epidemiologiczne na temat występowania danego problemu w populacji. Powiedzenie, dla przykładu, że 5% ludzi cierpi na zaburzenie dysocjacyjne, nie jest co prawda twierdzeniem wyssanym z palca, z drugiej strony jednakże nie ma na nie twardych, epidemiologicznych dowodów, ponieważ nikt nie zrobił metodologicznie poprawnych badań na reprezentatywnej dla wszystkich ludzi próbie. Jest to zatem pewne przypuszczenie, szacunek oparty na badaniach, ale nie w pełni uprawomocniony. W rozdziale 3 pokaże, że tego typu wiedza odgrywa również bardzo ważną rolę w obiektywizacji ADHD, zwłaszcza w procesie jej globalizacji.

Koncepcja Hackinga przypomina oczywiście modele społecznej obiektywizacji chorób Brodniaka i Browna, o których już wspominałem. Kanadyjski filozof podkreśla jednakże, że historyczność i zmienność jednostek medycznych – ich uwarunkowanie i związane z określonym kontekstem – nie oznaczają, iż są one mało realne czy



nieobiektywne. Czy z uwagi na rewizję wiedzy medycznej powinniśmy uznać, że jednostki typu histeria były z naukowego punktu widzenia aberracją, a cierpiący na nią ludzie ulegali zbiorowej iluzji? Hacking twierdzi, że nie. „Wytwarzanie” zaburzeń psychicznych w określonych niszach kulturowych przesądza o ich obiektywności i w tym sensie są one realne. Histeria z tej perspektywy była jak najbardziej istniejącą jednostką chorobową, gdyż porządkowała praktyki medyczne, dostarczała zasobów symbolicznych do konstruowania tożsamości i określała relacje społeczne. Ludzie cierpieli z powodu histerii, ktoś ich z kolei diagnozował i leczył – i w tym sensie histeria była nie mniej realna niż choroba zakaźna.

Ten sposób patrzenia na historyczność jednostek medycznych, który jednocześnie nie problematyzuje statusu ontologicznego przedmiotu analizy, przyjmuję w tej książce. Hacking rozwiązuje bowiem dylemat tu wyrażony, a mianowicie badając społeczne konstruowanie zaburzeń psychicznych, nie neguje ich obiektywnego i realnego istnienia. Dokładnie tak pragnę podejść do swojej analizy ADHD – pokazując, że wiedza na temat tego zaburzenia pojawiła się w określonym miejscu i czasie, a zarazem była związana z pewną niszą, używając pojęcia Hackinga. Nie uważam jednocześnie, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej nie istnieje jako prawdziwa jednostka medyczna. Jest wręcz odwrotnie – jej prawdziwość to pochodna jej obiektywizacji, również w sferach pozamedycznych, a zarazem związanych z kulturą, relacjami społecznymi czy instytucjami.

## Praktyka, peryferyjność, studium przypadku

ADHD jest jednym z najlepiej przebadanych w literaturze socjologicznej przykładów medykalizacji, na co wskazują liczne prace wspomnianego już Conrada. Moje studium nad medykalizacją nadpobudliwości różni się jednakże od dotychczasowych badań oraz proponuje inne podejście do tego zjawiska.

Socjologiczna literatura dotycząca ADHD związana jest z trzema głównymi wątkami. Po pierwsze, są to klasyczne studia medykalizacji, pokazujące stopniowe wyłanianie się nadpobudliwości jako jednostki medycznej oraz jej ciągłą ekspansję. Tutaj oczywiście należy umieścić badania Conrada, który pokazał, jak na drodze medykalizacji określone zachowanie społeczne stało się przedmiotem medycznej kontroli oraz jak kolejne zjawiska zaczęły być podciągane pod etykietkę zaburzenia psychicznego. Przykładem takiego podejścia

jest również popularnonaukowa książka Lawrence'a Dillera o wymownym tytule *Running on Ritalin* (Diller 1998) czy praca Matthew Smitha (2012). Po drugie, istnieje pokaźna liczba badań dotyczących szeroko rozumianej sfery praktycznej. Studia te zajmują się tym, jak ADHD funkcjonuje w praktyce medycznej (Whooley 2010; Rafalovich 2005), w działalności ruchów pacjenckich (Edwards *et al.* 2012; Edwards 2014) czy w kontekście globalizującej się biomedycyny (Bergey, Conrad 2014; Singh *et al.* 2013). Po trzecie wreszcie, socjomedyczne badania nad ADHD dotyczą szeroko rozumianego doświadczenia potocznego, głównie związanego z codziennym radzeniem sobie z trudami zaburzenia (Wilcox, Washburn, Patel 2007; Wilhemssen, Nilsen 2015).

Wszystkie te badania pokazują różne strony społecznego funkcjonowania ADHD i stanowią dla mnie ważny punkt odniesienia. Z mojej perspektywy to różne elementy tej samej całości. W tej książce staram się powiązać je z sobą, aby nakreślić zarówno proces konstytuowania się ADHD jako faktu społecznego, jak i jego różne aspekty, poczynawszy od wymiaru globalnego, poprzez praktykę medyczną, na doświadczeniu potocznym skończywszy. Moje badania nie ograniczają się jedynie do rekonstrukcji historii wiedzy wokół ADHD czy jedynie do analizy pracy lekarzy, a starają się wziąć pod uwagę wszystkie ważne aspekty. O ile mi wiadomo, nikt wcześniej nie podszedł do zjawiska medykalizacji nadpobudliwości w tak kompleksowy i wielowymiarowy sposób.

Warto również zaznaczyć, że z wyjątkiem jednego znanego mi studium (Filipe 2015), badacze i badaczki nie wykorzystywali metodologii teorii aktora-sieci do zanalizowania funkcjonowania ADHD w różnych sferach społecznych. Jak już zaznaczałem, ANT przyjmuje, że określone zjawiska społeczne konstytuują się w ramach relacyjnych i heterogenicznych sieci. Z tej perspektywy sfera praktyki jest istotna dla obiektywizacji faktów społecznych, w tym również dla procesu medykalizacji. Praktyka jest jednakże rozumiana w ANT specyficznie. Są to głównie czynności stabilizujące, które często przebiegają w niestabilnym i heterogenicznym środowisku. Z tej perspektywy codzienne funkcjonowanie profesjonalistów medycznych bliższe jest zmaganiu się z przeciwnościami i niepewnością niż z prostym wykonywaniem z góry ustalonego planu. Takie spojrzenie na praktykę umożliwia, jak to zaznaczałem, prowadzenie refleksji nad medykalizacją, która nie gubi kompleksowości mechanizmów rządzących światem medycyny, a jednocześnie nie popada w zbyt proste wyja-

śnienia. Jest to podejście niewykorzystywane w literaturze socjomedycznej dotyczącej ADHD.

Większość dotychczasowych badań socjologicznych nad zjawiskiem medykalizacji dotyczy ponadto kontekstu amerykańskiego. Trudno się temu dziwić, gdyż to w Stanach Zjednoczonych powstały najgłośniejsze teorie medykalizacji, począwszy od tych wywodzących się z ruchu antypsychiatrycznego, a na koncepcjach bardziej współczesnych, jak choćby ta zaproponowana przez Clarke i współpracownicy, skończywszy. Z tym usytuowaniem wiedzy o medykalizacji jest jednakże pewien problem. USA są bardzo specyficznym społeczeństwem, jeżeli chodzi o funkcjonowanie medycyny i jej wpływ na społeczeństwo. Dotyczy to zwłaszcza psychiatrii. Terapia farmakologiczna zaburzeń psychicznych cieszy się w Ameryce o wiele większym przyzwoleniem społecznym niż, dla przykładu, w Polsce, o czym świadczą statystyki mówiące o ilości spożywanych antydepresantów<sup>8</sup>. Inny jest również kontekst prawno-instytucjonalny. W USA nie funkcjonuje w takim stopniu jak w Europie publiczna służba zdrowia, a prawo dopuszcza reklamowanie leków na receptę.

Wszystko to sprawia, że musimy być bardzo wyczuleni na to, jak proces medykalizacji przebiega w innych kontekstach niż amerykański. Faktem jest, że ostatnimi czasy socjologia medycyny, zdrowia i choroby podejmuje refleksję na ten temat, przyglądając się procesom globalizacyjnym. Musimy jednakże pamiętać również o tak zwanej glocalizacji, czyli procesie adaptacji biomedycyny w lokalnych warunkach (Penkala-Gawęcka 2010). W rozdziale 3 proponuję, by spojrzeć na ten problem przez pryzmat teorii systemów-światów Immanuela Wallersteina. Będę w nim rekonstruował upowszechnienie się ADHD w różnych państwach, z ich specyficznym kontekstem społecznym i strukturami wiedzy. Podkreślę jednakże, że z uwagi na usytuowanie niektórych krajów proces medykalizacji nadpobudliwości przebiega tam inaczej niż w przypadku Stanów Zjednoczonych. Takim specyficznym kontekstem jest właśnie Polska. To wyczulenie na, używając kategorii Wallersteina, peryferyjność jest również oryginalnym elementem mojej analizy. Dotychczasowe socjologiczne badania nad ADHD nie brały tego wymiaru pod uwagę, gdyż dotyczyły głównie wysoko rozwiniętych społeczeństw<sup>9</sup>. Jak po-

---

<sup>8</sup> <https://www.businessinsider.com/countries-largest-antidepressant-drug-users-2016-2?IR=T> [dostęp: 25.07.2018].

<sup>9</sup> Wyjątkami są np. Filipe 2015 czy Wilcox, Washburn, Patel 2007.

każę w rozdziale 3, Polska jest głównie importerem wiedzy na temat diagnozy i terapii ADHD, chociaż transfer ten nie przebiega w prosty sposób. Każdy kontekst jest bowiem specyficzny – również polskie podejście, pomimo wpływu ze strony psychiatrii amerykańskiej, opiera się na lokalnych strukturach wiedzy. Wszystko to sprawia, że medykalizacja nadpobudliwości przebiega w naszym kraju inaczej niż miało to miejsce w USA.

Moja analiza przyjmuje formę studium przypadku. Na tle literatury światowej nie jest to wybór zaskakujący, ponieważ, jak już wspominałem, w socjologii medycyny, zdrowia i choroby dużo jest badań, które koncentrują się na jednej wybranej jednostce chorobowej. W polskiej literaturze nadal jednakże brakuje tego typu analiz. Jeżeli pojawiają się artykuły dotyczące medykalizacji poszczególnych zjawisk, to często dotyczą one kontekstu amerykańskiego (np. Nowakowski, Nowakowska 2010; Wieczorkowska 2012; Leźnicki 2013; Kluczyńska 2015) bądź wykorzystują tylko analizy ilościowe związane ze statystykami lecznictwa czy sprzedaży leków (por. np. Poławski, Buczek 2013; Wieczorkowska 2013; Doroszevska, Nowakowski 2017). Jeżeli przyjmiemy, że okoliczności, w jakich dochodzi do medykalizacji określonego zjawiska, są ważne, to potrzebujemy analiz, które będą na ową specyfikę wyczulone<sup>10</sup>. Prosty import wiedzy na temat wpływu medycyny na życie społeczne z odmiennych kontekstów może bowiem sprawić, że pewne procesy umkną uwadze badaczy i badaczek. Moje badania nad medykalizacją nadpobudliwości, które koncentrują się również na specyfice polskiej, mają za zadanie wypełnić tę istniejącą lukę.

## Opis badań

Analizy prowadzone w tej książce oparte są zarówno na istniejącej socjologicznej i medycznej wiedzy dotyczącej medykalizacji i ADHD, jak i na wiedzy wytworzonej w trakcie oryginalnych badań. Przyjąłem model studium przypadku. Moim zadaniem było przebadanie w kompleksowy i szczegółowy sposób jednego przypadku, traktowa-

---

<sup>10</sup> Choć tego typu badań nadal brakuje, to można wskazać ciekawe przykłady analiz zajmujących się kontekstem polskim, jak na przykład studia nad medykalizacją przerywania ciąży w latach powojennych (Kuźma-Markowska 2017) czy nad medialną paniką moralną wywołaną wirusem A/H1N1 (Gałuszka 2017).

nego jako wyraz szerszego procesu społecznego, jakim jest medykalizacja. Schemat studium przypadku umożliwi analizowanie fenomenu społecznego w taki sposób, aby uchwycić jego zróżnicowanie, a także jak najszerszej zrozumieć kontekst jego występowania (Flyvbjerg 2005; Stake 2010). Studium przypadku jest często wykorzystywane przez badaczy z nurtu teorii aktora-sieci (np. Collins, Pinch 1996; Fuller 2006: 111–112) i z socjologii medycyny, zdrowia i choroby (np. Young 1995; Horwitz, Wakefield 2007).

W badaniach korzystałem z różnych technik badawczych. Owo zróżnicowanie miało za zadanie przybliżyć mnie do wieloaspektowego opisanego studium przypadku, a także dostarczyć wielu, wzajemnie się wspierających i wzajemnie się weryfikujących, danych. Badania prowadzone w projekcie sprowadzają się do trzech głównych kroków: 1) analizy czasopism psychiatrycznych; 2) wywiadów pogłębionych; 3) analizy dyskursu medialnego.

Decyzja o zastosowaniu takich, a nie innych sposobów zbierania materiału empirycznego związana jest w dużej mierze z ramami teoretycznymi, które przyjmuję w pracy. Dotyczy to zwłaszcza wywiadów pogłębionych, które są często wykorzystywane w socjologii medycyny, zdrowia i choroby. Badacze i badaczki z zakresu teorii aktora-sieci posługują się też metodami etnograficznymi, głównie obserwacją uczestniczącą, jednak ja w prowadzonych badaniach nie zdecydowałem się na ten rodzaj zbierania danych. Ta decyzja związana jest głównie z charakterem analizy, jaki podjąłem. Etnografia dostarczyłaby mi zapewne interesującego materiału badawczego dotyczącego praktyk i sposobów przeżywania zaburzenia w życiu codziennym, jednakże groziłaby zbyt dużym skoncentrowaniem się na szczególe. Samo w sobie nie jest to oczywiście czymś złym, o czym świadczą badania z zakresu antropologii medycznej. Z uwagi jednakże na cel moich badań – kompleksowe odtworzenie różnych aspektów wyłaniania się nadpobudliwości jako medycznego faktu społecznego – potrzebne były mi metody, które umożliwią spojrzenie na interesujące mnie procesy z szerszej perspektywy. Analiza bibliometryczna i analiza dyskursu jak najbardziej się do tego nadawały. Z kolei wywiady pogłębione są z jednej strony metodą dostarczającą pośrednich danych na temat praktyk, z drugiej jednakże pozwalają na uzyskanie subiektywnych opinii badanych. Konstruując scenariusze wywiadów, miałem jednakże w głowie ten aspekt, który często podkreślają badacze i badaczki z nurtu ANT, a mianowicie – praktykę. Teoria aktora-sieci – choć nie zastosowałem tradycyjnej dla niej

metody – dostarczyła mi niezbędnej perspektywy i nakierowała na określone problemy.

Korpus tekstów będących podstawą analizy czasopism psychiatrycznych zebrałem, przeszukując bazę Polskiej Bibliografii Lekarskiej, hasło wyszukiwania: ADHD. Zakres poszukiwań wyznaczyłem na lata 1989–2014. Z próby wykluczyłem teksty anglojęzycznych autorów tłumaczone na język polski oraz rozprawy doktorskie. W rezultacie uzyskałem zbiór artykułów w liczbie 141, pochodzących z lat 1995–2014. W próbie znalazły się artykuły zarówno *stricte* akademickie, jak i publikacje skierowane do lekarzy praktyków. Dostęp do tekstów uzyskałem bądź za pomocą internetu (głównie wyszukiwarki Google Scholar), bądź podczas kwerend w Bibliotece Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy.

W ramach analizy zawartości czasopism psychiatrycznych wykonałem dwie czynności: analizę bibliometryczną oraz analizę treści. Analiza bibliometryczna polegała na śledzeniu cytowań i zawartości bibliografii oraz na analizie ilościowej częstotliwości pojawiania się publikacji. Analiza cytowań jest techniką wykorzystywaną dość często w kontekście badań dyskursu naukowego (Leydersdorff, Amsterdamska 1990). W przypadku moich badań skoncentrowałem się przede wszystkim na odniesieniach do danych epidemiologicznych amerykańskiego podręcznika DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz do artykułów amerykańskiego kolektywu badawczego. Za kolektyw badawczy uznałem naukowców zajmujących się ADHD, którzy są bądź często cytowani, bądź rozpoznani jako eksperci w literaturze (zarówno tej socjologicznej, dotyczącej medycyzacji, jak i medycznej).

Analiza treści skoncentrowana była głównie na tym, w jaki sposób o ADHD piszą przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych i profesji medycznych. Artykuły kategoryzowałem ze względu na: 1) charakter badań (czy artykuły bazowały na oryginalnych badaniach czy miały charakter sprawozdawczy?); 2) obecność kontrowersji (czy artykuły odnosiły się do kontrowersji naukowych wokół ADHD?); 3) przyjmowaną etiologię (czy przyczyny ADHD określane były jako biologiczne, społeczne, czy przyjmowano etiologię mieszaną?).

Wiedza uzyskana w drodze analizy czasopism psychiatrycznych miała przede wszystkim na celu oddanie charakteru polskiego dyskursu naukowego wokół ADHD. Analiza czasopism dała mi również bardzo ważną perspektywę, ponieważ umożliwiła pokazanie trendów czasowych. Jej celem było także uzyskanie przeze mnie bazowej wiedzy medycznej na temat ADHD, która była później przeze mnie

wykorzystywana do stworzenia narzędzia do wywiadów pogłębionych i ich analiz.

Ten ostatni aspekt wart jest podkreślenia. Decydując się na analizę dyskursu eksperckiego, kierowałem się ku bardzo ryzykownemu obszarowi badawczemu, gdyż był on mi, jako socjologowi, zupełnie obcy. Nie miałem bowiem wystarczającej wiedzy, by móc poruszać się swobodnie po meandrach nauk medycznych. Jednocześnie moim celem była analiza owego specjalistycznego obszaru ekspertyzy. Aby zminimalizować to ryzyko, postanowiłem zapoznać się z literaturą naukową na temat ADHD również jako czytelnik, a nie tylko jako badacz. Chciałem dowiedzieć się z niej jak najwięcej o badaniach przyczyn zaburzenia, metodach diagnostycznych i modelach terapeutycznych, aby moje późniejsze wnioski w pewnym stopniu zakorzenione były w naukowej wiedzy medycznej.

Wiedza ta okazała się pomocna w konstruowaniu narzędzia do wywiadów pogłębionych oraz w późniejszych rozmowach z profesjonalistami, głównie z psychiatrami. Psychiatrzy są bowiem pod pewnym względem typowymi przedstawicielami zawodu medycznego – mimo wielu zmian w obrębie instytucji medycznych ich pozycja w relacjach z pacjentami nadal opiera się w dużej mierze na autorytecie. Przestrzeń medycznej ekspertyzy jest ponadto dla socjologa przestrzenią mało dostępną, zwłaszcza – jak w moim przypadku – gdy w badaniach poruszane są kwestie związane z codzienną pracą, która nie zawsze bywa łatwa i przyjemna. W związku z tymi trudnościami socjolog prowadzący wywiady pogłębione z lekarzem może spotkać się z nieufnością i brakiem współpracy. Doświadczyłem tego na własnej skórze – pewną trudność sprawiło mi pozyskiwanie respondentów, zwłaszcza psychiatrów, dla których, jak miemam, nie byłem odpowiednim partnerem do rozmowy. Również podczas samych wywiadów traktowano mnie z początku jak dziennikarza, któremu trzeba wszystko jasno i prosto wytłumaczyć. Jednakże w trakcie wywiadu, gdy zadając pytania o specyficzne elementy praktyki medycznej wykazywałem się specjalistyczną wiedzą na temat pracy lekarskiej, wtedy rozmawiający ze mną psychiatrzy zmieniali do mnie stosunek. Bazując na wiedzy uzyskanej z artykułów naukowych, potrafiłem zadawać szczegółowe pytania dotyczące narzędzi diagnostycznych czy badań etiologicznych, dzięki czemu zaskarbiłem sobie szacunek respondentów. Skutkowało to tym, że już po wyłączeniu dyktafonu wielu rozmówców nadal chciało ze mną prowadzić dyskusję, zadając często wspomniane już pytanie o istnienie ADHD.

Przystępując do przeprowadzenia wywiadów pogłębionych, założyłem, że będę chciał porozmawiać z możliwie jak najszerszą i jak najbardziej zróżnicowaną grupą. Związane jest to z faktem, że ADHD zajmują się w Polsce różne profesje. Rozmowy przeze mnie prowadzone przyjęły formę wywiadu eksperckiego, gdyż interesowała mnie w dużej mierze wiedza specjalistyczna moich respondentów (Stempień, Rostocki 2013). Doboru respondentów dokonałem metodą kuli śnieżnej. Wynika to z faktu, że świat profesjonalistów medycznych nie jest otwarty dla osób z zewnątrz, zwłaszcza w badaniach skoncentrowanych na pracy psychiatrów i innych profesjonalistów związanych ze zdrowiem psychicznym. Szybko ponadto okazało się, że osoby zajmujące się w swojej pracy ADHD spotykają się na szkoleniach i konferencjach. Dotarcie do określonej osoby skutkowało w związku z tym uzyskaniem kontaktu do kogoś innego. W mojej próbie znaleźli się w rezultacie psychiatrzy (6 osób), psychologowie pracujący w Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych (4), nauczyciele (2), neuropsycholog (1), neurokognitywista (1), psychoterapeuta (1), działacze organizacji pacjenckich (4). Łącznie przeprowadziłem 20 wywiadów z 19 respondentami. Pierwszy wywiad odbył się w styczniu 2016 roku, ostatni natomiast w lutym 2017 roku. Z jednym respondentem rozmawiałem dwukrotnie, ponieważ spełniał on dwie role: był to zarazem praktykujący psychiatr, jak i naukowiec prowadzący badania nad genetycznymi podstawami ADHD. Większość moich respondentów – 15 z 19 – pochodziła z dużych ośrodków miejskich (powyżej 200 tysięcy mieszkańców). W niektórych przypadkach ujawnienie szczegółów dotyczących respondenta (np. płeć czy miejsce funkcjonowania) mogłoby rodzić ryzyko deanonimizacji. W niektórych rozmowach poruszaliśmy ponadto kwestie delikatne i kontrowersyjne. W związku z tym zdecydowałem się na ograniczenie opisu swoich respondentów do niezbędnego minimum, gdyż wszystkie przeprowadzone przeze mnie rozmowy miały charakter poufny. W tekście cytaty z wywiadów zakodowane są w następujący sposób: liczba odpowiadająca kolejności przeprowadzenia wywiadu, oznaczenie profesji respondenta (Pster – psychoterapeuta, Ps – psycholog, Pst – psychiatra, N – nauczyciel, Np – neuropsycholog, Nk – neurokognitywista, S – przedstawiciel stowarzyszenia pacjenckiego).

Głównym celem wywiadów było uzyskanie wiedzy na temat codziennych praktyk medycznych, dokonywanych często na zasadzie interpretowania ludzkiego zachowania, czyli przypisywania, na bazie specjalistycznej wiedzy, określonym działaniom określonych sensów. Pytałem zatem o interpretacje, ale również o działania, któ-



re na interpretacjach się opierają. Chociaż narzędzie bazowało na wspólnym dla wszystkich korpusie pytań, to dostosowywałem je do charakteru pracy wykonywanej przez przedstawiciela poszczególnej grupy zawodowej. Problemy, jakie poruszałem podczas rozmowy, uporządkowane były wokół następujących kategorii ogólnych: upowszechnienie wiedzy, przyczyny zaburzenia, praktyki, kontrowersje, współpraca z innymi. Większość wywiadów – 16 z 19 – przeprowadziłem w miejscu pracy respondenta bądź respondentki. Jeżeli po wyłączeniu dyktafonu respondenci dopowiadali jakieś istotne informacje, to sporządzałem notatkę. Zgodnie z założeniem, że „badacz przed zrobieniem transkrypcji powinien określić, jaki poziom szczegółowości go interesuje” (Bielecka-Prus 2015: 43), uznałem, że będę się kierował zasadą praktyczności (Bielecka-Prus 2015: 50). W związku z tym nie przepisywałem dokładnie wywiadów, to znaczy nie zapisywałem stanów emocjonalnych czy pauz, lecz starałem się zrobić transkrypcje, które będą przejrzyste i łatwe w analizie. Badania przeze mnie prowadzone nie przyjęły formy analizy konwersacyjnej, były bardziej skupione na wiedzy, jaką posiadają respondenci. Materiał wytworzony na bazie wywiadów pogłębionych skategoryzowałem metodą kodowania otwartego. Treść wywiadów analizowałem przy użyciu oprogramowania komputerowego ATLAS.ti.

Ostatnim krokiem badawczym było wykonanie analizy dyskursu medialnego. Forma prowadzonych tutaj badań wpisuje się w program Krytycznej Analizy Dyskursu. KAD traktowałem jako ogólną orientację metodologiczną, która bada różną relację między dyskursem a społeczeństwem. Dla moich analiz ważne były następujące założenia przyjmowane przez badaczy i badaczki wykorzystujących podejście KAD: 1) uczestnictwo w społeczeństwie przyjmuje także formę praktyk językowych – narracje na temat świata są ważnym składnikiem działań społecznych (van Dijk 2006); 2) analiza praktyk językowych daje wgląd w rzeczywistość potoczną podmiotów społecznych (Jabłońska 2013); 3) praktyki językowe związane są z bardziej ogólnymi strukturami społecznymi, na przykład z relacjami władzy (Fairclough, Wodak 2006).

Analiza dyskursu medialnego przebiegała dwutorowo. Po pierwsze, badałem forum internetowe skupiające osoby zainteresowane wiedzą na temat ADHD. Badanie ograniczało się do analizy treści postów publikowanych przez użytkowników. Forum jest otwarte dla wszystkich, nie wymaga specjalnego dostępu i każdy może się na nim zarejestrować. Podczas analizy nie wchodziłem w interakcje z użytkownikami. Wymagałoby to bądź ujawnienia swojej roli jako badacza,

bądź prowadzenia badań niejawnych. Pierwsze rozwiązanie rodziło ryzyko niezyskania odpowiednich danych z uwagi na nieufność respondentów. Drugie natomiast budziło moje zastrzeżenia o charakterze etycznym (Miszewski 2007). Zebrany na forum materiał skategoryzowałem za pomocą kodowania selektywnego (Konecki 2008). Centralne kategorie, które wyznaczały porządek badanych przeze mnie tekstów, zaczerpnąłem z literatury przedmiotu oraz z wiedzy uzyskanej podczas wcześniejszych etapów badawczych. Tymi kategoriami były: 1) emocjonalna funkcja forum internetowego; 2) oswajanie terapii farmakologicznej; 3) problemy ze stabilizacją wiedzy na temat zaburzenia.

Po drugie, skoncentrowałem się na materiałach pochodzących z prasy papierowej oraz z zasobów internetowych. Do analizy prasy papierowej wybrałem dwa poczytne dzienniki („Gazeta Wyborcza”, „Rzeczpospolita”) oraz dwa tygodniki („Wprost”, „Newsweek”). Korpus tekstów stworzyłem na bazie wyszukania w archiwach na podstawie hasła „ADHD” w zakresie lat 1989–2017. Łącznie zgromadziłem 60 artykułów opublikowanych w latach 1997–2017. Do analizy zasobów internetowych użyłem narzędzia Google Alert, które wyszukuje w sieci artykuły na podstawie zdefiniowanych przez użytkownika kryteriów. W moim przypadku alert ustawiony był na hasło „ADHD” i publikacje w języku polskim. Alert zbierał artykuły od marca 2013 roku do grudnia 2017 roku. Łącznie uzyskałem w ten sposób 70 tekstów. Materiał skategoryzowałem również za pomocą kodowania selektywnego, opartego na literaturze przedmiotu i wcześniejszych etapach badawczych. Centralnymi kategoriami były: 1) ryzyko; 2) retoryka korzyści; 3) codzienność; 4) kontrowersje społeczne.

Na koniec warto podkreślić, że moje badania nie mają charakteru reprezentatywnego. Ich zadaniem było uchwycenie pewnych mechanizmów, a nie przedstawienie jednego modelu medykalizacji nadpobudliwości. Na bazie analiz dokonuję oczywiście pewnych generalizacji, również wykraczających poza samo studium przypadku, niemniej jednak w narracji prowadzonej w książce kilkakrotnie zwracam uwagę na ograniczony zakres stawianych przeze mnie wniosków. Podstawowe ograniczenie, jakie należy podkreślić, wiąże się ze specyfiką obszaru, do którego należy ADHD. Jest to jednostka psychiatryczna, a zatem zajmują się nią głównie lekarze psychiatry. Jak będę pokazywał w rozdziale 1, psychiatria w ostatnich dekadach zrobiła wiele, by zbliżyć się do innych, „twardszych” gałęzi medycyny, jednakże przedmiot jej odniesienia nadal pozostaje specyficzny. Oznacza to, że nie wszystkie wnioski, jakie wysnuwam w toku ana-

lize, da się zastosować do medycyny w ogólności. Dotyczy to zwłaszcza analiz prowadzonych w rozdziale 4, które dotyczą niepewności w praktyce medycznej. W tym rozdziale pokazuję, że niepewność jest czymś charakterystycznym dla medycyny, jednocześnie analizując ją później w kontekście praktyki wokół ADHD, która jest bardzo specyficzna. Wiele z wniosków, jakie przedstawiłem w toku swojego wywodu, da się zastosować do innych jednostek medycznych, jednakże należy to robić z dużą ostrożnością. Można, jak sądzę, zakładać, że obiektywizacja zespołu Aspergera będzie przebiegać trochę inaczej niż obiektywizacja zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, a już zupełnie inaczej – w przypadku takiej jednostki jak choroba Huntingtona. Takie ograniczenie jest oczywiście problemem, może jednakże stanowić również wyzwanie dla innych studiów przypadku, pokazujących procesy analogiczne do tych przedstawionych w mojej książce, ale i na innych przykładach.