MEDYKALIZACJA NADPOBUDLIWOŚCI
OD GLOBALNEGO STANDARDU
DO PERYFERYJNYCH PRAKTYK
<table>
<thead>
<tr>
<th>Michał Wróblewski</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MEDYKALIZACJA NADPOBUDLIWOŚCI</td>
</tr>
<tr>
<td>OD GLOBALNEGO STANDARDU DO PERYFERYJNYCH PRAKTYK</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kraków
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 pacjentek ......................................................... 74
   Heterogeniczność medykalizacji ..................................... 79

Rozdział 2. POWSTANIE I ROZWÓJ FAKTU MEDYCYZNEGO:
   HISTORIA I USPOŁECZNIENIE ADHD ............................ 81
   Historia etykietki ....................................................... 83
   Wsteczna racjonalizacja i esencjalizacja ........................... 91
   Kalibracja i „wytwarzanie” ludzi – znaczenie systemów
   klasyfikacyjnych ....................................................... 96
   ADHD: DSM jako mechanizm medykalizacyjny ................... 104
   Otwierając czarną skrzynkę: kontrowersje naukowe
   wokół ADHD ............................................................. 111
<table>
<thead>
<tr>
<th>Spis treści</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Marketing nadpobudliwości</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Jurydyzacja nadpobudliwości</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Makroaktorzy i powiększanie skali</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>Stabilizacja i nisze</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rozdział 3. ADHD I PROCESY GLOBALIZACYJNE</strong></td>
<td>139</td>
</tr>
<tr>
<td>Globalizacja, infrastruktury, peryferyjność i zaburzenia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>psychiczne</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Neoliberalizm</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>Infrastruktury</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>Lokalne napięcia</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>Przypadek Polski</td>
<td>162</td>
</tr>
<tr>
<td>Efekty globalizacji?</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rozdział 4. PRAKTYKA MEDYCZNA: MIĘDZY HETEROGENICZNOŚCIĄ A STABILIZACJĄ</strong></td>
<td>191</td>
</tr>
<tr>
<td>Ontologia w praktyce medycznej i obiekt graniczny</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>Droga pacjenta</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>Heterogeniczność</td>
<td>211</td>
</tr>
<tr>
<td>Stabilizacja</td>
<td>224</td>
</tr>
<tr>
<td>ADHD jako obiekt graniczny</td>
<td>238</td>
</tr>
<tr>
<td>Ontologia choroby i medykalizacja</td>
<td>243</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rozdział 5. NARRACJE: OD EKONOMII NADZIEI DO PERYFERYJNYCH KONTROWERSJI</strong></td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td>Forum internetowe</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>Publikacje prasowe i internetowe</td>
<td>264</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprawa Eisenberga</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td>ZAKOŃCZENIE. „Czy wierzysz w ADHD?”</td>
<td>289</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BIBLIOGRAFIA</strong></td>
<td>305</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ŹRÓDŁA INTERNETOWE</strong></td>
<td>327</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INDEKS NAZWISK</strong></td>
<td>329</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

01_Ps1

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 społeczną etykietą?

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-

---

1 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 popu-
larniejsza staje się terapia za pomocą stymulantów (Bergey, Conrad
2014) – środków chemicznych, które oddziałują na ośrodkowy układ
nerwowy, powodując efekt wyciszenia i skupienia uwagi. W niektó-
rych krajach (np. Stanach Zjednoczonych) terapia farmakologiczna
jest podstawowym sposobem radzenia sobie z zaburzeniem. Jak każ-
da tego typu interwencja, niesie ona z sobą skutki uboczne. To rów-
nież 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 jednost-
ki medycznej. Chociaż tego typu stanowisko nie należy do głównego
nurtu medycyny opartej na dowodach, to stanowi ono ważny ele-
ment dyskursu wokół ADHD. Przykładem jest seria doniesień praso-
nych 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 przeciwwległych 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 farma-
aceutycznych, chcących dorobić się na sprzedaż substancji che-
micznych, które podobne są w działaniu do narkotyków? Efektem
permiisywnej kultury i upadku idealów rodzicielskich, które skutkują
błędami wychowawczymi? Czy raczej pełnoprawną jednostką me-
dyczną, którą w określony sposób się diagnozuje i leczy? Czy kontro-
wersje wokół ADHD to wynik niewiedzy i uprzedzeń, czy raczej mają
one swoje merytoryczne uzasadnienie?

O polaryzacji opinii przekonałem się na własnej skórze, gdy zda-
rzyło mi się kilka razy po wyłączeniu dyktafonu usłyszeć od swoich
respondentów pytanie: „Czy wierzysz w istnienie ADHD?”. Próbowa-
no w ten sposób wybadać, 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, trak-
tując kontrowersje jako pomniejsze problemy, niemające wpływu na
praktykę, czy w duchu krytycznym staram się pokazywać ukrytych
aktorów i ich interesy, ujawniając zakulisowe wymiary medykaliza-
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 dwie możliwe odpowiedzi, które przyjmują odmienne sposoby patrzenia na medycynę, jej praktyki i obiekty? Czy problematiczność wiedzy naukowej i kontrowersje siłą rzeczy muszą prowadzić do zanegowania istnienia jednostki medycznej?


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 zacznijmy przyglądać się temu, jak rozwijała się wiedza medyczna na temat określonej jednostki chorobowej, czy jak wygląda praktyki z nią związane, to nie musimy siłą rzeczy skończyć na nadmiernym krytycznym badaniu. 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 rezygnować 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 pomyślna 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 sąpają głównie trzy ramy, o których w tym miejscu chciałbym wspomnieć i podkreślić ich
użyteczność w kontekście interesujących mnie problemów. Tym rarami są prace z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby, teoria aktora-sieci oraz koncepcje Ludwika Flecka i Iana Hackinga, które zbirčzo określą 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 sta- je 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 nadpobudliwo-

 (...) 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 lekarstw 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 powiązano 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 biomedykalizacji, które ma akcentować zmianę w rozwoju wiedzy medycznej polegającą na jej silniejszym niż wcześniejsiej uzależnieniu od rozwoju nowoczesnych biotechnologii czy od neoliberalizmu.

Biotechnologiczny wymiar medykalizacji 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 zajmuje 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 medykalizacyjnej ramie, domeną genów, fizjologii czy anatomii mózgu.

Teoria medykalizacji 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-

---

2 Warto odnotować, że pojęcie biomedykalizacji doczekało się krytyki (Conrad 2005; Nowakowski 2015: 58). Wskazuje się bowiem, że medykalizacja od zawsze w swej naturze była biomedykalizacją, 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 medykalizacji. Niemniej jednak należy pamiętać, że artykuł Clarke i współpracowniczek jest ważnym etapem w rozwoju teorii medykalizacji.
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 naczelone 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 przeze 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, lecznictwo 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

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-

⁢ W tekście posługuję się pojęciami „choroba” i „zaburzenie” wymieni- nie, 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 stigmatyzacją 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 umieszczona 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 cukrzycy) 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 za-
tem normy związane z praktyką medyczną (takie jak sposoby diagno-
zowania czy klasyfikowania), otoczeniem prawno-institucjonalnym
(w których choroba psychiczna staje się również ważną kategorią
biurokratyczną i jurydyczną) i kulturą (wyznaczającą potoczny obraz
choroby psychicznej). Brodniak przyjmuje ponadto założenie relaty-
wistyczne, które przyświeca również mnie:

(...) koncepcje i postrzeganie społeczne choroby psychicznej są histo-
rycznie i przestrzennie (geograficznie) zmienne, zarówno jeśli chodzi
o poglądy na temat etiologii, klasyfikacji, diagnozy i metod leczenia cho-
roby, 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 me-
dyczna, którą socjolog powinien brać pod uwagę w swoich analizach.
Brown stara się kompleksowo podejść do problemu społecznego kon-
struowania jednostki chorobowej i wprowadza kilka typologii, które
wydają się pomocnymi wskazówkami. Po pierwsze, społeczne sensy
dotyczące zdrowia i choroby mogą być kształtowane na trzech po-
ziomach: mikropoziomie (jednostka i jej samoświadomość), mezo-
poziomie (instytucje i praktyka medyczna) i makropoziomie (czynniki
strukturalne). Ten ostatni jest szczególnie interesujący, ponieważ
otwiera furtkę do badania medykalizacji w kontekście procesów eko-
nomicznych czy globalizacyjnych. Po drugie, Brown dzieli choroby
na cztery kategorie w zależności od stopnia społecznego umocowa-
nia. Obiektywizacja choroby jest tutaj procesem stopniowalnym. Te
cztery kategorie to:
1) jednostki akceptowane jako choroby, gdyż zarówno są umieszco-
wione w obrębie systemu biomedycyny, jak i są społecznie akcep-
towane jako takie (np. choroby zakaźne);
2) jednostki jedynie zmedykalizowane, czyli włączone w obręb bio-
medycyny, ale niebieszące się szeroką legitymizacją społeczną (tu-
taj 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 porażowego (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 potoczej 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-

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-sieci⁴. 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 biorem 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 określić 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-


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, wschiwianie 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 poczynalnie 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 klasifikacji 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 klasyczną, 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 obydwu 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.

Ontologiczny rys teorii aktora-sieci jest dla mnie cenny również dla tego, że wydaje się być ramą, która nie prowadzi do zbyt redukcyjnego ujmowania wiedzy i praktyki medycznej. A N T daje możliwość – głównie dzięki relacyjnej ontologii społecznej i podkreślению 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 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 podejście realistyczne? – 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?” Bioząc pod uwagę spór konstruktywizmu z realizmem, pytanie to jest pewną pułapką, ponieważ automatycznie przychodzi 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, przyjście 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 określaniu przez medyczne i polityczne autorytety, czy opinie 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 uniknąć tych pula-pek, 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.


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 po-ruszający 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 specyficzными 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). Przezwyciężenie 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 sensy, jakie przypisują swojej kondycji pacjentowi, ale również eksperską wiedzę oraz techniczne aspekty praktyki medycznej.

Mając na uwadze te ograniczenia, uważam jednocześnie, że połączenie z sobą obydwu perspektyw może przynieść płodne poznawcze rezultaty. Socjologia medycyny, zdrowia i choroby daje mi narzędzia do szerszego spojrzenia na zjawiska społeczne, które kształtują medycynę 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 odpobudliwości 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 odpobudliwości. W naukach społecznych subdyscypliną, która posiada narzędzia do tego, aby badać tego typu proces, jest socjologia wiedzy. Wspomniałem 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

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. Kolektyw myślowy to „wspólnota ludzi związanych wymianą myśli lub wzajemnym oddziaływaniem intelektualnym”

---

5 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 redukcyjny. 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 (... konstrukty 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 po-
sluguje się podobnymi teoriami, paradygmatami, narzędziami itd. Funkcjonowanie kolektywu myślowego wyznacza ponadto specyficz-
ny 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 kon-
kretnej wspólności”, która to wspólnota charakteryzuje się „nie tylko
pewnymi zestawami norm metodologicznych czy procedur komuni-
cacji wyników, ale przede wszystkim dostarcza jednostce środków
konceptualnych, metafor i kategorii, za pomocą których może ona re-
alizować swoje prace” (Afeltowicz 2012a: 48). Styl myślowy działa na
zasadzie epistemologicznego przymusu – stanowi wyraz wiedzy mił-
czącej, która organizuje pracę naukową, wyznaczając zarówno spo-
soby 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 spe-
cjalistów i ekspertów (ezoteryczny), drugim natomiast – szeroko rozu-
miana 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 popu-
laryzuje wiedzę, upowszechnia ją wśród nienaukowców oraz petry-
fikuje jej obiektywność i nieproblematyczność. Interesujący mnie
mechanizm przechodzenia twierdzeń naukowych, a zarazem kształ-
towania się społecznego autorytetu nauki, dobrze oddaje Michał
Rydlewski:

(... specjaliści jakichś konkretnych dyscyplin tworzą wiedzę tymczaso-
wą (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. Opa-
nowanie wiedzy podręcznikowej stanowi konieczny warunek wejścia do
kręgu egzoterycznego. Rola tej wiedzy polega na tym, że powstało tam
pojęcia zobowiązują każdego fachowca. Konstytuuje się zatem pewien
pryzmus myślowy, który z jednej strony określa to, co nie może być ina-
czej pomyślane, co ma być pominięte lub niezauważone, i z drugiej stro-
ny to, na co należy kierować poznawczą uwagę (...). Podręcznik, twier-
dzi 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 bezosobowym 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, działają zacznającą autorytet oraz językowa formuła, że „uczeni odkryli, że...” i odpowiednia heroizacja autorów odkrycia (Rydlewska 2016: 131)


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 umieszczania jednostki chorobowej w określonym kontekście historycznym oraz pozwalają dostrzec dynamiczne 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 przyjmuje 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.


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 dla czego pojawiają się one w określonym miejscu i czasie, a następnie znikają z dyskursu medycznego, jak miało to miejsce w przypadku histerii? W jednej ze swoich prac (Hacking 1998) – poświęconej fudze dysocjacyjnej – Hacking proponuje, by o zaburzeniach psychicznych myśleć przez przyzmat metafory niszy ekologicznej. Nisz ekologiczna to ogół warunków, które sprawiają, że dany organizm może przeżywać 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 przeciwwstawnych 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 społecznych7.

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

7 Koncepcję niszy wykorzystywać będę w rozdziale 2. Aby jednakże lepiej unaczkować, o co Hackingowi chodzi, posłużę się przykładem pochodzącym z jego książki ouddle dysocjacyjnej. Zaburzenie, zwane czasami ucieczką histeryczną, wiąże się z przymusem odbywania długich podróż, po których następuje zjawisko amnezji wstecznej. Osoby cierpiące na fugę dysocjacyjną nagle opuszczały miejsca swojego stałego bytu, odbywały czasem dość długie wędrówki, podczas których przyjmowały nową osobowość, a po powrocie do domu nie potrafili 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 swoją 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 ówcześnie struktury wiedzy psychiachej; traktowana jako ją jako formę epilepsji bądź histerii, 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 włożęczego; fugę można zatem wpisać w dwubiegunową strukturę, w której po jednej stronie jest marzycielski obraz wolno wędrującego człowieka, a po drugiej – negatywna stylizacja 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 dotykała głównie przedstawicieli mieszczan; Hacking twierdzi, że fuga dawała możliwość wyswobodzenia się z klasowych ograniczeń burzuacji; krepopwały one jednostkę materialnie (brak zasobów, żeby podróżować i spełniać romantyczne marzenie o podróżach) oraz treowały do daleko idącego konformizmu, zmuszając do podporządkowania się twardym regułom; wędrówki, które dla wielu były przejawem nonkonformistycznego włożęczego, stanowiły ucieczkę od tych ograniczeń.

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. Stanowi 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, 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 pokażę, że tego typu wiedza odgrywa również bardzo ważną rolę w obiektywizacji ADHD, zwłaszcza w procesie jego 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 zwanie 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 określiła 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 problematycznie statusu ontologicznego przedmiotu analizy, przyjmuje w tej książce. Hacking rozwiązuje bowiem dylemat tu wyraźny, a mianowicie badając społeczne konstruowanie zaburzeń psychicznych, nie neguje ich obiektywnego i realnego istnienia. Dokładnie tak trąbę 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 niziną, 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 etykietę zaburzenia psychicznego. Przykładem takiego podejścia

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, począwszy 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 codzienna funkcjonowanie profesjonalistów medycznych blizsze 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 współpracowniczki, skończywszy. Z tym usytuowaniem wiedzy o medykalizacji jest jedynie pewien problem. USA są bardzo specyficznie 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 przyzwoleniu społecznym niż, dla przykładu, w Polsce, o czym świadczą statystyki mówiące o ilości spożywanych antydepresanów. 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 recepcję.

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 o tak zwanej globalizacji, 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. Podkreślem, że z uwagi na usytuowanie niektórych krajów proces medykalizacji nadpobudliwości przebiega tam inaczej niż w przypadku Stanów Zjednoczonych. Takim specyficzny kontekstem jest właśnie Polska. To wyczucie 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. Jak po-

---

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.


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 zadaną 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 wytworzonyej w trakcie oryginalnych badań. Przyjęłem model studium przypadku. Moim zadaniem było przebadanie w kompleksowy i szczegółowy sposób jednego przypadku, traktowa-

10 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).

W badaniach korzystałem z różnych technik badawczych. Owo zróżnicowanie miało za zadanie przybliżyć mnie do wieloaspektowego opisania 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 czasopisma psychiatricznych; 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 zbytnim skoncentrowaniem się na szczegółach. 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 umożliwiają 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.


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, Amsterdam 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 ekspersci w literaturze (zarówno tej socjologicznej, dotyczącej medykalizacji, 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 określone 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 przy czyn 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. Doświadczylem tego na własnej skórze – pewną trudność sprawiło mi pozyskiwanie respondentów, zwłaszcza psychiatrów, dla których, jak mniemam, 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 istnieniu ADHD.

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-


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 różne relacje 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,


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 przez mnie wniosków. Podstawowe ograniczenie, jakie należy podkreślić, wiąże się ze specyficzną obszarami, 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 wysuwam w toku ana-
lizy, 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.