

Michał Wróblewski

ORCID: 0000-0003-2320-7074

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Mobilne narzędzia diagnostyczne i globalizujące się zaburzenia psychiczne. O roli DSM w kształtowaniu kulturowego obrazu zdrowia psychicznego

Abstrakt: W artykule zanalizowano zjawisko globalizowania się zaburzeń psychicznych w kontekście upowszechnienia amerykańskiego podręcznika diagnostycznego DSM. DSM został potraktowany jako mobilna infrastruktura, która przenosi wszędzie tam, gdzie się pojawi, zbiologizowany sposób myślenia o zaburzeniach psychicznych, charakterystyczny dla psychiatrii amerykańskiej. Na wybranych przykładach pokazano, jak publikacja ta zmienia praktyki medyczne oraz kulturowy obraz zdrowia psychicznego w różnych rejonach świata. Te przykłady to PTSD, depresja, ADHD.

Słowa-klucze: globalizacja zaburzeń psychicznych, DSM, medykalizacja, infrastruktury

Kulturowe zróżnicowanie jednostek medycznych jest zjawiskiem rozpoznawym w badaniach z zakresu antropologii medycznej. Ta ostatnia przyjmuje „ujęcie kontekstowe, podkreślające, że choroba jest konstruktem, który może być zrozumiany dopiero przez odwołanie się do kultury, w ramach której został wytworzony”¹. Cóż to właściwie oznacza? Kultura — podzielane przez określoną społeczność wzorce, normy, interpretacje bądź praktyki życia codziennego — określa w dużym stopniu to, kiedy ktoś może być uznany za chorego, co to właściwe dla jednostki oznacza i jak z owym kłopotliwym stanem jednostka może sobie poradzić. Kultura wpływa na klasyfikacje chorób, ich nazwy, zakres objawów czy sposoby leczenia.

Przykładem tego jest istnienie tzw. chorób ludowych (*folk illnesses*) czy chorób kulturowych (*cultural bound syndromes*), które są „specyficzne dla pojedyn-

¹ D. Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna” 1994, nr 1–2, s. 6.

czej kultury, czasem dla szerszego regionu geograficzno-etnicznego, a niekiedy można odnaleźć ich odpowiedniki w odległych kulturach”².

Wartością badań z zakresu antropologii medycznej nie jest jedynie to, że pozwalają one na rozpoznanie pluralizmu w obrębie praktyk medycznych, ale przede wszystkim to, że umożliwiają zrozumienie alternatywnych wobec zachodniego modelu ujęć ciała, zdrowia i choroby. Przyjmując założenie o wpływie kultury na rozpoznawanie i doświadczanie chorób, antropologia odkrywa specyficznie i lokalnie usytuowane koncepcje oraz działania o charakterze medycznym, które nie muszą z konieczności wykluczać się z zachodnim ujmowaniem zdrowia i choroby, ale mogą być wobec niego komplementarne³.

Owo kulturowe zróżnicowanie dostrzeżono również na obszarze zdrowia psychicznego. Wyrazem tego jest istnienie tzw. psychiatrii kulturowej, która skupia się na zależnościach pomiędzy zaburzeniami i chorobami psychicznymi a kulturą. Jej źródła należy szukać u jednego z ojców założycieli współczesnej psychiatrii Emila Kraepelina, który w pierwszych latach XX wieku postulował badania porównawcze nad wpływem zjawisk społecznych oraz kulturowych na kondycję psychiczną⁴. W latach siedemdziesiątych XX wieku Arthur Kleinman krytykował z pozycji relatywizmu kulturowego współczesną mu psychiatrię, zbyt skoncentrowaną na aspektach biologicznych, postulując badania włączające komponent antropologiczny i etnologiczny⁵.

Artykuł ten ma za zadanie pokazać, jak narzędzia współczesnej psychiatrii starają się ujednoczyć wizję zaburzeń psychicznych zgodnie z modelem biologicznym, opartym na zachodnich — głównie amerykańskich — strukturach wiedzy. Wbrew rozpoznaniom antropologów medycznych, socjologów medycyny, zdrowia i choroby czy psychiatrów kulturowych, na świecie zaczyna dominować mający pretensję do uniwersalności biologiczny model zdrowia psychicznego.

² *Ibidem*, s. 8. Ciekawy przykład takiej jednostki medycznej opisuje Tomasz Rakowski. Analizuje on tzw. chynięcie występujące w okolicach Szydłowca: „Etiologia uchyńnięcia nie jest do końca jasna, ale wiąże się z wyobrażeniem gwałtownej przemiany w organizmie dziecka, rozumianej niemal mechanicznie. [...] Chynięcie może mieć miejsce przy porodzie, ale w szczególności w ciągu pierwszych 2–3 lat życia. Chorobę trudno jest później rozpoznać, ale objawami mogą być płacz, krzyk, brak snu, odmowa lub problemy z ssaniem piersi, pojawiają się w końcu małe guzki, „guziczki” na klatce piersiowej, „zgrubienie”, „gruczoł”, „narośl” (T. Rakowski, *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenie, cele, praktyki*, [w:] *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2013, s. 359).

³ W literaturze z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby funkcjonuje wiele pojęć, które odnoszą się do zjawiska pluralizmu medycznego, polegającego na funkcjonowaniu i wzajemnym wpływie różnych systemów medycznych. Niektóre z nich to: lecnictwo niemedyce, medycyna alternatywna, medycyna komplementarna. Por. na ten temat: W. Piątkowski, *Lecnictwo niemedyce w Polsce. Tradycja i współczesność*, Lublin 2006, s. 38–42, 95–138.

⁴ J. Krzyżowski, *Psychiatria transkulturowa*, Warszawa 2002, s. 9.

⁵ Por. A. Kleinmann, *Depression, somatization and the „new cross-cultural psychiatry”*, „Social Science & Medicine” 1977, nr 11, s. 3–10.

Proces ten, co postaram się wykazać, związany jest z globalizacją. Zjawisko to, nadal szeroko dyskutowane i badane w różnych obszarach wiedzy, z grubsza rzecz ujmując, można opisać dwojako: 1) jako proces kulturowy, zmierzający do upowszechnienia symboli, idei czy wartości⁶; 2) jako proces instytucjonalny⁷, dzięki któremu lokalne praktyki stają się działaniami determinowanymi przez globalne procesy.

W artykule przyjrę się zjawisku globalizacji biomedycznego modelu zdrowia psychicznego, któremu towarzyszy rozprzestrzenianie się w różnych kontekstach kulturowych określonych definicji zaburzeń, wcześniej tam nieznanymi bądź traktowanymi w odmienny sposób. Choć, historycznie rzecz biorąc, podejście biologiczne obecne było w historii psychiatrii w Europie już w XIX wieku⁸, to współcześnie kluczową rolę w tym procesie odgrywa psychiatria amerykańska. To właśnie w Stanach Zjednoczonych dokonała się rewolucja w podejściu do diagnozowania zaburzeń psychicznych, która polegała na przejściu od paradygmatu psychoanalitycznego i psychodynamicznego, ujmującego zaburzenia jako problem na linii jednostka–środowisko społeczne, do podejścia biologicznego, opartego na organicznych etiologiach i terapii farmakologicznej (Wróblewski 2012).

Chciałbym jednocześnie spojrzeć na ten proces przez pryzmat narzędzi diagnostycznych opartych na amerykańskiej nozologii. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) jest podręcznikiem diagnostycznym wydawanym od lat pięćdziesiątych XX wieku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Jest on wykorzystywany w codziennej pracy klinicznej, ponieważ zawiera opisy symptomów wszystkich diagnozowanych przez lekarzy zaburzeń psychicznych. Na bazie DSM powstają ponadto narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w badaniach epidemiologicznych czy etiologicznych.

DSM traktować będę jako mobilną rzecz, czyli czynnik, który wędrując po świecie, instalując się w różnych kontekstach kulturowych, wpływa na owe konteksty, przeobrażając istniejące tam struktury wiedzy czy kulturowo określone wizje zdrowia i choroby. Główna teza tekstu brzmi: globalizacja zaburzeń psychicznych związana jest między innymi z wprowadzaniem narzędzi diagnostycznych opartych na nozologii DSM w różne rejony świata; narzędzia te nie tylko kształtują czynności psychiatrów, ale również zmieniają społeczną percepcję choroby, lokalne struktury wiedzy czy przyczyniają się do procesów medykacyjnych (zwiększania liczby stawianych diagnoz czy wzrostu znaczenia psychofarmakologii w leczeniu zaburzeń).

⁶ Por. G. Matthews, *Supermarket kultury: kultura globalna a tożsamość jednostki*, przeł. E. Klekot, Warszawa 2005.

⁷ Por. Z. Bauman, *Globalizacja*, przeł. E. Klekot, Warszawa 2000; A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, przeł. E. Klekot, Kraków 2008.

⁸ Por. E. Shorter, *Historia psychiatrii: od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, przeł. P. Tur-ski, Warszawa 2005.

DSM jako infrastruktura

Chociaż twórcy DSM wyraźnie stwierdzają, że poszczególne zaburzenia nie mogą być traktowane jako dyskretne jednostki diagnostyczne⁹, to do pewnego stopnia logika kryjąca się za nozologią amerykańską temu przeczy. Przypomina ona trochę sposób myślenia o chorobach zakaźnych¹⁰ — każda jednostka posiada charakterystyczny dla siebie zbiór objawów. Ich identyfikacja stanowi podstawę procesu diagnostycznego. Jest to podejście, które do nozologii wprowadził i rozwinął wspomniany już Kraepelin. Niemiecki psychiatra uważany jest za jednego z pierwszych, który zaproponował spójną i opartą na metodach naukowych klasyfikację zaburzeń psychicznych. Analizował on przebieg chorób wielu pacjentów, szukając prawidłowości w postaci powtarzających się w różnych przypadkach symptomów¹¹. To właśnie na ich bazie stworzył opisy i wskazówki diagnostyczne. Rygor definicyjny takiego postępowania znacząco różnił się od sposobów definiowania zaburzeń w psychoanalizie, która posługiwała się kategoriami ogólnymi, opartymi na bardziej subiektywnych interpretacjach diagnosty i często posiadającymi rozmyte granice.

Naukowe i systematyczne podejście Kraepelina legło u podstaw wspomnianej wcześniej rewolucji w psychiatrii amerykańskiej, która dokonała się w roku 1980. Jest to moment publikacji trzeciej edycji DSM. Jedną z intencji, jaka przyświecała twórcom podręcznika, było ujednolicenie i uproszczenie definicji diagnostycznych w taki sposób, aby zwiększyć wiarygodność stawianych przez lekarzy diagnoz. Nowy DSM zmierzał do większej standaryzacji procesu diagnostycznego, ponieważ zamiast krótkich opisów zaburzeń wprowadził konkretne kryteria diagnostyczne, których odpowiednia liczba kwalifikuje bądź nie do postawienia diagnozy. Gdyby cały proces diagnostyczny sprowadzić jedynie do używania DSM (a w rzeczywistości nie jest to takie proste), to byłaby to mało skomplikowana czynność — wystarczy poobserwować pacjenta i policzyć symptomy; jeżeli zgadza się ich liczba, to lekarz może zaklasyfikować kogoś jako chorego. Nie powinno zatem dziwić, że jeden z twórców tej nowej, zrationalizowanej klasyfikacji zaburzeń psychicznych — Robert Spitzer — jeszcze w latach siedemdziesiątych zajmował się komputerowymi symulacjami diagnozy psychiatrycznej, starając się przenieść codzienną praktykę psychiatrów na replikowalny i zestandaryzowany kod komputerowy¹².

⁹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*, Washington 2000.

¹⁰ Por. A. Young, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton 1995; A.V. Horwitz, *Creating Mental Illness*, Chicago 2002.

¹¹ Por. E. Shorter, *op. cit.*, s. 118–128.

¹² Por. J. Orr, *Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis*, [w:] *Biomedicalization. Technoscientific, Health, and Illness in the U.S.*, red. A. Clarke *et al.*, Durham-London 2010, s. 353–379.

Żeby wyjaśnić rolę DSM w globalizowaniu zaburzeń psychicznych, należy wprowadzić kilka tez i pojęć wywodzących się z teorii aktora-sieci (ANT) oraz studiów nad nauką i technologią (STS). W obu tych perspektywach niezwykle ważną rolę odgrywa materialność. W opisywanych przez Brunona Latoura, Johna Lawa, Annemarie Mol czy Michela Callona dynamicznych aktorach-sieciach kluczowe funkcje pełnią tzw. aktorzy pozaludczy, do których zaliczyć można również rzeczy¹³. Ich rola nie ogranicza się jedynie do prostego zapośredniczenia interakcji między podmiotami społecznymi; rzeczy są również współkonstytuującymi społeczne relacje mediatorami. Według przedstawicieli ANT i STS materialność i aktorzy pozaludczy: 1) podtrzymują ład społeczny, utrwalają i stabilizują relacje pomiędzy elementami sieci w taki sposób, aby interakcje między nimi przebiegały gładko; 2) delegują na obszar tego, co społeczne, określone reguły wyznaczające granice możliwych działań społecznych; 3) wpływają, czasem w nieoczekiwany sposób, na funkcjonowanie społeczeństwa na różnych poziomach (jednostkowym i instytucjonalnym).

Specyficznym rodzajem materialności i aktorów pozaludzkich jest infrastruktura. W koncepcji Geoffreya Bowkera i Susan Leigh Star — również przedstawicieli STS i ANT — infrastruktura nie jest tożsama jedynie z tym, co zwykle rozumiemy przez to pojęcie¹⁴. Infrastruktury są bowiem niewidzialnymi aktorami życia społecznego. Korzystamy z nich każdego dnia, jednakże nie zdajemy sobie sprawy z wagi i roli, jaką mają one dla naszych codziennych praktyk. Bowker i Star twierdzą, że infrastruktury tym lepiej działają (tzn. współkonstytuują nasze działania społeczne), im bardziej są niewidzialne i nieproblemetyzowane przez swoich użytkowników. Funkcjonują jak opisane przez Latoura czarne skrzynki¹⁵. Wszechobecność infrastruktury sprawia ponadto, że są one łatwo dostępne dla użytkowników — nie wymagają każdorazowego ustanawiania, a raczej stanowią pomocne i zawsze gotowe do użycia narzędzie, prosty mechanizm, z którego można w łatwy sposób skorzystać. Infrastruktury łączą wreszcie konteksty — lokalny z globalnym. Sprawiają, że lokalne praktyki determinowane są przez globalne procesy. W tym względzie działają jak opisane przez Anthony'ego Giddensa punkty dostępowe¹⁶.

¹³ Por. K. Abriszewski, *Rzeczy w kontekście teorii aktora-sieci*, [w:] *Rzeczy i ludzie. Humanistyka wobec materialności*, red. J. Kowalewski, W. Piasek, M. Śliwa, Olsztyn 2008, s. 103–130; B. Latour, *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do teorii aktora-sieci*, przeł. A. Derra, K. Abriszewski, Kraków 2010, s. 89–122; B. Latour, *Technologia jako utrwalone społeczeństwo*, przeł. Ł. Afeltowicz, „Avant” 2013, nr 4, s. 17–48.

¹⁴ Por. S.L. Star, *The ethnography of infrastructure*, „American Behavioral Scientist” 1999, nr 3, s. 381–382; G. Bowker, S.L. Star, *Sorting Things Out: Classifications and Its Consequences*, Cambridge 1999, s. 35.

¹⁵ Por. B. Latour, *Science in Action. How to Follow Scientist and Engineers Through Society*, Cambridge, Mass. 1987.

¹⁶ Por. A. Giddens, *op. cit.*

Bowker i Star twierdzą, że specyficznym rodzajem infrastruktury są wszelkiego rodzaju standardy i klasyfikacje. Ich celem jest bowiem redukcja złożoności świata społecznego, ujarzmienie płynności i chaosu, a przede wszystkim stabilizacja i łączenie różnych praktyk społecznych. Dzięki klasyfikacjom świat może zostać poukładany, a tym samym bardziej zrozumiały. Schematy zaś standaryzują działania, wskazują reguły, którymi można, czasem bezrefleksyjnie, podążać. Twórcy klasyfikacji mają ambicję wpływania na zachowania różnych grup społecznych, niezależnie od kontekstu ich działania. Aby mogło to mieć miejsce, klasyfikacje łączą się ze standardami w tym sensie, że te ostatnie określają, w jaki sposób oraz w jakich okolicznościach można użyć określonych kategorii klasyfikacyjnych. W tym kontekście standardy i klasyfikacje tworzą razem infrastrukturę w powyższym rozumieniu. Klasyfikacje są wskazaniem dla praktyki społecznej — wskazują, jakie elementy świata społecznego należą do jakiej grupy, kategorii, klasy, a w związku z tym określają, jak należy je traktować. Z kolei standardy wpływają na stosowanie klasyfikacji, określają ramy ich obiektywności i zasadność ich użycia.

W jakim sensie DSM jest przykładem infrastruktury i w jaki sposób mediuje praktyki medyczne? Po pierwsze, system klasyfikacyjny wydawany przez APA ma za zadanie standaryzować zachowanie lekarzy. DSM jest narzędziem wykorzystywanym w codziennej praktyce klinicznej i chociaż procesu diagnostycznego nie da się sprowadzić do liczenia symptomów, to i tak ma on duży wpływ na pracę psychiatrów. Zaburzenia są w wielu wypadkach na tyle ściśle zdefiniowane, że pole indywidualnej interpretacji lekarza pozostaje ograniczone. Jak stwierdzają Stuart A. Kirk i Herb Kutchins w swojej książce opowiadającej historię powstania DSM-III, twórcy tego przełomowego podręcznika uważali, że

jeżeli (1) ograniczą informacje zbierane przez lekarza, (2) ustrukturyzują sposób, w jaki to się dokonuje, (3) wskażą sposób, w jaki zadawać pacjentowi kolejne pytania oraz (4) dostarczą jasnych instrukcji, jakie decyzje diagnostyczne można podjąć, to uda im się w znaczący sposób zredukować stopień niezgody pomiędzy lekarzami¹⁷.

Po drugie, DSM jest zagnieżdżony w wielu polach instytucjonalnych mniej lub bardziej związanych z medycyną. Oznacza to, że zakres oddziaływania tego narzędzia diagnostycznego wykracza daleko poza ściany gabinetu lekarskiego. Standaryzacja języka psychiatrii w formie, jaką znajdziemy w DSM, umożliwiła na przykład prowadzenie zakrojonych na szeroką skalę badań epidemiologicznych i tworzenie narodowych statystyk dotyczących zdrowia psychicznego. Dobrym przykładem jest EZOP, czyli pierwsze w Polsce badanie występowania zaburzeń psychicznych w ogólnej populacji. Wykorzystywany był w nim między innymi DSM¹⁸. Podręcznik diagnostyczny wydawany przez APA jest również wykorzy-

¹⁷ S.A. Kirk, H. Kutchins, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New Brunswick 1992, s. 55.

¹⁸ Inną klasyfikacją, z której częściowo korzystają polscy psychiatry, jest International Classification of Diseases (ICD), wydawana przez Światową Organizację Zdrowia. ICD różni się w wy-

stywany przez amerykańskie firmy ubezpieczeniowe, gdyż na bazie rozpoznania z DSM wypłacane jest odszkodowanie bądź refundowane jest leczenie. Sektor prywatny był zresztą jednym z kluczowych aktorów lobbujących za rezygnacją z paradygmatu psychoanalitycznego i psychodynamicznego, ponieważ rozmyte i bardzo pojemne kategorie diagnostyczne utrudniały oszacowanie poziomu refundacji¹⁹.

Na głębszym poziomie DSM zmienia również sposób myślenia o zaburzeniach psychicznych i sposób ich traktowania. Wiąże się z dwoma procesami, szeroko opisywanymi w literaturze socjomedycznej: 1) z medykacją, czyli ekspansją myślenia i praktyk medycznych na coraz to nowe obszary życia społecznego²⁰; 2) z postępującą genetyzacją i somatyzacją życia społecznego, czyli zmianą zjawisk wcześniej uważanych za społeczne (takich jak emocje czy tożsamość) w zjawiska rozumiane biologicznie i esencjalistycznie²¹. Logika oddzielonych od siebie jednostek diagnostycznych, wedle której zdefiniowane są zaburzenia, implikuje myślenie o nich w kategoriach organicznych przyczyn. Od czasu wydania DSM-III coraz popularniejszy stał się w psychiatrii model biologiczny, również za sprawą rozwoju genetyki i neuronauk. W ślad za tym rośnie popularność psychofarmakologii, która zaczęła być zjawiskiem niemalże masowym w Stanach Zjednoczonych właśnie po roku 1980. Psychofarmakologia jest bowiem precyzyjną interwencją biochemiczną, która zmienia funkcjonowanie organizmu, podobnie jak leki przeciwzapalne. Jest to myślenie zgodne z logiką *magic bullets*, która polega na oddziaływaniu terapeutycznym jedynie na ten czynnik, który wywołuje problem ze zdrowiem. I chociaż nadal nieznane są biologiczne etiologie większości zaburzeń, to logika dyskretnych jednostek nakłania do tego, żeby myśleć o procesie terapeutycznym w taki sposób, jakby polegał on na niwelowaniu organicznego źródła problemu.

DSM jest również mechanizmem medykacyjnym w tym sensie, że przyczynia się do poszerzenia wpływu medycyny na życie społeczne. Objawia się to tym, że coraz większa liczba problemów wcześniej nieuważanych za problemy zdrowotne staje się przedmiotem zainteresowania medycznych profesjonalistów. DSM był w dużej mierze odpowiedzialny za to, że coraz więcej naszych codzien-

padku niektórych opisów diagnostycznych od DSM, lecz logika definiowania zaburzeń psychicznych (ściśły opis kryteriów diagnostycznych, lista symptomów) pozostaje taka sama.

¹⁹ Por. A. Horwitz, R. Mayes, *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, „Journal of the History of Behavioral Sciences” 2005, nr 41, s. 249–267.

²⁰ Por. M. Wróblewski, *The DSM as moving laboratory: The role of the diagnostic manual in the stabilizing and objectivization of pharmaceutical reason*, „Polish Sociologica Review” 2015, nr 1, s. 85–106; M. Nowakowski, *Medykacja i demedykacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin 2015.

²¹ Por. J. Domaradzki, *Genetyzacja społeczeństwa. Społeczne konsekwencje nowej genetyki*, „Studia Socjologiczne” 2012, nr 2, s. 7–26; N. Rose, *Polityka życia samego*, „Praktyka Teoretyczna” 2011, nr 2–3, s. 187–209.

nych trosk — od nieśmiałości po różnego rodzaju dysfunkcje seksualne — stało się problemami psychicznymi. Żeby się o tym przekonać, wystarczy porównać liczbę jednostek diagnostycznych z pierwszej edycji wydanej w roku 1952 (106) z edycją IV, wydaną w roku 1994 (297)²².

Mobilna infrastruktura diagnostyczna i globalizujące się zaburzenia²³

Zapytajmy teraz, jaką rolę DSM odgrywa w globalizacji zaburzeń psychicznych. DSM tworzy infrastrukturę niezbędną do rozpoznania danego zaburzenia, a przez to niskim kosztem wprowadza je do miejsc, które wcześniej jej nie znały. Przeniesienie DSM do określonego kontekstu może zatem sprawić, że pojawi się tam problem z zaburzeniem, którego wcześniej nie było. Dzięki daleko posuniętej standaryzacji podręcznik diagnostyczny wydawany przez APA może być stosowany w różnych kontekstach, ponieważ bardzo łatwo nauczyć się z niego korzystać. Na bazie definicji z DSM powstają proste w obsłudze kwestionariusze, które mogą nawet posłużyć do samodiagnozowania.

Teżę, że DSM jest narzędziem o dużym potencjale do społecznej mobilności, obrazują wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych przez mnie w ramach projektu *Biomedycyzacja nadpobudliwości. Socjologiczna analiza wylaniania się jednostki chorobowej jako faktu społecznego* opartego na wywiadach z praktykami zajmującymi się w swojej pracy dziećmi ze stwierdzonym ADHD²⁴. Jedną z kluczowych rzeczy, jaka mnie interesowała, było to, jak wygląda proces diagnostyczny. W wypadku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi symptomy muszą zostać rozpoznane w co najmniej dwóch środowiskach, na przykład w szkole i w domu. Oznacza to, że psychiatra musi posiłkować się opiniami innych, a nie tylko bazować na tym, co zobaczył w swoim gabinecie. Najczęściej jest to opinia nauczyciela. Psychiatrzy proszą jednakże również o obserwację samych rodziców. W tym celu w gabinetach rozdają kwestionariusz diagnostyczny, który oparty jest o definicję pochodzącą z podręcznika DSM.

²² A. Horwitz, R. Mayes, *op. cit.*, s. 251.

²³ Fragment ten bazuje na analizach, które publikowałem w innych miejscach. Znaleźć tam można rozwinięcie opisywanych tutaj przykładów: M. Wróblewski, *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych*, [w:] *Humanistyka (pół)peryferii*, red. K. Abriszewski, A. Kola, J. Kowalewski, Olsztyn 2016, s. 23–54; M. Wróblewski, *Biomedycyna w sieciach globalizacji. O wędrujących zaburzeniach psychicznych na przykładzie ADHD*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski, *Procesy medycyzacji we współczesnym społeczeństwie*, Lublin 2017, s. 147–170.

²⁴ Badania prowadzone były w ramach grantu badawczego finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (2013/11/N/HS6/00991). Rezultaty tych badań można znaleźć w: M. Wróblewski, *Medycyzacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*, Kraków 2018, w druku.

Kwestionariusz ten oparty jest na stwierdzeniach odnoszących się do poszczególnych symptomów. Odpowiedzi są zeskalowane, każdej z nich przypisana jest wartość punktowa. Dla przykładu, na stwierdzenie „dziecko często wyrывa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie zadane do końca” można odpowiedzieć „tak” (3 punkty), „raczej tak” (2), „chyba nie” (1), „nie” (0). Po wypełnieniu należy zliczyć punkty — wynik końcowy określa, czy dziecko przejawia w swoim zachowaniu symptomy związane z ADHD. Chociaż w praktyce klinicznej tego typu narzędzie ma charakter jedynie pomocniczy, to funkcjonuje ono jako łącznik pomiędzy światem medycyny a zewnętrznym wobec niego światem społecznym. Standaryzacja i uproszczenie języka (opisy symptomów często odnoszą się do codziennych zachowań) oraz kwantyfikacja narzędzia diagnostycznego sprawiają, że jest ono łatwo dystrybuowane, a w związku z tym może cyrkulować po świecie społecznym, odgrywając rolę niewidzialnej, lecz mającej znaczący wpływ na praktyki, infrastruktury.

Z badań dowiedziałem się również, że rośnie świadomość pacjentów, jeżeli chodzi o znajomość kryteriów diagnostycznych. Psychiatrzy, z którymi rozmawiałem, twierdzili, że coraz częściej trafiają się im pacjenci przychodzący do gabinetu z gotową diagnozą, a nawet potrafiący z pamięci wymieniwać, jakie warunki należy spełniać, by otrzymać diagnozę. Jest to również, po części, wynik prostoty, z jaką używa się definicji z DSM. Kryteria diagnostyczne dla ADHD są zrozumiałe dla laika, a zarazem łatwo dostępne — można je znaleźć na stronach poradni psychologiczno-pedagogicznych, organizacji pacjenckich czy na forach internetowych. To rodzi ryzyko samodiagnozowania. Posiadając proste w użyciu narzędzie diagnostyczne, bardzo łatwo można rozpoznać symptomy u siebie bądź swojego dziecka i z taką amatorską diagnozą iść później do gabinetu psychiatry. Jest to, jak opowiadali mi psychiatrzy, problem dla samych lekarzy, ponieważ diagnoza ADHD jest kompleksowa, rozpisana na wielu aktorów i często czasochłonna.

Mobilność psychiatrycznych narzędzi diagnostycznych w kontekście globalizacji najlepiej obrazują inne przykłady. Weźmy przykład PTSD, czyli zespół stresu pourazowego²⁵. Historia globalizacji tego zaburzenia wiąże się z tragicznym wydarzeniem, jakie miało miejsce na Sri Lance w 2004 roku, kiedy to potężna fala tsunami, wywołana trzęsieniem ziemi na Oceanie Indyjskim, doprowadziła do śmierci setek tysięcy osób. Licznym apelom o pomoc ze strony społeczności międzynarodowej towarzyszyły głosy ekspertów z zakresu psychiatrii, którzy wskazywali na konieczność szybkiej interwencji w obliczu urazów psychicznych, jakich doznali poszkodowani. Eksperci obawiali się „drugiego tsunami” w postaci epidemii PTSD, który, jak uznaje się od pewnego czasu, może być również wywoływany traumatycznymi przejściami związanymi z kataklizmami naturalnymi. Na apel odpowiedziały setki psychologów, psychiatrów, psychoterapeutów,

²⁵ Por. E. Watters, *Crazy Like US: The Globalization of American Psyche*, New York 2010, s. 65–125.

k którzy postanowili przyjechać na Sri Lankę. Korzystając z prostych i opartych na zestandaryzowanych kwestionariuszach narzędzi diagnostycznych, specjaliści ci — głównie zachodni — potrafili diagnozować dziennie setki poszkodowanych, a także szybko przeszkolić lokalnych mieszkańców, by robili to samodzielnie. Wynikiem tych zabiegów było upowszechnienie wiedzy o PTSD, który wcześniej nie był w ogóle znany na Sri Lance. Nie miałyby to miejsca, gdyby zachodnia psychiatria nie przeszła owej rewolucji, o której wspominałem wyżej, a która polegała na standaryzacji języka i wprowadzeniu logiki dyskretnych jednostek. DSM umożliwił, innymi słowy, wprowadzenie łatwych w użyciu narzędzi diagnostycznych do miejsca, które wcześniej nie znało tego typu problemów.

PTSD nie tylko stał się kolejnym zaburzeniem diagnozowanym w odległym od Stanów Zjednoczonych miejscu, ale również wypromował pojęcie traumy, które nie korespondowało z ujęciem wypracowanym przez kulturę lokalną. Ta ukształtowała traumę głównie jako zdarzenie nie jednostkowe, lecz rodzinne — tragedia, jaka spotyka jednostkę, nie oddziałuje w tym ujęciu tylko na jej emocje i dobrostan psychiczny, ale przede wszystkim wiąże się z utratą określonych relacji społecznych, z przerwaniem pewnego uniwersum symbolicznego. Logika zachodniego modelu jest inna: na etapie diagnozowania kluczową sprawą jest skupienie na sobie, introspekcja; w wypadku terapii PTSD wymaga dyskursywnego i zindywidualizowanego przepracowania własnej traumy, zupełnie inaczej niż w kulturze Sri Lanki, która traumy nie postrzegała jako czegoś, co należy samemu przepracować.

Wprowadzenie DSM może zatem wpłynąć na zmianę kulturowego wizerunku zaburzenia poprzez wprowadzenie typowo zachodnich sposobów myślenia o problemach ze zdrowiem psychicznym czy o trudnościach życiowych do odmiennych kontekstów kulturowych. DSM może, innymi słowy, zmienić społeczną percepcję zaburzenia. Oprócz PTSD dobrym tego przykładem może być historia „wprowadzania” depresji do Japonii²⁶. W języku japońskim funkcjonuje termin odnoszący się do symptomów, które można uznać w naszym kręgu kulturowym za towarzyszące depresji — *utsubyō*. Nie jest jednakże tym samym, ponieważ oznacza stan podobny do schizofrenii i uważany jest za ciężką, aczkolwiek rzadko występującą chorobę. Inaczej jest z depresją rozumianą zgodnie z kanonami zachodnimi — tutaj stany depresyjne mogą być powiązane z emocjami towarzyszącymi codziennemu życiu. Sytuacja zaczęła się zmieniać, gdy koncerny farmaceutyczne postanowiły wypromować swoje leki antydepresyjne w Japonii. By przekonać społeczeństwo japońskie, że depresja może być poważnym problemem zdrowotnym, nawet jeżeli nie jest związana z ciężkimi stanami psychiatrycznymi, koncern produkujący antydepresant Paxil przeprowadził zakrojoną na szeroką skalę kampanię społeczną, ostrzegającą przed niebezpieczeństwem depresji. W przekazie reklamowym posługiwano się nazwą *kokoro no kaze*, co można przetłumaczyć jako „przeziębienie duszy”. Celem było pokazanie, że depresja nie

²⁶ Por. *ibidem*, s. 187–248.

jest czymś rzadko występującym, ale — jak katar — może zdarzyć się każdemu i być leczona odpowiednimi środkami farmakologicznymi. Efektem tych działań było upowszechnienie w społecznej świadomości Japończyków zupełnie innego obrazu depresji. Był to obraz oparty na wyobrażeniach ukształtowanych w kulturze zachodniej. Zostały one przeniesione do kontekstu japońskiego za pomocą agresywnego i oddziałującego na wielu polach marketingu farmaceutycznego.

W tym procesie niezwykle ważną rolę odegrał DSM. Jak wspominałem, jednostki chorobowe opisane są w nim za pomocą konkretnych objawów. Te z kolei są nie tylko napisane prostym, zrozumiałym językiem, ale też odnoszą się do codziennych zachowań czy emocji (na przykład poczucie niskiej wartości, obniżony nastrój, zmniejszony poziom koncentracji). W przekonaniu Japończyków do tego, że depresja może być problemem poważniejszym i bardziej powszechnym, niż się im wcześniej wydawało, niebagatelną rolę odegrało zakorzenienie języka DSM w codzienności oraz jego znaczne uproszczenie.

Warto tu również odwołać się do przykładu ADHD w kontekście polskim. Z moich badań wynika, że nadpobudliwość kojarzona była kiedyś ze złym wychowaniem, a nie z przyczynami organicznymi. To brak „wychowania pasem”, cytując jeden z artykułów prasowych, miał być przyczyną, dla których dzieci nie mogły się skupić bądź wierciły się w szkolnych ławkach. Zmiana tego postrzegania nastąpiła na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, co pokazują chociażby badania prowadzone wśród nauczycieli²⁷. Dokonała się ona w dużej mierze dzięki upowszechnieniu wiedzy naukowej na temat ADHD. Istotną rolę w tym procesie odegrał również DSM. Jak powiedziała mi jedna respondentka, wprowadził on jasne granice — dzięki upowszechnieniu opartych na tym podręczniku narzędzi diagnostycznych psychiatry i psychologowie nauczyli się odróżniać zespół nadpobudliwości psychoruchowej od zwykłego niegrzecznego zachowania. Upowszechnił on również myślenie w kategoriach organicznych przyczyn. ADHD przestało być zaburzeniem wywołanym czynnikami środowiskowymi, a stało się problem o podłożu biologicznym.

DSM może również przyczynić się do wpływu na praktyki medyczne w taki sposób, że zmienia lokalne struktury wiedzy medycznej. Wprowadzenie DSM może zatem zmienić sposób diagnozowania danych zaburzeń, co często wiąże się z częstszym ich występowaniem w populacji. Przykładem może być tutaj Japonia, w której po wypromowaniu depresji psychiatry zaczęli częściej korzystać z DSM, co przyczyniło się do zmiany pokoleniowej w japońskiej medycynie,

²⁷ Badania takie prowadziła Katarzyna Budziałowska. Dokonała ona porównania, jak na ADHD patrzą nauczyciele z mniejszym stażem pracy, a jak z większym. Ci, którzy pracowali więcej niż 10 lat, wyrażali przekonanie, że objawy są wynikiem chęci zwrócenia na siebie uwagi i konsekwencją nieodpowiedniego modelu wychowawczego. Wskazywali również, że skutecznym sposobem na „oswojenie” nadpobudliwego dziecka może być większa dyscyplina. Por. K. Budziałowska, *Naznaczanie społeczne osób ze zdiagnozowanym zespołem ADHD. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2014, s. 131.

która jeszcze w latach dziewięćdziesiątych była pod silnym wpływem tradycyjnej psychiatrii niemieckiej²⁸. Innym przykładem jest Argentyna. Andrew Lakoff²⁹ w swojej książce pokazuje, jak wprowadzenie DSM związane było w tym kraju z nierównymi relacjami pomiędzy centrum a peryferiami. Argentyńska psychiatria przez lata zdominowana była przez psychoanalizę, dlatego niektóre z zaburzeń występujących w paradygmacie biomedycznym nie były tam diagnozowane. Socjolog analizuje przypadek szpitala psychiatrycznego w Buenos Aires, któremu francuska firma Genset zaproponowała atrakcyjną finansowo umowę dotyczącą udziału w badaniach genetycznych pod warunkiem przyjęcia standardów DSM-IV w diagnozowaniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Pod naporem problemów finansowych i wbrew upowszechnionym w środowisku argentyńskich psychiatrów opiniom szpital zgodził się na uczestniczenie w projekcie. DSM został tutaj wykorzystany jako narzędzie hegemonicznego narzucenia lokalnym strukturom wiedzy amerykańskiego sposobu diagnozowania zaburzeń psychicznych, co wprowadzało znaczące zmiany w praktyce lekarskiej.

W kontekście tych przykładów rację ma Michał Nowakowski, który analizuje DSM jako narzędzie wpisane w logikę centroperyferyjną i dynamikę globalnego kapitalizmu:

Rozprzestrzeniająca się poza USA klasyfikacja DSM stanowi nośnik zmedykalizowanej koncepcji zaburzeń psychicznych, jakże użytecznej dla globalnego rynku leków. Współczesna klasyfikacja, wraz z leżącą u jej podłoża koncepcją biochemicznej etiologii zaburzeń psychicznych, zapewnia zbyt na drogie, opatentowane produkty na obszarach semiperyferyjnych i peryferyjnych, marginalizując jednocześnie psychoterapie, które są dobrem niestanowiącym własności intelektualnej kapitału pochodzącego z obszarów centralnych, przez co ich wartość marketingowa jest mała³⁰.

Innym przykładem może być wpływ ekspansji DSM na diagnozowanie ADHD w Europie³¹. W wypadku problemów z nadpobudliwością klasyfikacja amerykańska różni się nieco od klasyfikacji ICD stosowanej w wielu krajach europejskich, w tym w Polsce. Kluczowa różnica polega na tym, że kryteria europejskie są bardziej restrykcyjne niż te pochodzące z DSM. Jak łatwo się domyślić, wszędzie tam, gdzie DSM zaczyna wypierać klasyfikację ICD, możemy spodziewać się większej liczby diagnoz. Miało to miejsce w Wielkiej Brytanii, w której w latach 1990–2014 odsetek chorych wzrósł z niespełna 1% do 2–5%, a konsumpcja leków na ADHD

²⁸ Por. J. Kitanaka, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton 2011.

²⁹ Por. A. Lakoff, *A Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge, Mass. 2005.

³⁰ M. Nowakowski, *Propozycja zastosowania analizy systemów-światów Immanuela Wallersteina w krytycznej socjologii medycyny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio I” 2016, nr 40 (2), s. 60.

³¹ Por. M. Bergey, P. Conrad, *The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medical disorder*, „Social Science & Medicine” 2014, nr 122, s. 31–43.

w latach 1991–1995 wzrosła ze 183 tysięcy do 1,58 miliona. W Niemczech w latach 1999–2008 nastąpił skok w konsumpcji dziennych dawek leków na ADHD z 10 milionów do 53 milionów, a w latach 2000–2007 wzrost stawianych diagnoz o 45%. W tym kraju wyjątkowo aktywne okazały się koncerty farmaceutyczne, których działania doprowadziły do tego, że największe autorytety w dziedzinie niemieckiej pediatrii i psychiatrii dziecięcej zgodziły się dopuścić możliwość diagnozowania za pomocą DSM. W Wielkiej Brytanii i Niemczech wprowadzenie DSM sprawiło, że ADHD stało się dużo poważniejszym i częściej występującym w populacji problemem medycznym. Ciekawym przykładem są tutaj Włochy oraz Francja. Ten pierwszy kraj nadal ma silne tradycje psychiatrii psychoanalitycznej, dlatego upowszechnianie się nozologii amerykańskiej zachodzi tam wolniej niż w wypadku innych państw. We Francji z kolei do diagnozowania zaburzeń u dzieci i młodzieży używany jest odrębny system klasyfikacyjny — *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMA).

Zakończenie

Przedstawiona tutaj argumentacja miała za zadanie zobrazować, jak za pomocą określonego narzędzia diagnostycznego można zmienić kulturowe sposoby postrzegania zaburzeń psychicznych. Rozpocząłem ten tekst od przywołania podstawowych tez antropologii medycznej, dla której wpływ kultury na chorobę i zdrowie jest niezaprzeczalny. Również socjologia medycyny pokazuje, że relacje społeczne, status społeczny czy miejsce zamieszkania mogą mieć decydujący wpływ na kondycję zdrowotną. Wynika z tego, że zjawisko choroby ma charakter relacyjny (gdy uwikłane jest w szereg procesów, dyskursów, praktyk) i zróżnicowany. Być może dotyczy to w większym stopniu zaburzeń psychicznych, które dotyczą szeroko rozumianej sfery ludzkiej subiektywności. Ta kształtowana jest nie tylko przez biologię. Prace antropologiczne pokazują to zróżnicowanie, badając i opisując specyficzne dla określonych kręgów kulturowych czy społeczności sposoby doświadczania i przepracowywania problemów psychicznych. W wielu wypadkach różnią się one od tego, w jaki sposób są traktowane w obrębie modelu biomedycznego.

Globalizacja zaburzeń psychicznych jest z tej perspektywy nie tylko prostym przenoszeniem wiedzy, definicji czy narzędzi, ale staje się procesem homogenizacji doświadczenia lokalnego, uwspólniania go z globalnymi standardami zachodniej biomedycyny. Ukonstytuowane w danej społeczności sposoby odnoszenia się do problemów psychicznych mogą w tym procesie być zmuszone do kapitulacji w obliczu narzucania charakterystycznych dla kultur zachodnich modeli ciała, psychiki, emocji czy zachowania. Za globalizacją zaburzeń psychicznych kryje się bowiem założenie, że wszyscy ludzie — niezależnie od kultury czy klasy społecznej — mają

mniej więcej taką samą psychikę, tak samo reagują na wewnętrzne napięcia i potrzebują tych samych terapii. Twierdzenie to stoi w kontrze do tego, co o przeżywaniu zaburzeń wiemy z badań antropologicznych i socjologicznych. Globalizacja powoduje, że zamiast szerokiej palety reakcji na problemy ze zdrowiem psychicznym otrzymujemy jeden uniwersalny model, który określa, czym jest smutek, trauma czy nieśmiałość.

Na koniec warto zaznaczyć, że globalizacja nie jest, wbrew pozorom, procesem prostego narzucania, często towarzyszy jej opór bądź lokalne mutacje. Danuta Penkala-Gawęcka twierdzi, że należy raczej mówić o glocalizacji, w której zachodnia medycyna w takiej bądź innej formie adaptuje się do lokalnych warunków, nie będąc przenoszona w sposób niezmienny³². Racjonalność biomedyczna może być bowiem przyjmowana w zmienionej postaci, odrzucana bądź przyjmowana jedynie powierzchownie. Podobnie jest z DSM. Choć — jak w wypadku opisanej przez Lakoffa Argentyny — znajdziemy przykłady jawnego narzucania tego narzędzia diagnostycznego innym strukturom wiedzy, to możemy również mówić o różnych formach wprowadzania tego podręcznika w obieg wiedzy i praktyk medycznych. Niemniej jednak, jak pokazują opisane w artykule przykłady, globalizacja w mniejszym bądź większym stopniu sprawia, że coraz więcej ludzi zaczyna patrzeć na swoje zdrowie psychiczne przez pryzmat amerykańskiej psychiatrii, której DSM jest wytworem. Tym samym powinniśmy krytycznie podchodzić do tego procesu.

Mobile diagnostic tools and globalizing mental disorders: On the role of DSM in shaping the cultural image of mental health

Abstract

The article analyses the phenomenon of globalization of mental disorders, focusing on the dissemination of the US diagnostic manual — the DSM. The DSM is an example of a mobile infrastructure, which enables the circulation of a certain way of thinking about mental disorders. Selected examples show how this diagnostic tool changes medical practices and the cultural image of mental health in different regions of the world. Those examples are PTSD, depression, ADHD.

Keywords: globalization of mental illness, DSM, medicalization, infrastructures

³² Por. D. Penkala-Gawęcka, *O globalizacji i glocalizacji biomedycyny na przykładzie Kazachstanu*, „Lud” 2010, nr 94, s. 107–120.

Bibliografia

- Abriszewski A., *Rzeczy w kontekście teorii aktora-sieci*, [w:] *Rzeczy i ludzie. Humanistyka wobec materialności*, red. J. Kowalewski, W. Piasek, M. Śliwa, Forum Humanistyczne, Olsztyn 2008, s. 103–130.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*, APA, Washington 2000.
- Bauman Z., *Globalizacja*, przeł. E. Klekot, PIW, Warszawa 2000.
- Bergey M., Conrad P., *The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medical disorder*, „Social Science & Medicine” 2014, nr 122, s. 31–43.
- Bowker G., Star S.L., *Sorting Things Out: Classifications and Its Consequences*, MIT Press, Cambridge 1999, s. 35.
- Budziałowska K., *Naznaczanie społeczne osób ze zdiagnozowanym zespołem ADHD. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2014, s. 131.
- Domaradzki J., *Genetyzacja społeczeństwa. Społeczne konsekwencje nowej genetyki*, „Studia Socjologiczne” 2012, nr 2, s. 7–26.
- Giddens A., *Konsekwencje nowoczesności*, przeł. E. Klekot, WUJ, Kraków 2008.
- Horwitz A.V., *Creating Mental Illness*, Chicago University Press, Chicago 2002.
- Horwitz A., Mayes R., *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, „Journal of the History of Behavioral Sciences” 2005, nr 41, s. 249–267.
- Kirk S.A., Kutchins H., *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, Aldine Transaction, New Brunswick 1992, s. 55.
- Kitanaka J., *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton University Press, Princeton 2011.
- Kleinmann A., *Depression, somatization and the „new cross-cultural psychiatry”*, „Social Science & Medicine” 1977, nr 11, s. 3–10.
- Krzyżowski J., *Psychiatria transkulturowa*, Medyk, Warszawa 2002, s. 9.
- Lakoff A., *A Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge, Mass. 2005.
- Latour B., *Science in Action. How to Follow Scientist and Engineers Through Society*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1987.
- Latour B., *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do teorii aktora-sieci*, przeł. A. Derra, K. Abriszewski, Universitas, Kraków 2010.
- Latour B., *Technologia jako utrwalone społeczeństwo*, przeł. Ł. Afeltowicz, „Avant” 2013, nr 4, s. 17–48.
- Matthews G., *Supermarket kultury: kultura globalna a tożsamość jednostki*, przeł. E. Klekot, PIW, Warszawa 2005.
- Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- Nowakowski M., *Propozycja zastosowania analizy systemów-światów Immanuela Wallersteina w krytycznej socjologii medycyny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio I” 2016, nr 40 (2), s. 37–63.
- Orr J., *Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis*, [w:] *Biomedicalization. Technoscientific, Health, and Illness in the U.S.*, red. A. Clarke et al., Duke University Press, Durham-London 2010, s. 353–379.
- Penkala-Gawęcka D., *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna” 1994, nr 1–2, s. 6.

- Penkala-Gawęcka D., *O globalizacji i glocalizacji biomedycyny na przykładzie Kazachstanu*, „Lud” 2010, nr 94, s. 107–120.
- Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006, s. 38–42, 95–138.
- Rakowski T., *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenie, cele, praktyki*, [w:] *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW, Warszawa 2013, s. 359.
- Rose N., *Polityka życia samego*, „Praktyka Teoretyczna” 2011, nr 2–3, s. 187–209.
- Shorter E., *Historia psychiatrii: od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, przeł. P. Turski, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
- Star S.L., *The ethnography of infrastructure*, „American Behavioral Scientist” 1999, nr 3, s. 377–391.
- Watters E., *Crazy Like US: The Globalization of American Psyche*, Free Press, New York 2010, s. 65–125.
- Wróblewski M., *Biomedycyna w sieciach globalizacji. O wędrujących zaburzeniach psychicznych na przykładzie ADHD*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski, *Procesy medykacji we współczesnym społeczeństwie*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2017, s. 147–170.
- Wróblewski M., *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych*, [w:] *Humanistyka (pół) peryferii*, red. K. Abriszewski, A. Kola, J. Kowalewski, Forum Humanistyczne, Olsztyn 2016, s. 23–54.
- Wróblewski M., *The DSM as moving laboratory: The role of the diagnostic manual in the stabilizing and objectivization of pharmaceutical reason*, „Polish Sociological Review” 2015, nr 1, s. 85–106.
- Wróblewski M., *Medykacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*, Universitas, Kraków 2018, w druku.
- Wróblewski M., *Polityka standardów. Konstruowanie pola obiektywności w diagnostyce psychiatrycznej na przykładzie DSM-III*, „Kultura i Edukacja” 2012, nr 4, s. 64–87.
- Young A., *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton 1995.