

Michał Wróblewski
Uniwersytet Mikołaja Kopernika

CHOROBA JAKO HYBRYDA. ADHD W ŚWIETLE TEORII AKTORA-SIECI I ASOCJOLOGII

Celem artykułu jest zaprezentowanie kompleksowości zjawiska choroby. Nie jest to problem jedynie medyczny, ale również naukowy, prawny, polityczny, instytucjonalny. Przedmiotem analizy jest konkretna choroba – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD); narzędziem zaś – Teoria Aktora-Sieci oraz asocjologia, które postrzegają fenomeny społeczne jako translacyjne sieci zależności. Autora interesują przede wszystkim praktyki, instytucje i aktorzy, którzy przyczynili się do kształtowania i podtrzymywania obrazu ADHD jako choroby wrodzonej, chronicznej i przekazywanej dziedzicznie, a także krytyków naturalistycznej definicji. W tekście przeanalizowano raporty badawcze, ustawy prawne, historie choroby, podręczniki diagnostyczne. Oprócz zilustrowania hybrydyczności oraz heterogeniczności ADHD zadaniem pracy jest również zaprezentowanie kontrowersji wokół diagnostyki, terapii oraz etiologii związanej z chorobą.

Główne pojęcia: ADHD; ANT; socjologia; hybryda; zdrowie; choroba; kontrowersje.

W socjologii medycyny oraz w socjologii zdrowia i choroby przedmiotem zainteresowania badaczy poruszających się na obszarze tych dwóch dyscyplin była medycyna umieszczona w kontekście społecznej kontroli, stratyfikacji czy stopnia zinstytucjonalizowania struktur administrujących zdrowiem publicznym (Sokołowska 1986; Sokołowska 2009), relacja lekarz-pacjent (Ostrowska 2009) bądź relacje łączące zdrowie i chorobę z kontekstem społecznym (Łęcka 2010). W tekście postulował będę kierunek analizy, który nie tyle wyklucza ten prezentowany przez socjologię medycyny oraz socjologię zdrowia i choroby, ile stara się sięgać głębiej, pokazując elementy dotąd pomijane. Przedmiotem mojej refleksji będzie zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, potocznie nazywany ADHD (od ang. Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Jak się okaże, o istocie tej choroby decydują czynniki daleko wykraczające zarówno poza relację lekarz-pacjent, jak i poza uwarunkowania społeczno-kulturowe.

ADHD ma bowiem dwa niezwykle złożone oblicza. Pierwsze z nich, oficjalny obraz choroby, zogniskowany jest wokół wyjaśnienia naturalistycznego, zgodnie z którym ADHD ma źródła neurobiologiczne oraz genetyczne. Choroba jest zatem przekazywana dziedzicznie i nie zależy od wpływów środowiskowych. Co więcej, ma charakter chroniczny – nie można z ADHD wyrosnąć, gdyż objawy można zaobserwować również wśród dorosłych. Podstawową metodą radzenia sobie z zaburzeniem jest terapia farmakologiczna. Jej stosowanie wynika zarówno z naturalistycznej etiologii, jak i ze skuteczności leczenia.

Drugie oblicze to kontrowersje. Wskazuje się, że ADHD uwikłane jest w szereg problematycznych procesów, których natura jest o wiele bardziej skomplikowana, niż to się zwykle przedstawia. Na poziomie etiologicznym przedmiotem krytyki są badania potwierdzające naturalistyczną definicję choroby. Na poziomie diagnostycznym wskazuje się na zbyt szerokie kryteria skutkujące dużą liczbą chorych. Na poziomie terapeutycznym z kolei mowa jest o szkodliwości terapii i jej skutkach ubocznych. W tle pojawiają się koncerny farmaceutyczne oraz monitorujące ich poczynania agendy rządowe.

Zanim przejdę do szczegółowego omówienia heterogeniczności ADHD, pozwolę sobie na nakreślenie teoretycznego tła analizy. Głównym narzędziem wykorzystywanym przeze mnie będzie rozwijana od końca lat siedemdziesiątych XX wieku Teoria Aktora-Sieci (w skrócie ANT – od ang. Actor-Network Theory). Interesować mnie będzie głównie społeczny aspekt tej orientacji badawczej, tzn. te analizy, które zmierzają w stronę sformułowania alternatywnej teorii społecznej i alternatywnej ontologii bytu społecznego, a także nowej metodologii badania tego co społeczne, zwanej asocjologią. Szczególny nacisk kładł będę w analizie na ukazanie ADHD jako hybrydy, czyli ukazanie heterogeniczności elementów składających się na sposób myślenia i konceptualizowania choroby na obszarze społecznym.

Przyjęta przeze mnie perspektywa oparta na głównych ideach Teorii Aktora-Sieci ma dać obraz pełniejszy niż ten oferowany przez socjologię medycyny oraz socjologię zdrowia i choroby¹. Jaki jest konkretnie zysk poznawczy przemawiający za takim wyborem teoretycznym? Po pierwsze, ANT pyta o genezę zjawisk, które wymienione wyżej subdyscypliny nauk społecznych traktują jako zastane. Nie chodzi zatem o to jedynie, aby pokazać, na czym polega relacja lekarza do pacjenta, czy jaki jest wpływ instytucji zarządzania zdrowiem publicznym na obraz choroby, lecz o dokładne opisanie czynników, które owe fenomeny kształtują i podtrzymują. Niniejsze studium ma przedstawić wszystkie drobne szczegóły, które składają się na kompleksowy układ czynników konstytuujących chorobę. Odpowiedź na pytanie, czym jest ADHD, nie tkwi jedynie w takich ogólnych pojęciach jak klasa, status społeczny czy dominujące wzorce, lecz w dyskretnych przesunięciach instytucjonalnych, ekonomicznych czy prawnych, które mają usytuowany i konkretny charakter. Po drugie, ów głębszy obraz dotyka obszarów z pozoru niezwiązanych z kategorią zdrowia i choroby, takich jak dyskurs prawny czy polityczny. Dzięki przyjęciu założenia o hybrydyczności zjawisk społecznych, analiza przemierzać może ścieżki zarezerwowane dla innych gałęzi wiedzy. Przedstawiciele ANT opowiadają się za kompleksową analizą świata społecznego, który konstytuowany jest nie tylko przez zjawiska badane przez tradycyjną socjologię (grupy społeczne, stratyfikacja, kontrola społeczna itp.), lecz również przez takie fenomeny jak postęp technologiczny, postępującą jurydyczację czy interesy określonych aktorów. Po czwarte, socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby nie wchodzi zwykle w dyskurs zare-

¹ Nie chodzi tutaj o dyskredytowanie bogatego dorobku tych subdyscyplin nauk społecznych. Teoria Aktora-Sieci jest tutaj raczej propozycją uzupełniającą i wskazującą nowe obszary związane ze zdrowiem, chorobą, medycyną, a nie zaprzeczeniem dotychczasowych osiągnięć socjologów.

zerwowany dla nauk medycznych, które są coraz bardziej uzależnione od osiągnięć z takich dziedzin wiedzy jako neurofizjologia czy genetyka. Znaczącym dokonaniem socjologów, w dobie postępującej naturalizacji medycyny, jest wskazanie na społeczne i kulturowe źródła chorób, jednakże dość często pomija się wpływ rozwoju naukowego. Teoria Aktora-Sieci postuluje, aby nie bać się wchodzenia na obszary zarezerwowane dla biologów czy chemików, gdyż ich dokonania w znaczącym stopniu definiują społeczną percepcję choroby i zdrowia, a także ich traktowanie przez instytucje publiczne. Po piąte, socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby nie bierze pod uwagę zakulisowych wymiarów życia społecznego czy, mówiąc językiem ANT, kontrowersji. W czasach zglobalizowanej gospodarki wolnorynkowej o kształcie różnych zjawisk decydują coraz częściej interesy ekonomiczne krzyżujące się z interesami politycznymi. Nie chodzi tu o ujawnianie spisków czy krytyczną demaskację złudnych ideologii, lecz o pokazywanie momentów kontrowersyjnych, które również występują w świecie medycyny. Po szóste wreszcie, podejście ANT podkreślając dynamiczny charakter tego, co społeczne, lepiej pasuje do zmienności i relacyjności charakteryzujących obecny stan rozwoju społecznego. Można tu wymienić kilka zjawisk szeroko opisanych w dzisiejszej humanistyce, które konstytuują kondycję późnej nowoczesności: „przyspieszenie informacyjne” (Eriksen 2003), „społeczeństwo ryzyka” (Beck 2002) czy „wykorzenienie systemów społecznych” (Giddens 2008). Wszystkie podkreślają kompleksowość i heterogeniczność rzeczywistości społecznej, które rzucają rękawicę współczesnej socjologii. Teoria Aktora-Sieci stara się podjąć to wyzwanie.

Asocjologia badająca hybrydy, czyli od ANT do teorii społecznej

Źródeł ANT oraz jej teoretycznego rodowodu doszukać się można w rozwoju socjologii wiedzy, badającej społeczne uwarunkowania wszelkiej (także naukowej) wiedzy wytwarzanej przez człowieka. Badacze mniej lub bardziej związani z Teorią Aktora-Sieci (Bruno Latour, John Law, Michel Callon, Karin Knorr-Cetina) zaczęli swoje naukowe kariery od badań nad techniką (Callon 1980), historią nauki (Latour 1988) czy od empirycznych analiz laboratoryjnego postępowania badawczego (Latour i Woolgar 1986; Knorr-Cetina 1981; Law 1986). Ten ostatni nurt zapoczątkował tzw. etnografię laboratorium, w myśl której naukowcy byli przedmiotem szczegółowych badań antropologicznych mających odpowiedzieć na pytanie – czym tak naprawdę naukowcy zajmują się w laboratoriach?

Etnografii zawdzięczamy odrzucenie przekonania rozpowszechnionego dzięki filozofii nauki i klasycznej² socjologii wiedzy głoszącego, że nauka opisuje zastany świat, tłumacząc zjawiska za pomocą eleganckich modeli teoretycznych. Jak wskazuje Knorr-Cetina w znanej pracy *The Manufacturing of Knowledge* (Knorr-Cetina 1981), natura nie jest reprezentowana w laboratorium, ale raczej stanowi efekt szeregu praktyk manipulacyjnych. ANT wywodzi się bezpośrednio z etnografii labo-

² Posługuję się rozróżnieniem na socjologię klasyczną i nieklasyczną zgodnie z podziałem Andrzeja Zybertowicza (Zybertowicz 1995).

ratorium (Abriszewski 2010), chociaż w znacznej mierze odcina się od niektórych założeń tego nurtu (Bińczyk 2006). Teoria Aktora-Sieci przejęła przede wszystkim sposób patrzenia na postępowanie badawcze jako na majsterkowanie na heterogenicznych elementach oraz zerwanie z realistycznym wyobrażeniem o naturze poznania naukowego. Etnografia laboratorium doszła jednakże w swych refleksjach do skrajności konstruktywizmu społecznego, od którego ANT się odzęgnuje. Latour, najwybitniejszy przedstawiciel Teorii Aktora-Sieci, wylicza problemy związane z konstruktywizmem społecznym w książce *Pandora's Hope* (Latour 1999: 33–34). Po pierwsze, metafora konstruowania wskazuje, że przedmiot, który ma być skonstruowany, nie jest rzeczywisty. Dla Latoura absurdem jest twierdzenie, że rzeczywistość, z jaką stykają się naukowcy w laboratoriach, jest w jakimś sensie fałszywa. Po drugie, mówiąc o konstruowaniu przydajemy sprawczości jedynie człowiekowi i jego aktywności wolicjonalnej. Zupełnie pomija się fakt występowania tzw. czynników pozaludzkich, które w dużej mierze określają kształt danego eksperymentu. Po trzecie, eksperyment w świetle konstruktywizmu społecznego staje się grą o sumie zerowej. Oznacza to, że istniejąca przed eksperymentem materia społeczna wpływa na badacza, dzięki czemu powiela on istniejące przed samym postępowaniem badawczym układy społecznego odniesienia. Po czwarte, socjologia wiedzy spod znaku konstruktywizmu społecznego podtrzymywała dualistyczny podział na treść i kontekst nauki, przyznając prymat temu drugiemu. Jak zaznacza Latour, praca naukowa, jaka odbywa się w laboratorium, jest w rzeczywistości przenoszona poza laboratoryjne środowisko. Mówiąc innymi słowy, rzeczywistość zostaje przekształcona zgodnie z zasadami funkcjonowania laboratorium. Zacierają się wówczas granice pomiędzy tym, co badacze robią w swoim środowisku, a tym co znajduje się poza murami instytutów badawczych (Latour 2009b).

Problemy związane zarówno z naiwnie realistycznym spojrzeniem na naukę, jak i radykalnie redukcjonistycznym ujęciem konstruktywizmu społecznego znacząco wpłynęły na powstanie i rozwój Teorii Aktora-Sieci. Zamiast wikłać się w filozoficzne spory, jakie rozgorzały między zwolennikami ujęcia klasycznego a zwolennikami ujęcia nieklasycznego, ANT proponuje spojrzenie na rozwój faktów naukowych za pomocą metafory translacyjnej sieci. Najkrócej rzecz ujmując, postępowanie badawcze, od pierwszych badań terenowych czy laboratoryjnych aż po napisanie tekstu naukowego, jest zbiorem czynności (translacji) mających powiązać ze sobą heterogeniczne elementy w jedną spójną całość (sieć). Aby fakt naukowy w ogóle mógł zaistnieć potrzeba całego szeregu działań: mobilizowania elementów w laboratorium (odczynników, próbek, komórek itp.), wykorzystywania skomplikowanej aparatury badawczej, współpraca z dzielającą podobne przekonania grupą badaczy³, pozyskiwania sojuszników w postaci sponsorów, umieszczenia danego faktu naukowego w pozanaukowych instytucjach (takich jak np. prawo), a także specyficznej (popularyzatorskiej) dystrybucji wiedzy poza dyskursem naukowym (Latour 1999: 98–108).

³ Analizom ANT bardzo blisko do teorii kolektywów myślowych Ludwika Flecka (Latour 2010: 160–162; Bińczyk 2010).

Głównym novum w myśleniu o dynamice naukowej jest nie tyle postrzeganie jej przez metaforę płynnej i heterogenicznej sieci, ale również zupełnie inna koncepcja sprawczości. ANT postuluje bowiem, aby atrybut działania i wpływania nie przynależał jedynie podmiotom ludzkim, ale również czynnikom pozaludzkim. Postępowanie każdego pojedynczego badacza posiada taką samą dozę sprawstwa, co wykorzystywany przez niego instrument badawczy. Z kolei przedmiot zainteresowania naukowca (np. komórka widziana pod mikroskopem) nie jest jedynie bierną manifestacją natury, lecz wpływa na przebieg eksperymentu (Latour 1987: 62–79). Działaniem specyficznego rodzaju jest ponadto teoria naukowa. W momencie, gdy jako gotowy produkt wychodzi z murów instytutów badawczych, przekształca społeczeństwo (Latour 2009b). ANT dzięki nowej koncepcji działania jest bardzo użytecznym narzędziem w badaniu wpływu innowacji technologicznych na życie społeczne.

Teoria Aktora-Sieci od samego początku przejawiała ambicję stania się czymś więcej niż kolejną koncepcją tłumaczącą fenomen nowoczesnej nauki. ANT wykorzystywano do badania relacji władzy (Callon 1986; Law 1986), analizowania procesów ekonomicznych (Callon 1998), a ostatnio do śledzenia czynności związanych z tworzeniem prawa (Latour 2009a). Najbardziej interesujące próby podjęto w celu uczynienia z ANT nowej teorii społecznej. Już w pierwszych artykułach przedstawicieli Teorii Aktora-Sieci mówiło się o zupełnie innym paradygmacie uprawiania nauk społecznych. Wspominano o socjologii powiązań (Callon i Latour 1981), socjologii translacji (Callon 1986), a ostatnio o asocjologii (Latour 2010). W analizie ADHD posługiwać się będę tym ostatnim terminem, który z jednej strony nawiązuje do dwóch poprzednich (socjologia, czyli nauka o asocjacjach, powiązaniach), z drugiej zaś odzęgkuje się od tradycyjnej socjologii (a-socjologia jako zaprzeczenie socjologii).

Czym jest zatem asocjologia⁴? Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy wpiery wyjaśnić, czym jest często używany na gruncie ANT termin hybryda. Asocjologia jest bowiem zbiorem wskazówek metodologicznych, mających na celu badanie owych heterogenicznych tworów, z którymi, jeżeli wierzyć przedstawicielom Teorii Aktora-Sieci, mamy do czynienia permanentnie w naszej praktyce życia codziennego. Hybrydy to byty wymykające się łatwym ontologicznym rozróżnieniom na naturę i kulturę, będące translacyjnymi sieciami posiadającymi cechę, o której już wspominałem – działają, przekształcają, wpływają na życie społeczne (Latour 1993). Łączyć mogą w sobie instytucje społeczne, jednostki ludzkie, twierdzenia naukowe, dyskursy itp. Weźmy za przykład dziurę ozonową, którym Latour posługuje się w książce *We Have Never Been Modern* (Latour 1993: 1). Dziura ozonowa to jednocześnie wynik zwykłych procesów chemicznych, szkodliwa dla atmosfery działalność człowieka, przedmiot zainteresowania producentów dezodorantów i lodówek, restrykcje nakładane na poszczególne kraje mające ograniczyć emisję

⁴Należy tu podkreślić, że nie ma wyraźnej różnicy definicyjnej między ANT a asocjologią. Asocjologia stanowi refleksję nad sieciami translacji w odniesieniu do obszaru tego co społeczne, jednakże wykorzystuje translacyjny model wypracowany przez Teorię Aktora-Sieci. Warto również wspomnieć, że w pierwszych latach rozwijania ANT używano terminu socjologia translacji (Callon 1986).

dwutlenku węgla, kontrowersje naukowe toczące się wokół przyczyn tego zjawiska, zainteresowanie mediów, a wreszcie potoczna wiedza rozpowszechniona na obszarze społeczeństwa.

Podstawowe jest uchwycenie całego spektrum opisywanego zjawiska, gdyż zgodnie z logiką Teorii Aktora-Sieci najważniejsze jest działanie (aktor, czyli podstawowa jednostka analizy ANT, to byt, który działa – aktant). Asocjologia bowiem nie zajmuje się jedynie wymienianiem poszczególnych elementów składowych danej hybrydy, ale również pokazywaniem, jak owe elementy wpływają na siebie oraz jak cała hybryda wpływa na inne elementy. Może się bowiem okazać, że zdefiniowanie dziury ozonowej jako wyniku szkodliwej działalności człowieka z jednej strony definiuje na nowo cały zespół praktyk społecznych (np. na gruncie codziennej konsumpcji), z drugiej zaś może okazać się szkodliwy dla rozwoju danego społeczeństwa (np. przez restrykcje mające na celu ograniczenie emisji dwutlenku węgla, które uderzają w kraje rozwijające się).

Jak asocjologia nakazuje śledzić tworzenie się hybryd i ich działanie na obszarze społeczeństwa? Odpowiedź na to pytanie przynosi nam wydana niedawno w Polsce książka *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do Teorii Aktora-Sieci* (Latour 2010). Z powodu braku miejsca ograniczę się jedynie do wymienienia kilku wskazówek metodologicznych, którymi posłużę się w dalszym toku analizy.

Pierwszym i najważniejszym wskazaniem asocjologii jest uświadomienie sobie, podobnie jak miało to miejsce w przypadku dynamiki naukowej, że o specyfice danego fenomenu społecznego decyduje cały szereg heterogenicznych elementów. Mówiąc innymi słowy to, co społeczne składa się z translacyjnych sieci, a nie, jak uważała tradycyjna socjologia, jedynie z elementów „czysto” społecznych (takich jak grupy społeczne, instytucje czy stratyfikacja). Asocjologia akcentuje tutaj sprawczość czynników pozaludzkich, w tym przedmiotów. Rzeczy bowiem sprawiają, że społeczeństwo może trwać (Latour 2010: 89–122). Mówiąc językiem ANT, to między innymi przedmioty sprawiają, że sieci stają się trwałe i wytrzymałe. To w przedmiotach bowiem „zakłete” zostały pewne reguły instytucjonalne, dzięki którym kierujemy się w naszych codziennych interakcjach.

Latour, oraz inni przedstawiciele ANT, posługują się pojęciem delegacji w przypadku omawiania roli rzeczy w życiu społecznym. Delegacja jest niczym innym jak kolejnym rodzajem translacji, jednakże chodzi tu o przenoszenie wartości czy umiejętności na nośniki materialne. Latour podaje przykład pasów (Latour 1992) jako oddelegowanie określonego prawa i wartości w działanie przedmiotu. Innym przykładem delegacji może być konstytucja albo określona ustawa prawna.

Drugim niezwykle ważnym posunięciem jest spojrzenie na przedmiot badań nie jak na statyczne społeczeństwo (podobne wyobrażeniu funkcjonalistów), lecz jak na dynamiczne to, co społeczne. Asocjologia nie przyjmuje bowiem gotowych całości społecznych (grup, stratyfikacji, instytucji) jako danych, lecz cofa się niejako o krok wcześniej, pytając, jak owe całości zostały wytworzone (tzn. jakie czynności translacyjne zostały podjęte, aby stworzyć daną sieć). Latour dość szczegółowo omawia problem grup społecznych, akcentując podstawową zasadę asocjologii: „nie ma grup, tylko procesy grupotwórcze” (Latour 2010: 29–60).

Po trzecie, asocjologię interesują nie tylko procesy tworzenia się translacyjnych sieci, ile praktyki mające na celu ich podtrzymywanie i trwanie. Dlaczego definicja dziury ozonowej jako efektu szkodliwej działalności człowieka zyskała tak wielkie zainteresowanie i dlaczego nadal elektryzuje naszą społeczną wyobraźnię? Jakie instytucje, aktorzy, praktyki, czynniki pozaludzkie, delegacje uczestniczą w tym, aby ową definicję podtrzymywać? Jedna z najważniejszych zasad ANT i asocjologii głosi, że o obiektywności, rozpowszechnianiu się i trwaniu danego fenomenu społecznego decyduje w głównej mierze jakość i ilość translacyjnych powiązań.

Asocjologia przywiązuje szczególną wagę do działalności elementów (aktorów) w translacyjnej sieci. Translacja oznacza tutaj taki rodzaj relacji między dwoma elementami, który je przekształca. Całość, będąca danym zjawiskiem społecznym, jest zatem zbiorem, gdzie każda część odgrywa konstytutywną rolę owej całości, współtworzy ją oraz określa jej działania wobec innych zjawisk. Kluczowa jest tutaj autonomia aktora – każdy bowiem element posiada swój sposób działania, konceptualizowania świata, wywierania wpływu. W przykładzie z dziurą ozonową inną logiką posługiwać się będzie dziennikarz piszący popularyzatorski artykuł na temat zagrożenia wynikające z używania lodówek i dezodorantów, a inną naukowiec badający procesy atmosferyczne. Jednakże suma ich specyficznych działań współtworzy definicję dziury ozonowej.

Po czwarte, badanie zjawisk społecznych powinno zerwać ze stosowaniem podziału na mikro- i makroskalę (Latour 2010: 253–278) czy podziału na mikro- i makroaktorów (Callon i Latour 1981). Oznaczać to może, przykładowo, wyśledzenie punktów centralnych dla sieci translacji, wytworzonych wokół interesującego badacza problemu. Okaże się wówczas, że poziom makrostrukturalny zostaje wytworzony w konkretnym miejscu na Ziemi, z pomocą konkretnych ludzi i ich konkretnych czynności. Niewidzialna ręka rynku może zostać zanalizowana za pomocą badania zachowań pracowników giełdy na Wall Street.

Obszar tego co społeczne jest niezwykle rozpięty w czasie i przestrzeni. Zjawiska badane przez asocjologię (nawet, gdy w grę wchodzi tak banalna rzecz jak interakcja bezpośrednia) wymagają, aby podążać sieciami translacji niezależnie od miejsca i czasu, w którym badacz po raz pierwszy styka się z danym fenomenem. Na definicję dziury ozonowej wpływają badania prowadzone przez szereg lat, a także długotrwałe wykorzystywanie dwutlenku węgla w przemyśle, które pojawiło się w konkretnym miejscu i czasie. Działanie dziury ozonowej może dotyczyć bezpośrednio całej planety, ale również pośrednio konkretnego państwa (przez regulację ograniczającą emisję szkodliwych substancji).

Splatając ADHD

Podczas zbierania danych asocjolog łączy je ze sobą szukając pewnych prawidłowości, z czego powstają sieci translacji. Tak rozumiana sieć zbudowana jest jednakże na papierze. Stwarza to, zdaniem autora *Science in Action*, wiele praktycznych możliwości. Dla Latoura bowiem, „relacje tekstowe to laboratoria badaczy społecznych” (Latour 2010: 182). Oznacza to, że z jednego zbioru elementów możemy stworzyć

wiele całości, za każdym razem inaczej kładąc akcenty i eksplikując inne elementy. Pisanie tekstu jest zatem tożsame z pleceniem sieci. Innymi słowy: badacz społeczny pokonuje za pomocą swojego laboratorium i w mniejszej skali tę samą drogę, co analizowani przez niego aktorzy.

W tym fragmencie artykułu postaram się upleść taką translacyjną sieć zastanawiając się w zasadzie nad dwoma zagadnieniami. Pierwsze dotyczyć będzie statusu naturalistycznej definicji ADHD jako hybrydy wymykającej się ontologicznym rozróżnieniom na naturę i kulturę, a składającą się z heterogenicznych poziomów, rozpiętych w planie czasowym i przestrzennym na obszarze tego, co społeczne. Drugie odnosić się będzie do wszystkich tych aktorów (instytucji, badań naukowych, rozwiązań legislacyjnych, dyskursów lekarzy i laików), którzy przesądzają o tym, że definicja ADHD jako choroby wrodzonej, chronicznej i przekazywanej dziedzicznie jest podtrzymywana i dystrybuowana na gruncie społecznym.

W powszechnym mniemaniu zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest chorobą współczesną, dotykającą przedstawicieli kultury końca XX wieku. Opracowania dotyczące ADHD⁵ wskazują jednakże, że jego źródła należy szukać w 1902 roku. To wtedy angielski pediatra George F. Still wygłosił w londyńskim College of Physicians serię wykładów, w których opisał czterdzieści trzy przypadki dzieci mających kłopoty ze skupieniem uwagi. Still uważał, że przyczyną kłopotliwego zachowania młodych pacjentów był problem utrzymywania „kontroli moralnej”, który miałby być narzędziem hamującym niemoralne zachowanie. Podstawowy jest fakt, że angielski pediatra spekulował na temat możliwej etiologii (uszkodzenie mózgu) oraz terapii (farmakologia). Te dwie cechy problemu ze skupieniem uwagi wyznaczają całą przyszlą historię naturalistycznej definicji ADHD. Późniejsi badacze, aż po czasy współczesne, przywoływać będą postać Stilla do uprawomocnienia tezy, że choroba jest zjawiskiem biologicznym, nie zaś środowiskowym.

Przez cały XX wiek definicja ADHD podlegała jednakże istotnym zmianom. Przyjmowano i odrzucano kolejne wyjaśnienia. Jednocześnie podkreślano kumulatywny i progresywny charakter gromadzenia wiedzy na temat choroby. W ostatnich latach I wojny światowej syndromy związane dziś z ADHD połączono z panującą ówczesnie epidemią zapalenia mózgu. Uważano, że zarażone dzieci, które zdołały przeżyć infekcję, wykazują znaczące zachowawcze i poznawcze skutki choroby. W 1947 roku Alfred A. Strauss i Laura E. Lehtinen wprowadzili termin MBD (*Minimal Brain Damage*) dotyczący pacjentów z problemami z uwagą i zachowaniem. W latach pięćdziesiątych powstało nowe określenie *hyperkinetic impulse disorder*, powiązane z defektem centralnego układu nerwowego. Dekadę później szczególny nacisk położono, dzięki staraniom Stelli Chess, na zjawisko nadpobudliwości. W latach siedemdziesiątych ciężar zainteresowania przesunął się na kwestię braku koncentracji. Owocem jest opracowanie przez Virginie Douglas tak zwanego modelu deficytu uwagi, który stał się pierwszym systematycznym opisem zjawiska problemów dzieci w uczeniu się. Douglas wprowadziła ponadto nazwę przez dekadę obo-

⁵ Historię definicji ADHD rekonstruuje za: Barkley 2006: 3–40.

wiązującą w dyskursie lekarskim – *Attention Deficit Disorder* (ADD). Pod koniec lat osiemdziesiątych pojawiają się pierwsze badania budowy i fizjologii mózgu, mające znaleźć źródło choroby. W 1990 roku Alan Zametkin przeprowadził eksperyment, używając Pozytronowej Tomografii Emisyjnej (PET), który do dziś podawany jest jako dowód na naturalistyczną definicję choroby. W latach dziewięćdziesiątych badacze skupili się głównie na wyjaśnieniach neurofizjologicznych, neuroanatomicznych oraz genetycznych. W tej dekadzie konstytuuje się również opinia, że ADHD jest chorobą chroniczną, to znaczy dotyka zarówno dzieci, jak i dorosłych.

Równolegle do definicji wyjaśniającej, czym jest ADHD, rozwija się definicja diagnostyczna. Jej ewolucję możemy prześledzić analizując kolejne wydania tak zwanych podręczników diagnostycznych. Jednym z najważniejszych i najbardziej wpływowych jest *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) powstały w celu dostarczenia lekarzom-praktykom użytecznego i przejrzystego narzędzia pozwalającego na skuteczną ocenę stanu pacjenta. Wydawany jest przez cieszącą się renomą i poważaniem American Psychiatric Association (APA). Jak łatwo się domyślić, choroby ujęte w DSM mają stać się z założenia obiektywnymi jednostkami medycznymi o ustalonej definicji (Conrad 2007: 48). Podręczniki diagnostyczne mają także za zadanie klasyfikowanie chorób oraz ujmowanie ich w spójny system.

Kategoria związana z nadpobudliwością i deficytem uwagi jako osobna jednostka diagnostyczna znalazła się w drugiej edycji podręcznika wydanej w 1968 roku pod nazwą *Hyperkinetic Reaction of Childhood* (APA 1968: 50). Z uwagi na fakt, że lata sześćdziesiąte to dekada zdominowana w psychiatrii przez orientację psychoanalityczną, opis choroby wskazuje jako źródło czynnik behawioralny, nie zaś biologiczny (Breggin 2001: 152). Zupełnie inaczej sytuacja przedstawia się w trzeciej edycji, której moment wydania (rok 1980) jest przełomowym dla amerykańskiej psychiatrii, gdyż oznacza zerwanie z psychoanalizą (Horvitz, Mayes 2005). W DSM-III wprowadzono kategorię ADD (APA 1980: 41–44) autorstwa Virginii Douglas wraz z dwoma podtypami – ADD-H (bez nadpobudliwości) oraz ADD+H (z nadpobudliwością). Siedem lat później ukazuje się poprawiona wersja, DSM-III-R, w której po raz pierwszy pojawia się nazwa stosowana obecnie – ADHD (APA 1987: 50–53). W DSM-IV pojawia się ponadto możliwość diagnozowania choroby również u osób dorosłych (APA 1994: 78–85). Co ciekawe, w tej wersji podręcznika dopuszcza się możliwość występowania tzw. ADHD NOS (*not otherwise specified*) u osób, które wykazują symptomy chorobowe, ale nie w takim stopniu jak wymagają tego diagnostyczne wymogi ADHD. W wydanej w 2000 roku obowiązującej obecnie edycji, opis choroby nie uległ właściwie zmianie (APA 2000: 85–94).

Przytoczona historia definicji choroby i ewolucja kategorii diagnostycznej ściśle współgra z naturalistyczną definicją ADHD. Wyjaśnienia naturalistyczne pojawiają się w każdym staraniu dookreślenia natury choroby, wyjaśnienia środowiskowe są pomijane. Warto tutaj wspomnieć, że takowe się pojawiły, jak chociażby koncepcja Benjamina Feingolda głosząca, że problem nadpobudliwości i deficytu uwagi bierze się ze złej diety. Próbowano również wyjaśnić ADHD czynnikami kulturowymi. W wielokrotnie wznawianej książce napisanej przez wpływowego lekarza i naukowca zajmującego się ADHD, czytamy jednakże, że wyjaśnienia społeczno-kulturowe

„nie dowodzą, że złe wychowanie dziecka czy negatywne relacje rodzic-dziecko powodują nadpobudliwość; pokazują jedynie, że owe czynniki towarzyszą utrzymywaniu się nadpobudliwości” (Barkley 2006: 15). Z kolei w DSM-IV-TR znajdziemy informację, że jeśli prawdą jest, iż diagnozowanie ADHD jest największe w społeczeństwach zachodnich, to wynika to raczej z różnic w samym diagnozowaniu, nie zaś w naturze zjawiska (APA 2000: 89). Warto również zwrócić uwagę, że rozwój podręczników diagnostycznych od 1980 roku zmierza w stronę wyjaśniania chorób psychicznych za pomocą kategorii biologicznych, nie zaś środowiskowych (Horvitz i Mayes 2005).

Wyjaśnienie naturalistyczne ADHD najlepiej wyrażają badania eksperymentalne prowadzone regularnie od końca lat osiemdziesiątych XX wieku. Jak już wspominałem, pierwszym znaczącym postępowaniem była praca zespołu badawczego Zametkina (Zametkin i inni 1990). W wyniku przeprowadzonego eksperymentu stwierdzono w grupie eksperymentalnej o 8,1% zmniejszony metabolizm glukozy w mózgu w stosunku do grupy kontrolnej, co miało być główną przyczyną nadpobudliwości.

Innym przykładem badań neurofizjologicznych, które stanowią obecnie niezwykle popularne wyjaśnienie ADHD, są te wskazujące na rolę neuroprzekazników. Już w latach siedemdziesiątych spekulowano, że owe substancje odpowiedzialne za kontrolowanie i stymulowanie bodźców mogą mieć związek z chorobą (Wender 1973). W późniejszych badaniach skupiono się przede wszystkim na dopaminie (Benninger 1989), której niedobór miałby powodować problemy z lokomotoryką i uczeniem się.

ADHD badano również pod kątem zmian anatomicznych wykorzystując na przykład Obrazowanie Rezonansu Magnetycznego (MRI). Na uwagę zasługują eksperymenty George'a W. Hynda i jego zespołu (Hynd i inni 1990; Hynd i inni 1991) potwierdzające zmiany anatomiczne w różnych częściach mózgu (w przytaczanych badaniach chodziło o *planum temporale*, będący elementem odpowiedzialnym za język i słuch oraz *corpus callosum* stanowiący przekaznik między lewą a prawą półkulą).

Naturalistyczna definicja ADHD opiera się jednakże nie tylko na badaniach neurofizjologicznych i neuroanatomicznych, ale również genetycznych. Należy tutaj podkreślić rolę Josepha Biedermana i Davida Comminga. Pierwszy przeprowadził wraz z zespołem analizę dziedziczności symptomów ADHD. W studium z 1995 (Biederman i inni 1995) przebadano 84 dorosłe osoby z lekarskimi diagnozami stwierdzającymi występowanie ADHD w dzieciństwie. Z badanych dzieci 57% przejawiało swoim zachowaniem symptomy spełniające kryteria diagnostyczne dla choroby. Spośród tej grupy z kolei, aż 75% dzieci było poddawane odpowiedniemu leczeniu. Autorzy sugerują we wnioskach, że ADHD występujące u dorosłych może mieć silne podłoże genetyczne, dużo silniejsze niż w przypadku nadpobudliwości i deficytu uwagi zanikających w okresie dojrzewania.

Z kolei badania Davida Comminga należą do dziedziny genetyki molekularnej i ogniskują się wokół wspomnianej już dopaminy. Warto tutaj uzupełnić, że obecnie znane jest aż pięć rodzajów dopaminy i jej pięć receptorów (D1, D2, D3, D4 oraz D5). Uważa się, że receptory D2, D3 i D4 odpowiedzialne są za powstrzymywanie bodźców. Badacze zajmujący się ADHD interesowali się między innymi genem

DRD2 odpowiadającemu receptorowi D2. W opinii wielu jest to gen odpowiadający między innymi za alkoholizm czy syndrom Tourette'a (Barkley 2006: 228–229). Badania Commingsa i jego zespołu z 1991 roku (Commings i inni 1991) wskazują na gen DRD2 jako genetyczne źródło wielu zaburzeń behawioralnych, w tym problemów z nadpobudliwością oraz deficytem uwagi.

Badania prowadzone nad ADHD zmierzające do udowodnienia tezy, że choroba jest biologiczna, chroniczna oraz genetyczna mają swoje bezpośrednie przełożenie na metody terapii. Głównymi bowiem sposobami leczenia jest podawanie leków, tak zwanych stymulantów. Stymulanty działają bezpośrednio na układ nerwowy i powodują wydzielanie się neuroprzekaźników, w tym między innymi dopaminy, co powoduje skupienie uwagi i wyeliminowanie problemów z impulsywnością i nadpobudliwością. Do stymulantów należy amfetamina, dekstroamfetamina, metaamfetamina oraz metylofenidat.

Najbardziej znanym i najczęściej przepisywanym środkiem dla osób chorych na ADHD jest metylofenidat, produkowany w kilku krajach na świecie, posiadający różne nazwy handlowe. Jako środek leczniczy został zaaprobowany w USA już w 1955 roku do leczenia depresji i narkolepsji. We wczesnych latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku środek zaczął być produkowany przez koncern Ciba-Geigy pod nazwą Ritalin. Dozowany był wówczas starszym pacjentom, mającym problemy z pamięcią (Diller 1998: 21–22). W 1996 roku Ciba-Geigy połączyła się z koncernem Sandoz, co zaowocowało powstaniem giganta przemysłu farmaceutycznego – Novartis. Właśnie ta firma produkuje współcześnie Ritalin w trzech różnych wersjach. W Polsce metylofenidat produkowany jest przez koncern ALZA pod nazwą Concerta.

W jaki sposób stymulanty łączą się z badaniami nad ADHD, o których wspominałem powyżej? Przez działanie na ośrodkowy układ nerwowy pobudzają wydzielanie dopaminy. Warto tu przypomnieć, że dopamina była przedmiotem wielu studiów zarówno neurofizjologicznych (stwierdzających niedobór dopaminy u osób chorych na ADHD), jak i neuroanatomicznych (zmiany w anatomii mózgu w miejscach, gdzie dopamina jest produkowana – Vaidya i inni 1998).

Istnieją również nefarmakologiczne terapie ADHD. W kontekście amerykańskim jednakże, gdzie naturalistyczna definicja choroby święci największe triumfy, ich rola jest drugorzędna, a leczenie stymulantami stanowi główne narzędzie walki z nadpobudliwością i deficytem uwagi. Warto tutaj zwrócić uwagę, że terapie farmakologiczne posiadają większe umocowanie w naturalistycznej definicji ADHD, gdyż wyniki badań naukowych legitymizują używanie leków. W świetle Teorii Aktora-Sieci i asocjologii oznacza to, że terapie farmakologiczne legitymizowane są przez większą liczbę wiązań niż inne terapie, dzięki czemu stopień ich oddziaływania, a także stopień ich obiektywności jest dużo wyższy.

Możemy również zauważyć, że w wiązaniach konstytuujących ADHD, oprócz historii pojęcia, ewolucji kategorii diagnostycznej oraz badań etiologicznych dochodzi do głosu dodatkowy aktor posiadający niezwykle silne zasoby – koncerny farmaceutyczne. Z uwagi na popularność terapii farmakologicznej, beneficjentem takiego umocowania ADHD (wyznaczonego przez omówione dotychczas czynniki)

stają się siłą rzeczy podmioty produkujące leki. Czyni to z choroby również problem ekonomiczny.

Widać również, że kategoria zdrowia i choroby w dużej mierze określana jest przez badania naukowe, jakie mają miejsce w zamkniętych laboratoriach. Oczywistym jest również wpływ profesjonalnych dyskursów (diagnostycznych, etiologicznych, terapeutycznych) na rzeczywistość życia codziennego. Chodzi tutaj jednak nie tyle o wpływ lekarzy na pacjentów, ile wpływ na instytucje pozamedyczne, organizacje obywatelskie oraz świadomość potoczną. Przejdę teraz do omówienia tych elementów, które w równej mierze co badania eksperymentalne tworzą, podtrzymują i dystrybuują naturalistyczną definicję choroby.

Pierwszym takim obszarem jest prawo amerykańskie, w przepisach którego umocowane zostało ADHD. W przypadku Stanów Zjednoczonych⁶ już od lat pięćdziesiątych XX wieku starano się chronić prawa osób fizycznie lub psychicznie upośledzonych gwarantując im określone świadczenia i pomoc. W roku 1990 uchwalono w tym celu ustawę Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)⁷. IDEA wprowadzała indywidualne programy nauczania dostosowane bezpośrednio do potrzeb upośledzonego dziecka tworzone w porozumieniu z rodzicami. Ustawa gwarantowała również powołanie szeregu specjalistów zajmujących się upośledzeniami fizycznymi oraz psychicznymi, na pomoc których mogą liczyć nauczyciele i rodzice. W 1997 roku ponownie rozszerzono zakres ustawy, obejmując jej zasięgiem osoby uczące się na studiach wyższych oraz dorosłych. IDEA jest ustawą, do której, dochodząc swoich praw i przywilejów, odwołują się mieszkańcy Stanów Zjednoczonych.

Do powiązania ADHD i IDEA doszło w 1991 roku. Wskutek działań organizacji pozarządowych Departament Edukacji USA wystosował specjalne pismo⁸ nakazujące szkołom traktowanie ADHD jako jednostki podlegającej określonym aktom. W piśmie czytamy, że dziecko chore na ADHD powinno mieć zapewnioną bezpłatną edukację ze wszystkimi udogodnieniami pozwalającymi na zdobywanie wiedzy pomimo stwierdzonego upośledzenia. W praktyce oznacza to obowiązek dostosowania zarówno klasy, jak i programu nauczania do indywidualnych potrzeb chorego.

Z uwagi na fakt, że ADHD jest obecnie uważane za chorobę chroniczną, czyli dotykającą również dorosłych, to należy wspomnieć także o tych aktach prawnych, które odnoszą się bezpośrednio do dorosłych. Sposób traktowania dorosłych pracowników z zaburzeniami psychicznymi określiła specjalna agenda federalna Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) wystosowując w 1997 roku wytyczne do wszystkich pracodawców (Diller 1998: 164–168). EEOC zwraca w nich uwagę, że nieustanne spóźnianie się do pracy czy niechęć wobec innych pracowników może być spowodowana nie tyle umyślnym zachowaniem, ile problemami psychicznymi. Jeżeli kłopoty danego pracownika przejawiającego takie zachowanie nie wpływają

⁶ Por. przewodnik Departamentu Sprawiedliwości na temat rozwiązań prawnych dotyczących osób upośledzonych: <http://www.ada.gov/cguide.htm> [dostęp 16.01.2011].

⁷ Por. historię kolejnych ustaw i jej najważniejsze założenia: <http://www.ed.gov/policy/speced/leg/idea/history.html> [dostęp 16.01.2011].

⁸ Por. http://www.wrightslaw.com/law/code_regs/OSEP_Memorandum_ADD_1991.html [dostęp 16.01.2011].

na efektywność jego pracy, pracodawca jest zobowiązany do przystosowania placówki dla owego pracownika. Wytyczne EEOC nie odnoszą się bezpośrednio do ADHD, lecz jeżeli osoba cierpiąca na wyraźne i trwale zaburzenia uwagi, koncentracji i zachowania jest zdiagnozowana jako chora na ADHD, to spełnia owe wytyczne, dzięki czemu może liczyć na specjalne udogodnienia. Wśród nich można wymienić: dostosowany do potrzeb danego pracownika grafik pracy, urlopy zdrowotne, odpowiednio dostosowane środowisko pracy.

Kolejnym elementem konstytuującym relacyjną sieć ADHD są organizacje pożytku publicznego, będące instancją pośredniczącą pomiędzy zwykłymi ludźmi a strukturami państwa, badaniami naukowymi, dyskursem lekarskim. Rzecznikami tej miary w przypadku ADHD są w zasadzie dwie organizacje – Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD) oraz Attention Deficit Disorder Association (ADDA). Z uwagi na fakt, że właściwie to CHADD nadaje ton współczesnej debacie na temat ADHD i jest główną organizacją zajmującą się chorobą, pozwolę sobie pominąć w swojej analizie ADDA.

Podstawowym celem CHADD jest informowanie na temat choroby, czyli przekazywanie najświeższych wyników badań, propagowanie wiedzy na temat diagnostyki i terapii. Organizacja współpracuje z lekarzami, naukowcami, rodzicami, a także prawnikami, gdyż CHADD w swoich usługach posiada także poradnictwo prawne. Do zadań organizacji należy również występowanie przeciwko nieprawdziwym, z punktu widzenia jej członków, informacjom na temat choroby. Do największych sukcesów organizacji należy cały szereg działań lobbujących. Lobbowano między innymi za wprowadzeniem choroby na listę przypadłości podlegających dekretem prawnym, o których wspominałem powyżej. To właśnie ta organizacja odpowiedzialna jest za najważniejsze wydarzenie, jakie miało miejsce w 1991 roku, kiedy ustawa IDEA zaczęła dotyczyć również dzieci chorych na ADHD. Innym działaniem były próby wpłynięcia na agendy rządowe, żeby zmniejszyły restrykcje związane z produkowaniem i dystrybucją Ritalinu, o czym szerzej jeszcze wspomnę.

Najważniejsze jest jednakże opowiedzenie się CHADD za naturalistyczną definicją choroby. Jak czytamy na oficjalnej stronie internetowej organizacji⁹, ADHD ma silne podłoże biologiczne oraz genetyczne. Najskuteczniejszą metodą leczenia jest podejście wieloczynnikowe, łączące terapię farmakologiczną z terapią behawioralną. Choroba ma ponadto charakter chroniczny, gdyż dotyka zarówno dzieci, jak i dorosłych. Tak wyraźne postawienie sprawy czyni z owej organizacji głównego sojusznika w tworzeniu się naturalistycznej definicji choroby. CHADD jest bowiem organizacją niezależną, co czyni z niej przedmiot szczególnego zainteresowania ze strony pacjentów. Dzięki uzyskanemu zaufaniu organizacja staje się skutecznym kanałem przekazywania wiedzy oraz utrwalania jej na obszarze tego, co społeczne.

CHADD jest w dużej mierze odpowiedzialny za umiejscowienie naturalistycznego dyskursu skupionego wokół ADHD w potocznej wyobraźni społecznej. Choroba bowiem staje się instytucją w rozumieniu, jakie znajdziemy na kartach *Spolecznego tworzenia rzeczywistości* (Berger i Luckmann 1983: 85–150) Petera Bergera i Tho-

⁹ Por. oficjalną stronę internetową: <http://www.chadd.org/> [dostęp 16.01.2011].

masa Luckmanna. ADHD utrwaliło się jako element ramy pojęciowej, za pomocą której ludzie ujmują świat społeczny oraz działania innych ludzi. ADHD wykorzystuje się w interakcjach społecznych, by wyjaśnić dlaczego inni zachowują się w określony sposób, a także by zracjonalizować sobie samemu własne działania, sukcesy i porażki. Z drugiej strony, ludzie stwierdzający u siebie ADHD zaczynają odnosić się do siebie przez pryzmat utrwalonej w dyskursie wizji zaburzenia. Niejednokrotnie ludzie wykorzystują koncepcję ADHD by usprawiedliwić różne zachowania. Mówienie o sobie w ten sposób bardzo często nakazuje żyć z chorobą (która jest przecież wrodzona i chroniczna) i postrzegać ją jako coś pozytywnego. Podkreśla się zatem zwiększoną kreatywność czy zdolność do wykonywania wielu zadań na raz jako przeciwagę dla wszystkich negatywnych zjawisk kojarzonych z ADHD (Hallowell i Ratey 2004).

Podsumujmy teraz wszystkie dotychczasowe wątki w duchu postulowanego tutaj podejścia asocjologicznego. Po pierwsze, warto zwrócić uwagę na heterogeniczność elementów konstytuujących chorobę, co czyni z ADHD hybrydę w znaczeniu postulowanym przez ANT. Choroba bowiem wiąże ze sobą czynniki z obszaru prawa amerykańskiego, eksperymentów i badań naukowych, diagnostyki lekarskiej w jej historycznym i praktycznym planie, instytucji społecznych oraz technik terapeutycznych używanych w leczeniu.

Po drugie, pomimo heterogeniczności składników tworzących ADHD mówić możemy o spójności i trwałości sieci, gdyż zamocowana została w niezwykle zobiektywizowanych obszarach takich jak prawo czy nauka. Z uwagi na charakter owych instytucji (posiadających odpowiedni autorytet i możliwości decyzyjne) choroba staje się bytem obiektywnym i realnie istniejącym. ANT poucza nas, że istnienie jakiegoś fenomenu społecznego opiera się właśnie na umieszczeniu go w obszarach, które ze szczególnym trudem poddają się wątpieniu i negocjowaniu. Bezsprzecznie takimi obszarami jest prawo amerykańskie oraz nauka empiryczna.

Po trzecie, wyznaczyć możemy całą listę aktorów ludzkich i nieludzkich, biorących czynny udział w kształtowaniu się definicji ADHD i jej podtrzymywaniu. Obszar prawa i instytucji administracyjnych mobilizuje prawników, kongresmenów, pracowników departamentów, ale jednocześnie poprzez delegację określonych wartości, procedury prawne, i uchwały administracyjne. Obszar diagnozy i historii definicji mobilizuje lekarzy-praktyków, lekarzy zasiadających w APA, którzy pracują nad tworzeniem nowych podręczników diagnostycznych, a po stronie czynników pozaludzkich – podręcznik diagnostyczny będący delegacją określonego konceptualizowania chorób psychicznych. Na obszarze etiologii główną rolę odgrywają naukowcy oraz laboratoria badawcze wraz z całą aparaturą techniczną. Nie do przecenienia jest rola poszczególnych części mózgu, dopaminy, a nawet genów – wszystkie te czynniki kształtują poczynania naukowców i konstytuują obraz choroby. W terapii działającymi są lekarze-praktycy, ale również koncerny farmaceutyczne i poszczególne lekarstwa. Instytucje typu CHADD potrzebują z kolei personelu (na który składają się oprócz profesjonalistów również wolontariusze), a także całego zaplecza technicznego pozwalającego na zbieranie danych i przekazywanie treści do świata społecznego. Każdy z powyżej wymienionych elementów posiada charakterystyczny

dla siebie rodzaj sprawstwa, którego nie można redukować do jednego metarodzaju. Działanie prawnika tworzącego prawo nie jest współmierne wobec działania lekarza-praktyka czy działania podręcznika diagnostycznego. Niemniej jednak wszystkie one tworzą spójną sieć translacyjną, jaką jest naturalistyczna definicja choroby.

Po czwarte, heterogeniczność aktorów konstytuujących ADHD oraz heterogeniczny charakter ich działania skłania do refleksji, że translacyjny ruch łączący poszczególne elementy pomija całkowicie rozróżnienie na poziom mikro i makro. Musimy bowiem jednocześnie wziąć pod uwagę takie podmioty jak koncerny farmaceutyczne czy struktury państwa amerykańskiego, ale również zakres stosowalności i działania konkretnych lekarstw czy ustaw prawnych.

Podążając śladami kontrowersji, czyli na nowo splatając ADHD

Heterogeniczny opis przedstawionej powyżej naturalistycznej definicji ADHD może sugerować, że mamy do czynienia z tworem gotowym, nienegocjowalnym, a wiedza na jego temat jest pełna i niepowątpiewalna. Jednakże, jak wspominałem wcześniej, jedną z dyrektyw metodologicznych asocjologii jest śledzenie społeczeństwa w działaniu i postrzeganie go bardziej jako dynamicznego niż statycznego tworu. W przypadku interesującego mnie tutaj zagadnienia mamy do czynienia z szeregiem elementów, które nie znalazły się w obrębie naturalistycznej definicji choroby, a które posiadają tak dużą dozę sprawstwa, że są w stanie rzucić nowe światło na naturę ADHD.

ADHD oprócz przedmiotu badań naukowców i zainteresowania decydentów z obszaru dyskursu medycznego stwarza również wiele kontrowersji. Aby obraz choroby był pełniejszy, bardziej dynamiczny i wyczerpujący należy wziąć pod uwagę również te obszary, które wydają się problematyczne i przemilczane w przypadku definicji naturalistycznej. Okaże się wówczas, że mamy nie jeden, ale dwa obrazy choroby, a każdy z nich przedstawia inną definicję etiologii, terapii, diagnostyki, mobilizuje innych aktorów oraz wyznacza między nimi inne relacje.

Asocjologia postuluje badanie kontrowersji, gdyż dostarczają one wiedzy na temat tworzenia się tego, co społeczne. Teza wyjściowa mówi bowiem, że jest to proces naznaczony niepewnościami i konfliktami: „wyprowadza się tutaj relatywistyczny, to znaczy, naukowy wniosek, że kontrowersje [...] są dla badacza podstawowym zasobem umożliwiającym wysledzenie powiązania społecznego” (Latour 2010: 44). Kontrowersje są tu rozumiane jako odwrotność stałości i niezmienności. Sieci tworzące społeczne fenomeny konstytuują się z początku jako nietrwałe i narażone na rozpad. Dopiero szereg zabiegów takich jak skuteczne translacje interesów czy mobilizowanie sojuszników zdolne jest do ukonstytuowania się w miarę trwałą sieć. Należy jednakże pamiętać, że ów początek, z którego wyłania się sieć, jest naznaczony niepewnościami, czyli innymi słowy, kontrowersjami. Dostrzeżenie ich jest zadaniem badacza chcącego poznać naturę fenomenów społecznych.

Podążanie śladami kontrowersji będzie polegać na ponownej analizie omówionych wcześniej wiązań, z tą różnicą jednak, że każdy element rozpatrywany będzie w szerszym kontekście i, w rezultacie, za pomocą większej liczby działających

aktorów. Dotychczas występujący aktorzy zostaną ponadto zaprezentowani w innym świetle i umiejscowieni inaczej. Omówię zatem raz jeszcze historię ADHD, jednakże tym razem uwzględnię historyczny kontekst, który skłonił do zainteresowania się lekarzy nadpobudliwością w pierwszych latach XX wieku oraz podkreślę nieprogressywny charakter zmian definicyjnych. Rozwój kategorii diagnostycznych postaram się umieścić w sporach dotyczących ewolucji podręczników diagnostycznych, gdzie bardzo ważną rolę odgrywały interesy polityczne i ekonomiczne. Wskażę na kontrowersje oraz spory dotyczące etiologii i badań empirycznych nad naturą ADHD, a także na głosy badaczy i instytucji rządowych ostrzegających przed niebezpiecznym działaniem leków farmakologicznych. W kwestii jurydyzacji opiszę zakulisowe działania grup lobbujących za przyjęciem korzystnych rozwiązań prawnych, a także zasygnalizuję nadużycia obowiązujących przepisów. Wszystkie te poziomy mają swoje przełożenie w recepcji potocznej, zarówno poprzez przekazy medialne, jak i świadomość zwykłych członków społeczeństwa, co wyraża się między innymi w popularnej prasie czy w pozwach sądowych formułowanych przez zaniepokojonych rodziców.

Omawiając historię definicji ADHD zwróciłem uwagę na kumulatywny charakter gromadzenia wiedzy o chorobie. W opinii rzeczników naturalistycznej definicji, historia zaczyna się w 1902 roku, a jej następne fazy mają charakter progresywny. Podkreśla się również fakt, że od samego początku chorobę identyfikowano jako biologiczną, co ma być argumentem na rzecz naturalistycznej etiologii. Gdy przyjrzyć się dokładniej historycznemu kontekstowi oraz charakterowi ówczesnych badań, okaże się, że sprawa jest bardziej problematyczna (Rafalovich 2001). Po pierwsze, należy patrzeć na dokonania George'a Stilla przez pryzmat toczony w jego czasach dyskusji na temat imbecylności i idiotyzmu. Spekulowano, że imbecylnizm, w odróżnieniu od idiotyzmu, nie jest spowodowany niskim ilorazem inteligencji, lecz wynika z niedopasowania jednostki do otaczającego ją środowiska społecznego. Badacze zajmujący się tą kwestią wiązali imbecylnizm między innymi z zachowaniami kryminogennymi. Przyjmując tę perspektywę, należy umieścić pierwsze badania nad ADHD w paradygmacie starającym się uczynić z zachowania społecznego przedmiot badań empirycznych. Ten paradygmat posiada jednakże swoją historię i powinien być umieszczany w konkretnym kontekście.

Po drugie, naturalistyczna historia ADHD przypisuje Stillowi intencje, których on nie podzielał. Wspomniany już Barkley pisze, że pacjenci Stilla przejawiali swoim zachowaniem zwiększoną aktywność oraz deficyt uwagi (Barkley 2006: 4), czyli te cechy, które obecnie konstytuują symptomy choroby. Jak wskazuje Adam Rafalovich (Rafalovich 2001: 105), jest to nadużycie, gdyż Still wskazywał jedynie na zachowania niemoralne wykraczające poza przyjęte kanony zachowania, czyli takie jak nadmierny temperament, okrucieństwo, zazdrość, samowola, nieszczerłość czy destruktywność. Wszystkie te cechy mogą towarzyszyć zachowaniu współcześnie chorym na ADHD, lecz niekoniecznie muszą, a więc przedmiotem badań Stilla nie musiały być dzieci z kłopotami związanymi z deficytem uwagi i nadpobudliwością.

Po trzecie, badania Stilla nie spełniały wymogów naukowości, jakie stawiamy dziś badaniom empirycznym. Jest to najważniejsze w całej rekonstruowanej historii,

gdyż widać pewne pomieszanie poziomów analizy. Historia przedstawiona przez Barkleya pokazywała kolejne fazy w kształtowaniu się definicji ADHD w taki sposób, że cały dyskurs począwszy od 1902 roku toczony wokół ADHD miał mieć charakter naukowy. Dyskusje wokół kolejnych definicji opierały się bowiem, zdaniem Barkleya, na doświadczeniach lekarzy-praktyków oraz naukowców. Na tym poziomie rozpatrywane są również dokonania George'a Stilla. Jednakże, jak wskazuje Rafalovich, nie można traktować ich jako źródła naukowej dyskusji wokół choroby, ale raczej jako „apel skierowany do społeczności medycznej” (Rafalovich 2001: 104). Odkrycia Stilla mają zatem zupełnie inny status niż na przykład odkrycia Zemetkina z 1990 roku, które są rzekomo dowodem na naturalistyczną etiologię choroby. Nadużycie w tej kwestii rodzi się nie tylko przez łączenie tych dwóch poziomów, ale legitymizowaniu jednego przez drugi. Barkley, który jest rzecznikiem naturalistycznego wyjaśniania przyczyn ADHD, posiłkuje się dokonaniem Stilla, żeby udowodnić tezę głoszącą, że od samego początku choroba rozpatrywana była pod kątem wyjaśnień neurobiologicznych. Wyjaśnienia neurobiologiczne oparte na współczesnej metodologii należą jednakże do zupełnie innego poziomu wiedzy niż obserwacje poczynione w 1902 roku.

Uzyskamy nowy obraz również wtedy, gdy przyjrzymy się bliżej okolicznościom, w jakich rozwijały się podręczniki diagnostyczne, a wraz z nimi naturalistyczny paradygmat myślenia o chorobach psychicznych. Podstawowy jest tutaj rok 1980, w którym ukazuje się trzecia edycja DSM, z wielu względów rewolucyjna dla całej psychiatrii. Dokonuje się wówczas stopniowe odejście od paradygmatu psychoanalitycznego.

Z punktu widzenia kontrowersji wokół ADHD jest tu kilka kluczowych problemów. Pierwszym jest proces przyjmowania nowego podręcznika diagnostycznego. DSM-III był bowiem reklamowany jako zestandaryzowane narzędzie będące owocem ściśle naukowych metod działania. Powołano specjalne zespoły badawcze, które miały stworzyć nowy podręcznik. Kształtowanie się DSM-III jest ciekawe jednakże nie z powodu obiektywnej bezstronności, lecz z faktu, że ważne elementy polityczne i ekonomiczne odegrały w tym procesie główną rolę (Kirk i Kutchins 2008; Horvitz i Mayes 2005). Odejście od niejasnego i kosztownego paradygmatu psychoanalitycznego na rzecz farmakologii było korzystne dla firm ubezpieczeniowych oraz dla rządu federalnego (z uwagi na większą precyzję w dofinansowywaniu leczenia). Standaryzacja dyskursu diagnostycznego stwarzała z kolei możliwość posługiwania się językiem medycznym przez inne od psychiatrów grupy zawodowe (psychologów, pracowników opieki społecznej). Opisy niektórych kategorii diagnostycznych rodziły się ponadto nie jako wynik działań naukowych, lecz politycznych negocjacji. Dobrym przykładem jest homoseksualizm, który był klasyfikowany jako choroba w DSM-II, a który został wykreślony z DSM-III pod wpływem nacisków ze strony aktywistów gejowskich.

Drugi obszar kontrowersji dotyczy diagnoz. O ile DSM-III miał być remedium na błędy diagnostyczne wynikające z niejasnego języka psychoanalitycznego, to okazało się, że nowe definicje stwarzają również problemy z jednoznacznym diagnozowaniem stanu pacjenta. W przypadku ADHD możemy mówić o problemie

naddiagnozowania, czyli sytuacją zawyżenia realnej liczby chorych. Definicja choroby związanej z nadpobudliwością i deficytem uwagi była na przestrzeni lat coraz bardziej rozszerzana w taki sposób, że obejmowała ona coraz większą liczbę osób. Mówiąc innymi słowy, proces ewolucji podręczników diagnostycznych jest związany z dyskutowanym szeroko problemem medykalizacji (Conrad i Potter 2000). Jeszcze w DSM-II nadpobudliwość oraz brak koncentracji wiązano tylko z dziećmi i sądzono, że objawy ustają w okresie dojrzewania. W DSM-IV znajdują się jednakże symptomy charakterystyczne dla dorosłych. Pojawia się również kategoria ADHD NOS (*non otherwise specified*) zarezerwowana dla osób, które nie spełniają wszystkich wymogów diagnostycznych, lecz przejawiają symptomy charakterystyczne dla chorych. W planowanym DSM-V (Biedermann i inni 2006) postuluje się jeszcze większe rozszerzenie definicji ADHD – symptomy mają występować przed 13 rokiem życia, a nie, jak w dotychczasowych edycjach, przed 7 rokiem życia.

Aby przybliżyć problem naddiagnozowania ADHD, przeprowadzono badania, w wyniku których zaobserwowano, że te same grupy potencjalnie chorych są diagnozowane inaczej w zależności od użytego podręcznika. Mark Wolraich wraz ze swoim zespołem przeprowadził badania (za: Baumgaertel i inni 1995) na grupie 1077 uczniów w wieku od 5 do 12 lat. Początkowo zdiagnozował badanych za pomocą DSM-IV, następnie użył DSM-III. W tej samej grupie 9,6% badanych zakwalifikowano jako chorych na ADHD według DSM-III, a 17,8% jako chorych według DSM-IV.

Naddiagnozowanie powoduje bezpośredni wzrost liczby osób zdiagnozowanych na ADHD, lecz nie wiadomo czy równa się ona liczbie realnie chorych. Z uwagi na fakt, że DSM obowiązuje głównie w USA, nie powinno dziwić, że liczba osób chorych jest najwyższa właśnie w Ameryce Północnej (11,8% dzieci w wieku szkolnym w stosunku do 4,6% w Europie – Singh 2008). Ponadto, w ostatniej dekadzie XX wieku (a przypomnijmy, że DSM-IV został opublikowany w 1994 roku) zaobserwowano wzrost liczby chorych w USA z 900 tysięcy do prawie 5 milionów (Diller 1998: 2). Owe zmiany skorelowane są oczywiście ze wzrostem konsumpcji leków, a co za tym idzie, również wzrostem zysków koncernów farmaceutycznych. Warto jedynie wspomnieć, że między rokiem 1990 a 1997 zanotowano wzrost produkcji Ritalinu, czyli najpopularniejszego leku na ADHD, o 700% (Diller 1998: 34).

Problem naddiagnoz wiąże się z problemem niepewności diagnostycznej. Ciągłe zmiany i ekspansja definicyjna ADHD sprawia bowiem, że definicja choroby rozmywa się, co stwarza z kolei trudności lekarzom. Ów stan niepewności był przedmiotem badania Rafalovicha (Rafalovich 2005). Spośród 26 badanych lekarzy 24 wyrażało w swoich wypowiedziach wątpliwości i obawy dotyczące technik diagnozowania i leczenia ADHD. Większość z nich potwierdza różnice i niezgodności pomiędzy etiologią ADHD wywiedzioną z DSM-IV a konkretnymi przykładami choroby. Trudność bierze się między innymi z faktu, że osiemnaście kryteriów z DSM IV nie poszerzono na kryteria biologiczne i środowiskowe.

Co jednakże kluczowe, pomimo problemów z podręcznikami diagnostycznymi, ich używanie wymuszone jest przez czynniki instytucjonalne. Okazuje się, że dzięki

opieraniu diagnozy na podręczniku możliwe jest dofinansowanie kosztów leczenia. Tego typu uwarunkowania stanowią instytucjonalną zachętę do wywierania nacisku przez pacjentów na lekarzy po to, aby uzyskać pozytywną diagnozę ADHD, co skutkować może zbyt wielką ilością przypadków choroby.

Ewolucja podręczników diagnostycznych, jak zaznaczałem, ma swój kluczowy moment w roku 1980. Odejście od paradygmatu psychoanalitycznego wiązało się nie tylko ze wzrostem znaczenia farmakologii, lecz również stwarzało nową tendencję w dyskursie lekarskim polegającą na postrzeganiu etiologii chorób psychicznych przez pryzmat badań eksperymentalnych (Horvitz i Mayes 2005). Ów nowy trend najlepiej widać na przykładzie ADHD, gdyż naturalistyczna etiologia tejże choroby opiera się w głównej mierze na badaniach neuroanatomicznych i neurofizjologicznych. Jak się okazuje, również tutaj kryją się skrywane kontrowersje.

Co problematycznego jest w badaniach eksperymentalnych mających na celu uprawomocnienie tezy, że problemy z nadpobudliwością i deficytem uwagi mają charakter biologiczny? W przypadku badań neurofizjologicznych chodzi o wpływ długotrwałego leczenia środkami farmakologicznymi, które zmienia funkcjonowanie mózgu, w tym metabolizm (Leo i Cohen 2003), co może wypaczać wyniki badań. Jonathan Leo oraz David Cohen przestudiowali szereg raportów badawczych dotyczących eksperymentów nad fizjologią mózgu w związku z ADHD. Większość z nich opiera się na badaniach osób, które były leczone farmakologicznie, lecz prawie żaden z nich nie problematyzuje tej kwestii. W przeważającej części raportów takie czynniki jak zaburzenie metabolizmu podawane jest jako przyczyna ADHD, nie ma zaś wzmianki o tym, że to długotrwałe zażywanie na przykład Ritalinu może być odpowiedzialne za takie zjawisko.

O kontrowersjach możemy również mówić w przypadku badań neuroanatomicznych. Szczegółową analizę raportów badawczych wykorzystujących różne techniki badania obszarów mózgu znajdziemy w artykule Alana Baumeistera i Mike'a Hawkinsa (Baumeister i Hawkins 2001). Większość z nich okazuje się niekonkluzywna, przeprowadzona na zbyt małej liczbie osób lub po prostu sprzeczna ze sobą. W przypadku badań nad zmianami w płacie czołowym jedne raporty podają zmiany anatomiczne u osób chorych na ADHD w płacie lewym, inne zaś w prawym. W przypadku *corpus callosum* istnieją badania, które stwierdzają zmiany w części tylnej, w przedniej lub zarówno w tylnej, jak i przedniej.

Osobne miejsce w omawianiu kontrowersji wokół naturalistycznej etiologii należy zarezerwować dla badań Zametkina, które są podstawą legitymizacji tezy, że ADHD jest chorobą wrodzoną. Rekonstruując historię ADHD podkreśla się doniosłość odkrycia Zametkina z 1990 roku, jednakże niezwykle rzadko wspomina się, że ów badacz uczestniczył jeszcze w przeprowadzeniu dwóch kolejnych eksperymentów w 1993 i 1994 roku. Na uwagę zasługuje fakt, że tylko badanie z 1990 roku dotyczy dorosłych pacjentów, którzy nie brali wcześniej stymulantów. W przypadku drugiego badania 70% było wcześniej leczonych, a w momencie badania wszyscy przez trzy tygodnie przed eksperymentem nie brali stymulantów. W trzecim badaniu liczba osób bez stwierdzonego leczenia farmakologicznego wyniosła 80% (Leo i Cohen 2003). Raporty nie problematyzują jednakże w ogóle wpływu stymulantów

(zarówno w formie występowania jakiegokolwiek wpływu, jak i jego braku) na przebieg badań.

Ciekawe wydają się również rozbieżności w wynikach. W pierwszym badaniu przeprowadzono eksperyment na dorosłych ze stwierdzonym w przeszłości ADHD i wykryto zmniejszony metabolizm glukozy zarówno globalny, jak i w poszczególnych obszarach mózgu. Drugie oraz trzecie badanie dotyczyło osób dojrzewających. Nie dostrzeżono globalnego zmniejszenia metabolizmu glukozy, stwierdzono natomiast zmiany w poszczególnych regionach. Badania różniły się jednakże od siebie nie tylko wskazywanymi rejonami mózgu, ale również ze względu na płeć. W przypadku drugiego badania zmiany dotyczyły chłopców, w przypadku trzeciego zaś, dziewcząt (Baumeister i Hawkins 2001).

Podsumowując, istnieje szereg kontrowersyjnych kwestii związanych z badaniami eksperymentalnymi nad ADHD¹⁰. Po pierwsze, raporty wskazują na wielość możliwych przyczyn wyliczając kolejne rejony mózgu. Po drugie, raporty nie są wobec siebie współmierne; bardzo często wyniki jednego badania przeczą wynikom innego. Po trzecie, istnieje wiele problemów związanych z metodologią. Baumeister i Hawkins (2001) wspominają o zbyt niskim stopniu powtarzalności wyników oraz o lekceważeniu rygoru statystycznego w określaniu korelacji pomiędzy zmiennymi. Mówiąc innymi słowy, bardzo często badacze przeceniają stopień zależności pomiędzy badanym czynnikiem a występowaniem ADHD. Po czwarte, interpretacja wyników pozostaje problematyczna. Wskazywane w raportach zmiany metaboliczne i anatomiczne nie muszą oznaczać bowiem źródeł ADHD, lecz skutek choroby. Istnieje bogata literatura poświęcona wpływowi interakcji środowiska zewnętrznego na fizjologię i strukturę mózgu. W świetle tych badań okazać się może, że ADHD jest odpowiedzialne za niedobór dopaminy czy zmiany w *corpus callosum*, a nie odwrotnie.

Z uwagi na fakt, że badania nad etiologią ADHD są ściśle połączone z metodą terapii, to przejdę teraz do omówienia kontrowersji, jakie narosły wokół podawania pacjentom stymulantów. Dotyczą one dwóch obszarów: skutków ubocznych oraz niskiej skuteczności.

Terapia farmakologiczna wywołuje szereg nieoczekiwanych skutków ubocznych, mających wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Peter Breggin (1999) zalicza do nich bezsenność, zachowania obsesyjne, stany maniakalne czy depresję, ale również wyczerpanie, ospałość, wycofanie społeczne. Istnieje szereg studiów zajmujących się negatywnymi wpływami stymulantów na organizm ludzki. Badania owe wskazują na fakt, że zażywanie tego typu leków ma silnie toksyczny wpływ na wiele systemów naszego organizmu. Breggin wymienia centralny układ nerwowy, układ sercowo-naczyniowy, układ żołądkowo-jelitowy, układ dokrwieny i układ metaboliczny. Problemem są również studia nad niepożądanymi efektami farmakologii. Bardzo często badania nad skutkami ubocznymi leków nie są przepro-

¹⁰ O kontrowersjach wokół etiologii ADHD możemy również mówić w przypadku badań genetycznych. Z uwagi na brak miejsca pominąłem je w swojej analizie. Zainteresowanych czytelników odsyłam do artykułu Jaya Josepha (2000).

wadzone wedle klinicznych standardów – badani wystawiani są na działanie leków przez krótki okres czasu, dawki lekarstw są zbyt małe, a osobami obserwującymi są często nauczyciele i rodzice. Wszystko to sprawia, że odsetek niepożądanych efektów jest w rezultacie o wiele niższy, niż może być w rzeczywistości. Bezpieczeństwo zażywania stymulantów nie jest jednakże jedynym problemem. Ich skuteczność jest bowiem znacznie ograniczona. Badania przeprowadzone pod kierownictwem Judith Rapaport (Rapaport i inni 1980) z National Institute of Mental Health (NIMH) polegały na podaniu stymulantu grupie dzieci z nadaktywnością i bez (raport analizował działanie nie Ritalinu, ale Dexedryny – innego lekarstwa stosowanego w terapii ADHD). Efekt był identyczny – w obu grupach stwierdzono podwyższoną uwagę oraz lepsze wyniki w nauce i rozwiązywaniu przydzielonych zadań. Wpływ lekarstwa nie odnosił się do typowych objawów choroby w taki sposób, jakby owe objawy były czymś specyficznym. Z punktu widzenia farmakologicznego nie było żadnej różnicy między osobami zdrowymi a rzekomo chorymi.

Terapia farmakologiczna nie jest ponadto w stanie całkowicie wyeliminować symptomów choroby. Prawdą jest, że problemy z nadpobudliwością oraz brakiem uwagi znikają w dużym stopniu podczas brania lekarstw. Jednakże, niezależnie od długości terapii, symptomy powracają, gdy pacjent odstawi lek. Mówiąc innymi słowy, Ritalin i inne stymulanty nie pozbywają się patologicznego czynnika, który miał być źródłem choroby i w rezultacie nie leczą do końca ADHD (Diller 1998: 44).

Śledzenie kontrowersji wokół terapii doprowadza, dość zaskakująco, do obszarów spoza dyskursu medycznego i naukowego. Okazuje się bowiem, że kontrowersja wokół ADHD, podobnie jak naturalistyczna definicja choroby, umocowana jest na poziomie prawnym i instytucjonalnym. Analizując problematyczne kwestie związane z terapią farmakologiczną natrafić można na zbiektywizowanie kontrowersji w postaci raportów agend rządowych USA. Jest to ważne, gdyż kontrowersje posiadają wiązania umocowane w instytucjach administracyjnych. Z kolei fakt, że takie organizacje jak DEA czy FDA zainteresowane są kontrowersjami wokół zażywania Ritalinu przez chorych na ADHD sprawia, że problem przestaje być kwestią marginalną, a staje się sprawą dobra publicznego.

DEA (Drug Enforcement Administration) oraz FDA (Food and Drug Administration) są agendami rządu Stanów Zjednoczonych, których zadaniem jest monitorowanie konsumpcji i produkcji określonych substancji chemicznych, w tym lekarstw i narkotyków. Owe substancje sklasyfikowane zostały za pomocą pięciu kategorii (tak zwane Schematy), od tych najgroźniejszych (jak na przykład heroina czy LSD znajdujące się w Schemacie I) do tych nieszkodliwych. Ritalin od samego początku istnienia ustawy został sklasyfikowany w Schemacie II jako substancja szkodliwa, lecz dopuszczalna w niektórych przypadkach jako lekarstwo.

W połowie lat dziewięćdziesiątych podjęto próby zliberalizowania przepisów, żeby Ritalin trafił do Schematu III, co w rezultacie oznaczałoby mniejszą kontrolę państwa nad produkcją substancji. W odpowiedzi zarówno FDA, jak i DEA przedstawiły raporty krytycznie odnosząc się do próśb deregulacji w produkcji Ritalinu. Raport FDA (za Breggin 1999: 12) wspomina przede wszystkim o zanotowanych skutkach ubocznych brania tego leku. To ponad 150 przypadków niewydolności

wątroby, 69 przypadków konwulsji, 87 silnego uzależnienia, 250 przypadków wypadania włosów, ponad 50 leukopenii oraz wiele psychologicznych skutków ubocznych takich jak wrogość (50), depresja (48) czy halucynacje (43). Raport składa się w zasadzie z szeregu donosów, które zostały wysłane do FDA. Agenda wydając ową publikację w 1997 roku uznała za konieczne poinformowanie opinii publicznej o dużej liczbie skutków ubocznych.

O wiele ciekawszy jest raport DEA (DEA 1995) opublikowany dwa lata wcześniej. We wstępie czytamy, że istnieje wiele powodów do niepokoju wzrastającą konsumpcją Ritalinu w USA. Najważniejszym z nich są niejasne powiązania organizacji CHADD z koncernami farmaceutycznymi. To właśnie stanowi główny przedmiot raportu. Czytamy w nim, że w latach 1991–1994 CHADD przyjął od firmy wówczas produkującej Ritalin 748.000 dolarów. Jest to niepokojące z kilku powodów. Po pierwsze, to CHADD był inicjatorem zmian mających przenieść metylofenidat ze Schematu II do III, co spowodowałoby znaczny wzrost sprzedaży Ritalinu i w rezultacie dałoby większy zysk producentowi. Po drugie, CHADD odgrywa rolę przede wszystkim informacyjną, gdyż ma dostarczyć najświeższe wieści na temat leczenia choroby. Zdaniem DEA, CHADD nie informuje jednakże w dostatecznym stopniu o szkodliwości Ritalinu oraz o jego silnym potencjale uzależniającym. Po trzecie, CHADD w swoich broszurkach informacyjnych zaleca zażywanie Ritalinu również dzieciom poniżej 6 roku życia. Z punktu widzenia DEA, jest to niebezpieczne i nieodpowiedzialne, gdyż ówczesna wiedza nie dysponowała odpowiednimi testami klinicznymi mogącymi udowodnić pełne bezpieczeństwo podawania lekarstwa w tak wczesnym wieku.

Raport DEA poświęca wiele miejsca roli, jaką w propagowaniu Ritalinu odgrywają koncerny farmaceutyczne. Najważniejszy jest tutaj rok 1993, kiedy zarówno Ciba-Geigy, jak i CHADD przeprowadzili akcję lobbingsową mającą przekonać DEA do zmiany Schematów. Ciba-Geigy ufundowała powstanie wielu artykułów w prasie popularnej oraz wysłała prawie 400.000 listów do lekarzy oskarżając DEA o działanie na szkodę pacjentów. Argumentowano, że zbyt restrykcyjne wymogi agendy spowodowały niedobór Ritalinu, przez co osoby chore na ADHD nie mają się czym leczyć. CHADD z kolei nakłonił zrzeszonych w organizacji rodziców, żeby wysłali petycję do swoich regionalnych przedstawicieli do Kongresu USA oraz do DEA. Jak podaje raport, efektem była panika rodziców dzieci, które już przyjmowały Ritalin. Obawiano się, że zabraknie lekarstwa, dlatego wielu pacjentów wpływało na swoich lekarzy, aby ci przepisywali kilka recept na zapas. Spowodowało to znaczny wzrost sprzedaży metylofenidatu w tamtym okresie. Okazało się jednakże, że obawa przed niedoborem lekarstwa była kompletnie nieuzasadniona. Większość firm, w tym Ciba-Geigy, skończyły rok 1993 z zapasami niesprzedanych leków w magazynach.

W świetle przedstawionych faktów, możemy spojrzeć na naturalistyczną definicję ADHD z zupełnie innej strony. Kontrowersje wokół terapii farmakologicznej delegitymizują pogląd podzielany przez rzeczników oficjalnego obrazu choroby mówiący, że terapia farmakologiczna jest zarazem skuteczna i w zupełności bezpieczna. Ritalin nie leczy ADHD, lecz wyklucza na czas zażywania jedynie objawy choroby. Jego zażywanie wiąże się z kolei z takimi zjawiskami jak skutki uboczne czy uzależ-

nienie. Po drugie, terapia farmakologiczna jest najczęściej wybieraną opcją w przypadku leczenia osób chorych na ADHD. W grę wchodzi tutaj nie tylko, o czym mogliśmy się przekonać, wartość użytkowa tej terapii, ale również interesy ekonomiczne koncernów farmaceutycznych. Twierdzenie, że zasadność terapii Ritalinem wynika wprost z rezultatów badań naukowych, które w pełni uprawomocniają jej stosowanie, jest z tej perspektywy nieuprawnione. Jak widać powyżej, w grę wchodzi tu innego rodzaju relacje. Koncerny farmaceutyczne wraz z reprezentowanym przez nie interesem ekonomicznym również zatem posiadają dużą dozę sprawstwa. Ilustrują to związki CHADD i Ciba-Geigy. Po trzecie, istnienie takiej organizacji jak CHADD nie wynika tylko i wyłącznie z chęci informowania pacjentów o obiektywnej wiedzy na temat choroby, lecz stanowi narzędzie promujące określoną wizję ADHD oraz określone interesy. CHADD działa tutaj nie tylko jako rzecznik pacjentów, ale również jako rzecznik naukowców oraz koncernów farmaceutycznych. Tym samym nie tylko przekazuje określoną wizję choroby oraz metody jej leczenia, ale ją tworzy poprzez jej legitymizację. Po czwarte, niedoreprezentowanie innych terapii ADHD wynikać może nie tylko z ich słabej skuteczności, ale z małej liczby wiązań, w których owe terapie są uwikłane. Terapie nefarmakologiczne nie mają swoich rzeczników w postaci tak dużej liczby naukowców, gdyż nie wynikają wprost z diagnostycznego modelu uprawiania psychiatrii opartego na eksperymentach i ścisłych badaniach naukowych. Terapie te nie sprzyjają ponadto interesom ekonomicznym, dzięki czemu nie posiadają takich sojuszników jak koncerny farmaceutyczne.

Wszystkie powyżej omówione elementy kontrowersji odzwierciedlane są na obszarze życia społecznego tak, jak miało to miejsce w przypadku dystrybucji wiedzy o naturalistycznej definicji choroby. Również w przypadku miejsc problematycznych i budzących wątpliwości mamy do czynienia z określonymi rzecznikami, którzy przenoszą wiedzę na temat kontrowersji poza sprofesjonalizowane dyskursy medyczne, naukowe, prawne. Dzięki takim działaniom, kwestia kontrowersji wokół ADHD staje się jeszcze bardziej uprawomocniona, a sieci zależności rozciągają się na całym obszarze tego, co społeczne.

Kontrowersja reprezentowana jest głównie za pomocą książek, prasy i telewizji. Książki pisane są często przez lekarzy zajmujących się na co dzień chorymi na ADHD (Diller 1998) lub lekarzy profesjonalnie zajmujących się analizą natury choroby (Breggin 2001). Problematyczne kwestie są również w centrum zainteresowania mass mediów. W 1995 roku znany amerykański dziennikarz John Merrow zajmujący się problemami edukacyjnymi zrobił program w całości poświęcony związkowi CHADD z koncernami farmaceutycznymi. W programie przytoczono informacje, które omawiałem przy okazji raportu DEA na temat Ritalinu. Merrow jest również autorem ciekawego reportażu, który polemizuje z informacjami dostarczanymi przez CHADD.

Większość krytycznych głosów, które informują laików o kontrowersji, ma za zadanie przede wszystkim uczulić na niebezpieczeństwo związane z tendencyjnym wyjaśnianiem ADHD jako choroby wrodzonej i dziedzicznej. Z perspektywy niniejszego opracowania zabiegi medialne i popularyzatorskie są narzędziem mobilizowania zasobów w celu lepszego uprawomocnienia istnienia kontrowersji. Z owym

mobilizowaniem mieliśmy w zasadzie do czynienia również w przypadku omawiania diagnozy czy etiologii, gdzie obszary kontrowersyjne wskazywane były w artykułach, które ukazywały się w szanowanych czasopismach naukowych. Biorąc to pod uwagę, należy stwierdzić, że kontrowersja wokół ADHD nie ma charakteru marginalnego i jest legitymizowana przez szereg wiązań.

Asocjologia kontrowersji wokół ADHD

Jak wspominałem wcześniej, asocjologia ma za zadanie śledzić powiązania pomiędzy poszczególnymi elementami (aktorami) pochodzącymi z różnych porządków (naturalnych, kulturowych, prawnych, instytucjonalnych itp.), które tworzą zwarte całości zwane hybrydami. Przedmiotem zainteresowania jest powstanie owej hybrydy, jak i sposoby podtrzymywania relacji, jakie ją ukonstytuowały, a także sposób jej oddziaływania na obszarze tego, co społeczne. Powyższa analiza kontrowersji dodaje jeszcze wątki związane z dynamizmem całej sieci, która tworzy hybrydę, jaką jest ADHD. Dzięki zaprezentowaniu w toku kontrowersji nowych aktorów wraz z nowymi sposobami działania i nawiązywania relacji obraz choroby jest pełniejszy, wiedza o chorobie wydaje się kompletniejsza.

Zwrócę teraz uwagę na kilka kwestii szczegółowych w duchu postulowanej w niniejszym artykule asocjologii. Po pierwsze, należy podkreślić raz jeszcze heterogeniczność elementów współtworzących ADHD. W przypadku bowiem naturalistycznego wyjaśnienia hybrydyczność choroby polegała jedynie na zaprezentowaniu różnych wiązań, które w zasadzie sprowadzały się do jednego elementu – uprawomocnienia biologicznej przyczyny ADHD. Hybrydyczność naznaczona kontrowersjami jest już innego rodzaju. Sam moment połączenia poszczególnych części składowych jest już bowiem hybrydyczny, a co za tym idzie ma podstawowy wpływ na konstytuowanie się całej sieci. W grę bowiem nie wchodzi jedynie sieć połączonych sztywno elementów, ale raczej, mówiąc językiem ANT, szereg translacji, czyli relacji przekształcających istotę elementów wchodzących w skład danej sieci. Weźmy przykład omawianego w tym rozdziale przejścia pomiędzy paradygmatem psychoanalitycznym a diagnostycznym, jaki dokonał się wraz z publikacją DSM-III. Podręcznik diagnostyczny powstawał na przecięciu szeregu interesów reprezentowanych przez określonych aktorów. Na nowy paradygmat składają się relacje takich elementów jak: interes określonych grup zawodowych, które chciały przełamać lobby psychoanalityków, niechęć administracji publicznej wobec refundowania psychoterapii czy chęć uwiarygodnienia medycyny przez nauki empiryczne. Każdy z tych elementów odegrał główną rolę w ustanowieniu nowego paradygmatu, co znalazło wyraz w opublikowanym w 1980 roku programie DSM-III. To z kolei wpłynęło na obraz choroby, jaki znamy dziś. Wynika z tego następująca teza – naturalistycznej etiologii ADHD nie można wyjaśnić za pomocą naturalistycznego paradygmatu (zmierzającego w stronę etiologii biologicznych) wyrażonego od pewnego momentu w podręcznikach diagnostycznych, gdyż moment ukonstytuowania się owego paradygmatu wykraczał daleko poza czynniki naturalistyczne, mobilizując obszar polityczny i ekonomiczny.

Zgodnie z ANT i asocjologią o translacjach możemy mówić również w przypadku tworzenia się sieci interesów i sieci działań wspólnych dla różnych aktorów (Callon i Latour 1981; Latour 2010: 61–87; Abriszewski 2008: 230–241). Analiza kontrowersji przeprowadzona powyżej pokazuje, jak różnego rodzaju aktorzy zdawali artykułować swoje interesy tak, że stworzyło to siatkę zależności, gdzie każdy element wzajemnie się wspiera. O owych zależnościach możemy mówić w przypadku trzech elementów: organizacja CHADD, koncerny farmaceutyczne, badania naukowe. Koncerny farmaceutyczne działają według interesów ekonomicznych, jednakże dzięki informacyjnym i propagandowym działaniom CHADD-u produkowane przez nich produkty legitymizowane są przez dyskurs naukowy. W przypadku ADHD dochodzi zatem do ciekawego połączenia, w którym organizacja zrzeszająca rodziców, która z założenia ma być bezstronną pomocą dla chorych, okazuje się przedstawicielem i łącznikiem dyskursu ekonomicznego i naukowego. Za powyższą tezę przemawiają dwa fakty. Po pierwsze, CHADD skupia wokół siebie wielu naukowców związanych z naturalistyczną wizją choroby (między innymi Russell Barkley, Joseph Biederman, Alan Zametkin). Po drugie, jak wskazuje przytaczany raport DEA, CHADD otrzymywał od koncernów pieniądze na swoją działalność statutową oraz lobbował za rozwiązaniami korzystnymi dla producentów leków.

Warto tutaj zauważyć, że w oficjalnym obrazie choroby owe związki nie miałyby większego znaczenia. Nie można byłoby również mówić o artykulacji interesów. W przypadku podręczników diagnostycznych oznaczałoby to myślenie o ich rozwoju w kategoriach progresywnych, to znaczy takich, które wszystkie wpływy zewnętrzne wobec dyskursu medycznego aktorów lekceważyłyby opierając swoją legitymację na prawdzie naukowej. Podobnie w przypadku związków CHADD z koncernami farmaceutycznymi. Tutaj również by się odwoływano do badań empirycznych. Analiza kontrowersji podważa jednakże ten pogląd wskazując z jednej strony na siłę owych zewnętrznych aktorów oraz, z drugiej, na niską moc eksplanacyjną badań nad etiologią ADHD.

Niezwykle ważnym wątkiem jest zatem status choroby jako hybrydy. W naturalistycznej definicji ADHD hybrydyczność polegała na mieszanii ze sobą różnych poziomów (naturalnych, społecznych, naukowych, prawnych itp.), jednakże w końcowym rezultacie wszystko sprowadzało się do tego, aby uprawomocnić biologiczne wyjaśnienie choroby, co oznacza umieszczenie jej po stronie czynników naturalnych. Czynniki społeczne są jedynie pochodnymi owego wspólnego mianownika, jakim jest naturalistyczna etiologia ADHD. Właściwa istota hybrydyczności ujawniła się w mojej analizie po zaprezentowaniu obszarów kontrowersyjnych. Dopiero teraz jesteśmy w stanie pojąć w pełni hybrydyczność i heterogeniczność ADHD.

Możemy zauważyć również inną ciekawą rzecz, to znaczy proces takiego umiejscowienia aktorów i zawiązywania relacji między nimi, które uprawomocniają naturalistyczną definicję choroby, a zatem pozbawiają ADHD hybrydyczności i heterogeniczności. W języku ANT możemy bowiem mówić o oczyszczaniu hybrydy (Latour 1993), asocjologia wspomina zaś w tym kontekście o przejściu od materii rozważań do materii faktów (Latour 2010: 123–171). W przypadku interesującej mnie tutaj choroby chodzi o dwa rodzaje praktyk. Pierwszy polega na wyklucza-

niu kontrowersji wokół badań legitymizujących chorobę, wokół konstytuowania się ADHD jako kategorii diagnostycznej oraz wokół terapii. Wykluczeniu kontrowersji towarzyszy promowanie dowodów za naturalistyczną wizją choroby. Drugi rodzaj praktyk to eliminowanie wyjaśnień środowiskowych (w tym społeczno-kulturowych) i utrzymywanie, że są one nienaukowe i tym samym nieprawdziwe.

W przypadku rekonstruowania definicji choroby, oczyszczanie hybrydy polega na nieumieszczeniu historii nadpobudliwości w szerszym kontekście historycznym, na imputowaniu pewnych intencji badaczom z początku XX wieku oraz na pomijaniu nieścisłości metodologicznych. Rzecznicy choroby nie wspominają na przykład, że badania George'a Stilla dotyczyły zachowań dewiacyjnych z punktu widzenia obowiązywania ówczesnych konwenansów społecznych, co oznacza, że niekoniecznie symptomy tego typu zachowań mogłyby pokrywać się z symptomami przypisywanymi chorym na ADHD obecnie. Biorąc pod uwagę rozwój definicji diagnostycznej, przedstawia się ewolucję kolejnych podręczników jako progresywną i nie uwzględnia się nacisków politycznych czy społecznych, a także określonych interesów, jakie odegrały podstawową rolę w zmianie paradygmatu. Ważne jest jednakże oczyszczanie obszaru badań etiologicznych. W przypadku ADHD niekonkluzywność oraz sprzeczne wyniki badań wskazują na fakt, że badacze zajmujący się neuroanatomią, neurofizjologią czy biologią molekularną nie są w stanie na tyle kontrolować przedmiotu własnych badań, aby tworzyć powtarzalne i intersubiektywne wyniki eksperymentów. Nie przeszkadza to rzecznikom oficjalnej definicji choroby legitymizować naturalistycznej etiologii ADHD za pomocą raportów, których wyniki nie powinny być przekładane na ogólne twierdzenia typu „przyczyną nadpobudliwości jest niedobór dopaminy”. Przejście od poziomu jednostkowych badań do poziomu uogólnień jest możliwe dzięki praktykom oczyszczania i pomijania całego szeregu problematycznych kwestii, które sprawiają, że etiologia choroby jest niejednoznaczna i problematyczna.

Oczyszczanie na wszystkich tych poziomach odbywa się z udziałem zarówno instytucji, jaką jest CHADD, jaki i reprezentacji potocznej wykorzystując kulturę popularną czy media masowe. W przypadku informacji udzielanych przez wspomnianą organizację czy w przypadku konkretnych publikacji w prasie popularnej mamy bezustannie do czynienia z owym przejściem negującym istnienie obszarów kontrowersyjnych.

Drugi rodzaj praktyk polega na delegitymizowaniu wyjaśnień środowiskowych akcentujących relację chorego na ADHD z kontekstem kulturowym i społecznym. Wszystkie bowiem tego typu wyjaśnienia natury choroby są przez rzeczników jej naturalistycznej definicji uważane za błędne. Warto tutaj wspomnieć, że tego typu dywagacje pojawiały się w przeszłości i również współcześnie posiadają swoich zwolenników. Jednym z najgłośniejszych jest Sami Timimi, redaktor i autor takich książek jak *Liberatory Psychiatry* czy *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. Perspektywa społeczno-kulturowa nie neguje istnienia fenomenu ADHD, lecz szuka jego przyczyn w przyspieszeniu życia codziennego, zmieniającej się dynamicznie strukturze społecznej, rozpadzie tradycyjnego modelu rodziny czy braku autorytetów moralnych.

Ów proces delegitymizacji i próbę ujednoczenia wyjaśnienia etiologii ADHD, a także ruch odwrotny polegający na wprowadzaniu dodatkowych aktorów oraz zaognianie kontrowersji, najlepiej widać w dyskusji, jaka rozegrała się pomiędzy zwolennikami definicji naturalistycznej a jej krytykami. Doszło do niej w latach 2002–2004 na łamach czasopisma „Clinical Child and Family Psychology Review”. W 2002 roku, z inicjatywy Richarda Barkleya, powstał *International Consensus Statement on ADHD* (Barkley i inni 2002) – dokument podpisany przez ponad 80 specjalistów (głównie Amerykanów), który jest skierowany przeciwko zwolennikom tezy, że ADHD jest problematyczną i słabo zdefiniowaną jednostką medyczną.

W marcu 2004 roku, w tym samym periodyku z inicjatywy Timimi⁷ego ukazał się artykuł *A Critique of the International Statement on ADHD* (Timimi i inni 2004), pod którym widnieje podpis 33 badaczy. Autorzy wskazują na szereg dyskusyjnych punktów, na przykład: brak przesądającego dowodu na to, że ADHD wywołują czynniki neurobiologiczne czy metaboliczne; istnienie różnic w liczbie chorych w zależności od kultury, kraju, a nawet regionu kraju; niejasną definicję choroby zawierającą w sobie inne zaburzenia psychiczne.

W tym samym numerze czasopisma ukazał się komentarz Barkleya (Barkley 2004). Autor wskazuje na błędy w cytowaniu przywoływanych przez krytyków dominującego paradygmatu prac oraz na fakt, że opór wobec oficjalnych definicji ADHD jest mało znaczący i nie należy do głównego nurtu dyskursu naukowego i medycznego. Krytycy ADHD nie posiadają żadnych kryteriów odróżniających zaburzenia nabyte od wrodzonych, które mogą być uniwersalne dla każdego człowieka. Ponadto Barkley stwierdza, że gdyby postępować zgodnie z nakazami krytyków ADHD, to analogicznie należałoby odrzucić wiele innych, uznanych chorób, takich chociażby jak Parkinson. Barkley odrzuca argument mówiący o różnicach w natężeniu i przebiegu choroby w różnych kulturach czy społeczeństwach – pokazuje, że nie oznacza to wcale, że ADHD jako takie nie istnieje albo że nie ma ono podstaw neurobiologicznych. Co do argumentu przeciwko studiom z zakresu neuroobrazowania, Barkley przytacza badanie, które porównuje obrazy osób leczonych i nieleczonych na ADHD. Występuje przeciwko kulturowemu wyjaśnieniu ADHD wskazując, że nie istnieją dowody na prawdziwość tej teorii. Przytacza badania nad bliźniętami dowodzące, że czynniki środowiskowe mają mniejszy wpływ niż genetyczne.

To, co zaszło na łamach wspomnianego czasopisma, jest istotą kontrowersji, czyli starciem się dwóch wizji choroby. Każda ze stron mobilizuje w tej relacji antagonistycznej sojuszników i zasoby. Stawką w tej grze jest tak naprawdę ustanowienie określonej definicji choroby. Z punktu widzenia asocjologii jest to trafny przykład dynamiki tego, co społeczne, która polega na ciągłym negocjowaniu, łączeniu, podtrzymywaniu, ale również krytykowaniu, łączeniu na nowo, delegitymizowaniu.

Zakończenie

„Opisywać, być wrażliwym na konkretne stany rzeczy, znajdować jedynie adekwatną relację danej sytuacji – zawsze wydawało mi się to niezwykle wymagające.”

(Latour 2010: 208). Jak zaznaczałem wcześniej, i co wynika również z powyższego cytatu, dokładny opis danego fenomenu społecznego jest głównym zadaniem Teorii Aktora-Sieci. Na najprostszym poziomie zatem niniejsza analiza jest „gęstym opisem” jednostki chorobowej zwanej ADHD. O jej obiektywności decyduje cały szereg czynników: definicja rozwijana przez cały wiek XX, umiejscowienie kategorii w podręczniku diagnostycznym, zakrojone na szeroką skalę badania eksperymentalne nad etiologią, konkretne formy terapii, odniesienie do dyskursu prawnego, a także instancja pośrednicząca w formie instytucji pozarządowej oraz dystrybucja popularnej wiedzy na obszarze społecznego życia codziennego. Każdy z tych elementów ukonstytuowany jest z innych, charakterystycznych dla siebie relacji, jednakże dzięki wszystkim tym aktorom, którzy pragną, aby ADHD było obiektywną jednostką chorobową, stają się one jedną translacyjną siecią, w której elementy nie tyle na siebie oddziałują, ile tworzą spójną całość.

Z mojej opowieści wysnuć można również wnioski bardziej ogólnej natury. Po pierwsze, dostrzegamy, jak działa współczesna medycyna. Jej rozwój wyznacza postępująca naturalizacja, to znaczy odwoływanie się zarówno w teorii etiologicznej, jak i praktyce terapeutycznej do badań eksperymentalnych. Intuicja ANT, której rodowód wywodzi się z etnografii laboratorium, podpowiada, że dyskurs medyczny jest silnie uzależniony od nauk empirycznych. Aby zatem zrozumieć istotę współczesnego zdrowia i choroby należy przyrzeć się takim dziedzinom wiedzy jak neurofizjologia czy genetyka. Z drugiej jednakże strony, medycyna wchodzi w coraz bardziej kompleksowe relacje z polityką, porządkiem ekonomicznym czy dyskursem prawnym. Fałszywym jest pogląd, że opieka zdrowotna jest samotną wyspą na mapie innych instytucji społecznych, a definicje przez nią konstytuowane powstają w izolacji wobec innych praktyk.

„Gęsty opis” ADHD oraz ukazanie kompleksowości współczesnej medycyny nie byłby jednak pełny bez zaprezentowania momentów kontrowersyjnych. Również tutaj kryje się duży zysk poznawczy. O ile relacje konstytuujące ADHD w przypadku mojej analizy dotyczą głównie kontekstu Stanów Zjednoczonych, to faktem jest, że definicja naturalistyczna, która tego kontekstu jest owocem, zostaje przenoszona na inne obszary, w tym na obszar Polski. Co jednakże ważne, owo przenoszenie połączone jest z praktyką, którą ANT nazywa oczyszczaniem. W przypadku ADHD chodzi o takie prezentowanie definicji choroby, która nie akcentuje miejsc problematycznych i kontrowersyjnych. Z takim zjawiskiem mamy do czynienia w Polsce. Istnieje bardzo bogata literatura na temat problemu nadpobudliwości i deficytu uwagi, w większości przetłumaczona z języka angielskiego, która przyjmuje bezdyskusyjnie naturalistyczną definicję choroby nie wspominając o kontrowersjach dotyczących etiologii, terapii czy diagnostyki. Aby poznać owo drugie oblicze ADHD, należy w pierwszej kolejności odtworzyć źródło powstania definicji i uchwycić dynamikę kontrowersji na jej rodzimym obszarze. W kontekście polskim może okazać się to szczególnie owocne.

Na najbardziej ogólnym poziomie niniejsza analiza przynosi obraz współczesnego świata charakteryzowanego przez zjawisko, które Giddens nazywa „wykorenieniem systemów społecznych”. Angielski socjolog powiada, że czasy późnej

nowoczesności charakteryzuje wykorzenienie „stosunków społecznych z lokalnych kontekstów interakcji oraz ich ponowne skonstruowanie na nieokreślonych obszarach czasoprzestrzeni” (Giddens 2008: 15). Oznacza to, że relacje, w jakie wchodzimy ze światem naszego codziennego doświadczania, są konstytuowane przez konteksty nieobecne w bezpośredniej interakcji. W przypadku studium nad ADHD widać, że kategoria zdrowia i choroby konstytuowana jest przez aktorów, których potoczna, laicka wiedza pacjenta nie bierze pod uwagę przy każdej wizycie u lekarza. Być chorym znaczy jednocześnie być w centrum kompleksu medycznego konstytuowanego przez określone wymogi instytucjonalne, standardy działania, badania empiryczne, a także stawać się przedmiotem działania politycznego (ze strony państwa) i ekonomicznego (ze strony koncernów farmaceutycznych). Choroba jest tutaj oczywiście tylko jednym z szeregu przykładów uwiarygodniających tezę Giddensa. To samo moglibyśmy powiedzieć o systemie edukacyjnym, ochronie środowiska, a nawet o odżywianiu się.

Nowoczesne wykorzenienie stanowi oczywiście poważne wyzwanie dla nauk społecznych. Kompleksowość świata, jego czasoprzestrzenna rozpiętość, zanikanie podziału na lokalne i globalne wymagają, aby socjologia sprawnie poruszała się po różnych, czasem bardzo heterogenicznych obszarach tego, co społeczne. Warto tutaj zwrócić uwagę na intuicję ANT, że istota fenomenów społecznych ma charakter hybrydyczny. Socjologia nie powinna zatem obawiać się wkraczania w takie struktury wiedzy, które na pierwszy rzut oka nie mają nic wspólnego z naukami społecznymi. Jest to również ważna wskazówka dla socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby. Jej bogaty dorobek w połączeniu z intuicjami Teorii Aktora-Sieci może dać bardzo owocne rezultaty i przynieść godne późnej nowoczesności opisy instytucji opieki zdrowotnej, relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, społecznego kontekstu bycia zdrowym i chorym.

Ważne podkreślenia jest również akcentowanie przez socjologię medycyny niewystarczalności biomedycznej definicji choroby. Mamy bowiem współcześnie do czynienia ze stopniową hegemonizacją dyskursu medycznego ze strony nauk empirycznych. Dobrze to widać na przykładzie chorób psychicznych. Z powodów, które zarysowałem powyżej, myślenie o chorobach staje się coraz częściej myśleniem w kategoriach naturalistycznych, które wyklucza odniesienie do środowiska społecznego. Perspektywa Teorii Aktora-Sieci pozwala dostrzec, dlaczego ma to miejsce – dyskurs naturalistyczny jest zamocowany w większej liczbie wiązań, na obszarach o większym stopniu obiektywności. Również tutaj socjologia medycyny oraz ANT stanowiłyby dla siebie symbiotyczne uzupełnienie.

Literatura

- Abriszewski, Krzysztof. 2008. *Poznanie, zbiorowość, polityka. Analiza teorii aktora-sieci Bruno Latoura*. Universitas: Kraków.
- Abriszewski, Krzysztof. 2010. *Splatając na nowo ANT. Wstęp do Splatając na nowo to, co społeczne*. W: B. Latour. *Splatając na nowo to, co społeczne*. Kraków: Universitas, s. V–XXXVI.

- APA (American Psychiatric Association). 1968. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association). 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association). 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association). 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association). 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Barkley, Russell A. i inni. 2002. *International Consensus Statement on ADHD*. „Clinical Child and Family Psychology Review” 2: 89–111.
- Barkley, Russell A. 2004. *Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al.*. „Clinical Child and Family Psychology Review” 7: 65–69.
- Barkley, Russell A. 2006. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nowy Jork, Londyn: The Guilford Press.
- Baumeister, Alan A. i Mike F. Hawkins. 2001. *Incoherence of Neuroimaging Studies of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. „Clinical Neuropharmacology” 24: 2–10.
- Baumgaertel, Anna i inni. 1995. *Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorders in a German Elementary School Sample*. „Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 34: 629–638.
- Beck, Ulrich. 2002. *Spoleczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Scholar.
- Benninger, Richard J. 1989. *Dopamine and Learning: Implications for Attention Deficit Disorder and Hyperkinetic Syndrome*. W: T. Sagvolden i T. Archer (red.). *Attention Deficit Disorder: Clinical and Basic Research*. Hillsdale Nowy Jork: Lawrence Erlbaum Associates, s. 323–338.
- Berger, Peter L. i Thomas Luckmann. 1983. *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW.
- Biederman, Joseph i inni. 1995. *High Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Children of Parents with Childhood Onset of the Disorder: a Pilot Study*. „American Journal of Psychiatry” 152: 431–435.
- Biedermann, Joseph i inni. 2006. *Diagnosing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are Late Onset and Subthreshold Diagnoses Valid?*. „American Journal of Psychiatry” 163: 1720–1729.
- Bińczyk, Ewa. 2006. *Program badawczy Bruno Latoura i jego zalety w kontekście badań nad światem współczesnym*. W: P. Bytniewski i M. Chałubiński. *Teoretyczne podstawy socjologii wiedzy*. T. 1. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 303–313.
- Bińczyk, Ewa. 2010. *Praktyka, laboratorium, czynniki pozaludzkie. Najnowsze modele technonauki oraz wybrane tezy Ludwika Flecka*. „Przegląd Filozoficzny” 2.
- Breggin, Peter R. 1999. *Psychostimulants in the treatment of ADHD: Risks and Mechanism of Action*. „International Journal of Risk and Safety in Medicine” 12: 3–35.
- Breggin, Peter R. 2001. *Talking Back to Ritalin*. Cambridge Massachusetts: Da Capo Press.
- Callon, Michel. 1980. *Struggles and Negotiations to define what is Problematic and what is not: the Sociology of Translation*. W: K. D. Knorr, R. Krohn i R. D. Whitley (red.). *The Social Process of Scientific Investigation: Sociology of the Sciences Yearbook*. Dordrecht, Boston Mass.: Reidel, s. 197–219.
- Callon, Michel. 1986. *Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of Saint Brieuc Bay*. W: J. Law (red.). *Power, Action and Belief:*

- A New Sociology of Knowledge? Sociological Review Monograph*. London: Routledge and Kegan Paul, s. 196–233.
- Callon, Michel. 1998. *The Laws of the Markets*. Oxford: Blackwell.
- Callon, Michel i Bruno Latour. 1981. *Unscrewing the big Lewiathan: How Actors Macro-structure Reality and Sociologists Help Them to do so*. W: Karin Knorr-Cetina i Aaron Cicourel (red.). *Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*. London: Routledge and Kegan Paul, s. 277–303.
- Comings, David E. i inni. 1991. *The Dopamine D2 Receptor Locus as a Modifying Gene in Neuropsychiatric Disorders*. „Journal of the American Medical Association” 266: 1793–1800.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, Peter i Deborah Potter. 2000. *From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories*. „Social Problems” 47: 559–582.
- DEA (Drug Enforcement Administration). 1995. *Methylphenidate (A Background Paper)*, Washington: Drug and Chemical Evaluation Section, Office of Diversion Control, DEA, Wymiar Sprawiedliwości USA.
- Diller, Lawrence H. 1998. *Running on Ritalin*. New York: Bantam.
- Eriksen, Thomas H. 2003. *Tyrania chwili. Szybko i wolno płynący czas w erze informacji*. Warszawa: PIW.
- Hallowell, Edward M. i John J. Ratey. 2004. *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*. Poznań: Media Rodzina.
- Horvitz, Adama V. i Rick Mayes. 2005. *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*. „Journal of the History of Behavioral Sciences” 41: 249–267.
- Hynd, George W. i inni. 1990. *Brain Morphology in Developmental Dyslexia and Attention Deficit Disorder/Hyperactivity*. „Archives of Neurology” 47: 919–926.
- Hynd, George W. i inni. 1991. *Corpus Callosum Morphology in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Morphometric Analysis of MRI*. „Journal of Learning Disabilities” 24: 141–146.
- Giddens, Anthony. 2008. *Konsekwencje nowoczesności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jay, Joseph. 2000. *Not in Their Genes: A Critical View of the Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. „Developmental Review” 20: 539–567.
- Kirk, Stuart A. i Herb Kutchins. 2008. *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*. New Brunswick: Aldine Transaction.
- Knorr-Cetina, Karin. 1981. *The Manufacture of Knowledge*. New York: Pergamon Press.
- Latour, Bruno. 1988. *The Pasteurization of France*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 1992. *Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts*. W: Wiebe E. Bijker i John Law (red.). *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*. Cambridge, Mass.: MIT Press, s. 225–258.
- Latour, Bruno. 1993. *We Have Never Been Modern*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Latour, Bruno. 1999. *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 2009a. *The Making of Law. An Ethnography of the Conseil d'Etat*. London: Polity Press.

- Latour, Bruno. 2009b. *Dajcie mi laboratorium a poruszę świat*. „Teksty Drugie” 1–2: 163–192.
- Latour, Bruno. 2010. *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do Teorii Aktora-Sieci*. Kraków: Universitas.
- Latour, Bruno i Steve Woolgar. 1986. *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Law, John. 1986. *On Power and Its Tactics: a View from the Sociology of Science*. „The Sociological Review” 34: 1–38.
- Leo, Jonathan i David Cohen. 2003. *Broken Brains or Flawed Studies? A Critical Review of ADHD Neuroimaging Research*. „The Journal of Mind and Behavior” 24: 29–56.
- Łęcka, Dominika. 2010. *Klasyczna socjosomatyka i jej nieklasyczna odmiana. Wkład socjologii zdrowia i choroby w dyskurs o zaburzeniach somatycznych i etiologii chorób*. „Studia Socjologiczne” 1: 127–146.
- Ostrowska, Antonina. 2009. *Modele relacji pacjent-lekarz*. W: taż (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 235–259.
- Rafalovich, Adam. 2001. *The Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and the Child Deviant, 1877–1929*. „Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal” 22: 93–115.
- Rafalovich, Adam. 2005. *Exploring Clinician Uncertainty in the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactive Disorder*. „Sociology of Health & Illness” 27: 305–323.
- Rapaport, Judith L. i inni. 1980. *Dextroamphetamine: Cognitive and Behavioral Effects in Normal Prepubertal Boys*. „Science” 199: 933–943.
- Singh, Illina. 2008. *Beyond Polemics: Science and Ethics of ADHD*. „Nature Reviews Neuroscience” 9: 957–964.
- Sokołowska, Magdalena. 1986. *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sokołowska, Magdalena. 2009. *Socjologia medycyny*. W: A. Ostrowska (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 21–39.
- Timimi, Sami i inni. 2004. *A Critique of the International Statement on ADHD*. „Clinical Child and Family Psychology Review” 7: 59–63.
- Vaidya, Chandan J. i inni. 1998. *Selective Effects of Methylphenidate in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Functional Magnetic Resonance Study*. „Neurobiology” 95: 14494–14499.
- Wender, Paul H. 1973. *Some Speculations Concerning a Possible Biochemical Basis of Minimal Brain Dysfunction*. „Annals of the New York Academy of Sciences” 205: 18–28.
- Zametkin, Alan J. i inni. 1990. *Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset*. „New England Journal of Medicine” 323: 1361–1366.
- Zybertowicz, Andrzej. 1995. *Przemoc i poznanie*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.

Źródła internetowe:

<http://www.ada.gov/cguide.htm> [dostęp 16.01.2011]

<http://www.chadd.org/> [dostęp 16.01.2011]

<http://www.ed.gov/policy/speced/leg/idea/history.html> [dostęp 16.01.2011]

http://www.wrightslaw.com/law/code_regs/OSEP_Memorandum_ADD_1991.html [dostęp 16.01.2011]

Disorder as Hybrid. ADHD According to Actor-Network Theory and Asociology

Summary

This article aims to present the complexity of the phenomenon of a disorder. It turns out to be not only a medical issue, but a scientific, legal, political and institutional one as well. The object of analysis is Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), and it is based on the Actor-Network Theory and asociology, which define social phenomena as a network of translational intermediaries. The author is primarily interested in the practice, institutions and actors who contributed to shaping and maintaining the image of ADHD as a congenital, chronic and hereditary disease. He shows how these definitions are embodied in practices, institutions, law and politics. In addition to the hybridity and heterogeneity of ADHD, the study also aims to present the major controversies surrounding the diagnosis, treatment and etiology of the disorder.

Key words: ADHD; ANT; asociology; disorder; controversies; hybrid; health.

