

Łukasz Afeltowicz, Michał Wróblewski

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



A-socjo-logia choroby. Studium kontrowersji wokół etiologii, diagnozy i terapii ADHD

Łukasz Afeltowicz
Instytut Socjologii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu
afeltowicz[]gmail.com

Michał Wróblewski
Instytut Filozofii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu
wrobliq[]gmail.com

Otrzymano⁴³: 4 lutego 2013; zaakceptowano: 3 czerwca 2013; opublikowano: 30 czerwca 2013.

Abstrakt

Tekst stanowi rekonstrukcję społecznych i naukowych kontrowersji wokół ADHD; przyczyn i natury, sposobu diagnozowania oraz leczenia tej choroby. Spory wokół tej jednostki diagnostycznej ujawniają między innymi, jak na drodze redefinicji stopniowo poszerza się grupa osób diagnozowanych jako cierpiące na ADHD, oraz to, jakie zachęty i naciski sprzyjają diagnozowaniu tej jednostki. ADHD dyskutowane jest w kontekście procesów medykalizacji, jurydyzacji oraz *disease mongering*. Analiza kontrowersji wokół ADHD jest istotna, gdyż jednostka ta jest silnym regulatorem ludzkich działań, a jej zdiagnozowanie może mieć istotne konsekwencje dla rozwoju oraz sposobu postrzegania osoby zdiagnozowanej. Pamiętać należy również o terapii ADHD, w której wykorzystuje się kontrowersyjne substancje farmakologiczne. Ramę analizy stanowią koncepcje zaczerpnięte z teorii aktora-sieci. Tekst zamykają sugestie dotyczące strategii społecznego zarządzania analogicznymi kontrowersjami.

Słowa kluczowe: ADHD; analiza kontrowersji; czarne skrzynki; DSM; medykalizacja; psychiatria; teoria aktora-sieci.

⁴³ Tekst jest autorsko zmodyfikowaną wersją artykułu, który ukazał się w 2010 r. w zbiorze pt. *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych* pod red. Bożeny Płonki-Syroki i Michała Skrzypka (Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich: 29-65). Publikacja za uprzejmą zgodą właścicieli praw do tekstu.

Wstęp

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, dalej ADHD) to zaburzenie psychiczne, które charakteryzuje występowanie trzech rodzajów problemów: (1) patologiczna jak na dany etap rozwoju nadruchliwość, (2) impulsywność, czyli nieumiejętność powstrzymania się od podejmowania działań oraz nie zważanie na ich okoliczności, w efekcie czego stają się one nagłe i chaotyczne, (3) zaburzenie uwagi polegające na trudności w skupianiu się oraz przyswajaniu informacji. ADHD uznawane jest za zaburzenie w istotny sposób utrudniające człowiekowi funkcjonowanie w społeczeństwie. Liczba diagnozowanych przypadków wciąż rośnie, a ADHD poświęca się coraz więcej uwagi zarówno w dyskursie naukowym, klinicznym, jak i potocznym.

Początków badań psychiatrycznych nad nadpobudliwością i zaburzeniami uwagi można doszukiwać się już w latach 20. XX wieku. Jednak nadpobudliwość oraz często związane z nią zaburzenia uwagi jako kategorie diagnostyczne pojawiają się dopiero w latach 50. Niemal od początku nadpobudliwość łączono z jakimiś formami zaburzeń neurologicznych. Obecnie obowiązująca definicja ADHD ma za sobą długą historię transformacji: w różnych okresach i przez różnych badaczy nadpobudliwość określana była jako *Minimal Brain Damage* lub *Minimal Brain Dysfunction* (MBD), *Hyperactive Syndrome*, *Hyperkinesis*, *Hyperactive Disorder of Childhood*. W ostatnich latach mówiono o *Attention Deficit Disorder* (ADD) wyróżniając jego dwie odmiany: ADD z nadpobudliwością (ADD+H) oraz bez nadpobudliwości (ADD-H) (por.: Barkley 2006; Conrad, Potter 2000). Wszystkie te terminy zastąpione zostały przez „ADHD”, a nadpobudliwość powiązano definicyjnie z zaburzeniami uwagi.

Przedstawiciele głównego nurtu badań twierdzą, że ADHD stanowi zupełnie nową jednostkę chorobową. Uznawane jest za chorobę (1) chroniczną, (2) dziedziczną, (3) o podstawach neurobiologicznych, która wbrew pierwotnym przypuszczeniom (4) dotyka nie tylko dzieci, ale również ludzi dorosłych i dorastających. Utrzymuje się, że w chwili obecnej dysponujemy precyzyjnymi kryteriami diagnostycznymi, które pozwalają nie tylko identyfikować różne podtypy ADHD, ale także dopasowywać terapie farmakologiczne do indywidualnych przypadków. Istnieje bogata literatura dotycząca tego zaburzenia, stanowiąca efekt wieloletnich badań neurobiologicznych, genetycznych, behawioralnych, pedagogicznych i psychiatrycznych (por. Conrad, Potter 2000: 566).

To tyle, jeżeli chodzi o oficjalną wizję zaburzenia. Choć istnienie, skala i charakterystyka ADHD są publicznie prezentowane jako niekontrowersyjne oraz naukowo ustalone fakty, to bliższa analiza dyskursu pokazuje, że konsensus wokół ADHD wcale nie jest powszechny. Zaburzenie to okazuje się obiektem licznych sporów, zarówno naukowych, jak i publicznych. Kontrowersyjna jest

nie tylko terapia przy użyciu silnych stymulantów będących pochodnymi amfetaminy, jak Ritalin czy Adderall, które wywołują szereg negatywnych efektów ubocznych, w tym silne uzależnienie. Zwraca się również uwagę na niejednoznaczność kryteriów ADHD, które pozostawiają dużą swobodę w diagnozowaniu zaburzenia, co stwarza między innymi ryzyko naddiagnoz (*overdiagnosis*). Wątpliwości sięgają głębiej, gdyż dotyczą samej natury ADHD i jej statusu ontologicznego: wielu psychiatrów, socjologów, pediatriów i psychologów kontestuje neurobiologiczną etiologię choroby lub jej dziedziczny charakter. Niejednokrotnie odmawia jej statusu nowej, osobnej choroby psychicznej. Wreszcie, w skrajnych przypadkach, otwarcie uznaje się ją za wymysł mniej lub bardziej interesownych aktorów, wśród których wymienia się koncerny farmaceutyczne. W tym kontekście różni autorzy piszą o „przemysle ADHD” lub traktują zaburzenie w kategoriach „bujdy” (*hoax*) lub „przekreću” (*fraud*). Głosy krytyki formułowane są nie tylko przez badaczy marginalnych, ale również przez osoby cieszące się znaczącym statusem. Krytycy dominującego paradygmatu również powołują się na rzetelne badania oraz formułują poprawne metodologicznie hipotezy (Cohen 2006: 12-33).

Warto postawić tu szereg pytań. Dlaczego naukowcy, trzymając się swojej metodologii, nie mogą dojść do konsensusu w kwestii statusu, etiologii oraz terapii choroby? Jak to możliwe, że pomimo licznych kontrowersji lekarze masowo diagnozują ADHD i przepisują w ramach jego terapii silne stymulanty? Na ile zdaje się tu myślenie w kategoriach takich, że oto przedstawiciele jednej ze stron sporu po prostu naukowo zblądzili lub ich poglądy uległy poznawczym wypaczeniom, podczas gdy przedstawiciele drugiej strony dostarczają nam wiedzy obiektywnej? Czy mamy tu do czynienia z sytuacją marginalną dla nauki i medycyny, czy może raczej powszechną? I przede wszystkim skąd zewnętrzny obserwator sporu może wiedzieć, kto ostatecznie jest bliższy prawdzie?

Celem niniejszego artykułu jest analiza kontrowersji wokół ADHD oraz procesu kształtowania się i konstytuowania tej jednostki psychiatrycznej jako faktu społecznego i naukowego. Skupiamy się głównie na sporach wokół ADHD w Stanach Zjednoczonych – podyktowane jest to znaczącymi różnicami w sposobie definiowania i leczenia tej choroby występującymi między różnymi krajami (Bonati 2006; Cohen 2006: 14). Powyższe kontrowersje uświadamiają nam, że wbrew temu, co twierdzi znacząca część psychiatrów, naukowców i innych „rzeczników” bytu, jakim jest ADHD, dominujące podejście do tej choroby nie zostało oparte na samo-oczywistych, niepodważalnych ustaleniach naukowych. Co jednak ważniejsze, spierający się ze sobą aktorzy ujawniają nam warunki oraz sposób, w jaki kształtowana była definicja, sposób badania i leczenia ADHD.

Należy zaznaczyć już na wstępie, iż w niniejszym opracowaniu nie zajmujemy stanowiska w rekonstruowanych sporach ani nie usiłujemy ich rozstrzygnąć bądź unieważnić. Staramy się jedynie prześledzić ich dynamikę oraz zidenty-

fikować zasoby i strategie, jakie wykorzystują przedstawiciele obu stron, dążąc do ustanowienia swojej definicji sytuacji jako dominującej. Wreszcie postaramy się wskazać społeczne, polityczne i kulturowe konsekwencje działań opisywanych aktorów.

Koncepcją badawczą, do której odwołujemy się w naszej analizie, jest *actor-network theory* (ANT) (Callon 1991; Latour 1999, 2005). Jest to ogólna perspektywa teoretyczna, rozwijana od trzech dekad przez przedstawicieli różnych nauk społecznych. Wywodzi się z *sociology of scientific knowledge and science and technology studies*, a wyrasta bezpośrednio z antropologii laboratorium (zob.: Latour, Woolgar 1979; Knor Cetina 1981, 1999). Jej głównymi twórcami są Bruno Latour (1991, 1993, 1999, 2004), Michel Callon (1986, 1991) oraz John Law (1997, 1999). Specyficzne dla ANT jest to, że ujmuje ono społeczeństwo nie tylko pod kątem „czysto społecznych” relacji i procesów, które znajdowały się w obrębie zainteresowania standardowej socjologii, ale uwzględnia także działanie czynników stanowiących wytwory praktyki naukowej, medycznej i inżynierskiej. Mowa z jednej strony o innowacjach technologicznych, z drugiej zaś o badanych i reprezentowanych przez naukowców elementach przyrody. ANT zakłada dość specyficzną ontologię świata, pozwala jednak uniknąć pewnych problemów natury filozoficznej, w które wikała się tradycyjna socjologia wiedzy, jak i ogólna teoria społeczna (zob. np. Sojak 2004).

Niniejszy tekst stanowi nie tylko analizę badań i sporów wokół ADHD, ale przede wszystkim próbę pokazania, w jaki sposób można/warto ujmować medycynę, naukę i inżynierię oraz ich wytwory. Coraz częściej wskazuje się na to, że psychiatria, medycyna, inżynieria czy nauka jako taka nie dostarczają nam jednoznacznych odpowiedzi na stawiane im pytania. Rola ekspertów i ich analiz w życiu społecznym, jak również sposób, w jaki są postrzegani, uległy znaczącym przemianom w dobie późnej nowoczesności. Coraz częściej publicznie ujawniane są niepewność ambiwalencja i niejednoznaczność, które towarzyszą tworzeniu wiedzy i rozstrzyganiu kontrowersji naukowych (Beck 1992; Callon, Lascoumes i Bartheet 2009, Latour 1999, Collins i Evans 2002, 2007). Świetnym przykładem są upublicznione w ciągu ostatniego dziesięciolecia spory naukowców wokół efektu cieplarnianego. Kontrowersje te dotyczą zarówno przyczyn, konsekwencji czy zakresu tego zjawiska, jak i metod jego badania oraz sposobów radzenia sobie z nim (zob. Demeritt 2001, 2006; Levitt, Dubner 2009; Zehr 2000). Z porównywalnym poziomem niepewności mamy do czynienia w przypadku diagnozy, terapii i statusu ADHD.

W pierwszej części tekstu wprowadzamy wybrane narzędzia i założenia ANT. Czytelnikom, którym koncepcja ta jest dobrze znana, proponujemy przejść od razu do drugiej, zasadniczej części tekstu poświęconej analizie kontrowersji wokół ADHD. Zaczynamy od rekonstrukcji reprezentacji ADHD podtrzymywanej w ramach głównego nurtu badań oraz sposobu, w jaki jest ona społecznie przyswajana i utrwalana. Dalej skupiamy się na metodach, za pomocą których próbuje się demontować lub przebudowywać społeczną i naukową

percepcję ADHD. Interesować nas będą w szczególności decyzje dotyczące definicji i klasyfikacji chorób psychicznych, wybrane badania naukowe, publiczne wystąpienia ekspertów, publikacje popularyzujące, reakcje rodziców dzieci z ADHD, zabiegi koncernów farmaceutycznych oraz działalność organizacji społecznych promujących walkę z ADHD. Trzy procesy, na których skupia się analiza, to: (1) stopniowe czynienie ADHD społecznie niepodważalnym, obiektywnym konstruktem, który staje się elementem *Lebenswelt*; (2) proces medykalizacji związany z ADHD, który polegał na stopniowej redefinicji choroby, w efekcie czego obejmowała ona coraz więcej potencjalnych pacjentów; (3) próby zakwestionowania i sproblematyzowania ADHD jako obiektywnego zjawiska. Tekst zamyka podsumowanie koncentrujące się na kwestii zarządzania kontrowersjami naukowymi, medycznymi i technologicznymi w dobie późnej nowoczesności.

Część 1: Podążaj za aktorami!

Domykanie czarnych skrzynek

ANT stanowi ogólną perspektywę teoretyczną z zakresu socjologii, która rozwinęła się z etnograficznych analiz praktyki laboratoryjnej. Motywacją dla podjęcia tego typu badań była chęć potwierdzenia tez – wyrosłych na gruncie mocnego programu socjologii wiedzy (Bloor 1991; Barnes, Bloor, Henry 1996) – o społecznych konstruowaniu faktów naukowych. Jednak już pierwsze studia etnograficzne pokazały nieadekwatność konstruktywizmu społecznego – na poziomie praktyki laboratoryjnej wiedza naukowa nie była determinowana przez czynniki kulturowe, ideologiczne czy polityczne w taki sposób, jak wyobrażała to sobie dotychczasowa socjologia wiedzy naukowej. Nie oznacza to jednak, że antropologia nauki wróciła do obiektywistycznego modelu poznania. Jak pokazują antropologowie, naukowcy w swoich laboratoriach nie tyle reprezentują przyrodę, co czynnie ją przekształcają. Nie dzieje się to wyłącznie na poziomie wiedzy, ale już w warstwie samego przedmiotu badań: naukowcy fizycznie manipulują próbkami i przetwarzają je, odtwarzają bądź stwarzają efekty, wreszcie wizualizują zjawiska w najdogodniejszym dla siebie formacie, aby tym samym zmniejszyć złożoność stojących przed nimi problemów poznawczych. Jest to konieczne, gdyż świat dany nam w codziennym, potocznym doświadczeniu jest najczęściej zbyt złożony, abyśmy mogli wychwytywać regularności lub identyfikować ogólne wzorce (Latour 1983; por. Abriszewski, Afeltowicz 2007).

Na gruncie ANT złożone transformacje i przesunięcia, jakim poddawane są obiekty, koncepcje oraz wizualizacje określane są mianem translacji. Termin ten oznacza, że każda rekonfiguracja obiektów badawczych pozwala coś zyskać, ale oznacza również straty (analogicznie jak przekład językowy sprawia, że termin czy fraza gubią pewne znaczenia, nabierając jednocześnie nowych)

(Latour 1999: 24-79; Law 2006). Jednym z celów pracy badawczej jest utrzymanie wiarygodności poszczególnych translacji i obrona ich przed krytyką współbadaczy. Wizualizacje, modele i wyjaśnienia, jakie generuje nauka, nie są zwierciadłem przyrody. Uświadamiamy sobie to najczęściej wtedy, gdy jeden obiekt natury przekładany jest na przynajmniej dwa konkurencyjne sposoby, w wyniku czego otrzymujemy niewspółmierne jego „wersje” (zob. np. Mol 2002; por. Abriszewski, Afeltowicz 2009).

Ustanowienie faktu naukowego nie sprowadza się wyłącznie do tworzenia wiarygodnych i powtarzalnych translacji świata. Oprócz „negocjacji z przyrodą” konieczne są również negocjacje z innymi naukowcami. Latour poświęca dużo uwagi pozytywnym i negatywnym modalizacjom tez naukowych (Latour 1987: 22-29). Pozytywne modalizacje to takie ujęcia tezy, które sprawiają, że postrzegana jest ona jako bardziej wiarygodna, ewentualnie mniej problematyczna. Chodzi o takie ujęcia jak: „prawda, że x”, „wykazano, że x”. Negatywna modalizacja polega na oddalaniu tezy od statusu wiedzy obiektywnej. Przykłady negatywnych modalizacji to nie tylko „nieprawda, że x” czy „wątpliwe, że x”, ale także „A i B ustalili, że x” –przywołanie kontekstu, w którym sformułowano tezę, sprawia, że jest ona traktowana jako czyjś wytwór, a nie mówiący sam za siebie fakt. Im mniejszą liczbą modalizacji będzie opatrzona teza, tym bliższa będzie statusowi wiedzy obiektywnej. Co istotne, tezy znajdujące się na obu krańcach spektrum obiektywne/nieobiektywne są przemilczane w dyskursie. Tezy skrajnie nieobiektywne traktowane są jako niegodne dyskusji. Tezy ogólnie uznane przechodzą w sferę nieartykułowanych założeń oraz wiedzy milczącej; ponadto w oparciu o nie można projektować nowe instrumenty. Jak widać, to badacze decydują o losie tez oraz postulowanych zjawisk: pozytywnie modalizując twierdzenia, usuwając modalizacje lub nadbudowując nad nimi kolejne prace, czynią je bardziej obiektywnymi. Gdy teza zostaje wpleciona w różne obszary doświadczenia naukowego, podważenie jej staje się niezwykle kosztowne.

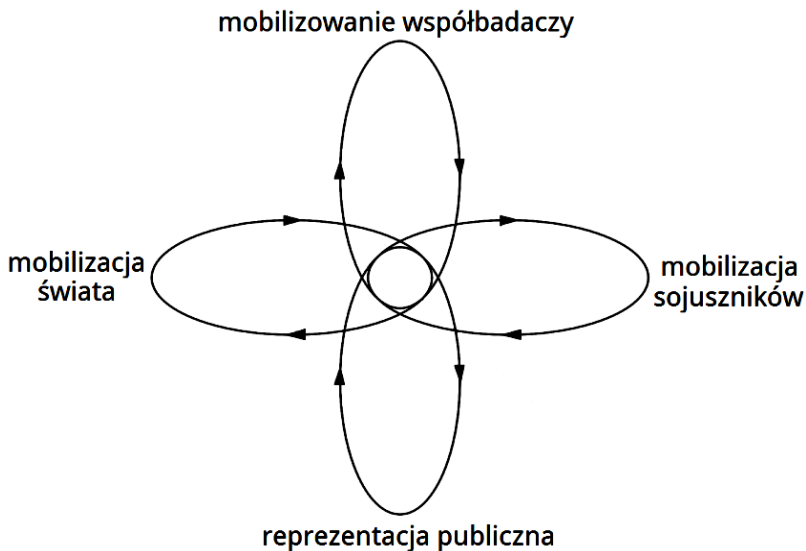
Usiłując ustanowić fakt naukowy, badacz musi negocjować również z instytucjami i aktorami pozanaukowymi, których zasoby potrzebne są do kontynuowania (najczęściej) kosztownych prac badawczych. Brak tego typu relacji może utrudnić lub sparaliżować proces budowy stabilnych translacji. Jednak środki niezbędne do „mobilizowania świata” przekazywane są naukowcom nie dla czystej wiedzy, lecz ze względu na produkty, usługi, techniki, predykcje i ekspertyzy, które ci mogą wytworzyć. Pamiętać należy, że interesy instytucji zasilających naukę najczęściej też muszą być konstruowane (Latour 1983: 144-145, 1987: 108-121). Grupy interesu nie zawsze czekają na naukowca, który rozwiąże ich problem; często ich interes stanowi wynik działań badaczy.

Wreszcie naukowcy muszą zadbać o właściwą reprezentację publiczną swoich wytworów. Nie chodzi tu tylko o to, by dane zjawisko postulowane przez naukowców stało się elementem potocznego obrazu świata. Twierdzenie lub

obiekt tym bardziej są obiektywne, w im większą liczbę praktyk społecznych zostaje wplecione oraz im więcej instytucji funduje się na nich.

Istotne jest, by wszystkie wymienione procesy rozważać razem. Mobilizowanie sojuszników jest potrzebne do efektywnego, aczkolwiek kosztownego tworzenia wiarygodnych translacji. Instytucje pozanaukowe zasilają dane badania, ale najczęściej tylko wtedy badacze będą w stanie zaoferować wiarygodne i uznane w środowisku wyniki oraz umiejętnie wpiszą się w ich interes. Zatem aby uzyskać „zasilanie”, badacze muszą również mobilizować sam świat. Podobne znaczenie ma zakorzenienie wiedzy o danym zjawisku w wiedzy i praktykach pozanaukowych. Wzajemne relacje między mobilizowaniem świata za pomocą naukowych translacji, mobilizowaniem współbadaczy, mobilizowaniem sojuszników pozanaukowych i reprezentacją publiczną ilustruje model „krwiobiegu” nauki (zob. Ilustracja 1).

Ilustracja 1. Model „krwiobiegu” nauki (por. Latour 1999: 98-108)



Skuteczna mobilizacja „zasobów” w ramach jednej pętli pozwala na efektywne mobilizowanie zasobów w pozostałych obszarach. Powstrzymanie cyrkulacji zasobów w jednej pętli może istotnie spowolnić proces tworzenia niepodważalnej wiedzy. Zasoby z jednej pętli można częściowo konwertować, by usprawnić kompensowanie różnych braków w pojedynczych pętlach.

W ramach powyższego modelu nie da się wytyczyć granicy między treścią a kontekstem nauki ani między *stricte* poznawczymi a społecznymi działaniami naukowców.

Dlaczego jednak w wyniku cyrkulacji zasobów dana teza staje się niepodważalna? Fakt naukowy, czyli społecznie „stabilny”, uznawany za obiektywny konstrukt, w terminologii ANT określany jest mianem czarnej skrzynki (*black box*) (Callon 1991; Latour 1987). Czarne skrzynki stanowią silne, trudne do zakwestionowania/zerwania sploty różnorodnych interesów, zasobów badawczych, przekonań i relacji społecznych. Czarną skrzynkę można definiować w kategoriach kosztów jej ewentualnego demontażu; obiekt jest tym stabilniejszy

(można czytać: „bardziej obiektywny” lub „realniejszy”), im więcej zasobów pochłonęłaby jego ewentualna dekonstrukcja. Dekonstrukcja danego faktu wiązać się może nie tylko z koniecznością zakwestionowania prac innych badaczy czy wiedzy spisanej w podręcznikach, ale oznaczać może również konieczność przebudowy praktyk i instytucji społecznych, w które dany konstrukt naukowy został wpleciony. Konstrukt jest tym stabilniejszy, im więcej nadbudowano nad nim i im większy obszar wiedzy i praktyk musiałby zostać przebudowany w wyniku jego usunięcia. Pamiętać jednak należy, że zawsze istnieje możliwość demontażu czarnej skrzynki – pozostaje to jedynie kwestią kosztów, jakie musiałaby ponieść wspólnota (por. Sojak 2004: 288-244).

Gładkie sieci

ANT nie ogranicza się do wyjaśnienia procesu konstrukcji czarnych skrzynek. Przede wszystkim pokazuje, w jaki sposób naukowe wytwory kształtują i współkonstruują społeczeństwo (Latour 1991, 1992). Twórcy ANT posuwają się do tego, że przypisują czynnikom technologicznym oraz elementom świata przyrody, takim jak mikroby, choroby nowotworowe, efekt cieplarniany etc., status aktorów. Aby to zilustrować, posłużmy się przykładem zaczerpniętym od Latoura (1983, 1988). Ludwik Pasteur, dokonując odkryć z zakresu mikrobiologii, nie tylko wprowadził do świadomości zbiorowej nowe, nieznane dotąd źródło zagrożeń, organizując w ten sposób duży obszar doświadczenia kulturowego – wyjaśnił zagadkowe symptomy i nieprzewidywalne epidemie – lecz przede wszystkim wprowadził do społeczeństwa zupełnie nowego aktora: niewidzialne gołym okiem, wszędobylskie i potencjalnie niebezpieczne mikroby. Nie mówią one własnym głosem, potrzebują „rzeczników” w postaci lekarzy, higienistów, epidemiologów lub naukowców, którzy tworzą i podtrzymują ich publiczną reprezentację. Ponadto rzecznicy ci mogą pokazywać innym aktorom – tym razem ludziom – jak powinni zachowywać się w związku z aktywnością mikrobów. Pod wpływem koncepcji mikrobiologicznej ludzie zaczęli w nowy sposób podchodzić do różnych praktyk, relacji i instytucji społecznych. Przekonanie o mikrobiologicznych przyczynach części chorób utrwaliło się w takich prozaicznych czynnościach jak gotowanie mleka, mycie rąk i zębów. Szereg instytucji rynkowych i politycznych musiał wziąć pod uwagę oddziaływanie nowego czynnika. Teoria mikrobiologiczna i opracowywane przez Pasteura techniki miały kolosalne znaczenie dla opieki medycznej, higienistki, urbanistyki, hodowli zwierząt, konserwacji i transportu żywności, a także dla sposobu uprawiania wojny.

Na gruncie ANT obiektom nauki oraz innym produktom laboratoriów przypisuje się pewną dozę autonomii i sprawstwa. Wymusza to zmianę sposobu myślenia o zakresie podmiotowości grup i jednostek. Przede wszystkim w ramach tego ujęcia poszczególne elementy – jak ludzie, grupy, technologie czy reprezentowane przez naukowców zjawiska przyrodnicze – nigdy nie działają nie-

zależnie, w oderwaniu od innych elementów. ANT jest konsekwentnie antye-sencjalistyczna oraz relacyjna: wszyscy aktorzy konstytuowani są przez sieci relacji, w jakich się znajdują, a ich właściwości są pochodne względem tych powiązań. Obiekty wzajemnie się stabilizują, a zarazem wyznaczają sobie nawzajem ramy dla działania. Każda zmiana społeczna jest głęboką interwencją w tę sieć wzajemnych relacji. Podkreślmy, że sieci te są hybrydyczne i zarazem „gładkie” (*seamless*) – choć utkane z różnorodnych ontycznie bytów (wiedzy, ludzi, technologii, wypowiedzi, interakcji fizycznych), to stanowią nierozzerwalną całość.

W ten oto sposób dochodzimy do samej nazwy koncepcji. Formuła „aktor-sieć” wyrażać ma, iż aktor nie może być analizowany w oderwaniu od sieci i *de facto* poza nią nie istnieje. Alternatywna nazwa rekonstruowanej tu koncepcji, którą przywołaliśmy w tytule eseju, brzmi „a-socjo-logia” (zob. Sojak 2004 256-266). ANT to „a-socjologia”, czyli koncepcja, która nie ogranicza się w swych analizach do tego co społeczne. ANT to zarazem „asocjo-logia”, czyli nauka skupiona nie tyle na samych obiektach, co powiązaniach między nimi.

ANT stanowi nie tyle teorię w ścisłym tego słowa znaczeniu, ile pewną perspektywę metodologiczną: oferuje raczej zestaw pojęć, dyrektyw i modeli służących badaniu świata społecznego w nowy, pełniejszy sposób (Latour 1999). ANT w najbardziej minimalistycznym wydaniu daje się wyrazić za pomocą dyrektywy „Podążaj za aktorami!” (*Follow the actors!*): staraj się ustalić elementy, które oddziałują na inne, nie zakładając na starcie rozróżnień na czynniki czynne i bierne, społeczne i przyrodnicze, etc.; następnie podążaj śladem przekształceń, translacji i mobilizacji, stanowiących efekt działania owych elementów, rekonstruując w ten sposób złożoną sieć procesów i zasobów (Law 1991; por. Latour 1987).

W kolejnej części postaramy się prześledzić, w jaki sposób aktorzy domykali lub podważali czarną skrzynkę ADHD. Przyjrzymy się bliżej zadzierzganiam i zrywaniu splotów heterogenicznych czynników, a także pokażemy, w jaki sposób można myśleć o ADHD w kategoriach aktora – konstrukt, który „zaczął żyć własnym życiem”. Na początku warto jednak uczulić czytelnika na pewne kwestie metodologiczne i wyartykułować założenia naszej analizy.

Część 2: Studium kontrowersji wokół ADHD

Uwagi wstępne

W naszej analizie konsekwentnie stosujemy się do sformułowanego na gruncie socjologii wiedzy naukowej postulatu symetrii (Bloor 1991: 7). Częste są sytuacje, gdy twierdzenia uznane za fałszywe wyjaśnia się w kategoriach błędu poznawczego, wypaczenia, wpływu interesów lub ideologii, podczas gdy sądy uznane za prawdziwe traktuje się jako wynik racjonalnego, poprawnego

metodologicznie postępowania, ewentualnie jako coś samo-oczywistego, *de facto* nie wymagającego wyjaśnienia. Jednak to, że twierdzenie uchodzi za oczywiste, nie wyjaśnia, w jaki sposób uzyskało taki status. Zgodnie z zasadą symetrii wiedzę o statusie prawdziwej oraz przekonania uznane za fałszywe należy wyjaśniać w tych samych kategoriach. Rozwińmy nieco tę kwestię. Studia nad nauką pokazują, że zarówno wokół uznanych, jak i odrzuconych przekonań naukowych tworzą się sploty interesów (osobną kwestią jest to, w jakim stopniu owymi interesami można wyjaśnić przebieg kontrowersji). Ponadto pokazują, że w ramach kontrowersji naukowych obie strony zazwyczaj formułują w równym stopniu wewnętrznie spójne, poprawne metodologicznie i rzetelne argumenty oraz dowody. Dopiero kiedy kontrowersja zostanie już domknięta i znany jest „słuszny” pogląd na świat, części poglądów przypisuje się status samo-oczywistej prawdy albo błędu poznawczego. Tego typu „wstecznej racjonalizacji” (Fleck 1981) nie powinno się uznawać za wyjaśnienie wiedzy naukowej, lecz to ona sama domaga się naukowego wyjaśnienia.

Kolejną zasadą, którą się kierujemy, jest unikanie przypisywania interesów aktorom w celu wyjaśnienia wiedzy. Często możemy przypisać poszczególnym uczestnikom sporów różnego rodzaju interesy. Co istotne, interesy pozapoznawcze można przypisać zarówno rzecznikom też ostatecznie uznanych za prawdziwe, jak i osobom reprezentującym koncepcje z czasem odrzucone. Interesy nie tylko motywują aktorów do działania, ale niejednokrotnie stanowią efekt tych właśnie działań. Co więcej, jest bardzo prawdopodobne, że wokół zwycięskiej koncepcji wytworzy się stabilizujący ją splot czynników technologiczno-społecznych i nieuchronnie związane z nim interesy. Zatem stwierdzenie, że dana koncepcja uwikłana jest w jakieś interesy pozapoznawcze, nie dyskredytuje jej automatycznie ani też nie stanowi jej wyjaśnienia. Zamiast przypisywać aktorom ludzkim interesy wolimy postępować zgodnie z zasadą „Podążaj za aktorami!”. Oczywiście, interesy społeczne i poznawcze odgrywają w naszym studium istotną rolę. Podkreślmy jednak: nie imputujemy aktorom interesów, lecz śledzimy, w jaki sposób czynią to sami uczestnicy sporu. Ograniczamy się do rekonstrukcji interesów artykułowanych w ramach autoprezentacji oraz wytykanych w celu zdyskredytowania przeciwników. Nie stajemy po żadnej ze stron sporu, a nasza rekonstrukcja nie stanowi posunięcia w ramach opisywanej tu gry społecznej. Niemniej jednak zdajemy sobie sprawę z tego, że a-socjo-logiczna analiza różnych twierdzeń na temat ADHD jest nieuchronnie formą ich negatywnego modalizowania.

Dodajmy wreszcie, że nie przyjmujemy tu jakiegś określonej wizji świata jako punktu odniesienia dla określenia trafności analizowanych poglądów: nie przyjmujemy dominującej wizji ADHD ani perspektywy formułowanej przez odstępców. Skupiamy się na tym, jak ADHD jest artykułowane, krytykowane, broniące, zakładane i wykorzystywane w celu realizacji celów poszczególnych aktorów. Nie mówimy o odniesieniu sądów naukowych do świata „samego w sobie”, ale analizujemy je pod kątem procedur translacji, kosztów ich podważenia oraz możliwości ich rewizji.

Podsumowując, (1) nie zakładamy żadnego zewnętrznego wobec dyskursu i praktyk społecznych z uprzywilejowanego punktu widzenia – „spojrzenia znikąd”, ani (2) nie wychodzimy od jakiegoś konkretnego modelu interesów i czynników wypaczających poznanie. Kiedy piszemy, że na gruncie standardów metodologicznych nie można ugruntować danej hipotezy lub udowodnić twierdzenia, nie oznacza to, że odwołujemy się do jakichś wyidealizowanych standardów naukowości; jako punkt odniesienia przywołujemy jedynie deklarowane przez uczestników dyskursu standardy metodologiczne, jak również ich własne, konkretne wypowiedzi.

ADHD jako naukowa czarna skrzynka⁴⁴

ADHD stanowi obiekt zainteresowania wielu uczonych i lekarzy. Istnieje bogata literatura dotycząca tej choroby, jej etiologii oraz terapii. ADHD funkcjonuje zarówno w dyskursie psychiatrycznym, medycznym, jak i naukowym. W uznaniu wielu badaczy udało się opracować precyzyjne kryteria diagnostyczne. Badacze i lekarze wykorzystują tę wiedzę w celu diagnozy i terapii ludzi, ale ponadto zaburzenie to coraz częściej przytacza się jako przykład lub punkt wyjścia dla różnych badań neurobiologicznych. Innymi słowy ADHD traktowane jest jako nieproblematyczna czarna skrzynka.

Obecność ADHD w psychiatrycznych podręcznikach diagnostycznych

Zacznijmy od tego, że jednostka ta figuruje w powszechnie stosowanym podręczniku diagnostycznym *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) używanym przez amerykańskich psychiatrów. Publikacja ta ma być z założenia narzędziem pomocniczym w procesie diagnozy zaburzeń psychicznych. Podręcznik przygotowywany jest przez *American Psychiatric Association* (APA). DSM wydawany jest od 1952 roku. Obecnie obowiązuje czwarta, poprawiona edycja podręcznika: DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000*), wydana w roku 2000. Choroby znajdujące się w podręczniku opisane są za pomocą konkretnych symptomów. W zależności od przypadku istnieje wyznaczona liczba symptomów, które pacjent musi przejawiać, aby uznano go za chorego. Ponadto wiele chorób podzielono na odpowiednie podtypy. Pojawienie się zaburzenia w DSM stanowi bardzo ważny punkt stabilizacji danej jednostki psychiatrycznej.

Jednostka o nazwie ADHD pojawia się dopiero w roku 1987 w trzeciej poprawionej edycji DSM-III-R, jednak schorzenia związane z nadaktywnością wprowadzone zostały już do wersji drugiej. Najnowszy DSM dzieli symptomy ADHD na dwie kategorie: związane z brakiem uwagi oraz związane z nadak-

⁴⁴ Oficjalną reprezentację ADHD w dyskursie naukowym rekonstruujemy głównie w oparciu o pracę Richarda Barkleya (2006).

tywnością/impulsywnością. Wszystkie symptomy mają charakter behawioralny. W każdej kategorii znajduje się po dziewięć symptomów. Aby zdiagnozować u kogoś ADHD należy zidentyfikować kryteria bazowe: (1) symptomy muszą zacząć się przed siódmym rokiem życia, (2) dziecko lub dorosły musi wykazywać problemy z zachowaniem w co najmniej dwóch kontekstach sytuacyjnych (w szkole, domu lub pracy), (3) zachowania muszą w znaczący sposób utrudniać społeczne funkcjonowanie jednostki, (4) zachowań tych nie da się lepiej wyjaśnić w innych kategoriach diagnostycznych. Następnie należy policzyc konkretne symptomy pacjenta i porównać je z listą z dwóch kategorii. Aby można było zdiagnozować ADHD, badany musi wykazywać przez ostatnie sześć miesięcy co najmniej sześć z dziewięciu symptomów z kategorii „brak uwagi” lub co najmniej sześć z dziewięciu symptomów z kategorii „nadaktywność/impulsywność”.

DSM-IV-TR wyszczególnia trzy podtypy ADHD. Pierwszy, *combined type*, występuje, gdy widoczne są symptomy (co najmniej sześć z dziewięciu) zarówno z kategorii nieuwagi, jak i nadaktywności/impulsywności. Z drugim typem, *predominantly inattentive type*, mamy do czynienia, gdy dominuje nieuwaga, to znaczy pacjent przez ostatnie sześć miesięcy przejawiał swoim zachowaniem co najmniej sześć z dziewięciu symptomów z kategorii zaburzeń uwagi. W przypadku diagnozy trzeciego typu ADHD – *predominantly hyperactive-impulsive type* – trzeba zaobserwować sześć z dziewięciu symptomów w kategorii nadaktywności/impulsywności.

Neurobiologiczny i genetyczny charakter ADHD

ADHD funkcjonuje w dyskursie i praktyce medycznej jako zaburzenie posiadające swoje stałe miejsce w klasyfikacji chorób. Również jego etiologia wydaje się ustalona. Uznaje się go za chorobę biologicznie dziedziczną o podłożu neurobiologicznym. Najczęściej nie traktuje się go jako wyniku oddziaływania czynników kulturowych lub otoczenia społecznego. O neurobiologicznym podłożu ADHD spekulowano niemal od początków badania przypadków dzieci z zaburzeniami uwagi i sensomotoryki. Jednak dopiero w ostatnim okresie dzięki rozwojowi technologii psychiatrzy byli w stanie wskazać konkretne czynniki neurobiologiczne wywołującego – w ich opinii – kłopotliwe zachowanie i brak koncentracji. Jedno z pierwszych badań tego typu przeprowadził w 1990 roku wraz ze swoim zespołem Alan Zametkin z *National Institute of Mental Health* (NIMH). Przy użyciu Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET) przebadal grupę dwudziestu pięciu dorosłych, u których w dzieciństwie stwierdzono ADHD lub którym dzieciom postawiono taką diagnozę. Badania wykazały zmniejszoną aktywność metaboliczną mózgu badanych w stosunku do grupy kontrolnej (Zametkin i in. 1990). Badania krytykowano między innymi z powodu zbyt małej grupy eksperymentalnej, uważa się je jednak za jeden z pierwszych dowodów na istnienie naturalnej (nie zaś kulturowej)

przyczyny zaburzenia. Analogiczne badania przeprowadzono przy użyciu rezonansu magnetycznego (Biedermann i in. 1995). Studia neurobiologiczne wskazały regiony mózgu w szczególny sposób związane z zaburzeniami obserwowanymi u pacjentów z ADHD.

Najświeższe dokonania w dziedzinie badania etiologii ADHD pochodzą z genetyki. Należy tu wspomnieć przede wszystkim o zespole Josepha Biedermana. Przeprowadzone przez niego w 1995 roku badania wskazywały stopień dziedziczności choroby nawet do 57 % (Biedermann i in. 1995). Znaczące są również na tym polu badania bliźniaków jednojajowych oraz dwujajowych z roku 1992 (por. Gilder i in. 1992). Istnieją także badania wskazujące na to, że gen odpowiedzialny za syndrom Tourette'a oraz alkoholizm może być również przyczyną ADHD. Wszystkie te czynniki związane są z metabolizmem mózgu, konkretnie z wydzielaniem dopaminy. Jest ona związkami produkowanym przez korę przedczołową w celu kontrolowania i stymulowania bodźców. Uważa się, że to właśnie niedobór dopaminy może być powodem ADHD (Pliszka i in. 1996). Obecnie badania genetyczne skupiają się na próbie zidentyfikowania genu powiązanego z wydzielaniem dopaminy (Cook 1995).

ADHD jako choroba przewlekła

ADHD był przez długi czas kojarzony z nadpobudliwością i zaburzeniami uwagi u dzieci i młodzieży, jednakże od połowy lat 90. zaczęto mówić o ADHD występującym u dorosłych. Prowadzone obecnie długofalowe badania sugerują, że jest to chroniczne zaburzenie, które przejawia się nie tylko w dzieciństwie, ale także w okresie dorastania i w wieku dorosłym. Aby diagnozować chorobę u dorosłych, musiano zmienić kryteria zawarte w DSM – dopiero podręcznik diagnostyczny z roku 2000 uwzględnia środowisko pracy zawodowej wśród kontekstów sytuacyjnych, w których należy stwierdzić obecność symptomów behawioralnych, aby móc zdiagnozować u kogoś ADHD.

Problem ADHD u dorosłych zyskał powszechne zainteresowanie między innymi dzięki publikacji autorstwa Edwarda M. Hallowella i Johna J. Rateya pod tytułem *Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood Through Adulthood* (Hallowell, Ratey 1994). Autorzy są psychiatrami, jeden zajmuje się dziećmi, drugi dorosłymi, oboje mówią o sobie, że są chorzy na ADHD. Książka zawiera szereg przykładów i opisów, które mają uświadomić czytelnikowi, że jako dziecko mógł cierpieć na ADHD, nawet nie zdając sobie z tego sprawy. Można tu także znaleźć listę stu pytań, które czytelnik może zadać sobie w celu zdiagnozowania ADHD. Z książki można się również dowiedzieć, jak powszechne jest ADHD, oraz o tym, że – zdaniem autorów – cierpiał na nie takie osobistości jak Henry Ford, Ludwig van Beethoven czy John Kennedy.

Oczywiście problem ADHD u dorosłych jest również przedmiotem szeroko zakrojonych badań naukowych. Przywołać można szereg prac, które wykazywały, że u wielu dzieci ze zdiagnozowanym ADHD symptomy utrzymują się podczas dojrzewania (stwierdzano to niekiedy aż w 70% przypadków) oraz w wieku dorosłym (niektóre badania mówią o 66% przypadków) (por. Barkley i in. 1990; Mannuzza i in. 1993; International Consensus Statement on ADHD). Jedyne potwierdza to fakt powszechnie przyjmowany w oficjalnym dyskursie medycznym, że zakres występowania choroby nie jest ograniczony wiekiem.

ADHD jako choroba leczona farmakologicznie

W dyskursie psychiatrycznym panuje także dość szeroki konsensus wokół najważniejszych sposobów leczenia ADHD. Za metodę z wyboru uznaje się leczenie farmakologiczne. Jest to ściśle związane z przyjęciem neurobiologicznej etiologii zaburzenia. Jak utrzymują przedstawiciele głównego nurtu badań nad ADHD, w ciągu ostatniej dekady opracowano skuteczne leki oraz system dawkowania, które pozwalają radzić sobie z różnorodnymi diagnozowanymi przypadkami oraz działają przez dłuższą część dnia.

Zanim przejdziemy do omawiania konkretnych lekarstw, powinniśmy nakreślić kontekst instytucjonalny związany z ich produkcją i dystrybucją. Z uwagi na to, że przedmiotem naszej analizy są Stany Zjednoczone, ograniczamy się do cech tamtejszego systemu. W 1970 roku Kongres uchwalił specjalną ustawę⁴⁵ regulującą produkcję, importowanie, posiadanie, dystrybuowanie i używanie określonych substancji chemicznych, w tym lekarstw i narkotyków. Substancje podzielono w zależności od stopnia szkodliwości, tendencji do uzależnienia oraz przydatności w leczeniu na pięć kategorii (tak zwane Schematy)⁴⁶. W Schemacie I znajdują się substancje bardzo szkodliwe i silnie uzależniające, w związku z czym są generalnie zakazane (dopuszcza się wykorzystywanie ich w celach eksperymentalnych). Zaklasyfikowano tu heroinę oraz LSD. Schemat II obejmuje substancje silnie uzależniające, które mogą być jednak docelowo wykorzystywane w leczeniu. Schemat III zawiera lekarstwa wykorzystywane w leczeniu, które nie wykazują tendencji do uzależniania, dzięki czemu nie podlegają ścisłemu monitorowaniu. Instytucje odpowiedzialne w USA za klasyfikowanie lekarstw do Schematów to *Drug Enforcement Administration* (DEA) oraz *Food and Drug Administration* (FDA).

Większość lekarstw wykorzystywanych w terapii osób chorych na ADHD jako silne stymulanty zaklasyfikowano do Schematu II. Głównym stymulantem

⁴⁵ Ustawa nosi nazwę *Controlled Substances Act*. Jej wytyczne znaleźć można na stronie internetowej DEA: <http://www.justice.gov/dea/pubs/csa.html> (dostęp: 9.12.2009).

⁴⁶ Lista najważniejszych i najczęściej spotykanych substancji oraz powstałych z nich lekarstw i specyfików znajduje się na stronie internetowej DEA:

<http://www.justice.gov/dea/pubs/scheduling.html> (dostęp: 9.12.2009).

przepisywanym przez lekarzy psychiatrów był metylofenidat. Został on po raz pierwszy zsyntezowany w 1944 roku w celu stworzenia stymulantu, który nie byłby uzależniający. Zakończyło się to niepowodzeniem. Struktura chemiczna metylofenidatu oraz jego metabolizm są zbliżone do amfetaminy (Diller 1998: 21). W roku 1955 został on po raz pierwszy dopuszczony do użytku przez FDA. We wczesnych latach 60. firma Ciba-Geigy⁴⁷ zaczęła produkować i sprzedawać metylofenidat pod nazwą Ritalin⁴⁸. Z początku wykorzystywano go w leczeniu narkolepsji, poprawieniu pamięci u osób starszych, a dopiero z czasem w celu radzenia się z problematycznym zachowaniem dzieci. W latach 90. Ritalin był lekiem najczęściej przepisywanym osobom ze stwierdzonym ADHD (Diller 1998: 21). Innym lekarstwem, należącym również do rodziny stymulantów, jest produkowany przez koncern *Shire* Adderall. Stanowi on kombinację dwóch strukturalnie różnych form amfetaminy (Barkley 2006: 614-615; Diller 1998: 268;). Jednym z najnowszych leków jest Strattera (Barkley 2006: 38). Nie jest ona stymulantem, dzięki czemu nie zaklasyfikowano jej do Schematów. Po raz pierwszy zatwierdzono ją do obrotu w USA w roku 2003.

Publiczna reprezentacja ADHD

Przedstawiliśmy powyżej konsensus, jaki panuje wokół ADHD wśród szerokiej grupy naukowców i psychiatrów. Poświęćmy teraz uwagę pozanaukowej recepcji ADHD i jego społecznej instytucjonalizacji.

ADHD w dyskursie potocznym i medialnym

ADHD jest szeroko reprezentowane w dyskursie potocznym oraz przekazie medialnym. Ukazanie się książki *Driven to Distraction* wywołało szerokie zainteresowanie społeczne zagadnieniem ADHD. W USA sprzedano jej setki tysięcy egzemplarzy. W ciągu ostatnich dwóch dekad opublikowano dziesiątki tytułów na temat tego, czym jest ADHD i jak sobie z nim radzić⁴⁹. Częściowo pod

⁴⁷ Pod koniec 1996 roku Ciba-Geigy połączyła się z firmą Sandoz, co zaowocowało powstaniem farmaceutycznego giganta Novartis będącego obecnie producentem Ritalinu.

⁴⁸ Metylofenidat produkowany jest również przez firmę ALZA pod nazwą Concerta.

⁴⁹ Inne popularne książki na temat ADHD skierowane do masowego odbiorcy to między innymi: *The Gift of ADHD: 101 Ways to Turn Your Child's Problem into Strengths* (Honos-Web 2008); *The Survival Guide for Kids with ADD or ADHD* (Taylor 2006); *Parenting Children With ADHD: 10 Lessons that Medicine Cannot Teach* (Monastra 2004); *Cory Stories: A Kid's Book About Living With ADHD* (Kraus 2004); *Scattered Minds: A New Look At The Origins And Healing of Attention Deficit Disorder* (Maté 1999); *My Brain Needs Glasses: Living With Hyperactivity* (Vincent 2004); *Putting on the Brakes: Young People's Guide to Understanding Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Quinn, Stern 1992); *Help4ADD@High School* (Nadeau 1998); *The Defiant Child: A Parent's Guide to Oppositional Defiant Disorder* (Riley 1997); *Give Your ADD Teen a Chance: A Guide for Parents of Teenagers With Attention Deficit Disorder* (Weiss 1996); *Change Your Brain, Change Your Life: The Breakthrough Program for Conquering Anxiety, Depression, Obsessiveness, Anger, and Impulsiveness* (Amen 1999).

wpływem wspomnianych publikacji o zaburzeniu tym zaczęto mówić w telewizjach śniadaniowych, *talk shows* i popularnych magazynach ilustrowanych. W połowie lat 90. różni autorzy reprodukowali treści z dyskursu naukowego i medycznego, przenosząc je jako bezspornie ustalone fakty do dyskursu publicznego. Wspominano o neurobiologicznej podstawie choroby oraz wskazywano na Ritalin jako rozwiązanie problemów z zaburzeniami uwagi i nadaktywnością. Przestrzegano również, że wielu dorosłych może nawet nie zdawać sobie sprawy, że ma ADHD (Diller 1998: 135-137). Coraz częściej ludzie, kierując się publicznie prezentowanymi kryteriami, sami „diagnozowali” u siebie symptomy zaburzenia, zwracając na to uwagę swoich lekarzy. Najprawdopodobniej była to jedna z głównych przyczyn znaczącego wzrostu liczby diagnoz wśród mieszkańców USA w ostatniej dekadzie XX wieku – z 900 tysięcy w roku 1990 do 5 milionów pod koniec dziesięciolecia (Diller 1998: 2).

ADHD utrwaliło się w dyskursie i świadomości publicznej jako choroba o podstawach neurologicznych. To z kolei w istotny sposób oddziaływało na różne procesy społeczne. ADHD stało się trwałym elementem 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 koncepcje ADHD, by usprawiedliwić różne zachowania. Mówienie o sobie w ten sposób bardzo często nakazuje żyć z tą chorobą i postrzegać ją jako coś pozytywnego. Podkreśla się zatem zwiększoną kreatywność czy zdolność do wykonywania wielu zadań na raz jako przeciwwagę dla wszystkich negatywnych zjawisk kojarzonych z ADHD. W skrajnych przypadkach w dyskursie społecznym ADHD postrzegane jest nie jako przeszkadzająca nam choroba, ale coś, co możemy wykorzystać na swoją korzyść, by odnieść życiowy sukces (LoPorto 2005). Zdarza się czasem, że ludzie posługują się pojęciem ADHD w sposób, który zrywa jego konotacje ze stanem patologicznym⁵⁰.

Licznych przykładów społecznej samoidentyfikacji powiązanej z ADHD dostarcza Internet. Możemy znaleźć fora skupiające chorych⁵¹, blogi⁵² czy strony oferujące specjalne techniki radzenia sobie z tą przypadłością⁵³.

⁵⁰ Przykładowo w Polsce coraz częściej ludzie określają siebie lub innych jako „adehadowców”, co w praktyce oznacza nie osobę ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym, ale osobę bardzo dynamiczną, przedsiębiorczą, „nie mogącą usiedzieć w miejscu” itd.

⁵¹ Zob. np.: <http://www.addforums.com/forums/>, <http://www.medhelp.org/forums/ADD--ADHD/show/313>, <http://forums.about.com/n/pfx/forum.aspx?nav=messages&wehtag=ab-add&lgf=y> (dostęp 10.12.2009).

⁵² Zob. np.: <http://adhdguide.blogspot.com/>, <http://www.myadddblog.com/>, <http://www.addadhdblog.com/#b6607> (dostęp: 9.12.2009).

Organizacje promujące walkę z ADHD

Analizując czynniki stabilizujące ADHD, nie możemy pominąć działań zorganizowanych grup społecznych. Funkcjonuje szereg organizacji, których celem jest popularyzowanie wiedzy o tym zaburzeniu i sposobach radzenia sobie z nim. Jedną z nich jest powołane pod koniec lat 80. zrzeszenie osób chorych na ADHD – *Attention Deficit Disorder Association* (ADDA). Niewątpliwie największą, najszerzej rozpoznawaną i najbardziej wpływową inicjatywą skupioną na problemach ADHD jest *Children and Adults with Attention Deficit Disorder* (CHADD)⁵⁴. Organizacja ta założona została w 1987 roku przez grupę rodziców, których dzieci borykały się z przypadłością. Organizacja wydaje specjalny biuletyn *Attention!* CHADD liczy obecnie około 20 tysięcy członków, z czego dwa tysiące stanowią praktykujący psychiatry i inne osoby zawodowo zajmujące się chorymi na ADHD. Do najważniejszych członków CHADD należą Edward M. Hallowell i John J. Ratey (autorzy *Driven to Distraction*), Russell A. Barkley (autor ciągle wznawianej książki *Attention Deficit Hiperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* oraz inicjator powstania międzynarodowego konsensusu naukowców dotyczącego statutu ADHD, o czym będzie mowa dalej), Alan Zametkin (autor pierwszych badań nad ADHD z wykorzystaniem PET). Liczba członków oraz jej wpływy społeczne sprawiają, że CHADD nadaje ton amerykańskiej debacie na temat ADHD.

Jak łatwo się domyślić, CHADD przyjmuje za głównym nurtem badań, że ADHD jest obiektywną jednostką chorobową o podłożu genetycznym i neurobiologicznym, którą powinno się leczyć farmakologicznie. Głównymi zadaniami CHADD jest dostarczanie najświeższych informacji o postępach w badaniach nad chorobą oraz pomoc i porada dla rodziców dzieci z ADHD. Do ważnych działań należy również uświadamianie nauczycieli o naturze choroby i sposobach radzenia sobie z nią.

Jurydyzacja ADHD

Należy wreszcie zwrócić uwagę, że ADHD jest utrwalane jako czarna skrzynka w amerykańskim systemie prawnym. W 1973 roku Kongres Stanów Zjednoczonych uchwalił specjalną ustawę *Vocational Rehabilitation Act*⁵⁵ dotyczącą osób cierpiących na niedogodności związane ze schorzeniami natury psy-

⁵³ Dla przykładu: <http://www.adhdtraining.co.uk/>, http://www.adhdparenttrainer.com/php-files/viewpage.php?page_id=31, <http://adhd-add-coping-strategies.suite101.com/> (dostęp 10.12. 2009).

⁵⁴ Zob. oficjalna strona internetowa: <http://www.chadd.org/> (dostęp 10.12. 2009); inicjatywa pierwotnie nosiła nazwę *Children with Attention Deficit Disorder* – w 1993 roku przemianowano ją na CHADD, rozszerzając działalność na walkę z ADHD u dorosłych.

⁵⁵ Pełny tekst ustawy dostępny jest w: <http://www.dol.gov/oasam/regs/statutes/sec504.html> (dostęp 10.12.2009).

chicznej lub fizycznej. Fragment 504 ustawy stwierdza, że „żadna upośledzona jednostka w Stanach Zjednoczonych (...), nie może być, przez wzgląd na własne upośledzenie, wykluczona w udziale, nie można jej odmówić finansowego wsparcia Rządu Federalnego ani nie może być poddawana dyskryminacji przez żaden program czy działalność wynikającą z tego wsparcia”. Ów akt został dookreślony między innymi przez ustawę z 1990 roku noszącą nazwę *Individuals with Disabilities Education Act*⁵⁶ (IDEA). Określa specjalne świadczenia edukacyjne dla dzieci spełniających kryteria. Dziecko ze zdiagnozowaną chorobą z listy IDEA może liczyć w swojej szkole na indywidualny tok nauczania, odpowiednie przystosowanie klasy i technik dydaktycznych do jego potrzeb, inny sposób sprawdzania wiedzy. Już w momencie wejścia ustawy w życie CHADD rozpoczął lobbing na rzecz wprowadzenia ADHD na listę. Udało się to w roku 1991. Od tego czasu kilka szkół, które nie zastosowały się do wymogów IDEA zostało pozwanych do sądu przez rodziców (Diller 1998: 152).

Prawo amerykańskie chroni nie tylko dzieci z zaburzeniami psychicznymi, ale również dorosłych. W 1990 roku uchwalono *Americans with Disabilities Act* (ADA). Akt odnosił się początkowo do osób upośledzonych fizycznie, z czasem jednak objął on również osoby upośledzone psychicznie, w tym dzieci i dorosłych ze zdiagnozowanym ADHD. Ustawa nie reguluje jednak tego, jakie dokładnie usługi należy świadczyć w przypadku konkretnych chorób. Sposób traktowania dorosłych pracowników z zaburzeniami psychicznymi określiła specjalna agenda federalna *Equal Employment Opportunity Commission* (EEOC), wystosowując w 1997 roku wytyczne do wszystkich pracodawców. EEOC zwraca w nich uwagę, że nieustanne spóźnianie się do pracy czy niechęć wobec innych pracowników może być spowodowana nie umyślnym zachowaniem, ale problemami psychicznymi. Jeżeli kłopoty danego pracownika przejawiającego takie zachowanie nie wpływają na efektywność jego pracy, pracodawca jest zobowiązany do przystosowania swojej placówki do owego pracownika. Wytyczne EEOC nie odnoszą się bezpośrednio do ADHD, lecz jeżeli osobę cierpiącą na wyraźne i trwałe zaburzenia uwagi, koncentracji i zachowania zdiagnozowano jako chorą na ADHD, to spełnia ona owe wytyczne, dzięki czemu może liczyć na specjalne udogodnienia. Wśród nich można wymienić: dostosowany do potrzeb danego pracownika grafik, urlopy zdrowotne, odpowiednio dostosowane środowisko pracy.

Wszystkie wymienione tu czynniki sprawiają, że ADHD należy traktować jak aktora społecznego: za pośrednictwem inicjatyw oddolnych, praktykujących lekarzy, mediów i instytucji prawnych funkcjonuje ono jako regulator ludzkich działań.

⁵⁶ Por. historię ustawy i jej najważniejsze założenia: <http://www.ed.gov/policy/speced/leg/idea/history.html> (dostęp 10.12.2009).

Kontrowersje wokół ADHD

Powyżej pokazaliśmy, w jak gęstą sieć praktyk i instytucji wplecione jest ADHD pojmowane jako neurobiologiczne zaburzenie psychiczne. Próbując podważyć naukowe ustalenia związane z tym zaburzeniem, trzeba zmierzyć się nie tylko z oporem środowiska badawczego i organizacji społecznych typu CHADD (które przywołać mogą na rzecz swojego stanowiska wyniki licznych badań i głosy autorytetów), ale także z potocznymi i medialnymi reprezentacjami ADHD, powszechnymi praktykami racjonalizacji i wyjaśniania, czy wreszcie z systemem prawnym, który zakłada dominującą wizję ADHD. Okazuje się jednak, że szereg publicystów, praktykujących lekarzy, naukowców oraz przedstawicieli środowisk rodzicielskich podważa niemal każdy aspekt tego, czym jest ADHD⁵⁷, Krytykuje się zarówno diagnozę, sposób leczenia, jak i etiologię choroby. Wreszcie są i tacy, którzy odmawiają ADHD statusu nowej jednostki chorobowej.

Diagnoza

Diagnoza ADHD jest przedmiotem chyba największych kontrowersji tocących się w środowisku lekarzy. Lawrence H. Diller w książce *Running on Ritalin* wylicza szereg problemów związanych z diagnozowaniem ADHD (Diller 1998: 60-65). Po pierwsze zwraca uwagę na to, że wprowadzenie lub usuwanie chorób z listy bardzo często podyktowane jest innymi czynnikami niż „obiektywizm naukowy”. Jako przykład podaje homoseksualizm, który był ujęty w DSM do 1974 roku jako zaburzenie psychiczne – o jego wykreśleniu zadecydowały czynniki polityczne, a nie badania naukowe. Po drugie sformułowanie wytycznych diagnostycznych jest w dużej mierze otwarte na interpretację: różni lekarze mogą diagnozować w różny sposób te same przypadki. Problemy stwarza na przykład oszacowanie częstotliwości i natężenia niepożądanych zachowań (dla przykładu: Czy wiercenie się dziecka podczas siedzenia jest na tyle intensywne, że można to uznać za symptom z listy w DSM?), a także sama liczba symptomów potrzebnych do zdiagnozowania (Czy pacjent przejawiający w silny sposób pięć zamiast sześciu symptomów jest zdrowy?). Po trzecie nie istnieją żadne obiektywne wskaźniki, które oprócz zewnętrznych symptomów wskazywałyby na występowanie choroby. Mimo badań neurobiologicznych i genetycznych nie zdołano skonstruować jednoznacznych testów klinicznych. Innymi słowy wielu ludzi (w tym praktykujących lekarzy) dziwi fakt, że oficjalnie twierdzi się, iż ADHD jest chorobą o podłożu neurobiologicznym, ale w praktyce bada się je za pomocą testów behawioralnych. Podkreśla się jednocześnie, że lista kryteriów DSM miała z założenia pełnić funk-

⁵⁷ Środowiska krytyczne wobec dominującego paradygmatu również angażują się w działania zorganizowane, powołując stowarzyszenia, tworząc fora i portale internetowe, gdzie wymieniają się informacjami oraz prezentują swoje poglądy. W szczególności dotyczy to rodziców, którzy koncentrują się na negatywnych konsekwencjach terapii farmakologicznej ADHD.

cje pomocnicze, tymczasem traktuje się je jako test diagnostyczny. Po czwarte, choć DSM-IV-TR stwierdza, że symptomy muszą występować w co najmniej dwóch środowiskach, to w praktyce obserwującymi w obu środowiskach są najczęściej te same osoby, na przykład rodzice lub sam pacjent. Lekarzowi pozostaje oprzeć się na ich świadectwach, które same w sobie mogą być bardzo subiektywne i zniekształcone. Po piąte diagnozy przeważnie nie biorą pod uwagę czynników środowiskowych, takich jak charakter relacji rodzinnych, co w przypadku dzieci o podwyższonej aktywności i rozproszonej uwadze może być kluczowe. Po szóste kryteria diagnostyczne są zbyt inkluzyjne. Zarzut ten wynika po części z przywołanych już problemów. W sytuacji, kiedy brakuje jednoznacznych testów, a kryteria diagnostyczne pozostają otwarte na interpretację, to istnieje duże ryzyko, że choroba będzie marginalizowana albo zbyt często rozpoznawana. Jak twierdzą krytycy, w przypadku ADHD mamy do czynienia z drugą sytuacją. W miarę ukazywania się kolejnych podręczników statystycznych liczba stwierdzonych przypadków choroby systematycznie wzrastała, a co za tym idzie, wrastała również produkcja i konsumpcja odpowiednich leków. Po siódme kryteria sformułowane w DSM mogą odnosić się równie dobrze do innych chorób również ujętych jako jednostki w podręczniku diagnostycznym, takich jak zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder* (OCD)) czy zaburzenie opozycyjno-buntownicze (*oppositional defiant disorder* (ODD)).

Powyższe problemy odnieść można wprost do dylematów praktyki lekarskiej. Jak wskazuje socjolog Adam Rafalovich (2005), w przypadku ADHD mamy do czynienia z problemem niepewności, który bardzo często występuje w codziennej pracy lekarzy. Rafalovich pokazuje, jak wielka różnica występuje między teoretycznymi dyskusjami akademickimi a perspektywą praktykujących lekarzy. Praktykujący nie tylko inaczej odnoszą się do pacjentów, ale przede wszystkim wskutek napotkania specyficznych przypadków sceptycznie podchodzą do zastanych i wypracowanych przez „akademików” reguł postępowania. Kwestia ambiwalencji i negocjacji jest szczególnie widoczna w przypadku zaburzeń psychicznych i reguł zawartych w DSM. Rafalovich przeprowadził wywiady z dwudziestoma sześcioma osobami zawodowo zajmującymi się chorymi na ADHD (psychiatrami, pedagogami, pediatrami, psychologami). Dwudziestu czterech badanych 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 osiemnastu kryteriów z DSM IV nie poszerowano według kryteriów biologicznych i środowiskowych. Lekarze bardzo często sami dokonują tego rozróżnienia, dzieląc ADHD na *primary* (neurologiczne) i *secondary* (społeczne/środowiskowe). Jeden z badanych stwierdził, że z „prawdziwym” ADHD mamy do czynienia jedynie w pierwszym przypadku. Wielu spośród badanych uważało, że nie wystarczy podliczenie symptomów zgodnie z zaleceniami DSM IV; konieczne są dokładniejsze

i bardziej czasochłonne obserwacje. DSM-IV stanowi dla lekarzy wstępny przewodnik, nie wyczerpuje jednak wielości czynników, z jakimi mają oni do czynienia w przypadku ADHD. Jeden z respondentów wyraził świadomość zmienności definicji ADHD w sposób następujący: „Uważam, że ADHD jest takim diagnostycznym pojemnikiem na śmieci... Nie będę zdziwiony, jeżeli w ciągu najbliższych kilku lat diagnozy będą się zmieniały” (Rafalovich 2005: 311). Niektórzy w ogóle odrzucali DSM IV, gdyż nie współgrał z ich podejściem do pacjenta. Osiemnastu badanych nie było przekonanych do wyjaśnień neurobiologicznych. Sami nie potrafili powiedzieć, co konkretnie jest przyczyną ADHD. Odpowiedzi pozostałych bardzo różniły się między sobą: wyjaśnienia oscylowały od występowania w życiu dziecka jakiejś traumy do defektu mózgu. Wielu z uczestników badania stwierdzało, że nie ma zgody co do tego, czym jest ADHD. Takie ujęcia sugerują, że ADHD jest chorobą „w procesie tworzenia”, która dopiero czeka na swoje wyjaśnienie (Rafalovich 2005: 312).

Pomimo tych zastrzeżeń używanie DSM IV nakazują czynniki prawne i biurokratyczne. Okazuje się, że dzięki opieraniu swojej diagnozy na podręczniku możliwe jest dofinansowanie kosztów leczenia. Jak stwierdziła jedna z kobiet psychiatrów biorąca udział w badaniu: „Firmy ubezpieczeniowe domagają się jakiejś diagnozy, a fakty są takie, że pokrywają one [leczenie] ADHD i wszystko co z nim związane. Można powiedzieć, że jest nacisk na używanie liter A-D-H-D, żeby móc iść dalej i leczyć dzieciaka (Rafalovich 2005: 313)”. Jeżeli diagnoza nie zostanie oparta na DSM IV, istnieje duże prawdopodobieństwo, że koszty leczenia znacznie wzrosną. Tego typu uwarunkowania stanowią instytucjonalną zachętę do pozytywnego diagnozowania ADHD i skutkować mogą zbyt wielką liczbą przypadków choroby. Co więcej, sami klienci mają powody, by wierzyć, że błędna diagnoza jest w ich najlepszym interesie, gdyż dzięki niej leczenia ich lub ich dzieci zyska gwarancję finansowania (Kirk i Kutchins 1992: 240).

Być może najistotniejsze zarzuty wobec dominującego paradygmatu dotyczą stopniowego rozszerzania kategorii ADHD na coraz większą grupę potencjalnych pacjentów. Przebiegało to dwutorowo: z jednej strony kategoria obejmowała coraz większą liczbę dzieci, z drugiej zaś chorobę „rozszerzono” na inne kategorie wiekowe. W efekcie u coraz większej liczby osób diagnozowano ADHD. Odbywało się to na drodze drobnych modyfikacji kolejnych kryteriów diagnostycznych wpisywanych do DSM. Przykładowo uzupełnienie kanonu potencjalnych sytuacji, w których należało zaobserwować symptomy, sprawiało, że osoba potrafiąca mocno skupić uwagę w pracy, ale rozproszona w relacjach międzyludzkich lub podczas oddawania się rozrywce, mogła według nowych kryteriów zostać pozytywnie zdiagnozowana. Kategoria obejmowała kolejne zachowania dzieci, które to zachowania nie były dotąd traktowane jako przejaw zaburzeń psychicznych. Ponadto zestawiono razem nadpobudliwość i zaburzenia uwagi. Zmiany definicyjne doprowadziły do tego, że niektóre dzieci, których nie kwalifikowano jako „hiperkinetycznych” według DSM-II, mogły zostać za takie uznane według DSM-III (Conrad i Potter 2000:

563-564). W wyniku rekonceptualizacji wprowadzonych w DSM IV nastąpił gwałtowny wzrost liczby diagnoz ADHD; Mark Wolraich wraz ze swoim zespołem przeprowadził badania (Wolraich i inni 1995) na grupie 1077 uczniów w wieku od 5 do 12 lat. Początkowo zdiagnozował badanych na 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. Oprócz tego kategorię medyczną rozszerzono tak, by obejmowała również dorosłych, co dodatkowo zwiększyło liczbę diagnozowanych przypadków. Przypuszczalnie dochodziły do tego takie czynniki jak zjawisko samo-diagnozy wśród pacjentów znajdujących się pod wpływem publicznej reprezentacji choroby, którzy wywierali presję na swoich lekarzy, oczekując od nich konkretnego orzeczenia diagnostycznego.

Stopniowe zwiększanie inkluzywności kategorii ADHD stanowi jeden z wielu przejawów postępującej medykalizacji (Williams, Calnan 1996). Proces ten polega na rozszerzaniu granic obowiązywania definicji i praktyk medycznych. Medykalizacja w przypadku ADHD nie dotyczy wyłącznie rozszerzania kategorii diagnostycznej. Pamiętajmy bowiem, że już upowszechnienie kategorii ADHD sprawia, że pewien typ ludzkich zachowań czyni się problemem medycznym (Conrad, Potter 2000).

Etiologia

Jednoznaczne stwierdzenie, czym jest ADHD, również stanowi jeden z istotnych obszarów kontrowersji. Oficjalnie twierdzi się, że ADHD jest chorobą wrodzoną o podłożu neurobiologicznym. Wspominaliśmy wcześniej o różnych badaniach neurofizjologicznych oraz genetycznych, na które powołują się rzecznicy naturalistycznego wyjaśniania choroby. Wiele spośród tych „ustaleń” stało się obiektem kontrowersji. Można wyznaczyć trzy obszary związane z etiologią ADHD problematyzowane w ramach tych sporów. Po pierwsze samo wyjaśnienie naturalistyczne ma długą historię naznaczoną różnymi definicjami choroby oraz różnymi próbami wyjaśnienia jej przyczyn. Wpływa to negatywnie na ocenę wiarygodności i niepodważalności tychże wyjaśnień oraz czyni wątpliwym w oczach niektórych aktorów status samej choroby. Oczywiście w świetle normatywnej metodologii naukowej zmienność jakiejś koncepcji lub definicji nie odbiera jej prawomocności. Jednakże w perspektywie laików oraz praktykujących lekarzy historyczna zmienność definicji i obrazu ADHD negatywnie wpływa na ocenę wiarygodności obowiązującego paradygmatu. Oto bowiem mamy sytuację, kiedy lekarze mają zaakceptować nową jednostkę chorobową o długiej historii redefinicji i uznanych za błędne wyjaśnień, która na dodatek stanowi połączenie kilku innych jednostek dotychczas uznawanych za oddzielne choroby.

Druga kwestia dotyczy konkluzywności współczesnych badań neurobiologicznych oraz genetycznych. Jest to sprawa kluczowa. Zasadność paradygmatu

biologicznego w wyjaśnianiu ADHD opiera się na badaniach z lat 90., o których już wspominaliśmy. Krytyka badań neurofizjologicznych koncentruje się przede wszystkim na kwestii rzetelności eksperymentów oraz przypuszczalnej nadinterpretacji. Autorów badań krytykowano za zbyt małe próby eksperymentalne (Timimi and 33 Coendorsers 2004: 60), brak jednoznacznych dowodów istnienia znaczących patologii w działaniu mózgu, czy mylenie przyczyny ze skutkiem (to ADHD może wywoływać zmiany w mózgu, a nie odwrotnie) (Baumeister, Hawkins 2001). Wskazuje się także na fakt, że odmienione działanie mózgu mogło być efektem samej terapii ADHD. Jak się bowiem okazało, większość badań neurofizjologicznych przeprowadzono na osobach leczonych wcześniej farmakologicznie za pomocą stymulantów (Leo, Cohen 2003). Badania genetyczne również krytykuje się poprzez wskazywanie pewnych obszarów nadinterpretacji wyników. Wskazuje się na przykład na to, że badania rodzinne nie biorą pod uwagę wpływu środowiska, które jest tożsame dla wszystkich członków rodziny (Joseph 2000). Faktem jest również brak jakiegokolwiek dowodu na to, że ADHD wywoływany jest przez określony gen (Diller 1998: 110).

Trzecim obszarem kontrowersji wokół etiologii naturalistycznej jest wskazywanie na alternatywne wyjaśnienia przyczyn ADHD, które są związane ze środowiskiem zewnętrznym. Na przełomie lat 70. pediatra Benjamin Feingold specjalizujący się w leczeniu alergii wysunął hipotezę, że nadpobudliwość dziecka spowodowana jest nieodpowiednim odżywianiem się. Symptomy związane z ADHD miały być wywoływane przez spożywanie konserwantów, słodzików czy poprawiaczy smaku. Feingold stworzył specjalną dietę eliminującą powyższe czynniki. Drugie, obecnie bardzo popularne, alternatywne wyjaśnienie przyczyn ADHD odnosi się do stanu współczesnej kultury. Mówi się o zbyt wielkim oczekiwaniu wobec dojrzewających dzieci, przyspieszeniu kulturowym czy braku autorytetów moralnych zdolnych „temperować” kłopotliwe zachowania⁵⁸. Trzecie dotyczy kwestii typowo socjologicznych. Argumentuje się, że przyczyną ADHD może być zaburzenie utrwalonej struktury społecznej i podziału na typowe role społeczne związane z, przykładowo, zwiększoną liczbą rozwodów oraz pasywnym udziałem w życiu rodzinnym. Jednocześnie twierdzi się, że poświęcanie uwagi swoim dzieciom może wpływać na rozwój ich zdolności poznawczych, a oddawanie dziecka pod stałą opiekę poza środowisko domowe może mieć na nie negatywny wpływ (Diller 1998: 77-78).

Terapia

Kontrowersje wokół terapii potraktować można częściowo jako pochodne względem niejasności wokół diagnozy i etiologii. Leczenie farmakologiczne współgra z naturalistycznymi wyjaśnieniami ADHD (skoro jest to choroba

⁵⁸ Perspektywę kulturową przyjmuje zwłaszcza Sami Tamimi (2001).

wrodzona o podłożu biologicznym, należy stosować środki o bezpośrednim wpływie na organizm). ADHD leczy się najczęściej substancjami ze Schematu II, co może budzić obawy osób wskazujących na niejasność kryteriów, zbytnią inkluzyjność definicji oraz ryzyko naddiagnozy. Nie powinno zatem dziwić, że kontestatorzy odrzucający wyjaśnienia naturalistyczne lub podważający zasadność procedur diagnostycznych najczęściej atakują również dominujący model terapii.

Ponownie: tu również niektóre kwestie są problematyzowane. Zważywszy na fakt, że w USA chorych na ADHD leczy się głównie farmakologicznie, wszelkie problematyczne kwestie dotyczyć będą stymulantów jako takich. Po pierwsze wskazuje się na wysoki stopień uzależnienia. Dotyczy to w szczególności Ritalinu, któremu DEA poświęciło szczególną uwagę. Odnotowano przypadki silnego uzależnienia. Stwierdzono również pojawienie się specjalnych grup sprzedających lekarstwo nielegalnie jako substytut narkotyku. Dotyczy to zwłaszcza studentów, którzy sprzedają sobie nawzajem specyfik, dzięki któremu osiągają lepsze wyniki w nauce. Zażywanie wygląda podobnie jak w przypadku kokainy – pigułkę rozgniatą się, a powstały w ten sposób proszek wciąga się nosem. W roku 1995 odnotowano w USA dwa przypadki śmiertelne, których przyczyną było takie zażywanie leku. Według raportów DEA Ritalin jest na liście dziesięciu najczęściej kradzionych lekarstw w Stanach Zjednoczonych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że w USA spożywa się i produkuje pięć razy więcej Ritalinu niż w pozostałych częściach globu. Liczba ta wzrosła od roku 1990 do 1995 sześciokrotnie⁵⁹.

Po drugie zdaniem wielu specjalistów Ritalin i inne stymulanty wywoływać mogą szereg skutków ubocznych. Mówi się o konsekwencjach biologicznych (spowolnienie wzrostu i zwiększenie wagi u dojrzewających dzieci, zmniejszony apetyt, bóle głowy, bóle żołądka, zaburzenia wzroku, problemy z sercem, halucynacje, problemy z wątrobą)⁶⁰, ale również psychospołecznych (por. Breggin 1992).

Po trzecie skuteczność stymulantów jako leków jest bardzo ograniczona. Już w 1978 roku zauważono, że stymulanty działają dokładnie w taki sam sposób na osoby z diagnostycznie stwierdzoną nadpobudliwością i brakiem uwagi, jak na osoby pozbawione tych problemów. Badania przeprowadzone pod kierownictwem Judith Rapoport (Rapoport i in. 1978) z *National Institute of Mental Health* (NIMH) polegały na podaniu stymulantu grupie dzieci z nadaktywnością oraz bez (raport analizował działanie nie Ritalinu, ale Dexedryny – innego lekarstwa stosowanego w terapii ADHD). Efekt był identyczny: w przypadku obu grup stwierdzono podwyższoną uwagę oraz lepsze wyniki w

⁵⁹ Por. <http://www.justice.gov/dea/pubs/pressrel/pr951020.htm> (dostęp: 17.11.2009). Por. również pełny raport DEA z 1995 roku: <http://www.methylphenidate.net/> (dostęp: 15.12.2009).

⁶⁰ Por. <http://www.psych.org/Share/Parents-Med-Guide/Medication-Guides/ParentsMedGuide-ADHD-English.aspx>, zwłaszcza s. 9-10. (dostęp: 15.12.2009).

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. Należy zadać tu dwa ważne pytania: (1) Stymulanty niewątpliwie działają, ale czy można stwierdzić, że leczą ADHD? (2) Jak dużej liczbie osób może zależeć na uzyskaniu diagnozy, która stwarza możliwość legalnego zażywania środków ze Schematu II wytwarzanych na bazie metaamfetaminy, które poprawiają wyniki w nauce lub pracy?

Po czwarte bardzo często mówi się o tym, że stymulanty nie leczą przyczyn choroby, a jedynie tymczasowo niwelują symptomy. Innymi słowy Ritalin nie usuwa czynnika patologicznego. W momencie zaprzestania terapii dochodzi do nawrotu symptomów (Diller 1998: 44).

Po piąte krytycy dominującego paradygmatu zwracają uwagę na to, że istnieją alternatywne, choć nie tak popularne sposoby leczenia nadpobudliwości i zaburzeń uwagi. Chodzi tu przede wszystkim o wszelkiego rodzaju treningi behawioralne połączone z indywidualnym podejściem do leczenia nadpobudliwości i braku uwagi. Jedną z takich metod jest *cognitive behavioral therapy* (CBT). Jest to wieloskładnikowe podejście uczące pacjenta przede wszystkim specyficznych zachowań, co w przypadku ADHD oznacza na przykład umiejętność skupienia uwagi na jednym temacie, siedzenie w jednym miejscu itp. Na CBT składać się może zabawa w odgrywanie ról, uczenie się z podręczników czy realizacja ustalonej sekwencji czynności (Diller 1998: 223). Innym sposobem jest aranżowanie sesji grupowych z udziałem członków rodziny pacjenta lub jego rówieśników. Może to polegać na uczeniu się samokontroli w środowisku społecznym poprzez system kar i nagród. W Stanach Zjednoczonych organizowane są specjalne obozy letnie zajmujące się psychospołecznym leczeniem ADHD⁶¹. Opracowano również szereg technik służących dostosowaniu środowiska tak, aby sprzyjało choremu. Chodzi tu przede wszystkim o działalność szkół realizujących specjalne programy nauczania dla dzieci z ADHD.

Wszystkie zarysowane wyżej alternatywne sposoby leczenia ADHD nie muszą wykluczać leczenia farmakologicznego. Zwolennicy podejść psychospołecznych i behawioralnych wskazują raczej na niebezpieczeństwo jednostronnego leczenia przy pomocy Ritalinu, jednakże większość nich nie neguje go całkowicie. Przykładowo Lawrence H. Diller, autor wspomnianej już książki *Running on Ritalin*, w swojej praktyce lekarskiej stosuje środki farmakologiczne, mimo iż uważa, że ich nadużywanie jest zjawiskiem negatywnym. Kontrowersja wokół Ritalinu nie polega na tym, że jest on całkowicie pozbawiony wartości leczniczych, lecz – w świetle istnienia alternatywnych metod leczenia – że jest przedstawiany i lansowany jako jedyny skuteczny lek na ADHD.

⁶¹ Por. <http://circ-uab.infomedia.com/content.asp?id=98821> (dostęp 16.12.2009).

ADHD a disease mongering

Problem propagowania stymulantów prowadzi nas do ostatniego obszaru kontrowersji, być może najbardziej znaczącego. Chodzi o związki pomiędzy koncernami farmaceutycznymi produkującymi najpopularniejsze leki na ADHD a organizacjami społecznymi zrzeszającymi chorych. Przywołajmy tu konkretną sytuację. W roku 1995 DEA opublikowała wspomniany już raport o Ritalinie⁶², który powstał w odpowiedzi na apel CHADD o przeniesienie leku ze Schematu II do III. Tego typu zmiana oznaczała w praktyce mniejszą kontrolę nad konsumpcją i produkcją leku. Raport ujawnił, że CHADD nie informuje w wystarczającym stopniu swoich członków o bardzo możliwym uzależnieniu czy potencjalnym niebezpieczeństwie dla zdrowia związanym z zażywaniem leku. Przeciwnie, przekonuje, że Ritalin jest mało szkodliwą substancją bez jakichkolwiek skutków ubocznych. Raport donosi ponadto, że między rokiem 1991 a 1994 firma produkująca Ritalin – Ciba-Geigy – przekazała CHADD 748,000 dolarów. Natomiast w latach 1993 i 1994, w czasie, gdy w magazynach koncernu zaczynało brakować leku z powodu wzmożonej jego konsumpcji⁶³, członkowie CHADD wysyłali sygnały do znajomych przedstawicieli w Kongresie, którzy następnie zwracali się do DEA ponad 135 razy w celu zwiększenia limitu produkcji.

W wyniku publikacji raportu zrezygnowano z przesunięcia Ritalinu do Schematu III. Inną konsekwencją tej publikacji był pozew sądowy, jaki rodzice dzieci chorych na ADHD złożyli przeciwko *American Psychiatric Association* oraz koncernowi farmaceutycznemu Novartis (dawniej Ciba-Geigy). Zarzucono im rzekomy spisek, jaki miały zawiązać w celu sztucznego wykreowania zapotrzebowania na stymulanty. Jak twierdziła strona oskarżająca, koncerny mają decydujący wpływ na posunięcia APA, które lobbują na rzecz zwiększenia produkcji leków (Charatan 2000: 723). Pozwów tego typu pojawiło się kilka, żaden jednak nie skończył się wyrokiem godzącym w koncerny farmaceutyczne czy instytucje medyczne.

Powyższe zarzuty wpisują się w szerszy nurt krytyki działalności koncernów farmaceutycznych oraz powiązanych z nimi lekarzy i naukowców. Coraz częściej publicyści i lekarze, zarówno w prasie, jak i na łamach periodyków naukowych, piszą o zjawisku *disease mongering* (zob.: Applbaum 2006; Healy 2006; Heath 2006; Moynihan, David 2006; Payer 1992; Pettersen 2008; Phillips 2006; Tiefer 2006; zob. również „PR Watch” 2003, Vol. 10, nr 1). W ramach tego

⁶² Por. <http://www.methylphenidate.net/> (dostęp 16.12.2009).

⁶³ Ritalin z uwagi na fakt, że znajduje się w Schemacie II, jest kontrolowany także pod względem produkcyjnym. W praktyce oznacza to, że produkująca go firma nie może przekroczyć pewnego limitu magazynowanej substancji, narzuconego przez DEA. Przeniesienie Ritalinu do Schematu III spowodowałoby, że koncern nie musiałby się przejmować z góry narzuconymi zakazami produkcji.

nurtu dziennikarze, lekarze oraz naukowcy zarzucają koncernom farmaceutycznym oraz powiązanim z nimi podmiotom promowanie nie tyle leków, co samych chorób. Argument jest taki, że w celu maksymalizowania swoich zysków koncerny tworzą rynki poprzez „nagłaśnianie” nowych chorób, podnoszenie do rangi choroby czynników ryzyka lub „promowanie” starych jednostek chorobowych dotychczas uznawanych za niegroźne lub marginalne. Przypadki *disease mongering* zdaniem Raya Moynihana i Alana Casselsa, autorów publicystycznej książki *Selling Sickness* (Moynihan, Cassels 2005), dotyczą wysokiego cholesterolu obecnie uznawanego przez wielu laików za główną przyczynę zawałów serca, depresji, która stała się niezwykle szeroką kategorią oraz takich „chorób” jak przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne czy menopauza. Jak twierdzą przedstawiciele tego nurtu, koncerny farmaceutyczne wykorzystują zaczerpnięte z marketingu i *public relations* techniki w celu kreowania tylko tych chorób, na które oferują już gotowe leki.

Wśród „promowanych” chorób wymienia się również ADHD (Moynihan, Cassels 2005: 61-81). Krytycy *disease mongering* zwracają uwagę na prowadzone przez CHADD akcje promocji walki z chorobą za pomocą Ritalinu oraz na finansowanie tej organizacji przez koncerny farmaceutyczne. Autorzy nie sugerują, że w przypadku ADHD koncerny stworzyły fałszywą inicjatywę oddolną⁶⁴; chodzi raczej o to, że poprzez przekierowanie strumieni dotacji finansowych są one w stanie wspierać pewne idee oraz pozycjonować różnego rodzaju treści i poglądy w dyskursie publicznym (tego typu oddziaływanie na dyskurs i media określa się mianem *agenda-setting*; zob. McCombs, Shaw 1972).

Próby domknięcia kontrowersji

W kontrowersje zaangażowani są zarówno publicyści, praktykujący lekarze, badacze, jak i zwykli ludzie. Niektórzy otwarcie krytykują główny nurt badań, inni ograniczają się do wyrażania swoich wątpliwości lub formułowania alternatyw. Krytycy dominującego paradygmatu dają wyraz swoim wątpliwościom związanym z ADHD nie tylko w pracach naukowych i mediach, ale także wykorzystują w tym celu środki prawne. Jednak pojawianie się sygnałów sprzeciwu nie świadczy jeszcze o tym, że mamy do czynienia z kontrowersją w socjologicznym tego słowa znaczeniu. Aby mówić o kontrowersji, musimy mieć do czynienia z sytuacją, kiedy przedstawiciele spornych poglądów usiłują nawzajem podważyć, zdyskredytować lub osłabić swoje tezy. W tym celu wzmacniają swój własny „krwioobieg” oraz usiłują utrudnić mobilizowanie heterogenicznych zasobów przez stronę przeciwną. Dotyczy to między innymi prób podważenia wiarygodności translacji przez nich formułowanych, ale

⁶⁴ Jednak, jak pokazują krytycy *disease mongering*, fałszywe inicjatywy oddolne stanowiące zamaskowane kampanie promocyjne były stosowane w przypadku innych chorób.

równie dobrze może to polegać na odcinaniu dostępu do zasobów ekonomicznych lub społecznych.

W tym kontekście jednym z najważniejszych epizodów kontrowersji była dyskusja, która rozegrała się 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* – dokument podpisany przez ponad 80 specjalistów (głównie Amerykanów), który skierowany jest przeciwko zwolennikom tezy, że ADHD jest problematyczną i słabo zdefiniowaną jednostką medyczną. W tekście znaleźć można zrekonstruowaną przez nas artikulację dominującego paradygmatu ADHD. Autorzy podpisani pod ową deklaracją nie tylko krytykują tezy odstępców, ale zarzucają im działanie ze szkodą dla zdrowia publicznego, podkreślając zagrożenia, jakie niesie ze sobą choroba ADHD.

W marcu 2004 roku w tym samym periodyku z inicjatywy Sami Timimi'ego ukazał się artykuł *A Critique of the International Statement on ADHD* (Timimi and 33 Coendorsers 2004), pod którym widnieje podpis 33 badaczy. Autorzy wskazują na szereg dyskusyjnych punktów, na przykład: brak przesądzającego dowodu na to, że ADHD wywołują czynniki neurobiologiczne czy metaboliczne; istnienie różnic w liczbie chorych w zależności od kultury, kraju a nawet regionu kraju; niejasna definicja choroby obejmująca także inne zaburzenia psychiczne. Krytykując wyjaśnienia neurofizjologiczne, powołują się na opinię amerykańskiego *National Institute of Health* z 1998 roku, która stwierdza brak wystarczających dowodów łączących chorobę z jakąś biochemiczną wadą mózgu. Przy całym skupieniu na wyjaśnieniach naturalistycznych kompletnie neguje się badania wpływów środowiskowych. Autorzy przytaczają również opisywane powyżej wątpliwości związane z terapią. Jak sugerują, samo zażywanie lekarstwa może zniechęcić do bardziej wymagających, lecz mimo to skuteczniejszych metod leczenia opartych o CBT. Autorzy sugerują wreszcie przyjęcie perspektywy kulturowej w ujmowaniu ADHD.

W tym samym numerze czasopisma ukazał się komentarz Barkleya (Barkley 2004). Autor wskazuje na błędy w cytowaniu prac przywoływanych przez krytyków dominującego paradygmatu oraz na fakt, że opór wobec oficjalnych definicji ADHD jest mało znaczący i nie należy do głównego nurtu dyskursu naukowego i medycznego. Krytycy uznawania ADHD za jednostkę chorobową nie posiadają żadnych kryteriów odróżniających zaburzenia nabyte od wrodzonych, które mogą być uniwersalne dla każdego człowieka. Ponadto krytykujący autorzy przytaczają w swoim wywodzie pracę, która dopuszcza możliwość związku choroby z czynnikami biologicznymi, nie przesądzając jednoznacznie o wywoływaniu ADHD przez molestowanie seksualne w dzieciństwie, czego chcieliby krytycy ADHD. Ponadto Barkley stwierdza, że gdyby postępować zgodnie z nakazami krytyków ADHD, to analogicznie należałoby odrzucić wiele innych uznanych chorób, chociażby takich 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 wyjaśnianiu ADHD, wskazując na to, że nie istnieją dowody na prawdziwość tej teorii. Przytacza badania nad bliźniętami dowodzące, że czynniki środowiskowe mają mniejszy wpływ niż genetyczne.

Jak pokazuje socjologia wiedzy oraz filozofia nauki, tego typu debaty mogą ciągnąć się w nieskończoność – poprzez przytaczanie kolejnych badań, wytykanie kolejnych błędów logicznych lub metodologicznych itd. Argumenty natury merytorycznej nie przekonują ludzi funkcjonujących w różnych, niewspółmiernych paradygmatach i same z siebie nie mogą rozstrzygać kontrowersji. Druga sprawa, na którą należy zwrócić uwagę, to fakt, że każdy oficjalnie uznany fakt dotyczący ADHD został tu publicznie podważony. Po trzecie publiczne oświadczenie przedstawicieli głównego nurtu badań można interpretować jako próbę autorytarnego domknięcia pozycji. Jednak, jak widać, odstępcy nie zgodzili się na zastosowanie wobec nich argumentacji typu *Roma locuta, causa finita*. Wreszcie po czwarte: zwróćmy uwagę na – wplecione między argumenty merytoryczne – stwierdzenie, że kontestatorzy nie należą do głównego nurtu badań nad ADHD. Czy nie jest to argumentacja powołująca się na „dowód społecznej słuszności”? Należy zwrócić jednak uwagę na pewien paradoks, który ujawnia nam ANT: Barkley odmawia ważności głosom krytycznym, ale sam fakt, że musi z nimi dyskutować, jednak tę ważność im przyznaje. Jak pokazują badania nad modalizowaniem w nauce, o wiele korzystniejszą dla autorów jest sytuacja, kiedy ich teza jest radykalnie krytykowana, niż gdy zostaje w ogóle przemilczana. Tak najczęściej podchodzi się do poglądów krytycznych względem dominujących paradygmatów. W tym jednak przypadku głos krytyki był na tyle silny, że badacze głównego nurtu nie mogli pozostać bierni.

Badacze krytyczni nie tylko powołują się na istniejące już wyniki badań, jedynie odmiennie je interpretując. Starają się równocześnie prowadzić własne badania, między innymi nad kulturowymi uwarunkowaniami ADHD. Innymi słowy nie tylko usiłują „przewerbować” na rzecz własnych tez świat zmobilizowany przez dominujący paradygmat, ale również tworzą własne, niezależne łańcuchy translacji.

Pamiętać jednak należy, że środowiska kontestujące główny nurt badań nie ograniczają się do działań w pętli „mobilizacja świata”; ich krytyka oraz próby tworzenia alternatywnych paradygmatów również zakładają próby mobilizowania zasobów w trzech pozostałych pętlach. Ponownie to, co poznawcze i merytoryczne, przeplata się z interesami grupowymi, reprezentacją publiczną oraz reakcjami środowiska naukowego.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną strategię wykorzystywaną w sporze wokół ADHD. Zaczniemy od następującego epizodu. Jak pamiętamy, badania z wykorzystaniem PET wykazały różnice w metabolizmie mózgu u osób chorych. Badania te podważano, wskazując na zbyt małą próbę oraz możliwość, że zaobserwowane wyniki były artefaktem zażywania leków przez osoby w grupie eksperymentalnej. Dlatego też badania powtórzono, aby rozwiązać kontrowersje (zob.: Ernst i in. 1994; Zametkin i in. 1993). Nie udało się jednak potwierdzić pierwotnych wyników. Kolejne badania, jako niewpisujące się w dominujący dyskurs, zostały po prostu przemilczane oraz pominięte medialnie. Zwróćmy również uwagę na oficjalne stanowisko *Center for Disease Control and Prevention*, które brzmi: „przyczyna ADHD oraz czynniki ryzyka są nieznane, ale obecne badania wskazują, że czynniki genetyczne odgrywają kluczową rolę”⁶⁵. Czy nie stoi to w sprzeczności z oficjalnymi deklaracjami przedstawicieli głównego nurtu, które orzekają, że kluczowe aspekty ADHD zostały już naukowo dowiedzione? Co więcej, pomimo licznych sporów, które mobilizowały przedstawicieli głównego nurtu do impregnowania swoich tez, nie pojawiły się żadne nowe, rewolucyjne wyniki, które pozwoliłyby ostatecznie uciszyć głosy krytyki.

Zwróćmy jednak uwagę na ironię całej sytuacji. Otóż najprawdopodobniej same kontrowersje wokół ADHD przyczyniły się w istotnym stopniu do upowszechnienia w dyskursie publicznym wiedzy o tej chorobie. Nawet negatywne modalizacje w pewnym ograniczonym stopniu przyczyniają się do obiektywizacji tez. W tym przypadku mieliśmy do czynienia z efektem odwrócenia: krytycy formułując swoje zarzuty w celu zakwestionowania rzekomych faktów, ostatecznie wzmocnili reprezentację publiczną ADHD, przyczyniając się do jej jeszcze szczelniejszego domknięcia w postaci czarnej skrzynki (Conrad i Potter 2000: 571).

Podsumowanie: jak zarządzać kontrowersjami wokół definicji choroby

Przypadek ADHD ilustruje szereg zaobserwowanych przez socjologów wzorców funkcjonowania nauki. W procesie badawczym nie mamy do czynienia z samo-oczywistymi wynikami i dowodami. Dane eksperymentalne i wyniki obserwacji nie mówią same za siebie ani nie rozstrzygają automatycznie kwestii spornych. Rezultaty translacji muszą zostać wplecione w złożoną sieć czynników i umiejętnie wyartykułowane, aby zyskały przypisywaną im moc przekonywania. Tak jak nie ma faktów naukowych, które mówią same za siebie, tak też nie ma obiektywnie narzucających się nam chorób. To, że ludzie umierają, cierpią i źle się czują, jest percepcyjnie dostępnym, powszechnym kulturowo faktem. Jednak odpowiedź na pytania, z jakich powodów cierpią i na co dokładnie chorują, pozostaje już wynikiem działania różnego rodzaju

⁶⁵ <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html> (dostęp: 19.11.2009).

procesów i instytucji społecznych. W naszej kulturze to przede wszystkim medycyna organizuje społeczne doświadczenie związane z tą sferą, określając, na jakie choroby i dlatego zapadła dana osoba lub jaka była przyczyna zgonu. W związku z tym można mówić o niezorganizowanym doświadczeniu choroby z jednej strony oraz o sztywnych klasyfikacjach, diagnozach i terapiach kulturowo organizujących chorobę z drugiej (Conrad, Potter 2000: 559-560).

Pojawianie się kolejnych ram organizujących naszą percepcję choroby stanowi przejaw postępującej medykalizacji. W przypadku ADHD mieliśmy do czynienia nie tylko z medykalizacją pewnych obszarów doświadczenia (nadpobudliwe dzieci, niezadowolające wyniki pracowników, trudność z nawiązywaniem kontaktów społecznych), ale przede wszystkim z czynieniem definicji choroby coraz bardziej inkluzywną. Same diagnozy i ich kryteria stanowiły wynik działania nie tylko czynników naukowych; były efektem heterogenicznego splotu w postaci inicjatyw oddolnych, autodiagnoz pacjentów, publicznych wyobrażeń na temat ADHD, interesów koncernów farmaceutycznych, nastolatków poszukujących „legalnych narkotyków”, wyników badań PET i MRI itd. Zauważyć należy jednak, że w wielu sytuacjach nauka straciła kontrolę nad procesem definiowania tego, czym jest ADHD. W niektórych przypadkach mieliśmy do czynienia z procesem swoistej demedykalizacji, kiedy laicy, przejmując kategorię ADHD, pozbawiali je dotychczasowych konotacji medycznych, traktując je nie jako patologię lub chorobę, lecz jako korzystną z zawodowego lub społecznego punktu widzenia kondycję.

Omawiane w tekście procesy i czynniki mają doniosłe konsekwencje, a będące ich wynikiem ADHD można traktować jako aktora w rozumieniu ANT. Przede wszystkim konstrukt ten wpływa na autoprezentację ludzi. Oddziałuje również na sposób, w jaki dana osoba jest traktowana przez swoje otoczenie społeczne i instytucje. Diagnoza ADHD pociąga za sobą terapię silnymi środkami farmaceutycznymi, co wydaje się dość poważną konsekwencją. Przede wszystkim jednak należy zwrócić uwagę na indywidualne doświadczenie choroby przez chorego: okazuje się ono zapośredniczone przez szereg rzeczników, instytucji, technologii i praktyk dyskursywnych.

Oczywiście powyższe praktyki zasadzają się na przekonaniu, że coś takiego jak ADHD w ogóle istnieje. Jak zatem odnieść się do rekonstruowanych tu kontrowersji? Co zrobić, gdy szeroka rzesza ludzi podważa istnienie tego zaburzenia, ewentualnie jego etiologię lub metody diagnozowania? Czy opisując powyższe kontrowersje, nie powinniśmy przyjąć jakichś założeń ontologicznych dotyczących ADHD? Czy nie należy przyjąć pewnych założeń dotyczących aktorów społecznych, a w szczególności czy nie zachodzi konieczność imputowania im interesów determinujących reprezentowane przez nich stanowiska? Prowadząc analizę kontrowersji wokół terapii, diagnozy i statusu ADHD, nie musimy wcale odwoływać się do imputowania interesów, „socjologii błędu” lub przyjmować jakiegos wyobrażenia o obiektywnym stanie rzeczywistości, który poszczególni aktorzy mniej lub bardziej wiarygodnie repre-

zentują. Zamiast poszukiwać punktu odniesienia w postaci obiektywnego świata „tam na zewnątrz” możemy poprzestać na opisie tego, co uchwytujemy za pomocą studiów przypadku, analizy dyskursu, badań etnograficznych lub innych metod nauk społecznych.

Dotarcie do świata niezapośredniczonego, który będzie rozstrzygał kontrowersje, jest niemożliwe – zawsze dokonujemy translacji świata. Przyjęcie takiego poglądu nie oznacza jednak, że popadamy w relatywizm lub idealizm, który sprawi, że nie będziemy w stanie podejmować wiążących decyzji ani praktycznych działań. Wszakże aktorzy ciągle negocjują hierarchię i wiarygodność translacji, ale czynią to nie tyle w odniesieniu do świata obiektywnego, lecz w odniesieniu do licznych obszarów sieci społeczno-technologicznych. ANT oferuje nam nie tylko pewną metodologię opisową, ale również wskazuje możliwe sposoby zarządzania niekonkluzywnością i niepewnością, którą naznaczone są ekspertyzy i wiedza naukowa w dobie późnej nowoczesności. Co więcej, ANT może stanowić punkt wyjścia dla formułowania praktycznych rekomendacji.

Standardowo utrzymuje się, że to obiektywna rzeczywistość powinna być regulatorem działań społecznych i czynnikiem rozstrzygającym kontrowersje. Problem jednak w tym, że w sytuacji kontrowersji wszyscy twierdzą, że mają obiektywny świat „po swojej stronie”. Jak pokazuje ANT, świat nie stanowi źródła rozstrzygnięcia sporu, ale raczej jego efekt (Latour 1987: 60-61, 259): ogólnie przyjęty model świata wyłania się dopiero w wyniku splatania heterogenicznych czynników i domykania czarnych skrzynek. Czy zatem tradycyjnie pojmowana prawda obiektywna nadaje się na regulator działań społecznych? Oczywiście, wielu powstrzyma się tutaj od udzielenia przeczącej odpowiedzi, formułując w to miejsce pytania: „Co ANT oferuje w zamian?”, „Co innego niż prawda naukowa uchroni nas przed zakusami grup interesu dążącymi do kształtowania dyskursu i wiedzy według swoich celów?” lub „Co innego niż prawda pozwoli nam w efektywny sposób działać?”.

Aby udzielić odpowiedzi na te pytania, proponujemy nawiązać do problematyki demokracji. Przyjmijmy, że o efektywności systemu demokratycznego nie decyduje brak partykularnych interesów dążących do wywierania wpływu na władzę. Wręcz przeciwnie, jak sugerują koncepcje neoinstytucjonalne (Menard i Shirley (red.) 2005), a wśród nich teoria wyboru publicznego (Wilkin (red.) 2005), sukces demokracji oparty jest właśnie na dążeniu jednostek do realizacji swoich egoistycznych interesów. Z jednej strony dotyczy to polityków, których egoistyczne interesy, za pomocą różnych instytucji, w tym wyborów politycznych i kontroli mediów, sprzęgnięte zostają z interesem publicznym: aby uzyskać korzyści, polityk musi przynajmniej przekonywać, że działa w interesie szerokich grup społecznych. Dotyczy to również grup interesu chcących ukształtować ramy instytucjonalne w taki sposób, by uzyskały przewagę w prowadzonych przez siebie grach (ekonomicznych, politycznych, prawnych itd.). Jeżeli dążenie do wywierania wpływu jest powszechne i rów-

nomiennie rozłożone między aktorów, to w sumie ich egoistyczne dążenia mogą być kompatybilne z efektywną alokacją środków, czyli – innymi słowy – dawać nam sprawiedliwy i efektywny system. Problemy takie jak korupcja polityczna czy wypaczenia mechanizmów rynkowych pojawiają się najczęściej dopiero wtedy, kiedy możliwość wpływania na instytucje państwowe jest skoncentrowana. Państwa, które są poddane oddziaływaniu skoncentrowanych interesów, rzadziej podejmują reformy, które podwyższyłyby jakość rządzenia i jednocześnie ograniczyły wypaczenia oraz restrykcje w ramach gospodarki, dzięki którym grupy wpływu czerpią prywatne korzyści ze stratą dla interesu publicznego (Hellman i Kaufmann 2002). Innymi słowy w świetle takiego ujęcia liczy się nie tyle słuszność poglądów i interesów poszczególnych aktorów, rodzaj ich motywacji czy moralność, którą się kierują, ile kontekst instytucjonalny, w którym funkcjonują. Chodzi tu z jednej strony o regulacje zwalczające monopole (zarówno w sferze ekonomii, jak i wpływu politycznego), a z drugiej o instytucje kontroli społecznej.

Podobny sposób myślenia daje się zastosować do zarządzania konfliktami naukowymi, także tymi rozgrywającymi się wokół definicji i leczenia chorób. Nie skupiamy się na prawdzie obiektywnej czy standardach metodologicznych, które – jak widzieliśmy – same z siebie nie są zdolne do rozstrzygnięcia sporów naukowych. Zatrzymamy się raczej o kontekst instytucjonalny kontrowersji. Chodzi tu nie tylko o to, by różnorodne grupy interesu powołujące się na swoje translacje mogły uczestniczyć w niezakłóconej komunikacji. W żadnym razie nie proponujemy tutaj poddaniu prawdy naukowej politycznemu głosowaniu, kiedy większość decydowałaby o tym, jak zbudowany jest świat. Chodzi raczej o ustanowienie mechanizmów instytucjonalnych, które ujawniałyby opisywane tu uwikłanie wiedzy. Albowiem kiedy wiedza postrzegana jest jako „uwikłana”, nie rozpełza się natychmiastowo po dyskursie i praktykach społecznych (jak pamiętamy, elementem domknięcia czarnej skrzynki jest wyparcie wiedzy o jej historii społecznej). Dlaczego należy przeciwdziałać tego typu procesom? Dobrze ilustruje to przykład ADHD: oto chorobie, wokół której panuje wiele kontrowersji, pozbawionej jednoznacznych testów diagnostycznych, pozwolono zinstytucjonalizować się. Wiedza ta nie jest jednak niewinna; dominująca definicja ADHD może generować szereg szkód społecznych (naddiagnozy, niebezpieczna terapia, szkodliwa stygmatyzacja społeczna). Co więcej, naukowcy z głównego nurtu badań w dużej mierze stracili kontrolę nad definicją tej choroby i nawet gdyby usiłowali ją w chwili obecnej zrewidować lub podważyć, okazałoby się to niemożliwe ze względu na procesy związane z jej publiczną reprezentacją i instytucjonalizacją. ADHD zaczęło żyć własnym życiem.

Oczywiście dotykamy tu delikatnej społecznie problematyki; każdy temat związany z naszym zdrowiem jest drażliwy i moralnie ufortyfikowany. Zarówno zdrowie, jak i życie należą do najważniejszych wartości naszej kultury. Ale czy przywoływanie ich może ostatecznie wymusić zgodę w ramach sporu? Wszak odstępcy, tak jak i przedstawiciele dominującego paradygmatu, twier-

dzą, że reprezentują nasz interes związany ze zdrowiem. Co więcej, zarzucają swoim oponentom to, że oni z kolei działają na szkodę zdrowia publicznego. Istotny jest tu fakt, że w kluczowych momentach procesu domykania czarnej skrzynki ADHD nie było miejsca na merytoryczną dyskusję: choroba została zaprezentowana publicznie jako nieproblematyczny obiekt i w krótkim czasie stała się czarną skrzynką. Co by się jednak stało, gdyby ludzie wiedzieli o alternatywnych koncepcjach i terapiach, finansowym uwikłaniu obu stron (weźmy choćby pod uwagę CHADD), o nieudanych próbach potwierdzenia badań neurofizjologicznych? Ewentualnie jak zaczęlibyśmy podchodzić do obiektów takich jak ADHD, znając mechanizmy produkcji wiedzy naukowej identyfikowane przez ANT?

Oczywiście można wprowadzić szereg innowacji, które ułatwiałyby ujawnianie sieciowego charakteru obiektów naukowych przenikających do sfery działań publicznych. W praktyce oznacza to dopuszczenie do głównego nurtu debaty głosów krytycznych, które aktualnie są marginalizowane. Nie chodzi tu o tworzenie parytetu, ale o pozostawienie otwartych kanałów, dzięki którym głosy krytyczne będą mogły być artykułowane, oraz o obniżenie kosztów tego typu działań. Potrzebny jest zatem system dyskursywnych *checks and balances*, który uniemożliwiałby monopolizację przestrzeni wpływu, jaką jest przekaz medialny, albo przynajmniej podwyższałby koszty tego typu działań, czyniąc je nieopłacalnymi⁶⁶. Konieczne jest również ujawnianie technik, którymi posługują się poszczególni aktorzy w promowaniu swojej wizji. Najczęściej aktorzy usiłują stworzyć sytuację, kiedy to ich komunikat nadawany jest przez dwóch lub więcej aktorów postrzeganych jako niezależnych od siebie, co wzmacnia wiarygodność tworzonej w ten sposób reprezentacji. Dlatego też koncerny farmaceutyczne inwestują ogromne środki w to, by prace finansowanych przez nich badaczy pojawiały się w czołowych czasopismach naukowych oraz zajmowały wysokie miejsce w dyskursie prasowym. Jednym z częstszych zabiegów stosowanych przez koncerny jest wykorzystywanie liderów opinii reprezentujących środowisko naukowe, którzy przedstawiani są jako niezależni eksperci, choć w praktyce często są wspierani przez koncerny. Sytuację tę można traktować jako odmianę konfliktu interesów. Istnieje szereg możliwości przeciwdziałania tego typu sytuacjom. Przykładowo od dość dawna walczy się o to, by każdy ekspert medyczny zajmujący się oceną leków ujawniał swoje źródła dotacji. Regulacja ta jest jednak nieefektywna, gdyż nie ujawnia się wielkości tych środków. A zatem ekspert, który otrzymał od koncernu 3.000\$ za wygłoszenie referatu, postrzegany jest w taki sam sposób, jak naukowiec, który regularnie, każdego roku otrzymuje od tego samego koncernu 200.000\$. Istnieje jednak bardzo silny opór przed wprowadzaniem

⁶⁶ Warto nawiązać tu do problematyki *disease mongering*. Teoretycznie działania tego typu stanowią konsekwencje dążeń koncernów farmaceutycznych do maksymalizacji swoich korzyści. Strategia ta wybierana jest jako korzystniejsza od opracowywania leków na choroby znane już i uznane za niebezpieczne. Można sobie zatem wyobrazić sytuację instytucjonalną, w której koszty „marketingu choroby” sprawiają, że koncern nie będzie gotów ich podjąć.

tego typu mechanizmów zwalczających konflikt interesu. Problematyzuje się kwestię, czy w ogóle należy myśleć o finansowaniu badań w kategorii konfliktu interesu, który jest charakterystyczny raczej dla sfery polityki niż działań naukowych.

Docieramy tu zatem do kolejnej fortyfikacji, jaką w naszym społeczeństwie stanowi sama koncepcja prawdy obiektywnej. To właśnie prawdą naukową zasłaniają się uczestnicy sporów, wikłając nas w filozoficznie i metodologicznie nierozstrzygalne spory. W efekcie takiego ujęcia przestajemy brać pod uwagę koszty społeczne zmian polegających na wprowadzeniu do obiegu nowych kategorii chorobowych lub obiektów nauki w ogóle. Czy w świetle istniejących kontrowersji wokół diagnozy i etiologii sensowne jest ograniczenie się wyłącznie do niebezpiecznego leczenia farmakologicznego? Czy monitorując wykorzystywane przez koncerny farmaceutyczne strategie promowania chorób i leków, zgodzilibyśmy się równie szybko, by Ritalin oraz podobne mu substancje uczynić terapiami z wyboru, odrzucając jednocześnie wszelkie alternatywy? Czy zgodzilibyśmy się na to, wiedząc, że stymulanty nie leczą, lecz maskują chorobę, lub też wtedy, gdybyśmy się dowiedzieli, że działają one na każdego w taki sam sposób? Wreszcie czy pozwolilibyśmy na to, by za sprawą jurydyzacji ukonstytuował się system, który zachęca do diagnozowania ADHD i wielokrotnie wymusza leczenie farmakologiczne?

Jedną z alternatyw jest konsekwentne trzymanie się ontologii relacyjnej ANT. W takim przypadku, podejmując decyzje, nie opieramy się wyłącznie na reprezentacji świata (jej spójności, solidności translacji itd.), ale musimy brać pod uwagę inne sploty czynników. Wymaga to jednak rekonfiguracji warunków, w jakich funkcjonuje dyskurs. Oczywiście ryzykujemy tym, że wielość głosów okaże się paralizująca dla podejmowania wiążących decyzji i praktycznego działania. Czy jednak pozostanie przy niekontrolowanym i pochopnym domykaniu czarnych skrzynek wydaje się sensowne, biorąc pod uwagę przykład ADHD i możliwość, że oto mamy do czynienia z nieefektywnym i zarazem groźnym dla ludzkiego zdrowia sposobem leczenia choroby, która wcale nie musi być chorobą? Czy gotowi jesteśmy zaakceptować taki system podejmowania decyzji oraz procedury innowacji naukowych, biorąc pod uwagę, że wpisano w nie tego typu zagrożenie? Wątpliwości te pozostawiamy na razie otwarte. Wydaje się jednak, że ANT wskazuje kierunek, w jakim należałoby podążać, aby radzić sobie z tego typu kontrowersjami.

Literatura

Abriszewski, K., Afeltowicz, Ł. 2007. Jak gołym okiem zobaczyć rosnące neurony i siłę alergii? Krążąca referencja w nauce i poza nią. *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 3-4 (173-174): 405-420.

Amen, D. G. 1999. *Change Your Brain, Change Your Life: The Breakthrough Program for Conquering Anxiety, Depression, Obsessiveness, Anger, and Impulsiveness*. New York: Three Rivers Press.

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Publications.

Applbaum, K. 2006. Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e189.

Barkley, R. A. 2006. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd edition*. New York: Guilford Press.

Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C., Smallish L. 1990. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 32, 2: 546-557.

Barkley, R. A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. 2002. The Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 111, 2: 279-289.

Barkley, R. A. 2004. Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, 1: 65-69.

Barnes B., Bloor D., Henry J. 1996. *Scientific Knowledge: A Sociological Analysis*. London: Athlone.

Baumeister, A. B., Hawkins M. F. 2001. Incoherence of Neuroimaging Studies of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Neuropharmacology*, Vol. 24, 1: 2-10.

Beck, U. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: SAGE Publications.

Biedermann 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.

Bloor, D. 1991. *Knowledge and Social Imagery*, Chicago: Chicago University Press.

Bonati, M. 2006. The Italian Saga of ADHD and Its Treatment, G. Lloyds, J. Stead, D. Cohen, red. *Critical New Perspectives on ADHD*: 128-136. London: Routledge.

- Breggin, P. R. 1999. Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed with ADHD: Risks and Mechanism of Action. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 12: 3-35.
- Callon, M. 1986. Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fisherman of St. Brieux Bay, J. Law, red. *Power, Action and Belief*: 196-229. London: Routledge & Kegan Paul.
- Callon, M. 1991. Techno-economic Networks and Irreversibility, J. Law, red. *A Sociology of Monsters: Essays on Power Technology and Domination*: 132-161. London: Routledge.
- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y. 2009. *Acting in an Uncertain World: An Essay on Technical Democracy*, przeł. G. Burchell. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Charatan, F. 2000. US Parents Sue Psychiatrists for Promoting Ritalin. *British Journal of Medicine*, Vol. 321 (7263): 723.
- Cohen, A. 2006. Critiques of the 'ADHD' Enterprise, G. Lloyds, J. Stead, D. Cohen, *Critical New Perspectives on ADHD*: 12-33. London: Routledge.
- Collins, H, Evans R. 2002. The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience. *Social Studies of Science*, Vol. 32, 2: 235-296.
- Collins, H, Evans R. 2007. *Rethinking Expertise*. Chicago: Chicago University Press.
- Cook, E. H. i inni. 1995. Association of Attention Deficit Disorder and the Dopamine Transporter Gene. *American Journal of Human Genetics*, 56: 993-998.
- Demeritt, D. 2006. Science Studies, Climate Change and the Prospects for Constructivist Critiques. *Economy and Society*, Vol. 35, 3: 453-479.
- Demeritt, D. 2001. The Construction of Global Warming and the Politics of Science. *Annales of the Association of American Geographers*, Vol. 91, 2: 307-337.
- Diller, L. H. 1998. *Running on Ritalin*. New York: Bantam.
- Monique, E. i inni. 1994. Reduced Brain Metabolism in Hyperactive Girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 33: 858-868.
- Fleck, L. 1981. *Genesis and Development of a Scientific Fact*, red. T. J. Trenn, Robert K. Merton, przeł. F. Bradley, T. J. Trenn, wstęp T. S. Kuhn. Chicago: Chicago University Press.
- Gilger J. W. i inni. 1992. A Twin Study of the Etiology of Comorbidity: Attention-deficit Hyperactivity Disorder and Dyslexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 343-348.
- Hallowel, E. M., Ratey, J. J. 1994. *Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood Through Adulthood*. New York: Simon & Schuster.
- Healy, D. 2006. The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e185.

- Heath, I. 2006. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e146.
- Hellman, J. S., Kaufmann, D. 2002. The Inequality of Influence. Źródło: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=38690, 29.01.2013.
- Webb-Honos, L. 2008. *The Gift of ADHD: 101 Ways to Turn Your Child's Problem into Strengths*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hynd, G. W. i inni. 1990. Corpus Callosum Morphology in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Morphometric Analysis of MRI. *Journal of Learning Disabilities*, 24: 141-146.
- International Consensus Statement on ADHD, „Clinical Child and Family Psychology Review” 2002, Vol. 2 nr 5: 89-111.
- Joseph, J. 2000. Not in Their Genes: A Critical View of the Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*, Vol. 20, 4: 539-567.
- Kirk, S. A., Kutchins, H. 1992. *The Selling of DSM: the Rhetoric of Science in Psychiatry*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Knorr-Cetina, K. 1981. *The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science*. Oxford: Pergamon Press.
- Knorr-Cetina, K. 1999. *Epistemic Cultures. How the Sciences Make Knowledge*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kraus, J. 2004. *Cory Stories: A Kid's Book About Living With ADHD*. Washington: Magination Press.
- Latour, B. 1983. Give Me a Laboratory and I will Raise the World, K. Knorr-Cetina, M. Mulkay, red. *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*: 144-170. London: SAGE Publications.
- Latour, B. 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Latour, B. 1991. Technology Is Society Made Durable, J. Law, *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*: 103-131. New York: Routledge.
- Latour, B. 1992. Where Are the Missing Masses? Sociology of a Few Mundane Artefacts, W. Bijker, J. Law, red. *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*: 225-258. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Latour, B. 1993. *We Have Never Been Modern*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Latour, B. 1999. *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*, Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. 1999. *On Recalling ANT*, John Law, John Hassard, *Actor Network Theory and After*: 15-25. Oxford: Blackwell Publishers.

- Latour, B. 2004. *Politics of Nature. How to Bring the Sciences into Democracy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 2005. *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Latour, B., Woolgar, S. 1979. *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. Beverly Hills: SAGE Publications.
- Law, John. 1991. Introduction: Monsters, Machines and Sociotechnical Relations, J. Law, red. *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*: 1-23. London: Routledge.
- Law, J. 1997. Technology and Heterogeneous Engineering: The Case of Portuguese Expansion, W. Bijker, T. Hughes, T. Pinch, red. *The Social Construction of Technological Systems. New directions in the Sociology and History of Technology*: 111-134. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Law, J. 1999. After ANT: Complexity, Naming and Topology, J. Law, J. Hassard, red. *Actor Network Theory and After*: 1-14. Oxford: Blackwell Publishers.
- Law, J. 2006. Traduction/Trahison - Notes on ANT. *Convergencia*, Vol. 13, 42: 47-72.
- Leo, J, Cohen, D. 2003. Broken Brains or Flawed Studies? A Critical Review of ADHD Neuroimaging Research. *The Journal of Mind and Behavior*, Vol. 24, 1: 29-56.
- Levitt, S. D., Dubner, S. J. 2009. *SuperFreakonomics: Global Cooling, Patriotic Prostitutes and Why Suicide Bombers Should Buy Life Insurance*. New York: William Morrow.
- LoPorto, G. 2005. *The Da Vinci Method - Break Out and Express Your Fire*. Media for Your Mind, Inc.
- McCombs, M. E., Shaw, D. L. 1972. The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, Vol. 36, 2: 176-187.
- Mannuzza, S. i inni. 1993. Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status. *Archives of General Psychiatry*, 50: 565-576.
- Maté, G. 1999. *Scattered Minds: A New Look At The Origins And Healing of Attention Deficit Disorder*. Toronto: Vintage Canada.
- Ménard, C., Shirley, M. M. red. 2005. *Handbook of New Institutional Economics*. Netherlands: Dordrecht.
- Mol, A. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Monastra, V. J. 2004. *Parenting Children With ADHD: 10 Lessons that Medicine Cannot Teach*. Washington: American Psychological Association.
- Moynihan, R., Cassels, A.. 2005. *Selling Sickness: How Drug Companies Are Turning Us All into Patients*. Crows Nest: Allen & Unwin.

Moynihan, R., Henry, D.. 2006. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e191.

Payer, L.. 1992. *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick*. New York: Wiley.

Nadeau, K. G. 1998. *Help4ADD@High School*. Altamonte Springs: Advantage Books.

Pettersen, M. 2008. *Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs*. Farrar: Picador.

Phillips, C. B. 2006. Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e182.

Pliszka, S. R. i inni. 1996. Catecholamines in Attention-Deficyt Hiperactivity Disorder: Current Perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 264-72.

Quinn, P. O., Stern J. M. 1992. *Putting on the Brakes: Young People's Guide to Understanding Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Washington: Marington Press.

Rafalovich, A. 2005. Exploring Clinician Uncertainty in the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 27, 3: 305-323.

Rapoport, J. L., Buchsbaum M. S., Zahn T. P., Weingartner H., Ludlow C., Mikkelsen Edwin, J. 1978. Dextroamphetamine: Cognitive and Behavioral Effects in Normal Prepubertal Boys. *Science*, Vol. 199, 4328: 560-563.

Riley, D. 1997. *The Defiant Child: A Parent's Guide to Oppositional Defiant Disorder*. Boulder: Taylor Trade Publishing.

Sojak, R. 2004. *Paradoks antropologiczny. Socjologia wiedzy jako perspektywa ogólnej teorii społeczeństwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Taylor, J. F. 2006. *The Survival Guide for Kids with ADD or ADHD*. Minneapolis: Free Spirit Publishing.

Tiefer, L. 2006. Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Med*, Vol. 3, 4: e178.

Timimi, S. i 33 Coendorsers. 2004. A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, 1: 59-63.

Timimi, S. 2001. *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*. New York: Routledge.

Weiss, L. 1996. *Give Your ADD Teen a Chance: A Guide for Parents of Teenagers With Attention Deficit Disorder*. Colorado Springs: NavPress.

Wilkin, J., red. 2005. *Teoria wyboru publicznego: Wstęp do ekonomicznej analizy polityki i funkcjonowania sfery publicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Vincent, A. 2004. *My Brain Needs Glasses: Living With Hyperactivity*. Lac-Beauport: Les Éditions Québec-Livres.

Zehr, St. C., Public Representations of Scientific Uncertainty about Global Climate Change. *Public Understanding of Science*, Vol. 9, 2: 85-103.

Zametkin, A. J. i inni. 1990. Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset. *New England Journal of Medicine*, Vol. 323: 1361-1366.

Zametkin, A. J. i inni. 1993. Brain Metabolism in Teenagers with Attention-Deficit Hyperactive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 50: 333-340.

Źródła internetowe:

<http://www.addadhdblog.com/#b6607>, 9.12.2009.

<http://www.addforums.com/forums/>, 9.12.2009.

<http://adhdguide.blogspot.com/>, 10.12.2009.

http://www.adhdparenttrainer.com/php-files/viewpage.php?page_id=31, 9.12.2009.

<http://www.adhdtraining.co.uk/>, 9.12.2009.

<http://adhd-add-coping-strategies.suite101.com/>, 10.12.2009.

<http://www.chadd.org/>, 10.12. 2009.

<http://circ-uab.infomedia.com/content.asp?id=98821>, 16.12.2009.

<http://www.dotcr.ost.dot.gov/Documents/ycr/REHABACT.HTM>, 10.12.2009.

<http://www.ed.gov/policy/speced/leg/idea/history.html>, 10.12.2009.

<http://forums.about.com/n/pfx/forum.aspx?nav=messages&webtag=ab-add&lgnF=y>, 10.12.2009.