

MAGDALENA WIECZORKOWSKA  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi\*  
DOI: 10.26485/PS/2017/66.1/2

## TEORETYCZNE I METODOLOGICZNE ASPEKTY BADAŃ NAD PROCESAMI MEDYKALIZACJI – ZARYS PROBLEMATYKI

### Streszczenie

Medykalizacja to proces w Polsce wciąż niezbadany, choć cieszący się coraz większym zainteresowaniem socjologów medycyny. Zarówno medycyna, jak i socjologia zgadzają się co do tego, że medykalizacja istnieje, choć nieco inaczej jest rozumiana przez przedstawicieli obu tych dyscyplin. Medycyna widzi ten proces jako naturalny i wręcz pożądaný, podczas gdy socjologia medycyny często podkreśla jego negatywne konsekwencje, mówiąc o prze-medyzalizowaniu. Jako jedno z pierwszych polskich opracowań problematyki medyzalizacji, artykuł przedstawia zarys podstawowych dylematów teoretycznych i metodologicznych, jakie trzeba rozstrzygnąć lub mieć na uwadze, podejmując badania procesów medyzalizacji.

**Słowa kluczowe:** medyzalizacja, metody i techniki badawcze, proces, wskaźniki

### WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich 50 lat powstało wiele prac poświęconych medyzalizacji. Zarówno socjologowie, jak i medycy zgadzają się co do tego, że zjawisko to istnieje, choć nieco inaczej widziane jest z perspektywy nauk medycznych, a inaczej z perspektywy nauk społecznych i humanistycznych. Te pierwsze postrzegają proces medyzalizacji jako naturalną konsekwencję postępu naukowego i traktują

---

\* Dr n. hum., Zakład Socjologii; e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

go jako pozytywny i pożądany. Te drugie ukazują medykalizację przez pryzmat władzy i kontroli medycznej, nie zawsze traktując ją jako proces neutralny. Studia literatury poświęconej medykacji pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

- literatura zagraniczna opisuje procesy medykacji w społeczeństwach zachodnich w oparciu o różnorodne badania;
- literatura polska przedstawia zagadnienie medykacji jako nowe na gruncie polskim, dlatego duża część prac poświęcona jest relacjonowaniu stanu dotychczasowej wiedzy naukowej rozwijanej głównie w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Francji, Włoszech i Niemczech;
- w literaturze polskiej brakuje wiedzy empirycznej, opartej na badaniach pokazujących specyfikę procesów medykacji w kraju;
- proces medykacji w Polsce ma wciąż status nowego zjawiska, którego pojawienie się związane jest z przemianami rozpoczętymi po 1989 roku, podczas gdy w przywoływanych wyżej krajach problematyka ta ma dużą bogatszą tradycję;
- w naukach medycznych medykacja jest rozumiana jako naturalna konsekwencja postępu w medycynie i farmakologii – fakt, iż medykuluje się kolejne stany i zachowania jest efektem lepszej diagnostyki czy opracowania nowych leków. W naukach społecznych medykacja rozumiana jest jako zawłaszczanie kolejnych obszarów codziennego życia i w tym sensie, *implicite*, traktowana jest jako zjawisko negatywne;
- nauki społeczne nie podważają medycznych podstaw procesów medykacji; próbują natomiast pokazać, jakie konsekwencje w wymiarze jednostkowym i społecznym ma uznanie określonego stanu, zjawiska czy zachowania za patologiczne w sensie medycznym.

Uwzględniając fakt, że procesy medykacji w Polsce są zjawiskiem nowym, związanym – między innymi – z transformacją ustrojową, warto podjąć próbę analizy dotyczącej teoretycznych i metodologicznych aspektów tego zagadnienia. Niewielka część polskich badań w tym obszarze może być bowiem podyktowana faktem, iż rozległość i złożoność procesów medykacji nasuwa szereg problemów poznawczych i metodologicznych. Brakuje także prac poświęconych tego typu zagadnieniom. Niniejszy artykuł skupia się na wybranych aspektach tej problematyki, nie wyczerpując tematu. W pierwszej części poruszone zostaną wybrane kwestie teoretyczne dotyczące natury samej medykacji, zaś w drugiej problemy metodologiczne związane z badaniem procesów umedycznienia.

## MEDYKALIZACJA – USTALENIA WSTĘPNE I ICH KONSEKWENCJE DLA BADAŃ

### Pojęcie medykalizacji

Najczęściej cytowaną definicją jest propozycja Petera Conrada, amerykańskiego socjologa medycyny, eksperta w dziedzinie medykalizacji. Uważa on, że medykalizacja jest procesem, w którym niemedyczne problemy są definiowane i traktowane jako medyczne (zazwyczaj jako choroby i zaburzenia) [Conrad 1992, 2007]. Conrad, zajmujący się problematyką medykalizacji od lat 70. XX wieku, doszukuje się początków zainteresowania tymi zagadnieniami w latach 60. XX wieku. Podkreśla, że pierwsze prace poświęcone były medykalizacji dewiacji [zob. Pits 1968], jednak szybko koncepcja znalazła zastosowanie w odniesieniu do wielu zjawisk życia codziennego (zostało to przedstawione m.in. w pracach Elliota Freidsona [1970], Irvinga Zoli [1972] czy Ivana Illicha [1976]). Prace tych ostatnich autorów akcentowały medyczny imperializm, co znalazło wyraz w sposobie rozumienia przez nich samej medykalizacji. Tak więc Zola rozumiała ją jako definiowanie niemedycznych problemów w terminach medycznych, zwykle jako zaburzenia i zwykle z założeniem, że właściwym działaniem będzie interwencja medyczna lub leczenie [1972], podkreślając także jej ekspansywność i podporządkowanie kontroli medycznej [1983]. Illich zaś pisał o społecznej jałtrogenie, która odnosi się do szkód zdrowotnych u jednostek na skutek działań medycznych, a także pod wpływem samej organizacji medycznej oraz w związku z medycznym monopolem, kontrolną funkcją medycyny dla ludzkiego życia [1976]. W szerszym ujęciu medykalizację opisywał Paul Weindling, akcentując rozprzestrzenianie się racjonalnych, naukowych wartości charakterystycznych dla medycyny na inne rozległe obszary działań społecznych [1986].

Sam Peter Conrad w swej znakomitej książce pod wiele mówiącym tytułem *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* [2007] wielokrotnie podkreśla, że medykalizacja to proces czynienia czegoś medycznym, polegający na definiowaniu zjawiska (lub stanu) z użyciem medycznej terminologii, opisywaniu go medycznym językiem, rozumieniu przez pryzmat medycznego ujęcia lub też poddaniu go medycznej interwencji. Autor zaznacza także, że wiele prac, w tym także jego, zajmuje krytyczne stanowisko wobec medykalizacji, jednak w związku z tym, że jest ona procesem, nie można z góry przesądzać o „przemedykalizowaniu” (*overmedicalization*) jakiegoś stanu. Kluczowe znaczenie ma uświadomienie sobie, że coś, co jest postrzegane jako jednostka chorobowa, nie jest takie *ipso facto*

i musi zostać przez kogoś jako takie zdefiniowane [Conrad 2007: 5]. We wcześniejszym modelu medykalizacji medyczne ramy problemom nadawane były przez profesje medyczne (medykalizacja typu *top-down*), jednak w nowym modelu medykalizacji coraz częściej definiowanie ma charakter oddolny (medykalizacja typu *bottom-up*) i przybiera postać roszczeń oraz nacisków grup i jednostek pod adresem instytucji i organów decyzyjnych w celu uznania określonego stanu za chorobę. W takim rozumieniu jest to socjokulturowy proces, w którym mogą, ale nie muszą, uczestniczyć przedstawiciele profesji medycznych [Conrad 2007; Wieczorkowska 2012].

Inne, pojawiające się w literaturze przedmiotu sposoby rozumienia medykalizacji mają charakter operacyjny i zazwyczaj powielają istniejące definicje, głównie powołując się na ujęcie Petera Conrada i adaptując je do swoich potrzeb [Breggin, Cohen 1999; van Praag, 2000; Davis 2006; Szasz 2007; Brubaker, Dillaway 2009; Christiaens, van Teijlingen 2009; Sadler, Jotterand, Lee, Inrig 2009; Conrad, Barker 2010; Leźnicki 2013; Nowakowski 2015].

### Wąskie i szerokie ujęcie medykalizacji

Analizując pojęcie medykalizacji, można dostrzec jego ewolucję – od wąskiego medycznego ujęcia, charakteryzującego naturalny rozwój medycyny i jego konsekwencje (w postaci umedycznienia), poprzez szerokie medyczne podejście, ukazujące ekspansję medycyny na kolejne obszary codziennego życia, które zostają poddane medycznej kontroli i jurysdykcji, aż do współczesnego, szerokiego ujęcia niemedyceznego, które podkreśla socjokulturowy proces rozrostu kategorii medycznych i wiedzy medycznej na wszystkie aspekty życia człowieka, „umedycznianie” z udziałem lub bez udziału profesjonalistów medycznych, przy wzroście znaczenia „instrumentów” medykalizacji – konsumentów, ruchów społecznych, biotechnologii, mediów i koncernów farmaceutycznych. Medykalizacja obecnie nie jest już pojmowana wąsko, jako forma dominacji i kontroli medycyny nad życiem społecznym. W ramach tego procesu omawia się zjawiska nie będące *sensu stricto* związane z systemem medycznym (nie zachodzą bezpośrednio wewnątrz niego i nie potrzebują profesjonalistów medycznych i medycyny do czynienia czegoś medycznym). W szerokim ujęciu procesu medykalizacji pojawiają się takie przykłady, do których określenia „choroba” czy „zaburzenie” nie mają odniesienia, co jednak nie przeszkadza analizować ich w kontekście procesów medykalizacji – powstają prace poświęcone medykalizacji zdrowia publicznego, zdrowego stylu życia, ras i rasizmu [Wellman 2000; Prosen, Krajnc 2013; Thomas 2014].

## MEDYKALIZACJA TYPU *TOP-DOWN* I *BOTTOM-UP*

Jak wyżej nadmieniono, wczesny model medykalizacji podkreślał, iż jest to proces indukowany odgórnie (*top-down*). Odwołując się do szerszego kontekstu społecznego, sięgano do ekonomii politycznej charakterystycznej dla krajów kapitalistycznych [Nowakowski 2015]. Poprzez procesy dyferencjacji i specjalizacji medycyna rozprzestrzeniała swoje wpływy, zawłaszczając kolejne obszary ciała i umysłu ludzkiego [Illich 1976]. Generowane odgórnie potrzeby medyczne nie przez wszystkich mogły być zaspokojone, gdyż określone grupy i kategorie społeczne miały mniej zasobów, co prowadziło do nierówności zdrowotnych. Istotną rolę odegrał także biomedyczny model choroby, według którego jest ona usterką i należy ją naprawić. Koncentrowano się zatem na leczeniu, a nie na poszukiwaniu przyczyn – często o podłożu społecznym – chorób. Słynne stwierdzenie Barbary Wootton, że łatwiej zbudować klinikę, niż zburzyć slumsy [Wootton 1959, za: Meredith, Poitras 2009: 376] oddaje istotę takiego podejścia. Model medykalizacji odgórnej był popularny w latach 70. XX wieku. Na przełomie lat 80. i 90. XX wieku zaczęła dominować perspektywa społecznego konstrukcjonizmu, wedle której każda wiedza, zatem także medyczna, jest produktem społecznym. Oznacza to, że jest ona wytwarzana w procesach interpretacji i negocjacji i to od nich zależy ocena określonego zjawiska. W odniesieniu do wiedzy medycznej definicje chorób postrzegane są jako efekt interakcji między jednostkami, a także między grupami. Grupy w różnym stopniu mogą wytwarzać wiedzę na temat zdrowia i choroby, tworząc w ten sposób nierówności w zdrowiu. Medykalizacja jest w tej perspektywie postrzegana jako proces oddolny (*bottom-up*). Wytwarzana wiedza próbuje uzyskać status wiedzy legitymizowanej, a w konkretnych przypadkach określone jednostki czy grupy definiują się jako chorzy i domagają się uznania przez autorytety medyczne tego stanu za chorobę, syndrom czy zaburzenie. Najnowsze prace z zakresu procesów medykalizacji podkreślają znaczenie tzw. machin, pośredników czy instrumentów medykalizacji (*agents*), które generują procesy umedycznienia na poziomie mikrospołecznym [por. Conrad 2007].

Przegląd podejść do definiowania medykalizacji prowadzi do następujących wniosków. Po pierwsze, medykalizacja traktowana jest jako proces. Złożoność i wielość zjawisk poddawanych umedycznieniu wskazuje, że należy mówić raczej o procesach medykalizacji, podkreślając ich różnorodny przebieg, natężenie i stopnie, aniżeli o jednorodnym procesie medykalizacji.

Po drugie, można mówić o wąskim medycznym i niemedycznym oraz o szerokim niemedycznym ujęciu medykalizacji, co ma swoje implikacje badawcze, powodując zawężenie lub poszerzenie spektrum badanych zagadnień. Obecnie

we wszystkich ujęciach niekwestionowane będą takie przykłady, jak narodziny, śmierć, menopauza czy osteoporoza. Jednak ani w wąskim, ani w szerokim medycznym ujęciu nie można mówić o medykalizacji cyberprzestrzeni, medykalizacji przestrzeni prywatnej czy publicznej, medykalizacji rasizmu czy też medykalizacji edukacji. Te przykłady mogą być rozważane tylko w ostatniej z wymienionych perspektyw.

Po trzecie, wylaniają się dwie ścieżki medykalizacji – „odgórną” (*top-down*), charakterystyczna dla wczesnych procesów medykalizacji oraz „oddołną” (*bottom-up*), odnosząca się do współczesnych procesów umedyczniania codziennego życia<sup>1</sup>. Świadomość tych rozróżnień ma ogromne znaczenie dla rozumienia przebiegu procesów medykalizacji i jest niezbędna przy określaniu problematyki badawczej. Inaczej bowiem bada się procesy generowane odgórnie, a inaczej te, które rodzą się na mikropoziomie i wznoszą się w kierunku makrostruktur. Dodatkowo warto zaznaczyć, że współczesne procesy medykalizacji są dużo bardziej złożone i mogą jednocześnie przebiegać w dwóch kierunkach. Często koncerny farmaceutyczne, które niewątpliwie mogą być traktowane jako przedstawiciele makrospołeczni, poszukując rynków zbytu, eskalują lęk i kreują choroby (*top-down*). Jednostki przekonane, że ich problem ma naturę medyczną i może zostać rozwiązany za pomocą działań i procedur medycznych, zaczynają domagać się legitymizacji swojego stanu, wywierając naciski na makrospołecznych decydentów (*bottom-up*).

Po czwarte wreszcie, autorzy zajmujący się tym zagadnieniem, pokazując procesualność medykalizacji, wpisują się w konstruktywistyczne podejście do problemu. Medykalizacja jako fenomen socjokulturowy jest faktem charakteryzującym współczesne społeczeństwa zachodnie, jednak transformacja konkretnego stanu „normalnego” w stan „patologiczny” jest społecznie konstruowana. Przykładem ilustrującym konstruktywistyczne podejście do zagadnienia jest zespół stresu pourazowego (PTSD – *post traumatic stress disorder*). Amerykańscy żołnierze, którzy po powrocie z wojny w Wietnamie odczuwali szereg psychosomatycznych symptomów, będących pozostałością wojennych przeżyć, zaczęli domagać się uznania ich problemów psychicznych i somatycznych za chorobę, co też się stało, gdy w latach 80. XX wieku zespół stresu pourazowego został uznany za chorobę przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i wprowadzony do oficjalnej klasyfikacji DSM-III<sup>2</sup> oraz ICD-10<sup>3</sup>. Socjologowie zajmujący się problematyką

<sup>1</sup> Szerzej na temat wczesnego i nowego modelu medykalizacji patrz: Wieczorkowska 2012.

<sup>2</sup> *Diagnostic and Statistical Manual*; obecnie obowiązuje piąta rewizja (DSM-V).

<sup>3</sup> *International Classification of Diseases and Related Health Problems*; obecnie obowiązuje rewizja 10 (ICD-10).

medykalizacji analizują, w jaki sposób dochodzi do społecznego konstruowania choroby i jakie są tego konsekwencje. Conrad podkreśla, że to, co uznawane jest za chorobę, nie jest nią samo przez się – musi zostać na poziomie konceptualnym zdefiniowane jako takie, zatem musi nastąpić konstruowanie medycznej kategorii dla problemu, który do tej pory traktowany był jako moralny, prawny, czy w ogóle nie był rozpatrywany w takich kategoriach [Conrad 2007: 5]. Medykalizacja danego zjawiska, stanu czy zachowania ma charakter kontekstualny i zależy od czynników kulturowych. „Choroba” jest kategorią uniwersalną, ale to, co kryje się w treści definicji, jest relatywne i zależy od wielu czynników. Medykalizacja epilepsji nie wzbudza kontrowersji w społeczeństwie zachodnim, jego członkowie zgodzą się co do „medycznego” podłoża problemu, ale już medykalizacja ADHD nie jest taka oczywista i ma swoich zwolenników oraz przeciwników. Zapewne niektóre społeczności Ameryki Południowej medykalizację obu stanów – epilepsji i ADHD – uznałyby za absurdalną i niezrozumiałą. Co więcej, medykalizacja tego samego stanu (np. starości) będzie przebiegała z różną dynamiką w różnych krajach kultury zachodniej, co wynika z odmiennych uwarunkowań społecznych, politycznych czy obyczajowych.

### **DYLEMATY TEORETYCZNO-METODOLOGICZNE W SOCJOLOGII A MEDYKALIZACJA**

Jak pisze Marek Ziółkowski we wstępie do *Współczesnych teorii socjologicznych*, socjologia jest zbiorem ścierających się i często przeciwstawnych orientacji teoretyczno-metodologicznych [Ziółkowski w: Nijakowski, Szacki, Ziółkowski 2006: 18]. Badacz wskazuje kilka dylematów [Ziółkowski w: Nijakowski, Szacki, Ziółkowski 2006: 18–22], które pojawiają się w związku z próbą umieszczenia procesów medykalizacji w ramach wspomnianych orientacji.

Pierwszy, od którego należy zacząć, jest spór ontologiczny o naturę rzeczywistości społecznej: obiektywizm vs konstruktywizm. Stanowisko obiektywistyczne charakterystyczne m.in. dla socjologizmu (Emile Durkheim) głosi, że istnieje obiektywna rzeczywistość niezależna od ludzkich wyobrażeń, ale kształtująca te wyobrażenia. Według radykalnych konstruktywistów nie ma czegoś takiego jak obiektywna rzeczywistość, gdyż ta ostatnia jest zawsze wytworem działań uczestników życia społecznego, zatem jest nieustannie konstruowana. Łagodniejsza odmiana konstruktywizmu głosi, że jednostki dokonują interpretacji i konstruowania rzeczywistości, ale czynią to w pewnych zastanych warunkach społecznych. W odniesieniu do medykalizacji obiektywizm można uznać za charakterystyczny dla wczesnego modelu medykalizacji, z lat 60. i 70. XX wieku,

kiedy medykalizacja przejawiała się głównie jako proces „odgórny” (*top-down*), niezależny od ludzkich wyobrażeń, ale modyfikujący je. Konstrukttywizm odnosi się do nowego, współczesnego modelu, w którym dużą rolę odgrywają jednostki i aktorzy społeczni, zaś procesy medykalizacji polegają na nadawaniu znaczenia medycznego stanom, zjawiskom, zachowaniom, co dokonuje się w aktach interpretacji działających podmiotów (*bottom-up*).

Drugi jest spór metodologiczny: naturalizm vs antynaturalizm. Naturalizm głosi, że metody nauk społecznych są (lub powinny być) takie same jak metody w naukach przyrodniczych, a prawa socjologii mogą być wywiedzione z praw psychologii czy biologii. Stanowisko antynaturalistyczne, którego prekursorem był Dilthey, głosi zaś przeciwnie – że świat społeczny musi być badany za pomocą innych metod aniżeli te stosowane w naukach przyrodniczych; niemożliwe jest także „zredukowanie” praw socjologii do praw biologii. W badaniu procesów medykalizacji dominuje stanowisko antynaturalistyczne, choć nie jest ono wyrażane *explicite*. Autorzy są jednak zgodni, że medykalizacja społeczeństwa jest zjawiskiem nie mającym swojego odpowiednika w świecie przyrody i nie da się jej badać tymi samymi metodami. Wykorzystuje się tu techniki i narzędzia charakterystyczne dla nurtu antynaturalistycznego – jakościową analizę treści, analizę przypadków, badania historyczne czy metodologię teorii ugruntowanej. Ważne miejsce zajmują analizy historyczne i badania przekrojowe, pokazujące procesualność konkretnych przykładów medykalizacji oraz ich dynamikę, wykorzystujące paradygmat społecznego konstrukttywizmu [por. Conrad 2007: 10].

Trzeci jest spór epistemologiczny o naturę poznania socjologicznego: neutralność wobec wartości vs wartościowanie. Z jednej strony mamy do czynienia ze stanowiskiem pozytywistycznym, wedle którego zadaniem socjologii jest opis i uogólnianie „czystych” faktów przez obiektywnych badaczy-observatorów. Stanowisko przeciwne głosi, że niemożliwe jest uprawianie nauki wolnej od wartościowania. Przyjmuje ono trojaki postać: 1) konstrukttywizm poznawczy głosi, iż każde poznanie jest zapośredniczone przez uwarunkowania podmiotu poznającego; 2) radykalizm społeczny głosi, że nauka jest zawsze uprawiana z pewnej pozycji społecznej i w interesie określonych grup, 3) relatywizm kulturowy zaś twierdzi, że wysiłki poznawcze są zawsze zapośredniczone przez wartości danej kultury. Jeśli chodzi o medykalizację, to *implicite* przyjmuje się założenie, że jest to fenomen kultury zachodniej, narzucając w ten sposób ramy relatywizmu kulturowego. Jeśli nałożyć na to kontekst społeczeństwa kapitalistycznego, to można mówić także o pewnej odmianie radykalizmu społecznego i traktowaniu medykalizacji jako narzędzia w walce o interesy (np. koncernów farmaceutycznych czy grup pacjentów). Jeśli zaufać stwierdzeniu Conrada (na co



wskazują także studia literatury przedmiotu), w analizach medykalizacji dominuje traktowanie tych procesów jako negatywnych, wykazywanie „przemedykalizowania”, a więc nakłada się tu system wartości badacza podejmującego wysiłek poznawczy. Takie podejście prowadzi również do pewnych wypaczeń w procesie badawczym – poszukuje się jedynie argumentów przemawiających na korzyść medykalizacji, ignorując przejawy demedykalizacji [por. Babbie 2013: 23]. O tendencyjności w podejściu do zagadnienia świadczą choćby tytuły popularnych książek: *Inventing Disease and Pushing Pills. Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life* (Jorg Blech), *Selling Sickness. How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients* (Ray Moynihan, Alan Cassels), *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine* (John Abramson), *Psychiatry. The Science of Lies* (Thomas Szasz), *Pill Pushers: A Big Pharma Battle for Market Share* (Jennifer Moran, Ces Guerra), *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (Christopher Lane), *Crazy Like Us* (Ethan Watters), *Listening to Prozac* (Peter Kramer). Wysiłek badawczy powinien jednak być wolny od założeń, czy medykalizacja danego zjawiska jest dobra czy zła. Taka ocena powinna być co najwyżej zwieńczeniem wysiłku poznawczego, uwzględniającym szeroko zakrojone analizy konsekwencji medykalizacji analizowanego zjawiska. Samo pojęcie medykalizacji nie powinno tego narzucać, jednak trudno oprzeć się wrażeniu, że omówione na początku pojęcie medykalizacji ma pejoratywne konotacje.

Czwarty spór to polemika holizmu z indywidualizmem. To pierwsze stanowisko głosi, że społeczeństwo nie jest prostą sumą jednostek i dlatego też posiada odrębne od jednostkowych właściwości. Właściwości jednostek także nie da się zrozumieć bez odwołania się do cech całości. Przeciwnie zakłada się w podejściu indywidualistycznym – właściwości całości społecznych można wyjaśnić poprzez sięgnięcie do cech jednostek (stanowisko to zbieżne jest z redukcjonizmem metodologicznym). Medykalizacja to proces zachodzący na wielu poziomach, jednak trudno utrzymać stanowisko o możliwości zredukowania procesów zachodzących na poziomie makrosocjalnym do działań jednostek. Bliższe medykalizacji jest zdecydowanie stanowisko holistyczne.

Piąty dylemat to spór o naturę jednostki (między determinizmem a aktywizmem). Determinizm reprezentowany m.in. przez teorie rozwoju społecznego mówi, że społeczeństwo rozwija się w sposób planowy i kierunkowy, a kolejne etapy są konsekwencją poprzednich i warunkują następne. Jednostka jawi się tu zatem jako *homo sociologicus*, działający zgodnie z nakazami społecznymi. Aktywizm zaś podkreśla aktywność indywidualną i grupową, tworzącą świat społeczny. Jednostka w tym ujęciu to *homo creator*, dopasowujący się do działań

innych i swobodnie dokonujący wyborów. W odniesieniu do medykalizacji podejście deterministyczne było charakterystyczne dla wczesnego modelu medykalizacji, zaś aktywizm jest podejściem obecnym we współczesnych rozważaniach nad umedycznieniem.

Jeśli chodzi o ostatni spór, o naturę ludzkiego działania: racjonalność vs nieracjonalność, to z jednej strony prezentowane jest stanowisko utylitarystyczne (np. teorie racjonalnego wyboru), głoszące, że jednostki kierują się swoim egoistycznym interesem, dostosowując się do warunków zewnętrznych. Stanowisko przeciwne podkreśla, że działania jednostek są określane przez wewnętrzny interes i zewnętrzne zasoby, ale także system norm i wartości będących kontekstem działania (np. teoria działania społecznego Talcotta Parsonsa). Medykalizacja jest ściśle związana z racjonalnością charakterystyczną dla społeczeństw demokratycznych, a jej rosnące znaczenie jest wynikiem wyparcia religii przez naukę. Jednostki podejmujące wysiłki na rzecz medykalizacji często kierują się swoim indywidualnym egoistycznym interesem. W tym kontekście mówi się o tzw. medycznej wymówce (*medical excuse*) oraz medykalizacji „niewydajności” (*medicalization of underperformance*).

### **MEDYKALIZACJA A DEMEDYKALIZACJA – W STRONĘ ROZWIĄZAŃ EMPIRYCZNYCH**

Większość prac empirycznych poświęconych medykalizacji dotyczy czynienia jakiegoś stanu kategorią medyczną (np. medykalizacja nieśmiałości, ADHD, alkoholizmu, zaburzeń snu, architektury, internetu). Czy oznacza to, że mamy do czynienia tylko z procesem jednokierunkowej ekspansji medycyny? Czy jednocześnie nie towarzyszą mu przejawy demedykalizacji? Czy medycyna, zawłaszczając jeden obszar, nie „oddaje” jednocześnie innego? W tej części pokazane zostanie wzajemne przenikanie procesów medykalizacji i demedykalizacji oraz znaczenie tej relacji dla wysiłków badawczych. Medykalizacja jest procesem, zaś „umedycznienie”, czy też „zmedykalizowanie”, oznacza pewien stan w określonym momencie czasowym. W tym kontekście mówi się o stopniach medykalizacji, pokazując, że dany stan może być zmedykalizowany w małym stopniu, w dużym lub też całkowicie [Conrad 2007: 6–7]. Najczęściej jednak przyjmuje się, że medykalizacja jest procesem jednokierunkowym, a demedykalizacja, czyli „odmedycznienie”, traktowana jest jako proces przeciwstawny. Studiując literaturę przedmiotu, można odnieść wrażenie, że obecnie mamy do

czynienia jedynie z medykacją<sup>4</sup>, zaś procesy demedykacji nie pojawiają się w ogóle (jedynymi opisywanymi przykładami są demedykacja homoseksualizmu, który został skreślony z listy chorób w 1973 roku, oraz częściowa demedykacja ciąży i porodu). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że takiemu myśleniu sprzyja pewna tendencyjność w opisywaniu procesu medykacji. Dokonuje się zazwyczaj opisu i obserwacji jedynie tych faktów i wskaźników, które faworyzują tezę o medykacji. Dodatkowo, prowadzone analizy mają charakter raczej powierzchowny i nie uwzględniają wszystkich poziomów i aspektów procesu, które należy wziąć pod uwagę. Proces medykacji:

- zachodzi z różną siłą i w różnym tempie w różnych krajach;
- jest procesem charakterystycznym dla medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM), a tym samym dla krajów, które opierają się na tym systemie medycyny (głównie dla krajów zachodnich, kapitalistycznych; niewiele wiemy o medykacji w krajach arabskich);
- odznacza się różnymi stopniami w zależności od konkretnego medykowanego zjawiska;
- jest charakteryzowany poprzez różne poziomy, na których proces może także przebiegać z różną dynamiką.

Medykacja i demedykacja to nie procesy przeciwstawne. Mogą współwystępować i zazwyczaj tak się dzieje. Medykacja i demedykacja mogą się przenikać i nigdy nie są czymś ukończonym, obserwuje się ich ciągłą dynamikę. Badania prowadzone z przyjętym założeniem o jednokierunkowości są wartościowe, bo pokazują specyfikę procesu, jednak jednocześnie umacniają pozycję medykacji jako procesu dominującego i wszechogarniającego, stając się swego rodzaju samospełniającą się przepowiednią.

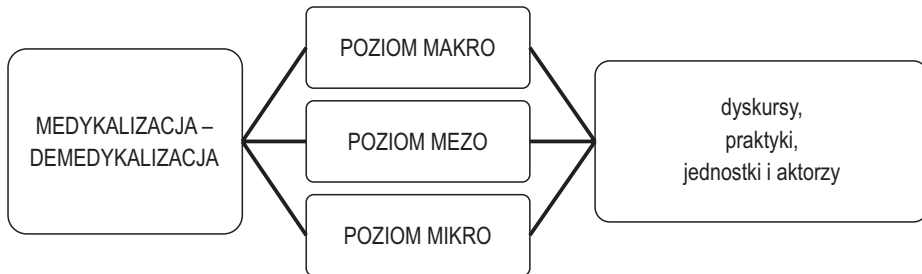
Niezwykle wartościowym narzędziem jest rama analityczna Drew Halfmanna [Halfmann 2011]. Punktem wyjścia uczynił on założenie o stadialności procesu medykacji-demedykacji, twierdząc, że zjawiska te współwystępują i wzajemnie się przenikają. Co więcej, uwzględnienie poziomów i wymiarów analizy pozwala na uzyskanie całościowego obrazu dynamiki tych procesów – określony

---

<sup>4</sup> Spośród licznych prac można tu przywołać choćby te poświęcone medykacji nastrojów i emocji [Mulder 2008, Parens 2011], kobiecego ciała, ciąży i macierzyństwa [Abate 2010; Noel-Weiss 2007; Leźnicki 2013; Prosen, Krajnc 2013], dorastania [McCabe 2005], dzieciństwa [Bakker 2007], zdolności poznawczych [Coveney i in. 2011], rasizmu [Thomas 2014; Wellman 2000], bezsenności [Williams i in. 2008], zwolnień chorobowych [Schierenbeck 2010], umierania [Goh 2012], edukacji [Petrina 2006], cyberprzestrzeni [Miah, Rich 2008], a także prace Petera Conrada i jego zespołu poświęcone globalnemu ujęciu procesów medykacji [1992, 2004, 2007, 2010] oraz pozycje innych autorów całościowo ujmujące proces [Nye 2003].

stan może być całkowicie zmedykalizowany na poziomie makrostrukturalnym i jednocześnie kontestowany na poziomie mikrostrukturalnym (osoba uznana obiektywnie – na podstawie wiedzy medycznej i diagnozy lekarskiej – za chorą nie uznaje choroby i nie poddaje się leczeniu, twierdząc, że jest zdrowa). Rysunek 1 przedstawia zestawienie poziomów i wyróżnionych w nich wymiarów. **Poziom makro** obejmuje: ustawodawstwo, raporty, regulacje, a także debaty takich organizacji krajowych i międzynarodowych, jak rządy, sądy, korporacje, uniwersytety, rynki, fundacje, media, czasopisma, organizacje non-profit. Na **poziomie mezo** Halfmann wyróżnił misje, raporty, reklamy, procedury lokalnych i regionalnych organizacji, takich jak zakłady pracy, szpitale, grupy medyczne, kliniki, domy seniora, szkoły, ośrodki pomocy społecznej, więzienia. Ostatni **poziom, mikro**, obejmuje interakcje twarzą w twarz, fizyczny kontakt dostawców i klientów, a także samozarządzanie.

RYSUNEK 1. Poziomy i wymiary medykalizacji i demedykalizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Halfmann 2011.

Na każdym z tych poziomów wyróżnił także 3 wymiary, w oparciu o które można analizować medykalizację-demedykalizację. Pierwszym wymiarem są **dyskursy**, przejawiające się poprzez używanie biomedycznego słownictwa oraz biomedycznych modeli i definicji. Poziom **praktyk** to stosowanie biomedycznych procedur i technologii, takich jak mierzenie, nadzorowanie, badanie, przeprowadzanie testów laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, szacowanie kosztów zdrowotnych oraz czynników ryzyka. Praktyki przejawiają się także poprzez instrumentarium używane do wykonywania tych praktyk. Ostatni wymiar to **jednostki i aktorzy**, wśród których Halfmann wyróżnił naukowców, badaczy, przedstawicieli profesji medycznych oraz instytucje medyczne, koncerny farmaceutyczne, szkoły medyczne, agencje ubezpieczeniowe oraz stowarzyszenia zawodowe.

Dopiero kombinacja poziomów i wymiarów wykorzystana do analiz empirycznych może dać pełny i rzetelny obraz procesów medykalizacji (i demedykalizacji). Niewykluczone, że propozycja Halfmanna spotka się z pewnym oporem środowiska badaczy przyzwyczajonych do upowszechnionych sposobów badań i analiz, ale jest to rozwiązanie innowacyjne, pokazujące „odcienie” medykalizacji. Biorąc pod uwagę dynamikę współczesnych procesów medykalizacji i wielokierunkowe działania aktorów społecznych, grup, instytucji i organizacji, dotychczasowe rozwiązania badawcze mogą okazać się niewystarczające i upraszczające. Nie kwestionuje się w tym miejscu dotychczasowych dokonań w obszarze badań nad medykalizacją, a sugeruje się jedynie możliwość ich doskonalenia.

### WSKAŹNIKI

Medykalizacja to proces złożony, który można badać jedynie poprzez jego przejawy. Wskaźniki medykalizacji mogą mieć charakter definicyjny lub rzeczowy i są to mierniki cząstkowe [Lutyński 2000; Nowak 2016]. W odniesieniu do pojedynczego procesu medykalizacji badacz ma zazwyczaj do czynienia z wieloma wskaźnikami, które składają się na mniej lub bardziej pełny obraz eksplorowanego obszaru. Badacz ma do wyboru „twarde” mierniki, które charakteryzują badane zjawisko czy stan w sposób obiektywny, niezależny od czynników indywidualnych, subiektywnych (nastroj, emocje, nastawienie), oparte najczęściej na danych zastanych. Błąd, jaki badacz może tu popełnić, to dobór nieodpowiedniego wskaźnika (najlepiej, by zachodząca między wskaźnikiem i *indicatum* relacja miała charakter przyczynowo-skutkowy). W przypadku medykalizacji starości wskaźnikiem rzeczowym będzie, na przykład, zmieniająca się w określonym przedziale czasowym liczba oddziałów geriatrycznych w szpitalach oraz liczba łóżek na tych oddziałach. Podobnie można wykorzystywać informacje o zmieniającej się liczbie różnego rodzaju placówek zdrowotno-opiekuńczych przeznaczonych dla seniorów czy liczbie chorób wieku podeszłego.

Drugim typem wskaźników będą te, które można by nazwać „miękkimi”, gdyż opierają się na subiektywnych odczuciach i opiniach jednostek. Te mierniki obciążone są dwojakiego rodzaju błędami. Po pierwsze, badacz może dokonać wyboru niewłaściwego wskaźnika. Po drugie zaś, może uzyskać fałszywy pomiar, będący wynikiem wpływu czynnika ludzkiego (zawodność pamięci, celowe wprowadzanie w błąd). Jeśli za jeden ze wskaźników medykalizacji uznaje się wzrost konsumpcji leków przez osoby zdrowe (np. w celach prewencyjnych, profilaktycznych), to wśród badanych znajdują się osoby, które nie przyznają się do spożywania leków, na przykład z obawy przed uznaniem ich za lekomanów.

Problem wskaźnikowania jest tu jedynie sygnalizowany, aby uświadomić, zgodnie z postulatem Lutyńskiego, związek pomiędzy definiowaniem pojęcia medykalizacji a pojęciami odnoszącymi się do procesów medykalizacji, ich konkretyzacją, doborem wskaźników i operacjonalizacją [Lutyński 2000].

Należy także podkreślić, iż badacze stosujący niektóre metody jakościowe czy metodę teorii ugruntowanej wychodzą od zupełnie innych założeń i odstupują od procedury wskaźnikowania.

### MOŻLIWOŚCI BADAWCZE PROCESÓW MEDYKALIZACJI

Jak już wielokrotnie podkreślano, medykalizacja jest procesem, a konsekwencją tego (często lekceważoną przez badaczy medykalizacji) jest konieczność przyjęcia perspektywy czasowej w prowadzonych nad medykalizacją badaniach. To zaś narzuca sposób prowadzenia badań oraz – w pewnym stopniu – dobór technik i narzędzi badawczych. Aby możliwe było uchwycenie procesualności, badania powinny mieć charakter dynamiczny lub pseudodynamiczny [Babbie 2013; Lutyński 2000]. Pierwszy rodzaj analiz jest trudny do przeprowadzenia ze względu na czas- i kosztochłonność tego typu badań; zazwyczaj badacze sięgają do badań pseudodynamicznych. Z punktu widzenia problematyki i przedmiotu badań rodzaje badań możliwych do zastosowania w odniesieniu do procesów medykalizacji wcale nie stanowią skromnego zbioru. Poniżej omówione zostaną możliwości i ograniczenia wybranych metod i technik badawczych. Przegląd ten może jawić się jako podręcznikowa propozycja dla początkujących w tej dziedzinie badaczy, jednak jak dotąd nie powstało żadne opracowanie poruszające te kwestie. Poniższa propozycja otwiera dyskusję w tym obszarze.

Analiza źródeł zastanych jest niezwykle cennym i często wykorzystywanym narzędziem, zarówno jako technika niezależna, jak i pomocnicza. Analiza taka ma zazwyczaj charakter analizy historycznej, śledzącej kształtowanie się określonego zjawiska w czasie. Często może przybierać postać analizy treści. W przypadku procesów medykalizacji do analiz wykorzystuje się dokumenty urzędowe (akty normatywne, ustawy, rozporządzenia, akta znajdujące się w urzędach stanu cywilnego, kościołach, dokumenty, którymi dysponują policja i sądy, dokumenty personalne –teczki indywidualne studentów, pracowników, dokumenty, jakimi dysponuje służba zdrowia, dokumenty handlowe, sprawozdania z działalności instytucji i organizacji, dokumenty trudno dostępne – donosy, listy do redakcji, do kancelarii prezydenta), dokumenty ogólnoinformacyjne (książki telefoniczne, adresowe) i okolicznościowe (ulotki, afisze), roczniki statystyczne, wyniki badań społecznych i medycznych, raporty naukowe i komercyjne, źródła medialne

(prasa, internet, telewizja) oraz dokumenty archiwalne [por. Węziak-Białowolska i in. 2013]. Przykładem tego rodzaju badań będzie analiza kosztów związanych z diagnozowaniem i leczeniem określonych chorób na przestrzeni określonego odcinka czasu. Takie badania przeprowadzał Peter Conrad wraz ze swoim zespołem, analizując medykację kilkunastu stanów [Conrad i in. 2010]. Podobne badania z wykorzystaniem źródeł zastanych przeprowadzili Mayes i Horwitz [2005]. Analizowali oni wzrost liczby kategorii diagnostycznych w kolejnych rewizjach DSM. Liczba stron ogółem w klasyfikacji DSM zwiększyła się od pierwszej do czwartej rewizji o około 750 – ze 130 w 1952 roku (DSM-I) do 886 w roku 1994 (DSM-IV). Liczba diagnoz ogółem wzrosła prawie trzykrotnie – ze 106 w pierwszej rewizji do 297 w rewizji czwartej. Tego typu badania mogą przybierać postać prostej analizy szeregu czasowego lub też analizy szeregu czasowego z modyfikatorem (np. wprowadzenie ustawy, regulacji medycznej, pojawienie się nowego leku na rynku, przełomowe odkrycie medyczne itp.). Ich zaletą jest relatywna dostępność materiałów, zaś ich wadą – dość duże nakłady czasowe.

Badania typu *case study*, czyli naukowa analiza indywidualnego przypadku, są bardzo dobrą metodą analizy procesu medykacji konkretnego stanu, zachowania czy zjawiska. Technika ta jest bardzo szczegółowa, w miarę kompletna i wyczerpująca oraz uwzględnia aspekt dynamiczny, zatem jest doskonale dostosowana do badania procesów medykacji. Badanie jest nastawione na analizowanie szczegółów, które mogą stanowić o typowości lub wyjątkowości przedmiotu badania. Przebiega w naturalnym kontekście społecznym i uwzględnia powiązania przedmiotu badania z tym kontekstem. Jest to również metoda łącząca w sobie wykorzystanie technik ilościowych i jakościowych, a co za tym idzie, niejako naturalnie stosuje się w niej triangulację; jej istotą jest bowiem łączenie różnych technik badawczych w celu jak najwierniejszej analizy zagadnienia. *Case studies* w odniesieniu do procesów medykacji najczęściej dotyczą konkretnego przykładu (medykacja macierzyństwa, medykacja cyberprzestrzeni, medykacja nieśmiałości), mniej lub bardziej dokładnie określonych ram czasowych (określone stulecia lub konkretne przedziały czasowe w latach) i zazwyczaj ograniczonego terytorium, choć w wielu badaniach przyjmuje się to *implicite* (zazwyczaj dotyczy to badań amerykańskich).

Innym cennym przykładem badań jakościowych są wywiady swobodne, analiza narracji, wywiady pogłębione. Obecnie wielu badaczy wykorzystuje szczególnie grupy wsparcia tworzone przez i dla pacjentów (realne i wirtualne), by odtworzyć narrację choroby i znaczenie, jakie nadała ona ich życiu. Te badania są prowadzone także w dwóch obszarach – zarówno stanów niekontrowersyjnych, jak i kontestowanych (bądź to przez społeczeństwo, bądź przez środowisko

medyczne). Aby wymienić tu kilka z wielu ciekawych prac poświęconych konkretnym przypadkom medykalizacji, warto wspomnieć o badaniach Janet L. Armentor [2015], która wykorzystwała technikę wywiadów pogłębionych (*in-depth interviews*) do analizy sytuacji kobiet cierpiących na fibromialgię, badaniach Monique de Boer Solomon [2015], która dokonała analizy narracji wypowiedzi *online* pacjentów cierpiących na choroby psychiczne, czy badaniach Frigerio, Montali [2016], którzy posłużyli się podejściem etnograficznym w badaniach grup wsparcia rodziców dzieci chorujących na ADHD.

Innym rozwiązaniem jest wykorzystanie technik jakościowych (wywiadów swobodnych, strukturyzowanych, pogłębionych) do badań pseudodynamicznych, pokoleniowych. Traktując pokolenia jako przedstawicieli różnych momentów historycznych, można zebrać wartościowy materiał obrazujący, jak rozwijały się procesy medykalizacji w określonych obszarach. Bardzo dobrze badania tego typu mogłyby się sprawdzić w obszarze medykalizacji dzieciństwa lub medykalizacji edukacji, służąc pokazaniu, jak pewne zachowania i reakcje dzieci z kategorii moralnych stały się kategoriami medycznymi, same dzieci – ze złych stały się chore, a problemy w nauce przestały być jedynie kwestią umiejętności, pracy i kapitału intelektualnego, stając się jednostkami chorobowym sklasyfikowanymi w ICD-10 oraz wspominanym wcześniej DSM-V. Zaletą tego typu badań jest krótszy (niż w przypadku badań narracyjnych i biograficznych) cykl realizacji, a uzyskane materiały mają charakter pogłębiony.

Poznanie opinii i zdania społeczeństwa na temat procesów medykalizacji wydaje się nie być pozbawione sensu, zatem warto wspomnieć tu o badaniach sondażowych wykorzystujących ankietę i wywiad kwestionariuszowy. Za pomocą technik ilościowych można sprawdzać stan wiedzy społeczeństwa oraz jego opinie na temat nowych chorób, prosić o ocenę procesów medykalizacji czy wskazywanie ich uwarunkowań. Badania te są stosunkowo tanie i pozwalają na zebranie dużej ilości materiału w krótkim czasie, mogą jednak pełnić jedynie rolę rozpoznawczą i uzupełniającą w badaniu procesów medykalizacji.

Rzeczą oczywistą wydaje się fakt, iż badanie procesów medykalizacji nie powinno ograniczać się do jednej techniki, ale opierać się na triangulacji. Łączenie różnych metod i technik badawczych daje pełniejszy obraz badanego fragmentu rzeczywistości, a także pozwala wyeliminować potencjalne błędy i fałszywe wnioski.



## ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Poruszone w artykule zagadnienia nie wyczerpują teoretycznych ani metodologicznych kwestii związanych z medykacją. Przedstawiony zarys problematyki jest pierwszym tego typu ujęciem w polskiej literaturze przedmiotu. Pewnym kwestiom zostało poświęcone więcej miejsca – jak samemu pojęciu medykacji – by z jednej strony, pokazać stan faktyczny, zaś z drugiej strony badawcze konsekwencje ujmowania procesów umedycznienia w określony sposób. Zasadne wydaje się także umiejscowienie zagadnienia medykacji pośród dominujących dylematów teoretyczno-metodologicznych i pokazanie wzajemnych relacji między wyborem określonej opcji teoretycznej a możliwościami badawczymi. Przechodząc do rozważań poświęconych kwestiom możliwych badań nad procesami medykacji, zaprezentowano koncepcję Drew Halfmanna. Jej autor, ukazując medykację i demedykację jako współwystępujące, a nie wykluczające się procesy, proponuje także złożone narzędzie do analizy tych przenikających się procesów, które w nowym modelu medykacji może stać się niezwykle wartościowe. Ostatnie części zostały poświęcone procedurze wskaźnikowania oraz możliwościom zastosowania metod i technik badań społecznych do procesów medykacji. Niektóre zagadnienia, ze względu na swój pogładowy i systematyzujący charakter, zaprezentowane są w podręcznikowy sposób (kwestie metod i technik), zostały jednak poparte przykładami prac korespondujących z omawianymi kwestiami. Pogłębione analizy zasygnalizowanych w artykule zagadnień pozostają kwestią otwartą.

Medykacja – ze względu na swoją specyfikę, dynamikę, złożoność, wieloaspektowość i interdyscyplinarność – jest niewątpliwie jednym z trudniejszych obszarów badawczych. Nie powinno to być jednak postrzegane jako przeszkoda, lecz przeciwnie – powinno stać się inspiracją do podejmowania wielowątkowych, interdyscyplinarnych badań w tym obszarze. Podejmując jednak ten wysiłek, należy mieć zawsze na względzie pewne fundamentalne kwestie teoretyczne i metodologiczne.

## BIBLIOGRAFIA

- Abate Michelle Ann.** 2010. “‘Plastic makes perfect’: My beautiful mommy, cosmetic surgery, and the medicalization of motherhood”. *Women’s Studies* 39: 715–746.
- Armentor Janet L.** 2015. “Living with a contested, stigmatized illness. Experiences of managing relationships among women with fibromyalgia”. *Qualitative Health Research* 27(4): 462–473, on-line: December 14. Doi: 10.1177/1049732315620160.
- Babbie Earl.** 2013. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: PWN.

- Bakker Nelleke.** 2007. "Sunshine as medicine: Health colonies and the medicalization of childhood in the Netherlands c. 1900–1960". *History of Education* 36(6): 659–679.
- Boer Solomon Monique de.** 2015. *Managing the medicalization of madness: A narrative analysis of personal stories about mental illness online*. [http://theses.ucalgary.ca/bitstream/11023/2251/2/ucalgary\\_2015\\_solomon\\_monique.pdf](http://theses.ucalgary.ca/bitstream/11023/2251/2/ucalgary_2015_solomon_monique.pdf) [dostęp: 23.03.2017].
- Breggin Peter, David Cohen.** 1999. *Your drug may be your problem, revised edition: How and why to stop taking psychiatric medications*. Massachusetts: Perseus Books – Reading.
- Brubaker Sarah Jane, Heather E. Dillaway.** 2009. "Medicalization, natural childbirth and birthing experiences". *Sociology Compass* 3(1): 31–48. Doi:10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x.
- Christiaens Wendy, Edwin van Teijlingen.** 2009. "Four meanings of medicalization: Childbirth as a case study". *Salute e società* 8(2): 123–142. Doi: 10.3280/SES2009-EN2009.
- Conrad Peter, Kristin K. Barker.** 2010. "The social construction of illness: Key insights and policy implications". *Journal of Health and Social Behavior* 51(1): S67–S79. Doi: 10.1177/0022146510383495.
- Conrad Peter.** 1992. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* 18(1): 209–232. Doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233.
- Conrad Peter.** 2005. "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1): 3–14.
- Conrad Peter.** 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad Peter, Valerie Leiter.** 2004. "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behavior* 45(1): S158–S176. Doi:10.2307/3653830.
- Conrad Peter, Thomas Mackie, Ateev Mehrotra.** 2010. "Estimating the costs of medicalization". *Social Science & Medicine* 70(12): 1943–1947. Doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.019.
- Coveney Catherine, Jonathan Gabe, Simon Williams.** 2011. "The sociology of cognitive enhancement: Medicalisation and beyond". *Health Sociology Review* 20(4): 381–393.
- Davis Joseph. E.** 2006. "How medicalization lost its way". *Society* 43(6): 51–56. Doi: 10.1007/bf02698486.
- Frigerio Alessandra, Lorenzo Montali.** 2016. "An ethnographic-discursive approach to parental self-help groups, the case of ADHD". *Qualitative Health Research* 26(7): 935–950.
- Goh Cynthia R.** 2012. "Medicalization of dying: Are we turning the corner?". *Journal of Palliative Medicine* 15(7): 728–729.
- Halfmann Drew.** 2011. "Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities". *Health*: 1–22.
- Illich Ivan.** 1976. *Medical Nemesis*. New York: Pantheon Books.
- Leźnicki Michał.** 2013. "Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych". *Scientia et Fides* 1(1): 213–230.
- Lutyński Jan.** 2000. *Metody badań społecznych*. Łódź: ŁTN.
- Mayes Rick, Alan V. Horwitz.** 2005. "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness". *Journal of History of Behavioral Science* 41: 249–268.
- McCabe John.** 2005. "Who are the experts? Medicalization in teen magazine advice columns". *Sociological Studies of Children and Youth* 11: 153–191.
- Miah Andy, Emma Rich.** 2008. *The medicalization of cyberspace*. London: Routledge.
- Mulder Roger T.** 2008. "An epidemic of depression or the medicalization of distress?". *Perspectives in Biology and Medicine* 51(2). Spring: 238–250.

- Noel-Weiss Joy.** 2007. "Medicalizing Motherhood: Maternity Care in Canada in the 1920s and 1930s". [http://www.asklenore.info/parenting/resources/maternity\\_care.pdf](http://www.asklenore.info/parenting/resources/maternity_care.pdf) [dostęp: 11.03.2017].
- Nowak Stefan.** 2016. *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- Nowakowski Michał.** 2015. *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej.
- Nye Robert A.** 2003. "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century". *Journal of History of the Behavioral Sciences* 39(2): 115–129.
- Parens Erik.** 2013. "On good and bad forms of medicalization". *Bioethics* 27(1) January 2013: 28–35.
- Petrina Steven.** 2006. "The medicalization of education: A historiographic synthesis". *History of Education Quarterly* 46(4): 503–531.
- Pitts Jesse.** 1968. "Social control: The concept". *International Encyclopedia of Social Sciences* 14. New York: Macmillan.
- Poitras Geoffrey, Lindsay Meredith.** 2009. "Ethical transparency and economic medicalization". *Journal of Business Ethics* 86: 313–325.
- Prosen Marko, Marina T. Krajnc.** 2013. "Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia". *Revija za sociologiju* 43(3): 251–272.
- Sadler John Z., Fabrice Jotterand, Simon Craddock Lee, Stephen Inrig.** 2009. "Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics". *Theoretical Medicine and Bioethics* 30: 411–425.
- Schierenbeck Isabel.** 2010. "Medicalization of sickness absence". *Work* 37: 241–250.
- Szasz Thomas.** 2007. "The medicalization of everyday life". *The Freeman: Ideas on Liberty*. December: 17–19.
- Thomas James.** 2014. "Medicalizing racism". *Contexts* 13(4): 24–29. Doi: 10.1177/1536504214558213.
- Weindling Paul.** 1986. "Medicine and modernization: The social history of German health and medicine". *History of Science* 24: 177–301.
- Wellman David.** 2000. "From evil to illness: Medicalizing racism". *American Journal of Orthopsychiatry Mental Health & Social Justice* 70(1): 28–32.
- Węziak-Białowolska Dorota, Jolanta Perek-Białas, Małgorzata Rószkiewicz, Agnieszka Zięba-Pietrzak.** 2013. *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych*, Warszawa: PWN.
- Wieczorkowska Magdalena.** 2012. „Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej”. *Przegląd Socjologiczny* 61(2): 31–56.
- Wieczorkowska Magdalena.** 2013. „Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości”. *Przegląd Socjologiczny* 62(2): 109–134.
- Williams Simon. J., Cleve Seale, Sharon Boden, Pam Lowe, Deborah L. Steinberg.** 2008. "Medicalization and beyond: The social construction of insomnia and snoring in the news". *Health. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 12: 251–268.
- Zola Irving K.** 1972. "Medicine as an institution of social control". *The Sociological Review* 20(4): 487–504. Doi: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x.
- Zola Irving K.** 1983. *Socio-medical inquiries: Recollections. Reflections and reconsiderations*, Philadelphia: Temple University Press.

*Magdalena Wieczorkowska*

**THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF RESEARCH  
INTO MEDICALIZATION PROCESSES – AN OUTLINE**

Abstract

Medicalization in Poland is still a quite new and unexplored field, but is gaining popularity among medical sociology researchers. The sciences of medicine and sociology are in agreement that the process of medicalization is taking place, but each of them defines it differently. The science of medicine treats it as something natural and even desired, while medical sociology often underlines negative aspects and explores the dangers of over-medicalization. As one of first Polish texts on medicalization, this paper offers an outline of the main theoretical and methodological dilemmas which a researcher must address when undertaking research on the medicalization processes.

**Keywords:** medicalization, methods and techniques of research, process, indicators