

MAGDALENA WIECZORKOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

MEDYKALIZACJA SPOŁECZEŃSTWA W SOCJOLOGII AMERYKAŃSKIEJ¹

Streszczenie

Zawłaszczanie przez szeroko pojętą medycynę kolejnych obszarów życia ludzkiego – stanów, zachowań i atrybutów – jest procesem globalnym, który na przełomie XX i XXI w. wyraźnie się nasilił. Zjawisko to odznacza się zróżnicowaną dynamiką w ujęciu regionalnym, co jest spowodowane czynnikami natury politycznej, społeczno-ekonomicznej czy religijnej. W Polsce medykalizacja jest wciąż zjawiskiem niezbadanym, a literatura na ten temat powiela obieguowe opinie lub przytacza wyniki badań zachodnich.

Ogromna liczba prac amerykańskich autorów poświęconych temu zjawisku może świadczyć o wysokim stopniu zmedykalizowania społeczeństwa. Celem artykułu jest pokazanie zjawiska medykalizacji w kontekście nurtu amerykańskiej socjologii medycyny. Zaprezentowany zostanie dorobek amerykańskich badaczy w perspektywie historycznej, z uwzględnieniem wpływów innych specjalistów zajmujących się tą problematyką. Zjawisko medykalizacji zostanie zaprezentowane jako fenomen interdyscyplinarny, ze szczególnym uwzględnieniem jego społecznych konsekwencji. Następnie podjęta zostanie próba systematyzacji przebiegu procesu medykalizacji w Stanach Zjednoczonych z uwzględnieniem poszczególnych jego etapów. Realizacja tych celów stanie się przyczynkiem do rozważań o procesie medykalizacji w Polsce.

Słowa kluczowe: medykalizacja życia codziennego, kontrola społeczna, dewiacja, modele medykalizacji, psychofarmakologia, medykalizacja emocji.

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

¹ Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-074-02/502-64-008.

WPROWADZENIE – ŚWIAT JAKO KLINIKA?

W roku 1923 w Paryżu, po raz pierwszy wystawiono sztukę *Knock, czyli triumf medycyny*², której autorem był Jules Romains. Komedia w trzech aktach opowiada historię lekarza, tytułowego doktora Knocka, który trafia do miasteczka Saint-Maurice, gdzie przejmuje posadę doktora Parpalaid, który z kolei – zapewne zmęczony małomiasteczkową atmosferą i brakiem pacjentów – postanawia przenieść się do dużego miasta. W czasie pierwszego spotkania obu panów doktor Knock dowiaduje się, że mieszkańcy raczej nie chorują i lekarz nie ma w miasteczku wiele do roboty. Ta sytuacja nie jest satysfakcjonująca dla głównego bohatera, który dość szybko próbuje ją zmienić. Angażuje do pomocy miejscowego nauczyciela, Bernarda, który organizuje pogadanki o szkodliwych bakteriach i wirusach krążących w powietrzu oraz miejscowego dobosza, który obwieszcza mieszkańcom przybycie nowego lekarza i zaprasza na darmowe wizyty w poniedziałki. W krótkim czasie zaludnia się poczekalnia doktora i apteka Mousqueta. Systematycznie wypędzając zdrowie ze swych pacjentów i jednocześnie bogacąc się przy tym, czyni z miasteczka szpital, gdyż w jego mniemaniu, każdy jest chory, tylko o tym nie wie. Miejscowy hotel rzeczywiście zostaje zamieniony na szpital, w którym garstka zdrowych opiekuje się całą rzeszą chorych. Ostatecznym triumfem Knocka jest wmówienie choroby swemu poprzelnikowi [Romains 1900; Blech 2006: 1–2].

Sztuka, choć powstała ponad stulecie temu – pierwsze papierowe wydanie pochodzi z roku 1900 – nie straciła aktualności i pokazuje, jak zdrowi ludzie stają się chorzy, jak cienka jest granica między zdrowiem a chorobą i jak potężna może być władza i kontrola profesji medycznych.

Teza o medykalizacji (*medicalization thesis*) czy teoria medykalizacji (*medicalization theory*), jak coraz częściej opisuje się ten proces, jest systematycznie rozwijana od lat 50. XX w., głównie na gruncie socjologii amerykańskiej, choć nie brak tu odniesień do źródeł europejskich (m.in. do prac Michela Foucaulta³). Proces medykalizacji ma charakter globalny – umedykzowaniu ulega życie codzienne

² Sztuka była dwukrotnie wystawiana w Polsce – pierwszy raz w roku 1960, w reżyserii Erwina Axera na deskach Teatru Współczesnego w Warszawie; drugi raz w 1993 r. Stanisław Różewicz wyreżyserował spektakl telewizyjny pod tym samym tytułem.

³ Foucault i jego prace wywarły ogromny wpływ na socjologię amerykańską. Koncepcje wiedzy-władzy i biopolityki stanowią podstawy teoretyczne współczesnych prac z zakresu medykalizacji. W niniejszym artykule ten wątek został jednak celowo pominięty – rekonstruowana jest medykalizacja w ujęciu amerykańskim, zatem szersze opisywanie koncepcji Michela Foucaulta jako przedstawiciela socjologii europejskiej nie wydaje się konieczne.

mieszkańców wszystkich kontynentów, choć nie jest to proces równomierny, choćby ze względu na uwarunkowania kulturowe, często utrudniające zmedykalizowanie zachowań czy problemów określonych jednostek i grup. Niemniej jednak najwięcej prac z tego zakresu i projektów badawczych eksplorujących fenomen umedycznienia powstało w Stanach Zjednoczonych. Po części wynika to zapewne z charakterystycznej orientacji społeczeństwa amerykańskiego, którą opisywał Talcott Parsons w dziele *Struktura społeczna a osobowość* – orientacji na sukces [Parsons 1969]. Jednostka, która nie odnosi sukcesu jest bezużyteczna, gdyż nie przyczynia się do pomnażania dobra wspólnego. Stąd tak wielką wagę przywiązuje się do kwestii sprawności ciała i umysłu jako narzędzi potrzebnych do efektywnego realizowania zadań. Wszelkie przejawy dewiacji, patologii, zachowania niezgodne z tak nakreślonym systemem normatywnym muszą być natychmiast wychwytywane i poddane kontroli. Z jednej strony, rosnące możliwości medycyny wynikające z postępu w obrębie tej dyscypliny spowodowały, że to właśnie profesjonaliści medyczni przejęli „władzę” nad ciałem i zdrowiem człowieka, zastępując stopniowo kategorie moralne i prawne opisu ludzkich zachowań i naturalnych procesów życiowych kategoriami i procedurami medycznymi. Z drugiej strony, zaczęły pojawiać się postawy roszczeniowe ze strony samych obywateli, którzy – często nie nadążając lub nie chcąc nadążać za pędzącą lokomotywą sukcesu – zaczęli traktować chorobę jako wymówkę usprawiedliwiającą ich życiowe niepowodzenia. Jeśli jednostce nie udało się czegoś osiągnąć ze względu na chorobę, to będzie ona społecznie usprawiedliwiona, jeśli zaś brak dokonań jest wynikiem lenistwa i braku chęci – taka postawa spotka się z negatywnymi reakcjami społecznymi.

W 1997 r. w „The Wall Street Journal” pojawił się artykuł Jima Windolfa *Naród wariatów*, w którym czytamy: „eksperci nie będą usatysfakcjonowani, dopóki ostatni Amerykanin nie będzie cierpiał z powodu jakiejś choroby, zaburzenia czy syndromu. Jeśli dodasz wszystkie liczby [chorych – przyp. aut.], zbierane w Stanach Zjednoczonych przez wszystkie instytuty, rady, fundacje, lekarzy i autorów, odkryjesz żaloszny obraz narodu... z kolejnym jednym lub dwoma mierzalnymi zaburzeniami, każdy w Ameryce będzie oficjalnie wariatem”⁴ [Windolf 1997, za: Szasz 2007: xv]. Artykuł odnosił się głównie do medykacji w obszarze psychiatrii, ale wydaje się dobrze oddawać metaforę świata jako kliniki.

W kolejnych częściach artykułu proces medykacji społeczeństwa zostanie przedstawiony w odniesieniu do amerykańskiej socjologii medycyny. Zostanie

⁴ Tłum. własne.

zaprezentowana definicja medykalizacji, jej geneza, kontekst, modele medykalizacji oraz aktualny stan badań i kontrowersje wokół tej koncepcji.

DEFINICJA MEDYKALIZACJI

Medykalizacja to proces, w którym niemedyczne problemy (zachowania, stany, atrybuty) zaczynają być definiowane w kategoriach medycznych, najczęściej jako choroby lub zaburzenia i zostają poddane medycznej interwencji. Pewne aspekty codzienności wchodzi w zakres wpływów i nadzoru medycyny. W ujęciu definicyjnym na proces ten można patrzeć od strony samej medycyny, wskazując na rozrost jurysdykcji profesji medycznych i zawłaszczanie przez nie naturalnych procesów życiowych, form dewiacji czy też problemów życiowych [por: Conrad 1992, 1995, 2007; Davis 2006, Poitras 2009 i in.]. Wczesne definicje medykalizacji zakładały, że określony problem musi być przeniesiony pod jurysdykcję profesji medycznych. Najnowsze koncepcje zwracają uwagę na nowych agentów medykalizacji – rozszerzając definicję samego procesu i czynią profesjonalistów medycznych jednym z możliwych, choć nie konstytutywnych, elementów tego procesu.

Od lat 50. XX w. medykalizacja znajduje się w kręgu zainteresowań badaczy reprezentujących socjologię, antropologię, historię, bioetykę i medycynę. Powstające prace dotyczą zwykle konkretnych przypadków medykalizacji, badają ich przyczyny, zakres oraz społeczne konsekwencje, nie brakuje jednak takich, które wyrażają krytyczny stosunek do tego procesu oraz stawiających tezę o „przemedykalizowaniu” (*overmedicalization*), o czym będzie mowa w kolejnych częściach artykułu.

Znaczenie procesu medykalizacji i rolę, jaką odgrywają w nim profesjonaliści medyczni, można obrazowo przedstawić odwołując się do jego trzech poziomów. Na pierwszym, **konceptualnym**, problem definiuje się w kategoriach medycznych. Drugi, **instytucjonalny**, jest związany z wdrażaniem odpowiednich procedur w organizacjach zajmujących się danym problemem. Ostatni poziom, **interakcyjny**, obejmuje bezpośrednią relację lekarza z pacjentem, kiedy ten pierwszy definiuje problem w kategoriach medycznych lub też próbuje go rozwiązać za pomocą środków medycznych (np. lekarstw). Ostatni poziom jest niejako operacjonalizacją dwóch poprzednich i w zasadzie tylko on angażuje bezpośrednio profesjonalistów medycznych, którzy na poziomie definicyjnym i instytucjonalnym mogą, ale nie muszą brać udziału w procesie umedycznienia⁵.

⁵ Szerzej: Wieczorkowska 2008: 107–139.

KONTEKST MEDYKALIZACJI

Proces medykalizacji jest częścią bardziej rozległego procesu historycznego, polegającego na przemianach znaczenia tradycyjnych instytucji (takich jak rodzina czy kościół) i reprezentowanych przez nie wartości oraz wypieraniu ich przez wartości i instytucje nauki. W przypadku medykalizacji mówi się o wypieraniu czy też zastępowaniu religii ujmowanej jako dominująca ideologia i instytucja kontroli społecznej instytucją medycyny i jej wartościami [Conrad 1992; Turner 1987]. W ten sposób człowiek przestał być zły, grzeszny, a stał się chory. Analiza historycznego podejścia do choroby wskazuje na prawdziwość tezy, że sekularyzacja umożliwiła medykalizację. Wedle podejścia metafizyczno-obwiniającego, choroba jest karą za grzechy zesłaną przez Boga, nieczystością w sensie fizycznym i moralnym. Podejście to wyjaśniało chorobę w kategoriach moralnych, winę za jej istnienie ponosiła grzeszna jednostka. Reakcja religijna [Tobiasz-Adamczyk 2000: 65–85] na chorobę opierała się na biernym akceptowaniu woli sił wyższych. Takie ujmowanie i rozumienie choroby dominowało w okresie średniowiecza i było umacniane przez silną instytucję Kościoła katolickiego. Wraz z nadejściem epoki odrodzenia zyskało popularność podejście pragmatyczne, racjonalne, którego początki sięgają czasów starożytnych. Choroba nie była wiązana z grzesznym postępowaniem, a bogowie nie karali, zsyłając ją, mogli jedynie pomagać w jej leczeniu. Takie aktywne postawy, które Tobiasz-Adamczyk nazywa reakcjami magicznymi, występowały m.in. w starożytnym Egipcie i Grecji [por.: Conrad, Schneider 1992: 38–43]. W okresie renesansu nastąpił rozkwit wiedzy medycznej, a przełom w rozumieniu przyczyn chorób spowodowało wynalezienie mikroskopu w wieku XVIII [Ruffie, Sournia 1996: 230–250]. Współcześnie dominuje reakcja instrumentalna [Tobiasz-Adamczyk 2000: 65–85], polegająca na medycznej interwencji, obejmującej organizm zaatakowany przez patogen. Nawet jeśli obserwuje się obecnie podejście metafizyczno-obwiniające, charakterystyczne dla niektórych schorzeń (np. HIV/AIDS), to dokonanie oceny czyjejś choroby w kategoriach moralnych nie wyklucza stosowania interwencji medycznej. Zdarza się, że religia stoi w opozycji do medycyny i wiedzy naukowej – znane są przypadki odmowy zastosowania procedur medycznych ze względów religijnych, szeroko opisywane są w literaturze stanowiska Kościoła katolickiego i medycyny w kwestii życia poczętego i wynikające z nich implikacje. Słuszne wydaje się przekonanie, że medycyna zawłaszcza obszary będące niegdyś domeną religii i sama staje się dziś rodzajem religii – słabnącej pozycji religii towarzyszy jednocześnie niezłomna wiara w naukę i racjonalność.

MODELE MEDYKALIZACJI

W rozwoju koncepcji medykalizacji w socjologii amerykańskiej można wyróżnić dwa etapy. Pierwszy z nich związany jest z okresem lat 50. i 60. XX w. i charakteryzuje go przede wszystkim zainteresowanie zagadnieniem rozrostu władzy psychiatrów, medykalizacją dewiacji oraz podkreślaniem roli profesji medycznych w procesie umedyczniania życia. Drugi okres rozpoczął się pod koniec lat 90. XX w. i trwa do dziś. Jego cechą charakterystyczną jest podkreślanie znaczenia postępu biomedycznego i biotechnologicznego dla procesu medykalizacji, jak również reorientacja na nowych agentów medykalizacji, przy jednoczesnym odchodzeniu od dominującego znaczenia profesji medycznych określonego przez Ivana Illicha mianem imperializmu medycznego. Niektórzy autorzy wskazują na rozpoczęcie trzeciej fazy – biomedykalizacji – związanej z ogromnym postępem nauk medycznych. W kolejnych częściach artykułu zostaną zaprezentowane wspomniane wyżej modele w perspektywie historycznej.

Wczesny model medykalizacji

Pierwsze prace poruszające zagadnienie medykalizacji powstały w latach 50. i 60. XX w. odnosiły się głównie do medykalizacji zaburzeń psychicznych i nie były dziełem socjologów [por.: Davis 2006: 51–53; Poitras 2009: 376; Conrad 1992: 210; Szasz 2007]. Autorzy, choć nie używali jeszcze terminu „medykalizacja”⁶, byli zwykle krytycznie nastawieni do tego procesu i przyjmując perspektywę społecznego konstrukcjonizmu skupiali się na procesie konstruowania nowych medycznych kategorii i towarzyszącym mu procesie ekspansji władzy medycznej. Ich rozważania pokazywały, jak koncepcja choroby psychicznej i formy psychoterapii wkraczają w obszar przestępczości i problemów społecznych. Jedną z autorek, która jako pierwsza zwracała uwagę na relację między moralnością i medycyną, między byciem złym a byciem chorym była Brytyjka Barbara Wootton. Jej prace wywarły duży wpływ na socjologię amerykańską i do dziś są cytowane jako klasyka w odniesieniu do zagadnienia medykalizacji. Autorka podkreślała zacierającą się granicę między definicją człowieka chorego psychicznie a definicją grzesznego podkreślając przesuwanie się punktu ciężkości z wyjaśnień w kategoriach moralnych w kierunku wyjaśnień w kategoriach

⁶ Termin „medykalizacja” pojawił się pod koniec lat 60. XX w., najprawdopodobniej po raz pierwszy został użyty przez Jesse’a Pittsa w 1968 r. do opisanego medykalizacji dewiacji jako środka do ustanowienia formalnej kontroli społecznej.

medycznych. W jednej ze swych prac z 1959 r. napisała: „Zawsze łatwiej jest zbudować klinikę niż zburzyć slumsy”⁷ [Wootton 1959, za: Poitras 2009: 376].

Najobszerniejszej krytyki zjawiska medykalizacji dokonał Thomas Szasz [Szasz 1963, 2007], który w swych licznych pracach poświęconych temu zagadnieniu, podkreślał rozrost pojęcia choroby psychicznej na codzienne problemy. Szasz, traktując Freuda jako zagorzałego „medykalizera” pokazywał, że psychoanaliza jest w swej istocie niczym innym jak medykalizacją. Perspektywę Szasza można by nazwać historyczną, gdyż dokonuje on analizy pojęcia obłądki i choroby psychicznej i sposobów postępowania z osobami uznanymi za chore w przekroju historycznym. Prace Szasza dowodzą, że coraz więcej obszarów ludzkiego życia i ludzkiej kondycji staje się przedmiotem zabiegów terapeutycznych psychiatrii. Rozprawiając się z „mitem choroby psychicznej” podkreśla, że psychiczne problemy zdrowotne są przede wszystkim problemami moralnymi, politycznymi i społecznymi a nie medycznymi a nadużywanie medycznej terminologii powoduje ich redefinicję właśnie w kategoriach usterek możliwych do naprawienia przez procedury terapeutyczne.

Należy również zwrócić uwagę na prace Parsonsa z lat 50. XX w., które jako pierwsze opisywały medycynę w kategoriach instytucji kontroli społecznej. Wspomniana już wcześniej rola chorego z jego prawami i obowiązkami była rodzajem uprawomocnionego, legitymizowanego stanu, o którym orzekali profesjonaliści medyczni. Ta perspektywa teoretyczna została wykorzystana w latach 60. i 70. XX w. przez kolejnych autorów zajmujących się zagadnieniem poddawania niemedycejskich obszarów życia pod jurysdykcję medycyny. Wśród nich na uwagę zasługują przede wszystkim Erving Zola i Elliot Freidson. Rozszerzyli oni perspektywę medykalizacji z psychiatrii na cały obszar medycyny. W swych pracach podkreślali funkcję kontroli społecznej sprawowaną przez medycynę nad życiem człowieka, a także rozrost jej władzy nad kolejnymi dziedzinami. Dla obu uczonych główną przyczyną tej sytuacji była rosnąca rola zdrowia jako wartości oraz utylitarystyczne, techniczne podejście do życia [Davis 2006: 52], co potwierdzałoby wysuniętą wcześniej tezę o podatności społeczeństwa amerykańskiego na proces medykalizacji. Obaj także podkreślali, że rozrost jurysdykcji medycyny nad kolejnymi obszarami życia oddala ją od zwykłych chorób i efektywnych procedur leczniczych. Proces medykalizacji był traktowany jako zjawisko zachodzące w ramach medycyny, związane z nadawaniem etykiet „chorego” i „zdrowego”, a tym samym dokonywaniem wartościowania na zachowania i stany niepożądane (patologiczne) i pożądane (normalne). Obiektywna

⁷ Tłum. własne.

moralność naukowa wyparła moralność religijną. Zola i Freidson podkreślali także, iż proces umedycznienia koncentruje się na perspektywie jednostkowej, indywidualizując chorobę oraz odpowiedzialność za jej powstanie i leczenie. Obaj naukowcy zwracali także uwagę na koncentrację władzy w rękach profesjonalistów medycznych [por.: Conrad 1992; Davis 2006; Poitras 2009]. Ten wątek był również rozwijany w pracach Philipa M. Stronga⁸ oraz Ivana Illicha pod hasłem „imperializmu medycznego”. Według tego ostatniego autora medykalizacja była procesem, w którym kluczową rolę odgrywali lekarze mający władzę decydowania o zdrowiu i chorobie, życiu, a nawet śmierci człowieka. Illich uważał, że tylko profesjonaliści medyczni dokonują „aneksji” kolejnych obszarów życia w pole oddziaływań medycyny. W swej książce *Limits to Medicine* wydanej po raz pierwszy w 1975 r. pisał o radykalnym monopolu jako efekcie autonomii profesji medycznych [Illich 2010: 41]. Lekarze decydują o tym, kto jest zdrowy, a kto chory, kto jest wartościowy, a kto bezużyteczny. W ten sposób system medyczny staje się główną sferą aktywności ekonomicznej. Ci, którzy nie pasują do społeczeństwa, bo zostali uznani za chorych lub upośledzonych mogą poddać się medycznemu nadzorowi i wrócić do świata zdrowych lub też pozostać na jego marginesie. Monopol władzy lekarzy polega na tym, iż tylko oni, dzięki specjalnemu wykształceniu, posiadają wiedzę o tym, co stanowi chorobę, kto jest chory, jakie działania powinny być podjęte w odniesieniu do takiej osoby. Dysponują wiedzą niedostępną nikomu innemu, stanowiąc elitę wiedzy-władzy, by użyć słów Foucaulta.

Wczesny model medykalizacji rozwijany był początkowo przez nie-socjologów (Wootton, Szasz, Illich) i dotyczył rozrastającego się pola psychiatrii. Kolejne prace pisane przez socjologów rozszerzyły perspektywę medykalizacji na cały obszar medycyny. Głównymi elementami tego modelu były:

- definiowanie medykalizacji jako procesu, w którym coraz więcej obszarów codziennego życia trafia pod wpływ i nadzór medyczny;
- podkreślanie roli profesji medycznych w procesie medykalizacji i eksponowanie monopolu władzy, jaki profesjonaliści posiadali nad życiem jednostek;
- ujmowanie procesu medykalizacji i samej medycyny jako – odpowiednio – formy i instytucji medycznej kontroli społecznej.

Ten ostatni element zasługuje na bliższe rozważenie. Kontrola społeczna to jedno z kluczowych pojęć socjologicznych. Za główne instytucje kontroli spo-

⁸ W latach 80. XX w. polska socjolożka medycyny, Magdalena Sokołowska, opisywała imperializm profesjonalny, odwołując się do kryteriów Stronga sformułowanych przez niego w odniesieniu do monopolizacji władzy przez określoną grupę zawodową.

łecznej uważa się rodzinę, prawo i religię. Rozwój nauki i przełom oświeceniowy sprawiły, że te tradycyjne instytucje zaczęły tracić znaczenie na rzecz racjonalnej i obiektywnej wiedzy naukowej. Pojęcie kontroli społecznej w odniesieniu do medycyny po raz pierwszy zostało zaprezentowane we wspomianej już koncepcji roli chorego autorstwa T. Parsonsa. Społeczna rola chorego, która jest uprawomocniona przez profesje medyczne stanowi mechanizm kontroli społecznej. Jak pisali Conrad i Schneider w 1980 r., „największa siła kontroli społecznej pochodzi z posiadania władzy do definiowania określonych zachowań, osób i rzeczy”⁹ [Conrad, Schneider 1992: 8]. Książka *Deviance and Medicalization* wspomnianych autorów jest próbą przeanalizowania, w jaki sposób medycyna i profesje medyczne przejęły kontrolę nad ludzkim życiem, jak osiągnęły władzę do definiowania problemów w kategoriach choroby (*sickness*), a nie w kategoriach zła (*badness*). Conrad wyróżnił trzy formy medycznej kontroli społecznej [Conrad 1992: 216–218]. Pierwsza z nich, **ideologia medyczna**, to narzucanie medycznego modelu z racji społecznych i ideologicznych korzyści. Drugą formą jest **medyczna współpraca**, w ramach której profesjonaliści medyczni stają się posiadaczami i selekjonerami określonych informacji. Ostatni typ, **technologia medyczna**, to rodzaj kontroli sprawowanej za pomocą takich środków, jak zabiegi, badania, leki. Medyczna władza społeczna rozpoczyna się zatem od definiowania danego zjawiska, stanu, zachowania czy problemu w kategoriach choroby (a nie w kategoriach prawnych, moralnych, psychicznych czy emocjonalnych) i uprawomocnienia tego stanu (przez wypisanie zwolnienia, orzeczenie o niezdolności do wykonywania określonych zadań czy pełnienia ról), skończywszy na interwencji medycznej (przepisaniu leków, zaleceniu wykonania badań) i monitorowaniu postępów w leczeniu/zdrowieniu.

Pod koniec lat 80. i w latach 90. XX w. zaczęły się pojawiać prace socjologów poświęcone zagadnieniu medykalizacji, które przesunęły punkt ciężkości z zainteresowania kontrolą społeczną, zachowaniami dewiacyjnymi i imperializmem medycznym na nowych agentów medykalizacji i nowe aspekty tego procesu, rozszerzając tym samym definicję oraz obszar badań. Kwintesencją współczesnej medykalizacji jest uprawomocnienie choroby w jednej z dwóch medycznych klasyfikacji: ICD-10 lub DSM-IV. Pierwszy dokument to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO, która w Polsce obowiązuje od 1996 r. Druga klasyfikacja została stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*Diagnostic and Statistical Manual*

⁹ Tłum. własne.

of Mental Disorders), ostatnia wersja pochodzi z 1994 r., zaś wiosną 2013 r. ma się pojawić jej uaktualnienie, DSM-V. Kolejne wersje mają coraz więcej uprąmocnionych jednostek chorobowych. Pierwsza wersja z roku 1952 zawierała 106 kategorii diagnostycznych, zaś ostatnia z 1994 r. – aż 297 kategorii [Conrad 2007: 118], wśród których znalazły się takie choroby jak ekshibicjonizm, fobia społeczna czy problemy w relacjach rodzic – dziecko [www.psych.org, dostęp 27.12.2011].

Nowy model medykacji

Na przełomie lat 80. i 90. XX w. amerykańscy autorzy zajmujący się problematyką medykacji zaczęli zwracać uwagę na słabnącą rolę profesji medycznych w umedycznianiu kolejnych sfer życia. W związku z tym sensowne stało się mówienie o stopniach medykacji¹⁰. Czołowy reprezentant amerykańskiej socjologii medycyny, zajmujący się zagadnieniem medykacji, Peter Conrad, w swych pracach z tego okresu mówił o trzech stopniach medykacji, podkreślając jednocześnie, że zwykle nigdy nie jest ona całkowita. Wyróżnił zjawiska zmedykowane prawie całkowicie (śmierć, poród), pewne stany i zachowania zmedykowane jedynie częściowo (uzależnienia od substancji psychoaktywnych) i takie, które są zmedykowane w nikłym stopniu (uzależnienie od seksu, seksualne wykorzystywanie partnera) [Conrad 1992: 220; 2007: 6–7]. Medykacja alkoholizmu dokonała się za sprawą ruchu Anonimowych Alkoholików, lekarze jako jedna z ostatnich grup zaakceptowali traktowanie alkoholizmu jako choroby. W odniesieniu do takich problemów, jak uzależnienie od opiatów czy programy wsparcia pracowników (*Employee Assistance Programs – EAPs*)¹¹ zaangażowanie lekarzy jest minimalne. Są także zagadnienia, co do których widoczny jest opór środowisk medycznych, decydujących o uznaniu ich

¹⁰ Badania prowadzone przez amerykańskich naukowców w odniesieniu do takich zagadnień jak menopauza, uzależnienia, czy przemoc seksualna ujawniły uwarunkowania stopnia medykacji. Im większe jest wsparcie profesji medycznej w medykowaniu zagadnienia, im bardziej dostępne są procedury diagnostyczne i lecznicze, im mniej jest wyjaśnień konkurencyjnych, im większa roszczeniowość grup w kierunku medykacji problemu, tym większe jest prawdopodobieństwo zmedykowania go. Istotnym czynnikiem, na który zaczęto zwracać coraz większą uwagę w ostatnich latach jest czynnik ekonomiczny – jeśli istnieje pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, pacjenci i lekarze będą bardziej zdeterminowani w dążeniu do medykacji tego problemu.

¹¹ Programy wsparcia pracowników zwykle są oferowane w ramach ubezpieczenia pracowniczego. Ich celem jest pomoc pracownikom w rozwiązywaniu ich codziennych problemów, np. rodzinnych, które powodują spadek efektywności w pracy. Program zazwyczaj składa się z oceny sytuacji i krótkoterminowego doradztwa udzielanego pracownikowi i jego bliskim oraz wskazania zewnętrznych źródeł pomocy. Programy tego typu nie są inicjatywą środowiska medycznego, które

za choroby czy dysfunkcje. Jednym z przykładów jest niechęć do traktowania kary śmierci w kategoriach procesu medycznego i odmawianie przez lekarzy podawania śmiertelnego zastrzyku. Wynika to zapewne z faktu, iż w społecznym odczuciu lekarz jest postrzegany jako osoba ratująca życie, a tym samym stanowi pewne zagrożenie dla samej profesji medycznej. Mimo stosowania procedur i technologii medycznej, proces wykonywania kary śmierci przez iniekcję nie został zawłaszczony i zmonopolizowany przez profesje medyczne.

Innym nowym zjawiskiem, na które zaczęto zwracać uwagę w tym okresie była rosnąca rola środowisk laickich – luźno powiązanych ze sobą jednostek o wspólnym interesie, zinstytucjonalizowanych ruchów społecznych lub pojedynczych – które zaczęły domagać się uznania pewnych stanów i zachowań za choroby. Jednym z przykładów z ostatnich lat jest medykalizacja niepłodności w Stanach Zjednoczonych. Niepłodność stanowiąca intymny problem dwojga ludzi stała się przedmiotem publicznej debaty i medycznych procedur w postaci zapłodnienia *in vitro*. Obecnie w Stanach Zjednoczonych powstają ruchy par starających się o dziecko, które domagają się uznania niepłodności za chorobę, a procedury zapłodnienia pozaustrojowego za lekarstwo, które będzie w pełni refundowane [Bird, Conrad, Fremont 2000]. Podobne żądania wysunęli kilkanaście lat wcześniej weterani wojny w Wietnamie, domagając się, by środowiska psychiatryczne uznały zespół stresu pourazowego (*post traumatic stress disorder* – PTSD) za jednostkę chorobową, co rzeczywiście się stało. Dostrzegając aktywną rolę pacjentów i zorganizowanych grup w procesie medykalizacji, badania przeorientowano na społeczne konstruowanie chorób, którego dokonywali nieprofesjonaliści.

Autorzy zaczęli zwracać uwagę na inny wymiar medykalizacji – ekspansywność kategorii medycznych. Zaobserwowano włączanie nowych stanów i nowych kryteriów do już istniejących kategorii, czy też jednostek chorobowych. Taka sytuacja miała miejsce w odniesieniu do alkoholizmu, gdzie członkowie rodziny alkoholika zostali uznani za współuzależnionych i otrzymali etykietę „dorosłych dzieci alkoholika” (DDA). Innym przykładem, jednym z najlepiej opisanych w literaturze poświęconej medykalizacji jest nadpobudliwość. Początkowo kategoria ta odnosiła się do mających trudności z koncentracją, bardzo ruchliwych dzieci, głównie chłopców. W późniejszych latach wprowadzono jednostkę chorobową – ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) – a jej diagnozowanie coraz częściej dotyczyło dziewcząt, młodzieży, by w ostatnich latach objąć także doro-

jest raczej sceptyczne w odniesieniu do nich, lecz działaniem oddolnym, podejmowanym przez samych pracodawców, chcących zapewnić sobie maksymalną wydajność pracy.

słych (*adult ADHD*). Inną ekspansywną kategorią stała się choroba Alzheimera. W momencie, gdy zniesiono wiek jako jedno z kryteriów diagnostycznych, zaprzestano rozróżniania tej choroby i naturalnego efektu procesu starzenia się, czyli demencji starczej. W ten sposób dokonano jednocześnie medykalizacji starości. Kolejnym przykładem jest zmiana zakresu dopuszczalnych wartości stężenia cholesterolu w organizmie. W latach 60. XX w. jako górną dopuszczalną granicę dla Amerykanów wyznaczono 400 mg/dL. Powyżej tej wartości pacjentom przepisywano statyny. W ostatnich latach dopuszczalna norma została obniżona do 240 mg/dL, zaś wartości z zakresu 200–240 mg/dL są traktowane jako będące na granicy wysokiego ryzyka. Według jednego z koncernów farmaceutycznych, produkujących lek obniżający poziom cholesterolu, każdy badany, u którego wartość osiągnęła 15 mg/dL, powinien zażywać jedną tabletkę preparatu dziennie. Jeremy Greene, zajmujący się tym zagadnieniem oszacował, że leki powinno zażywać 90% Amerykanów [za: *Harvard Magazine*, wyd. elektroniczne z dn. 23.04.2009]. Ostatnim, najnowszym przykładem jest rozrost jednostki chorobowej, jaką jest depresja. Postęp w badaniach klinicznych wykazał, że niedobór amin może być przyczyną ciężkiej depresji, zaburzeń nastroju oraz zwykłego smutku lub też bycia nieszczęśliwym (*unhappiness*). W związku z tym na zwykłe codzienne smutki zaczęto przepisywać te same leki, co na ciężką depresję, zrównując te dwa odmienne stany w kategoriach procedur medycznych i medykalizując niezadowolone z życia [Dworkin 2001, 2006].

Badania nad zjawiskiem medykalizacji zwróciły także uwagę na upłciwienie tego procesu¹², podkreślając nierówności w tym obszarze. Cięża, poród, macierzyństwo, zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome, PMS*), menopauza, osteoporoza, otyłość, anoreksja i bulimia, aborcja, niepłodność to najczęściej badane obszary medykalizacji życia kobiet. Na przełomie XX i XXI wieku Conrad podjął badania poświęcone medykalizacji życia mężczyzn, skupiając się na łysieniu, zaburzeniach erekcji i andropauzie.

Nowi agenci medykalizacji

Powyższy przegląd pokazuje, że nowy model medykalizacji skupił się nie tylko na dewiacji, lecz także na umedycznieniu naturalnych procesów życiowych, takich jak łysienie, starzenie się, umieranie, lęki, niepokoje, zmienność nastrojów czy menopauza. Kolejną nowością w tym modelu jest skupienie na nowych siłach napędowych medykalizacji społeczeństwa amerykańskiego na przełomie

¹² Prace poświęcone tej problematyce zaprezentowały m. in. Riessman [1983], Riska [2003] i Lock [2004].

XX i XXI w. Spadek znaczenia profesji medycznych był jednym z przejawów zmian w obrębie samej medycyny, które były obserwowane już od lat 80. XX w. Innymi wyznacznikami tych przemian była reorientacja polityki zdrowotnej na kwestie finansowe i kontrola wydatków zdrowotnych oraz pojawienie się modelu *managed care*, który stał się dominującą formą zarządzania placówkami ochrony zdrowia i wydatkami na cele medyczno-zdrowotne. Medycyna stała się rodzajem rynku, na którym oferuje się usługi medyczne, z których mogą korzystać pacjenci – klienci – konsumenci. Zdrowie i choroba uzyskały wymiar ekonomiczny, zdrowie stało się produktem, który można nabywać i posiadać – dzięki ofercie przemysłu farmaceutycznego, niektórych lekarzy, np. chirurgów plastycznych oraz bogatej ofercie usługowej placówek ochrony zdrowia – w różnych ilościach w zależności o posiadanych środków. Conrad wymienia wśród nowych agentów medykacji biotechnologię, konsumentów i model *managed care* [Conrad 1992, 2007]. Nie do przecenienia jest także rola mediów w procesie umedyczniania ludzkiego życia. Obserwując przemiany w obrębie modeli medykacji, można dostrzec przejście od zainteresowania czysto społecznym jej wymiarem w kierunku wymiaru ekonomicznego, rynkowego [por: Poitras 2009: 376 i nast.]. Potwierdzeniem tych tendencji są także badania przeprowadzone przez grupę naukowców z Uniwersytetu Brandeis kierowaną przez Petera Conrada, którzy przeanalizowali 12 zmedykizowanych stanów, by oszacować wydatki zdrowotne Amerykanów w odniesieniu do tych schorzeń. We wnioskach badacz reasumuje, że społeczeństwo amerykańskie więcej wydaje na te zmedykizowane stany niż na nowotwory czy choroby serca – w 2005 r. Amerykanie wydali ponad 77 miliardów dolarów na leki, wizyty i hospitalizacje związane z tymi zmedykizowanymi stanami, co stanowiło prawie 4% całkowitych wydatków domowych na cele zdrowotne¹³ [Conrad, Mackie, Mehrotra 2010]. W dalszej części artykułu zostaną omówione zagadnienia dotyczące nowych agentów medykacji (najpierw przybliżony zostanie wpływ pacjentów/konsumentów na kształt tego procesu), dalej – rola mediów, następnie krótkiej charakterystyce zostanie poddany model *managed care*. Jako ostatni pojawi się wątek dotyczący biotechnologii, a w jego ramach zaprezentowana zostanie rola dwóch najważniejszych agentów medykacji współcześnie – przemysłu farmaceutycznego oraz genetyki. Taki układ jest podyktowany próbą uporządkowania tych najważniejszych sił napędowych

¹³ Wśród analizowanych chorób znalazły się: menopauza, ciąża niepowikłana, niepłodność, ADHD, problemy z erekcją, zaburzenia lękowe i behawioralne, obraz ciała, łysienie u mężczyzn, smutek (*sadness*, nie *depression*), otyłość, zaburzenia snu i zaburzenia związane z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

procesu medykalizacji poprzez pokazanie ich w kolejności stopnia ich uwikłania i związków z agentami omawianymi wcześniej.

Konsumenci. Pacjenci, potencjalnie chorzy i grupy zorganizowanych nie-profesjonalistów, stają się coraz głośniejszym adwokatem procesu medykalizacji w Stanach Zjednoczonych. Rosnąca świadomość wartości zdrowia i sprawnego ciała, lęk przed chorobami, starzeniem się i śmiercią oraz codzienne ludzkie niepowodzenia wywołujące poczucie bezużyteczności powodują, że jednostki coraz częściej domagają się uznania za chorych, dostępu do leczenia i procedur medycznych. Stają się coraz bardziej świadomymi konsumentami usług zdrowotnych, wybierają plany ubezpieczeń, kliniki i szpitale, lekarzy i usługi medyczne. Ta aktywność jest uwarunkowana i społecznie i ekonomicznie. W działalności konsumentów na rzecz medykalizacji można zaobserwować dwa trendy. Po pierwsze, „użytkownicy rynku medycznego” traktują swoje ciała jak projekty, które można dostosowywać do własnych potrzeb prywatnych i zawodowych, zaś zdrowie staje się inwestycją, mającą się zwrócić w postaci sukcesu zawodowego, prestiżu społecznego, bogactwa, czy władzy. W ten nurt wpisuje się oferta medycyny estetycznej, która – w przeciwieństwie do medycyny rekonstrukcyjnej – nie jest pokrywana z ubezpieczenia. Według danych przytaczanych przez Conrada, w 2004 r. prawie 12 milionów Amerykanów poddało się jakiemuś zabiegowi chirurgii plastycznej [Conrad 2007: 139]. Z drugiej strony jednostki domagają się uznania za chore, gdy nie potrafią poradzić sobie ze swoim życiem, gdy mają problemy rodzinne, zawodowe, są przygnębione – jednym słowem mają codzienne problemy życiowe. Conrad określił to nośnym terminem „medykalizacji niewydajności” (*medicalization of underperformance*) [Conrad 2007: 139]. U coraz większej grupy osób spada odporność na codzienne problemy, a choroba jest rodzajem wymówki, bo znacznie łatwiej zaakceptować życiowe niepowodzenie będące efektem choroby niż wynikające z lenistwa lub niechęci. W ten nurt wpisuje się przykład ADHD, którego popularyzacja w Stanach Zjednoczonych, częściowo pod wpływem ogólnodostępnych książek i artykułów spowodowała, iż do gabinetów lekarskich zaczęli przychodzić dorośli prosząc o zdiagnozowanie tego zaburzenia i przepisanie leków. Ritalin¹⁴ przepisuje się, gdy dorosły pacjent ma trudności w zorganizowaniu swojego życia, podobnie Paxil lub Prozac zapisuje się pacjentom uskarżającym się na problemy rodzinne.

Media. Aktywność konsumentów nie byłaby zapewne tak duża, gdyby nie gwałtowny rozwój Internetu. Strony poświęcone konkretnym schorzeniom,

¹⁴ Ritalin to lek przepisywany dzieciom, u których diagnozuje się ADHD, jest inhibitorem zwrotnego wychwyty dopaminy.

portale wiedzy medyczno-zdrowotnej, fora, artykuły i publikacje dostępne „na wyciągnięcie ręki” powodują wzrost świadomości zdrowotnej, większą troskę o własne zdrowie, ale z drugiej strony eskalują nieuzasadniony lęk związany z możliwością zachorowania na poważne schorzenie. Wśród nowych zjawisk poddawanych badaniu w tym obszarze analizuje się medykalizację cyberprzestrzeni oraz cyberchondrię, jako internetową odmianę hipochondrii [por: Miah, Rich 2008; White, Horvitz 2008]. Pisząc o wpływie mediów na proces medykalizacji, należy także zwrócić uwagę na inne aspekty tego zagadnienia. Po pierwsze, pojawiają się nowe tematyczne stacje telewizyjne, zajmujące się zagadnieniem zdrowia, urody, dobrego samopoczucia, zdrowego odżywiania i utrzymywania naszych ciał w dobrej kondycji¹⁵. W zwykłych, ogólnotematycznych stacjach pojawiają się cykle programów poświęconych tej problematyce. Na rynku prasy funkcjonuje wiele tytułów czasopism, poświęconych tym zagadnieniom, każdy czytelnik może znaleźć interesujące go informacje. Podobnie jak w przypadku telewizji, w czasopismach i prasie ogólnospołecznej, plotkarskiej – mówiąc krótko: nie mającej profilu ogólnospołecznego – pojawiają się stałe rubryki w postaci porad ekspertów, przepisów kulinarnych i reportaży poświęconych tym zagadnieniom. Dodatkowo ukazuje się ogromna liczba pozycji książkowych o charakterze poradnikowym. Bauman w jednej ze swych książek napisał, że w Stanach Zjednoczonych najlepiej sprzedają się książki kucharskie i poradniki o dietach, co pokazuje także paradoks dbałości o ciało. Od kilkunastu lat triumfy święci nowy gatunek telewizyjny – telenowela medyczna (lub serial medyczny). Pierwszym serialem przybliżającym laikom świat medycyny był „Ostry dyżur”. Pierwszy odcinek wyemitowano w 1994 r., zaś w sumie serial pozostawał na antenie przez 13 sezonów. Kolejnym amerykańskim hitem był serial „Chirurgi”, opowiadający losy grupy studentów medycyny, którzy wkraczają w dorosłe życie, zarówno zawodowe, jak i prywatne. Pierwsze odcinki wyemitowano w 2005 r., obecnie trwa ósmy sezon serialu w Stanach Zjednoczonych. Niekwestionowanym liderem „na rynku” amerykańskich seriali medycznych jest jednak „Dr House”, którego emisję rozpoczęto rok wcześniej niż „Chirurgi”, a który – za sprawą kontrowersyjnego tytułowego doktora – stał się klasykiem tego gatunku. Seriale medyczne bardzo mocno eksponują model edukacyjno-rozrywkowy, którego główna zasada polega na nauce przez zabawę. Identyfikując się z ulubionym

¹⁵Trudno jest oszacować ilościowo rynek amerykańskich mediów w tym aspekcie, gdyż – poza stacjami ogólnokrajowymi – istnieje wiele stacji telewizyjnych o zasięgu stanowym, co powoduje brak przejrzystości w kryteriach opracowań liczbowych. Podobnie rzecz się ma z rynkiem prasy i czasopism.

bohaterem, łatwiej i chętniej przyswajamy wiedzę, postawy i zachowania przez niego prezentowane. Nie zawsze są to pozytywne wartości, co pokazuje przykład „Dr House’a”. Wystarczy wejść na fora internetowe poświęcone serialowi, aby przekonać się o rosnącej skali cyberchondrii i lekomanii, szczególnie wśród fanów serialu. Wzrost zainteresowania zagadnieniami zdrowia i własnego ciała jest zapewne ważny i potrzebny, ale należy pamiętać, że – jak w każdej innej sferze – powinna obowiązywać zasada „zdrowego rozsądku” i krytyczna ocena źródeł, z jakich czerpie się wiedzę. Silna identyfikacja z bohaterami seriali medycznych (m.in. chorymi) pokazuje, jak zaciera się granica między światem fikcji a rzeczywistością.

Nekwestionowaną rolę w mediach odgrywają reklamy farmaceutyków i tzw. suplementów diety¹⁶. *The Food and Drug Administration Modernization Act* z 1997 r. wprowadził wiele udogodnień, które umożliwiły medykaliczację z udziałem koncernów farmaceutycznych. Zmniejszono listę wymaganych informacji, które muszą być przedstawione potencjalnemu klientowi w czasie reklamy, m.in. pozwolono zastąpić listę skutków ubocznych informacją przekierowującą konsumenta do innego źródła zawierającego te informacje (portal internetowy, reklama w prasie, infolinia) [Conrad 2007: 17]. Według portalu Onet.pl, Amerykanie wydają na ochronę zdrowia 16% PKB rocznie i są nekwestionowanym liderem w tej dziedzinie na świecie [Czarkowski 2012]. Do 2004 r. amerykańskie koncerny farmaceutyczne wydawały rocznie 4,5 miliarda dolarów na reklamę telewizyjną farmaceutyków, a tym samym na reklamę chorób, które te preparaty leczą [Conrad 2007: 17]. W 2005 r. wydatki na leki przepisywane na receptę w Stanach Zjednoczonych wyniosły prawie 1000 dolarów kanadyjskich na osobę, zaś wydatki na reklamę skierowaną do konsumentów (*direct-to-consumer-advertising – DTCA*) na osobę wyniosły prawie 18 dolarów kanadyjskich [Morgan 2007]. To pokazuje siłę oddziaływania branży reklamowej, a także jej moc w zakresie kreowania nowych schorzeń, o czym będzie mowa w akapicie poświęconym przemysłowi farmaceutycznemu.

Managed care. Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia w oparciu o efektywność ekonomiczną spowodowało, iż niektóre procedury medyczne nie znalazły finansowego pokrycia w polisie ubezpieczeniowej, wywołując niezadowolenie i naciski pacjentów w kierunku ich refundacji. Z drugiej strony, w finansowaniu procedur medycznych w Stanach Zjednoczonych nastąpiły pewne zmiany. Jedną z nich jest refundacja leków psychotropowych kosztem refundacji psychoterapii

¹⁶ W Stanach Zjednoczonych dopuszczalna jest reklama leków przepisywanych na receptę, skierowana bezpośrednio do konsumentów.

(co umacnia już i tak silną pozycję przemysłu farmaceutycznego). Innym przejawem przemian jest pokrywanie kosztów operacji bariatrycznych, ekonomiczny rachunek podpowiedział bowiem, że taniej jest finansować operacje wstawiania bypassów żołądka niż leczyć powikłania spowodowane „epidemią otyłości” [Conrad 1992, 2007].

Biotechnologia. Osiągnięcia technologiczne od samego początku ułatwiały postęp medykacji, jednak nigdy ich znaczenie nie było tak ogromne jak współcześnie. Oprócz rozwoju aparatury medycznej, która umożliwia wykonywanie skomplikowanych zabiegów i badań, na uwagę zasługuje rozwój **genetyki i przemysłu farmaceutycznego**.

Genetyka to jeden z najdynamiczniej rozwijających się obszarów w obrębie medycyny. Rozszyfrowanie ludzkiego genomu pozwoliło na wykrycie przyczyn lub choćby ryzyka wystąpienia wielu chorób na poziomie ludzkich genów. Gen otyłości, poszukiwania wrażeń, łysienia, czy nieśmiałości z pewnością zrewolucjonizują medycynę i myślenie o sobie samym. Obecnie zainteresowanie badaniami genetycznymi jest coraz większe. Nosicielstwo genu odpowiedzialnego za ryzyko wystąpienia raka sutka u kobiet jest często impulsem do wykonania profilaktycznej mastektomii. Można przypuszczać, że bycie nosicielem wadliwego genu zmieni postrzeganie siebie, własnego ciała i redefinicję tożsamości w kategoriach medycznych jako „potencjalnie chorego”. To pociągnie konsekwencje społeczne i ekonomiczne – redefinicję statusu, zmiany w warunkach ubezpieczenia zdrowotnego [por.: Conrad 2007, Wieczorkowska 2008].

Ostatnim agentem medykacji, który zostanie omówiony w ramach nowego modelu tego procesu jest **przemysł farmaceutyczny**. Truizmem będzie stwierdzenie, iż odgrywał on rolę w procesie medykacji od samego początku, gdyż oczywista wydaje się konieczność produkcji leków na określone medykali-zowane schorzenia. O ile jednak początkowo przemysł farmaceutyczny mógł się rozwijać jedynie dzięki współpracy i legitymizacji profesjonalistów medycznych, o tyle współcześnie rozwija się on niezależnie od elit lekarskich. Oczywiście lekarze są wciąż strażnikami dostępu do wielu medykamentów, jednak firmy farmaceutyczne stały się autonomicznymi graczami na rynku leków oferując swe preparaty bezpośrednio pacjentom poprzez różnorodne formy promocji i reklamy bezpośredniej. W 1997 r. *Food and Drug Administration Modernization Act* zezwolił na reklamę niektórych produktów medycznych, skierowaną bezpośrednio do amerykańskich konsumentów głównie za pośrednictwem telewizji. Raport fundacji *Keiser Family* z 2005 r. pokazuje, że każdy dolar zainwestowany w taką reklamę zwraca się koncernowi ponad czterokrotnie w sprzedaży leków [Conrad 2007: 134]. Koncerny farmaceutyczne kreują rynki dla swoich pre-

paratów w dwojaki sposób. Po pierwsze, docierają z informacją o dostępności preparatów już znanych i używanych przez pacjentów. Po drugie zaś, kreują nowe choroby oferując na rynku zupełnie nowe leki¹⁷. Klasycznymi przykładami działania drugiego typu są: zaburzenie erekcji i osteoporoza. Viagra to lek, który początkowo testowany był jako terapia nadciśnienia tętniczego i schorzeń układu krążenia. Niski odsetek zwrotów leków przez uczestników fazy testów skoncentrował uwagę firmy Pfizer na skutkach ubocznych. Okazało się bowiem, że Viagra likwidowała problemy z erekcją u starszych mężczyzn, co szybko zostało wykorzystane przez koncern farmaceutyczny w działaniach marketingowych [*Harvard Magazine*, wyd. elektroniczne z dn. 23.04.2009]. Szybko okazało się, że rynek konsumentów tego preparatu może być znacznie większy, bo każdy mężczyzna może mieć okresowe problemy z erekcją. W ten sposób lek stał się terapią na dysfunkcje seksualne nawet u młodych mężczyzn [por.: Conrad 2007: 135 i nast.]. Prozac i Paxil¹⁸ to przykłady innych leków, które wykreowały rynki konsumenckie, zmedykalizowały określone stany i codzienne zachowania. Ten wątek będzie jeszcze rozwinięty w jednym z kolejnych akapitów, gdzie zostanie przedstawiony inny aspekt „imperializmu” farmaceutycznego i jego związków z psychiatrią. Osteoporoza zaś, z naturalnego procesu starzenia się organizmu stała się chorobą za sprawą pojawienia się na rynku preparatów uzupełniających niedobory wapnia w kościach. Ubytki mineralne w układzie kostnym są jednym z objawów procesu starzenia się organizmu, podobnie jak zmarszczki na twarzy. Skuteczność preparatów na osteoporozę wśród starszych osób jest często podawana w wątpliwość z powodu ich niskiej wchłaniania, przy jednoczesnym ryzyku wystąpienia skutków ubocznych [por.: Wieczorkowska 2008].

Jednym z najnowszych przykładów medykacji, pokazujących potęgę rynku farmaceutyczno-kosmetycznego, jest hipotrychoza rzęs [Bauman 2011: 94–99]. Problem dotyczy kobiety, a jego istotą są krótkie, rzadkie rzęsy, które mogą „być objawem stanu wymagającego interwencji medycznej” [Bauman 2011: 95]. Wiele pań jest niezadowolonych ze swoich rzęs, nawet te, których rzęsy są grube i długie chciałyby je mieć jeszcze dłuższe i jeszcze grubsze. Do tej pory rynek kosmetyczny oferował szeroką gamę tuszów do rzęs, które skutecznie

¹⁷ Jörg Blech, autor książki *Inventing Diseases and Pushing Pills* używa sformułowania „dla każdego chorego znajdzie się pigułka” („for every ill, there is a pill”), by zaraz sparafrazować to zdanie, mówiąc, iż obecnie „dla każdej pigułki znajdzie się choroba”.

¹⁸ Prozac i Paxil to leki przepisywane początkowo na depresję. Szybko okazało się, że leki i niepokoje dnia codziennego można równie skutecznie tłumić za pomocą tych preparatów; pojawiły się jednocześnie nowe jednostki chorobowe: zespół lęku społecznego (*social anxiety disorder* – *SAD*) i zespół lęku uogólnionego (*generalized anxiety disorder* – *GAD*).

pogrubiały, wydłużały, podkreślały, nadawały efekt 3D. Były to jednak „zabiegi” estetyczne. Firma farmaceutyczna Allergan proponuje „zabieg” medyczny, leczniczy, oferując preparat o nazwie Latisse. Wątle rzęsy staną się zdrowe, brak rzęs zostanie zastąpiony nowymi, jest jednak jeden warunek – preparat musi być stosowany systematycznie (w domyśle – do końca życia). Oficjalna strona internetowa www.latisse.com podaje, że od czasu debiutu rynkowego preparatu (preparat został zarejestrowany w 2001 r.) sprzedano 2,5 miliona butelek. Jak można przypuszczać, wzrost sprzedaży nastąpił, gdy rzadkie i krótkie rzęsy zaczęły być traktowane w kategoriach medycznych, a takiej kondycji rzęs nadano nazwę, która brzmi jak groźna choroba.

W książce Christophera Lane’a *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*¹⁹ pojawia się żart graficzny Alexa Gregory’ego, opublikowany w 2007 r. na łamach „The New Yorkera”. Na kozetce u psychoterapeuty leży mężczyzna i mówi: „Czy możemy zwiększyć dawkę? Wciąż mam uczucia” [Lane 2007: 210]. Książka ta wywołała w Stanach Zjednoczonych głośną dyskusję na temat medykalizacji emocji i swoistego renesansu psychiatrii. Można zaryzykować stwierdzenie, że obecnie można obserwować przejawy imperializmu psychiatrycznego w tym kraju. Wątek, który w tym miejscu poruszam jest niezwykle istotny, gdyż łączy zagadnienia, które były dotychczas omawiane – początki medykalizacji w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, rolę pacjentów w procesie medykalizacji, potęgę rynku farmaceutycznego i jego relacje z psychiatrami jako najbardziej wpływową grupą profesjonalistów medycznych w Stanach Zjednoczonych, a także konsekwencje tych relacji w postaci modelu *managed care*.

Medykalizacja emocji pozostaje w silnym związku z rozwojem **psychofarmakologii**. Rozwój wiedzy na temat wpływu leków na mózg człowieka był możliwy dzięki postępowi w samej medycynie. Dodatkowo, postęp ten wzbogacił wiedzę o funkcjonowaniu samego mózgu. Jednym z takich osiągnięć jest teoria amin biogennych, które są związane z powstawaniem depresji. Jakie przyniosło to zmiany? Po pierwsze, zaczęła zacierać się granica między rzeczywistą chorobą psychiczną a nastrojami i emocjami, które stoją za określonymi zachowaniami człowieka. Zatarła się granica między mózgiem (*brain*) a umysłem (*mind*). O ile ten pierwszy należy do sfery biologii i podlega procesom chemicznym, o tyle

¹⁹ Książka ta jest niezwykle interesującą pozycją choćby dlatego, że jej autor nie jest lekarzem ani socjologiem, lecz profesorem literatury. Jego wnikliwa analiza objęła ogromną liczbę dokumentów, które pokazują, jak doszło do medykalizacji nieśmiałości. Książka jest także jedną z niewielu pozycji, które odwołują się do aspektów socjolingwistyki w obszarze medykalizacji. Wprawdzie wielu autorów *implicite* zajmuje się medykalizacją języka, jednak brak jest w literaturze amerykańskiej osobnych prac poświęconych temu zagadnieniu.

drugi należy do świata społecznego, jest odpowiedzialny za myślenie i pozostaje pod silnym wpływem czynników psychologicznych i społecznych. Po drugie, pojawiła się tendencja do traktowania zaburzeń psychicznych w kategoriach czysto medycznych (*disorder*), a nie sytuacyjnych (*neurosis*). To spowodowało wypieranie z rynku usług psychologów i ich oferty leczenia w postaci psychoterapii na rzecz psychiatrów i leczenia farmakologicznego. To doprowadziło do kolejnej konsekwencji – doszło do rewitalizacji psychiatrii, wzrostu prestiżu grupy zawodowej psychiatrów, którzy stali się na nową wpływową elitą. Siłę ich oddziaływania zademonstrowały kolejne wersje DSM, które zwiększały liczbę schorzeń objętych klasyfikacją i rozszerzały już istniejące kategorie. Próba sił między psychologami i psychiatrami spowodowała, że w nowo powstałym modelu medycyny *managed care* znalazło się miejsce dla farmakologicznego leczenia zaburzeń psychicznych, nie starczyło go natomiast dla psychoterapii (nie jest ona refundowana). Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI*) to ogólna nazwa grupy leków trzeciej generacji²⁰, które potocznie określane są jako leki psychotropowe lub psychofarmaceutyki. Ich działanie jest podobne do działania substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol – mówiąc najogólniej poprawiają nastrój. Dlatego też często porównuje się psychofarmakologię do chirurgii plastycznej, mówiąc o psychofarmakologii kosmetycznej – likwidującej zmarszczki duszy, rozświetlającej cienie umysłu, odmładzającej go. Do grupy inhibitorów serotoniny należą m.in. takie preparaty jak Paxil, Prozac, Zoloft, Seroxat (część z nich jest dostępna na polskim rynku). Obecnie najczęściej opisywanym w literaturze preparatem jest Paxil, gdyż przepisuje się go na większość zaburzeń psychicznych – od ciężkiej depresji, przez problemy osobowościowe i społeczne, takie jak nieśmiałość (tzw. fobie społeczne), na zwykłych codziennych smutkach i zmiennych nastrojach kończąc. Krytycy medykalizacji emocji mówią o tym, że leki psychotropowe są przepisywane nie tym pacjentom, którzy są najciężej chorzy, ale tym, którzy o tym najgłośniejszą mówią – lekarze przepisują im preparaty „dla świętego spokoju”, a także dlatego, że jest to leczenie refundowane [Dworkin 2001]. Według Lane’a, codziennie 5000 Amerykanów rozpoczyna kurację Paxilem [wywiad z Ch. Lanem, 1.10.2007]. Jakie są konsekwencje medykalizacji emocji? Przede wszystkim, jak mówi Dworkin, nie zmienia się stylu życia Amerykanów, lecz ich psychikę [Dworkin 2006]. Leki takie jak Paxil wywołują wiele skutków ubocznych, często powodując znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjentów

²⁰ Pierwsza „era” leków o podobnym działaniu to tzw. inhibitory MAO, zaś leki drugiej generacji to trójcykliczne i czterocykliczne leki przeciwdepresyjne.

w wymiarze czysto somatycznym. Najbardziej zaskakującym odkryciem Lane'a był fakt, że Paxil, lek antylękowy, wywołuje skutek uboczny w postaci lęku [Jones 2007]. Poza tym – jak pokazują amerykańskie fora internetowe i wirtualne grupy wsparcia – psychofarmaceutyki wcale nie pomagają w leczeniu schorzeń, na które zostały przepisane. Ludziom zażywającym te leki wmawia się, że staną się po nich szczęśliwsi, ale to jest rodzaj szczęścia zdefiniowany raczej przez lek i koncern, który go produkuje, a nie przez samego przyjmującego dany preparat. Dworkin wysuwa ciekawą tezę, iż leki psychotropowe powodują przerwanie połączenia między zewnętrznym i wewnętrznym światem jednostki [Dworkin 2001]. Ludzie przyjmujący preparaty takie jak Paxil mówią, że w zasadzie nic w ich życiu się nie zmieniło, ale są po prostu szczęśliwsi. Wpływ świata zewnętrznego na wnętrze człowieka zostaje wyłączony przez zażycie pigułki. Mówiąc inaczej – wydarzenia zachodzące w świecie zewnętrznym nie wywołują adekwatnej reakcji w postaci emocji, powstających we wnętrzu człowieka. Czy codzienny smutek, przygnębienie, złość, nieśmiałość to uczucia tak bardzo nieprzyjemne i trudne do zniesienia, że będziemy je tłumić za pomocą leków? Czy wkrótce na miłość (szczególnie tę nieszczęśliwą) wystarczy zażyć inhibitor serotoniny, by poczuć się szczęśliwszym? Kwestią otwartą pozostaje także sama definicja bycia szczęśliwym, co pod znakiem zapytania stawia kryteria diagnostyczne schorzeń, na które przepisuje się leki psychotropowe trzeciej generacji.

Kwestię medykacji emocji pozwolę sobie zakończyć dość przewrotnym pytaniem. Jeżeli większość ludzi na świecie, nie tylko Amerykanów, cierpi na jakieś lęki i fobie, to może wcale nie jest to dysfunkcją czy zaburzeniem, lecz normą, a leczyć powinno się tych, którzy takich emocji nie odczuwają?

Szeroko omówiony nowy model medykacji niesie ze sobą konsekwencję w postaci konieczności zredefiniowania samego procesu. O ile we wcześniejszych ujęciach koniecznym warunkiem medykacji było włączanie kolejnych sfer codziennego życia pod jurysdykcję profesji medycznych, o tyle w nowej definicji zjawisko to jest pojmowane znacznie szerzej. Jak stwierdza Conrad, „medykacja jest procesem składającym się z definiowania problemu w kategoriach medycznych, używania medycznego języka do opisu problemu, stosowania medycznej ramy, by go zrozumieć lub używania procedur medycznych, by go rozwiązać [...]”. Ten socjokulturowy proces może, ale nie musi angażować profesji medycznych, czy rozciągać medyczną kontrolę społeczną²¹ [Conrad 1992: 211]. Podsumowując, według tej szerokiej definicji, wystarczy, że coś jest definiowane w kategoriach medycznych, a uprzednio nie było, by można było mówić o medy-

²¹ Tłum. własne.

kalizacji problemu, nieistotne jest zaś, kto dokonuje konceptualizacji problemu w tych kategoriach.

Biomedycyzacja

Na początku XXI w. pojawiły się próby rekonceptualizacji medycyzacji. Biomedycyzacja (tak nowy proces został nazwany) to „złożone, wielokierunkowe procesy medycyzacji, które obecnie są rekonstruowane poprzez pojawiające się formy społeczne i praktyki wysoce technologiczowanej naukowej biomedycyny” [Clarke 2003, za: Conrad 2007: 14]. Ta koncepcja jest znacznie szersza od procesu medycyzacji i wydaje się bardziej medyczna niż socjologiczna. Bezsporny pozostaje fakt, iż jest to dopiero zapowiedź na przyszłość, a nie obowiązujący aktualnie model medycyzacji.

DEMEDYCYZACJA

Zjawiskiem określanym często jako medyczne odczarowanie jest proces odwrotny do umedyczniania. O demedycyzacji mówi się, gdy zjawisko przestaje być definiowane w kategoriach choroby lub medycznej dysfunkcji. Takiego odmedycznienia mogą dokonać profesjonaliści medyczni oraz zorganizowane grupy pacjentów czy też ruchy społeczne. Przykładami demedycyzacji w społeczeństwie amerykańskim są homoseksualizm i niepełnosprawność. Homoseksualizm został zdemedycyzowany w 1973 r. przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne i obecnie jest alternatywnym stylem życia, choć nie brakuje postaw wciąż traktujących go jako chorobę. W ostatnich latach obserwuje się częściową remedycyzację problemu, która jest spowodowana epidemią HIV/AIDS. Demedycyzacja niepełnosprawności dokonała się za sprawą działań samych niepełnosprawnych skupionych w ruchach i organizacjach działających na rzecz ich samych. Skala procesu demedycyzacji jest jednak nieporównanie mniejsza niż medycyzacji a biorąc pod uwagę ekspansję nowych agentów i siła napędowych tego ostatniego procesu, jest raczej mało prawdopodobne, by medyczne odczarowanie stało się trendem dominującym.

PODSUMOWANIE

Większość amerykańskich badaczy postrzega medycyzację jako proces negatywny i donosi się do niego krytycznie. Dlatego zapewne, gdy opisuje się konsekwencje medycyzacji zwykle przeważają skutki negatywne – odsunięcie

na boczny tor kwestii moralnych związanych z zachowaniem, odpowiedzialności za jednostkowe czyny i działania, eskalacja lęku przed życiem i problemami dnia codziennego, redefinicja „ja”, przemiany intymności i tożsamości a w wymiarze ekonomicznym – wzrost kosztów i nakładów na ochronę zdrowia. Medykalizacja doprowadziła do paradoksalnej sytuacji – społeczeństwo, które w porównaniu do sytuacji sprzed 100–150 lat cieszy się obiektywnie nieporównanie lepszym zdrowiem, jest społeczeństwem ludzi schorowanych, cierpiących lub niezdiagnozowanych, społeczeństwem, w którym – według przekonania książkowego doktora Knocka – *każdy jest chory tylko o tym nie wie*. Nie brak jednak głosów wskazujących, iż definiowanie w kategoriach medycznych zaburzeń i dysfunkcji jest potrzebne i konieczne – bardziej prawdopodobne, że sfinansowane będą badania w odniesieniu do problemu zdefiniowanego w kategoriach choroby, polisy ubezpieczeniowe pokrywają koszty leczenia chorób a nie problemów codziennych, a świadectwa zgonów muszą mieć wpisaną przyczynę, a w wymiarze jednostkowym, łatwiej pogodzić się z chorobą, którą ktoś może wyleczyć, niż z problemem, który musi zostać rozwiązany przez samą jednostkę.

Rozwój procesu medykalizacji przeszedł długą drogę. Początkowo, zjawisko to było fenomenem związanym ze sferą dewiacji i zaburzeń psychicznych i było polem zainteresowań głównie psychiatrii. Wraz z rosnącą ekspansją profesji medycznych, nowymi formami medycznej kontroli społecznej, pojawianiem się nowych umedycznionych stanów oraz na skutek pojawienia się nowych sił napędowych i agentów tego procesu, medykalizacja stała się jednym z głównych obszarów badawczych amerykańskiej socjologii medycyny. Medykalizacja nie jest fenomenem jedynie amerykańskim, jest to zjawisko globalne, choć największej ilości opracowań powstało właśnie w socjologii amerykańskiej, co może wskazywać na wysoki stopień medykalizacji życia tego społeczeństwa. Największej ilości opracowań (teoretycznych i empirycznych) doczekały się takie przypadki jak: ADHD, problemy z erekcją, nieśmiałość, fobie społeczne, alkoholizm, menopauza, ciąża i poród, niepłodność, choroby psychiczne, niski wzrost, łysienie, starzenie się, osteoporoza, smutek i depresja. Medykalizacji podlegają zachowania dewiacyjne i naturalne procesy życiowe. W warstwie metodologicznej można badać dwa aspekty medykalizacji – definicje i ich zastosowanie. Łatwiej bada się definiowanie, czyli medykalizację na poziomie konceptualnym, gdyż istnieje wiele obiektywnych wskaźników mierzących ten poziom (przede wszystkim ICD-10 i DSM-IV), znacznie trudniej bada się ją na pozostałych poziomach – instytucjonalnym i interakcyjnym. Oprócz obiektywnych wskaźników wykorzystuje się tu także szeroki wachlarz socjologicznych narzędzi i technik badawczych – reprezentatywne badania opinii, badania określonych grup (lekarze,

pacjenci cierpiący na określone schorzenia, menedżerowie zdrowia, dyrektorzy szpitali, farmaceuci, przedstawiciele medycyny itp.) wykorzystujące metody standaryzowane i jakościowe. Najłatwiej i najpełniej jednak opisuje się procesy medykalizacji w odniesieniu do konkretnych przypadków – stanów, zachowań, problemów – które zostały zmedykalizowane, śledząc zarówno wskaźniki obiektywne jak i subiektywne.

Medykalizacja staje się wyzwaniem nie tylko dla socjologów, zjawisko staje się interdyscyplinarne i tylko połączone wysiłki ekonomistów, etyków, medyków, socjologów, psychologów i psychiatrów oraz polityków mogą dać pełny i obiektywny obraz procesu. Jak już kilkakrotnie podkreślano medykalizacja jest zjawiskiem globalnym, brak jednak – jak dotąd – przekrojowych międzykulturowych badań poświęconych tej problematyce. Szczególnie interesująca byłaby konfrontacja wiedzy zachodniej z systemami krajów azjatyckich, afrykańskich czy arabskich. Medykalizacja jest procesem mało rozpoznanym również w Polsce, co zapewne wynika – przynajmniej częściowo – z uwarunkowań historycznych. Warunki do rozwoju tego zjawiska pojawiły się w naszym kraju dopiero po upadku komunizmu, stąd proces ten jest młody, choć coraz częściej dostrzegany. Niestety brak jak dotąd specjalistycznych publikacji z zakresu tej problematyki a przede wszystkim – brak jest jakichkolwiek szeroko zakrojonych badań, które mogłyby w sposób obiektywny przybliżyć rozmiary i przebieg procesu medykalizacji w Polsce. Autorka tego artykułu prowadzi własne badania w tym zakresie, których wyniki, przynajmniej częściowo, ukażą obraz procesu medykalizacji polskiego społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- B a u m a n Z. [2006], *Płynna rzeczywistość*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B a u m a n Z. [2007], *Płynne życie*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B a u m a n Z. [2011], *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B i ń c z y k E. [2002], *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] W. Piątkowski (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- B i r d Ch.E., C o n r a d P., F r e m o n t A.M. (eds.) [2000], *Handbook of Medical Sociology*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- B l e c h J. [2006], *Inventing Disease and Pushing Pills. Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life*, London Routledge.
- B r o o m D.H., W o o d w a r d R.V. [1996], *Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 18, No. 3.
- C o c k e r h a m W.H. [2004], *Medical Sociology. Ninth Edition*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Conrad P. [1979], *Types of medical social control*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 1, No. 1.
- Conrad P. [1992], *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", Vol. 18.
- Conrad P. et al. [2010], *Estimating the Costs of Medicalization*, "Social Science and Medicine", Vol. 70, No. 12.
- Conrad P., Leiter V. [2003], *Health and Health Care as Social Problems*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- Conrad P., Leiter V. [2004], *Medicalization, Markets and Consumers*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 45.
- Conrad P., Schneider J.W. [1992], *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- Czarkowski M. [2012], *Kto zarabia na wojnie z lekami*, dokument elektroniczny <http://m.onet.pl/prasa/4995839,detal.html> [dostęp 13.01.2012].
- Dworkin R.W. [2001], *The Medicalization of Unhappiness*, www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=911 [dostęp 25.10.2011].
- Dworkin R.W. [2006], *Treating Unhappiness*, www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=4000 [dostęp 25.10.2011].
- Furedi F. [2004], *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, London–New York: Routledge.
- Giddens A. [2004], *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hadler N.M. [2003], *Fibromyalgia and the Medicalization of Misery*, "Journal of Rheumatology", Vol. 30, No. 8, August, <http://www.jrhuem.com/subscribers/03/08/1668.html> [dostęp 27.10.2008].
- <http://www.filmpolski.pl/fp/index.php/522170> [dostęp 5.01.2012].
- <http://www.e-teatr.pl/en/realizacje/8009,szczegoly.html> [dostęp 05.01.2012].
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Knock_ou_le_Triomphe_de_la_m%C3%A9decine [dostęp 5.01.2012].
- Ilich I. [2010], *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- Jones A.B. [2007], *A Pill for Every Mood: an Interview with Christopher Lane*, http://www.books-lut.com/features/2007_12_012048.php [dostęp 27.10.2010].
- Lane Ch. [2007], *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven–London: Yale University Press.
- Matcha D.A. [2000], *Medical Sociology*, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Miah A., Rich E. [2008], *The Medicalization of Cyberspace*, London: Routledge.
- Morgan S.G. [2007], *Direct-to-consumer advertising and expenditures on prescription drugs: a comparison of experiences in the United States and Canada*, "Open Medicine", Vol. 1, No. 1.
- Mulder R.T. [2008], *An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?*, "Perspectives in Biology and Medicine", Vol. 51, No. 2, Spring.
- Myllykangas M., Tuomainen R. *Medicalization*, <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/society/me-dicalisation.html> [dostęp 25.10.2011].
- Nettleton S. [2006], *The Sociology of Health and Illness*, Malden: Polity Press.
- On the Medicalization of Our Culture*, "Harvard Magazine", 23.04.2009, www.harvardmagazine.com/2009/04/medicalization-of-our-culture [dostęp 25.10.2011].
- Parsons T. [1969], *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWN.

- Pridmore S. [2007]: *Medicalization/Psychiatricization of suffering*, "Download of Psychiatry", April, http://eprints.utas.edu.au/287/35/Chapter_32__Medicalization_of_suffering.pdf [dostęp 25.10.2011].
- Romains J. [1900], *Knock [ou le triomphe de la medecine]*, Audenarde: Sanderus.
- Ruffie J., Sournia J.Ch. [1996], *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Scott S. [2006], *The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 28, No. 2, March.
- Singer A.J. [2001], *Medicalization. A "Third Way" to Drug Policy*, Fraser Institute.
- Sokołowska M. [1980], *Granice medycyny*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Sokołowska M. [1986], *Socjologia medycyny*, Warszawa: PZWL.
- Szasz T. [1963], *Law, Liberty and Psychiatry*, New York: Macmillan.
- Szasz T. [2007], *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, New York: Syracuse University Press.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Turner B.S. [1987], *Medical Power and Social Knowledge*, Newbury Park, California: Sage.
- White R., Horvitz E. [2008], *Cyberchondria. Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search*, Microsoft Research, <http://research.microsoft.com/pubs/76529/TR-2008-178.pdf> [dostęp 28.11.2010].
- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika – medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w świetle społeczeństwa ryzyka biomedycznego*, Łódź: Wydawnictwo UM w Łodzi.
- Wywiad z Christopherem Lanem*, http://www.furiousseasons.com/archives/2007/10/an_interview_with_chri-stopher_lane.html [dostęp 27.10.2010].

Magdalena Wieczorkowska

THE MEDICALIZATION OF SOCIETY IN THE AMERICAN SOCIOLOGY

Abstract

A process in which medicine enters into everyday life making it medical, by defining and treating states, moods, behaviors and conditions as medical problems (diseases, disorders) is a global phenomenon which expanded between 20th and 21st century. This process has various regional dynamics determined by political, socio-economical and religious factors. In Poland, medicalization, is quite a new phenomenon that needs to be researched.

A vast body of American literature in that field suggests high level of medicalization of this society. This essay depicts medicalization in the context of American medical sociology. Several issues is considered: historical perspective, broader theoretical context of that phenomenon, levels of medicalization, its models in a diachronic view, main authors and essential examples of medicalization. This will be the starting point for considerations on the medicalization process in Poland.

Key words: medicalization of everyday life, social control, deviation, models of medicalization, psychopharmacology, medicalization of emotions.