

Magdalena Wieczorkowska*

CHOROBA JAKO PODSTAWA KONSTRUOWANIA NOWYCH TOŻSAMOŚCI W ZMEDYKALIZOWANYM ŚWIECIE¹

Abstrakt. Proces medykalizacji jest zjawiskiem przybierającym w ostatnich dekadach na sile i charakteryzującym się nowymi aspektami i wymiarami (m.in. wzrost znaczenia laików jako aktywnych medykalyzerów, farmaceutyzacja, konsekwencje postępu biotechnologicznego). Zmienia on tym samym oblicze choroby nie tylko w wymiarze medycznym, ale przede wszystkim psychospołecznym, stając się podstawą do kreowania nowych odmian roli chorego i związanych z nimi tożsamości. Celem artykułu jest ukazanie tych aspektów medykalizacji, które wpływają na zmiany w: definiowaniu i odgrywaniu roli chorego, interakcjach między „chorymi”² a otoczeniem i w ich koncepcjach oraz obrazach siebie. Jako materiał ilustracyjny wykorzystano wyniki badań pilotażowych przeprowadzonych w 2011 r. na grupie 150 dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego. Skrytykowano teorię roli chorego Parsonsa ukazując jej nieadekwatność w odniesieniu do współczesnych zjawisk medykalizacji. Jako rama konstrukcyjna została wykorzystana interakcjonistyczna koncepcja Turnera (obraz siebie i koncepcja siebie), a proces medykalizacji został zaprezentowany w perspektywie historycznej oraz w kontekście praktyk biowładzy w ujęciu Michela Foucaulta.

Słowa kluczowe: choroba, medykalizacja, autoetykietowanie, społeczne konstruowanie choroby, tożsamość.

1. Choroba w wymiarze społecznym

Truizmem jest twierdzenie, że choroba (*disease*) jest pojęciem i zjawiskiem biomedycznym. Jednak pojęcie to funkcjonuje od dawna również na gruncie nauk

* Dr, Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź.

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

² Termin „chory” został umieszczony w cudzysłowie, gdyż odnosi się on obecnie nie tylko do obiektywnie istniejącej choroby, ale etykieta ta jest nieprawomocnie wykorzystywana do konstruowania tożsamości, która oczekuje odmiennego traktowania, „taryfy ulgowej” na podstawie autodefinicji w kategoriach chorego, bez udziału kontekstu instytucji medycznych w tym procesie.

społecznych, gdzie zyskało szersze znaczenie, stając się podstawą do łączenia perspektywy nauk medycznych i społecznych. Obok medycznego, wyróżnia się jeszcze dwa inne znaczenia tego terminu: psychologiczne oraz socjokulturowe (Barański, Piątkowski 2002; Sokółowska 1986; Uramowska-Żyto 2009: 67). W pierwszym nacisk kładzie się na subiektywne postrzeganie choroby (*illness*), na indywidualne odczuwanie dyskomfortu, stanu bycia chorym. W ujęciu drugim choroba (*sickness*) staje się podstawą do modyfikowania swoich relacji ze światem. Ze strony chorego jest sygnałem, że dzieje się z nim coś złego i dlatego oczekuje on innego traktowania i sam zachowuje się inaczej. Ze strony otoczenia choroba jest podstawą do zmiany zachowań wobec osoby chorej, a często staje się też powodem do etykietowania, społecznej stygmatyzacji człowieka cierpiącego.

Klasycznym przykładem koncepcji łączącej aspekt biomedyczny i społeczny jest funkcjonalna koncepcja roli chorego Talcotta Parsonsa. Traktując medycynę jako system kontroli społecznej nad jednostkami, Parsons uznał, że: 1) chory nie jest odpowiedzialny za swoją chorobę, 2) choroba jest stanem, który upoważnia do warunkowego uprawomocnienia zwolnienia z pełnionych ról i/lub wykonywanych zadań, 3) warunkiem uprawomocnienia jest uznanie przez chorego tego stanu za niepożądany oraz chęć wyzdrowienia, 4) chory ma obowiązek szukania profesjonalnej pomocy w celu jak najszybszego powrotu do zdrowia (Parsons 1969). Rozważając tę koncepcję dziś, należy uznać jej nieadekwatność z kilku powodów. Po pierwsze, wiele chorób ma podłoże środowiskowe, zatem chory jest do pewnego stopnia odpowiedzialny za swoje zdrowie i jego utratę spowodowaną zachowaniami antyzdrowotnymi. Po drugie, zmienił się zakres pojęcia „warunkowe uprawomocnienie” – współcześnie można go dokonać poza kontekstem medycznym, instytucjonalnym (oprócz zwolnienia, można iść na urlop lub wziąć urlop na żądanie; praca zdalna, odbywająca się w izolacji i nie wymagająca wychodzenia z domu także nie wymusza kontaktów z instytucjami medycznymi celem uprawomocnienia choroby). Po trzecie, chory wcale nie musi uważać, że choroba jest czymś złym, wręcz przeciwnie – czasem choroba jest postrzegana jako stan pożądany, czego efektem jest brak chęci wyzdrowienia, a czasem nawet wykorzystywanie choroby do osiągnięcia jakichś korzyści indywidualnych poprzez manipulację otoczeniem. Korzystanie z przywilejów – obecne wszakże w koncepcji Parsonsa – współcześnie może przybierać nieco inne oblicze – u Parsonsa choroba jest stanem negatywnym, niepożądany, a przywileje są rodzajem rekompensaty za dyskomfort i cierpienie i są zachętą do szybkiego powrotu do zdrowia. Współcześnie choroba jest często postrzegana jako pożądana właśnie ze względu na owe przywileje – w przypadku obiektywnej choroby istnieje pokusa, by ją przedłużać (symulować), by nadal korzystać z przywilejów, zaś w przypadku braku choroby, także pojawia się skłonność do udawania jej, roszczenia sobie do niej prawa, by móc z tych przywilejów korzystać (choć uprawomocnienia odczuje się nie od profesjonalistów medycznych, lecz od najbliższego otoczenia).

Po czwarte wreszcie, chory nie musi szukać kompleksowej pomocy w celu wyzdrowienia – koncepcja Parsonsa zakładała, że jedynymi uprawnionymi do orzekania o chorobie i leczenia jej są profesjonaliści medyczni, którzy zdobyli formalne wykształcenie. Obecnie chorzy szukają pomocy w ramach medycyny alternatywnej, coraz popularniejsze jest także samoleczenie. Proces leczenia także odbywa się w większości przypadków poza kontekstem instytucji medycznych – w domu, w otoczeniu rodziny, sąsiadów, znajomych oraz w Internecie (por. *Uramowska-Żyto* 2009: 71–72).

Koncepcja Parsonsa, jakkolwiek socjologiczna w swych podstawach, okazała się w konsekwencji głęboko osadzona w kontekście medycznym. Współczesnie, znacznie bardziej efektywne są modele konstruktywistyczne objaśniające społeczne mechanizmy powstawania choroby oraz pokazujące jej wpływ na życie jednostek w społeczeństwie. Pokazują one, że choroba mimo swojego biomedycznego podłoża jest społecznie konstruowana, wychodzą poza kontekst medyczny, podkreślając rolę laików w procesie umedycznienia życia oraz pokazując, jak zmieniają się autodefinicje jednostek zarówno w wymiarze indywidualnego postrzegania, jak i na poziomie relacji społecznych (por. *Charmaz* 2006).

We współczesnym społeczeństwie występuje pewien paradoks (tab. 1). Z jednej strony, ludziom nigdy nie żyło się lepiej, biorąc pod uwagę możliwości prozdrowotne – średnia długość życia jest znacznie dłuższa niż 100 lat temu, antybiotyki umożliwiły leczenie chorób, które dawniej zabijały setki chorych, postęp technologiczny pozwala na interwencję w bardzo wczesnych stadiach choroby, co daje szansę na powrót do pełni zdrowia, poziom higieny i warunków sanitarnych jest bardzo wysoki, podobnie jak świadomość zdrowotna jednostek. Medycyna oparta na dowodach naukowych (*evidence-based medicine* – EBM), dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa, stworzyła jednostkom możliwość długiego i satysfakcjonującego życia. Z drugiej jednak strony, współczesne społeczeństwo, mimo tych dobrodziejstw jest społeczeństwem chorych jednostek, w którym każdy cierpi na jakąś chorobę albo jeszcze nie wie o tym, że jest chory (por. *Sokolowska* 1986). Jak pokazano w tab. 1, współczesny człowiek żyje długo i przez większą część życia cierpi na schorzenia przewlekłe. Wymagają one inwazyjnej diagnostyki i leczenia, zmiany stylu życia i regularnych kontroli u lekarza. Są często źródłem cierpienia i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Paradoksalnie zatem, jakość życia ulega w tym wypadku znacznemu obniżeniu. Dodatkowo, kontakty z medycyną stają się źródłem lęku i niepokoju oraz niezadowolenia z jakości relacji. Współczesna medycyna leczy chory narząd, traktując w ten sposób pacjenta przedmiotowo. Brakuje miejsca na empatię, liczy się skuteczność, a jedynym właściwym kontekstem leczenia jest otoczenie instytucji medycznych (*Giddens* 2012: 178–179). Pojawienie się modelu holistycznego miało przezwyciężyć te trudności – reorientacja na pacjenta, upodmiotowienie go w procesie interakcji z personelem medycznym i w czasie leczenia, przesunięcie punktu ciężkości z choroby i leczenia na zdrowie i profilaktykę – jednak

w konsekwencji spotęgowało poczucie lęku o własne zdrowie, sprawiając, że zdrowie stało się „chorobą” na całe życie (Giddens 2012: 179–180). Z tego też powodu, proponowana w artykule metafora świata jako kliniki, trafnie charakteryzuje procesy zachodzące we współczesnych społeczeństwach w odniesieniu do zagadnień zdrowia i choroby. Aby lepiej zrozumieć istotę i konsekwencje tej metafory, w następnej części zostanie scharakteryzowany proces medykalizacji.

Tabela 1. Przemiany w wymiarze zdrowia i choroby

Czynniki charakteryzujące wymiar zdrowia i choroby	Dawniej (XVIII–XIX w.)	Współcześnie (XX–XXI w.)
Przeciętna długość życia	krótka	długa
Choroby	ostre	przewlekłe
Diagnostyka	brak lub późna	wczesna
Metody diagnostyki	brak lub proste, nieinwazyjne	złożone, inwazyjne
Metody leczenia	nieinwazyjne	inwazyjne
Stosowane środki lecznicze	proste	złożone
Warunki sanitarne	złe	dobre
Proces leczenia	ogólny	specjalistyczny
Kontakty z personelem medycznym	rzadkie	częste
Badania przesiewowe	brak	obecne
Profilaktyka	brak	duża
Typ choroby	proste, jednoobjawowe	zespoły, wielobjawowe
Czynniki ryzyka	nieznane	znane
Dostępność usług medycznych	mała	duża
Kontrola medyczna	mała	duża

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sokołowska 1986; Giddens 2012; Słowska 2010: 64–83; Ostrowska, red. 2009.

2. Świat jako klinika – medykalizacja życia społecznego

W najczęściej przywoływanej definicji medykalizacji określa się ją jako proces wkraczania medycyny w kolejne sfery ludzkiego życia i czynienie z naturalnych stanów i zachowań kategorii medycznych, najczęściej chorób i zaburzeń (Conrad 1992, 2005, 2007; Poitras, Meredith 2009; Davis 2006 i in.). Patrząc na medykalizację przez pryzmat historii jest ona związana z sekularyzacją i przejściem od modelu metafizyczno-obwiniającego do modelu pragmatycznego choroby (Conrad 1992; Turner 1987; Tobiasz-Adamczyk 2000: 65–85). Tradycyjne instytucje kontroli społecznej, takie jak kościół, straciły na

znaczeniu ustępując miejsca racjonalności naukowej. W kontekście teoretycznym na medykację można spojrzeć także z perspektywy biowładzy Michela Foucaulta, traktując ją jako praktyczną jej realizację. Koncepcja biowładzy związana jest z rozwojem technologii i gospodarki liberalnej (Foucault 2012; Lemke 2010). Jest to władza nad życiem, a jej przedmiotem jest populacja. Biowładza skupia się na kontroli i regulacji (Foucault 1993). XIX-wieczna technologia polityczna połączyła władzę nad pojedynczym organizmem, który jest trenowany za pomocą technologii dyscyplinarnych, by być efektywny, z władzą nad populacją, której celem jest – z pomocą technologii bezpieczeństwa – kontrola i zapobieganie negatywnym skutkom ludzkiej koegzystencji (Foucault 1993, 2010, 2012; Lemke 2010). Biowładza, wykorzystując kategorię normy, reguluje procesy i stany dotyczące poziomu populacyjnego. Norma określa, kto mieści się w jej ramach, a kto jest outsiderem, a w kategoriach medycznych – kto jest zdrowy, a kto chory (Foucault 1993, 2010, 2012; Lemke 2010; Binczyk 2002). Odpowiedzialność za zdrowie stała się jednocześnie sprawą jednostki, jak również całego społeczeństwa, a także państwa – to państwo poprzez instytucje medyczne określa normy zdrowotne, zaś jednostki muszą ich przestrzegać i postępować tak, by ich nie przekroczyć. Norma definiowana jest na poziomie instytucji medycznych, ale wykorzystywana na poziomie populacyjnym przez agendy rządowe. Przykładem mogą być profilaktyczne programy populacyjne skierowane do określonych kategorii obywateli finansowane z budżetu państwa, których celem jest kontrola zdrowia obywateli i wczesne wykrywanie groźnych chorób. W procesie medykacji pojęcie „normy” i „wartości referencyjnych” stało się niemalże tożsame z diagnozą choroby. Obecnie, gdy jednostka zbliża się do granicy normy, jest traktowana jako potencjalnie chora – podaje się jej leki, wykonuje badania, nakłania do zmiany diety lub stylu życia (Moynihan, Heath, Henry 2002; Wierzchowska 2012a). Ryzyko jest tożsame z chorobą, a takie podejście generuje lęk, sprawiając, że jednostka zaczyna przyjmować etykietę chorego i wszystkie jej konsekwencje lub też na odwrót, buntuje się przeciw instytucjonalnej wyroczni narażając się na medyczny i społeczny ostracyzm.

Przywołana na początku tej sekcji definicja medykacji jest jednak pewnego rodzaju uproszczeniem i nie oddaje rzeczywistego mechanizmu umedyczniania ludzkiego życia współcześnie. Proces medykacji początkowo związany był ze sferą zdrowia psychicznego i pierwsze prace poświęcone temu zagadnieniu pisane były głównie przez psychiatrów. Ten wczesny model medykacji został później rozszerzony także na sferę chorób somatycznych, a jego negatywne konsekwencje zaczęły być dostrzegane i opisywane przez socjologów. Obok zawłaszczającej roli medycyny w odniesieniu do codziennego życia, w modelu tym zwracano uwagę na rolę profesji medycznych w procesie medykacji oraz traktowanie medycyny jako instytucji kontroli społecznej. Na przełomie lat 80. i 90. XX w. w pracach poświęconych medykacji zakres definicji samego procesu

zaczął się rozszerzać i zwracano uwagę na nowych agentów medykalizacji i nowe aspekty zjawiska. W nowym modelu medykalizacji podkreślano następujące zjawiska i zagadnienia.

- **Stopniowalność medykalizacji w odniesieniu do konkretnych stanów i zachowań** – zjawiska zmedykalizowane prawie całkowicie (śmierć) i takie, które zostały zmedykalizowane tylko częściowo (uzależnienie od alkoholu), oraz te, których medykalizacja dotyczy w nikłym stopniu (uzależnienie od seksu) (C o n r a d 1992: 220, 2007: 6–7). Jednym z czynników wpływających na stopień medykalizacji jest zaangażowanie w „umedycznienie” profesjonalistów medycznych – im jest ono większe, tym większe prawdopodobieństwo, że zjawisko stanie się chorobą lub dysfunkcją w sensie medycznym.

- **Ekspansywność kategorii medycznych** – coraz więcej stanów i zjawisk jest traktowanych w kategoriach choroby, a istniejące jednostki chorobowe rozszerza się na kolejne stany i zachowania. Przykładem jest tutaj alkoholizm, który początkowo odnosił się tylko do osoby uzależnionej, by później zostać rozszerzony na rodzinę alkoholika. Obecnie istnieje kategoria DDA (dorosłych dzieci alkoholików) i traktuje się te osoby jako współuzależnione i często wymagające leczenia. Dokumentem pokazującym ekspansywność kategorii i jednostek chorobowych są dwie klasyfikacje międzynarodowe: ICD-10 (dotyczy chorób somatycznych) i DSM-IV (dotyczy chorób psychicznych). Oba dokumenty są od czasu do czasu uaktualniane (stąd kolejne numery, tzw. rewizje) i pojawia się w nich coraz więcej jednostek chorobowych. Jedno z pytań w badaniach własnych dotyczyło stanów, które badani zdefiniowaliby jako choroba (rys. 1). W wykazie znalazły się zarówno zjawiska będące obiektywnymi chorobami, jak i stany zmedykalizowane niedawno i w różnym stopniu oraz homoseksualizm, który został w latach 70. XX w. zdemedykalizowany (skreślony z listy chorób). Jak widać, wykres potwierdza tezę o ekspansywności kategorii medycznych (żaden „stan” nie pozostał bez choćby jednego wskazania) oraz stopniowalność tych kategorii (ciąża uzyskała mało wskazań, co może świadczyć o postrzeganiu jej raczej jako procesu fizjologicznego, a nie choroby, zaś osteoporoza uzyskała 136 wskazań, co świadczy o tym, że jest to zjawisko wysoce zmedykalizowane).

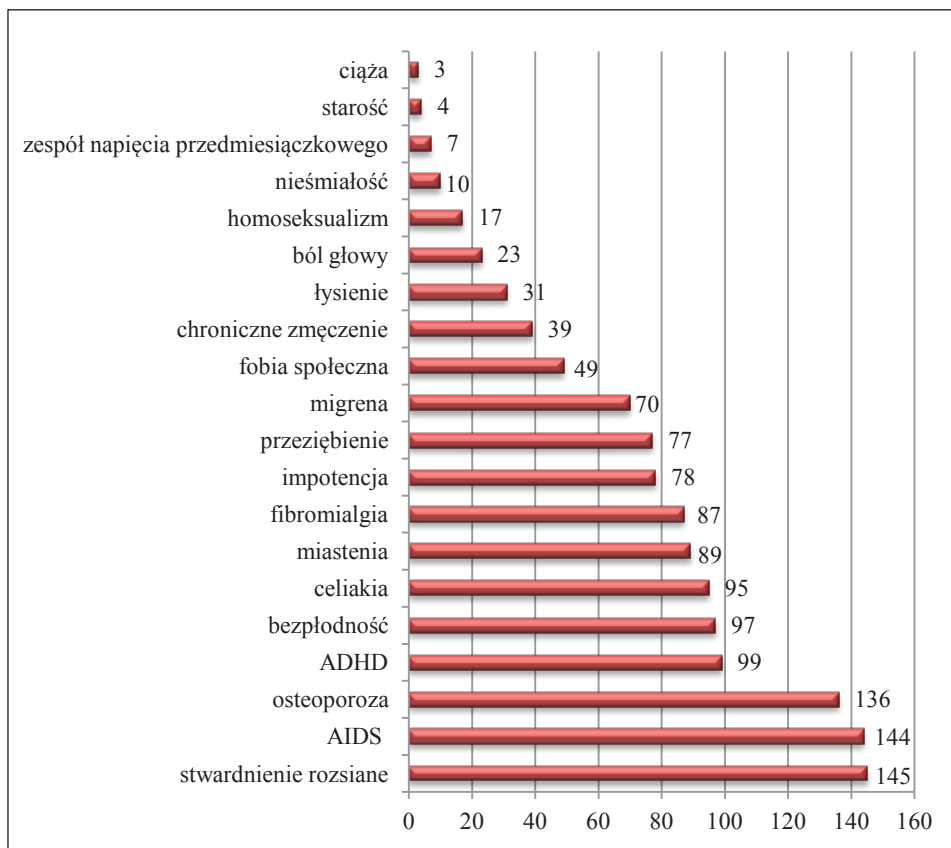
- **Uplciowienie procesu medykalizacji** – większość prac poświęconych temu zjawisku dotyczy medykalizacji ciała i życia kobiety. Dopiero na przełomie XX i XXI w. zaczęły pojawiać się prace traktujące o medykalizacji ciała i życia męskiego (C o n r a d 2007).

- **Nowi agenci medykalizacji** – wśród nich wymienia się media, biotechnologię, model *managed care* oraz rosnącą rolę środowisk laickich – zarówno jednostek, jak i bardziej zorganizowanych grup, które coraz częściej domagają się uznania pewnych stanów i zachowań za choroby. W tym wypadku brak legitymizacji ze strony profesjonalistów medycznych zwykle opóźnia tylko umedycznienie danego zjawiska, ale nie jest w stanie mu zapobiec (B i r d, C o n r a d,

Fremont, red. 2000; Conrad 2005, 2007). Relacja między procesem medykacji a pacjentami/klientami/konsumentami jest złożona i wielowymiarowa, i w niej ucieleśnia się nowa tożsamość związana z byciem chorym, dlatego to zagadnienie zostanie omówione w osobnej sekcji.

Nowy model nie odrzuca profesjonalistów medycznych i kontekstu medycznego, stara się pokazać jedynie, że oba te aspekty straciły na znaczeniu ze względu na nowe wymiary tego procesu i nowych aktorów, którzy domagają się uprawomocnienia zachowań i stanów w kategoriach choroby. Omówiona wyżej ekspansywność kategorii medycznych pokazuje, że ciągle kontekst medyczny i medyczne uprawomocnienie odgrywają rolę w procesie medykacji. W nowym modelu zwraca się uwagę, że oddolne inicjatywy mają coraz większą moc sprawczą i mogą doprowadzić do uznania jakiegoś stanu za chorobę i wpisania do oficjalnej klasyfikacji (np. ICD-10 lub DSM-IV).

Rysunek 1. Stany definiowane jako choroby (w liczbach bezwzględnych, $N = 150$)



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, współczesna definicja medykalizacji jest znacznie szersza, a omówione wyżej zagadnienia pokazują, że wychodzi ona znacznie poza swą klasyczną poprzedniczkę. Obecnie, aby coś zostało zmedykalizowane nie musi dostać się pod jurysdykcję medycyny – lekarze, czy szerzej: profesjonaliści medyczni, stracili monopol, podkreślany przez Parsonsa, do orzekania o zdrowiu i chorobie. Według nowych ujęć, wystarczy, że coś zostanie uznane za chorobę, dysfunkcję lub zaburzenie na poziomie społecznym i staje się przejawem medykalizacji. Rozszerzenie definicji procesu medykalizacji wskazuje na to, że choroba z fenomenu obiektywnego, naukowego staje się coraz częściej przede wszystkim fenomenem subiektywnym i społecznym. Wśród nowych agentów medykalizacji, którzy mogą dokonywać konstruowania kategorii chorobowych, wymienia się media, jednostki i zorganizowane grupy oraz ruchy społeczne. Jednostka może powiedzieć, że czuje się chora i otoczenie zaczyna traktować ją jako taką, choć niekoniecznie ten stan byłby uprawomocniony przez lekarza; media przedstawiają informacje o zachowaniach, stanach i zjawiskach dnia codziennego, używając medycznej terminologii, co sugeruje, że są to dolegliwości, choroby i zaburzenia, co powoduje, że odbiorcy takich przekazów zaczynają w to wierzyć; zorganizowane grupy zaczynają domagać się uznania określonych stanów i zachowań jako chorób. Klasycznym przykładem opisywanym w literaturze jest przypadek weteranów wojny w Wietnamie, którzy wywalczyli uznanie traumy wojennej za jednostkę chorobową sklasyfikowaną obecnie jako *post traumatic stress disorder* (PTSD), czyli zespół stresu pourazowego (C o n r a d 2007).

To nowe ujęcie ma swe źródła zapewne w medykalizacji wielu stanów emocjonalnych i cech osobowości, czyli zjawisk, których natura nie jest *stricte* somatyczna. Jak wiadomo, uznanie kogoś za psychicznie chorego nie jest jednoznaczne z faktyczną diagnozą, trudność w stawianiu takich diagnoz i niejednoznaczność kryteriów przyczynia się do swoistej subiektywizacji odczuwania i daje prawo do wypowiedzania się o zdrowiu i chorobie jednostkom i kategoriom niemającym medycznych korzeni. Ta szeroka definicja stała się także przedmiotem krytyki niektórych specjalistów zajmujących się zagadnieniem medykalizacji (zob. Davis 2006).

3. Chorzy, pacjenci, klienci i konsumenci

Proces medykalizacji zmienił zakres roli chorego oraz wykreował dwa nowe typy ról społecznych: klienta placówek medycznych i konsumenta usług zdrowotnych. Obie role „zachodzą na siebie” i ich wyodrębnienie jest zabiegiem czysto analitycznym, jednak to rozróżnienie zwraca uwagę na komercjalizację zdrowia i jego utowarowienie.

Wymienione wyżej role społeczne związane są ze wzrostem roli nie-profesjonalistów medycznych w procesie medykalizacji. Pierwszą znaczącą grupą są

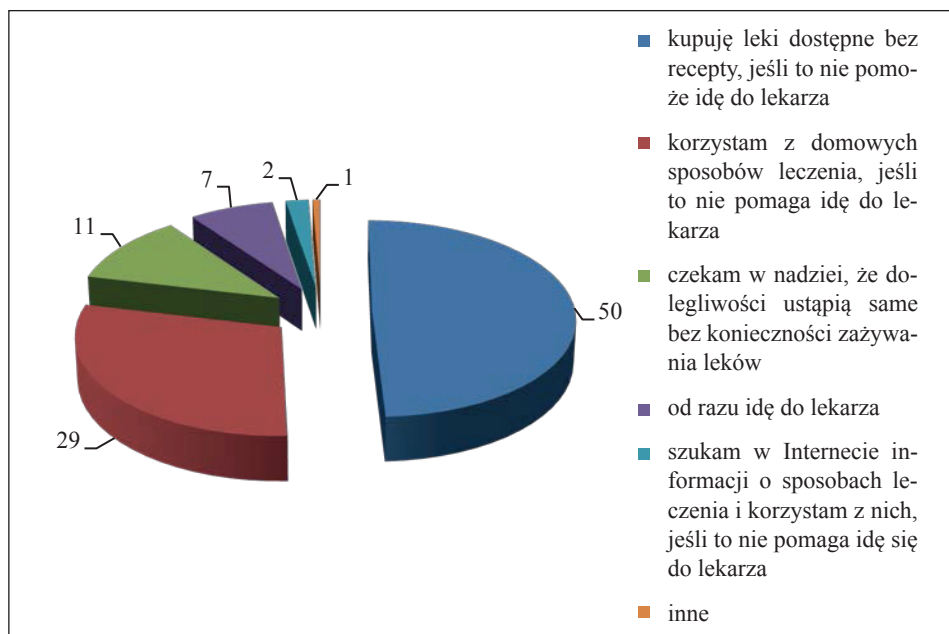
„chorzy”. Słowo „chory” jest tu stosowane z pewnym zastrzeżeniem, nie chodzi tu bowiem o chorobę w sensie obiektywnym, a raczej o jej socjopsychologiczny wymiar i o konstruowanie tej kategorii, roli i swoistej tożsamości w wymiarze jednostkowym i grupowym. Nie chodzi tu absolutnie o zakwestionowanie istnienia obiektywnej choroby, wywód ten ma pokazać, jakie są konsekwencje procesu medykalizacji dla pojęcia choroby i takich konstruktów społecznych, jakimi są obraz siebie i koncepcja siebie (Turner 2006: 272–284).

W sytuacji obiektywnej choroby stan ten może zostać uprawomocniony na drodze kontaktu z lekarzem lub też pozostać bez takiego uprawomocnienia. W konsekwencji osoba chora może mieć zaordynowane leczenie i zastosować się do niego bądź nie lub też pozostać bez zaordynowanej terapii i nie leczyć się w ogóle albo skorzystać z innych form leczenia (samoleczenie, uzdrowiciele, medycyna alternatywna). Te strategie radzenia sobie z chorobą są powszechne i mieszczą się w kontekście instytucjonalnym. Badania własne pokazały, że większość osób akceptuje cel, jakim jest wyzdrowienie, ale niewielki odsetek decyduje się od razu na kontakt z lekarzem – znacznie popularniejsze strategie obejmują samoleczenie środkami farmakologicznymi dostępnymi bez recepty lub domowymi sposobami (rys. 2). Medykalizacja rozszerza jednak zakres definiowania stanów i zjawisk w kategoriach choroby poprzez ekspansję istniejących kategorii medycznych³ lub proponowanie nowych⁴ na skutek oddziaływania zarówno laickich medykaliatorów, jak i agentów medycznych⁵. To powoduje, że jednostki z dnia na dzień dowiadują się, że z osób zdrowych stały się chorymi i w ten sposób choroba staje się dla nich rzeczywistością obiektywną, mimo że w stanie ich zdrowia nic się nie zmieniło. Mogą ją zaakceptować i poddać się kontekstowi instytucjonalnemu lub ją odrzucić. Ekspansywność medycyny w tym wymiarze nie bierze pod uwagę subiektywnego wymiaru choroby, tego, jak jednostka reaguje na tę wiadomość, jak sobie z nią radzi, jak adaptuje się do nowej rzeczywistości zmodyfikowanej jednostką chorobową.

³ Najczęściej zmienia się zakres norm referencyjnych w wynikach badań laboratoryjnych lub dodaje nowe symptomy do już istniejącej choroby. Przykładem pierwszego rodzaju może być zmiana zakresu referencyjnego norm dotyczących poziomu cholesterolu. W latach 60. XX w. w USA górna granica stężenia wynosiła 400 mg/dL. Niedawno granica ta została obniżona do 240 mg/dL, co spowodowało gwałtowny wzrost odsetka chorych, z których większość nie zdawała sobie sprawy z faktu bycia chorym (za *On the Medicalization...* 2009).

⁴ Przykładem tego rodzaju ekspansji może być uczynienie choroby z nieśmiałości.

⁵ Podkreślam raz jeszcze, że proces medykalizacji jest zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym. Nowy model zwraca uwagę na słabnącą rolę profesjonalistów medycznych w definiowaniu i uprawomocnianiu choroby, jednak daleki jest od twierdzenia, że nie dogrywiają oni żadnej aktywnej roli w tym procesie. Model uwypukla znaczenie nowych agentów, którzy są często jedynie inicjatorami zmian, a w wielu przypadkach doprowadzają do ukonstytuowania nowej jednostki chorobowej, która jako rzeczywistość obiektywna wymaga medycznego kontekstu i uprawomocnienia.

Rysunek 2. Działania podejmowane przy pierwszych objawach choroby (w %, N = 150)

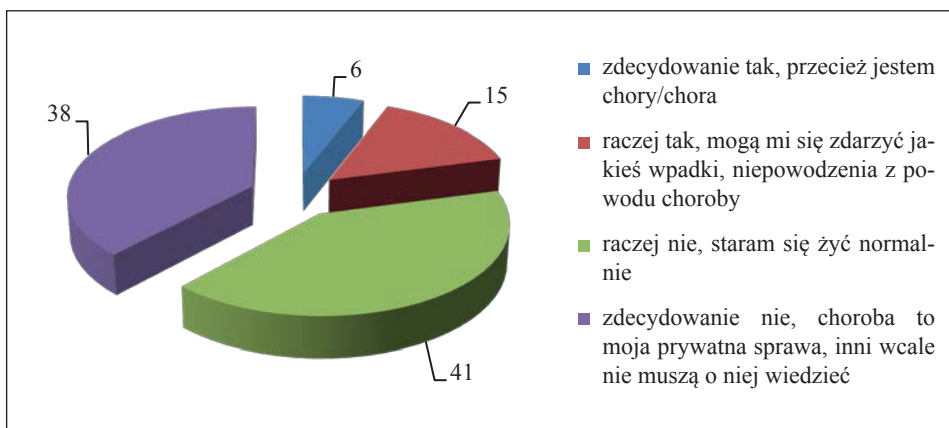
Źródło: opracowanie własne.

Proces medycyzacji współcześnie wywołuje jeszcze konsekwencję innego rodzaju, która odnosi się do szerszej, wspomnianej wyżej, definicji medycyzacji – powoduje, że sami „chorzy”, bez względu na to, czy są nimi rzeczywiście, czy nie – stają się medycyzatorami życia społecznego. Definicja zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r. uprawomocniła proces medycyzacji, podkreślając, że zdrowie dotyczy nie tylko wymiaru medycznego, ale uwzględniać musi także dobrostan społeczny i psychiczny jednostek. Jej konsekwencją stała się medycyzacja „oddolna” (*bottom-up*) dokonywana nie ze strony instytucji medycznych, lecz ze strony laików, niemających medycznego wykształcenia. Zaczęli rościć sobie prawo do odmiennego traktowania, domagać się uznania ich za chorych i leczenia, choć brak było u nich uchwytnych obiektywnych symptomów sklasyfikowanych w ICD-10 lub DSM-IV. Tworzą oni luźno zorganizowane grupy o wspólnym interesie lub też formalne organizacje domagając się uznania pewnych stanów za choroby, co pociąga za sobą konsekwencje w innych obszarach życia. Jednym z przykładów jest niepłodność – pary amerykańskie starające się o potomstwo zaczęły domagać się uznania niepłodności za chorobę⁶. W konsekwencji procedury zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*) stają się lekarstwem,

⁶ Niepłodność od dawna uważana była za coś niepożądanego, jednak przez wiele lat traktowano ją przede wszystkim w kategoriach moralno-oceniających; ten przykład dobrze ilustruje regułę *from badness to sickness* – od czegoś, co jest złe, grzeszne, niemoralne, do czegoś, co jest chore

a niepełne pary domagają się pełnej refundacji takiej terapii leczniczej (Bird, Conrad, Fremont, red. 2000). Jakie konsekwencje ma omawiane zjawisko na poziomie indywidualnym? Jednostka sama uruchamia proces autoidentyfikacji w kategoriach osoby chorej. O ile w przypadku choroby obiektywnej ta rola i tożsamość zostają odgórnie narzucone przez oficjalny kontekst instytucjonalny, o tyle w wypadku medykalizacji „oddolnej” jednostka sama dokonuje autodefiniowania siebie jako chorego. Proces ten można nazwać autostygmatyzacją lub autoetykietowaniem. Zmiany zachodzą zarówno w obrazie siebie, jak i w koncepcji siebie. Przyjmując tożsamość i rolę chorego, jednostka zaczyna domagać się odmiennego traktowania przez bliskich, znajomych, a także obce osoby. Takie ujęcie zmienia koncepcję dewiacji pierwotnej i wtórnej zaproponowaną przez Lemerta. To, co dawniej było dewiacją wtórną (modyfikacja zachowań), staje się obecnie dewiacją pierwotną, a pierwotne nadanie etykiety staje się dziś dewiacją wtórną uprawomocniającą autoetykietowanie. Badania własne pokazują, że 21% respondentów oczekuje w związku z chorobą taryfy ulgowej od otoczenia. Pozostali badani uważają, że choroba to sprawa prywatna i twierdzą, że starają się żyć normalnie mimo dolegliwości (rys. 3).

Rysunek 3. Oczekiwania „taryfy ulgowej” ze strony otoczenia w sytuacji choroby (w %, $N = 134$)



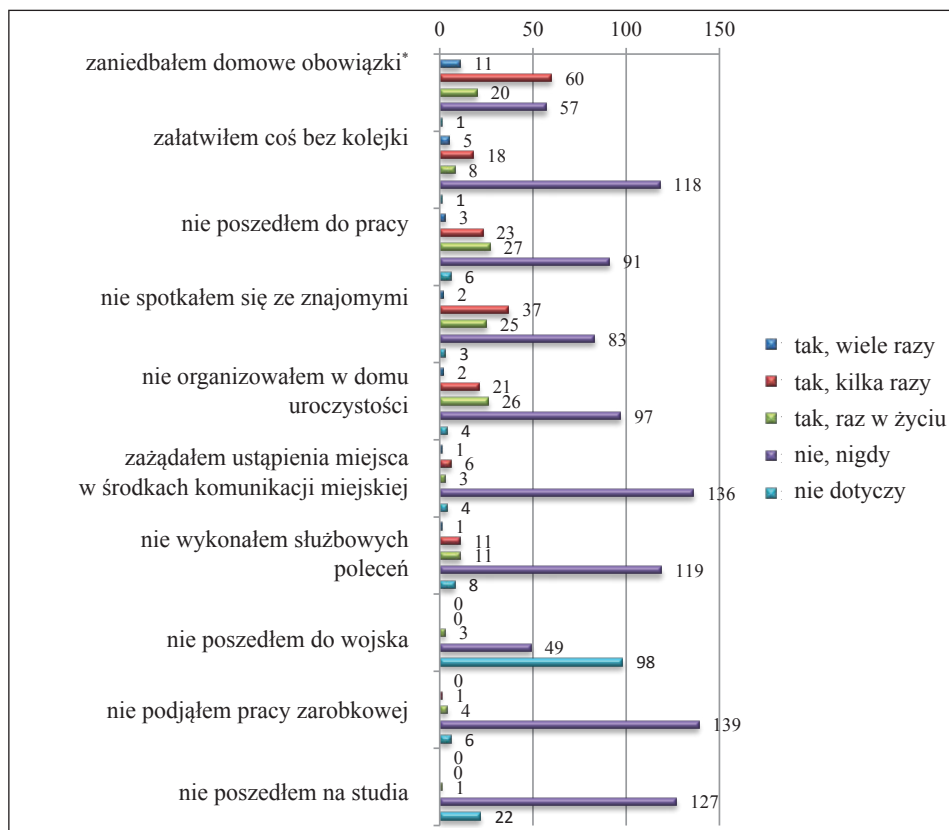
Źródło: opracowanie własne.

Roszczenie do bycia chorym i obiektywną chorobę łączy jeden moment – zarówno jeden, jak i drugi chory mogą wykorzystać swoją rolę i etykietę do manipulowania

(choroba wciąż posiada wymiar oceniający, jednak w przypadku medykalizacji jakiegoś stanu poszukuje się usprawiedliwień np. w czynnikach zewnętrznych, środowiskowych, a nie w samej jednostce, która jest definiowana jako chora); niepełność przestaje być traktowana jako kara za grzechy, a zaczyna być postrzegana w kategoriach wpływu obciążających czynników środowiskowych, ekspozycji na czynniki ryzyka, efektów przebytych chorób.

otoczeniem, uzyskując przywileje, czerpiąc korzyści oraz, coraz częściej, traktując chorobę jako wymówkę, unikając w ten sposób przykrych obowiązków lub odpowiedzialności. Badania własne pokazały, że rzeczywiście istnieje grupa osób, które wykorzystują chorobę, by osiągnąć jakieś korzyści, choroba staje się wymówką głównie w odniesieniu do czynności dnia codziennego i kontaktów z innymi (rys. 4). Choć jest to niewielki odsetek badanych, część z nich przyznała się, że zdarzało im się wykorzystywać chorobę, by nie wykonywać domowych obowiązków (71 osób; kategorie „wiele razy” i „kilka razy” łącznie). 23 osoby załatwiły „dzięki” chorobie coś bez kolejki, 26 osób wykorzystało chorobę jako wymówkę, by nie iść do pracy. Znalazły się takie osoby, którym nie chciało się spotkać ze znajomymi lub zorganizować w domu uroczystości, więc udawały chorobę. Niektórzy symulowali chorobę, by ktoś ustąpił im miejsca w środkach komunikacji miejskiej lub po to, by nie wykonywać służbowych poleceń. Udawanie choroby dla nielicznych jednostek było pretekstem, by nie podjąć pracy i nie iść do wojska.

Rysunek 4. Choroba jako wymówka w codziennym życiu
(w liczbach bezwzględnych, $N = 150$, * $N = 149$)



Źródło: opracowanie własne.

Kult sukcesu, piękna, młodości i witalności nie pozostawia miejsca jednostkom, które pod jakimś względem tych wymogów społecznych nie spełniają – są brzydkie, mają mniejsze zdolności intelektualne albo zwyczajnie są leniwe. W procesie medykalizacji choroba – realna lub nie – staje się wygodną wymówką dla własnych niepowodzeń (*medicalization of underperformance*, pojęcie zaproponowane przez Conrada). Znacznie lepiej wygląda, gdy usprawiedliwimy swój brak sukcesów lub niepowodzenie życiowe chorobą, a nie lenistwem lub brakiem uporę. W ten sposób jednostka kreuje swoją tożsamość w wymiarze jednostkowym i społecznym i odgrywa często nieprawdziwą rolę chorego – pasożyta, który żeruje na chorobie dla własnej wygody. Powstaje pytanie, jakie zmiany zachodzą w obszarze tożsamości – czy zmiana dotyczy i obrazu siebie i koncepcji siebie? Skłonna jestem postawić następującą hipotezę: obraz siebie ulega modyfikacji, gdyż jest on na bieżąco wykorzystywany na potrzeby wymówek w różnorodnych kontekstach sytuacyjnych, jednak koncepcja siebie nie ulega tutaj modyfikacji, a przynajmniej ta modyfikacja nie polega na zinternalizowaniu roli chorego, lecz raczej na czuwaniu nad spójnością fikcyjnej fasady, by posłużyć się tu metaforą Goffmanowską, używanej do odgrywania równie fikcyjnej roli.

W procesie medykalizacji jednostki stają się także bardziej wrażliwe na psychologiczny wymiar bycia chorym, subiektywne poczucie dyskomfortu. Badania pokazały, że kobiety częściej niż mężczyźni czują się chore bez obiektywnych symptomów choroby (tab. 2), jednak rzadziej oczekują taryfy ulgowej w przypadku obiektywnej choroby – nie oczekuje jej tylko 26% mężczyzn i aż 67% kobiet.

Tabela 2. Subiektywne poczucie bycia chorym (w liczbach bezwzględnych, $N = 150$)

Płeć	Czucie się chorym						Ogółem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	bardzo rzadko	nigdy	trudno powiedzieć	
K	1	6	23	55	2	4	91
M	1	1	9	37	8	3	59
Ogółem	2	7	32	92	10	7	150

Źródło: opracowanie własne.

Mówiąc o roli laików, należy zwrócić także uwagę na inny aspekt tego zagadnienia – stają się oni potężną siłą konsumencką gotową do nabywania usług medycznych. Konsumenci są coraz bardziej świadomi swych ciał, które traktują jak projekty oraz swego zdrowia i racjonalnie poszukują efektywnych rozwiązań w obszarze medyczno-zdrowotnym, które usprawnią ich ciała i umysły (por. C. Shilling 2002, za: Szto m p k a 2008: 734, 741). Większość badanych (68%) uznała swój stan zdrowia za dobry (kategorie „bardzo dobry” i „raczej dobry”

łącznie), a tylko 6% określiło go jako zły, w tym 1% jako bardzo zły. Prawie wszyscy badani (91,3%) czują się odpowiedzialni za własne zdrowie. Medycyna przestaje pełnić swe funkcje naprawcze, a staje się medycyną spełniania pragnień i nie chodzi tu jedynie o ofertę medycyny estetycznej, ale możliwości poprawy własnego zdrowia w ogóle (por. C. Shilling 2002, za: S z t o m p k a 2008: 742). W ten sposób zdrowie (podobnie jak dawniej choroba) stało się kategorią gradacyjną i obecnie można być zdrowym lub zdrowszym, w zależności od poziomu świadomości i uwarunkowań materialnych. Zdrowie przestało być czymś, co się posiada, a stało się dobrem, które się nabywa, stając się w ten sposób nowym wymiarem nierówności społecznych. W konsekwencji prowadzi to także do zacierania granicy między zdrowiem a chorobą, a postępująca farmaceutyzacja społeczeństwa dodatkowo przyczynia się do zaniku tych granic. Zdrowie staje się „chorobą” na całe życie, a jego zachowanie, utrzymanie jest źródłem nieustannego lęku jednostek. Zdrowe jednostki cierpią na hipochondrię, cyberchondrię (internetowa odmiana pierwszej) i nozofobię, unikają określonych pokarmów, spożywając jednocześnie inne, uważane za zdrowe, uprawiają sport, unikają używek i zachowań ryzykownych, wykonują badania profilaktyczne, zażywają suplementy diety, poddają się zabiegom kosmetycznym, dermatologicznym i chirurgicznym nie po to, by zdrowie utraczone przywrócić, lecz po to, by posiadane zdrowie utrzymać, a nawet polepszyć. Dwa podstawowe czynniki ograniczające „bycie chorym na zdrowie” to świadomość zdrowotna związana zwykle z wykształceniem oraz status materialny. Dochodzi tu często do paradoksu, gdyż wiele jednostek, zabiegających o utrzymanie zdrowia, na skutek stosowanych środków cierpi na jatrogenne skutki związane z ich stosowaniem i wykorzystywaniem – począwszy od przedawkowania witamin, poprzez kontuzje pod wpływem wykonywanych ćwiczeń lub w związku z uprawianymi sportami, na powikłaniach po operacjach plastycznych skończywszy. Kultura lęku, w znaczeniu, jakie temu pojęciu nadał Frank F u r e d i (2002), oraz płynna nowoczesność Baumana powodują, że ciało staje się jedynym pewnikiem i ostoją, i jedynie o nie warto dbać i troszczyć się. Jest ono poddawane oglądowi oraz ocenie zewnętrznej, zaniedbane ciało jest dowodem słabej woli, choroba jest niemal tożsama z czymś grzesznym i niemoralnym, czymś, co nie powinno się zdarzyć. Obraz siebie jest nieustannie rewidowany i potwierdzany na podstawie kontaktów z otoczeniem, zaś koncepcja siebie jest także bardziej elastyczna i podatna na zmiany. Tożsamość zadbaną charakteryzuje ciągła troska o zdrowie i dobry wygląd, autoetykietowanie w takich pozytywnych kategoriach i roszczenie akceptacji tej etykiety w stosunku do otoczenia. Z drugiej jednak strony jest to tożsamość zależniona, szukająca ciągłego potwierdzenia słuszności swoich działań i ich aprobaty społecznej, a jednocześnie świadoma przejściowości, płynności tego pozytywnego stanu. Tę aprobatę znaleźć można w grupach wsparcia, na forach internetowych, wśród osób mających podobne doświadczenia. Szczególną rolę w tym kolektywnym wymiarze choro-

wania odgrywa Internet, stając się źródłem grupowej tożsamości chorych. Na forach można się dowiedzieć, jak odgrywać rolę chorego. Dotyczy to zarówno osób chorych obiektywnie, jak i tych, którzy wykorzystują wyimaginowaną chorobę dla osiągnięcia korzyści. Internet daje także możliwość diagnozowania i leczenia bez konieczności kontaktu z instytucjami medycznymi (por. C. Shilling 2002, za: Szto m p k a 2008: 744–745). Oczywiście wirtualny świat jest źródłem informacji często niesprawdzonych, nierzetelnych i szkodliwych dla zdrowia, ale nie jest to przedmiotem niniejszego artykułu i wątek ten nie będzie dalej rozwijany.

4. Podsumowanie

W artykule przedstawiono zjawisko medykalizacji i jego współczesne aspekty jako podłoże do redefinicji roli chorego i związanej z nią tożsamości w wymiarze jednostkowym i społecznym. Społeczna rola chorego przestaje być konstrukcją legitymizowaną przez instytucje medyczne, a staje się kreacją jednostek mających prawomocne podstawy do jej odgrywania bądź też udających, że takowe prawo posiadają. Choroba przestaje być stanem przejściowym i niepożądanym, często jest celowo wytwarzana lub przedłużana, jednostki domagają się jej legitymizacji w relacjach z otoczeniem lub odgórnie z instytucjami medycznymi. Z drugiej strony, brak choroby nie oznacza braku zainteresowania kwestiami zdrowotnymi. Medykalizacja sprawiła, że zdrowie stało się kategorią stopniowalną, a jego utrata postrzegana jest jako realna i bardzo prawdopodobna. Stąd też laicy stają się świadomymi i aktywnymi medykalizatorami, zabiegając ciągle o swoje zdrowie w instytucjach medycznych i poza nimi, sprawiając, że zdrowie staje się chorobą, zaś rola i układ autoidentyfikacji zdrowych jednostek zaczynają przypominać realizację Parsonsowskiej roli chorego. Proces medykalizacji zwykle charakteryzowany jest w perspektywie makrostrukturalnej; w artykule przedstawiono jego praktyczną realizację na poziomie mikrospołecznym w odniesieniu do ról i tożsamości jednostek będących pod jego nieuniknionym wpływem.

Bibliografia

- Barański J., Piątkowski W. (2002), *Zdrowie i choroba. Wybrane zagadnienia z socjologii medycyny*, ATUT, Wrocław.
- Bińczyk E. (2002), *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] W. Piątkowski (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 181–193.
- Bird Ch. E., Conrad P., Fremont A. M. (eds.) (2000), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River (NJ).
- Charmaz K. (2006), *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Conrad P. (1992), *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, Vol. 18, s. 209–232.
- Conrad P. (2005), *The Shifting Engines of Medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior”, March, Vol. 46, s. 3–14.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore (MD).
- Davis J. E. (2006), *How Medicalization Lost Its Way*, „Society”, Vol. 43, No. 6, s. 51–56.
- Foucault M. (1993), *Trzeba bronić społeczeństwa. Lectures at the College de France, 1976*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault M. (2010), *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Foucault M. (2012), *Narodziny biopolityki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Furedi F. (2002), *Culture of Fear, Risk-taking and the Morality of Low Expectation*, Continuum, London–New York, (Revised Edition).
- Giddens A. (2012), *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jasińska-Kania A., Nijakowski L. (red.) (2006), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Lemke T. (2010), *Biopolityka*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Merton R. (2002), *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002), *Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering*, „British Medical Journal”, April, Vol. 324, No. 13, s. 886–890.
- On the Medicalization of Our Culture* [2009], „Harvard Magazine”, <http://harvardmagazine.com/2009/04/medicalization-of-our-culture>, 23.04.2009.
- Ostrowska A. (red.) (2009), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa.
- Parsons T. (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, PWN, Warszawa.
- Piątkowski W. (red.) (2010), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, IFiS PAN, Warszawa.
- Poitras G., Meredith L. (2009), *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, „Journal of Business Ethics”, June, Vol. 86, s. 313–325.
- Sokołowska M. (1986), *Socjologia medycyny*, PWN, Warszawa.
- Słońska Z. (2010), *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, IFiS PAN, Warszawa, s. 64–83.
- Sztompka P. (2008), *Kultura, rola chorego i konsumpcja zdrowia*, [w:] M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Znak, Kraków, s. 733–756.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Turner B. S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, Newbury Park (CA).
- Turner R. H. (2006), *Koncepcja siebie w interakcji społecznej*, [w:] A. Jasińska-Kania, L. Nijakowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, s. 272–284.
- Uramowska-Żyto B. (2009), *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa, s. 65–86.
- Wieczorkowska M. (2012a), *Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą leku*, [w:] M. Gałuszka, M. Wieczorkowska (red.), *Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Wydawnictwo UM w Łodzi, Łódź, s. 17–37.

Wieczorkowska M. (2012b), *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny”, vol. LXI, nr 2, s. 31–56.

Magdalena Wieczorkowska

A DISEASE AS A FOUNDATION OF CONSTRUCTION OF THE NEW IDENTITIES IN THE MEDICALIZED WORLD

Summary. The process of medicalization has been expanding over last few decades and it can be described by new aspects and dimensions (i.e. growing importance of lay persons as active medicalizers, the pharmaceuticalization, effects of biotechnological progress). It changes the image of the contemporary disease not only in medical dimension but – first of all – in psychosocial aspect becoming the foundation of new constructs of the sick role and identities related to it. The aim of this paper is to depict those aspects of the medicalization that influence on changes in the definition and performance of the sick role, interactions between “the sick” and their social surrounding as well as in their concepts and pictures of their selves. In the paper results of own research are evoked to illustrate the elaboration of topic. In the theoretical layer the paper presents critical view of adequacy of the Talcott Parsons’ concept of the sick role in relation to the contemporary process of medicalization. As a construction frame an interactionist concept of picture of the self and concept of the self by Turner was used and the process of medicalization has been presented in the historical perspective as well as in the context of practices of Michel Foucault biopower.

Keywords: sickness, medicalization, autolabeling, social construction of a disease, the self.