

go w jego roli. Adekwatna pomoc psychologiczna powinna bazować na rzeczywistości, w jakiej żyjemy, opierać się na wysokich standardach opisujących profesjonalny kontakt pomocny oraz mieć mocne osadzenie w dalekosiężnych celach, na które zasadniczy wpływ mają współczesne koncepcje zdrowia i choroby. W procesie pomagania choremu istotne staje się ekologiczne/biospołeczne – całościowe, zintegrowane i systemowe podejście do człowieka chorego i jego otoczenia, warunkujące podejmowanie odpowiednich działań. Pozwala to na tworzenie sieci wsparcia najbardziej odpowiadającej zapotrzebowaniom osoby chorej i nie zmuszającej jej do drastycznych zmian w jej dotychczasowym stylu życia.

Krytycy współczesnej medycyny



Proces medykalizacji w perspektywie nauk społecznych

Michał Nowakowski

ZAKŁAD SOCJOLOGII MEDYCYNY I RODZINY
Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

W anglojęzycznej literaturze naukowej zaznacza mocno swoją obecność nurt krytyczny wobec tzw. zjawiska medykalizacji. Celem tego artykułu jest przedstawienie kształtujących się „poglądów anty-medycznych” w nauce, w drugiej połowie XX i początku XXI wieku. Przede wszystkim pojawia się w nim prace pisane przez historyków, socjologów, ale i psychiatrów. Przedstawiona zostanie geneza pojęcia, społeczny, polityczny czy historyczny kontekst jego powstania. Zasadnicza część tekstu to próba uchwycenia zmieniającego się sposobu krytyki procesu medykalizacji. Początkowo krytycy skupiali się w ramach tzw. ruchu anty-psychiatrii, biorąc sobie na celownik psychiatrów, choroby psychiczne i sposoby ich leczenia, by następnie zająć się całością medycyny. Krytyka medycyny dotyczyła w pierwszym etapie koncentracji władzy i autorytetu w rękach lekarzy, a medycyna widziana była jako narzędzie państwa służące kontroli obywateli. Współcześnie, za proces medykalizacji życia w większym stopniu obarcza się odpowiedzialnością nie lekarzy, ale koncerny biotechnologiczne, a także samych pacjentów, którzy stali się konsumentami poddawaniymi propagandzie mającej na celu maksymalizację wielkości rynku dóbr i usług medycznych.

Geneza pojęcia „medykalizacji”

Medykalizację w najprostszy, neutralny sposób można zdefiniować, jako

proces stawania się czegoś „niemedycznego” „medycznym”, jednakże w naukach społecznych, taki sposób rozumienia tego terminu jest bardzo rzadki. Mimo, że początkowo rozważania na temat medykalizacji miały charakter analiz historycznych i dotyczyły postępów medycyny (rozwoju demografii medycznej, liczby lekarzy przypadających na pacjenta, liczby łóżek szpitalnych, edukacji medycznej, nowych technik terapeutycznych i zmian instytucjonalnych, a także jak postęp tego typu przyspiesza w czasach wojen lub epidemii (Leonard 1978; Taithe, 1999 za: Nye 2003:117), od drugiej połowy lat 70-tych termin znajduje zastosowanie w bardziej ogólnych historycznych lub socjologicznych rozważaniach na temat zmian w obrębie zdrowia publicznego, psychiatrii, kryminologii, czy pracy socjalnej, a także wielu innych sfer działania państwa opiekuńczego. Pojęcie to rozumiane jest w bardzo różny sposób. Przykładowo, socjolog medycyny Peter Conrad opisuje je jako proces, w którym niemedyczne problemy zaczynają być definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zazwyczaj jako choroby lub zaburzenia (Conrad 1992:209). Medykalizacja wg Paula Windlinga rozumiana jest jako „rozprzestrzenianie się racjonalnych, naukowych wartości charakterystycznych dla medycyny na inne rozległe obszary działań społecznych” (Weindling 1986:277 za: Nye 2003:117). Jednakże pojawiły się także definicje ujmujące proces medykalizacji jako formę uzurpacji, czego przykładem jest koncepcja Thomasa Szasza, wg którego jest ona procesem przekształcania społecznych i moralnych problemów w chorobę (Lupton 1997:99 za: Nye 2003:117; Laing, Szasz 2005; Szasz 2006a, 2006b, 2008). Rozbudowaną definicję medykalizacji znaleźć można także w literaturze w języku polskim: „proces podporządkowujący jurysdykcji medycyny rozległe obszary życia, poczynając od kontroli zwykłych funkcji ludzkiego organizmu, a skończywszy na problemach politycznych, moralnych i społecznych.” (Słońska, Misiuna 1993:21). Warto zaznaczyć, że termin medykalizacji popularność zyskał za sprawą jego krytyków, którzy zwracali uwagę na „przemedykalizowanie” (*overmedicalization*) różnych sfer życia człowieka. Jak dotąd, w rozważaniach na temat medykalizacji wciąż dominuje perspektywa krytyczna, a raczej pomijane są obszary, które zostały całkowicie zmedykalizowane, lecz korzyści wynikające z tego faktu są ogólnie uznawane (Sokołowska 1980:205; Broom, Woodward 1996:359).

Amerkański historyk, Robert A. Nye, interesujący się historią me-

dycyny pisał o genezie pojęcia medykalizacji w USA⁷⁵ nawiązując do własnych doświadczeń. Przyczyn zainteresowania się medycyną i zakresem jej oddziaływania na życie społeczne upatrywał on w specyficznej atmosferze końca lat 60-tych. Studiując na uniwersytecie w Wisconsin, znanego z mocno upolitycznionych studentów i „beznadziejnej drużyny futbolowej”, miał możliwość przebywania w środowisku krytycznym wobec wojny w Wietnamie, ocenianej jako spisek elity politycznej, wojskowej i gospodarczej mającej na celu globalną dominację, a wewnątrz kraju uspokojenie rewolucyjnych nastrojów. Jak pisze, medyczna terminologia była wtedy powszechnie stosowana do potępiania kultury młodzieżowej („sex, drugs'n rock & roll”), a niektóre terminy z języka psychiatrii dotyczące zaburzeń psychicznych pozostałe po antykomunistycznej histerii lat 50-tych zostały dostosowane do naznaczania i marginalizacji uchylających się od poboru i radykalnych studentów (Nye 2003:116).

Anty-psychiatria

W latach 70-tych XX wieku wyraźnym przejawem krytyki medycznego sposobu rozwiązywania ludzkich problemów była narastająca negatywna reakcja wobec ekspansji psychiatrii⁷⁶. Wprawdzie psychiatria krytykowana była niemalże od jej powstania, pod koniec XVIII wieku, ale w przeciwieństwie do czasów wcześniejszych, w drugiej połowie XX wieku w opozycji do niej stanęli nie tylko laicy. W tym okresie powstał ruch o dość luźnej strukturze zwany „antypsychiatria”, którego najbardziej wpływowymi teoretykami byli ludzie wywodzący się z psychiatrii (Dain 1989:3; Berlin,

⁷⁵ Społeczeństwo amerykańskie uznaje się za najbardziej „zmedykalizowane” przez co zrozumiale wydaje się, że „ruch antymedyczny”, a także takie pojęcia jak „imperializm medycyny” czy „medykalizacja” pojawiły się właśnie tam (Sokołowska 1980:191-193).

⁷⁶ Jednakże należy zwrócić uwagę, iż już w latach 50-tych byli autorzy, którzy poddawali ocenie coraz bardziej wpływowe koncepcje choroby psychicznej, w szerszej perspektywie - Barbara Wootton w roku 1956 napisała artykuł „Grzech czy choroba?”, w którym bada ewolucję pojęcia choroby psychicznej od szaleństwa do braku umiejętności kierowania swoim życiem. Według niej, coraz trudniej odróżnić osobę chorą psychicznie od osoby „grzesznej”, czy nieszczęśliwej lub zagubionej. To „zwycięstwo medycyny nad moralnością” nie jest zjawiskiem pozytywnym, gdyż koncepcje zdrowia psychicznego i choroby psychicznej nie są neutralne w sferze wartości, a lekarze nie mają legitymacji by wydawać ocen moralnych i przesądzać jak powinno wyglądać dobre życie (Davis 2006: 51).

Fleck, Shorter 2003:61).

Terminu tego użył po raz pierwszy psychoanalityk z RPA David Cooper w swojej książce *Psychiatry and Anti-psychiatry* z 1967 roku (Szasz 2008:80), określając za jego pomocą zbiór krytycznych poglądów dotyczących psychiatrii rozumianej jako specjalizacja medyczna głównie opierająca się na leczeniu szpitalnym. W szerszym rozumieniu „antypsychiatria” była ruchem społecznym kwestionującym uprawnienia psychiatrów do przetrzymywania i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza pod przymusem, ale także wzrastającej „medykalizacji” szaleństwa (ruch odrzucał „medyczny model” przyjęty w psychiatrii). Wreszcie „antypsychiatria” można rozumieć jako zakwestionowanie obiektywnego istnienia chorób psychicznych (Berlim, Fleck, Shorter 2003:61). Współpracownik i przyjaciel Coopera, Ronald Laing twierdził, iż schizofrenia jest racjonalną reakcją wrażliwej jednostki na szaleństwo współczesnego świata, więc źródła zaburzeń nie należy szukać w jednostce (Laing, Szasz 2005; Szasz 2006a, 2006b, 2008). Inny znany psychiatra, Thomas Szasz, który wprost twierdzi, że choroby psychiczne nie są chorobami lecz pewnym sposobem przeżywania świata: emocjami, myślami. Psychiatria chcąc upodobnić się do medycyny myli z chorobą pewne, nieraz kłopotliwe dla społeczeństwa, zachowania będące np. wynikiem różnicowania osobniczego. To, czy dany zespół zachowań uznany zostanie za jednostkę chorobową zależy od kontekstu społecznego (np. zmieniający się status homoseksualizmu). Szasz uważał, że klasyfikowanie problemów życiowych w szereg kategorii chorób psychicznych skutkuje wieloma społecznymi skutkami: osłabieniem indywidualnej odpowiedzialności, redukcji konfliktów moralnych i politycznych do „procesów fizykochemicznych”, pozbawianie ludzi języka niepsychologicznego, w którym mogli wyrazić swoje położenie, oraz poddawanie zdiagnozowanych przymusowym „zabiegom”, mogącym naruszać ich obywatelskie prawa (Davis 2006:52).

„Antypsychiatria” jest w pewnym stopniu elementem burzliwego okresu lat 60-tych i 70-tych, i w tym mocno rozpolitykowanym okresie miała także częściowo charakter polityczny, a atakowana przez nią nie była tylko psychiatria, ale i system, któremu służyła. Czołówka zrewoltowanych psychiatrów miała poglądy lewicowe (Laing i Basaglia), natomiast Cooper był komunistą – zawodowym rewolucjonistą, szkolonym w Związku Radzieckim, Czechach i Polsce. Od tego towarzystwa odstawał Szasz jako

zdecydowany libertarianin.

Antypsychiatria to nie tylko działalność intelektualna, ale i pewne przedsięwzięcia mające na celu wdrożenie alternatywnych, systemów opieki psychiatrycznej. Pod wpływem idei Ronalda Lianga powstały komuny dla chorych na schizofrenię, takie jak Soteria House, w których mieszkający tam pacjenci rządzą się i leczą sami. We Włoszech projekt psychiatrii Franco Basaglia objął nawet cały kraj gdzie na podstawie przyjętej w 1978 roku ustawy rozpoczęto zamykanie wszystkich publicznych szpitali psychiatrycznych, a powołane przez niego stowarzyszenie „Psychiatria Democratica” stało się grupą nacisku walczącą z „więzieniem” chorych w zakładach psychiatrycznych (Berlim, Fleck, Shorter 2003:63-65; Szasz 2008:80).

Zasadniczą rolę w rozwoju antypsychiatrii, oprócz psychiatrów i psychologów, należy także przypisać socjologom. Z pewnością podstawy teoretyczne „antypsychiatrii” można wywieść od socjologicznych teorii stygmatyzacji „*labeling theory*”. Autorzy z tego nurtu to m.in. Erwin Lemert, Howard S. Becker, Matzy David, Fritz Sack, Austin Turk oraz Thomas Scheff. Jednakże największe oddziaływanie należy przypisać książce Ervinga Goffmana: *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates* (1961), w której krytykuje on szpitale psychiatryczne jako „instytucje totalne”, odpowiadające za infantyilizowanie i ubezwłasnowolnienie pacjentów. Wg Goffmana funkcja szpitali tego typu polega na „praniu mózgu” jednostkom uciążliwym dla reszty społeczeństwa. W przeciwieństwie do Szasza czy Lianga, bez wątplenia kultowych postaci dla lewicy, Goffman wywarł duży wpływ na psychiatrów oraz politykę Departamentu Zdrowia USA (Berlim, Fleck, Shorter 2003:65).

Ruch „antypsychiatrii” zainspirowały także prace Michela Foucaulta. Warto wymienić w tym miejscu książki *Choroba umysłowa a psychologia* z 1954 roku oraz *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu* z roku 1961. Autor stara się pokazać w nich nieobiektywny charakter „patologii umysłowej”, która diametralnie różni się od „patologii organicznej”. Píše on:

„Ponad patologią umysłową i patologią organiczną istnieje patologia ogólna i abstrakcyjna, która dominuje zarówno nad jedną, jak i nad drugą, narzucając im – na podobieństwo przesądów – te same pojęcia, wskazując te same metody i postulaty. Chcielibyśmy pokazać, że korzeni patologii umysłowej nie należy szukać w obrębie jakiegokolwiek „metapatologii”, lecz na gruncie pewnego rodzaju – historycznie określonej – relacji człowieka szalonego i człowieka

normalnego." (Foucault, 2000:6)

Wczesny model medykalizacji

Psychiatrii w owym czasie „dostało się” najmocniej⁷⁷, może dlatego, że jej status jako nauki medycznej opartej na faktach („*evidence based medicine*”) był najniższy, ale medyczny sposób ujmowania problemów psychologicznych jest tylko jednym z krytykowanych elementów procesu medykalizacji. Pierwsze prace, które rozszerzyły zainteresowanie medykacją o obszar szerszy niż psychiatria, mianowicie obejmujący całą medycynę, napisali Eliot Freidson („*Profesion of Medicine*” i „*Professional Dominance*”, obie z roku 1970) i Irving Zola („*Medicine as an Institution of Social Control*” z roku 1972). Wyeksponowali oni w systemie medycznym jego funkcję kontroli społecznej i ekspansję jurysdykcji medycyny, na obszary tradycyjnie zajmowane przez religię i prawo (Davis 2006:52). Wspomnianych socjologów niepokoiło w tym procesie to, że etykiety zdrowia i choroby nadawane przez medycynę otrzymują status prawdy naukowej, przez co, ukryta zostaje ich warstwa ideologiczna, a w ten sposób skutecznie zamyka się drogę innym formom interwencji. Ponadto, zwracali uwagę, na nadmierne, ich zdaniem, koncentrowanie się władzy w rękach przedstawicieli jednego zawodu.

Duży wpływ miały także bardziej radykalne, obecnie klasyczne prace Roberta Lainga, Ivana Illicha oraz Michela Foucaulta. Stały się one podstawą teoretyczną, a także dały trochę ciekawych przykładów z historii, że proces ustalania granicy normy i patologii w wymiarze fizycznym i psychicznym jest konstrukcją społeczną, uzależnionej silnie od wiedzy medycznej i medycznego dyskursu (Dain, 1989; Nye 2003:116). Badacze ci sprzeciwiali się przekonaniu, że patologie społeczne i indywidualne można diagnozować i leczyć na podstawie obserwowanych objawów. Twierdzili natomiast, że dyskurs medyczny służy w gruncie rzeczy wzmocnieniu racji oświeconych bogatych i wpływowych, natomiast odmawia ich kobietom, szaleńcom, ubogim i przestępcom. Jak pisze Robert Nye, pisarze ci dokonali efektownego odwrócenia ról: „Przestępcy stali się ofiarami etykietowania, stereotypów, a także niesprawiedliwości rasowej i ekonomicznej; sz-

⁷⁷ Historyk, Norman Dain jeszcze w 1989 roku pisał: „Psychiatria obecnie jest przypuszczalnie najbardziej krytykowanym zawodem w USA” (Dain 1989: 3).

leńcy zostali odkrywcami nowych horyzontów psychologicznej wolności osobistej, a bunt przeciwko normom seksualnym i przypisanym do płci stał się formą emancypacji. W tej sytuacji prawdziwymi czarnymi charakterami stali się lekarze, psychiatrzy i naukowcy – behawioryści, którzy używali swojej wiedzy i władzy by wesprzeć »establishment« oraz izolacji i patologizacji opornych” (Nye 2003:116) W oczach lewicowo-libertariańskiej krytyki, państwo było demoniczną władzą, wchodzącą w sojusz, z posiadającą podobne cele autorytarną medycyną. Posługiwano się przy tym chętnie precedensami z nieodległej przeszłości, mianowicie roli medycyny w hitlerowskich Niemczech i łagrach w ZSRR polegającej na internowaniu politycznych przeciwników, czy np. sterylizacji lub morderstwach niepełnosprawnych, co miało pokazać, że prawa człowieka i obywatela są nie do pogodzenia z istnieniem reżimów używających medycyny jako narzędzia rządzenia (2003:117).

Z drugiej strony, Nye wskazuje, że lata 60-te i 70-te to okres krytyki względem działań i roli medycyny ze względu na rozejście się jej metod z potrzebami pacjentów. Ze względu na bardzo szybki rozwój medycyny, pojawiły się nowe oczekiwania pacjentów, nowe leki, możliwości stosowania nowych procedur, jednakże jak pisze Eliot Freidson, w obliczu zwiększającego się popytu, lekarze stawiali opór przed zmianami godzącymi w ich autorytarną pozycję i monopol na dostarczaniu usług medycznych. Medycyna była bardziej przygotowana do ostrego leczenia za pomocą zaawansowanej technologii, niż działań profilaktycznych ukierunkowanych na masę, przez co, jak ocenia Thomas McKeown, czy Ivan Illich, jej zasługi w przedłużaniu przeciętnego trwania życia w przeszłości są mniejsze niż przyznają to lekarze (Illich 1976:23; Freidson 1970, McKeown 1979 za: Nye 2003:116).

Medykalizacja bez medycyny?

Oczywiście, ze względu na fakt, iż w „liberalnych demokracjach” żadna grupa (a zwłaszcza tak wpływowa jak lekarze) nie jest bezwzględnie podporządkowana interesom państwa, a często interesy te są ze sobą sprzeczne, obraz procesu medykalizacji jako przejawu wzrostu siły władzy państwowej, był trudny do utrzymania⁷⁸. Mimo że do dzisiaj dominuje podejś-

⁷⁸ Lekarze w USA (oczywiście nie tylko tam) byli i są bardzo silną grupą zawodową,

cie krytyczne, dyskusja na temat medycyny stała się mniej zideologizowana, a badacze zajmujący się medykacją zaczęli zwracać więcej uwagi na badania terenowe, czy pracę w archiwach, przez co proces ten nie jest już opisywany jako podstępna współpraca władzy i ekspertów z zakresu medycyny, ale raczej jako przenikanie dyskursu medycznego do świadomości zbiorowej, internalizacji medycznych wskazań przez laików i w konsekwencji przejścia przez nich odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Mimo że początkowo, za sprawą dzieła „Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu” (Foucault 1972) umiejscawiano go blisko Thomasa Szasza, rola Foucaulta w wyżej omawianej transformacji pojęcia „medykacji” do współczesnego rozumienia jest znacząca. Foucault był filozofem, którego poglądy ewoluowały i już w eseju „*The Politics of Health in XIX Eighteenth Century*” zaczął traktować medyczną władzę jako zjawisko rozproszone i niewidoczne, ułożone w regułach dyscyplinujących ciało jednostek. Wyraźnie rozróżnił on władzę nad terytorium czy ciałem, od władzy nad populacją: „Biowładza medykalizuje i normalizuje społeczeństwo, rozwija praktyki troski o siebie i o innych, tworzy urządzenia bezpieczeństwa. Biowładza jest tak skuteczna dzięki nowym technologiom rządzenia. Nie tylko państwo dba, dzięki praktykom dyscyplinarnym, o zdrowie populacji (np. obowiązkowe szczepionki czy badania profilaktyczne), ale również obywatele, kierując się własnymi potrzebami (moralnymi, estetycznymi, prestiżowymi), dbają o innych, włączając się w działalność filantropijną, a także – co najważniejsze – troszczą się o siebie” (Nijakowski 2008:342-343). Lekarze nie byli już, w mniemaniu Foucaulta, współnikami czy funkcjonariuszami państwa, ale ekspertami w służbie dyskursu⁷⁹, który według niego stał się w pewnym stopniu autonomiczny (Nye 2003:118).

Echo tych rozważań można znaleźć w znaczącej artykule Petera Conrada z 1992 roku, w którym dokonał on krytyki dotychczasowych badań nad medykacją i zaproponował nową, bardziej adekwatną, jego zdaniem, definicję: medykacja to definiowanie problemu w medyczny sposób, jego opis za pomocą medycznej terminologii, adoptowanie me-

świadomą swoich interesów i starającą się utrzymać jak najdalej posuniętą niezależność, a rola administracji federalnej czy stanowej w sektorze opieki zdrowotnej odgrywa mało znaczącą rolę.

⁷⁹ Czym jest dyskurs, Foucault dokładnie nie opisuje. Zajmuje się tym Łukasz Dominiak (2004). Artykuł dostępny jest na stronie: <http://www.dialogi.umk.pl/dyskurs-foucault-centrum.html>

dycznych ram w celu jego zrozumienia lub używanie medycznych interwencji żeby go leczyć (Conrad 1992:211). Jak napisał Davis, w gruncie rzeczy Conrad odłączył medykację od medycyny gdyż jest to socjo-kulturowy proces, w którym medycyna, czy lekarze mogą uczestniczyć, ale nie muszą (Davis 2006:53).

W następnych swoich artykułach, Conrad przedstawia medykację w nowym kontekście: rozwoju biotechnologii (genetyki, farmaceutyki), która otwiera przed nią nowe obszary do wchłonięcia. Medykacja wg Conrada nie jest teraz procesem napędzanym, kierowanym przez lekarzy (których pozycja w procesie leczenia jest w dalszym ciągu niepodważalna), ale dominującą rolę przejął rynek, interesy przedsiębiorstw komercyjnych (Conrad 2000, 2005). Wielką rolę w tym procesie przypisał on biotechnologii (zwłaszcza farmaceutyce i genetyce), pacjentom traktowanym i traktującym się jako konsumenci, oraz zarządzaniu w służbie zdrowia. Conrad twierdzi, że kierunek i tempo procesu medykacji wyznaczany jest nie przez potrzeby zdrowotne społeczeństwa, ale wręcz odwrotnie: nowe technologie, nowe leki stają się produktami, którym trzeba znaleźć rynek zbytu, a więc należy wykreować konsumenta o pożądanym potrzebach. Tendencja jest niepokojąca, ponieważ korporacje w ostatecznym rozrachunku rozliczają się ze swoich działań przed akcjonariuszami, a często ich interesy są sprzeczne z potrzebami pacjentów (Wilkes, Bell i Kravitz 2000 za: Conrad 2005:11). W takiej sytuacji nie ma gwarancji, że często intensywnie promowane leki na rozmaite ludzkie problemy, będą rzeczywiście poprawiać zdrowie i opiekę medyczną. Conrad zwrócił także uwagę, że z tych samych powodów systemy opieki zdrowotnej mogą być narażone na nieuzasadnione zwiększanie się ich kosztów (Conrad 2005:11).

Obecnie więc, problemem, z którym badacze zajmujący się medykacją powinni się zmierzyć, jest wkraczanie rynku do sfery służby zdrowia. Conrad uznaje to za wyzwanie, który powinni podjąć socjologowie. Stwierdza, iż badania powinny skupić się na wpływie odkryć biotechnologicznych, marketingu i promocji przemysłu farmaceutycznego, roli konsumentów produktów i usług medycznych, wpływowi Internetu, zmieniającej się roli lekarzy, a także popularności ruchów anty-medycznych (Conrad 2005:12).

Zakończenie

W swojej najnowszej książce *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* z 2007 roku Peter Conrad napisał, że odkąd zaczął uczyć socjologii medycyny w latach 70-tych, obszar zdrowia i choroby wyglądał całkiem inaczej niż na początku wieku XXI. Zwrócił uwagę, że na zajęciach nie wspominało się o obecnie pospolitych schorzeniach jak: nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD), anoreksja, zespół chronicznego zmęczenia (CFS), zespół stresu pourazowego (PTSD), zespół lęku napadowego („panic disorder”), zespół alkoholowy płodu, zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS) czy zespół nagłej śmierci niemowląt (SIDS). Ani otyłość, ani alkoholizm nie były postrzegane jako choroba (Conrad 2007: 4). Odkrywanie tych wszystkich „zespołów” świadczy o tym, że rzeczywiście dokonuje się zasadnicza zmiana, która polega na wzroście znaczenia medycznego sposobu opisu rzeczywistości w społeczeństwie między innymi poprzez zwiększanie się ilości chorób. W Polsce już w roku 1980 zwróciła na to uwagę Magdalena Sokołowska, która napisała: „w ekspansji jest nie choroba, ale rosnące oczekiwania i wymagania ludzi co do samopoczucia i innych wartości nazywanych zdrowiem. Jeśli uwzględnimy wszystkie zaburzenia manifestujące się objawami subiektywnymi, z którymi nie idzie się do lekarza, ale które nie różnią się w sposób istotny od tych, z którymi się idzie, to prawie każdy w społeczeństwie może być traktowany jako w jakiś sposób chory.” Pyta się zatem Sokołowska, gdzie ustalić granicę, do której choroba jest stanem obiektywnym, a poza którą staje się stanem subiektywnym lub „konstruktem społecznym istniejącym głównie w głowach jego spostrzegaczy” (Sokołowska 1980: 193-194). Można zadać pytanie, czy zwiększająca się liczba przypadków traktowanych jako problemy medyczne świadczy o coraz lepszych zdolnościach diagnostycznych medycyny, czy jest to raczej konsekwencja dużej siły przebiecia medycyny i medycznego dyskursu?

Działalność krytyków medykalizacji zdaje się, że przynosi więcej dobrego niż złego. Jak było w przypadku Goffmana, którego druzgocąca krytyka opieki psychiatrycznej doprowadziła do pozytywnych zmian w działaniu szpitali psychiatrycznych, tak zaprezentowane w artykule krytyczne poglądy socjologów i historyków dotyczące medykalizacji, mogą wzbogacić analizy funkcjonowania szeroko rozumianego sektora opieki

zdrowotnej o odmienne od lekarskiej perspektywy. Oczywiście, do wielu zarzutów części krytyków trudno nawet się ustosunkować ze względu na ich ideologiczny charakter, ale nawet z głosów najbardziej radykalnych z nich można wyciągnąć pewne wnioski. Wydaje się, że konflikt pomiędzy medycyną i lekarzami, a tzw. „ruchem anty-medycznym” spełnia pozytywną funkcję społeczną. Ścieranie się różnych wizji opieki medycznej przyczynić się może jedynie do poprawy jej jakości, czego przykładem może być chociażby prowadzona akcja „Rodzić po ludzku”, dzięki której pod publiczną dyskusję poddano praktyki stosowane podczas porodów w polskich szpitalach.