

Medykalizacja jako forma dyskursu o ciele

Medicalization as form of the body discourse

Numer DOI: 10.2478/v10109-010-0066-z

Ewa Banaszak¹, Robert Florkowski²

¹ Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego
The Institute of Sociology, The University of Wrocław

² Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
University of Physical Education in Poznań

Streszczenie:

Potęę współczesnej medycyny i związane z nią zjawiska społeczne można postrzegać na wiele sposobów. Jednym z nich jest medykalizacja. Krytycy wskazują negatywne skutki tego zjawiska z włączeniem jatrogennych. Do pokłosa medykalizacji zalicza się również tworzenie coraz to nowych diagnoz i powiązanych z nimi procedur terapeutycznych. Niektóre z nich wzbudzają szczególnie silne kontrowersje. Medykalizację można uznać za jeden z dyskursów o ciele i jedną z metod sprawowania kontroli, dyscyplinowania ciała. Jednak korzystając z pomocy lekarza, poddając ciało określonym praktykom nie myślimy raczej o tym, że wpisujemy się w określony dyskurs czy procedury stanowiące kolejne piętro kontroli społecznej. Spróbujemy zastanowić się nad tymi zagadnieniami, świadomi tego, że wzbudzają one różnorakie, częstokroć sprzeczne reakcje i oceny. Postaramy się wykorzystać przywołane rozpoznania jako ilustracje dyskursu i kontroli społecznej, dotyczące ciała jednostki.

Słowa kluczowe: medykalizacja, dyskurs, kontrola, ciało.

Abstract:

The power of contemporary medicine and social phenomena related to it may be perceived in various ways. One of them is medicalisation. Those who criticize it, focus on its negative consequences including the iatrogenic ones. One of many effects of medicalisation is creation of new diagnosis and therapies. Some of them are especially controversial. Medicalised discourse can be perceived as one of the sophisticated methods of body control and discipline. However, when we visit a physician for consultation, or are admitted to hospital and we subject our body to certain procedures, we rather do not think that we are often fully controlled by a specific social construction. Our aim is to consider those issues and we are aware that they frequently cause various, sometimes contrary reactions. We will attempt to use the presented diagnostic results to illustrate the discourse and social control affecting individuals.

Key words: medicalization, discourse, control, body

Wprowadzenie

Ciało jest tym, co umieszcza nas w społeczeństwie. Dlatego społeczeństwa i kultury są zainteresowane cielesnością swoich członków. „Nasze doświadczenie społeczne oraz normy i wartości grup, do których należymy, wywierają silny wpływ na nasze ciało” [1]. Zainteresowani jesteśmy nim sami. Od ciała i jego prawidłowego funkcjonowania uzależnione jest nasze życie i nasza tożsamość. Spodziewamy się, iż będzie ono nam ułatwiać nawiązywanie interakcji z ludźmi i uczestniczenie w codziennych czynnościach. Będzie źródłem przyjemności, a oszczędzi nam cierpienia. Patrząc z takiej perspektywy, oferowanej między innymi przez socjologię ciała, można zaryzykować dwa stwierdzenia. Po pierwsze, kontrola ciała jest wielopoziomowa, wszechobecna i wieloaspektowa [2]. Tylko cielesna dezintegracja pozwala wyrwać się z niej. Po wtóre, istotne stają się odpowiedzi na pytania o źródła, sposoby, kryteria kontroli, a także o sankcje i uprawomocnienia wielorakich ingerencji w naszą cielesność.

Introduction

Our bodies are what places us in society. Therefore, societies and cultures are interested in corporeality of their members. “Our social experiences as well as norms and values of groups to which we belong, have a strong influence on our bodies” [1]. We are interested in our bodies ourselves. Our life and identity depend on our bodies and their proper functioning. We expect that our bodies will facilitate our interactions with other people and our participating in everyday life duties, that they will be a source of pleasure and will save us from suffering. From that point of view offered, among other things, by sociology of the body, one may risk two conclusions. Firstly, body control is multi-layered, omnipresent and multi-dimensional [2]. Only corporeal disintegration allows one to break out of it. Secondly, the answers to the questions about sources, means, criteria of control, sanctions and authorisation of various interferences in our corporeality seem to be vital.

Socjologowie uważają, iż zdrowie i choroba są definiowane kulturowo i społecznie. Wszystkie kultury i społeczeństwa mają pojęcia zdrowia fizycznego i psychicznego, ale nasze, będące wytworem medycyny, są przynależne do historii Zachodu z ostatnich dwustu lat. Zmiany społeczno-kulturowe i wywołane przez nie procesy charakterystyczne dla nowoczesności sprawiły, że zdrowie i choroba (jako aspekt naszej cielesności) są kwestią publiczną, a nie prywatną. Normy dotyczące zdrowia są określane przez instytucje społeczne (medycynę i naukę) i oparte na założeniach mieszczących się w modelu biomedycznym. Model ten zawarł w sobie podstawowe idee naukowego oglądu świata: obiektywność, oddzielenie ciała od duszy, wartość eksperckiej wiedzy w diagnozie. Wsparcie się na takich przesłankach okazało się w wielu okolicznościach efektywne: chorych zaczęto wyodrębnić na podstawie jednostek medyczno-diagnostycznych posługujących się syndromami objawów wywołanych przez jakiś konkretny czynnik; stworzono i sformalizowano systemy diagnostyczne i opieki medycznej. Przywykliśmy do słuchania doniesień o sukcesach medycyny. I większości z nich trudno byłoby zaprzeczyć. Powinniśmy pamiętać o tym, że dżuma zabijała połowę mieszkańców europejskich miast, zanim wynaleziono penicylinę, o tym, że ludzie porzucali swoje domostwa uciekając przed epidemią ospy, zanim wprowadzono szczepienia przeciwko niej, o tym, że 10-15% kobiet umierało przy porodzie zanim udoskonalono techniki chirurgiczno-położnicze [3].

A jednak socjologowie nie podzielają entuzjazmu charakteryzującego część kategorii społecznych. Zwracają uwagę na określoną sumę zjawisk wynikających, jak twierdzą, z „fatalnego zauroczenia” medycyną [4]. Zyskały one miano medykalizacji. Konieczność posiadania eksperckiej wiedzy diagnostycznej i terapeutycznej, opartej na naukowych podstawach oraz złożonych technologiach i towarzyszących im umiejętnościach, oddała w ręce medyków ogromną władzę decydowania kto zdrowy, a kto chory i w związku z tym, czy mieści się w normie biopsychicznej, jest wiarygodny, może zostać zatrudniony, otrzymać świadczenia społeczne, odbyć kurs prawa jazdy, studiować określony kierunek, uprawiać sport... Uczyniono jednostki medyczne z reakcji ludzi na koszty uczestniczenia w określonych strukturach społecznych i kulturowych: w „wyszcigu szcurków”, dyscyplinowaniu ciała, dietach, braku ruchu, technikach informatycznych, itp. i wprzęgnięto je w mechanizmy rynkowe. Zmedykalizowanie reakcji organizmu na te fragmenty rzeczywistości czyni je niewidocznymi i nieproblematycznymi. Zostają one „naprawione” nie w wymiarze społecznym, tylko poprzez interwencje farmakologiczne. Za taką interpretacją przemawiają dane statystyczne mówiące o narastających ilościach przypadków rozpoznanych jako depresje czy zespoły zaburzeń odżywiania (anoreksja i bulimia). Co więcej, inne, niegdyś odrębne, systemy wartości zdają się być uzależnione od medycznej aksjologii, a medycyna weszła w rolę autorytetu, który odpowiada na pytania, jak żyć (ale także dotyczące jakości życia), jak omijać cierpienie (ona też definiuje cierpienie), jak umierać (ponownie definiowanie śmierci jest jej domeną) i kto, kiedy umiera poprzez selekcjonowanie przypadków uleczalnych i nieuleczalnych (należy w tym miejscu wskazać, że decyduje o tym nie tylko selekcjonowanie przypadków zgodne z wiedzą lekarza, ale także, zawsze trudne do zmierzenia, przestępczość wśród medyków, błędy w sztuce lekarskiej oraz ograniczenia systemów ochrony zdrowia), kto się narodzi (np. określanie zagrożenia życia i zdrowia, dające prawo do legalnej aborcji w Polsce), wreszcie kto jest zdolny do rozrodu (orzekanie o bezpłodności). Kwestie te zostały wpisane w sens życia człowieka, tyle że pozbawiony transcendencji. Medycynie interesuje życie doczesne. To też powinno być przeżyte bez określonych wysiłków, cierpienia (czyli bólu i choroby), estetycznie. Instytucja ta pozbawia na-

Sociologists claim that health and sickness are defined culturally and socially. All cultures and societies know the notions of physical and psychical health, but ours, being a creation of medicine, belong to the history of the West over the last two hundred years. Social and cultural changes and the processes they cause which are characteristic for modernity resulted in the fact that health and sickness (as an aspect of our corporeality) are a public and not private matter. The norms concerning health are determined by social institutions (medicine and science) and based on the assumptions included in the biomedical model. That model incorporates the basic ideas of scientific perception of the world: objectivity, separating body and soul, the value of the expert knowledge in diagnosing. Taking advantage of such elements in many cases brought positive results: patients began to be singled out on the basis of medical and diagnostic units using symptoms caused by a certain factor, diagnostic systems and health care systems were created. We got used to listening to reports about medical breakthroughs. And most of them cannot be denied. We should remember that the plague used to kill over a half of citizens of European cities before penicillin was discovered, that people abandoned their homes while running from the smallpox epidemic before vaccinations were introduced, that 10-15% of women died in labour before surgical and obstetric techniques were perfected [3].

However, sociologists do not share the enthusiasm characteristic for some social categories. They remark that there is a certain number of phenomena resulting from, as they claim, “fatal attraction” of medicine [4]. Together they are called medicalisation. The necessity to possess expert diagnostic and therapeutic knowledge based on scientific grounds and complex technologies as well as on the skills which accompany them, has given the medics great power to decide who is healthy, who is sick and thus what is within a bio-psychical norm, who is reliable, who may be employed, receive benefits, attend a driving course, study a certain subject, take up sport... Medical units were created on the basis of the reactions of people to the costs of participating in certain social and cultural structures, in the rat race, disciplining of the body, dieting, lack of physical activity, IT techniques etc. Then they were incorporated in the market mechanisms. Medicalisation of the body's reactions to those fragments of reality makes them invisible and non-problematic. They are “fixed” not in the social sense, but through pharmacological interventions. This kind of interpretation is supported by statistical data reflecting an increasing number of cases diagnosed as depression or eating disorders (anorexia and bulimia). Moreover, other, once separate, systems of values seem to be dependent on medical axiology, and medicine has become the authority which answers the questions concerning how to live (and the quality of life), how to avoid suffering (it also defines suffering), how to die (defining death is one of its domains) and who dies and when by selecting curable and incurable cases (here it should be indicated that it depends not only on selecting the cases according to the knowledge of doctors, but also on things that are difficult to measure, such as crime among medics, professional errors and limitations of the health care system), who is born (i.e. medicine determines threats to life and health providing the grounds for legal abortions in Poland) and lastly who is capable of procreating (it indicates who is infertile). Those issues are incorporated in the sense of life, only deprived of transcendence. Medicine is interested in earthly life. That, too should be lived without certain efforts, suffering (that is pain and sickness), aesthetically. It takes away transcendence from out life, and at the same time fuels and feeds our fear of sickness and death, pushed beyond the boundaries of everyday life [5].

sze życie transcendencji, jednocześnie podsyca i karmi się naszym strachem przed chorobą i śmiercią, wypchniętymi poza granice życia codziennego [5].

Medykalizacja jako dyskurs i kontrola ciała

Chcielibyśmy skoncentrować uwagę na diagnozie, która czerpie energię z medykalizacji, a zarazem ją reprodukuje. Budzi skrajne kontrowersje. Zwolennicy postrzegają ją jako „błogosławieństwo”, przeciwnicy jako „przekleństwo”. Mowa o Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD), po polsku zespół nadpobudliwości psychoruchowej (zespół hiperkinetyczny) [6]. Postanowiliśmy sięgnąć po tę ilustrację między innymi dlatego, że współautor miał okazję zetknąć się ze złożoną problematyką tego zjawiska i szerokimi społeczno-ekonomicznymi rezonansami we własnej praktyce zawodowej. Przemyslenia nad ADHD tworzą ryzyko otwarcia intelektualnej puszką Pandory. Bardzo trudno jest wyrobić sobie jednoznaczne zdanie w tej kwestii. Zapatrywania oscylują wraz z czytaniem kolejnego artykułu, uczestnictwem w dyskusji i obserwacją kolejnego dziecka bądź dorosłego, z którym nie daje się wytrzymać.

Jesteśmy dalecy od stwierdzenia, czy choćby wewnętrzne przekonania, że rozgryźliśmy tę zagadkę. Chcielibyśmy jednak pójść tą ścieżką, a jednym z celów jest wskazanie kolejnego poziomu złożonego systemu kontroli naszych ciał, pojawiających się w nich myśli i ekspresji. Hipoteza postawiona przez innych zakłada, że istnieją potężne systemy skrywające pod kamuflażem leczenia nadużycia, farmakologiczne molestowanie, uzależnienia, uszkodzenia i kontrolę. Napędem inicjującym, podtrzymującym to funkcjonowanie są między innymi kolosalne zyski finansowe. Przyjmując taki punkt widzenia można dostrzec, jak tworzenie określonych diagnoz sprzęga się z rynkiem i generowaniem profitu. Jednak trudno jest stwierdzić, czy pierwotne są mechanizmy rynkowe szukające okazji to wytworzenia zysku, czy też nowa jednostka chorobowa powstająca na bazie innych, pozarynkowych czynników, która natychmiast uruchamia przedsiębiorcze działania.

Zawrotną karierę, jaką zrobiła omawiana jednostka diagnostyczno-terapeutyczna w USA, uzmysławiają liczby. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku 10-12% wszystkich chłopców w wieku 6-14 lat zdiagnozowano jako chorych i leczono metylofenidatem (Ritalina). W latach 1990-1995 produkcja tej substancji wzrosła sześciokrotnie, a całkowita ilość dzieci leczona za jej pomocą zwiększyła się corocznie o 4-5 milionów. W rezultacie ogromnej produkcji i konsumpcji przyjęto na odtrucie po-ritalinowe tyle samo dzieci, co na detoksykację kokainową.

Przy stawianiu diagnozy wymagane jest stwierdzenie, że hiperaktywność, impulsywność lub deficyty uwagi, powodujące trudności, wystąpiły przed siódmym rokiem życia, zakłócenia zachowania dostrzegane są w dwóch lub więcej odmiennych otoczeniach i skutkują klinicznie czytelnymi uszkadzającymi efektami w obrębie społecznego, szkolnego lub zawodowego funkcjonowania. Nie wszyscy diagności są tak skrupulatni, by wnikać w szczegóły i analizować niuanse. Czasami z powodu braku czasu, kiedy indziej z racji przemożnego wpływu dyskursu na percepcję dochodzi do podejmowania jednoznacznych, radykalnych decyzji opartych na minimalnej ilości informacji. Przykładem będzie symptom Wendera (foot tapping). Paul Wender to znany w środowisku medycznym za wybitnego profesora psychiatrii na University of Utah School of Medicine. Zaś opisany przez tego autora symptom (objaw Wendera) to nerwowe ruchy stopą lub podudziem. Wender uważał, że doświadczona recepcjonistka może na podstawie tego markera ADHD postawić diagnozę w oparciu o obserwację w poczekalni [7].

Ritalina i inne substancje stosowane w przypadkach deficytów uwagi i nadaktywności, np. Dexedrina (Dexed-

Medicalisation as a discourse and body control

The authors would like to focus on a diagnosis which is absorbs the energy from medicalisation and produces it at the same time. It is controversial, its supporters perceive it as “a blessing”, and its opponents as “a curse”. The matter in question is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [6]. The authors decided to use ADHD because, among other things, they had had a chance to encounter that complex condition and its various social and economic results in their professional practice. There is a risk that considering that problem will open the Pandora's box. It is very difficult to have a unequivocal opinion about it. Opinions oscillate together with another read article, participation in another discussion and observation of another child or adult who is difficult to put up with.

The authors are far from issuing a statement, or even having inner conviction, that they have solved that mystery. They would like to explore that subject, and one of the aims would be to indicate another level of the complex system of controlling our bodies, our thoughts and expressions. A hypothesis put forward by others assumes that there are powerful systems which under the cloak of treatment hide abuse, pharmacological harassment, addictions, damage and control. What initiates and maintains functioning of the above are, among other things, colossal financial profits. If that point of view is assumed, one may notice that putting certain diagnoses is connected with the market and generating profits. However, it is difficult to determine what is primary: the market mechanisms seeking an opportunity to generate profits or the new disease entity developed on the basis of other, unrelated with the market factors, which immediately triggers enterprising actions.

The staggering career of that diagnostic and therapeutic entity in the US is reflected in numbers. In the 90's of the 20th century 10-12% of all boys aged 6-14 were diagnosed with ADHD and treated with methylphenidate (Ritalin). Between 1990 and 1995 the production of that substance grew six times, and the total number of children treated with it increased by 4-5 million every year. As a result of that huge production and consumption the same number of children was admitted to Ritalin detox programmes as to cocaine detox programmes.

In order to make the diagnosis confirming ADHD, it is necessary to have confirmation that hyperactivity, impulsiveness or attention deficiencies causing difficulties occurred before the age of seven, the behavioural disorders are noticed in two or more different environments and they have clinically clear negative consequences in social, school or professional functioning. Not all diagnosticians are meticulous enough to analyse details and nuances. Sometimes due to the lack of time, other times due to the great influence of discourse on perception, unequivocal and radical decisions based on minimal information are made. As an example we can use the Wender's foot sign (foot tapping). Paul Wender is a distinguished Professor of psychiatry at the University of Utah School of Medicine. And the aforementioned sign consists in rapidly flexing knee or foot. Wender believes that an experienced receptionist on the basis of that symptom of ADHD can make the diagnosis based on observation of the patient in the waiting room [7].

Ritalin and other substances used in ADHD treatment, such as Dexedrine and Adderal are extremely strong stimulants, belonging to the same group as amphetamine and cocaine. Paradoxically some parents are forced by court

rine) i Adderal, są nadzwyczaj silnymi stymulantami, zaliczanymi do tej samej grupy co amfetamina i kokaina. Paradoksalnie niektórzy rodzice zostali zmuszeni przez sąd do podawania ich dzieciom [7]. Jak to możliwe, że środki pobudzające używane są jako uspokajające? Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Z jednej strony przeprowadzono badania, które dają możliwość poznania działania tych substancji na niektórych poziomach funkcjonowania organizmu, z drugiej wiele aspektów jest poza obecnym zasięgiem zrozumienia. Kluczowa jest dawka oraz różnice indywidualne w reagowaniu na środek i jego stężenie w organizmie. Podobnie jest w przypadku kofeiny. Jedni po wypiciu kawy mają objawy pobudzenia, czują się rozdygotani, serce zaczyna kołotać, a ręce drżeć. Inni zdają się nie reagować lub wręcz doznać stanu wyciszenia, odprężenia i zwiększenia zdolności do koncentracji. Określona relatywnie niska dawka stymulantów może wywołać, co zdaje się być paradoksalne, obniżenie poziomu aktywności. Jednak ich używanie wiąże się z konkretnym ryzykiem. Jeśli przyjrzeć się liście potencjalnych skutków ubocznych, to znajdziemy tam między innymi „efekt zombie”. Innymi słowy może pojawić się „spłaszczanie afektu”, a nawet generalna supresja aktywności mentalnej, behawioralnej i emocjonalnej, mogąca prowadzić do spolegliwości, posłuszeństwa i bezkrytycznego podporządkowania. Inhibicja spontaniczności może wywołać „robotyzację” zachowania. Zażywanie Ritaliny skorelowane jest z ryzykiem pojawienia się palpacji, tachykardii, podwyższonego ciśnienia, konwulsji, psychozy, depresji, zawrotów i bólów głowy, zaburzeń snu, leukopenii, anemii, reakcji alergicznych, stereotypizacji zachowania i z perseweracjami, napadami podobnymi do Tourett’a, kłopotami z ostrością widzenia...[7]. To, co zostało wymienione powyżej nie jest wyczerpaniem tematu. Nie będziemy jednak drażnić tych kwestii, bowiem to nie jest pierwszoplanowe zagadnienie dla naszych rozważań. Jednak zanim zamkniemy ten wątek, dodamy jeszcze kilka kluczowych niebezpieczeństw. Należą do nich: ryzyko uzależnienia, zespół abstynencji i efekt odbicia, czyli nasilenie objawów wywołanych środkiem, który z założenia powinien je redukować.

Wszystkie opisane zjawiska ryzyka wskazują, jak trudno organizmowi poradzić sobie z wprowadzoną weń substancją pobudzającą. Ustrój stara się wrócić do stanu równowagi, ale to nie jest proste zadanie. Tu natrafiamy na kolejny paradoks. „Adwokaci” ADHD twierdzą, że symptomy mają podłoże neurobiologiczne. Jednym z najpopularniejszych określeń pojawiających się w tym kontekście jest zaburzenie równowagi chemicznej w mózgu. Jednak czytając długie listy groźących efektów ubocznych łatwo jest pomyśleć, że stosowane interwencje farmakologiczne same przez się wywołują rozchwianie chemicznej homeostazy w obrębie centralnego układu nerwowego. Na zasadzie reakcji łańcuchowej pojawiają się zakłócenia heterostazy, czyli związków pomiędzy organizmem a jego szeroko rozumianym otoczeniem. Owo rozchwianie dotyczy funkcjonowania neurotransmisji. W odniesieniu do stymulantów mówi się o podwójnym działaniu. Pierwsze to zwiększenie ilości neurotransmitera, a drugie to spowolnienie jego usuwania z synapsy. W wyniku działania tych procesów synapsa zostaje „zalana” niezwykle dużą ilością substancji chemicznych. To kolejny fakt wspierający oponentów stosowania stymulantów, akcentujący kwestię wytrącania systemu z równowagi, a nie jej przywracania. Jeśli przyjąć, że nadrzędną kwestią jest kontrola, a podrzędną skutki uboczne, to przedstawiona pokrótce „kariera” Ritaliny okazuje się trafną ilustracją. To niezwykle, zastanawiające i często przerażające, jak bardzo ludzie pragną kontrolować innych ludzi. Narzędzi i procedur narzucania, zniewalania, wymuszania, podporządkowania trudno jest doliczyć. Psychiatria, podobnie jak inne dyscypliny i role zawodowe, łatwo staje się „agentem Smithem społecznego matrixa”.

order to give those drugs to their children [7]. How is it possible that stimulants are used as tranquilisers? The answer is simple. On the one hand researches have been carried out which enable examining the effects of those substances on some levels of functioning of our body, and on the other hand many aspects are not fully understood. The dosage and individual reactions to the drug as well as its concentration in the body are the key issues here. This is similar to using caffeine. Some people after drinking coffee are agitated, they feel shaken, their hearts start palpitating and hands shaking. Others seem not to react at all or they feel calm, relaxed and able to concentrate better. A precise, relatively low dose of stimulants may cause, what seems paradoxical, a decrease of activity. However, their usage is connected with a certain risk. If we consider a list of potential side effects, we will find, among other things, the “zombie effect”. In other words there may occur “flattening of affect” or even general suppression of mental, behavioural and emotional activity, which may lead to compliance, obedience and subordination. Inhibition of spontaneity may cause “robotisation” of behaviour. Taking Ritalin is correlated with the risk of palpitation, tachycardia, increased blood pressure, convulsions, psychosis, depression, vertigo, headache, sleeping disorders, leucopenia, anaemia, allergic reactions, stereotypization of behaviour with perseverations, fits resembling Tourett’s symptoms, disorders of the focus of vision [7]. The aforementioned effects are not everything in that area. The authors will not focus on that subject since it is not the key problem they would like to explore. However, before that topic is closed a few main risks will be mentioned and they include: addiction, abstinence syndrome and renounce effect which is intensification of the symptoms caused by the drug which is supposed to reduce them.

All the aforementioned risks indicate how difficult it is for the body to deal with the substance it is given. The body tries to regain balance, yet it is not an easy task. And here another paradox may be found. Advocates of ADHD claim that the symptoms have neurobiological causes. One of the most popular definitions occurring in that context is the disorder of chemical balance in the brain. However, while reading long lists of possible side effects it is easy to think that the applied pharmacological interventions cause disorders of the chemical homeostasis in the central nervous system. On the basis of a chain reaction there occur disorders of heterostasis which is the relations between the body and its widely understood surroundings. That unbalance concerns functioning of neurotransmission. In relation to stimulants there is double activity. The first is an increase of the amount of neurotransmitter, and the second consists in slowing down of its removal from the synapse. As a result of those processes the synapse is “flooded” with a large amount of chemical substances. This is another fact supporting the opponents of using stimulants, emphasising the issue of interfering in the balance system instead of restoring the balance itself. If we assume that control is our primary issue, and side effects the secondary issue, then the briefly presented “career” of Ritalin seems to be an adequate illustration. It is astounding, puzzling and frequently scary how much some people want to control others. The tools and procedures used for imposing, enslaving, extorting, subordinating are difficult to count. Psychiatry like other disciplines and professional roles is easily becoming “agent Smith of the social Matrix”.

Iatrogenic results of medical actions could be added to the list of charges levelled against medicalisation. It concerns not only actions in the area of psychiatry. The co-author of the paper encountered that problem while participating in the works of a team qualifying patients for dialysis. The interviews taken from the patients revealed that a large

Do listy zarzutów stawianych opisywanemu zjawisku medykacji można zatem dodać jatrogenne skutki działań medycznych. Rzecz dotyczy nie tylko przedsięwzięć w obrębie psychiatrii. Współautor tekstu zetknął się z tym problemem uczestnicząc w pracach zespołu decydującego o kwalifikowaniu pacjentów na dializę. Z wywiadów prowadzonych z pacjentami wynikało, że bardzo duży procent stanowią chorzy, którzy od lat używali specyficznych leków i często stali się od nich uzależnieni. Takie doświadczenia zmuszają do postawienia pytania: jak często interwencje medyczne przynoszą więcej szkody niż pożytku? Czyżby współcześni profesjonalowie spod znaku Eskulapa mieli tendencję do zapominania, że lekarz powinien przede wszystkim nie szkodzić? Paradoksalnie ze wzrostem technicznej i farmakologicznej potęgi medycyny wzrasta ilość spektakularnych sukcesów, ale i odsetek błędów oraz nieprzewidzianych niepożądanych skutków. Wielu z nas na sobie doświadczyło problemu pożytku i szkody stanowiących – chciałoby się rzec – składowe pakietu „dwa w jednym”, biorąc antybiotyki, które choć pomagają w określony sposób, częstokroć bezpośrednio wpływając na ratowanie życia, wywołują jednocześnie dolegliwości gastryczne, niszczą odporność organizmu i sieją inne spustoszenia, włączając te, o których istnieniu obecnie nic nie wiemy. Przekleństwo efektów ubocznych zmusza do refleksji na temat niedoskonałości współczesnej medycyny i farmacji. Czego by nie powiedzieć o „domowych” sposobach leczniczych naszych prabab, nie da się zaprzeczyć, że powodowały mniej efektów ubocznych.

Ivan Illich stawia jeszcze inne zarzuty [8]. Wskazuje na uzależnienie współczesnych społeczeństw od służby zdrowia, podkreśla wzrost konsumpcji leków i wizyt lekarskich. Konsultacje dotyczą coraz częściej trudności, które dawniej uznane by zostały za błahe. Zwraca uwagę na medykację starości i przeniesienie śmierci z domów do szpitali i hospicjów, możemy do tego dodać zmedykalizowanie kobiecej fizjologii (i coraz częstsze zakusy, by tak samo postąpić z męskim ciałem), ciąży i narodzin [4, 9]. Zaznacza on także fakt medykacji naszych oczekiwań, która prowadzi do popularyzacji postaw roszczeniowych. Dla tego autora opisywane przez nas zjawiska są świadectwami agresji ze strony medycyny, a służba zdrowia jest jedną z instytucji ograniczających wolność jednostek i społeczeństw.

Nie musimy wytaczać tak „ciężkiej artylerii”, by zauważyć, że coraz częściej lekarz jest uznawany za eksperta w sprawach natury moralnej czy społecznej, a nawet takich, o których wcześniej w takich kategoriach nie przyszłoby nam do głowy pomyśleć; wiele trywialnych czynności, dających ludziom wytchnienie i przyjemność zostało ubranych w medyczną szatę i zmienia się ze spontanicznych działań w terapie ordynowane przez specjalistów w warunkach instytucjonalnych – nadano nowe znaczenia podejmowanym od dawna działaniom. Niegdyśjsza kąpiel stała się hydroterapią, a przedwiosenny spacer w słoneczny dzień to fototerapia. Słuchanie dobrej muzyki przeistoczyło się w muzykoterapię, zabawa kolorowymi farbami i pędzlami w arterapię, a przejażdżka konna w hipoterapię. Bujany fotel, herbata i pies to... dogoterapia. „Mantra” mrużącego kota i jego ciepło to kolejny terapeutyczny pakiet typu „dwa w jednym” koto-termo-terapia (w literaturze terapeutycznej takie wykorzystanie kota określa się felinoterapią, od łacińskiego felis – kot i greckiego therapeia – opieka, leczenie). Zasób informacji o zaletach pewnych działań zostaje uporządkowany za pomocą terminologii wzorowanej na medycznej. Wiedza okazuje się być władzą i służy do podporządkowywania i kontrolowania przez określony dyskurs coraz to nowych obszarów życia pierwotnie nie związanych ze zdrowiem i chorobą. Dyskurs ten oczywiście selekcjonuje działania, które mogą być umieszczone w obszarze instytucjonalnym. Zwrócono nam uwagę, że jeśli chce się upra-

number of them had been taking certain drugs for years and often were addicted to them. Such experiences in a way force us to pose a question: how often do medical interventions do more harm than good? Do modern medics tend to forget that doctors should most of all not harm? Paradoxically, along with the increase of technological and pharmacological power of medicine, the number of spectacular successes increases together with the number of professional errors and unpredicted side effects. Many people have experienced that problem of harm and good which seems to be a part of the “two in one” offer – while taking antibiotics which frequently help to save lives, at the same time cause gastric problems, damage resistance mechanisms of the body and wreak havoc in other parts of the body including the ones we do not know about. The curse of side effects make us reflect on the imperfections of modern medicine and pharmacy. There are many things that may be said about “home” remedies of our grandmothers, however, one thing cannot be denied – they caused much less side effects.

Ivan Illich puts forward other charges [8]. He indicates how dependent modern societies are on health care systems and emphasises the increase in doctor's appointments and the consumption of drugs. Consultations more often concern conditions which in the past would have been classed as insignificant. He draws our attention to medicalisation of old age and changing the place of death from homes to hospitals and hospices and we can also add medicalisation of feminine physiology (and more frequently attempts at doing the same to the male body) as well as pregnancy and birth [4, 9]. Illich also underlines the fact of medicalisation of our expectations which leads to popularisation of demanding attitudes. For Illich the described phenomena are evidence of aggression of medicine, and health care system is one of the institution which limit the freedom of individuals and societies.

We do not need to use such heavy artillery to notice that more and more frequently a doctor is considered an expert in issues concerning moral or social matters, and even those matters which earlier we would not consider in such categories; that many trivial activities providing people with rest and pleasure have been included in medical matters, spontaneity of actions changes into therapies prescribed by specialists in institutional conditions – new meaning has been attributed to old actions. Former bath has become hydrotherapy, and a walk on a spring, sunny day is now phototherapy. Listening to good music has transformed into music therapy, playing with brushes and colourful paints into art therapy and horse riding into hippotherapy. A rocking chair, a cup of tea and a dog is now... kynotherapy. The “mantra” of a purring cat and its warmth is another therapeutic “two in one” packet: cat-thermotherapy (this kind of therapy in professional literature is called felinotherapy, from *Latin* felis – cat and *Greek* – therapeia – treatment, care). The information concerning the benefits of certain actions is put in order by means of terminology based on medical terms. Knowledge seems to be power and is used for subordinating and controlling through a certain discourse of newer and newer areas of life primarily unrelated with health and sickness. That discourse obviously selects actions which may be included in the institutional sphere. If one would like to practice yoga with the residents of social care services in Poland, then they would need to enrol to choreotherapeutic classes. Otherwise such an initiative would not be accepted and would lead to various consequences resulting from the lack of bureaucratic acceptance.

The media inform us about newer and newer methods, techniques, breakthrough surgeries, quantum leaps in the treatment of neoplastic, coronary and mental diseases etc.

wiać jogę z klientami – pensjonariuszami opieki społecznej w Polsce, to trzeba to zgłosić jako zajęcia choreoterapeutyczne. W przeciwnym razie taka inicjatywa nie zostanie zaakceptowana i pociągnie to za sobą rozmaite konsekwencje związane z brakiem biurokratycznie wyrażonej zgody.

Z mediów dowiadujemy się o coraz to nowych metodach, technikach, przełomowych operacjach, kolejnych milowych krokach w leczeniu chorób nowotworowych, wieńcowych, umysłowych etc. Jest to specyficzny sposób przekazywania informacji. Jednym z możliwych odczytań tych skomasowanych działań perswazyjnych jest założenie i związane z nim oczekiwanie, że jeśli tylko zastosują się do stosownych reżimów, pozostaną młody, sprawny, szczupły i atrakcyjny prawie na zawsze... Media dają więc asumpt postawom roszczeniowym oraz upowszechniają i zwielokrotniają kolejne z przejawów medykalizacji – „wymazanie” z codziennego życia naturalnych zjawisk dotyczących naszego ucieleśnienia, takich jak ból, choroba, starość, śmierć. Medycyna kształtuje coraz bardziej aktywnie estetyczny dystans do ciała [...] uspołecznia ciało, dystansując cywilizacyjnie człowieka od jego biologicznej natury. [...] Wszelkie oznaki nieprawidłowego funkcjonowania organizmu, w tym te wynikające z procesu starzenia się uznane zostają za nienaturalne. [...] Dzięki procesom medykalizacji kreuje się wrażenie o doskonałości i nieśmiertelności naszych ciał” [10].

To wrażenie, któremu coraz częściej ulegamy, jest z gruntu fałszywe. W rzeczywistości jesteśmy tak samo kruchym, chwilowym, świadomym stanem energii jak nasi dawno zmarli przodkowie. Z medykalizacyjnego wizerunku wypływa sugestia, że jeszcze „chwila” i ogarniemy tajemnicę istnienia, rozwiążemy zagadkę bytu. Niektórzy spośród naszych zmarłych współplemieńców już teraz tkwią w zamrożonych kapsułach, czekając na czas „wskrzeszenia” przez magów nauki. Podobno nigdy nie należy mówić nigdy. Intuicja pesymisty i sceptyka każe myśleć, że „zimny pochówek” to tylko karykatura marnych chciejstw. Ale w chwilę potem budzi się przekorny chochlik: a co jeśli dzięki ciemnej i ciasnej zamrażarce bogatsi optymiści wykupili sobie miejscówkę w wieczności?

Nie sposób nie wspomnieć o innej konsekwencji wyłączości i władzy, jaką uzyskali medycy. Władzy specyficznej, bo nie tyle oddanej jednostce, co organizacjom biurokratyczno-korporacyjnym. Chory jest „w nim przypadkiem, lekarze patrzą na pacjenta w kategoriach «parametrów» i «wskaźników», a jego ciało jest traktowane jako przedmiot, obiekt badań, oddzielony od sfery umysłu i odczuć” [10]. Zwłaszcza jest to dojmujące przez nas doświadczane w momencie hospitalizacji. Roztaczana jest nad dorosłymi i dziećmi niemal totalna władza (na którą musimy wyrazić zgodę, choć dokładnie nie wiemy, na co się godzimy). Zdani na cudzy sąd i jego autorytet, zdezorientowani, sfrustrowani, rozgoryczeni, a nawet zastraszeni, akceptujemy, a nawet inicjujemy, ekstremalne formy kontroli [11].

Trudno jest nie paść ofiarą błędu generalizacji. Interakcje z pracownikami służby zdrowia bywają bardzo różne, podobnie jak w innych sektorach zawodowych. Wspominamy z wdzięcznością lekarzy, którzy nie tylko uratowali życie podając w krytycznym momencie antidotum, ale okazali ciepło, empatyczne zrozumienie i bezwarunkową akceptację, nawet w przypadkach, w których otoczenie społeczne, a co gorsza najbliżsi, zachowywali się w sposób piętnujący i odrzucający, pamiętamy empatyczne pielęgniarki, troskliwie towarzyszące pacjentom w zabiegach wzbudzających niepokój bądź przerażenie. Z drugiej zaś strony doznajemy przykrych frustracji i złorzeczmy siedząc godzinami w poczekalni niezauważani przez przechodzący obojętnie personel. Choć widzimy, co się wokół dzieje, słyszymy stuk pracowniczych chodaków, trzaskanie drzwiami, łomot wózka z obiadem, a także odczuwamy szpitalne smrodki, chwilami ulegamy wrażeniu, że staliśmy się niewidzialni, jak gdyby

It is a specific form of conveying information. One of the possible explanations for those combined persuasive actions is an assumption and related to it expectation that if one only adheres to proper regimes, then they will remain young, fit, slim and attractive almost forever... The media therefore cause demanding attitudes, popularise and intensify consecutive signs of medicalisation – “wiping off” form everyday life such natural phenomena concerning our corporeality as pain, sickness, old age and death. Medicine more and more actively shapes the aesthetic distance from the body [...], socialises the body by distancing man in terms of civilisation from his biological nature. [...] All symptoms of improper functioning of the body, including the ones related with aging, are considered unnatural. [...] Thanks to medicalisation an impression of perfection and immortality of our bodies is created” [10].

That impression which we more and more often succumb to is false. In reality we are just as fragile, temporary and conscious state of energy as our long gone ancestors. Medicalisation provides a suggestion that “in a moment” we will understand the mystery of existence, solve the riddle of being. Some of our dead “tribesmen” are already frozen in cryogenic capsules waiting to be “resurrected” by the magicians of medicine. It is said that one should never say never. The intuition possessed by sceptics and pessimists makes us think that that “cold burial” is only a caricature of our whims. Yet a moment later a teasing imp wakes up asking: what if thanks to those dark and tight freezers richer optimists have bought their way to eternity?

It is not possible not to mention another consequence of exclusiveness and power which have been achieved by medical professionals. Specific power since it is not in the hand of individuals but more of bureaucratic and corporative institutions. The patient is there “a case and doctors perceive him through «parameters» and «indicators», and his body is treated as an object of examination, separated from his mind and feelings” [10]. It is especially strongly experienced during hospitalisation. Adults and children are under almost total control (to which we need to agree even though sometimes we do not even know what we agree to). We are on the mercy of someone else’s authority, disoriented, frustrated, bitter, and even intimidated, we accept or even initiate extreme forms of control [11].

It is difficult not to generalise. Interactions with the health care staff are very diversified, just like in other professional sectors. We remember with gratitude those doctors who not only saved our lives giving us an antidote at a critical moment, but who also showed us warmth, empathy, understanding and unconditional acceptance, even when our society, or even worse our family, reviled and rejected us; we remember empathic nurses who were caring enough to accompany their patients during procedures which caused distress and anxiety. On the other hand we are sadly frustrated and we complain while sitting for hours in the waiting room ignored by the medical personnel. Even though we can see what is happening around us, we can hear the sounds of steps, shutting doors, the noise of the food trolley, we can smell all hospital odours, sometimes we have an impression that we have become invisible, as if the chair we sitting on was in the place where reality curves and transfers us to another dimension. We are upset and angry that nobody tries to contact us, does not send even minor signs of interest. We feel helpless and lost not knowing what and when will happen because we received no basic information and explanation. Sometimes in such a situation we resign, let go, give up. We lack motivation to go through the depersonalised, emotionally empty, meander-like, filled with “paper tricks” bureaucratic procedures.

An experiment reported and described in Science magazine in 1973 is worth mentioning here. The material was

krzesło, na którym usiedliśmy, stało akurat w miejscu, gdzie przestrzeń się zakrzywia i przesuwa nas w inny wymiar. Czujemy wzburzenie i złość, gdy nikt nie nawiązuje z nami kontaktu, nie wysyła nawet drobnych sygnałów zainteresowania. Czujemy się bezradni, zagubieni, nie wiedząc co i kiedy się zdarzy, bo zabrakło podstawowej informacji i wyjaśnienia. Zdarza się nawet, że w takich sytuacjach rezygnujemy, odpuszczamy sobie, poddajemy się. Brakuje motywacji, by brnąć przez zdepersonalizowaną, pustą emocjonalnie, meandryczną, zastawioną „papierowymi wynkami” biurokratyczną procedurę.

Warto w tym miejscu przypomnieć eksperyment opisany w czasopiśmie *Science* z 1973 roku. Materiał zebrali zdrowi psychicznie wolontariusze, którzy przyjęli się do renomowanych szpitali psychiatrycznych. Nikt z pracowników nie wiedział, że to „podstawieni” pacjenci. „Uniwersalnym doznaniem pseudopacjentów było poczucie upokorzenia i obezwładniająca poczucie bezsilności towarzyszące im na oddziale. [...] Prywatność jest ograniczona do minimum. Do pomieszczeń zajmowanych przez pacjentów w każdej chwili może wejść pracownik, może też zrewidować ich rzeczy osobiste. Procedury związane z higieną osobistą i potrzebami fizjologicznymi są często monitorowane. Toaleta nie ma drzwi. Czasami depersonalizacja osiągała u pseudopacjentów tak wysoki poziom, że pojawiało się poczucie bycie niewidocznym, albo co najmniej niewartym zagadnienia [11]. Bo to, co było dotychczas kontrowersyjnymi procedurami szpitali psychiatrycznych, a przyczyniało się do niemal uniwersalnych odczuć ubezwłasnowolnienia, upokorzenia, bezsilności, depersonalizacji, staje się obecnie zmurą nie tylko tam. Stając się pacjentami, przestajemy być osobami. Jesteśmy obiektami pozbawianymi prywatności, monitorowanymi przez cały czas martwym okiem kamery, która kieruje obraz do niewidocznego personelu (por. *Pacjenci w oku szpitalnej kamery*, www.gazeta.pl, data wejścia na stronę: 2010-05-12).

Jednak bez względu na to, czy będziemy konformizować, akceptować, posłusznie ulegać bądź oponować, zaprzeczać czy walczyć, medycy stanowią bardzo ważną grupę zawodową, z ogromnymi aspiracjami nakierowanymi na zarządzanie, zawłaszczanie kolejnych pól ekspertyz i politycznych nisz. Medycy często dominują w środowisku multidyscyplinarnym. Albo uzurpują sobie takie prawo, albo jest im ono oficjalnie przypisane. Przyjmowane jest *implicite* bądź *explicite* założenie, że lekarze są najbardziej kompetentni w kwestiach zdrowia i choroby, ale i w kwestii zarządzania oraz przewodniczenia innym grupom zawodowym. W wielozawodowym zespole kierownicze stanowisko przypada zazwyczaj lekarzowi, w procesie diagnostycznym związanym ze współpracą różnych specjalistów, zdanie decydujące ma najczęściej medyk. Psycholog kliniczny może sugerować hospitalizację bądź wypis, ale ostateczna decyzja podejmowana jest przez konsyliusarza. Ten drugi powiązany jest, co najmniej formalnie, z medycyną, ten pierwszy z naukami społecznymi.

Innym odzwierciedleniem przewagi medycyny nad innymi dyscyplinami jest punktacja przyznawana naukowcom za publikacje. Artykuł zawarty w czasopiśmie medycznym jest z reguły wyżej punktowany niż zamieszczony w periodyku powiązanym z innymi dyscyplinami. Przydaje się też, jeśli przed wieloma skrótami poprzedzającymi nazwisko znajduje się „med.”. W ściśle hierarchicznym uczelnianym środowisku naukowo-dydaktycznym zwiększa to prawdopodobieństwo, że pracownik pełnił lub będzie pełnił jakieś funkcje z byciem rektorem uczelni łącznie. Wiele dyscyplin korzysta z dekoracji i sposobu bycia wypracowanego w środowisku medycznym, by zapewnić sobie prestiż i informować o powadze i solidności swoich działań. Tym światłem odbitym świecą różne medialne prototypy namawiające nas do kosmetyków, środków higienicznych, medykamentów, diet...

gathered by mentally healthy volunteers who were admitted to well-renowned psychiatric hospitals. None of the medical staff knew that the new patients were not real patients. “A universal experience of the pseudo-patients was the feeling of humiliation and overwhelming helplessness. [...] Privacy is reduced to minimum. The patient’s quarters may be visited by the medical staff anytime without warning and their personal belongings may be searched. The procedures related with personal hygiene and physiological needs are often monitored. Toilets have no doors.” Sometimes depersonalisation of the pseudo-patients was so intense that they had a feeling they were invisible or at the very least not worth noticing [11]. What used to be controversial procedures carried out in psychiatric hospitals and contributed to almost universal feeling of incapacitation, humiliation, helplessness, depersonalisation is now becoming the curse not only there. When we become patients we stop being people. We are objects deprived of their privacy, all the time monitored by the dead eye of the camera which transfers the feed to the unseen medical personnel (“Patients in the eye of hospital camera” – *Pacjenci w oku szpitalnej kamery*, www.gazeta.pl, visited on 12.05.2010).

However, regardless of the fact whether we accept, obediently succumb or oppose, deny and fight, medics are a very vast professional group with great aspirations for management, appropriating more field of expertise and political niches. Medics often dominate the multidisciplinary environment. Either they usurp that right or it is given to them. There is an assumption that doctors are most competent in terms of health and sickness and also in the matter of managing and chairing other professional groups. In a multi-professional team the managerial position is usually held by a doctor, in the diagnostic process related with cooperation of various experts, the final decision is usually made by a doctor. A clinical psychologist may suggest hospitalisation or discharge, but the final decision is made by a consultant. The latter is connected, at least formally, with medicine, the first with social sciences.

Another manifestation of the dominance of medicine over other disciplines is the system of points awarded to scientists for publishing their papers. An article published in a medical magazine is usually given more points than, if it appears in a magazine related with other disciplines. It is also beneficial, if after the name and surname MD is added. In the strictly hierarchical academic environment that fact increases the possibility that a given employee will hold the functions of rector of the institution. Many disciplines use the style elaborated by the medical society in order to provide themselves with prestige and manifest seriousness and reliability of their actions. This “reflected light” may be seen in many medial prototypes convincing us to use cosmetics, hygienic products, medications, diets....

Konkluzja

Medykalizację można uznać za subtelny sposób sprawowania kontroli nad ciałem. Z medycznych procedur jednak łatwo da się wywieść wniosek, że nie mamy tu do czynienia z narzuconym reżimem zachowania, ale oczywistą, zwyczajną koniecznością warunkowaną wymogami związanymi wyłącznie ze skutecznością odpowiedniego cyklu działań, prowadzących do pożądaných skutków. Idąc na wizytę lekarską bądź do szpitalnej izby przyjęć nie myślimy raczej o tym, że wpisujemy się w procedury stanowiące kolejne piętro kontroli społecznej, a bardziej o tym, że chcemy się zbadać i, jeśli istnieje taka potrzeba, leczyć. W tym kontekście narzucanie specyficznych sposobów postępowania skrywa się pod kamuflażem prozdrowotnej konieczności, etycznie chwalebnej dbałości o dobrostan dorosłych i dzieci. Lecz coś w tym mechanizmie od jakiegoś czasu zgrzyta. Zapewnia się nas o możliwości wydostania się z pułapki cierpienia, starości i śmierci. Konsylia lekarskie, hospitalizacje, wielokrotne cykle chemoterapeutyczne, radykalne interwencje chirurgiczne prowadzą do zapewnień o proceduralnym powodzeniu, rychłej poprawie i... zgonu w cierpieniu z dala od domu i domowników. Takie zdarzenia sieją ziarno niepokoju, zwątpienia. Pojawiają się pytania. Czy aby na pewno lekarz przytaczający przychylne statystyki wyleczalności mówi prawdę? Czy aby na pewno wie, jakie są prawdziwe prognozy? Czy zna wszystkie działania wywołane przez nowo wyprodukowany lek? A może pod kamuflażem skutecznych metod skrywa się niemoc lekarza i pacjenta, egzystencjalny dramat człowieka? Pojawia się też podejrzenie, że niełatwo będzie zmienić stan rzeczy. Władza oddana medykowi przynosi im profity i kontrolę, co istotniejsze, stabilizuje określony system społeczny wypełniając w nim konkretne funkcje. Trudno o brak stronniczości.

Jakiś czas temu pojawił się trend odwrotny – demedykalizacja jako społeczne upominanie się o kompleksową analizę i ocenę stanu zdrowia (traktowanego jako wynik wzajemnych oddziaływań czynników społecznych, biologicznych i psychologicznych), o uwzględnienie indywidualnych i grupowych różnic między ludźmi (a nie interpretowanie ich jako niespełnianie norm biomedycznych), o wprowadzenie do praktyki medycznej wiedzy społecznej (np. o korelacjach między nierównościami klasowymi, płciowymi, kulturowymi i zdrowotnymi) i psychologicznej (o umiejętnościach interakcyjnych i komunikacyjnych). To zapewne jeden z powodów atencji, jaką została obdarzona tzw. medycyna niekonwencjonalna. Choć i w tym wypadku nie brakuje głosów ostrej krytyki. J. Heath i A. Potter twierdzą, że: „Pokusa egzotyki nigdzie nie przejawia się wyraźniej – i nigdzie nie przynosi większych dochodów – niż w bujnie rozkwitającej branży medycyny «alternatywnej». Każde parotysięczne miasto w Ameryce Północnej ma obecnie cały komplet neuropatów, specjalistów od reiki, homeopatów, uzdrowiaczy leczących kryształkami oraz magnesami. Tak jak «alternatywne» sporty, «alternatywna» muzyka i w ogóle «alternatywna» kultura, medycyna «alternatywna» to świetny interes. W 1997 roku Amerykanie wydali około 30 miliardów dolarów na terapie alternatywne. (Dla porównania – «uspołeczniony» system ochrony zdrowia w Kanadzie kosztował rząd w tym samym roku 55 miliardów dolarów i zapewnił każdemu obywatelowi podstawową opiekę medyczną)”. Wymienieni autorzy postrzegają rozwój medycyny alternatywnej jako zjawisko kontrkulturowe, bunt przeciw kulturze masowej, który potępił system medyczny, ale sam nie miał nic do zaoferowania [3].

Conclusions

Medicalisation may be treated as a subtle way of controlling the body. Medical procedures, however, make it easy to draw a conclusion that we do not deal here with an imposed regime of behaviour, but with obvious, ordinary need conditioned by the requirements related to the effectiveness of certain actions leading to desired effects. When we go to see a doctor or to hospital we usually do not think that we will be participating in the procedures which belong to a consecutive stage of social control, but we think that we want to be examined and treated, if need be. In that context imposing specific procedures is hidden behind the camouflage of pro-health necessity, ethically noble care taken of adults and children. However, there is something creaking in that mechanism. We are assured that there is a way out of the trap of suffering, old age and death. Medical conferences, hospitalisation, multiple chemotherapeutic cycles, radical surgeries lead to assurance of procedural success, quick recovery and ... death in suffering far from home and family. Such events sow the seeds of anxiety, doubts. Questions are posed. Is the doctors quoting positive statistics of curability telling the truth? Does he know the real prognosis for sure? Does he know all effects of the newly produced drug? Or maybe under the camouflage of efficiency of the methods the weakness of doctors and patients is hidden, existential drama of man? It is possible it will not be easy to change all that. The power bestowed upon the medical profession brings profits and control, and what is more important stabilises a certain social system carrying out certain functions. It is difficult not to be biased.

Some time ago an opposite trend occurred – demedicalisation as social demand for complex analysis and evaluation of health condition (treated as a result of mutual interactions of social, biological and psychological factors), for acknowledging individual and group differences among people (and not interpreting them as not being within the biomedical norms), for introducing social knowledge into medical practice (i.e. about correlations between class, sexual, cultural and health-related inequality) and for psychological knowledge (about interactive and communication skills). This is probably one of the reasons of the attention paid to, so called, unconventional medicine. However, even that is a subject of severe criticism. J. Heath and A. Potter claim that “A temptation of exoticism is never more visible – and it never brings more profits – than in the rapidly developing «alternative» medicine. Every city numbering several thousand citizens in the North America is at present equipped with a whole number of neuropaths, homeopaths, healers using crystals and magnets. Just like «alternative» sports, «alternative» music and «alternative» culture, «alternative» medicine is a good business. In 1997 Americans spent about 30 billion dollars on alternative therapies. (for comparison - «socialised» health care system in Canada cost the government 55 billion dollars and provided every citizen with basic medical care).” The aforementioned authors perceive the development of alternative medicine as triggered by contra-cultural phenomena, a rebellion against mass culture which condemned health care systems, yet had nothing to offer itself [3].

Piśmiennictwo
References

- [1] Giddens A. *Socjologia*. PWN, Warszawa 2004.
- [2] Goffman E. *Zachowania w miejscach publicznych*. PWN, Warszawa 2008.
- [3] Heath J., Potter A. *Bunt na sprzedaż. Dlaczego kultury nie da się zagłuszyć*. Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza S.A., Warszawa 2010.
- [4] Melosik Z. *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2002.
- [5] Figiel W. *Moralność a medykalizacja kultury*. Fizjoterapia 2007, 15, 1, 85-91.
- [6] Kołakowski A. i wsp. *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- [7] Breggin P. R. *Talking back o ritalin: what doctors aren't telling you about stimulants for children*. Monroe 1998.
- [8] Illich I. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, London 1975.
- [9] Buczkowski A. *Społeczne tworzenie ciała*. Universitas, Kraków 2005.
- [10] Jakubowska H. *Socjologia ciała*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2009.
- [11] Breggin P. R. *Toxic Psychiatry. Drugs and electroconvulsive therapy: the truth and the better alternatives*. Glasgow 1993.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Ewa Banaszak
Instytut Socjologii
Uniwersytet Wrocławski
ul. Koszarowa 3
51-149 Wrocław
tel. 601-929-714
e-mail: ebanaszak@wns.uni.wroc.pl

Wpłynęło/Submitted: VI 2010
Zatwierdzono/Accepted: IX 2010