

МЕДИКАЛИЗАЦИЯТА НА ЖИВОТА НА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ

доц. д-р Божидар Ивков¹

„С. М. Хилър привежда думите на декана на един от американските Университети, който при новината, че група негови студенти са започнали да правят „фокуси“ със свръхестествени сили, казал: „Преди няколко века щяхме да ги изгорим на кладата, преди 25 години бихме ги изхвърлили от университета. А днес просто ще ги изпратим на психиатър”.

„Medicine and social control. In: *Sociology as applied to medicine*”²

Въведение

През последните четири десетилетия все по-осезаемо се забелязва нарастването на медицинацията на живота и обществото. Този процес е забелязан и изследван от много учени (напр. Zola 1972; Conrad, Schneider 1980a; Barsky, Boros 1995; Riska 2003 и др.).

България не прави изключение от тези процеси и тенденции. Нещо повече, в някои аспекти медицинацията е толкова силна, че прекрачва границите на дискриминацията и социалното изключване и се превръща не само в техен основен социален инструмент, но и в основна социална технология, доминираща, определяща и насочваща живота на хората с увреждания. Посоката на тези процеси понякога е толкова ретроградна, че напомня или навява асоциации за завръщане към най-негативните аспекти от социалната ситуация на хората с увреждания в Западна Европа от 60-те години на ХХ век.

В настоящия анализ се прави опит да се изясни същността на процеса медицинация с цел да се подпомогнат хората с увреждания, за да могат по-успешно да се противопоставят в

¹ Божидар Ивков е д-р по социология, доцент в Института за изследване на обществата и знанието. Научните му интереси са в сферата на социология на инвалидността, социология на медицината, социална политика, социални неравенства и др. Адрес за кореспонденция: bivkow56@gmail.com.

² Цитат по Sokolowska, M. (1980) Problem medikalizacji społeczeństwa. W: *Granice medycyny*. Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa, ss. 224-225.

своето ежедневие на съвременните „мутации“ на процеса и да избягват – доколкото това е възможно – негативните последици от него.

Дефиниране на понятието „медикализация“

Медикализацията е термин, който широко навлиза в социалните науки през 60-те и 70-те години на XX век, благодарение на работите на Мишел Фуко (1993; 1994а; 1994б; 1996 и д.р.) и Ървинг Кенет Зола (Zola 1972).

Самото понятие „медикализация“ има различни дефиниции.

За Ъ. Зола то обозначава процесът и посоката, по която медицината се разпростира към и навлиза в нови сфери, които предварително не са били определени така, че да бъдат част от сферата на медицината (Zola 1972).

Мишел Фуко – посветил голяма част от своята изследователска работа на ранната история на психиатрията, съдебната медицина и социалната хигиена, представя медицината като институция, способна да установява социалните норми и да контролира поведението на индивидите. В своите книги, статии и лекции от първата половина на 70-те години на XX век той описва медицинацията като „дългосрочен исторически процес на установяване на властта на лекарите над социалната реалност“ (Михель 2009: 304; виж също: Фуко 2006; Sinding 2004 и др.).

На основата на други изследвания в сферата на хирургията, трансплантация на органи, анестезията и т.н., медицинацията се анализира и от Иван Илич. В своята култова книга „Медицинската Немезида“ (Illich 1976) той говори за това, че съвременните лекари се грижат повече за своите професионални интереси, отколкото за здравето на пациентите, а самата медицина често нанася вреда на тези, които се надяват на нейната помощ (Михель 2009: 304; Illich 1976)

Според други изследователи за медицинация може да се говори тогава, когато не-медицинските проблеми предварително се дефинират и разглеждат като медицински такива,

обикновено в контекста на болестите или разстройствата (Conrad, Leiter 2004).

Полската изследователка Магдалена Соколовска споменава, че създаден в САЩ, терминът „означава процес на експанзия, при който все повече и повече области от живота се подчиняват на юрисдикцията на медицината” (Sokolowska 1980; 1986: 224). Последиците от това са определянето на социалните проблеми с категориите на медицината и разглеждането на лечението като подходящ метод за действие. Тази експанзия се разпростира особено върху девиантното поведение.

Интерес предизвиква дефиницията на понятието „медикализация” на руския философ В. Лехциер, защото тя въвежда нов дискурс в тази проблематика. Според него медикализацията е „процес, в резултат на който човешкият живот започва да се разглежда предимно като проблем на съотношението болест и здраве, *човекът започва да гледа на себе си като на пациент* (к.м.-Б.И.), а човешкото тяло от раждането та чак до смъртта се превръща в обект на внимателен медицински контрол и регулиране”. Днес на медикализация са подложени ежедневието, детството, сексуалността, женското тяло, смъртта, нормите, страданието и т.н., с други думи медикализацията е „процес на патологизация на обществото, на *производство на пациентско самосъзнание* (к.м.-Б.И.)”. (Лехциер 2009: 22-23) Всъщност самата идентичност и личност на пациента е продукт на медикализация на страданието и това е вградено още от Толкът Парсънз в понятието „роля на болния” (Parsons 1951) – роля, която предполага и изисква от човека абсолютно самоотдаване на грижите (наблюдението) на лекаря и „институционалните структури на медицината”. Така се е формирал съвременния човек, тотално зависим от медицинското знание (Лехциер 2009: 22-23), от невидимия диктат на медицинската институция. Достатъчно е само да се погледнат множеството правила и стандарти за медицински практики, за да се открие тази зависимост, легитимирана в и чрез правните норми. Така днес сме изправени пред ситуация, в която – в резултат на приемането на някакво поведение като „болест” и съответно дефинирането на болестите като нежелано състояние, въпросът,

който възниква не е дали имаме работа със специфичен проблем, а как и кога (Vainionprää 2005). С други думи, днес медикализацията и степента на обожание на здравето поставят човека в ситуация, наречена от Майкъл Фицпатрик „тирания на здравето” (Fitzpatrick 2001). Същевременно ситуации, които налагат използването на конкретни медико-рехабилитационни практики за поддържане на добро здраве и високо качество на живот, обусловено от здравето, например при хора с болестта на Бехтерев, се маргинализират и потискат на границата на изолацията и отхвърлянето. Става дума за нормите и правилата, свързани с достъпа до и времетраенето на медицинската рехабилитация при лица с болест на Бехтерев.

И така, в процеса на медикализация могат да се отграничат няколко основни елемента: нахлуване на медицината в области, за и в които тя не е компетентна, подчиняване живота на хората на собствените си биоклинични критерии, легитимация на институцията медицина като институция за социален контрол, производство на пациентско самосъзнание, т.е. легитимация на властова доминация.

Нива или равнища на медикализация

Много изследователи са се опитвали да анализират причините, довели до възможността да възникне и да се развие медикализацията. Обяснението е търсено например във влиянието на множество социални фактори, които са поощрявали или провокирали медикализацията: например след Ренесанса в Европа религията постепенно започва да губи своите позиции – процес на секуларизация. Секуларизацията, в нейното социологическо разбиране, както е известно, е процес на намаляване на ролята на религията в съзнанието на хората и живота на обществото, своеобразен преход от общество, регулирано предимно от религиозните традиции към светско обществено устройство на основата на рационалните норми; силната вяра в религията, в Бога, е изместена от вярата в науката, рационалността и прогресът.

Нараства увереността и доверието във възможностите на експертите. Същевременно протичат процеси на обща

хуманитаризация в западните общества. (Conrad 1992: 213). Успоредно с това нараства престижа и властта на медицинската професия – лекарят, смятан за експерт, все по-успешно започва да замества свещеника и знахаря. С развитието на науката и особено с индустриалната революция се поражда и затвърждава склоността да се използват технологични решения за проблемите (Conrad, Schneider 1980б, Conrad 1992)

При по-внимателно вглеждане обаче, се оказва, че изясняването на влиянието на тези фактори вместо да обяснява по-скоро установява социалния контекст, в който медикализацията се поражда и развива.

Така или иначе днес е ясно, че медикализацията протича на три равнища.

1. Концептуално равнище

На концептуално равнище доминантно значение има медицинската и медико-институционалната терминология. Тук тя се използва, от една страна, за определяне, класифициране и етикетирание на проблема, от друга страна се правят опити – най-често успешни, медицинските дефиниции да се превърнат във всеобщи (виж. Vainionpää 2005). Освен това определени термини, дори начин на говорене (скрита „вербална колонизация“), се използват за деперсонализация на човека, превръщайки го в пациент, в номер, в каталожна частица от медицинската институция. Точно този процес Жорж Сименон е изобразил блестящо в повестта си „Истината за Беба Донж“: „Дали са ви най-хубавата стая, номер шест... Така че за нас вие сте господин номер шест... Защото никога не назоваваме болните по име... Ето например номер три, когото изписаха вчера, лежа тук месеци наред, а името му така и не научих...”

Пример за концептуална медикализация е превръщането на определени състояния в диагнози и в обект на медицинска намеса, са: алкохолизъм, стареене, неспособност за справяне с безпорядък, нередовна менструация и др.

2. Институционално равнище

На институционално равнище организациите и/или институциите могат да възприемат медико-клиничния подход

при разглеждане на даден специфичен проблем – например назначаване на работа на лице с увреждане, в който организацията се е специализирала. И всичко това е легитимирано чрез правно-нормативни санкции. Например ако човек с ревматична болест, при когото са настъпили някакви ограничения в подвижността на тялото (видими увреждания), се яви на ТЕЛК и получи определен „процент трайно намалена работоспособност”. Получаването на този процент е възможно само и единствено на основата на медицинска терминология и критерии, релевантни в някаква степен с реалния личностно-социален проблем. Работоспособността на човека няма да зависи, според лекарската експертиза, от възрастта, пола, образованието, професионалната квалификация, условията на труд и др., а само на основата на медико-клинични критерии. И всичко това е закрепено с правни норми, задължителни за всички социални актьори в този процес.

По-нататък, веднъж издадено, експертно решение на ТЕЛК се превръща в своеобразен медицински етикет, „ключ” за отключване или заключване на достъпа до едни или други социални услуги и права. Този етикет най-често насочва човека към сферата на социалното подпомагане, но не и към професионална рехабилитация и труд. В Кодекса на труда също има норми, които легитимират властта на медицината – т.е. процеса на медикализация – като задължават работодателя и работника да се подчиняват не толкова на правилата на пазара на труда, колкото на правилата, издигнати и внедрени (пряко или косвено, видимо или невидимо, осезаемо или не) в социалния живот от медицината, най-вече в една от най-важните негови сфери – трудът.

3. Интеракционно равнище

На интеракционно равнище медикализацията е част от интеракциите лекар – пациент. Това се случва, когато лекарят дефинира проблема като медицински, в процеса на което той реализира – съзнателно или не – властова доминация спрямо пациента, както и/или когато в контекста на тези интеракции се вгради т.нар. „култура на безразличието”. Медикализацията на това равнище може да се осъществи и при разглеждане от страна на лекаря на някакъв социален проблем на пациента с

медицинска трактовка или изцяло позовавайки се на медико-клинични критери.

Пример в това отношение може да бъде отново експертизата на трайната неработоспособност. По принцип работоспособността би трябвало винаги да се определя спрямо определена професия, конкретни условия на труд и конкретно работно място. Тогава работоспособността може да се приеме като функция на такива индивидуални характеристики, като възраст, образование, квалификация, професионален опит, функционални възможности на човека (респ. функционален дефицит). Позоваването само на функционалните възможности на човека, дефинирани с медико-клинични критерии и заличаването на останлите характеристики, превръща експертизата на трайната работоспособност в механизъм за медикализация на живота на човека с увреждане, дискриминира го и може да доведе до социално изключване от редица социални сфери на живота.

Самата терминология (медикализация на концептуално равнище) на медицинската експертиза на работоспособността – „процент трайно намалена работоспособност” представлява етикет, дори стигма за човека с увреждане и предполага използването на количествени критерии и твърде разтегливи и неподдаващи се докрай на измерване критерии и норми, дефинирани от медицината като социална институция (медикализация на институционално равнище). Загърбването на основни и социално значими предпоставки – (а) човек не е неработоспособен по принцип, а спрямо определен вид труд и работно място; (б) няма човек, който да е загубил изцяло способността си за някакъв вид труд; (в) (не)работоспособността на индивида зависи не толкова или поне не на първо място от неговите функционални възможности, а от реално създадените и съществуващи възможности в обществото хора с различни възможности и способности да се трудят – оказва съществено негативно влияние върху интеракциите между хората с и без увреждания (медикализация на интеракционно равнище).

От посочените примери се вижда, че медикализацията протича едновременно и на трите равнища. Това дава възможност все нови и нови сфери от живота на хората да се „подчиняват” на

медицината – например взаимоотношенията между пияния съпруг и уморената съпруга или, което е още по-ярък пример, страхът от безработица (или състоянието на реална безработица) и безсънието: лекарят предписва таблетки за сън и игнорира тотално социалната ситуация.

Вече бе отбелязано, че днес на медикализация са подложени множество състояния: раждане, смърт, безумие, алкохолизъм и склонност към употреба на наркотици, тютюнопушене, хомосексуализъм (Vainionpää 2005), жестоко отношение към децата и семейно насилие (Conrad, Schneider 1992: 280–286), натрапчив стремеж към пазаруване (Lee, Mysyk 2004), откриване на диагнозата „Дефицит във вниманието / Хиперактивен безпорядък” (ADHD), използване на препаратите Ritalin от ученици, за да се контролира ADHD на децата (Singh 2004), майчинство (Сасункевич 2009) и много други.

Независимо от това как се гледа на медикализацията, днес се смята, че без нея – в дефиниционен смисъл, медицинският социален контрол или медицината като институт за социален контрол, може и губи до голяма степен своята легитимност и е доста по-трудно да бъде постигнат.

Медицината като институт за социален контрол

Под социален контрол на медицината се разбира най-общо пътя, по който медицината като социална институция осигурява привързаността към или спазването на доминиращите в дадено общество социални норми, като в този процес се използват предимно медицински средства с цел да се минимизира, отстрани или нормализира някакво ненормативното поведение. Според Конрад и Шнайдер понятието „медицински социален контрол” имплицитно съдържа в себе си възприемането на медицинската перспектива като доминираща при определянето на даден феномен (Conrad, Schneider 1980a: 242). Според двамата изследователи за медицината, като институт за социален контрол може да се говори в случаите, когато:

- медицинските аспекти на даден проблем и техните решения заемат господстващо, доминиращо положение, т.е. намаляват

или заличават всички други възможни начини за разбирането и/или решаването на този проблем;

- е налице професионална лекарска намеса, чрез медицинско лечение, в социални проблеми, които не са присъщи като обект и предмет на интервенция на медицинските научни дисциплини;

- целта на тези интервенции е завръщането на „болните”, на „пациентите” към изпълнението на присъщите за тяхната житейска и социална ситуация социални роли, или активиране и подпомагане на процеса на адаптация към изпълнението на нови роли, или правейки техните състояния по-удобни (Conrad, Schneider 1980a: 242).

Социалният контрол на медицината се реализира от медицинската професия – т.е. от лекарите, чийто действия са легитимирани от обществото и се подпомага от различни форми и средства на медицинските технологии. Съвременната фармация също подкрепя и съдейства за осъществяването на този контрол. Трябва да се има предвид, че развитието на техниките и политиките на медицинския социален контрол е възможно да предхожда медикализацията на даден проблем. В отделни случаи медикализацията на даден проблем може да предшества медицинския социален контрол. (Conrad 1992)

Според Конрад и Шнайдер съществуват четири форми на медицински социален контрол.

- ✓ **медицинска технология** (включително фармация) – особено подходящ пример за подобен род социален контрол, е политиката за достъп на хората с ревматични заболявания до т.нар. „биологични лекарства” (имуносупресори);
- ✓ **медицинско сътрудничество** – става дума за сътрудничество между лекарите като единствени доставчици на информация за здравето, като те често влизат в ролята на „gate keeper”, т.е. „вратар”, които решават какво и колко информация да бъде предоставена
- ✓ **медицинска идеология** – пътят, по който се налага т.нар. биомеханичен модел в съвременната медицина. Това, според изследователите най-често се прави поради

натрупаните социални и идеологически ползи. Крайните форми на медикализация, конструирани от медицинската идеология, са свързани с развитието на споменатото вече пациентско самосъзнание, когато в мислите на човека започва да доминират усещанията и емоциите, породени от болестта на даден орган. Човекът започва да се възприема *предимно* като човек с болно сърце, болни бъбреци, болен черен дроб... и т.н. И накрая

- ✓ **медицинско наблюдение** – една от най-ефективните медико-социални технологии за реализация на медицинския социален контрол.

Критиката и критичното отношение към медикализацията и социалния контрол на медицината съвсем не трябва да се възприема като тотално отричане на медицината и заклеймяване на лекарите и техния труд. По-скоро трябва да се разглежда като част от процесите на демедикализация на живота – процес, в който активни участници са много лекари.

Реалните позиции на медикализацията в съвременните общества

Интересно е, че тези силни, остри критики срещу медикализацията, които – по думите на Д. Михел (2009) „макар и да предизвикали огромна вълна от подражание” все пак не са успели да заемат господстващи позиции. Малко по-късно става ясно, че самата медикализация – както всяко друго социално явление и процес, е породила и своята противоположна тенденция: демедикализацията.

Това, което днес е изключително важно да се разбере и да се осъзнае както от лекарите, така и от хората с различни заболявания, е че съвременното общество е изцяло пропито със съзнанието за ценността на здравето и живот без болести, т.е. от „тирания на здравето”. Успоредно с това днешното общество е „общество на ремисията” (Frank 1997), което означава, че „съвременното общество от гл.т. на еволюцията на патологията е достигнало до такова състояние, при което благодарение на прогреса на медицината границите между болестта и здравето фактически са разрушени, така че обичайната дихотомична

формулировка на здравето като норма и болестта като отклонение от нормата са поставени под въпрос” (Лехциер 2010: 189).

При такъв общ социален фон и социален контекст никак не изненадва факта, че много от функциите на социалния контрол върху живота и здравето в края на ХХ век са били иззети от медиците и са попаднали в ръцете на политиците, журналистите и компаниите, произвеждащи спортни стоки, средства за лична хигиена и други стоки за здравето (Burnham 2005: 6–9³).

Медикализацията е една от основните теми на съвременните изследвания в сферата на медицината. Но въпреки радикалните позиции на Мишел Фуко и Айвън Илич в тази посока, все пак тя постепенно отстъпва на заден план. Големият проблем днес е не толкова, или не само въпросът за установяването на медицинския контрол, колкото изучаването на медицината като част от една далеч по-широка социална система. Днес е ясно, че медицината няма този всеобхватен контрол над обществото, който е мислен при изследването на процесите на медикализацията. По-важно е да се изследва медикализацията и медицинския контрол като социални технологии и политики за създаване на пациентско самосъзнание, а отгук и подчиняването на хората-пациенти на властта на политиците и фармацевтичните корпорации, както и целенасоченото поддържане и задълбочаване на социалните неравенства, свързани със здравеопазването.

Заключителни бележки

Проблемът с медикализацията и социалния контрол на медицината в България е актуален, макар и да е тотално загърбен от социалните науки.

Здравната реформа в България беше иницирана, организирана и проведена от лекарското съсловие в името на това съсловие. Това породило най-малко два проблема: (а) защитата на интересите на лекарското съсловие е нормативно закрепена и (б) от здравната реформа бяха „изключени”

³ Цитат по: Михель 2009: 304.

основните потребители на здравни услуги – пациентите. „По закон здравните заведения са търговски дружества, а лекарите – еднолични търговци” (Тонева 2009: 308-309). С други думи, медикализацията на живота и социалния контрол на медицината се промениха и бяха прикрити зад пазарни механизми, което задълбочи негативните последици от тези явления. Всички тези процеси – с малки изключения (Тонева 2009: 308-309) – останаха почти незабелязани от социалните науки.

Всъщност медикализацията – независимо от нейните форми на проявление, както и медицината като институция на социален контрол, са процеси и явления в съвременното общество на ремисията, които превръщат въпроса за ролята на пациента в принципиен въпрос.

Още Фуко, в своята работа „Раждане на клиниката” (1994б) обръща внимание върху това, че съвременната медицина е загубила своята способност да слуша пациента, като вместо това е изработила методи за „обективно” наблюдение върху протичането на хода на болестта в неговото тяло. Според Фуко, говорещия пациент е заменен с безмълвно тяло, с труп, а самата медицина от „слушаща” се превърнала в „наблюдаваща” (Фуко 1994б: 154–224; виж също Михель 2009: 305-306).

В „обществото на ремисията”, за което говори А. Франк, болният като субект също трудно се открива, независимо, че той е един от основните социални актьори в процеса на здравеопазването, обектът и субектът в името на който и заради който съществува (или би трябвало да съществува) медицината. Така възниква необходимостта от „завръщане на пациента” – не само в социалните науки, но и най-вече в самата медицината, необходимостта от продължаване и задълбочаване на процесите на демедикализация и хуманизация на медицината.

Една от важните и много интересни социални технологии за демедикализация и намаляване силата на социалния контрол на медицината, както и за провеждане на различни философски, социологически, антропологически и др. изследвания, е т.нар. наративна медицина (Лехциер 2012). Защото именно наративът е универсалния начин за представяне и придаване на смисъл на

личния опит, а от тук и за ограничаване на медикализацията и социалния контрол на медицината. Днес все по-често се говори за „наративно бъдеще на медицината”, за наративно здравеопазване (Narrative Health Care). „Наративната медицина е призвана да бъде съществено корегиращо допълнение към биомедицината, към всякакви обективистки, безлични, стандартизирани формати на взаимодействие на пациента с медицинските институции”, казва В. Лехциер (2012: 8), следователно може да се очаква, че тя ще бъде и сериозен коректив на медикализацията на живота и социалния контрол на медицината.

Литература

Лехциер, В. А. (2012) *Общество ремисии: на пути к нарративной медицине*. Сб. науч. тр. под общ. Ред. В. А. Лехциер. Издательство „Самарский университет”, Самара.

Лехциер, В. (2010) Феноменологические основания медицинской антропологии. В: *Логос*, № 5 (78), сс. 183-195.

Лехциер, В. А. (2009) Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию. В: *Социологический журнал*. № 4, сс. 22-40

Михель, Д. В. (2009) Социальная история медицины: становление и проблематика. В: *Журнал исследований социальной политики*. Том 7, № 3, сс. 295-312.

Сасункевич, О. М. (2009) Медикализация дискурса о материнстве в белорусских медиа. В: *Журнал исследований социальной политики*. Том 7, № 3, сс. 405-418.

Сименон, Ж. (1989) Истината за Беба Донж. Лея Жана. Издателство „Народна култура, София, с. 29

Фуко, М. (2006) Рождение социальной медицины. В: М. Фуко. *Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью*. Ч. 3. Праксис, М., сс. 79–107.

Фуко, М. (1993) *История на сексуалността. Том 1. Волята за знание*. Издателство „ЕА”, Плевен.

Фуко, М. (1996) *История на Лудостта в класическата епоха*. Издателство „ЕА”, Плевен.

- Фуко, М. (1994а) *История на сексуалността. Том 2. Употребата на удоволствията*. Издателство „ЕА“, Плевен.
- Фуко, М. (1994б) *Раждане на клиниката*, УИ „Св. Климент Охридски“, София.
- Хоруженко, К. М. (1997) *Культурология: энциклопедический словарь*. Ростов-на-Дону
- Barsky, A. J., J. F. Borus (1995). Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. In: *Journal of the American Medical Association*, 274L, 1931-34.
- Burnham, J. C. (2005) *What is Medical History?* Cambridge: Polity Press.
- Conrad, P. (1992) Medicalization and Social Control. In: *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, p. 209–232
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980a) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Expanded edition. Temple University Press. Philadelphia
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph, W. (1980b) Looking at Levels of Medicalization: a Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism. In: *Social Science and Medicine* 14A, 75–79.
- Conrad, P., V. Leiter (2004) Medicalization, Marcets and Consumers. In: *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.45 (Extra Issue), p.158-176.
- Fitzpatrick, M. (2001) *The Tyranny of Health. Doctors and the regulation of lifestyle*. Routledge. London and New York.
- Frank, A. (1997) *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*. University Of Chicago Press, Chicago.
- Illich, I. (1976) *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon Books, N.Y.
- Lee, S. & Mysyk, A. (2004) The Medicalisation of Compulsive Buying. *Social Science & Medicine*. Vol. 58, 1709– 718
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press
- Patrick, D. L., G. Scambler (eds) (1982) Medicine and social control. In: *Sociology as applied to medicine* (eds. D.L. Patrick and G. Scambler). Bailliere Tindall, London.
- Riska, E. (2003). Gendering the medicalization thesis. In: *Advanced in Gender Research*, Vol. 7, pp. 59-87.
- Sinding, C. (2004) The Power of Norms: Georges Canguillem, Michel Foucault, and the History of Medicine. In: F. Huisman, J. H. Warner (eds). *Locating Medical History*. The Johns Hopkins University Press pp. 262–284
- Singh, I.(2004) Doing Their jobs: Mothering with Ritalin in a Culture of Mother-blame. *Social Science & Medicine*. Vol.59, 1193–1205

Sokolowska, M. (1980) Problem medikalizacji społeczeństwa. W: *Granice medycyny*. Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa.

Sokolowska, M. (1986) *Socjologia Medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa

Vainionpää, K. (2005) *The questions of medicalisation, prioritisation and ageing society in Finnish health care system*. <www.ulapland.fi>

Zola, I. K. (1972) Medicine as an institution of social control. In: *Sociological Review*. Vol. 20, 487–504