

# Triada choroba, poczucie dyskomfortu i chorowanie i jej współczesna interpretacja

## Triad of disease, illness and sickness and its contemporary interpretation

JAN DOMARADZKI

Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Celem tekstu jest współczesna interpretacja zaproponowanej przez Andrew Twaddle'a triady pojęć choroba-poczucie dyskomfortu-chorowanie oraz ukazanie jej aktualności dla współczesnej debaty nad naturą fenomenu choroby. Główna teza pracy głosi, że pojęcia te nie mają charakteru statycznego, lecz wzajemnie na siebie wpływają, co sprawia, że rzeczywista granica między nimi jest nieostra. Akcentuję zarazem, że wbrew tendencji do redukcji fenomenu choroby do sfery biologicznej – o uznaniu danego zjawiska za chorobę decyduje także subiektywna definicja jednostki i czynniki społeczne. Choroba jest więc szczególnym procesem negocjacyjnym, w którym uczestniczą pacjent, lekarz i instytucje społeczne. Wszystkie trzy kategorie z triady nie są zaś systemami zamkniętymi, lecz wzajemnie się konstytuującymi.

**Słowa kluczowe:** Andrew Twaddle, choroba, poczucie dyskomfortu, chorowanie

The aim of the paper is to present Andrew Tweddle's triad of disease, illness and sickness and to show its relevance for the current debate on the nature of disease. It argues that neither of those terms is static but instead they influence one another. Consequently, the distinction between them becomes blurred. Furthermore the paper claims that in contrast to modern biomedicine that tends to define disease in biological terms, its social existence also depends on subjective experience of illness and social factors as well. Thus, disease is a unique process of negotiations in which the patient, physicians and various social institutions interact. Consequently, all three categories are not closed systems but are constituted by one another.

**Key words:** Andrew Twaddle, disease, illness, sickness.

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 197-201

www.h-ph.pl

Nadestano: 15.01.2014

Zakwalifikowano do druku: 13.03.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Jan Domaradzki

Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań

telefax +48-61 8546 911, e-mail: jandomar@ump.edu.pl

### Wprowadzenie

Wszelka refleksja nad zdrowiem i chorobą powinna uwzględniać fakt, że obie kategorie są szeroko rozumiane i rozmaicie definiowane [1]. Oba fenomeny mogą być bowiem przedmiotem refleksji przynajmniej trzech nauk: medycyny, psychologii i socjologii, co podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która definiując zdrowie jako: „stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu” wskazuje na trzy wymiary zdrowia: biomedyczny, fenomenologiczny (psychologiczny) i socjokulturowy (behawioralny), którymi zajmują się wymienione nauki. Wymiarom tym odpowiadają zresztą obecne w języku angielskim trzy pojęcia: choroba (*disease*), schorzenie, poczucie dyskomfortu (*illness*) i chorowanie (*sickness*) [2-6]. Jednocześnie wyrażają one perspektywę profesjonalną (medyczną), laika (pacjenta) oraz społeczną. Stąd celem tekstu jest współ-

czesna interpretacja zaproponowanej przez Andrew Twaddle'a triady pojęć choroba-poczucie dyskomfortu-chorowanie [2, 3] oraz ukazanie jej aktualności dla współczesnej debaty nad naturą fenomenu choroby.

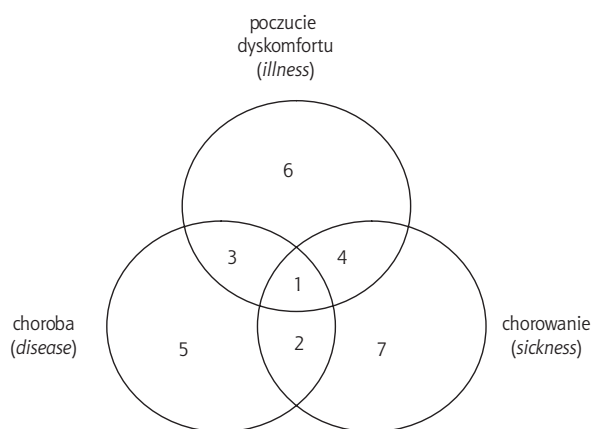
Triada ta pojawiła się w medycynie teoretycznej w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku, między innymi za sprawą prac Talcotta Parsonsa [7] oraz późniejszych rozważań Andrew Tweddle'a [2, 3]. I choć od tamtych czasów koncepcja ta była wielokrotnie krytykowana i zmieniana, to na stałe ugruntowała się w medycynie, antropologii i socjologii medycznej oraz filozofii medycyny. Została ona wprowadzona, by oddać rozróżnienie między klinicznym i subiektywnym wymiarem ludzkiego cierpienia oraz by opisać wielowymiarowy wymiar fenomenu choroby. Bo choć w potocznym języku angielskim rozróżnienie między pojęciami „*disease*” (choroba), „*illness*” (poczucie dyskomfortu) i „*sickness*” (chorowanie)

funkcjonowało od dawna to, dopiero Marshall Marinker w pracy „*Why make people patients?*” [8] nadał im precyzyjne znaczenie. I tak „choroba” (*disease*) to stan patologiczny organizmu, najczęściej o charakterze anatomicznym lub fizjologicznym, który podlega empirycznej obserwacji i weryfikacji. Jako dewiacja od biologicznej normy choroba ma charakter obiektywny: można ją zobaczyć, zmierzyć i badać [8]. Również Tweddle [2, 3] podkreśla, że ontologicznie status choroby konstituuje patologia organizmu, która jest niezależna od subiektywnych doświadczeń jednostki oraz społecznych definicji. Stąd poznawczo jest ona mierzalna za pomoc obiektywnych kryteriów. Jako przedmiot działań personelu medycznego choroba jest oparta na faktach i sama jest faktem [4].

„Schorzenie” czy też „poczucie dyskomfortu” (*illness*) [5] to subiektywne poczucie bycia niezdrowym, które obniża zdolność funkcjonowania chorego. Zdaniem Tweddle’a obejmuje ono subiektywne stany bólu i słabości oraz poczucie nieadekwatności własnego ciała [2-4]. Ontologicznie jest ono subiektywnym doświadczeniem dyskomfortu fizycznego lub psychicznego, a na poziomie epistemologicznym jest poznawane przez samą jednostkę, a pośrednio (poprzez wywiad) i personel medyczny. Jako stan subiektywny i osobisty nie wymaga ono diagnozy medycznej, choć może być nią legitymizowane. Sam Marinker [8] podkreślał zresztą, że poczucie dyskomfortu nie wymaga obecności choroby, choć może jej towarzyszyć. Jest ono bowiem doświadczeniem prywatnym, skrytym przed publiką i lekarzem, choć może być doświadczane wspólnie na zasadzie empatii [9]. Stąd zresztą napięcie między pacjentem a lekarzem, który może kwestionować zasadność roszczeń pacjenta, gdy te nie przekładają się na kliniczny obraz choroby. By zyskać status publiczny poczucie dyskomfortu wymaga więc od jednostki zaangażowania. Zaczyna bowiem istnieć realnie dopiero, gdy wychodzi poza intymne doświadczenie jednostki w sferę intersubiektywności i publicznej komunikacji [4]. Problemem może być tu jednak dopasowanie indywidualnego przypadku do mających charakter idealnotypiczny konstrukcji diagnostycznych. Wszak różne kategorie społeczne doświadczają chorób w różny sposób, przez co poczucie dyskomfortu nie da się, w przeciwieństwie do choroby, sprowadzić do wspólnego mianownika.

Wreszcie „chorowanie” (*sickness*) wiąże się z przyjęciem pewnej roli społecznej, która bazuje na przekonaniu, że społeczeństwo winno pomóc chorej osobie, a w tym celu zwalnia ją z pełnionych ról, zadań i obowiązków. „Chorowanie” jest więc zewnętrznym wobec jednostki, publicznym wymiarem choroby. To status nadany jej przez otoczenie, które rozpoznaje osobę jako chorą i nadaje jej taką rolę [8]. Zdaniem Tweddle’a to „społeczna tożsamość” [2, 4]. Onto-

logia schorzenia lokuje się więc w społeczeństwie, a epistemologicznie jest ono dostępne poprzez pomiar poziomu sprawności w odniesieniu do oczekiwań społecznych. Tym, co je legitymizuje nie jest więc definicja lekarza czy osobiste doświadczenie jednostki, lecz nadanie jej takiego statusu przez odpowiednie instytucje społeczne, np. ubezpieczyciela lub zakład pracy, które zwolnią jednostkę z pełnionych ról społecznych i nadadzą status chorego [2, 3, 7]. Najistotniejszym jest przy tym to, że pojęcia z triady choć mogą występować w izolacji to mogą również być od siebie współzależne. Wzajemne powiązania w obrębie triady choroba, poczucie dyskomfortu i chorowanie według schematu Tweddle’a przedstawia rycina 1.



Ryc. 1. Wzajemne powiązania w obrębie triady choroba, poczucie dyskomfortu i chorowanie – wg schematu A. Tweddle’a

Fig.1 Interrelations within the triad of disease, illness and sickness – by A. Tweedle’s diagram

Zdaniem Bjørna Hofmanna [4] paradygmatem współczesnej medycyny jest przy tym sytuacja, gdy jednostka czuje się chora (*illness*), lekarze są w stanie zdiagnozować chorobę (*disease*), a społeczeństwo nadaje jednostce rolę chorego (*sickness*) (obszar 1). Problemem są jednak sytuacje, gdy dane zjawisko chorobowe przynależy tylko do dwóch lub jednego z elementów triady. Zjawisku rozpoznawanemu przez lekarzy jako choroba (*disease*) może bowiem przynależać status choroby (*sickness*), gdy jednocześnie nie towarzyszy im subiektywne doświadczenie dyskomfortu przez pacjenta (*illness*) (obszar 2). Przykładem mogą być osoby niepełnosprawne lub tzw. „asymptomatyczni chorzy” – a więc takie, które choć zdiagnozowane na obecność choroby nowotworowej lub choroby Huntingtona, czemu przynależy zwolnienie, a czasem nawet renta, nie czują się chore. Podobnie dzieje się coraz częściej w przypadku niepełnosprawności, gdzie mimo fizycznej niesprawności oraz wynikającej zeń roli społecznej osoby z dysfunkcją kontestują biomedyczną definicję niepełnosprawności jako „kalectwa” i definiują ją jako odmienny stan, a nawet „specyficzna kultura”. Przykładem są osoby głuchonieme oraz

karłowate, które twierdzą, że nie czują się „chore” czy „upośledzone”, a swą „dysfunkcję” konstruują jako „podstawę tożsamości”, „unikalną formę komunikacji” i „doświadczenia świata”. Co więcej, traktując te stany jako całkowicie normalne i „zdrowe” pragną, by ich dzieci były do nich podobne [10, 11].

Równie często mogą się zdarzyć przypadki, gdy jednostka z rozpoznaną chorobą (*disease*) czuje się chora (*illness*), lecz społeczeństwo nie uznaje jej za chorą (*sickness*) (obszar 3). Przykładem może tu być katar, starzenie się, uczucie suchości w ustach (kserostomia), czy choroba morska.

Jednostka może wreszcie uzyskać wsparcie społeczne i status chorego (*sickness*) dla swojego poczucia dyskomfortu (*illness*) pomimo braku rozpoznania przez lekarzy patologii organicznej (*disease*) (obszar 4). Przykładem może być fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia czy zaburzenia w nauce typu dysleksja, dysgrafia, dysortografia czy dyskalkulia. Jeszcze innym przykładem jest cięża oraz starzenie, które choć są źródłem dyskomfortu i stanowią podstawę do zwolnienia z pełnienia ról społecznych i uzyskania zasiłku zdrowotnego, to nie są definiowane w kategoriach choroby.

Inną grupą zjawisk problematycznych są te, które spełniają tylko jedno z kryteriów triady. Asymptomatyczne przypadki hiperglikemii czy nadciśnienia są przykładami sytuacji, gdy definicji medycznej choroby (*disease*) nie towarzyszy ani subiektywne doświadczenie dyskomfortu pacjenta (*illness*) ani społeczna tożsamość (*sickness*) (obszar 5). Z drugiej strony możliwe są przypadki, gdy jednostka czuje się chora (*illness*), ale to doświadczenie koresponduje z brakiem patologii organicznej (*disease*) oraz rolą chorego (*sickness*) (obszar 6). Przykładem może tu być hipochondria, uczucie melancholii czy niepokoju. Ostatnią grupą zjawisk są te przypadki, gdy społecznej definicji choroby (*sickness*) nie towarzyszy ani rozpoznanie medyczne (*disease*) ani poczucie dyskomfortu (*illness*) (obszar 7). Odnaleźć tu można takie historyczne przypadki jak: masturbacja, homoseksualizm, czy psychiatryczne diagnozy u dysydentów politycznych i czarnoskórych niewolników oraz zachowania aspołeczne, np. przestępczość.

Bjørn Hofmann wskazuje przy tym, na szereg konsekwencji epistemologicznych i normatywnych, które wyłaniają się ze wskazanych, „problematycznych” obszarów schematu Tweddle’a [4]. Najwięcej problemów dostarczają zjawiska przynależące do obszarów 5, 6 i 7, a więc takie, które spełniają tylko jedno kryterium. Dla przykładu, choroba (*disease*), której nie towarzyszy poczucie dyskomfortu (*illness*) oraz status chorego (*sickness*) (obszar 5) rodzi pytanie o to, czy u osoby asymptomatycznej w ogóle rozwiną się objawy, a jeśli tak, to czy w ogóle ich dożyje? To

zaś rodzi pytanie, czy takim jednostkom przynależy status chorego oraz związane z tym przywileje? Czy więc dla przykładu powinno się leczyć otyłość u osób którym ona nie przeszkadza i czy należy leczyć anemię sierpowatą na terenach objętych malarią? Innym przykładem mogą być nosiciele genu hpp, odpowiedzialnego za chorobę Huntingtona, którzy znajdują się w fazie bezobjawowej. Podobnie w sytuacji, gdy poczuciu choroby (*illness*) nie towarzyszy diagnoza medyczna (*disease*) oraz tożsamość społeczna chorego (*sickness*) (obszar 6). Zjawisko to oddaje fenomen tzw. chorób kontestowanych (*contested illness*) [12-14] typu alkoholizm, PTSD, ADHD czy zespół przewlekłego zmęczenia. Przypadki te pokazują, że niejednokrotnie jednostki doświadczające poczucia dyskomfortu muszą aktywnie walczyć o społeczne uznanie. Jednocześnie stanowią one dla medycyny wyzwanie, by poznać i odkryć biologiczne źródła dyskomfortu. Na poziomie normatywnym z kolei generują pytania o zakres interwencji medycznych i medykalizację społeczeństwa. Problematyczną jest wreszcie sytuacja, gdy społecznemu rozpoznaniu choroby (*sickness*) nie towarzyszy ani znana patologia (*disease*) ani uczucie choroby (*illness*), jak było kiedyś w przypadku schizofrenii bezobjawowej, drapetomanii czy homoseksualizmu, a dziś pedofilii.

Niemniej problematyczne mogą być również te przypadki, którym spośród trzech komponentów triady zjawisku przynależą dwa. Wsparta poczuciem dyskomfortu (*illness*) choroba (*disease*) pozbawiona społecznej legitymizacji (*sickness*) (obszar 3), typu krótkowzroczność, niepłodność, zespół stresu pourazowego czy zespół nadpobudliwości ruchowej z brakiem koncentracji mogą generować żądania i presję ze strony lekarzy i pacjentów wobec państwa do ich rozpoznania, refundacji kosztów leczenia oraz przyznania specjalnych rent i przywilejów. To zaś stwarza problem poznawczy, by znaleźć odpowiedni środek terapii, np. stymulantów farmakologicznych typu Concerta czy Ritalin w leczeniu ADHD, czy leków typu SSRI stosowanych przy stanach lękowych i depresyjnych towarzyszących PTSD czy zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*. Na poziomie normatywnym problemem jest zaś kwestia ich refundacji i racjonalizacji środków medycznych. Z kolei w sytuacji, gdy sankcjonowanemu społecznie (*sickness*) poczuciu dyskomfortu (*illness*) nie towarzyszy znana patologia (*disease*) (obszar 4) mamy do czynienia z presją kierowaną na lekarzy, by uznać dane zjawisko za chorobę i odkryć jego etiologię, jak miało to miejsce w przypadku alkoholizmu, fibromialgii, zespół przewlekłego zmęczenia oraz uzależnieniu od Internetu. Innym problemem jest zaś opracowanie skutecznej terapii oraz ich refundacji. Ostatnim przypadkiem jest zjawisko patologii (*disease*), któremu społeczeństwo

nadaje rangę choroby (*sickness*), ale której sama jednostka nie doświadcza lub nie definiuje w kategoriach choroby (*illness*) (obszar 2). Przykłady licznych testów genetycznych i badań profilaktycznych stwarzają zarówno problem dotyczący rozwoju prognozowanej choroby lub jej ryzyka, jak i problem przekazywania tej wiedzy pacjentom, którzy mogą jej nigdy nie doświadczyć. Odrębną kwestią jest również to, czy powinno się „leczyć” osoby asymptomatyczne np. przez profilaktyczną (obustronną) mastektomię u kobiet z rodzinną historią nowotworu piersi lub nosicielek genu BRCA1 i BRCA2. Oprócz kwestii ekonomicznych we wszystkich tych przypadkach pojawiają się także kwestie praw pacjenta, autonomii, paternalizmu i medykalizacji [4].

Wszystkie wskazane przypadki wskazują, że w równej mierze, co od „faktów” biologicznych zjawisko choroby zależy także od czynników społecznych, kulturowych, ekonomicznych i politycznych [1]. Inaczej rzecz ujmując, można powiedzieć, że choroba jest nie tylko stanem, ale także procesem negocjacyjnym, w którego konstrukcji uczestniczą pacjent, lekarz i instytucje społeczne [15]. Phil Brown [16] twierdzi wręcz, że definiowanie choroby przypomina działania wojenne (*turf wars*), gdzie reprezentujące odmienne interesy jednostki i grupy społeczne walczą o uznanie ich roszczeń jako prawomocnych. O ile bowiem w przypadku samego poczucia dyskomfortu (*illness*) pacjent musi podjąć aktywny wysiłek by przekonać zarówno lekarzy, jak i społeczeństwo o realności swoich objawów, tak w przypadku rozpoznania medycznego (*disease*) to lekarze muszą przekonać o zasadności swych twierdzeń instytucje państwa i samych pacjentów, którzy niejednokrotnie odmawiają przyjęcia tożsamości i roli chorego (*sickness*), jak w przypadku deficytu estrogenu i progesteronu (menopauzy) czy androgenów (andropauza) oraz impotencji. Zdarzają się jednak również przypadki, gdzie to społeczeństwo musi przekonać jednostki i medycynę o istotności danego zjawiska.

Należy więc podkreślić, że pojęcia z triady nie mają charakteru statycznego, lecz wzajemnie na siebie wpływają, co sprawia, że rzeczywista granica między nimi jest nieostra [4, 17]. Bo, choć dla przykładu niepłodność nie wiąże się z nadaniem jednostce roli chorego, to jednak bywa podstawą do wparcia ekonomicznego przy refundacji „leczenia”, co jest spowodowane tym, że w wielu państwach traktuje się ją jako chorobę. Podobnie, doświadczenie choroby jest w dużej mierze warunkowane profesjonalną wiedzą i medyczną koncepcją choroby, gdy język medyczny służy jednostkom do mówienia o swoim dyskomforcie i formułowania laickiej teorii etiologii choroby, jak miało to miejsce w przypadku alkoholizmu, stresu pourazowego, depresji, łysienia czy problemów z erekcją.

Co więcej, to koncepcja laików dotycząca choroby, staje się niejednokrotnie katalizatorem badań medycznych zmierzających do ukonstytuowania poczucia dyskomfortu jako zjawiska o podłożu organicznym, a więc jako choroby, co ukazują przypadki ADHD czy menopauzy lub mogą przyczynić się do nadania im społecznego statusu chorego, jak problemy z nauką czy uzależnienie od Internetu. Wreszcie, to społeczna definicja zjawiska jako choroby, może determinować zarówno subiektywne odczuwanie poczucia dyskomfortu, jak i poszukiwanie jego biologicznych źródeł, jak w przypadku otyłości czy fibromyalgii.

I choć sam Marinker twierdził, że dla medycyny kluczowym konceptem jest wymiar biologiczny choroby, to Niebrój [18] skłania się ku twierdzeniu, że najistotniejszy jest subiektywny wymiar. To poczucie dyskomfortu sprawia bowiem, że jednostki poszukują (lub nie) fachowej pomocy medycznej i formalnej diagnozy, która usankcjonuje ich status jako chorych [12, 14]. Jak się jednak wydaje poczucie dyskomfortu jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym, by rozpoznać proces choroby. Marinker [8] podkreślał zresztą, że w ostatecznym rozrachunku diagnoza medyczna jest swoistym kontraktem, wynikiem procesu negocjacyjnego między lekarzem i pacjentem, który jest nadto zapośredniczony przez towarzyszące im relacje społeczne [14, 15, 19]. Chaotyczna, subiektywna i nieprofesjonalna wiedza pacjenta zostaje bowiem przefiltrowana przez system wiedzy formalnej, światopogląd i normy społeczne reprezentowane przez lekarza, który nadaje im ostateczny kształt w formie diagnozy, którą oferuje pacjentowi. Podobnie twierdzi Hofmann [4] i Ellen Idler [20], gdy podkreślają, że doświadczenie choroby jest kluczowe, gdyż bardziej akceptowanym społecznie jest leczenie takich stanów, które uznaje lub zgłasza sama jednostka nawet gdy brak o nich adekwatnej wiedzy medycznej lub społecznego rozpoznania. Tam zaś, gdzie brakuje wiedzy lub woli pacjenta powstaje problem autonomii, paternalizmu i medykalizacji. Stąd, jak się wydaje adekwatna interpretacja choroby wymaga uwzględnienia perspektywy jednostki, która wpływa na to, czy uzna ona siebie za chorą i podejmie dalsze kroki związane z poszukiwaniem pomocy. W efekcie, za najbardziej problematyczne można uznać przypadki 2, 5 i 7, gdzie brakuje komponentu subiektywnego. Z drugiej jednak strony nadmierna koncentracja na wymiarze subiektywnym może prowadzić do błędnego utożsamienia zdrowia ze szczęściem [21, 22] i nadmiernej medykalizacji (*overmedicalization*). Zrównanie komponentu biologicznego (*disease*) i subiektywnego (*illness*) sprawia bowiem, że niemal każde poczucie dyskomfortu może być zdefiniowane jako problem zdrowotny, co pokazują zabiegi z zakresu chirurgii estetycznej i kosmetycznej, operacje zmiany płci czy

terapię farmakologiczną nastrojów [23]. Charles Rosenberg [24] słusznie podkreśla więc, że kategorie choroby i dyskomfortu nie są systemami zamkniętymi, lecz wzajemnie się konstytuującymi.

Rekapitulując, można się więc zgodzić z Anne-maire Jutel, która analizując socjologiczne aspekty diagnozy medycznej wskazuje, że o ile nie każdemu schorzeniu (*illness*) można, za pomocą diagnozy, nadać oficjalny status, to subiektywne narracje pacjentów stanowią warunek niezbędny uzyskania diagnozy [25]. Zadaniem lekarza jest zaś wyłącznie reinterpretacja poczucia dyskomfortu przy użyciu terminologii medycznej. Hermeneutyka medyczna służy jednak zarazem przejściu kontroli nad fenomenem choroby. Nadając chorobie status realnego bytu diagnoza medyczna pozbawia ją bowiem odniesień do narracji

pacjenta, a przynajmniej czyni tę ostatnią mało znaczącą w obliczu „faktów” medycznych [26]. W celu poznania „prawdy” lekarz może bowiem abstrahować od wiedzy i przekonań laika. Dzięki temu nie tylko zyskuje status eksperta, ale także monopolizuje wiedzę/władzę nad chorobą. Przekształcona w ten sposób przez medycynę wizja choroby może się jednak jawić pacjentowi czymś obcym. Stąd raz jeszcze wypada podkreślić ideacyjny charakter triady oraz wzajemne zależności między jej poszczególnymi elementami.

*Tekst ten powstał w ramach projektu badawczego Zdrowie jako fenomen społeczny realizowanego z grantu przyznawanego przez WNoZ UM w Poznaniu (502-14-04406512-08496).*

## Piśmiennictwo / References

- Domaradzki J. O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Publ Health* 2013, 48(4): 408-419.
- Twaddle A. Influence and illness: definition and definers of illness behavior among older males in Providence. Brown University, Rhode Island 1968.
- Twaddle A. Disease, illness and sickness revisited. [in:] *Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health*. Twaddle A, Nordenfelt L (ed). *Studies on Health and Society*, Linköping 1994, 18: 1-18.
- Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos* 2002, 27(6): 651-673.
- Sokołowska M. *Socjologia medycyny*. PWZL, Warszawa 1986.
- Chomyszyn-Gajewska M. Pojęcie stanu chorobowego oraz jego współczesna interpretacja w stomatologii. *Zdr Publ* 2004, 114(2): 256-259.
- Parsons T. *The Social System*. The Free Press of Glencoe, New York 1964.
- Marinker M. Why make people patients? *J Med Ethics* 1975, 1(2): 81-84.
- Agich GJ. Disease and value: a rejection of the value-neutrality thesis. *Theor Med* 1983, 4(1): 27-41.
- Savulescu J. Deaf lesbians, 'designer disability', and the future of medicine. *BMJ* 2002, 325(7367): 771-773.
- Tanner L. Some ponder 'designer' babies with Mom or Dad's defective genes. *USA Today* 2006, Dec. 21. [http://www.usatoday.com/tech/science/genetics/2006-12-21-designer-disability\\_x.htm](http://www.usatoday.com/tech/science/genetics/2006-12-21-designer-disability_x.htm) (06.10.2009).
- Barker K. Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: the case of contested illness. *J Health Soc Behav* 2008, 49(1): 20-36.
- Conrad P, Barker K. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010, 51(suppl): S67-S79.
- Dumit J. Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Soc Sci Med* 2006, 62(3): 577-590.
- Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001, 134(9Pt2): 803-808.
- Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav* 1995, Spec. Issue: 34-52.
- Piątkowski W. Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Barański J, Pitkowski W (red). *Atut, Wrocław* 2002: 23-28.
- Niebrój LT. Defining health/illness: societal and/or clinical medicine? *J Physiol Pharmacol* 2006, 57(4): 251-262.
- King L. What is disease? *Philos Sci* 1954, 21(3): 193-203.
- Idler EL. Definitions of health and illness and medical sociology. *Soc Sci Med* 1979, 13A: 723-731.
- Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Hastings Cent Stud* 1973, 1(3): 77-87.
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997, 314: 1409-1410.
- Kass L. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *Publ Interest* 1975, 40: 11-42.
- Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002, 80(2): 237-260.
- Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociol Health Ill* 2009, 31(2): 278-299.
- Foucault M. *Narodziny kliniki*. KR, Warszawa 1999.