

# Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku

## Medicalization – a challenge of the 21st century

JAN KŁOS<sup>1/</sup>, MAŁGORZATA GROMADECKA-SUTKIEWICZ<sup>1/</sup>, MONIKA ZYSNARSKA<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Pracownia Socjologii Medycznej, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2/</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Powiększająca się wiedza zdrowotna i jej dostępność, wraz rozwojem technologii i presją społeczną na dbanie o zdrowie powodują, że zdrowie jako wartość bardziej niż kiedykolwiek wcześniej zyskało na znaczeniu. Nie tylko pojedyncze osoby, ale całe systemy społeczne organizują się w reakcji na problemy zdrowotne. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie pojęcia medykalizacji, które opisuje proces poddawania życia ocenie i kontroli medycznej, poprzez określanie go w kategoriach norm zdrowotnych i praktyki związane z utrzymaniem, przywracaniem i polepszaniem zdrowia.

**Słowa kluczowe:** medykalizacja, zdrowie, współczesne społeczeństwo

The increase of health-related knowledge and its accessibility, with the development of technology and social pressure on health care result in health gaining importance as a value. Not only individuals, but entire social systems organize themselves in response to health problems. The purpose of this paper is to introduce the concept of medicalization, which describes the process of medical evaluation and control on life, by defining life in terms of health norms and practices related to the maintenance, restoration and uplifting of health.

**Key words:** medicalization, health, contemporary society

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 382-388

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.07.2014

Zakwalifikowano do druku: 25.07.2014

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Jan Kłos

Pracownia Socjologii Medycznej, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań  
tel. 61 854-68-26, e-mail: psm@ump.edu.pl

Środki masowego przekazu każdego dnia donoszą o nowych odkryciach medycznych, udanych skomplikowanych i nowatorskich operacjach, zaleceniach dotyczących zdrowego stylu życia, ale także o błędach lekarskich i wszczynanych z tego powodu postępowaniach sądowych, czy trudnej sytuacji pacjentów w publicznej służbie zdrowia. Zdrowie oraz medycyna stały się nie tylko wszechobecnym elementem codziennego życia, ale także w coraz większym stopniu wyznaczają percepcję rzeczywistości i ważne wybory życiowe. Postępująca wiedza na temat funkcjonowania ciała, umysłu i zbiorowości, oraz rosnące możliwości interwencji zdrowotnych, rodzą pytania o granice wpływu systemu zdrowotnego, a także o rolę zdrowia w życiu jednostek i społecznym. Pojęciem, które w socjologii zdrowia i medycyny (lecz również coraz częściej w innych dziedzinach naukowych) opisuje proces, w którym stany i problemy zostają potraktowane jako kwestie medyczne, jest medykalizacja.

Medykalizacja wiąże się z szeregiem praktyk społecznych, działań jednostek, zbiorowości i instytucji zdrowotnych. Na poziomie systemowym, który zdomi-

nował prawomocne działania w sferze zdrowia, oznacza to przeprowadzanie badań naukowych (laboratoryjnych i populacyjnych) mających określić zależności stanów zdrowia od kluczowych czynników oraz poszukać skutecznych rozwiązań, ponadto diagnozowanie jednostek pod kątem stanów patologicznych (klasyfikacja i selekcja) oraz zapobieganie tym stanom, leczenie ich lub sprawowanie opieki i dbanie o jakość życia. W realizacji tych zadań biorą obecnie udział, poza lekarzami i zainteresowanymi grupami, również instytucje ochrony zdrowia (publiczni i prywatni ubezpieczyciele, rządy, świadczeniodawcy itp.), konsumenci oraz zaangażowane podmioty gospodarcze, w tym zwłaszcza firmy farmaceutyczne. Cały ten konglomerat, czasami sprzecznych sił i interesów (wobec konkurencyjnych sfer m.in. religii, obyczaju, prawa, zwykle spójnych), odpowiada za współczesny kształt procesu medykalizacji, za sposoby rozumienia zdrowia (dyskursy) oraz praktyki zdrowotne, a także dostarczanie procedur, leków i zaawansowanych technicznie narzędzi kontroli. Dyskursy zdrowotne, rozpowszechnione w zachodnich społeczeństwach dwudziestego pierwszego wieku, stały

się nieodłącznym elementem postrzegania codziennego życia oraz kształtowania zarówno jednostkowej jak i zbiorowej tożsamości. Kategorie i praktyki zdrowotne, konstruowane przez medyczny konglomerat, wyposażają w niezbędne dziś do zrozumienia świata i samych siebie ramy znaczenia. Otrzymana diagnoza dostarcza narracji, która zmienia sposób widzenia swojej dolegliwości i siebie samego przez osobę chorą, jej bliskich, personel medyczny i podmioty instytucjonalne; dostarcza sposobów mówienia o, i tłumaczenia swojej choroby, a także samego życia; staje się momentem zwrotnym do zmiany celów życiowych, podejmowanych zadań, ról społecznych i codziennych aktywności; wreszcie jest także elementem zarządzania formami winy, odpowiedzialności, opieki oraz stygmatyzacji, w relacji do poszczególnych jednostek, jak i całych zbiorowości społecznych.

### Stara i nowa medykalizacja

Medykalizację bada się od lat 70. ubiegłego wieku. Na początku, w pracach takich autorów jak Ivan Illich, Irving Zola czy Thomas Szasz, utożsamiana była z postępującą dominacją zawodu lekarskiego, natomiast w późniejszym okresie, od lat 90. XX. wieku, akcenty zostały przeniesione z instytucji medycznych na szerszy kontekst społeczno-kulturowy, który generuje opisy i wyjaśnienia, pozwalające określać problemy w kategoriach medycznych oraz wiąże z nimi określone praktyki zdrowotne. Nie bez przyczyny za sprawcę zmiany optyki tego zjawiska uchodzi Peter Conrad, zajmujący się tą problematyką od jej wczesnego okresu [1]. Nabierające znaczenia dwa współczesne nurty zajmujące się medykalizacją to określająca jej kolejne stadium jako biomedykalizację perspektywa Adele Clarke (wraz ze współpracowniczkami) oraz duchowi spadkobiercy prac Michela Foucaulta, który jako jeden z pierwszych w swoich pracach zwracał uwagę na rozwój „spojrzenia medycznego”, które staje się spojrzeniem, wspieranego przez instytucję, lekarza dążącego do normalizacji pacjenta, w ramach działań biowładzy. Pierwszy nurt podkreśla znaczenie włączenia w główną organizację i działania medyczne technonauki (mariaż nauki i technologii, pojęcie rozpropagowane przez Bruno Latoura), które nastąpiło w latach osiemdziesiątych i oznaczało przejście od kontroli nad biomedycznymi zjawiskami do ich zmiany. Analizowane w tym kontekście zjawiska to polityczno-ekonomiczne wykorzystanie medycyny, koncentracja na samym zdrowiu, definiowanie go w kategoriach ryzyka i nadzór nad nim, rosnące znaczenie nauki i technologii, zmiany dotyczące wiedzy medycznej oraz tożsamości związanych ze zdrowiem i ciałem [2]. Natomiast praca Nikolasa Rose może być przykładem rozwijania idei Foucaulta, gdy pisze on o „spojrzeniu molekularnym”, które przenosi medyczny poziom myślenia z komórkowego na cząsteczkowy i postrzega „życie samo” jako przedmiot zarządzania,

kontroli i rekonfigurowania. Nowa biopolityka jest rezultatem zmian, które poza molekularyzacją ‘stylu myślenia’, dotyczą jeszcze optymalizacji (zapewnienia najlepszej możliwej przyszłości), upodmiotowienia (przekształceń dotyczących zdrowotnych powinności, praw i oczekiwań wobec istoty ludzkiej), somatycznych ekspertyz różnych poziomów i rodzajów, oznaczających zwiększające się zarządzanie ludzką egzystencją, przez wyspecjalizowane profesje oraz w powiązaniu z bioekonomiką [3]. Istnieją między poszczególnymi badaczami różnice w podejściu do zjawiska medykalizacji, ale o ile interesujące z wielu względów (głównie dla zajmujących się tą problematyką), o tyle są one nieistotne dla przyjętej tu perspektywy oraz omawianych zagadnień.

Proces medykalizacji możemy obserwować na wielu płaszczyznach i w odniesieniu do wielu sfer życia. W zasadzie nie ma już domeny ludzkiego życia, która by nie była przedmiotem zainteresowania szeroko rozumianego systemu zdrowotnego, z medycyną i służbą zdrowia zajmującymi w nim centralną pozycję. Uwaga koncentruje się na wszystkich aspektach, które są, lub mogą być, powiązane ze zdrowiem, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które dają się zredukować do czynników organicznych. W stopniu w jakim system zdrowotny zajmuje się przede wszystkim negatywnym wymiarem zdrowia, a więc chorobami i zaburzeniami, poprzez zmiany w podejściu do tych elementów, możemy całkiem dokładnie prześledzić proces medykalizacji. Do stanów uznanych za medyczne problemy zaliczone zostały w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat takie, jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), różnorodne lęki (np. *generalized anxiety disorder*, *social anxiety disorder*), depresja, zespół stresu pourazowego (PTSD), otyłość, nadciśnienie tętnicze, ciąża i poród, starość i śmierć, menopauza i miesiączka, płodność, zaburzenia erekcji, przemoc, czy różnorodne rodzaje uzależnień (np. alkoholizm, narkomania, seksuholizm, pracoholizm). Warto zauważyć, że nie wszystkie stany w takim samym stopniu są zmedykalizowane, np. uzależnienia, szczególnie behawioralne, takie jak hazard, zakupoholizm, czy uzależnienie od komputera, lecz również alkoholizm, są na mniejszym poziomie zmedykalizowane niż np. poród, nadciśnienie tętnicze, czy też niektóre choroby psychiczne (depresja, schizofrenia). Część problemów nadal pozostaje, w różnym stopniu, pod kontrolą innych dziedzin życia, takich jak obyczaj (samopomoc i samoleczenie), opieka społeczna, prawo, religia, itp.

Mamy także przykłady procesu odwrotnego, czyli odmedykalizowania niektórych stanów i zachowań, choć trzeba przyznać, że są to znacznie rzadsze przypadki. Zalicza się do nich tradycyjnie histerię, homoseksualizm oraz masturbację, przy czym każdy z nich jest na swój sposób odmiennym i interesującym

przykładem. Histeria nie tyle została zarzucona jako dolegliwość, co raczej same nazewnictwo, a poszczególne elementy w zrekonfigurowanej formie pojawiają się jako inne zaburzenia psychiczne (dysocjacyjne). Homoseksualizm pomimo tego, że już od około 30 lat nie jest uznawany za problem medyczny, to nadal jest obiektem działań „alternatywnych klinik” oraz przedmiotem debat, czemu kolejny asumpt daje rozwój genetyki i poszukiwanie genów homoseksualizmu; zaś mężczyźni o orientacji homoseksualnej niezmiennie kategoryzowani są jako grupa podwyższonego ryzyka m.in. posiadania wirusa niedoboru odporności (HIV) oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i z tego powodu np. nie mogą zostawać dawcami krwi w Stanach Zjednoczonych i innych krajach (np. Francja, Niemcy itd.). Wreszcie, o ile masturbacja rzeczywiście przestała być postrzegana jako patologiczne zachowanie (chyba, że jest się od niej uzależnionym), o tyle stała się zachowaniem naturalnym i pożądanym (nie tylko niemal wszyscy mężczyźni przyznają się do niej, ale i większość kobiet), stała się sposobem na poznawanie własnego ciała i potrzeb seksualnych, a jako taka znajduje się w centrum uwagi, gdy jej brak. Pobieżna analiza tych przypadków wskazuje, że nie zniknęły one całkowicie z orbity zainteresowań medycyny, ale raczej nastąpiła ich relokacja i metamorfoza.

### Istota medykalizacji

Bez wątpienia proces medykalizacji jest zależny od zmieniających się warunków społeczno-ekonomicznych, które współcześnie wiążą się z napędzaną rozwojem nauki i technologii ekspansją globalnego kapitalizmu. W sferze zdrowia oznacza to, z jednej strony dążenie do standaryzacji problemów medycznych, procedur oraz leków, co następuje przez dominację wzorców działań wypracowanych przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz Europie Zachodniej, których badania wyznaczają kierunki rozwoju medycyny, a także na skutek upowszechniania się publikacji medycznych przez sieć internetową, dzięki globalnemu szkolnictwu medycznemu oraz ponadnarodowym instytucjom do spraw zdrowia, w rodzaju Światowej Organizacji Zdrowia. Z drugiej strony proces ten napędzany jest przez przepływ towarów i usług medycznych dostępnych dla coraz większej liczby osób, który również wspomagany jest przy wykorzystaniu sieci internetowej (dostęp do informacji, sprzedaż, przepływ pieniędzy, komunikacja między zainteresowanymi). Nadal jednak w centrum praktyk, czy dyskursu, znajduje się koncepcja zdrowia. To, co możemy zaobserwować, to poszerzanie się rozumienia tego pojęcia, które nie odnosi się już wyłącznie do wymiaru negatywnego (chorób czy zaburzeń), lecz obejmuje coraz częściej poprawianie stanów niepatologicznych. Ponadto coraz częściej w samej medycynie

bierze się pod uwagę nie tylko organiczny charakter zdrowia, ale również psychiczny, czy społeczny (ten ostatni szczególnie w zdrowiu publicznym i promocji zdrowia). Medykalizacji sprzyja także istnienie alternatywnych względem siebie nawzajem koncepcji zdrowia [por. 4], które koegzystują ze sobą, oferując na rynku zróżnicowane produkty przeznaczone dla odmiennych odbiorców. Niezależnie od zmieniającej się optyki, jak dotąd odwołanie się do normy pozostaje podstawowym narzędziem konstruowania pojęcia zdrowia. Norma może mieć charakter deskryptywny, gdy tworzona jest w odniesieniu do określonej populacji, albo preskryptywny, gdy punktem odniesienia staje się dany model naukowy. Ponieważ żadne z tych odniesień nie jest stałe normy również ulegają zmianie. Medykalizacja ściśle wiąże się z tym co jest ujmowane w kategorii normy zdrowotnej, jak i przez kogo jest ona wyznaczana, w stosunku do kogo, a także jakie są możliwości jej przywrócenia, ponieważ każdy z tych elementów wyodrębnia nie tylko jednostkę chorobową, ale przede wszystkim grupę, która zostanie poddana praktykom medycznym i charakter tych praktyk.

Przed wszystkim dwa zjawiska okazują się niepokojące, gdy mówimy o medykalizacji; z jednej strony nasze życie zostaje coraz częściej określane przez pryzmat patologii, jak mówi popularne powiedzenie „nie ma zdrowych ludzi, a jedynie niezdiagnozowani”, z drugiej natomiast, następuje zastępowanie norm społecznych przez normy medyczne. Ponadto badania nad medykalizacją pokazują, że normy medyczne nie tylko powielają normy kulturowe i podążają za ich zmianami, ale również przez koncentrację na danym problemie, badania, diagnozy i działania lecznicze same inicjują percepcję poszczególnych stanów jako niepożądanych i ustawiają arbitralne granice normalności, czy bezpieczeństwa. W niektórych przypadkach jest to szczególnie widoczny proces, który następuje w krótkim okresie czasu np. na skutek znaczącego odkrycia (Viagra) lub zmian klasyfikacyjnych (np. DSM III). Przyczyną takiego działania okazuje się ułatwienie dostępności i zmniejszenie dolegliwości czy ryzyka, które wiążą się z niektórymi stanami, możliwości reinterpretacji problemu przy użyciu modeli i terminów medycznych, czy wreszcie interes zawodowy lub finansowy.

Davis wyróżnia kilka podstawowych typów medykalizowanych zjawisk, są to przede wszystkim problematyczne społecznie zachowania sklasyfikowane wcześniej przy pomocy pojęć moralnych takich, jak: grzech, przestępstwo, czy niemoralność (np. szaleństwo, nieakceptowane zachowania seksualne, przemoc – zarówno jeśli chodzi o sprawców jak i ofiary, uzależnienia, problematyczne zachowania dzieci), drugą grupę stanowią poddane medycznej kontroli naturalne procesy życiowe (poród, ciąża, aborcja, bez/płodność, menstruacja, meno- i andropauza, procesy starzenia,



śmierć), dalej problemy życia codziennego uznane za medyczne problemy (doświadczenia emocjonalne, takie jak smutek, nieszczęście, rozpacz, samotność, wyobcowanie, niepokój, nieśmiałość, wybuchy gniewu; choroby psychiczne: depresja, lęki, fobie, manie, zaburzenia osobowości; ale także perfekcjonizm, brak libido czy gorsze wyniki w pracy), oraz ulepszanie zdrowych ludzi (wykorzystanie interwencji medycznych, leków, a w niedalekiej przyszłości modyfikacji genetycznych do polepszania zdrowia; jak dotąd: chirurgia plastyczna, terapia hormonalna dla niskorostkości, selekcja cech przy decyzji o posiadaniu potomstwa, a także wykorzystanie leków przy zwiększaniu sprawności seksualnej, poprawie koncentracji, pracy nad osobowością, itd.) [5]. Poszczególne typy medykalizacji wskazują ogólne kierunki w których proces ten postępuje, z jednej strony włączając stany określone społecznie jako dewiacyjne, z drugiej natomiast próbując poprawić ludzką egzystencję przez wpływanie na zwykłe procesy życiowe. Oba te kierunki mogą być postrzegane i analizowane jako sposoby zarządzania współczesnymi społeczeństwami, przez system gospodarczo-polityczny, co szczególnie jest widoczne gdy uwzględnimy analizy klasowe, rasowe i płciowe, w relacji do poszczególnych medykaliowanych stanów.

### Jednostka a kontekst

Przeddefiniowanie problemów społecznych jako medycznych, a nawet poddanie kontroli medycznej stanów i zachowań naturalnych dla człowieka, wzbudza szereg kontrowersji i zarzutów, szczególnie ze względu na zmianę perspektywy na wyłącznie skoncentrowaną na jednostce, przy niemal całkowitym pomijaniu wpływu otoczenia. Pominięcie czynników społeczno-środowiskowych powoduje nie tylko abstrahowanie od wpływu struktury i nierówności społecznych na pojawienie się problemów zdrowotnych, medykaliowanie, bądź nie, określonych stanów, ale również rezygnację z działań ukierunkowanych na zmiany strukturalne i środowiskowe. Indywidualizacja problemów oraz ich odpolitycznienie pozwala na zrzucenie odpowiedzialności i winy na poszczególne jednostki, zamiast podjęcia kompleksowych (i bardziej kosztownych) interwencji związanych z systemem społecznym. W miejsce tego wspiera się rozwój nieefektywnych rozwiązań i dominujące grupy władzy i interesów, redukując społeczny sprzeciw, z medycyny czyniąc narzędzie kontroli społecznej, a personel medyczny wyposażając w prawną odpowiedzialność i monopol nad zindywidualizowanymi technologiami interwencyjnymi. Wszechstronność i bezwarunkowość rozwiązań medycznych oznacza często brak nad nimi dysput publicznych (i wpływu społeczeństwa), w stopniu w jakim tego rodzaju dysputy ograniczone są wyłącznie do specjalistycznego języka oraz ekspertów medycznych. Z tego także powodu sama

medykalizacja napotyka jedynie niezorganizowany i rozproszony opór społeczny.

Aby uświadomić sobie możliwe formy działań medycznych, można przywołać drapetomanię, dziewiętnastowieczną „chorobę psychiczną”, która miała, zgodnie z ustaleniami psychiatry Samuela Cartwrighta, dotyczyć amerykańskich niewolników pracujących na plantacjach. Objawiała się ona nieposłuszeństwem niewolników wobec ich pana, co w ostateczności prowadziło do ich ucieczki z plantacji. Przypisywał on tę kondycję zbytnej zażyłości pana ze swoimi niewolnikami oraz zbyt dobremu ich traktowaniu. Aby uniknąć niepożądanych następstw zalecał prewencyjne regularne batowanie niewolników, aby znali swoje miejsce, a w sytuacji, gdy uciekną, po ich złapaniu i wybatożeniu, należało usunąć im oba duże palce u nóg, aby zapobiec ucieczkom na przyszłość. Ten niewątpliwie skrajny przykład pseudonauki, powszechnie dziś potępiany, stawia jednak całkiem poważne pytania o granice interwencji medycznych, zwłaszcza, że przykłady wykorzystywania medycyny w haniebnych celach nie należą do rzadkości (żeby wspomnieć tylko nazistowskie Niemcy, psychuszki w Rosji sowieckiej, udział lekarzy podczas torturowania więźniów w okresie reżimu Pinocheta w Chile, czy też eksperymenty z syfilisem w Tuskegee w USA). O ile raczej nie utożsamia się współczesnej medycyny z tymi aberracjami, o tyle pozostaje pytanie: w jakim stopniu medyczne reakcje na niedawno zmedykaliowane problemy takie, jak: otyłość, nadciśnienie, ostry stres, depresja, nieśmiałość i inne, omijają i tuszują rzeczywiste przyczyny tych dolegliwości? Czy wykorzystywanie farmakologii do regulacji stanów emocjonalnych, gdy są one reakcją na złą sytuację, w której znajduje się jednostka, lub gdy zachowania nie są zgodne z oczekiwaniami, czy też do zwiększenia sprawności umysłowej, żeby sprostać wymaganiom pracodawcy, nie jest formą nadużycia, która wyklucza alternatywne działania społeczne czy polityczne, i czy rzeczywiście jest tak odległe od wykorzystywania substancji psychoaktywnych przy zmuszaniu kobiet do niewolniczej prostytucji?

### Rozwój psychiatrii a medykalizacja

Szczególnie duża krytyka – związana z medykaliacją – dotyczy psychiatrii, która w USA, w latach 80. XX W., przy pomocy DSM (klasyfikacja zaburzeń psychicznych przygotowywana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne – APA) dokonała rewolty odcinając się od psychoanalizy i zorientowanego humanistycznie nurtu, podporządkowując ją *de facto* przemysłowi farmaceutycznemu. Ilość pojawiających się zaburzeń stanowi jeden z często przywoływanych przykładów medykaliacji, między pierwszym wydaniem z 1952 roku a ostatnim z zeszłego roku wzrosła o nieomal 300%, przy czym nie obrazuje to do końca rosnącej ilości uwzględnionych symptomów, czy też

całkowitej liczby ujętych tam stanów. Dane z 2010 roku mówią o ponad 38% osób (164 mln) w Unii Europejskiej, które mają jakąś przypadłość psychiczną lub chorobę mózgu, a w stosunku do 2004 roku liczba ta wzrosła o 27%, przy tym konsultację z lekarzem ma mniej więcej co czwarta z nich [6]. Działania związane z DSM III miały na celu koncentrację na organicznych przyczynach chorób psychicznych, zwłaszcza w późniejszych wydaniach tej klasyfikacji na neurobiologicznych podstawach tych chorób. Niewątpliwie działania takich klasyfikacji przekraczają bezpośrednie cele, które sobie one stawiają, czyli określenie stanów patologicznych i sposobów leczenia, wiążą się często z klasyfikowaniem i wyborem odpowiedniego leczenia, określeniem prognozy, zaklasyfikowaniem do pracy lub pomocy ze strony służb socjalnych, a także ubezpieczenia, funkcjonują jako estymator potrzeb i dystrybucji zasobów medycznych, oraz predyktor potrzeb opieki zdrowotnej, poziomu sprawności, ostrości i długotrwałości stanu, czy poziomu stresu. Klasyfikacja ta była, od początku i przy okazji kolejnych edycji, krytykowana na różne sposoby i z różnych stron, przede wszystkim za niejasne kryteria i przesuwanie granic normalności, porzucenie humanistycznej ścieżki oraz uzależnienie od koncernów farmaceutycznych, ale ostatnio do głosów krytycznych dołączyli również neurobiolodzy, którzy głosem Thomasa Insela, dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH), przyznali, że klasyfikacja DSM V nie opiera się na obiektywnych miarach laboratoryjnych, ale na konsensusie w sprawie skupisk objawów klinicznych. NIMH nie wycofało poparcia dla tej klasyfikacji, ale pracuje nad własną, która ma opierać się na obserwowalnych behawioralnych i neurobiologicznych wskaźnikach (RDoC).

Kontrowersje dotyczące zaburzeń psychicznych dotyczą nie tylko zamazywania różnicy między normalnością i patologią, ale również kreowania stanów patologicznych, czego przykładem może być zaburzenie lęku społecznego (*Social Anxiety Disorder* – SAD), którego historię opisuje Christopher Lane w swojej książce „Shyness”. Zwraca on uwagę jak nieśmiałość, fobia społeczna, osobowość unikająca i osobowość introwertyczna zostały przekształcone w zaburzenie lęku społecznego i jak z rzadkiego problemu stało się czymś co może spotkać niemal każdego. Poza wspomnianą klasyfikacją, badacz opisuje w jaki sposób firma farmaceutyczna, producent leku Paxil przeciwko SAD, przewidziała i stworzyła popyt na swój produkt, zaczynając od edukowania dziennikarzy, konsumentów oraz lekarzy w celu zachęcania ich do diagnozowania i leczenia tego stanu. Szeroko reklamowany różnymi kanałami i przy wsparciu znanych osób problem oraz sam produkt jako sposób na jego rozwiązanie, stały się powszechnie rozpoznawalne. Powszechność jego użycia

okazała się jednak problematyczna dla jego użytkowników ze względu na efekty uboczne i uzależnienie, skutkując szeregiem skarg i pozwów sądowych.

W tym kontekście opisuje się zjawisko „sprzedawania chorób”, czy też „dostarczania chorób” (*disease mongering*), poszerzania granic możliwych do leczenia kondycji, w celu powiększania rynków dla nowych produktów. Zainteresowane grupy firm farmaceutycznych, ubezpieczycieli, lekarzy oraz pacjentów wykorzystują media masowe, aby propagować określone stany jako poważne i szeroko rozpowszechnione. Za „dostarczanie chorób” uważa się przekształcanie w problemy medyczne zwykłych dolegliwości, kłopotów osobistych, postrzeganie łagodnych objawów jako poważne oraz zagrożeń jako choroby [7]. Szacuje się, że w USA każdy dolar wydany na reklamę bezpośrednio skierowaną do konsumentów w 2000 r. przyniósł ponad 4 dolary zysku [8], a w 2010 r. na reklamę skierowaną bezpośrednio do konsumentów w USA wydano 4,4 miliarda dolarów amerykańskich [9].

## Heltyzm

Badania nad medykacją koncentrują się głównie wokół działań *stricte* medycznych, ale pojawiła się również koncepcja heltyzmu, zaproponowana i rozpropagowana przez Roberta Crawforda [10, 11]. Helthizm, niezbyt ściśle tłumaczony jako ‘kult zdrowia’, to zaabsorbowanie własnym zdrowiem jako podstawowym sposobem na osiągnięcie dobrostanu, autonomii i dobrego obywatelstwa, poprzez praktyki związane ze zdrowym stylem życia. Ideologia ta podporządkowuje życie wartości zdrowia, włączając wszystkie inne wartości pod jej bezpośrednią ocenę oraz czyni jednostkę odpowiedzialną za dążenie do jego realizacji. Heltyzm pojawił się w latach 70. XX w. jako reakcja na postępującą świadomość wpływu zachowań na zdrowie, a współcześnie nie tylko wspierany jest przez promocję zdrowia i zaawansowane rozwiązania biomedyczne, ale także przez ekspansję rynku, zapośredniczone przez media masowe uczestnictwo kulturowe oraz zwiększające się możliwości nadzoru technicznego (nad ciałami i populacjami). Naukowo potwierdzone zdrowotne znaczenie codziennych zachowań dotyczy w zasadzie wszelkich sfer ludzkiego życia, przy czym szczególny nacisk kładzie się na używki (papierosy, alkohol, i inne substancje psychoaktywne), odżywianie, aktywność fizyczną, higienę osobistą i psychiczną oraz zachowania seksualne. Skupienie na egzystencji człowieka, jako potencjalnie niebezpiecznej dla zdrowia, oznacza tworzenie norm, ocenianie i poddawanie jej kontroli, ale również wiąże się z konsumowaniem, wyznaczaniem własnej pozycji społecznej i manifestowaniem przynależności kulturowej. Heltyzm jest formą medykacji, wskazującą jej niczym nie ograniczoną zdolność do obejmowania swoim działaniem kolejnych aspektów i dziedzin życia,



oraz narzucającą własne miary i rozwiązania jako prawomocne i rozstrzygające. Heltyzm prezentuje, w jaki sposób ideologia powiązana jest z codzienną praktyką społeczną, tzn. jak generatywna macierz która reguluje relacje między widzialnym i niewidzialnym, wyobrażalnym i niewyobrażalnym, oraz zmiany między nimi, produkuje znaczenia, legitymizację i władzę, które kształtują zinstytucjonalizowane działania [12]. Ideologia oznacza tu zarówno:

- sposób postrzegania pomijający swoje zakorzenienie w rzeczywistości społecznej, w tym wypadku głównie abstrahowanie od klasowego charakteru heltyzmu, jak i
- działania ukierunkowane na określony system przekonań, przede wszystkim przez uwikłanie w funkcje kontroli społecznej, oraz
- zapośredniczenie, w którym jednostki urzeczywistniają swoje relacje do rzeczywistości społecznej, jako realizację interesów określonych grup i podmiotów społecznych, a także
- idee które uprawomocniają dominujące relacje władzy, oparte na systemie gospodarczo-politycznym.

Widzialność skupiona na bezpieczeństwie i zorientowana na przyszłość strukturalizowana jest współcześnie przez pojęcie ryzyka, z tego powodu Ulrich Beck pisał o społeczeństwie ryzyka [13]. W odniesieniu do zdrowia ryzyko wyznaczane jest do wszelkich potencjalnie szkodliwych czynników, których jednostka może, i powinna, uniknąć. Zarazem samo działanie nastawione na unikanie ryzyka staje się czynnikiem ryzykownym, stwarzającym nieprzewidziane konsekwencje. Kampania przeciwko dopalaczom może być postrzegana jako modelowy przykład takiego działania. Całkowity zakaz posiadania i handlu substancjami psychoaktywnymi, z wyłączeniem tytoniu, alkoholu oraz regulowanych odrębnie substancji leczniczych, stworzył sytuację, w której skryminalizowano wszelkie tego typu aktywności, kierując się słusznym skądinąd przekonaniem o ich szkodliwości. Brak możliwości jednoznacznego określenia jakie substancje należy uznać za niedopuszczalne spowodował konieczność utworzenia listy takich substancji, która nieuchronnie musiała obejmować skończoną liczbę znanych narkotyków. Trafiły na nią takie jak kokaina, heroina, amfetamina, LSD i inne rozpoznane wcześniej przez medycynę. W reakcji na te działania na rynku zaczęły pojawiać się sklepy sprzedające tzw. dopalacze, substancje psychoaktywne nieobjęte zakazem sprzedaży, dodatkowo oferowane jako produkty kolekcjonerskie. Zwiększona dostępność spowodowała związany z dopalaczami wzrost problemów zdrowotnych odnotowywany przez lekarzy, którzy okazywali się często bezradni wobec nieznanym sobie substancji. Nieporadne i na granicy prawa, ale skuteczne działania rządu, napędzane medialną gorączką i kryzysowym PR-em politycznym,

doprowadziły przy wykorzystaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, do zamknięcia sklepów zajmujących się sprzedażą dopalaczy, a uchwalona niemal jednogłośnie w trybie pilnym nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła niejasny zapis o tzw. środkach zastępczych. Niestety działania te, jak zwykle w przypadku społeczeństwa ryzyka, nie wyeliminowały problemu, lecz przeniosły go do innej sfery, dzięki globalizacji sprzedaż dopalaczy znalazła przede wszystkim swoje miejsce w Internecie, ale również co jakiś czas media donoszą o nowych formach w jakich się one pojawiają (m.in. odświeżacze powietrza, talizmany).

Po stronie niewidzialnego, w odniesieniu do heltyzmu, ale również szerzej do medykalizacji, o czym była mowa wcześniej, znajdują się takie aspekty jak, klasowość [14], środowiskowe i społeczne działania, a także ich funkcja kontrolna i mobilizująca. Z tych powodów pojawia się mocna krytyka ekstremalnego heltyzmu i oskarżenia o usprawiedliwianie rasizmu, segregacji oraz eugeniki, a także zwrócenie uwagi na propagandę i formy przymusu przy wdrażaniu norm zdrowego stylu życia [15].

## Ku przyszłości

Dotychczasowe badania nad medykalizacją pozwalają w przybliżeniu przewidywać konsekwentną jej ekspansję, przez obejmowanie kolejnych sfer życia normami zdrowotnymi oraz zacieranie granic między normalnością i patologią. Potwierdzona, między innymi przez transformację epidemiologiczną, zależność problemów zdrowotnych od społeczno-ekonomicznych warunków życia, zostaje współcześnie uzupełniona przez opartą na badaniach empirycznych, ale do pewnego stopnia arbitralną konstrukcję normy zdrowotnej. Czynniki inicjujące, źródła medykalizacji to, poza zawodami medycznymi, które tym samym konkurują z innymi zawodami o zasoby i kontrolę nad danymi dziedzinami życia, również ruchy i grupy społeczne (np. Anonimowi Alkoholicy, niepełnosprawni, LGBT), podmioty gospodarcze, instytucje naukowe (zwłaszcza rozwój biotechnologii), konsumenci oraz system opieki zdrowotnej (rząd oraz ubezpieczyciele – którzy odpowiadają za finansowanie zaspokajanych potrzeb zdrowotnych), przy czym do skutecznego dalszego działania konieczna jest współpraca większości z tych grup. Norma zdrowotna pozostaje stale w relacji do wiedzy, stąd ryzyko będzie się zmieniało wraz z modelem badawczym oraz w relacji do możliwości działania wyznaczanych przez otoczenie i dostępne narzędzia.

Rozwój społeczeństw powoduje również, że zdrowie w coraz mniejszym stopniu jest elementem przetrwania biologicznego, a w coraz większym nabiera cech społeczno-kulturowych. Koncepcja zdrowia przy pomocy medykalizacji staje się istotną częścią statusu społecznego, nadając znaczenia i ustanawiając kryteria oceny, oraz

jako zasób, czy wręcz kapitał (biokapitał, psychokapitał i socjokapitał), który wyznacza możliwości i pozwala osiągać określone cele życiowe i pozycje [16].

W tym kontekście zdrowie staje się strategią działania (poprzez zdrowy styl życia oraz poddawanie się czynnościom naprawczym i ulepszającym medycyny), dzięki której jednostka może osiągnąć sukces, mierzony karierą, dobrami materialnymi, prestiżem lub władzą. W nie mniejszym stopniu te same zachowania, na różne sposoby, będą wspierane przez współczesny system społeczny, ponieważ odpowiadają ogólnemu kierunkowi rozwoju (indywidualizacja, postęp technologiczny) i zwiększają jego efektywność.

Nie jest łatwo przewidywać w jakich kierunkach medykacja będzie postępować, natomiast opierając się na obecnych trendach można oczekiwać: dalszego rozwoju psychofarmakologii, dalszych badań nad genomem i wykorzystania terapii genetycznych, rozwoju nauk neurobiologicznych i cybernetycznych, oraz rozwoju i upowszechniania się technologii związanych z nadzorem, na co składa się osobista kontrola nad swoim stanem fizycznym i umysłowym, zaawansowane sposoby diagnozowania kondycji zdrowotnych (głównie techniki obrazowania), i kontrola populacyjna (komputerowo przetwarzane bazy danych, dotyczące różnych wskaźników zdrowotnych, cech jednostkowych i zbiorowych, komunikacji i zachowań). Za wiedzą i możliwościami ingerencji postępować będzie rosnąca kontrola oraz oczekiwania.

Co szczególnie warto podkreślić we współczesnym rozumieniu zdrowia aspekt pozytywny zaczyna odgrywać coraz większą rolę, a czynności związane z przekraczaniem uprzednich standardów fizycznych

i umysłowych (transhumanizm) nie ograniczają się wyłącznie do dziedzin uznawanych dotąd za ich domenę: sportu, wojska czy działań naprawczych medycyny w stosunku do osób z niepełnosprawnością.

Zamiast podsumowania warto postawić w tym miejscu niektóre pytania pojawiające się podczas badań nad medykacją. Czy istnieją wiarygodne kryteria uznawania danych stanów za patologiczne i kto podejmuje tu wiążące decyzje? Czy i w jakim stopniu, możliwe jest stworzenie powszechnych norm zdrowotnych, czego mają one dotyczyć i kto ma być odpowiedzialny za ich egzekwowanie? Czy istnieją jakiekolwiek granice tego, co można i należy uznać za problemy zdrowotne, czy też skazani jesteśmy na pogoń za mirażem zdrowia? Czy i kto powinien sprawować kontrolę nad medykacją i zapewniać jej rzetelność (eksperti medyczni, konsumenci, pacjenci, rządy, organizacje społeczne)? W jakim stopniu zdrowie może być traktowane jako cecha jednostkowa, w oderwaniu od jej kontekstu społecznego i środowiskowego, oraz jakie w relacji do tego powinny być zadania medycyny? Które grupy społeczne są uprzywilejowane i zyskują na medykacji i jaka jest ich odpowiedzialność za pozostałych?

Odpowiedzi na te pytania będą wykuwały się w codziennych praktykach i wyborach zbiorowych, między interesami gospodarczymi, decyzjami politycznymi, odkryciami naukowymi i rozwojem technologii. Niemniej jednak, poza możliwościami technicznymi i finansowymi, ogromnie ważne pozostaje to, jaka główna idea przyświeca medykacji, w którym kierunku będzie zmierzało rozumienie zdrowia, czy jego indywidualizacji uda się skutecznie przeciwstawić wspólnotowość i publiczne użycie rozumu.

## Piśmiennictwo / References

1. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Ann Rev Sociol* 1992, 18: 209-232.
2. Clarke A, Shim J, Mamo L, et al. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine. *Am Sociol Rev* 2003, 68(2): 161-194.
3. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press, Princeton 2007.
4. Larson J. The Conceptualization of Health. *Med Care Res Rev* 1999, 56: 129.
5. Davis J. Medicalization. Social Control and Relief of Suffering [in:] *Companion to Medical Sociology*. Cockerham W (eds). Blackwell Publishers, Malden 2010: 211-241.
6. Wittchen H, Jacobi F, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol* 2011, 21(9): 655-679.
7. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002, 324: 886-891.
8. <http://kff.org/rxdrugs/6084-index.cfm> (04.2014).
9. Kornfield R, Donohue J, Berndt E, et al. Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers 2001-2010. *PLoS ONE* 2013, 8(3): e55504.
10. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *Int J Health Serv* 1980, 10(3): 365-388.
11. Crawford R. Health as a Meaningful Social Practice. *Health (London)* 2006, 10: 401-420.
12. Žižek S. The Spectre of Ideology. Verso, London-NY 1995: 1.
13. Beck U. Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Scholar, Warszawa 2002.
14. Borowiec A, Lignowska I. Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce? *Kult Społecz* 2012, 3: 96-111.
15. Skrabanek P. The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism. The Social Affairs Unit, Suffolk (UK) 1994.
16. Domaradzki J. O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Publ Health* 2013, 48(4): 408-419.