NEMOC JAKO STIGMA

Disease as a stigma

8: 200 - 435, 2006
ISSN 1212-4117**Sylva Bártlová**

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno

Summary

The article concerns certain theoretical concepts of the stigma and psycho-social nature of the stigmatization process, and emotional impact of the stigma in its relationship to the identification, anticipation, understanding and solving this problem is shown. The article offers a brief review of the development of the concept of stigma. This concept is neither static nor precisely delimited, but the contents of the concept as well as its delimitation are affected by social changes. The author elucidates the importance of the work by E. Goffman - Stigma: Notes on the management of spoiled identity, where the stigma definition may be understood as a starting point for further sociological research work. The importance of the work by E. Jones et al. - Social stigma, the psychology of market relationships, for the investigation of the effect of the stigmatization on the mental condition of the person involved is explained. The emotional impact of these induced feelings is considered as a consequence of social expectations. The result is a development of the mental strategy aimed at social aspects of the stigma. These aspects are categorized into six dimensions: possibility of concealment, course, destructivity, esthetical features, origin and risk. In the conclusion of the article, the stigma is considered in its relationship to the concept of the patient role. The importance of the role of health personnel in the stigmatization process is mentioned, and there is a brief treatise on the process of the "medicinalization" in the contemporary society. The reaction on this condition is an increase of the confidence of patients in individual activities, self-help, accepting responsibility for their health condition, but also addressing alternative services. This results in attempts for compilation of codes of "rights of patients".

Key words: Stigma – disease – stigmatization – marginalization – exclusion

Souhrn

Článek se dotýká některých teoretických koncepcí stigmatu a je poukázáno na psycho-sociální povahu procesu stigmatizace a na emoční dopad stigmatu ve vztahu k identifikaci, anticipaci, pochopení a řešení tohoto problému. Článek podává stručný přehled vývoje pojmu stigma. Tento pojem není statický a přesně vymezený, ale jak obsah pojmu, tak jeho vymezení jsou ovlivňovány společenskými změnami. Autorka objasňuje význam práce E. Goffmana - Stigma: notes on the management of spoiled identity, jehož definice stigmatu může být pochopena jako východisko, na němž lze založit další sociologické výzkumy. Je objasněn význam práce E. Jonese a kol. - Social stigma, the psychology of market relationships, v prozkoumání vlivu stigmatizace na duševní stav postižené osoby. Emoční dopad těchto vyvolaných pocitů je pocítován jako důsledek společenských očekávání. Výsledkem je vývoj duševní strategie zaměřený na společenské aspekty stigmatu. Tyto aspekty jsou kategorizovány do šesti dimenzí: utajitelnost, průběh, destruktivnost, estetické vlastnosti, původ a riziko. V závěru článku je pojednáno o stigmatu ve vztahu s pojmem role nemocného. Je naznačen význam role zdravotnického pracovníka v procesu stigmatizace a je stručně pojednáno o procesu medicalizace v současné společnosti. Reakcí na tento stav je vzrůst důvěry nemocných v individuální aktivity, svépomoc, přijetí odpovědnosti za svůj zdravotní stav, ale i obrat k alternativním službám. To má za následek pokusy o vypracování kodexů „práv pacientů“.

Klíčová slova: stigma – nemoc – stigmatizace – marginalizace – exkluze

ÚVOD

Řecké slovo stigma bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví. Z etymologického hlediska je sémantický původ odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Později se slovo dostávalo do širšího kulturního slovníku v různých souvislostech. V 19. století znala rodící se kriminalistika stigmata zločinců, čímž se rozuměly fyzické odchylky vzhledu svědčící pro zločinecký charakter způsobený degenerací. Proces postupné generalizace významu označení pro cejch otroků a zločinců vedl k dnešnímu chápání procesu stigmatizace. Pojem stigma není tedy statický a pevně stanovený, ale je ovlivňován společenskými změnami probíhajícími ve všech epochách. Existují též velké kulturní rozdíly v tom, co je považováno za stigma, stejně jako regionální odchylky v rámci společenských souvislostí. Od národních hodnot až po kulturní kodex skupiny může rozmanitost pravidel a tabu, která nesmějí být překročena, vyvolat proces marginalizace a přispět k vytvoření podmínek pro označení některých jedinců stigmatem. Posun ve vývoji společenských souvislostí, který vede k tomu, že určité formy chování, určité etnické skupiny nebo určité tělesné vady jsou chápány jako stigmatizující, závisí na vývoji kulturního dědictví společnosti a toto dědictví může být determinováno klíčovými historickými a sociálními mezníky, jak se promítají do společnosti uznávaných hodnot. Vznik stigmatizace tohoto druhu je tedy vyvolán pocitem ohrožení skupiny jednotlivcem nebo několika jednotlivci, kteří jsou ostatními lidmi vnímáni jako prvek, který rozděluje, podemílá a kontaminuje většinovou společnost. Není to nic neobvyklého, podobné reakce vznikají ze strachu z cizího a neznámého. Stigma samo o sobě, tj. znamení poskvrny, se může měnit podle morálky dané doby. Proto nepřekvapuje, že když se lepra stala méně endemickou, ztratila svou moc jako stigma, a když byly různé jevy spojené s kouzelnictvím vysvětleny, lidé se praktik kouzelníků přestali obávat; nicméně společenské procesy exkluze určitých jedinců zůstávají v i naší epoše stejně zjevné, jako byly kdykoliv jindy. S nemocí AIDS je stále spojena stigmatizace a podobně je to s poruchami příjmu potravy, jako je bulimie a anorexie. Tyto jevy představují zcela nepochybně oblast

studia sociologie, která má silné vazby jak na sociální psychologii, tak na antropologii (Mason, Carlisle, Watkins, Whitehead, 2001).

Stigma jako sociologický pojem

Stigma není izolovaný sociologický pojem, ale tento koncept je těsně propojen s mnoha dalšími aspekty lidských situací, které vedou k předsudkům a marginalizaci. Současná sociologická analýza stigmatu má svůj původ v práci Ervinga Goffmana (1922-82). Tento autor byl zase ovlivněn svými předchůdci, jako např. Durkheimem, představiteli symbolického interakcionismu a představiteli směru, který bývá označován jako labelling theory – značkovací teorie. První vydání jeho díla věnovaného stigmatu (*Stigma: Notes on the management of spoiled identity* - *Stigma: poznámky o způsobech zvládání narušené identity*) vyšlo v roce 1963 (Goffman, 2003). Přesto, že je vcelku obtížné podat ve stručnosti celkovou výstižnou definici stigmatu, následující Goffmanův pokus může být pochopen jako východisko, na němž lze založit další sociologické výzkumy.

„...cizí osoba stojí před námi, může se naskytnout důkaz o tom, že je jí vlastní atribut, který ji odlišuje od jiných osob v kategorii těch, jimiž by mohla být, a to atribut poněkud méně žádoucího rázu – v krajním případě z ní pak činí osobu skrznaskrz špatnou, nebezpečnou či slabou. Naše mysl ji tak redukuje z osoby celistvé a obyčejné na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesá. Takovýto atribut je stigmatem, zejména je-li jeho diskreditující dopad velice rozsáhlý; někdy se mu také říká selhání, nedostatek nebo handicap” (Goffman, 2003: 10).

Vybraný úryvek z textu se zaměřuje na Goffmanovo chápání stigmatu z hlediska společnosti a ukazuje, jak se jednatel může ve společnosti jevit jako odlišný. Goffmanův zájem o to pochopit, jak a proč se někteří členové společnosti rozhodnou stigmatizovat určitou sociální skupinu, je z našeho hlediska důležitý, neboť nám umožňuje postihnout důvody procesu stigmatizace. Důležitost tohoto poznání spočívá v tom, že představuje osvědčený rámec pro výzkum a analýzu postojů společnosti vůči marginalizovaným jednotlivcům a skupinám. Goffman, a později i další sociologové, vytvořili konceptuální rámec pro stanovení podmínek, v nichž někteří jednotlivci zažívají pocity stigma. Když osoba ve vztahu k druhým praktikuje

stigmatizaci, prožívá zároveň celou řadu emočních reakcí. Podle Goffmana ti, kteří stigmatizují druhé, věří, že stigmatizovaní jsou méně hodnotní, zlí nebo nebezpeční. V každodenním životě je velmi obtížné maskovat takovéto pocity radikálního odsouzení. Existují lidé, jejichž předsudek je podvědomý, ale vyskytují se také jedinci, kteří vůči jiným uplatňují stigmatizaci a zároveň opravdu vědomě si přejí, aby jejich pocity byly všeobecně známé. I když Goffman nevytvořil propracovanou analýzu mocenských vztahů, jak se prosazují v rámci institucionálních a společenských struktur, jeho práce zcela určitě připravila půdu pro bádání ostatních.

Další významný historický přínos přichází od Edwarda Jonese a jeho kolegů, jejichž práce citovaly Goffmana o dvacet let později. Práce Jonese a kol.: *Social Stigma: The psychology of marked relationships* (1984) představovala významný přínos pro výzkum a následné pochopení povahy a vlivu společnosti na stigmatizovaného jednotlivce.

Hlavním zájmem Jonese a kol. byl v prozkoumání vlivu stigmatizující vlastnosti na duševní stav dotčené osoby a v analýze celkového dopadu stigmatizace v širším kontextu společnosti. Tyto poznatky se vztahují v první řadě na zdravotnické pracovníky, kteří často přicházejí do styku s osobami tohoto typu a hrají důležitou úlohu v chápání širšího vlivu na společenské problémy a problémy s chováním. Tento zásadní přínos, který vyplývá z práce Jonese a jeho kolegů, může být zařazen do kategorie té části psychologie, která se zabývá afektivními poruchami. V těchto koncepcích jsou osobní zážitky marginalizovaných jedinců do značné míry spojeny s emočními prožitky deprese, hněvu a zahanbení.

Význam Jonesova přínosu spočívá ve vztahu mezi společenskými hodnotami a vnímáním a sebehodnocením marginalizovaného jedince jako bezcenné osoby. Je to tedy pocit stigma vnímaný ohroženými jedinci, který se v tomto kontextu prosazuje do osobních reakcí strachu, zlosti, spojovaných často s pocitem bezcennosti a deprese. Emoční dopad těchto vyvolaných pocitů bez ohledu na to, zda jsou explicitně evokovány společenskou reakcí na stigma či nikoliv, je implicitně pocíťován jako důsledek těchto společenských očekávání. Podle Jonese a kol. je výsledkem vývoj duševní strategie za-

měřené na společenské aspekty stigma. Tyto aspekty pak kategorizuje do „šesti dimenzí“: (a) utajitelnost, (b) průběh, (c) destruktivnost, (d) estetické vlastnosti, (e) původ a (f) riziko. Můžeme se nyní podívat na tyto dimenze poněkud blíže (Mason, Carlisle, Watkins, Whitehead, 2001).

Psychická reakce na stigmatizaci (dle Jonese a kol.)

Utajitelnost

Tento sociální předpoklad se ze společenského hlediska týká toho, zda stigmatizující vlastnost je skrytá nebo viditelná, a zabývá se otázkou, do jaké míry je její viditelnost kontrolovatelná nebo do jaké míry je přání kontroly žádoucí. Např. jedinec s diagnózou počátečního stadia rakoviny může být schopen úspěšně tuto chorobu skrývat, dokud se neprojeví vnější tělesné příznaky, přestože i za této situace si přeje tuto informaci před vnějším světem utajit. Existuje však mezní bod, kdy musí osoba nevyhnutelně odhalit svůj stav bez ohledu na svou touhu jej skrýt. Dlouhodobé ukrývání stigma je spojeno s permanentní úzkostí danou možností prozrazení a nutností neustálé sebekontroly, která ovšem nemůže být úplná (např. k epileptickému záchvatu může dojít na neočekávaných místech či v neočekávaných situacích, přičemž sám epileptik může vznik záchvatu ovlivnit jen v minimální míře.) Postižení se také musí spoléhat na diskrétnost osob, které o jejich stigma vědí (Hrčka, 2001).

Průběh

Koncepce průběhu stigmatizace vychází ze vzorce změny ve vztahu ke společenskému očekávání, jak jsou dány stavem dané osoby, zkoumá, jaké jsou předpokládané společenské následky. Když osoba odhalí, že má určitou vlastnost, stav, které mohou vést ke stigmatizaci, může toto poznání ovlivnit její společenské vztahy. Např. člověk s nemocí, která ho znetvořuje, může vystoupit ze sociálních interakcí podle toho, jak nemoc postupuje.

Destruktivnost

Vztahuje se k rozsahu, jakým stav blokuje nebo omezuje sociální interakci nebo komunikaci v sociální síti. Např. nemoc, která je ve vysoce infekční, způsobí zcela určitě velký zlom v sociálních interakcích postižené osoby. Avšak

i jiné, méně zjevné stavy mohou mít stejně výrazné důsledky. Např. duševně nemocný, který má poškozený mozek nebo začíná trpět demencí, může vyvolat změnu svých sociálních interakcí jak v aktivitách, jimiž se prosazuje, tak aktivitách druhých lidí. V daných okolnostech je třeba, aby okolí nevzbuzovalo dojem, že to veškeré narušení normálních vztahů je „chyba“ postižené osoby - jedná se zde pouze o sociální interakci, která je nepříznivě ovlivněna. V dané společenské situaci se uplatňuje mnoho faktorů, avšak příkladným projevem může být rozpačitost, nedostatek znalostí nebo pouze to, že stav neumožňuje sociální vývoj.

Estetické vlastnosti

Tato dimenze se vztahuje k tomu, v jaké četnosti a intenzitě se vyskytují příznaky a symboly stavu, které způsobují to, že jedinec, který se jimi vyznačuje, se ostatním lidem jeví jako odpudivý, nehezky nebo nějakým způsobem znepokojující. Deformace, které jsou zjevné a těžko se skrývají, mohou těmto jedincům působit hlubokou duševní bolest, ale mohou také způsobit, že druzí reagují instinktivně úšklebkem nebo couvnutím. Takováto reakce se může vymykat vědomé kontrole osoby, u které její vlastní emoční postoje mohou dokonce vyvolat pocity hluboké lítosti, avšak ve vědomí znetvořené osobu posiluje tato reakce pocity vlastní estetické nedostatečnosti. Popáleniny nebo deformity ve tváři se obtížně zakrývají a jsou příkladem projevů této dimenze stigmatizace. Samozřejmě je možné to, že některá onemocnění mohou být po určitou dobu skrývána, např. kolostomie, nicméně i tato zdravotní omezení jsou často považována za esteticky nevhodná a mohou způsobit to, že daná osoba je vyloučena ze společnosti.

Původ

Tato dimenze stigmatizace bývá spojována s etiologií okolností, které k danému zdravotnímu stavu vedly, a bývá také zhusta percipována jako vina za vznik onemocnění. Konkrétní chování osoby může být (právem nebo neprávem) spojováno s výskytem onemocnění a existuje-li zde vědomý vztah, pak se může promítnout do pochopení odpovědnosti a viny. První reakcí řady homosexuálů, kteří onemocněli nemocí AIDS bylo to, že se jedná o trest za jejich pocitovanou deviantní sexualitu. Dříve byla lepra považována za boží trest za minulé hříchy

a v poslední době se setkáváme s tvrzením, že kouření tabákových výrobků a konzumace alkoholu je třeba brát jako osobní zodpovědnost do té míry, že lékařské zákroky jsou zpochybňeny a poukazuje se přitom na omezené zdroje zdravotní služby a na stále se zhoršující poměr nákladů a zisků.

Riziko

Toto téma stigmatizace se dotýká zjišťování toho, zda stigmatizující stav znamená nějaké společenské riziko, a pokud ano, jak akutní nebo vážné je zjištěné riziko. Tato dimenze je zaměřena na rozsah ohrožení sociálních skupin. Příkladem je opět choroba AIDS, u které mnozí kritici společnosti zdůrazňují rozsah změny sexuálního chování v závislosti na pocitované hrozbě, kterou způsoboval virus HIV. Starší příklad takového pojetí můžeme vidět v četných morových nákazách, které pustošily evropské společnosti po staletí s tím výsledkem, že infikovaní lidé byli odstraňováni ze společnosti. Známá je např. také „bariérová ošetrovatelská péče“, kdy infikovaná osoba (např. pacient bacilonosič, pacient s tuberkulózou apod.) je oddělena od komunity nemocničního oddělení a ošetrována o samotě v pokoji. Exkluze je v tomto případě způsobena pocitovaným rizikem, které může způsobit infekce, a proto jsou přijímána „vhodná“ sociální opatření. Protože infekce znamená pro ostatní individua určitý stupeň nebezpečí, je naší společenskou reakcí to, že se snažíme odstranit infikovanou osobu a vytvořit nějakou formu ochranné „bariéry“.

Stigma chápané v rámci nemoci

Graham Scambler zkoumal ve své analýze (1993) stigma v rámci zdraví a nemoci a navrhl pojem role nemocného, která byla vyvinuta Parsonsem, Gehardtem a Freidsonem. Význam těchto příspěvků je největší u Parsonse, který sledoval základní spojení mezi nemocí a deviací. Parsons definuje nemoc jako „poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role“ (Parsons, 1951). V jeho pojetí znamená tedy nemoc deviaci (odchylku) od normální sociální role. Hlavním důvodem chápání nemoci jako deviace je společenská nežádoucnost tohoto stavu a tedy to, že nemocný člověk se odchyluje od očekávání, které vůči němu má společnost. Jako je trestný čin deviace, vzhledem k zákoným normám, jako je či býval hřích vybočením

z náboženských pravidel, je nemoc odchylkou v plnění obvyklých společenských úkolů a rolí. Tím však není svéráznost nemoci pochopené jako deviace vyčerpána. Ve srovnání s ostatními deviacemi je nemoc (vyjma úmyslného přenosu některých závažných infekčních onemocnění) zvláštní v tom, že není následována negativními sankcemi, srovnatelnými s trestem za nezákonný čin či morálním odsouzením za přestupek vůči pravidlům společnosti. Lidé nemocného z tohoto stavu neobviňují, ale často mu dokonce projevují sympatie a poskytují podporu. Důvodem toho, proč je nemoc na rozdíl od ostatních deviací chápána tímto způsobem, je její předpokládaná nemotivovanost. Zatímco u trestního činu či morálního přestupku se předpokládá účast vůle subjektu a to, že tato osoba sleduje osobní prospěch, v případě nemoci takové poděření odpadá – nemoc se často objevuje bez volního přispění postiženého. To je důvod toho, že hlavní dělicí bod mezi nemocí a ostatními deviacemi je dán kritériem osobní zodpovědnosti.

Freidsonova analýza role nemocného přesahuje jak Parsonse, tak Gehardta a byla dále rozpracována Scamblerem: „...na rozdíl od Parsonse vidí Freidson sociální řídicí funkce lékařů jako funkce, které značně přesahují pouhý dohled nad rolí nemocného a mají jak negativní, tak pozitivní potenciál pro společnost“ (Scambler, 1993, 187). Scambler identifikuje celou řadu závažných onemocnění, která vedou ke stigmatizaci. Patří k nim AIDS, psoriáza, epilepsie, tuberkulóza, těžké popáleniny apod. Tvrdí, že tyto nemoci mohou být definovány jako stavy, které oddělují jejich nositele od „normálních“ lidí, a stávají se tak společensky nepřijatelnými nebo méněcennými bytostmi (Scambler, 1993). I na neplodnost se díváme jako na problém zatížený stigmatem. Muž klidně o sobě řekne, že má angínu nebo zlomenou ruku, ale že je neplodný, to už na sebe ochoten říci není, protože mu v tom brání stud, pocit zahanbení, který v člověku přežívá snad už ze starověku.

Největší překážkou v tom, aby se člověk plně zapojil do společenského života, nejsou jeho tělesné vady, nýbrž předivo mýtů, obav a nedorozumění, které lidé s takovými vadami spojují. Robert F. Murphy uvádí, že postižení vyvolávají v lidech po celém světě zvláštní pocity, avšak pro nedostatek komparativních dat je

těžké říci, do jaké míry a proč k tomu v té které zemi dochází. V Japonsku je stigma provázející postižení mnohem horší než v USA a poskvrnění, které často obklopuje postiženého, se tam přenáší i na jiné členy jeho rodiny. Naopak v severní Evropě se k postiženým lidem přistupuje uvolněněji a pozitivněji (Murphy, 2001, s. 99). V dnešní době podobnou stigmatizaci, i když v méně extrémní formě, někdy vyvolává AIDS.

Některá somatická onemocnění, která jsou spojována se stigmatizací, jsou poskvrněním, veřejným pošpiněním a jako taková se stávají součástí sociální identity nemocného. Jako zvláště silné sociální stigma se nepochybně prosazuje duševní nemoc. U duševně nemocných jde často o skryté stigma. Někteří pacienti s psychickým onemocněním jednají pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti a tím podněcují svoje okolí, aby je za méněcenné považovalo. Stále se setkáváme s negativním postojem společnosti k psychiatrickým nemocným. Sociální status duševně nemocných je mnohem nižší než status somaticky nemocných. Zdrojem nejsilnějšího odmítání duševně nemocného společností jsou situace, kdy nálepka „blázn“ je veřejně známá, nemocný se chová zřetelně v rozporu s normami a ve shodě s vlastním osobním zážitkem stigmatizace. Postoj k duševně nemocným je ovlivněn iracionálními předsudky a malou informovaností veřejnosti o skutečné povaze duševních nemocí. Na základě dotazníkového šetření (2369 respondentů) uvádí Angermeyer (1996), že existují i kulturní rozdíly mezi vnímáním duševně nemocných. Zatímco lidé v Novosibirsku či Ulánbátaru nepovažují duševně nemocné za nebezpečné, v Německu je tomu přesně naopak. Na duševně nemocného bývá pohlíženo jako na osobu nesvéprávnou, která je neschopna jakéhokoliv rozhodnutí, a podle toho je s ním i jednáno. Výsledkem tohoto stereotypu pojetí duševně nemocného jsou časté manipulace ze strany odborníků i okolí. Stigma psychiatrické hospitalizace a závažnější psychiatrické diagnózy se zmírňuje jen pomalu. Etiketizační teorie tzv. „labelling theory“ se soustřeďuje na proces označování určitého chování za deviantní a zkoumá, jak taková „nálepka“ může ovlivňovat lidské chování. Tato teorie tvrdí, že žádné chování není vrozeně deviantní. Teorie má samozřejmě i své odpůrce, kteří ji vytýkají především, že je příliš deterministická, že ten, komu je

přisouzena nálepka psychicky nemocného, je již poznamenán na celý život.

Proces, v jehož průběhu dojde ke stigmatizaci, začíná ještě dlouho před stanovením diagnózy psychiatrem, již v té době hodnotí lidé z okolí potenciálního pacienta psychiatrické péče. Laici si všímají především vnějších projevů postiženého – jeho výrazů, pohybů, postojů, řeči a zaznamenávají neobvyklé projevy v jeho chování. Pokud zjistí, že tento člověk se „chová divně“ nebo „blázní“, začíná se tím proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci. Postoje laika k příčinám psychických poruch můžeme rozdělit na příčiny: charakterové (duševní méněcennost, slabost, zvrhlost), organické (dědičné zatížení, nemoc mozku), situační (leknutí, životní rány, zhroucení, zhoršení materiální situace apod.).

Proto můžeme hovořit o třech zdrojích stigmatu: psychologickém, biologickém a sociálním. V každém případě by pacientovi pomohla spíše vstřícná reakce okolí a jeho začlenění mezi ostatní lidi. V daném případě rozhodují o tom, kdo je a kdo není psychiatrický pacient, lidé z laického okolí (příbuzní, známi), a nikoliv lékař, jak se obecně v literatuře uvádí. Tomu odpovídá i skutečnost, že psychiatr ve své ambulanci označí téměř 100 % svých klientů psychiatrickou diagnózou (Baudiš, Libiger, 2002, s. 49-50).

Role zdravotnického pracovníka v procesu stigmatizace není dosud prostudována v dostatečné míře. Je však zřejmé, že v tomto ohledu existuje vztah mezi profesemi, znalostmi a mocí (Turner, 1987). V každé společnosti jsou lidé, kteří viditelně disponují mocí zmírnit bolesti a utrpení nebo zasáhnout do záležitostí života a smrti, považováni za osoby, které mají vysoké společenské postavení a speciální moc. Je jasné, že v důsledku tohoto vlivu je jejich role ve společnosti předmětem hluboké úcty, jak to můžeme vidět na příklad u indických ajurvédských spiritualistů, asijských šamanských věstců, domorodých amerických šamanů či dokonce u lékařů v systémech založených na medicíně západního typu (Richman, 1987). Význam této skutečnosti pro stigmatizační proces, který je sociology pochopen jako kulturní artefakt, spočívá v koncepci medicinalizované moci. S úctou prokazovanou určitým rolím jde ruku v ruce technická moudrost (často falešná), přičemž laikové jsou hluboce přesvědčeni, že lékařské znalosti jsou svou povahou nadpřirozené schop-

ností. Toto přesvědčení často zaslepuje laiky, a někdy dokonce i některé profesionály, kteří pak nevidí omezenost medicínských znalostí (Illich, 1976), a může dosti přispívat ke vztahu mocní-slabí; z tohoto modelu se pak odvozují mnohé představy o zdraví (health belief models). Irving Zola dokonce v dané souvislosti tvrdí, že lékařská profese se stala „pohřebištěm pravdy“, neboť názory lékařů silně ovlivňují názory ostatních lidí nejen na antisociální chování, ale i na každodenní život celé populace. Téměř všechny oblasti našich každodenních činností jsou do určité míry určovány tím, co lékaři charakterizují jako normální (zdravé) a co je nenormální (nezdravé) (Zola, 1977, Morrall, 2001: 101). Lékařské povolání má ve společnosti značnou moc, která se konkretizuje do populárních lékařských pojmů a lékařských metod šířených mezi veřejností. Medicínskou iniciativu však nerozvíjí pouze lékaři, případně i sestry a představitelé dalších nelékařských oborů jako fyzioterapie, ergoterapie, farmacie apod., ale snad ještě výrazněji i průmysl vyrábějící nezbytné doplňky lékařské praxe. Zejména farmaceutické společnosti propagují energicky hegemonii lékařů a zdravotnických postojů.

Podle Zoly jsou téměř všechny oblasti našich každodenních činností infiltrovány lékařskou charakteristikou toho, co je normální (zdravé) a co je nenormální (nezdravé) (Zola, 1977, In: Morrall, 2001, s. 101). Znamená to, že celá naše existence byla medicinalizována.

Reakcí na tento stav je vzrůst důvěry nemocných v individuální aktivity, svépomoc, přijetí odpovědnosti za svůj zdravotní stav, ale i obrát k alternativním službám. To má za následek pokusy o vypracování kodexů „práv pacientů“, které by je ochraňovaly před všemohoucností profesionálů, resp. před nevhodným působením zdravotnických institucí. Tyto etické kodexy práv pacientů nejsou jednou provždy dány, nýbrž se v průběhu času obměňují.

Rozvíjí se patientské hnutí, které vyžaduje, aby nemocný člověk byl respektován jako celistvá a autonomní osobnost, aby byl brán zřetel na základní lidské a společenské hodnoty, jimiž jsou úcta k životu, lidská důstojnost, svoboda a solidarita.

Také tradiční vztah lékař – pacient, který popsal v 50. letech Parsons jako vztah paternalistický, prošel od 60. let minulého století velkou proměnou a je nahrazován vztahem partnerským.

ZÁVĚR

V tomto příspěvku jsme se dotkli některých teoretických koncepcí stigmatu a poukázali na psycho-sociální povahu procesu stigmatizace a na emoční dopad stigmatu ve vztahu k identifikaci, anticipaci, pochopení a řešení tohoto problému. Je naznačen význam role zdravotnického pracovníka v procesu stigmatizace.

LITERATURA

- ANGERMEYER, M. C., MATSCHINGER, H.: Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94: 324-336.
- BÁRTLOVÁ, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005.
- BAUDIŠ, P., LIBIGER, J.: *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002.
- GEHARDT, U.: Parsons, role theory and health interaction. In SCAMBLER, G. (ed.) *Sociological theory and medical sociology*. London: Tavistock, 1987.
- GOFFMAN, E.: *Stigma. poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Práva pacientů - komentované vydání*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996.
- HRČKA, M.: *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001.
- ILLICH, I.: *Medical Nemesis (The expropriation of health)*. New York: Random House, 1976.
- JONES, E. E., FARINA, A., HASTORF, A. H. et al.: *Social stigma, the psychology of market relationships*. New York: W. H. Freeman, 1984.
- MURPHY, R. F.: *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001.
- PARSONS, T.: *The Social System*. New York: Free Press, 1951.
- RICHMAN, J.: *Medicine and health*. London: Longman, 1987.
- SCAMBLER, G.: *Sociology as applied to medicine*. London: Bailliere Tindall, 1993.
- TURNER, B. S.: *Medical power and social knowledge*. London: Sage, 1987.
- ZOLA, I.: Healthism and disabling medicalization. In: MORRALL, P. *Sociology and Nursing*. London: Routledge, 2001.

Sylva Bártlová
bartlova@nconzo.cz