PROCES MEDICINALIZACE

Medicinalization process

8: 200 - 435, 2006
ISSN 1212-4117

Sylva Bártlová

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno

Summary

The article contains degrees through which the medicinalization process passes, i.e. identification, classification, diagnosis, intervention and prognosis. These degrees are shortly demarcated. Positive and negative sides of this phenomenon are pointed out, which is a significant secondary product of growth of knowledge in the sphere of medicine. Sociological approach to medicinalization is critical. Sociologists state that, in addition to aspects of "social control", there is also indirect "checking" effect of medicinalization in medical praxis, which is much more powerful. By focusing exclusively on the patient, the physician individualizes social problems. But a number of serious illnesses have social and environmental dimensions. A lot of fatal diseases are conditioned by poverty, bad housing, unfavourable natural environment and also risk working conditions. But medical hegemony is also result of real success in curing some diseases. As the medical terminology has spread in a lot of human activities and to the solution of a lot of problems, demedicalization and deprofessionalization efforts emerge more and more. At present we witness demedicalization processes when physicians and patients have tried to eliminate some aspects of human behaviour out of reach of medicine in a number of cases. Some critics of medicinalization try to redefine aspects of life like e.g. birth, death etc. as private affairs in which medical intervention should be limited. Although these efforts constitute only the beginning of resistance against medicinalization of the society and seem to be isolated exceptions of "medicinalization" trend so far, they also point out certain problems in this fight initiated.

Key words: medicinalization – medicinalization process – social control - stigmatization

Souhrn

V článku jsou uvedeny stupně, kterými prochází proces medicinalizace, a to identifikace, klasifikace, diagnóza, intervence a prognóza. Tyto stupně jsou stručně vymezeny. Je poukázáno na kladné i záporné stránky tohoto fenoménu, který je významným vedlejším produktem růstu poznatků v oblasti medicíny. Sociologický přístup k medicinalizaci je kritický. Sociologové uvádějí, že kromě aspektů „společenské kontroly“ v lékařské praxi existuje rovněž nepřímý „kontrolní“ účinek medicinalizace, který je daleko mocnější. Zaměřením se výhradně na pacienta individualizuje lékař společenské problémy. Avšak mnoho vážných nemocí má společenské a environmentální rozměry. Mnoho smrtelných nemocí je podmíněno chudobou, špatným bydlením, nepříznivým přírodním prostředím a také rizikovými pracovními podmínkami. Lékařská hegemonie je však i výsledkem skutečného úspěchu v léčbě některých nemocí. Tak jak se lékařská terminologie rozšířila do mnoha lidských aktivit a na řešení řady problémů, objevují se ve stále větší míře demedicalizační a deprofesionalizační snahy. V současné době jsme svědky demedicalizačních procesů, kdy se lékaři i pacienti pokusili v řadě případů odstranit některé aspekty lidského chování z dosahu medicíny. Někteří kritikové medicinalizace se snaží redefinovat aspekty života, jakými jsou např. narození, smrt apod., jako soukromé záležitosti, ve kterých by měly být lékařské zásahy limitovány. Ačkoliv tyto snahy jsou jen počátkem odporu proti medicinalizaci společnosti a zdají se být dosud izolovanými výjimkami „medicinalizačního“ trendu, upozorňují i na určité problémy v tomto započatém boji.

Klíčová slova: medicinalizace – proces medicinalizace – společenská kontrola – stigmatizace

ÚVOD

Termín medicalizace se vztahuje ke způsobu, kterým se převádí některý z aspektů lidského života nebo tělesný stav člověka do profesní lékařské sféry. Americký sociální filozof I. Illich již v roce 1976 uvádí, že lékaři získávají společenskou dominanci přesahující jejich kompetence tím, že některé sociální otázky a fyziologické aspekty života byly medicalizovány. To znamená, že dostávají označení v lékařské terminologii, jsou chápány jako odborné lékařské problémy a mají být řešeny lékařskou intervencí. Někdy dochází k rozlišení pojmu medicalizace a medicalizace. Např. K. Ivanová rozumí medicalizací pojem širší, který znamená označení (dříve běžných) životních jevů a procesů za hodných zájmů medicíny. Medicína o nich podává informace a pomáhá je medicínským způsobem vyřešit. Medicalizace znamená řešení každé z normálu vybočující situace nějakým chemickým či přírodním přípravkem, doporučeným lékařem nebo jeho výrobcem (Ivanová, 2006). Dle mého názoru jde jen o rozdíl v překladu tohoto pojmu z anglického jazyka.

Lékařská profese má ve vyspělých zemích na poli nemoci v podstatě monopolní postavení. Souvisí to i s rostoucím postavením zdraví v hodnotovém žebříčku člověka v současné společnosti. Společnost, která cení výkonnost, aktivitu, mládí, musí vysoce hodnotit i zdraví. Péče o zdraví se stala hodnotou, která je aktuální pro velké skupiny obyvatelstva. Dalším významným aspektem, přispívajícím k rozvoji medicalizace, je přeceňování možností medicíny. Ze statistických údajů, které informují o úspěších medicíny, o prodlužování lidského života, vymýcení některých nemocí, vzniká dojem, že medicína je schopna řešit mnoho dalších problémů stejně úspěšně. Řada různých společenských i osobních faktorů tak může být ovlivňována lékařskými zásahy. Plně lze do tohoto okruhu zahrnout narození a smrt, alkoholismus, drogové závislosti, týrání dětí, některé oblasti kriminality apod. (Illich, 1976). Jak uvádí M. Foucault, lze tímto způsobem podřítit „lékařskému pohledu“ mnoho oblastí lidského života (Foucault, 1973). Příkladem toho, jak může být převeden stav lidského života do lékařského vnímání, je např. porod. V dřívější době byl porod se všemi jeho komplikacemi posuzován jako přirozený fyziologický proces, který ležel mimo kompetenci medicíny. Péče

o ženu při porodu byla v laických rukou a při poskytování porodní pomoci převládaly dlouho pověry a zařikání. Každá obec měla svoji „porodní bábu“, jejíž autorita byla postavena především na zkušenostech. Ještě v první polovině minulého století nebyly výsledky porodů nikterak valné, spousta dětí a matek umíralo. Vývojem doby byl porod medicalizován. S rozvojem vědy a techniky se začaly budovat porodnice a nemocnice. Zprvu byly nemocniční porody výsadou bohatých, později se rozšířily mezi široké vrstvy a porod se přesouval ze soukromí domova do porodnic. I když se výsledky postupného snižování kojenecké úmrtnosti přičítají především medicíně, je třeba vzít v úvahu takové věci, jako je zvyšování životní úrovně, hygieny apod. S rozvojem medicíny v 50. - 60. letech minulého století převládlo přesvědčení, že medicína je schopna zasahovat i do problémů, které společnost tradičně řešila bez její účasti. Rovněž těhotenství bývá vnímáno spíše jako medicínský problém než jako přirozený stav. V současné době je chápán porod jako významná životní událost, spadající výhradně do kompetence medicíny, probíhá v jejích zařízeních, kontrolují a vedou ho lékaři a zdravotničtí pracovníci. Je proto situací medicínsky relevantní. Porod mimo porodnici je považován za rizikový. Dnes je však i tento postup revidován, objevuje se snaha provádět porody alespoň u zcela fyziologicky probíhajících těhotenství v domácím prostředí.

Další příklady medicalizace deviatního chování jako např. problematiku závislosti, kriminality, gamblerství apod., psychiatrizaci lidského života a mnoho dalších společenských i osobních faktorů, které mohou být v současné době ovlivňovány lékařskými zásahy, uvádí řada autorů (Chromý, 1990, Morrall, 2001, Bártlová, 2005).

Lékařská profese má tedy značnou moc, která je konkretizována šířením lékařských pojmů a lékařských metod mezi veřejností. Medicínskou iniciativu však nerozvíjí pouze lékaři, případně i sestry a představitelé dalších nelékařských oborů jako fyzioterapie, ergoterapie, farmacie apod., ale rovněž i průmysl vyrábějící nezbytné doplňky lékařské praxe. Lékařskou hegemonii energicky vyhlásují zejména farmaceutické společnosti.

Lékařská profese, jak tvrdí I. Zola, se stala „pohřebištěm pravdy“, kdy názory lékařů silně

ovlivňují názory ostatních nejen na antisociální chování, ale i na každodenní život celé populace. 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: 101). Znamená to, že celá naše existence byla medicinalizována.

PROCES MEDICINALIZACE

V rámci procesu medicinalizace lze hovořit o pěti stupních, které formují „klinický pohled“. Je to identifikace, klasifikace, diagnóza, intervence a prognóza. Nyní k jednotlivým bodům:

- a. *Identifikace* - je nezbytná proto, aby odborníci, v daném případě lékaři, byli schopni stanovit rozdíl mezi daným problémem a normální situací. Příkladem může být vrozená abnormalita, kdy lékaři rozhodnou, zda se jedná o medicínský problém, nebo ne. Zpočátku může být daný problém považován i za morální nedostatek, např. opíjení se. Nebo jev, který byl v minulosti přehlížen nebo nesprávně hodnocen, jako např. týrání dětí a teprve lékařský zájem tento problém zviditelní.
- b. *Klasifikace* - jejíž pomocí může lékař zařadit tento „problém“ do nosologického systému. Nejde o odhalení biologické podstaty jevu, ale spíše o reorganizaci dosud známých skutečností z hlediska medicínského pohledu. Toto třídění „problémů“ vyvolává dojem (často mylný) medicínských znalostí, umožňujících lékařům intervence. Příkladem by mohly být HIV a AIDS, které jsou snadno zařaditelné v rámci virologických a imunologických klasifikačních systémů, ale které odolávají přesvědčivým intervenčním strategiím, jež mají zabránit jejich následkům.
- c. *Diagnóza* - je často zaměňována za klasifikaci, protože se zdá být velmi příbuzná. Avšak podstatný rozdíl v diagnóze je, že obsahuje požadavek vysvětlení, aby měla určitý stupeň vztahu příčiny a následku. V diagnóze je potřeba provést etiologické vysvětlení „problematického stavu“, tj. odkud pochází a jak k němu došlo. Za příklad lze považovat vysvětlení vrozené vady v rámci genetických struktur, ačkoliv důležitou otázkou „proč“ nelze řešit.
- d. *Intervence* - vychází ze zásady, že musí být

navržena nějaká forma intervenční strategie, aby byl medicinalizační proces přesvědčivý. Intervenční strategie může, nebo nemusí být efektivní, může být jen zmírňující, avšak všechny medicinalizované problémy musí být spojeny s lékařskou „vědou“, aby zmírnily utrpení, které je skutečné nebo pocíťované – dokonce i smrt. Jde o oficiální nové vymezení pravomocí, v podstatě o potvrzení lékařské kompetence ze strany státu, respektive na legislativní úrovni.

- e. *Prognóza* - je poslední stupeň medicinalizace, v němž musí být medicína schopna vytvořit předpověď, pokud jde o výsledek problému. Prognóza se vztahuje k souboru lékařských intervencí, které jsou aplikovány v předchozím stupni. Ve skutečnosti je to nemoc nebo abnormální jedinec, který je předmětem prognózy, pokud jde o schopnost medicíny tento problém vyřešit (Watkins, Carlisle, Whitehead et al., 2001). Někdy bývá tento poslední stupeň nazýván institucionalizací lékařské kontroly a znamená širší ztotožnění s medicínským výkladem a vznik specializovaných institucí, programů atd. (Chromý, 1990).

Jakmile je proces medicinalizace dokončen, zakotví tento problém pevně ve vědeckém racionalismu současné společnosti a tím je jakákoliv pochybnost o jeho autenticitě velmi ztížena. Má však i další znak, a to, že přesouvá zodpovědnost za řešení problému na jedince, kterého se problém týká. Jak uvádí Parsons, ve formě přijetí role nemocného se předpokládá, že postižená osoba chce postupovat směrem ke stavu normality a vyhledá lékařskou pomoc, aby toho dosáhla (Parsons, 1951). Dle Parsonse má role nemocného 4 charakteristické rysy:

1. nemocný je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí,
2. je zproštěn svých dosavadních povinností,
3. je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti,
4. je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě.

Ze sociologického hlediska je nemocný nejčastěji označován jako jedinec, který se nachází ve zvláštní situaci, neboť jeho nemoc mu brání vykonávat společenské funkce, jež za normál-

ních okolností plnil. Blíže pohled na stavbu role nemocného ukazuje jakousi vyváženost – první dva znaky vyjadřují výsady, další mají ráz povinností, které podmiňují přiznání úlev. Zejména povinnost spolupracovat s odborníky ukládá nemocnému i snášení řady nepříjemností. Režim neschopných práce je spojen s řadou omezení, která jsou z biologického hlediska neopodstatněná (např. pobyt doma i u nemocných, kteří se mohou bez rizika pohybovat apod.). Ještě více nepříjemností představuje ústavní léčba jako např. nedostatek rozptýlení, málo chutná strava, omezení kontaktu s blízkými osobami atd. Předpokládá se, že v podtextu sankčních opatření je snaha jednak snížit přitažlivost role nemocného pro její nositele, jednak izolovat nemocné členy společnosti od zdravých pro obavu z motivační nakažlivosti nemoci.

Jiným typem poruchy může být stav, kdy si jedinci nepřejí být uzdraveni. Příkladem mohou být pacienti, u nichž byla diagnostikována např. rakovina a kteří odmítají léčbu pomocí chirurgických postupů, chemoterapie, radioterapie a nechávají věcem přirozený průběh. Dalším příkladem mohou být pacienti s mentální anorexií, kteří bojují proti lékařské intervenci a upřednostňují raději následky svého jednání než výživu podávanou proti jejich vůli.

Podle těchto scénářů je vina svalována na samotné nemocné nebo jsou tito pacienti označováni kvůli svému „abnormálnímu“ rozhodnutí za psychiatrické případy.

V tomto smyslu lze pohlížet na zdravotnické profesionály jako na součást stigmatizačního procesu, který může směřovat až k vyloučení a marginalizaci pacientů. Některé nemoci totiž představují stigmatizaci, jsou poskvěněním, veřejným pošpiněním, které se stává součástí sociální identity nemocného. Stigmatizováni jsou např. pacienti s pohlavními, kožními chorobami, tuberkulózou, neslyšící apod. V dnešní době podobnou stigmatizaci, i když v méně extrémní formě, někdy vyvolává AIDS. Duševní nemoc funguje rovněž jako silné sociální stigma. E. Goffman v klasické knize *Stigma* poukazuje na to, že osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako „horší než člověk“ (Goffman, 1963). Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele, tak znehodnocujícím přístupem okolí. Často nezáleží na tom, zda jde o psychózu, neurotické projevy či poruchy osobnosti. Samotný fakt psychiatrické léčby

může znamenat automatické nálepkování. Značkování pacientů se nevyhne ani psychiatři, kteří se řídí zásadou, že přehlédnutí nemoci je mimořádně vážná chyba, zatímco její mylné diagnostikování je závada menší (Chromý, 1990). Nálepkování, resp. stigmatizace nemocného kontaktem s psychiatry je i dnes značně aktuální. Lékaři získávají stále větší moc provádět sociální kontrolu pod hlavičkou vědy a do společnosti stále více proniká ideologie terapeutického státu, kdy se se zodpovědnými občany zachází jako s nesvéprávnými pacienty (Hrčka, 2001: 135). 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 „blázná“ je veřejně známá, nemocný se chová zřetelně v rozporu s normami a ve shodě s pocíťovanou stigmatizací. Reakce společnosti na nemoc patří k významným sociologickým tématům. Záleží jen na společnosti, zda jsou pacienti postižení určitou chorobou vnímáni jako odepsaní jedinci, nebo jako hrdinové. V současné době jsme svědky destigmatizace psychiatrie, jejímž cílem je změnit stereotyp člověka trpící duševní chorobou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj lékařů, zaměstnavatelů i rodiny.

SOCIOLOGICKÝ POHLED NA MEDICINALIZACI

Sociologové zaujali velmi kritický postoj vůči procesu medicinalizace. Uvedený pojem byl aplikován sociálními vědci k popisu toho, jaký negativní účinek může mít lékařská profese vůči jednotlivci i společnosti. Již Parsons poukazyval na to, že lékaři získávají role a společenské funkce, které bezprostředně nejsou součástí léčebného procesu. Naznačil souvislosti mezi medicínou a sociálněkontrolními funkcemi. Je toho názoru, že je to lékař, prostřednictvím něhož může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému (nemocnost, morbiditu atd.). Lékař má za úkol nemoc definovat, tzn. vyhledat, stanovit, z čeho se skládá a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Lékař legitimizuje status nemoci. Je osobou vlastníci monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících určení nemoci a její terapii. Proto se jeho mocenská pozice jeví jako „přirozená“. Tato mocenská

pozice je současně zatěžující (Parsons, 1951).

Kromě aspektů „společenské kontroly“ v lékařské praxi existuje rovněž nepřímý „kontrolní“ účinek medicalizace, který je daleko mocnější. Jde především o individualizaci, to znamená vynětí problému ze sociálního kontextu.

Když lékaři léčí pacienta onemocnělého např. bronchitidou, srdečním selháním, rakovinou plic nebo duševní poruchou, je zákrok zaměřen na jednotlivce. Je to jedinec, který se musí kvůli prohlídce svléknout, je to jeho krev, která se posílá do laboratoře na vyšetření, a je to osoba, které se podávají léky nebo je podrobena chirurgickému zákroku. Avšak mnoho vážných nemocí má společenské a environmentální rozměry. Mnoho smrtelných nemocí je podmíněno chudobou, špatným bydlením, nepříznivým přírodním prostředím a také rizikovými pracovními podmínkami.

Zaměřením se výhradně na pacienta individualizuje lékař společenské problémy. To znamená, že lékařská praxe posiluje samotný společenský systém, který je v podstatě zdrojem mnoha chorob. Když lékaři provádějí léčebné zákroky na jednotlivcích, je navíc snižována zodpovědnost státu za změnu společnosti, která se neobejde bez značných státních finančních dotací.

Bez zavedení kontroly povedou medicalizační aktivity lékařů ke kvantifikaci stále více nemocí, které se musí diagnostikovat a léčit pomocí narůstajícího rozsahu vyspělých technologií (Morall, 2001: 107).

Lékařská profese je však do jisté míry ovlivňována veřejným zdravotnictvím, které poskytuje širší vědomostní základnu pro determinanty zdraví a nemoci. Biomedicínské a individualistické výklady toho, co udržuje zdraví a co způsobuje nemoc, jsou zahrnuty do obsáhlejšího a propracovanějšího výkladového rámce, který alespoň částečně uznává socioenvironmentální faktory.

Medicalizace však nemusí mít pouze funkci společenské kontroly, která ji dává legitimitu. Jak poznamenává Scambler, je lékařská hegemonie částečně i výsledkem skutečného úspěchu v léčbě některých nemocí. Navíc perspektiva velkého pokroku lékařské vědy díky genovému mapování, počítačovým technologiím a účinku léků na biochemii člověka předpokládá další úspěchy medicíny. Realistický pohled připouští, že lékařský pokrok je charakterizován

úspěchy i neúspěchy, ale to je dáno přirozenými problémy, které má věda při definování cílů své činnosti. Znamená to, že věda je schopna se pouze přiblížit ke skutečným událostem a že vědecká medicína pouze posuzuje na základě „nejlepší domněnky“ příčinu a tedy i léčbu nemoci. Věda i medicína jsou navíc součástí společenského kontextu, který stanoví a směřuje jejich jednotlivé i společné programy. Ať jsou však omyly zjištěné ve vědeckém i lékařském úsilí jakékoliv, existuje obecná inklinace k objevování faktů, příčin a příčinných vztahů. Nikdy nebudou existovat absolutní znalosti ani zcela jasné pochopení toho, co tvoří fyzický a přírodní svět a co přesně plodí nemoci a léčí je, ale to by nemělo vést k ignorování toho, co známe (Scambler, 1997).

ZÁVĚR

Tak jako se lékařská terminologie rozšířila do mnoha lidských aktivit a zaměřila na řešení problémů, které nejsou primárně nemocí, tak také diskuse o uvedených otázkách bude nadále pokračovat a budou se objevovat ve stále větší míře demedicalizační snahy (tj. vynětí problému z medicínského kontextu) nebo deprofesionalizační snahy (tj. problém zůstává definován jako zdravotní porucha, ale je vyjímán z kompetence lékařských odborníků a zdravotnických institucí a svěřován laickým organizacím, např. svépomocným skupinám). Jak již bylo řečeno, medicalizace se neobešla bez kritiky. V současné době jsme svědky demedicalizačních procesů, kdy se lékaři i pacienti pokusili v řadě případů odstranit některé aspekty lidského chování z dosahu medicíny. Lékaři vyčlenili homosexualitu z oficiálního manuálu psychiatrických poruch, když začali tvrdit, že homosexuální styk se souhlasícím dospělým není nemocí. Také lidé s rozličnými problémy, jako např. gambleři, zneužívané manželky apod., začali zakládat především v USA svépomocné skupiny k zvládnutí svých problémů bez zásahu medicínské autority. Někteří kritikové medicalizace se snaží redefinovat aspekty života, jakými jsou např. narození, smrt apod., jako soukromé záležitosti, ve kterých by měly být lékařské zásahy limitovány.

Ačkoliv tyto snahy jsou jen počátkem odporu proti medicalizaci společnosti a zdají se být dosud izolovanými výjimkami „medicalizačního“ trendu, upozorňují i na určité problémy v tomto započatém boji.

LITERATURA

- BÁRTLOVÁ, S.: Medicinalizace – problém stále živý. In: *Sociální práce/Sociální práce*, Brno: ASVSP, Fakulta sociálních studií MU, 2005. 1: 115 – 121.
- FOUCAULT, M.: *Birth of the clinic: an archaeology of medical perception*, New York: Vintage, 1973.
- GOFFMAN, E.: *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin, 1963.
- HRČKA, M.: *Sociální deviace*, Praha: Sociologické nakladatelství, 2001.
- CHROMÝ, K.: *Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled*, Praha: Avicenum, 1990.
- ILLICH, I.: *Medical Nemesis (The expropriation of health)*, New York: Random House, 1976.
- IVANOVÁ, K.: *Etika a organizační kultura v managementu zdravotnictví*, Brno: NCO NZO, 2006.
- MORRALL, P.: *Sociology and nursing*, London: Routledge, 2001.
- PARSONS, T.: *The social system*, New York: Free Press., 1951.
- SCAMBLER, G.: *Sociology as applied to medicine*, London: Saunders, 1997.
- WATKINS, C., CARLISLE, C., WHITEHEAD, E. et al.: Relationship to practice. In: T. Mason et al. (ed.): *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*, London and New York: Routledge, 2001, 41 - 48.
- ZOLA, I.: Healthism and disabling medicalization. In: P.Morrall, P.: *Sociology and Nursing*, London: Routledge, 2001.

Sylva Bártlová
bartlova@nconzo.cz