

Uwagi o niektórych skutkach medykalizacji i psychiatryzacji zjawisk życia codziennego*

Triumwirat: pacjent – establishment medyczny – korporacje, działa we wzajemnym porozumieniu.

David H. Newman, *Cień Hipokratesa. Tajemnice domu medycyny. Znak, 2010, s.47*

Wstęp

Ostatnie dekady XX wieku i pierwsze dekady wieku XXI to czas intensywnych zmian w nauce, kulturze, obyczajach o intensywności i dynamice niespotykanych w dziejach cywilizacji. Z perspektywy lekarza-psychiatry owa wielowymiarowa rewolucja niesie szereg konsekwencji dla osoby pacjenta, a w szczególności prowadzi do fundamentalnego pytania: co to znaczy być pacjentem „psychiatrycznym” i jak dochodzi do tego, że ktoś staje się „pacjentem psychiatrycznym”.

Wydawałoby się, że medycyna, ufundowana na naukach przyrodniczych, stanowi zwarty obszar, a jej rozwój to – zgodnie z oświeceniowym ideałem – kolejne piętra wspaniałego gmachu wiedzy, opartej na poszukiwaniu i docieraniu do prawdy obiektywnej. Jednak, nie kwestionując dokonania medycyny, dostrzegając olbrzymie jej zasługi w przedłużaniu życia ludzkiego, w wykrywaniu i zwalczaniu chorób oraz w redukcji cierpień wynikających z chorób, warto zwrócić uwa-

gę na te zjawiska, które występują na styku medycyny i życia codziennego, a które przez swą powszechną obecność mogą uchodzić naszej uwadze. Okaże się bowiem, że owe granice między tym, co „medyczne”, a tym co jest naturalną „kondycją ludzką” nie są wyznaczone przez „rzeczywistość obiektywną”, lecz są wytworem społecznych dyskusji, sporów, a także efektem gry ekonomicznej, w której bynajmniej nie tzw. dobro pacjenta jest wartością nadrzędną.

Zawężając zakres rozważań, wspomnę, że nie będzie tu mowy o schizofrenii czy innych psychozach; pytanie, czy są to choroby psychiczne czy może jedynie konstrukcje psychiatrów, pozostawiam anty-psychiatrom. Skoncentruję się natomiast na tych zjawiskach i procesach, które określane są jako medykalizacja i psychiatryzacja. Zanim jednak podejmę ten wątek, warto kilka słów poświęcić powszechnie opisywanemu tzw. kryzysowi w służbie zdrowia.

Kontekst ekonomiczny i kulturowy

Paradoksalnie, narastającej obecności medycyny w życiu codziennym towarzyszy tzw. kryzys służby zdrowia, opisywany w wielu krajach (także tych o wysokim PKB). Niewykluczone, że ów kryzys stał się tak powszechny właśnie z powodu narastającego w społeczeństwach mitu o wszechmocy me-

* XXIII Sympozjum PNTZP, Bielefeld-Bethel 2012

dycyny i skierowywanego pod jej adresem oczekiwania, by zapewniła ona ludziom życie długie, przyjemne i szczęśliwe. Z perspektywy filozofa, Michaela Foucault medycyna staje się swego rodzaju quasi-religią (1999). Mityczna moc medycyny znajduje pośrednie potwierdzenie w narastającej w społeczeństwach wierze w moc lekarstwa: według danych zebranych przez psychiatrę z Columbia University Timothy'ego Walsha wynika, że w okresie 1981-2000 efekt placebo wzrastał o 7% co dekadę (za Barber 2008, s. 84). Być może mit, że dzięki medycynie można być nie tylko zdrowym, ale także zawsze pięknym i zawsze młodym i że każdy obywatel ma do tego pełne prawo, współtworzy tej medycyny niewydolność¹.

Z tym związany jest kolejny paradoks. Zestawmy trzy okoliczności:

1. Nakłady na medycynę rosną – w Stanach Zjednoczonych procent produktu narodowego wydawanego na medycynę wzrósł z 4.5% w 1950 r. do 16% w 2006 roku (za Conrad P., 2007, s. 4)² i coraz większe są możliwości ratowania życia ludzkiego.

2. Narasta subiektywnie przeżywane przez obywateli poczucie niewydolności Służby Zdrowia.

3. Badania wskazują, że opieka zdrowotna wpływa na stan zdrowia populacji jedynie w 10%, a pozostałe 90% to wpływ uwarunkowań genetycznych, behawioralnych, społecznych i środowiskowych (Mokdad 2004, za: Newman 2010).

Kulturowy kontekst „podatności na medykację” to – obok wspomnianej wyżej wiary w naukę – ponowoczesność sprzyjają-

ca hedonizmowi (jak być ładnym, sprawnym, młodym i jak unikać przykrości) i konsumpcjonizmu (wszystko da się kupić). Trzeba przyznać, że jest to paradoksalne połączenie modernistycznej wiary w moc nauki z klimatami postmodernistycznymi, skądinąd sceptycznymi wobec nauki.

Co to jest medykacja?

Zjawisko medykacji to proces, w którym problemy dotychczas uznawane za „niemedyczne” zostają definiowane, opisywane i traktowane jako medyczne, głównie poprzez stosowanie terminologii chorób i zaburzeń oraz poprzez zastosowanie procedur leczniczych. Innymi słowy jest to tworzenie, promowanie i aplikowanie kategorii medycznych do ludzkich problemów i wydarzeń (human condition).

Niekiedy przejście ze „słownika życia codziennego” do języka medycznego (oraz tego skutek pod postacią farmakoterapii) dotyczy dyskomfortu ciała (np. ktoś zmęczony może uznać, że cierpi na Fatigue syndrome). W konsekwencji – to rutyna wielu ambitnych młodych biznesmanów – rano należy zażyć środek pobudzający, a wieczorem – środek nasenny. Drugi teren medykacji to traktowanie naturalnych zjawisk życiowych (np. starzenie się) jako problemu medycznego (np. chirurg usunie zmarszczki).

Medykacja to niekiedy „biomedykacja”. Polega ona na zmianie opisu z psychologicznego na biologiczny. Karierze Viagry towarzyszy zmiana nazwy z „impotencji” na „dysfunkcję erekcji” (Fishman 2007), a seksualność ludzka coraz częściej opisywana jest nie w kategoriach psychologicznych czy interpersonalnych, lecz biologicznych (Conrad 2007).

Konsekwencją medykacji jest przejmowanie przez medycynę kontroli nad ludzkimi zachowaniami i oddawanie władzy służbie zdrowia oraz firmom farmaceutycznym. Niektórzy analitycy uważają, że zjawisko to jest jedną z najważniejszych przemian w świecie zachodnim obecne w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku.

¹ Abstrahuję w tym miejscu od systemowych i organizacyjnych błędów w zarządzaniu służbą zdrowia, pragnę jedynie podkreślić, że powszechne przekonanie, że każdemu należy się pełny serwis medyczny (popularne hasło nie tylko populistycznych polityków: „na zdrowiu nie można oszczędzać”) jest tyleż piękne co utopijne.

² W Polsce ten wskaźnik wynosi zaledwie 7 proc. PKB, we Francji – 11 proc. PKB. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych w 2030 r. nakłady na zdrowie mogą wzrosnąć do 29 proc. PKB.

Dodajmy od razu: idea włączenia medyków lub tych, którzy niegdyś pełnili tę rolę w „wydarczenia nie chorobowe” (human condition) ma swoją długą historię³. Ale pojęcie medykacji pojawiło się w obiegu dopiero w drugiej połowie XX wieku. W roku 1951 Talcott Parsons w swojej klasycznej pracy (*The Social System*) opisał rolę chorego podkreślając, że ta rola może legitymizować wiele ludzkich kłopotów. (Pamiętajmy: „pacjent” to nie stan biologiczny czy psychiczny, lecz rola społeczna). Michael Balint (1957) opisuje różnicę między chorobą „niezorganizowaną” a „zorganizowaną”, czyli zdiagnozowaną. Socjologowie wskazują, że nadanie diagnozy zmienia społeczną tożsamość danej osoby.

Ważnym wątkiem w rozwoju idei medykacji była refleksja nad stykiem psychiatrii i prawa i klasyczny dylemat *bad or mad* (Kitts 1968, Conrad 1975, za Conrad P., 2007, s. 4) oraz pojawienie się pojęcia „medyczny imperializm” (Illich, 1976), które odnosi się do zjawiska stopniowego zawłaszczania przez medycynę obszarów życia codziennego.

W latach 90. XX wieku intensywnie rozwija się ruch konsumerski. Ta „handlowa” okoliczność stworzyła możliwość adresowania oferty leku bezpośrednio do użytkownika (regulacja prawna w USA nastąpiła w 1997 roku) i wpłynęła na rozwój rynku medycznego i korporacjonizmu medycznego. Innymi słowy: reklama uczyniła z telewidza czy radiostuchacza decyden⁴, jak przy pomocy lekarstwa zahamować proces przemijania i opóźnić starzenie się⁵, jak zintensyfikować przyjemność (kariera

Viagry) czy jak poprawić niedostatki urody. „Medycyna” zajmująca się pięknem i młodością rozwija się i rozwijać będzie szczególnie intensywnie⁶. Medycyna kosmetyczna to już nie tylko operacje plastyczne, zmieniające kształt warg, twarzy, pośladków, piersi czy narządów płciowych, ale także np. leki na wygląd rzęs: najpierw kobieta u siebie rozpoznaje – przy pomocy reklam telewizyjnych – tzw. hypotrychozę, a potem kupuje leki, by rzęsy były dłuższe i gęstsze. A jak pisze z ironią Zygmunt Bauman, „nigdy nie jest tak, by rzęsy nie mogły być dłuższe i gęstsze”. (Bauman 2004, s. XYZ). O sile oddziaływania wprost na konsumenta świadczy fakt, że w Stanach Zjednoczonych w roku 2004 na reklamy DTC (*direct-to-consumer*) wydano 4,5 mld \$.

Odrębną, często bulwersującą etycznie dziedziną jest medykacja sportu. To nie tylko rynek używek i medykamentów poprawiających wydolność organizmu. W sukcesy sportsmenek z byłej NRD włączeni byli także ginekologowie, gdyż procedura intensyfikowania sprawności fizycznej u lekkoatletek z Niemiec Wschodnich polegała na zachodzeniu w ciążę przed ważnym startem, a na dokonywaniu aborcji, by przed kolejnym startem znów zająć w ciążę. Z kolei podawanie sterydów wzmac-

³ Pierwsze (ziołowe) recepty na łysienie znane już były 1500 p.n.e., a w XVI wieku Paracelsus przepisywał na ten sam defekt urody eliksir zawierający między innymi krew porodową kobiety oraz krew zamordowanego niemowlęcia. Dziś (od 1996 r.) wzięciem cieszy się Rogaina (minoxidil) reklamowana przez słynnego tenisistę Johna McEnroe oraz przeszczepy: kosztowne, bolesne, nie zawsze efektywne. (za: Conrad 2007)

⁴ Newman cytuje badania, z których wynika, że 94% lekarzy amerykańskich uważa, że pacjenci pod wpływem reklam wierzą, jakoby leki działały skuteczniej niż w rzeczywistości. (Newman 2010, s. 60)

⁵ W USA pojawiła się tendencja do rozpoznawania (Conrad 2007, s. 23 i nast.) zespołu ADAM (androgen deficiency in aging men). Na jego terapię od 1999 r. przepisuje się testosteron (648.000 recept w 1999 r., w 2002 r. 1.75 mln \$), jakkolwiek efektywność tej terapii nie jest rozpoznana. Warto zwrócić uwagę na charakter reklamy telewizyjnej zachęcającej do „samodiagnozy” i terapii testosteronem. Ma miejsce odwołanie się do metafory samochodu i napelnionego (bądź nie) zbiornika paliwa: empty – full, co bezpośrednio odwołuje się do modelu człowieka – maszyny. A więc: Andropauza to choroba czy mit?

⁶ Możemy być pewni, że ta dziedzina medycyny (?) będzie się rozwijać intensywnie, skoro wśród najlepszych studentów medycyny w USA większość planuje zostać właśnie specjalistami w dziedzinie medycyny kosmetycznej.

niało kulomiotki, a po latach doprowadzało do konieczności zmiany płci. Dramatyczną ilustracją tej sytuacji jest los Andreasa Kriegera, który jako Heidi Krieger zdobywał w latach siedemdziesiątych ub. wieku medale w rzucie kulą i dyskiem kobiet (Longman 2004).

Tak więc medykalizacja to już nie ciekawostka garstki socjologów medycyny, lecz proces, w którym uczestniczą media, korporacje farmaceutyczne, organizacje kreujące rynek oraz – bardziej lub mniej świadomie – sportowcy, lekarze i sami pacjenci. Rośnie zainteresowanie medykacją, o czym wymownie świadczą liczby: w Medline w 2005 r. można było znaleźć blisko 500 artykułów na ten temat (Conrad 2007, s. 2005), a wyszukiwarka Google w 2005 roku pod pojęciem medykalizacji znajdowała 71.700 haseł, w sierpniu 2012 tych haseł jest ponad pół miliona.

Psychiatryzacja

Najczęstszym wariantem medykalizacji jest psychiatryzacja (Conrad 2007). Mamy tu do czynienia z dwiema sytuacjami. Po pierwsze, może dochodzić do zmiany opisu i definicji jakiejś osoby z bycia złym na bycie szalonym (bad or mad). Refleksję nad medykacją moralności, czyli opisem wydarzeń moralnych w kategoriach psychopatologicznych podejmują filozofowie, badający miejsce medycyny i psychiatrii we współczesnej kulturze (Fulford i wsp. 2006). Pytanie, czy ktoś kto zabił kilkadziesiąt czy kilkanaście osób jest przestępcą czy osobą chorą nasuwa się nie tylko psychiatrom i prawnikom, ale także dziennikarzom⁷, politykom i zwykłym obywatelom. Ci ostatni zwykle reagują odruchem gniewu i zemsty. Dyskusja nad tym, jak i w jakim języku zdefiniować np. czyn Breivika wskazuje, że rozstrzygnięcie między bad a mad

⁷ Znamienny był tu głos jednego z wiodących dziennikarzy z opiniotwórczego polskiego prawnicowego dziennika, który stwierdził, że teza o chorobie psychicznej Breivika jest efektem moralnej degradacji i tendencji liberalnych obecnych w kulturze europejskiej.

jest klarowną ilustracją tezy konstrukcjonistów społecznych (por. np. Gergen 2009, Chrzastowski i de Barbaro 2011): definicja sytuacji nie polega na dotarciu do obiektywnej prawdy, lecz jest wynikiem społecznego dyskursu i społecznego konstruowania znaczeń. (A o tym, że trudno tu o jednoznaczność – także z uwagi na mglistość diagnostyki psychiatrycznej – świadczy fakt, że według pierwszej opinii psychiatrów Breivik jest „bad”, a według drugiej – „mad”).

Druga okoliczność to zmiana definicji, kiedy naturalne stany emocjonalne (lęk, smutek) zostają zakwalifikowane jako zaburzenia psychiczne. Tej właśnie sytuacji poświęcone będą poniższe refleksje.

Spójrzmy na poniższe zestawienie

Język życia codziennego

Język medyczny (psychiatryczny)

Dziecko leniwe

Dziecko chorujące na dyskalkulię, dysgrafię

Dziecko niegrzeczne

Dziecko chorujące na ADHD

Dorosły nieśmiały

Dorosły chorujący na lęk społeczny

Dorosły roztargniony i aktywny

Dorosły cierpiący na ADHD dorosłych

Dorosły smutny

Dorosły cierpiący na depresję⁸

Dziecko alkoholika

Osoba cierpiąca na DDA

Nawet ci, którzy uznają bez zastrzeżeń owe rozpoznania zgodzą się, że istnieje po-

⁸ Jeszcze raz należy w tym miejscu podkreślić, że nie jest intencją autora umniejszanie znaczenia cierpienia czy ludzkich problemów. W szczególności jest oczywiste, że psychofarmakoterapia pozwala wielokrotnie redukować cierpienie osób depresyjnych. Nie zwalnia to jednak od badania i refleksji, na ile definiowanie w kategoriach medycznych ludzkich problemów życiowych, egzystencjalnych, rozwojowych czy interpersonalnych jest użyteczne i dla kogo jest użyteczne.

ważne prawdopodobieństwo „naddiagnozy”, a więc „zassania” w język medyczny tego, co jest naturalną kondycją ludzką. A oto trzy przykłady bliżej opisujące zjawisko psychiatryzacji.

Przykład I: o tym, jak nieśmiałość została przedefiniowana na chorobę (lęk społeczny)

W roku 1996 Food and Drug Administration zatwierdziła paroksetynę jako lek przeciwdepresyjny. Jednak rynek był już nasycony antydepresantami i paroksetyna słabo się sprzedawała. W tej sytuacji producent Paxilu zwrócił się do FDA o poszerzenie wskazań do stosowania Paxilu i w efekcie Paxil został skierowany na „rynek lękowy”: Panic Disorder i OCD, a potem Social Anxiety Disorder (SAD) i Generalized Anxiety Disorder (GAD), a więc na niepokój i nieśmiałość. (Diagnozy te – dość mgliste, wprowadzone w DSM-III w 1980 roku – zostały w DSM-IV wzmocnione.) W efekcie przy pomocy ogłoszeń i reklam zaczęto rozpowszechniać istnienie SAD i GAD odwołując się do osób nieśmiałych i niepewnych siebie. Barry Brand, dyrektor produkcji Paxilu powiedział: „Každy pracownik rynku marzy o tym, żeby znaleźć dotąd niezidentyfikowany i nienazwany rynek i rozwinąć go. To właśnie byliśmy w stanie zrobić z zaburzeniem >lęk społeczny<” (Conrad 2007, s. 18, za Vendantam 2001). Obecnie rozpowszechnienie SAD oceniane jest w USA od 3 do 13% (wg NIMH: 3.7% populacji). I chociaż Murray Stein, psychiatra z Uniwersytetu w San Diego określa przepisywanie Paxilu w takim celu „psychofarmakologią kosmetyczną”, obecnie Paxil jest jednym z trzech najbardziej rozpoznawanych medykamentów na rynku amerykańskim (po Viagrze i Claritinie). Tej tendencji nie osłabił fakt, że w 2002 roku sędzia federalny zarządził wstrzymanie reklamowania Paxilu z uwagi na liczne doniesienia o zespole odstawienia przy stosowaniu Paxilu i wyższym ryzyku samobójstwa u dzieci i adolescentów.

W ten sposób Paxil nasilił medykację lęku poprzez wprowadzenie założenia, że nieśmiałość i obawy mogą być problemami medycznymi, a Paxil sposobem na te problemy (Conrad P., 2007, s. 19). Przypadek Paxilu

wskazuje, że firmy farmaceutyczne nie tyle tworzą rynek leków, ile rynek zaburzeń.

Przykład II: o poszerzaniu medycznej definicji (depresja)

Amerykańscy lekarze (niekoniecznie psychiatrzy) przepisują rocznie 230 milionów recept przeciwdepresyjnych. W 2004 r. 33 milionów Amerykanów miało przepisanych przynajmniej jeden lek psychiatryczny. W roku 1997 Amerykanie wydali na leki przeciwdepresyjne 5.1 mld \$, a w dziewięć lat później jest to już 13,5 mld dolarów. Wśród amerykańskich nastolatków 9% zażywa leki przeciwdepresyjne (za Barber 2008, s. 8). W Los Angeles weterynarze przepisują 5 procentom swoich podopiecznych (psy, koty) leki psychotropowe (zwłaszcza na „lęk separacyjny psów”: Clomicalm, czyli Anafranil). Jak pisze polski filozof Zygmunt Bauman: „Tłumi się publiczne objawy smutku i żałoby, zaś urazy przez odejście najbliższych wywołane „psychiatryzuje się”, określa jako zaburzenia psychiczne czy „problemy osobowościowe” – i poddaje terapii” (Bauman 2000, s. 267). Tymczasem, nie tylko tak oczywiste powody, jak śmierć osoby bliskiej, ale także takie sytuacje jak zawód miłosny, utrata pracy czy reakcja na informację o chorobie zagrażającej życiu u osoby bliskiej to sytuacje, w których za coś „nienormalnego” można by uznać brak reakcji głębokiego smutku. Analizując kryteria diagnostyczne depresji i dostrzegając znaczną niedoskonałość psychiatrycznych definicji w tym zakresie można dojść do konkluzji, że psychiatrzy powinni uważniej przestrzegać granic swojego słownika. Świadomość kulturowych uwarunkowań, tworzących granicę między normalnym smutkiem a zaburzeniem zwanym depresją, a także znajomość pozytywnych – adaptacyjnych – funkcji smutku (np. „cry for help”) prowadzi do zakwestionowania szerokiej definicji depresji. Na styku psychiatrii i etyki pozostaje pytanie, czy każdy intensywny smutek powinien być usuwany z naszego życia, a na ile może się okazać ważną, niezbywalną częścią naszej egzystencji. (Horwitz i Wakefield 2007).

Przykład III: o tym, że dorośli mogą i chcą chorować na to, na co chorują

dzieci (ADHD)

Proces poszerzania obecności medycyny („domain expansion”, jak to określa Conrad 2007, s. 47) ma charakter społeczny i językowy⁹. Przykład I dotyczył poszerzenia obszaru terapeutycznego: paroksetyna podawana jest nie tylko na depresję ale też na lęk społeczny. W przykładzie II jest mowa o coraz większym zasięgu definitywnym kategorii psychiatrycznej, w tym przypadku depresji. Niekiedy psychiatryzacja polega na poszerzeniu grupy potencjalnych pacjentów w sensie parametrów demograficznych. Przyglądnijmy się temu zjawisku na przykładzie ADHD dorosłych (za: Conrad 2007)¹⁰.

W USA w latach 70. ub. wieku było od ćwierć do pół miliona dzieci z ADHD. Obecnie jest to około 4-8 milionów dzieci, głównie są to chłopcy (w proporcji między 9:1 a 3:1). W 1987

⁹ Należy obiektywnie zauważyć, że oprócz procesu medykalizacji, w kulturze istnieje też tendencja odwrotna, którą można określić jako demedykalizacja. Przykładowo, z medycyny „usunięto” masturbację (połowa XX wieku), homoseksualizm (lata 70.). Demedykalizowane jest także inwalidztwo i jest ono dzisiaj coraz częściej opisywane raczej przez pryzmat praw człowieka. Inny przykład demedykalizacji to ostatnio popularne na zachodzie rodzenie poza szpitalem. O ile jednak przejmowanie leczenia przez zielarzy i zakonników (krople od ojców kapucynów) można uznać za względnie nieszkodliwe, to już wątpliwości może budzić działalność stowarzyszeń (np. w Kanadzie) domagających się, by anoreksję traktować jako preferencję żywieniową. Odrębnym zagadnieniem – tu, z braku miejsca, jedynie wzmiankowanym – jest ruch hearing voices. Członowie Hearing Voices Network kwestionują monopol psychiatrów w wyjaśnianiu doznań zmysłowych, które przez medycynę są definiowane jako halucynacje.

¹⁰ Za inne przykłady „ekspansji diagnostycznej” czyli poszerzania kryteriów może posłużyć rozwój diagnostyki PTSD, choroby alkoholowej (a zwłaszcza współzależności) czy osobowości mnogiej.

roku Paul Wender, badacz zjawiska nadaktywności u ludzi opublikował książkę o ADHD, zaledwie tylko jeden z rozdziałów poświęcając nadaktywności u dorosłych. Lecz w tym samym roku do idei ADHD dorosłych włączyły się popularne media. Słynny amerykański fotograf, Frank Wolkenberg wyznał na łamach New York Times Magazine, że będąc już dorosłym zorientował się, że miał ADHD w dzieciństwie. To stworzyło zręby dyskusji w mediach o ADHD u dorosłych. Na przełomie lat 80. i 90. powstały pierwsze przychodnie dla osób dorosłych z ADHD. W 1994 r. psychiatrzy Edward Hallowell i John Ratey opublikowali książkę, w której stwierdzili, że w dzieciństwie cierpieli na ADHD i zaproponowali wprowadzenie do oficjalnej diagnostyki ADHD u dorosłych (w przypadku jednej z form nie musi występować objaw nadaktywności). W popularnych pismach opiniotwórczych, takich jak na przykład Time pojawiają się reportaże, kończące się sugestiami, by czytelnik sam sobie sprawdził, czy nie ma ADHD (Conrad 2007, s. 55). Kolejny krok to powstawanie grup samopomocy CHADD (Children and Adults with ADHD), które postulują powstawanie miejsc pracy chronionej dla osób dorosłych z ADHD. Co znamienne, grupy samopomocy są sponsorowane przez firmy farmaceutyczne¹¹. Ukoronowaniem tego procesu jest rok 1997, kiedy to Rada Naukowa American Medical Association i Journal of AMA zarekomendował leczenie dorosłych z ADHD.

W ten oto sposób 3 mln dzieci i 4 mln dorosłych stało się rynkiem dla Ritaliny. Jej produkcja (Ciba-Geigy) w latach 1990-1999 wzrosła 7-krotnie, co dodatkowo można tłumaczyć teżą, że jest to choroba „life-span”. W 2002 roku firma Eli Lilly wypuszcza na rynek pierwszy lek „specjalnie” na ADHD dorosłych: Strattera (atomoksetyna). Reklama TV zachęcająca do zażywania tego leku pokazuje osobę roztargnioną i spóźnialską, co – przynajmniej – tworzy dość szeroki rynek potencjalnych użytkowników. Do końca 2004 roku ze Strattera korzysta 4 mln pacjentów (nie tylko dorośli). Dane później-

¹¹ Raport roczny 2004/2005 wskazuje, że 22% z 4.5 mln \$ swego rocznego dochodu organizacja CHADD otrzymała od firm farmaceutycznych.

sze mówią już o 8 mln dorosłych Amerykanów z ADHD. Pojawiają się też inne leki na ADHD u dorosłych (mimo ostrzeżeń FDA o potencjalnych objawach ubocznych).

Problemy psychiatryczne stają się coraz bardziej popularne

Zjawiska będące domeną psychiatrii dawniej były tabuizowane i za wyjątkiem bohaterów thrillerów z diagnozą osobowości mnogiej (nadreprezentowaną w Hollywood) na ogół w pop-kulturze nieobecne lub przedstawiane w konwencji i klimacie filmów grozy. Dziś mamy do czynienia ze zjawiskiem odwrotnym: dzięki produkcjom filmowym psychopatologia jest współczesnemu konsumentowi pop-kultury przybliżana i osławiana. Z ekranu dowiadujemy się jak wygląda OCD (Leonardo di Caprio w „Aviatorze”), depresja (Nicole Kidman w „Godzinach” czy Nicolas Cage w „Leaving Las Vegas”), schizofrenia (Russell Crowe w „Pięknym umyśle” czy Brad Pitt w „12 małp”), Pervasive Developmental Disorder (Tom Hanks w „Forest Gump” czy Leonardo di Caprio w „Co gryzie Gilberta Grape’a”) (za Barber 2008, s. 11).

Do popularyzacji problematyki psychiatrycznej w Stanach Zjednoczonych przyczyniają się także wydarzenia polityczne. Po wojnie w Wietnamie czy Iraku, po huraganie Katrinie czy zamachu 11 września coraz bardziej popularna w społeczeństwie amerykańskim jest wiedza na temat PTSD i depresji¹².

Qui bono, czyli komu służy medykalizacja i psychiatryzacja: o sile korporacji farmaceutycznych

Omawiając problem medykalizacji i psychiatryzacji życia społecznego nie sposób nie wspomnieć o czynniku, który być może w owej grze rynkowej między pacjentami a lekarzami

¹² W 1996 r. 38% Amerykanów uważała, że depresja to problem zdrowotny (a nie słabość osobowa), zaś w 2006 roku tak już uważało już 72 % populacji amerykańskiej (Barber 2008, s. 19)

odgrywa dominującą rolę, o korporacjach farmaceutycznych.

Przed II wojną światową firmy farmaceutyczne mało się liczyły na rynku. Ale już w 2002 roku zysk 10 najsilniejszych firm farmaceutycznych był większy niż suma zysków pozostałych 490 firm amerykańskich (Barber 2008, s. 20) Carl Elliot, lekarz, bioetyk, autor książki: „Lepiej niż dobrze: Amerykańska medycyna spotyka się z amerykańskim marzeniem” pisze w 2003 roku: „Przemysł farmaceutyczny jest obecnie najbardziej zyskownym przemysłem Ameryki, z 18 procentami rocznego zysku, zaś najbardziej zyskowną klasą produktów są leki przeciwdepresyjne” (za Barber 2008, s. 24). Alianse między państwem a korporacją farmaceutyczną ilustruje następujący fakt: w Stanach Zjednoczonych leki są wypuszczane na rynek po decyzji FDA (będącej agendą ministerstwa zdrowia). Z uwagi na znaczenie ekonomiczne rynku farmaceutycznego od FDA zależy ¼ amerykańskiej ekonomii. A jednocześnie zgodnie z prawem amerykańskim, przyjętym przez Kongres w 2007 roku (The Prescription User Fee Act), firmy farmaceutyczne płacą na rzecz FDA za sprawdzanie leków. W roku 2007 roku było to 305 mln \$, po kolejnej nowelizacji tego prawa ma to być blisko 400 mln \$. 20% budżetu FDA pochodzi od firm farmaceutycznych (Barber 2008, s. 31). Jak pisze Marcia Angell, była wydawca New England Journal of Medicine: „Problemem jest system, w którym biznes sprawuje kontrolę nad własnymi produktami” (Barber 2008, s. 32)¹³.

Psychiatrzy w tym procesie nie są bez winy. Przykład: wysokie zyski za napisanie artykułów, które promują nowe leki nasenne, z intencją wyparcia z rynku Trazodonu, leku, który jest tani, gdyż ma stary patent (Barber 2008, s. 41). Inny przykład to praktyki firm farmaceutycznych polegające na wynajmowaniu znanych naukowców, by dawali nazwisko do napisanych już artykułów promujących nowe

¹³ W tym miejscu – nie podejmując sporu o to, kiedy zamiast leków przeciwlękowych czy przeciwdepresyjnych lepsza jest psychoterapia – warto zaznaczyć, że firmy ubezpieczeniowe są bardziej gotowe płacić za farmakoterapię niż za psychoterapię.

leki (Barber 2008, s. 42). Warto też wspomnieć, że ponad połowa psychiatrów zaangażowanych w powstawanie DSM z 1994 roku miała finansowe powiązania z firmami farmaceutycznymi. (Barber 2008, s. 43).

Stawianie diagnoz psychiatrycznych, jak podkreślają to zwłaszcza socjologowie z nurtu antypsychiatrycznego, ma swoje poważne konsekwencje. Scheff (1999) zauważa, że gdy pacjent uzna postawioną diagnozę (czyli podda się etykietacji, labelization), psychiatrzy nagradzają to i nazywają wglądem. Także badacze nie kwestionujący użyteczności diagnoz psychiatrycznych (Reich 1999) zwracają uwagę na fakt, że postawienie diagnozy psychiatrycznej ma swoje konsekwencje poza psychiatrią. Zachodzi efekt wykluczania i dehumanizacji. Przykłady stosowania diagnoz (czy może raczej – „pseudo-diagnoz”) znajdujemy w dyskursie politycznym, w ramach którego przedstawiciele władzy i opozycji wzajemnie się dyskredytują przy pomocy nazw psychiatrycznych. (Ten obyczaj jest zresztą obecny także w polskim życiu politycznym)¹⁴.

Problem jest bardziej „amerykański” niż europejski, ale to nie jest dostateczną pociechą

W różnych krajach różne są obyczaje i zachowania medyczne (Payer 1989). Także skłonność do psychiatryzacji życia codziennego ma w różnych kulturach różne nasilenie. Badania WHO z 2004 roku (w oparciu o wywiady przeprowadzone w domach respondentów) wskazują, że 26% Amerykanów uważało, że „w minionym roku cierpieł na któreś z zaburzeń psychicznych”. Do tego rodzaju autodiagnozy jest skłonnych 9% Niemców i 5% Nigeryjczyków. (Barber 2008, s. 19). Jeszcze bardziej o tym, że medykacja i psychiatryzacja to problem „made in USA” świadczy fakt, że w USA w 2003 roku wydano 83%

wszystkich pieniędzy na leczenie ADHD, a w 2006 roku 2/3 wszystkich pieniędzy na leki przeciwdepresyjne. Fakt, że Amerykanie są tzw. „early adopters” nowych leków jest małą pociechą, skoro – jak wskazują na to antropologowie kulturowi, wcześniej czy później trendy obecne w Stanach Zjednoczonych trafiają także do Europy.

Pro i contra medykacji i psychiatryzacji

Istnieje szereg zalet medykacji i psychiatryzacji. Przyjęcie języka medycznego i wdrożenie procedur medycznych pozwala ulżyć cierpieniu, przedłużyć życie, ratować życie, usuwać objawy. Rozpowszechnienie języka psychiatrycznego, swoiste coming-out'y osób znanych z życia publicznego, wyznających przez kamerami, że np. leczą się u psychiatry na depresję, sprawiają, że złowroga siła stygmatyzacji jest dziś nieporównanie słabsza niż np. 20, 30 lat temu. Tak więc zarówno sama diagnoza psychiatryczna jak i kontakt z psychiatrą nie jest już dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne tak bolesną klątwą jak niegdyś. Medykacja powoduje więc redukcję poczucia winy i wstydu. Kariera Prozacu dowodnie wskazuje, że zażywanie leków psychiatrycznych na problemy życiowe nie musi zawstydząć.

Diagnoza może chronić autoportret, self-esteem. Jeśli po powrocie z Wietnamu na żołnierza amerykańskiego czeka tłum rodaków, którzy z hasłem „make love not war” protestują przeciwko imperializmowi amerykańskiemu, to nie ma on szans na autonarrację bohatera (jak to niegdyś się przytrafiało żołnierzom wracającym z wojen). Może jednak schronić się pod nazwą PTSD.

Diagnoza pozwala na szereg korzyści ekonomicznych. To nie tylko przysłowiowa renta, to także – jak w przypadku amerykańskich pacjentów ze zdiagnozowanym ADHD – dodatkowe przywileje. Zgodnie z aktem prawnym (The Americans with Disabilities Act) pracownicy z ADHD mają dodatkowe prawa i ochronę (laptopy, odpowiednie meble, kolor ścian w biurze, itd.) (za Conrad 2007, s. 66). „Jeśli przy tym pojawia się domniemanie o biologicznych podstawach danego zaburzenia (jak to być

¹⁴ Pomijam jako odrębny – i w swojej wymowie dramatyczny – problem nadużywania psychiatrycznych diagnoz do celów politycznych, jak to miało miejsce w Związku Radzieckim.

leki (Barber 2008, s. 42). Warto też wspomnieć, że ponad połowa psychiatrów zaangażowanych w powstawanie DSM z 1994 roku miała finansowe powiązania z firmami farmaceutycznymi. (Barber 2008, s. 43).

Stawianie diagnoz psychiatrycznych, jak *podkreślają to zwłaszcza socjologzy z nurtu antypsychiatrycznego, ma swoje poważne konsekwencje*. Scheff (1999) zauważa, że gdy pacjent uzna postawioną diagnozę (czyli podda się etykietyzacji, labelization), psychiatrzy nagradzają to i nazywają wglądem. Także badacze nie kwestionujący użyteczności diagnoz psychiatrycznych (Reich 1999) zwracają uwagę na fakt, że postawienie diagnozy psychiatrycznej ma swoje konsekwencje poza psychiatrią. Zachodzi efekt wykluczania i dehumanizacji. Przykłady stosowania diagnoz (czy może raczej – „pseudo-diagnoz”) znajdujemy w dyskursie politycznym, w ramach którego przedstawiciele władzy i opozycji wzajemnie się dyskredytują przy pomocy nazw psychiatrycznych. (Ten obyczaj jest zresztą obecny także w polskim życiu politycznym)¹⁴.

Problem jest bardziej „amerykański” niż europejski, ale to nie jest dostateczną pociechą

W różnych krajach różne są obyczaje i zachowania medyczne (Payer 1989). Także skłonność do psychiatryzacji życia codziennego ma w różnych kulturach różne nasilenie. Badania WHO z 2004 roku (w oparciu o wywiady przeprowadzone w domach respondentów) wskazują, że 26% Amerykanów uważało, że „w minionym roku cierpieł na któreś z zaburzeń psychicznych”. Do tego rodzaju autodiagnozy jest skłonnych 9% Niemców i 5% Nigeryjczyków. (Barber 2008, s. 19). Jeszcze bardziej o tym, że medykacja i psychiatryzacja to problem „made in USA” świadczy fakt, że w USA w 2003 roku wydano 83%

wszystkich pieniędzy na leczenie ADHD, a w 2006 roku 2/3 wszystkich pieniędzy na leki przeciwdepresyjne. Fakt, że Amerykanie są tzw. „early adopters” nowych leków jest masową pociechą, skoro – jak wskazują na to ankiety – polodzy kulturowi, wcześniej czy później – także do Europy.

Pro i contra medykacji i psychiatryzacji

Istnieje szereg zalet medykacji i psychiatryzacji. Przyjęcie języka medycznego i wdrożenie procedur medycznych pozwala ulżyć cierpieniu, przedłużyć życie, ratować życie, usuwać objawy. Rozpowszechnienie języka psychiatrycznego, swoiste coming-out'y osób znanych z życia publicznego, wynajętych przez kamerami, że np. leczą się u psychiatry na depresję, sprawiają, że złowroga siła stygmatyzacji jest dziś nieporównanie słabsza niż np. 20, 30 lat temu. Tak więc zarówno sama diagnoza psychiatryczna jak i kontakt z psychiatrą nie jest już dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne tak bolesną klątwą jak niegdyś. Medykacja powoduje więc redukcję poczucia winy i wstydu. Kariera Prozacu dowodnie wskazuje, że zażywanie leków psychiatrycznych na problemy życiowe nie musi zawstydzać.

Diagnoza może chronić autoportret, self-esteem. Jeśli po powrocie z Wietnamu na żołnierza amerykańskiego czeka tłum rodaków, którzy z hasłem „make love not war” protestują przeciwko imperializmowi amerykańskiemu, to nie ma on szans na autonarrację bohatera (jak to niegdyś się przytrafiało żołnierzom wracającym z wojen). Może jednak schronić się pod nazwą PTSD.

Diagnoza pozwala na szereg korzyści ekonomicznych. To nie tylko przysłowiowa renta, to także – jak w przypadku amerykańskich pacjentów ze zdiagnozowanym ADHD – dodatkowe przywileje. Zgodnie z aktem prawnym (The Americans with Disabilities Act) pracownicy z ADHD mają dodatkowe prawa i ochronę (laptopy, odpowiednie meble, kolor ścian w biurze, itd.) (za Conrad 2007, s. 66). Jeśli przy tym pojawia się domniemanie o biologicznych podstawach danego zaburzenia (jak to było

¹⁴ Pomijam jako odrębny – i w swojej wymowie dramatyczny – problem nadużywania psychiatrycznych diagnoz do celów politycznych, jak to miało miejsce w Związku Radzieckim.

w pewnym momencie z CHADD), powstaje dodatkowe alibi wzmacniające „umieszczenie siebie samego” w tym rozpoznaniu.

Ten sposób jednak nie wspomnieć o istotnych wadach medykacji i psychiatryzacji. Wydaje się, że najpoważniejszym zastrzeżeniem, jak można postawić poszerzeniu się terminum medycyny, jest zwolnienie podmiotu z odpowiedzialności za własne życie (sense of agency). Warto o tym pamiętać zważywszy, że sense of agency obok istnienia sieci społecznej jest traktowany przez wielu socjologów medycyny jako jeden z najważniejszych predyktorów zdrowia. Tzw. medical excuse może stać się okazją do przesunięcia psychologicznej i społecznej odpowiedzialności za własne życie na czynniki biologiczne. W szczególności definiowanie problemów rozwojowych dzieci w kategoriach psychiatrycznych może być świadomy wysiłek wychowawczy rodziców, a samo dziecko włożyć do „kolejny psychiatrycznej”. Dochodzi do spłaszczenia egzystencjalnego, zubożenia człowieka jako osoby. Popularyzacja słownika psychopatologicznego – czy szerzej: medycznego – może zachęcać do oddawania lekarzom tych problemów i życiowych wyzwań, które nie stanowiły część losu osobistego i odwoływały się do poczucia sprawczości podmiotu. Język medyczny „daje [...] możliwość, że pacjent znajduje biologiczną przyczynę – co nie zawsze jest uzasadnione – dla utraty pracy, rozwoju, niskiej motywacji, braku sukcesów i przewlekłej depresji” (Shaffer 1994, s. 638).

Warto zauważyć, że konkluzje płynące z przedstawionych powyżej przykładów pozostają w sprzeczności z koncepcją wykluczenia i patologizacji. Potencjalni pacjenci tworzą grupy samopomocy, sami się diagnozują i/lub pomagają się diagnozy od lekarzy. Etykieta psychiatryczna ich nie wyklucza, lecz daje osobiste korzyści. W tym procesie gotowość do „samo-nominacji” wspiera internet, książki i celebryci, którzy popularyzują diagnozę. Istnieje rynek potrzeb.

Podsumowanie

1. Powyższe refleksje wskazują, jak bardzo medycyna jest zanurzona w kulturze (Payer 1989), a to co jest obszarem działania lekarzy nie jest prostą funkcją rozwoju nauk biologicznych, lecz wynika ze społecznego dyskursu, z uzgodnień, sporów, gry sił ekonomicznych i politycznych. Innymi słowy, to, czy dane zjawisko biologiczne bądź psychiczne, proces życiowy lub problem jest opisywany w języku potocznym czy w języku medycznym, jest wynikiem swoistej negocjacji, w której uczestniczą eksperci różnych profesji, politycy stanowiący prawo, gwiazdy sportu, kina i telewizji oraz społeczeństwo. Przyjęty język, w jakim opisane jest dane zjawisko jest więc konstrukcją społeczną, użyteczną w danym czasie i miejscu. Jakkolwiek psychiatria jest obszarem, gdzie społeczne konsekwencje diagnozy są najbardziej widoczne i najbardziej dramatyczne, także w innych dziedzinach działalności lekarskiej włączenie zjawiska w obszar medycyny okazuje się mieć poważne skutki.

2. Nie było tematem tych rozważań, czy jakieś zjawisko jest „rzeczywiście” i „obiektywne” problemem medycznym czy nie. Celem wystąpienia był opis zjawiska i namysł nad tym, jak powstają jakieś nazwy, kto im nadaje znaczenie, jaka jest użyteczność nowych definicji. Takie podejście proponują np. konstrukcjonści społeczni, którzy wierzą w istnienie wersji, konstrukcji społecznych, bardziej lub mniej użytecznych – a nie wierzą w istnienie prawdy obiektywnej. Tak właśnie spojrzeć można na zjawisko medykacji i psychiatryzacji. Rzeczywistość powstaje, rozwija się i przekształca poprzez społeczny dyskurs. Ważne motywy i czynniki psychologiczne to chciwość rynku, lęki i nadzieje ludzi. W dyskursie głównymi twórcami (rozmówcami) są media i eksperci. Ludzkie potrzeby oprócz swego niewątpliwego tła biologicznego są organizowane przez kulturę i język, zaś sposoby realizacji potrzeb są organizowane przez rynek.

3. W szczególności warto patrzeć na zjawisko medykacji i psychiatryzacji pod kątem związku między wiedzą a władzą. Myśl

Michela Foucault o tym, że wiedza implikuje władzę, a posiadanie władzy narzuca wiedzę (spojrzenie na świat) prowadzi do konstatacji, że firmy farmaceutyczne i biotechnologiczne definiując problem, np. czyniąc jakieś zjawiskiem medycznym znajduje swoją poważną egzemplifikację.

4. Absurdem byłoby niedostrzeżenie i niedoceniań sukcesów biomedycyny, a jednocześnie:

- Korzyści płynące z biomedycyny nie powinny usprawiedliwiać nadużywania jej.
- Psychiatra powinien być świadom ograniczeń diagnoz psychiatrycznych i że diagnoza psychiatryczna ma szereg pozamedycznych konsekwencji.
- Aby nie stać się ofiarami konsumeryzmu musimy być uważni na proces medykalizacji i psychiatryzacji. Jako psychiatrzy jesteśmy jego współuczestnikami, współtwórcami i współ-ofiarami.

Bibliografia

Balint M. (1951). *The Doctor, His Patient, and the Illness*. New York: International Universities Press.

Barber Ch. (2008). *Comfortably Numb. How Psychiatry Is Medicating a Nation*. New York: Vintage Books.

Bauman Z. (2000). *Ponowoczesność jako źródło cierpień*. Warszawa: Sic!

Chrzęstowski Sz., de Barbaro B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Conrad P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Gergen K. (2009). *Nasycone Ja. Dylematy tożsamości w życiu współczesnym*. Warsza-

wa: PWN.

Fishman J. R. (2007). *Making Viagra: From Impotence to Erectile Dysfunction*. W: (ed.) Tone A., Watkons E.S.

Medicating Modern America. Prescription Drug in History. New York: New York University Press. s. 229-252.

Foucault M. (1999, oryg. 1963). *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Fulford K.W.M., Thornton T., Graham G. (2006). *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Horwitz A.V., Wakefield J.C. (2007). *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Longman J. (2004). *Drug testing; East German Steroids' Toll: 'They Killed Heidi'*. The New York Times, Jan. 26

Mokdad A.H. (2004). *Actual causes of death in the U.S.*, JAMA, 291, 1238-1245.

Newman D.H. (2010, oryg. 2008). *Cień Hipokratesa. Tajemnice domu medycyny*. Znak, Kraków.

Parsons T. (1951). *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul.

Payer L. (1989). *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Penguin Books.

Reich, W. (1999). *Psychiatric diagnosis as an ethical problem*. Rozdz. 10 w *Psychiatric Ethics* (ed. S. Bloch, P. Chodoff, and S. Green) (3. wyd.). Oxford: Oxford University Press. (s. 193-224).

Shaffer D. (1994). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. *American Journal of Psychiatry*. 151:633-638.

Scheff T.J. (1999). *Being Mentally Ill: A sociological theory*. (3rd ed.) Aldine Transaction, New York

Vendantam S. (2001). *Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy*. Washington Post, July 126, A01