

KIEDY MEDYCYNĄ WYKRACZA POZA SWOJE WŁAŚCIWE GRANICE?

- Emilia Kaczmarek -

W ostatnim stuleciu liczba zjawisk, które zaczęliśmy uważać za choroby, znacznie się zwiększyła. Wyznaczyliśmy normy prawidłowego ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu czy gęstości kości, a do naszego słownika związanego ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem dołączyły takie pojęcia, jak: fobia społeczna, ADHD, choroba dwubiegunowa czy choroba alkoholowa. Stworzyliśmy oficjalne klasyfikacje chorób, takie jak ICD czy DSM, których zawartość ewoluowała wraz z kolejnymi edycjami.

Nic więc dziwnego, że jednym z kluczowych pojęć współczesnych nauk społecznych jest medykalizacja. Za Peterem Conradem termin ten można zdefiniować jako interpretowanie coraz większego zbioru stanów ludzkiego ciała, umysłu oraz zachowań w kategoriach medycznych i traktowanie ich jako problemów medycznych, a nie na przykład społecznych, politycznych, egzystencjalnych czy religijnych.

Pierwsi teoretycy medykalizacji – choćby tacy, jak Ivan Illich czy Irving Zola – patrzyli z niepokojem na rosnący autorytet medycyny, pozwalający kontrolować jednostki odbiegające od normy. Pod pozorem obiektywnej ekspertyzy może bowiem skrywać się cały szereg założeń, które z neutralnością nauki nie mają wiele wspólnego – lekarze epoki wiktoriańskiej przekonujący, że kształcenie kobiet powoduje u nich zwyrodnienie organów rozrodczych, także mogli wierzyć w bezstronność swoich diagnoz.

Również dziś nadmierna medykalizacja – używanie narzędzi medycyny tam, gdzie nie znajduje to uzasadnienia – może prowadzić do wielu zagrożeń, takich jak: choroby jatrogenne (spowodowane samym leczeniem, np. komplikacje po operacji), niepożądane skutki uboczne wywoływane przez zażywane bez potrzeby leki, marnotrawstwo publicznych lub prywatnych pieniędzy wydawanych na produkty i usługi medyczne czy stygmatyzacja jednostek, których stan lub zachowanie zostały uznane za nienormalne i chore (np. przedstawianie obniżonego popędu seksualnego – hipolibidemii – jako wymagającego leczenia zaburzenia, nawet wtedy, gdy w oczach samego „chorego” lub „chorej” nie stanowi to problemu).

Skoro medykalizacja bywa tak niebezpieczna, dlaczego kolejne obszary życia (narodziny, śmierć, długotrwałe i nieuzasadniony smutek, bezsenność, wszelkiego rodzaju ból, stres, seksualność, problemy z koncentracją, uzależnienia) decydujemy się powierzyć raczej lekarzom i terapeutom niż autorytetom z innych dziedzin? Narzędzia medycyny w wielu przypadkach okazują się po prostu najbardziej pomocne, a wzrost medykalizacji napędzany jest także rozwojem nauki i powszechnym dążeniem do zachowania sprawności fizycznej. Uzasadniona medykalizacja przynosi wiele korzyści: szansę poprawy jakości i długości życia, zrozumienie medycznych przyczyn trapiącego nas problemu, możliwość uzyskania zwolnienia lekarskiego czy odmienne traktowanie

w przypadku popełnienia przestępstwa (np. uznanie, że osoba niepoczytalna z powodu poważnej choroby umysłowej nie powinna być karana za swoje czyny).

Z czasem więc, w pracach z zakresu socjologii i filozofii medycyny, medykalizacja przestała być używana wyłącznie jako narzędzie do krytykowania „imperializmu medycznego” – stała się kategorią deskryptywną. Z samego faktu, że to, co było wcześniej uważane za słabość charakteru czy występki, zaczyna być spostrzegane jako choroba, nie wynika, że wcześniejsza interpretacja była słuszna. Kluczowym problemem staje się więc odróżnienie uzasadnionej medykalizacji od przemedykalizowania (ang. *over-medicalization*).

Jak starałam się pokazać w artykule pt. *How to distinguish medicalization from over-medicalization?* problemu tego nie da się (a przynajmniej dotychczas nie udało się) rozwiązać poprzez stworzenie optymalnej definicji zdrowia i choroby. Holistyczna definicja zdrowia WHO, wedle której zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności – brzmi jak zaproszenie do medykalizacji bez granic. W końcu każda przeszkoda na drodze do pełnego dobrostanu może być w jej świetle rozumiana jako problem zdrowotny.

Jednak alternatywny wobec definicji holistycznych biomedyczny model choroby także nie jest wolny od wad – często był krytykowany za redukcjonistyczne podejście do zdrowia, skupianie się na poszczególnych parametrach funkcjonowania ciała, a nie na pacjencie jako pewnej całości. Co więcej, model ten również nie zabezpiecza przed nadmierną medykalizacją – wymaga on bowiem m.in. zdefiniowania normy, od której odstępstwo zostanie uznane za zaburzenie. W literaturze dotyczącej medykalizacji można spotkać się z obawami, że niektóre z ustalanych przez towarzystwa naukowe norm (np. normy prawidłowego ciśnienia krwi) mogą być przesadnie wygórowane choćby po to, by zwiększyć popyt na pewne leki.

Problematyczność utożsamienia zdrowia ze statystycznie rozumianą normą dodatkowo zwiększa fakt, że odstępstwo od niej nie zawsze powoduje jakiegokolwiek dysfunkcje, a samo mieszczanie się w normie nie gwarantuje zdrowia (czego przykładem byłaby średnia wysokość ciśnienia krwi w społeczeństwie, w którym większość choruje na nadciśnienie). Pojęcie normy (i normalności) często nie odnosi się więc do stanu typowego, lecz do takiego stanu, który uznaliśmy za prawidłowy (i normalny) z innych powodów.

Wśród praktyk uważanych za przejawy postępującej medykalizacji współczesnych społeczeństw część związana jest raczej z biomedycznym modelem choroby, a część z modelem holistycznym. Do tych pierwszych zalicza się praktyki monitorowania swojego ciała, np. pulsu czy liczby spalonych kalorii za pomocą aplikacji mobilnych (tzw. *self-tracking* czy projekt *quantified self*), a do drugich, modę na medycynę „naturalną” czy przekonanie, że choroby można w pełni kontrolować poprzez harmonijne życie emocjonalne, odpowiednią dietę lub praktyki „oczyszczania” organizmu.

W jaki sposób możemy więc określić, kiedy medycyna wykracza poza swoje właściwe granice, jeśli żaden z modeli zdrowia i choroby nie jest w stanie w pełni ograniczyć ryzyka nadmiernej medykalizacji?

Ustalenie jednoznacznych kryteriów odróżniania uzasadnionej medykalizacji od przemedykalizowania prawdopodobnie nie jest możliwe. W wielu przypadkach to, czy uznamy dany problem za problem medyczny będzie kwestią decyzji, a nie doj-

ścia do prawdy o tym, czym, jako taka, jest choroba. Jak ujął to Erik Parens: „etyczna odpowiedzialność za podejmowanie decyzji o tym, czy interweniować czy nie, spada na nas i nasze wartościujące interpretacje natury, nie możemy polegać na neutralnych wskazówkach od natury”.

Medycyna dostarcza pewnych ram interpretacyjnych i metod radzenia sobie z problemami. Medykalizacja staje się przemedycyzowaniem wtedy, kiedy te ramy interpretacyjne nie są najbardziej adekwatną i najbardziej skuteczną reakcją na dany problem. Zamiast więc szukać idealnej definicji choroby i pytać o to, czy, przykładowo, męskie łysienie androgenowe mieści się w tej definicji – być może lepiej jest zastanowić się nad tym, co daje nam (a co zabiera) medykalizacja tej przypadłości?

Idąc tym pragmatycznym tropem w swoim artykule zaproponowałam serię pomocniczych pytań, których celem było ułatwienie oceny konkretnych przypadków medykalizacji. Kiedy X (zjawisko, stan organizmu, zachowanie lub uczucie) zaczyna być spostrzegane jako problem medyczny, możemy zapytać:

1. Czy X słusznie zostało uznane za problem?
 - a. Czy X jest przyczyną lub znacznie zwiększa ryzyko fizycznego lub psychicznego dyskomfortu, cierpienia, niepełnosprawności lub śmierci?
2. Czy uznanie X za problem nie wynika z nieuzasadnionych, nadmiernych oczekiwań społecznych?
 - b. Czy uznanie X za problem nie jest przykładem nadmiernego ograniczania różnorodności jednostek w imię ich normalizacji?
3. Czy medycyna dostarcza najbardziej adekwatnych metod zrozumienia X oraz jego przyczyn?
 - a. Na jakim poziomie (np. molekularnym, psychicznym, społecznym lub równoległe na kilku poziomach) występują główne przyczyny X?
 - b. Czy istnieją alternatywne, niemedyczne i bardziej stosowne metody zrozumienia problemu X i jego przyczyn?
4. Czy medykalizacja problemu X przynosi najskuteczniejsze i najbezpieczniejsze metody jego rozwiązania
 - a. Czy medykalizacja problemu X powoduje mniej szkód niż pożytku?
 - b. Czy istnieją alternatywne, niemedyczne i bardziej skuteczne metody rozwiązania problemu X lub jego przyczyn?

Choć odpowiedzi na powyższe pytania często nie będą oczywiste, w pewnych przypadkach pojawi się znacznie więcej znaków zapytania niż w innych. W kontekście medykalizacji nowotworów odpowiedź na cztery główne pytania wydaje się jednoznacznie twierdząca – nie istnieje inna, bardziej skuteczna metoda ich zwalczania; medycyna pozwala, przynajmniej częściowo, wyjaśnić ich przyczyny; nowotwory zwiększają ryzyko cierpienia, niepełnosprawności lub śmierci, a uznanie ich za problem nie wydaje się wynikać z nadmiernych oczekiwań społecznych. Medykalizacja nie oznacza konieczności podjęcia czy kontynuowania leczenia w każdej sytuacji – oznacza jednak, że nowotwór rozumiany jest jako problem przede wszystkim medyczny, a nie np. duchowy czy religijny, jak bywa interpretowany w pewnych społecznościach.

W przypadku męskiego łysienia androgenowego sytuacja się komplikuje. Choć na rynku nie brakuje leków na tę przypadłość, a medycyna jest w stanie w dużej mierze

wyjaśnić jej hormonalne przyczyny (wskazówka nr 3), odpowiedzi na dwa pierwsze pytania będą o wiele bardziej dyskusyjne. Z kolei odpowiedź na pytanie 4a będzie zależać od wcześniejszych rozstrzygnięć: niektóre leki stosowane w leczeniu łysienia mogą powodować groźne efekty uboczne – bilans zysków i strat ich stosowania będzie więc zależał od tego, jak poważnym problemem jest utrata włosów.

Łysienie nie grozi śmiercią i nie powoduje bólu, u niektórych może jednak wywoływać dyskomfort psychiczny – założmy więc, że słusznie zostało uznane za problem. Czy jednak potrzeba posiadania włosów w każdym wieku jest autentyczna, czy może została w dużej mierze wykreowana przez marketing różnych środków na porost włosów? A może wynika także z opresyjnych oczekiwań społecznych dotyczących akceptowalnej formy starzenia się? Odpowiedź na tak postawione pytania będzie w dużym stopniu zależać od osobistego doświadczenia utraty włosów oraz tego, jak rozumiemy autentyczność – czy oznacza ona dla nas raczej samo-akceptację czy samo-kreację? Czy swoją prawdziwą tożsamość raczej odkrywamy czy ją konstruujemy?

W swoim artykule użyłam czterech zaproponowanych pytań do oceny kilkunastu przypadłości, które już uległy zmedykalizowaniu. Sformułowałam w nim także krótki eksperyment myślowy. Wyobraźmy sobie, że w jednej z kolejnych edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (niech to będzie DSM-X) pojawia się nowa kategoria zwana „syndromem pirata drogowego”. Kierowcy, u których zdiagnozowano tę przypadłość, mają tendencję do agresywnego stylu jazdy. Na rynku pojawił się jednak lek, który ma leczyć „piratów drogowych”. Czy kierowcy powinni go zażywać? Medykalizację tego fikcyjnego zaburzenia psychicznego zanalizowałam pod koniec opisywanego tu artykułu.

Celem moich rozważań nad nadmierną medykalizacją nie jest usprawiedliwienie zakazywania stosowania narzędzi medycyny wtedy, kiedy jest to kontrowersyjne. Nie chodzi więc o zakazywanie mężczyznom zażywania leków na porost włosów, czy zakazywanie kobietom poddawania się operacjom plastycznym dlatego, że czyniąc to, dążą do wpisania się w społecznie konstruowane kanony urody. Pragmatyczne podejście do oceny medykalizacji zakłada poszukiwanie najbardziej adekwatnych, skutecznych i bezpiecznych sposobów rozwiązywania danych problemów. Zamiast służyć zakazom, proponowane pytania mogą stanowić jeden z punktów odniesienia w dokonywaniu wyborów dotyczących tego, z jakich narzędzi warto skorzystać przy mierzeniu się z danym wyzwaniem. W wielu przypadkach narzędzia oferowane przez medycynę mogą nie być optymalne.

Literatura

- Blaxter M. (2009), *Zdrowie*, tłum. M. Okła, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Kaczmarek E. (2018), *How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization?*, „Medicine, Health Care and Philosophy”. doi:10.1007/s11019-018-9850-1
- Parsons E. (2013), *On Good and Bad Forms of Medicalization*, „Bioethics” 27 (1): 28–35.

Emilia Kaczmarek – asystentka naukowa w Zakładzie Etyki Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, członkini „Centrum Bioetyki i Bioprawa” Uniwersytetu Warszawskiego oraz redakcji tygodnika „Kultura Liberalna”. Autorka książki *Co to właściwie jest ten džender? I inne felietony*.

Opisane w artykule badania zostały sfinansowane przez Narodowe Centrum Nauki (nr projektu: 2015/17/N/HS1/02122). Popularnonaukowa wersja tekstu powstała dzięki dofinansowaniu z Instytutu Filozofii UJ w ramach projektu „Zintegrowany system zdalnego nauczania w IF UJ”.