

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

2016

Aneta Čermáková

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Medikalizace duševního zdraví

Aneta Čermáková

Plzeň 2016

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Medikalizace duševního zdraví

Aneta Čermáková

Vedoucí práce:

Mgr. Martina Štípková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2016

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2016

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Martině Štípkové, Ph.D., za ochotu, vynaložený čas a cenné rady, které výrazně přispěly k dokončení práce.

Obsah

1. ÚVOD.....	- 1 -
2. VYMEZENÍ POJMU MEDIKALIZACE	- 2 -
3. STUDIUM MEDIKALIZACE.....	- 5 -
3.1 Medikalizace a sociální kontrola.....	- 11 -
4. MEDIKALIZACE SPOLEČNOSTI A TRH.....	- 14 -
5. MEDIKALIZACE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	- 18 -
5.1 Medikalizace deprese.....	- 18 -
5.2 Medikalizace sociální fobie.....	- 25 -
5.3 Medikalizace ADHD.....	- 27 -
5.4 Medikalizace alkoholismu.....	- 29 -
5.5 Medikalizace homosexuality.....	- 30 -
6. MEDIKALIZACE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V ČR.....	- 31 -
6.1 Ambulantní a lůžková péče.....	- 32 -
6.2 Spotřeba antidepresiv v ČR.....	- 35 -
6.3 Shrnutí.....	- 40 -
7. ZÁVĚR.....	- 40 -
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	- 43 -
9. RESUMÉ.....	- 49 -

1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem medikalizace, problematikou, jež se součástí vědecké literatury stala v průběhu 70. let minulého století. Stěžejní termín medikalizace je označením pro proces, ve kterém jsou původně nemedicínské problémy chápány, vnímány a následně i léčeny jako nemoc. Pojem lze tedy také vysvětlit jako přehnané užívání medicíny, či užívání medicíny v těch oblastech, ve kterých není bezprostřední nutnost medicínského zásahu. Blíže se definicí medikalizace zabývám v úvodu teoretické části, kde navazuji popisem významných studií, uskutečněných na dané téma v posledních uplynulých letech.

Moderní medicína pracuje s předpokladem, že je třeba odstranit potíže, které by dříve nebyly považovány za nemoc, resp. by nebyly považovány za problém vyžadující lékařského zásahu. Je beze sporu, že rozvoj medicíny v průběhu minulého století dal vzniknout expanzi lékařské vědy a farmaceutiky do rozličných oblastí lidského života a lidského zdraví. Téma zdraví se začalo stávat významnější, stalo se komoditou, zbožím, které si lze koupit. Definice zdraví se však v průběhu let proměňovala, zahrnovala fyzické, duševní, subjektivní i objektivní roviny.

Lékařská věda nabízela odpovědi na celou řadu otázek o zdraví a nemoci, začala v hojném počtu produkovat výzkumy o „nových“ nemocech a škodlivinách, zároveň začala produkovat nejrůznější medikamenty slibující úlevu od pacientových obtíží. Jedinci se rázem naskytl pohodlný způsob řešení problému, užitím léčiva, jež slibovalo úlevu mnohdy i do několika minut od požití medikamentu. Medicína pilně nalézala nemoci a se stejnou pilností se snažila i o jejich léčbu. Tomuto rozvoji farmacie, a snadnému způsobu pomoci, se nevyhnula ani oblast lékařské péče o duševní zdraví člověka, které se hodlám ve své práci detailněji věnovat.

Téma medikalizace společnosti není tématem, kterému by byla v české vědecké literatuře věnována primární pozornost, a právě proto jsem se rozhodla touto problematikou zabývat. K zaměření se na duševní zdraví jedince mě pak vedla skutečnost, že spotřeba léků užívaných k podpoření duševního zdraví v posledních letech neustále roste, lidé své psychické problémy stále častěji svěřují do rukou lékařské vědy. Ve své práci se tedy dále věnuji tématu duševního zdraví a nemoci, zaměřím se na jejich základní charakteristiky. Zde povedu diskusi na téma narůstající spotřeby psychofarmak, přiblížím významná zjištění dotýkající se této problematiky, a uvedu konkrétní příklady oblastí medikalizace duševního zdraví.

Cílem práce je zmapovat českou, zejména však zahraniční literaturu, zabývající se problematikou medikalizace a tématem duševního zdraví jedince. Pracuji s tematicky významnými díly z oblasti sociologie zdraví, psychologie a psychiatrie, jenž se zabývají právě tématem medikalizace, případně jsou nějakým způsobem pro mou práci významná. Argumenty získané z využití literatury jsou následně podpořeny v praktické kapitole bakalářské práce, a to dostupnými statistikami z českého prostředí, jež se dotýkají psychiatrické péče, zejména pak spotřeby psychofarmak. Ve své práci zaujímám stanovisko podpory existence procesu medikalizace, zároveň se k tomuto procesu stavím spíše kriticky, a to s přihlédnutím k hrozbám a dopadům medikalizace.

2. VYMEZENÍ POJMU MEDIKALIZACE

Nemoc a bolest jsou přirozenou součástí života člověka, stejně jako pocit zdraví, který je definován pociťováním duševní a tělesné pohody, schopností úspěšně zvládat negativní stavy (Bártlová 2005: 21).

Základní úlohou medicíny by měla být znalost nemocí a jejich léčby, umění ulevit od bolesti. Moderní medicína si však nárokuje stále větší zapojení do života jedince. Neduhy, se kterými byl člověk nucen po dlouhou dobu bojovat sám, byly v minulosti posilujícími aspekty do života, učily člověka vypořádat se s problémy, přizpůsobit se realitě. Požadavkem současné medicíny je však odstranění všech potíží, honba za absolutním zdravím, fyzickou dokonalostí a duševní pohodou. Takový přístup však podlamuje vůli člověka přizpůsobit se některým negativním aspektům života, a zabraňuje mu samostatně se vyrovnat s nastalými potížemi.

Tato situace vyvolává v oblasti lékařských a sociálních věd mnohé diskuze, a to především v otázce toho, zda je opravdu nezbytné zapojení medicíny do všech oblastí lidského života. Pro problémy, které dříve nevyžadovaly lékařského zásahu, nachází medicína nové termíny nemocí. Pro nově objevené nemoci jsou pak efektivně produkována kvanta medikamentů, zaručující léčbu, slibující zdraví. Veškeré aspekty lidského zdraví se postupně stávají předmětem medicínské kontroly. Člověku je nově diktováno, kdy se má cítit nemocný, a jak vypadá zdravý jedinec (Illich 2012: 35-47). Farmaceutika pak nabízí odpovědi v podobě medikamentů, které mají pomoci v léčbě a k dosažení ideálu onoho zdravého jedince.

Popisovanou situaci lze nazvat jako proces medikalizace společnosti. Termín se začal objevovat ve vědecké literatuře v průběhu 70. let, kdy se tímto tématem zabývalo několik případových studií. V sociologické terminologii se o medikalizaci obvykle hovoří jako o přehnaném užívání medicíny. Nejčastěji je však používána definice amerického sociologa Petera Conrada (1992: 209-211), který hovoří o „procesu, kdy jsou nemedicínské problémy definovány, popisovány a léčeny v termínech nemocí“.

Pro autora byla odrazovým můstkem jeho disertační práce z poloviny 70. let, ve které se zabýval medikalizací dětské hyperaktivity. K dalším autorům, kteří v této době přispěli ke zviditelnění tématu, patřili např. Irving Zola, Thomas Szasz či Ivan Illich, jejichž pracemi se mimo jiné zabývám níže. Tito autoři nepovažovali medikalizaci za zcela nový jev, často se mezi nimi objevovaly názory, že se jedná o nástroj sociální kontroly zdravotnických orgánů.

Mnoho společenských i osobních procesů je v současnosti ovlivňováno lékařskou vědou. Únava, přepracovanost, apatie, často spojovaná s prací, je dnes pojmenována jako „syndrom chronické únavy“, který lze léčit medikamenty. I menstruace, přirozeně patřící do života ženy, se stala stavem, který lze regulovat lékařskými zásahy, léky proti bolesti, v některých případech tento stav úplně potlačit. Veškeré tělesné vady či odlišnosti představují odchylku, kterou je nutno odstranit, chirurgicky korigovat, a to i bez ohledu na to, že v každodenním životě jedince nemusí představovat přímé omezení. Vše, co bylo dříve součástí každodenního života a životního cyklu – kosmetické odlišnosti těl, plešatění, akné, únava, menopauza, podrážděnost – je dnes medicínou klasifikováno jako zdravotní problém, vyžadující lékařské intervence (Bártlová 2005: 115-116).

O medikalizaci jako negativním jevu pak z českého prostředí hovoří Svobodová a Podaný (2003), kteří ve svém příspěvku upozorňují na narůstající zisky farmaceutického průmyslu na počátku 21. století. Počet diagnóz ve vyspělých zemích přesahuje počet třiceti tisíc, často zdravým lidem je de facto namlouváno, že jsou nemocní. Společnost se následně dostává do takové situace, kdy je téměř nemožno najít úplně „zdravého“ člověka.

Pacienti se často dostávají do situace, kdy jsou léčeni, aniž by to jejich zdravotní stav nutně vyžadoval, případně dochází k chybným diagnostikám nemoci. Bártlová hovoří například o případu žen, kterým byla mylně diagnostikována rakovina prsu, což mělo za následek celoživotní úzkost i kosmetické vady důsledkem chirurgické léčby (Bártlová 2005: 116-120). Je i nadále potřeba se tématem medikalizace výrazně zabývat, tak, aby nedocházelo ke zbytečné kvantifikaci objevovaných nemocí. Některé aspekty lidského života je potřeba uchovat mimo dosah medicíny. Příkladem může být homosexualita, dříve léčena jako duševní nemoc v psychiatrických klinikách

3. STUDIUM MEDIKALIZACE

Do sociologické literatury začal termín medikalizace pronikat v průběhu 70. let minulého století. K výrazným autorům, zabývajících se tímto tématem, patří beze sporu Peter Conrad. V průběhu své kariéry napsal Conrad několik prací, jež se zabývaly tématem medicíny, zdravotnictví a medikalizace. K zásadním dílům patří jeho disertační práce z roku 1976 „*Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*“. Jako výzkumný problém si ve své práci stanovil téma medikalizace hyperaktivního chování, přesněji se zabýval dětmi trpícími syndromem ADHD. Autor rozpracovával problematiku „velké farmaceutické revoluce“, označující velký nárůst užívání psychofarmak v průběhu 50. let. Conrad (2006: 9-14) v této souvislosti upozorňoval na velké procento školou povinných dětí, které v 70. letech užívaly léky na modifikaci chování. Ústředním zájmem jeho práce byla otázka, jak se dětské chování, odlišující se od standardů, transformuje na medicínský problém.

Conrad (2006: 33-46) pracoval s problematikou deviantního chování a teorií labelingu, nálepkování. Autor využil metody případové studie, přičemž zkoumal každodenní chování školou povinných dětí a sledoval proces proměny deviantního chování v onemocnění. Po provedení výzkumu Conrad konstatoval, že výrazný vliv na léčbu hyperaktivních dětí měly interakce mezi rodiči, učiteli a lékaři. Autor přitom poukazyval na fakt, že často nebyly zjištěny žádné biologické příčiny stavu, jež by nutně vyžadovaly farmaceutického zásahu.

Conrad patřil k významným autorům, kteří v 70. letech upozornili na problematiku medikalizace, jakožto formy sociální kontroly (Conrad 2006: 73-75). Tato problematika se týká především užíváním psychofarmak, umožňujících kontrolu a regulaci chování vybrané populace. Problematiku sociální kontroly rozpracoval právě na vzorku dětí, jejichž diagnóza byla stanovena spíše společenskými požadavky po typu chování, nežli konkrétním zdravotním neduhem.

Dalším významným autorem, jenž přispěl v 70. letech k rozvoji tématu medikalizace, patří Ivan Illich, a to knihou publikovanou v roce 1975 „*Limits to medicine: Medical nemesis*“, která od té doby vyšla již v několika vydáních. Autor ve své knize považuje současnou úlohu medicíny nebezpečnou pro zdraví a zhoubnou pro společnost. Illich (2012: 35-42) se zabývá přehnanou produktivitou medicíny, jež roste do neúnosných rozměrů. Dále se zabývá konkrétní škodlivostí medicíny, negativně působící v jednotlivých sférách lidského života. Svou práci staví na termínu iatrogenese, která označuje poškození pacienta lékařem, léčebným postupem nebo lékem. Illich hovoří o bezúčelnosti medicíny, která zasahuje do oblastí života, ve kterých pro ni původně nebylo místo. Lidé pak ztrácejí vlastní vůli postavit se zdravotním problémům, odmítají čelit realitě, využívají jednoduššího způsobu svěřit se do rukou farmaceutických organizací.

Práce ze 70. let si udržuje aktuálnost i v současné době. Lékařské technologie, i přestože velmi pomáhají, leckdy zacházejí příliš daleko se svými zásahy do přirozeného běhu života. Illich (2012: 39-42) nabádá vyvarovat se neúčinných, někdy i jedovatých, nebezpečných procedur, dále nabádá ke zlepšení stavu a bezpečnosti pacientů v nemocničních zařízeních. Illich se také zabýval otázkou farmaceutických společností, které vyvíjejí nákladné, drahé léky. Následkem roste podíl zdravotnictví na rozpočtu, v USA tyto částky dosahují již miliard dolarů.

K dalším autorům se řadí Irving Zola, jenž se na základě svých zkušeností předně zabýval životem lidí se zdravotním postižením. Již v roce 1972 se ve své eseji věnoval, podobně jako Peter Conrad, tématu medicíny jakožto prostředku sociální kontroly. Zola ve svých pracích poukazoval na nedostatečnou účinnost léků, předepisovaných na běžné zdravotní obtíže obyvatelstva, a na zanedbávání zdravotní péče těch, kteří si ji z finančních důvodů nemohli dovolit (Williams 1996: 112-115).

Thomas Szasz, významný psychiatr a psychoanalytik, je dalším významným autorem, jež se v 70. letech věnoval tématu medikalizace. Působil jako kritik psychiatrie, a zabýval se stejně jako předešní autoři tématem sociální kontroly medicíny v moderní společnosti. Szasz byl jedním z prvních kritiků medicínského pohledu na homosexualitu, bojkotoval nedobrovolné hospitalizace, psychiatrickou a farmaceutickou léčbu homosexuality. Základním argumentem autora byla radikální myšlenka, že duševní choroba je mýtus, za což byl mnoha kolegy ostře kritizován. Proces medikalizace, regulaci chování a problematiku užívání psychofarmak poté viděl jako nástroj sociální kontroly nad lidským životem (Poulsen 2013).

Problematikou medikalizace se dále zabývala řada autorů, jako například Pfohl, studující medikalizaci deviace, dále Estes a Binney, kteří v roce 1989 vnesli do vědecké literatury diskuzi na téma medikalizace stárnutí, tématem menopausy, jakožto problému, vyžadující lékařského zásahu, se v roce 1987 zabýval Bell (Olafsdottir 2007: 31). K dalším autorů patří také Joseph Schneider, který se zabýval tématem medikalizace alkoholismu. Schneider mimo jiné spolupracoval s již zmiňovaným Peterem Conradem, a to na knize „*Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*“, poprvé publikované v roce 1980. Autoři se zde zabývají konkrétními případy deviací, jako je alkoholismus, drogové závislosti, homosexualita, zneužívání dětí, domácí násilí, hyperaktivita dětí atd. (Conrad, Schneider 1992: 17-37). Sledují proces rozvoje medicíny, zasahujícího do těchto oblastí, přičemž rozvádí myšlenku sociální kontroly, omezující životy jednotlivců.

V následujících letech medikalizace postupně pronikala do dalších sfér lidského života. Oblastí, kde mohou farmaceutické firmy navyšovat zisky je v současné době mnoho, zvláště s přihlédnutím k charakteru medikalizace, v jejímž procesu jsou nalézány stále nové nemoci a neduhy. Byznys s léky má dnes několik významných odvětví, přičemž významným prvkem na trhu je syndrom stáří. Dobrým zdravotním stavem a fyzickým vzhledem v pokročilejším věku se společnost zabývá již dlouhou dobu, moderní medicína však vnesla do diskuze i problémy s věkem dříve neřešené. K takovým případům patří například fenomén tzv. mužské menopauzy. O mužské menopauze hovoří ve svém příspěvku Charlton (2004). Jedná se o jakousi analogii k ženské menopauze, o postupné ubývání mužského hormonu, testosteronu, ve věku kolem 45 - 50 let. V současnosti hovoří lékařská literatura o diagnostice, průběhu a „možnostech léčby“ mužské menopauzy, charakterizuje její příznaky. Medicína využívá možnosti substituční terapie, tedy umělého dodávání testosteronu do těla postižené osoby.

Dle Brawera (2004) byly účinky testosteronu prokazovány v mnoha studiích, jejichž výsledky byly často pozitivní. Studie prokázaly pozitivní vliv na zvyšování svalové hmoty, ubývání tuku, zvýšení síly, zlepšení duševního stavu či na podpoření sexuální funkce. Vnější zásah do stárnoucího organismu však vykazuje i značné negativní účinky, které nelze opomíjet. K náhlému přibývání na váze se přidal významný problém, a to zvýšení rizika onemocnění prostaty, rakoviny prostaty.

Tento lékařský pohled klasifikuje mužskou menopauzu na nemoc, jelikož je k ní jako k nemoci přistupováno. Krize středního věku, jak byl tento stav dříve označován, je pacientům představován jako problém, který je třeba řešit. Všudypřítomná reklama podporující touhu po mládí, kráse a aktivitě navíc utvrzuje pacienty v jejich snaze čelit přirozeným životním procesům. Jak zmiňují Svobodová, Podaný (2003), výraznou diskuzi na toto téma přitom spustila reklamní kampaň, ke které daly podněty farmaceutické společnosti, zabývající se produkcí hormonálních léčiv.

K dalším významným oblastem života jedince, kde je možno sledovat pronikavější vliv medicíny, je oblast těhotenství a porodu. Běžné tělesné stavy a procesy v životě ženy, jako je porod či menstruace, byly definovány na problém, jenž vyžaduje lékařského zásahu. Počátky kritiky medikalizace porodu lze hledat v 60. – 70. letech, kdy se objevovaly nesouhlasné hlasy žen, jež se staly zkoumaným, pasivním objektem porodu, podléhající neosobní péči nemocničního zařízení (Hrešanová 2012).

Porod se stává stále více medikalizovým, lékařská věda přispívá takovými vynálezy, jako je anestezie, císařský řez, krevní transfúze. Je beze sporu, že rozvoj medicíny přispěl ke snížení úmrtnosti matek a novorozenců, velkou část tohoto úspěchu si však nárokuje i všeobecné tlumení nákaz, povědomí o hygieně, péče o zdraví, zvyšování kvality života a stravy.

Dle Johanson a kol. (2002) lékařského zásahu za využití podpůrných procedur jako klystýr, anestezie, porodnické kleště či císařský řez, není vždy potřeba, přesto vzrůstá míra zbytečných zásahů do průběhu porodu.

Mnoho medicínským zásahů do porodu je přitom založeno na poměrně chatrných výzkumech. Jako příklad uvádí Beech (2011) nástřih hráze, který byl v USA ve svých počátcích odůvodňován rizikem poškození mozku a snížení IQ dítěte, přičemž pravdivost těchto informací nebyla prokázána. Velké spory se vedou i kolem užívání ultrazvuku u těhotných žen, upozorňující na možné riziko ohrožení rostoucích buněk. Mnoho porodníků také zastává názor, že domácí porod je mnohem nebezpečnější než porod v nemocnici, své myšlenky však často opírají o zkreslené statistiky (Beech 2011). Zvýšení domácích porodů by mohlo představovat značné riziko pro výkon povolání porodníků a asistujících lékařů, proto není překvapující, že velké procento podporujících nemocniční porody pochází právě z řad zdravotnických pracovníků.

Dalším příkladem medikalizace může být případ užívání pohlavních hormonů na léčbu vysokých dívek, zaznamenaný v průběhu 50. let. Dle Rayner a kol. (2010) se jednalo o využívání estrogenu, který byl mimo tento případ využíván i ke zlepšování sexuálního uspokojování žen, k léčbě příznaků menopauzy, jako prostředek pro udržení mladistvosti. K poklesu užívání vedlo až zjištěné riziko výskytu rakoviny u pacientek. Důvody pro léčbu vysokého vzrůstu byly obavy z obtížného hledání partnera, sociální izolace, obtížného nákupu ošacení, proto byly iniciátory léčby často matky dospívajících dívek. Lékařské výzkumy přitom neprokázaly žádnou přímou spojitost mezi vysokou postavou a psychickým strádáním pacientky.

Značný vliv na zahájení léčby mělo sdílení konceptu ženskosti, považující vysokou dívku spíše za maskulinní, dále také inzerce farmaceutických společností a prezentování potencionálních rizik spojených s výškou. Rayner a kol. (2010) dodává, že nutnost lékařského zásahu v tomto případě nebyla nikdy potvrzena významnými, přímými důkazy.

Vysoký nárůst spotřeby léčiv lze sledovat v mnoha oblastech zdraví konkrétně i v případě České republiky. Jedná se například o antibiotika, u kterých roste počet jejich nadbytečného či nesprávného předepisování. Antibiotika jsou předepisována i v takových případech, kdy jejich užití postrádá vzhledem k diagnóze smysl (Presová 2010). Nadužívání antibiotik přitom vede ke snížení jejich účinku, což má negativní dopad na zdraví populace. Léčba je přitom také zahajována alternativními přípravky s vysokou cenou, namísto využití léčiva dle doporučených postupů České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Výjimku netvoří chybné diagnostikování nemoci a nevhodně nasazený způsob léčby. Právě tento přístup vede k růstu antibiotické rezistence, která představuje pro společnost značné nebezpečí. Je nutností dále rozvíjet antibiotickou politiku, která usiluje o bezpečné, účinné a efektivní nakládání s antibiotiky (Marek a kol. 2010: 471-476).

3.1 Medikalizace a sociální kontrola

S kritickým přístupem k medikalizaci se především v sociologii váže i téma sociální kontroly. Toto téma je výrazně posíleno především v oblasti péče o duševní zdraví, přičemž je třeba brát v úvahu, že právě tato oblast se zabývá výzkumem a regulací lidského chování. Drogově závislí, alkoholici, ale i kriminální zločinci, ti všichni jsou v dnešní době označeni za nemocné, tedy do velké míry zbaveni zodpovědnosti za své jednání. Umisťování těchto jedinců do psychiatrických léčeb nabízí snadnou možnost dohledu nad vyčleněnou skupinou.

Jak uvádí Bártlová (2005: 120), určitým odporem proti tomuto přístupu může být zakládání rozlišných svépomocných skupin (proti gamblerství, alkoholismu), jež se snaží řešit své problémy bez pomoci medicíny a farmaceutického zásahu.

Téma sociální kontroly pojící se k problematice medikalizace přitom nelze tak snadno opustit. Toto téma lze uchopit skrze práce i několika významných autorů, jako je Michel Foucault, Talcott Parsons či Eliot Freidson. Tomuto tématu se věnovala ve své práci Tinková (2014). Kořeny tématu sociální kontroly lze spatřovat v 18. století, kdy docházelo k masivnímu nárůstu evropského obyvatelstva, společně s rozvojem kapitalismu.

To si žádalo lepší koordinaci, řízení a kontrolu populace, prostřednictvím nových mocenských nástrojů. V této souvislosti přichází Michel Foucault s konceptem biomoci, biopolitiky. Biomocí rozumí snahu o dosažení zdravé a pracovité populace, pomocí sledování demografických dat, údajů o porodnosti, úmrtnosti, sňatečnosti apod. Součástí této snahy je i pokus o jakési předvídání lidského chování. Pro udržení zdravé populace je přitom zapotřebí i rozvoj vědění o zdraví, informovanost o hygieně, plošná vakcinace. Právě zde lze hledat spojení mezi biomocí, sociální kontrolou a medikalizací. Medicína se stala nástrojem moci, jakožto činitel fyzického zdraví, kontrolující zdravotní stav a jednání populace (Tinková 2014: 109-110).

Foucault vidí proměnu medicíny na přelomu 18. – 19. století, a to od jejího zaměření se na smrt, po zaměření se na zdraví a nemoc. Medicína začala organizovat dohled nad manželstvím, sexuálním životem a porodnictvím, a to jako prostředek odbourání přenosných nemocí naskrze generacemi (Foucault 1999: 137-138). V této souvislosti hovoří Foucault o tzv. biopolitice, kdy se populace stává předmětem kontroly a regulace.

Politika se v tomto případě zaměřuje na zdraví a vytváří programy zdraví podporující. S tímto přístupem se pojí dokonalá informovanost o povaze sledované populace. Takové populaci jsou pak zajišťovány jistoty a bezpečí, na oplátku se však očekává disciplinovanost a poslušnost populace (Parusniková 2000: 135).

V práci Talcotta Parsonse je klíčový pojem „role nemocného“. Tuto roli shledává Parsons jako nejdůležitější mechanismus sociální kontroly v kapitalistických společnostech. Sociální systém musí chránit populaci, nemocní proto musí být kontrolováni, jsou považováni za narušitele systému (Parsons 1964: 259). Eliot Freidson pak ve svých knihách dále pracuje s tématem nemoci, medicíny a profese lékaře. Aplikace znalostí medicíny na pacienta považuje Freidson za jakousi formu autority, kontroly pacienta, omezující jeho svobodné rozhodování (Freidson 2007: 125).

K tématu medikalizace a sociální kontroly významně přispěl již zmiňovaný Peter Conrad, který se zabýval mimo jiné medikalizací deviantního chování. Medicínu viděl jako způsob minimalizace nebo úplného odstranění deviantního chování, tedy jako způsob udržení sociálních norem. Značný vliv lékařského dohledu spatřoval Conrad (1979) právě v psychiatrických léčebnách. Autor podotýká, že od 50. let došlo k rozvoji léků, které kontrolují a upravují chování – sedativ, léků na úzkost, nervozitu, léků pro léčbu hyperaktivity. Tyto léky se snadno předepisují, aplikují, a bývají silné ve svých účincích – tedy v kontrole a ovládnutí pacientova chování. Moncrieff (2010) doplňuje, že psychiatrie je tedy schopna produkovat zásahy, jejichž cílem je omezení či kontrola nežádoucího chování, přičemž toto chování je transformováno a léčeno v pojmech nemoci.

V současné době je léčba psychofarmaky naprosto běžnou záležitostí. Téma sociální kontroly zaznělo v mnoha významných dílech o medikalizaci, sepsaných v průběhu 20. století. Za příklad byli výše uvedení autoři, jako Conrad či Zola, na oblast psychiatrie se pak konkrétně zaměřoval Thomas Szasz, který kritizoval praktiky psychiatrické léčby a považoval je za nástroj sociální kontroly (Poulsen 2013). Szasz (1997: 177) se mimo jiné zabýval psychiatrickou léčbou homosexuality, tedy označením homosexuální orientace za psychickou poruchu. Problém psychiatrie viděl Szasz nejen v jejích tendencích označovat odlišné lidské chování za psychickou nemoc, ale i v jejích tendencích hledat způsoby, jak toto „nepatřičné“ chování kontrolovat a korigovat.

4. MEDIKALIZACE SPOLEČNOSTI A TRH

Tématem propojení medikalizace a otázkou finančního prospěchu farmaceutických společností se ve své knize *Zkorumpovaná farmacie* zabýval Ben Goldacre. Autor hovoří o medikalizaci jako o „obchodování s nemocemi“. Dle jeho výkladu se jedná o procesy vytváření diagnóz, které produkují farmaceutické firmy za účelem prodeje svých výrobků, tabletek, které uvedou nežádoucí stav do pořádku (Goldacre 2013: 227). Na počátku 21. století vydělaly farmaceutické koncerny z prodeje léků 430 miliard dolarů, počty osob užívající některý druh medikamentu jsou vysoké, a to bez ohledu na vliv nežádoucích účinků léčiv (Svobodová, Podaný 2003).

Goldacre zároveň nepopírá existenci účinných léků, které zlepšují kvalitu života jedince – Toto pozitivum rozvoji farmaceutiky samozřejmě nelze obecně upřít. Je však možno vést diskuzi, kde začíná a končí efektivnost léčby, a kdy se medikace stává pouhým způsobem výdělků farmaceutických firem bez ohledu na nutnost a účinnost léčby.

Coldacre (2013: 232) dále upozorňuje na skutečnost, že se dostupné léky mohou snadno proměnit v rekreační drogy, ve finále postrádající svůj původní – třebaže dobrý – smysl. Rizikem je pak i úplná medikalizace každodenní činnosti, redukcionistické stanovení norem, způsobující u do té doby „normálních“ lidí pocit nedostatečnosti, nedokonalosti, nemoci.

Propojenost medicíny a trhu je však aktem poměrně přirozeným. Farmaceutické firmy, rychlým tempem navyšující své zisky, jsou logicky výhodným partnerem pro praktikující lékaře. Nabídka finančních odměn, bonusů, sponzorství lékařských kongresů, to vše je pro lékaře příjemnou motivací k tomu, aby s farmaceutickými firmami spolupracovali, a předepisovali velké množství léků, doporučovali značky. Výdaje na propagaci farmaceutických společností přesahují horentní sumy, například v USA se jedná o miliardy dolarů ročně. Výsledky léčby přitom nejsou vždy v souladu s pacientovým očekáváním. Medikamenty se potýkají s velkým množstvím vedlejších příznaků a s rizikem vytvoření závislosti. Mnoho uživatelů proto končí v nemocnicích, a to důsledkem nežádoucího působení léku, či v důsledku předávkování. Užívání léků může mít i opačný, též negativní vliv, který je spojen především s konzumací antibiotik. Ty jsou v dnešní době často předepisovány lékaři i na banální onemocnění, což v důsledku snižuje jejich účinnost (Svobodová, Podaný 2003). Neúčinnost antibiotik je samozřejmým rizikem pro udržení zdraví celé populace.

Navzdory zmiňovaným negativním dopadům, které může přinést užívání medikamentů, spotřeba léčiv roste. Jak uvádějí Metyš a Balog (2006), na nárůst spotřeby má značný vliv reklama farmaceutických firem, promyšlený marketing, oboustranně prospěšná spolupráce s lékaři. Významnou pozici na farmaceutickém trhu zabírá USA, její tržby z prodeje léků tvoří přibližně 50% z celkového příjmu farmaceutických společností.

Evropa zaujímá druhé místo (asi 25%), přičemž největší podíl na zisku vlastní Německo. V Evropě panují mnohem přísnější pravidla pro zavádění nových léků na trh než v USA. Zde nejsou výjimkou reklamy propagující léky na předpis, farmaceutické koncerny mají vyšší svobodu, například v určování výše ceny za své výrobky. K velice lukrativním oblastem farmaceutického trhu pak patří antidepresiva, antibiotika, či léky na mužskou potenci (Metyš, Balog 2006: 106-111).

Svou roli při zavádění léku a jeho udržení na trhu hrají samozřejmě i příslušné výzkumy. Za povšimnutí stojí skutečnost, že pozitivní výsledky zaznamenaly z 85% výzkumy financovány farmaceutickým průmyslem, ve srovnání s 50% výzkumů, jež byly financovány vládou. Jedná se o výzkumy, zkoumající přínosnost určitého léčiva, jako jsou žádané léky na snížení cholesterolu, na potenci, antidepresiva, léky proti vředům atd. (Goldacre 2013: 15-16). Publikované výzkumy poté vyzdvihují kladné vlastnosti produktu, vybízejí k jeho užití, často však maskují nebo zlehčují negativní dopady léku, vedlejší příznaky a skutečnou účinnost. Jedinci je důsledkem zkreslení některých výzkumů a zveličováním pozitiv léků takřka znemožněno reálně zhodnotit klady a zápory léčiv, které užívá, a které jsou mu předepisovány lékařem. Této situaci nepřispívá ani fakt, že i samotné regulační orgány často prosazují zájmy farmaceutického průmyslu, což lze mnohdy vysvětlit finanční motivací jednotlivých pracovníků. Nápomocny nebývají ani jednotlivé vlády, jelikož nezavádí zákony nutící publikovat firmy všechna získaná data (Goldacre 2013: 80-119).

Veškerá marketingová snaha farmaceutických společností o propagaci různorodých léčiv vede k rapidnímu nárůstu spotřeby léků. Konkrétně v ČR užívá pravidelně předepsané léky přibližně 41% mužů a 66% žen, s nárůstem věku tato procenta přirozeně stoupají.

K nejčastěji užívaným medikamentům pak patří léky proti bolesti (Metyš, Balog 2006: 112). K rapidnímu nárůstu spotřeby došlo v tuzemských podmínkách v průběhu 90. let, kdy aktivní reklama podpořila nákup léčiv na nemoci cév, na bolesti hlavy, léků na chřipková onemocnění. Od roku 2003 pak narůstá spotřeba léků v průměru o 2,5% ročně, společně s nárůstem nákladů na ně vynakládaných, kdy navýšení činí 5,7% ročně (Boček, Šulek 2015).

Farmaceutické společnosti vynakládají na propagaci svých produktů nemalou snahu - ať už jde o příslušné výzkumy, konané například na nereprezentativním vzorku populace, lékařské konference a finanční podporu spolupracujících lékařů, zpřístupnění online výukových materiálů pro studenty apod. Významnou oblastí marketingu firem dle Goldacrea (2013: 232-236) však tvoří i samotní spotřebitelé, pacienti. Skupiny pacientů, jež se tvoří s cílem rozšiřovat informace a podporu nemocných lidí, jsou často financovány právě farmaceutickým průmyslem. Firmy tak rozšiřují dobré povědomí o své značce, propagují se jako zodpovědné a starající se o zájmy svých klientů. Zájmové skupiny na oplátku schvalují marketingové propagování výrobků, a to i za přihlídnutí ke skutečnosti, že výdaje na marketing výrazně zvyšují cenu léčiva.

Problematika medikalizace společnosti a trhu je poměrně komplikovanou otázkou. Výzkumy a vyvíjení nových léků farmaceutickými společnostmi má jistě příznivý vliv na léčbu řady závažných nemocí, komplikujících životy pacientů. Zároveň je však třeba věnovat se opravdu relevantním výzkumům, a provádět výzkumy na reprezentativních vzorcích populace. Farmaceutickým firmám by mělo jít v první řadě o pacienta, nikoli o zisky, a dle toho by se měly orientovat ve svých výzkumech. Zájem medicíny by měl být orientovaný na opravdové zdravotní problémy, a měl by se ve svých výzkumech vyvarovat takovým důsledkům, kdy se původně zdraví lidé začnou cítit nemocní.

5. MEDIKALIZACE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Pojem zdraví není snadné definovat. Jeho definice se v průběhu let proměňovaly, a ani dnes nepanuje jasná shoda, co má definice zdraví přesně obsahovat. Nejvíce rozšířeným je pojetí z roku 1948, pocházející od Světové zdravotnické organizace, definující zdraví jako stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody. Tato definice nahradila chápání zdraví jako pouhou nepřítomnost nemoci (Bártlová 2005: 21). Také nemoc má složku biologickou, duševní a sociální. Pro sociologii medicíny je důležitý sociální aspekt nemoci. Nemoc brání člověku ve výkonu každodenních aktivit, narušuje jeho společenské vztahy, jedinec není schopen plnit očekávané role a úkony (Bártlová 2005: 43).

K významným autorům, jež se v sociálních vědách zabýval sociologickým pojetím nemoci, patří Talcott Parsons. Nemocný jedinec se dle Parsonse (1991: 294-295) ocitá ve zvláštní situaci, jelikož jeho nemoc jej vylučuje ze společenských funkcí, jež byl zvyklý plnit, jedná se tedy o určitou formu deviace, odchylku od normální role. Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností, je povinen spolupracovat s odborníky a dávat najevo nežádoucnost svého stavu.

Duševní zdraví tedy není pouhá nepřítomnost duševní nemoci, nýbrž dobrá kondice osobnosti jako celku. Duševně zdravý jedinec umí řešit problémy, logicky uvažovat, zpracovávat přijaté informace, komunikovat s okolím, vycházet se svým sociálním kolektivem. Je emočně a citově vyrovnaný, nepostrádá schopnost adaptace. Ideálním přístupem k duševnímu zdraví by měla být jeho podpora a prevence duševních poruch. Jak uvádí Marková a kol. (2006: 15-17), zlepšení duševního zdraví je i jedním z cílů WHO (Světová zdravotnická organizace). WHO má za cíl do roku 2020 omezit výskyt duševních poruch, zlepšit psychosociální pohodu lidí, rozšířit dostupnost služeb pro jedince s duševními problémy, snížit počet sebevražd.

Duševní poruchu lze, podobně jako pojem zdraví, vysvětlit více definicemi, obecně jde však o psychické procesy, ovlivňující myšlení a chování člověka, komplikující jeho každodenní fungování (Hartl, Hartlová 2004: 424-425). Zmínky o duševních poruchách se objevují již ve starověkém Egyptě či Řecku, přičemž již tehdy se využívala léčba opiem, ale také hudbou, rehabilitacemi, cvičením či rozhovory. K významným změnám v péči dochází především v 18. – 19. století, prosazuje se humanitární přístup k nemocným, budují se nemocnice a psychiatrické ústavy (Dušek, Večeřová-Procházková 2015: 16-18). V průběhu 19. - 20. století dochází k rozvoji psychoanalýzy (autor Sigmund Freud) a elektrošokové léčby. Přelomem v péči o duševně nemocné se však stala 50. léta, kdy k léčbě začala být hojně využívána psychofarmaka (Dušek, Večeřová-Procházková 2015: 19).

Duševní poruchou mohou být stavy, zapříčiněné vrozenou genetickou výbavou, mohou však být následkem i prožitých událostí a důsledkem působení vnějších vlivů. Znatelný nárůst za poslední století zaznamenala především diagnostika duševních poruch. Zatímco na počátku 20. století bylo k rozlišení jen několik desítek duševních poruch, o padesát let později se jednalo už o necelých 200 typů, v současné době je dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch udáván počet 374. Mezi duševní poruchy lze řadit například autismus, ADHD, schizofrenii, depresi, maniodepresivní psychózu, úzkostnou poruchu, nespavost, narcismus, kleptomani, bulimii či mentální anorexii (Hartl, Hartlová 2004: 424-425). Je otázkou, zda počet poruch skutečně roste, zda se jedná o důsledek pokroku v procesu diagnostikování, či zda je tento nárůst součástí procesu medikalizace.

Světová zdravotnická organizace definuje duševní poruchu jako činnost, spolehlivě rozpoznatelnou prostřednictvím souboru definovaných znaků, způsobující ztrátu sociálního postavení. K užívanému dělení duševních poruch patří dělení na neurózy a psychózy. Za závažnější typ jsou považovány psychózy, ke kterým patří například schizofrenie. Psychózy jsou typické pacientovou ztrátou nadhledu nad vlastním stavem. Neurózy jsou lehčí formou narušení psychiky, které obvykle umožňují jedinci fungovat v každodenním životě, přesto však toto fungování nějakým způsobem znesnadňují. Jedná se například o úzkosti a fobie (Bártlová 2005: 57-58).

Léčbou duševních poruch se zabývají obory psychiatrie a klinická psychologie. Tyto obory se zabývají rozpoznáváním, prevencí a léčbou duševních nemocí, přičemž psychiatrie ve své praxi využívá taktéž farmakologické léčby. Kučera (2013: 161-164) uvádí, že péči psychiatrů využívají spíše ženy, k nejčastějším diagnózám pak patří neurotické poruchy. Farmakologická léčba psychických poruch je poměrně často využívaným způsobem léčby a spočívá v podávání chemických látek, které působí na centrální nervovou soustavu pacienta, a tím ovlivňují jeho psychický stav.

Z pohledu sociologie je duševní porucha deviantním chováním, je považována za odchylku. Důvodem tohoto chápání je nežádoucnost nemoci jako takové, odchýlení se od požadovaného, očekávaného chování. Na duševní nemoc lze také nahlížet z několika psychiatrických modelů. K nejznámějším patří například behaviorální model (duševní nemoc jako naučené chování), biomedicínský (nemoc jako výsledek mozkové poruchy), biopsychosociální (zahrnuje do nemoci sociální prvek), či model psychoanalytický, jenž vyzdvihuje jedinečnost každé duševní poruchy (Dušek, Večeřová-Procházková 2015: 24-26).

S tématem duševní poruchy se také často váže téma stigmatizace a sebestigmatizace. Jedná se o případ předsudků, stereotypů, pojící se k lidem, kteří trpí duševním onemocněním. Těmto lidem jsou na základě těchto předsudků připisovány určité negativní vlastnosti, dochází k jejich znehodnocení (Kapr, Petrušek 1997: 83). V případě sebestigmatizace aplikuje pacient negativní předsudky sám na sebe, což následně vede k pacientovu poklesu sebevědomí a sebeúcty (Ocisková, Praško 2015: 40).

Právě oblast duševního zdraví a duševní nemoci je tématem, které se výrazně pojí s problematikou medikalizace. Jak již bylo zmíněno výše, za poslední století došlo k nárůstu rozlišitelných duševních poruch z několika desítek na téměř čtyři stovky případů. Bártlová (2005: 118) také hovoří o jakési „psychiatrizační“ každodenního života, jejíž kořeny lze hledat již ve viktoriánském období. Významným obdobím pak byla padesátá léta, kdy došlo k objevení léčby pomocí antipsychotik a antidepresiv. Rozvoj této léčby samozřejmě pokračoval i v následujících letech, přičemž významným objevem na trhu se stal lék Prozac, chemický přípravek určený na léčbu deprese. Užívání tohoto léku se stalo „módní“ záležitostí, součástí každodenního života. Lidé Prozac využívali na „léčbu“ běžných strastí a nesnází, k tomu, aby se cítili dobře.

Téma psychiatrizace se v této souvislosti přitom objevuje i v dalších pracích, které se zabývají problematikou duševního zdraví. Obecně lze hovořit o procesu, kdy je téměř každé chování, emoce a myšlení vnímáno jako forma duševní nemoci (Caplan 2011: 24). Psychiatrizace zasahuje do různých oblastí lidského života, jako jsou pracovní problémy, potíže ve vztazích, společenské chování, přičemž lidé často kladou na psychiatrii a medicínskou léčbu vysoké nároky (Petr, Marková, a kol. 2014: 62). Farmaka využívaná v psychiatrii by přitom neměla být, a ani nemohou být, jedinou možnou cestou pro řešení každodenních strastí a neduh, jež jsou spojena s lidským životem.

5.1 Medikalizace deprese

Snad nejčastěji řešeným tématem současné doby v oborech psychologie a psychiatrie, patří léčba deprese a růst spotřeby antidepresiv. Situace se netýká nejen zahraničí (například dle údajů z roku 2010 užívá antidepresiva 10% Američanů), ale i České republiky. Tento nárůst je zapříčiněn především snadným způsobem, jakým si mohou lidé antidepresiva obstarat. Lékaři předepisují antidepresiva v hojných počtech, často i v případech, kdy existují jiná léčiva, případně v případech, kdy předepsání antidepresiva není vůbec namístě (Kolářová 2015). Léčba antidepresivy je postavena na „serotoninové teorii“, tedy myšlence, že je deprese způsobena nedostatkem hormonu serotoninu, který je třeba uměle navyšovat. Tato teorie však není dle odborníků úplně správnou a získává značné trhliny, přesto je však mezi lidmi velmi rozšířena a proto je na ní postaven prodej většiny antidepresiv (Goldacre 2013: 224).

Deprese patří k nejrozšířenějšímu onemocnění i dle údajů Světové zdravotnické organizace. Jedná se o onemocnění, projevující se smutnou, úzkostnou náladou, pocity beznaděje a bezmoci. Jedinec trpí neschopností projevovat radost, dále jej trápí snížená, či zvýšená spavost, nechť k výkonu fyzických i psychických aktivit. K nejpodstatnějším znakům deprese patří depresivní nálada, snížený zájem o život, ztráta smyslu života, snížená chuť k jídlu, myšlenky na sebevraždu (v některých případech dochází až k pokusu o sebevraždu), nesoustředěnost, pokles sebevědomí, fyzická únava a pocit smutku (Křivohlavý 2013: 13-20).

Příkladem, kdy jsou předepisována antidepresiva, aniž by to situace nutně vyžadovala, je proces truchlení, tedy přirozená reakce na ztrátu. Příznaky truchlení jsou podobné depresi (smutek, pláč, nespavost, apatie), přesto však truchlení nelze s onemocněním depresí zaměňovat.

Truchlení je přirozeným procesem, kterým by si měl jedinec projít, není to však nemoc, která by vyžadovala léčbu (Čírtková, Vitoušová a kol. 2007: 71). Užívání antidepresiv a podobných farmak tedy v tomto případě není úplně na místě, přesto není výjimkou, že jsou tato léčiva lékaři předepisována.

Významný vstup medicíny do procesu léčby duševního zdraví a konkrétně deprese, zaznamenal lék Prozac, chemický přípravek určený na léčbu deprese, působící na lidskou mysl (Bártlová 2005: 118-119). I ze stran samotných pacientů se během léčby začaly objevovat názory, že tento lék je předepisovaný příliš často a v nevhodných případech, přičemž pacienti během léčby zaznamenávali i zhoršení svého stavu. I přesto, že byl Prozac původně vyvinut pro léčbu deprese, je dnes předepisován i na řadu dalších onemocnění (například různé fobie, obsedantně kompulzivní poruchu apod.), a to i v případech, kdy lékaři neposkytují dostatečné objasnění použití Prozacu (Packard 1998: 8-26). Využití Prozacu mimo jeho původní oblast působnosti lze sledovat také u léčby konverzační fobie – tedy u léčby nechuti a strachu konverzovat. Snahou vědců je změnit lidský charakter a odstranit nežádoucí strach pomocí medikamentů, jako je právě Prozac (Lowndes 2012: 38).

Onemocnění depresí se týká také dětí – depresí trpí 4-8% dospívajících jedinců, objevuje se ale i u dětí školního věku (4%), a u předškoláků (1%). Symptomy jsou popisovány jako úzkost, bolesti hlavy, stesky, nesoustředěnost, nechutenství, zhoršení školního prospěchu, podrážděnost, apatie (Petr, Marková 2014: 24). Deprese u takto malých dětí a dospívajících je přitom léčena také prostřednictvím antidepresiv, přičemž je jako lék doporučován fluoxetin, známý právě pod obchodní značkou Prozac.

Využívány jsou však i další farmaka, jako sertralin, citalopram či mirtazapin (Hosák, Hrdlička, a kol. 2015: 397-398). Přestože se výzkumy předstihují v pozitivních účincích a bezpečnosti podávání antidepresiv u takto mladých pacientů, je třeba zamyslet se nad skutečností, že již takto malé děti jsou vystavovány účinkům chemických látek ovlivňujících chování.

Užívání antidepresiv je spojeno se řadou nežádoucích účinků, jako je nespavost, zvýšení tlaku, poruchy sexuálních funkcí či zvýšení rizika spáchání sebevraždy. Význam vedlejších účinků se dotýká právě i pacientů, jež jsou mladší 18 let. Výzkumy, které se věnují užívání antidepresiv u populace pod 18 let, se zabývají především rizikem zvýšené citové lability a náchylnosti k pokusům o sebevraždu během léčby (Votava 2004). Výsledky uvedených výzkumů se liší v závislosti na testovaných látkách, riziko negativních vlivů léčby na emoční labilitu je přesto vysoké a nemělo by být zanedbáváno.

Spotřeba antidepresiv navzdory vedlejším účinkům a diskuzím o účinnosti roste. Narůstá i obecná spotřeba psychofarmak, a to i u dětí a adolescentů, kteří užívají medikamenty i na jiné typy duševních poruch. Přibližně 21% dětí a dospívajících ve věku 9 – 17 let je diagnostikováno jako osoby trpící duševním onemocněním. Problémy se prohlubují zvláště s nástupem puberty, kdy jsou jedinci emočně nestabilní, více vystaveni rizikovému chování (Singh, Chang 2012). Období dospívání však přirozeně doprovází změny nálad, přecitlivělost, emoční nestabilita. Antidepresiva poté mohou představovat snadný způsob, jak uniknout problémům, které doprovází jedince v jeho cestě za dospělostí.

Debatu o narůstající spotřebě antidepresiv podpořila i zpráva publikace *Health at the Glance* z roku 2013, která mimo jiné mapovala nárůst spotřeby a výdajů na farmaka v zemích OECD. Jako vysvětlení narůstající spotřeby antidepresiv se i dle údajů v této zprávě nabízí předepisování antidepresiv nejen na mírné formy deprese, ale i další onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy nebo sociální fobie (Health at the Glance 2013: 102).

5.2 Medikalizace sociální fobie

Podobný případ medikalizace duševního zdraví lze najít i v léčbě konverzační fobie, případně sociálních fobií obecně. Introvertní povaha či stud se v současné době stávají chorobami, které lze léčit, a to nejen formou terapií, ale i pomocí medikamentů. Jak již bylo zmíněno výše, například u pacientů trpících konverzační fobií je testována léčba pomocí antidepresiva Prozac (Lowndes 2012: 38). Sociální fobie, jakožto duševní onemocnění, se projevuje různými strachy – strachem z pohledu druhých, strachem jít před lidmi, strachem telefonovat, navazovat konverzaci, strachem dostávat se do sociálních situací, kolektivů, strachem mluvit před skupinou (Praško, Prašková 2007: 45). I na léčbu sociální fobie se používají antidepresiva, jako je paroxetin či citalopram, snižující stavy úzkosti (Vymětal a kol. 2007: 325).

Téma sociální fobie se přitom objevovalo již v minulých staletích, některé zmínky o sociální fobii lze hledat již v pracích Hippokrata. Velká reklamní kampaň o problematice „plachých“ lidí však byla spuštěna až v 90. letech. V roce 1999 byl na léčbu sociální fobie licencován lék paroxetin, přičemž kampaň lákala na odstranění plachosti pomocí tabletky. Ze stresu studentů hovořící před třídou se stala nemoc, „alergie“ na lidi, léčitelná pomocí medikace. Snaha propagovat možnost farmakologické léčby plachosti přitom nebyla malá, na kampaň bylo vynaloženo 90 milionů dolarů (Goldacre 2013: 227).

K tématu sociální fobie lze ještě přidat zmínku o tzv. „dráždivém tračníku“, dalším onemocněním psychického původu. Jako symptomy jsou udávány průjmy, zácpy, zvracení, a to v souvislosti se stresem nebo prožíváním nečekaných situací. Lze tedy říci, že jde o situace spojené s nervozitou. Tento stav je dnes již klasifikován jako nemoc, často je doporučována léčba sedativy, antidepresivy nebo neuroleptiky (Marek a kol. 2010: 206). Onemocněním trpí přibližně 10-20% populace, častěji však postihuje ženy. U pacientů se též vyskytují deprese, úzkosti, fobie. Pacienti bývají puntičkářští, agresivní, umínění, se sníženým zájmem o sociální vazby, většinou bývají fixováni na svou práci, ocenění výkonu, na úspěch. Jedná se tedy spíše o jedince postižené pracovním stresem a napětím, podléhající nervozitě. (Boleloucký 1993: 217-218). K léčbě jsou doporučovány i chemické látky, přestože takovýmto pacientům by šlo pomoci např. redukcí pracovních povinností, relaxačními technikami či změnou prostředí.

Jako onemocnění jsou tedy označeny a léčeny i rozdílnosti v lidských povahách a reakcích na stresovou situaci, přičemž samotní jedinci často přijímají roli nemocného a vyžadují farmaceutického zásahu. Podání psychofarmak tedy již není pouze v souladu s rozhodnutím lékaře, sami pacienti již navštěvují ordinace s jasnou představou o svém stavu a léčbě. O tomto problému se zmiňuje ve svém příspěvku i Arndt (2014) - Právě naléhání některých pacientů, kteří nezvládají např. ekonomickou či rodinnou situaci, může vést dle autora k nárůstu užívání antidepresiv. Naléhání podléhají především praktičtí lékaři, kteří se obávají, že si pacienti budou shánět medikamenty jinými cestami, např. od přátel nebo přes internet.

5.3 Medikalizace ADHD

Dalším příkladem medikalizace duševního zdraví je zabývání se medicínou hyperaktivitou dětí. V posledních letech se vědecká literatura zaměřuje na tzv. syndrom ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). Děti a dospívající postiženi ADHD trpí poruchami pozornosti, neklidem, jsou přehnaně impulsivní. Jedná se o chronickou neurobiologickou poruchu, jejíž kritéria byla publikována v Americké psychiatrické asociaci. Mezi tyto symptomy patří časté chybování ve školních aktivitách, nepozornost, špatná motorika, neschopnost soustředit se, časté mluvení, nadbytečné pohyby, neadekvátní reakce na situaci (Rief 2015: 3-16).

Problémem však může být situace, kdy je třeba odlišit zlobivé dítě od skutečně nemocného. Typy chování jsou označovány jako syndromy, výchovné problémy jsou transformovány do termínů nemoci. Jak dodávají Svobodová, Podaný (2003), velký rozmach studia hyperaktivity dětí proběhl na Západě v průběhu 80. let. Produkován byl lék Ritalin, jež snižoval nadměrnou aktivitu dětí, tudíž si jej oblíbili především rodiče pacientů. Četnost předepisování tohoto léku byla obrovská, a to právě na základě žádostí samotných rodičů. Nikdo se již více nezabýval tím, jestli je užívání léku opravdovou nutností, či zdali je dítě jednoduše živější, vyžadující změnu výchovy.

Vliv velké farmaceutické revoluce na léčbu duševního zdraví, jež probíhala od 50. let, sleduje i Peter Conrad, který se taktéž zabýval diagnostikou ADHD. Léky jako Ritalin či Dexedrin, původně navržené k léčbě mírných depresí nebo nechutenství, byly již od 60. let propagovány v řadě lékařských časopisů, a to za sponzorství velkých farmaceutických společností. To vedlo v následujících letech k rozšíření povědomí o nové diagnóze a způsobech její léčby mezi široký okruh populace (Conrad, Schneider 1992: 157-158).

ADHD je léčeno farmaceutiky i v současné době, přičemž chemická léčiva, jak zmiňují Vaughan, Kratochvíl (2006), užívají děti již ve velmi nízkém věku. Autoři uvádějí, že již v 90. letech v USA předepisovalo téměř 50% lékařů léčiva dětem s ADHD v předškolním věku. Lékaři a rodiče se často potýkali s problémem, že takto malé děti nechtějí polykat pilulky, proto farmaceutické firmy začaly vyrábět nové produkty, usnadňující příjem léku pro nejmladší pacienty (kapsle, kapky, náplasti). I v případě těchto léčiv se však projevují vedlejší příznaky, jako je nespavost, bolesti hlavy, nechut k jídlu.

ADHD patří v současné době mezi poruchy chování, přičemž některou z těchto poruch trpí 10-15% dětí a dospívajících. Poruchy chování u dětí zahrnují obtěžující chování, spojené se zlobením a neposlušností, jako je odpor k autoritám, lhaní, záškoláctví, vandalismus, agresivita, odlišnosti v oblékání či ve zdobení těla (Marková a kol. 2006: 329-335). V řadě těchto typů chování by přitom měl být postačující výchovný zásah, případně návštěva výchovného poradce.

Lze tedy říci, že chování, které bylo dříve považováno za zlobení, dětské lumpárny a počínající pubertu, je v současnosti diagnostikováno jako duševní porucha. Rozlišení mezi opravdovým onemocněním a odlišností v osobnosti a chování je pak věcí odborníka, který by měl léčbu psychofarmaky řádně zvážit. Reklama a propagace pozitivních výsledků studií psychofarmak však podporují rozhodnutí rodičů i lékařů využít farmakologického zásahu. Podání léku na zklidnění hyperaktivního dítěte pak představuje jednoduchý způsob vyřešení rodičova či pedagogova problému.

5.4 Medikalizace alkoholismu

Jako další příklad medikalizace duševního zdraví je možné zmínit léčbu závislostí, jako je například alkoholismus. Jak již bylo zmíněno dříve, tímto tématem se zabýval i Peter Conrad společně s Josephem Schneiderem. Hlavním rizikem užívání alkoholu je rozvoj psychické i fyzické závislosti, vedoucí až k těžkému poškození organismu (Kalina a kol. 2008: 343). Conrad a Schneider (1992: 73-98) se zabývali tématem, proč by právě alkoholismus měl být chápán a léčen jako nemoc. Nalézali spojení mezi alkoholismem a označováním v termínech nemoci – alkoholismus je chápán jako zdravotní problém, je léčen lékaři, je jimi považován za chronický, přičemž o abstinenčních příznacích mluví jako o „alergii“, lze jej „léčit“ medikací.

Pro medikaci alkoholismu jsou například v České republice používány léky jako ReVia či Campral. Léky snižují pocit chuti na alkohol a tím tedy přirozeně dochází k redukci příjmu alkoholu (Fischer, Škoda 2014: 109). Proměnu pohledu na alkoholismus lze hledat na přelomu 19. – 20. století, kdy se lékaři rozhodli pomáhat morálně odsuzovaným, závislým jedincům. Vznikla skupina Anonymních alkoholiků, došlo k rozšíření teorie alkoholismu jakožto nemoci od psychiatra Elvina M. Jellinka. Tato teorie spočívala v rozlišení fází a fyzických příznaků závislosti a abstinence, vyžadujících lékařského zásahu (Conrad, Schneider 1992: 90-91).

Heslo, že alkoholismus je nemoc, bylo výrazně propagované od 40. let 20. století, nelze ovšem říci, že by bylo výsledkem nových, zásadních lékařských objevů (Chromý 1990: 43). Teorie Elvina Jellinka se následně stala terčem kritiky řady vědců a lékařů. Tito kritici se stavěli proti medikalizaci alkoholismu, tedy proti vymezení této závislosti jakožto nemoci.

Conrad a Schneider (1992: 97-98) argumentovali, že na rozdíl od nemocných jedinců, ztrácí závislí nad svým tělesným stavem a zdravím kontrolu dobrovolně. Nemoc dle jejich názoru nemůže být vyléčena silou vůle, v případě alkoholismu však jedinec do značné míry rozhoduje o svém stavu sám. Alkoholismus nevidí jako nemoc, ale spíše jako osobní slabost jedince. Teorii nemoci pak shledávají jako omluvu nemorálního chování, zbavující závislého jedince zodpovědnosti za jeho rozhodování a stav.

5.5 Medikace homosexuality

Na závěr této kapitoly uvedu poslední případ, který se v současné době týká již let minulých, je však výrazným příkladem medikalizace duševního zdraví. Jedná se o medikalizaci homosexuality, tedy o vnímání homosexuality jakožto onemocnění. První dokumentované pokusy o léčbu homosexuality se datují do konce 19. století, konkrétně do roku 1892, kdy byla homosexualita připisována nervovému vyčerpání. Za léčbu byl navrhnutý cyklistický trénink, uvolňující od napětí. K dalším léčebným metodám patřila hypnóza, konzumace alkoholu a kokainu, kastrace, návštěvy nevěstinců, podávání testosteronu. Později docházelo k léčbě pomocí averzní terapie, psychoanalýzy, léčba pomocí elektrošoků (Weiss 2010: 116).

Mezi duševní nemoci byla homosexualita zařazena v roce 1952, později byla přiřazena mezi sexuální deviace. V 70. letech byly zahájeny kampaně bojující proti zařazování homosexuality mezi nemoc (Conrad, Schneider 1992: 192-193). Zde lze dobře sledovat proces tzv. demedikalizace (či demedicinalizace), postupného vymaňování homosexuality zpod lékařského područí. Tento proces vyvrcholil teprve v roce 2000, kdy byla homosexualita oficiálně odmítnuta jakožto stav vyžadující léčbu (Weiss 2010: 116).

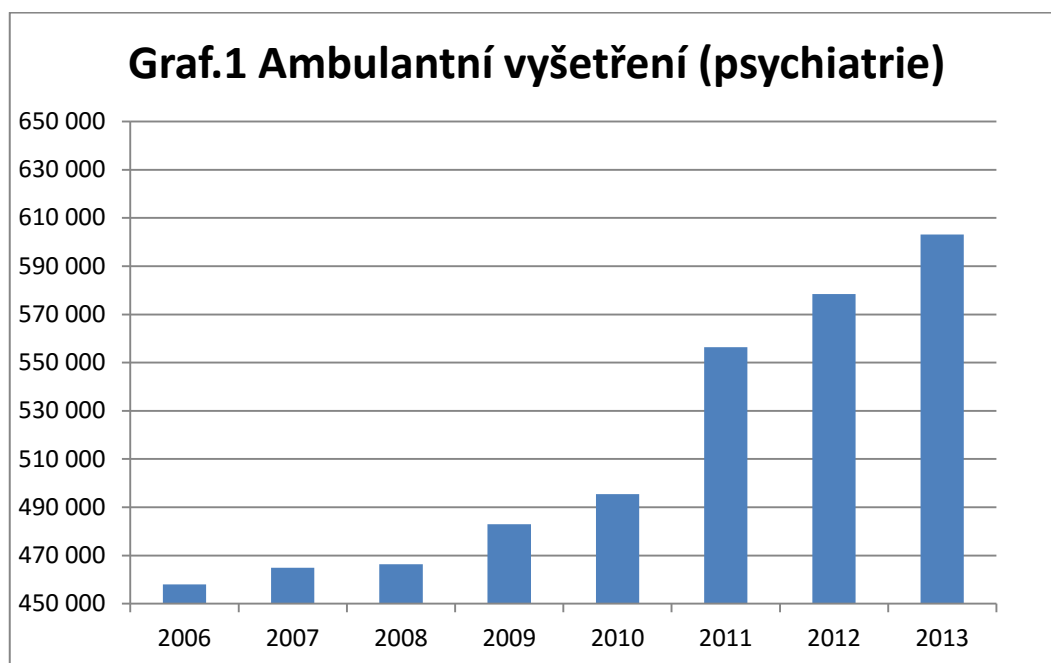
6. MEDIKALIZACE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V ČR

Tato část bakalářské práce je praktickou kapitolou, jež představí dostupná data o medikalizaci duševního zdraví v ČR. Údaje se týkají léčby duševních poruch a spotřeby psychofarmak, konkrétně z prostředí České republiky. Data čerpám z několika zdrojů. Primárním zdrojem pro mou práci je Ústav zdravotnických studií a statistiky ČR (ÚZIS). Využívám tímto ústavem publikované zdravotnické statistiky, obsahující mimo jiné data o psychiatrické péči a spotřebě léčiv užívaných k léčbě duševních poruch.

Ve statistice *Psychiatrická péče* sleduji především oblast ambulantní a lůžkové péče o duševně nemocné pacienty, přičemž sleduji nárůst pacientů ošetřených či hospitalizovaných z důvodu duševní poruchy, a to v letech 2006-2013. Zajímala jsem se taktéž o nejčastější důvody hospitalizace či o procento dětských pacientů, zastoupených v celkovém počtu hospitalizací. Ve statistice *Ekonomické informace ve zdravotnictví* se zaměřuji na oblast spotřeby antidepresiv. Sleduji vývoj spotřeby antidepresiv v letech 2006-2012, přičemž taktéž odkazuji ke zdravotnické statistice OECD.

Dalším zdrojem pro mou práci je Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), jenž poskytuje informace o počtu dodávek antidepresiv do ČR. Svou práci doplňuji daty uveřejněnými ve sborníku *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III* (2010), kde je podrobně a přehledně rozepsána spotřeba jednotlivých léků užívaných v psychiatrii. Představuji podstatné informace o spotřebě těchto léků v ČR, zároveň nabízím srovnání se zahraničními údaji.

6.1 Ambulantní a lůžková péče



Zdroj: ÚZIS

Údaje uvedené v **Grafu. 1** pocházejí ze statistiky ÚZIS ČR - *Psychiatrická péče*, z let 2006-2013. Údaje se týkají poskytování psychiatrické, ambulantní péče. Dle údajů z roku 2006 bylo na odděleních psychiatrie celkem vyšetřeno 458 000 pacientů. Do roku 2010 lze sledovat pozvolný nárůst počtu ambulantně vyšetřených pacientů. V roce 2010 se jednalo o 495 383 pacientů. Velký skok lze sledovat mezi lety 2010-2011. V roce 2011 značně vzrostl počet ambulantně vyšetřených pacientů na 556 456. Oproti roku 2006 se tedy tento počet zvýšil o necelých sto tisíc pacientů. V následujících letech 2012 a 2013 lze opět sledovat pozvolný růst, přičemž nejvyšší hodnota ambulantních vyšetření dosahuje v posledním sledovaném roce 2013. Zde se jedná o 603 205 ambulantně vyšetřených pacientů (Psychiatrická péče 2006-2013).



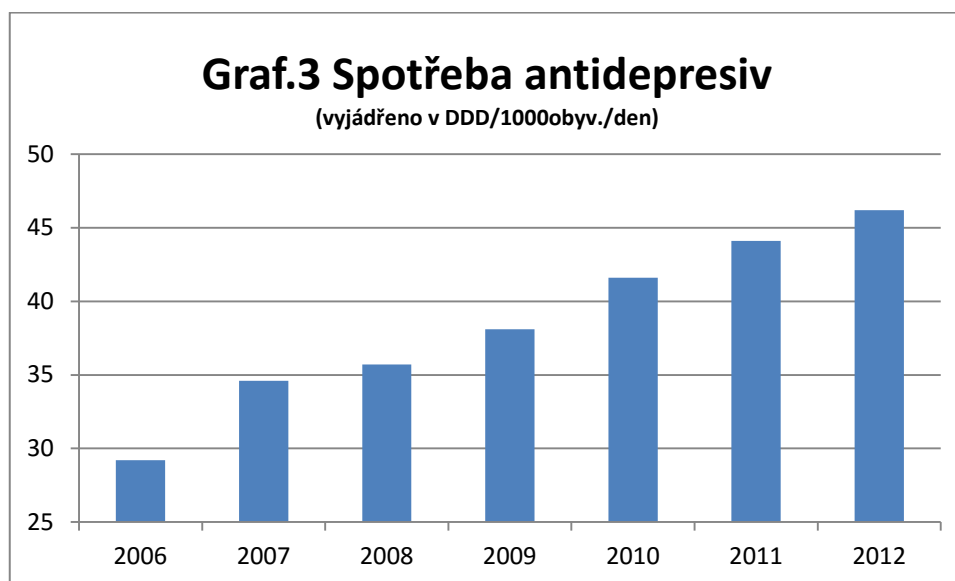
Zdroj: ÚZIS

Údaje uvedené v **Grafu. 2** pocházejí ze statistiky ÚZIS ČR - *Psychiatrická péče*, z let 2006-2013. Údaje se týkají poskytování psychiatrické, lůžkové péče. Počet hospitalizovaných pacientů ve sledovaném období spíše kolísá, přesto je dobře vidět nárůst v roce 2013 oproti roku 2006. V roce 2006 bylo zaznamenáno 57 367 hospitalizací na psychiatrických odděleních a v psychiatrických léčebnách. K poměrně výraznému poklesu došlo v následujícím roce, kdy bylo hospitalizováno 54 759 pacientů, což je zároveň nejnižší hodnotou ve sledovaném období. Do roku 2011 tento počet pozvolně narůstal, přičemž v tomto roce se jednalo o 59 925 zaznamenaných hospitalizací na psychiatrických odděleních a v psychiatrických léčebnách – Tato hodnota je nejvyšší ve sledovaném období. V roce 2012 počet hospitalizací opět mírně klesl, následující rok se však hodnota znovu přiblížila roku 2011. V roce 2013 bylo zaznamenáno 59 556. V tomto roce tedy stoupl počet hospitalizací oproti roku 2006 o více jak dva tisíce (Psychiatrická péče 2006-2013).

V dostupných statistikách Psychiatrická péče z let 2006-2013 lze také dohledat nejčastější důvody hospitalizace. K nejčastěji opakovaným příčinám hospitalizace pacienta patřily duševní poruchy spojené s užíváním alkoholu, neurotické poruchy a schizofrenie. Tyto údaje se opakovaně objevují ve všech sledovaných letech. Údaje o počtu hospitalizovaných pacientů obsahovaly i informace o hospitalizovaných dětech do 14 let. V letech 2008-2013 dosahoval tento počet 4,2% – 4,5% hospitalizací z celkového počtu hospitalizací pro daný rok (Psychiatrická péče 2006-2013).

Dle výše uvedených údajů lze sledovat nárůst počtu pacientů s duševním onemocněním. Co stojí za příčinami nárůstu ošetřených a hospitalizovaných pacientů nelze z těchto údajů přesněji zjistit. Proces medikalizace je však dobře sledovatelný například ve stále se rozrůstajícím počtu duševních onemocnění a v přibývání pacientů, kteří jsou diagnostikováni a léčeni jako duševně nemocní, přestože v letech minulých byl jejich problém uchopován spíše v morálním a etickém měřítku. Příkladem může být již diskutovaná léčba alkoholismu.

6.2 Spotřeba antidepresiv v ČR



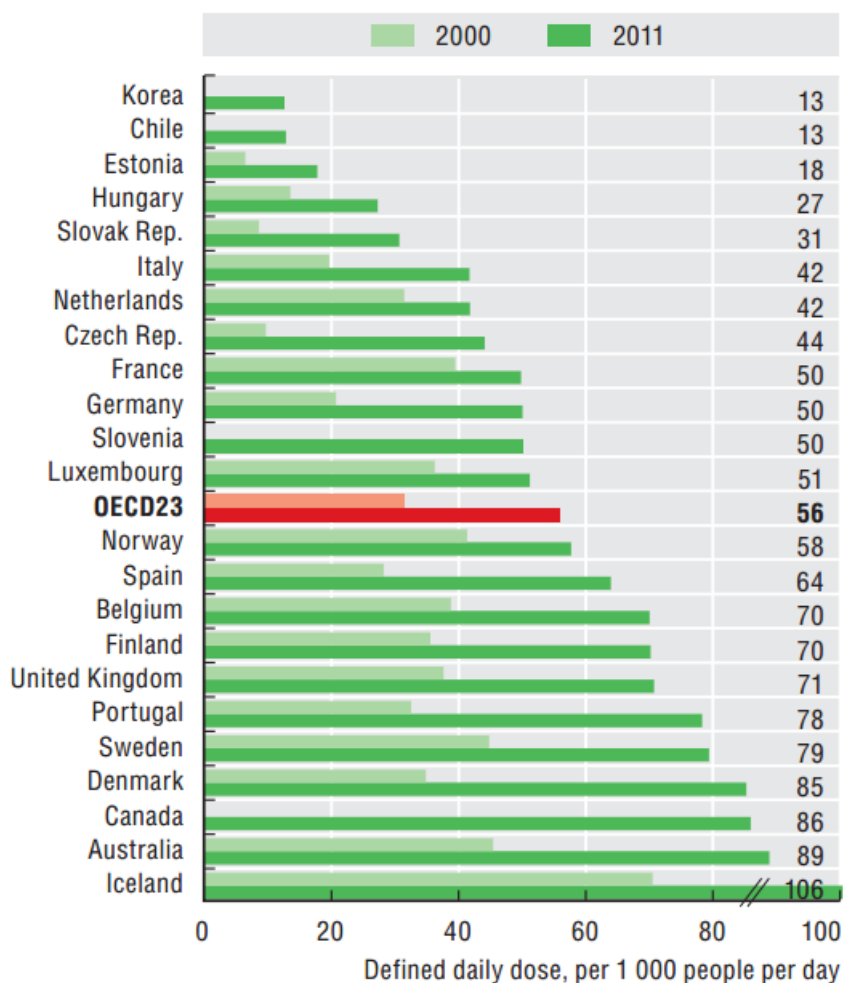
Zdroj: ÚZIS

Údaje uvedené v **Grafu. 3** pocházejí ze statistiky ÚZIS ČR – *Ekonomické informace ve zdravotnictví*, z let 2006-2012. Údaje se týkají spotřeby antidepresiv. Hodnota spotřeby antidepresiv je zde udávána v DDD/1000obyv./den – tedy v denní definované dávce na 1000 obyvatel na den. DDD se rozumí průměrná denní dávka léku na den, která se podává k léčbě daného onemocnění – např. u diazepamu se jedná o 10mg (Urbánek, Štika 2002). Nárůst spotřeby antidepresiv v ČR je na tomto grafu dobře viditelný, zvláště při porovnání roků 2006 a 2012. V roce 2006 činila hodnota spotřeby antidepresiv 29,2. Za rok 2007 pak tato spotřeba činila v DDD/1000obyv./den hodnotu 34,6, což je poměrně velký skok oproti předešlému roku. K výraznému nárůstu pak dochází od roku 2010. V tomto roce se jednalo o hodnotu 41,6. Poslední statistika pochází z roku 2013 a obsahuje data za rok 2012. Nejvyšším údajem ve sledovaném období je právě údaj z roku 2012, kdy spotřeba činila v DDD/1000obyv./den hodnotu 46,2 (Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006-2013).

Z uvedených údajů lze říci, že spotřeba antidepresiv, stejně jako počet ošetření a hospitalizací z důvodu psychických onemocnění, každoročně roste. Příčiny tohoto nárůstu opět nelze bez bližšího prozkoumání detailně popsat, pro mou práci týkající se medikalizace duševního zdraví jsou však tyto údaje o růstu spotřeby antidepresiv podstatné. Dle informací Ústavu zdravotnictví a statistiky ČR jedinci užívají antidepresiva stále ve vyšších počtech, je však otázkou, zda užívají léky vždy v případech, kdy je medikace bezpodmínečně nutnou, a zda jsou léky předepisovány pouze a jen na obtíže, pro které byla antidepresiva původně vyprodukována.

Podrobné zobrazení spotřeby antidepresiv v zemích OECD (tedy i v České republice) v roce 2011, společně se srovnáním spotřeby v roce 2000, zobrazuje níže uvedený **Graf. 4**, převzatý ze zdravotnické statistiky *OECD Health at a Glance 2013: OECD Indicators*.

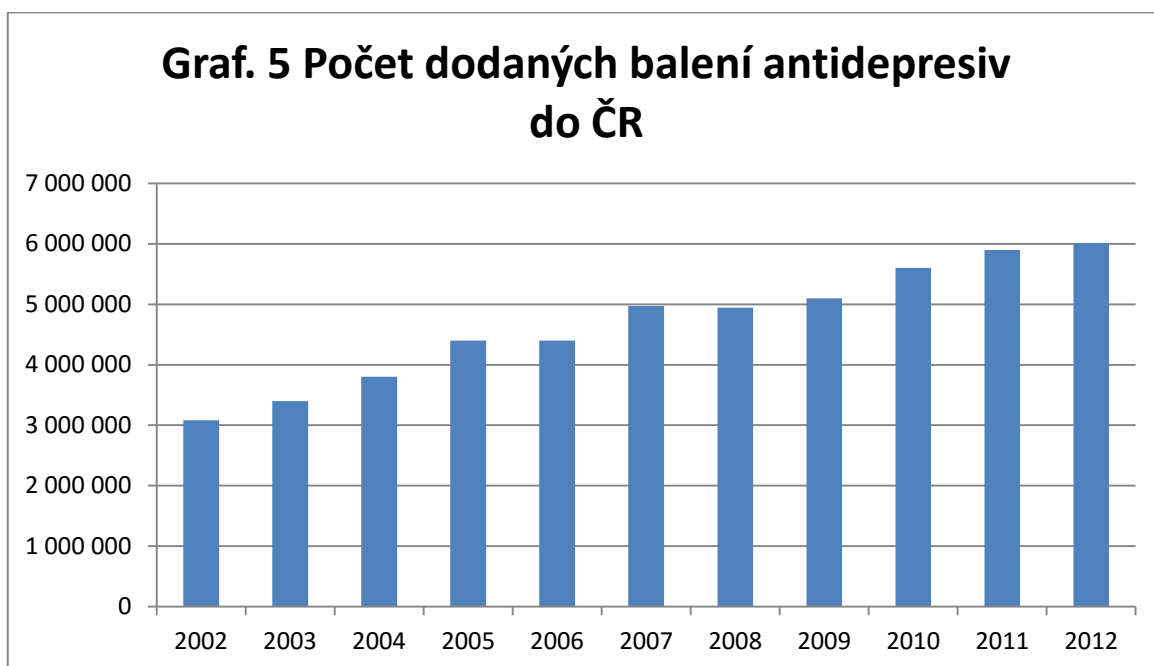
Graf. 4 Spotřeba antidepresiv v letech 2000 a 2011



Zdroj: OECD Health Statistics 2013

Hodnoty v grafu jsou taktéž vyjádřeny v DDD/1000obyv./den. Z grafu je patrné, že v roce 2011 dosahovala v ČR spotřeba antidepresiv hodnoty 44 (*Ekonomické informace ve zdravotnictví* z roku 2011 udávají konkrétně údaj 44,1), oproti roku 2000 se tedy jedná přibližně o čtyřnásobný nárůst. Nejvyšší hodnotu spotřeby za rok 2011 lze sledovat u Islandu (106), nejnižší naopak u Korey a Chile (13). Ve srovnání s průměrem uvedených zemí OECD (56), byla v roce 2011 Česká republika ve spotřebě antidepresiv spíše podprůměrná (OECD 2013).

Informace uvedené v této podkapitole lze také doplnit údaji ze sborníku *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III* (2010), autorů Rabocha a Suchopára. Autoři mimo jiné pracovali s výsledky data agentury Infopharm. Autoři udávají, že v roce 1995 v ČR výdaje obecně na léky užívané v psychiatrii činily 1,06 mld. Kč, zatímco v roce 2008 to bylo již 4,36 mld. Kč. V procentuálním vyjádření stoupla v letech 1995 – 2008 spotřeba jednotlivých léků užívaných v psychiatrii takto: u antidepresiv se jednalo o nárůst o 561,4%, u antipsychotik o 38,4%, u nootropik o 53,2%. Zatímco u většiny psychofarmak se jednalo o kolísavý nárůst, spotřeba antidepresiv stoupala ve sledovaném období strmě nahoru. Důvodem může být předepisování antidepresiv na více nemocí, na jejichž léčbu původně nebyla vytvořena. S přihlédnutím k narůstající spotřebě psychofarmak je třeba zmínit pozitivní postoj ze strany lékařů – V roce 2006 byla zavedena poměrně razantní regulace objemu lékové péče, která vedla alespoň k částečnému snížení spotřeby léků využívaných v psychiatrii (Suchopár, Raboch 2010: 250-252).



Zdroj: SÚKL

Údaje v **Grafu. 5** pocházejí ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) a informují o počtu dodaných balení antidepresiv do ČR v letech 2002-2012. Během sledovaných let 2002-2012 došlo k pozvolnému růstu dodávaných balení antidepresiv, a to od 3 081 499 balení v roce 2002, po 6 015 993 dodaných balení v roce 2012. Jedná se tedy o nárůst, a to o necelých 95%.

K těmto údajům je třeba doplnit, že v roce 2002 byly finanční náklady na léčbu antidepresivy 675 000 Kč (v cenách původce), v roce 2012 se jednalo již o 1 116 milionů Kč. Během sledovaného období je tedy patrný nárůst počtu dodaných antidepresiv společně s finančními náklady na ně vyloženými, a to zvláště v procentuálním vyjádření tohoto nárůstu (SÚKL 2013).

6.3 Shrnutí

Na základě výše uvedených informací lze říci, že v ČR narůstají jak počty pacientů s duševními obtížemi, tak samotná spotřeba antidepresiv, léků užívaných k léčbě velké části těchto obtíží. Ve srovnání s ostatními zeměmi, dle údajů OECD, je na tom však ČR stále dobře. Vzhledem ke stále narůstající spotřebě psychofarmak, které působí na lidské chování a vykazují řadu vedlejších účinků, lze tuto situaci v České republice hodnotit kladně. K pozitivním přístupům k situaci jistě řadím zavedení regulace objemu léčiv z roku 2006.

Dostupná data, která byla v této části bakalářské práce diskutována, však podporují vědecké dohady o medikalizaci společnosti, v tomto případě o medikalizaci duševního zdraví. Proces medikalizace je charakteristický tím, že jsou nelékařské problémy přetransformovány do problémů medicínských, a je s nimi i tak zacházeno. Přibývá nových nemocí, tedy i pacientů, a rovnoměrně s nárůstem objevených nemocí přibývá i počet nových léků. Dostupné údaje z teoretických i praktických kapitol pak potvrzují nárůst počtu nových diagnóz v oblasti duševního zdraví, nárůst počtu pacientů, ošetřených a hospitalizovaných na psychiatrických odděleních/s psychiatrickou diagnózou, i nárůst spotřeby antidepresiv – léků užívaných k léčbě nejen deprese, ale i k léčbě řady duševních poruch. S ohledem na tuto skutečnost lze tedy konstatovat, že praktické výsledky odpovídají teoretickým kapitolám práce.

7. ZÁVĚR

Bakalářská práce Medikalizace duševního zdraví rozpracovávala problematiku medikalizace, tedy procesu, kdy je s nemedicínskými problémy zacházeno jako s nemocí. Představila jsem definici pojmu, společně s významnými autory a jejich díly, kteří se medikalizací zabývali od 70. let 20. století. Práce se zaměřila konkrétně na téma duševního zdraví. Byly představeny pojmy jako duševní zdraví a nemoc, hlavní část práce se pak zaměřila na konkrétní případy medikalizace duševního zdraví, jako je léčba deprese, alkoholismu, ADHD, či homosexuality. Práce vychází především z relevantních knih a článků zahraničních autorů.

Argumenty získané z využití literatury jsou podloženy praktickou kapitolou, ve které jsem představila dostupná data související s problematikou duševního zdraví. Jednalo se primárně o údaje z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Data pocházejí z České republiky, a týkají se nárůstu ambulantní a lůžkové psychiatrické péče, a nárůstu spotřeby antidepresiv. Bylo zjištěno, že spotřeba antidepresiv v ČR opravdu roste, stejně tak jako počet ambulantních vyšetření a hospitalizací z důvodu onemocnění duševní poruchou.

Získaná data podtrhují teoretické informace, popisující problematiku medikalizace. Charakteristikou medikalizace je přetransformování nelékařských problémů do problémů medicínských, a zacházení s těmito původně nelékařskými problémy v termínech nemoci. Nelékařský problém je nazván nemocí, jsou popsány symptomy, stanovena léčba. Následkem jsou hledány a stanovovány nové diagnózy, společně s nimi narůstá počet pacientů, i počty nově vyvinutých a spotřebovaných léků. Sledovaná data praktické kapitoly tedy poměrně dobře doplňují a potvrzují kapitoly teoretické.

Problematika medikalizace společnosti se objevuje ve vědecké literatuře od průběhu 70. let minulého století. Lze říci, že toto téma je stále velice aktuální, a to ve značné míře právě v oblasti péče o duševní zdraví. S přihlédnutím ke zjištěným údajům je poměrně závažným, jakým tempem roste počet pacientů s duševními obtížemi a počet spotřeby psychofarmak. Problémem přitom může být předepisování těchto léčiv pacientům, kteří např. antidepresiva nutně nepotřebují, a to vzhledem ke stavu i diagnóze. Určování diagnózy je problémem druhým. Otázkou totiž zůstává, kde je hranice mezi běžným lidským trápením, smutkem a nemocí. Lékařská věda zasahuje do velkého počtu oblastí lidského života, leč jsou samozřejmě i případy, kdy své pole působnosti naopak zúžila – např. léčba homosexuality.

Je záležitostí spíše individuální, posoudit, v jaké míře jsou zásahy medicíny do lidského života prospěšné, a kdy se již jedná o neoprávněné či neetické zásahy. Medicíně jistě nelze upřít její zásluhy v péči o lidské zdraví. Nelze samozřejmě kritizovat veškeré léčivé postupy a léčiva vynalezená v posledních letech, jež nyní zachraňují lidské životy - to rozhodně není účelem této práce. Z mého pohledu je však bakalářská práce postavena na podpoře existence procesu medikalizace a na jeho kritice, a to zvláště v oblasti péče o duševní zdraví. Tomuto tématu je dle mého názoru v českém prostředí věnováno poměrně málo prostoru, proto by tato práce mohla být zajímavou inspirací pro další výzkumy v oblasti sociologie nemoci a zdraví.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNDT, Tomáš, 2014. Nadměrná spotřeba antidepresiv v ČR. *Celostnimedica.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.celostnimedica.cz/nadmerna-spotreba-antidepresiv-v-cr.htm>

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.

BEECH, Beverley, 2011. *Challenging the Medicalisation of Birth*. *AIMS Journal* 23 (2): 4-10.

BOČEK, Jan, ŠULEK, Marcel, 2015. Léky v datech: Na čem jsme závislí, kolik utrácíme? *Rozhlas.cz* [online]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/data/_zprava/leky-v-datech-na-cem-jsme-zavisli-kolik-utracime--1465581

BOLELOUCKÝ, Zdeněk, 1993. Syndrom dráždivého tračníku. In: BAŠTECKÝ, Jaroslav, a kol., 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.

BRAWER, K., Michael, 2004. *Testosterone Replacement in Men with Andropause: An Overview*. *Reviews in Urology* 6 (6): 9-15.

CAPLAN, J., Paula, 2011. *When Johnny and Jane Come Marching Home: How all of us can help veterans*. Londýn: MIT.

CONRAD, Peter, 1979. Types of medical social control. *Sociology of Health and Illness* 1 (1): 1-11.

CONRAD, Peter, 1992. *Medicalization and Social Control*. In: *Annual Review of Sociology*, Vol. 18., pp. 209-232.

CONRAD, Peter, 2006. *Identifying Hyperactive Children – The Medicalization of Deviant Behavior*. Aldershot: Ashgate.

CONRAD, Peter, SCHNEIDER, W., Joseph, 1992. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Filadelfie: Temple University Press.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila, VITOUŠOUVÁ, Petra, a kol., 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů – Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada.

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří, 2014. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada.

FOUCAULT, Michel, 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědě*. Praha: Herrmann a synové.

FREIDSON, Eliot, 2007. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New Brunswick: Aldine Transaction.

GOLDACRE, Ben, 2013. *Zkorumpovaná farmacie*. Praha: Albatros.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan, a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

HREŠANOVÁ, Ema, 2012. Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů. *Antropoweb.cz* [online]. Dostupné z:

<http://www.antropoweb.cz/cs/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu>

CHARLTON, Rodger, 2004. *Ageing male syndrome, andropause, androgen decline or mid-life crisis?* The Journal of Men's Health and Gender 1(1): 55-59.

CHROMÝ, Karel, 1990. Duševní nemoc: *Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicem.

ILLICH, Ivan, 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.

JOHANSON, Richard, NEWBURN, Mary, MACFARLANE, Alison, 2002. *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* British Medical Journal 324 (7342): 892-895.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

KAPR, Jaroslav, PETRUSEK, Miloslav, 1997. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: Sociologické nakladatelství.

KOLÁŘOVÁ, Zdena, 2015. Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepresiv. *Zdravotnickýdeník.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickýdeník.cz/2015/03/dusevnich-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepresiv/>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.

KUČERA, Dalibor, 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada.

LOWNDESS, Leil, 2012. *Jak mluvit s kýmkoli o čemkoli*. Brno: CPress.

MAREK, Josef, a kol., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha: Grada.

MARKOVÁ, Eva, a kol., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.

- METYŠ, Karel, BALOG, Peter, 2006. *Marketing ve farmacii*. Praha: Grada.
- MONCRIEFF, Joanna, 2010. *Psychiatric diagnosis as a political device*. *Social Theory and Health* 8 (4): 370 – 382.
- OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch*. Praha: Grada.
- OLAFSDOTTIR, Sigrun, 2007. *Medicalizing Mental Health: A Comparative View of the Public, Private, and Professional Construction of Mental Illness*. Michigan: ProQuest.
- PACKARD, C., Helen, 1998. *Prozac: The Controversial Cure*. New York: The Rosen Publishing Group.
- PARSONS, Talcott, 1991. *The Social System*. Londýn: Routledge.
- PARSONS, Talcott, 1964. *Social Structure and Personality*. Glencoe: Free Press.
- PARUSNIKOVÁ, Zuzana, 2000. *Biomoc a kult zdraví*. *Sociologický časopis* 36 (2): 131-142.
- PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva, a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
- POULSEN, Bruce, 2012. Revisiting the Myth of Mental Illness and Thomas Szasz. *Psychologytoday* [online]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/reality-play/201209/revisiting-the-myth-mental-illness-and-thomas-szasz>
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, 2007. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada.

PRESOVÁ, Eva, 2010. Spotřeba léčiv v ČR v posledním desetiletí. *Zdravi.e15* [online]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/spotreba-leciv-v-cr-v-poslednim-desetileti-451773>

RAYNER, Jo-Ann., PYETT, P., ATSBURY, J., 2010. *The medicalisation of 'tall' girls: A discourse analysis of medical literature on the use of synthetic oestrogen to reduce female height.* *Social Science and Medicine* 71 (6): 1076-1083.

RIEF, F. Sandra, 2015. *The ADHD Book of Lists.* San Francisco: Jossey-Bass.

SINGH, K., Manpreet, CHANG, D., Kiki, 2012. *The Neural Effects of Psychotropic Medications in Children and Adolescents.* *Child and Adolescents Psychiatric Clinics* 21(4): 753-771.

SUCHOPÁR, Josef, RABOCH, Jiří, 2010. *Lékové cesty a lékové interakce,* in: RABOCH, Jiří, ANDERS, Martin, HELLEROVÁ, Pavla, UHLÍKOVÁ, Petra, 2010. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III.* Brno: Tribun EU.

SVOBODOVÁ, Kateřina, PODANÝ, Petr, 2003. Vynálezci nemocí. *Zdravi.e15* [online]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vynalezci-nemoci-157165?category=profesni-aktuality>

SZASZ, Thomas, 1997. *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement.* New York: Syracuse University Press.

TINKOVÁ, Daniela, 2014. *Biomoc a „medikalizace“ společnosti jako rysy „modernity“.* Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <http://antropologie.zcu.cz/webzin/index.php/webzin/article/view/195/204>

URBÁNEK, Karel, ŠTIKA, Ludvík, 2002. Studium spotřeby léčiv v klinické farmakologii. *Zdravi.e15* [online]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/studium-spotreby-leciv-v-klinicke-farmakologii-144100>

VAUGHAN, S., Brigitte, KRATOCHVIL, J., Christopher, 2006. *Pharmacotherapy of ADHD in Young Children*. *Psychiatry* 3 (8): 36-45.

VOTAVA, Martin, 2004. Antidepresiva typu SSRI v dětském věku a riziko sebevraždy. *Remedia.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Nezadouci-ucinky/Antidepresiva-typu-SSRI-v-detskem-veku-a-riziko-sebevrazdy/6-N-cl.magarticle.aspx>

VYMĚTAL, Jan, a kol., 2007. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada.

WEISS, Petr, a kol., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada.

WILLIAMS, Gareth, 1996. *Irving Kenneth Zola: An appreciation*. *Sociology of Health and Illness* 18(1): 107-125.

Převzatá data

OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

SÚKL (2013). *Hodnocení vývoje distribuce vybrané skupiny léčivých přípravků*. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/hodnoceni-vyvoje-distribuce-vybrane-skupiny-lecivych-12>

ÚZIS (2006-2013). *Psychiatrická péče*. Praha: ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>

ÚZIS ČR (2007-2012). *Ekonomické informace ve zdravotnictví*. Praha: Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

9. RESUMÉ

Main target of this bachelor thesis was to describe the process of medicalization, specifically the process of medicalization of mental health. The target was to explain the principles of the medicalization of society and its consequences. I introduced the term medicalization, together with significant foreign literature, which dealt with the issue of medicalization in the second half of the 20th century.

Major studies come from authors like Conrad, Illich, Zola or Szasz, and touches on themes of medicalization of ADHD, alcoholism, “psychiatry” of everyday life. Authors often mention the topic of social control, which is also mentioned. At work I have described other cases, such as medicalization of male menopause, childbirth or high growth of girls. The work also described the relationship between medicalization and market, the financial aspects of medicalization.

Subsequently, I have dealt with the theme of mental health and illness, I gave their basic characteristics. In the part devoted to medicalization of mental health, I found significant areas, which touches the issue of medicalization (depression, ADHD, alcoholism, homosexuality). Arguments of this work were supported by the available health statistics. These data are from the Czech Republic, and describe increase of psychiatric outpatient and inpatient care, and increase the consumption of psychotropic drugs. The consumption of psychotropic drugs was compared with consumption in other countries. These data from the practical chapters confirm the theoretical part.