

UDK 316.74:61

Izvorni znanstveni rad  
Primljeno: 23.4.2014.  
Prihvaćeno: 25.5.2014.

## O NEKIM UZROCIMA I POSLJEDICAMA MEDIKALIZACIJE ŽIVOTA I DRUŠTVA: ANALITIČKO-KRITIČKI DISKURS

Živka Juričić i Marica Malenica

Farmaceutsko-biokemijski fakultet  
Sveučilište u Zagrebu  
A. Kovačića 1  
e-mail: zjuricic@pharma.hr

### Sažetak

*U doslovnom i vrijednosno-neutralnom smislu, termin „medikalizacija“ znači „učiniti ili pretvoriti nešto u predmet medicine“. Iako je u socijalnim znanostima vrijednosno-neutralno značenje ovog termina poprimilo znatno šira značenja, neutralno značenje doživljava svoj revival. Cilj je ovog rada, stoga, pokazati kako su se, bolje rečeno, zašto su se, značenja termina „medikalizacija“, zajedno s raspravama o njihovim mogućnostima i namjerama, mijenjala. Od početka je nazočna nakana da se medikalizacija ne koristi tek kao opisni naziv jedne pojave nego, prije svega, kao naziv za načelno-kritičku, socijalno-teorijsku poziciju.*

*Osnovnu kategoričko-aksiomatsku postavku sažima tvrdnja: medikalizacija je višeznačan, kompleksan, strukturan, heteronoman socio-kulturni proces koji nastaje pod jačim pritiskom društvenih promjena. Analitičko-kritički pristup medikalizaciji započinje Platonovim teorijskim refleksijama a nastavlja se s Nietzscheovim i Illichevim kritičkim raščlambama. Dodatkom „pojma povijesti i razvoja“, Platonovom zatvorenom pojmovnom sustavu, stječe se osnova za analizu ne samo prijašnjih već i sadašnjih te anticipiranje budućih modaliteta medikalizacije.*

*U daljnjim kritičko-teorijskim raščlambama, diskurzivno se povezuju susljedni modaliteti medikalizacije: „svećenička medikacija“ (Nietzsche) i liječnička medikacija te, naposljetku samo-medikacija ili „bezodnosna“ medikalizacija.*

*Razrješenje prijepora o bitnoj karakterizaciji procesa medikalizacije, odnosno postavljanje temelja za konzistentnu teoriju medikalizacije ima za cilj odgovoriti na pitanje od presudne važnosti: Je li medikalizacija znači boljitak ili gubitak za čovjeka i time, dakako, za društvo u cjelini?*

**Ključne riječi:** medikalizacija, samo-medikacija, razine medikalizacije, demedikalizacija, jatrogeneze

„I previše se jasno vidi kako jedan sotonski  
lijek drugom utire put“

(Kafka, *Pisma*)

### 1. UVOD: GLAVNE PREMISE I CILJEVI

U doslovnom i najužem smislu, termin „medikalizacija“ jednostavno i vrijednosno-neutralno znači „učiniti ili pretvoriti nešto u predmet medicine“. Nešto manje jednostavno,

ali ništa manje vrijednosno-neutralno, pojavu medikalizacije formalno opisuje, ali ne i objašnjava, i sljedeća definicija: medikalizacija znači da se „nemedicinski problemi, koji prethodno nisu sagledani kao medicinski, definiraju u medicinskim terminima, da se koristi medicinski jezik u njihovom opisivanju i medicinski okvir u njihovom razumijevanju te medicinske intervencije u njihovom tretmanu“ (Conrad, 1992:211).

Teško je precizno odrediti kada je termin „medikalizacija“ prvi put uveden u diskurs socijalnih znanosti. Sigurno je, međutim, da ga 1968. godine izrijeком spominje *International Encyclopedia of Social Science*. Iako je u socijalnim znanostima vrijednosno-neutralno značenje termina „medikalizacija“ poprimilo znatno šira i suptilnija značenja - u rasponu od pozitivnog do negativnog, neutralno značenje doživljava svoj *revival*. Cilj je ovog rada, stoga, pokazati *kako* su se, bolje rečeno, *zašto* su se, značenja termina „medikalizacija“, zajedno s raspravama o njihovim navlastitim mogućnostima i namjerama, mijenjala - pretpostavljamo, naime, da značenja bez namjere i nema.

Suvremeni teoretičari medikalizacije uglavnom se slažu oko opisa medikalizacije; kada se prijeđe na utvrđivanje uzroka medikalizacije, mišljenja postaju dispartatna. Ipak, najmanje suglasnosti ima oko toga što su posljedice medikalizacije. Unatoč obilju rasprave o problematici medikalizacije, jasnog i jednoznačnog odgovora na pitanje je li medikalizacija čovjeku, a time, i društvu, donosi korist ili pak štetu, još uvijek nema.

Imajući u vidu činjenicu da koncept medikalizacije nije adekvatno određen te, što je još važnije, činjenicu da medikalizacija predstavlja „presudnu - ako ne i fundamentalnu - transformaciju kraja 20. stoljeća“ (Brandt, 2009), daljnje oštrije određenje medikalizacije imperativno se postavlja.

O značenju i sociološkoj vrijednosti koncepta medikalizacije danas više ne dvoje ni socijalne znanosti ni najšira javnost. Kleinman, stoga, zasigurno ne pretjeruje kada, u ekspresivnom stilu, konstatira: „Koncept ‘medikalizacije’ treba što prije vratiti u sociologiju budući da u njoj već dugo nema interesantnih koncepata“ (prema Bell i Figert, 2012:775).

U interesantnost i korisnost koncepta medikalizacije, ni mi, dakako, nimalo ne dvojimo. Želimo li, međutim, koncept medikalizacije vratiti<sup>1</sup> u sociologiju, potrebno je njegovo daljnje konceptualno razjašnjenje. U protivnom, bio bi to tek jedan od „konceptijskih albina“ (Nietzsche, 1999) socijalnih znanosti. Cilj je ovog rada, stoga, dodatno rasvijetliti problematiku medikalizacije, to jest prokrciti put do odgovora na pitanje od presudne važnosti: koje je značenje medikalizacije mjerodavno - neutralno, pozitivno ili negativno? Tvrdnja, koja u našim analizama ima status kategoričke aksiomatske postavke, sažima se u sljedećem: medikalizacija predstavlja višeznačan, strukturan, kompleksan i heterono-

1 Indikativno je da u socijalnim znanostima interes za problematiku medikalizaciju opada početkom 80-ih godina, istovremeno s opadanjem interesa, kako navodi Aleksa Golijanin, jedan od prevoditelja Illichevih tekstova sabranih u knjizi „Amicus mortis“, za Illichev rad općenito. Illich je, naime, prije i više od drugih autora nesmiljeno kritizirao moćan i utjecajan medicinski i farmaceutski establišment. Ako, dakle, znamo, kome je Illicheva kritika najviše štetila, lako je zaključiti tko je na opadanju interesa za njegov rad najviše i radio.

man socio-kulturni proces koji nastaje i preoblikuje se pod pritiskom velikih promjena u društvu. Promjenjivost medikalizacije prihvaćena je, dakle, kao preduvjet naših kritičko-teorijskih raščlambi od samog početka. Držimo, naime, da se ne može proniknuti u bit medikalizacije mimo njezine socijalno-povijesne kontekstualiziranosti. Analitičko-kritičkim pristupom pokušavamo doći korak bliže razrješenju prijepora o bitnoj karakterizaciji procesa medikalizacije, to jest pokušavamo postaviti temelje za konzistentnu teoriju medikalizacije. Kritički diskurs ne služi, dakako, samo kao „koristan okvir za razumijevanje socijalnog života već i kao okvir za djelovanje unutar njega“ (Bilton et al., 1997:414).<sup>2</sup>

## 2. O POČECIMA TEORIJSKE REFLEKSIJE O MEDIKALIZACIJI; ILI: POSTAVLJANJE TEMELJA ZA JEDNU KONZEKVENTNU TEORIJU MEDIKALIZACIJE

Pojava medikalizacije, kao i rasprava o njezinom temeljnom značenju, mnogo je starija i mnogo ranije nazočna u literaturi, konkretno - filozofijskoj. Za razliku, dakle, od uho-dane i uobičajene misaone predodžbe koja pod medikalizacijom podrazumijeva ekskluzivnu pojavu novijeg datuma, držimo da medikalizacija, kao i njezino kritičko tematiziranje, jednako kao i pokušaji da se osmisle njezine alternative, ima puno dužu povijest. (Činjenica da se ta pojava nije jasno i čvrsto nazivala riječju medikalizacija - zapravo, u najvećem broju slučajeva nije se uopće tako nazivala, posve je, dakako, irelevantna.) Tvrdnja da medikalizacija ima dugu povijest, stvara, međutim, nemale teškoće. Sve, naime, „dugotrajne stvari teško je vidjeti, teško je imati pregled nad njima“ (Nietzsche, 2004:31). Analize koje slijede predstavljaju upravo jedan takav pokušaj.

Polazna pozicija za raspravu o razlozima zbog kojih dolazi do medikalizacije, kao i pozicija za kritiku medikalizacije, pripravljena je, nesumnjivo, Platonovim analizama (unatoč tome što se Platon tim terminom izriječkom ne koristi). Nedvojbeno je, naime, da u Platonovim živopisnim analizama, koje nas i danas oduševljavaju, nalazimo jasan opis stanja kada određeni oblici čovjekovog ponašanja počinju nositi pogrešan nuspojam bolesti. Platon je, drugim riječima, lapidarno i dalekosežno, otkrio i interpretaciji otvorio pitanje uzroka, svrha, pokretača, modaliteta i, što je najvažnije, posljedica stanja za koje će se tek od 60-ih godina 20. stoljeća uvriježiti naziv medikalizacija. Platonove analize, stoga, predstavljaju važan dio mozaika (sa)znanja o fenomenu medikalizacije te ga nijedan pregled nikako ne bi smio izostaviti.

Na ovom mjestu nemoguće je, a i nepotrebno, rekonstruirati a još manje potanko razmotriti i procijeniti sveukupnost Platonovih analiza koje se tiču problematike medikalizacije. Iz obilja autorovih analiza, izdvojit ćemo, i u vidu nekoliko stavaka, izložiti one uvide koji pogađaju samu suštinu, odnosno pružaju širi ekplanatorni okvir za određenje središnje karakterizacije procesa medikalizacije.

<sup>2</sup> Diskurs je, naime, „temelj društvenog djelovanja, a ne (...) neko jedno nastojanje da se ispita puki razgovor“ (prema Haralambos i Holborn, 2002:706).

Diskusijska metoda kojom se Platon koristi u određenju kvantuma uzroka, svrha, pokretača i posljedica medikalizacije je *par excellence* sociologijska. Platon, naime, dobro uočava i shvaća da medikalizacija nastaje pod pritiskom određenih društvenih promjena. O karakteru tih društvenih promjena, Platon, nažalost, ne govori podrobno, bolje rečeno, govori nedostatno jasno; njegova se konstatacija svodi na sljedeće: do medikalizacije - pojave kada liječnici „nezbiljske“ bolesti počinju označavati u terminima bolesti - dolazi tek kada je stanje u državi/društvu postalo „nesređeno“; ili, nešto malo konkretnije, kada u državi „ima puno razuzdanosti“, to jest kada je u državi odgoj postao „zao i jadan“. „Nesređeno“ stanje u državi/društvu istodobno dovodi do velikog broja drugih, novih i velikih činjeničnih promjena, kako društvenih tako i fizičkih pa čak i psiholoških. Od potonjih, Platon kao najvažnije i najvidljivije ističe: stanje „nesređenosti“ i, sa svoje strane, uzrok još većeg stanja „nesređenosti“, jest to da većina ljudi radije bira nezdravi način života a onda negativne posljedice takvog načina života nastoje riješiti na brzinu, uz pomoć liječnika, medicine, lijekova... U takvim novonastalim okolnostima, „mudri Asklepijevci“ „prinudeni su bolestima nadijevati“ „zaista nova i čudna imena bolesti“ kao što su na primjer „napuhivanje“ i „prehlada“ (Platon, 2009:152). U „nesređenom“ stanju u državi, liječničko se umijeće, dakle, više ne treba „radi ranâ ili kad navale kakve vremenske bolesti“ već, naprotiv, „radi besposličarenja i neumjerenog načina življenja“ zbog čega su ljudi „puni smrada i zapuha kao nabujala bara“ (Platon, 2009:152).

Da je stanje u državi uistinu postalo „nesređeno“, odnosno da su „razuzdanost“ te „zao i loš odgoj“ u društvu uzeli maha, najbolje potvrđuje činjenica da zbog pogrešnih razloga - to jest za stanja koja ne predstavljaju „zbiljske bolesti“ (Bloch, 1981:533) - liječnike trebaju ne „samo prostiji ljudi i radnici nego i oni, koji se grade, da su odgojeni kao slobodni ljudi“ (Platon, 2009:151). Platon nastoji ukazati da ranije, dakle u vrijeme kada stanje u državi nije bilo „nesređeno“ - konkretno, u vrijeme liječnika Asklepija, sina Apolona - medikalizacija nije bila prisutna. Autor, naime, tvrdi, iako će u daljnjim analizama oko toga iskazati određenu nesigurnost, da je Asklepije, za razliku od Asklepijevaca, njegovih nastavljača, smatrao „da ne treba liječiti onoga, koji nema snage za redovit i dug život, držeći da nije koristan ni sebi ni državi“<sup>3</sup> (Platon, 2009:154). Pa ipak, Platon ostavlja mogućnost da se situacija u društvu promijenila nagore i prije nego što je itko, uključujući i njega samog, tu promjenu zapazio. No po svemu sudeći, netko je tu promjenu ipak na vrijeme zapazio - tragici i Pindar ističu, naime, kako im je poznat slučaj kada je i sam Asklepije, dakle u vrijeme kada stanje u državi još uvijek nije bilo „nesređeno“, „za zlato izljičio bogata čovjeka, kojemu je već bilo umrijeti, a zato da ga i jest grom udario“ (Platon, 2009:154, 155). Bilo kako bilo, spomenute kontroverze samo pokazuju da je Platon bio potpuno svjestan da je vrlo teško, ako ne i nemoguće, precizno utvrditi kada je zapravo medikalizacija nastala. I pritom je, dakako, potpuno u pravu.

3 Današnje društvo, i *de jure* i *de facto*, liječenje uskraćuje ne onima koji „nemaju snage za redovit i dug život“, već, prije svega, onima koji nemaju novca da liječenje plate. Humaniji kriterij, nema što!

Da sumiramo: Platon dobro uočava posebnosti konkretno-povijesnog konteksta koji dovodi do medikalizacije ali na tome ne ostaje. U prepoznavanju uzroka, svrha i pokretača medikalizacije, Platon, kao što je netom pokazano, osim socijalnih, uočava i psihološke promjene. Drugim riječima, u objašnjenju novonastalog stanja društva, koje je „istodobno stanje svih velikih društvenih činjenica ili fenomena“ (Mill, prema Popper, 1996:80), za koje je puno kasnije stvoren zajednički konceptualni konstrukt - medikalizacija, Platon koristi i psihologijski obilježene pojmove i terminologiju. Na momente, može čak i izgledati da su u njegovim analizama psihologijski pojmovi zabašurili sociologijske. No riječ je samo o tome da Platon u objašnjenju uzroka medikalizacije nastoji obuhvatiti sve novonastale činjenične promjene, pa (čak) i psihološke.

Daljnje interpretacijsko ekspliciranje Platonovih analiza dovodi nas do važnog zaključka: medikalizacija bolesniku ne može donijeti ništa dobrog a to zbog dva razloga. Prvi, „kada netko protivno dosuđenom vremenu suzbije bolest lijekovima, tada iz malih nastaju velike bolesti, kao i mnoge iz malog broja bolesti. Zato, koliko god to vrijeme i prilike dopuštaju, sve ove bolesti treba zauzdavati urednim načinom života, a ne treba uzimanjem lijekova pobuđivati mučno zlo“ (Platon, 1981:136). Drugi, ukoliko je liječnik primarno zainteresiran za svoj osobni materijalni probitak (a u nadijevanju „čudnih i novih imena bolesti“ upravo se o tome i radi), svaki iole značajniji terapijski učinak nužno mora izostati budući da najvrjedniji liječnici „dušom liječe tijelo, a ona ne može ništa dobro liječiti, ako postane i ako jest loša“ (Platon, 2009:155).

Na temelju dosad navedenih razloga, koje smo nastojali osvijetliti, proizlazi da krajnja svrha medikalizacije nije pomaganje bolesniku. Od medikalizacije, drugim riječima, veću korist imaju liječnici - više moći i kontrole (a to uvijek znači i više novca), nego bolesnici zdravlja.

Odlučujuću odredbu medikalizacije, koja je ujedno i njezina završna poanta, Platon je sublimirao tvrdnjom da je, u cjelini, takvo stanje „sramotno“. Platon, dakle, nije samo propitao i utvrdio uzroke i svrhe medikalizacije već je pružio i prvu odlučujuću negativnu formulaciju medikalizacije. Platonove analize, nalažu, stoga, da se pitanju medikalizacije života i društva neizostavno, danas pogotovo, pristupa ne samo analitički već i vrijednosno.

Zaključujući ovaj kratki pregled Platonovih analiza, pokušat ćemo, na način teza, sažeti do kojih bitnih uvida su nas one dovele. Prvo, Platonove analize posve jasno, premda više tek implicitnim nego eksplicitnim formulacijama, postavljaju i određuju bitne konstituense medikalizacije: s jedne strane njezinu društvenu a, s druge strane, njezinu, psihološku uvjetovanost. Držimo da mimo ovog dvostranog i dvostrukog odnosa i konteksta nije ni moguće na pravi način prosuđivati cjelokupnost karakterizacije medikalizacije. Drugo, medikalizacija čovjeku, a time, dakako, i društvu u cjelini, ne donosi korist već, naprotiv, štetu. Možemo, stoga, reći da je Platon, prije svih, otvorio važne kritičke perspektive za svako iole ozbiljnije promišljanje fenomena medikalizacije.

Držimo, međutim, da u razumijevanju značenja i značaja nekog društvenog događaja, a medikalizacija, nesumnjivo, predstavlja društveni događaj/činjenicu *par excellence* - osim analize i razumijevanja njegovih činjeničnih uzroka i posljedica - moramo

posebno uključiti i analizu i razumijevanje karakteristične uloge i važnosti koju svaki uzrok/pokretač unutar kompleksne cjeline, zvane medikalizacija, ponaosob ima. Kod Platona je, nažalost, to pitanje ostalo netematizirano. Predstoji nam, stoga, podrobnije analitičko rasplitanje kolopleta uzroka i pokretača medikalizacije kako bi mogli, koliko god je moguće, odmjeriti stvarnu i specifičnu ulogu koju svaki od uzroka ili pokretača medikalizacije ponaosob ima („nesređeno“ stanje u društvu, liječnici i bolesnici). Da je naša nakana potpuno legitimna, više od svega i prije od svega, potvrđuje važno saznanje do kojeg smo, uz pomoć Platonovih analiza, već dospjeli: liječnici i bolesnici ne trpe iste posljedice medikalizacije; liječnicima, naime, medikalizacija predstavlja stalno rastući izvor zarade; bolesnicima pak medikalizacija ne donosi nužno više zdravlja; no puno gore od navedenog jest činjenica da medikalizacija bolesniku može nanijeti štetu. Brojni, dobro dokumentirani primjeri iz prošlosti kao i iz sadašnjosti, to nesumnjivo i potvrđuju.

Sumirajući dosadašnje analize, treba reći još i ovo: medikalizacija nije jednokratni događaj već dugotrajni proces koji, kada se jednom pokrene, niti se može a niti se, dakako, hoće sam od sebe prekinuti. Ukoliko, dakle, uistinu želimo da se cirkularnost uzroka/pokretača, to jest svojevrсни *perpetum mobile* medikalizacije zaustavi, naravno, pod pretpostavkom da je takvo nešto uopće moguće, odmjeravanje krivice svakog pojedinačnog uzroka/pokretača ponaosob, imperativno se postavlja. U protivnom, upravo zato jer *jedini* trpe neposredne štete od medikalizacije, bolesnici bi mogli biti, a to su dosada uglavnom i bili, tek moneta za potkusurivanje.

### 3. MOŽE LI, U NAČELNOM I BITNOM SMISLU, BOLESNIK UOPĆE BITI KRIVAC ZA NASTANAK (I PERPETUIRANJE) MEDIKALIZACIJE?

Interpretacijskim ekspliciranjem Platonovih osnovnih analiza došli smo do zaključka da Platon, osim, dakako, „nesređenog“ stanja u društvu, za nastanak medikalizacije smatra krivima/odgovornima i psihološku dispoziciju liječnika (gramzljivost) i psihološku dispoziciju bolesnika (pomanjkanje „snage za redovit i dug život“). Sva tri uzroka ili pokretača medikalizacije Platon jednako nesmiljeno kritizira, to jest smatra ih jednako „sramotnim“. Držimo, međutim, da je pitanje bolesnikove uloge (krivice i odgovornosti) za nastanak medikalizacije puno kompleksnije. Sve u svemu, držimo da bolesnikova krivica ne zaslužuje tako oštru kritiku, što bi značilo da je izraz „sramotan“ neprimjeren. Mi, dakako, ne smatramo da je svaki govor o bolesnikovoj krivici i odgovornosti za nastanak i perpetuiranje medikalizacije unaprijed promašen i deplasiran - mi to pitanje samo pokušavamo brižnije promišljati. U svakom slučaju, držimo da se bolesnikova uloga ne može svesti isključivo na nedostatak autonomne „snage“ ili volje da vodi zdrav život na dulji rok.

Upravo zato jer se stara teza o bolesnikovoj osobnoj odgovornosti za bolest - teza koja ide u smjeru *osobne „krivnje“ kao jedine uzročnosti bolesti*, danas pojavljuje u novom suptilnijem, manje transparentnom a time, i opasnijem „ruhu“, od iznimne je važnosti

pitanje odgovornosti bolesnika za nastanak medikalizacije pomnije, ali i posve drugačije, razriješiti. Očekujemo, dakle, da će daljnjim analizama naša kritika medikalizacije dobiti, prijeko potrebne, suptilnije forme.

Iako je neosporno da između sva tri ključna uzroka i pokretača medikalizacije postoji tijesna dijalektička isprepletenost, držimo da se njihova krivica i odgovornost za nastanak medikalizacije ni u kom slučaju ne može poravnati. Nekoliko je temeljnih razloga koji idu u prilog naše, netom iznesene, opće teze. Izložiti ćemo ih tek u natuknicama, bolje rečeno, samo u nagovještajima.

Imanje ili nemanje „snage za redovit i dug život“ kao i bolesnikova želja da „bezuvtjetno bude oslobođen boli“ (Šopenhauer, 1990), odnosno da „ozdravi u hipu“<sup>4</sup> (Bloch, 1981) na bitan, bolje rečeno, presudan, način su uvjetovani „nesređenim“ stanjem u društvu. Čovjekova sklonost brzim rješenjima pojavljuje se, u puno većoj mjeri nego što se to hoće priznati, kao jedini mogući način da se odgovori na zahtjeve koje svako društvo, a današnje posebno, pred čovjeka neprestano i ultimativno postavlja. To posebno vrijedi u slučaju bolesnikove želje da „bezuvtjetno bude oslobođen boli“; nesumnjivo je da je čak i osjetljivost na bol na bitan način određena društvom. „Izgleda“, upozorava Nietzsche, „da krivulja ljudske osjetljivosti na bol doista izvanredno i gotovo odjednom pada čim za sobom ostavi gornjih deset tisuća ili deset milijuna ljudi visoke kulture“ (Nietzsche, 2004:70).

U svakom slučaju, bolesnikovu želju da „ozdravi u hipu“ (Bloch, 1981) ne možemo promatrati isključivo kao neumjesnu ludoriju, hir, iracionalnost... Uostalom, bol, bolest, fizička i psihička patnja, neizmjerni broj nesigurnosti, odnosno rizika koje život sam po sebi nosi te, posebno, „metafizička neugodnost“ (Saramago, 2009) koju čovjeku stvara suočavanje s konačnošću (vlastitog) života, stalni su i neizbježni pratioci života svakog čovjeka. Naime, potpuna oslobođenost od bolesti je nespojiva s čovjekovim tjelesnim opstankom; bolest se, jednom riječju, „temelji u prirodi bića“ (Durkheim, 1999). Ne radi se, dakle, o prolaznim nevažnostima u svakodnevnom čovjekovom životu već o stanjima ili stvarima koje se tiču čovjekove „unutarnje egzistencije“ (Jaspers, 1989), to jest o nadmoćnim događajima, „ozbiljnim stanjima i stvarima“ (Durkheim, 1999) s kojima se čovjek sam, bez pomoći drugih, teško može uspješno nositi. Imamo li pritom na umu da je rasprostranjenost takvih „graničnih situacija“ velika, odnosno da su njezina ponavljanja u čovjekovom životu neizbježna (jer one životu kao takvom naprosto pripadaju), od iznimne je važnosti - ne samo za svakog pojedinog čovjeka, već i za društvo u cjelini - legitimirati grupe stručnjaka čija je primarna zadaća ljudima u takvim situacijama pomagati. U grupu „pomagača - značajnih drugih zaduženih za nas“ (Berger i Luckman, 1992), odgovornih i angažiranih za nas i oko nas kako bi se što bolje nosili s brojnim nedaćama života, kao i njegovom konačnošću, spadaju, među inima, i liječnici. Budući da se radi o odnosu u kojem „akteri predaju drugima dio kontrole nad svojim akcijama“

<sup>4</sup> Čovjekova želja „ozdraviti u hipu“, u tijesnoj je vezi s druge dvije „najraširenije omiljene želje ljudi“ koje glase: „ostati mlad, dugo živjeti“. Dok je treća najomiljenija želja ljudi: „to oboje“ (dakle, ostati mlad i dugo živjeti), „ne postići bolnim zaobilaznim putem, nego zaskočivši, kao u bajci“ (Bloch, 1981:523, 524).

(Goleman, 2004), o odnosu od kojeg se očekuje da „značajni drugi“ preuzme dio odgovornosti za nas, takav se odnos bezuvjetno mora temeljiti na normama.

Na ovoj točki naših izvoda dospijevamo do još jednog važnog uvida koji baca drugačije svjetlo na pitanje bolesnikove krivice za nastanak medikalizacije: baviti se liječenjem ljudi znači, naime, baviti se jednom posebnom aktivnošću. Liječnikovo djelovanje ima posebne načine postojanja i posebne ciljeve; veza između liječnika i bolesnika mora, drugim riječima, biti „kompleksna, ljudska, totalizirajuća“ (Sartre, 1984) O posebnim načinima i ciljevima liječnika ni Platon, uostalom, ne dvoji: određenje „pojma pravog liječnika“ (Platon, 2009:81) podrazumijeva da se liječničko umijeće ne brine „za svoju vlastitu korist, nego za korist tijela“. Stoga, „nijedan liječnik kao liječnik nema pred očima korist svoju liječnikovu, nego bolesnikovu“ (Platon, 2009:78). U pravom smislu riječi, liječnik bi, dakle, trebao biti „nadziratelj bolesnika a ne tecikuća“ (Platon, 2009:78). Liječnikovo umijeće, pojašnjava dalje Platon, i postoji zato jer „je tijelo manjkavo“; zapravo, liječnikovo umijeće, u najtočnijem smislu te riječi i nema nijednu drugu svrhu do li tu da „tijelu namiće, što mu koristi“ (Platon, 2009:77). Mi bismo dodali: liječnikovo umijeće i postoji zato da čovjeku/bolesniku pruža „vitalne sugestije“ (Jaspers, 1990) kako svoj život urediti na najbolji način.

Unatoč tome što nijedan „poštenu“ liječnik bolesnikovu bio-fantaziju da „ozdravi u hipu“ „ne može pružiti, to naglo ipak se dočaravalo uvijek. Jutros sav obliven krvlju, u podne zdrav i svjež na dvije noge“ (Bloch, 1981:523). I same liječnike su, ističe Bloch, „opsjedali snovi te vrste“. No za razliku od ljudi, liječnike su takvi snovi „opsjedali“ „većinom zbog prijevare“ (Bloch, 1981:523). U potonjoj konstataciji sadržana je struktura koja ima sasvim određene implikacije za problem o kojem govorimo. Ističemo tek najvažniju: „nepošteni“ liječnici zbog „prijevare“ na razne, i to uglavnom bezočne načine manipuliraju čovjekovom duboko ukorijenjenom nadom-biofantazijom. Nemali broj liječnika to, dakako, jednako nesmiljeno i bezočno, čini i danas.

Nepodnošljivo lakoći liječnikovog manipuliranja bolesnikovim biofantazijama doprinosi, prije svega, činjenica da se lingvistički znakovi kao što su „bolest“, „smrt“, upravo zato jer „ispunjavaju život do vrha iskonskim strahom“, pokazuju „jedinствeno i izrazito moćnim“ (Bauman, 2010). Bolest je, naime, ako tako možemo reći, često puta svojevrsna „generalna proba“ smrti. Patnja, upozorava Jankélévitch, „čini da patimo samo zahvaljujući često jedva zamjetnoj dozi smrti, infinitezimalnoj i takoreći homeopatskoj dozi smrti koju sadrži“; „najbezazlenija glavobolja jest bolest samo zato jer stvorenje od nje teoretski može umrijeti; ne predstavlja li i običan mali čir mogućnost smrti?“ (Jankélévitch, 2011:285). Nedvojbeno je, dakle, da je moć oba lingvističkog znaka („smrt“ i „bolest“) oduvijek bila (a to je i danas) „zavodljiva svima onima koji žele da skrenu pažnju sa nekih stvari na nešto drugo“ (Bauman, 2010:65). To je i glavni razlog zbog kojeg se i jednim i drugim lingvističkim znakom oduvijek „revnosno manipuliralo u sve moguće svrhe“ (Bauman, 2010:65).

Svojstvo svakog lingvističkog znaka koji imaju moć (a ima ju zato što „život ispunjava do vrha iskonskim strahom“) jest: kada se jednom uvriježi u kolektivnoj percepciji, takav „znak može biti razdvojen od stvari koju označava, pušten na slobodu i biti nanovo pri-



pisan - metaforički<sup>5</sup> ili metonimijski - proizvoljnom broju stvari“ (Bauman, 2010:64). Svjedočanstva o tome da se lingvistički znak „bolest“ pripisivao, dakako ne samo metaforički i metonimijski već doslovno, nepregledno „proizvoljnom broju stvari“, nalazimo u svim društvima i u svim vremenima. Djelić tih neslavnih svjedočanstava donosimo u nastavku.

#### 4. KRATKA POVIJEST MEDIKALIZACIJE - NASTAVAK TEORIJSKE REFLEKSIJE O MEDIKALIZACIJI

Da bismo bili u mogućnosti pružiti, pa čak i samo letimičan, pregled pojedinih slučajeva medikalizacije kroz povijest (jer cjelina ne može ni biti predmet analize), najprije je potrebno utvrditi do kojih smo kritičko-teorijskih raščlambi medikalizacije uz pomoć Platonovih analiza već dospjeli.

Platon uočava da se medikalizacija odvija na dvije čvrsto objedinjene razine: *konceptualnoj* - kada se u definiranju određenih stanja i ponašanja koristi medicinska terminologija, i *interakcijskoj*, kada se medikalizacija odvija u međuodnosu liječnik-bolesnik, odnosu unutar kojeg se zbiljski postavlja dijagnoza i zbiljski provodi terapija. Budući da u proučavanju uzroka, svrha, pokretača kao i posljedica medikalizacije uvijek treba biti nazočna ambicija da se medikalizacija sagledava kao povijesno razvojni proces, ovom Platonovom zatvorenom pojmovnom sustavu prijeko je potreban dodatak „pojma povijesti i razvoja“ (Heisenberg, 1997:73). Dodatak „pojma povijesti i razvoja“ nalaže i, istovremeno, omogućava da razotkrijemo i interpretaciji otvorimo ne samo prijašnje već i sadašnje, ali, što je najvažnije, i anticipiramo buduće modalitete medikalizacije.

Imamo li na umu da su povijesna razdoblja intrinzično različita, jasno je da se nijedan događaj ili promjena u društvu ne može stvarno i na potpuno jednak način ponoviti u svakom drugom povijesnom razdoblju. Stvarno, i na potpuno jednak način, ne može se ponoviti ni konceptualna ni interakcijska razina medikalizacije. Pa ipak, bezbroj je analognih tendencija medikalizacije. Upravo se nekim analognim tendencijama, ne gubeći pritom iz vida i neizbježne razlike među njima, bavimo u ovom poglavlju.

Fascinantna je povijest medikalizacije na konceptualnoj razini. „Zaista nova i čudna imena bolesti“ (Platon) neprestano su se nadijevala; zapravo, vrijeme za nastanak uistinu začudnih imena bolesti tek je dolazilo. Pod svakim jačim pritiskom društvenih promjena, ne samo da su imena bolesti postajala sve začudnija već se i njihov broj nesmiljeno povećavao.

Pritisak društvenih promjena dovodio je ne samo do promjena na konceptualnoj već i do promjena na interakcijskoj razini medikalizacije. Nešto konkretnije: u određenim stanjima društva ili povijesnim razdobljima, liječnicima su se pridružili, odnosno dje-

5 Iako zasigurno ne spada u najupečatljive primjere metaforičke upotrebe lingvističkog znaka „bolest“, zanimljiva je činjenica da ga, u svrhu međustranačke borbe, koriste dvije najveće političke stranke u Republici Hrvatskoj; predsjednik HDZ nazvao je, naime, SDP „crvenom peronosporom“; potonja je stranka uzvratila nazvavši HDZ „crnom kugom“.

lomično,<sup>6</sup> ili pak potpuno zamijenile, druge, dakako, srodne društvene skupine. Jednu takvu, liječnicima srodnu društvenu skupinu, činili su, nesumnjivo, svećenici. Da je novonastala promjena tek nominalna ali ne i suštinska, najbolje potvrđuje Nietzsche koji u svojim polemičkim spisima<sup>7</sup> koristi pojmovnu sintagmu „svećenička medikacija“. Za osnovnu svrhu naših analiza, potpuno je nevažna činjenica da je kod Nietzschea izraz medikalizacija ponešto drugačije lingvistički stiliziran - „medikacija“.

Pojmovnom sintagmom „svećenička medikacija“, Nietzsche, naime, opisuje stanje u društvu u kojem je „sve tako sređeno da je svećenik posvuda prijeko potreban; pri svakom prirodnom događaju u životu,<sup>8</sup> pri porodu, braku, bolesti, smrti“ (Nietzsche, 1999:43).

Evo kako je to konkretno „sređeno“: „svaki prirodni običaj, svaka prirodna ustanova (država, sudski poredak, brak, njega bolesnika i skrb za siromašne), svaka potreba potaknuta životnim instinktom, ukratko sve, što je po sebi vrijedno, biva parazitizmom svećenika (ili ‘čudorednim svjetskim poretkom’) uglavnom obezvrijeđeno, suprotstavljeno vrijednosti: potrebno je naknadno odobrenje - nužna je moć koja dodjeljuje vrijednost, moć koja time niječe prirodu, koja upravo time stvara vrijednost“ (Nietzsche, 1999:43). Razvidno je, dakle, da se svećenikova nadležnost značajno proširila, to jest da je obuhvatila i stanja i stvari koje *nisu ni nadmoćne ni ozbiljne, to jest na stanja koja se, zasigurno, ne tiču čovjekove „unutarnje egzistencije“*. Stanje u društvu u kojem se „prirodnim događajima“ u životu čovjeka „oduzima svaka prirodna vrijednost“ (Nietzsche, 1999:43), za Nietzschea je predmet nesmiljene kritike.<sup>9</sup>

Unatoč očitim razlikama, liječniku i svećeniku zajedničko je jedno: na raspolaganju im stoji ogromna moć - moć imenovanja stanja, ponašanja, događaja u društvu u termina bolesti to jest moć kontrole nad takvim njima. Autoritet u imenovanju bolesti transponiran je, dakle, u odnose moći. Upravo takva moć imenovanja, odnosno činjenica da se koristi „ovlašteni jezik“ (Bourdieu, 1992:129), predstavlja paradigmatičan primjer političkog djelovanja u užem smislu.<sup>10</sup> Kako je uopće takvo političko djelovanje u užem

6 Ni danas se liječnici i svećenici ne mogu potpuno složiti oko toga kome pripada prvenstvo u nadijevanju imena bolesti, odnosno u čiju nadležnost bolest spada.

7 Mislimo, prije svega, na njegova dva polemička spisa: „Genealogija morala“ i „Antikrist“.

8 Istu tvrdnju zastupa i Löwitha; za ovog autora, naime, nema ni malo dvojbe da „rađanje, stasjanje, zrelost, starenje i umiranje, kao i svakodnevna smjenjivanja stanja budnosti i stanja sna određuju svaki ljudski tubitak“, odnosno predstavljaju „prirodne određenosti“ ili „prirodne pojave“ u životu čovjeka (Löwith, 1986:169).

9 Zanimljivo je u kontekstu ovih Nietzscheovih analiza navesti da i Illich (koji je i sam svećenik) iznosi u biti istu zamjerku „svećeničkoj medikaciji“; svećenstvo, ističe Illich, „može odrediti svoje usluge kao potrebe ljudske prirode i pretvoriti tu uslugu-robu u nužnost koje se čovjek ne može odreći“ (Illich, 2013:72) ukoliko, naravno, „ne želi izgubiti život vječni“ (Illich, 2013:72). Budući da i današnji ljudi, jednako kao i oni prije njih, ne žele „izgubiti život vječni“, jasna je lakoća kojom se medikalizacija provodi. To što ljudi danas, možda, više vjeruju da će im „vječni život“ osigurati liječnik a ne svećenik, ništa bitno ne mijenja na stvari.

10 Veliki broj liječnika u politici, barem kod nas, proizlazi, zasigurno otuda što su liječnici uvjereni da ih nesumnjivo dobra osposobljenost za vođenje politike u užem smislu, u potpunosti kvalificira za vođenje politike u širem smislu. Imajući u vidu rezultate njihove politike, očito je da krivo misle.

smislu moguće? Odgovor nam pruža Bourdieu. Političko djelovanje u užem smislu je „moguće zato što agensi, koji su dio društvenog svijeta, raspolažu (više ili manje adekvatnim) poznavanjem toga svijeta i jer se na društveni svijet može djelovati djelujući na njihovo poznavanje tog svijeta. To djelovanje nastoji proizvesti i nametnuti (...) predstavljanja društvenog svijeta podobna da djeluju na taj svijet djelujući na predodžbu koju o njemu imaju agensi“ (Bourdieu, 1992:127). Ako uviđamo, nastavlja svoje analize Bourdieu, „do koje se mjere društvena stvarnost može mijenjati mijenjanjem predodžbe što je o njoj imaju agensi, tada moramo priznati da su mnoge ‘idejne debate’ realističnije no što se čini na prvi pogled. Vidimo koliko se društvena realnost jedne prakse kakva je alkoholizam (ali ista bi se mogla reći i za abortus, uživanje droge ili eutanaziju) mijenja u ovisnosti o tome da li se doživljava i shvaća kao nasljedna mana, kao moralni pad, kao kulturna tradicija ili kao kompezatorsko ponašanje neprilagođenih“ (Bourdieu, 1992:128-129).

U netom navedenim slučajevima, kao i u nebrojnim drugim, „tako se neosporno očituje strukturatorska moć riječi, njihova sposobnost da propisuju pod prividom opisivanja ili da prokazuju pod prividom iskazivanja“ (Bourdieu, 1992:128).<sup>11</sup> Upravo zato, svaka oštija i obuhvatnija teorijska refleksija o medikalizaciji pretpostavlja jasno prepoznavanje strukturatorske moći koja uvijek stoji iza imenovanja nemedicinskih stanja, bolje rečeno, „nezbiljskih“ bolesti u terminima bolesti. Važno je pritom naglasiti da svećenik/liječnik, neprestanim poricanjem svake proračunljivosti, odnosu dominacije „daje auru čarobnosti“ (Bourdieu, 1992:129).

Zbog očiglednih sličnosti sa „svećeničkom medikacijom“, držimo da bi namjesto izraza medikalizacija, a analogno Nietzscheovom neologizmu „svećenička medikacija“, bilo primjerenije, kao njezinu modalnu inačicu, koristiti izraz ili neologizam „liječnička medikacija“. Budući da pitanje „svećeničke medikacije“ bitno prekoračuje okvire ove rasprave, daljnje analize usmjerit ćemo na liječničku medikaciju. I tu započinjemo s izričitim pitanjem: Što su to sve liječnici „propisivali pod prividom opisivanja“, odnosno što su to sve „prokazivali pod prividom iskazivanja“? Ili, drugačije formulirano: kojim su „proizvoljnim stvarima“ ili „nezbiljskim“ bolestima pojam bolesti liječnici pripisivali? Kako je pregled nad beskonačno otvorenim, povijesno razvojnim procesom liječničke medikacije, u strogom smislu, nemoguće uspostaviti, držimo da cijeli problem treba svesti na neke paradigmatične slučajeve i njihove interpretacije.

Jedan takav primjer predstavlja bolest/dijagnoza „drapetomanija“<sup>12</sup> koju je 1851. u službenu američku klasifikaciju bolesti uveo i opisao liječnik Samuel Cartwright. „Drapetomanija“ označava mentalnu bolest od koje su isključivo (sic!) „obolijevali crnački robovi“; bolest su prouzrokovali sami „vlasnici koji su se previše sprijateljili sa svojim robovima odnoseći se prema njima kao ravnopravnima“. Simptomi „bolesti“ su bili

<sup>11</sup> Analizirajući društvenu povijest ljudskih bolesti, Jean Starobinski je utvrdio da „postoje bolesti (naročito nervne i ‘moralne’, neuroze i psihoze) koje se šire tako što se o njima govori’, gdje ‘reč ima ulogu zaraznog agensa’, i zaključio je da ‘verbalizacija ulazi u samu strukturu proživljenog iskustva’“ (Bauman, 2010:63).

<sup>12</sup> Termin „drapetomanija“ dolazi od grčkih riječi *drapetes*, bjegstvo i *mania*, ludilo.

„bjegstvo od gospodara“ a kao jedina preventivna i terapijska mjera bila je - „istjerati vraga iz njih“ (White, 2002).<sup>13</sup> Opis etiologije, simptoma i terapije „drapetomanije“ u toj je mjeri začudan da nam prvo pada na um da se radi tek o neumjesnoj anegdoti. Bilo kako bilo, ukazivanje na postojanje ovakve dijagnoze/bolesti ima osobitu važnost jer bjelodano pokazuje koje se sve „nezbiljske“ bolesti proglašavaju „zbiljskim bolestima“ (Bloch, 1981). Na temelju navedenog primjera, a takvih je neizmjeran broj, razvidno je da se pojam bolesti znatno proširio - osim biološko-fizioloških stanja, uključivao je i brojna društveno „problematična“ ponašanja, socijalne pobune, političke prijestupnike i, općenito, društveno nepoćudne.

I sljedeći primjer to dobro ilustrira: 40-ih godina 20. stoljeća u klasifikaciji bolesti našla se i bolest „postpartalna depresija“. Njezino je „liječenje“ imalo za cilj „pomoći“ ženama da besprijekorno ispunjavaju svoju primarnu ulogu koju od njih društvo očekuje - ulogu majke. Najvažnije od svega jest to da se u liječenju ove „bolesti“ koristila krajnje radikalna metoda: elektrošokovi. Cameron, liječnik koji je u primjeni ove metode pokazivao neviđenu upornost i revnost, od takve „terapijske“ metode je očekivao da „razbije uzorke“ kod pacijenata, da im izbriše ostatke vlastite osobnosti. Nakon što bi, ističe Klein, „postigao ‘posvemašnje razaranje obrazaca“ i u zadovoljavajućoj mjeri izbrisao raniju osobnost, mogao je započeti s psihičkom prisilom. Ona se sastojala od snimljenih poruka koje je Cameron puštao pacijentima: „Ti si dobra majka i supruga, ljudi uživaju u tvom društvu“. Kao bihevorist, vjerovao je da će pacijenti, ako upiju snimljene poruke, time promijeniti i svoje ponašanje (Klein, 2006:39). Potonji primjer samo je jedan u nizu dokaza koji potvrđuje tezu da se medicina koristila „kao agent socijalne kontrole (posebno kontrole ženinog života), stvarajući ih ovisnima o liječničkoj profesiji i, u krajnjoj konzekvenci, farmaceutskoj industriji“ (Helman, 2007:164).

Sumirajući dosadašnje analize, mogli bismo dodatno uobličiti i jače istaknuti našu temeljnu tezu: medikalizacija predstavlja oblik planiranog i organiziranog procesa kojeg sustavno provode određene društvene skupine (ne nužno i isključivo liječnici), s primarnim ciljem ostvarenja partikularnih interesa a ne pomaganja bolesniku.

## 5. POZITIVNO ZNAČENJE MEDIKALIZACIJE: KADA I ZAŠTO NASTAJE?

Kako smo već više puta istaknuli, svaka velika promjena u društvu znači „istodobno stanje svih velikih društvenih činjenica ili fenomena“ (Mill, prema Popper, 1996:80). Jedna takva velika društvena promjena dogodila se u razvijenim zemljama sredinom 20. stoljeća. Opis te promjene iznijet ćemo u grubom i krajnje sažetom obliku: s jedne strane, dolazi do snažnog znanstveno-tehnološkog razvoja, posebno u području medicine i farmacije, te, s druge strane, nastaje nova paradigma društva socijalne ili redistributivne pravde. Svaka za sebe, a posebno, zajedno, takve promjene preoblikuju postojeće

<sup>13</sup> Ako znamo da je robovlasnički sustav u Americi u to vrijeme pokazivao vidna puknuća, jasan nam je žar kojom se ova dijagnoza postavljala.

i uspostavljaju nove društvene činjenice - među ostalima i novi modalitet medikalizacije. Taj su novi modalitet medikalizacije na najbolji način opisali Conrad i Schneider: potaknuta velikim promjenama u društvu, medikalizacija se počinje odvijati na tri različite, ali tijesno objedinjene, razine: „(i) *konceptualnoj*, kada se koristi medicinska terminologija u definiranju problema; (ii) *institucionalnoj*, kada medicinska profesija stječe legitimitet nad problemom u čijem se rješavanju institucija specijalizirala; i (iii) *interakcijskoj*, kada se dijagnoza i terapija uspostavlja u međudodnosu *liječnik-pacijent*“ (Conrad i Schneider, 1980). Nedvojbeno je da netom opisani modalitet medikalizacije predstavlja temeljnu transformaciju društva sredine 20. stoljeća.

Spomenute velike promjene, bile su jamstvo da će sveukupno stanje u društvu (konačno) postati sređeno. Sređeno stanje društva značilo bi, među inim benefitima, i to da se bolestima više neće nazivati i tretirati „nezbiljske bolesti“. Nepokolebljivo se vjerovalo da će novi modalitet medikalizacije čovjeku i društvu u cjelini, donijeti korist, to jest da novonastali modalitet medikalizacije znači promjenu nabolje. Taj se entuzijazam sve-srdno i na svake načine poticao. Socijalne su znanosti na osobit način tom entuzijazmu doprinosile. Među prvima, to je činio i Parsons. U svom temeljnom radu „Društveni sistem“ iz 1951.godine, Parsons bezrezervno iznosi pozitivnu karakterizaciju procesa medikalizacije (to što Parsons uopće ne koristi termin „medikalizacija“ posve je, dakako, irelevantno).

Budući da je pozitivan stav o medikalizaciji sastavni dio Parsonsovog koncepta socijalne uloge bolesnika, valja nam, barem u najkraćim crtama, iznijeti njegove osnovne postavke: u modernom društvu u kojem rad predstavlja temeljnu vrijednost (pa čak i moralnu reputaciju), na bolest se primarno gleda kao na devijantnu pojavu koja čovjeka onesposobljava u obavljanju uobičajenih socijalnih uloga i zadataka. Tako naglašeni interes za bolest, koja je, i onda kada je psihička, uvijek bolest tijela, postoji zato jer je posjedovanje tijela pretpostavka za „svaki ‘rad’ - bez-tjelesna duhovna bića ne mogu principijelno raditi“ (Fink, 1998).

Želi li sačuvati socijalni i moralni poredak, bolesnu osobu društvo treba što prije vratiti u „kolektivni i homogeni prostor“ (Kalanj, 2002). U tu svrhu, oboljelom pojedincu se dodjeljuje jedinstvena socijalna uloga bolesnika: set specifičnih prava i obveza, odnosno socijalnih, institucionalnih i kulturalnih očekivanja. Budući da socijalna uloga bolesnika znači i oslobođenost od uobičajenih, normalnih radnih zadataka, liječnik treba strogo voditi računa da ulogu bolesnika dodijeli samo onima čija se bolest može objektivno, na temelju čvrstih, redukcionističkih dokaza, utvrditi. U određenju bolesti, a time i dodjeljivanja socijalne uloge bolesnika, liječnik pristupa, dakle, krajnje restriktivno.

Iako je nesumnjivo da (i) medicina na ovaj način prerasta u glavnu instituciju socijalne kontrole, Parsons, u tome ne vidi ništa loše; naprotiv, takav tip socijalne kontrole Parsons smatra, Durkheimovom terminologijom rečeno, restitutivnim a ne represivnim. Parsons, dakle, nepokolebljivo vjeruje da, za razliku od crkve, medicina, ovaj put snažno poduprta znanostima, predstavlja učinkovitiju i prihvatljiviju to jest napredniju i humaniju instituciju socijalne kontrole. Parsons, drugim riječima, smatra, a isto mišljenje će kasnije dijeliti većina suvremenih teoretičara medikalizacije, da je kontrola od strane

medicinskih institucija, odnosno liječnika, manje stigmatizirajuća za određene oblike devijantnosti. Humanom karakteru medikalizacije zasigurno doprinosi i činjenica da su, srazmjerno bolesnikovim obvezama (bespogovorno se podvrgavati odlukama liječnika) jasno određene i liječnikove obveze; liječnikovu ulogu, naime, karakterizira „funktionalna specifičnost, univerzalizam, učinkovita neutralnost ili kolektivna orijentacija“ (Tuckett, 1976:215). Drugim riječima, od liječnika se očekuje ne smo da se bavi „zbiljskim bolestima“, odnosno onim problemima koji *isključivo pripadaju u okvir njegovih tehničkih kompetencija već i da pacijentov a ne osobni interes postavi na prvo mjesto.*

Gledanje na medikalizaciju kao na pozitivan proces prisutno je i u *International Encyclopedia of Social Science*, 1968., u kojoj se, uostalom, termin medikalizacija prvi put izrije kom i spominje. U spomenutoj enciklopediji taj se termin, naime, koristi kao oznaka za „tendenciju medicinskih institucija da se nose s nekonformističkim oblicima ponašanja koja se sve više označavaju ‘bolešću‘“. Unatoč određenim rezervama, Pitts na medikalizaciju ipak gleda kao na pozitivan socijalni proces - korisnu intervenciju, to jest „poželjan oblik socijalne kontrole devijantnih oblika ponašanja“ (Pitts, 1968).

Socijalne znanosti u početku, dakle, na medikalizaciju gledaju kao na „učinkovitu i humanu zamjenu za institucije (npr. porodicu, crkvu) čiji su moć i utjecaj počeli slabiti“ (Broom i Woodward, 1996:358). Značajan broj teoretičara medikalizacije 70-ih i 80-ih godina to će gledaš te svesrdno podupirati. Ako je i bilo suprotnih dokaza - dokaza o tome da medikalizacija prouzrokuje (i) štete, na to se gledalo kao na uzgredan događaj, eksces, a ne kao na intrinzično svojstvo medikalizacije.

U općenitom smislu, razloga za pozitivan stav o medikalizacije u to vrijeme ili, bolje rečeno u tom stanju društva, nije nedostajalo. Evo njihovog kratkog pregleda.

U okviru prirodno-znanstvene paradigme, koja se u tom razdoblju ustoličila u status dominantne paradigme, pojam bolesti se uistinu počinje odnositi samo na ograničeni broj stanja - ona koja se mogu jasno i nedvosmisleno, na temelju znanstvene, čvrsto ustanovljive činjeničnosti, konkretno-objektivne analize utvrditi. Sve je, drugim riječima, upućivalo na zaključak da se pojam bolesti „očistio“ od brojnih zakrčujućih konstrukcija - onostranog, metafizičkog određenja, pseudoznanstvenih, moralno-religioznih idiosinkrazija, svjetonazorskih, vrijednosnih i inih paraznanstvenih i paralogičnih natruha. Medicina, nesumnjivo, počinje postavljati čvrste i jasne pretpostavke za „konkretno-objektivno“ i „vrijednosno-neutralno“ određivanje bolesti.<sup>14</sup> Pojam bolesti se počinje, dakle, odnositi samo na ona stanja koja se mogu dovesti u vezu s organskim, specifičnim uzročnikom, to jest biološkim substratom.<sup>15</sup> Sa znanstvenom preuzetnošću, koje je u to vrijeme bilo napretak, nepokolebljivo se vjerovalo da je konačno pronađena objektivna, empirijska postavka (svake) bolesti; to je vjerovanje impliciralo da će se, prije ili kasnije, otkriti specifični uzročnik (svake) bolesti, da će se broj bolesti vidno

<sup>14</sup> Na djelu je oštro razdvajanje bolesti kao subjektivnog stanja („illness“) od bolesti koju liječnik znanstveno utvrđuje („disease“).

<sup>15</sup> Znanstvenici su vjerovali da se čak i „psihičke pojave napokon mogu objasniti fizikom i kemijom ljudskog mozga“ (Heisenberg, 1997:83).

smanjiti pa čak da će se, u konačnici, sve bolesti iskorijeniti. Nesumnjivo veliki terapijski/klinički ili „fizički“ učinak,<sup>16</sup> do kojeg je u to vrijeme bjelodano došlo, osiguravao je medicini i besprimjerno veliki „psihološki i socijalni učinak“. Sve u svemu, zadivljujući uspjesi medicine/medikalizacije nisu se tada ni u kom slučaju mogli negirati. Iako mi danas znamo da je obećanje o pozitivnom učinku medikalizacije bilo nerealno (bolje rečeno, lažno), ne može se opovrgnuti da je u to vrijeme pozitivan učinak bio istinski atribut medicine/medikalizacije. Ukratko, bilo je to „zlatno doba“ medicine, doba u kojem je liječnik bio na „vrhuncu svoje uloge heroja kulture“ (Ilič, 1976:42). Malo tko je tada, a to priznaje čak i najradikalniji kritičar medikalizacije - Ivan Illich, „očekivao da će se definicijom bolesti proširiti raspon medicinske njege i da će prag tolerancije prema bolestima opadati“, da će se „pojaviti nove bolesti kao ishod istog onog procesa kroz koji je medicina i postigla svoj djelomičan uspjeh“ (Ilič, 1976:41), da će se, u svojem naknadnom djelovanju, mnogi lijekovi pokazati pogibelnijim od bolesti koje su trebali liječiti, da će „zdravlje i odgovornost uglavnom postati nemogući s tehničkog stanovišta“ (Ilič, 2012).

Suprotno velikim očekivanjima, sve se navedeno, nažalost, ipak dogodilo. Kako je, međutim, do naopakog djelovanja medikalizacije došlo postupno, negativne konzekvence tog procesa mogle su otkriti tek poslije. Uostalom, malo koji novi društveni događaj ili stanje društva, upravo zato jer znači istodobno stanje svih velikih društvenih činjenica, u početku možemo kauzalno ili racionalno objasniti; najčešće se radi tek o tome da ga možemo samo intuitivno shvatiti.

U svakom slučaju, obuhvatniji pregled nad pervertiranim učincima medikalizacije se mogao uspostaviti tek naknadno, retrospektivno, to jest istodobno analitički, *a posteriori* i *a fortiori*. Kao i u brojnim drugim slučajevima, i u slučaju medikalizacije se, naime, pokazalo da su čovjeku stvari „stalno dane u strukturi relativnosti, čas su dane blizu, čas izdaleka, nekad diferencirano različite, nekad samo u nejasnim obrisima, nekad djelomice, nekad potpuno i istovremeno određene“ (Fink, 1998:26). Sasvim je izvjesno, naime, da se situacija promijenila puno prije nego što je itko tu promjenu zapazio. Važno je, međutim, da su u „načinu relativne datosti ipak unaprijed označeni smjerovi mogućeg stupnjevanja: upravo neko točnije, neko potpunije i obuhvatnije upoznavanje“ (Fink, 1998:26).

Bilo kako bilo, treba istaknuti da, do tvrdnje o medikalizaciji kao negativnom socijalnom procesu, socijalne nisu došle - kako to neki zagovornici neutralnog određenja medikalizacije opetovano imputiraju - proizvoljno, *a priori*, odnosno polazeći od „tradicionalne pretpostavke da je medikalizacija loša *per se*“ (Parens, 2013:30). Naprotiv, do te su tvrdnje socijalne znanosti došle tek nakon što su dokazale, na temelju induktivne metode, to jest na temelju iscrpno provedenih „empirijskih istraživanja na *case-by-case*

16 Primjena antibiotika, novih i terapijski iznimno učinkovitih lijekova bilo je glavno obilježje medicine 50-ih i 60-ih godina 20. stoljeća (Hayes i Prior, 2003:24). Oduševljenje njihovim terapijskim učincima, priskrbilo je tim lijekovima, posve razumljivo, naziv „čudesnih lijekovi“ („wonder drugs“) ili „magičnih metaka“ („magic bullets“).

osnovi“ (Williams et al., 2011:711)<sup>17</sup> da oblik, opseg i karakter medikalizacije znači sve manje dobitak a sve više gubitak za društvo. Sve u svemu, od 70-ih godina 20. stoljeća, negativne konotacije sve više, ali nikada potpuno, počinju ispunjavati semantički prostor termina medikalizacija.

## 6. ZAŠTO MEDIKALIZACIJA (PONOVRNO) POPRIMA NEGATIVNO ZNAČENJE?

Počeci kritike medikalizacije sežu i nešto ranije (iako se sam pojam ne koristi). Među prvima koji su otkrili klicu procesa koji će postati bjelodan tek kasnije bili su, nesumnjivo, zastupnici ideje i pokreta antipsihijatrije (Szasz, 1961; 1963). U svojim analizama, oni, naime, skreću pozornost na to da liječnici, sve veći broj uobičajenih, normalnih psihičkih stanja, dijagnosticiraju u terminima (psihičke) bolesti.<sup>18</sup> Zastupnici antipsihijatrije su, dakle, problem formulirali na način koji jednoznačno upozorava na kritiku medikalizacije koja će se, međutim, u socijalnim znanostima tek kasnije razrađivati.

Spoznaja o nekontroliranom širenju pojma bolesti i liječnikove/medicinske jurisdikcije (to jest spoznaja o medikalizaciji kao negativnoj pojavi) mukotrпно se, međutim, razrađivala. Unatoč obilju dokaza o tome da medikalizacija znači sve više gubitak a sve manje gubitak za čovjeka i društvo, većina autora u početku nije bila sklona decidirano tvrditi da medikalizacija i štete (jatrogeneze) zapravo ponovno počinju činiti jedan te isti problem. Jasne naznake negativnih učinaka medikalizacije većina autora još uvijek ne dovodi do konzekvenca što će ih naknadno otkriti brojne „case study“ analize. U svakom slučaju, iako uočavaju negativne posljedice medikalizacije, većina teoretičara se koleba medikalizaciju jednoznačno odrediti negativnom društvenom pojavom.<sup>19</sup> Njihovo gledanje na medikalizaciju je ili tek blago kritički intonirano ili je kritički pristup samo analitički impliciran. Pa ipak, spretnih i dojmljivih definicija medikalizacije ne manjka. Slijedi njihov kratki pregled. Za Zolu, medikalizacija označava „medicinsku kolonizaciju svih pora ljudskog života“ (Zola, 1972:489). Za Sedwicka, medikalizacija predstavlja „progresivno uključanje ne-bolesti u bolest“ (Sedgwick, 1982). Za razliku od prve, Zolina kasnija definicija iskazuje manju dozu opreza zbog novonastale medikalizacije života. U svakom slučaju, druga autorova definicija je manje kritički a puno više vrijednosno-neutralno intonirana: medikalizacija se odnosi na „način na koji se

17 Brojne „case studies“ medikalizacije se provode neprekidno od 70-ih godina: mentalnih bolesti (Scully i Bart, 1978), hiperaktivnost djece (Conrad, 1981), zlostavljanje djece (Pfohl, 1977), alkoholizma (Schneider, 1978), sindroma kroničnog umora (Broom i Woodward, 1996), spavanja (Williams et al., 2013).

18 Iako je, vrlo vjerojatno i sam Freud doprinio širenju pojma psihičke bolesti, njegova „razgovorna terapija“ kojom je pokušavao doprijeti do „temeljnih uzroka“ psihičkih oboljenja svojih pacijentica i pacijenata, općenito, ne da se ni izdaleka uspoređivati s terapijom elektrošokovima koji su krajem četrdesetih godina 20. stoljeća postali „sve omiljeniji među europskim i sjevernoameričkim psihijatrima“ (Klein, 2006:38).

19 Razumljiva je takva nevoljkost i(li) oklijevanje većine teoretičara medikalizacije; naime, u društvu koje snažno gaji vjeru u prirodnu znanost i tehnologiju, nije nimalo oportuno na medikalizaciju, koja se i sama na bitan način na njima temelji, gledati kao na nešto negativno.



medicinska jurisdikcija širi i zahvaća mnoge probleme koji se ranije nisu definirali medicinskim problemima“, odnosno, medikalizacija predstavlja „proces u kojem sve više prirodnih događaja u svakodnevnom životu dolazi pod medicinsku domenu, utjecaj i nadzor“ (Zola, 1975:85).

Za razliku od najvećeg broja autora koji se libe decidirano ustvrditi da je medikalizacija negativna pojava, Illich, apodiktički i opetovano, tvrdi: učinak medikalizacije (liječničke medikacije) je štetan. Illich, drugim riječima, medikalizaciju određuje negativnom pojavom u vrijednosnom jasnom i jakom smislu. Za Illicha medikalizacija, dakle, ne predstavlja samo opisni naziv jedne pojave nego i naziv za jednu načelno-kritičku socijalno-teorijsku poziciju. Držimo, naime, da Illichev nepopustljivo kritičan stav prema medikalizaciji, koji je u međuvremenu ponešto promijenjen, kako u izlaganju tako i u izrazima, predstavlja veliki konceptualni doprinos oštrijem razumijevanju medikalizacije. Da naša ocjena ne bi izgledala kao puka hiperbola, najbolje je da pustimo autora da sam govori: pojmovnom sintagmom „medikalizacija ljudskog života“, Illich označava proces u kojem čovjek postaje sve više „zavisan od stručne zdravstvene njege“ (Ilič, 1975:17). Illichev tu tezu, inače detaljno razvijenu, na ovom mjestu, samo ćemo grubo skicirati: medikalizacija počinje „ugrožavati zdravlje svih slojeva društva“. Medikalizacija je „pogubna po zdravlje zbog tri razloga: neminovno prouzrokuje kliničke štete ili ‘kliničku jatrogenozu“ - „simptomatske nuspojave koje su pojedinci pretrpjeli uslijed suočavanja s liječnicima, lijekovima ili bolnicama“, odnosno stanje u kojem medicina sama počinje generirati nove, medicinski inducirane bolesti<sup>20</sup> (Ilič, 1976:17), „socijalnu jatrogenozu“ („neizbježno se zamućuju političke prilike tako da društvo biva nezdravo“)<sup>21</sup> te, naposljetku, „strukturalnu jatrogenozu“ (kada se „praznovjernim oblikovanjem društva i kulture kroz usvajanje mitova medicine“, pojedincu teži „oduzeti moć da se sam liječi i sam oblikuje svoju sredinu“ (Ilič, 2012:11). Illich, nadalje, drži da je medikalizacija rezultat šireg socijalnog procesa industrijalizacije i birokratizacije društva - liječnikova je zadaća tek uvjeriti javnost da raspolaže učinkovitim i vrijednim znanjem i vještinama ne bi li se što veći broj ljudi učinio prekomjerno zavisnima od industrijske i birokratizirane medicine. Medikalizacija je, dakle, primarno u funkciji povećavanja potražnje za medicinskim uslugama i robama. U kasnijim tekstovima, Illich medikalizaciju sagledava kao dio jednog šireg plana modernog društva koje ljude - prekomjernom zavisnošću od standardiziranih proizvoda/roba industrijske hiperprodukcije - lišava slobode, autonomije, kreativnog života u cjelini (Ilič, 2012; Illich, 2013). I uistinu, ako se ovakvo stanje nastavi, sasvim je sigurno da će suvremeni čovjek potpuno izgubiti naviku da sam misli i prosuđuje o bilo čemu.

20 Na tragu Illicheve teze, Baumann govori o nastanku svojevrsnog ironijskog paradoksa: sve veći opseg medicinske prakse izazvan je zapravo potrebom popravka nuspojava prethodno upotrijebljenih „zaobilaznica“ (Bauman, 2010).

21 Najbolju interpretaciju „socijalne jatrogenoze“ pružio je Gorz: „Tretirajući bolesti kao slučajne i pojedinačne anomalije, medicina prikriva njihove strukturne uzroke koji su društveni, ekonomski, politički. Ona postaje način da se prihvati ono što je neprihvatljivo“ (Gorz, 1982:182).

Na sličnim teorijskim pozicijama nalaze se i drugi autori. Grubo i bez sistematske namjere, u krajnje sažetom obliku, pokušat ćemo izložiti njihove najvažnije kritičke opservacije.

Freidson (1970) drži da je medikalizacija, to jest širenje medicinske jurisdikcije, prije svega, povezano s medicinskim ekspanzionizmom odnosno s nastojanjem medicinske profesije da proširi prostor svoje profesionalne dominacije. No kvantum društvenih skupina kojima je medikalizacija u interesu se povećava. Neki autori, naime, smatraju da medikalizacija odgovara partikularnim interesima heteronomnih institucija socijalne kontrole devijantnosti (npr. zatvor, škola i obitelj) ali i partikularnim interesima farmaceutske industrije, pa čak i interesnim grupama bolesnika (Conrad, 1981; Conrad i Schneider, 1980; Gabe i Calnan, 1989).

Sukladno već iznesenoj osnovnoj teorijskoj pretpostavci, autori marksističke provenijencije idu korak dalje; tvrde, naime, da stvaranje i manipulacija konzumerovom ovisnošću od medicine predstavlja samo jednu instancu znatno šire ovisnosti konzumera od proizvoda/roba i usluga koje stvara vladajuća kapitalistička klasa (Navarro, 1975, 1986; Waitzkin, 1983; Taussig, 1980). Drugim riječima, stvaranje i ovisnost ljudi od medicine se sagledava isključivo kao „jedna instanca općenite ovisnosti konzumera od roba koje proizvodi kapitalistička klasa“ (Williams i Calnan, 1996:2).

Zaključujući ovaj dio, valja reći: svaka kritika medikalizacije (pretvaranje nemedicinskih stanja ili „nezbiljskih“ bolesti u bolesti) bila bi posve izlišna i promašena kada ne bi postojala bitno-zakonita veza između medikalizacije i jatrogeneze; ili, drugačije rečeno: kritika medikalizacije je od presudne važnosti zato jer jatrogeneze nisu tek njezin naknadni epifenomen. Naprotiv, medikalizacija i jatrogeneze čine jedan te isti problemski sklop - razlika između ova dva koncepta može, dakle, biti samo trenutačna i uvjetna.

Našu ćemo tezu u narednim analizama pokušat argumentirati polazeći ne samo od nekih suvremenih kritičara (pritom mislimo prije svega na Illicha), već i od negdašnje Platonove i Nietzscheove kritike koje, zapravo, od pretpostavljenog izjednačavanja medikalizacije i šteta uvijek i polaze.

## 7. PLEDOAJÊ ZA KRITIKU MEDIKALIZACIJE; ILI: ZAŠTO, I KAKO, JE MEDIKALIZACIJA (OPET) KRENULA NAKRIVO?

Počevši od 70-ih godina 20. stoljeća, najveći broj istraživanja se iscrpljivao navođenjem stanja, događaja i problema u čovjekovom svakodnevnom životu koja su potpadala pod jurisdikciju liječnika/medicine. Ne dovodeći u pitanje važnost uočavanja promotrivih činjenica, odnosno zbiljskih, novo-ustanovljivih primjera medikalizacije, i njihovih dokumentarno živih opisa, valja izričito naglasiti da nas njihovo linearno nizanje ne može značajnije približiti odgovoru na pitanje od presudne važnosti: je li učinak medikalizacije pozitivan ili negativan, odnosno, znači li medikalizacija dobitak ili, pak, gubitak? Koliko god, naime, unedogled nadopunjavali i proširivali krug stanja koji potpadaju pod jurisdikciju liječnika/medicine (njihov sinoptički pregled uostalom, ionako nije moguć), odgovor na navedeno pitanje iz njih nećemo uspjjet „ekstrahirati“. Upravo suprotno - takvi bi po-

stupci rezultirali „mumifikacijom“ pojma medikalizacija. Držimo, drugim riječima, da se do odgovora na pitanje o učincima medikalizacije ne može doprijeti samo čisto empirijski. U skladu s navlastitom funkcijom socijalnih znanosti, pokušavamo, stoga, „razotkrivati skrivene stvari“ (Bourdieu, 2012:233) te ih, tako „razotkrivene“, naposljetku i evaluirati. U svakom slučaju, ne slažemo se s tvrdnjom zagovornika neutralnog određenja medikalizacije o tome da je „temeljni cilj socijalnih znanosti analitička deskripcija medikalizacije“ (Parens, 2013:28). Budući da na ovom mjestu ne možemo ulaziti u detaljnu analizu temeljnog cilja socijalnih znanosti, raspravu o tom pitanju ćemo ovako presjeći: opisivanje, strogo uzevši, ma kako bilo pomno, još uvijek ništa ne „razotkriva“; empirijska metoda, naime, daje tek osnovu za „razotkrivanje skrivenih stvari“; ono najvažnije - oblikovanje društvenog cilja,<sup>22</sup> tek, međutim, predstoji.

Drugačije rečeno: „razotkrivajući“ medikalizaciju, pokušavamo učvrstiti kritičku poziciju koja je u posljednje vrijeme, nesumnjivo, pala u zaborav, bolje rečeno, nedvojbeno napuštena.

Budući da je medikalizacija ipak (ponovno) krenula nakrivo, unatoč tome što je većina teoretičara medikalizacije 70-ih godina 20. stoljeća apodiktički tvrdila da ona (liječnika medikacija), u odnosu na „svećeničku medikaciju“, donosi ogromnu promjenu nabolje, držimo da sravnjivanje „svećeničke medikacije“ i liječničke medikacije treba nanovo i pomnije istražiti. Predstoji nam, dakle, diskurzivno povezivanje dva susljedna modaliteta medikalizacije - svećeničkog i liječničkog.

Držimo da se gotovo svi načelni prigovori koje Nietzsche iznosi na račun „svećeničke medikacije“ tiču, odnosno, da se u značajnoj mjeri mogu proširiti i na liječniku medikaciju. Supstitucija pojma „svećenik“ u Nietzscheovoj pojmovnoj sintagmi „svećenička medikacija“, pojmom liječnik može, drugim riječima, izdržati i najstrožu provjeru. Nasuprot, dakle, brojnim teoretičarima koji u liječničkoj medikaciji, u odnosu na „svećeničku medikaciju“, vide, bez imalo rezerve, promjenu nabolje, držimo da nanovo treba analitičko-kritički ispitati konzekvence liječničke medikacije. Pokušat ćemo, drugim riječima, pokazati da je veza između „svećeničke medikacije“ i liječničke medikacije potpunija i tješnja nego što to većina autora, koji u liječničkoj medikaciji vide definitivnu promjenu nabolje, pretpostavlja (Zola, 1972; Turner, 1984).

Sravnjivanje „svećeničke medikacije“ i liječničke medikacije, sažet ćemo tek u kratke formulacije.

Kao što je nekad svećenik polagao pravo na određenje pojma „istinit“ i „neistinit“ (Nietzsche, 1999), odnosno pravo na određenje „zbiljske bolesti“ i „nezbiljske bolesti“, u „otčaranom“ društvu, tim pravom počinje raspolagati liječnik.

Iako je nedvojbeno da je liječnik u početku u značajnoj mjeri „istinu“ o bolestima temeljio na čvrstim znanstvenim dokazima, iako se liječnik koristio vrijednosno-neutralnim

22 Po mišljenju Čehova, dobar pisac treba „prikazivati život kakav jest“; svaki takav prikaz, mora, međutim, biti prožet „sviješću cilja, pa osim života, kakav jest“, dobar pisac, poentira Čehov, uvijek opisuje i „život kakav mora biti“ (Čehov, prema Blochu, 1981:932). Ono što čini dobrog pisca čini, nesumnjivo, i dobrog sociologa.

diskursom, iako se u mnogim slučajevima našla empirijska osnova bolesti,<sup>23</sup> iako je, dakle, „istinu“ o „zbiljskim bolestima“ držao podalje od svakog utjecaja društva, pokazalo se da liječnik, nikada ne stoji dovoljno daleko, odnosno dovoljno neovisno od društva. „Čista“ znanstvena određenost bolesti sve se više, naime, pokazivala i dokazivala kao privid. Pojam prirodnog uzroka bolesti ponovno se počeo „puniti“ socijalnim substratom - pojmovima „normalan“ i „nenormalan“ koji ne sadrže samo čiste činjenice već i vrijednosti. Valja, naime, znati da liječnik svakog pojedinog društva „obnavlja upravo onu normalnost koja je svaki put socijalno uobičajena“ (Bloch, 1981:537).

U svakom slučaju, vrlo brzo će postat razvidno da su i „apsolutna objektivnost“ u određenju bolesti i „apsolutna terapijska učinkovitost“ kontradiktorni pojmovi, bolje rečeno mitovi. Postat će, drugim riječima, razvidno da znanost ne može pružiti vrijednosno-neutralnu definiciju bolesti, definiciju koja bi bila apsolutno očišćena od svih paraznastvenih, religiozno-svjetonazorskih, jednom riječju, sociokulturnih „natruha“. Naprotiv, pojam bolesti dio je sociokulturnog totaliteta. Pokazat će se, dakle, da određene bolesti još uvijek uopće ne zavisi toliko od liječnikove isključivo znanstvene procjene već i „od procjene pacijenta i od dominantnog shvaćanja određene kulturne sredine“ (Jaspers, 1990) Iako je zadnja svrha znanstvenosti ukloniti svako subjektivno gledište, jasno je da u „kulturnom, kao i u socijalnom životu, to nije primjereno“ (Gadamer, 2000). Naime, stanje zdravlja i bolesti „i prijelaza jednog u drugo, predstavlja kompleksnu povezanost fiziološkog stanja, kulture i socijalnih institucija“ (Heisenberg, 1997). Riječ je, dakako, o teorijskoj perspektivi socijalnog konstrukcionizma koji na medicinu ne gleda kao isključivo znanstvenu, objektivnu, moralno i vrijednosno neutralnu instituciju čiji je cilj isključivo briga za pojedinca i za društvo u cjelini.

Sve u svemu, forma i domašaj biološkog substrata bolesti daleko su posredniji; nesumnjivo je, dakle, da tako neposredno neopipljive stvari kao što su društvo, kultura, duh vremena (ponovno) prožimaju određenje bolesti. Jednom riječju, socijalni substrat je i u pozadini i u podlozi svakog određenja bolesti (i zdravlja, dakako.) Da sumiramo: koncepti zdravlja i bolesti su socijalni konstrukti (socijalno „sytuirani“) što znači da su u njima empirijsko-deskriptivni i normativni elementi tijesno isprepleteni. Nedvojbeno je, naime, da koncept bolesti nikada nije bio, a to sasvim sigurno nije ni danas, isključivo objektivni opis tjelesnih i psihičkih stanja, opis koji je apsolutno utemeljen na činjenicama, čvrstim konkretnim, objektivnim dokazima (tzv. nalazima, kako ih kolo-kvijalno nazivamo). Svako društvo, dakle, podupire i reproducira (ali ne prigodno već konstitucionalno i općevažeće) upravo onaj pojam bolesti koji je u skladu s njegovim važećim ekonomskim i političkim interesima.

Upravo zbog netom navedenih razloga je i bilo moguće da medikalizacija (ponovno) krene nakrivo, odnosno da se izjalovi povijesno nazočna šansa medikalizacije da konačno čovjeku, a time, jasno, i društvu, znači isključivo boljitak. Umjesto da ispuni svoju prvotnu, nesumnjivo humanističku zadaću, medicina/medikalizacija počinje imati posljedice različite od onoga čemu se činilo da vodi.

23 Empirijska osnova bolesti slavodobitno se pronašla u pojmu *prosjeka* - ono što odgovara većini, to je zdravo, ono što je rijetko, što preko određene mjere odstupa od prosjeka, to je bolesno.

Jedan od najvidljivijih znakova da je medikalizacija (ispravnije bi bilo reći - liječničke medikacije) krenula nakrivo jest to da se pojam bolesti ponovno počeo nezadrživo širiti na „nezbiljske“ bolesti. Povećava se, drugim riječima, broj stanja za koja je utvrđeno da „zahtijevaju liječenje stvaranjem novih specijalizacija i para-profesija, kako bi se oruđa zadržala pod kontrolom ceha“ (Illich, 2013:122). U usporedbi sa „svećenikom medikacijom“, liječnika medika(liza)cija sada uspijeva „kolonizirati“ znatno veći broj pora čovjekovog svakodnevnog života. Nastupa stanje u kojem se patologizira gotovo sve: nijedna uobičajena fiziološka promjena (i)li, općenito, slabljenje fiziološkog stanja „više se ne priznaje kao neizmjenjivo“ (Bloch, 1981:532). Farmaceutske i medicinske tehnologije šire domenu „ljudskih problema izlječivih *via* medicinskih rješenja“ (Williams et al., 2008). Navodimo samo neke: fiziološki procesi (spolno sazrijevanje, začéće, cijeli period trudnoće, rađanje, pred menstrualni sindrom, menstruacija, menopauza, andropauza, starost...); uobičajene i u pravilu lako savladive i prolazne teškoće (slabije pamćenje, teškoće u učenju, manjak koncentracije, teškoće u pisanju, teškoće u govoru, hiperaktivnost djece, slabo raspoloženje, nesаница, sindrom kroničnog umora, smanjeni libido...) karakterne osobine (kao npr. stidljivost<sup>24</sup>), „socijalni problemi“ kao na primjer, „nesretan obiteljski život“. Pohod medikalizacije - nadijevanje imena bolesti „nezbiljskim“ bolestima - postao je nezadrživ, ali, po svemu sudeći, i neizdrživ.

Drugi najvidljiviji znak sve veće medikalizacije jest to da je u društvu „sve tako sređeno“ da je liječnik, na jednaki način kao nekoć svećenik,<sup>25</sup> prijeko potreban - u svakom prirodnom događaju u životu čovjeka. Zapravo, u okolnostima u kojima vlada liječnička medikacija, kvantum „prirodnih događaja“ kojima je potrebno „naknadno odobrenje“ ili, suvremenim žargonom rečeno, događaja koji potpadaju pod liječnikovu jurisdikciju, daleko nadmašuje broj onih nad kojima su svećenici imali monopol. Osim „poroda, braka, bolesti, smrti“, bez liječnikovog „naknadnog odobrenja“ u današnjem društvu ne mogu proći ni mnogi drugi „prirodni događaji“; tako na primjer, bez liječnikovog „naknadnog odobrenja“ ne možemo krenuti ni u vrtić, ni u školu, ni na fakultet, ni izabrati zanimanje, ni zaposliti se, ni otići u mirovinu, ni rješavati krize u adolescentnoj dobi, ni krize u braku, krizu srednjih godina ponajmanje... Drugim riječima, ništa ne možemo učiniti ako to prethodno nije službeno potvrdio liječnik kao ovlašten profesionalac - baš ništa, pa čak ni, kakve li ironije, umrijeti. Budući da se u takvom društvu smatra da jedino liječnik „izbavlja“ zajamčena je „samo još temeljitija pokornost“ liječniku, baš na isti način kao i nekoć svećeniku.

I sljedeći načelni prigovor koji Nietzsche iznosi na račun „svećeničke medikacije“ također dobrim dijelom pogađa liječničku medikaciju. Evo i tog Nietzscheovog prigovora: svećenik „suzbija samo patnju, neprijatnost paćenikovu, a ne njen uzrok, ne pravu bo-

24 U suvremenom, krajnje kompetitivnom i beskrupuloznom društvu, „stidljivost“ može biti samo mana. Legitimno ju je, drugim riječima, medicinskim metodama i sredstvima otkloniti.

25 Gotovo je suvišno istaknuti kako danas, unatoč racionalizaciji „rašćaravanju“, još uvijek nije došlo do potpune supstitucije svećenika liječnikom: i jedan i drugi se, naime, još uvijek, manje ili više otvoreno, bore za prevlast u svakoj od navedenih „prirodnih događaja“ u životu čovjeka.

lest“ (Nietzsche, 1999:131). Nedvojbeno je, naime, da suvremena medicina vladajućom paradigmatom o specifičnoj etiologiji bolesti ne uspijeva otkriti uzročnike mnogih suvremenih bolesti a još manje ih izliječiti; u liječenju bolesti koje predstavljaju tzv. „novi biološki poredak“, medicina, drugim riječima, uspijeva „suzbiti samo patnju“, odnosno ublažiti simptome (simptomatsko liječenje), ali ne otkloniti i samu bolest.

No, po svemu sudeći, Nietzscheov „najnačelniji“ prigovor ipak se odnosi na metode „svećeničke medikacije“. Nietzsche, naime, smatra da kod svećenika „sve biva opasnije“, ne „samo sredstava već i umijeća liječenja“. Nietzsche, naime, drži da su se svećenikova sredstva i metode liječenja „u svom naknadnom djelovanju pokazale stotinu puta pogibeljnija od bolesti koju je trebalo liječiti“ (Nietzsche, 2004:28). I dok se za određeni broj sredstava i metoda „svećeničke medikacije“ to i može reći,<sup>26</sup> većina njezinih sredstava i metoda ipak spada u „kurativne naivnosti“<sup>27</sup> (Nietzsche, 2004:29). Za razliku od sredstava i metode „svećeničke medikacije“, današnja sredstava i metode liječničke medikacije, sve su, međutim, samo ne „kurativne naivnosti“. Iako je, naime, tehnološki razvoj povećao sigurnost i učinkovitost lijekova, činjenica je da su današnji lijekovi, paradoksalno, „jači i stoga opasniji nego što su bili u prošlosti“ (Manasse, 2003). Da je tome tako, najbolje potvrđuje sljedeći neslavan podatak: nuspojave danas prouzrokuju „porast mortaliteta i morbiditeta a time i porast troškova za zdravstvo te predstavljaju glavni javno-zdravstveni problem“ (Leendertse et al., 2010). Većina oboljenja „koja iziskuju medicinski tretmana danas su ‘indukovane’ bolesti, to jest patološka stanja uzrokovana prethodnim terapijama, tako reći ‘otpad’ medicinske industrije“ (Bauman, 2009:100). Da i ne spominjemo da se neke dijagnostičke i terapijske procedure, metode i sredstva danas primjenjuju unatoč tome što se ne može dati znanstveno objašnjenje njihovog djelovanja; to bi, drugim riječima, značilo da se neki bolesnici i danas *de facto* koriste kao ljudski zamorci.<sup>28</sup> Paradoksalno, izgleda da suvremenom čovjeku, potencijalno i stvarno veću neposrednu štetu nanosi liječnička nego „svećenička medikacija“. Talidomidska katastrofa s početka 60-ih godina 20. stoljeća paradigmataska je ilustracija koliko štetne razmjere može izazvati liječnička medikacija. No sličnih, iako ne tako drastičnih, primjera je još jako puno.<sup>29</sup> Proizlazi da je liječnik, kao „daljnji razvitak svećenika“, i daljnji uzrok potencijalnih šteta po bolesnika.

Mi, dakako, ne želimo reći da je „svećenička medikacija“ bila dobra, još manje da bi joj se trebamo vratiti; mi tek pokušavamo upozoriti da ne brzamo sa zaključkom da je

26 Među neprihvatljive metode, među inima, valja ubrojiti korizmu budući da je bila „obvezatna za sve, dobro ugojene i pothranjene, a da o bičevanju kostrijetom i ne govorimo“ (Saramago, 2000); tu, dakako, spada ideja da se tijelo može osnažiti tako da ga se „bezbržno slijepo previda“ (Bloch, 1981:522).

27 Kao na primjer, iscjeljivanje molitvom.

28 Tvrdnje o kancerogenosti nekih lijekova prisutne su još od 60-ih godina; „budući da je riječ o riziku koji u pravilu akcelerira tijekom života, u tako dugačkom periodu, klinička istraživanja se ne mogu provoditi; sve kada bi se u post-marketingnoj fazi istraživanja kancerogenost lijeka i otkrila, bilo bi prekasno za bilo koju preventivnu mjeru“ (Abraham i Ballinger, 2012:1443).

29 U to zasigurno spada i kemoterapija čije su „procedure traumatske, s visokom stopom komplikacija i mortaliteta“ (Little et al., 2007:1512).

zamjena „svećeničke medikacije“ liječničkom medikacijom bolja samo zato jer želimo da bude bolja, odnosno samo zato jer nam je potrebno da bude bolja.

No da bi proniknuli u zbiljski problem medikalizacije, valja nam, barem nakratko, ispitati što se s medikalizacijom događa pod pritiskom najnovijih promjena u - kako ih neki, krajnje eufemistički, nazivaju - „oskudnim neoliberalnim vremenom“ (Bauman, 2009).

## 8. NEOLIBERALNI ILI „NAPREDNI“ KAPITALIZAM I NOVI MODALITET MEDIKALIZACIJE

Kao što je već više puta naznačeno, svaka velika promjena u društvu znači „istodobno stanje svih velikih društvenih činjenica ili fenomena“ (Mill, prema Popper, 1996:80). Jedna takva velika, opća društvena promjena dogodila se u razvijenim zemljama u drugoj polovini 20. stoljeća i od tada se nezadrživo širi gotovo na sve države svijeta. Sveukupnost tih promjena obuhvaća termin neoliberalizam ili „napredni“ kapitalizam. Sasvim konkretno: vladajući koncept društva postaje koncept slobodnog tržišta. Smatra se, naime, da se „zakonima tržišta treba podvrgnuti baš sve, pa čak i sustav zdravstvene zaštite“ (Bunton, 1998:210). Iako nas sa svih strana uvjeravaju da su zakoni tržišta najbolji mogući način da se društvo dovede u stanje „sređenosti“, držimo da tržište i kratkoročno, a posebno dugoročno, društvo dovodi u stanje posvemašnje „nesređenosti“. Jedan od najvidljivijih znakova te „nesređenosti“ prepoznaje se u nastanku novog modaliteta medikalizacije čije sablasne posljedice već sada vidimo, a mnoge naslućujemo. Prije nego li se skiciramo novu tranzitornu formu medikalizacije koja je nastala pod pritiskom najnovijih velikih promjena u društvu, samo ćemo se nakratko osvrnuti na modalitet medikalizacije koji joj je prethodio.

Prije uvođenja zakona tržišta u sustav pružanja zdravstvene zaštite, medikalizacija se odvijala na interakcijskoj razini - u međuodnosu bolesnika i liječnika, jedinom međuodnosu u kojem se stvarno donosila dijagnoza i provodila terapija. Središnji oblik zdravstvene zaštite činio je, drugim riječima, osobni odnos između zdravstveno-zaštitnog profesionalca i onoga tko traži pomoć. Sve dok je u društvu vladala ideja socijalne pravde, nije se moglo, bez ostatka, i općenito, reći da se radi o „krivoj vrsti“ (Nietzsche, 2004) liječenja. Kao profesija, liječnici su, naime, svoje djelovanje trebali podrediti zdravstvenoj dobrobiti bolesnika. Zdravlje ljudi kotiralo je ne samo kao individualna već i, što je od iznimne važnosti, kao nad-individualna kategorija - stvar od opće društvenog interesa. Nije to, dakako, bilo primarno zato jer je društvo bilo pogođeno metafizičkom ljudskom patnjom, bolešću, već zato jer se bolest primarno sagledavala kao devijantna društvena pojava koja dovodi u opasnost nesmetan razvoj društva. Iako je nedvojbeno da su se u „procesu pružanja svih oblika zdravstvene zaštite koristile robe, zdravstvena zaštita u cjelini, nije bila roba“ (Pellegrino, 1999:247).

Pod pritiskom neoliberalizma, zdravstvena zaštita, međutim, nesumnjivo, u cjelini postaje roba. I to, po svemu sudeći, krajnje unosna roba. Pod pritiskom tržišnih principa kao i pod pritiskom novog biotehnološkog okruženja, bolest, naime, „više nije nega-

tivna snaga u ekonomiji, već aspekt faktora proizvodnje s obzirom da ekonomija može zarađivati na bolestima držeći ljude duže živima“ (Dumas i Turner, 2007:7). Ili, kako bi to, citirajući Sajaya Samuela, istaknuo Illich: novom definicijom bolesti „fizikalno tijelo pretvoreno je u fiskalno“ (Illich, 2013:135). Danas, naime, „odabrani kriteriji po kojima se procjenjuje kojemu je slučaju potrebno kliničko medicinsko liječenje podižu se razmjerno broju financijskih parametara“ (Illich, 2013:135). I dok je u prijašnjem stanju društva bolest bila suvišnim opterećenjem za zajednicu, bolest sada određenim interesnim društvenim skupinama postaje osobito korisna za zaradu. Nastaje, drugim riječima, „korporativna konstrukcija bolesti“ (Moynihan et al., 2002).

U odsustvu ideje općeg dobra ili općeg društvenog cilja, primarni zadatak nije više vratiti bolesnika u „kolektivni i homogeni prostor“ (Kalanj, 2002) naprosto zato jer taj prostor više nije ni „kolektivan“ ni „homogen“. Osim bolesti, ništa manje korisno za zaradu nije ni zdravlje; dapače, medikalizacija sada i smjera ka zdravlju. Illich, stoga posve opravdano govori o „medikalizaciji zdravlja“ (Illich, 2013:9). Čak se i higijena „od vrline premetnula u profesionalno organizirani ritual na oltaru znanosti“ (Illich, 2013:120). U svakom slučaju, današnji čovjek biva sve manje autonomna osoba. Gubitak autonomije, Illich nalazi ne samo u svim aspektima čovjekovog života već, kakve li ironije, čak i u smrti. Do tako nemile situacije došlo je, tvrdi Illich, zato jer je profesionalno oblikovana roba u svakom aspektu života - od medicine preko škole, učenja, pamćenja, transporta, higijene, pa sve do komunikacije - zamijenila „kulturno oblikovanu upotrebnu vrijednost“. Posljedice takvog stanja po čovjeka i po društvo su pogubne: uništenje „skoro svake mogućnosti da se neko osobno ili društveno zadovoljstvo osjeti izvan tržišta“ (Ilič, 2012:9).

Pod pritiskom tržišta, dosadašnji odnos liječnik-bolesnik nije mogao ostati nepromijenjen; nakon što je, naime, promijenjen odnos između liječničke profesije i države<sup>30</sup>, ta se promjena prelila i na međuodnos liječnik-bolesnik. Tržišni principi su, drugim riječima, upleteni u svaku poru organizacije i pružanja usluga. Komodifikacija sustava zdravstvene zaštite je uzletu.<sup>31</sup> Tržišnim principima najprije su potpali lijekovi - liberalizacijom tržišta, lijekovi postaju roba koja se, poput bilo koje druge robe na tržištu može kupiti-prodati. „Dinamika tehničke i trgovačke ponude koja, budući da više nije uvrštena u društvene i vjerske sustave, može neprestano inovirati i obnavljati svoje proizvode i usluge“ (Lipovetsky, 2008:35). Neposredna konzekvenca novonastalog „nesređenog“ stanja u društvu jest to da dosadašnja interakcijska i institucionalna razina medikalizacije nisu više pogodan okvir za ostvarenje „dinamike tehničke i trgovačke ponude“.<sup>32</sup> Drugim riječima, interakcija liječnik-bolesnik postala je tijesna za svaku „trgovačku ponudu“.

30 Nedavni dugotrajni štrajk liječnika u nas izraz je otpora grubim metodama deprofesionalizacije kojima je ta profesija, koja slovi kao prototip „prave“ profesije, u posljednje vrijeme sve više izložena.

31 Da bi ukazali na razmjere, odnosno opseg i domet medikalizacije u „oskudnom neoliberalnom vremenu“ možda je najbolje usporediti je s „kuglom kojoj je središte posvuda a obodnica nigdje“ (Borges, 2004:118).

32 Tome u prilog govore i „strukturne reforme“ koje se u posljednje vrijeme provode unutar sustava zdravstvene zaštite; jedna od njih jest i tzv. „master plan bolnica“.



Pokazuje se, naime, da medikalizaciji - koja ima za cilj ostvariti „dinamiku tehničke i trgovačke ponude“ - nije uopće potrebna interakcijska razina - institucionalna još manje. Zapravo, tek u odsustvu ovih dviju potonjih razina, medikalizacija može dodatno akcelerirati, napredovati „divovskim korakom“ (Lipovetsky, 2008). Medikalizacija je, drugim riječima, odavno postala strukturni proces koji nadilazi okvire tradicionalnih oblika zdravstveno-zaštitnih institucija.<sup>33</sup>

Imamo li u vidu ukupnost nastalih promjena u društvu, mogli bismo, analogno Nietzscheovom neologizmu „svećenička medikacija“ i već spomenutom neologizmu liječnička medikacija, koristiti i neologizam - „samo medikacija“. Medikalizacija je, drugim riječima, postala „bezodnosna“. U temelju takvog modaliteta medikalizacije nije, dakako, genuina briga za „zbijske bolesti“ ljudi već genuina briga za partikularne interese i(li) poslodavca i(li) osiguravajućih društava i(li) farmaceutske industrije i(li), medicinske i farmaceutske tehnologije... Novi modalitet medikalizacije, na najbolji način samo nastavlja i do neslućenih razmjera razvija vrlo uobičajenu i dobro poznatu metodu: „proizvesti potrošače i stvoriti potrebe, tako da ljudi ostanu u zamci“ (Chomsky, 2013:36).

U odsustvu ideje općeg dobra ili općeg društvenog cilja, društvo se raspada na pojedince, pojedinačne volje, pojedinačno djelovanje. Rezultat svega toga jest nastanak krajnje opasnog stanja u kojem se odgovornost za bolest i, dakako, njezino liječenje, prebacuje isključivo na bolesnu osobu, dakle, tamo gdje, navodno, odgovornost jedino i pripada. Nastaje, dakle, „subjektiviranje bolesti“ koje predstavlja „poslednji stupanj individualističkih društava“ (Lipovecki, 1987:19). Riječ je, kako pojašnjava Lipovetsky, o tome da je ponašanje ljudi zahvaćeno „logikom personalizacije“ koja znači „holističko preuzimanje odgovornosti za sopstveno zdravlje, mentalno istraživanje tela, koje prekida s bolničkim dirigovanjem odozgo; bolesnik više ne treba da pasivno podnosi svoje stanje, on je odgovoran za svoje zdravlje, za svoje odbrambene sisteme, zahvaljujući potencijalima psihičke autonomije“ (Lipovetcki, 1987:19). „Kao postmoderna faza socijalizacije, proces personalizacije je novi tip društvene kontrole oslobođen teških procesa omasovljenja-postvarenja-represije. Integrisanje se ostvaruje ubeđivanjem, kroz pozivanje na zdravlje, sigurnost i racionalnost: reklame i izazivanje zainteresovanosti za medicinu, ali i saveti udruženja potrošača“ (Lipovecki, 1987:21).

Odgovornost za vlastito zdravlje, Illich, međutim, smatra „besmislenim, obmanjujućim, nepristojnim i, na sasvim poseban način, bogohulnim“ (Ilič, 2012). Evo i zašto: „simptomi koje moderna medicina pokušava da izleči često nemaju mnogo veze sa stanjem naših tela; to su pre signali koji ukazuju na poremećaje i pretpostavke modernog načina rada, zabave i življenja“ (Ilič, 2012:28). Govoriti, dakle, o osobnoj odgovornosti za zdravlje, je zapravo „duboko iritirajuće i uvredljivo“ (Ilič, 2012:35).

33 Umjesto bolnica, ubrzano se otvaraju stari/novi oblici skrbi o radno neproduktivnim i siromašnim bolesnicima: hospiciji, institucije palijativne skrbi... Onima koji mogu platiti, pa čak i ako su radno neproduktivni, na raspolaganju, dakako, i dalje ostaje bolnica.

Iako liječnik, ali i druge njemu srodne interesne društvene skupine (medicinska i farmaceutska tehnologija/industrija) zadržavaju i do neslućenih granica šire svoje pravo na imenovanje „nezbiljskih“ bolesti bolestima, teret liječenja se prebacuje sve više na bolesnika samog. U tu je svrhu, dakako, bilo potrebno obnoviti staru tezu o bolesnikovoj osobnoj odgovornosti za bolest - tezu koja ide u smjeru osobne „krivnje“ kao jedine uzročnosti bolesti. Ta se teza danas pojavljuje u novom suptilnijem, manje transparentnom a time, i opasnijem „ruhu“. Naime, današnje neoliberalno društvo nekom čudnom akrobatikom u nosologiju, etiologiju i tretman bolesti ponovno uvodi paradoksalne i paralogične pojmove kao što su „grijeħ“, „krivica“... ali pod drugim imenom: „greška“ u genetskom materijalu/kodu, „nezdravi životni stil“. Potonje sintagme ne samo da u sebi sadrže moralnu osudu, već pojmu bolesti udahnuju nove dimenzije „grijeħa“ - „nedostatak samodiscipline“, „nedostatak samokontrole“, „narušeni“ ili „pokvareni identitet“... Spomenuti „griješni“, po svemu sudeći, nisu nikad bili tako potrebni kao sada: neke interesne skupine, baš zahvaljujući takvim „griješima“, danas enormno zarađuju.

## 9. ZAKLJUČNE FORMULACIJE; ILI: ZAŠTO NA MEDIKALIZACIJU NE SMIJEMO GLEDATI KAO NA NEUTRALNA PROCES?

Unatoč brojnim dokazima o negativnim učincima medikalizacije, nemali broj autora i dan-danas na medikalizaciju gleda kao na neutralan proces. No pokušaja uvođenja elastično vrijednosno neutralnog određenja, ili vrijednosne relativnosti medikalizacije, bilo je i ranije. Istovremeno s počecima kritike medikalizacije, neprestano su se, naime, provlačile tvrdnje o medikalizaciji kao neutralnom procesu. Uostalom, takva se pozicija ogleda u većini definicija; neke od njih smo već naveli, a ostale ćemo navesti sada: medikalizacija označava „način na koji se jurisdikcija moderne medicine širi tako što obuhvaća mnoge probleme koji se ranije nisu definirali medicinskim entitetima“ (Gabe i Calnan, 1989).

Na sličan način medikalizaciju određuju i Conrad i Schneider: medikalizacija se odnosi na proces u kojem se „određena stanja i ponašanja definiraju medicinskim problemima, bolestima ili poremećajima to jest proces u kojem se liječnička profesija opunomoćuje za pružanje određene vrste medicinskog tretmana“ (Conrad i Schneider, 1980). U kasnijih radovima, Conrad samo neznatno varira navedenu opisno-formalnu definiciju ne dovodeći ni najmanje u pitanje njezino vrijednosno neutralno određenje: medikalizacija znači da se „nemedicinski problemi koji prethodno nisu bili sagledani kao medicinski definiraju u medicinskim terminima, da se koristi medicinski jezik u njihovom opisivanju i medicinski okvir u njihovom razumijevanju te medicinske intervencije u njihovom tretmanu“ (Conrad, 1992:211).

U najnovijim preglednim člancima, medikalizacija se također pokušava definirati kao vrijednosno neutralan deskriptivan termin (Conrad et al., 2010; Carpenter, 2010; Williams et al., 2011; Parens, 2013). Postulirajući da medikalizacija, sama po sebi, „jednako kao i globalizacija ili sekularizacija, ne implicira da je promjena dobra ili loša“, Conrad vrši *ad hoc* konceptualnu podjelu na „medikalizaciju“ - ukoliko su posljedice

dobre, i „pretjeranu medikalizaciju“ („overmedicalization“) - ukoliko su posljedice loše<sup>34</sup> (Conrad et al., 2010:1943). I dok inzistiranje na tvrdnji da nema ničega inherentno lošeg u medikalizaciji (usprkos gomilanju suprotnih primjera), Conrada primorava na konceptualne podjele, Carpentera, koji na istoj tvrdnji jednako ustrajava, primorava na uvođenje posve novog koncepta - „demedikalizacija“. Potonjim konceptom Carpenter, naime, nastoji istaknuti činjenica da se, istovremeno s procesom medikalizacije, odvija i obrnuti proces - proces u kojem se problemi, koji su jednom potpali pod medicinsku jurisdikciju, naknadno počinju sagledavati ne više kao bolest/poremećaj, „već kao normalni aspekt ili dio života“ (Carpenter, 2010:613).<sup>35</sup>

Nedvojbeno je da su obje navedene tvrdnje u određenom smislu istinite; ne može se, naime, osporiti da medikalizacija, i to u nemalom broju slučajeva, predstavlja kako potencijalnu tako i stvarnu korist, odnosno dobrobit za čovjeka, a time, u konačnici, i za društvo u cjelini; još manje se može osporiti tvrdnja da je proces medikalizacije u cjelini nepovratno jednosmjernan. Držimo, međutim, da nijedna od navedenih argumentacija - ni pojedinačno ni zajedno - ništa ne govore u prilog neutralnog određenja medikalizacije. Sve, naime, i kada bi pozitivni rezultati medikalizacije bili znatno veći a proces demedikalizacije znatno češći, to, još uvijek, ne bi bio dostatan argument, odnosno dovoljno prihvatljivo objašnjenje za neutralno određenje medikalizacije. Oba su argumenta, drugim riječima, relativističko sofistička, ništavna to jest bez stvarne težine te ih, kao takve, treba energično odbaciti. Medikalizacije nije, naime, samo kvantitativna već i kvalitativna društvena činjenica.

No tezi o medikalizaciji kao vrijednosno neutralnom procesu se trebamo oštro suprotstaviti zbog najmanje još jednog razloga koji je više načelne prirode. Izvanredni poticaj zašto na medikalizaciju, općenito, ne smijemo gledati kao na nešto neutralno, nalazimo u Heideggerovoj odlučujućoj postavci koja, u najkraćem, glasi: ukoliko na tehniku „gledamo kao na nešto neutralno“ postat ćemo „potpunoma slijepima za njezinu bit“. Svoje analize Heidegger zaokružuje, za naše izvode, ali i inače, iznimno važnom tvrdnjom: biti „slijep“ za bit tehnike znači da smo tehnici „najgore izloženi“ (Heidegger, 1996:221). Hoćemo li ili nećemo tehnici biti „najgore izloženi“ od presudne je važnosti budući da tehnika, među inima, ima latentno štetno djelovanje. O tom pritajenom svojstvu tehnike govore, nimalo eufemistički, i drugi autori. Za potrebe našeg izvođenja, osobito je vrijedno čuti što o tom skrivenom svojstvu kaže Bloch: za razliku od „pravog proizvoda ljudskog rada - krajolika“, tehnika „lakše prelazi u lukavstvo i nasilje“ (Bloch, 1981:928). Budući da još od sredine 19. stoljeća tehnika/tehnologija<sup>36</sup> igra veli-

34 Ova konceptualna podjela računa, posve krivo i naivno, na dvije stvari: prvo, da se oblik, opseg i dimenzije medikalizacije mogu optimalno odrediti tako da medikalizacija donosi samo korist i drugo, da se eventualni negativni učinci ili štete pretjerane medikalizacije mogu naknadno poništiti.

35 U novije vrijeme, naime, ortodoksna kritika medikalizacije ustuknula je pred pojmom „demedikalizacija“ ili povratka „autentičnom tijelu“ (Lupton, 1997).

36 Unatoč tome što se pojmovi tehnika i tehnologija ne mogu koristiti kao sinonimi, nesumnjivo je da među njima postoji, ono što Witthenstain naziva, „obiteljska sličnost“ ili „obiteljska srodnost“. U svakoj tehnologiji se, naime, može „identificirati tehnička jezgra koja, ako ništa drugo, utječe na to kako će se nova tehnologija primjenjivati“ (Kling, prema Haralambos i Holborn, 2002:706).

ku ulogu, kako u razvoju medicinske teorije, odnosno sadržaja i formiranja medicinskog znanja, tako i u kliničkoj praksi, navedena upozorenja, trebala bi vrijediti i za medicinu - pogotovo današnju. Slijedi kratko pojašnjenje za takvu metatezu: tehnologija je danas u svim svojim značenjima - sredstva, metode i organizacija, integrirana u medicinu; pravo rečeno, medicina danas nije ni moguća bez primjene razvijene, sofisticirane tehnologije; utjecaj tehnologije se očituje u svakom segmentu medicine pa tako (i) u konceptualizaciji bolesti. Tehnologija, naime, određuje koncept bolesti na tri temeljna načina: „prvi, osigurava fiziološke, biokemijske i biomolekularne entitete koji se primjenjuju u definiranju bolesti; drugo, određuje način na koji dolazimo do znanja o bolestima i načine na koje prepoznamo bolest; treće, određuje način na koji se odnosimo prema bolestima“ (Hofmann, 2001:11). O tijesnoj međuzavisnosti tehnologije i širenja koncepta bolesti na upečatljiv način govori i Lipovetsky: „jedna od jakih tendencija naših društava istodobna je sa strahovitim širenjem tehnika namijenjenih ne samo očuvanju i produžetku života nego i poboljšanja 'kvalitete' života, rješavanju sve brojnijih problema svakodnevnog života i najmlađih i najstarijih... U hiperpotrošačkom društvu, rješenje naših nevolja, potraga za srećom pod okriljem su tehničke intervencije, lijeka, kemijskih proteza“ (Lipovetsky, 2008:35).

Ako, dakle, tehnologija ima presudnu važnost na širenje koncepta bolesti, a širenje koncepta bolesti je obuhvaćeno paradigmom medikalizacije, slijedi da na medikalizaciju, jednako kao i na tehniku/tehnologiju s kojom je medikalizacija nerazdvojno povezana, ne smijemo gledati kao na nešto neutralno; bit tehnike, naime, „nije ništa tehničko“ (Heiddeger, 1996:247). Ekstrapolacijom Heiddegerove tvrdnje došli smo do bitnog hipotetičkog odgovora-zaključka: ako na medikalizaciju gledamo kao na nešto neutralno postat ćemo „potpunoma slijepi za njezinu bit“; no to nije sve - „biti slijep za bit“ medikalizacije ujedno znači i da ćemo „lukavstvu i nasilju“ medikalizacije biti „najgore izloženi“.

Ubrzani razvoj biomedicinske znanosti i tehnologije, u odsustvu jasnog društvenog cilja i brige za opće dobro, mogao bi, stoga, značiti ne kraj već, naprotiv, novi početak štetnih učinaka medikalizacije.

## LITERATURA

- Abraham, J. i Ballinger, R. (2012). „Science, Politics, and Health in the Brave New World of Pharmaceutical Carcinogenic Risk Assessment: Technical Progress or Cycle of Regulatory Capture?“ *Social Science and Medicine*, 75:1433-1440.
- Bauman, Z. (2009). *Fluidni život*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Bauman, Z. (2010). *Fluidni strah*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Bell, S. E. i Figert, A. E. (2012). „Medicalization and Pharmaceuticalization at the Intersections: Looking Backward, Sideways and Forward“. *Social Science and Medicine*, 75(5):775-783.
- Berger, P. L. i Luckmann, T. (1992). *Socijalna konstrukcija zbilje*. Zagreb: Naprijed.

- Bilton, T., Bonnett, K., Jones, P., Lawson, T., Skinner, D., Stanworth, M. i Webster, A. (2002). *Introductory Sociology*, 4th edition. Palgrave Macmillan.
- Bloch, E. (1981). *Princip nada*, drugi svezak. Naprijed: Zagreb.
- Borges, J. L. (2004). *Aleph*. Zagreb: Biblioteka Jutarnjeg lista.
- Bourdieu, P. (1992). *Što znači govoriti. Ekonomija jezičnih razmjena*. Zagreb: Naprijed.
- Bourdieu, P. (2012). „O televiziji“. U: D. Katunarić, prir., *Carstvo medija*. Zagreb: Litteris.
- Brandt, A. (2009). *Introduction. Medicalization: A Medical Humanities Symposium*. Cambridge, MA: The Humanities Center, Harvard University.
- Broom, D. H. i Woodward, R. V. (1996). „Medicalization Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care“. *Sociology of Health and Illness*, 18(3):357-378.
- Bunton, R. (1998). „Post-Betty Fordism and Neo-Liberal Drug Polices“. U: J. Carter, ur., *Postmodernity and the Fragmentation of Welfare*. London, New York: Routledge.
- Carpenter, L. M. (2010). „On Remedicalisation: Male Circumcision in the United States and Great Britain“. *Sociology of Health and Illness*. 32(4):613-630.
- Chomsky, N. (2013). *Sustavi moći. Razgovori o globalnim demokratskim pobunama i novim izazovima pred američkim imperijem*. Zagreb: Naklada Lijevak.
- Conrad, P. (1981). „The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behaviour“. U: D. Ingleby, ur., *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Illness*, str. 102-119. Harmondsworth: Penguin.
- Conrad, P. (1992). „Medicalization and Social Control“. *Annual Review of Sociology*, 18:2009-2032.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. i Schneider, J. (1980). „Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism“. *Social Science and Medicine*, 14A:75-79.
- Conrad, P. i Schneider, J. W. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: CV. Mosby Company.
- Conrad, P., Mackie, T. i Mehrotra, A. (2010). „Estimating the Costs of Medicalization“. *Social Science and Medicine*, 70:1943-1947.
- Dumas, A. i Turner, B. (2007). „The Life-Extension Project: A Sociological Critique“. *Health Sociology Review*, 16(1):5-17.
- Durkheim, E. (1999). *Pravila sociološke metode*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Fink, E. (1998). *Uvod u filozofiju*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Freidson, E. (1970). *Professions of Medicine*. New York: Dodda Mead and Co.
- Gabe, I. i Calnan, M. (1989). „The Limits of Medicine: Women's Perception of Medical Technology“. *Social Science and Medicine*, 28:223-231.
- Gadamer, G. H. (2000). *Početak filozofije*. Zagreb: Biblioteka Scopus.
- Goleman, D. (2004). *Emocionalna inteligencija. Zašto je važnija od kvocijenta inteligencije*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Gorz, A. (1982). *Ekologija i politika*. Beograd: Prosveta.

- Haralambos, M. i Holborn, M. (2002). *Sociologija. Teme i perspektive*. Zagreb: Golden marketing.
- Hayes, B. C. i Prior, P. M. (2003). *Gender and Health Care in the United Kingdom. Exploring the Stereotypes*. Palgrave Macmillan.
- Heidegger, M. (1996). *Kraj filozofije i zadaća mišljenja. Rasprave i članci*. Zagreb: Naprijed.
- Heisenberg, W. (1997). *Fizika i filozofija*. Zagreb: Kruzak.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*, 5th edition. Hodder Arnold: Part of Hachette Livre UK.
- Hofmann, B. (2001). „The Tehnological Invention of Disease“. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 27:10-19.
- Ilić, I. (1976). *Medicinska Nemezis*. Beograd: Vuk Karadžić.
- Ilić, I. (2012). *Amicus mortis. O umeću življenja i umeću umiranja*, izbor tekstova. Beograd: Anarhija/Blok 45 i Bratstvo iz Erevona.
- Illich, I. (2013). *Vernakularne vrijednosti i drugi eseji*. Zagreb: Litteris.
- Jankélévitch, V. (2011). *Smrt*. Zagreb: AGM.
- Jaspers, K. (1989). *Filozofija. Filozofska orijentacija u svijetu. Rasvjetljavanje egzistencije*. Sremski Karlovci: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Jaspers, K. (1990). *Opća patopsihologija*. Beograd: Prosvjeta.
- Kafka, F. (1977). *Pisma*. Zagreb: Zora.
- Kalanj, R. (2002). „Michael Foucault i problem znanosti o čovjeku“, predgovor. U: M. Foucault, *Riječi i stvari. Arheologija humanističkih znanosti*. Zagreb: Golden marketing.
- Klein, N. (2006). *Doktrina šoka*. Uspon kapitalizma katastrofe. Zagreb: VBZ.
- Leendertse, A. J., Visser, D., Egberts, A. i van den Bemt P. M. (2010). „The Relationship Between Study Characteristics and the Prevalence of Medication-Related Hospitalizations: A Literature Review and Novel Analysis“. *Drug Safety*, 33(3):233-244.
- Lipovecki, Ž. (1987). *Doba praznine. Ogledi o savremenom individualizmu*. Književna zajednica Novog Sada.
- Lipovetsky, G. (2008). *Paradoksalna sreća. Ogljed o hiperpotrošačkom društvu*. Zagreb: Anitibarbarus.
- Little, M., Jordens, C. F. C., McGrath, C., Montgomery, K., Kerridge, I. i Carter, S. M. (2007). „Pragmatic Pluralism: Mutual Tolerance of Contested Understandings Between Orthodox and Alternative Practitioners in Autologous Stem Cell Transplantation“. *Social Science and Medicine*, 64(7):1512-1523.
- Löwith, K. (1986). „O pitanju filozofske antropologije“. U: A. Šarčević, ur., *Filozofija modernog doba. Filozofska antropologija*. Sarajevo: Veselin Masleša.
- Lupton, D. (1997). „Foucault and the Medicalisation Critique“. U: A. Peterson i R. Bunton, ur., *Foucault, Health and Medicine*, str. 94-110. London: Routledge.
- Manasse, H. (2003). „Health in a Hand Basket? Pursuing Your Profession Through a Challenging Changing Landscape“. *American Journal of Health - System Pharmacists*, 60:2484-2490.

- Moynihan, R., Heath, I. i Henry, D. (2002). „Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering“. *British Medical Journal*, 324:886-891.
- Navarro, V. (1975). „The Industrialization of Fetishism and the Fetishism of Industrialization: A Critique of Ivan Illich“. *Social Science and Medicine*, 9:351-363.
- Navarro, V. (1986). *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*. London: Tavistock.
- Nietzsche, F. (1999). *Antikrist*. Zagreb: Izvori.
- Nietzsche, F. (2004). *Uz genealogiju morala*. Zagreb: AGM.
- Parens, E. (2013). „On Good and Bad Forms of Medicalization“. *Bioethics*, 27(1):28-35.
- Parsons, T. (1991 /1951/). *The Social System*. London: Routledge.
- Pellegrino, E. D. (1999). „The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic“. *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3):243-266.
- Pfohl, S. J. (1977). „The ‘Discovery’ of Child Abuse“. *Social Problems*, 24:310-323.
- Pitts, J. (1968). „Social Control: The Concept“. U: D. L. Sills, ur., *International Encyclopedia of Social Science*. New York: Macmillan.
- Platon (1981). *Timaj*. Beograd: NIRO „Mladost“.
- Platon (2009). *Država*. Zagreb: Naklada Jurčić d.o.o.
- Popper, K. R. (1996). *Bijeda historicizma*. Zagreb: Kruzak.
- Saramago, J. (2000). *Sjećanje na samostan*. Zagreb: VBZ.
- Saramago, J. (2009). *Kolebanje smrti*. Zagreb: VBZ.
- Sartre, J. P. (1984). *Kritika dijalektičkog uma*. Beograd: Nolit.
- Schneider, J. W. (1978). „Deviant Drinking as a Disease: Deviant Drinking as a Social Accomplishment“. *Social Problems*, 25:361-372.
- Scully, D. i Bart, P. (1978). „A Funny Thing Happened on the way to the Orifice: Women in Gynaecological Textbooks“. U: J. Ehrenreich, ur., *The Cultural Crises of Modern Medicine*. London: Medical Review Publications.
- Sedgwick, P. (1982). *Psycho Politics*. London: Pluto Press.
- Šopenhauer, A. (1990). *O temelju morala*. Novi Sad: Bratstvo - Jedinstvo.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of the Theory of Personal Conduct*. New York: HarperCollins.
- Szasz, T. (1963). *Law, Liberty and Psychiatry*. New York: Macmillan.
- Taussing, M. (1980). „Reification and the Consciousness of the Patient“. *Social Science and Medicine*, 14B:3-13.
- Tuckett, D., ur. (1976). *An Introduction to Medical Sociology*. London, New York: Tavistock Publications.
- Turner, B. S. (1984). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Waitzkin, H. (1983). *The Second Sickness: The Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: Free Press.
- White, K. (2002). „An Introduction to Sociology of Health and Illness“. U: K. White, ur., *Health, Gender and Feminism*, str. 130-151. London: Sage Publication.



- Williams, S. J. i Calnan, M. (1996). „Modern Medicine and the Lay Populace: Theoretical Perspectives and Methodological Issues“. U: S. J. Williams i M. Calnan, ur., *Modern Medicine. Lay Perspectives and Experiences*. London, New York: Routledge.
- Williams, S. J., Coveney, C. M. i Gabe, J. (2013). „Medicalization or Customization? Sleep, Enterprise and Enhancement in the 24/7 Society“. *Social Science and Medicine*, 79:40-47.
- Williams, S. J., Martin, P. i Gabe, J. (2011). „The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis“. *Sociology of Health and Illness*, 33(5):710-725.
- Williams, S., Gabe, J. i Davis, P. (2008). „The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects“. *Sociology of Health and Illness*, 30(6):813-824.
- Zola, I. K. (1972). „Medicine as an Institution of Social Control“. *Sociological Review*, 20(4):487-504.
- Zola, I. K. (1975). „In the Name of Health and Illness: On Some Socio-Political Consequences of Medical Influence“. *Social Science and Medicine*, 9:83-87.





## ON CAUSES AND CONSEQUENCES OF THE MEDICALIZATION OF LIFE AND SOCIETY: Analytical / Critical Discourse

Živka Juričić and Marica Malenica

### Summary

*In literal and value-neutral sense, the term “medicalization” is defined as “making or turning something into the object of medicine”. This term took on even wider value-neutral meanings in social sciences, and today these value-neutral meanings are experiencing their revival. The goal of this paper is to show how or, better yet, why the meanings of the term “medicalization” changed, as well as discuss its possibilities and objectives. From the beginning, it was clear that medicalization was not simply used as a way to describe a process, but as a term to be examined from a critical, social and theoretical position.*

*The main categorical axiomatic premise of this paper is that medicalization has multiple meanings and that it is a complex, structural, heteronomic and socio-cultural process, formed under the increasing pressure of social changes.*

*We begin our analytical/critical approach to medicalization with Plato’s theoretical reflections and continue with Nietzsche’s and Illich’s critical analyses. Further critical-theoretical discussion discursively links the following modalities of medicalization: “priest’s medicalization” (Nietzsche) and doctor’s medication, as well as self-medication or “relationless” medicalization.*

*By resolving the issues surrounding the necessary characterization of the process of medicalization itself, we create the foundations for a more consistent theory of medicalization, which aims to provide an answer to a crucial question: Does medicalization bring betterment or detriment to humans and, of course, the society as a whole?*

**Key words:** *medicalization, self-medication, levels of medicalization, demedicalization, iatrogenesis*

## ÜBER EINIGE URSACHEN UND FOLGEN DER MEDIKALISIERUNG DES LEBENS UND DER GESELLSCHAFT: ein analytisch-kritischer Diskurs

Živka Juričić und Marica Malenica

### Zusammenfassung

*Der Terminus Medikalisierung bedeutet wortwörtlich im wertneutralen Sinne: etwas zum Gegenstand der Medizin machen. Obwohl die wertneutrale Bedeutung dieses Begriffes in den sozialen Wissenschaften wesentlich weitere und subtilere Bedeutungen angenommen hat – in einer Spanne vom Positiven bis zum Negativen – erlebt die neutrale Bedeutung ein Revival. Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu zeigen, wie, oder besser gesagt, warum sich die Bedeutungen des Terminus Medikalisierung zusammen mit Diskussionen über ihre Möglichkeiten und Absichten geändert haben. Vom Anfang an besteht die Absicht, dass man Medikalisierung nicht als Beschreibung einer Erscheinung benutzt, sondern vor allem als die Benennung für eine prinzipiell kritische, soziotheoretische Stellung.*

*Die kategorisch axiomatische Grundstellung wird in der Behauptung zusammengefasst: Medikalisierung ist ein mehrdeutiger, komplexer, strukturierter, heteronomer soziokultureller Prozess, der unter einem starken Druck der gesellschaftlichen Änderungen entsteht.*

*Der analytisch-kritische Ansatz zur Medikalisierung beginnt mit Platons theoretischen Reflexionen und setzt sich mit Nietzsches und Illichs kritischen Analysen fort. In weiteren kritisch-theoretischen Analysen werden die aufeinander folgenden Modalitäten der Medikalisierung diskursiv verbunden: “priesterliche Medikation” (Nietzsche) und ärztliche Medikation und, letzten Endes, Selbstmedikation oder “beziehungslose” Medikation.*

*Die Lösung des Dilemmas über die wesentliche Charakterisierung des Medikalisierungsprozesses, bzw. die Grundlegung einer konsistenten Medikalisierungstheorie hat zum Ziel, eine Frage von “ausschlaggebender Bedeutung” zu beantworten: Bedeutet Medikalisierung einen Vorteil oder einen Nachteil für den Menschen und somit zugleich für die Gesellschaft als Ganzes?*

**Schlüsselwörter:** *Medikation, Selbstmedikation, konzeptuelle Ebene der Medikalisierung, Iatrogenesis*

