

Michał Nowakowski
Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej
Luiza Nowakowska
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia

Streszczenie: Termin „medykalizacja” opisuje proces, w którym niemedyczne problemy zaczęto definiować oraz traktować jako problemy medyczne, zazwyczaj jako choroby lub zaburzenia. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie szeregu aspektów procesu medykalizacji starzenia się przedstawianych w literaturze naukowej. Zarysowane zostaną skutki medykalizacji widoczne w podejmowanych kierunkach badań i rozwoju wiedzy na temat starzenia się, w statusie i charakterze pracy profesjonalistów zajmujących się starością, w polityce, a także postrzeganiu starości przez społeczeństwo. Ponadto, zwrócona zostanie uwaga na pewne aspekty etyczne pojawiające się wraz z nowymi formami biomedykalizacji starości.

Słowa kluczowe: medykalizacja, medycyna, starzenie się, etyka

The medicalization of aging: Dilemmas and dangers

Summary: The term „medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders. The purpose of this paper is to present aspects of the medicalization of aging which are presented in the scientific literature. It will be shown visible effects of medicalization in taken directions of research and development of knowledge about aging, the status and nature of work of professionals engaged in old age, politics and society's perception of old age. In addition, attention will be paid to certain ethical aspects of emerging with new forms of biomedicalization of age.

Key-words: medicalization, medicine, aging, ethics

1. Wprowadzenie

Przewidywanie, jak wyglądać będzie życie seniorów w przyszłości, należy zacząć od dokonania wnikliwej analizy procesów społecznych dotyczących ich już teraz i na jej podstawie oszacowania przyszłych trendów. Jednym z takich nieobojętnych dla populacji osób starszych procesów jest medykalizacja. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie, jakie aspekty procesu medykalizacji starzenia się przedstawiane są w literaturze naukowej. Zarysowane zostaną skutki medykalizacji widoczne w podejmowanych kierunkach badań naukowych i rozwoju wiedzy na temat starzenia się, w statusie i charakterze pracy profesjonalistów zajmujących się starością, w polityce, a także postrzeganiu starości przez społeczeństwo. Ponadto, zwrócona zostanie uwaga na pewne aspekty etyczne pojawiające się wraz z nowymi formami biomedykalizacji starości.

2. Medykalizacja – zarys procesu

Socjolog medycyny, Peter Conrad [2007: 4], w swojej najnowszej książce napisał, że odkąd zaczął uczyć socjologii medycyny w latach 1970., obszar zdrowia i choroby wyglądał całkiem inaczej niż na początku wieku XXI. Zwrócił uwagę, że na zajęciach nie wspominało się o obecnie pospolitych schorzeniach, jak: nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD), anoreksja, zespół chronicznego zmęczenia (CFS), zespół stresu pourazowego (PTSD), zespół lęku napadowego (*panic disorder*), zespół alkoholowy płodu, zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS), czy zespół nagłej śmierci niemowląt (SIDS). Ani otyłość, ani alkoholizm nie były postrzegane jako choroba. Odkrywanie tych wszystkich „zespołów” świadczy o tym, że dokonuje się zasadnicza zmiana, która polega na wzroście znaczenia medycyny w społeczeństwie. Proces ten nazywany jest mianem „medykalizacji”. Termin ten oznacza „proces podporządkowujący jurysdykcji medycyny rozległe obszary życia, poczynając od kontroli zwykłych funkcji ludzkiego organizmu, a skończywszy na problemach politycznych, moralnych i społecznych” [Słońska, Misiuna, 1993]. Inaczej mówiąc, niemedyczne problemy zaczynają być definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zazwyczaj jako choroby lub zaburzenia [Conrad, 1992: 209]. Warto zaznaczyć jednak, że termin ten pojawił się w użyciu za sprawą jego krytyków, którzy zwracali uwagę na „przemedykalizowanie” (*overmedicalization*) różnych sfer życia człowieka. Ponieważ, jak dotąd, w naukach społecznych dominuje perspektywa krytyczna, w rozważaniach na temat medykalizacji pomijane są obszary, które zostały całkowicie zmedykalizowane i przyniosło to społeczeństwu jedynie korzyści [Sokołowska, 1980: 205; Broom, Woodward, 1996: 359].

W latach 1970. pierwszym przejawem tego typu krytyki była narastająca negatywna reakcja wobec ekspansji psychiatrii. Wprawdzie psychiatria krytykowana

była niemalże od jej powstania pod koniec XVIII wieku, ale w przeciwieństwie do czasów wcześniejszych, w drugiej połowie XX wieku w opozycji do niej stanęli nie tylko laicy. W tym okresie powstał ruch o dość luźnej strukturze, zwany „antypsychiatrią”, którego najbardziej wpływowymi teoretykami byli ludzie wywodzący się z psychiatrii [Dain 1989: 3; Berlim, Fleck, Shorter 2003: 61].

Terminu tego użył po raz pierwszy psychoanalityk z RPA David Cooper w 1967 roku [Szasz 2008: 80], określając za jego pomocą zbiór krytycznych poglądów, dotyczących psychiatrii, rozumianej jako specjalizacja medyczna, głównie opierająca się na leczeniu szpitalnym. W szerszym rozumieniu „antypsychiatria” była ruchem społecznym, kwestionującym uprawnienia psychiatrów do przetrzymywania i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza pod przymusem, ale także wzrastającej „medykalizacji” szaleństwa (ruch odrzucał „medyczny model” przyjęty w psychiatrii). Wreszcie „antypsychiatrię” można rozumieć jako zakwestionowanie obiektywnego istnienia chorób psychicznych [Berlin i wsp., 2003: 61]. Dobitnie sprawę ujmuje Thomas Szasz, który wprost twierdzi, że choroby psychiczne nie są chorobami, lecz pewnym sposobem przeżywania świata: emocjami, myślami. Psychiatria, chcąc upodobnić się do medycyny, myli z chorobą pewne, nieraz kłopotliwe dla społeczeństwa, zachowania, będące np. wynikiem zróżnicowania osobniczego. To, czy dany zespół zachowań uznany zostanie za jednostkę chorobową, zależy od kontekstu społecznego (np. zmieniający się status homoseksualizmu).

Zasadniczą rolę w rozwoju antypsychiatrii, oprócz psychiatrów i psychologów, należy także przypisać socjologom. W Stanach Zjednoczonych duże znaczenie miała książka Ervinga Goffmana: *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*, w której krytykuje on szpitale psychiatryczne jako „instytucje totalne”, odpowiadające za infantyilizowanie i ubezwłasnowolnienie pacjentów. Według Goffmana funkcja szpitali tego typu polega na praniu mózgu jednostkom uciążliwym dla reszty społeczeństwa. Podstawy teoretyczne „antypsychiatrii” można wywieść od socjologicznych teorii stygmatyzacji (*labeling theory*). Autorzy z tego nurtu to m.in. Erwin Lemert, Howard S. Becker, Matzy David, Fritz Sack, Austin Turk oraz Thomas Scheff.

Ruch „antypsychiatrii” zainspirowały także prace Michela Foucault – *Choroba umysłowa a psychologia* z 1954 roku oraz *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu* z roku 1961. Autor stara się pokazać w nich nieobiektywny charakter *patologii umysłowej*, która *diametralnie różni się od „patologii organicznej”*. Píše: „ponad patologią umysłową i patologią organiczną istnieje patologia ogólna i abstrakcyjna, która dominuje zarówno nad jedną, jak i nad drugą, narzucając im – na podobieństwo przesądów – te same pojęcia, wskazując te same metody i postulaty. Chcielibyśmy pokazać, że korzeni patologii umysłowej nie należy szukać w obrębie jakiegokolwiek „metapatologii”, lecz na gruncie pewnego rodzaju – historycznie określonej – relacji człowieka szalonego i człowieka normalnego [Foucault, 2000: 6].

Medyczny sposób ujmowania problemów psychologicznych jest tylko jednym z elementów procesu medykalizacji. Jest to zjawisko o wiele szersze i obejmujące większość sfer życia współczesnego człowieka. Przede wszystkim wyróżnić należy Ivana Illicha [1976; Piątkowski 2002: 22], który jako pierwszy dokonał pełnego opisu problemu granic odpowiedzialności medycyny za zdrowie oraz jatrogenności medycyny, a także Michela Foucault wraz z jego pojęciem biowładzy. Wyraźnie rozróżnił on władzę nad terytorium czy ciałem, od władzy nad populacją: *Biowładza medykalizuje i normalizuje społeczeństwo, rozwija praktyki troski o siebie i o innych, tworzy urzędnictwo bezpieczeństwa. Biowładza jest tak skuteczna dzięki nowym technologiom rządzenia. Nie tylko państwo dba, nieraz dzięki praktykom dyscyplinarnym, o zdrowie populacji (np. obowiązkowe szczepionki czy badania profilaktyczne), ale również obywatele, kierując się własnymi potrzebami (moralnymi, estetycznymi, prestiżowymi), dbają o innych, włączając się w działalność filantropijną, a także – co najważniejsze – troszczą się o siebie* [Nijakowski 2008: 342-343].

Medykalizacja zajmuje ważne miejsce w badaniach wspomnianego już Petera Conrada. Kontynuuje on prace Illicha, ale także przedstawia medykalizację w nowym kontekście: rozwoju biotechnologii (genetyki, farmaceutyki), która otwiera przed nią nowe obszary do wchłonięcia. Medykalizacja według Conrada nie jest teraz procesem napędzanym, kierowanym przez lekarzy (których pozycja w procesie leczenia jest w dalszym ciągu niepodważalna), ale dominującą rolę przejął rynek, interesy przedsiębiorstw komercyjnych [Conrad 2000, 2005].

W Polsce prekursorką nurtu krytycznego wobec systemu medycznego jest Magdalena Sokołowska, która charakteryzuje medykalizację w oparciu o „globalną koncepcję choroby”: medykalizacja oznacza *wzrost ilości postaw i zachowań, które zostały określone jako choroba i których leczenie traktuje się jako należące do medycyny* [Sokołowska 1980: 194]. Proces ten oznacza „multiplikację chorób” we współczesnych społeczeństwach i *w ekspansji jest nie choroba, ale rosnące oczekiwania i wymagania ludzi co do samopoczucia i innych wartości nazywanych zdrowiem. Jeśli uwzględnimy wszystkie zaburzenia manifestujące się objawami subiektywnymi, z którymi nie idzie się do lekarza, ale które nie różnią się w sposób istotny od tych, z którymi się idzie, to prawie każdy w społeczeństwie może być traktowany jako w jakiś sposób chory*. Pyta się zatem Sokołowska, gdzie ustalić granicę, do której choroba jest stanem obiektywnym, a poza którą staje się stanem subiektywnym lub *konstruktem społecznym istniejącym głównie w głowach jego spostrzegaczy* [Sokołowska 1980: 193-194]. Można zadać pytanie, czy zwiększająca się liczba przypadków traktowanych jako problemy medyczne świadczy o coraz lepszych zdolnościach diagnostycznych medycyny, czy jest to raczej konsekwencja traktowania zachowań społecznych i stanów psychicznych jako obiektów medycznej interwencji, pomimo ich wątpliwej medycznej etiologii.

Jako przyczynę rosnącej rangi medycyny uznać można wiarę w jej nieograniczone możliwości w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, w tym tych

mających rozległe uwarunkowania leżące poza rzeczywistym wpływem służby zdrowia. Wiara ta wydaje się być zakorzeniona w oświeceniowym przekonaniu o wyższości wiedzy naukowej i technologii, będących warunkiem postępu społecznego [Conrad, Schneider 1992: 7-8]. Sukcesy medycyny w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, obniżania zachorowalności, umieralności i wydłużania przeciętnej długości trwania życia sprawiły, iż stała się ona synonimem skuteczności, profesjonalizmu, obiektywizmu oraz niezależności, zyskując społeczne zaufanie i prestiż. Medycyna przełamała jednocześnie tradycyjny magiczno-religijny sposób interpretacji choroby jako konsekwencji niemoralnego zachowania [Domańska 2005: 311]. Medykalizacja stanowi zatem rezultat mikrobiologicznego etapu rozwoju medycyny, zapoczątkowanego przez Pasteura. Tym samym zainteresowanie zdrowiem człowieka w kontekście uwarunkowań społecznych, psychicznych, czy kulturowych znalazło się na marginesie medycznych analiz, opartych głównie na teorii „jednoprzyczynowości”, co na długo utrwaliło ów zmedykalizowany paradygmat. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest to, że działania w kierunku rozwiązania problemów zdrowotnych podejmowane są z perspektywy korzyści medycyny naprawczej i nie sprzyjają wielosektorowym działaniom zapobiegawczym [Słońska, Misiuna, 1993].

Istotną przyczyną medycznego zainteresowania problemami o społecznej charakterystyce jest także ewoluujący sposób odnoszenia się do zdrowia jako wartości: *Zdrowie jest już dziś w mniejszym stopniu nakazem biologicznym, wiążącym się z koniecznością przetrwania, niż nakazem społecznym, powiązaniem ze statusem* [Baudrillard 2006: 186]. Zatem utrzymanie ciała w zdrowiu nie stanowi wartości autotelicznej – dążeniom współczesnego człowieka do zdrowia towarzyszy przede wszystkim imperatyw manifestacji poprzez ciało swego statusu społecznego, pozycji oraz prestiżu. Medycyna odpowiada na te specyficzne zapotrzebowania, angażując się nie tylko w poprawę zdrowia, ale także w proces estetyzacji ciała człowieka [Barański 2005: 323-336].

3. Medykalizacja starości

Starość to, jak na razie, nieunikniony etap naszego życia, jednakże między innymi na skutek procesu medykalizacji i biomedykalizacji, podejście do niej zdaje się zmieniać. Proces ten łączy się z szerszym zjawiskiem „dekonstrukcji cyklu życia”, polegającym na zacieraniu się różnic pomiędzy dzieciństwem, dojrzałością oraz starością. Przejawia się ono między innymi coraz większą „dorosłością” dzieci i „dziecinnością” dorosłych – osoby w różnym wieku upodabniają się do siebie poprzez sposoby autoprezentacji, gesty, postawy, mody, sposób spędzania wolnego czasu. Coraz bardziej powszechne staje się wyzwanie rzucone swoim latom, co przejawia się np. w niechęci do przejścia na emeryturę, podtrzymywaniu za wszelką cenę aktywności charakterystycznej dla osób młodszych [Featherstone, Hepworth,

1991: 371]. Dużą rolę w tych zmianach należy przypisać komercjalizacji życia i statusie człowieka wyznaczanego poprzez jego możliwości konsumpcyjne. Młode, sprawne ciało jest warunkiem i narzędziem konsumpcji dóbr, które oferuje nam społeczeństwo. W poszukiwaniu „eliksiru młodości” z nadzieją spoglądamy więc na nowoczesną medycynę, genetykę, biotechnologię oraz farmakologię, gdyż wydaje się nam, że to one są najbliższe jego odkrycia i może z tego powodu medyczny sposób myślenia zdominował problematykę starości i starzenia się.

Konsekwencją dominacji medycyny i biomedycznego paradygmatu jest traktowanie różnych związanych ze starzeniem się procesów w kategoriach choroby, awarii ludzkiego organizmu, pojedynczej patologii o organicznej etiologii, wymagających interwencji biomedycznych [Beard, Estes 2002]. W 1989 roku w czasopiśmie „The Gerontologist” ukazał się artykuł *The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas*, w którym dokonano próby całościowego opisu przejawów medykalizującej się starości oraz wyróżniono dwa ściśle powiązane ze sobą aspekty biomedykalizacji starzenia się [Estes, Binney 1989: 587]:

1. społeczne kształtowanie się procesu starzenia jako problemu medycznego (myślenie o starości w terminach medycznych);
2. praktyki, działania wobec starości traktowanej jako problem medyczny. Można wyróżnić co najmniej cztery wymiary takich działań:
 - a. biomedykalizacja starzenia się w nauce (konsekwencje dla całościowego kształtowania podstaw wiedzy);
 - b. biomedykalizacja starzenia się w sferze profesji medycznych (konsekwencje dla różnych zawodów, ich statusu, szkolenia i organizacji pracy);
 - c. biomedykalizacja starzenia się w polityce publicznej (wpływ medykalizacji na kierunki działań, rozwiązania społeczne, finansowanie, w tym na badania i edukację);
 - d. biomedykalizacja starzenia się a wiedza potoczna.

Konceptualizacja starości w perspektywie lekarzy polega przede wszystkim na rozpoznaniu etiologii oraz leczeniu chorób charakterystycznych dla wieku starszego. Zdominowany przez profesje medyczne dyskurs dotyczący starości rozprzestrzenił się poza obszary medycyny, czy opieki medycznej – wpływa na kierunki podejmowanych badań naukowych, politykę społeczną i zdrowotną wobec procesu starzenia się, a nawet postrzeganie osób starych przez społeczeństwo (w czym niewątpliwie wydatny udział mają media, biznes, przemysł). Model biomedyczny stał się *zinstytucjonalizowaną strukturą myślową*, mimo że pojawiają się coraz bardziej przekonujące dowody znacznego wpływu na starzenie się czynników społecznych i behawioralnych [Estes, Binney, 1989: 588].

Starzenie się traktowane w kategoriach choroby kreuje przekonanie osób starszych i ich otoczenia, iż starość jest w istocie stanem patologicznym i niepożądanym. Taka perspektywa może implikować szereg negatywnych konsekwencji dla osób pełniących społeczną rolę chorego: społeczne wycofanie, redukcję aktywności, silniejszą zależność oraz kontrolę [Estes, Binney 1989: 588].

Zgodnie z socjologią wiedzy, wiedza naukowa jest, jak inne jej rodzaje, społecznie

konstruowana i przetwarzana. Nie jest zatem niezależna, obiektywna i politycznie neutralna, jak się nam nieraz wydaje. W przypadku paradygmatu biomedycznego, proces tworzenia wiedzy (podejmowanie określonych badań naukowych, sposób interpretacji i weryfikowanie) kształtowany jest przez różne zjawiska społeczne, gospodarcze i polityczne, będące elementem szerszego porządku społecznego. Dodatkowo, sama staje się siłą o społecznych, gospodarczych i politycznych konsekwencjach. Sukces paradygmatu biomedycznego wynika z jego bliskiego związku z nauką (*science*), która w kulturze zachodniej charakteryzuje się niepodważalnym autorytetem. Z tego względu społeczeństwa bez oporów akceptują medyczne definiowanie i rozwiązania wielu problemów życia codziennego.

Starzenie się ujmowane jest w tej medycznej perspektywie jako podstawowy, nieunikniony, niezmienny proces o charakterze biologicznym, polegający na postępującej niesprawności, degeneracji i ostatecznie śmierci. W wyniku tego podejścia powstała koncepcja „normalnego starzenia się”, które miałyby być względnie stabilnym i jednorodnym zespołem procesów o charakterze biologicznym i psychologicznym. W rezultacie, podejmowane badania nad starością i starzeniem się miały na celu wyizolowanie tych procesów, ustalenie ich etiologii i opracowanie interwencji, by je zahamować, szczególnie na poziomie komórkowym lub nawet niżej.

Estes i Binney [1989: 588] łączą model biomedyczny starzenia się z metodologicznym indywidualizmem, według którego zjawiska społeczne są wypadkową indywidualnych działań, oraz redukcjonizmem, wyjaśniającym zjawiska poprzez analizowanie ich najmniejszych elementów. Indywidualizm w praktyce medycznej oznacza zainteresowanie konkretną jednostką – diagnozą jej stanu, historią choroby, odpornością, czy reakcją na leczenie. Takie podejście jest skuteczne w relacjach pomiędzy lekarzem a pacjentem, jednakże koncentrowanie się na poziomie indywidualnym oznacza niebezpieczeństwo pomijania czynników społecznych czy środowiskowych, także wpływających na stan chorego. Skupianie się jedynie na indywidualnych przypadkach i indywidualnych rozwiązaniach może przyczyniać się do uruchamiania mechanizmów „obwiniania” pacjenta. Ponadto, poprzez medyczne zarządzanie problemami starości, w wyniku charakterystycznej dla instytucji medycznych dużej nierówności władzy pomiędzy pacjentem a lekarzem, zwiększa się społeczna kontrola osób starszych (np. poprzez stosowanie farmaceutyków lub świadczenie zinstytucjonalizowanej pomocy).

Model biomedyczny kształtował się również pod silnym wpływem redukcjonizmu. Należy zaznaczyć, że w zmaganiach medycyny z chorobami zakaźnymi wykazał się on wieloma osiągnięciami. Jednakże w praktyce opieki zdrowotnej nad osobami starszymi skutkuje on nie tylko niemożnością rozważania szerszych procesów społecznych, interakcji, ale także obarcza winą za choroby jednostkę i zajmuje się człowiekiem w sposób fragmentaryczny. Rezultatem tego podejścia jest rozwój „antyholizmu”, który sprowadza osobę starszą do jednostki chorobowej [Estes, Binney, 1989: 588]. Przykładowym schorzeniem, zawłaszczonym

przez biomedycynę, jest „Alzheimer”, który według modelu biomedycznego jest degeneracyjną chorobą układu nerwowego [Lyman, 1989].

Inną konsekwencją biomedycyzacji jest traktowanie biologii i innych nauk podstawowych jako pomocnicze względem medycyny. Wartość badań biologicznych jest doceniana, ale przede wszystkim lub jedynie z powodu jej użyteczności przy rozwiązywaniu problemów medycznych. Efektem tej sytuacji jest relatywnie mniejsza ilość funduszy na badania podstawowe w biologii w porównaniu do badań biomedycznych. Podobnie dużo mniejsze pieniądze przeznaczają się na badania starości, rozumianej w sposób holistyczny, niż na badanie konkretnych schorzeń wieku podeszłego [Estes, Binney 1989: 589].

Według Estes i Binney [1989: 589-590], biomedycyzacja zmieniła także geriatrię i gerontologię – charakter tych specjalności, szkoleń, programów studiów. Geriatria, uwzględniająca specyfikę chorób przewlekłych, nie cieszyła się dużym szacunkiem na uczelniach medycznych, przez co miała problemy z rekrutacją „najlepszych i najzdolniejszych”, ponieważ woleli oni dokonywać efektownych odkryć biomedycznych, niż zajmować się bardziej adekwatnymi dla specyfiki starości badaniami socjomedycznymi, czynnikami ryzyka, stylami życia, itp. Dopiero ujęcie starzenia się w terminologii biomedycznej dało jej możliwości rozwoju. Skutkowało to zmianami w szkoleniu zawodowym, w którym zaczęto kłaść większy nacisk na treści biomedyczne i ostre leczenie (hospitalizacja, zabiegi, farmakologia), co ze względu na potrzeby osób starszych cierpiących na choroby przewlekłe trudno uznać za proces jednoznacznie pozytywny. Konsekwencją dominującego wpływu biomedycyny w geriatrii jest postępująca jej specjalizacja (koncentrowanie się na wybranych chorobach wieku podeszłego) oraz coraz większy udział wysoko technicyzowanych procedur diagnostycznych.

Autorki omawianego artykułu uznały, że najbardziej widocznym i znaczącym objawem siły oddziaływania medycyny były rozwiązania przyjęte w amerykańskim systemie polityki zdrowotnej. Program *Medicare*, pochłaniający w latach 1980. 70 miliardów dolarów rocznie, pokrywał 45% kosztów opieki nad osobami starszymi, co dotyczyło opieki szpitalnej wymagającej uczestnictwa lekarza. Brakowało natomiast w tym programie długookresowej opieki w chorobie chronicznej, usług higieny osobistej, pomocy w pracach domowych, domowych usług pielęgniarstwa, itp. Ogólnie można stwierdzić, iż pozycja lekarzy w systemie była bardzo silna. Wszystkie decyzje, nawet te nie leżące w zasięgu kompetencji lekarzy, np. pomoc osobom niepełnosprawnym w pracach domowych, musiały być przez nich zaakceptowane (przepisane), co umożliwiało ich refundację z funduszy Medicare.

Znaczący udział w biomedycyzacji starości miały także instytucje zarządzające funduszami na badania. Po pierwsze, pieniądze przeznaczano głównie, zgodnie z klinicznym stanowiskiem medycyny akademickiej, na badania chorób wieku podeszłego, kosztem nauk podstawowych (zarówno biologicznych, jak i społecznych). Po drugie, nauki społeczne i behawioralne w porównaniu do „nauk ścisłych”, ukierunkowywanych na chorobę i inne problemy o charakterze klinicznym, od samego początku traktowane były marginalnie. Po trzecie, w ramach nauk społecznych i behawioralnych, preferowano

metody ilościowe, pozytywistyczne kosztem podejścia jakościowego oraz czynników socjostrukturalnych czy systemowych [Estes, Binney, 1989: 591-592].

Znaczącym aspektem biomedycyzacji starzenia się był jej wpływ na opinię publiczną, polegający na upowszechnianiu negatywnego obrazu starzenia się jako nieuniknionego zmniejszania się sprawności oraz nieodwracalnego rozkładu. Społeczeństwo wydaje się być przekonane o podstawowym znaczeniu medycyny w zarządzaniu „problemem” starości. Postrzeganie kluczowej roli medycyny w tej fazie życia wzmacniane jest subiektywnymi doświadczeniami osobistego kontaktu z lekarzami, własnym systemem przekonań oraz potwierdzane przez rodzinę i przyjaciół. Alternatywne poglądy na temat starzenia nie mają praktycznie żadnej szansy przebicia.

Warto zastanowić się nad konsekwencjami skonstruowanej w ten sposób wizji starości. Postrzeganie osób starszych jako zależnych, chorych i skazanych jedynie na pomoc kosztownych, zaawansowanych technicznie usług medycznych, może rzeczywiście „uczyć” osoby starsze bycia zależnymi i chorymi, a to utwierdza jeszcze bardziej zasadność modelu biomedycznego [Estes, Binney, 1989: 594]. W konsekwencji osoby starsze, ich rodziny i społeczeństwa są przekonane, że problemy starzenia się mają przede wszystkim charakter biologiczny i fizjologiczny i z tego powodu ignorują czynniki społeczne. Przekonani, że tylko biomedycyna może ich uratować, rozwiązania szukają w konsumpcji coraz bardziej kosztownych usług medycznych i medycznych technologii.

Biomedycyzacja starzenia się prowadzi często do praktyk przenoszenia na osoby starsze odpowiedzialności za społeczne i demograficzne konsekwencje starzenia się społeczeństw – np. problem z zapewnieniem wystarczającej liczby miejsc pracy dla ludności w wieku produkcyjnym. Tendencja do interpretowania spraw publicznych jako prywatnych kłopotów oraz społeczne wytwarzanie bezradności i zależności osób starszych wzmacniane są przez politykę publiczną, której działania w zakresie niwelowania tych problemów są niewystarczające. Np. osoby starsze obwiniają się za kryzys służby zdrowia (i niebezpośrednio, za kryzysy gospodarcze państwa), a także za ubóstwo dzieci ze względu na korzystanie z zabezpieczeń społecznych, opieki medycznej oraz ponoszenia przez państwo innych kosztów na ich rzecz [Estes, Binney, 1989: 594]. W tak skonstruowanej perspektywie, starsi obwiniani są o wiele patologii społecznych, za które odpowiedzialni są w niemałej części zwolennicy modelu biomedycznego, nieskutecznego w rozwiązywaniu społecznych problemów starzejącego się społeczeństwa.

Konsekwencją wspierania przez politykę publiczną modelu biomedycznego, poprzez nakłady na badania, technologie i usługi, było wykreowanie gigantycznego popytu na produkty i usługi, które mają zapewnić opóźnienie lub wyeliminowanie rzekomych fizjologicznych efektów starzenia, w tym wartego wiele milionów dolarów przemysłu kosmetycznego, produkcję witamin, suplementów diety, protetyki i rozwijających się specjalności chirurgii kosmetycznej. Tak więc na szerszym poziomie społecznym, biomedycyzacja starzenia przyczyniła się do rozwoju wielomiliardowego kompleksu medyczno-przemysłowego [Estes, Binney, 1989: 594] i zwiększania władzy lekarzy. Przedstawiciele przemysłu, lekarze oraz media bardzo sprawnie wspierają „promedyczne” postawy, np. ogłaszając jako wielkie sukcesy, korzystne dla medycyny i rynku produktów

dla osób starszych, zmiany w prawie. Bardzo istotne w kształtowaniu postaw są także działania marketingowe skierowane do pacjentów, ale także lekarzy, polityków, przedstawicieli mediów.

W publikacji z 2004 roku, Sharon Kaufman, Janet Shim oraz Ann Russ [2004: 732] odniosły się do omawianej pracy Estes i Binney, stwierdzając, że trendy udokumentowane przez nie w 1989 roku, w ostatnich latach nawet nasiliły się. Rozwój biomedycyny i interwencji klinicznych w geriatrici zmienił pogląd na naturę starości, zarówno w doświadczeniu indywidualnym, jak i odbiorze społecznym, a także charakter odpowiedzialności rodziny i medycyny za osoby starsze. Autorki zaprezentowały nowe formy biomedycyzacji starości na przykładzie zabiegów kardiologicznych, hemodializ oraz przeszczepów nerek, które w USA stały się rutynowymi interwencjami medycznymi u osób starszych. Przedstawiły także nowy obszar etyki medycznej, dotyczący problemu sprzeciwu wobec przedłużających życie interwencji medycznych. Zwracają one w szczególności uwagę na następujące kwestie [Kaufman, Shim, Russ 2004: 732]:

1. wybór pacjentów, potencjalnych pacjentów i ich rodzin, czy, kiedy i jak długo stosować procedurę przedłużającą życie staje fikcją ze względu na rutynizację takich praktyk;
2. zastąpienie opieki i emocjonalnego wsparcia rodziny aktem klinicznym, skoncentrowanym na procedurach przedłużania życia lub odwrotnie – umożliwienia „odejścia”;
3. stosowane procedury medyczne ukierunkowane na maksymalne przedłużenie ludzkiego życia, przyczyniają się do zapominania o innych zadaniach medycyny: leczeniu, polepszaniu jakości życia, a więc sprawach, które dla pacjentów są najważniejsze.

Autorki przedstawiają także dane, które wskazują, że wiek pacjentów, którzy zostają poddawani operacjom i innym medycznym interwencjom, mającym na celu przedłużenie życia, gwałtownie wzrasta. Osiemdziesięciolatkowie są najszybciej rosnącą grupą pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym w Stanach Zjednoczonych. Pojawia się coraz więcej literatury na temat zasadności i korzyści z przeprowadzania różnego rodzaju procedur chirurgicznych u osób w wieku powyżej 80 lat. Rewaskularyzacja z użyciem krążenia pozaustrojowego, angioplastyka i wszczepianie stentów są częstymi procedurami stosowanymi u pacjentów, którzy ukończyli 80 lat, nie jest także rzadką praktyką u dziewięćdziesięciolatków. Wszczepianie automatycznego kardiowertera-defibrylatora jest od 2003 roku refundowane przez *Medicare* i rutynowo stosuje się go u pacjentów osiemdziesięcioletnich. Coraz częściej osoby starsze poddawane są także transplantacjom nerki. W Stanach Zjednoczonych rutynowo przeprowadza się tego typu operację już u siedemdziesięciolatków. Nasilającym się zjawiskiem jest także oddawanie nerek przez żywych dawców osobom starszym, co stanowi nowy wymiar relacji rodzinnych oraz medycznej odpowiedzialności. Dorosłe dzieci lub inni krewni, głównie trzydziesto- i czterdziestolatkowie, przekazują nerki rodzicom, którzy są

w wieku sześćdziesięciu lub siedemdziesięciu lat [Kaufman, Shim, Russ, 2004: 733].

Dzięki rozwojowi technologii operacje stają się coraz mniej inwazyjne, stąd też bariera ich stosowania u zaawansowanych wiekiem pacjentów przestaje mieć większe znaczenie. W ten sposób, odpowiedni wiek na umieranie wciąż się przesuwa, a śmierć w wieku siedemdziesięciu czy siedemdziesięciu pięciu lat staje się czymś nienaturalnym. Im bezpieczniejsze i efektywniejsze stają się interwencje, tym szybciej stają się rutynowe. Zarówno lekarz, jak i pacjent lub jego rodzina, czują się moralnie zobligowani do przedłużenia życia. W ten sposób zanika wybór, a odmowa wykonania medycznych czynności, nawet w przypadku bardzo zaawansowanego wieku, staje się niemożliwa [Kaufman, Shim, Russ, 2004: 734].

Na podstawie przeprowadzanych wywiadów z lekarzami, autorkom udało się także wykazać, iż dostrzegają oni problem systematycznego przesuwania się granic wieku dla różnych medycznych interwencji. Lekarze zwracali uwagę na częsty brak uzasadnienia wykonywania pewnych zabiegów, lub nawet całych serii poważnych inwazyjnych operacji, które przedłużają życie sędziwych pacjentów, np. o dwa tygodnie. Czują, że indywidualne traktowanie każdego przypadku staje się niemożliwe, gdyż pacjenci lub ich rodziny także oczekują się od nich „zrobienia czegokolwiek” i rzadko wyrażają sprzeciw dla rutynowych procedur [Kaufman, Shim, Russ, 2004: 734-375].

Wydłużanie życia w nieskończoność może także skomplikować charakter rodzinnych powinności. Dla pacjentów normalizacja interwencji w zaawansowanym wieku powoduje zobowiązanie wobec rodziny do poddawania się leczeniu oraz „przeżycia”, bez względu na jakość egzystencji po terapii. Badania wykazały, że wśród starszych pacjentów w przypadku zagrożenia życia w wyniku np. zawału serca, brak interwencji jest wręcz nie do pomyślenia – na dializowanie decydują się, gdyż ich dzieci lub partnerzy tego sobie życzą, a odrzucenie zaoferowanej przez członka rodziny nerki do przeszczepu jest także bardzo trudne. Z drugiej strony, rodzina pacjenta może także czuć się zobowiązana do uczestnictwa w interwencjach medycznych przedłużających życie. W pełni widać to na przykładzie przeszczepów nerek. Badania auterek wykazały, że dawcy często nie widzieli wyboru i nie zastanawiali się nad tym, czy oddać nerkę, czy nie, gdyż uznawali to za moralny obowiązek [Kaufman, Shim, Russ 2004: 735].

4. Podsumowanie

Truizmem jest stwierdzenie, że w starzejącym się społeczeństwie coraz większa liczba osób potrzebuje opieki. Jednakże na podstawie przytoczonej literatury można wysunąć wniosek, że medycyna nie do końca spełnia pokładane w niej nadzieje. Jej rozwój, przyczyniający się do wydłużenia życia, nie jest w stanie rozwiązać problemu obciążenia chorobami osób starszych, a zwłaszcza chorobami

przewlekłymi. Medycyna, zdominowana przez model biomedyczny, przedłuża życie za pomocą zaawansowanej technologii, jednak nie uwzględnia jego jakości oraz racjonalności ponoszonych kosztów. Model biomedyczny, w którym dominuje indywidualistyczny i redukcjonistyczny sposób myślenia, nie bierze pod uwagę ważnych czynników makrostrukturalnych (społecznych, środowiskowych, czy ekonomicznych), przyczyniających się do powstawania i wpływających na przebieg chorób. Medycyna skupiła się na poszczególnych zachowaniach zdrowotnych i stylu życia, przez co odpowiedzialność za chorobę przenoszona jest na jednostkę. W przeciwieństwie do nauk społecznych i perspektywy *life-course* (multi-dyscyplinarnego paradygmatu badania cyklu życia jednostki, uwzględniającego kontekst strukturalny oraz zmiany społecznej), paradygmat biomedyczny postrzega starość jako bezprzyczynowy, jednorodny i nieuchronny proces biologiczny.

Przedłużanie życia bez względu na wiek rodzi pewne problemy natury etycznej oraz stanowi wyzwanie dla pacjenta i jego rodziny. Rutynizacja interwencji medycznych eliminuje możliwość podejmowania decyzji, obliguje pacjentów i ich rodziny do poddawania się im. Starość utożsamiona z chorobą, patologią przestała być naturalnym etapem życia zakończonym także naturalną śmiercią. Stare ciało staje się ciałem chorym, które należy leczyć, ulepszać tak długo, jak jest to możliwe.

Jak stwierdziły w podsumowaniu swojego artykułu Estes i Binney [1989: 596]: *Biomedycyna zasługuje na szacunek i zaszczytne miejsce za jej wkład w poprawę naszego zdrowia i dobrego samopoczucia. Ale jej rozszerzenie i kontrola nad wszystkimi aspektami życia nie tylko zmniejsza jej skuteczność, ale hamuje procesy zrozumienia przez społeczeństwo złożonych zagadnień w sposób właściwy i innowacyjny. Dla dobra osób starszych i dla tych, którzy do wieku starszego się zbliżają, biomedycyzacja starzenia się musi być pohamowywana.*

Literatura

- Barański J., 2002, *Interakcja lekarz-pacjent*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski, *Zdrowie i choroba. Wybrane zagadnienia socjologii medycyny*, OW ATUT, Wrocławskie Wyd. Oświatowe, Wrocław, 158-161
- Baudrillard J., 2006, *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Wyd. Sic!, Warszawa, 279 s.
- Beard R. L., Estes C. L., 2002, *Medicalization of Aging*, (artykuł dostępny na stronie internetowej Macmillan Reference USA's *Encyclopedia of Aging* [HTML] (Digital) http://www.novelguide.com/a/discover/ea_03/ea_03_00254.html)
- Berlim M., Fleck M., Shorter E., 2003, *Notes on antipsychiatry*, „European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience”, 253(2): 61-67
- Broom D., Woodward R., 1996, *Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care*, „Sociology of Health & Illness”, 18(3), 357-378
- Domańska U., 2005, *Medycyzacja i demedycyzacja macierzyństwa*, [w:] W. Piątkowski, W. A. Brodniak, (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, WSSG, Tyczyn. 311-322

- Conrad P., 2000, *Medicalization, Genetics, and Human Problems*, [w:] *Handbook of Medical Sociology, 5th Ed.*, C. E. Bird, P. Conrad, A. Fremont (eds.), Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 322-33
- Conrad P., 1992, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, 18: 209-32
- Conrad P., 2005. *The Shifting Engines of Medicalization*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 46, No. 1, s. 3-14.
- Conrad P., 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore MD, 204 s.
- Conrad P., Schneider J. W., 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Mosby 1980; expanded edition, Temple University Press, Philadelphia, 1992, 317 s.
- Dain N., 1989, *Critics and dissenters: reflections on "antipsychiatry" in the United States*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences”, 25: 3–25
- Foucault M., 2000, *Choroba umysłowa a psychologia*, nakładem Wydawnictwa KR, Warszawa, 136 s.
- Estes C. L., Binney E. A., 1989, *The Biomedicalization of Aging – Dangers and Dilemmas*, „The Gerontologist” Vol. 29, no. 5, s. 587–596
- Featherstone M., Hepworth M., 1991, *The Mast of Ageing and the Postmodern Lifecourse*, [w:] M. Featherstone, M. Hepworth, B. S. Turner, *The Body. Social Process and Cultural Theory*, Sage Publications, London, 408 s.
- Illich I., 1976, *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*, Penguin, Harmondsworth, England, 296 s.
- Kaufman S. R., Shim J. K., Russ A. J., 2004, *Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges*, „The Gerontologist”, Vol. 44, No. 6, s. 731-738
- Lyman K. A., 1989, *Bringing the Social Back in: A critique of the Biomedicalization of Dementia*, „The Gerontologist”, Vol. 29, No. 5, s. 597-605
- Nijakowski N., 2008, *Ciało w okowach medycyny. Czy możliwa jest transgresja cielesna w erze biowładzy?*, [w:] K. Leńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Doświadczone, opisywane, symboliczne. Ciało w dyskursach kulturowych*, Uniwersytet Opolski, Opolskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Opole, 337-355.
- Piątkowski W., 2002, *W stronę socjologii zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wyd. UMCS, Lublin, 15-58
- Słońska Z., Misiuna M., 1993, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Agencja Promo-Lider, Warszawa
- Sokolowska M., 1980, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980. 284 s.
- Szasz T., 2008, *Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil*, „Current Psychology”, 27(2), 89-101