

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Diplomová práce

Bc. Matouš Holada

Užívání antidepresiv jako příklad medikalizace a farmaceutizace života

Antidepressant Use as an Example of the Medicalization and
Pharmaceuticalisation of Life

Praha 2017

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Paulíček, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval svému školiteli Mgr. Miroslavu Paulíčkovi, Ph.D. za všechny jeho rady, nápady a obohacující připomínky. Rovněž děkuji své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 8. května 2017

.....
Matouš Holada

Abstrakt

Pojem medikalizace označuje proces, skrze nějž je určitý dříve nemedicínský problém nově transformován v problém medicínský. Cílem této práce je ukázat, jak lze pomocí tohoto konceptu přispět k lepšímu pochopení fenoménu současné masové spotřeby antidepresiv. Pokouším se zde demonstrovat, že nárůst v užívání antidepresiv, k němuž v posledních desetiletích celosvětově dochází, je zapotřebí chápat jako výsledek řady faktorů, mezi nimiž stěžejní roli hraje právě změna v chápání určitých emočních stavů, dříve považovaných za přirozené, jakožto symptomů psychické poruchy. Kromě obecné analýzy činitelů, jež spotřebu těchto léků podporují, pak práce obsahuje rovněž vlastní případovou studii jednoho z nich, jímž je způsob, jakým o antidepresivech pojednávají média. Zaměřuji se zde na novinové články, publikované mezi lety 1996 a 2016 v rámci českého celostátního tisku a pokouším se ukázat, jak i přes svou relativní neutralitu diskuze, které se v nich o problematice antidepresiv vedou, svým akcentováním medikalizovaného rámce pohledu na psychické problémy ve výsledku napomáhají vytvářet prostředí, které jejich užívání podporuje.

Klíčová slova

medikalizace, farmaceutizace, antidepresiva, deprese, mediální analýza

Abstract

The term medicalization refers to the process through which a previously nonmedical issue newly becomes conceived of as a medical one. The aim of this thesis is to show how the utilization of this concept can help lead to a better understanding of the contemporary phenomenon of mass antidepressant consumption. I attempt to demonstrate here that the rise in antidepressant use, which has been occurring worldwide in the last few decades, must be understood as the result of a host of factors, among which a key role is played by changes in the conception of certain emotional states, previously understood as normal, as symptoms of mental illness. Aside from a general analysis of the factors that contribute to the consumption of these medications, the thesis also contains my own case study of one of them, namely the ways in which antidepressants are portrayed by the media. I focus on articles, published between the years 1996 and 2016 in Czech national newspapers and attempt to show how discussions about antidepressants, despite their relative neutrality, by accenting a medicalized frame of understanding mental problems help to create an environment, which supports their consumption.

Keywords

medicalization, pharmaceuticalisation, antidepressants, depression, media analysis

OBSAH

1	ÚVOD	7
2	MEDIKALIZACE A FARMACEUTIZACE	9
2.1	VZNIK, VÝVOJ A VÝZNAM POJMU MEDIKALIZACE	9
2.2	MEDIKALIZACE V MAKROSOCIÁLNÍM KONTEXTU	13
2.2.1	<i>Racionalizace a sekularizace společnosti</i>	14
2.2.2	<i>Individualismus</i>	16
2.3	AKTÉŘI V PROCESU MEDIKALIZACE	18
2.3.1	<i>Lékaři</i>	18
2.3.2	<i>Pacienti – spotřebitelé</i>	21
2.3.3	<i>Farmaceutický průmysl</i>	24
2.3.4	<i>Regulátoři – stát a zdravotní pojišťovny</i>	26
3	FENOMÉN UŽÍVÁNÍ ANTIDEPRESIV	29
3.1	FAKTORY PODPORUJÍCÍ NÁRŮST SPOTŘEBY ANTIDEPRESIV	30
3.1.1	<i>Medikalizace smutku</i>	31
3.1.2	<i>Farmaceutizace deprese</i>	36
3.2	MEDIÁLNÍ REFLEXE FENOMÉNU UŽÍVÁNÍ ANTIDEPRESIV	41
3.2.1	<i>Deprese a antidepresiva v zahraničních médiích</i>	41
3.2.2	<i>Mediální obraz antidepresiv v českém celostátním tisku</i>	43
3.2.3	<i>Diskuze</i>	50
4	ZÁVĚR	53
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	55

1 Úvod

Zhruba od druhé poloviny dvacátého století dochází v sociologii k výraznému nárůstu zájmu o problematiku zdraví a nemoci jakožto jevů stěžejního společenského významu. Pozornost tak začíná být mimo jiné věnována tomu, jak jsou v rámci určité kultury či historické epochy tyto jevy chápány a vysvětlovány a otázky stanovení jejich hranic. Rychle se přitom množí hlasy, upozorňující na společenskou a kulturní podmíněnost převládajících představ o tom, co to znamená být zdravý a zejména ve vztahu ke koncepcím normality v oblasti zdraví duševního často vyznívají silně kriticky. V této souvislosti se v sociologických pracích začíná objevovat pojem medikalizace, jakožto označení pro proces, skrze nějž je určitý dříve nemedicínský problém nově transformován v problém medicínský, a vznikají studie, které na konkrétních příkladech detailně dokumentují, jakým způsobem k těmto proměnám dochází.

Cílem této práce je ukázat, jak lze pomocí konceptu medikalizace přispět k pochopení fenoménu masového nárůstu spotřeby antidepresiv, k němuž v posledních desetiletích celosvětově dochází. Výchozím bodem je zde pro mne předpoklad, že vysvětlení tohoto nárůstu, která se spokojí pouze s konstatováním, že je odrazem stoupající prevalence deprese a jiných, příbuzných psychických poruch a popřípadě též důsledkem pokroku v schopnosti tyto nemoci rozpoznat, jsou nedostatečná, neboť zcela pomíjí otázku sociální konstruovanosti těchto diagnóz. Podrobným zaměřením se na historický proces, jenž vedl k ustavení jejich současné podoby, lze tyto nedostatky nahradit a ukázat, že aktuální vysokou míru spotřeby antidepresiv lze rovněž chápat jako svého druhu produkt procesu medikalizace některých emočních reakcí, které byly dříve považovány za přirozené.

Práce je rozdělena do dvou částí. V první se věnuji samotnému pojmu medikalizace, jeho historii a významu z hlediska sociologického poznání. Nejprve na příkladech stručně demonstruji jeho teoretickou relevanci, shrnuji kontexty, v nichž se objevuje a rovněž představuji příbuzný koncept farmaceutizace, jenž je vzhledem k němu komplementární. V následující kapitole se zaměřuji na proces medikalizace jakožto součást určitého obecného společenského pohybu, vlastního moderní společnosti a ukazuji, jak je jeho proliferace vnitřně spjata s dlouhodobými makrosociálními procesy její racionalizace a sekularizace a s rozvojem moderního individualismu. V poslední kapitole pak identifikuji čtyři hlavní aktéry, kteří svým jednáním mohou rozvoj medikalizace podporovat anebo naopak brzdit,

jimiž jsou lékaři, pacienti, farmaceutické podniky a regulační organizace; a na příkladech demonstrují, jakými způsoby se tak děje.

Druhá část je pak věnována samotnému fenoménu užívání antidepresiv. Tato část je rozdělena do dvou kapitol. V první z nich se nejprve zaměřuji na proměny, k nimž v uplynulých desetiletích došlo ve způsobu diagnostiky deprese a příbuzných psychických poruch a ukazují, že tyto změny vytvořily značný potenciál pro medikalizaci přirozených lidských emočních reakcí na environmentální stresory. Poté se věnuji otázce vzestupu popularity léčby duševních nemocí pomocí antidepresiv a pokouším se pojmenovat faktory, které vedou k její čím dál častější preferenci oproti jiným metodám léčby. Druhá kapitola je pak podrobněji věnována jednomu z mnoha faktorů, jež mohou užívání antidepresiv podporovat, jímž je způsob, jakým je o nich pojednáváno v médiích. Jádrem této kapitoly je má vlastní případová studie, analýza mediálního obrazu antidepresiv v českém celostátním tisku v letech 1996 – 2016. V té ukazují, jak i přes svou relativní střízlivost a vyváženost vzhledem k otázce hodnocení antidepresiv diskuze o nich zůstává vesměs výrazně poznamenána medikalizovaným rámcem pohledu na psychické obtíže a v efektu tak pomáhá vytvářet klima, jež je pro nárůst v jejich užívání příznivé.

2 Medikalizace a farmaceutizace

Pojem medikalizace se zpravidla používá ve dvou základních, navzájem propojených významech. Jednak k označení *procesu*, skrze nějž je určitý problém dříve nemedicínské povahy nově redefinován jako problém medicínský (Conrad, 1992: 209). Zadruhé pak k označení *stavu*, jenž je výsledkem tohoto procesu. Pokud je určitý jev nahlížen medicínskou optikou, mluví se o něm v medicínských pojmech, reakce na něj vycházejí ze sféry medicíny atd., lze o něm říci, že je medikalizovaný (Ibid.: 211).

2.1 Vznik, vývoj a význam pojmu medikalizace

Samotný pojem medikalizace se v odborné literatuře objevuje až v sedmdesátých letech minulého století (Conrad, 1975; Illich, 2012 [1976]; Melick, Steadman, & Cocozza, 1979; Zola, 1972). Nicméně již dříve vzniká řada prací, které se problematikou medikalizace a jejích společenských důsledků zabývají, ačkoliv termín samotný nepoužívají (Conrad, 1992: 210). Vysoce relevantní je v tomto ohledu klasický text T. Parsonse *The Social System* (1964 [1951]), v němž si autor vybral právě instituci moderní medicíny jako příklad, na němž demonstruje aplikaci svého funkcionálně analytického přístupu v praxi (Ibid.: 428 – 479). Parsons zde mimo jiné věnuje pozornost sociální roli nemocného a upozorňuje na významné důsledky, které pro jedince z přijetí této role plynou (Ibid.: 436 – 437). Nemocný je především zproštěn řady běžných společenských povinností. Zároveň se však předpokládá, že bude dle svých možností aktivně spolupracovat na snaze o své uzdravení; zpravidla tak, že vyhledá pomoc lékaře (Ibid.). V pozadí této role a požadavků na ni se nachází pojetí nemoci jako svého druhu deviantního jevu, narušujícího normální fungování společenského systému (Lupton, 2012: 4). Instituce moderní medicíny, jejímž cílem je tento problém zvládat a řešit, tak významnou měrou slouží k zajišťování sociální kontroly (Ibid.).

V tom, že v medicíně rozpoznal důležitou instituci sociální kontroly, však Parsons rozhodně nebyl sám. Naopak lze říci, že toto uvědomění je něčím, co spojuje celou řadu autorů často velmi rozdílných teoretických východisek, kteří se tématu společenského významu medicíny ve své práci dotkli (Conrad, 1992; Foucault, 1993; Goffman, 1978; Illich, 2012; Zola, 1972). Role medicíny v tom, jak je ve společnosti praktikována sociální kontrola, přitom vychází obzvláště jasně najevo, pokud zaujmeme historickou perspektivu a podíváme se, jak se nakládání s určitými jevy změnilo poté, co došlo k jejich medikalizaci. Dobrým příkladem je problém čarodějnictví (Zola, 1972: 488). Když byly v minulosti osoby obviněné

z čarodějnictví chápány jako posedlé d'áblem, docházelo k jejich hromadnému pronásledování a upalování. Proti tomuto přístupu vznesli protesty někteří lékaři, kteří formulovali alternativní pohled na věc; nejednalo se podle nich o lidi posedlé d'áblem, ale o duševně nemocné, proto neměli být zabíjeni, nýbrž léčeni (Ibid.). Jejich stav tak byl medikalizován.

Dalším, tentokrát aktuálnějším příkladem je změna, ke které v posledních desetiletích došlo v přístupu k homosexualitě. V současném západním světě je dnes homosexualita poměrně široce uznávána jako neproblematický jev, nicméně v poměrně nedávné minulosti bývala označována za nemoc a docházelo k pokusům ji léčit. Ještě před necelými padesáti lety byla jakožto duševní porucha součástí *Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch* (DSM) Americké psychiatrické asociace (Conrad & Angell, 2004). Posun, k němuž následně došlo, když Americká psychiatrická asociace po nátlaku ze strany hnutí za práva gayů manuál revidovala a přestala klasifikovat homosexualitu jako patologický stav, lze nazvat demedikalizací; v tomto případě došlo k procesu, jenž je logickým opakem procesu medikalizace (Ibid.).

To, že je jistý jev nahlížen medicínskou optikou v obou výše uvedených případech zřetelně vede k zaujetí určitého stanoviska vzhledem k normativní otázce, jak s tímto jevem nakládat. Toto stanovisko se přitom od stanovisek zmíněných alternativních výkladů daných jevů výrazně liší. Ve světle této skutečnosti je proto zřejmé, že medikalizace je proces, jehož důsledky mohou mít z hlediska organizace společnosti a toho, jak je v ní praktikována sociální kontrola, zásadní význam. Je proto nasnadě, že by tomuto procesu v sociologickém zkoumání měla být věnována patřičná pozornost.

Této pozornosti se medikalizaci skutečně dostalo a dodnes dostává. Od dob prvního užití tohoto pojmu vznikla celá řada prací, které s ním nějakým způsobem pracují. V podstatě je přitom lze rozdělit do dvou skupin. První tvoří empirické případové studie, zaměřené buďto na analýzu medikalizace nějakého konkrétního jevu nebo na zkoumání příspěvku nějakého aktéra (v širokém významu tohoto slova) k medikalizaci obecně. Sem lze zařadit celou plejádu prací, od studií o rozmachu diagnózy hyperkineze u dětí (Conrad, 1975), o medikalizaci kriminálního chování u mentálně postižených (Melick, Steadman, & Coccozza, 1979) či o demedikalizaci a potenciální remedikalizaci homosexuality (Conrad & Angell, 2004) po práce zkoumající vliv reklamy (Arney & Menjivar, 2014; Arney & Rafalovich, 2007; Conrad & Leiter, 2008) nebo mediálních reprezentací léků (Montagne, 2001) na medikalizaci.

Druhou skupinu pak tvoří práce, snažící se postihnout medikalizaci na celospolečenské úrovni. Mezi výzkumníky panuje shoda, že medikalizace je v soudobých společnostech obecně na vzestupu (Conrad, 2007: 117). Jakkoliv lze v určitých oblastech identifikovat i tendence k demedikalizaci, trend k medikalizaci stále více oblastí lidského života nad nimi výrazně převažuje. Řada výzkumníků se proto pokouší odhalit a pojmenovat faktory, které mají nárůst medikalizace na svědomí. Jejich závěry se přitom mnohdy výrazně liší. Tak například Ivan Illich, jeden z prvních autorů, kteří se medikalizací detailně zabývali, ji dává do souvislosti s širším trendem ztráty autonomie jedince ve prospěch institucionálních sil, které si v dané oblasti života (zde tedy v oblasti zdraví) nárokuje monopol na pravdu (Illich, 2012). Medikalizace je proto v jeho pojetí hodnotově silně negativně zatíženým pojmem. Opakem takového kritického pojetí pak je přístup, který bývá nazýván různě; například „progresivním modelem“ (Busfield, 2010) či „biomedicínským pohledem“ (Abraham, 2010), jehož podstatou je víra, že expanze medicíny a s ní spojené okolnosti, jako je narůstající spotřeba léků, reflektuje vědecký pokrok sloužící potřebám obyvatelstva a je tedy jevem pozitivním.

Jakkoliv mohou takovéto přístupy k vysvětlování nárůstu medikalizace být užitečné, to že se pohybují na poměrně vysoké úrovni abstrakce a jsou výrazně hodnotově zatížené, je vede k do jisté míry zjednodušujícím závěrům. Ve snaze vyhnout se potížím, které s sebou takovéto způsoby vysvětlení přinášejí, proto mnozí badatelé opouští jejich globální perspektivu a zaměřují se na proces medikalizace podrobněji jako na výsledek působení řady různých, mnohdy vzájemně protichůdných sil (Busfield, 2010; Clarke, Mamo, Fishman, Shim, & Fosket, 2003; Conrad, 2005). Takto zaměřené práce pak lze pracovní rozdělit do dvou skupin dle jejich analytického přístupu. Zatímco některé se soustředí zejména na identifikaci relevantních aktérů, jejichž jednání má na proces medikalizace vliv (např. Busfield, 2010), jiné vycházejí spíše z analýzy relevantních sociálních procesů (např. Clarke et al., 2003). V podstatě lze říci, že se zde projevuje klasické sociologické dilema struktury a jednání; obě skupiny prací se v jádru zabývají stejnou tematikou, pouze ji odlišně analyticky uchopují a z hlediska poznání jsou proto oboje relevantní. Podstatné je, že se na rozdíl od některých jiných přístupů k vysvětlení nárůstu medikalizace snaží s tímto pojmem pracovat nehodnotícím způsobem, což podporuje validitu jejich výpovědí.

Ve zbytku této kapitoly se na výsledky některých výše zmíněných prací zaměřím podrobněji. Nejprve však ještě krátce představím koncept farmaceutizace, který se v posledních letech začal v sociologické literatuře ujímat a z hlediska tématu této práce slibuje

být vhodným analytickým komplementem pojmu medikalizace. Pohled na problematiku medikalizace se od dob, kdy se tento termín prvně začal používat, postupně vyvíjel a měnil. Conrad (2005) identifikuje posun v tom, že zatímco rané práce o medikalizaci kladly důraz zejména na roli lékařů a organizací, které je sdružují a různých sociálních hnutí a zájmových skupin na proces medikalizace, v současnosti výrazně narostl vliv dalších aktérů a okolností. Markantní je zejména vzestup role farmaceutického průmyslu v souvislosti s rozvojem pokročilejších biotechnologií; posun v chápání pacienta od dřívější relativně pasivní role k roli spotřebitele, aktivně pečujícího o své zdraví a změny v oblasti organizace zdravotního pojištění (Ibid.).

Jak se pohled na medikalizaci proměňuje, vznikají nové analytické pojmy, nabízející alternativní konceptualizaci výzkumného problému. Příkladem může být termín biomedikalizace, zavedený skupinou autorů, kteří v proměnách přístupu ke zdraví v posledních desetiletích spatřují nikoliv jen posun v důrazu, ale zásadní kvalitativní předěl vzhledem k minulosti (Clarke et al., 2003). Z hlediska této práce je však zajímavý zejména pojem farmaceutizace (anglicky *pharmaceuticalisation*). Tento pojem se v odborných pracích začal objevovat teprve relativně nedávno a má s pojmem medikalizace mnoho společného, v některých důležitých detailech se však od něj liší (Abraham, 2010; Bell & Figert, 2012; Bordogna, 2014; Davis, 2015; Fox & Ward, 2008; Williams, Gabe, & Davis, 2008; Williams, Martin, & Gabe, 2011).

Podstatou farmaceutizace je, stejně jako v případě medikalizace, změna v nahlížení určitého jevu či problému. Ale zatímco medikalizace znamená, že je daný jev nově nahlížen jako medicínský problém (tedy například jako nemoc), farmaceutizace značí, že jde o problém, jenž by měl být řešen farmaceutickými prostředky (Williams et al., 2011: 711). Tyto procesy jdou mnohdy ruku v ruce. Například vzhledem k rozmachu v diagnostikování hyperaktivity a poruch pozornosti u dětí, které by dříve spíše byly označeny za zlobivé, lze říci, že došlo k medikalizaci jejich stavu. Pokud jsou pak jako řešení těmto dětem předepisovány tlumící léky, můžeme mluvit rovněž o farmaceutizaci. Pokud jsou však místo toho podrobeny například nějaké formě psychoterapie, o farmaceutizaci se nejedná (Abraham, 2010: 605). Stejně tak lze mluvit o případech, kdy dochází k farmaceutizaci, aniž by nutně muselo dojít k medikalizaci. Příkladem může být užívání léků zdravými lidmi z důvodů souvisejících s jejich životním stylem či za účelem dosažení nějaké výhody; například užívání přípravků na zlepšení erekce muži, kteří přímo netrpí erektilní dysfunkcí, ale chtějí se takto „vylepšit“ (Fox & Ward, 2008). Pojem farmaceutizace proto může při analýze změn

v nazírání a zvládání určitých jevů v soudobých společnostech posloužit jako vhodný komplement pojmu medikalizace.

2.2 Medikalizace v makrosociálním kontextu

Pojem medikalizace lze použít jednak ve vztahu k nějakému konkrétnímu jevu, ať už jde o určitý tělesný či duševní stav nebo osobnostní charakteristiku (medikalizace obezity, smutku, sexuální orientace) anebo o určitý druh chování (kleptomanie, alkoholismus, v minulosti například masturbace) či dokonce o celou životní fázi, jako je například období těhotenství či stáří (Conrad, 2007). Rovněž jej však lze použít k označení celospolečenského trendu k obecně stále častějšímu uplatňování medicínského rámce k vysvětlování, chápání a pořádání světa. V tomto širším významu pak lze mluvit o medikalizaci života či medikalizaci společnosti (Illich, 2012; Zola, 1972).

Jak jsem již výše zmínil, mezi výzkumníky panuje shoda, že medikalizace lidského života je obecně na vzestupu a v současnosti je tak stále více jevů nahlíženo medicínskou optikou. Pro toto tvrzení lze přitom najít řadu poměrně silných empirických dokladů (Conrad, 2007: 117). Lze například sledovat vývoj v počtu kodifikovaných, a tudíž obecně uznávaných diagnostických kategorií (Ibid.). Dobrým příkladem tohoto projevu rostoucí medikalizace je *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch* (DSM) Americké psychiatrické asociace. Zatímco jeho první verze, vydaná v roce 1952, obsahovala celkem 106 diagnóz, jejich počet postupně rostl a verze z roku 1994 jich již obsahovala 297 (Ibid.: 118). A řadu nových diagnostických kategorií zavádí i v současnosti nejaktuálnější verze (DSM-5), vydaná v roce 2013, z čehož lze usoudit, že tento trend pokračuje i nadále (Wakefield, 2013).

Dalším indikátorem rostoucí medikalizace může být expanze stávajících diagnostických kategorií, mající za následek zvýšení počtu těch, kteří naplňují jejich kritéria. Příkladem může být rozšíření původně výlučně dětské diagnózy ADHD i na dospělé či transpozice diagnózy posttraumatické stresové poruchy, vzniklé k popisu určitého souboru symptomů, zaznamenaných u válečných veteránů, na další skupiny lidí, například oběti nehod či přírodních katastrof (Conrad, 2007: 118 – 119). Snad nejpůsobivějším dokladem o nárůstu medikalizace pak jsou rozsáhlé změny, k nimž došlo a nadále dochází v chápání takových aspektů lidského života, jako je těhotenství, stáří či smrt.

Jaké jsou ale příčiny tohoto obrovského celospolečenského rozmachu medikalizace? V konkrétních případech, například u proliferace určité diagnózy, lze často poměrně uspokojivě odpovědět poukazem na příspěvky určitých aktérů k danému procesu a jeho výsledek tak vysvětlit jejich vzájemnou interakcí. Tomuto modu vysvětlení bude věnována

následující kapitola. Jak však postihnout medikalizaci jako obecný trend, jako určitý celospolečenský pohyb? Zde je již hledání příčin ve smyslu kauzálních interpretací vzhledem k vyšší míře abstrakce značně problematické. Nicméně, lze identifikovat řadu faktorů, které napomáhají vytvářet příznivé prostředí pro rozvoj medikalizace a popsat tak makrosociální kontext, v němž probíhá (Conrad, 2007: 8).

2.2.1 Racionalizace a sekularizace společnosti

Mnozí autoři takto dávají vzestup medikalizace do souvislosti mimo jiné s úpadkem společenského významu náboženství (Conrad, 1992; Lupton, 2012; Zola, 1972). Zejména v průběhu posledních dvou staletí totiž dochází k tomu, že se řada jevů, které byly dříve v kompetenci církví, stává předmětem medicíny; příkladem může být již zmíněná transformace posedlosti v duševní nemoc. Tyto změny lze přitom chápat jako součást širšího procesu racionalizace společnosti a vzestupu vědecko-technických způsobů vykládání a chápání světa (Conrad, 1992)¹.

S tím jak v moderní společnosti slábne sociální role náboženství, lze říci, že zdraví a péče o něj do jisté míry zaujímají jeho místo (Conrad, 1992; Komárek, 2015; Lupton, 2012; Zola, 1972). Za pozornost přitom stojí, že instituce moderní medicíny má s institucemi církevními řadu společných znaků. Jak podotýká Stanislav Komárek, stejně jako si v minulosti církve hlásáním zásady „*mimo církev není spásy*“ uzurpovala monopol na spásu lidské duše, činí si dnešní medicína nárok na to být absolutní autoritou ve věcech spásy těla (2015: 150).

Tuto svou autoritu přitom moderní medicína legitimizuje s odvoláním na svou vědeckou, hodnotově údajně zcela neutrální a objektivní povahu (Zola, 1972). Její rozvoj bývá proto často spojován s jakýmsi obecným humanitárním trendem v západních společnostech; bývá chápán jako součást jakéhosi velkého odtemnění a odvržení všemožných nesmyslných a škodlivých předsudků a pověr, spojovaných s „předvědeckými“ časy (Ibid.). Jako typický příklad takového dějinně optimistického pojetí role medicíny bývá uváděna změna, k níž zhruba s nástupem devatenáctého století došlo v zacházení s duševně

¹ Ironií pak je, že oficiální církve v minulosti v jistých případech samy tomuto pohybu napomáhaly. Foucault v této souvislosti zmiňuje snahu francouzské katolické církve z přelomu sedmnáctého a osmnáctého století o potření vlny „*protestantského a jansenistického mysticismu*“, v rámci které se církevní autority „*obrátily na lékaře, aby dokázali, že všechny jevy extáze, inspirace, věšteství, nadšení Duchem svatým pocházejí (samozřejmě u kacířů) jen z prudkých hnutí mysli a ducha.*“ (1997: 82). V devatenáctém století se pak oběti takovéto racionalizace stala i církve oficiální (Ibid.).

nemocnými. Zatímco do té doby bylo běžné, že blázni byli bití, zavírání do klecí, spoutání v řetězech a takto vystavování očím veřejnosti, která jejich útulky navštěvovala podobně, jako dnes navštěvuje zoologické zahrady, nastal touto dobou důležitý obrat (Foucault, 1993). Šilencům byla sňata pouta a byly jim vyhrazeny samostatné internační prostory – do té doby byli ve špitálech zavírání spolu s pestroutou sortoutou dalších, kteří se z nějakého důvodu stali pro většinouvou společnost nepřijatelní, ať už se jednalo o žebráky, prostitutky, povaleče či pohlavně nemocné a invalidy. Zároveň jim byl všeobecně přisouzen status duševně nemocných a hlavním cílem jejich internace se nyní na rozdíl od prosté izolace stala snaha je léčit (Ibid.).

Obraz moderní medicíny jakožto osvoboditelky od barbarských praktik minulosti bývá proto zpravidla vykreslován idylicky. Jak však ve svých analýzách ukázal Michel Foucault, toto oslavované osvobození šilenců od fyzických pout bylo zároveň doprovázeno jejich o to pevnějším svázáním pouty nepřetržité sociální a mravní kontroly (1997: 89). Vyléčit šilence totiž *„znamenaloz znovu mu vštípit pocit závislosti, pokory, viny a vděčnosti, které patří k mravní výzbroji rodinného života. K tomuto cíli se používalo prostředků, jako jsou hrozby, tresty, odnětí potravy, ponižování, prostě všeho, co mohlo u šíleného vést k infantilitě a zároveň k pocitu viny. (...) šílený měl být sledován v každém gestu, omezován ve svých požadavcích, v jeho bludech se mu mělo odporovat, za omyly měl být zesměšňován, po každé odchylce od normálního chování měl bezprostředně následovat trest. A to pod vedením lékaře...“* (Ibid.).

Moment mravního soudu, vznášejícího se v tomto případě nad duševně nemocnými, je přitom něčím, co je medicíně obecně vlastní. A je to právě tento moment, v němž její autorita připomíná autoritu náboženskou. Jakkoliv totiž může přidělení medicínské nálepky určitý stav de-stigmatizovat a jejího nositele tak zprostit viny za jeho situaci, neznamená to, že by se tím aspekt mravního hodnocení zcela vytratil (Zola, 1972). Spíše se přesouvá do oblasti toho, jak daný jedinec se svou nemocí naloží. Jak už si totiž povšiml Parsons (1964), role nemocného s sebou přináší i určitý závazek, jímž je aktivní snaha o uzdravení za spolupráce s lékařem jakožto zástupcem medicínskému systému. Pakliže tento závazek jedincem není dodržen, stává se předmětem morálního odsouzení, stejně jako kdysi neposlušní šilenci v útulcích devatenáctého století.

Jakkoliv tedy vzestup medikalizace souvisí s racionalizací, sekularizací a jakousi humanizací společnosti, je zapotřebí si uvědomit, že tyto procesy samy o sobě nutně nemusí z normativního hlediska představovat pokrok (jak je často implikováno), a ani proces

medikalizace tudíž nelze skrze příbuznost s nimi nahlížet takto jednoduše a neproblematicky. Medikalizace určitého jevu jej sice například může zbavit stigmatizující nálepky hříchu, místo ní však zavádí novou, pozitivně vědeckou, jež je však morálně neutrální pouze zdánlivě. Nežli tedy medikalizaci jednoduše vykládat jako součást (normativně implicitně pozitivního) procesu emancipace od utlačivých předmoderních forem sociální kontroly, lze spíše říci, že je výrazem toho, jak se způsoby uplatňování sociální kontroly v moderní společnosti proměnily; odráží se v ní změny, k nimž v moderní společnosti dochází v tom, jak je nakládáno s deviací, jak je vysvětlována a zvládána.

2.2.2 Individualismus

Vedle komplexu úzce provázaných faktorů, jimiž jsou obecné tendence moderní společnosti k racionalizaci, sekularizaci a humanizaci, bývá jako další významný faktor podporující proces medikalizace zmiňován také moderní individualismus (Conrad, 2007; Lupton, 2012). Toto tvrzení vychází ze skutečnosti, že mluvit o určitém jevu jako o nemoci v podstatě znamená lokalizovat jej jako problém jednotlivce, protože jedině ten může být jejím nositelem (společnost může být nemocná pouze metaforicky). V nárůstu frekvence transformace některých jevů v medicínské problémy proto bývá spatřován projev obecné společenské tendence zdůrazňovat význam jednotlivce oproti společenské struktuře.

Medikalizaci lze takto chápat jako svého druhu specifický způsob individualizace sociálních problémů. Z tohoto důvodu pak bývá často terčem kritiky, neboť pokud je určitý problematický jev konceptualizován jako problém, jehož zdroje i možnosti nápravy leží v jednotlivci, uzavírají se tím případné alternativní cesty jeho řešení (Zola, 1972: 500). Například pokud je určitý duševní stav označen za psychickou poruchu, charakterizovanou určitým souborem symptomů, tak se kontext, v němž se onen stav objevil, ztrácí ze zřetele a může tedy docházet k tomu, že jsou opomíjeny širší strukturální příčiny jeho vzniku (Horwitz & Wakefield, 2007).

Moderní individualismus je dále charakteristický tím, že jde ruku v ruce s vzrůstající funkční diferenciací společnosti. Jedinec je v současných západních společnostech ve srovnání s minulostí do značné míry osvobozen od determinace životní dráhy faktory, jako je stavovský či třídní původ nebo genderový status, zároveň se však ve větší míře stává závislým na trhu práce ohledně možností své obživy a na expertním vědění vzhledem k potřebě smysluplné orientace ve světě (Beck, 2004). Výrazný nárůst významu expertního vědění je přitom zcela evidentní mimo jiné právě v oblasti péče o zdraví. Vzrůstající společenský význam a s ním spojenou prestiž lékařské profese, jež jejím příslušníkům mnohdy umožňuje

do značné míry kontrolovat a řídit procesy medikalizace a demedikalizace (viz následující kapitulu), lze tedy dát do souvislosti s prohlubováním obecných tendencí moderní společnosti k funkční diferenciaci a profesní specializaci.

Právě na tuto souvislost pak míří některé zásadní kritiky současného rozmachu medikalizace. Patrně nejvlivnější z nich vyslovil již v jedné z prvních prací, jež s tímto pojmem explicitně pracují, Ivan Illich (2012 [1976]). Narůstající medikalizaci života zde kritizuje nikoliv jako určitý izolovaný jev, ale jako součást obecné tendence moderní společnosti k preferování institucionálních řešení problémů na úkor autonomie jednotlivce v jejich zvládnutí (Ibid.: 29). Nebezpečí, představované institucí moderní medicíny je podle něj „*analogické k nebezpečí, které představuje objem a intenzita dopravy pro mobilitu, nebezpečí, které vzdělávání a média představují pro učení, nebo nebezpečí, které urbanizace představuje pro kompetentní vybudování vlastního domova.*“ (Ibid.). Podstata tohoto nebezpečí přitom tkví v tom, že za určitou kritickou hranicí se všechna tato institucionální řešení stávají vzhledem k účelům, za kterými vznikla, kontraproduktivní (Ibid.). V případě medicíny lze pak tuto kontraproduktivitu konceptualizovat na několika úrovních; Illich proto rozlišuje tzv. iatrogenézy² klinickou, sociální a kulturní. Pojem klinická iatrogenéza (Ibid.: 33) odkazuje k přímým poškozením v důsledku lékařských zásahů (například v důsledku vedlejších účinků léků), iatrogenéza sociální a kulturní (Ibid.: 45, 89) pak k širším negativním společenským a kulturním změnám, zapříčiněným institucionalizací a byrokratizací péče o zdraví.

Tato kritika medikalizace života je cenná mimo jiné tím, že vrhá světlo na paradoxní charakter moderního individualismu. Jedinec dnes v mnoha ohledech disponuje nebyvalým množstvím osobní svobody, zároveň je ale v její realizaci podřízen mocným institucionálním silám, které svým rozpínáním hrozí tuto svobodu paralyzovat. Ty samé síly však zároveň vytvářejí kontext, v němž je moderní individualismus vůbec možný; nelze je proto chápat jako jakési vnější ohrožení, ale spíše jako jeho nedílnou součást. V této souvislosti pak lze říci, že Illichova kritika rozmachu medikalizace je poněkud jednostranná, neboť se soustředí téměř výhradně na roli lékařů a „*medicínského establishmentu*“ obecně a portrétuje je tak jako výsledek jakéhosi medicínského imperialismu, který pacienti spíše pouze trpně snášejí, než aby se na jeho utváření sami aktivně podíleli. Takovýto výklad je však zjednodušující; role pacientů nemusí být vždy pasivní, mnohdy naopak mohou svými činy proces

² Výraz iatrogenéza autor používá obecně a široce k označení poškození, způsobeného v důsledku lékařského zásahu (Illich, 2012: 27).

medikalizace výrazně ovlivnit, ať už tím, že vznášejí explicitní požadavek po medikalizaci či demedikalizaci určitého stavu anebo méně zjevně skrze své spotřebitelské chování a různá drobná každodenní rozhodnutí vztahující se k oblasti zdraví a péče o něj.

2.3 Aktéři v procesu medikalizace

Faktory, jako jsou obecné tendence moderní společnosti k racionalizaci a sekularizaci, spolu s nárůstem individualismu a rozvojem institucionálního prostředí, které ho umožňuje, společně vytváří makrosociální kontext, na jehož pozadí dochází zejména od druhé poloviny dvacátého století k výraznému rozmachu medikalizace života a poskytují tak jakýsi obecný vysvětlující rámec pro pochopení tohoto jevu v jeho historických souvislostech (Conrad, 2007: 8). Chceme-li však rozmach medikalizace pochopit ve smyslu kauzální interpretace, je zapotřebí zvolit méně abstraktní modus vysvětlení. V této kapitole se proto pokusím identifikovat hlavní aktéry³, kteří mohou proces medikalizace ovlivnit a popsat způsoby, jakými mohou k jeho rozvoji přispívat anebo jej naopak brzdit. Současnou míru medikalizace pak lze chápat jako svého druhu výsledek střetání různých snah těchto aktérů (Busfield, 2010).

2.3.1 Lékaři

Společenský význam medicínské profese v moderní společnosti (zejména v průběhu dvacátého století) oproti minulosti výrazně narůstá, což souvisí s širšími sociálními změnami, zmíněnými v předchozí kapitole (Conrad, 2007: 8 – 9). S tím jak se jejich společenská úloha stávala dominantnější, rostl přitom zároveň potenciální i reálný vliv lékařů a je sdružujících organizací na procesy medikalizace a demedikalizace. Zejména v raných pracích, které se procesem medikalizace zabývají, bývají proto lékaři zpravidla konceptualizováni jako jeho hlavní a nejvýznamnější aktéři (Conrad, 1975; Conrad, 1992; Illich, 2012). Celospolečenský rozmach medikalizace, k němuž v průběhu dvacátého století dochází, lze pak touto optikou chápat v podstatě jako jakousi funkci narůstajícího společenského vlivu lékařů. Zhruba od přelomu století se však začínají množit hlasy, upozorňující na změny, k nimž v oblasti péče o zdraví v posledních desetiletích dochází; změny vedoucí k tomu, že role lékařů v procesu medikalizace začíná slábnout (Clarke et al., 2003; Conrad, 2005; Conrad & Leiter, 2004). Mezi tyto změny patří zejména nárůst vlivu farmaceutických společností, posun v přístupu

³ Pojem aktér zde používám v užším slova smyslu k označení určitých sociálních jednotek či organizací.

pacientů ke zdraví směrem k spotřebitelsky orientovanému chování a vývoj, k němuž dochází v oblasti organizace zdravotního pojištění⁴ (Conrad, 2005).

I přesto však role lékařů v procesu medikalizace zůstává stále velmi významná. Pramení přitom zejména z jejich postavení jakožto osob, disponujících určitou institucionálně potvrzenou mocí nad definičním procesem, jenž je jádrem procesu medikalizace (Conrad, 2007: 156). Tato definiční moc se přitom projevuje jak na úrovni obecné (kodifikací nemocí a jejich symptomů), tak na rovině konkrétní (diagnostikou v klinické praxi). Na obecné rovině spočívá moc lékařů, respektive organizací, které je sdružují, nad procesem medikalizace v tom, že (zpravidla v návaznosti na medicínský výzkum) stanovují, co lze považovat za nemoc a jaká kritéria (například přítomnost určitých symptomů) pro to musí být splněna.

Tato definiční moc lékařů je velmi dobře viditelná na příkladu duševních chorob, u kterých je dosažení konsensu o tom, zda jistý stav naplňuje parametry nemoci či nikoliv, zpravidla výrazně těžší než v případě mnohých poruch očividněji fyzických⁵. Jako zásadní se zde proto ukazuje být otázka, zda a jakým způsobem je určitý stav zaveden jako oficiální diagnóza v některém široce používaném diagnostickém manuálu, například v *Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch* (DSM), vydávaném Americkou psychiatrickou asociací nebo v *Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů* (ICD), vydávané Světovou zdravotnickou organizací (Conrad & Angell, 2004; Conrad, 2007; Horwitz & Wakefield, 2007). Vzhledem k autoritativní váze těchto dokumentů má kodifikace určitého stavu v jejich rámci a způsob, jakým je provedena, dalekosáhlé důsledky jak z hlediska klinické praxe, tak z pohledu dalšího výzkumu tohoto stavu. Například Horwitz & Wakefield tak v knize *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (2007), které se budu podrobněji věnovat v druhé části této práce, tvrdí, že současná celosvětová epidemie deprese není ani tak projevem skutečného nárůstu výskytu depresivních poruch, jako spíš artefaktem toho, jak psychiatrie od dob vydání třetí verze DSM přistupuje k jejich diagnóze.

Z důsledně konstruktivistického hlediska by tedy bylo možno říci, že lékaři těmito definičními akty různé nemoci a poruchy doslova vytváří. Avšak i pokud na takto extrémní stanovisko nepřistoupíme a přiznáme těmto jevům objektivní, nezávislou existenci, je zjevné,

⁴ Problematika medikalizace bývá sociology typicky studována na příkladu Spojených států amerických; uvedené změny proto samozřejmě nemusí být univerzálně platné.

⁵ Dichotomie tělesné – duševní choroby je samozřejmě poněkud problematická, analyticky však užitečná; proto se jí na tomto místě nebudu blíže zabývat. Pro zajímavou úvahu na toto téma viz například eseje Stanislava Komárka (2015).

že způsob, jakým jsou v diagnostických manuálech kodifikovány, se musí již z čistě praktických důvodů promítnout do toho, jak je s nimi dále nakládáno. Jak výzkumníci zkoumající výskyt chorob v populaci, tak i ordinující lékaři zkrátka často nemají čas ani prostředky, aby se mohli zabývat otázkou, co tvoří podstatu těchto nemocí. Diagnostické manuály jim pak poskytují autoritou posvěcený prostředek, jak tento problém překonat (Ibid.: 125)⁶.

V klinické praxi pak dochází k obdobným definičním aktům na úrovni jednotlivce. Lékař zde figuruje jako autorita, která rozhoduje o tom, zdali je ten, koho vyšetřuje, prohlášen za zdravého či nemocného, případně živého či mrtvého. Na základě jeho úsudku se rozhoduje o natolik rozličných věcech, jako je například trestní odpovědnost, přiznání nemocenské náhrady mzdy, způsobilost k darování krve, uznání nároku na zvláštní vzdělávací podmínky či schopnost řídit motorové vozidlo. Z hlediska farmaceutizace je pak zásadní prostá skutečnost, že dlouhou řadu léků nelze získat bez lékařského předpisu, což do jisté míry limituje jejich užívání (Busfield, 2010: 937).

Lékaři mohou principiálně vzato díky své definiční moci vzhledem k procesům medikalizace a farmaceutizace stále nových oblastí života působit oběma směry; mohou je brzdit i akcelarovat. Jejich postavení je však charakterizováno vlastnostmi, které zpravidla vedou spíše k tomu, že rozvoji těchto procesů napomáhají (Ibid.). Důležitým bodem je v tomto ohledu skutečnost, že lékaři se často musí rozhodovat o tom, zdali předepsat určitou léčbu či nikoliv v situaci, kdy si nejsou jisti, zdali je skutečně nezbytná, případně i je-li jejich pacient skutečně nemocný (Ibid.). Riziko podcenění vážnosti pacientova stavu je však v takové situaci pro lékaře obvykle výrazně nebezpečnější, než riziko toho, že podniknutá intervence může být zbytečná či dokonce škodlivá. Pacient k lékaři navíc přichází s očekáváním, že ten pro něj něco podnikne a očekává od něj tedy aktivní rozhodnutí a nikoliv jen pokrčení rameny, jež by mnohdy patrně bylo reakcí upřímnější (Ibid.).

Tyto faktory svým společným působením vytváří klima, v němž je lékař silně motivován, aby nějakým způsobem intervenoval; typicky například tím, že pacientovi předepíše léky i v situaci, kdy je pravděpodobnost, že daná intervence povede k žádoucímu cíli mizivá anebo kdy je s nejvyšší pravděpodobností zcela zbytečná (Ibid.). Tímto způsobem pak činnost lékaře na mikrosociální úrovni procesy medikalizace a farmaceutizace stimuluje.

⁶ V souvislosti s problematikou toho, jak určité informace po často bouřlivém a nejistém vývoji v rámci vědeckého výzkumu časem získávají status pravdy, jejíž kořeny pak již dále nejsou zpochybnovány, viz například Latour & Woolgar (1986).

Za pozornost přitom stojí, že intervencionismus preferující praxe s sebou přináší zvýšený potenciál rizika iatrogenního poškození pacienta (Illich, 2012) a další nezanedbatelné vedlejší důsledky. Příkladem může být předepisování antibiotické léčby u nepříliš vážných onemocnění, se kterými by si pacient pravděpodobně „poradil sám“, jež může v důsledku vést až k vzniku rezistentních kmenů bakterií a tedy ke ztrátě účinnosti daných antibiotik (Thomas & Depledge, 2015).

2.3.2 Pacienti – spotřebitelé

Role pacienta byla v sociologických výkladech tradičně vykreslována jako role spíše podřízená a pasivní; pacient byl chápán jako objekt lékařova zájmu, jehož hlavní povinností je s lékařem spolupracovat tím, že se podřídí jeho pokynům (Parsons, 1964). Není proto příliš překvapivé, že otázce vlivu pacientů na proces medikalizace byla donedávna věnována spíše jen okrajová pozornost – i když rozhodně nelze říci, že by takto zaměřené studie zcela chyběly (Conrad 1992: 219). Zhruba kolem přelomu tisíciletí však nastal v reflexi role pacienta výrazný posun a objevila se řada prací, které poukazují na její vývoj směrem k spotřebitelsky orientovanějšímu, informovanějšímu a obecně aktivnějšímu způsobu chování (Busfield, 2010; Conrad, 2005; Conrad & Leiter, 2004). V této souvislosti se někdy mluví o tzv. „informovaném pacientovi“ či „expertním pacientovi“ (Fox, Ward, & O’Rourke, 2005).

Tuto změnu lze dát do souvislosti s širším společenským trendem proměny pohledu na zdraví. Badatelé často akcentují, že v průběhu druhé poloviny dvacátého století došlo k jistému posunu v chápání toho, co to znamená být zdravý. Zdraví totiž už v dnešním pojetí není chápáno ani tak jako jakýsi základní stav, jenž může nemoc narušit (srv. Parsons, 1964), ale jako projekt; jako cíl, vůči kterému je zapotřebí aktivně směřovat a za jehož dosažení či nedosažení je člověk do jisté míry osobně odpovědný (Clarke et al., 2003: 172). Tento pohled je dále podporován pokračujícími inovacemi na poli medicíny a biotechnologií, jejichž využití vede k přesunu důrazu od diagnóz nemocí k diagnózám rizik (Ibid.). Rozvoj komplexnějších diagnostických technik tak v podstatě vede ke stavu, kdy pacienti již nejsou hodnoceni ani tak jako zdraví či nemocní⁷, jako spíše jako více či méně rizikovní (Ibid.).

⁷ V této souvislosti je rovněž příznačné, jaké podoby nabyla definice zdraví Světové zdravotnické organizace, formulovaná v roce 1948 a platná dosud: „*zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody a nikoliv pouze absence nemoci*“ (WHO, cit. 28. 1. 2017, překlad M. H.). O vhodnosti této definice, vzhledem k její možné zastaralosti a výraznému medikalizačnímu potenciálu se v současnosti vedou spory, viz například Huber et al. (2011).

Další změnou, která aktivnějším postojem pacientů/spotřebitelů napomáhá, je rozvoj nových médií, zejména internetu a informační potenciál, který přináší. Zatímco před několika desítkami let byli pacienti z hlediska získávání informací o svém zdravotním stavu často takřka výhradně závislí na lékaři, dnes mohou vlivem rozšíření internetu k takovýmto informacím přijít velmi snadno (Clarke et al., 2003: 177; Glajchová, 2016). Hodnocení dopadu této skutečnosti pak zpravidla bývá poměrně ambivalentní. Na jedné straně je zmiňován její demokratizační potenciál, na straně druhé s sebou přináší obavy ohledně kvality takto získaných informací a schopnosti pacientů s nimi adekvátně naložit (Glajchová, 2016). Rovněž nelze pominout možnost potenciálního rámování či zkreslování daných informací ve prospěch komerčních zájmů (Clarke et al., 2003: 177). Patrně není náhoda, že představa informovaného pacienta, schopného objektivněji posoudit své zdravotní potřeby, bývá zástupci farmaceutického průmyslu využívána jako politický argument pro uvolnění restrikcí v oblasti reklamy na léčiva (Mulinari, 2013).

Kromě zmíněné informační funkce internetu pak rovněž stojí za pozornost jeho význam jakožto média, umožňujícího nevídaný rozkvet černého trhu s farmaceutikou (Walsh, 2011). Internetový obchod s léčivem je obecně výrazně hůře regulovatelný, než jejich tradiční prodej v lékárnách, což vede k tomu, že zde lze často poměrně snadno získat mnohé substance, jejichž distribuce je jinak relativně přísně kontrolována, popřípadě dokonce zakázána (Ibid.). Skutečnost, že takto pořízená léčiva jsou mnohdy užívána za jiným účelem, než k němuž byla původně určena (například léky proti Alzheimerově chorobě, používané zdravými lidmi k podpoře kognitivních schopností), je dobrým příkladem rozvoje farmaceutizace bez nutnosti medikalizace a zároveň výrazně problematizuje už tak dost nejistou hranici mezi léčivem a drogami (Ibid.).

Proměny přístupu ke zdraví spolu s informačními možnostmi, jež nabízí moderní technologie, vedou k tomu, že pacienti dnes mají více než dříve často poměrně „jasno“, v tom co potřebují a k lékaři tak někdy nechodí už ani tak proto, aby se to dozvěděli, ale proto, že lékař je stále tím, kdo drží klíče od řady jinak legálně nedostupných preparátů. Je však samozřejmě otázkou, do jaké míry je oprávněné spatřovat v individuálních aktech pacientů – spotřebitelů, jako je sebe-diagnóza a aktivní vyhledání lékaře za účelem předepsání konkrétního léku činitele, podporující proces medikalizace, vzhledem k tomu, že k těmto aktům často dochází na základě informací, šířených někým jiným, než jsou samotní pacienti (viz například analýzy reklamních taktik farmaceutických firem, přesvědčujících čtenáře k sebe-diagnostikování určitých poruch; Arney & Menjívar, 2014; Arney & Rafalovich, 2007;

Moynihan, Heath, & Henry, 2002). Jakkoliv je tedy skutečnost, že jsou dnes lidé ve svém přístupu ke zdraví obecně aktivnější důležitá, přisoudit jejich konkrétním činům medikalizační potenciál je problematické, neboť v nich lze často vidět spíše důsledek než příčinu tohoto procesu.

Kde je však medikalizační potenciál pacientů jasnější, je v činnosti různých patientských organizací a podobných zájmových a advokačních skupin. Vliv těchto uskupení na proces medikalizace byl také na rozdíl od vlivu pacienta jako jednotlivce předmětem výzkumného zájmu již v raných pracích o medikalizaci (Conrad, 1992: 219). Kromě již zmíněného případu demedikalizace homosexuality hrály takovéto zájmové skupiny roli například při vzniku diagnózy posttraumatické stresové poruchy; nezanedbatelný vliv na její kodifikaci v DSM měly organizované snahy skupiny veteránů vietnamské války (Ibid.). Tím, že prosazují určitý způsob vidění nějakého problému, například tak, že zdůrazňují, že se jedná o nemoc či naopak takovémuto rámování odporují, mohou takovéto advokační skupiny v důsledku ovlivnit proces medikalizace v obou směrech.

Specificky vzhledem k otázce farmaceutizace pak lze v současnosti patientské organizace a zájmové skupiny obecně rozdělit na dva druhy dle jejich cílů (Abraham, 2010: 610). Prvním jsou uskupení, která se snaží získat či rozšířit přístup k určité formě léčby. Abraham uvádí jako jeden z prvních případů lobbování amerických pacientů s HIV/AIDS v osmdesátých letech, jež mělo za cíl přesvědčit regulační orgán FDA (*Food and Drug Administration*), aby zkrátil dobu vyhrazenou pro kontrolní testování nových léků a umožnil tak jejich rychlejší uvedení na trh (Ibid.: 611). Takováto uskupení nebývají v konfliktu se zájmy farmaceutického průmyslu a mnohdy s ním ve snaze o prosazení svých cílů aktivně spolupracují; nezdědka jsou určitým podnikem dokonce přímo financována (Ibid.: 612).

Druhým typem patientských organizací jsou uskupení, která naopak usilují o omezení některých forem léčby (Ibid.: 610). Tyto snahy se často pojí s pokusy o získání odškodnění vzhledem k negativním vedlejším účinkům určitých léků. Na rozdíl od skupin předešlého typu jsou tak tyto se zájmy farmaceutických firem v přímém konfliktu (Ibid.). Za pozornost stojí, že skupiny prvního druhu bývají obecně v prosazování svých cílů úspěšnější (Ibid.: 612). Jakkoliv tedy patientské organizace mají potenciál ovlivnit procesy medikalizace a farmaceutizace oběma směry, obecně lze říci, že i zde trend k podpoře jejich proliferace převažuje.

2.3.3 Farmaceutický průmysl

Jestliže jsou lékaři aktéry, jejichž vliv na procesy medikalizace a farmaceutizace je nejsnáze viditelný, aktéry, kteří na nich mají nejočividnější zájem, jsou jednoznačně farmaceutické společnosti. Jakožto komerční subjekty, jejichž cílem je vytvářet zisk, pro ně rozvoj těchto procesů v podstatě znamená rozšiřování trhu, který svými produkty obsluhují. Z čistě ekonomického pohledu tedy mají na medikalizaci nových oblastí života implicitní zájem (Busfield, 2010: 935).

V samotném procesu medikalizace pak lze roli farmaceutických společností charakterizovat různými stupni aktivity. V případě, že tlak na medikalizaci vychází primárně od lékařů či patientských skupin apod., výrobci léků mohou hrát roli spíše pasivní tím, že na tuto poptávku svými výrobky reagují. Svými aktivitami však mohou poptávku rovněž výrazně stimulovat tím, že přímo napomáhají prosazení pohledu na určitý stav jako stav abnormální a jeho kodifikaci jako nemoci (Conrad & Leiter, 2004; Moynihan et al., 2002; Moynihan & Henry, 2006).

Role farmaceutického průmyslu v procesu medikalizace se kvůli přímé zainteresovanosti firem na jeho výsledcích často stává předmětem vyhocených kritických debat. Tak například Moynihan et al. tvrdí, že (alespoň teoreticky) hodnotově neutrální termín medikalizace je již pro popis toho co farmaceutické podniky v současnosti dělají naprosto nedostatečný a používají místo něj odsuzující výraz „*disease mongering*“⁸ (2002). Na řadě případů demonstrují velice aktivní roli těchto podniků v utváření představ o závažnosti a rozšíření určitých stavů a jejich patologičnosti (Ibid.). Příkladem může být rámování statistik o prevalenci poruch erekce. Autoři v této souvislosti zmiňují jednu reklamní kampaň, konstatující, že problémy s erekcí postihují cca 40% všech mužů a nabádající k návštěvě lékaře (Ibid.: 889). Toto číslo přitom vzniklo součtem všech kladných odpovědí na otázku v jistém dotazníkovém šetření a zahrnuje tak i respondenty, kteří se vyjádřili ve smyslu, že tyto poruchy zažívají „občas“. Mimo to průměrný věk těch, kteří uvedli naprostou erektilní dysfunkci, byl 71 let (Ibid.). Jiné soudobé šetření na dané téma (v reklamě ovšem nezmiňené) přitom konstatovalo, že poruchami erekce trpí pouze 3% čtyřicátníků a 64% sedmdesátníků (Ibid.). Výběrovým rámováním statistik tak vznikl obraz, který hrubě zkresluje skutečné

⁸ Tento pojem je do češtiny poměrně obtížně přeložitelný. Domnívám se, že nejlépe jej lze pochopit odkazem k podobnému anglickému výrazu „*warmongering*“, jenž by se dal zhruba přeložit jako „válečné štváctví“. „*Disease mongering*“ by tedy bylo možné přeložit třeba jako „kšeftování s nemocemi“. Podstatné je, že se jedná o pojem emocionálně silně negativně zabarvený.

proporce tohoto problému, čímž podporuje sebe-diagnostikování erektilní dysfunkce u velkého segmentu populace, jehož problémy, pokud existují, jsou přitom patrně spíše epizodické a léčbu ve skutečnosti nevyžadují (na rozdíl například od pacientů s rakovinou prostaty). Podobné reklamní kampaně, na něž jsou každoročně vyhrázovány částky v řádu stamilionů dolarů, pomáhají vytvářet ovzduší, v němž se s daným problémem nakonec může poměrně snadno identifikovat takřka každý (Conrad & Leiter, 2008: 832 – 833).

Jako další příklad může posloužit nedávný rozmach diagnózy sociálních fobií a úzkostných poruch. Conrad & Leiter ve své analýze podotýkají, že ještě v osmdesátých letech se jednalo o poměrně obskurní a nepříliš rozšířené diagnózy (2004: 163). To se však změnilo poté, co společnost GlaxoSmithKline v devadesátých letech uvedla na trh lék Paxil. Paxil patří mezi moderní antidepresiva typu SSRI, nicméně vyvinut byl v době, kdy trh s těmito přípravky byl již poměrně nasycen (Ibid.). Jeho výrobci se proto rozhodli propagovat jej zejména jako lék proti různým úzkostným poruchám. Následovala masivní reklamní kampaň, využívající sloganů jako „představte si, že jste alergičtí na lidi“, mající za cíl přesvědčit ty, kteří trpí jistými obavami ze společenských situací (například se stydí, pokud mají vést proslovy či prezentace), že trpí velice rozšířenou mentální poruchou, tzv. sociálně-úzkostnou poruchou (social anxiety disorder), jež je však snadno léčitelná právě přípravkem Paxil (Ibid.: 164).

Oba výše zmíněné případy jsou příkladem využití reklamy, zaměřené přímo na spotřebitele, která je patrně nejsnáze identifikovatelnou technikou, kterou mohou farmaceutické podniky využívat k podpoře medikalizace, rozhodně však není technikou jedinou. Především je důležité upozornit na to, že reklama na léčiva zaměřená přímo na spotřebitele ve valné většině (západních) zemí podléhá nějaké formě regulace či je dokonce zcela zakázaná. Obecně povolená je pouze v USA a na Novém Zélandu (Abraham, 2010: 606). V České republice například nesmí být předmětem reklamy zaměřené na spotřebitele léky vázané na lékařský předpis a psychotropní látky (Nováková & Jandová, 2006: 77). Jakkoliv tedy řada prací poukazuje na význam tohoto způsobu propagace v procesu medikalizace, je třeba podotknout, že tento vliv se realizuje pouze v některých částech světa (Abraham, 2010: 606)⁹.

⁹ To že je této otázce v sociologických analýzách věnováno poměrně hodně prostoru, pramení mimo jiné v tom, že řada nejvýznamnějších prací o medikalizaci vzniká právě na půdě sociologie americké (například práce zde hojně citovaného Petera Conrada).

Mnohem liberálnější zpravidla bývají předpisy ohledně reklamy, zaměřené na lékaře. Ta může nabývat mnoha podob, od inzerce v odborných časopisech a drobných darů opatřených logem firmy, přes osobní návštěvy obchodních zástupců, propagujících určité výrobky, až po sponzorování konferencí apod. (Busfield, 2010: 936). Sponzorské vztahy s patientskými organizacemi a zájmovými skupinami jsou rovněž častým jevem (Abraham, 2010: 612). Vzhledem k tomu, že tyto skupiny často mají za cíl rozšiřovat povědomí o určité nemoci a možnostech její léčby, je pak otázkou, do jaké míry lze jejich financování farmaceutickým sektorem považovat za výraz altruismu a zdali se spíše nejedná o způsob jejich kooptace k propagačním účelům.

V této souvislosti se hodí připomenout, že reklama má dvě základní, často vzájemně úzce spjaté funkce; zaprvé informuje o nabídce určitého produktu a zadruhé spotřebitele přesvědčuje k jeho koupi (Nováková & Jandová, 2006: 14). Legislativa upravující co je při propagaci léčiv přípustné a co již nikoliv přitom zpravidla pohlíží přísněji na onu druhou stránku. Zatímco přesvědčovat spotřebitele ke koupi konkrétního léku, například určitého antidepresiva či přípravku na posílení erekce, mnohdy může být zakázané, informovat ho o existenci a závažnosti onemocnění, jež se těmito přípravky léčí, bývá zpravidla méně problematické. Jak ve své studii sporů o podobu norem, regulujících distribuci informací o léčivech v rámci Evropské unie ukazuje Mulinari (2013), tento rozdíl má výrazný politický potenciál. Právo spotřebitele na informace v rámci těchto sporů často slouží jako argument pro to, aby se uvolnily restrikce, které farmaceutické firmy svazují vzhledem k šíření informací o svých výrobcích (Ibid.). Zároveň však existují reálné obavy, že tyto informace budou rámovány tak, aby sloužily především komerčním zájmům, spíše než reálným zdravotním potřebám obyvatelstva (Ibid.). Poměrně široce kladně hodnocená snaha o podporu informovanosti obyvatelstva v oblasti zdraví tak v sobě patrně skrývá nemalý potenciál pro další rozvoj medikalizace života.

2.3.4 Regulátoři – stát a zdravotní pojišťovny

Dalším významným aktérem figurujícím v procesu medikalizace jsou instituce, které nějakým způsobem regulují oblast poskytování zdravotních služeb. Sem lze zařadit jednak veškeré státní orgány, které se nějakým způsobem podílejí na nastavení pravidel v oblasti poskytování zdravotních služeb, distribuce léčiv apod. (v České republice tedy od parlamentu, přijímajícího relevantní zákony po např. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* a další výkonné orgány, které je uvádějí do praxe). Dále pak sem lze zařadit zdravotní pojišťovny, které jakožto hlavní plátcí mnoha zdravotních služeb různou měrou spoluurčují (v závislosti na

charakteru systému zdravotního pojištění dané země) na jakou léčbu má pacient nárok atd. Trh se zdravotními službami a léčivý je totiž do značné míry specifický tím, že značná část zde probíhajících transakcí neprobíhá přímo mezi nakupujícím spotřebitelem a prodávajícím výrobcem, ale za účasti třetí strany, která jejich kontakt zprostředkuje (Busfield, 2010; Conrad & Leiter, 2004). Touto třetí stranou jsou přitom právě zdravotní pojišťovny.

Regulační instituce ve svém rozhodování zpravidla musí zohlednit dva obecné, vzájemně často konfliktní, normativní cíle. Prvním je snaha o naplnění všeobecných nadějí, spojovaných se zdravotnickými službami, tedy snaha o jejich kvalitu, účinnost, dostupnost apod. (Čada, 2015). Druhým je pak praktická nutnost brát zároveň ohled na rozpočtové možnosti poskytovatelů a plátců zdravotní péče (Ibid.).

Implikace pro proces medikalizace z toho plynou různé. Na nejobecnější úrovni by se dalo říci, že diskurz „zdravotních nadějí“ má zpravidla tendenci podporovat proliferaci medikalizace, zatímco diskurz „fiskálních limitů“ tento proces naopak spíše brzdí (Ibid.). V konkrétních případech se pak střetání jejich různých nároků projevuje například v tom, jaký typ léčby je pro určitou nemoc shledáván nejvhodnějším apod. Dobrým příkladem je trend k stále častějšímu léčení duševních nemocí pomocí psychofarmak, který lze zčásti vysvětlit právě ekonomicky motivovaným tlakem ze strany zdravotních pojišťoven (Horwitz & Wakefield, 2007: 172 – 173). Protože podrobit pacienta psychoterapii je poměrně finančně i časově nákladné, je alternativa spočívající v předepsání medikace (kterou navíc v mnoha případech ani nemusí provést specializovaný lékař) z hlediska plátce zdravotních služeb vítanou možností, jak dostát své roli a zároveň ušetřit (Ibid.).

Kromě problému dostupnosti zdravotních služeb a jejich ceny pak regulační instituce řeší další a do jisté míry analogické dilema dostupnosti a bezpečnosti léků (Busfield, 2010: 939). Na výrobce léků je kladen požadavek, aby jejich výrobky v rámci klinických studií prokázaly určitou míru bezpečnosti a efektivity (Ibid.). Než může nově vyvinutý přípravek být uveden na trh, musí proto projít různými zkouškami a schvalovacími procedurami, tedy obecně jakousi testovací fází. Náročnost vyžadovaných procedur se přitom samozřejmě promítá do délky této fáze. Orgány, které jsou za nastavení pravidel pro schvalování léků zodpovědné, se proto mohou dostávat pod tlak z důvodu brždění vstupu nových léků na trh. Tento tlak může pocházet jednak od výrobců daných produktů, rovněž však například i od patientských organizací, prosazujících právo svých členů na přístup k nejnovějším možnostem léčby – viz již výše zmíněný příklad pacientů s HIV/AIDS, apelujících na FDA, aby zkrátil dobu vyhrazenou testovacím procedurám nových léků (Abraham, 2010: 611).

V neposlední řadě je také potřeba zmínit, že farmaceutický průmysl je pro řadu států důležitý nejen jako dodavatel potřebných léčiv, ale rovněž jako významná součást jejich ekonomiky, což otázku regulace trhu se zdravotnickými potřebami dále komplikuje (Busfield, 2010: 940).

3 Fenomén užívání antidepresiv

V předchozí kapitole jsem představil sociologické koncepty medikalizace a farmaceutizace a demonstroval jejich relevanci pro studium společnosti na makro i mikro-sociální rovině. Nyní bych tyto koncepty rád aplikoval na velmi aktuální fenomén masového užívání antidepresiv. Tato skupina léků zažila v posledních cca třiceti letech (tedy zhruba od uvedení moderních antidepresiv typu SSRI na trh) obrovský rozmach a řada jejích zástupců se záhy dostala mezi nejprodávanější léky na světě (Horwitz & Wakefield, 2007: 171 – 172). Ve Spojených státech spotřeba antidepresiv mezi lety 1988 – 1994 a 2005 – 2008 vzrostla téměř o 400 % (Pratt, Brody, & Gu, 2011). V období 2005 – 2008 byly třetím nejčastěji předepisovaným lékem a užívalo je cca 11 % populace (Ibid.). Jejich spotřeba přitom i v posledních letech nadále celosvětově stoupá. Zpráva OECD z roku 2013 konstatuje, že mezi lety 2000 a 2011 došlo k výraznému nárůstu spotřeby antidepresiv ve většině zemí zahrnutých do šetření (OECD, 2013: 102 – 103)¹⁰. Dle údajů Státního ústavu pro kontrolu léčiv se mezi lety 2002 a 2012 počet dodávek těchto léků v České republice – měřeno počtem dodaných balení – zdvojnásobil; měřeno počtem DDD pak dokonce více než ztrojnásobil (Kalousek, 2013).

Jaké jsou příčiny tohoto obrovského nárůstu v užívání antidepresiv? Na tuto otázku lze nejspíše odpovědět poukazem na rostoucí míry výskytu deprese v dnešní společnosti (popřípadě i na zvýšenou prevalenci některých dalších psychických onemocnění, například sociálních fobií či úzkostných poruch, k jejichž léčbě se tyto přípravky rovněž používají). Počet osob s diagnostikovanou depresivní poruchou prošel v posledních desetiletích podobně explozivním vývojem jako spotřeba antidepresiv (Horwitz & Wakefield, 2007: 14). Ve Spojených státech se v období mezi počátkem osmdesátých let a přelomem tisíciletí jejich počet takřka zdvojnásobil a deprese zde dle odhadů epidemiologických studií každoročně postihuje zhruba desetinu obyvatelstva (Ibid.). Celosvětově pak dle odhadů Světové zdravotnické organizace depresí trpí asi 350 milionů lidí; jejich počet přitom i nadále stoupá (WHO, 2016).

¹⁰ Spotřeba byla měřena počtem takzvaných definovaných denních dávek (DDD) na 1000 obyvatel na den. Průměrná spotřeba v rámci zemí zahrnutých do šetření přitom činila 56 DDD na 1000 obyvatel; nejvyšší byla na Islandu (106 DDD) a nejnižší v Koreji a Chile (13 DDD). Česká republika vykazovala lehce podprůměrnou hodnotu 44 DDD.

Cílem této kapitoly je však ukázat, že toto vysvětlení není dostatečné a to hned ze dvou důvodů. Zaprvé, nárůst spotřeby antidepresiv se na první pohled sice může jevit jako logický důsledek stoupající prevalence deprese, nicméně vzhledem k tomu, že užívání psychofarmak nepředstavuje jedinou možnost léčby této nemoci (alternativu představují mimo jiné různé formy psychoterapie, například kognitivně behaviorální terapie), je na místě otázka, proč právě léčba antidepresivy zažívá takový rozmach. A zadruhé, samotná diagnóza depresivní poruchy je do značné míry kontroverzní a zejména v posledních letech se množí hlasy upozorňující na tendence k její expanzi, vedoucí k rozšiřování hranic toho, co je v oblasti lidské emocionality a duševních stavů považováno za patologické (Durà-Vilà, Littlewood, & Leavey, 2011; Horwitz & Wakefield, 2007; Kokanovic, Bendelow, & Philip, 2013; Wakefield, 2013). Existuje tudíž důvodné podezření, že statistiky o nárůstu deprese v současné společnosti mohou být z hlediska posouzení skutečných proporcí této změny vzhledem k minulosti do značné míry zavádějící.

V první části této kapitoly se na tyto problémy zaměřím podrobně a pokusím se demonstrovat, že současné vysoké míře spotřeby antidepresiv lze porozumět lépe, pokud ji nahlédneme jako výsledek procesů medikalizace a farmaceutizace určitých psychických stavů a identifikujeme konkrétní faktory, které v tomto případě tyto procesy podporují. Ve druhé části pak prezentuji vlastní případovou studii mediálního obrazu antidepresiv v českém celostátním tisku, v níž se blíže zabývám rolí, kterou v těchto procesech mohou hrát média, tím jak se k problematice užívání antidepresiv vyjadřují.

3.1 Faktory podporující nárůst spotřeby antidepresiv

Jak jsem již předeslal výše, otázku po příčinách současné vysoké spotřeby antidepresiv je zapotřebí klást na dvou různých úrovních; jednak vzhledem k nemocem, které tyto přípravky mají léčit a za druhé vzhledem k existujícím alternativám k farmakologické léčbě. Na úrovni první je výzkumným problémem otázka, nakolik lze současný nárůst v prevalenci určitých duševních chorob, zejména pak deprese, považovat za nárůst reálný a nakolik jde o umělý produkt medikalizace normálních duševních stavů. Na úrovni druhé pak je zapotřebí vysvětlit, proč v oblasti léčby daných duševních poruch dochází k upřednostňování farmakologické léčby, tedy k její farmaceutizaci. Vzhledem k tomu, že v této druhé úrovni otázek je již předpoklad adekvátnosti diagnóz duševních poruch implicitně obsažen, považuji za vhodné věnovat se nejprve jemu.

3.1.1 Medikalizace smutku

Otázka zdali je současný nárůst v míře výskytu deprese¹¹ skutečně nárůstem reálným anebo se jedná o umělý produkt medikalizace jistých přirozených duševních stavů je pro pochopení problematiky užívání antidepresiv zásadní, zároveň je však vysoce problematická vzhledem k svému normativnímu charakteru. Odpovědět na ni předpokládá zaujmout určité stanovisko ve věci toho, co lze v oblasti duševních stavů považovat za normální. Sociologické studie medikalizace se však takovýmito soudům zpravidla vyhýbají; protože k předmětu svého studia přistupují obvykle skrze optiku sociálního konstruktivismu (Conrad, 2007: 8), jejich záměrem bývá prozkoumat, jak dochází ke konstituci určitého jevu jako nemoci a popsat praktiky, které tomu napomáhají; otázka zda se jedná o skutečnou nemoc či nikoliv je přitom ponechávána stranou. Při striktním zaujetí tohoto přístupu tak lze o medikalizaci mluvit jak v případě vzniku medicínské diagnózy na základě objevu nového viru vědcem v laboratoři, tak i v případě vynálezu obskurní psychické poruchy marketingovým oddělením farmaceutické společnosti.

Vykázání otázky ontologické reality nemoci z výzkumu procesů medikalizace má své důvody. Jedním z nich je obecná neochota řady sociálních vědců přiznat objektivní existenci jakési fundamentální a univerzální lidské přirozenosti, jež by nebyla zcela ve vleku determinujících partikulárních sociálních a kulturních faktorů (Horwitz & Wakefield, 2007: 183). Tato neochota přitom patrně alespoň částečně pramení z toho, že v poměrně nedávné minulosti docházelo ve jménu eurocentrických koncepcí normality k útlaku a devastaci celých kultur, které jejich ideálům nevyhovovaly; v sociálních vědách proto vůči takovýmto obecným soudům panuje velká nedůvěra (Ibid.). Jakkoliv však může být uzavření otázek normality do fenomenologických závorek vedené dobrými úmysly, jedná se o krok, který sociální vědy z hlediska jejich možnosti podat významnou výpověď o světě do značné míry paralyzuje. Konkrétně v zde pojednávaném případě vzestupu deprese se rezignace na otázku, co lze v oblasti duševních stavů považovat za normální a co již nikoliv projevuje ztrátou schopnosti zaujmout k danému fenoménu postoj, jenž by umožnil prozkoumat

¹¹ V této kapitole se zaměřuji výlučně na kategorii deprese a na důvody současného rozmachu této diagnózy. Vzhledem k cíli práce je proto zapotřebí poznamenat, že tato duševní porucha není jedinou nemocí, k jejíž léčbě se antidepresiva používají; dle některých dostupných zdrojů dat případy diagnostikované deprese mezi uživateli antidepresiv dokonce ani nepředstavují většinu (Olfson & Marcus, 2009; Skaer, Sclar, Robison, & Galin, 2000). Zde prezentovaný argument, že současný vzestup deprese je do značné míry zapříčiněn medikalizací normálních emočních reakcí, lze však v podstatě analogicky použít i na případy dalších kategorií duševních poruch, k jejichž léčbě se antidepresiva používají (viz například Horwitz & Wakefield, 2012).

adekvátnost konceptualizací vznášených psychiatrií a v efektu tedy představuje tiché vyklizení pole v její prospěch (Ibid.).

O tom, že koncepce normality duševních stavů jsou do značné míry ovlivňovány partikulárními kulturními a sociálními faktory není pochyb. To však neznamená, že distinkce mezi normálním a narušeným fungováním psychiky není možná; naopak její stanovení je v jistém ohledu vysoce žádoucí, neboť její absence může ve výsledku vést k uvolnění prostoru pro medikalizaci takřka jakéhokoliv duševního stavu. Takto v publikaci *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, v níž se zabývají příčinami současného nárůstu deprese, argumentují autoři Horwitz & Wakefield (2007). Podle nich dnešní epidemie deprese pramení z velké části právě v neschopnosti psychiatrie adekvátně rozlišit mezi smutkem jako přirozenou reakcí na okolní podněty, jako jsou obtížné životní situace a deprese jako poruchou ve fungování psychického aparátu; tato neschopnost následně ústí v to, že smutek je v čím dál, tím větší míře medikalizován a chápán jako cosi obecně patologického (Ibid.).

Jádrem problému přitom je, že jak normální smutek, tak deprese se navenek zpravidla projevují stejnými anebo velmi podobnými symptomy. Klíčem k jejich rozlišení proto musí vždy být kontext, v němž se objevují; právě ten je však současnou psychiatrií ve stále větší míře ignorován. Horwitz & Wakefield vycházejí z postulátu, že o smutku jako normální reakci lze mluvit, pokud jsou splněny následující tři podmínky – zaprvé, symptomy se objevují v reakci na určité typy podnětů, zejména na situace ztráty něčeho cenného (ať už se jedná o ztrátu rodičů, partnera, společenského statusu, zaměstnání, drahého předmětu či čehokoliv jiného); zadruhé, intenzita reakce zhruba odpovídá vážnosti ztráty (například v případě úmrtí rodičů tudíž lze za normální označit smutek, který by v jiném případě, například při ztrátě stokoruny, již adekvátní reakcí nebyl); a zatřetí, smutek postupně odezní, když zmizí jeho příčiny, tedy například po uplynutí určité doby od úmrtí blízké osoby anebo v případě rozchodu s milostným partnerem po nalezení nového (Ibid.: 34 – 36).

Rozlišení mezi normálním smutkem a abnormálními stavy deprese na základě podobných (byť mnohdy pouze implicitních) konceptualizací bylo v dějinách lékařství samozřejmostí až hluboko do dvacátého století (Ibid.: 57). A jak naznačují některé výzkumy laických konceptualizací deprese, v obecném povědomí představa, že existuje významný rozdíl mezi smutkem s jasnou příčinou a depresí bez příčiny i nadále přetrvává a důležitým způsobem ovlivňuje odpověď na otázku, jak by situace, v níž se objeví, měla být řešena (Durà-Vilà et al., 2011; Kokanovic et al., 2013). Jak a proč tedy dochází k tomu, že se toto

rozlišení vytrácí z pohledu a praxe současné psychiatrie? Horwitz & Wakefield spatřují zdroj tohoto problému ve změnách, ke kterým v oblasti diagnostikování deprese (a duševních chorob obecně) došlo s vydáním třetí verze *Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch* (DSM-III) Americkou psychiatrickou asociací v roce 1980 (2007: 57). V té byl oproti dřívějším verzím tohoto manuálu učiněn významný konceptuální krok směrem k diagnostikování duševních poruch téměř čistě na základě identifikace určitého souboru dekontextualizovaných symptomů a k opuštění snah o jejich etiologická vysvětlení (Ibid.: 96).

Tímto posunem se Americká psychiatrická asociace pokoušela reagovat na situaci, kdy koexistence řady často velmi odlišných teoretických paradigmat, jakými jsou například na jedné straně biologicky orientované přístupy, hledající kořeny psychických dysfunkcí v poruchách fungování mozku a na straně druhé přístupy vycházející z psychoanalýzy, zaměřené na zkoumání psychických obsahů, uvrhla psychiatrii v klinické i výzkumné praxi v stav krize reliability diagnóz (Ibid.). Skutečnost, že mezi psychiatry často neexistovala příliš přesvědčivá shoda na kritériích nutných pro stanovení určité diagnózy, významně podryvala kredibilitu psychiatrie jakožto vědy. Ve stejné době byla navíc terčem útoků řady kritiků (viz například výše zmíněné práce Foucaultovy), kteří ji často portrétovali velmi negativně; spíše jako nástroj útlaku, sloužící k uplatňování sociální kontroly nad chováním, které bylo z nějakého důvodu pro většinovou společnost nepřijatelné, než jako hodnotově neutrální pozitivní vědu (Ibid.: 96 – 97).

Přijetí diagnostických kritérií založených čistě na identifikaci relevantních symptomů a ponechávající otázku důvodu vzniku duševní poruchy stranou, slibovalo tyto problémy do značné míry vyřešit; neboť nevyžadovalo dát přednost žádnému konkrétnímu psychiatrickému paradigmatu a přitom výrazně zvýšilo reliability diagnóz, posilujíc tak zároveň pozici psychiatrie jako seriózní vědy (Ibid. 96 – 99). Rubem této změny však byla ztráta schopnosti rozlišit, kdy dané symptomy ukazují na psychickou poruchu a kdy jsou pouze projevem přirozené reakce na environmentální stresory, protože v rámci snahy o co nejvyšší reliability byly z diagnostického procesu (z důvodu své vágnosti) vyloučeny takřka všechny proměnné, vyjadřující kontext, v němž se dané symptomy objevují. Jinými slovy, přijetí dekontextualizovaných kritérií stanovení diagnózy sice vedlo k zvýšení reliability diagnóz, zároveň však výrazně problematizovalo otázku jejich validity (Ibid.).

Tento problém je právě na příkladu deprese velmi dobře viditelný. Manuál DSM-III (a rovněž jeho pozdější aktualizace DSM-IV a DSM-IV-TR) v případě diagnózy těžké

depresivní poruchy (Major Depressive Disorder)¹² prezentují seznam devíti charakteristických symptomů, které mohou na přítomnost této nemoci poukazovat; mezi ně patří skleslá nálada, ztráta zájmu o většinu normálně vykonávaných činností, výrazný nárůst či úbytek váhy, nespavost či naopak hypersomnie, psychomotorická agitace či naopak retardace, chronická únava, snížená schopnost soustředění, pocity vlastní bezcennosti a opakované myšlenky na smrt či sebevraždu. Za účelem jejího diagnostikování pak vyžadují, aby alespoň pět z těchto symptomů bylo přítomno po dobu dvou či více týdnů; dále pak rovněž, aby mezi těmito symptomy byl zahrnut alespoň jeden z prvních dvou uvedených, tedy skleslá nálada anebo ztráta zájmu (Ibid.: 103 – 104). Kromě těchto základních kritérií pak jmenují několik dalších upřesňujících požadavků, například absenci manického chování (za účelem odlišení unipolární depresivní poruchy od poruchy bipolární) či vyloučení možnosti, že dané chování je přímým fyziologickým důsledkem požití drog či medikace. Z hlediska posouzení medikalizačního potenciálu této definice je pak důležitý zejména požadavek, aby dané symptomy vedly ke „*klinicky významnému utrpení nebo zhoršení ve fungování v společenských, profesních či jiných významných životních oblastech*“ (Ibid., překlad M. H.). Manuály rovněž obsahují jednu kontextovou výjimku – pokud se symptomy objeví ve spojitosti s úmrtím blízké osoby, je pro stanovení diagnózy depresivní poruchy zapotřebí, aby přetrvaly po dobu alespoň dvou měsíců (Ibid.). Z nejnovější verze *Diagnostického a statistického manuálu DSM-5*, vydané několik let po publikaci *The Loss of Sadness*, však již byla tato výjimka odstraněna (Wakefield, 2013).

Problém tohoto způsobu diagnostiky je zjevný; téměř bezvýhradně ignoruje kontext vzniku daných symptomů a myšlenku, že by mohly být přirozenou reakcí na životní obtíže, tudíž vůbec nepřipouští. Člověk, kterému zemřel někdo blízký, osoba, jíž se rozpadlo manželství i například ten, kdo náhle přišel o zaměstnání, na němž byla existenčně závislá celá jeho rodina, všichni tito mohou, pokud po dobu dvou týdnů vykazují alespoň pět z výše zmíněných symptomů, získat diagnózu těžké depresivní poruchy, stejně jako někdo, u koho se dané symptomy objevily v absenci jakéhokoliv rozumně představitelného externího stresoru. Patologie již v tomto pohledu není nahlížena jako porucha v normálním fungování organismu, jako narušení jeho schopnosti adekvátně reagovat a přizpůsobovat se prostředí; stává se čistě statistickou záležitostí přítomnosti či nepřítomnosti určitých symptomů (Horwitz

¹² Manuál dále rozeznává některé další druhy depresivních poruch, například kategorii dystymie pro méně intenzivní, ale chronické deprese atd. (Ibid.:116).

& Wakefield, 2007: 23). Distinkce mezi emocí a nemocí se vytrácí – dochází k medikalizaci smutku.

Jak však poznamenávají Horwitz & Wakefield, přechod k této formě standardizovaného diagnostického procesu v rámci klinické psychiatrické praxe není z hlediska důsledků pro medikalizaci normálních emočních reakcí tím nejzávažnějším (Ibid.: 119). V případě aplikace těchto kritérií na pacienty psychiatrických léčeben je riziko falešně pozitivní diagnózy (tedy záměny normálního smutku za depresivní poruchu) poměrně malé, vzhledem k tomu, že lze předpokládat, že většina těchto lidí opravdu nějakým vážným psychickým problémem trpí. A rovněž v případě ambulantní péče existuje řada faktorů, které toto riziko pomáhají zmírňovat; především skutečnost, že lidé, kteří vyhledají pomoc psychiatra, již patrně sami své potíže nepovažují za součást normální emocionální reakce a jsou tedy alespoň do jisté míry přesvědčeni o tom, že jsou nemocní (Ibid.). Psychiatři mají navíc vzhledem k osobnímu kontaktu s pacientem možnost posoudit podstatu jeho problému do velké míry dle vlastního úsudku, přičemž diagnostický manuál jim přitom může posloužit spíše jako určitá pomůcka, než jako strojově přesný návod.

Mnohem problematičtější důsledkem přijetí dekontextualizovaných kritérií diagnózy je jejich přejímání při vývoji screeningových dotazníků, majících sloužit k odhalení depresivních poruch u jedinců, kteří se sami nemocní být necítí. Mají-li pravdu Horwitz & Wakefield, lze řadu poplašných zpráv o současném explozivním nárůstu deprese připsat na vrub právě skutečnosti, že epidemiologická šetření, na jejichž základě jsou formulovány odhady prevalence depresivních poruch v obecné populaci, míru deprese měří pomocí dotazníků, jež jsou konstruovány dle vzoru *Diagnostického a statistického manuálu*, navíc pak mnohdy v zjednodušené formě, jež pravděpodobnost potenciálního pozitivního nálezu ještě dále zvyšuje (Ibid.: 120). Použití takovýchto dotazníků se však neomezuje pouze na popisné epidemiologické studie; je rovněž součástí snahy odhalit skryté případy deprese a zajistit jejich adekvátní léčbu. Tato snaha ve Spojených státech materializovala například v doporučení praktickým lékařům, aby své pacienty při rutinních prohlídkách nechávali vyplnit screeningový dotazník, na jehož základě u nich může být diagnostikována těžká či lehká depresivní porucha (Major/Minor Depressive Disorder; Ibid.: 137). Tito pacienti by následně měli navštívit specializovaného lékaře, nicméně vzhledem k tomu, jak snadné je splnění kritérií pro získání diagnózy (zejména v případě lehké depresivní poruchy), a kolik nových případů lze tudíž při zavedení pravidelného screeningu očekávat, je otázkou, zdali je to vůbec kapacitně možné. V době vzniku knihy *The Loss of Sadness* následovala diagnózu

depresivní poruchy návštěva psychiatra u méně než čtvrtiny pacientů. Tuto praxi přitom do značné míry podpořil fakt, že již samotný praktický lékař může rozhodnout o předepsání léčby pomocí antidepresiv a nastalou situaci tak bez nutnosti dalších vyšetření promptně vyřešit (Ibid. 146 – 147).

Ještě znepokojivějším případem pokusů o odhalení skryté deprese v populaci pak je snaha o screening adolescentů (kteří jsou vzhledem k možnosti rozvoje depresivních poruch nahlíženi jako zvláště riziková část populace) plošnými šetřeními prováděnými v rámci středních škol. Protože smyslem těchto vyšetření má kromě obecné snahy o léčbu deprese být zejména snížení míry sebevražednosti díky včasné identifikaci potenciálních sebevrahů, dostalo se jim ve Spojených státech silné politické podpory a počátkem tisíciletí na ně byly vyčleněny poměrně značné finanční částky mající zajistit, aby se takového vyšetření dostalo pokud možno každému mladému člověku (Ibid.: 149). Diagnostické nástroje, které byly za tím účelem vyvinuty, však trpí stejnými nedostatky jako screeningové dotazníky používané praktickými lékaři; tj. pouze registrují přítomnost či nepřítomnost symptomů a ignorují kontext jejich vzniku. Vzhledem k relativně větší emoční labilitě adolescentů je přitom naplnění daných kritérií poměrně snadné a aplikace těchto dotazníků tak zpravidla vede k závěru, že nějakou formou depresivní poruchy trpí značná část (obvykle zhruba pětina) americké mládeže (Ibid.). Skrze screening tak v tomto případě dochází k plošné patologizaci emočních reakcí u jednoho celého velkého segmentu populace a k otevírání cest pro medicínské zásahy do psychiky jeho příslušníků, mimo jiné právě prostřednictvím léčby antidepresivy.

3.1.2 Farmaceutizace deprese

Kniha *The Loss of Sadness* byla publikována již před deseti lety a nelze říci, že by kritika současného způsobu diagnostikování deprese, kterou zde její autoři předstřeli, zůstala zcela bez odezvy. V předmluvě k ní sám psychiatr Robert Spitzer, jeden z otců kritizovaného diagnostického manuálu DSM-III, uznává, že psychiatrie svou snahou o tvorbu spolehlivých diagnostických kritérií založených přísně na identifikaci relevantních symptomů a neberoucích v potaz kontextuální proměnné narazila na řadu konceptuálních problémů, jež již nadále nelze ignorovat (Ibid.: 6 – 8). Zdálo by se tedy rozumné očekávat, že nejnovější verze *Diagnostického a statistického manuálu DSM-5*, vydaná několik let poté, bude tuto kritiku nějakým způsobem reflektovat. To se však nestalo a DSM-5 naopak oproti dřívějším verzím odstranil výjimku, dle které byla smrt blízké osoby důvodem, na základě kterého mohly být symptomy deprese považovány za součást normální emocionální reakce a nikoliv

duševní poruchy (Wakefield, 2013). Dále pak rovněž zavádí v oblasti depresivních poruch některé nové diagnostické kategorie, které opět rozšiřují obzor toho, co lze považovat za patologické (Ibid.).

Zdá se tedy, že tendence k medikalizaci emocionálních reakcí v rámci současné psychiatrie neustupují, ba spíše naopak stále nabírají na intenzitě. Ve společnosti, která její pohled na svět přijímá, pak zjevně musí určitou měrou narůstat i poptávka po možnostech léčby; nárůst spotřeby antidepressiv proto sám o sobě nepůsobí příliš překvapivě. Problematictější je však skutečnost, že farmakoterapie pomocí antidepressiv v průběhu posledních desetiletí mezi způsoby léčby psychických poruch získává stále dominantnější postavení; spolu s nárůstem v užívání antidepressiv tak zároveň často dochází k úpadku ostatních metod léčby, například pomocí psychoterapie (Marcus & Olfson, 2010; Olfson & Marcus, 2009).

Čím lze tento vývoj vysvětlit? Jak poznamenávají Horwitz & Wakefield, diagnostický přístup zhmotněný v manuálu DSM by svým neutrálním postojem k otázce etiologie nemocí teoreticky neměl vést k preferenci žádné konkrétní metody léčby psychických poruch (2007: 168). V praxi však jednoznačně vítězí farmakoterapie pomocí antidepressiv, jejíž proklamovaný účinek má spočívat v napravení určité chemické nerovnováhy v mozku. Řada autorů proto dává tento trend do souvislosti s širšími tendencemi k nárůstu popularity biochemických vysvětlení původu duševních chorob (Clarke, 2011; Clarke & Gawley, 2009), v rámci kterých dochází k akcentování jejich zakotvenosti v chemických procesech, probíhajících v mozku a tedy k jakémusi „přesunu důrazu z mysli na mozek“, z psychologie nemoci na její biologii (Kokanovic et al., 2013: 378).

Přesvědčení, že příčinou určité psychické poruchy je organický defekt však samozřejmě samo o sobě neimplikuje nutnost léčit ji pouze biologickými a nikoliv též psychologickými prostředky. Jak s ohledem na příklad Freuda a Bleulera podotýká Ian Hacking, víra v biologické příčiny nemoci může být s použitím i takřka výlučně psychologických metod její léčby naprosto konzistentní (1999: 117 – 118). Význam trendu k biologizaci duševních poruch je tak třeba chápat spíše v tom, že napomáhá vytvářet diskurzivní prostředí, v němž se možnost aplikace farmakologické léčby může jevit jaksi logičtější a přirozenější, než v tom, že by přímo vedl k jejímu ustavení jakožto jediného

možného řešení daného problému. Vliv daného trendu je proto nutné hodnotit v kontextu vzájemného působení několika dalších relevantních faktorů¹³.

V první řadě je nutné zmínit samotný fakt vynálezu moderních druhů antidepresiv, zejména takzvaných selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (*selective serotonin reuptake inhibitors*, zkráceně SSRI). Uvedení této skupiny léků na trh v druhé polovině osmdesátých let do značné míry pomohlo otevřít cestu masové spotřebě antidepresiv a to především díky tomu, že na rozdíl od jejich předchůdců nebylo jejich užívání spojeno s tak velkou mírou potenciálních rizik a vedlejších účinků; jakkoliv přitom samotná otázka jejich vyšší efektivity zůstává sporná (Horwitz & Wakefield, 2007: 172). Během několika let se SSRI staly na poli antidepresiv dominantní skupinou (Skaer et al., 2000) a toto postavení si udržují dodnes; v České republice mezi lety 2002 a 2012 jejich spotřeba stabilně rostla, zatímco spotřeba starších druhů antidepresiv (tricyklická antidepresiva, inhibitory monoaminoxidázy typu A) naopak poměrně výrazně klesla (Kalousek, 2013). I přes relativní bezpečnost antidepresiv typu SSRI ve srovnání s jejich předchůdci se však tyto léky již v minulosti staly předmětem řady kontroverzí. V letech 2004 – 2005 například několik státních i nadnárodních regulačních institucí vydalo varování ohledně jejich možného negativního vlivu v podobě zvýšení rizika sebevraždy u dětí a adolescentů; tato informace pak v řadě zemí vedla u dané skupiny obyvatelstva k značnému poklesu v jejich užívání, jenž se však ukázal být poměrně krátkodobý a již po několika letech byl znovu vystřídán vzestupným trendem (Bachmann et al., 2016).

Zejména v prvních letech po jejich uvedení na trh ve Spojených státech se však antidepresivům typu SSRI od široké veřejnosti dostávalo převážně pozitivního přijetí, na čemž patrně měly svou zásluhu i četné popularizační mediální výstupy a publikace, v nichž jim byl nezřídka připisován status takřka zázračného léku (Conrad, 2007: 61; Horwitz & Wakefield, 2007: 172; Montagne, 2001: 1267). Zhruba ve stejné době (jako zásadní mezník bývá označován *FDA Modernization Act* z roku 1997) zde přitom došlo také k uvolnění restrikcí v oblasti reklamy zaměřené přímo na spotřebitele, což výrobcům léčiv nově umožnilo propagovat své produkty mnohem intenzivněji, nežli dříve bývalo možné; farmaceutické společnosti následně na tuto změnu zareagovaly masivním navýšením výdajů

¹³ V této souvislosti se rovněž hodí připomenout, že současný trend k hledání příčin duševních nemocí v biologických poruchách organismu není z historického hlediska nikterak nový; naopak lze říci, že tento způsob vysvětlení patří k nejstarším – viz například starověké a středověké popisy melancholie (tedy zhruba ekvivalentu dnešní deprese) jakožto důsledku nahromadění černé žluči v těle nemocného apod. (Foucault, 1993).

na marketingové účely (Arney & Rafalovich, 2007: 50). Přípravky náležící k moderním antidepressivům typu SSRI pak byly jednou ze skupin léků, u nichž byl tento způsob propagace využit ve velkém měřítku. Samotné reklamy na antidepressiva přitom zpravidla používaly řadu lingvistických přesvědčovacích technik, spočívajících v normalizaci užívání těchto přípravků (a duševních poruch, za účelem jejichž léčby mohou být předepisovány) a majících dále v čtenáři probudit pocit identifikace s určitými symptomy a vést ho tak k sebe-diagnóze; k požadavku formulovanému často v spíše implicitní podobě za pomoci neúplných sylogismů¹⁴ (Arney & Menjivar, 2014: 527; Arney & Rafalovich, 2007).

V souvislosti s významem reklamy pro nárůst spotřeby antidepressiv je pak opět zapotřebí zmínit podstatný vliv současných dekontextualizovaných diagnostických kritérií pro depresi a další relevantní psychické poruchy. Jakkoliv totiž je americká legislativa ohledně reklamy zaměřené na spotřebitele ve srovnání se zbytkem světa velmi liberální, i zde existují určité požadavky, které možnosti propagace léků do jisté míry omezují; zejména pak nutnost propagovat je pouze jako přípravky určené k léčbě určitých konkrétních nemocí a nikoliv tedy například jako rekreační drogy či za účelem úlevy od běžných nepatologických životních starostí. Zde však tkví kámen úrazu v tom, že manuály DSM, disponující svrchovanou diagnostickou autoritou, v současnosti mnoho relativně běžných životních obtíží, jako je například skleslá nálada, dlouhodobá únava či nespavost, zahrnují v seznamech symptomů duševních poruch. Tím pak otevírají cestu k jejich kreativnímu využití reklamou za účelem dosažení snazší identifikace čtenáře s určitou duševní poruchou. V podstatě lze tedy vzhledem k legislativní úpravě říci, že manévrovací prostor reklamy je přímo úměrný šířce obecně uznávaných diagnostických kritérií; pokud jsou pak tato výrazně inkluzivní, vede to k rozšíření kritérií toho, co je ještě v reklamě přípustné (Horwitz & Wakefield, 2007: 173 – 174).

Faktor vlivu reklamy (tedy té zaměřené přímo na spotřebitele) představuje jedno z možných vysvětlení prudkosti nárůstu v užívání antidepressiv (Avery, Eisenberg, & Simon, 2012). Je však zapotřebí znovu připomenout, že jej lze za relevantní považovat pouze v kontextu Spojených států (a popřípadě též Nového Zélandu); ve zbytku světa reklama na léčiva určená spotřebiteli zpravidla podléhá mnohem přísnější regulaci. Tato forma reklamy

¹⁴ Příkladem může být uvedení seznamu diagnostických kritérií v podobě otázek typu „Cítíte se unavení? Špatně spíte?“ apod. (X), následované vysvětlením, že tyto symptomy se často objevují ve spojitosti s depresivní poruchou osobnosti (Y), čímž je postulován vztah mezi X a Y. Na čtenáři samotném pak už zbývá, aby na základě přítomnosti symptomů X došel k závěru, že trpí depresí Y (Arney & Rafalovich, 2007).

přítom samozřejmě není jediným způsobem, jakým mohou výrobci antidepresiv dosahovat vyššího odbytu svých produktů; rozhodně nelze podcenit například ani vliv reklamy, zacílené pouze na praktikující lékaře (Zetterqvist & Mulinari, 2013). Ta zpravidla podléhá regulaci mnohem mírnější; vzhledem k její menší viditelnosti (a tudíž také horší uchopitelnosti potenciálními výzkumy) ji však obvykle nebývá věnována zdaleka taková pozornost jako reklamě určené obecné populaci.

Kromě již zmíněných faktorů pak preferenci užívání antidepresiv namísto jiných forem léčby může výrazně podporovat též způsob fungování systému veřejného zdravotnictví a zdravotního pojištění. V kontextu Spojených států tak například bývá vzestup jejich popularity spojován s nástupem programů tzv. *managed care*, explicitně zaměřených na snížení ceny a zvýšení efektivity zdravotních služeb (Horwitz & Wakefield, 2007: 172 – 173). Za účelem splnění těchto cílů se prostředí poskytování zdravotních služeb proměnilo do podoby, která je užívání výlučně farmakologických prostředků léčby duševních chorob výrazně otevřenější; zejména proto, že představuje levnější a časově méně náročnou variantu léčby, než psychoterapie (Ibid.)¹⁵. Popularitě řešení pomocí antidepresiv také silně napomáhá skutečnost, že mohou být předepsány již praktickým lékařem, a kupříkladu běžnými případy deprese tak tudíž není nutné zatěžovat specialisty (Ibid).

Zatímco však výše zmíněný faktor vlivu reklamy lze do značné míry označit za endemický pro případ Spojených států, tlaky na omezení často obrovských zdravotnických rozpočtů jsou v současném světě obecně rozšířené mnohem výrazněji (Čada, 2015). Nutnost vyrovnat se s nedostatkem financí na pokrytí neustále rostoucích zdravotních potřeb obyvatelstva (v důsledku jak objektivní reality jeho postupného stárnutí, tak vzhledem k bujení tendencí k medikalizaci stále nových oblastí života) je zjevně relevantní i pro evropské země, disponující systémy všeobecného zdravotního pojištění. I zde proto může u psychických poruch docházet k preferenci jejich léčby pomocí antidepresiv z důvodu relativní finanční a časové nenáročnosti tohoto postupu.

¹⁵ Diskuze ohledně nejlepšího poměru ceny a výkonu léčby však samozřejmě nezůstává omezena jen na otázku různých metod léčby, ale týká se například též problému, jaký konkrétní druh antidepresiv v případě volby farmakologické léčby upřednostnit. V některých případech pak může tato logika vést i k preferenci starších druhů antidepresiv, zatížených řadou vedlejších účinků, před bezpečnějšími, ale dražšími antidepresivy typu SSRI (Sheehan & Wright-Etter, 2002).

3.2 Mediální reflexe fenoménu užívání antidepresiv

V předchozí kapitole jsem se krátce zmínil o tom, že antidepresivům typu SSRI se po jejich uvedení na (americký) trh dostalo poměrně značné a zpravidla též pozitivně laděné pozornosti v médiích; tuto skutečnost lze chápat jako součást komplexu faktorů, které podpořily vzestup v jejich užívání. Na následujících stránkách se tomuto konkrétnímu faktoru, tedy problematice mediální reflexe fenoménu antidepresiv, věnuji blíže. Nejprve krátce shrnu poznatky z několika zahraničních výzkumů, které se buďto přímo zabývají tímto tématem anebo tématem mediálního obrazu duševních chorob a tak či onak jsou tedy vzhledem k němu relevantní. Následně pak přistoupím k prezentaci výsledků své vlastní obsahové analýzy, zaměřené již konkrétně na otázku, jak bylo v posledních dvaceti letech v rámci českého celostátního tisku pojednáváno o antidepresivech.

3.2.1 Deprese a antidepresiva v zahraničních médiích

Masová média díky své popularitě a schopnosti oslovit značný podíl populace představují v současné společnosti informační zdroj nesporného významu, na jehož základě dochází k utváření veřejného mínění; mimo jiné také v oblasti názorů na otázky zdraví a péče o něj. To jak je o určitém tématu týkajícím se zdravotní problematiky v médiích pojednáváno, proto může zásadním způsobem ovlivnit vznik obecných představ ohledně daného problému; a ty se následně stávají podkladem pro jednání k němu vztahované (Montagne, 2001: 1263). Například vyzdvihování pozitivních vlastností určitého léku tak může jistou měrou přispět k zvýšení čísel jeho prodeje a zveřejnění skandálu kolem jeho nežádoucích účinků naopak k jejich propadu (Williams et al. 2011: 715 – 716). V zde popisovaném případě antidepresiv lze jako příklad takového působení médií uvést šíření poplašných zpráv ohledně potenciálně zvýšeného rizika sebevraždy u mladistvých uživatelů antidepresiv typu SSRI, jež kolem roku 2004 doprovázely reakce regulačních instancí na jeho odhalení a v důsledku vedly, byť pouze relativně krátkodobě, k výraznému poklesu v užívání těchto přípravků (Hernandez et al., 2012).

Mediální sdělení zároveň vzhledem ke svému vztahu k veřejnému mínění (a také, zejména v případě médií tištěných, díky své snadné dostupnosti potenciálnímu výzkumníkovi) představují vděčný zdroj, jehož prozkoumáním lze získat představu o diskurzích, které v oblasti společenské reflexe určitého fenoménu panují. Stávají se proto často objektem pozornosti sociálních vědců. Témata deprese i jí příbuzných psychických poruch a s nimi spojovaných léků nejsou v tomto ohledu žádnou výjimkou a v odborné literatuře tak lze najít řadu případových studií zaměřených na to, jak jsou tyto jevy v médiích

reflektovány (Blum & Stracuzzi, 2004; Clarke, 2011; Clarke & Gawley, 2009; Clarke & Miele, 2016; Gattuso, Fullagar, & Young, 2005; Hurt, 2007; Mellifont & Smith-Merry, 2015; Montagne, 2001; Rowe, Tilbury, Rapley, & O'Ferrall, 2003; Zhang, Hong, Husain, Harris, & Ho, 2017).

Velmi populárním, často se opakujícím motivem těchto prací je přitom otázka, nakolik se v mediálním diskurzu o depresích, popřípadě antidepresivech, projevuje vliv genderových stereotypů a zdali a jak je jimi daný diskurz strukturován (Blum & Stracuzzi, 2004; Clarke & Miele, 2016; Gattuso et al., 2005; Hurt, 2007). Zájem o tuto problematiku pramení mimo jiné ze skutečnosti, že mezi psychiatrickými pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou, stejně jako mezi uživateli antidepresiv, významně převažují ženy, zpravidla zhruba v poměru 2:1 k mužům (Pratt et al., 2011; Zhong et al., 2014). Práce věnující se tomuto tématu pak obvykle bývají výrazně kritické a upozorňují na to, že deprese bývá v mediálním diskurzu často spojována se stereotypními obrazy žen jakožto emočně labilních tvorů, jejichž přirozená psychická nevyrovnanost, pramenící z podřízenosti vlastním hormonálním cyklům, je do jisté míry osudová a nezvratná (Clarke & Miele, 2016: 6). Antidepresiva jsou pak tím, co má moderní ženě pomoci tyto potíže překonat a umožnit jí tak dosáhnout duševní pohody, která je pro úspěšnou existenci v rámci dnešní ekonomiky, s vysokými nároky, jež tato na výkonnost jednotlivce klade, přímo nezbytná (Blum & Stracuzzi, 2004). Kritizován však bývá i mužský genderový stereotyp, jenž svým důrazem na emocionální odolnost a soběstačnost v případě nástupu těžké deprese může vést k neschopnosti přiznat si závažnost vlastních duševních obtíží a vyhledat včas adekvátní lékařskou pomoc; působením tohoto faktoru pak bývá vysvětlována skutečnost, že muži ve srovnání se ženami výrazně častěji řeší depresi sebevraždou (Clarke & Miele, 2016: 2).

Z hlediska cílů této práce jsou však relevantní především ty studie, které se blíže dotýkají problematiky toho, jak je skrze způsob, jímž o fenoménech deprese a antidepresiv média pojednávají, užívání antidepresiv přímo či implicitně podporováno. V této souvislosti lze proto dále zmínit například analýzy, jež upozorňují na postupné převládání biologických modelů vysvětlování deprese v článcích otištěných v amerických a kanadských populárních časopisech okolo přelomu tisíciletí oproti minulosti, kdy se odpovědi na otázku po podstatě deprese vyznačovaly poměrně velkou heterogenitou (Clarke, 2011; Clarke & Gawley, 2009). Tendence k redukování deprese na poruchu ve fungování mozku, na jakési vychýlení jeho chemické rovnováhy, mají za následek odsunutí dalších faktorů, jako jsou sociální či obecně environmentální vlivy, na okraj pozornosti a napomáhají tak o ní vytvářet

představu jako o problému, který leží do značné míry mimo kontrolu jednotlivce a primárně by měl být řešen pomocí farmaceutické intervence (Clarke, 2011). Autoři další analýzy, tentokrát zaměřené na články v australských novinách, v nich identifikovali vedle tohoto biomedicínského přístupu k vysvětlování deprese další dva významné diskurzy, tzv. „psychosociální“ a „administrativně-manažerský“ (Rowe et al., 2003). Na rozdíl od předchozího příkladu, v němž byl biomedicínský diskurz dominantní, docházelo v tomto případě k častému prolínání všech tří obecných způsobů vysvětlování deprese; v důsledku pak též nebylo ani postavení antidepresiv jakožto možnosti řešení daného problému natolik výlučné. Stejně jako studie předchozí však i tato zároveň dochází k závěru, že deprese je v médiích vesměs pojednávána jako problém, ležící mimo oblast jednotlivcovy kontroly, a vyžadující tudíž institucionální zásah; ať už tento nabírá konkrétní podoby řešení orientovaného medicínsky nebo například spočívá v prosazení určité sociálně strukturní změny (Ibid.: 693).

Přímo otázkou mediálního obrazu antidepresiv, konkrétně léku Prozac, patřícího do skupiny SSRI, se pak v rozsáhlé studii, provedené ve Spojených státech napříč několika různými druhy médií, zabýval Montagne (2001). Ve své analýze poukazuje na důležitou skutečnost, že v mediálních zobrazeních byly tomuto léku připisovány významy a funkce, jež se s jeho experimentálně i klinicky potvrzenými účinky mnohdy výrazně rozcházely a často zejména jeho přínosy zásadně zveličovaly. Z přípravku, majícího působit proti depresi ovlivňováním hladiny serotoninu v mozku, jímž byl Prozac v rámci odborných farmakologických debat, se tak v laickém mediálním diskurzu stala „tabletkou štěstí“, z jejíhož užívání mohla mít nově prospěch i řada těch, kteří žádnou duševní poruchou netrpěli (Ibid.). Způsob, jakým média o Prozacu referovala, tedy rozmach v jeho užívání přímo podporoval.

3.2.2 Mediální obraz antidepresiv v českém celostátním tisku

Zatímco v zahraničí již studie, zkoumající jak média pojednávají o problematice antidepresiv, vznikly; v českém prostředí doposud chybí. Rozhodl jsem se proto provést takto zaměřenou mediální analýzu, s cílem zjistit, zdali diskuze, jež se v českých médiích kolem antidepresiv vedou, mohou podporovat aktuální trend k výraznému nárůstu jejich užívání a jakými konkrétními cestami se tak případně děje. Zdrojem mediálních výstupů k analýze mi byl internetový archiv společnosti Anopress IT, a.s.¹⁶. Vzhledem k tomu, že tato databáze obsahuje záznamy od roku 1996, omezil jsem se na zkoumání období mezi lety 1996 a 2016 včetně. Pro tato dvě desetiletí přitom archiv eviduje cca 10 000 zmínek výrazu

¹⁶ www.anopress.cz (citováno 10. 4. 2017)

„antidepressiva“ napříč různými médii; rozhodl jsem se proto zúžit analýzu pouze na jednu konkrétní kategorii, a sice na novinové články, publikované v rámci celostátního tisku. Kromě nutnosti snížit počet jednotek k analýze mě k výběru právě této kategorie vedl předpoklad, že v případě celostátního tisku lze obecně očekávat větší počet čtenářů než například u tisku regionálního, a i jeho případný vliv lze tudíž považovat za významnější.

Daným zúžením výběru se počet zmínek výrazu „antidepressiva“ snížil na cca 2100. V naprosté většině případů se však jednalo pouze o ojedinělé výskyty v rámci textů, jejichž tématem antidepressiva nebyla a mnohdy jím nebyly ani duševní choroby. Značná část těchto zmínek pocházela například z nejrůznějších bulvárních zpráv ze života celebrit a bývala zpravidla omezena na stručná prohlášení typu „*po pokusu o sebevraždu se začal léčit poslední generací antidepressiv*“¹⁷ či „*po prožitém šoku z rozchodu brala antidepressiva*“¹⁸. Podobně významově marginálním způsobem se výraz antidepressiva dále vyskytoval i v řadě článků se zdravotní tematikou, týkajících se například změn v cenách léků („*Dražší budou rovněž dovozová antidepressiva, některá antibiotika ...*“¹⁹) či jako metafora pro účinky nejrůznějších věcí, od jídla po sex, na lidskou psychiku („*Čokoláda má díky hořčiku kladný vliv na naši náladu. Účinkuje jako antidepressivum*“)²⁰. Konečně jsem se setkal též s řadou článků, pojednávajících již relevantněji o tématu duševních chorob, které však antidepressiva zmiňovaly jen velmi stručně, často třeba jedinou větou v rámci jinak poměrně obsáhlého textu (například věta „*Ukázalo se, že až 40 až 50 procent příbuzných musí být léčeno antidepressivy.*“²¹ v rámci cca dvoustránkového článku o Alzheimerově chorobě).

Všechny tyto články jsem se rozhodl ze své analýzy vyřadit. Nechci přitom tvrdit, že by nemohly být z hlediska poznání médií vytvářeného obrazu antidepressiv relevantní; nicméně, z důvodu stručnosti zmínek o těchto lécích mají pouze malou informační hodnotu. Vzhledem k jejich stále ještě obrovskému množství by pak analýza vyžadovala buďto zaměřit se pouze na určitý výběrový vzorek anebo využít některý z postupů kvantitativní obsahové analýzy za pomoci programu k strojovému zpracování textu. Mým záměrem však bylo provést kvalitativní obsahovou analýzu, založenou na hlubším (byť samozřejmě subjektivním) rozboru významu, než mohou poskytnout metody vycházející například čistě

¹⁷ Grosmanová, M. (2000, 17. 10.). Měl jsem se začít včas léčit, říká herec, který se chtěl zabít. *Lidové noviny*.

¹⁸ Léblová, K. (2015, 17. 3.). Porodila předčasně. *Blesk*.

¹⁹ Adámková, A. (2000, 4. 7.). Některé léky stojí nyní více. *Slovo*.

²⁰ Autor neuveden. (2015, 13. 8.). Ultrazdravá čokoláda. *Haló noviny*.

²¹ ra. (2000, 15. 6.). Moderní léčba jde na vrub příbuzných. *Hospodářské noviny*.

z počítání společných výskytů určitých výrazů. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl omezit se pouze na ty články, jejichž tématem byla buďto přímo antidepressiva anebo se o nich zde alespoň hovořilo v takovém rozsahu, který již z hlediska informačního významu nešlo považovat za zanedbatelný.

Aplikací těchto výběrových kritérií jsem došel ke konečnému číslu 118 článků, určených k analýze. Tyto články jsem následně několikrát přečetl, přičemž jsem se zaměřil na dvě hlavní otázky; zaprvé, nakolik daný text užívání antidepressiv hodnotí jako pozitivní či negativní jev, a může tudíž jejich užívání podporovat či naopak od něj odrazovat a zadruhé, kolem jakých motivů se diskuze o antidepressivech nejčastěji točí a na základě jakých argumentů dochází k vyjadřování podpory či naopak ke kritice jejich užívání.

Nejprve jsem se zaměřil na otázku hodnocení, přičemž jsem články rozdělil do tří skupin; na pozitivní, negativní a neutrální/nehodnotící. Výsledky pak byly do jisté míry překvapením; zhruba polovina článků (52 %) totiž ve svém postoji k antidepressivům vyznívala neutrálně. Některé z nich se přitom otázky jejich hodnocení vůbec nedotkly (ani implicitně); většina však ano; nicméně, prezentace argumentů pro i proti v nich byla natolik vyvážená, že nebylo možné říci, že by celkový dojem vyzníval ve prospěch té či oné strany. Dalších 30 % článků zaujímal k užívání antidepressiv pozitivní postoj a zbylých 18 % pak postoj negativní. Jakkoliv však již u těchto článků byl znát zřejmý příklon k určitému hodnotícímu stanovisku, je třeba zdůraznit, že ani zde nebyl daný postoj zpravidla formulován naprosto kategoricky. Polomytické příběhy o zázračných „pilulkách štěstí“, tolikrát zmiňované ve spojitosti s mediálním obrazem antidepressiv ve Spojených státech (Montagne, 2001), zde nebyly k nalezení; ostatně stojí za pozornost, že pokud už se v několika ojedinělých případech tato metafora vyskytla, pak zpravidla naopak jako předmět kritiky: „*Lidé si občas myslí, že antidepressivum je jenom taková pilulka pro štěstí. Léčba ale není jen o předepsání pilulky, a pokud je, tak není správná*“²².

Rozdělení článků dle výsledného hodnotícího dojmu je však samo o sobě poměrně povrchní; poskytuje sice informaci o obecném naladění mediálního diskurzu vůči problematice antidepressiv, nepostihuje však důvody, na základě kterých je jejich hodnocení utvářeno. Za účelem jejich odkrytí jsem se proto v dalším kroku analýzy pokusil určit hlavní argumentační motivy, kolem nichž byla diskuze ohledně užívání antidepressiv v zkoumaných člancích strukturována. Nejprve jsem identifikoval cca čtyři desítky nejružnějších souvislostí,

²² Grosmanová, M. (2005, 6. 10.). Užívání léků na uklidnění bez lékaře je velmi nebezpečné. *Hospodářské noviny*.

v nichž se o antidepresivech hovořilo; a z tohoto množství jsem poté vybral ty, které se vyskytovaly nejčastěji a zároveň byly nějakým způsobem relevantní vzhledem k otázce jejich hodnocení. Jednalo se o těchto 11 motivů: 1. Vedlejší účinky antidepresiv; 2. Vliv antidepresiv na sexuální život²³; 3. Bezpečnost antidepresiv; 4. Návykovost antidepresiv; 5. Účinnost antidepresiv; 6. Antidepresiva a riziko sebevraždy; 7. Srovnávání antidepresiv s jinými léky; 8. Zneužívání antidepresiv; 9. Psychické poruchy a antidepresiva; 10. Antidepresiva jako náprava chemické nerovnováhy v mozku; 11. Antidepresiva jako byznys. Následně jsem všechny články znovu přečetl a u každého z nich zaznamenal, které z těchto motivů se v něm vyskytly. Kromě prostého počtu jejich zmínek jsem se pak zaměřil též na odhalení případných souvislostí mezi výskytem určitých témat a celkovým postojem k užívání antidepresiv, který daný text vyjadřoval.

Zdaleka nejčastěji se o antidepresivech hovořilo v souvislosti s psychickými poruchami; tento motiv byl přítomen v 70 % článků. Vzhledem k tomu, že téma antidepresiv bylo často otevíráno právě jako součást diskuze o určité psychické poruše, zejména depresi, a možnostech její léčby, není to nijak překvapivé. Za pozornost však stojí, že tato souvislost se vyskytovala dvakrát častěji v člancích, které k antidepresivům zaujímaly pozitivní postoj (86 % případů), než v těch, které je hodnotily negativně (43 %). Texty, jež užívání antidepresiv hodnotily kladně, tak o nich zpravidla mluvily v souvislosti s psychickými poruchami, jejichž závažnost navíc často podtrhovaly použitím expresivních výrazů jako „zákeřná“ („*Deprese je zákeřné onemocnění: pokud ji člověk jednou prodělá, má mnohem větší pravděpodobnost, že se zase vrátí. I proto je důležité ji včas léčit.*“²⁴) či „smrtná“ choroba („*Sebevražda je nejvážnějším rizikem depresivního onemocnění. "Z tohoto pohledu je deprese smrtelnou chorobou," upozorňuje prof. MUDr. Cyril Höschl ...*“²⁵). V případě článků, které měly k antidepresivům postoj negativní, se takovéto obrazy duševní nemoci objevovaly mnohem méně. Naopak se zde často projevovaly opačné tendence k zpochybňování jejich závažnosti: „*Také máte pocit, že vás s podzimem opět přepadla deprese? Pokud ano, s největší pravděpodobností se mýlíte. To, co jsme si zvykli vydávat za*

²³ Tento motiv lze podřadit motivu předchozímu, objevoval se však tak často, že jsem považoval za vhodné sledovat jej samostatně.

²⁴ Grosmanová, M. (2005, 22. 9.). Moderní léky proti depresi mají méně vedlejších účinků. *Hospodářské noviny*.

²⁵ šz. (2000, 2. 3.). Správná léčba deprese zabrání sebevraždě. *ZN Zemské noviny*.

*depresi, je v naprosté většině případů docela obyčejný splín*²⁶. V nadpoloviční většině těchto článků se pak souvislost s duševními poruchami vůbec neobjevila.

Druhým nejčastějším motivem byly vedlejší účinky antidepresiv, mluví se o nich v 42 % všech zkoumaných textů. Zmínky o nich se přitom nesly jak v negativním (uvádění nejrůznějších negativních vedlejších účinků, jimiž mohou uživatelé antidepresiv trpět), tak v pozitivním duchu (vyzdvihování nižšího počtu a menší závažnosti vedlejších účinků u moderních léků oproti antidepresivům starším; místy též zmínky o objevu nečekaných pozitivních vedlejších účinků). Velká pozornost byla věnována zejména otázce vlivu antidepresiv na sexuální život uživatele; toto téma se objevilo v 18 % článků, s konotacemi, jež byly sice převážně negativní (erektilní dysfunkce či u žen neschopnost dosáhnout orgasmu jako výsledek užívání antidepresiv), avšak místy i pozitivní (ambivalentní hodnocení vlivu antidepresiv na oddálení ejakulace; někdy popisováno jako frustrující, jindy však naopak jako potenciálně výhodná okolnost). V případě obou těchto motivů přitom platilo, že se vyskytovaly častěji v článcích, jejichž celkový postoj k antidepresivům byl kladný (56 % – vedlejší účinky; 33 % – vliv na sexuální život) než v textech laděných negativně (33 %; resp. 5 %).

Stejná souvislost pak platila pro do jisté míry příbuzná témata účinnosti a návykovosti antidepresiv. Ta byla zmiňována v 33 %, resp. 19 % ze všech textů. Motiv účinnosti se objevil v 42 % pozitivně a 24 % negativně laděných článků, motiv návykovosti v 33 %, resp. 19 %. Obě témata byla přitom reprezentována souborem navzájem často rozporných tvrzení. Zatímco tak například některé články zdůrazňovaly prokazatelnou účinnost antidepresiv ve srovnání s placebem (*„Za šest týdnů se dobře cítilo 85 procent žen léčených antidepresivy, ale jen 20 procent léčených placebem.*²⁷), jiné naopak tu samou skutečnost popíraly (*„... pacientům s depresí se daří lépe, když antidepresiva berou, ale i tehdy, když dostávají placebo. Rozdíl v míře zlepšení podle analýzy není příliš velký.*²⁸). V případě otázky návykovosti léčby byl tento rozpor mírnější a většina zmínek zdůrazňovala, že antidepresiva závislost nevyvolávají (*„Antidepresiva závislost nevyvolávají, někdy jimi lze dokonce drogovou závislost léčit*²⁹), nicméně i zde se našly názory, tvrdící pravý opak (*„Prodej*

²⁶ Líkařová, Z. (2007, 30. 11.). Podzimní splíny patří k životu. *Hospodářské noviny*.

²⁷ Autor neuveden. (1996, 1. 2.). Pomohou prášky a psychiatr. *Mladá fronta Dnes*.

²⁸ Lázňovský, M. (2008, 27. 2.). Jsou antidepresiva účinná? *Lidové noviny*.

²⁹ Bílý, J. (1998, 24. 3.). Deprese je těžké onemocnění, dá se však léčit, říkají lékaři. *Lidové noviny*.

*antidepresiv prudce roste. Lékaři před tím varují. Zdravým lidem tyto léky škodí a často jsou návykové.*³⁰).

V případě motivu bezpečnosti antidepresiv, jenž je s motivy jejich vedlejších účinků, účinnosti a návykovosti opět konceptuálně blízce příbuzný, však již mezi frekvencí zmínek v pozitivně a negativně laděných člancích rozdíl nebyl. Celkem se tohoto tématu dotklo 21 % zkoumaných textů. Stejně jako v případě výše zmíněných otázek účinnosti a návykovosti antidepresiv přitom byl tento motiv charakterizován často výrazně rozpornými tvrzeními. Na jedné straně zde tak stálo obecné ujišťování o jejich bezpečnosti („*Několikaleté studie však prokázaly, že ani při dlouhodobém užívání nová antidepresiva nepoškozuji organismus.*“³¹), s nímž pak na straně druhé kontrastovaly zprávy o kontroverzích okolo konkrétních přípravků („*Výrobce léčiv Bristol-Myers Squibb zastaví v evropských zemích prodej svého antidepresiva Dutonin. ... Důvodem zastavení prodeje jsou vedlejší účinky a poškození jater pacientů.*“³²).

Dalším populárním tématem, které se ve spojitosti s diskuzemi o antidepresivech objevilo v 22 % případů a často souviselo právě s úvahami o jejich bezpečnosti, byla otázka rizika sebevraždy. Ta nejčastěji nabývala podoby varování o závažnosti depresivních poruch osobnosti, jež mohou při opomenutí léčby skončit sebevraždou („*Deset až patnáct procent depresivních pacientů spáchá sebevraždu!*“³³). V této souvislosti pak často docházelo k vytváření pozitivního obrazu antidepresiv na základě jejich schopnosti zachraňovat životy těchto lidí. Dané téma se ale objevovalo též v negativním kontextu, formou zpráv varujících před naopak zvýšeným rizikem sebevraždy u některých uživatelů antidepresiv („*Průzkumy dokázaly, že děti pod antidepresivy mají vyšší sklony k sebepoškozování a spáchání sebevraždy,*“³⁴). Avšak zatímco v člancích, které k antidepresivům zaujímalý pozitivní postoj, se motiv rizika sebevraždy objevil v 36 % případů, u negativně laděných článků byl přítomen pouze v 14 % z nich.

V 20 % článků docházelo k srovnávání antidepresiv s jinými léky, zejména různými hypnotiky (léky na spaní) a anxiolytiky (léky proti úzkosti). Toto téma často úzce souviselo s diskuzemi ohledně jejich vedlejších účinků a možné návykovosti a antidepresiva z tohoto srovnání takřka vždy vycházela velmi dobře: „*Mnohem větší riziko než antidepresiva ... pro Čechy představují benzodiazepiny – léky na uklidnění, jako je Neurol nebo Xanax či*

³⁰ Petrášová, L. (2012, 14. 8.). Češi zneužívají „léky na štěstí“. Stále víc. *Mladá fronta Dnes*.

³¹ Bílý, J. (1998, 10. 11.). Nová antidepresiva mají minimum vedlejších účinků. *Lidové noviny*.

³² ČTK. (2003, 9. 1.). Britská firma stahuje životu nebezpečný lék. *Mladá fronta Dnes*.

³³ zi. (1999, 17. 11.). Nová naděje pro pacienty s bolavou psychikou. *ZN Zemské noviny*.

³⁴ los. (2007, 2. 8.). Britské děti podle zdravotníků hltají antidepresiva. *Právo*.

*Lexaurin. ... u léků z této skupiny na rozdíl od antidepresiv hrozí vysoká návykovost a závislosti na nich se těžko zbavuje.*³⁵ Srovnávání antidepresiv s jinými skupinami léků pak často sloužilo i jako argument k odvrácení obav z jejich rostoucí spotřeby: „*Ještě zajímavější však je, že spotřeba antidepresiv je daleko menší než spotřeba jiných léků, o nichž se ze záhadných důvodů tolik nemluví. Například ACE inhibitory neboli léky na tlak dosahují 240 denních dávek na 1000 lidí, hypolipidemika "na cholesterol" 105, pohlavní hormony, léky na cukrovku a blokátory kalciového kanálu ("na tlak", "na srdce") zhruba 75 až 80 denních dávek na 1000 lidí. Takže spotřeba antidepresiv je u nás jak vzhledem ke skutečné potřebě, tak vzhledem k ostatním lékům stále poměrně nízká.*“³⁶ Dané téma se opět výrazně častěji objevovalo v článcích, zaujímajících k antidepresivům pozitivní postoj (36 %), než v článcích negativních (5 %).

Velmi podobné byly rovněž frekvence výskytu obrazu antidepresiv jako nápravy chemické nerovnováhy v mozku. Tento motiv se objevil v 42 % pozitivně a 5 % negativně laděných textů (celkem pak v 23 % všech zkoumaných článků). Jeho výskyt šel často ruku v ruce s primárně biologickým portrétem deprese jakožto nemoci z nedostatku serotoninu, deficitu, jenž právě užívání antidepresiv může pomoci odstranit: „*příčinou depresivního onemocnění není slabá vůle jedince, ale chemická porucha v mozku. Při ní je mezi nervovými buňkami omezen přenos určitých látek (neurotransmiterů), které se podílejí na vzniku dobré nálady. Když je jejich koncentrace malá, vzniká splín, úzkost, deprese. A právě tento nedostatek řeší účinné léky - antidepresiva*“³⁷.

Všechna doposud zmíněná témata, o nichž se v souvislosti s antidepresivy hovořilo, měla (s výjimkou tématu jejich bezpečnosti) společného to, že se v článcích zaujímajících k antidepresivům pozitivní postoj vyskytovala častěji než v článcích negativních. U dvou dalších motivů však byl tento poměr obrácený. Prvním z nich bylo téma zneužívání antidepresiv, které se objevilo celkem v 14 % článků. Zatímco v negativně laděných článcích bylo přítomno v 43 % případů, v pozitivních se nevyskytlo vůbec. Druhým pak byl motiv „antidepresiva jako byznys“, jenž se objevil v 9 % všech textů; v 29 % textů negativních a rovněž ani jednou v textech pozitivních.

Téma zneužívání antidepresiv bylo často otevíráno v souvislosti s artikulací norem, týkajících se vážnosti určitých psychických stavů: „*Antidepresiva se přitom ve Spojených*

³⁵ Pecková, S. (2010, 30. 10.). Jsme zralí na prášky? *Lidové noviny*.

³⁶ Příhodová, A. (2016, 15. 6.). Dříve byli za líné. Dnes víme, že mají depresi. *Lidové noviny*.

³⁷ ZŠ. (2000, 29. 2.). Antidepresiv se nemusíme bát. *Právo*.

státech i v západní Evropě stávají naprosto běžnou součástí života a lidé si jimi upravují každodenní náladu nebo vyvažují docela obyčejný stres.³⁸ Tyto články se tak v podstatě zabývaly problémem jejich medikalizace a farmaceutizace: „Někteří kritici upozorňují na znepokojivá fakta. Podle nich podávání antidepresiv má vlastně jen regulovat chování, které je pro mladé lidi v pubertě přirozené.“³⁹ Poukazy na to, že prodej antidepresiv představuje velice lukrativní byznys, pak šly s úvahami o zneužívání antidepresiv často ruku v ruce: „Vedle řady léků život zachraňujících a prodlužujících, zmírňujících utrpení je trh neustále zaplavován nepřeborným množstvím farmaceutických produktů, které mají činit život slastnějším. Velmi tenká hranice mezi těmito dvěma skupinami je stále méně zřetelná a bezohledně zneužívána ke komerčním účelům.“⁴⁰

3.2.3 Diskuze

Záměrem mnou provedené mediální analýzy bylo zjistit, zdali může způsob, jakým je v českém celostátním tisku pojednáváno o antidepresivech, podporovat aktuální trend k nárůstu v jejich užívání. Domnívám se, že na základě výše předložených výsledků lze odpověď na tuto otázku shrnout do dvou hlavních závěrů. Zaprvé, ve valné většině případů nelze říci, že by analyzované mediální výstupy vyjadřovaly užívání antidepresiv podporu explicitně. Zhruba polovina článků o tématu pojednávala neutrálně; ve zbývající polovině pak sice pozitivní pohled převažoval nad negativním, ale způsob, jakým se jejich autoři k problematice vyjadřovali, byl i zde na obou stranách zpravidla relativně umírněný a prostý superlativů. Obecně tak lze říci, že diskuze o fenoménu antidepresiv byla v českém celostátním tisku posledních dvaceti let vedena v poměrně střízlivém duchu.

Avšak, zadruhé, bližší pohled na témata, která se v ní často vyskytovala a kolem kterých byla argumentačně strukturována, dle mého názoru ukazuje na přítomnost značného potenciálu k podpoře užívání antidepresiv; potenciálu, jenž obvykle nebývá artikulován přímo, nýbrž je přítomen implicitně skrze souvislosti, v nichž se o nich hovoří. Motivy, které se v diskuzích o těchto přípravcích objevují, jsou totiž v převážné většině poměrně technického rázu; tyto se často týkají například otázek jejich vedlejších účinků, účinnosti, bezpečnosti a návykovosti, popřípadě se zabývají mechanismem jejich fungování či srovnáváním s jinými léky, avšak jen málokdy tematizují samotnou normativní složku otázky

³⁸ Líkařová, Z. (2007, 30. 11.). Podzimní splíny patří k životu. *Hospodářské noviny*.

³⁹ Autor neuveden. (1997, 13. 8.). Jde o děti, o prášky a prachy. *Práce*.

⁴⁰ Hnízdil, J., Šavlík, J. (2003, 10. 10.). Na nemoc šílené medicíny Citalopram nezabere. *Mladá fronta Dnes*.

po vhodnosti jejich užívání. Tím ale dochází k tomu, že je tato otázka v podstatě redukována na problém porovnání nákladů a výnosů a skutečnost jejího zakotvení v širším systému hodnot, norem a představ ohledně psychických problémů a toho, jak s nimi nakládat, je ponechána stranou.

Prominentní postavení problémů převážně technického rázu v diskuzích okolo užívání antidepresiv ukazuje na to, že předmětem těchto úvah obvykle není ani tak otázka, zdali je léčba pomocí antidepresiv vhodným řešením určitých psychických problémů, ale spíše otázka, jak a kdy k ní přistoupit. Pokud je rozhodnutí o vhodnosti užívání určitého léku pouze problémem technického charakteru, jeho výsledek pak bude nutně záviset na tom, jaká závažnost je stavu který má napravovat přisuzována. Je-li mu přiřčena nálepka nemoci namísto nálepky přirozené emoční reakce, jeho závažnost samozřejmě roste. Příznačná je proto skutečnost, že články, které se o antidepresivech vyjadřovaly pozitivně, tak činily zpravidla v souvislosti s psychickými chorobami, zatímco negativní ohlasy se tohoto tématu dotýkaly mnohem méně.

V pozitivně orientovaných člancích se pak zároveň výrazně častěji vyskytovaly všechny výše zmíněné diskuzní motivy technického charakteru (s jedinou výjimkou otázky bezpečnosti antidepresiv). Tato souvislost poukazuje na stěžejní význam definičního aktu medikalizace pro formování mediálního obrazu antidepresiv. Tím, že se o antidepresivech hovoří primárně ve spojitosti s duševními poruchami, otázka vhodnosti jejich aplikace přestává být předmětem normativních soudů a její těžiště se místo toho přesouvá do užší oblasti účelové racionality. O vlastnostech a technických specifikách antidepresiv je možno vést diskuzi, o jejich bazální užitečnosti k léčbě nemocných se však již obvykle nepochybuje.

Kámen úrazu pak tkví v tom, že pokud v současnosti dochází k posunu hranice normality směrem k medikalizaci mnohých dříve přirozených emočních stavů, populace těchto nemocných, jichž se léčba antidepresivy potenciálně týká, rychle roste. A jestliže mediální diskuze o těchto lécích stávající definice normality a nemoci vesměs neproblematizují a soustředí se místo toho spíše na technické aspekty jejich užívání, v důsledku tak napomáhají vytváření myšlenkového klimatu, které nárůst jejich spotřeby, byť nepřímo, podporuje. Antidepresiva byla v českém celostátním tisku posledních dvaceti let prezentována jako lék na depresivní poruchy osobnosti a některé další příbuzné diagnózy, nikoliv jako zázračná pilulka štěstí. V situaci, kdy kategorie těchto poruch expandují a čím dál častěji zahrnují i relativně běžné emocionální reakce, však zdánlivá neutralita výpovědí o nich

v efektu znamená potvrzení převládajícího medikalizovaného rámce pohledu na psychické problémy a normalizaci jím preferovaných metod jejich zvládnání.

4 Závěr

Cílem této práce bylo ukázat, jak lze s pomocí konceptu medikalizace vysvětlit současný fenomén masového užívání antidepresiv. Pokusil jsem se demonstrovat, že k pochopení dnešní úrovně spotřeby těchto léků nestačí jen sledovat údaje o počtu nemocných depresí a dalšími příbuznými psychickými chorobami, nýbrž je zapotřebí nahlédnout za tato data a položit si otázku po často neartikulovaných předpokladech, které leží v jejich pozadí. Zásadní je přitom zejména otázka toho, jak současná společnost dané nemoci chápe a jak vytyčuje hranice mezi těmi, kteří jejich kritéria splňují, a jsou tudíž označeni za duševně choré a ostatními, psychicky zdravými. Z tohoto důvodu jsem se zaměřil na popis vývoje, kterým v posledních desetiletích prošel způsob diagnostiky depresivních poruch a na příkladu změn v diagnostickém manuálu DSM ukázal, jak dalekosáhlý význam může v tomto ohledu kodifikace určité definice nemoci mít. Změny v těchto diagnostických kritériích vedly k tomu, že v současnosti lze řadu emočních stavů, které by ještě před několika desetiletími byly chápány jako přirozené reakce na životní obtíže, označit za projevy mentální dysfunkce; jinými slovy, došlo k jejich medikalizaci.

Rozšiřování okruhu toho, co je v oblasti psychického života považováno za patologické a hodné léčení, připravuje půdu pro nejrůznější medicínské intervence. Výsadní postavení, které mezi nimi v současnosti zaujímá farmakoterapie pomocí antidepresiv, pak lze chápat jako výsledek působení řady podpůrných okolností, které jsem se zde pokusil ve stručnosti pojmenovat. Kromě některých pozitivních vlastností moderních verzí těchto léků samotných, zejména jejich relativní bezpečnosti, jež umožňuje jejich předepisování v masovém měřítku, je tak potřeba vzít v úvahu i řadu dalších faktorů, jako je například vliv reklamy či rozpočtových tlaků v rámci systémů zdravotního pojištění.

Mezi okolnosti, které potenciálně mohou užívání antidepresiv podporovat, patří též způsob, jakým se o nich hovoří v médiích. Tuto skutečnost jsem se pokusil blíže demonstrovat na příkladu článků, publikovaných v rámci českého celostátního tisku v posledních dvaceti letech. Ve své analýze jsem zejména upozorňoval na to, že ačkoliv většina zmíněných článků o antidepresivech mluví v relativně střízlivém duchu, a na první pohled tudíž jejich užívání nijak zvlášť přímo nepodporuje, otázky, které jsou v diskuzích o nich otevírány, celou debatu mnohdy uzavírají do silně medikalizovaného rámce. Tím pak dochází k značnému omezení možných východisek pro hledání řešení psychických obtíží

a vzniká klima, jež je pro rozvoj v užívání antidepresiv příznivé. V této souvislosti se tak znovu ukazuje stěžejní význam konceptu medikalizace pro pochopení daného problému.

Konečně lze současnou preferenci řešení psychických problémů pomocí antidepresiv chápat též jako důsledek určitého obecného naladění dnešní společnosti, jako projev jakéhosi „ducha doby“. Tendence k medikalizaci a farmaceutizaci nejrůznějších životních obtíží jsou v moderní společnosti velmi rozšířené a nevztahují se zdaleka jen na oblast duševního. A jak jsem se pokusil ukázat v první kapitole, odráží se v nich řada hlubších makrosociálních procesů, kterými tato společnost prochází. V rozmachu užívání antidepresiv tak lze vidět též projev obecnějších sklonů k preferenci vědecko-technologických způsobů řešení problémů a stejně tak ilustraci paradoxního charakteru moderního individualismu.

5 Seznam použité literatury:

Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622.

Arney, J., & Menjivar, C. (2014). Disease Mongering in Direct-to-Consumer Advertising and the Expansion of the Antidepressant Market. *Sociological Inquiry*, 84(4), 519–544.

Arney, J., & Rafalovich, A. (2007). Incomplete Syllogisms as Techniques of Medicalization: The Case of Direct-to-Consumer Advertising in Popular Magazines, 1997 to 2003. *Qualitative Health Research*, 17(1), 49–60.

Avery, R. J., Eisenberg, M. D., & Simon, K. I. (2012). The impact of direct-to-consumer television and magazine advertising on antidepressant use. *Journal of Health Economics*, 31(5), 705–718.

Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I., ... Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005–2012. *European Neuropsychopharmacology*, 26(3), 411–419.

Beck, U. (2004). *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Bell, S. E., & Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775–783.

Blum, L. M., & Stracuzzi, N. F. (2004). Gender in the Prozac Nation Popular Discourse and Productive Femininity. *Gender & Society*, 18(3), 269–286.

Bordogna, M. T. (2014). From Medicalisation to Pharmaceuticalisation - A Sociological Overview. New Scenarios for the Sociology of Health. *Social Change Review*, 12(2), 119–140.

Busfield, J. (2010). “A pill for every ill”: Explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934–941.

Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194.

Clarke, J. N. (2011). Childhood depression and mass print magazines in the USA and Canada: 1983-2008. *Child & Family Social Work*, 16(1), 52–60.

- Clarke, J., & Gawley, A. (2009). The Triumph of Pharmaceuticals: The Portrayal of Depression from 1980 to 2005. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 91–101.
- Clarke, J. N., & Miele, R. (2016). Trapped by Gender: The Paradoxical Portrayal Of Gender And Mental Illness In Anglophone North American Magazines: 1983-2012. *Women's Studies International Forum*, 56, 1–8.
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* [online]. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10256349>.
- Conrad, P., & Angell, A. (2004). Homosexuality and remedicalization. *Society*, 41(5), 32–39.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158–176.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2008). From Lydia Pinkham to Queen Levitra: direct-to-consumer advertising and medicalisation. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 825–838.
- Čada, K. (2015). *Narrating the Regulation: The Pharmaceutical Policy in the Czech Republic as an Example*. Dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií.
- Davis, C. (2015). Drugs, cancer and end-of-life care: A case study of pharmaceuticalization? *Social Science & Medicine*, 131, 207–214.
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R., & Leavey, G. (2011). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165–175.
- Foucault, M. (1993). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny.
- Foucault, M. (1997). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Fox, N. J., Ward, K. J., & O'Rourke, A. J. (2005). The “expert patient”: empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1299–1309.

- Fox, N. J., & Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 856–868.
- Gattuso, S., Fullagar, S., & Young, I. (2005). Speaking of women's "nameless misery": The everyday construction of depression in Australian women's magazines. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1640–1648.
- Glajchová, A. (2016). Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. *Lidé Města*, 18(1), 3–27.
- Goffman, E. (1978). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Hernandez, J. F., Mantel-Teeuwisse, A. K., van Thiel, G. J. M. W., Belitser, S. V., Warmerdam, J., de Valk, V., ... Pieters, T. (2012). A 10-Year Analysis of the Effects of Media Coverage of Regulatory Warnings on Antidepressant Use in The Netherlands and UK. *PLoS ONE*, 7(9), 1–10. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045515>
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* [online]. Oxford: Oxford University Press. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10180681>.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2012). *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, 1–3.
- Hurt, N. E. (2007). Disciplining through depression: An analysis of contemporary discourse on women and depression. *Women's Studies in Communication*, 30(3), 284–309.
- Illich, I. (2012). *Limity medicíny: Nemesis medicíny - zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
- Kalousek, K. (2013). *Hodnocení vývoje distribuce vybrané skupiny léčivých přípravků. Státní ústav pro kontrolu léčiv*. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/hodnoceni-vyvoje-distribuce-vybrane-skupiny-lecivych-12>
- Kokanovic, R., Bendelow, G., & Philip, B. (2013). Depression: the ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 35(3), 377–390.
- Komárek, S. (2015). *Tělo, duše a jejich spasení aneb Kapitoly o moci, nemoci a psychosomatice*. Praha: Academia.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. Los Angeles: SAGE.

- Marcus, S. C., & Olfson, M. (2010). National Trends in the Treatment for Depression From 1998 to 2007. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1265–1273.
- Melick, M. E., Steadman, H. J., & Coccozza, J. J. (1979). The medicalization of criminal behavior among mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(3), 228–237.
- Mellifont, D., & Smith-Merry, J. (2015). The Anxious Times: An Analysis of the Representation of Anxiety Disorders in *The Australian Newspaper*, 2000-2015. *Asia Pacific Media Educator*, 25(2), 278–296.
- Montagne, M. (2001). Mass media representations as drug information for patients: The Prozac phenomenon. *Substance Use & Misuse*, 36(9-10), 1261–1274.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry And Disease Mongering. *BMJ*, 324, 886–891.
- Moynihan, R., & Henry, D. (2006). The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Medicine*, 3(4), 0425–0428. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
- Mulinari, S. (2013). Regulating drug information in Europe: a pyrrhic victory for pharmaceutical industry critics?: Regulating drug information in Europe. *Sociology of Health & Illness*, 35(5), 761–777.
- Nováková, E., & Jandová, V. (2006). *Reklama a její regulace*. Praha: Linde Praha, a. s.
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013*. OECD Publishing. Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848–856.
- Parsons, T. (1964). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Pratt, L. A., Brody, D. J., & Gu, Q. (2011). Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. *NCHS data brief, no 76*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Dostupné z: <http://www.cybermed.eu/attachments/article/33763/Antidepressant%20Use%20in%20Persons%20Aged%2012%20and%20Over%20United%20States,%202005%20AD2008-1.pdf>
- Rowe, R., Tilbury, F., Rapley, M., & O’Ferrall, I. (2003). “About a year before the breakdown I was having symptoms”: sadness, pathology and the Australian newspaper media. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 680–696.
- Sheehan, D. V., & Wright-Etter, P. J. (2002). Impact of formulary restrictions on the cost-effectiveness of antidepressant treatment. *Managed Care Quarterly*, 10(3), 21–31.
- Skaer, T. L., Sclar, D. A., Robison, L. M., & Galin, R. S. (2000). Trend in the use of antidepressant pharmacotherapy and diagnosis of depression in the US. *CNS Drugs*, 14(6), 473–481.

- Thomas, F., & Depledge, M. (2015). Medicine “misuse”: Implications for health and environmental sustainability. *Social Science & Medicine*, *143*, 81–87.
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal*, *41*(2), 139–154.
- Walsh, C. (2011). Drugs, the Internet and Change. *Journal of Psychoactive Drugs*, *43*(1), 55–63.
- Williams, S. J., Gabe, J., & Davis, P. (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, *30*(6), 813–824.
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, *33*(5), 710–725.
- World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (2016). *Depression Fact sheet*. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Zetterqvist, A. V., & Mulinari, S. (2013). Misleading Advertising for Antidepressants in Sweden: A Failure of Pharmaceutical Industry Self-Regulation. *PLoS ONE*, *8*(5), 1–12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062609>
- Zhang, M. W. B., Hong, Y. X., Husain, S. F., Harris, K. M., & Ho, R. C. M. (2017). Analysis of print news media framing of ketamine treatment in the United States and Canada from 2000 to 2015. *PLOS ONE*, *12*(3), 1–13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173202>
- Zhong, W., Kremers, H. M., Yawn, B. P., Bobo, W. V., St. Sauver, J. L., Ebbert, J. O., ... Rocca, W. A. (2014). Time trends of antidepressant drug prescriptions in men versus women in a geographically defined US population. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(6), 485–492.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, *20*(4), 487–504.