



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

MEDIKALIZACIJA DUŠEVNIH BOLEZNI
THE MEDICALIZATION OF MENTAL
ILLNESS

Mentorica: doc. dr. Simona Hvalič Touzery Kandidat: Blazhe Yovanov

Jesenice, oktober, 2018

ZAHVALA

Mentorici, doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, se iskreno zahvaljujem za strokovno pomoč, nasvete, usmerjanje in moralno podporo pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki, dr. Zdenki Tičar, pred., za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala lektorici Ireni Žunko za hitro in natančno lektoriranje dela.

Za vso potrpežljivost, ljubezen in podporo se zahvaljujem družini. Hvala, ker ste verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Z označevanjem osebnostnih odstopanj in klasifikacijo vsakdanjih težav posameznika kot bolezenske težave psihiatrija podaljšuje seznam duševnih motenj. Posameznik pogosto dobi diagnozo depresije oz. druge duševne motnje, ki je povezana z vedenjem ali čustvovanjem, na podlagi blagih odstopanj, ki so sprožena zaradi življenjskih situacij. Namen diplomskega dela je bil ugotoviti načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni.

Metoda: Izveden je bil pregled domače in tuje literature v zbirkah podatkov CINAHL, PubMed, ProQuest in WILEY. Uporabili smo tudi COBISS in spletni brskalnik Google Scholar. Uporabljene so bile naslednje ključne iskalne besedne zveze: »medikalizacija duševnih bolezni«, »medikalizacija IN duševne bolezni«, »medikalizacija duševnih bolezni IN zdravstvena nega«, »medicalization of mental illness«, »mental illness AND medicalization«, »mental illness AND medicalization AND consequences«, »mental illness AND nursing AND medicalization«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2008–2018, celotno besedilo, jezik besedila slovenščina oz. angleščina. Na podlagi iskalnih besed smo dobili 29 potencialno ustreznih zadetkov, od katerih je bilo v končno analizo uvrščenih 16 zadetkov in 2 članka iz drugih virov.

Rezultati: V končni pregled je bilo od 2.823 zadetkov vključenih 18 člankov in drugih strokovnih besedil. Pri sistematičnem pregledu obravnavane teme gre za srednje močne raziskovalno zasnovane raziskave. Identificiranih je bilo 44 kod, ki so združene v naslednje tri vsebinske kategorije: medikalizacija duševnih bolezni, posledice medikalizacije duševnih bolezni, najpogosteje medikalizirane duševne bolezni.

Razprava: Medikalizacija duševnih bolezni ima različne neugodne posledice, in sicer tako za pacienta kot za družbo, med katere so umeščeni prekomerno diagnosticiranje, prekomerno pisanje receptov in izdaja zdravil, neželeni stranski učinki, ki jih povzročijo zdravila, iatrogene bolezni, suboptimalni izdatki in izguba javnega ali zasebnega denarja, stigmatizacija in neustrezna reakcija na težavo.

Ključne besede: stigmatizacija, prekomerno diagnosticiranje, posledice medikalizacije, psihiatrična zdravstvena nega

SUMMARY

Background: By labeling personality deviations, general defects and classifying everyday issues as diseases, psychiatry is extending the list of mental disorders. A diagnosis of depression, anxiety or other mental disorder associated with behavioral or emotional issues is often made based on slight deviations caused by different life situations. The purpose of the diploma thesis was to determine the ways in which medicalization of mental illness is reflected.

Methods: A review of Slovenian and foreign literature was carried out using the CINAHL, PubMed, ProQuest and WILEY databases. We also used COBISS and the Google Scholar web browser. The following key search phrases were used: "medicalization of mental illnesses", "medicalization and mental illness", "medicalization of mental illnesses and nursing care", "medicalization of mental illness", "mental illness and medicalization", "mental illness AND medicalization AND consequences", "mental illness and nursing AND medicalization". Search criteria were limited to: period 2008-2018 and full-text articles in Slovenian or English. The search terms yielded 29 potentially relevant hits; the final analysis included 16 of these and 2 articles from other sources.

Results: Out of a total of 2.823 hits, 18 articles and other professional texts were included in the final review. The systematic overview of the topic under discussion involves medium strength research-based researches. 44 codes were identified and grouped into the following three categories: medicalization of mental illnesses, the consequences of medicalization of mental illnesses, and most often medicalized mental illness.

Discussion: The medicalization of mental illnesses has various disadvantages, both for the patient and for the society, including excessive diagnosing, excessive writing of prescriptions and use of medications, unwanted side effects caused by medications, iatrogenic diseases, suboptimal expenditure and loss of public or private money, stigmatization and inadequate reactions to the problem.

Key words: stigmatization, over-diagnosis, consequences of medicalization, psychiatric nursing care

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL	7
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	7
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
2.3.1	Metode pregleda literature	7
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	10
2.4	REZULTATI	11
2.4.1	PRIZMA diagram.....	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	12
2.5	RAZPRAVA.....	21
2.5.1	Omejitve raziskave.....	31
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	31
3	ZAKLJUČEK	32
4	LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Prizma diagram	12
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	20

SEZNAM KRAJŠAV

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
DSM	Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj
NCD	Nenalezljive bolezni (ang. non-communicable diseases)
ADHD	Motnja pozornosti z motnjo koncentracije in hiperaktivnostjo
SAD	Socialno anksiozna motnja

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu: SZO) zdravje opisuje »kot stanje popolne telesne, duševne in družbene blaginje posameznikov, ki hkrati predstavlja vodilo družbenoekonomskega razvoja« (Povše, 2010, p. 26). Nordqvist (2015) razlaga, da moramo na zdravje gledati kot na večdimenzionalni koncept. Za vsakega posameznika je zdravje odvisno od situacije in se lahko spreminja. Zaletel-Kragelj in drugi (2007) navajajo, da zdrav človek ohranja in krepi zdravje, bolan pa, da v najkrajšem možnem času ozdravi. Zdravje je vrednota, ki jo ljudje velikokrat postavijo na najvišje hierarhično mesto prioritet.

Zdravja se ne da določiti na podlagi življenjskega sloga posameznika, prav tako življenjskega sloga ob pojavu bolezni ne moremo označiti kot glavni vzrok. Na posameznikovo zdravje poleg življenjskega sloga vplivajo tudi drugi dejavniki, ki niso obvladljivi (npr. genetski zapis) oziroma so spremenljivi in zato posameznik nanje nima vpliva (npr. dostopnost zdravstva) (Peršolja Černe, 2010). Mejo med zdravjem in boleznijo je v današnjih časih težko najti, nekateri se celo trudijo omenjeno mejo dodatno zabrisati. Pri določenih fizioloških stanjih (npr. povišan holesterol) se meja širi (Moynihan & Cassels, 2010).

Skozi čas sta se razvila dva osnovna pojma dojemanja zdravja in bolezni (Bambič, 2008; Jelovčan, 2012):

- Biomedicinski model zdravja je podprt z medicinskimi teorijami in naravoslovnimi znanostmi. Medicinska teorija in praksa sta podprti z dokazi. Model je osredotočen na posege znotraj človeškega telesa in je opredeljen kot odsotnost invalidnosti ali bolezni. V osnovi je model redukcionističen, pojav bolezni zožuje na raven celic oziroma na kemijsko delovanje. Bolezen je obravnavana kot posledica motenj v delovanju telesa. Iz modela so izključene vedenjske, socialne in psihološke razsežnosti počutja posameznika in fizičnega stanja. Model je predvsem usmerjen v razlago bolezni (ne zdravja).
- Biopsihosocialni model zdravja poudarja komplementarno obravnavo fizičnih in psihičnih pojavov, saj oboji enakovredno vplivajo na posameznikovo zdravje.

Delitve na dušo in telo ne podpira, zato bolezen ni obravnavana zunaj kulturnega, socialnega ali zgodovinskega konteksta. Model poudarja pomembnost tako zdravja kot bolezni. Biopsihosocialni model nadgrajuje biomedicinski model.

Nove terapevtske in diagnostične možnosti prispevajo k večjemu medicinskemu napredku zadnjega desetletja. V tem času se je vse pogosteje začel pojavljati tudi pojem medikalizacija, ki je opredeljena kot »proces, ki spreminja običajne življenjske procese v bolezenska stanja« (Petek-Šter & Cvetko, 2009, p. 48). V družbi ima medikalizacija več vzrokov – pomembno vpliva na porabo sredstev, ki so predvidena za zdravljenje, vpliva na delovanje zdravstvenega sistema in na delo zdravnika ter se vpleta v življenja. V vseh življenjskih obdobjih od rojstva do smrti lahko zdravnik s poznavanjem vpliva medikalizacije usmerja njen vpliv (Petek-Šter & Cvetko, 2009). »Medikalizacija družbe pomeni označevanje individualnega ali družbenega vedenja in problemov, ki se nanaša na medicinsko razlago, največkrat kot bolezni ali motnje, ki jih odpravlja oziroma zdravi predvsem z zdravili. Sestavni del medikalizacije je kompleks bolnišnic, zdravstvenih domov in drugih tovrstnih institucij, farmacevtskih družb ter družbeno močnih zdravniških združenj. Kot primer medikalizacije lahko navedemo samomorilnost ali igranje iger na srečo, ki jih pojasnjujejo z vidika psihiatrične medicine« (White, 2009, p. 23).

Slatnar (2012) navaja, da se z medikalizacijo najpogosteje poimenuje uporaba medicinskega modela z namenom, da vse neprijetnosti vsakdanjika pripisuje posamezniku in v njih išče vzroke. Zasnova medikalizacije je takšna, da življenjskega problema ne pripisuje k medicinskemu problemu že samo po sebi, temveč ga je kot takšnega treba definirati. Vsak postopek medikalizacije posamičnega problema, ki naj bi veljal za »normalnega« ali pa je bil opredeljen z drugačno razlago (npr. religiozno), ni vedno neželen ali napačen, temveč je lahko celo utemeljen in osvobajajoč s socialnega, kulturnega in etičnega vidika. Slatnar (2012) kot primer navaja epilepsijo, ki jo je medikalizacija normalizirala in je osvobodila ujetosti religioznega diskurza.

Jeriček Klanšček in Bajt (2009) duševno zdravje opredeljujeta kot širok koncept, ki vključuje tako negativno duševno zdravje (npr. depresijo) kot tudi pozitivno duševno zdravje (npr. pozitivno samopodobo). SZO definira duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost« (Roškar, 2009, p. 1).

Širša javnost v zadnjem času vse pogosteje razpravlja o duševnem zdravju, saj se družba vedno bolj zaveda, da duševne bolezni niso nekaj čudaškega in oddaljenega, temveč so del v vseh strukturah družbe in imajo ključno vlogo pri splošnem počutju posameznika, njegovi uspešnosti in telesnem zdravju (Greenberg, 2010). Moderni koncept razumevanja duševnih bolezni se osredotoča na izrazito vsebino psihiatrične in medicinske profesije. Ko so pacienti iskali olajšanje pred svojim trpljenjem, se je začela medicina, psihiatrija pa se je začela, ko so sorodniki iskali olajšanje zaradi blamaž, ki so bile povzročene s strani svojcev (Szasz, 2013).

Anksiozne motnje in depresija so najpogostejše oblike bolezni v Evropi. Depresija je resnejša duševna bolezen, ki pesti 13 % odraslih v EU. Depresija vpliva na kakovost življenja enako, kot če bi posameznik imel hudo telesno bolezen (npr. možgansko kap). V razvitem svetu naj bi do leta 2020 depresija postala najpogostejša bolezen (Bajt, 2009).

Marecek in Hare-Mustin (2009, p. 36) razlagata: »Strokovnjaki za mentalno zdravje so za razumevanje in definicijo psihičnega trpljenja začeli uporabljati medicinske izraze, kot so bolezen, simptom, sindrom, pacient in prognoza, zato se je psihiatrija kot uradna veja medicine v raziskavah duševnih »motenj« usmerila na biološke vidike in farmacevtske oblike zdravljenja.« Slatnar (2012) navaja, da so mnoge oblike psihičnega trpljenja opisane na podlagi biološko-nevrološkega modela, ki je osredotočen predvsem na biološke in fizične temelje in posameznikove notranje lastnosti. S tem se zviša možnost, da se stanje diagnosticira kot duševna bolezen, kar širi postopek medikalizacije navkljub temu, da so vzroki trpljenja družbeni.

V sodobnih družbah imajo duševna stanja, s poudarkom na depresiji, razsežnost epidemije, kar lahko povežemo z množičnim predpisovanjem antidepresivnih zdravil, kar se velikokrat dogaja tudi v Sloveniji. V diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj je patologizirano vse večje število duševnih stanj in občutij, ki so bila nekoč obravnavana kot vsakdanja in običajna. Priročnik se ne uporablja samo v psihiatriji, temveč tudi na področju sodne prakse, psihoterapije in psihologije (Štros, 2015).

Zdravstveni sistem je v Sloveniji organiziran tako, da se s pacienti, pri katerih nastopijo težave v duševnem zdravju, prvi srečajo z zdravniki, ki delujejo na primarni ravni. Veliko oseb z duševnimi motnjami ima sprva simptome različnih telesnih težav oziroma so ti simptomi neizraženi, kar paciente privede do obiska osebnega zdravnika. Prav zaradi omenjenega razloga so duševna stanja velikokrat pozno diagnosticirana oz. odkrita, s tem pa se zamakne tudi zdravljenje duševnih stanj (Tomšič, 2009). Velikokrat imajo posamezniki, ki trpijo za katerokoli duševno motnjo, pomanjkljiv uvid v svojo bolezen, kar negativno vpliva na pacienta. Pacient slabše sodeluje pri postopku zdravljenja in posledično je tudi izid zdravljenja slabši (Žmitek, 2008). Cilji zdravljenja pacienta z duševno motnjo so ureditev medosebnih odnosov, povrnitev prejšnjih sposobnosti, nadaljevanje šolanja ali ohranitev zaposlitve (Weiden, 2007).

Duševne motnje so večinoma kronične, kar pomeni, da se skozi življenje pojavljajo epizode, ki se slabšajo. Velikokrat se hospitalizacija zaradi duševnih motenj zgodi tudi zaradi slabše kakovosti življenja (Kobentar, 2010). Za današnjo družbo pa veliko breme predstavljajo prav kronične bolezni, ki so tako za zdravstveno kot tudi socialno politiko po celem svetu velik izziv (Trobec, 2010). Ko posameznika določena duševna motnja prizadene, postane le-ta vse bolj dovzeten za dogajanje v okolici. Skozi življenje se posameznik spopada s številnimi težavami, z izkušnjo duševne motnje in številnimi nezmožnostmi (Bašelj & Ferfolja, 2004). Gruden (2010) razlaga, da izhajajo težave, s katerimi se posameznik sreča, predvsem iz socialnega področja (zaposlovanje, skrb zase in za gospodinjstvo, druženje, medosebni odnosi, navezovanje in ohranjanje socialnih stikov).

Zaradi duševnih motenj ima posameznik lahko težave pri zaznavanju, mišljenju, prav tako pa vplivajo na posameznikovo vedenje in ne nazadnje na njegovo počutje. Duševne motnje mnogokrat obdajajo predsodki, ker v družbi vzbuja nelagodje in strah. Nedolgo nazaj so posameznike, ki so od normalnega vedenja odstopali, zaradi bojzani pred nepredvidljivim vedenjem in nepoznavanjem bolezni zapirali v ustanove, od koder ni bilo vrnitve v vsakdanje življenje (Smrdu, 2013). »Ko posamezniki govorijo o duševni motnji, jih spremljajo močna čustva. Ljudje psihiatre še vedno doživljajo kot moderne čarovnike, ki so sposobni pomagati in tudi zelo škodovati. Občutki, povezani s psihiatrijo, nihajo med strahom, sramoto, krivdo, sovražnostjo, občudovanjem in zbežanostjo. Zaradi navedenih občutkov se večina duševnih motenj obravnava in rešuje znotraj kroga prijateljev, družine in znancev, strokovno pomoč pa posameznik poišče šele v skrajnem primeru« (Švab, 2009, p. 15). Prav zaradi tega ima družba strah pred psihiatrijo. Posameznik, ki zmore sprejeti pomoč svojcev in strokovnega zdravstvenega osebja, lahko uspešno zdravi duševno motnjo (Smrdu, 2013).

Medikalizacijo duševnih motenj medicina klasificira na tri ravni (Marecek & Hare-Mustin, 2009):

- konceptualna raven – neki problem se definira z medicinsko terminologijo,
- institucionalna raven – medicinski pristop se uporablja za soočenje s problemom, vpletenost zdravnika ni nujna oz. ima funkcijo »gate keeperja«,
- interakcijska raven – medikalizacija se izraža skozi interakcijo pacienta in zdravnika, družbeni ali medicinski problem se opredeli z medicinsko terminologijo in se obravnava (zdravi) z medicinskimi tehnikami zdravljenja.

Marecek in Hare-Mustin (2009) razlagata, da z označevanjem osebnostnih odstopanj, splošnih pomanjkljivosti in klasifikacijo težav posameznika kot bolezenske težave psihiatrija podaljšuje seznam duševnih motenj. Posameznik pogosto dobi diagnozo depresije oz. druge duševne motnje, ki je povezana z vedenjem ali čustvovanjem, na podlagi blagih odstopanj, ki so sprožena zaradi življenjskih situacij (Illouz, 2010). Marecek in Hare-Mustin (2009) razlagata, da so s širitvijo medikalizacije povezani tudi profitni interesi farmacevtskih organizacij, ki lahko na podlagi tega izdelujejo in prodajajo nove produkte.

Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da je medikalizacija duševnih bolezni v slovenskem prostoru slabo obravnavano področje, še manj medikalizacija duševnega zdravja, zato smo se odločili, da bomo to problematiko podrobneje raziskali.

2 EMPIRIČNI DEL

Izvedena je bila meta sinteza dela s pregledom domače in tuje literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni.

Cilji diplomskega dela so:

1. Ugotoviti načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni pri obravnavi pacienta.
2. Ugotoviti načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni v družbi.
3. Ugotoviti posledice medikalizacije duševnih bolezni za pacienta.
4. Opredeliti duševne bolezni, ki so najbolj omenjene v literaturi, kadar se omenja medikalizacija duševnih bolezni.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Glavna raziskovalna vprašanja so:

1. Kako se kaže medikalizacija duševnih bolezni?
2. Kakšne so posledice medikalizacije duševnih bolezni za pacienta?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izveden je bil pregled domače in tuje literature. Uporabljena je bila metoda kritičnega branja literature, ki je javno dostopna in se navezuje na podatke iz objavljenih člankov, knjig in druge literature na temo »medikalizacija duševnih bolezni«.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabljen je bil raziskovalni dizajn pregleda tuje in slovenske literature. Pregledana je bila literatura, ki je bila objavljena od leta 2008 do leta 2018. Za iskanje literature so bili uporabljeni iskalniki in bibliografske baze podatkov, tako slovenski kot tuji. Za iskanje

slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, Obzornik zdravstvene nege in Google Scholar. Za iskanje tuje literature so bile uporabljene naslednje baze podatkov: CINAHL, PubMed, ProQuest in WILEY. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo diplomskega dela: »medikalizacija duševnih bolezni«, »medikalizacija IN duševne bolezni«, »medikalizacija duševnih bolezni IN zdravstvena nega«. V angleškem jeziku so bile uporabljene naslednje ključne besede: »medicalization of mental illness«, »mental illness AND medicalization«, »mental illness AND medicalization AND consequences«, »mental illness AND nursing AND medicalization«. Ključne besede smo kombinirali z Boolovim operaterjem IN (ang. AND).

Zborniki strokovnih simpozijev in literatura v člankih, ki je bila najdena s pomočjo elektronskega iskanja, je bila pregledana z načinom ročnega iskanja. Vključitvena merila za pregled literature so bila: dostopnost raziskav, objava celotnega članka, recenzirani članki, tematsko ujemanje, raziskave, ki so podajale rezultate, povezane z medikalizacijo duševnih bolezni, in besedilo člankov v angleščini in slovenščini. Izključitvena merila pregleda literature so bila: plačljivost celotnega članka, nedostopnost članka, literatura, ki se tematsko ni ujemala z namenom diplomskega dela, ter vsa literatura, starejša od letnika 2008.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Sintezo smo naredili s pomočjo analize znanstvenih in strokovnih vsebin, upoštevali smo mednarodni standard za potek in prikaz rezultatov pregleda literature – PRIZMA diagram (slika 1). Članke smo pregledovali na podlagi predhodno omenjenih vključitvenih in izključitvenih kriterijev. Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupaj dala $n = 2.823$ zadetkov. V nadaljnjo analizo je bilo umeščenih 205 zadetkov, ki smo jih podrobneje pregledali. Na osnovi pregleda naslovov in izvlečkov je bilo izključenih 176 zadetkov. Od 29 zadetkov, ki so prišli v ožji izbor, je bilo v dejanskem pregledu literature uporabljenih 16. Uporabljena sta bila tudi 2 zadetka, pridobljena preko drugih virov. Rezultati pregleda literature so prikazani v tabeli 1, prikazane so ključne besede, število zadetkov in število izbranih zadetkov v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadelki za pregled v polnem besedilu
CINHAL	medicalization of mental illness	162	2
	mental illness AND medicalization	22	1
	mental illness AND medicalization AND consequences	1	1
	mental illness AND nursing AND medicalization	2	1
ProQuest	medicalization of mental illness	846	1
	mental illness AND medicalization	384	0
	mental illness AND medicalization AND consequences	318	0
	mental illness AND nursing AND medicalization	279	0
PubMed = Medline	medicalization of mental illness	173	2
	mental illness AND medicalization	160	1
	mental illness AND medicalization AND consequences	12	0
	mental illness AND nursing AND medicalization	6	1
Google scholar	medikalizacija duševnih bolezni	80	1
	medikalizacija IN duševne bolezni	72	0
	medikalizacija duševnih bolezni IN zdravstvena nega	47	0
Obzornik zdravstvene nege	medikalizacija duševnih bolezni	0	0
	medikalizacija IN duševne bolezni	0	0
	medikalizacija duševnih bolezni IN zdravstvena nega	0	0
COBISS	medikalizacija duševnih bolezni	5	1
	medikalizacija IN duševne bolezni	6	0
	medikalizacija duševnih bolezni IN zdravstvena nega	1	0
WILEY	medicalization of mental illness	151	2
	mental illness AND medicalization	55	1
	mental illness AND medicalization AND consequences	26	0
	mental illness AND nursing AND medicalization	14	1
Drugi relevantni viri	/	/	2
Skupaj		2.823	18

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izvedena je bila vsebinska analiza spoznanj raziskav, ki so bile vključene v pregled. Uporabljena je bila tehnika kodiranja in oblikovanja vsebinsko relevantnih kategorij. Potek obdelave podatkov je predstavljen s PRIZMA diagramom.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregleda literature smo določili po Politu in Becku (2008), ki sta opredelila sedem nivojev hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnih delih. Rezultati pregleda literature so prikazani v tabeli 2. Na podlagi nivojev, ki sta jih postavila Polit in Beck (2008), lahko zaključimo, da gre pri sistematičnem pregledu obravnavane teme v znanstveno raziskovalni oceni za srednje močne raziskovalne zasnovane raziskave, ki so uvrščene na nivo 3, 6 in 7.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

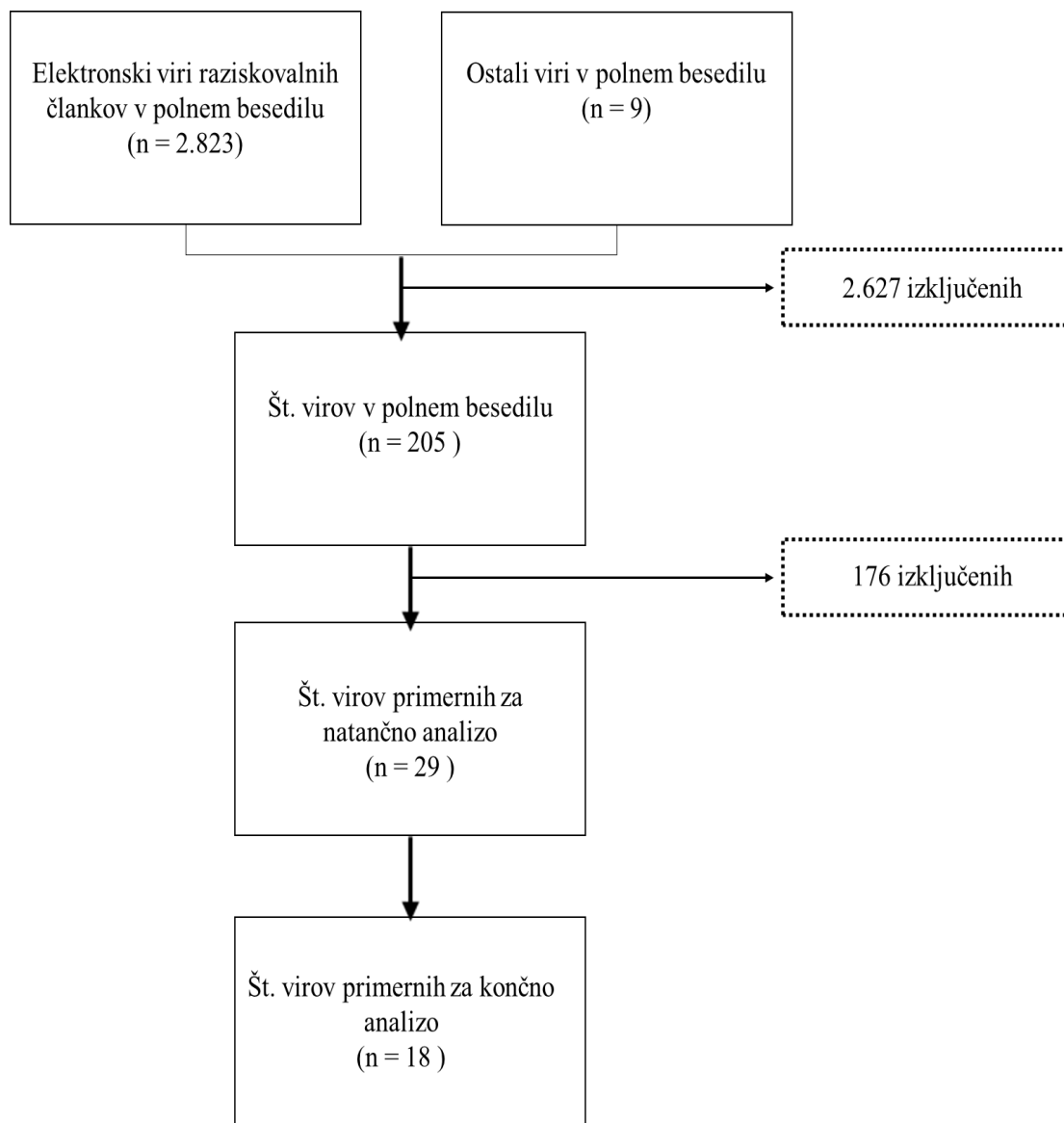
Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav Število vključenih besedil = 0 Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav Število vključenih besedil = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične raziskave Število vključenih besedil = 0
Nivo 3	Sistemske pregledi korelacijskih/opazovalnih raziskav Število vključenih besedil = 6
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 5	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih besedil = 0
Nivo 6	Kvalitativno/kvantitativno zasnovane študije Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov = 5
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih besedil = 7

Vir: Polit in Beck (2008)

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram

Slika 1 prikazuje PRIZMA diagram oziroma potek pridobitve končnega števila zadetkov. Na podlagi ključnih besed, s katerimi smo iskali literaturo, je bilo pridobljenih 2.823 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in 9 ostalih virov v polnem besedilu. 2.627 virov je bilo izključenih v prvem koraku, za nadaljnjo analizo je ostalo 205 virov v polnem besedilu. Na osnovi pregleda izvlečkov je bilo izključenih 176 virov, za natančno analizo je ostalo 29 virov. Vire smo podrobno vsebinsko pregledali in v končno analizo je bilo uvrščenih 18 virov, ki so predstavljeni v tabeli 3.

**Slika 1: Prizma diagram**

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 predstavlja oceno ključnih raziskav oziroma člankov, ki so bili uvrščeni v natančnejšo analizo. Navedli smo ključna spoznanja avtorjev, na katerih temelji pregled literature, raziskovalni dizajn, velikost vzorca in državo vzorca.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Conrad & Bergey	2015	Sistematični pregled literature	21 člankov	Medikalizacija je proces, s katerim se nemedicinski problemi definirajo in obravnavajo kot medicinski problemi, ki pogosto zahtevajo zdravljenje. Izraz medikalizacija se je prvič pojavil v sociološki literaturi in se osredotočil na deviantnost, vendar se je kmalu razširil, da bi preučil druge človeške razmere. Ta članek se osredotoča na sociološke in antropološke perspektive širjenja medikalizacije. To vključuje pregled značilnosti, porekla in posledic medikalizacije, s poudarkom sociologije na pojavu zdravstvenih kategorij in poudarkom antropologije na institucionalni moči biomedicine in kulturne avtoritete. Medikalizacija ima številne družbene posledice, vključno s patologizacijo človeških razlik in individualizacijo človeških problemov.
Clark	2014a	Poročilo strokovnjakov	/	Včasih je bilo znanje o duševnih boleznih pomanjkljivo, vendar jim v današnjih časih dajejo poseben poudarek. Potrebno bi bilo povečano prepoznavanje posamezne bolezni in kako le-ta vpliva na prebivalstvo, vendar pa medikalizacija globalnega duševnega zdravja daje ozek pogled na probleme in rešitve. Zagovorniki globalnega problema duševnega zdravja so poudarili biološke bolezni, povezane s psihiatrijo in nevrologijo, ter okrepljene kategorije duševnih motenj. V globalizacijo duševnega zdravja naj bi bili vključeni univerzalni biomedicinski koncepti, vendar jih močno izpodbijajo nekonkurenčni psihiatri in antropologi. Prednostne naloge gibanja na področju globalnega duševnega zdravja imajo individualiziran pogled, poudarjanje zdravljenja in razširjanje ter zanemarjanje socialnih in strukturnih determinant zdravja. Da bi dosegli mednarodne cilje in obravnavali širše socialne in kulturne razsežnosti problema, morajo zagovorniki globalnega gibanja duševnega zdravja razviti bolj celovite strategije in vključevati bolj raznolike perspektive.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Correia	2017	Poročilo strokovnjakov	/	Koncept medikalizacije je zelo vpliven. Empirične študije so pokazale, da je medikalizacija v veliki meri dosežena ne samo z delom zdravstvenih delavcev ali znanstvenikov, temveč tudi s prizadevanji pacientov ali državljanov, ki želijo legitimirati svojo stisko, tako da jo opredelijo kot »medicinski« problem. Avtor članka zagovarja, da je koncept medikalizacije še vedno bistvenega pomena za poddisciplino medicinske sociologije, vendar je treba njeno konceptualizacijo kritizirati. Koncept medikalizacije se lahko zamenja z medicinacijami (množina). Zato je avtor naredil dva koraka. Prvič je opozoril na hermeneutsko filozofijo, kjer trdi, da obstaja stabilna definicija medicine, na kateri temelji utemeljitev, da se lahko raznolike oblike zdravniške prakse združijo in se uporabljajo v okviru koncepta medikalizacije. Drugič, trdi, da medikalizacija ni neproblematično povezana z zdravstvenim socialnim nadzorom. Uspešna ali neuspešna opredelitev posameznikovega stanja kot zdravstvene težave je deloma odvisna od družbenega in političnega konteksta. Ta novi pristop omogoča sociologom, da teoretično razumejo razlike, ki se vidijo v primerjalnih empiričnih raziskavah med tem, ali so »bolezni« priznane v različnih nacionalnih ali kulturnih okoliščinah.
Kvaale, et al.	2013	Meta analiza	28 primerov poskusnih študij	Zmanjševanje stigme je ključnega pomena za olajšanje okrevanja po psihičnih težavah. Pregled teh problemov biomedicinsko lahko zmanjša težnjo h krivdi prizadetih oseb, vendar so kritiki opozorili, da bi lahko to tudi povečalo druge vidike stigme. Avtorji članka poročajo o štiri ločenih metaanalizah, ki ocenjujejo učinke biogenetskih razlag za krivdo, zaznano nevarnost, družbeno razdaljo in prognostični pesimizem. Avtorji so ugotovili, da biogenetska pojasnila običajno ne vplivajo na družbeno razdaljo. Spodbujanje biogenetskih pojasnil za ublažitev krivde lahko povzroči pesimizem in postavlja stopnjo samo razpoložljivosti, ki bi lahko ovirala okrevanje posameznikov z duševnimi motnjami.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Dura-Vila, et al.	2013	Kvantitativna raziskava	344 anketiranih – Španija	Anketa je bila izvedena v centrih za izobraževanje odraslih. Namen je bil raziskati prepričanja o depresiji in normalni žalosti. Dva hipotetična primera sta prikazovala posameznike, ki so imeli globoko žalost, in posameznike, ki izpolnjujejo kriterije za glavno depresivno motnjo (DSM-IV). Prvi primer je bila žalost na podlagi jasnega vzroka in drugi žalost brez prepoznavnega vzroka. Na podlagi raziskave je bilo ugotovljeno, da obstajajo statistično značilne razlike med vznemirjenostjo. Posamezniki, ki občutijo žalost z razlogom, je vznemirjenost običajen odziv, za tiste, ki pa občutijo žalost brez vzroka, je vznemirjenost patološka. Ugotovljene so bile tudi socialno-kulturne razlike v tem, kako ljudje razumejo in obravnavajo žalost. Avtorji poudarjajo pomen upoštevanja konteksta, v katerem se pojavijo depresivni simptomi. Prav napačna interpretacija simptomov povzroči prepogosto diagnozo oziroma kvalifikacijo duševne motnje in posledično medikalizacijo.
Wardrope	2015	Sistematični pregled literature	23 člankov	Veliko kritikov medikalizacije izraža zaskrbljenost, da procesni privilegiji omogočajo individualizirane, biološko utemeljene interpretacije medicinskih pojavov, ki zavirajo razumevanje in sporočanje vidikov teh pojavov, ki so manj pomembni za njihovo biomedicinsko modeliranje. Raziskava kritično obravnava medikalizacijo kot hermenevtično nepravilnost – oblika epistemične nepravilnosti, ki ljudem, ki imajo hermenevtične vire, preprečuje, da razlagajo in opišejo pomembna področja njihovih izkušenj. Medikalizacija ne sme zamegliti, temveč mora osvetliti izkušnje posameznikov.
Sedler	2016	Poročilo strokovnjakov	/	Medikalizacija je bila tema 29. evropske konference o filozofiji medicine in zdravstvene oskrbe, ki je vključevala panelno sejo o DSM in duševnem zdravju. Filozofske kritike medicinskega modela psihiatrije trpijo zaradi endemičnih predpostavk, ki ne priznavajo resničnih svetovnih izzivov psihiatrije. Opisni model DSM 3-5 služi kot veljaven namen v odsotnosti znanih etimologij za večino psihiatričnih stanj. Sodobna psihiatrija se je preveč zanašala na nevroznanost in farmakoterapijo. Posledično je to polje izgubilo znanje, ki ga je težko obnoviti.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Conrad & Slodden	2013	Sistematični pregled literature	26 člankov	Medikalizacija se pojavi, ko se predhodno nemedicinski problemi opredelijo in obravnavajo kot zdravstveni problemi, običajno v smislu bolezni ali motnje. Po določitvi zgodovinskega konteksta, kako so se določene oblike deviantnega vedenja opredelile in obravnavale kot zdravstvene in psihiatrične težave, avtorja preučujeta še tri novejša primera medikalizacije. Prvič, zaznana je rast medikalizacije hiperaktivnostne motnje pri pomanjkanju pozornosti (ADHD) od otroške motnje do motnje življenja, kar izpostavlja medikalizacijo s širitvijo obstoječe medicinske kategorije. Drugič, razpravljata o pojavu socialne anksiozne motnje (SAD) kot skupne diagnoze, s poudarkom na tem, kako je farmacevtska družba na začetku tržila sramežljivost in socialno anksioznost kot motnjo, nato pa oglaševala Paxil kot prednostno zdravljenje. Tretjič, razmišljata o tem, ali naj se odpravi izguba (žalovanje) iz diagnostičnih meril za depresijo v diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje, V (DSM-V), na podlagi česar bi bilo normalno žalovanje podlaga za psihiatrično diagnozo in zdravljenje.
Conrad & Bandini	2015	Poročilo strokovnjakov	/	Tisočletja so vedenjske odklone imenovali z norostjo, duševnimi boleznimi ali psihiatričnimi motnjami. V vedenjske odklone spadajo naslednje duševne motnje: shizofrenija, depresija, melanholija, bipolarna bolezen, paranoja, histerija in nedavne diagnoze, kot so obsesivno-kompulzivna motnja, avtizem in ADHD. Avtorja uporabljata splošni izraz duševne motnje in poudarjata, da so nekatere motnje lahko zelo hude, medtem ko so nekatere milejše. Stigma, povezana z duševnimi boleznimi, izhaja iz javnega dožemanja in pomanjkanja razumevanja duševnih bolezni v današnji družbi. Tiste, ki trpijo zaradi težke duševne bolezni, pogosto prištevamo med nevarne osebe in da ogrožajo družbo. Mnogi duševni bolniki prejmejo malo ali nič naknadnega bolnišničnega zdravljenja in pogosto postanejo del brezdomnega prebivalstva. Socialni odziv na duševne bolezni lahko imenujemo »farmaceutizacija« duševnih bolezni.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ventevogel	2014	Sistematični pregled literature	28 člankov	SZO je leta 2008 s svojim akcijskim programom za prizadete v duševnem zdravju poskušala obnoviti prizadevanja za vključevanje duševnega zdravja v nespecializirano (npr. primarno) zdravstveno varstvo. Medtem ko je to privedlo do ponovnega zanimanja za to možno metodo zagotavljanja storitev duševnega zdravja, je vključevanje hkrati spodbudilo kritiko. Nekateri pomisleki kažejo nezadostno pozornost krepite drugih ravni sistema zdravstvenega varstva, zlasti oskrbe na ravni skupnosti in na okrožnih ravneh. V članku avtor obravnava sedem elementov, ki so lahko ključni za preprečevanje nenamernih prispevkov k povečanju ozkega biomedicinskega pristopa k duševnemu zdravju pri integraciji duševnega zdravja v nespecializirano zdravstveno varstvo. Ti so: (1) uporaba pristopov, ki spreminjajo naloge v sistem postopne oskrbe, (2) primarno duševno zdravljenje vključuje tudi kratek psihoterapevtski poseg, (3) spodbujanje ukrepov, usmerjenih v obnovo v skupnosti, za ljudi s kroničnimi duševnimi motnjami, (4) konceptualizacija usposabljanja kot stalnega procesa krepite kliničnih kompetenc s pomočjo nadzora, (5) vključevanje skupnosti kot partnerjev v psihosocialnih posegih, (6) spreminjanje premikov v primarno duševno zdravstvo v okviru širših reform zdravstvene politike in (7) spodbujanje medsektorskih pristopov za obravnavo socialnih dejavnikov duševnega zdravja. Z vpeljavo duševnega zdravja v primarno zdravstveno oskrbo bi bile duševne motnje hitreje diagnosticirane, izognili bi se lahko tudi medikalizaciji nepotrebnih stanj.
Uredniki PLOS Medicine	2013	Poročilo strokovnjakov	/	Avtorji navajajo, da gre po eni strani za prekomerno obravnavo in prekomerno medikalizacijo duševnega zdravja, ki jo pogosto spodbuja farmacevtska industrija, ki se zanima za širjenje meja »bolezni« in za oblikovanje širših diagnostičnih kategorij in s tem za trge prodaje. Po drugi strani pa sta globoko trpljenje in širina duševnega zdravja premalo priznana, čeprav prizadene milijone ljudi po geografskih območjih, kar je globalni problem.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Clark	2014 b	Poročilo strokovnjakov	/	Nenalezljive kronične bolezni (NKB) so zaradi razširjenosti, predvidenih socialnih in ekonomskih stroškov ter tradicionalnega zanemarjanja v primerjavi z nalezljivimi vedno večje svetovno breme. NKB so po definiciji »bolezni«, ki so bile že medikalizirane. Njihovi socialni vplivi so priznani, kar zahteva širok, celovit pristop. Čeprav so končni cilji posameznika in prebivalstva opredeljeni v sedanjih akcijskih načrtih NKB, najbolj priporočene strategije težijo k individualističnemu pristopu in ne k obravnavanju osnovnih vzrokov za nastanek NKB. Trenutno oblikovanje NKB ustvarja razširjene vloge za zdravnike, zdravstvene delavce, zdravila in medicinsko spremljanje. Izziv in priložnost sta opredelitev prednostnih nalog in razvoj strategij, ki presegajo ozko medicinsko oblikovanje problema NKB in njenih rešitev.
Thangadurai & Jacob	2014	Sistematični pregled literature	23 člankov	Psihiatrija, ki je medikalizirala številne oblike človeške stiske, se zavzema za posamezne tretmaje in posege pacientov. Medikalizacijo stiske podpira kapitalistični projekt in trenutna politična ekonomija zdravja, dobro se ujema z neoliberalizmom in omogoča prostemu trgu, da razširi svoje poslovne interese. Avtorja raziskave navajata, da obstajajo socialne in ekonomske korelacije depresije, tesnobe in pogoste duševne motnje, ki kljub trdnim dokazom niso poudarjene. Menita, da socialni in ekonomski dejavniki duševnega zdravja zahtevajo obravnavo na ravni javnega zdravja in strategije za preprečevanje in obvladovanje pogostih duševnih motenj v skupnosti.
Kaczmarek	2018	Poročilo strokovnjakov	/	Članek opisuje, ali je medikalizacija vedno škodljiva in kdaj se zdravilo čezmerno uporablja. Avtor želi predstaviti pragmatična merila za razlikovanje med medikalizacijo in preveliko medikalizacijo. Opredeljuje različne posledice tako utemeljene medikalizacije kot prevelike medikalizacije. Dokazuje, da vprašanja oblikovanja uporabe ustreznih meja zdravlil ni mogoče rešiti z oblikovanjem optimalnega modela zdravja in predlaga štiri glavna vprašanja, ki bi pripomogla k razlikovanju medikalizacije od čezmerne medikalizacije. Avtor želi pospeševati normativno analizo pojava medikalizacije in prispevati k bioetičnemu razmišljanju o mejah medicine.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Pattyn, et al.	2013	Kvantitativna raziskava	381 anketiranih – Belgija	Raziskava nasprotuje konceptu medikalizacije duševnih bolezni z metodo psihološke obravnave duševnih bolezni in preučuje, kakšne so posledice spoštovanja enega modela v primerjavi z drugim pri iskanju pomoči in stigmatizaciji. V raziskavi so bila obravnavana vzročna pripisovanja in postopki označevanja bolezni. Stigmatizacija se nanaša na socialno izključenost po zdravljenju. Podatki so analizirani s pomočjo logističnih in linearnih regresijskih modelov. Medikalizacija duševnih bolezni vključuje paketno obravnavo: biopsihosocialne vzročne zveze in uporabo z vidika bolezni. Raziskovalci so oblikovali priporočila za zdravljenje, ki ne stigmatizira posameznika, medtem ko navajajo, da označevanje mentalnih bolezni povzroča stigmatizacijo.
Norris, et al.	2011	Presečna raziskava	Nova Zelandija	Uporaba informacijske tehnologije v zdravstvenem varstvu omogoča raziskovalcem, da pridobijo podatke o uporabi zdravil med skupinami prebivalstva, pri čemer si postavljajo vprašanje, ali so te stopnje previsoke ali prenizke. V prispevku so predstavljene ugotovitve raziskave o vseh zdravilih na recept, izdanih v eni od novozelandskih regij (Te Tairāwhiti) v obdobju enega leta. Raziskava je preučila vzorce uporabe psihotropnih zdravil med starejšimi osebami, po starosti, spolu, etnični pripadnosti in socialno-ekonomskem položaju. Avtorji raziskave so ugotovili, da možnosti, ki bi bile opredeljene kot psihotropna terapija, niso enakomerno porazdeljene med starejšo populacijo. Spol, starost in etnična pripadnost bistveno vplivajo na to, ali so bili recepti prejeti. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po niansiranem razumevanju nezadovoljstva zdravljenja in deviantnega vedenja med starejšimi, kjer je treba upoštevati ovire za zdravljenje nekaterih družbenih skupin. Potrebna je javna razprava o ravni in obsegu predpisovanja psihotropnih zdravil pri starejših in ugotoviti, ali je to res najboljši način za reševanje težav staranja. Pozornost je treba nameniti socialnim razmeram, ki povečujejo tveganje za težave z duševnim zdravjem. Hkrati je treba osredotočiti na neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev in njihovem izidu.

Avtor	Leto objav	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Li	2013	Kvantitativna raziskava	1393 anketiranih – Amerika (Chicago)	Medikalizacija ADHD (motnja pozornosti z motnjo koncentracije in hiperaktivnostjo) povzroča precejšnjo javno razpravo. Predhodne raziskave so poudarile pomen preučevanja dejavnikov, ki vplivajo na odnos do ADHD. Ta članek obravnava podcenjeni dejavnik, religijo in njen odnos do ADHD. Podatki iz splošne raziskave iz leta 2002 National Stigma Study-Children so pokazali, da v primerjavi s preostalim prebivalstvom, evangeličanski kristjani manj verjetno gledajo na ADHD kot resnično bolezen in menijo, da je treba otroke z ADHD zdraviti z zdravili. Rezultati tudi kažejo, da je bolj verjetno, da evangeličani menijo, da zdravniki čezmerno zdravijo otroke s splošnimi težavami v vedenju in da razmišljajo o zdravljenju, ki družinam preprečujejo, da sami rešujejo probleme. Po drugi strani pa prisotnost vere ni povezana s prepričanji o zdravljenju z ADHD, vendar je pozitivno povezana z mnenjem, da je ADHD resnična bolezen.

Identificiranih je bilo 44 kod, ki so bile postavljene glede na njihove lastnosti in medsebojne povezanosti. Kode so združene v naslednje tri vsebinske kategorije: medikalizacija duševnih bolezni, posledice medikalizacije duševnih bolezni, najpogosteje medikalizirane duševne bolezni. Kategorije, kode in podatki o avtorjih so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Posledice medikalizacije duševnih bolezni	Oviranje okrevanja posameznikov – patologizacija razlik – individualiziranje problemov – krivda – zaznana nevarnost – družbena razdalja – prognostični pesimizem – prepogosta medikalizacija zaradi napačne diagnoze – stigmatizacija – socialna izključenost – predpisovanje nepotrebnih zdravil – razvoj dodatnih bolezni – družbeno označevanje	Conrad & Bergey, 2015; Kvaale, et al., 2013; Dura-Vila, et al., 2013; Kaczmarek, 2018; Pattyn, 2013; Norris, et al., 2011

Kategorija	Kode	Avtorji
Medikalizacija duševnih bolezni v družbi	Posledice v družbi – zmanjševanje družbenega konteksta – razširjanje ter zanemarjanje socialnih in strukturnih determinant zdravja – potreba po celoviti strategiji – vključevanje raznolikih perspektiv – medicinski problem – stigmatizacija – ozek pogled na probleme in rešitve – vključevanje univerzalnih biomedicinskih konceptov – socialno/kulturne razlike – hermenevtična nepravilnost – nevroznanost in farmakoterapija – pomanjkanje razumevanja duševnih bolezni – vključevanje duševnega zdravja v primarno varstvo – spodbujanje medikalizacije s strani farmacije – opredelitev prednostnih nalog – potreba po niansiranem razumevanju nezadovoljstva zdravljenja – neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev – ovire za zdravljenje nekaterih družbenih skupin – vpliv religije na sprejemanje duševnih bolezni	Conrad & Bergey, 2015; Clark, 2014a; Correia, 2017; Kvaale, et al., 2013; Dura-Vila, et al., 2013; Wardrope, 2015; Sedler, 2016; Conrad & Bandini, 2015; Ventevogel, 2014; Uredniki PLOS Medicine, 2013; Clark, 2014b; Thangadurai & Jacob, 2014; Kaczmarek, 2018; Norris, et al., 2011; Li, 2013
Najpogosteje medikalizirane duševne bolezni	Depresija – žalost – ADHD – SAD – shizofrenija – bipolarna motnja – paranoja – histerija – obsesivno kompulzivna motnja – avtizem	Dura-Vila, et al., 2013; Conrad & Slodden, 2013; Conrad & Bandini, 2015; Norris, et al., 2011

2.5 RAZPRAVA

Na podlagi pregleda literature smo ugotavljali, na kakšne načine se kaže medikalizacija duševnih bolezni. Prepoznana je bila neenakost pri medikalizaciji duševnih bolezni – na eni strani se duševne bolezni prehitro diagnosticirajo in medikalizirajo, na drugi strani je v ekonomsko šibkih državah medikalizacija duševnih bolezni nezadostna, kar povzroča veliko vrzel v obravnavi duševnega zdravja. V nadaljevanju smo na podlagi pregleda literature prikazali načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni in posledice medikalizacije duševnih bolezni.

Obravnava in vprašanja v zvezi z duševnim zdravjem po svetu so vedno bolj prisotna. Duševne bolezni obsegajo 13 % celotnega bremena bolezni, zato je duševno zdravje povzročilo glavno vprašanje globalne skrbi, zlasti, ker je več kot 70 % bremena duševnih bolezni v državah z nizkim in srednjim dohodkom. Skoraj četrtino svetovnega bremena invalidnosti je mogoče pripisati duševnim in vedenjskim motnjam (Uredniki Plos Medicine, 2013; Clark, 2014a). Omenjena »vrzel v zdravljenju« krepki to veliko neenakost: medtem ko se najmanj dve tretjini vseh oseb z duševnimi boleznimi v svetu ne zdravita, je v državah z nizkim dohodkom ta številka presegla 90 %. Zagovorniki

globalnega duševnega zdravja situacijo imenujejo »globalni zdravstveni škandal« oziroma »kriza« (Patel & Thornicroft, 2009). To novo področje »globalnega duševnega zdravja« je ustvarilo raziskovalne enote, centre za usposabljanje, revije in vplivno gibanje za globalno duševno zdravje, mednarodno koalicijo, ki je narasla na več kot 3000 organizacij in posameznikov v 60 državah. Glavni poudarek je na vrzeli v zdravljenju, namenjen pa je povečanju zdravstvenih storitev in kritju zdravljenja duševnih motenj v vseh državah, zlasti v državah v razvoju, pri čemer se poudarja pomen varovanja človekovih pravic in znanstvenih raziskav (Clark, 2014a).

Gledano skozi objektiv medikalizacije je globalno duševno zdravje neverjetno zanimiv pojav. Obstaja paradoks, ki raste, ko se globalno duševno zdravje razvija in je na eni strani nujno potrebna pozornost na vprašanja duševnega zdravja in trpljenje ljudi, ki je bistvenega pomena, po drugi strani pa prevlada zdravstveni okvir svetovnega duševnega zdravja, ki je ustvaril pogoje za nastanek bolezni in medikalizacijo (Conrad & Bergey, 2015; Clark, 2014a). Zdravstveno oblikovanje globalnega duševnega zdravja je vplivno, vendar ga je mogoče izpodbijati. Obširnejši pregled mnenj najbolj ranljivih bo pripomogel k prevladujočemu zdravstvenemu in strokovnemu stališču, ki bi lahko zagotovil nadomestno uokvirjanje vzrokov in posledic duševnega zdravja. Pogledi pacientov lahko razkrijejo pozitivne in koristne vidike zdravljenja. Medicinska diagnoza ali etiketa lahko potrjujeta posameznikove izkušnje ali služita kot legitimacija njihovega trpljenja ali slabega zdravja, ko gre za invalidnost ali pravne trditve (Beeme & D'souza, 2012). Kot poudarjajo antropologi, je za razširitev medikalizacijskega pogleda poleg vključevanja pacientove perspektive bistveno, da so bolje vključeni lokalni pomen in norme ter drugi vidiki kulture, ki vplivajo na svetovno duševno zdravje. Celo pojem skupnosti ima drugačen pomen v medikaliziranem kot v lokalnem kulturnem kontekstu, zato je treba ta področja nestrinjanja preoblikovati v avtoritativne medicinske ali tehnične koncepte in preučiti (Clark, 2014b). Dejansko je delo v zvezi s človekovimi pravicami na področju globalnega duševnega zdravja še posebej šibko v primerjavi s širšo obravnavo in raziskovalnimi cilji glavnega gibanja. Krepitev vidika človekovih pravic je bistvenega pomena za odpravo revščine in neenakosti, ki sta jedro globalnega problema duševnega zdravja, in ga ni mogoče doseči samo z zdravstvenim varstvom ali biomedicinskimi posegi (Ngu, et al., 2010). Namesto tega je potrebno večsektorsko

ukrepanje za izboljšanje porazdelitve dohodka, socialnega razvoja, izobraževanja in enakosti spolov, ki so v sedanjem okviru globalnega duševnega zdravja sorazmerno odsotni. Tu lahko pomagajo tudi participativne raziskave. Vendar to ne postavlja zdravstvenega sektorja v središče svetovnega načrta za duševno zdravje. Zdravstveni delavci lahko uporabijo svoj vpliv, da zagovarjajo resnično in vsebinsko spodbujanje ter zaščito osnovnih potreb in človekovih pravic oseb z duševnimi boleznimi (in ne zgolj ozek pogled na človekove pravice do dostopa do zdravstvenega varstva), kar zahteva priznanje in vključevanje okvirov socialne pravičnosti in političnih ciljev. Naraščanje kritične zdravstvene organizacije, kot so mednarodne mreže za kritično psihiatrijo, se ukvarja s temi širšimi konteksti, zlasti z ozaveščanjem o prekomerni odvisnosti od diagnostičnih klasifikacij in psihofarmakologijo. Prav tako zahteva širitev individualnega pristopa, ki je do zdaj prevladoval v svetovnem načrtu za duševno zdravje (Clark, 2014b).

Correia (2017) navaja, da, če razlikovanje med empiričnim kontekstom in teoretičnim obsegom medikalizacije ni ustrezno priznано, tvegamo ponavljanje zavajajočega in kulturno pristranskega argumenta, in sicer, da se medikalizacija nanaša samo na zahodno biomedicinsko znanje. Za medikalizacijo družbe je treba sprejeti, izdelati in reproducirati posamezne institucije, ki so zunaj zdravstvenih poklicev (kot so regulativne institucije, npr. pravni, politični in izobraževalni sistemi), druge zdravstvene poklice, ki so tesneje povezani z biomedicino (npr. zdravstvena nega), znanje in druge akterje v zdravju, ki niso popolnoma povezani z medicinskim poklicem. Treba je priznati, da je medicinsko znanje brez neposrednega posredovanja zdravnikov institucionalizacija medicinsko socialnega nadzora. Correia (2017) razlaga, da je primerno in potrebno vprašati, kaj se dejansko nanaša na »medicinske izraze«, »jezik«, »okvir« in »posege« medikalizacije. Ali gre za bolj splošno medicino ali za bolj specifično biomedicino. Da bi zagotovil jasnejši odgovor na to vprašanje, avtor trdi, da je treba vzpostaviti pristop, ki temelji na znanju na področju medikalizacije. S tem bi nadomestili poklicni pristop, ki je najpogostejši. Ideja je pokazati, da je koncept lahko bolj analitično nevtralen v povezavi z različnimi akterji in različnimi oblikami medicinskega znanja, s tem pa bi dokazali stalno pomembnost medikalizacije v sedanji razpravi medicinske sociologije. Uporaba pristopa medikalizacije, ki temelji na znanju,

predstavlja način, kako premagati nekatere kritike. Čeprav je več avtorjev poskušalo zagotoviti celovito definicijo medikalizacije, je dejstvo, da je medicinska/nemedicinska delitev v veliki meri zgrajena na biomedicinskem znanju, kar pomeni, da njena konceptualizacija sprejema in ponavlja stališče o medicini, povezani z institucionalizacijo medicinske stroke. Correia (2017) navaja, da takšnega prekrivanja medsebojnega delovanja z biomedicinskim znanjem ne priznava, da lahko številne različne oblike medicinskega znanja medikalizirajo vidike življenja. Correia (2017) trdi, da medikalizacije ni mogoče obvladati s socialnim nadzorom, ker medicina in socialni nadzor izvirata iz analitično neodvisnih razsežnosti, ki se lahko ali pa ne prekrivata v družbah.

Uredniki Plos Medicine (2013) navajajo, da so najpogosteje medikalizirane duševne bolezni depresija, anksioznost, Alzheimerjeva bolezen in shizofrenija. Tudi drugi avtorji (Conrad & Slodden, 2013; Kvaale in drugi, 2013) pod najpogosteje medikalizirane duševne bolezni uvrščajo ADHD, anksioznost in depresijo. Conrad in Bandini (2015) v članku pod najpogosteje medikalizirane bolezni uvrščata shizofrenijo, depresijo, melanholijo, bipolarno bolezen, paranojo, histerijo, obsesivno-kompulzivno motnjo, avtizem in ADHD.

Dura-Vila in drugi (2013) razlagajo, da bo po podatkih SZO depresija do leta 2020 druga največja bolezenska obremenitev. Vendar pa lahko nekaj povečanja pripišemo tudi posledici napačne diagnoze. Tako je verjetno, da bo padec ocene osebnih izkušenj pacientov ter njihovih kulturnih in družbenih kontekstov povzročil diagnoze, ki bi temeljile na simptomih. Dura-Vila in drugi (2013) navajajo, da trenutna diagnostična merila za diagnosticiranje depresivne motnje ne razlikujejo med nenormalno žalostjo zaradi notranje disfunkcije ali depresije (žalost brez prepoznavnega vzroka) in normalne žalosti (žalost z jasnim vzrokom). Medtem ko nekateri navajajo, da trenutna opredelitev depresije DSM nepravilno zajema naravni odziv na življenjske dogodke namesto duševne motnje, drugi zagovarjajo diagnostična merila, pri čemer zbuja skrb ljudi, ki še niso bili diagnosticirani in ki se zdravljenja ne udeležujejo. Avtorji navajajo, da obstajajo dokazi, da so nekateri vidiki vere povezani s pozitivnim duševnim zdravjem. Raziskave v ZDA in Kanadi kažejo povezavo med obiskovanjem cerkve in manjšo

verjetnostjo, da posamezniki trpijo zaradi depresije. Obstajajo tudi dokazi, da bi lahko religiozni učinki pozitivno vplivali na izid depresije in povečali hitrost okrevanja. Dura-Vila in drugi razlagajo, da, čeprav večina literature kaže na splošen pozitiven učinek religije na duševno zdravje, so mnogi avtorji opozorili na domnevne škodljive učinke religije, kot so sektaganizem, krivda, obsesivnost in duševna neprilagodljivost. Še ena skrb vzbujajoča možnost je zamuda pri iskanju pomoči pri težavah z duševnim zdravjem, kar vodi v poslabšanje posameznikove napovedi zaradi prekomernega zanašanja na verske obrede in molitve.

Dura-Vila in drugi (2013) so na podlagi kvantitativne raziskave ugotovili, da večina anketiranih razume žalost brez zaznavnega vzroka (duševna bolezen, v skladu z depresivno epizodo), večina je tudi razumela značaj posameznika, ki je podvržen žalosti z jasnimi vzroki (da se sooča z nesrečo in je žalost običajen odziv na življenjske razmere). Neuspeh trenutne diagnostične klasifikacije za razlikovanje med normalno reakcijo na težave in depresivno motnjo postane očiten v tej raziskavi. Udeleženci so jasno razlikovali med obema primeroma: vinjeta, ki prikazuje hude čustvene stiske, se je pogosto gledala kot običajen odziv, medtem ko je bil tisti, ki je prikazoval intenzivno žalost brez kakršnega koli vzroka, obravnavan patološko. Na splošno je priporočeno iskanje pomoči tudi v skladu s tem razlikovanjem, medicinska možnost je bolj priporočljiva, kadar ni razloga za žalost. Ta raziskava poudarja pomen upoštevanja konteksta, v katerem so se pojavili depresivni simptomi, saj se zdi, da je odsotnost ustreznega konteksta tisto, kar ljudi pojmuje kot nenormalne. Prav tako postavlja vprašanja glede pomanjkanja veljavnosti trenutne diagnostične klasifikacije za depresivno motnjo, ki izključno uporablja opisna merila.

Raziskava Dura-Vila in ostalih (2013) je pokazala, da obstajajo socialno-kulturne razlike v tem, kako ljudje razumejo in obravnavajo žalost. Zaradi posebne sestave vzorca je bila razkrita pomembna vloga, ki jo imajo duhovniki pri pomoči vernim ljudem, ki trpijo zaradi globoke žalosti ali depresije. Poudarila je pomen, ki ga imajo verska prepričanja pacientov pri iskanju duhovnih smernic v času stisk. Zato je pomembno, da strokovnjaki za duševno zdravje skrbno preučijo pacientovo razumevanje njihovih simptomov in njihovega širšega socialnega in kulturnega

konteksta, s čimer pridobijo vpogled v subjektivno doživetje bolezni (Dura-Vila, et al., 2013). Li (2013) v članku obravnava potrebo po prepoznavanju verskih dejavnikov, ki so povezani z odnosom do ADHD. Cerkev ni pomembno povezana z razmišljanjem, da je treba ADHD zdraviti z zdravili. Dodatne analize kažejo pozitiven učinek prisotnosti cerkve pri razmišljanju, da je ADHD resničen, kar je bolj izrazito pri posameznikih drugih katoliških ver kot pri evangeličanih. Rezultati raziskave skupaj postavljajo pod vprašaj obstoječe teorije, ki kažejo, da vera enakomerno nasprotuje medikalizaciji otrokovega obnašanja. Li (2013) navaja, da bi morali raziskovalci preučiti korelacijo med cerkvijo in ADHD, uporabiti obstoječe znanje in izkušnje ter izpodbijati obstoječo medikalizacijo vedenja otrok. Glavna prizadevanja se torej morajo odvijati za omejitev medikalizacije ADHD.

Thangadurai in Jacob (2014) navajata, da sta depresija in anksioznost, standardni psihiatrični diagnozi, postali del našega besedišča in popularne kulture. Izraza se uporabljata za označevanje »idiomov stiske«, opisujeta izkušnje z boleznimi in označujeta diagnostične kategorije. Njuna razširjena, prilagodljiva in zamenljiva uporaba je zameglila mejo med stisko in boleznijo. Bolezni sta bili neustrezno diagnosticirani pri številnih oblikah človeškega trpljenja. Medikalizacija stiske se je osredotočila na zdravljenje posameznikov. Avtorja navajata, da obstajajo socialne in ekonomske korelacije depresije, tesnobe in pogostih duševnih motenj, ki kljub trdnim dokazom niso uporabljene kot smernice. Menita, da socialni in ekonomski dejavniki duševnega zdravja zahtevajo obravnavo na ravni javnega zdravja in strategije za preprečevanje in obvladovanje pogostih duševnih motenj v skupnosti.

Prekomerna medikalizacija duševnih bolezni je v današnjem času skrb vzbujajoč pojav (Conrad & Slodden, 2013; Uredniki Plos Medicine, 2013; Clark, 2014a; Kaczmarek, 2018). Škoda prekomernega zdravljenja izhaja iz primerov medikalizacije običajne življenjske izkušnje (npr. menopavza, sramežljivost, žalost itd.) ali kadar gre za bolezni z blagimi težavami in simptomi (npr. sindrom nemirnih nog ali ženske spolne disfunkcije). V obeh situacijah posamezniki postanejo bolniki, za katere se šteje, da potrebujejo zdravljenje. Prekomerna medikalizacija pa je še posebej prisotna pri duševnih boleznih (npr. bipolarna motnja, avtizem in ADHD), zlasti med otroki. Centri

za nadzor bolezni so nedavno ocenili, da je 6,4 milijona otrok, starih 4 do 17 let, v določeni točki svojega življenja prejelo diagnozo ADHD (kar je 11 % vseh ameriških otrok), to je 41 % več kot v zadnjem desetletju. Dve tretjini teh otrok ima predpisano zdravilo. Nedavni kanadski podatki potrjujejo pomisleke glede prekomerne označitve običajnega vedenja otrok kot patološkega. Prekomerno diagnosticiranje duševnega zdravja izzove nepotrebne preizkuse in zdravljenje, stigmatizacijo, ki je povezana z duševnimi boleznimi, in precejšnjimi stroški testiranja, zdravljenja in izgube drugih virov (Uredniki Plos Medicine, 2013). Uredniki Plos Medicine (2013) so v izogib prekomerni medikalizaciji predlagali zahtevo o registraciji vseh kliničnih preskusov in poročanja o njih, kar omogoča pogled na celotno sliko koristi in škode preizkušenih posegov. Tak način bi zagotovil nove vpogled v težave, povezane s prekomerno medikalizacijo duševnega zdravja. Na drugi strani pa uredniki Plos medicine (2013) opozarjajo na nezadostno prepoznavanje in diagnosticiranje duševnih bolezni, zlasti v državah v razvoju. Zanimanje se je zgodilo na več ravneh, tudi na nacionalni ravni, kjer mnogim državam ni uspelo vzpostaviti ustrezne politike duševnega zdravja. Tudi Conrad in Slodden (2013) poudarjata, da je medikalizacija duševnih bolezni prepogosta in da farmacevtska podjetja na podlagi diagnoz prodajajo zdravila. Navajata tudi, da medikalizacija lahko zmanjša stigmatizacijo, povezano z antisocialnim vedenjem.

Sedler (2016) navaja, da razširjena uporaba psihotropnih zdravil prav tako uničuje um in telo, in se sprašuje, kje je meja med naravo in kulturo. Medicina je začela posegati v zdravje posameznikov, ki niso bolni, vendar zahtevajo farmakološko pomoč pri obvladovanju težav v življenju. Ljudje se vedno bolj obračajo k zdravilom, da bi obvladali pritiske in trpljenje, ki ga ustvarja sodobno življenje. Vendar je treba razmisliti o iatrogenih učinkih zdravljenja in o vplivu le-teh na posameznika. Sedler (2016) razlaga, da se sodobna psihiatrija preveč zanaša na nevroznanost in farmakoterapijo. Posledično je to polje izgubilo znanje, ki ga je težko obnoviti. Pri medikalizaciji se izraža zaskrbljenost, da procesni privilegiji omogočajo individualizirane, biološko utemeljene interpretacije medicinskih pojavov, ki zavirajo razumevanje in sporočanje vidikov teh pojavov, ki so manj pomembni za njihovo biomedicinsko modeliranje (Wardrope, 2015). Wardrope (2015) v raziskavi kritično obravnava medikalizacijo kot hermenevitično nepravilnost – oblika epistemične

nepravičnosti, ki ljudem, ki imajo hermenevtične vire, preprečuje, da razlagajo in opišejo pomembna področja njihovih izkušenj. V članku razpravlja o več pomembnih povezavah, in sicer predlaga, da na kritiko medikalizacije gledamo iz vidika hermenevtične krivice. Avtor izpostavlja, da so obtožbe hermenevtične krivice vprašljive, vendar poudarja resničen problem pri vlogi medikalizacije v psihiatriji v sodobni družbi. Hermenevtična krivica medikalizacije se dogaja zaradi zagovornikov, ki zapostavljajo doživljanja medikaliziranih posameznikov. Wardrope (2015) kot argument hermetične krivice medikalizacije predlaga, da raziskovalci in zdravstveno osebje upoštevajo vrline in prednosti epistemologije (teorije znanosti).

Kvaale in drugi (2013) so v raziskavi preučevali stranske učinke medikalizacije, in sicer, kako biogenetska pojasnila vplivajo na stigmo. Meta analitični pregled je pokazal, da biogenetska pojasnila pri psiholoških problemih običajno zmanjšujejo krivdo in povečajo ogroženost pesimizma in dojetanja nevarnosti. Ugotovili so, da biogenetska pojasnila običajno ne vplivajo na družbeno razdaljo. Učinek na krivdo je v skladu s teorijo atribucije, medtem ko so vplivi na pesimizem in dajanje negativnih stereotipov v skladu s teorijami psihološkega esencializma. Socialna razdalja je najpogosteje proučevana komponenta stigme in velja za posrednika za zavrnitev in diskriminacijo. Biogenetska pojasnila običajno ne vplivajo na željo po oddaljenosti, zato bi bila lahko posledica nasprotujočih si posrednih učinkov, ki bi se zmanjšali in povečali pesimizem. Medikalizacija problemov lahko zmanjša krivdo, vendar za svojo ceno. Pesimizem zaradi spremembe bi lahko vplival na prizadete posameznike, družinske člane, strokovnjake za duševno zdravje in na skupnost, kar bi lahko oviralo postopek okrevanja. Strokovnjaki s področja zdravstvenega varstva ne smejo dezinformirati svojih pacientov in javnosti z zadrževanjem informacij o biogenetskih dejavnikih, ki temeljijo na psiholoških težavah. Vendar pa ugotovitve Kvaale in drugih (2013) kažejo, da je treba to storiti s precejšnjo previdnostjo. Pojasnilo, ki se sklicuje na biogenetske dejavnike, lahko zmanjša krivdo, vendar imajo lahko neželene stranske učinke in jih ne bi smeli spodbujati na podlagi predhodnih psihosocialnih razlag, ki se zdijo bolj optimistične. Kaczmarek (2018) razlaga, da ima medikalizacija različne neugodne posledice tako za pacienta kot za družbo, v katere umešča prekomerno diagnosticiranje, prekomerno pisanje receptov in izdajo zdravil, neželene stranske učinke, ki jih

povzročijo zdravila, iatrogene bolezni (bolezni, ki nastanejo zaradi zdravljenja in/ali diagnostičnih postopkov), suboptimalne izdatke in izgubo javnega ali zasebnega denarja, stigmatizacijo in neustrezne reakcije na težavo.

Conrad in Bandini (2015) razlagata, da stigma, povezana z duševnimi boleznimi, izhaja iz javnega dojetja in pomanjkanja razumevanja duševnih bolezni v današnji družbi. Tisti, ki trpijo zaradi težke duševne bolezni, se pogosto imajo za nevarne in ogrožajo družbo. Mnogi duševni bolniki dobijo malo ali nič naknadnega bolnišničnega zdravljenja in pogosto postanejo del brezdomnega prebivalstva. Socialni odziv na duševne bolezni lahko imenujemo »farmaceutizacija« duševnih bolezni. Tudi Pattyn in ostali (2013) poudarjajo povezanost med stigmatom in javnim dojetjem duševnih bolezni. V članku so na podlagi kvalitativne raziskave ugotovili, da posamezniki, ki se držijo biopsihosocialnega (v primerjavi s psihosocialnim) modela, bolj verjetno priporočajo splošno zdravstveno oskrbo, svetujejo manj posvetovanja o bolezni s prijatelji in ne priporočajo samooskrbe bolezni, temveč medicinsko oskrbo, prav tako na podlagi stigme hitreje izključijo nekoga z duševno boleznijo.

Ventvogel (2014) navaja, da so duševne motnje pogosto povezane z revščino. Socialna neenakost zvišuje tveganje za depresijo in motnje, povezane s stresom. Prekinitev povezave med revščino in duševnimi motnjami zahteva široko medresorsko ukrepanje, ki presega zdravstveno varstvo in vključuje različne ravni skupnosti. Poudarja, da je za hitrejše diagnosticiranje duševnih motenj in izogibanje medikalizacije nepotrebnih stanj treba vpeljati obravnavo duševnega zdravja v primarno zdravstveno oskrbo, pri čemer bi bilo treba paziti na sedem elementov: (1) uporaba pristopov, ki spreminjajo naloge v sistem postopne oskrbe, (2) primarno duševno zdravljenje vključuje tudi kratek psihoterapevtski poseg, (3) spodbujanje ukrepov, usmerjenih v obnovo v skupnosti, za ljudi s kroničnimi duševnimi motnjami, (4) konceptualizacija usposabljanja kot stalnega procesa krepitve kliničnih kompetenc s pomočjo nadzora, (5) vključevanje skupnosti kot partnerjev v psihosocialnih posegih, (6) spreminjanje premikov v primarno duševno zdravstvo v okviru širših reform zdravstvene politike in (7) spodbujanje medsektorskih pristopov za obravnavo socialnih dejavnikov duševnega zdravja. Ventvogel (2014) navaja, da ima lahko vključevanje duševnega zdravja v primarno zdravstveno oskrbo

tudi negativne učinke. Da bi se izognili negativnim učinkom, bi bilo treba upoštevati omenjene dejavnike in postaviti strategijo vpeljave. Poudarja, da je ključnega pomena na primarni ravni primerna izobrazba in usposobljenost zdravstvenih delavcev v psihosocialnih pristopih. Pomembno je tudi vključevanje skupnosti v večplasten sistem oskrbe. Thangadurai in Jacob (2014) trdita ravno nasprotno in navajata, da je gibanje duševnega zdravja v državah z nizkimi in srednjimi dohodki napačno, saj je vključeno v primarno zdravstveno oskrbo, kar lahko povežemo z negativnimi učinki, ki jih omenja Ventvogel (2014). Clark (2014b) poudarja pomembnost vključevanja stališč pacienta in pogledov družbe za preprečevanje medikalizacije NKB. Navaja, da je treba spodbuditi partnerstvo z okoljskimi aktivisti, ki lahko med drugim spodbujajo socialne perspektive in skupnost, ki je potrebna za družbeno rešitev NKB. Ukrepi lahko vključujejo gradnjo družabnih omrežij, preoblikovanje razprav in osredotočanje na socialne neenakosti, zagotavljanje sredstev za zdravo življenje in podpiranje integriranega in celovitega odziva na ravni skupnosti, s čimer se lahko ublaži svetovni problem NKB.

Norris in ostali (2011) so v raziskavi ugotovili, da je potrebno razumevanje medikalizacije nezadovoljstva/nesreče in deviantnega vedenja med starejšimi. Ugotovili so neenakosti v zdravstvu. Anketiranci, ki živijo v območju revščine, imajo pomanjkljivo obravnavano duševno zdravje, medtem ko imajo ostali anketiranci ustrezno medikalizirane duševne bolezni. Kljub dokazom, da posamezniki iz socialno ogrožene skupine trpijo zaradi višje stopnje težav z duševnim zdravjem, finančne in druge ovire preprečujejo dostop do učinkovitega zdravljenja. Poudarjajo tudi pomembnost prekomerne in pomanjkljive medikalizacije. Norris in drugi (2011) izpostavljajo potrebo po javni razpravi o ravni in obsegu predpisovanja psihotropnih zdravil pri starejših. Ugotoviti je treba, ali je to res najboljši način za reševanje težav staranja. Pozornost namenjajo socialnim razmeram, ki povečujejo tveganje za težave z duševnim zdravjem. Hkrati se osredotočajo na neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev in njihovem izidu. Tudi če mislimo, da so psihotropne bolezni prekomerno diagnosticirane, je razlika v uporabi med ljudmi. Uporaba je odvisna od njihove stopnje odvzema ali etnične pripadnosti in razlik v dostopu do zdravstvenega varstva. Izpostavljajo potrebo po nadaljnjih kvantitativnih raziskavah, saj so potrebne za

razumevanje nezadovoljstva ali drugih čustev in simptomov duševnih motenj ter kako se le-ti spreminjajo glede na etnično pripadnost in pomanjkanje zdravstvene oskrbe.

2.5.1 Omejitve raziskave

V raziskavi smo se osredotočili na medikalizacijo duševnih bolezni in posledice, ki jih občutijo pacienti in družba. Zelo malo literature je vezane neposredno na posledice medikalizacije za pacienta. Nismo zasledili literature, ki bi opisovala posledice, ki jih zaradi medikalizacije občuti pacientova družina. Tudi konkretnih ukrepov za posameznika nismo zasledili, temveč so ukrepi usmerjeni na družbo in širše okolje. Dodatna omejitev raziskave je bila tudi izključenost zadetkov, do katerih nismo imeli dostopa v celoti, vključitev gradiv, ki so bili dostopni v polnem besedilu, in ključne besede.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu je bila skozi pregled literature obravnavana aktualna problematika, s katero se srečuje sodobna družba in psihiatrija. Ugotovili smo neenakosti, ki se pojavljajo pri medikalizaciji duševnih bolezni, in sicer se na eni strani pojavlja prekomerna medikalizacija in diagnosticiranje duševnih bolezni, v ekonomsko nerazvitih državah pa duševne bolezni niso ustrezno obravnavane, čeprav so pri posameznikih iz socialno ogroženega okolja duševne bolezni pogostejše. Za obravnavano področje priporočamo nadaljnje raziskave, ki bi natančno opredelile, kako bi se lahko neenakosti pri medikalizaciji duševnih bolezni odpravile in na kakšen način bi se nepotrebna medikalizacija nekaterih stanj odpravila.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo se osredotočili na medikalizacijo duševnih bolezni ter ugotavljali načine, s katerimi se kaže medikalizacija duševnih bolezni v družbi, posledice medikalizacije in katere duševne bolezni so medikalizirane najpogosteje.

Ugotovili smo, da je razumevanje vseh vidikov duševnega zdravja relativno slabo razvito.

Raziskovalna osnova za prekomerno diagnosticiranje in škodo zaradi prekomernega zdravljenja je še vedno omejena, zato so dobrodošle nove pobude in pozivi k ukrepanju. Potrebne so raziskave o resničnih vprašanjih duševnega zdravja in najboljših načinih za reševanje in preprečevanje težav z duševnim zdravjem, zlasti v zvezi z ukrepi politike in človekovih pravic v svetovnem kontekstu. Največji izziv je prepoznati in dati prednost duševnemu zdravju na svetovni ravni, in sicer z zahtevano politično prepoznavnostjo, financiranjem, raziskavami in pozornostjo, ne da bi le-tega zmanjšali na predmet za nastanek bolezni, patologizacijo in prekomerno medikalizacijo.

Medikalizacija duševnih motenj je še vedno v paradigmi, ki je neprimerna glede na kompleksnost stroke. Potrebna so nova razumevanja področja, ki temeljijo na operativnih diagnostičnih kriterijih in fenomenološki klasifikaciji. Medikalizacija ima številne družbene posledice, vključno s patologizacijo človeških razlik in individualizacijo človeških problemov in hkrati zmanjševanjem družbenega in političnega konteksta.

Na obravnavanem področju bi bilo treba izvesti več metodološko in raziskovalno okrepljenih raziskav, saj so dosedanje raziskave lahko le izhodišče za nadaljnje kritično razmišljanje in raziskovanje.

4 LITERATURA

Bajt, M., 2009. Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi. In: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt & S. Roškar, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 3.

Bambič, M., 2008. *Biopsihosocialni model zdravja: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Bašelj, J. & Ferfolja, A., 2004. Kontinuirana zdravstvena nega psihičnega bolnika. In: V. Čuk, ed. *Strokovno srečanje Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi in vizija patronažnega varstva v prihodnosti*. Ljubljana, 11.–12. november. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija patronažnih medicinskih sester, pp. 33–34.

Beeme, D. & D'souza, N., 2012. *Global mental health and its discontents*. [online] Available from: <http://somatosphere.net/2012/07/global-mental-health-and-its-discontents.html> [Accessed 5 January 2018].

Clark, J., 2014a. Medicalization of global health 2: the medicalization of global mental health. *Global Health Action*, 7(10), pp. 7–13.

Clark, J., 2014b. Medicalization of global health 3: the medicalization of the non-communicable diseases agenda. *Global Health Action*, 7(10), pp. 14–20.

Conrad, P. & Slodden, C., 2013. The Medicalization of Mental Disorder. In: C.S. Aneshensel, J.C. Phelan & A. Bierman, eds. *Handbook of the Sociology of Mental Health. Handbooks of Sociology and Social Research*. Netherlands: Springer, Dordrecht.

Conrad, P. & Bandini, J., 2015. Mental Illness as a Form of Deviance. In: E. Goode, ed. *The Handbook of Deviance*. Stony Brook University: J. Wiley & Sons, Inc.

Conrad, P. & Bergey, M., 2015. Medicalization: Sociological and Anthropological Perspectives. In: N.J. Smelser & P.B. Baltes, eds. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 1st ed. Waltham: Brandeis University, pp. 105–109.

Correia, T., 2017. Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2(14), pp. 1–9.

Dura-Vila, G., Littelwood, R. & Leavey, G., 2013. Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), pp. 165–175.

Greenberg, G., 2010. *Manufacturing depression: The secret history of a modern disease*. 1st ed. London: Simon & Schuster.

Gruden, A., 2010. Obravnava pacienta s kronično duševno motnjo-primer dobre prakse. In: T. Štemberger Kotnik & S. Majcen Dvorše, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 12. Simpozija zdravstvene in babiške nege. Portorož, 12. maj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, p. 108.

Illouz, E., 2010. *Hladne intimnosti. Oblikovanje čustvenega kapitalizma*. 1st ed. Ljubljana: Krtina, pp. 142–148.

Jelovčan, J., 2012. *Odnos študentov zdravstvene nege do zdravja in promocije zdravja: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Jeriček Klanšček, H. & Bajt, M., eds., 2009. *Duševno zdravje Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Kaczmarek, E., 2018. How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(7), pp. 1–10.

Kobentar, R., 2010. Ocena dejavnikov zdravja pri pacientih s kroničnim potekom duševne motnje. In: T. Štemberger Kotnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: 12. simpozij zdravstvene in babiške nege. Portorož, 12. maj.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Koper, p. 103.

Kvaale, E.P., Haslam, N. & Gottdiener, W.H., 2013. The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of howbiogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(13), pp. 782–794.

Li, K., 2013. Religion and Medicalization: The Case of ADHD. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(2), pp. 309–327.

Marecek, J. & Hare-Mustin, R.T., 2009. Clinical Psychology: The Politics of Madness. In: D. Fox, I. Prilleltensky & S. Austin. *Critical Psychology: An Intrudocion.* 1st ed. London: Sage Publications, pp. 75–92.

Moynihan, R. & Cassels, A., 2010. *Krošnjari z boleznijo: kako farmacevtske velikanke delajo iz nas bolnika.* Ljubljana: V.B.Z.

Nordqvist, P., 2015. Parent-Grandparent Relationships in the Context of Lesbian Childbirth. *Journal od Family Issues*, 36(4), pp. 480–500.

Ngui, E.M., Khasakhala, L., Ndetei, D. & Roberts, L.W., 2010. Mental disorders, health inequalities, and ethics: a global perspective. *International Review Psychiatry*, 22(1), pp. 235–244.

Norris, P., Horsburgh, S., Lovelock, K., Becket, G., Keown, S., Arroll, B. & Crampton, P., 2011. Medicalisation or under-treatment? Psychotropic medication use by elderly people in New Zealand. *Health Sociology Review*, 20(2), pp. 202–218.

Patel, V. & Thornicroft, G., 2009. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *Plos Medicine*, 11(37), pp. 141–142.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C. & Bracke, P., 2013. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), pp. 1637–1645.

Petek-Šter, M. & Cvetko, T., 2009. Medikalizacija zdravega. In: Z. Klemenc-Ketiš, ed. *Medikalizacija: Učno gradivo za 26. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. [pdf] Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Medikalizacija.pdf> [Accessed 10 November 2017].

Peršolja Černe, M., 2010. *Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika kakovosti življenja: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Povše, M., 2010. *Delovanje za zdravo življenje. Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta IMPLETUM*. Ljubljana: Zavod IRC, p. 26.

Roškar, S., 2009. Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi. In: M. Zorko, M. Bajt & H. Jeriček Klanšček, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 1.

Szasz, T., 2013. *Kraja človeka. Eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Umco.

Sedler, M.J., 2016. Medicalization in psychiatry: the medical model, descriptive diagnosis, and lost knowledge. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(2), 247–252.

Slatnar, B., 2012. Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), pp. 31–46.

Smrdu, M., 2013. Ocenjevanje psihotičnih motenj. In: R. Masten & M. Smrdu, eds. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, p. 245–273.

Štros, U., 2015. *Patologizacija in medikalizacija psihičnega: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede Ljubljana.

Švab, V., 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.

Thangadurai, P. & Jacob, K.S., 2014. Medicalizing Distress, Ignoring Public Health Strategies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), pp. 351–354.

The Plos Medicine editors (uredniki Plos medicine), 2013. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *Plos Medicine*, 10(5), pp. 25–29.

Tomšič, S., 2009. Analiza prvih obiskov zaradi duševnih motenj v primarnem zdravstvenem varstvu. In: K. Kovše, S. Roškar, T. Kofol Bric, M. Bajt, M. Zorko & R. Štokelj, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 25.

Trobec, I., 2010. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 1–2.

Ventvogel, P., 2014. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: Avoiding medicalization. *International Review of Psychiatry*, 26(6), pp. 669–679.

Wardrope, A., 2015. Medicalization and epistemic injustice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(3), pp. 341–352.

Weiden, P., 2007. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(14), pp. 14–19.

White, K., 2009. *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. 2nd ed. London: Sage, p. 23.

Zaletel – Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., eds. 2007. *Uvod v javno zdravje*. 1st ed. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Žmitek, A., 2008. Klinične in nevropsihološke značilnosti bolnikov s shizofrenijo, ki so pomanjkljivo uvidevni do svoje bolezni. In: B. Novak Šarotar, J. Bon & P. Pregelj, eds. *4. Slovenski psihiatrični kongres. Maribor, 23.–25. oktober 2008*. Maribor: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.