

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

Wydział Filozofii i Socjologii
Instytut Socjologii

Michał Nowakowski

MEDYKALIZACJA WE WSPÓŁCZESNYCH
SPOŁECZEŃSTWACH.
STUDIUM LITERATURY PRZEDMIOTU

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
Dr hab. Włodzimierza Piątkowskiego

Lublin 2013

„Gdyby zaś jakimś nieszczęśliwym trafem zdarzyło się coś niemiłego, to cóż, wtedy pozostaje zawsze soma; ona uwalnia od przykrych faktów. Soma ukoi gniew, pogodzi z wrogami, doda cierpliwości i wytrwałości. Dawniej można to było osiągnąć tylko wielkim wysiłkiem po latach trudnych ćwiczeń woli. Dziś połyka się dwie lub trzy półgramowe tabletki i załatwione. Dziś każdy obdarzony jest cnotami. Co najmniej połowę swej moralności nosi w fiolce. Chrześcijaństwo bez łez, oto czym jest soma. ”

Aldous Huxley „Nowy wspaniały świat”

Spis treści

Wstęp.....	5
Hipotezy badawcze.....	12
Plan rozprawy.....	14
Część I. O pojęciu medykalizacji.....	23
1. Definiowanie procesu medykalizacji.....	23
2. Rodzaje medykalizacji.....	25
3. Definicja medykalizacji – wybór na użytek rozprawy doktorskiej.....	29
Część II. Medykalizacja jako temat badań socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz socjologii wiedzy.....	31
1. Medykalizacja jako przedmiot badań socjologii medycyny.....	31
2. Zastosowanie socjologii wiedzy przy analizie procesów medykalizacji.....	38
Część III. Medykalizacja – od imperializmu medycyny do marketingu firm farmaceutycznych...50	
1. Wczesny model medykalizacji: imperializm medycyny i medykalizacja zachowań dewiacyjnych.....	50
1.1. Historyczny i społeczno-kulturowy kontekst pojawienia się pojęcia medykalizacji.....	51
1.2. Pierwsi krytycy: antypsychiatria.....	53
1.3. Eliot Freidson i Irving Zola – medycyna: profesja żądna władzy.....	60
1.4. Ivan Illich – radykalna krytyka imperialistycznej medycyny.....	66
1.5. Peter Conrad – medykalizacja jako rodzaj społecznej kontroli zachowań dewiacyjnych.....	71
1.6. Wczesny model medykalizacji - krytyka.....	76
2. Druga fala medykalizacji – medykalizacja bez lekarzy?.....	90
2.1. Powstanie „kapitalizmu zdeorganizowanego” jako kontekst wyłonienia się drugiej fali medykalizacji.....	91
2.2. Medykalizacja w erze „kapitalizmu zdeorganizowanego”.....	95
2.2.1. Rozumienie idei drugiej fali medykalizacji	96
2.2.2. Kapitalizm zderegulowany, a sektor opieki zdrowotnej.....	100
2.2.2.1. Korporacyjna rzeczywistość wewnątrz systemu medycznego.....	102
2.2.2.2. Pod nadzorem menadżerów: utrata autonomii lekarzy czy przystosowanie się?.....	110
2.2.2.3. Zwiększanie się roli pacjentów w procesie medykalizacji.....	113
2.3. Nowe technologie i odkrycia naukowe w biomedycynie.....	116
3. Medykalizacja: wybrane przykłady.....	119
3.1. Epidemia depresji i lęku społecznego: uboczny skutek rewolucji w psychiatrii.....	122
3.1.1. Gdzie się podział „normalny” smutek i „zwykła” nieśmiałość?.....	123
3.1.2. Psychiatria przed rokiem 1980.....	136
3.1.3. Kontratak psychiatrii zorientowanej biologicznie.....	139
3.1.4. Krytyka nowej psychiatrii.....	151
3.1.5. Wizerunek depresji w mediach – wsparcie redukcjonizmu.....	154
3.1.6. Niejasne stanowisko psychiatrii amerykańskiej wobec teorii chemicznej nierównowagi.....	156
3.2. „Chorobotwórczość komercyjna”: jaki wpływ na postrzeganie problemów zdrowotnych przez opinię publiczną i lekarzy mają koncerny farmaceutyczne?.....	160
3.2.1. Rozszerzanie kryteriów choroby - medykalizacja nieśmiałości.....	167
3.2.2. Biologizacja problemów osobistych - medykalizacja seksualności.....	177
3.2.3. Od czynnika ryzyka do niebezpiecznej choroby – osteoporoza czyli proces medykalizacji „naturalnych” procesów życiowych.....	191
3.2.4. Poza leczeniem i profilaktyką - „human enhancement” - na przykładzie poszukiwań nowych zastosowań.....	

dla Ludzkiego Hormonu Wzrostu.....	203
3.2.5. „Ghostwriting” medyczny	214
Część IV. Pomędzy medykacją a demedykacją.....	228
1. Demedykacja.....	229
2. Kultura terapeutyczna – efekt dominacji „ideologii indywidualizmu”.....	233
3. Psychologizacja nieśmiałości – szeroko rozumiana medykacja?.....	235
4. Paradygmat „holistycznego zdrowia” oraz „medycyna komplementarna i alternatywna”	244
5. Laickie zarządzanie zdrowiem i chorobą – zaufanie i ryzyko.....	249
6. Socjoekologiczna koncepcja zdrowia i choroby w medycynie społecznej oraz socjologii medycyny jako źródło nowej formy kontroli medycznej.....	257
7. Medykacja jako proces globalny.....	265
Zakończenie.....	271
Bibliografia	281

Wstęp

W książce *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Peter Conrad, jeden z najczęściej cytowanych socjologów zajmujących się medykacją pisał, że gdy zaczął uczyć socjologii medycyny w latach siedemdziesiątych XX wieku, obszar zdrowia i choroby wyglądał całkiem inaczej niż na początku XXI wieku. Zwrócił uwagę, że na zajęciach nie wspominało się o obecnie pospolitych schorzeniach jak: nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD), anoreksja, zespół chronicznego zmęczenia (CFS), zespół stresu pourazowego (PTSD), zespół lęku napadowego („*panic disorder*”), zespół alkoholowy płodu (FAS), zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS) czy zespół nagłej śmierci niemowląt (SIDS). Ani otyłość, ani alkoholizm nie były postrzegane jako choroba (Conrad 2007: 4). Dlaczego w świecie żyjących coraz dłużej, coraz zdrowszych ludzi istnieje coraz większa liczba chorób?¹ Czy możliwe jest, że wcale nie stajemy się zdrowsi? Pytanie jest o tyle zasadne, że nowe jednostki chorobowe często nie dotyczą z natury bardziej podatnych na choroby, osób starszych, których w starzejących się społeczeństwach jest coraz więcej, ale dzieci, młodzieży, osób w sile wieku. Zatem nie wszystko można przypisać „przejściu epidemiologicznemu”, czyli coraz większej przeżywanej liczbie lat, dzięki czemu „mamy szansę” na doświadczanie chorób.

Jedną z interpretacji tego paradoksalnego zjawiska można znaleźć w książce twórczyni polskiej socjologii medycyny, Magdaleny Sokołowskiej, która napisała: „w ekspansji jest nie choroba, ale rosnące oczekiwania i wymagania ludzi co do samopoczucia i innych wartości nazywanych zdrowiem. Jeśli uwzględnimy wszystkie zaburzenia manifestujące się objawami subiektywnymi, z którymi nie idzie się do lekarza, ale które nie różnią się w sposób istotny od tych, z którymi się idzie, to prawie każdy w społeczeństwie może być traktowany jako w jakiś sposób chory” (Sokołowska 1980: 193-194). Sokołowska zapytuje, gdzie postawić granicę, do której choroba jest stanem obiektywnym, a poza którą staje się stanem subiektywnym lub „konstruktem społecznym istniejącym głównie w głowach jego spostrzegaczy” (Ibid: 193-194). Tak niejasne rozróżnienie między chorobą a zdrowiem może stanowić pokusę, by rozciągnąć zakres choroby na obszary uprzednio nie

¹ *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) – zmieniająca się w czasie klasyfikacja zaburzeń psychicznych, publikowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), obrazuje ten proces najlepiej – DSM-I (1952 rok): 106 zaburzeń, DSM-II (1968 rok): 182 zaburzenia, DSM-III (1980): 265 zaburzeń, DSM-III-R (1987 rok) 292 zaburzenia, DSM-IV (1994 rok): 297 zaburzeń (Mayes, Horwitz 2005: 251).

poddawane nadzorowi medycyny. Można zatem zadać pytanie, czy zwiększająca się liczba przypadków traktowanych jako „problemy medyczne” świadczy o coraz lepszych zdolnościach diagnostycznych medycyny, czy jest to raczej konsekwencja dużej siły oddziaływania medycyny i medycznego dyskursu?

Socjologowie medycyny, podejmując próbę analizy sygnalizowanych zjawisk, stosują termin „medykalizacja”, który w najbardziej podstawowym rozumieniu oznacza stawanie się „faktem” medycznym czegoś wcześniej „niemedycznego”. W literaturze socjologicznej zdecydowanie jednak dominują bardziej krytyczne definicje medykalizacji i jej kontrowersyjne egzemplifikacje. Jak się okazuje, najczęściej tematem tym zajmują się badacze utożsamiający się, bądź korzystający z teoretycznych i metodologicznych podstaw teorii (socjologii) krytycznej, socjologii wiedzy, w tym konstruktywizmu społecznego. W publikacjach, które można zaliczyć do tego nurtu, medycyna, oraz szerzej, medyczna perspektywa, poddawane są właśnie krytycznemu oglądowi. W prezentowanej rozprawie przedstawione zostaną, kształtujące się w drugiej połowie XX i rozwijające się na początku XXI wieku, „poglądy antymedyczne” w nauce, które wyrażają się poprzez krytykę praktyk prowadzących do „przemedykalizowania” ludzkiego życia.

Istnienie i rozwój krytycznego nurtu badań nad medycyną można potraktować jako reakcję na obserwowaną we współczesnych społeczeństwach ekspansję medycznej interpretacji i oceny ludzkich problemów lub zachowań niegdyś uznawanych za „naturalne” etapy życia. Dlaczego jednak to właśnie medycyna, jak się wydaje, stanowi dominującą instytucję normotwórczą we współczesnych społeczeństwach? Dlaczego medyczny sposób definiowania i radzenia sobie z ludzkimi problemami tak dynamicznie się rozwija? Odpowiedzi należałoby poszukiwać głównie w procesie „racjonalizacji”. Otóż kulturę w nowoczesnych społeczeństwach można określić jako „naukową”, wypływającą z pozytywistycznego stylu myślenia „fetyszyzującego” nauki przyrodniczej, co przejawia się m.in. w wypieraniu tradycyjnych wartości i wiary religijnej wiedzą naukową i wynikami badań eksperymentalnych (Hildebrand 2006 za: Kociuba 2009: 206). Pisał o tym Max Weber posługując się określeniem „odczarowanie świata” (Weber 2004) oznaczającym odwrócenie człowieka od religii oraz tradycji i pchnięcie go w ramiona medycyny, która przełamała tradycyjny magiczno-religijny sposób interpretacji choroby jako konsekwencji niemoralnego zachowania (Domańska 2005: 311). Medykalizacja jako szczególne podejście do zdrowia, choroby oraz, bardziej ogólnie, kondycji człowieka, wydaje się być zatem silnie osadzona w oświeceniowej wierze w potęgę wiedzy naukowej i technologii, które stanowią warunek postępu społecznego (Conrad, Schneider 1992:

7-8). Rozpowszechnienie obrazu medycyny jako nauki, która może się pochwalić znaczącymi sukcesami w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, obniżania zachorowalności, umieralności i wydłużania przeciętnej długości trwania życia sprawiło, iż stała się ona synonimem skuteczności, profesjonalizmu, obiektywizmu oraz niezależności, zyskując społeczne zaufanie i prestiż. Medykalizacja jako rezultat „mikrobiologicznego etapu” rozwoju medycyny zapoczątkowanego przez Pasteura sprawiła ponadto, że zainteresowanie zdrowiem człowieka w kontekście uwarunkowań społecznych, psychicznych czy kulturowych znalazło się na marginesie medycznych analiz opartych głównie na teorii „jednoprzyczynowości” chorób (Sokołowska 1969: 27), co na długo utrwaliło zmedykalizowany paradygmat.

Istotną przyczyną medycznego zainteresowania problemami o społecznych uwarunkowaniach jest także rozszerzanie się funkcji współczesnej medycyny oraz zmieniony sposób odnoszenia się do zdrowia jako wartości: „Zdrowie jest już dziś w mniejszym stopniu nakazem biologicznym, wiążącym się z koniecznością przetrwania, niż nakazem społecznym powiązany ze statusem” (Baudrillard 2006: 186). Zatem utrzymanie ciała w zdrowiu nie stanowi wartości autotelicznej, gdyż dążeniom współczesnego człowieka do zdrowia towarzyszy przede wszystkim imperatyw manifestacji poprzez ciało swego statusu społecznego, pozycji oraz prestiżu. Medycyna (i szukający zysków biznes ochrony zdrowia) odpowiada na te specyficzne zapotrzebowania (a także, co bardzo ważne, kreuje nowe) angażując się nie tylko w poprawę zdrowia, ale także w proces estetyzacji ciała człowieka, czy próby jego ulepszenia (Jakubowska 2009: 82; Barański 2005: 323-336).

Sukces medycyny wynika także z faktu, iż współczesne społeczeństwa ponowoczesne przenika tzw. „kultura terapeutyczna”, która odwraca uwagę od społecznych, politycznych czy ekonomicznych determinantów ludzkich problemów, umiejscawiając ich źródło w jednostce, jej psychice, osobowości, a także ciele. Kultura terapeutyczna to kultura indywidualizmu (Jacyno 2007a), która przekonuje człowieka, że to jego cechy i zachowania stanowią główną przyczynę dotykających go problemów. Przeniesienie odpowiedzialności na jednostki, wprowadza je w stan niepewności i zagubienia (Bauman 2006; Beck 2002; Giddens 2010), rzucając w ramiona wszelkiej maści terapeutów psychiatrów, psychologów, dietetyków, trenerów oraz oczywiście wciąż cieszących się największym autorytetem, lekarzy.

Procesy medykalizacji stanowią naturalny obszar zainteresowań socjologii medycyny. W początkowych badaniach wiązano je ściśle z działalnością lekarzy i funkcjonowaniem

systemu opieki zdrowotnej. W późniejszych latach zaczęto dostrzegać, że za medykaliczację coraz większą odpowiedzialność ponoszą wyemancypowani pacjenci oraz zainteresowane maksymalizacją zysku korporacje z branży medycznej. Zjawisko to zaczęło żyć własnym, niezależnym od lekarzy życiem. Również socjologowie medycyny, dostrzegając te procesy, rozszerzyli obszar swoich zainteresowań i wychodząc poza system medyczny oraz profesje medyczne, zmięrzali do rozpoznania szerszych uwarunkowań zdrowia i choroby. Oznacza to, że socjologia medycyny staje się subdyscypliną o coraz bardziej złożonym i coraz szerszym przedmiocie badań. Wyrazem tej tendencji jest dokonana w latach siedemdziesiątych zmiana sposobu nazywania subdyscypliny, którą zaczęto określać mianem „socjologii zdrowia, choroby i medycyny”² (Uramowska-Żyto 1992: 9; Ostrowska 2009: 14). Proces ten dostrzegał już Talcott Parsons, który w przedmowie do książki „*A Sociology of Health*” stwierdził, że problematyka zdrowia i choroby, a także profesji i organizacji związanych z opieką zdrowotną, są najważniejszymi obszarami badań socjologów i przedstawicieli innych nauk społecznych (Twaddle, Hessler 1977: vii). Jeśli weźmie się pod uwagę obserwowane trendy: starzenie się społeczeństw, wzrost nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną, a także coraz większe zatrudnienie w tym sektorze, taka opinia wydaje się być jeszcze bardziej uzasadniona. Socjologia zdrowia, choroby i medycyny jest zatem dyscypliną, przed którą stoją zadania o coraz większej doniosłości teoretycznej i praktycznej.

Również zjawisko będące przedmiotem niniejszej pracy świadczy o rosnącym zapotrzebowaniu na socjologiczne badania w obszarze zdrowia, choroby i medycyny³. Medykaliczacja stanowi bowiem wszechobecny proces o podłożu kulturowym i ekonomicznym, który obejmuje coraz większą część ludzkiego życia, wypierając i zastępując religię, tradycje lokalne i rodzinę, przez co socjologowie medycyny coraz częściej badają ludzkie zachowania poza szpitalem czy gabinetem lekarskim. Medykaliczacja jest, w moim przekonaniu, zjawiskiem porównywalnym do takich globalnych przemian, jak na przykład laicyzacja. Zapewne przez ową wszechobecność, pojęcie to w krajach z anglosaskiego kręgu kulturowego, odniosło niebywały sukces (jeśli za kryterium sukcesu pojęcia naukowego przyjąć ilość zajmujących się nim autorów i artykułów w czasopiśmie naukowych, a także obecność tego terminu w świadomości społecznej mierzonej na przykład ilością stron internetowych na ten temat, ilością

2 Barbara Uramowska-Żyto zauważa, że ewolucja socjologii medycyny w kierunku socjologii zdrowia, choroby i medycyny w latach siedemdziesiątych dotyczyła przede wszystkim USA i Wielkiej Brytanii, a w Polsce nastąpiło to z dziesięcioletnim opóźnieniem (1992: 9).

3 Ze względów pragmatycznych, w pracy będę posługiwał się terminem „socjologia medycyny” chociaż tematyka rozprawy bardziej sytuuje się w ramach „socjologii zdrowia, choroby i medycyny”.

artykułów w prasie). Joseph E. Davis ocenił, że w historii socjologii medycyny, medykalizacja była jednym z jej najważniejszych pojęć. Medykalizacja jest przedmiotem badań wielu socjologów medycyny, ale też przedstawicieli innych dyscyplin naukowych. Termin pojawia się w rozważaniach z zakresu psychiatrii, prawa, pracy socjalnej, czy bioetyki (Davis 2010: 211). Niewątpliwie stał się on jednym z podstawowych obszarów badawczych krytycznej socjologii medycyny oraz zakorzenił się w publicznym dyskursie dotyczącym roli medycyny we współczesnych społeczeństwach stanowiąc naprawdę wykorzystywaną koncepcję, za pomocą której interpretuje się procesy kulturowe i ekonomiczne zachodzące na styku medycyna – społeczeństwo. W tej pracy także nie będę ograniczał się do prac socjologów, ale w celu jak najpełniejszego poparcia faktami przyjętych hipotez badawczych, sięgać będę również do analiz prowadzonych przez historyków medycyny, psychiatrów, antropologów medycyny, psychologów, a nawet publicystów zajmujących się problematyką medyczną.

Należy podkreślić, że w polskiej socjologii medycyny, koncepcja ta jest mało zbadana. Bywają więc autorzy, którzy zwracają na nią uwagę, jednakże chyba nie można powiedzieć, że prowadzi się tu systematyczne, empiryczne badania socjologiczne na temat praktyk medykalizacji. Sytuacja ta może być zaskakująca, gdyż na skutek związanych z transformacją przemian politycznych, ekonomicznych, a także kulturowych, polskie społeczeństwo stało się podobne do większości społeczeństw ponowoczesnych, co przejawia się także podobnymi procesami związanymi z ekspansją medycyny na wiele obszarów życia społecznego (Majchrowska 2010: 232). Także więc, Polskich autorów, którzy podjęli wątek medykalizacji jest stosunkowo niewielu (Sokołowska 1980; Bińczyk 2002; Buczkowski 2005; Domańska 2005, 2007; Jacyno 2007a, 2007b; Łysak, Zierkiewicz 2007; Cyrkot, Orlicz 2008; Słońska 2008; Wieczorkowska 2008; Jakubowska 2009; Banaszak, Florkowski 2010; Barański 2010; Majchrowska 2010; Nowakowska 2010; Stefaniak 2010; Taranowicz 2010; Nowakowski 2010, 2012, Weinman 2012). Wydaje się jednak, że od początku XXI wieku problem ten coraz mocniej absorbuje uwagę rodzimych badaczy. Brak całościowej recepcji tego zagadnienia w polskiej literaturze socjologicznej oraz autorskiej teoretycznej monografii naukowej stanowił zatem główny powód podjęcia badań ukierunkowanych na analizę i syntezę teoretycznych ujęć tego zjawiska, wypracowanych na terenie zachodniej socjologii medycyny. Przygotowywanie niniejszej rozprawy jest dla mnie także punktem wyjścia i źródłem inspiracji dla rozpoczęcia w przyszłości empirycznych badań na temat praktyk medykalizacji w Polsce. Ze względu na fakt, iż tematyka ta dopiero pojawia się w socjologii medycyny uważam, że potrzeba

podjęcia dalszych szczegółowych badań na tym obszarze staje się oczywistością.

Temat rozprawy, „Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu” ma sugerować, że praca stanowi próbę ukazania zjawiska w całej swojej złożoności i jestem przekonany, że nie został w niej pominięty żaden istotny mechanizm składający się na analizowany proces. Rozprawa nie jest jedynie opisem i streszczeniem stanu badań nad medykalizacją, nie przedstawiam w niej także wszystkich jej przejawów (co jest moim zdaniem trudne ze względu na wszechobecność tych procesów). W analizie medykalizacji zamierzam wyeksponować jej aspekt ekonomiczny, gdyż jestem przekonany, że w swym obecnym kształcie stanowi ona część szerszego procesu zawłaszczania przez rynek i kapitał coraz to nowych, wcześniej nieskomercjalizowanych obszarów życia społecznego. Chcę zatem udowodnić, że w dużej części za poszerzanie się zasięgu „perspektywy medycznej” odpowiada chęć zysku. Ochrona zdrowia, staje się lukratywnym biznesem, takim samym jakie funkcjonują w branży spożywczej, samochodowej, czy naftowej. Tak samo jak w innych branżach, głównym celem wszelkiej działalności jest dochód i jestem zdania, że to on dominuje nad odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, którzy zgodnie z logiką zmian, stali się konsumentami usług medycznych. Korporacje działające w branży medycznej stosują te same metody maksymalizacji rynku jak w każdej innej: poszerzają rynek poprzez kreowanie nowych potrzeb konsumentów, co sprowadza się między innymi do „wytwarzania” nowych chorób. Jednak, żeby choroba „się przyjęła”, należy dokonać zmiany postrzegania określonych ludzkich problemów czy stanów przez opinię publiczną i lekarzy. W tym celu konstruowane są kosztowne kampanie społeczne/marketingowe, mające na celu „uświadomienie” laików i lekarzy, o istnieniu danej choroby. Sukces wymaga jednakże współpracy z autorytetami naukowymi, które będą legitymizować te działania. Należy stwierdzić, że istnieją także przesłanki pozwalające domniemywać, iż obecnie obserwowana ekspansja korporacji biotechnologicznych w sektorze ochrony zdrowia także negatywnie wpływa na rozwój wiedzy naukowej (poprzez lokowanie pieniędzy w badania gwarantujące zysk, a nie odpowiadające na najbardziej palące problemy zdrowotne, deprecjonowanie badań podstawowych, a nawet korumpowanie naukowców i nakłanianie ich do fałszowania wyników badań).

Z powyższych rozważań wynika jeszcze bardziej ogólna konstatacja, którą wybrałem jako główną tezę mojej rozprawy: współczesna forma kapitalizmu, której podstawą ideologiczną jest „neoliberalizm” (a w praktyce charakteryzująca się przede wszystkim dominacją transnarodowych korporacji), chętnie wykorzystuje medycynę i promując

paradygmat biomedyczny, deprecjonuje są społeczne determinanty zdrowia, chorób, problemów życia codziennego. Praca ta ma na celu ukazanie, że procesy medykalizacji służą współczesnemu kapitalizmowi jako narzędzia „wychowawcze” przekształcając zróżnicowane wewnętrznie i różniące się od siebie społeczeństwa w homogeniczną, zatomizowaną masę, której nie łączy żadna wspólnota interesów, a jedynie podobne potrzeby zdrowotne. Jeśli jakiś problem dotyczący ludzi staje się chorobą, jednocześnie przestaje być kwestią społeczną, z czego wynika, że nie ma sensu szukać jego przyczyn gdzieś indziej, niż w naszym organizmie. Tak ukształtowany pacjent nie kwestionuje ustalonego porządku i poddaje się ufnie medycznym interwencjom, stając się wiernym konsumentem usług i produktów medycznych. W konsekwencji, ludzkie problemy znikają też z horyzontu polityków oraz polityki państwa, stając się jedynie prywatnym problemem konsumenta, który rzekomo ma być rozwiązywany jedynie za pomocą rynku usług medycznych. Medykalizacja jest dla mnie zatem mechanizmem wykorzystywanym przez siły rynkowe w celu „kolonizowania” społeczeństwa obywatelskiego, destrukcji tradycyjnych, lokalnych systemów przez zglobalizowane, „wykorzenione” systemy eksperckie. Oczywiście nie twierdzę iż całość procesu medykalizacji można wytłumaczyć jedynie chęcią zysku, ale na podstawie analizy przemian we współczesnych społeczeństwach można stwierdzić, iż sfera rynkowa w medycynie (tak jak wszędzie indziej) ulega poszerzeniu zyskując dominującą pozycję.

Jak postaram się niżej wykazać, medykalizacja w literaturze przedmiotu była i jest przedstawiana jako proces zagrażający autonomii jednostek, oraz atomizujący społeczeństwo poprzez podkopywanie bardziej tradycyjnych form integracji, których spoiwem była głównie religia i tradycja. Początkowo jako jej źródło, obok imperializmu lekarzy, wymieniano zakusy państwa, wykorzystującego medycynę do kontroli społeczeństwa. Obecnie medykalizacja, poprzez przekształcanie obywateli w konsumentów, stanowić ma głównie narzędzie pomnażania zysków przez globalne korporacje.

Analiza literatury jednoznacznie wskazuje na dominację perspektywy krytycznej, a nawet radykalnej, w socjologicznej literaturze dotyczącej medykalizacji i praca ta będzie również pisana w tym duchu. Wątek zasadności obecności perspektywy krytycznej w socjologii medycyny poruszyli ostatnio Włodzimierz Piątkowski i Luiza Nowakowska (2012), zwracając między innymi uwagę, że „.....zagrożenia wywoływane i generowane przez współczesny system medyczny powinny być klasycznym przykładem aplikacji funkcji oceniającej naszej subdyscypliny, warto bowiem, zwłaszcza w czasach kryzysu i

«społeczeństwa ryzyka», podtrzymywać tradycję «krytycznej i kontestującej socjologii zdrowia i choroby»”. Jak stwierdzili dalej „...wybór «neutralnego» lub co gorsza «apologetycznego» sposobu uprawiania tej nauki nie służy ani jej samej, ani tym bardziej nie zbliża nas do ideałów dyscypliny «społecznie wrażliwej»...” (Piątkowski, Nowakowska 2012: 25). Lektura artykułu powyżej wymienionych autorów, skłania do wysunięcia wniosku, że jeśli za misję socjologii uznamy „próbę budowania lepszej rzeczywistości społecznej”, to krytyczne i kontrolne funkcje socjologii (w tym socjologii medycyny) wciąż są ważne, a nawet coraz ważniejsze. Utożsamiając się z tak rozumianą misją socjologii (medycyny), za istotny cel tej pracy uznałem również przyczynienie się do rozwoju podejścia krytycznego w polskiej socjologii ogólnej i socjologii medycyny, które mimo że jest coraz bardziej obecne, to moim zdaniem, wciąż w niewystarczającym stopniu.

Hipotezy badawcze

Medykalizacja to proces obejmujący niemalże wszystkie sfery życia we współczesnych społeczeństwach. Podłożem medykalizacji są ogólne przemiany cywilizacyjne o charakterze kulturowym, ekonomicznym oraz wynikające z rozwoju nauki i technologii (nie tylko medycznych). Jest to proces wielowymiarowy: w zależności od medykalizowanego zjawiska, różne mogą być siły inicjujące i wspierające ten proces, a zatem także na jego przebieg mają wpływ różne motywacje i interesy, oraz różne metody działania. Uwzględniając ową złożoność uważam, że na procesy medykalizacji oddziałuje przenikająca wszystkie sfery życia współczesnych społeczeństw logika „kapitalizmu zdeorganizowanego” (Hall 1989 za: Jung 1997: 715; Lash, Urry 1987: 312-313), oraz typowa dla ideologii neoliberalnej, wytwarzana i podtrzymywana przez rynek, „kultura terapeutyczna” (i łącząca się z nią „ideologia indywidualizmu”, za sprawą której coraz większa część problemów, z którymi styka się człowiek w codziennym życiu oceniana jest jako problem zdrowotny dotyczący jednostkę, przez co jego rozwiązanie możliwe jest poprzez zastosowanie terapii medycznych lub psychologicznych). Zatem w swojej pracy przyjmuję jako tezę następujące twierdzenie:

Obserwowane we współczesnych społeczeństwach rozwiniętych procesy medykalizacji, są kształtowane głównie przez tzw. globalny „kapitalizm zdeorganizowany” przez co dominująca wśród laików wizja zdrowia i choroby, oraz profesjonalna wiedza medyczna służą neoliberalnej ideologii poprzez wytwarzanie idealnego, „znormalizowanego”

człowieka o określonych parametrach fizycznych i psychicznych. W ten sposób, za sprawą medykalizacji ludzkie problemy, wcześniej często będące kwestiami społecznymi, jako problemy zdrowotne, stają się ich indywidualną sprawą. Medykalizacja zatem może być potraktowana jako narzędzie do przerzucania na ludzi winy za problemy pojawiające się w trakcie procesu demontażu „państwa dobrobytu”, z którym mamy do czynienia od lat osiemdziesiątych XX wieku.

Innymi słowy, największy wpływ na kształt współczesnej medykalizacji mają działające globalnie firmy, których celem jest osiągnięcie możliwie jak największych zysków (a pośrednio także rządy i organizacje międzynarodowe, które są twórcami współczesnego globalnego systemu ekonomicznego). Nie oznacza to oczywiście, że za każdy konkretny proces medykalizacji bezpośrednio odpowiadają menadżerowie korporacji, ale ich pieniądze, władza i wpływy mają możliwość kształtowania norm dotyczących zdrowia i choroby, umożliwiając wytwarzanie zmedykalizowanych tożsamości pacjentów – konsumentów usług medycznych.

Uszczegółowieniem hipotezy głównej są następujące twierdzenia szczegółowe:

A. Wraz z procesami powiększania się kapitału zaangażowanego w sektorze ochrony zdrowia oraz prywatyzacji systemów ochrony zdrowia, zwycięża korporacyjna racjonalność, której mechanizmy mające na celu maksymalizację zysku stanowią główną siłę napędową medykalizacji.

B. Wcześniej uznawana za główną siłę medykalizacji profesja lekarska, traci swój monopol na dysponowanie wiedzą medyczną, przekształcając się w ważny, ale jednak podrzędny element zdominowanych przez prywatne firmy medyczne systemów opieki zdrowotnej. Na skutek deregulacji kapitalizmu i zwiększenia roli kapitału w branży medycznej, lekarze jako profesja tracą dominującą rolę kreatorów procesu medykalizacji.

C. Wraz z rosnącą obecnością prywatnego kapitału i słabnącą pozycją lekarzy w sektorze ochrony zdrowia powiększa się autonomia pacjentów w procesie leczenia. Skutkiem tego zjawiska jest wzrost znaczenia laików w kształtowaniu procesów medykalizacji. Jednak w warunkach współczesnego społeczeństwa ryzyka, laicy w sferze zdrowia muszą podejmować decyzje opierając się na opinii różnego rodzaju ekspertów, z których lekarze są tylko jedną z dostępnych alternatyw. W sytuacji niepewności, wynikającej z chaosu informacyjnego największe szanse przeforsowania swojej wizji mają zatem najwięksi i najbogatsi, czyli ponownie biznes medyczny. Innymi słowy w warunkach „wykorzenia” laików z systemów tradycyjnych są oni skazani na różnorodne systemy eksperckie, które stanowią bezpośredni łącznik pomiędzy jednostką a procesami globalnymi (w tym

dotyczących sfery zdrowia i opieki zdrowotnej).

D. Medykalizacja różnorodnych stanów bądź problemów ludzi, będąca celem działalności ukierunkowanych na zysk przedsiębiorstw biotechnologicznych jest możliwa dzięki manipulacjom kryteriami, granicami normy i patologii, wyolbrzymianiu zagrożeń, przekształcaniu czynników ryzyka, czy normalnych stanów biologicznych w choroby. Jednak możliwe jest to jedynie wtedy, gdy w tych procesach uczestniczy nauka. Pojawienie się biznesu w sektorze opieki zdrowotnej i wykreowanie ogromnego rynku medycznego powoduje zatem zacieśnianie się związków pomiędzy nauką a sektorem przedsiębiorstw, co może negatywnie wpływać na obiektywność i rzetelność wiedzy wytwarzanej przez ekspertów reprezentujących wiele dyscyplin medycznych.

E. Alternatywą dla procesów medykalizacji są procesy psychologizacji, „holistyczny model zdrowia” propagowany przez „medycynę komplementarną i alternatywną”, zwiększający się pluralizm i rosnąca rola laików w zarządzaniu swoim zdrowiem, a także „socjo-ekologiczny” model zdrowia (Noack 1987 za: Ostrowska 1999: 164) propagowany przez socjologów medycyny i medycynę społeczną. Nie określam ich jednak jako przykładów demedykalizacji, ponieważ zastępując model biomedyczny zdrowia, alternatywnymi koncepcjami, prawie nigdy nie rezygnują z wytworzonej przez medycynę taksonomii, pozostawiając jej decyzję, co jest normą a co odchyleniem. W ten sposób jeśli nawet nie są elementem procesu medykalizacji to przyczyniają się do jego rozprzestrzenienia na nowym poziomie.

F. W przeciwieństwie do psychologizacji, „medycyny komplementarnej i alternatywnej”, oraz upodmiotowionych laików, medycyna społeczna (socjologia medycyny) stawia opór kulturze indywidualizmu, podnosząc kwestie obce w dyskursie neoliberalnym, takie jak nierówności zdrowotne, czy kulturowe, społeczne i ekonomiczne czynniki ryzyka chorób, próbując ponownie włączyć szereg kwestii społecznych do dyskusji publicznej, które za sprawą medykalizacji zostały sprowadzone do pewnej liczby indywidualnych problemów zdrowotnych.

Plan rozprawy

Dysertacja składa się ze wstępu, czterech części i zakończenia. We wstępie opisuję strukturę pracy i jej cele oraz hipotezy badawcze.

W **pierwszej części** pracy, „O pojęciu medykalizacji”, znajduje się prezentacja znaczeń tytułowego terminu „medykalizacja”. Podkreślam, że nie ma pełnej zgody, co do

rozumienia tego pojęcia:

1. Definicje, zmieniały się w czasie, wraz ze zmieniającą się rzeczywistością społeczną. O ile początkowo rozumiano medykalizację bardziej jako przymusową formę kontroli społecznej, to w późniejszym okresie zaczęto myśleć o niej jak o kreatywnym procesie konstruowania ludzkich tożsamości.
2. Sposób rozumienia medykalizacji zależy od podejścia autora definicji do biomedycznego modelu choroby, który dominuje we współczesnej medycynie: krytyczne definicje medykalizacji wiążą się z negatywnym stosunkiem ich autora do tego modelu. Z lektury prac autorów krytycznie nastawionych wobec paradygmatu biomedycznego wyciągnąć można wniosek, że dominuje wśród nich pogląd, iż paradygmat ten jest używany do analizy problemów o złożonej socjo-psycho-somatycznej etiologii (a może nawet problemów egzystencjalnych). Autorzy ci zatem, zwracają uwagę na przypadki nieuzasadnionego redukcjonizmu biologicznego, nie negując całościowo dominującego w medycynie paradygmatu (innymi słowy nie potępiają medykalizacji jak takiej, ale raczej zajmują się problemami „przemedykalizowanymi”).
3. Definicje medykalizacji różnią się w zależności od przyjętych przez ich autorów założeń dotyczących roli lekarzy, albo granic między dyskursem medycznym a dyskursem niemiedycznym. Medykaliacja może być przez jednych traktowana wąsko: jako rozszerzanie się obszaru życia ludzi poddawanego nadzorowi lekarzy, lub szerzej: jako rozszerzanie się sfery problemów ludzkich poddawanych medycznej interpretacji, czy nawet jedynie patologizacji. W tak rozumianej medykaliacji nie ma konieczności uczestnictwa lekarzy i oficjalnej medycyny.

Część pierwsza, zawiera też prezentację typologii medykalizacji. Zamieściłem tam podział Josepha Davisa, Antonio Maturo oraz swoją klasyfikację. Kryterium, jakie przyjąłem przy konstruowaniu tej typologii, jest cel przyświecający medykaliacji: w przypadku pierwszego rodzaju – nazywanego za Sokołowską (1980: 193) „multiplikacją chorób” – jest to „wynalezienie” nowej choroby (lub chociaż zmiana granic już istniejącej w celu poszerzenia grupy chorych), w przypadku drugiego rodzaju – objęcie medycznym nadzorem „naturalnych” etapów życia człowieka (bez ich patologizacji), natomiast w przypadku trzeciego – „ulepszenie” człowieka pod względem określonych parametrów.

Na koniec tej części pracy dokonuję wyboru definicji, której będę używał w dalszych rozważaniach oraz go uzasadniam.

W **części drugiej** opisuję medykalizację jako pojęcie będące przedmiotem badań przede

wszystkim dwóch subdyscyplin: socjologii medycyny oraz socjologii wiedzy (przy czym tą drugą należy też potraktować jako dominującą w literaturze dotyczącej medykalizacji perspektywę teoretyczną). Ponadto zwracam uwagę na dość silny związek obu subdyscyplin – wyodrębnienie z obszaru „socjologii w medycynie” („*sociology in medicine*”) „socjologii medycyny” („*sociology of medicine*”) i wiążące się z tym podjęcie badań nad społecznymi determinantami wiedzy medycznej jest, *de facto*, przyjęciem perspektywy charakterystycznej dla socjologii wiedzy.

W przypadku socjologii medycyny pokażę, jak badacze przeszli od traktowania choroby jako zjawiska istniejącego w dwóch wymiarach: biologicznym (obiektywnym, ahistorycznym, przez to leżącym poza ich obszarem zainteresowania) i społecznym (który jest dopiero odpowiednim przedmiotem dla socjologicznych analiz), do koncepcji „holistycznej”, czy „bio-psycho-społecznej” lub „socjo-ekologicznej”. Z punktu widzenia badań nad medykacją jest to istotne ponieważ, dzięki temu socjologowie medycyny uznali, że mają prawo poddawać analizie również samą wiedzę medyczną. Takie nowe, krytyczne podejście umożliwiło wypracowanie przez nich socjologicznej koncepcji choroby, która stała w opozycji do tzw modelu biomedycznego, który z kolei dominuje w medycynie. W ramach tego sporu wyrasta również koncepcja medykalizacji, której krytyka opiera się na socjologicznym sceptycyzmie w obiektywność choroby.

Tego typu podejście, charakterystyczne dla socjologów medycyny, jak już wspomniałem, oznacza bliskość z socjologią wiedzy oraz społecznym konstruktywizmem. W drugim rozdziale tej części pracy ukazuję socjologiczne analizy medykalizacji jako przykład uprawiania socjologii wiedzy w jej „mocniejszej wersji” (Barnes, Bloor 1993) tzn uznającej, że analizie socjologów może być poddawana całość wiedzy medycznej (nawet ta naukowa). Wyjaśniam tam też swój stosunek do problemu istnienia obiektywnej wiedzy, kwestionowanej przez bardziej radykalną część konstruktywistów. Dla części badaczy, konsekwencją przyjęcia perspektywy konstruktywistycznej jest niemożność poznania obiektywnej wiedzy, przez co każda wiedza jest wiedzą „czyjąś”. Tak skrajny relatywizm jest według mnie jednak nieuzasadniony i opierając się na zdroworozsądkowych wnioskach z obserwacji rozwoju techniczno-naukowego (w tym w medycynie) uważam, że w nauce istnieje możliwość odkrycia obiektywnej rzeczywistości. Moje podejście można określić jako „sceptyczny realizm” (zob Pilgrim, Bentall 1999: 262), według którego badania społecznych i historycznych uwarunkowań powstawania wiedzy naukowej są rozumiane jako metoda zastępowania stronicznych lub błędnych pojęć takimi, o których można powiedzieć, że są bardziej użyteczne rozumieniu naukowym i

klinicznym. Według tego podejścia, to nie rzeczywistość jest społecznie konstruowana, a jedynie teorie o rzeczywistości i metodologiczne priorytety, które wdrażamy w celu jej badania. Innymi słowy, społeczny konstruktywizm jest dla mnie metodą odkrywania społecznych czynników, mannheimowskich ideologii deformujących wiedzę medyczną.

W **części trzeciej**, „Medykalizacja – od imperializmu medycyny do marketingu firm farmaceutycznych” przedstawiam ewolucję rozumienia procesu medykalizacji i zmiany w jego interpretowaniu oraz opisuję wybrane przykłady medykalizacji. Składa się ona z trzech rozdziałów.

1. W pierwszym rozdziale omawiam wczesny model medykalizacji i społeczno-historyczny kontekst genezy tego terminu, oraz wczesne socjologiczne koncepcje jego opisu. Medykalizacja początkowo była ujmowana jako przykład imperializmu profesji medycznej, czyli poszerzanie zakresu swojej jurysdykcji przez lekarzy, oraz jako patologizację za pomocą kategorii medycznych zachowań uznanych za dewiacyjne. W takich kategoriach rozumowali opisywani w tym rozdziale autorzy: antypsychiatrzy (Szasz, Liang, Basaglia), socjologowie (Goffman, Zola, Freidson, Conrad), czy trochę wymykający się afiliacjom, Illich i Foucault. Wczesne prace na temat medykalizacji przenikała myśl, że rządni władzy lekarze są również narzędziem w rękach opresyjnego państwa, które pod pozorem opieki medycznej, eliminuje z życia społecznego i politycznego ewentualne zagrożenie dla stabilności systemu. Na koniec dokonuję krytyki wczesnego modelu medykalizacji. Rzeczywistość pokazała, że imperializm lekarski okazał się przesadzony (historia systemów opieki zdrowotnej wręcz pokazuje stały spadek pozycji lekarzy).
2. Drugi rozdział jest bardzo istotny, ponieważ dotyczy „drugiej fali” medykalizacji, która stanowi podstawowy przedmiot badań w niniejszej rozprawie. Przedstawiam w nim trzy najbardziej znaczące czynniki, które zmieniły mechanizmy medykalizacji: po pierwsze, rozwój tzw. „kapitalizmu zdezorganizowanego” polegającego na rozmontowaniu stałych struktur, podziałów, hierarchii i powstaniu silnych, ulokowanych na poziomie ponadnarodowym, ośrodków władzy, w postaci transnarodowych korporacji, posługujących się całkiem nowym modelem biznesowym. Po drugie, powstanie ponowoczesnego konsumeryzmu i konsumentów o określonych postawach. Po trzecie, bardzo szybki rozwój nauk biologicznych (głównie genetyki, neurologii i farmakologii) oraz umożliwiający to postęp w dziedzinie technologii informatycznych.
3. Najwięcej miejsca jednak zajmuje rozdział trzeci, w którym prezentuję przykłady,

których zadaniem ma być pokazanie różnorodności procesu i przede wszystkim, dostarczenie materiałów w celu potwierdzenia hipotez badawczych. „*Case studies*”, które znalazły się w tym rozdziale, to jedynie drobna część wszystkich obecnych w literaturze przykładów medykalizacji. Wybór przykładów nie jest przypadkowy, gdyż każdy z nich obrazować ma inne aspekty medykalizacji i rolę poszczególnych „agentów medykalizacji”:

- Po pierwsze, przypadki medykalizacji zjawisk czy stanów o złożonej etiologii, które polegają na zredukowaniu ich do poziomu biochemicznego procesu w organizmie. Znalazły się tu: medykalizacja depresji, nieśmiałości i problemów seksualnych. Z analizy literatury wydaje się, że właśnie zarzut nieuprawnionego redukcjonizmu biologicznego dominuje w literaturze dotyczącej procesu medykalizacji, co także przekłada się na ilość miejsca poświęconego tym zagadnieniom w niniejszej rozprawie.
- Po drugie, na przykładzie medykalizacji procesów fizjologicznych towarzyszących starzeniu się (przypadek osteoporozy), pokazuję patologizację niegdyś „naturalnych” stanów czy procesów przez wieki aprobowanych i akceptowanych.
- Po trzecie, przedstawiam zjawisko „*human enhancement*”, które przetłumaczyć można jako „ulepszanie człowieka”. Tego typu procesy klasyfikuje się jako przejaw medykalizacji, gdyż to właśnie medycyna podjęła się zadania rozwoju tej sfery usług. Jako przykład „*human enhancement*” zaprezentuję coraz szersze zastosowania leków bazujących na ludzkim hormonie wzrostu.

W rozdziale 3.1, opisuję przykłady medykalizacji depresji i nieśmiałości, które doprowadziły do wybuchu epidemii tych problemów w populacjach. Jak się okaże, rosnąca liczba cierpiących z tych powodów jest wynikiem tzw rewolucji w psychiatrii, która polegała na odejściu od koncepcji psychodynamicznych i związanych z nimi psychoterapii, w kierunku neuropsychiatrii i psychofarmakologii. W dalszych podrozdziałach staram się pokazać, że zmiany te były zgodne z interesem nie tylko psychiatrów, dążących do powiększenia autorytetu swojej dyscypliny, ale i producentów leków, firm ubezpieczeniowych i państwa dążącego do ograniczania kosztów opieki zdrowotnej. Szczególną rolę w epidemii depresji przypisać należy firmom farmaceutycznym, które według krytyków psychiatrii, skorumpowały tą dyscyplinę, co stawia pod znakiem

zapytania obiektywność uprawianej przez psychiatrów nauki.

Tym niepokojącym problemem zajmuje się wielu badaczy, którzy dla opisu zjawiska nieformalnego wpływu na medycynę i lekarzy ukuli termin „*disease mongering*” co można przetłumaczyć jako „chorobotwórstwo komercyjne”. W rozdziale 3.2, przybliżam ten proceder poprzez prezentację medykalizacji nieśmiałości, a także problemów seksualnych, starzenia się (osteoporozy) oraz promowania nowych zastosowań dla ludzkiego hormonu wzrostu. Jako element „chorobotwórstwa” zaliczam również tzw. „*ghostwriting*”, czyli pisanie przez firmy farmaceutyczne artykułów do czasopism naukowych, których autorem zostaje uznany autorytet. Ten fragment znajduje się na końcu części III.

Część czwarta, „Pomiędzy medykalizacją a demedykalizacją”, dotyczy coraz bardziej zauważalnego zjawiska krytyki skierowanej pod adresem medycyny. Objawia się ona podważaniem dominacji modelu medycznego przez konkurujące ideologie grup pacjenckich i medycyny alternatywnej, coraz bardziej wpływowym holistycznym modelem zdrowia, czy rosnącym indywidualizmem na skutek procesów polityczno-ekonomicznych.

Chodzi tu o rosnącą krytykę modelu biomedycznego, dychotomii umysł – ciało, redukcjonizmu biologicznego z jednej strony oraz popularność „medycyny holistycznej”, czy „alternatywnej”, laickiej wiedzy zdrowotnej, a także paradygmatu bio-psycho-społecznego oraz socjo-ekologicznego, stosowanych w ramach zdrowia publicznego i promocji zdrowia z drugiej. Tendencje te ujmowane są jako efekt coraz bardziej uwidaczniających się wad systemów opieki zdrowotnej opartej na biomedycynie, zajmującej hegemoniczną pozycję. Celem tej części pracy jest odpowiedź na pytanie, jak wymienione przejawy odwrotu od biomedycyny mają się do procesu medykalizacji.

W pierwszym rozdziale zajmuję się prezentacją, prezentowanego przez część badaczy poglądu, że powyżej wspomniane procesy są przejawami demedykalizacji. Wychodząc z założenia, że bardzo niewiele z nich wiąże się z prawdziwą depatologizacją, opisuję w tym samym miejscu swoje stanowisko. W skrócie, uważam, że duża część alternatywnych wobec biomedycyny sposobów ujmowania zdrowia i choroby, nie tylko stanowi dalszą medykalizację życia człowieka, ale można ją potraktować jako narzędzie kontroli społeczeństw kształtowanych przez zdeorganizowany kapitalizm i ideologię neoliberalną, dla których trwania i rozwoju funkcjonalne zdają się być procesy erozji rzeczywistości zewnętrznej, negacji ponadindywidualnych determinacji społecznych, politycznych, kulturowych, historycznych, przy jednoczesnym przecenianiu autodeterminizmu,

eksponowaniu znaczenia kwalifikacji jaźni, inteligencji emocjonalnej, motywacyjnej, duchowej czy seksualnej, oraz swoistym „kulcie jaźni” charakterystycznym dla „kultury terapeutycznej”, którą opisuję w rozdziale 2.

W następnych rozdziałach omawiam cztery, alternatywne wobec biomedycyny siły, które przyczyniają się do poszerzenia zmedykalizowanego obszaru życia człowieka. Są nimi:

1. Psychologia, psychoterapia o orientacji humanistycznej, stanowiąca konkurencję dla psychiatrii biologicznie zorientowanej,
2. „Medycyna komplementarna i alternatywna”, która mimo swojego wewnętrznego zróżnicowania, posługuje się z reguły holistycznym modelem zdrowia i choroby,
3. Laicy, którzy w coraz większym stopniu angażują się w samodzielne zarządzanie swoim zdrowiem,
4. Medycyna społeczna, zdrowie publiczne, socjologia medycyny, epidemiologia społeczna, która proponuje jako alternatywę dla biomedycznego modelu zdrowia i choroby, model socjo-ekologiczny, będący w istocie elementem nowej formy „medycyny nadzoru”.

Skłaniając się do opinii, że medykalicacją można jedynie nazwać procesy, w których uczestniczą przedstawiciele oficjalnej „naukowej” medycyny, zagadnienia poruszane w części czwartej mogą być potraktowane jako wyjście poza temat mojej pracy. Sam także widzę pewien problem w nazywaniu medykalicacją, np. procesu przenikania do potocznego języka terminów psychologicznych, psychologizacji tożsamości jednostek, czy rozpowszechniania się alternatywnych metod leczenia, lub samolecznictwa, gdyż są to systemy eksperckie, które korzystają z modeli zdrowia i choroby w dużej części sprzecznych z paradygmatem biomedycznym. Jeśli medykalicacją jest dla nas jedynie powiększanie się wpływów biomedycyny, to wyżej wymienione procesy są przykładami procesu przeciwstawnego – demedykalizacji (Piątkowski 2008: 118, 2012: 85, 116-117).

Z tego względu, nazywanie wyżej wymienionych procesów medykalicacją rodzi moje wątpliwości, ale również nie mogę uznać ich za przejawy demedykalizacji (a jedynie deprofesjonalizacji), gdyż postrzegam je jako lustrzane odbicie tego samego procesu „terapeutyzacji” i „patologizacji” życia człowieka do których przyczynia się biomedycyna.

Celem, który stawiam sobie w tej części pracy, jest pokazanie, że w warunkach kultury terapeutycznej, pluralizacja w sferze opieki zdrowotnej, nie przyczynia się do zahamowania procesów medykalicacji, ale raczej do przejęcia części pacjentów (czy części ich zmedykalizowanego życia) przez alternatywne wobec medycyny systemy eksperckie, które nie depatologizują ich problemów (przykładem tego procesu będzie medykalicacja

nieśmiałości – w części trzeciej omówiona zostanie „zwykła” medykalizacja, polegająca na powiększaniu ilości osób cierpiących na fobię społeczną poprzez zaniżanie wstępnych kryteriów, natomiast w części czwartej pokażę, że alternatywa, jaką stanowi psychologia, nie zmniejsza ilości chorych, gdyż tak samo jak psychiatria patologizuje nieśmiałość, oferując jedynie alternatywę dla psychiatrów i stosowanych przez nich antydepresantów). Co najciekawsze, towarzysząca omawianym procesom emancypacja laików, tak samo jak wyżej wspomniane siły, nie prowadzi do depatologizacji ich życia. Jak stwierdza Williams, laickie przejęcie kontroli nad zdrowiem jest zaskakująco „zmedykalizowaną formą demedykalizacji” (Williams 2001: 146). To paradoksalne zjawisko, tłumaczę korzystając z analiz wzajemnych relacji nowoczesności i tożsamości Anthony'ego Giddensa.

Na koniec prezentacji alternatywnych wobec biomedycyny systemów eksperckich, zostawiam socjologię medycyny i medycynę społeczną (w rozprawie zbiorczo nazywać tak będę wszystkie oparte na socjo-ekologicznym modelu zdrowia systemy eksperckie – przede wszystkim zdrowie publiczne i promocję zdrowia). W rozdziale 6 pokazuję, że (tak jak psychologia, „medycyna alternatywna i komplementarna” oraz sami laicy) są to systemy, które raczej poszerzają dostępny medykalizacji obszar życia człowieka. Ironia polega na tym, że celem socjologii medycyny jest ograniczenie ekspansji medycyny, a tymczasem bardziej „holistyczny” model zdrowia i choroby preferowany przez socjologów medycyny i zdrowie publiczne jest dużo lepszym nośnikiem medycznego imperializmu, niż krytykowany model biomedyczny (Strong 1979 za: Williams 2001: 135). W tym rozdziale, wyjaśniam to zjawisko za pomocą terminu „biowładzy” Michela Foucault oraz „medycyny nadzoru” Davida Armstronga, a także zestawiam opinie na temat roli promocji zdrowia w procesie medykalizacji Zofii Słońskiej i Iwony Taranowicz, które stanowią dobry przykład sporu pomiędzy tezą o promocji zdrowia jako przejawu demedykalizacji i dalszej medykalizacji.

Część IV kończę próbą dokonania oceny medycyny społecznej i socjologii medycyny jako procesu medykalizacji ludzkiego życia. Wychodząc z założenia, że (bio)medykalizacja może być albo uzasadniona (korzystna) albo nie, staram się uzasadnić, że podobnie jest z medykalizacją wytwarzaną przez medycynę społeczną. Tak jak w przypadku (bio)medykalizacji, za kryterium jej oceny przyjmuję fakt, czy przyczynia się ona do nieuzasadnionego (albo zbyt dużego) obarczenia odpowiedzialnością jednostki za swoje zdrowie, co powoduje zaniedbania istotnych czynników o charakterze ponadjednostkowym. Zatem centralną kwestią w ocenie systemów eksperckich dotyczących zdrowia jest dla mnie relacja z „ideologią indywidualizmu” łącząca się z

kulturą terapeutyczną. Analizując powyżej opisane, alternatywne wobec „biomedycyny” siły medykacji rzuca się w oczy jeden fakt. W przeciwieństwie do psychologizacji, „medycyny komplementarnej i alternatywnej”, oraz upodmiotowionych laików, medycyna społeczna (promocja zdrowia, socjologia medycyny) stawia jednak opór „ideologii indywidualizmu”, podnosząc kwestie obce w dyskursie neoliberalnym, takie jak nierówności zdrowotne, czy kulturowe, społeczne i ekonomiczne czynniki ryzyka chorób. Z tego względu, mimo że w efekcie działań podejmowanych w ramach medycyny społecznej poziom zmedykowania społeczeństwa jest większy, oceniam jej potencjalny wpływ pozytywnie.

W rozdziale 7 „Medykacja jako proces globalny” dokonuję podsumowania rozważań prowadzonych w części III i IV a także, co najistotniejsze, staram się ukazać medykację jako proces przebiegający na całym świecie mniej więcej tak samo za sprawą globalizacji, która w dużym stopniu jest skutkiem rozwoju korporacyjnego kapitalizmu.

Część I. O pojęciu medykalizacji.

1. Definiowanie procesu medykalizacji

Termin „medykalizacja” to w najogólniejszym sensie proces stawania się czegoś „niemedycznego”, czymś „medycznym”. W takim neutralnym rozumieniu spotkać je można jednak bardzo rzadko. Oczywiście, możliwe jest przeprowadzenie na przykład historycznej analizy medykalizacji epilepsji, która dzięki postępowi medycyny jest współcześnie definiowana jako choroba o organicznym podłożu i jej objawów nie traktuje się jako kary za grzechy lub opętania przez demony, ale dla socjologów nie jest to interesujący temat, ponieważ jej status jako choroby jest w zasadzie niepodważalny. Jak słusznie zauważa anty-medycznie nastawiony psychiatra, Thomas Szasz, „...mówimy o medykalizacji homoseksualizmu i rasizmu, ale nie zajmujemy się medykaliczacją malarii lub czerniaka złośliwego”⁴ (Szasz 2007: xiii). Wśród przedstawicieli nauk społecznych, a nawet w świadomości potocznej, terminu używa się najczęściej w kontekście krytyki medykalizacji, zwracając uwagę na „przemedykalizowanie” (*overmedicalization*) jakiegoś zjawiska (zachowania, emocji), a nie jako określenia neutralnego procesu stawania się czegoś zjawiskiem medycznym (Conrad 2007: 6).

Pojęcie medykalizacji w zachodniej socjologii medycyny (zwłaszcza anglosaskiej) odniosło wielki sukces, który można mierzyć m.in. liczbą artykułów i naukowców zajmujących się tym tematem oraz postępującym przenikaniem terminu do języka potocznego. Tematyka medykalizacji już dawno przestała zajmować jedynie naukowców i w krajach rozwiniętych stała się ważną kwestią społeczną, ideologiczną i polityczną.

Początkowo rozważania na temat medykalizacji miały charakter analiz historycznych i dotyczyły rozwoju medycyny w sensie instytucjonalnym, na przykład rozwoju demografii

4 Przy okazji powyższych rozważań warto zwrócić uwagę na pewne zagrożenia związane z rosnącą popularnością terminu medykalizacji, używanego niemal wyłącznie w pejoratywnym sensie. Wprawdzie nie budzi zastrzeżeń skupianie się przez socjologów na tym, co wydaje się im nieuzasadnioną czy nawet szkodliwą ingerencją w ludzkie życie. Niemniej jednak negatywnie należy ocenić sytuację, kiedy wykorzystuje się takie przykłady do dowodzenia szkodliwości medycyny jako takiej i negacji jej dorobku. Nieproporcjonalne wyolbrzymianie zagrożeń związanych z medycyną przy jednoczesnym pomijaniu jej zasług skutkuje postawami antyracjonalnymi i antynaukowymi, które widoczne są w działalności na przykład niektórych ruchów religijnych (scjentolodzy) i związanych z tak zwaną „medycyną alternatywną i komplementarną”. Skutkiem tego są także anty-medyczne postawy zwykłych ludzi, którzy odwracają się od medycyny na przykład poprzez odmowę szczepienia swoich dzieci. Teoretycznego „paliwa” postawom anty-medycznym dają filozoficzne nurty relatywizujące wiedzę naukową, skrajne odmiany konstruktywizmu społecznego, czy tzw. mocny program socjologii wiedzy.

medycznej, powiększania się liczby lekarzy przypadających na pacjenta lub liczby łóżek szpitalnych, rozwoju edukacji medycznej, nowych technik terapeutycznych, a także jak postęp tego typu przyspiesza w czasach wojen lub epidemii (Leonard 1978; Taithe, 1999 za: Nye 2003:117). Od drugiej połowy lat siedemdziesiątych XX wieku termin znajduje zastosowanie w bardziej ogólnych historycznych lub socjologicznych rozważaniach na temat zmian w obrębie zdrowia publicznego, psychiatrii, kryminologii, czy pracy socjalnej, a także wielu innych sfer działania państwa opiekuńczego. Pojęcie to rozumiane jest w bardzo różny sposób i nigdy nie było zgody co do jego znaczenia. W dużej mierze zależy to od postawy samego badacza. Do niekrytycznych ujęć można zaliczyć m.in. definicję Paula Windlinga, w której medykalizacja rozumiana jest jako „rozprzestrzenianie się racjonalnych, naukowych wartości charakterystycznych dla medycyny na inne rozległe obszary działań społecznych” (Windling 1986: 277 za: Nye 2003: 117). Zdecydowanie dominują jednak definicje uwzględniające aspekt dominacji: Irving Zola określił medykalizację jako „...proces w którym coraz większa część życia codziennego podlega władzy, wpływowi i nadzorowi medycyny” (Zola 1983 za: Davis 2006: 53). Powyższe definicje obejmują przykłady medykalizacji zarówno nie budzące sprzeciwu, jak i te kontrowersyjne. Analizując literaturę przedmiotu można sformułować wniosek, że tych drugich jest zdecydowanie mniej (choć jak zostanie wykazane, dużo zależy od dyscypliny medycznej). Mimo to, w zasadzie wszyscy skupiają się na przypadkach marginalnych, kontrowersyjnych z powodu istotnych problemów etycznych, które wywołują (Sadler et al. 2009: 413).

Nie wszyscy autorzy jednak koncentrują się na konsekwencjach „przemedykalizowania”. Dorothy H. Broom i Roslyn V. Woodward zwracają uwagę, że są autorzy, którzy podkreślają, że medykalizacja może odegrać rolę zarówno pozytywną, jak i negatywną z punktu widzenia pacjenta (1996: 357). Oczywiście nie da się powiedzieć, że proces medykalizacji jest po prostu zły lub dobry. Ocena zapewne zależy od przyjętej definicji zdrowia i choroby, konkretnego medykalizowanego problemu, a także sposobu oceny efektywności medycyny, w tym skutków fizycznych oraz psychicznych i społecznych. Akcentując pozytywne efekty medykalizacji należałoby odnieść się do Talcotta Parsonsa i jego funkcjonalnej teorii choroby rozumianej jako przedłużająca się niemożność wypełniania ról społecznych i wynikająca z tego konieczność kontroli zachowań w chorobie [1951]. Rola chorego legitymizuje niewywiązywanie się z normalnych obowiązków, zatem medykalizacja pewnych zachowań, czy stanów charakteryzujących jednostki (na przykład alkoholizmu, szaleństwa, bądź otyłości) może wpływać pozytywnie

poprzez przekazanie pacjentowi spójnego obrazu symptomów, walidację i legitymizację ich problemów, czy pomoc w samodzielnym zarządzaniu swoimi problemami. Medykalizacja jednak w takim rozumieniu jest czymś innym niż „dominacja medycyny”, która raczej ubezwłasnowolnia pacjentów. Broom i Woodward uważają więc, że „pozytywna” medykalizacja może mieć miejsce wtedy, gdy relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem ma charakter bardziej partnerski, czym różni się od Parsonsa, według którego legitymizacja następuje poprzez poddanie się kontroli lekarzy (1996: 375).

Na skutek obserwowanych w ciągu następných lat XX wieku przemian społeczno-ekonomicznych (wiążących się z dezorganizacją kapitalizmu i rozprzestrzenianiem ideologii neoliberalizmu), zmieniło się także podejście do zjawiska medykalizacji. Włączono do tego procesu zjawiska niebędące procesami zachodzącymi *stricto* w systemie medycznym. Peter Conrad pisze, że medykalizacja to: „...definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia problemu lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania.” i dalej stwierdza: „Jest to socjokulturowy proces, w którym mogą, bądź nie, uczestniczyć, przedstawiciele profesji medycznej...” (Conrad 1992: 211). Jak się okazuje, obecnie wpływ na kierunek medykalizacji mają także medyczni „laicy” – różnego rodzaju stowarzyszenia pacjenckie lub menadżerowie, których działania podporządkowane są optymalizacji kosztów i maksymalizacji zysków.

2. Rodzaje medykalizacji

Joseph Davis stwierdził, iż nigdy nie było pełnej zgody co do sposobu rozumienia terminu „medykalizacja”. Po pierwsze, nie ma jednolitego stanowiska w kwestii linii granicznej pomiędzy dyskursem medycznym, a innymi dyskursami czy praktykami instytucjonalnymi, które odróżniając normę od patologii, nie odwołują się do medycznych modeli pojęciowych (jest to dylemat zwłaszcza w dziedzinie psychiatrii, która wciąż broni przed zarzutami, że diagnozowane przez nią zaburzenia są w gruncie rzeczy zachowaniami sprzecznymi z normami kulturowymi i moralnością, a nie jednostkami chorobowymi). Po drugie, nie wszyscy traktują medykalizację jedynie jako proces rozprzestrzeniania się pojęć i interwencji medycznych na nowe obszary życia (dostrzega się, oprócz lekarzy, także innych aktorów społecznych – to co dla jednych stanowi przykład demedykalizacji, dla innych może być oznaką poszerzenia zakresu oddziaływania medycyny, na przykład rosnąca rola promocji zdrowia i prewencji zdrowotnej, których celem jest podniesienie

poziomu zdrowia i przez to ograniczenie konieczności podejmowania leczenia). Po trzecie, medykalizacja stała się na tyle powszechna, że zakres tematów związanych z tym zjawiskiem, analizowanych w literaturze znacznie się poszerzył (na przykład, obok klasycznych już opisów medykalizacji zachowań dewiacyjnych jak na przykład ADHD, porusza się także wątki ingerencji w ludzkie ciała w celach upiększających czy zwiększających ich „funkcjonalność”) (Davis 2010: 211-212).

Do rozważań Davisa dodałbym jeszcze, że medykalizację można traktować jak zjawisko zachodzące na różnych poziomach. Po pierwsze, jest to proces przenikania medycznej interpretacji do szerszych podsystemów społecznych. Medykalizację obserwować można w sferze prawa, pomocy społecznej, promocji zdrowia, systemów bezpieczeństwa, systemów penitencjarnych, religii, w mediach (w tym w rzeczywistości wirtualnej), w systemach edukacji, gospodarki, stosunków pracy. Niemniej jednak medykalizacja to również (a obecnie może głównie) proces, który zachodzi nie tylko na poziomie społecznym, ale też psychologicznym. Może być społecznym fenomenem obejmującym całe populacje ludzi, różne kategorie społeczne czy tożsamości, ale także może wpływać na system znaczeń i praktyki konkretnych jednostek (Sadler et al. 2009: 413).

Davis stworzył typologię zagadnień poruszanych w literaturze w związku z medykalizacją. (Tab.1). W opracowaniach z początkowego okresu rozważań nad tym zjawiskiem dostrzega on dwa podtypy badań: pierwsze dotyczą medykalizacji dewiacji (na przykład niegrzecznego zachowania dzieci), natomiast drugie badają, jak naturalne stany, takie jak poród, lub menopauza poddawane są medycznemu interwencji. Jednak wraz z rozwojem medycyny, badania nad medykalizacją stały się coraz bardziej złożone. Z tego względu w nowszej literaturze wyodrębnił on dwa podstawowe nurty: prace zajmujące się medykalizacją (definiowaniem w medyczny sposób) problemów życiowych i trudnych doświadczeń (od niekontrolowanego objadania się po nieśmiałość) oraz badania nad biomedycznymi ulepszeniami ciała (na przykład terapie hormonalne służące zwiększaniu wzrostu dzieci, czy różnorodne operacje plastyczne) (Davis 2010: 212). Zaznacza on jednak, że kierunki te nie są absolutnie rozłączne i w wielu przypadkach możliwe jest przyporządkowanie konkretnego przykładu do obu wyróżnionych przez Davisa nurtów.

Co istotne, każdy z podtypów kierunków badań zjawiska medykalizacji ma inny charakter. Jako najbardziej znaczące dla przebiegu procesu medykalizacji, akcentuje się różne właściwości kontekstu społecznego, wskazuje się na rozmaite grupy „napędzające” i różne grupy będące celem tego procesu. Inne są także wymieniane jego konsekwencje. Davis zwraca na to uwagę, gdyż w wielu pracach dostrzega generalizacje

niewuzględniające owej różnorodności (Davis 2010: 213).

Tab.1. Typy zjawiska medykalizacji

	Zachowanie dewiacyjne	Naturalne procesy życiowe	Problemy życia codziennego	„Ulepszenie” zdrowych ludzi
Przejście pojęciowe	Od „zła” do choroby	Od naturalnego procesu czy zdarzenia życiowego do problemu medyczno-technicznego	Od normalnego/oczekiwanego zachowania czy uczucia do patologii o charakterze medycznym	Od „dobrze” do „lepiej niż dobrze”
Kontekst społeczny	Liberalna, humanitarna ideologia, racjonalne podejście do życia	Postępy medycyny i ocena ryzyka, feministyczne wysiłki w celu osiągnięcia kontroli nad biologią	Ekspansja kategorii chorób psychicznych, dostępność leków SSRI, kultura konsumencka	Postępy neurologii i genetyki, kultura rywalizacji, kultura samorealizacji, samospelnienia
Kierujący procesem („agenci medykalizacji”)	Ruchy społeczne, „laickie” grupy interesu, państwo	Specjalności medyczne, konsumenci	Psychiatrzy, firmy farmaceutyczne, grupy ochrony pacjentów, konsumenci	Specjalności medyczne, firmy farmaceutyczne, konsumenci
Grupy, których dotyczy proces	Dzieci, kobiety, klasa średnia	Kobiety, ludzie starzy	Klasa średnia i wyższa	Klasa średnia i wyższa
Krytyka	Przejście od nacisku na środowisko do nacisku na jednostkę, eliminacja interwencji alternatywnych	Medyczny nadzór i kontrola, utrata autonomii i wiedza laicka, wąska definicja normalności	Homogenizacja życia, ślepota na przyczyny środowiskowe, mniejsza tolerancja na problemy mniejszości, fałszywe obietnice	Reprodukcja podejrzanych norm, promocja indywidualizmu zamiast dobra społecznego, podkopywanie społecznej solidarności

Źródło: Davis J.E. (2010). *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*. [w:] Cockerham W.C. (Ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester: Blackwell Publishing, s.221.

O ile Davis podzielił medykalizację według kryterium rodzaju przedmiotu poddawanego temu procesowi, Antonio Maturó wymienia rodzaje medykalizacji, przyjmując za podstawę podziału mechanizm jej rozprzestrzeniania. Według niego, metody medykalizacji różnych sfer życia, zachowań oraz stanów, w jakich znajdują się jednostki można podzielić na trzy podstawowe grupy (Maturó 2009: 99):

1. Przekształcanie w patologię ludzkich stanów uważanych wcześniej za normalne. Tego rodzaju „multiplikacja chorób” najbardziej widoczna jest w obszarze psychiatrii. W wielu krajach Zachodnich w bardzo krótkim czasie powstało ich tak wiele, że rzuca to cień podejrzeń na stosowane kryteria diagnostyczne.
2. Rozszerzanie „grup ryzyka” poprzez obniżanie poziomu kryteriów i ich poszerzanie. „Chorobotwórstwo” w tym znaczeniu można rozpatrywać na przykładzie m.in. poziomu ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu, osteoporozy, nieśmiałości. Maturó używa w tym kontekście pojęć „protopatologii”, „prechoroby” („*pre-sick people*”) oraz medykalizacji profilaktyki. W poszerzaniu, a nieraz wręcz tworzeniu nowych grup ryzyka, ma swój niemały udział także genetyka. Definiowanie na podstawie materiału genetycznego wielkich grup ludzi, jako zagrożonych określonymi chorobami i podejmowanie wobec nich określonych

działań rozmywa bowiem granicę pomiędzy normą a patologią.

3. Przekierowanie części celów medycyny z „leczenia” na „optymalizację”. Wśród nowych obszarów działań medycyny są chociażby terapie farmakologiczne, których celem jest m.in. zwiększenie możliwości seksualnych lub kognitywnych, poprawianie wyglądu (powiększanie wzrostu czy piersi), walka ze zmarszczkami, siwieniem włosów lub ich wypadaniem. W literaturze anglojęzycznej do opisu tych zjawisk stosuje się określenie „*human enhancement*”, co można przetłumaczyć jako dążenie do „ulepszania ludzi”.

Na podstawie przeglądu literatury, proces medykalizacji został przeze mnie scharakteryzowany jako zjawisko zróżnicowane w trzech podstawowych aspektach:

1. Medykalizacja oznacza po pierwsze „multiplikację chorób” rozumianą jako „wzrost ilości postaw i zachowań, które zostały określone jako choroba i których leczenie traktuje się jako należące do medycyny” (Sokołowska 1980: 193). Mianem chorób określane zostają rozmaite stany psychiczne oraz zachowania jednostek (w tym zachowania dewiacyjne), na przykład zaburzenia psychiczne: „niegrzeczne” zachowanie dzieci, strach, smutek, miłość, nieśmiałość, gniew, przemoc (w tym domowa), uzależnienia (alkoholizm, narkomania, tytoń), kompulsywne robienie zakupów, hazard, czy nawet nadmierne korzystanie z komputerów. Oczywiście medykalizacja w tym znaczeniu nie dotyczy jedynie powiększania się ilości zaburzeń psychicznych (choć w świetle literatury przedmiotu jest ich najwięcej) – w publikacjach dotyczących „chorób kontestowanych” omawia się także zespół jelita drażliwego, otyłość, nadciśnienie, bezsenność, nadmierne bądź niedostateczne potrzeby seksualne.
2. Drugim rodzajem medykalizacji jest poddawanie medycznym procedurom naturalnych etapów życia człowieka. Przykłady obecne w literaturze to m.in. planowanie rodziny (*in vitro*, antykoncepcja), ciąża i porody, macierzyństwo, wychowywanie dzieci, dojrzewanie, starzenie się, umieranie i śmierć. Takie tendencje mogą prowadzić do „wykreowania” nowej choroby, ale nie muszą (niemal całkowicie zmedykalizowana dziś ciąża wciąż nie jest traktowana jako choroba).
3. Wraz z rozwojem technologicznym, powiększały się także możliwości polepszania jakości życia zasadniczo zdrowych ludzi. Jako trzeci rodzaj medykalizacji można zatem potraktować wspomniane już zjawisko, „*human enhancement*”. Interwencja medyczna w tym przypadku nie jest podejmowana w odpowiedzi na pojawiający

się problem, bowiem jej celem jest usprawnienie i maksymalizacja ludzkich możliwości (Davis 2010: 229). Moim zdaniem, mimo, że zasadniczo „*human enhancement*” nie jest działaniem terapeutycznym, z czasem, wraz z upowszechnianiem się tego typu praktyk, może następować patologizacja danej cechy (brak interwencji i „niepoprawianie” jako patologia), a w dalszej kolejności, uznanie jej za zaburzenie (w ten sposób można zinterpretować proces medykalizacji otyłości: początkowo kultura promuje jako ideał piękna coraz szczuplejsze ciało, w efekcie czego coraz większa ilość osób nie jest w stanie sprostać „wyśrubowanym” wymogom, a jednocześnie otyłość staje się w coraz większym stopniu „zjawiskiem” nieakceptowanym, co z kolei wpływa na intensyfikację badań medycznych w tym zakresie. W rezultacie, otyłość zaczyna być definiowana w kategoriach choroby, wobec której zaleca się konkretne terapie medyczne).

Kryterium przyjętym przeze mnie w powyższej typologii, jest cel przyświecający medykalizacji: w pierwszym przypadku jest nim „wynalezienie” nowej choroby (lub chociażby zmiana granic już istniejącej w celu poszerzenia grupy chorych), w przypadku drugiego rodzaju medykalizacji – objęcie medycznym nadzorem „naturalnych” etapów życia człowieka (bez ich patologizacji), natomiast w trzeciej kategorii – „ulepszenie” człowieka pod względem określonej cechy. Podstawowym dylematem związanym z tak skonstruowaną typologią jest fakt, że chyba każdy przykład medykalizacji można zinterpretować na trzy wymienione sposoby. Nawet medykalizację porodu, która na pierwszy rzut oka jest przykładem medykalizacji drugiego rodzaju, można potraktować z innego punktu widzenia: czy na przykład podawanie oksytocyny mającej wywołać skurcze, nie stanowi dowodu na patologizację porodów trwających dłużej niż widzą to lekarze? Czy rosnącą popularność cesarskich cięć („porodów na życzenie”) nie można by zinterpretować jako przejawu dążeń kobiet do wyjścia poza biologicznie zdeterminowany niezależny od ich woli rytm ciąży i porodu? Pozostawiając te wątpliwości na boku, chcę podkreślić, że wszelkie typologie mają charakter bardziej porządkujący niż odzwierciedlający realne, rozłączne grupy przypadków.

3. Definicja medykalizacji – wybór na użytek rozprawy doktorskiej.

Podział medykalizacji autorstwa Maturo można potraktować jako uzupełnienie typologii Davisa. Oba ujęcia stanowią świetne narzędzia do porządkowania analiz dotyczących tego

złożonego zjawiska. Wszystkie typy medykalizacji, wyróżnione przez Davisa i Maturo, są przedstawione na wybranych przykładach w trzeciej części rozprawy. Niemniej, sposób ich wyboru i klasyfikacji służyć ma możliwie jak najbardziej wyczerpującemu potwierdzeniu tez mojej pracy i dlatego jej struktura nie odtwarza mechanicznie powyższych typologii. Moim celem nie jest przedstawienie różnorodności i rozległości medykalizacji (pełnej gamy „przemedykalizowanych” ludzkich problemów). Chcę raczej pokazać, że mimo znacznej różnorodności zjawisk jej poddawanych, oraz służących temu sposobów, proces ten można „zamknąć” w bardziej ogólne ramy. A zatem podstawą, czy też „zapleczem”, teoretycznym przyjętym w pracy jest idea społeczeństwa ponowoczesnego, które w wymiarze ekonomicznym kształtowane jest obecnie przez charakterystyczne dla zglobalizowanego „kapitalizmu zdeorganizowanego” transnarodowe korporacje i służy *de facto* ideologii neoliberalnej legitymizującej ich dominację. Przy wyborze definicji medykalizacji jako podstawy rozważań zawartych w niniejszej pracy, podstawowym jej kryterium był zakres tematyczny (główna teza rozprawy i chronologia). Ze względu na postawione w rozprawie cele, najbardziej adekwatną wydaje się, cytowana już definicja Petera Conrada z 1992 roku: medykalizacja to: „...definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia problemu, lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania. [...] Jest to socjokulturowy proces, w którym mogą uczestniczyć, bądź nie uczestniczą przedstawiciele profesji medycznej...” (Conrad 1992: 211). Za jej przyjęciem przemawiało szerokie podejście do omawianego zjawiska – w ramach medykalizacji, mieści się bowiem nie tylko multiplikacja chorób, której widowym dowodem są „puchnące” klasyfikacje chorób, ale także inne, nie traktowane jako choroby zjawiska, które poddawane są coraz skrupulatniejszemu medycznemu „monitorowaniu”. Co więcej, przy takiej interpretacji, medykalizacja może być procesem niekoniecznie wymagającym zainicjowania i akceptacji przez samych lekarzy. Powyższa definicja jest ponadto na tyle otwarta, że znajduje także zastosowanie do interpretacji procesów opisywanych przeze mnie w części IV, a nie mieszczących się w ramach medykalizacji rozumianej jako biologizacja problemów o etiologii w istocie bio-psycho-społecznej. Wydaje mi się, że takie ujęcie problemu, w kontekście złożonej rzeczywistości ponowoczesnego społeczeństwa, w którym medycyna jest zaledwie jednym ze źródeł wiedzy medycznej, jest jak najbardziej adekwatne.

Część II. Medykalizacja jako temat badań socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz socjologii wiedzy.

1. Medykalizacja jako przedmiot badań socjologii medycyny

Początkowo socjologowie traktowali medycynę głównie jako przedmiot badań, na podstawie którego można było weryfikować „ogólnosocjologiczne” hipotezy. Najbardziej znanymi amerykańskimi autorami, którzy reprezentują to podejście są Talcott Parsons oraz Robert Merton. Pierwszy z autorów, na przykładzie medycyny i zjawiska choroby zilustrował swoją kompleksową teorię społeczną, gdzie medycyna była traktowana jako instytucja społeczna o funkcjach kontrolnych, natomiast choroba – poddawana kontroli dewiacją społeczną (1951). Robert Merton z kolei, badając system kształcenia studentów medycyny, stworzył model socjalizacji do roli profesjonalnej (1957 za: Sokołowska 1976: 313-314). Jak zauważa Sokołowska (Ibid: 314), dopiero Eliot Freidson, socjolog kolejnej generacji, nie używał medycyny jako przykładu służącego opisowi instytucji społecznych, ale zainteresował się nią „jako taką”. W tomie „*Profession of Medicine*” (1970) rozwija on koncepcję pozostającej poza kontrolą społeczną „profesji medycznej” oraz konfliktowej relacji lekarz-pacjent, w której spotykają się dwa oddzielne systemy społeczne. Podejście to różni się od koncepcji Parsonsa, według którego relacje lekarza i pacjenta są elementem integralnego i funkcjonalnego systemu homeostatycznego (za: Sokołowska 2009: 26). Freidson chorobę ukazał ponadto jako formę społecznie konstruowanej dewiacji, co umożliwiło ekspansję medycyny na niezmedykalizowane do tej pory sfery życia (za: Davis 2010: 52). Poruszone przez tego autora wątki stały się klasycznym obszarem badań dla dziś już mocno ustabilizowanej subdyscypliny, jaką jest socjologia medycyny.

Socjologowie, jak wiadomo, relatywnie późno dostrzegli medycynę jako przedmiot badań socjologicznych. Barbara Uramowska-Żyto stwierdza, że brak sceptycznych i obiektywnych analiz wiedzy medycznej może być rezultatem utrzymywania się wśród nich (i reszty społeczeństwa) wiary w szczególną efektywność medycyny oraz jej swoistość, „hermetyczność” i „świętość”. Ponadto takie badania utrudniał fakt, iż socjologowie wychowywani w duchu pozytywistycznym i racjonalistycznym musieli dostrzegać w medycynie te same, podzielane przez nich wartości (Uramowska-Żyto 1992: 22). Przełomem miała być klasyczna praca „*The Social System*” Parsonsa, w którym choroba została zdefiniowana jako dewiacyjna rola społeczna. Takie podejście otworzyło przed

socjologami nowe możliwości definiowania zdrowia i choroby nie tylko na bazie patologicznych zmian organizmu, ale również poziomów funkcjonowania społecznego (Ibid: 22-23). Parsons, a później również Freidson, skonstruowali odrębne od medycznego spojrzenie na chorobę oraz funkcjonowanie medycyny. Jednak funkcjonalna teoria Parsonsa ma pewne ograniczenie: analizując społeczną rolę chorego, automatycznie przyjmowana jest perspektywa medyczna. W takim ujęciu zarówno wiedza medyczna, jak i wiedza laików nie jest przedmiotem badań socjologów medycyny. Wynika z tego, że Parsons (a za nim Freidson i inni) całkowicie „polegając” na lekarzach, dzieląc z nimi wspólne założenia i cele, przyjmują biologiczną, naturalistyczną definicję choroby (Bury 1986: 139; Uramowska-Żyto 24-25, 30) poprzez uznanie, że w medycynie istnieją odrębne obszary: biologiczny (obiektywny) i społeczny (odpowiedni przedmiot socjologicznych analiz).

Opisane powyżej podejście jest jednak współcześnie przez socjologów krytykowane. Medycyna straciła w ich oczach specjalny naukowy status, mający „chronić” jej dorobek od kontroli społecznej. Socjologowie medycyny przełamali swoistą barierę mentalną, dzięki czemu dostrzegli nowy, obiecujący obszar badań socjologicznych – dotychczas traktowaną jako obiektywną, ahistoryczną, profesjonalną i zamkniętą wiedzę medyczną. Co więcej, nawet sama diagnoza medyczna stała się przedmiotem krytycznego osądu. Tym samym naukowy pozytywizm ustępuje tutaj miejsca społecznemu konstruktywizmowi. Ewolucja ta polega na zmianie akcentów dotyczących celów naukowych interesujących socjologów medycyny. Najogólniej rzecz biorąc, mogą oni prowadzić badania na użytek socjologii lub użytek medycyny. Sokołowska odwołuje się tu do podziału zaproponowanego przez Roberta Strausa. Według niego istnieją dwa podstawowe nurty socjologii medycyny: „*sociology of medicine*” oraz „*sociology in medicine*”, które według Antoniny Ostrowskiej pełnią odpowiednio funkcję poznawczą i aplikacyjną (Ostrowska 2004: 34). Te „wersje” socjologii medycyny są wyrazem odmiennych motywacji badaczy oraz odmiennych oczekiwań odmiennych kategorii odbiorców wyników ich pracy. „Socjologia w medycynie” to „...zastosowanie socjologicznych pojęć, wiedzy i technik w dążeniu do wyjaśnienia problemów medycznych i społeczno-psychologicznych, w jakich są zainteresowani lekarze i inni pracownicy służby zdrowia. W tym wypadku wiedza socjologiczna uzupełnia wiedzę medyczną, w celu znalezienia rozwiązań problemów, będących w swej istocie problemami medycznymi”. Natomiast socjologia medycyny „typu *of*” prowadzi badania nad pracownikami służby zdrowia, ich instytucjami i organizacjami oraz ich stosunkami z innymi, w orbicie ich działalności, w dążeniu do wyjaśnienia, jakie

są problemy w swej istocie socjologiczne” (Straus 1957 za: Sokołowska 1976: 311; Uramowska-Żyto 1992: 20-21).

Korzystając z typologii Strausa, można powiedzieć, że socjologia w medycynie, święcąca tryumfy w latach pięćdziesiątych, w następnej dekadzie przekształciła się w socjologię medycyny „typu *of*” (zob. Uramowska-Żyto 1992: 9). Powstanie i rozwój tej drugiej było efektem zmieniających się uwarunkowań społecznych. Przede wszystkim, w drugiej połowie XX wieku okazało się, że medycyna naukowa (zachodnia) w krajach wysokorozwiniętych staje się coraz bardziej dysfunkcjonalna. Najczęściej pojawiające się zarzuty dotyczyły:

- nastawienia systemu medycznego na leczenie chorób, a nie ich zapobieganie (medycyna interweniuje zbyt późno, kiedy podjęcie działań prewencyjnych jest już niemożliwe);
- zainteresowania medycyny niemal wyłącznie objawami organicznymi chorób (lekarz najczęściej nie interesuje samopoczucie pacjenta oraz jego „tożsamością społeczną”);
- wyizolowania i anonimowości pacjenta leczonego w szpitalu lub gabinecie lekarskim z pominięciem naturalnego środowiska jego codziennego funkcjonowania (Sokołowska 2009: 27-28).

Powyższe „historyczne” dysfunkcje medycyny przez niektórych jej krytyków zostały potraktowane jako charakterystyczny element tak zwanego „modelu biomedycznego”, który niekiedy utożsamia się z całą medycyną „zachodnią”. Model ten sprowadza ponadto chorobę do wymiaru organicznego, a ciało człowieka traktuje jako „maszynę do naprawienia”. Lekarz jako „mechanik ciała” przejawia brak wrażliwości na dobrostan psychiczny jednostki oraz bagatelizuje możliwe uboczne skutki leczenia, a także pomija społeczne uwarunkowania etiologii chorób⁵ (Sokołowska 2009: 27-28). Sokołowska przytacza w tym kontekście opinię znanego i często cytowanego przez socjologów medycyny Thomasa McKeowna, który współczesny kierunek w medycynie ocenia jako nieefektywny i marnotrawny. Konsekwencją skupiania się wyłącznie na interwencji „wewnętrznej” (w ciele człowieka) jest według niego ignorowanie ważnych determinantów zdrowia – zachowań indywidualnych i grupowych, a także skierowanie niemal całej uwagi i środków na leczenie objawów, a nie przyczyn chorób (McKeown 1979 za: Sokołowska 2009: 28-29). Medycyna, zgodnie z „paradygmatem

⁵ W dalszej części rozprawy przytoczone będą prace podważające taki obraz modelu biomedycznego, który uważany jest za zbyt uproszczenie. (zob. Strong 1979; Williams 2001).

biomedycznym”, działa tak, jakby choroba była jedynie skutkiem wewnętrznych procesów zachodzących w ciele pacjenta, tymczasem nauki społeczne wykazały, że to co składa się na stan zdrowia jest swoistym „produktem społeczeństwa” – złożonym rezultatem procesu industrializacji, urbanizacji, odżywiania, poziomu aktywności fizycznej czy polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. Na podstawie takich przesłanek powstał tzw. „społeczny model choroby”, w którym badanie procesu choroby odbywa się poprzez zastosowanie socjologicznej perspektywy: zwrócenie uwagi na osobowość chorego, jego zachowanie, zdarzenia życiowe, pozycje w strukturze społecznej, warunki rodzinne i środowiskowe itp. Sokołowska zwraca ponadto uwagę, że wprawdzie wymiar społeczny to tylko część choroby (obok wymiaru somatycznego), ale w praktyce ludzie są informowani tylko o wymiarze organicznym. Według autorki, tego rodzaju wiedza nie jest poprawna naukowo, a właściwie jest „ideologią, która określa dla społeczeństwa rozumienie idei społecznych (co to jest choroba i zdrowie) i jest potężną instytucją kontroli społecznej” (Ibid: 30).

Czym zatem jest ten wpływowy „model biomedyczny”, którego dominacji sprzeciwiają się przedstawiciele socjologii medycyny podejmujący problem medykalizacji? W wieku XX, aż do niemal lat siedemdziesiątych za sprawą odkryć Ludwika Pasteura etiologia chorób była zdominowana właśnie przez model biomedyczny, równocześnie zmniejszyło się zainteresowanie przyczynami o charakterze społeczno-ekonomiczno-kulturowym. Nowoczesna medycyna naukowa, opierająca się na tym modelu, podkreśla istnienie wyraźnie identyfikowalnych symptomów klinicznych, co jest wyrazem przekonania, że choroba to skutek obecności patologii o charakterze biologicznym. W takim ujęciu zdrowie jest zwykłym brakiem choroby. Model biomedyczny definiuje więc zdrowie i chorobę w kategoriach biologicznie rozumianej „normy” i „patologii”. Takie podejście do problemów zdrowotnych opiera się na kilku założeniach. Pierwszym z nich jest „dychotomia umysłu i ciała”. Choroby fizyczne są wedle tego założenia umiejscowione jedynie w ciele, skutkiem czego biomedycyna stara je zrozumieć i leczyć w izolacji od innych aspektów osoby ludzkiej. Podstaw tej dychotomii można poszukiwać w Kartezjańskiej filozofii dualizmu ciała i ducha oraz zwrocie medycyny w końcu XVIII wieku w kierunku obserwacji klinicznej i odkryć patologii anatomicznych począwszy od początku wieku XIX (Thomas 2003: 17). Elementem takiego podejścia do problemów zdrowotnych jest ponadto koncepcja ciała człowieka traktowanego jako maszyna, a choroba jest rezultatem mechanicznego defektu danego organu. Nowoczesna medycyna stara się leczyć poszczególne części ciała czy układy, traktując je jako autonomiczne względem reszty

ciała (instytucjonalnie podejście to wyrażają coraz bardziej szczegółowe specjalizacje lekarskie). Drugie założenie, na którym opiera się paradygmat biomedyczny dotyczy istoty choroby, którą traktowana jest jako zaburzenie o biochemicznym lub neurofizjologicznym charakterze. Redukcjonizm biologiczny nie bierze pod uwagę społecznych, psychologicznych czy behawioralnych wymiarów choroby, a ona sama lokalizowana jest w ciele jednostki, co utrudnia medycynie dostrzeżenie, w jaki sposób społeczne bądź emocjonalne życie człowieka wpływa na poziom jego zdrowia (Freund, McGuire, Podhurst 2003: 6). Estes i Binney o modelu biomedycznym piszą podobnie, łącząc go z metodologicznym indywidualizmem, według którego zjawiska społeczne są wypadkową jednostkowych działań oraz redukcjonizmem wyjaśniającym zjawiska poprzez analizowanie ich najbardziej elementarnych „części składowych” (Estes, Binney 1989: 588):

- indywidualizm w praktyce medycznej oznacza zainteresowanie konkretną jednostką – diagnozą jej stanu, historią choroby, odpornością czy reakcją na leczenie (takie podejście jest co prawda skuteczne w relacjach lekarza z pacjentem, jednak wiąże się z ryzykiem pomijania czynników społecznych czy środowiskowych mających wpływających na stan chorego; skupianie się na indywidualnych przypadkach i rozwiązaniach może przyczyniać się także do uruchamiania mechanizmów „obwiniania” pacjenta);
- model biomedyczny kształtował się również pod silnym wpływem redukcjonizmu (w zmaganiach medycyny z chorobami zakaźnymi okazał się skuteczny, jednakże w praktyce opieki zdrowotnej nad osobami starszymi czy cierpiącymi na choroby chroniczne ogranicza on rozwój szerszej perspektywy uwzględniającej procesy i interakcje społeczne, ale także obarcza odpowiedzialnością jednostkę i zajmuje się człowiekiem chorym w sposób fragmentaryczny). Rezultatem tego podejścia jest rozwój „antyholizmu”, który sprowadza osobę do jednostki chorobowej (Estes, Binney 1989: 588), czego przykładem może być „zawłaszczenie” przez biomedycynę zaburzenia określanego „chorobą Alzheimera”, które z tej perspektywy traktowane jest degeneracyjną chorobą układu nerwowego (Lyman 1989).

Przykład choroby „Alzheimera” pokazuje, że biomedyczny model związany jest także z założeniem, że każda choroba jest powodowana przez jedną konkretną, potencjalnie dającą się zidentyfikować przyczynę. Idea ta pojawiła się na w wyniku odkryć Pasteura i Kocha, którzy wykazali, że stan chorobowy wywołują konkretne mikroorganizmy. Nieco później koncepcja ta została rozszerzona na choroby, których etiologia jest dużo bardziej złożona

(choroby serca, nowotwory). René Dubos, francuski mikrobiolog, zauważył jednak, że rzadko w ten sposób można całkowicie wyjaśnić etiologię danej choroby oraz jednoznacznie odpowiedzieć dlaczego tylko niektórzy ludzie ulegają określonym chorobom. Zachorowanie nie zależy bowiem tylko od obecności określonego mikroorganizmu, ale także od sposobu żywienia, stresu, metabolizmu i innych zmiennych wpływających na jego odporność. Poszukiwanie pojedynczych czynników chorobotwórczych jest zatem jedynie relatywnie skuteczne w odniesieniu do chorób zakaźnych, a już zdecydowanie nie wystarczy w objaśnianiu zachorowalności na złożone choroby chroniczne (Dubos 1959 za: Thomas 2003: 17).

Podsumowując, model biomedyczny, pomimo sygnalizowanych ograniczeń, odniósł globalny sukces, przede wszystkim ze względu na silne podstawy naukowe oraz użyteczność w identyfikowaniu i zwalczaniu chorób zakaźnych, a także poprzez jego wspieranie i utrwalanie przez systemy edukacji medycznej oraz opieki zdrowotnej (Thomas 2003: 16). Jednakże model ten stał się równocześnie przedmiotem krytyki. Za wadę uznano skupienie się na stanach ostrych, a pomijaniu chorób chronicznych, niezdolności do brania pod uwagę stanów нефизycznych czy bezobjawowych, oraz poleganie na zawodowym „konsensusie” co jest normą, a co patologią. Zwrócono także uwagę na fakt, iż medycyna oparta na modelu biomedycznym w obliczu zmieniających się wyzwań zdrowotnych w coraz starszych społeczeństwach państw rozwiniętych staje się coraz droższa i coraz mniej efektywna (Thomas 2003: 18). Zmiany w zachorowalności, tzw. przejście epidemiologiczne, uaktywniło zapomnianą nieco medycynę społeczną, spowodowało powstanie takich dyscyplin naukowych i praktycznej działalności jak zdrowie publiczne i promocja zdrowia, a także w zasadniczym stopniu wyznaczyło ramy działania dla socjologii medycyny.

Powyższej charakterystyki modelu biomedycznego dokonano ze względu na fakt, że większa część badań procesów medykalizacji jest de facto krytyką zbyt częstej interpretacji ludzkich problemów w kategoriach biologicznych. Jak postaram się wykazać w trzeciej części rozprawy, dominującą motywacją do podejmowania socjologicznych analiz z tego zakresu jest obawa, że paradygmat biomedyczny, redukując człowieka do jego „biologicznego wyposażenia”, stanowi poważne zagrożenie dla rozwoju wiedzy o zdrowiu i chorobie będącymi pochodną nie tylko procesów biochemicznych, ale i psychicznych oraz środowiskowych. Poprzez badania socjologiczne, czy socjomedyczne, zwraca się uwagę na fakt, iż zajmowanie się jedynie wymiarem organicznym choroby jest istotnym metodologicznym błędem polegającym na ignorowaniu innych ważnych jej

wymiarów, w praktyce oznacza, że medycyna potęguje nacisk na leczenie objawowe. Procesy medykalizacji polegające na rozszerzaniu obszaru choroby powodują, że zagrożenia te stają się coraz bardziej powszechne, co skutkuje niepotrzebnymi wydatkami i szkodami o charakterze jatrogennym. Magdalena Sokołowska napisała, że socjologia medycyny nie jest subdyscypliną o ściśle wypracowanych założeniach teoretycznych, a raczej „...terenem, na którym ogólne pojęcia socjologiczne mogą być badane, sprawdzane, ale w zasadzie nie on je tworzy” (Sokołowska 1976: 310). Dzisiaj wydaje się, że można dokonać pewnego uogólnienia i stwierdzić, że socjologiczne podejście do wiedzy na temat choroby różni się wyraźnie od podejścia biomedycznego, gdyż nie zakłada obiektywnego istnienia chorób, które ulokowane są w ciele człowieka, jako fizyczny obiekt lub stan. Pogląd, że jednostki chorobowe „egzystują” w naturze, a naukowa medycyna je odkrywa, jest socjologom medycyny obcy. Według nich wiedza dotycząca zdrowia, choroby i opieki medycznej opiera się na przekonaniach, które są wytwarzane w toku międzyludzkich interakcji oraz ustalanie społecznych „znaczeń”. Konsekwencją przyjęcia społecznego wymiaru choroby jest nie tylko zainicjowanie badań na temat społecznej etiologii chorób, ale także podjęcie analiz dotyczących społecznej konstrukcji choroby. Oczywiście nie oznacza to absolutnej negacji obiektywnego wymiaru choroby – ludzie odczuwają prawdziwy ból, naprawdę chorobę i umierają. Socjologowie uważają jednak, że uznanie zarówno laickiej, jak i profesjonalnej perspektywy na zdrowie i chorobę jako swego rodzaju konstrukcji społecznej, sprawia, że nawet najbardziej szczegółowe badania empiryczne nie uchronią przed wpływem czynników społecznych tego, w jaki sposób wytwarzana jest wiedza medyczna (Freund, McGuire, Podhurst 2003: 196; Lupton 2003: 50). Tego typu podejście, charakterystyczne dla socjologów medycyny, oznacza bliskość z socjologią wiedzy oraz społecznym konstruktywizmem. Phil Brown pisze, że społeczna konstrukcja diagnozy i choroby jest centralnym punktem odniesienia socjologii medycyny (Brown 1995: 34). Oczywiście w ramach konstruktywizmu w socjologii medycyny można wyróżnić „mocniejsze” i „słabsze” podejścia: w pierwszym przypadku, zakłada się, że nie jest możliwe wyizolowanie całkowicie fizycznych doświadczeń z ich socjokulturowych kontekstów, przez co zawsze to, co myślimy, jak leczymy i jak odczuwamy nasze ciała jest kształtowane społecznie. Nie ma więc czegoś takiego jak „czyste” ciało odseparowane od społeczeństwa i kultury. Nie oznacza to, że ból, choroba czy śmierć są poznawane i doświadczane odmiennie w zależności od pozycji społecznej i kultury. „Słabsza” wersja konstruktywizmu oznacza z kolei, że owo uwarunkowanie społeczne i kulturowe doświadczeń cielesnych człowieka wprawdzie istnieje, ale nie jest całkowite oraz zależy

od kontekstu (Lupton 2003: 50).

2. Zastosowanie socjologii wiedzy przy analizie procesów medykalizacji

Jak już wspomniano, socjologowie medycyny argumentują, że sposób definiowania i doświadczania zdrowia i choroby, a także sama medycyna zachodnia (naukowa, „oparta na faktach”) zależy w pewnej mierze od kontekstu społecznego-kulturowego. Można zatem sformułować tezę, że nieodłącznym elementem socjologii medycyny jest, mniej lub bardziej radykalny, konstruktywizm społeczny oraz strategie badawcze wypracowane w ramach socjologii wiedzy. Nie bez powodu zatem, medykalizacja, jedno z najbardziej znanych pojęć sformułowanych na gruncie socjologii medycyny, jest rozumiana przez jej przedstawicieli nie tylko jako proces odkrywania nowych chorób wcześniej nie dostrzeganych, czy nie „wyodrębnianych”, ale także jako konstruowanie medycznych definicji dla stanów i zachowań ludzi bądź grup. Zwracam jednak uwagę, że medykalizacja jako rozprzestrzenianie się medycznej perspektywy na obszary wcześniej niezmedykalizowane jest trudna do jednoznacznej oceny. Z jednej strony, wraz z nowymi odkryciami oraz rozwojem technologii medycznych, w sposób oczywisty wzrasta autorytet medycyny i zakres jej działania, z drugiej jednak strony istnieją poważne przesłanki by pewne formy „działania”, czy też „oddziaływania” medycyny, uznać za nieuprawnione przejęcie kontroli nad różnymi aspektami życia ludzi.

Jak już wspomniano, socjologowie medycyny najczęściej sięgają do dorobku socjologii wiedzy oraz perspektywy społecznego konstruktywizmu jako użytecznych narzędzi odkrywania społecznych uwarunkowań wiedzy naukowej oraz potocznej. Ze względu na różnicowanie podejść rozwijanych w ramach tej subdyscypliny, w dalszej części tego rozdziału wskażę, jakie wątki w socjologii wiedzy są szczególnie istotne dla rozważań nad procesem medykalizacji.

Socjologia wiedzy to pewna tradycja intelektualna, subdyscyplina socjologii⁶, która „... zajmuje się społecznym i grupowym pochodzeniem myśli” („*Encyclopedia of Sociology*” 2000: 2953). Przedmiotem jej zainteresowania jest różnego rodzaju wiedza (nie tylko naukowa), którą Józef Niżnik rozumie jako „zawartość naszych umysłów, która zapewnia nam orientację w rzeczywistości oraz stanowi podstawę naszych działań” (Niżnik 1989: 9). To, „co wiemy”, „jak poznajemy” zależy od okoliczności najróżniejszego typu, a socjologia wiedzy stara się owe okoliczności zidentyfikować i

6 Józef Niżnik zastrzega jednak, że status subdyscypliny wcale nie jest jednoznaczny (1989: 9).

zrozumieć to, w jaki sposób przesądzają o charakterze naszego poznania. Niżnik dodaje, że socjologia wiedzy zajmuje się wzajemnymi związkami między myślą a społeczeństwem (1989: 10). Twórca socjologii wiedzy, Max Scheler, łączył ją z socjologią kultury, której miała być częścią (Scheler 1990 [1924]: 3), jednak na kształt subdyscypliny znaczący wpływ miała publikacja „*Ideologia i utopia*” Karla Mannheima (2008 [1929]), który wiedzę potraktował jako pochodną ideologii („*Encyclopedia of Sociology*” 2000: 2955). Stało się tak ponieważ prace Schelera w krajach anglosaskich nie były po prostu znane aż do lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku (Machnikowski 1996: 8). Niżnik jednakże zauważa, że te dwa punkty wyjścia wyznaczają główne nurty we współczesnej socjologii wiedzy, które oczywiście nie wykluczają się wzajemnie, różni je odmienne rozłożenie akcentów, przy czym „...pierwszy nurt skłania raczej do rozwijania problematyki związanej ze społeczną różnorodnością systemów myśli, ten drugi zwraca uwagę swą ideą deformacji wiedzy, zainteresowaniem zafałszowaniami myśli itd.” (Ibid: 10).

Edmund Mokrzycki zauważa, że w u zarania socjologii wiedzy, w jej klasycznym ujęciu tkwi pewna niejasność. Analizując dorobek prekursorów socjologii wiedzy (Marks, Durkheim, Scheler) wydaje się, że wypowiadali oni swoje tezy w odniesieniu do wszelkiej wiedzy, w tym nauki typu *science*. Jednak w pracy Mannheima „*Ideologia i utopia*” nauki przyrodnicze, oparte na neokantowskiej dychotomii (świat natury *versus* świat kultury) są przypadkiem szczególnym i nie podlegają tezie o społecznej determinacji wiedzy. Z drugiej strony, pisze Mokrzycki, „...przesłanki merytoryczne ugruntowane w najbardziej fundamentalnych założeniach socjologicznego ujęcia wiedzy nie dawały podstaw do szczególnego traktowania nauki w wąskim sensie, przesłanki pozamerytoryczne (obiegowe oceny zbieżne z epistemologicznymi konsekwencjami pozytywizmu) kazały w tak pojętej nauce (i bezstronnej inteligencji) szukać gwaranta wartości, które socjologia wiedzy – jak się wówczas wydawało – podważała”. Innymi słowy, „...specjalny status nauki w wąskim sensie ma u Mannheima sankcję społeczną raczej niż merytoryczną, jest bardziej ustępstwem na rzecz obiegowej opinii, niż integralną częścią głoszonych poglądów” (za: Mokrzycki 1993: X-XI). Następcy Mannheima (m.in. Werner Stark i Robert Merton) czyniąc z socjologii wiedzy dyscyplinę akademicką, utrzymali ten podział. Stark, autor książki „*Sociology of Knowledge*”, stwierdził iż „fakty natury” są czymś zasadniczo odmiennym od „faktów społecznych”, gdyż mimo ewolucji, natura jest względnie niezmienna, a badacz ma do czynienia praktycznie z tą samą rzeczywistością. W przeciwieństwie do niej, rzeczywistość społeczna podlega ciągłym zmianom bowiem „fakty społeczne” są stale na nowo przez członków społeczeństwa tworzone. Zatem,

rozwój wiedzy społecznej dokonujący się pod wpływem zmiennych historycznie wartości nie może mieć charakteru kumulatywnego (w odróżnieniu do przyrodoznawstwa). Nauka w rozumieniu *science* jest zatem przez Starka wyłączana ze sfery możliwej relatywizacji. Socjologia wiedzy może według niego zajmować się przyrodoznawstwem, genezą wiedzy naukowej, wpływem czynników społecznych na historię odkryć naukowych, ale nie może badać społecznych uwarunkowań samej treści wiedzy naukowej, gdyż nad „faktami natury” człowiek nie ma kontroli (Stark 1958 za: Mokrzycki 1993: XIII-XIV). Mokrzycki określa Starka jako wyznawcę „popularnego do dziś wśród socjologów «podręcznikowego indukcjonizmu» z jego naiwnym realizmem, wiarą w istnienie teoretycznie neutralnych faktów, aksjologicznie nieskażonej obserwacji, korespondencyjną teorią prawdy, kumulatywną koncepcją teorii itd.”. Postmannheimowska socjologia wiedzy, według niego, adaptując się do akademickich standardów socjologii anglosaskiej prowadziła do zaprzepaszczenia teoretycznego przesłania *Wissenssociologie*, w skutek czego „...z socjologii wiedzy pozostała empiryczna – w obiegowym, pozytywistycznym sensie – socjologia nauki i dziedzin pokrewnych (Mokrzycki 1993: XIII-XIV).

Jeśli biomedycynę potraktujemy jako naukę typu „*science*”, to tak rozumiana socjologia wiedzy w zasadzie nie ma „uprawnień” do badań społecznych uwarunkowań wiedzy medycznej. Socjologowie medycyny, mogą z tej perspektywy zajmować się jedynie wyszukiwaniem jej „nienaukowych” elementów. Eliot Freidson, który jako pierwszy zastosował socjologię wiedzy do analizy profesji medycznej, rozróżnił cztery rodzaje wiedzy medycznej (Freidson 1970 za: Uramowska-Żyto 1992: 28-29):

1. podstawowe koncepcje i twierdzenia teoretyczne, wywodzące się z wiedzy empirycznej, które za Thomasem Kuhnem można nazwać paradygmatami;
2. wiedzę o organizmie, cechach charakterystycznych dla stanów patologicznych oraz metodach ich leczenia;
3. określone twierdzenia oparte na profesjonalnych koncepcjach patologii, nazywających pewne stany fizyczne bądź psychiczne chorobą (wiedza jest tutaj swego rodzaju oceną tego, co jest normalnym lub optymalnym funkcjonowaniem jednostki);
4. nieskodyfikowane, empirycznie trudno weryfikowalne zawodowe obyczaje, sztuka lekarska, wynikająca z praktycznych, klinicznych doświadczeń.

Jedynie dwa pierwsze rodzaje medycznej wiedzy są dla Freidsona *stricte* wiedzą naukową. Z tego względu, początkowa refleksja socjologiczna dotyczyła jedynie wiedzy medycznej opisanej w punkcie trzecim i czwartym. Współcześnie socjologowie medycyny

uprawiają socjologię, którą Michael Bury nazywał „post-freidsonowską” (Bury 1986: 140), wyzbywszy się oporów przed poddawaniem analizie całości wiedzy medycznej. Próby tego typu umożliwiły pojawienie się tzw. „mocnego programu” socjologii wiedzy oraz nurtu społeczno-konstruktywistycznego.

Stworzenie „mocnego programu” socjologii wiedzy, zdaniem Mokrzyckiego jest w istocie powrotem do pierwotnych tez wysuwanych przez jej prekursorów. Jej radykalizm ujawnia się wówczas, gdy punktem odniesienia stają się prace bezpośrednich poprzedników, a zanika, gdy umiejscowimy je w kontekście całej historii socjologii wiedzy. Twórcy „mocnego programu”, z tzw. szkoły Edynburskiej – Barry Barnes i David Bloor, porzucają różne traktowanie obiektywnych „faktów natury” zarezerwowanych dla filozofii nauki z jej logicznym modelem wyjaśniania względnych „faktów społecznych”, w stosunku do których można zastosować modele historyczne z arsenału socjologii wiedzy. Autorzy ci, określają się mianem relatywistów i tłumaczą, w jaki sposób należy ów relatywizm rozumieć: „Najprostszym punktem wyjścia relatywistycznych doktryn są dwa spostrzeżenia: po pierwsze, że przekonania w tej samej sprawie mogą być różne, i po drugie, to, które z tych przekonań występuje w danym przypadku, zależy od okoliczności, w jakich znajdują się jego rzecznicy. Jednakże zawsze mamy do czynienia z trzecią jeszcze cechą relatywizmu. Wymaga on czegoś, co można nazwać „postulatem symetrii” albo „postulatem równoważności”. Owe dwa spostrzeżenia nie są jeszcze jednak oznaką, czy też dowodem na relatywizm – z takimi tezami zgodzą się bowiem nawet neopozytywiści. Bardziej problematyczny i często krytykowany jest natomiast „postulat symetrii”. Nie oznacza on, że „...ogólne koncepcje świata, czy to będzie światopogląd arystotelesowski, kosmologia ludów prymitywnych, czy też kosmologia Einsteina, wszystkie są w równym stopniu fałszywe albo wszystkie w równym stopniu prawdziwe” ale, że wszystkie te systemy wiedzy są równoważne ze względu na przyczyny swojej wiarygodności: „fakt ich wiarygodności traktuje się jako równie problematyczny” co oznacza, że socjologia wiedzy nie dokonuje ocen i nie kieruje się obiektywnymi kryteriami kwalifikującymi określone poglądy jako bardziej zasadne czy bliższy prawdzie (Barnes, Bloor 1993: 2).

Barnesa i Bloora określa się także jako konstruktywistów. Jednak pojęcie to jest na tyle szerokie, że należałoby dokonać bliższej jego charakterystyki. Konstruktywizm społeczny można potraktować jako ogólną orientację filozoficzną, którą podziela duża część socjologów wiedzy. Jak ją rozumieć? Michał Wendland określa tym mianem stanowiska filozoficzne „zgodnie z którymi, mówiąc najogólniej, człowiek nie bytuje w świecie jako danym, zastanym, gotowym, ale raczej tworzy, buduje i konstruuje (swoj, ludzki) świat”

(Wendland 2011: 21). Wspomniany autor pojęcie świata rozumie jako rzeczywistość społeczno-kulturową, nie jest to więc metafizyczny „świat w sobie”, świat jako samoistny, ontologicznie obiektywny byt wypełniony przez „nagie fakty”. Stąd też, niekoniecznie konstruktywista jest jednocześnie zwolennikiem subiektywizmu, gdyż fakt, iż żyjemy w konstruowanych przez siebie światach nie oznacza, że nie istnieje poza nimi rzeczywistość, której można by nadać walor obiektywności. Niemniej jednak wyjście poza skonstruowane światy jest trudne. Jak pisze przedstawiciel tego nurtu w Polsce, Andrzej Zybertowicz, wszelkie dociekania humanistyczne, ale też przyrodoznawcze, mają charakter wewnątrz-kulturowy, zarówno hipotezy, jak i „dane” nie istnieją w ramach dwóch odrębnych porządkach: „Gdy jakiś badacz sprawdza, czy hipotezy innego badacza pasują do „danych” (do „rzeczywistości”), nie konfrontuje twórców językowych z jakimiś bytami poza-językowymi (ew. nawet poza-kulturowymi); sprawdza, czy jedne grupy wypowiedzi (hipotezy) są zgodne z innymi grupami wypowiedzi (uznanymi za dane lub reprezentującymi dane). Obie grupy wypowiedzi (twierdzeń, wyobrażeń) są wytworami społecznymi, kulturowymi. Tak samo jak wytworami kulturowymi są narzędzia, za pomocą których dane są gromadzone i obrabiane. To hipotezy współwocują narzędziami, w które, jak w sieci, pewne rodzaje informacji wpadają, a inne nie; narzędzia przykrawają dane, dane produkowane wedle kulturowo kalibrowanych narzędzi. Do narzędzi takich należy na przykład statystyka – wytwór jak najbardziej kulturowy” (Zybertowicz 2001).

Jak „mocny program” socjologii wiedzy oraz idee konstruktywizmu społecznego można zastosować do analizy procesów medykalizacji? Po pierwsze, zgodnie z główną tezą konstruktywizmu, wiedza medyczna, nawet ta oparta na podstawach naukowych, jak każda wiedza, jest społeczno-kulturowym produktem historii. Mimo wysokiego wyspecjalizowania, bazowaniu na teoriach biomedycznych, jak każda inna nauka, opiera się ona na historycznie wytworzonych paradygmatach⁷, które narzucają określony sposób opisu rzeczywistości, poprzez określenie, „...co należy badać, jakie pytania należy stawiać, w jaki sposób należy to robić, oraz, jakie należy stosować reguły interpretacji uzyskanych odpowiedzi” (Ritzer 1975 za: Szacki 2004: 866). Peter Conrad zauważył, że większość wczesnych analiz socjologicznych przyjmowało właśnie takie podejście, skupiając się na procesie kreowania (czy konstruowania) nowych kategorii medycznych, w wyniku których następowała ekspansja jurysdykcji medycyny (Conrad 2007: 8). Freund, McGuire i Podhurst podają historyczne przykłady konstruowania chorób, których obecnie za takowe

⁷ Paradygmatach w rozumieniu Thomasa Kuhna, które scharakteryzował w książce „Struktura rewolucji naukowych” (1962).

nie uznajemy. Pierwszy z nich dotyczył choroby „odkrytej” w czasie rewolucji amerykańskiej, którą nazwano „*revolutiona*”. Jej objawem było irracjonalne podważanie jedyne, naturalnego porządku, jakim jest monarchia brytyjska. Z kolei w latach pięćdziesiątych XIX wieku wśród przedstawicieli murzyńskich niewolników w USA stwierdzano obecność tajemniczej „*drapetomanii*” powodującej silną potrzebę ucieczek (Freund, McGuire, Podhurst 2003: 196). Oba te przykłady, z perspektywy czasu, dobitnie pokazują, że możliwe jest w procesie „odkrywania” nowych chorób posługiwanie się sędami wartościującymi, względami ekonomicznymi lub społecznymi. Można oczywiście uznać te „choroby” jako wyjątkowe sytuacje nieodpowiedniego (cynicznego) wykorzystywania medycyny, czy błędy wynikające z niższego poziomu nauki i stosowanych ówczesznie metod naukowych, ale konstruktywiści społeczni w socjologii medycyny uważają, że społeczne uwarunkowania rozwoju wiedzy medycznej wciąż przyczyniają się do powstawania nowych chorób tego typu (w literaturze dotyczącej medykalizacji kontestowane są m.in. takie choroby, jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, fobia społeczna, depresja, zespół napięcia przedmiesiączkowego, nadciśnienie, otyłość, osteoporoza, czy zgaga).

Krytycy konstruktywizmu (relatywizmu) za nieuprawnione uznają podważanie podstaw działalności naukowej i zarzucają wręcz jej przedstawicielom propagowanie irracjonalnych anty-naukowych postaw (zob. Strong 1979; Williams 2001). Pomimo tych wątpliwości, wysuwanych przez zwolenników naukowego pozytywizmu, należałoby uznać społeczny konstruktywizm oraz założenia przyjmowane przez socjologów wiedzy za szczególnie użyteczną perspektywę, zwłaszcza w badaniach zjawiska medykalizacji. Oczywiście nie jest celem rozprawy umniejszanie autorytetu medycyny poprzez prostą negację jej legitymizacji jako nauki typu *science*. Nie jest moim zamiarem również relatywizowanie jej dorobku i zrównanie z „alternatywnymi” systemami wiedzy o zdrowiu. Chodziłoby raczej o wyodrębnienie „pozanaukowych” czynników kształtujących wiedzę medyczną, co jak sądzę, w konsekwencji może przyczynić się do zwiększenia jej jakości i autorytetu. Podstawowy dylemat towarzyszący rozważaniom nad zjawiskiem medykalizacji polega zatem na ukazaniu społecznych uwarunkowań wiedzy medycznej tak, by jednocześnie nie podważać jej „naukowości”.

Socjologia wiedzy stanowi dość szeroki nurt teoretyczny, w ramach którego odnajdują się także mniej radykalne zespoły poglądów, niekoniecznie rozumiane jako formy relatywizmu, subiektywizmu i determinizmu socjologicznego (Hanuszewicz 2007). Jeśli więc zignorujemy epistemologiczne aspiracje „mocnego programu” socjologii wiedzy i

społecznego konstruktywizmu, a zarazem potraktujemy je jako orientację metodologiczną (unikając w ten sposób radykalizmu socjologicznego determinizmu), może się okazać, iż poprzez wyizolowanie społecznych, nienaukowych składników zyskujemy narzędzie mogące udoskonalić i uzupełnić wiedzę o medycynie, zdrowiu i chorobach. W celu uniknięcia radykalnego relatywizmu w krytyce procesu medykalizacji, można odwołać się do użytecznej perspektywy określanej jako „sceptyczny” bądź „krytyczny realizm”. Jak piszą Pilgrim i Bentall, przyjęcie takiego podejścia, sytuuje badacza pomiędzy „społecznym konstruktywizmem” a „medycznym naturalizmem” (zakładającym istnienie realnego, obiektywnego i niezmiennego świata „naturalnych” jednostek chorobowych; postęp polega w tym ujęciu na coraz bardziej zaawansowanych i adekwatnie oddających rzeczywistość kategorii diagnostycznych). „Sceptyczny realizm” łączy ze „społecznym konstruktywizmem” konieczność oceny społecznego i historycznego kontekstu, w którym „wytwarzane” są warunki powstania naukowych pojęć i technicznych wynalazków. Pogląd ten nie jest na tyle radykalny, by zakładać, że badania naukowe można sprowadzić jedynie do analiz praktyk dyskursywnych. Badania społecznych i historycznych uwarunkowań powstawania wiedzy naukowej są raczej rozumiane jako metoda zastępowania stronniczych lub błędnych pojęć takimi, o których można powiedzieć że są bardziej użyteczne w sensie naukowym i klinicznym. A zatem, to nie rzeczywistość jest społecznie konstruowana, a jedynie teoretyczne o niej założenia, a także metodologiczne priorytety, które wdramy w celu jej zbadania. „Sceptyczny realizm” uznaje fakt, iż teorie naukowe i metody badawcze są kształtowane przez siły społeczne i interesy grupowe (rasowe, klasowe, płciowe, ekonomiczne) oraz dotyczą językowych, kulturowych i profesjonalnych ograniczeń w czasie i przestrzeni. Zgodnie z tym podejściem teoretycznym jesteśmy w stanie i powinniśmy prowadzić badania nad rzeczywistością jako taką, pamiętając o problemie „kontekstowości” (Pilgrim, Bentall 1999: 262).

By uzasadnić wybór społecznego konstruktywizmu do analiz procesów medykalizacji, odwołam się do przykładu „genetyzacji”. Antropolog medycyny Nancy Press, zajmująca się tą problematyką, w tekście *Social Construction and Medicalization. Behavioral Genetics in Context*, jako metodę przydatną do analizy badań genetyki behawioralnej proponuje właśnie perspektywę społecznego konstruktywizmu. Według autorki, orientacja ta stanowić może użyteczne narzędzie w wyjaśnianiu, dlaczego określone zachowania, bądź cechy ludzkie stają się obiektem zainteresowania genetyków, a inne nie; dlaczego problematyczne jest jednoznaczne określenie genetycznego ich podłoża; oraz jakie są społeczne skutki ich „genetyzacji”. Zatem, jak pisze Press, społeczny konstruktywizm to

nie tylko krytyka, ale i metoda. Skoro zakłada się, że idea lub pojęcie jest społecznie skonstruowane, to możliwe jest podjęcie analizy odtwarzającej jego historię („biografię”): kiedy powstało; jakie były okoliczności umożliwiające owe narodziny; jaki wpływ wywarło na społeczne otoczenie; jak, kiedy i z jakich powodów przestało istnieć? (Press 2008: 133). Takie podejście, rozumiane jako strategia metodologiczna, może okazać się bardzo odkrywczym, nawet dla przeciwników konstruktywizmu społecznego. Ilustracją owej strategii jest według Nancy Press analiza Elianne Riska, która w książce *The Rise and Fall of the Type A Man*, na podstawie naukowej literatury medycznej, podjęła się odtworzenia procesu społecznego konstruowania pojęcia „osobowości typu A” w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku. Otóż mężczyzna „typu A” odróżniać się miał od reszty populacji zestawem psychologicznych i behawioralnych charakterystyk, m.in. potrzebą rywalizacji, pracoholizmem, ogólną niecierpliwością, a nawet wrogością w relacjach z innymi, oraz stanowczym stylem przywództwa. Te cechy miały nie tylko współwystępować, ale i korelować z silnie zwiększonym ryzykiem chorób serca. Od połowy lat pięćdziesiątych koncepcja ta osiągnęła znaczącą popularność. Jednakże w latach dziewięćdziesiątych pojęcie straciło na znaczeniu, a obecnie pojawia się w opracowaniach naukowych jedynie okazjonalnie. Należy zwrócić uwagę, że przez znaczny okres czasu „osobowość typu A” wydawała realną i silną determinantą osobowości i zdrowia, a nie pewną kreacją. Riska, ale także i inni autorzy, wysunęli szereg hipotez co do ewolucji kategorii „osobowości typu A”. Wskazywano m.in. na gwałtownie zmieniające się społeczne role mężczyzn i kobiet w latach siedemdziesiątych oraz postęp wiedzy dotyczący roli stylu życia w etiologii chorób serca (na przykład ruchu fizycznego i diety), a także spadek zachorowalności na owe choroby. Press uważa, że krótka historia tego pojęcia stanowi znakomity przykład, w jaki sposób taki termin może być społecznie skonstruowany. Społeczny konstruktywizm, dzięki swojej szczegółowości, historyzmowi, uwzględnianiu szerokiego kontekstu stanowi więc użyteczne narzędzie do przyglądania się zjawiskom, które w dużej mierze są zostałyby niedostrzeżone (Ibid: 134).

Wobec powyższego, można postawić pytanie, czy socjolog medycyny ma prawo i kompetencje by oceniać, na ile na przykład koncepcja depresji, która według badań epidemiologicznych osiągnęła rozmiary epidemii, jest „prawdziwa”? Czy ma on prawo oceniać proponowaną etiologię lub kryteria występowania i skali zachorowalności na to zaburzenie? Nasuwa się pogląd, że w większości tego typu przypadków powinien się on powstrzymać od jednoznacznej oceny wiedzy medycznej. Wspomniani wcześniej Barnes i Bloor nie stawiają przecież jako celu badań socjologii wiedzy odkrycie, jaka wiedza jest

prawdziwa, a jaka nie, ale proponują, by zamiast tego zastanowić się nad przyczynami sukcesu pewnej wiedzy w danym kontekście społecznym. A zatem, nie są istotne osobiste przekonania socjologa dotyczące konkretnego elementu wiedzy medycznej, ale to, jakie czynniki wpływają na jej powstanie i tempo rozwoju; czy jej sukces wiąże się z czyimiś żywotnymi interesami; czy wspomagana jest przez uznawane instytucje kontroli społecznej; czy pełni jakąś rolę w osiąganiu celów (politycznych lub technicznych); jakie są praktyczne skutki implementacji określonych sądów (Barnes, Bloor 1993: 3).

Peter Conrad uważa, że tego typu oceny wiążą się z pewnym ryzykiem. Pisze wręcz, że jako socjolog nie jest uprawniony do formułowania ocen zasadności stosowania konkretnych procedur medycznych czy tym bardziej definiowania choroby lub zaburzenia w taki, a nie inny sposób. Warto jednak zauważyć, że równocześnie stwierdza, iż medykalizacja staje się problemem wtedy, kiedy skomplikowane społeczno-psychologiczne zjawiska sprowadzone zostają do problemu biologicznego, który w dalszej kolejności podlega kontroli „*establishmentu*” medycznego, przez co jego pozostałe wymiary nie są badane (Conrad, 2007: 146-147). Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że krytyka medykalizacji podejmowana przez socjologów polega głównie właśnie na zwracaniu uwagi na ów nieuprawniony redukcjonizm biologiczny i zaniedbywanie pozabiologicznych (ekologicznych, społecznych, psychologicznych) determinant określonych stanów, zachowań, czy nawet chorób. Jeśli się zastanowić nad tym, czego zazwyczaj dotyczy krytyka medykalizacji, to okaże się, że chodzi właśnie przede wszystkim o zjawiska o złożonej wielowymiarowej etiologii. Wydaje się więc, że w wielu przypadkach możliwa jest próba dokonania oceny procesu medykalizacji (jego celowości, rachunku kosztów i zysków) nie posiadając wykształcenia medycznego.

Podsumowując, socjologowie medycyny w analizach zjawiska medykalizacji przyjmują perspektywę konstruktywistyczną i wykazują, jakie konkretne czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, polityczne determinują rozwój wiedzy medycznej, ale także zajmują jasno określoną pozycję w sporze między redukcjonizmem biologicznym charakterystycznym dla paradygmatu biomedycznego a holistycznym modelem zdrowia. Taka perspektywa została także przyjęta w niniejszej pracy: użyte przeze mnie przykłady medykalizacji – m.in. nieśmiałości, depresji, zaburzeń erekcji i oziębłości seksualnej, stanowią ilustrację redukcjonizmu, który zgodnie z ustaleniami socjologów medycyny, a także przedstawicieli innych dyscyplin naukowych jest po prostu fałszywy.

Cytowana już Magdalena Sokołowska, wyraziła opinię, że biomedycyna, ślepa na społeczny wymiar zdrowia i choroby jest wiedzą niepełną, a wręcz niepełnowartościową.

Według niej, dominacja ta wynika z wpływów lekarzy, przez co należy ją traktować jako ideologię konstruującą definicje zdrowia i choroby, poprzez które wypełnia swoje zadania jako ważna instytucja kontroli społecznej (2009: 30). To, że Sokołowska użyła pojęcia ideologii do opisu biomedycyny wydaje się bardzo znaczące, gdyż jej punkt widzenia jest zgodny z główną tezą mojej rozprawy, według której medykalizacja rozumiana jako tendencja do ujmowania jako choroby coraz większej liczby ludzkich stanów i zachowań, jest integralną częścią procesu „dezorganizowania kapitalizmu” (Hall za: Jung 1997: 715) i demontowania „państwa dobrobytu”. Pojawiające się przy tej okazji problemy społeczne, wywołujące negatywne skutki w życiu ludzi, skomercjalizowana biomedycyna stara się ukazać jako choroby bądź zaburzenia. Tak jak niegdyś właściciele plantacji bawełny z południowych stanów USA, nie chcąc przyznać, że ucieczki niewolników są skutkiem funkcjonowania stworzonego przez nich nieludzkiego systemu, uznali, że jest to objaw medycznego zaburzenia – „*drapetomanii*”, tak współcześnie, na przykład epidemie depresji, nieśmiałości, czy ADHD u dzieci, ujmuje się jako zaburzenia o podłożu organicznym, nie chcąc dostrzec rzeczywistych społecznych i kulturowych przyczyn tych problemów. Medycyna w tym ujęciu jest narzędziem ideologii i ekonomii neoliberalnej propagując wiedzę medyczną służącą do przerzucania na ludzi winy za negatywne skutki wdrażania jej założeń.

W tym miejscu warto wrócić do Karla Mannheim’a i jego książki „*Ideologia i utopia*”, gdyż jego typologia ideologii zdaje się dobrze oddawać to, w jaki sposób w niniejszej rozprawie zostaną przedstawione dwa poziomy medykalizacji. Rozróżnił on mianowicie dwie koncepcje ideologii: „partykularną” i „totalną” (Mannheim 2008: 90-93). Pierwsza z nich jest rodzajem zniekształcenia postrzegania rzeczywistości, na skutek aktywności jednostek, które kierują się różnorodnymi interesami. Owe zniekształcenia to „... mniej lub bardziej świadome maskowanie stanu rzeczy [...] Może tu wchodzić w grę cała skala od świadomego kłamstwa do półświadomego, instynktownego maskowania, od oszukiwania innych do oszukiwania samego siebie” (Mannheim 2008: 90). Jak pisze Machnikowski, ta koncepcja różni się jedynie stopniem od „zdroworozsądkowego znaczenia kłamstwa” (za: Machnikowski 1996: 16). Jak postaram się wykazać, procesy medykalizacji w dużym stopniu kształtowane są właśnie przez ludzi, kierujących się swoim interesem, bądź interesem swojej grupy zawodowej lub firmy, co powoduje owe zniekształcenia – redukcjonizm biologiczny i metodologiczny indywidualizm charakteryzujący współczesną bio-medycynę (zob. Estes, Binney 1989: 588). Druga koncepcja ideologii („totalna”) osadzona jest na światopoglądzie człowieka, wraz z aparatem pojęciowym, sposobem

doświadczenia i interpretacji świata, co Mannheim nazywa „totalną strukturą świadomości” (Mannheim 2008: 91). Całkowita struktura umysłowa danej grupy i epoki wyznacza sposób postrzegania rzeczywistości, stając się przedmiotem badań socjologa wiedzy, który analizuje, jak jej treść staje się funkcją tego, kto ją wyraża i jakie jest jego umiejscowienie w społecznym środowisku (Machnikowski 1996: 16). Podsumowując, pierwszą koncepcję ideologii można utożsamić z kłamstwem, fałszem, których przyczyną są interesy (na ogół polityczne i ekonomiczne) jednostki, wpływające na jej oceny i motywacje, które z kolei prowadzą do fałszywego postrzegania rzeczywistości. Drugiej koncepcji ideologii nie da się sprowadzić do kategorii fałszywej świadomości. Totalna koncepcja ideologii nie ma na celu zdemaskowania fałszywości światopoglądu uwarunkowanego historycznie i społecznie, ale zrekonstruowanie „...ogólnej, teoretycznej podstawy, kryjącej się za szczegółowymi osądami ludzi; postawy tworzonej i przekazywanej ludziom w społecznym procesie zdobywania wiedzy” (Ibid: 17). Można postawić pytanie, czy medykację można określić jako rezultat oddziaływania ideologii w tym drugim znaczeniu? W rozprawie zwracam uwagę, że coraz większa liczba stanów bądź zachowań ludzkich ujmowanych jako choroby i zaburzenia, nie jest jedynie efektem działania żądnych władzy lekarzy lub maksymalizujących swoje zyski korporacji farmaceutycznych. Łatwość i szybkość, z jaką obecnie postępują procesy medykacji, można próbować uzasadnić oddziaływaniem przenikającej wszystkie sfery życia współczesnych społeczeństw logiki „kapitalizmu zdeorganizowanego” oraz funkcjonalnej dla ideologii neoliberalnej, wytwarzanej przez rynek, „kultury terapeutycznej” (za sprawą której coraz większa część problemów, z którymi styka się człowiek w codziennym życiu oceniana jest jako problem zdrowotny, wobec którego zaleca się stosowanie terapii medycznych lub innych procedur dostarczanych przez różnorodne systemy eksperckie).

Jeśli wykorzystamy totalną koncepcję ideologii do badania idei nie tylko określonych oponentów, ale wszystkich punktów widzenia (w tym swoich własnych), oznacza to wkroczenie na drogę „relacjonizmu”, czyli założenia, że wszelka wiedza (Mannheim miał na myśli przede wszystkim wiedzę humanistyczną) jest względna. Prawda absolutna w tym ujęciu nie istnieje, ale nie oznacza to, że wiedza społeczna jest złudzeniem, jest to wciąż wiedza „...wyrastająca z aktualnej życiowej sytuacji, a nie absolutu”. Ideologia nie musi fałszować rzeczywistości, ale stanowi pewną uwarunkowaną społecznie perspektywę. Socjologia wiedzy ma według Mannheim’a pozytywne zadanie do odegrania: nie jest jej celem negacja prawomocności takich perspektyw, ubolewanie że istnieją, bądź ich ukrywanie, ale zbadanie, w jaki sposób możliwe jest poznanie i tworzenie obiektywnych

twierdzeń. Jak pisze, „W naukach społecznych nowy typ obiektywności można uzyskać nie przez to, że wyklucza się wartościowanie, lecz przez to, że się je krytycznie widzi i kontroluje” (2008: 35). Socjologia wiedzy nie próbuje zatem osiągnąć wyższego poziomu obiektywności poprzez odkrycie wiedzy „nie – perspektywistycznej”, ale poprzez zidentyfikowanie i porównanie różnych punktów widzenia. Taki cel, w odniesieniu do problemu „ideologii medykacji”, został także postawiony w niniejszej rozprawie.

Część III. Medykalizacja – od imperializmu medycyny do marketingu firm farmaceutycznych

1. Wczesny model medykalizacji: imperializm medycyny i medykalizacja zachowań dewiacyjnych

Proces instytucjonalizacji medycyny (profesjonalizacji i specjalizacji opieki zdrowotnej, integracji przedstawicieli zawodów medycznych, powstanie nowych form organizacji społecznych: szpitali, klinik, prywatnych praktyk lekarskich), a po II Wojnie Światowej, skokowy wzrost przeznaczanych środków na medycynę traktowaną jako polityczno-ekonomiczny sektor i socjokulturowe „dobro”, sprowokował socjologów i przedstawicieli innych nauk społecznych do zainteresowania się wagą jej społecznego oddziaływania. Zainteresowanie budziła zwłaszcza medycyna rozumiana jako profesja (Clarke et al. 2003: 163-164). Koncepcja medykalizacji pojawiła się wobec tego jako krytyka profesji medycznej, a zwłaszcza medycznej władzy. Stanowiła ona reakcję wobec racjonalności, wiedzy eksperckiej i biomedycznego modelu zdrowia. Często władza ta przedstawiana była jako forma społecznej kontroli – szczególnie kontroli nad kobiecymi ciałami czy nad zachowaniami sprzecznymi z obowiązującymi normami. Dla wielu znaczących krytyków medykalizacji, związana była ona ze intencjonalnym kierowaniem się interesem medycyny poprzez zapewnianie hegemonii w definiowaniu i zarządzaniu zdrowiem i chorobą. Medykalizacja, medyczny imperializm, rozumiano jako „ekspansjonistyczne ambicje drapieżnej profesji” (Furedi 2006: 14). Joseph Davis, w opozycji do większości badaczy, którzy medykalizację ujmują jako jeden, dość homogeniczny proces, twierdzi, że w początkowym okresie kształtowania się pojęcia medykalizacji, istniały dwa paralelne nurty jej opisu:

1. do pierwszego można zaliczyć prace ujmujące medykalizację jako zwiększający się autorytaryzm i imperializm medycyny;
2. w drugim, znajdowały się analizy medykalizacji zachowań dewiacyjnych, które tradycyjnie były kontrolowane przez tradycję, religię, prawo, rodzinę (2010: 212).

Wydaje się jednak, że w wielu przypadkach dość trudno je rozdzielić, bowiem każdą próbę zmedykalizowania zachowania dewiacyjnego można uznać za przejaw

imperialistycznych zapędów medycyny i z pewnością, zdecydowana większość autorów proces medykalizacji wiąże z zagadnieniem władzy czy dominacji. Problemem władzy czy społecznej kontroli medycyny w określaniu i regulowaniu działań społecznych jako pierwszy zajął się Talcott Parsons, który w 1951 roku, opisał rolę medycyny w procesie kontroli zachowań dewiacyjnych, w tym proces reprodukcji i wzmocnienia porządku społecznego poprzez kontrolowanie choroby i zachowania chorego za pomocą zinstytucjonalizowanej „społecznej roli chorego”. Kiedy człowiek zachoruje, najczęściej korzysta z możliwości jej przyjęcia, ale jest to rola, którą musi legitymizować lekarz. Jeśli to zrobi, chory uwalniany jest z odpowiedzialności za swój stan, a także z niektórych swoich dotychczasowych obowiązków. System medyczny ujmowany jest więc przez Parsonsa z perspektywy funkcjonalistycznej, a jego władza ma na celu jak najszybsze przywrócenie społeczeństwu produktywnych jednostek (Parsons 2009: 319-355). Jednakże w następnych dekadach (lata 60-te i 70-te) przewagę zdobyło alternatywne wobec funkcjonalizmu, krytyczne spojrzenie na system medyczny. Po pierwsze, kontestowano zmedykalizowaną, opierającą się na hospitalizacji, psychiatrię, a oponentami byli zrewoltowani psychiatrzy (Cooper, Liang, Szasz, Basaglia), wspierani przez część socjologów – zwłaszcza tych rozwijających teorię naznaczania społecznego (Becker, Scheff, Goffman). Po drugie, rozwinął się krytyczny wobec całego systemu medycznego nurt w naukach społecznych – przede wszystkim w socjologii, historii, filozofii (Zola, Freidson, Illich, Conrad, Schneider). Antypsychiatrów i krytyczną socjologię łączyło poszukiwanie i opisywanie ukrytych funkcji medycyny: utrzymywania wysokiej pozycji społeczno-ekonomicznej lekarzy, a nawet konserwowanie, porządku społecznego oraz systemu politycznego (poprzez mechanizmy naznaczania i pacyfikowania różnego rodzaju outsajderów). Istotnym autorem, wymykającym się klasyfikacjom, którego w tym miejscu nie można pominąć, jest również Michel Foucault, którego prace na temat szaleństwa, medycyny i władzy stanowiły inspirację dla niemal wszystkich badaczy zajmujących się medykaliczacją rozumianą jako proces zwiększania się kontroli medycznego dyskursu nad życiem człowieka.

1.1. Historyczny i społeczno-kulturowy kontekst pojawienia się pojęcia medykalizacji.

Amerykański historyk, Robert A. Nye, pisał o genezie pojęcia medykalizacji w USA⁸

⁸ Społeczeństwo amerykańskie uznaje się z reguły za najbardziej „zmedykalizowane” (Maturro et al. 2009: 105) przez co zrozumiałe wydaje się, że „ruch antymedyczny”, a także takie pojęcia jak „imperializm medycyny” czy „medykaliczacja” pojawiły się właśnie tam (Sokołowska 1980:191-193).

nawiązując do własnych doświadczeń. Powodów zainteresowania się medycyną i zakresem jej oddziaływania na życie społeczne upatrywał on w specyficznej atmosferze końca lat sześćdziesiątych. Studiując na uniwersytecie w Wisconsin, znanego z mocno upolitycznionych studentów, miał możliwość przebywania w środowisku krytycznym wobec wojny w Wietnamie, ocenianej jako spisek elity politycznej, wojskowej i gospodarczej mającej na celu globalną dominację, a wewnątrz kraju uspokojenie rewolucyjnych nastrojów (Nye 2003: 116). Władze rzeczywiście posługiwały się wtedy dość radykalnymi metodami – zintegrowano działania służb bezpieczeństwa, sądów, władz akademickich oraz służb medycznych. W 1969 roku powstało niemal 40 aktów prawnych sankcjonujących oficjalną walkę z kontrkulturą. Jej metodą stało się używanie przez policję gazów łzawiących, broni palnej, a także aresztowania, sfingowane procesy, opinie psychiatryczne i wyroki. „Niebezpieczni” studenci byli wydalani z uczelni i kierowani do Wietnamu (Teodorczyk 2011: 128). Jak pisze Nye, medyczna terminologia była wtedy powszechnie stosowana do potępiania kultury młodzieżowej („*sex, drugs and rock & roll*”), a niektóre terminy z języka psychiatrii dotyczące zaburzeń psychicznych pozostałe po antykomunistycznych nastrojach lat pięćdziesiątych zostały dostosowane do naznaczania i marginalizacji radykalnych studentów oraz uchylających się od poboru (Nye 2003:116). Medycyna i psychiatria zatem zaczęły kojarzyć się z opresyjnym systemem, a lekarze jawili się jako usłudźni specjaliści używający autorytetu nauki do politycznych celów: legitymizacji władzy i jej poczynąń.

Z drugiej strony, Nye wskazuje, że lata 60-te, a następnie 70-te to okres krytyki względem działań i roli medycyny ze względu na rozejście się jej metod z potrzebami pacjentów. Ze względu na bardzo szybki rozwój medycyny, pojawiły się nowe oczekiwania pacjentów, nowe leki, możliwości stosowania nowych procedur, jednakże jak pisze Eliot Freidson, w obliczu zwiększającego się popytu, lekarze stawiali opór przed zmianami godzącymi w ich autorytarną pozycję i monopol na dostarczanie usług medycznych (Freidson 1970 za: Nye 2003:116). Na opinię na temat medycyny miała też wpływ ocena Thomasa McKeowna, który zauważył, że była ona bardziej przygotowana do leczenia chorób ostrych i zakaźnych za pomocą zaawansowanej technologii, niż działań profilaktycznych ukierunkowanych na duże grupy społeczne, oraz że medycyna kliniczna miała dużo mniejszy udział w ograniczaniu umieralności z powodu chorób zakaźnych niż przypisują jej lekarze (McKeown 1979 za: Nye 2003: 116; Illich 1976: 23). Poglądy te potwierdza Magdalena Sokołowska zauważając, że już w 1957 roku w monografii WHO na temat stanu higieny i zdrowia publicznego w Europie zwracano uwagę, że: „Poprawę zdrowia zawdzięcza się

nie tyle postępom nauk medycznych, ile zmianom środowiska zewnętrznego i poprawie warunków bytowych. Jesteśmy zdrowsi od naszych przodków nie dlatego, że postępujemy inaczej niż oni, gdy jesteśmy chorzy, lecz dlatego, że nie chorujemy. A nie chorujemy nie dzięki swoistej profilaktyce, lecz dlatego, że żyjemy w zdrowszym środowisku.” (Grundy, MacKintosh 1957 za: Sokołowska 1980: 181).

Można sądzić, że ocena medycyny i medykalizacji była od początku kwestią o silnym zabarwieniu politycznym. Poglądy anty-medyczne w dużym stopniu powiązane były z rozkwitem ruchów kontrkulturowych, które oczywiście stojąc w opozycji do konserwatywnej burżuazji i klasy średniej (a zapewne tak postrzegano także większość lekarzy), tradycyjnie mają charakter lewicowy. „Lewicowość” krytyków medykalizacji w zasadzie utrzymała się do dzisiaj, mimo że nie ma ona współcześnie tak radykalnego charakteru, a także zmieniły się wskazania głównych winowajców tego stanu, o czym będzie mowa w rozdziale 2.

1.2. Pierwsi krytycy: antypsychiatria

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku wyraźnym przejawem krytyki medycznego sposobu rozwiązywania ludzkich problemów była narastająca negatywna reakcja wobec psychiatrii. Wprawdzie dyscyplina ta krytykowana była niemalże od momentu jej powstania, pod koniec XVIII wieku, ale w przeciwieństwie do czasów wcześniejszych, w drugiej połowie XX wieku w opozycji do niej stanęli nie tylko laicy. Już w latach pięćdziesiątych byli autorzy, którzy poddawali ocenie coraz bardziej wpływowe koncepcje choroby psychicznej. Barbara Wootton w roku 1956 napisała artykuł „Choroba czy grzech?”, w którym bada ewolucję pojęcia choroby psychicznej od szaleństwa do braku umiejętności kierowania swoim życiem. Według niej, coraz trudniej odróżnić osobę chorą psychicznie od osoby „grzesznej”, czy nieszczęśliwej lub zagubionej. To „zwycięstwo medycyny nad moralnością” nie jest zjawiskiem pozytywnym, ponieważ koncepcje zdrowia psychicznego i choroby psychicznej nie są neutralne w sferze wartości, a lekarze nie mają legitymacji by wydawać oceny moralne i przesądzać jak powinno wyglądać „dobre” życie. Według niej medyczne rozwiązania indywidualnych i społecznych problemów skupiają uwagę na przyczynach jednostkowych, przez co pomijane są te środowiskowe. W 1959 roku, w książce *Social Science and Social Pathology* ujęła to tak: „Zawsze jest łatwiej zbudować klinikę niż zburzyć slumsy” (za: Davis 2006: 51).

Trochę później, w latach sześćdziesiątych XX wieku, rozwija się ruch o dość luźnej strukturze zwany „antypsychiatrią”, którego najbardziej wpływowymi teoretykami byli ludzie będący psychiatrami. Norman Dain, historyk zajmujący się historią psychiatrii i chorób psychicznych stwierdził, że od początku lat sześćdziesiątych, za sprawą wewnętrznych sprzeczności w ramach psychiatrii, ale także powstania ruchów obrony praw pacjenta czy opracowania alternatywnych terapii zaburzeń psychicznych, psychiatrzy zmuszeni zostali do obrony swojej dyscypliny jak nigdy wcześniej (Dain 1989: 3). Bunt przeciwko psychiatrom należy umiejscowić w kontekście skierowanej przeciw autorytetom i władzy kontrkulturze, rozwijającej się przede wszystkim na amerykańskich oraz europejskich uniwersytetach i studenckich kampusach (duże znaczenie dla żywotności tego buntu miała wojna w Wietnamie, wzmacniająca nieufność wobec władzy) (Nye, 2003: 115-116; Berlim, Fleck, Shorter 2003:62). Pewne znaczenie należy przypisać tu literaturze i filmowi. Książka Kena Kenseya „Lot nad kukułczym gniazdem” z roku 1962, oraz nagrodzony pięcioma Oscarami, kultowy film Milosza Formana pod tym samym tytułem z roku 1975, wpisując się w ten krytyczny nurt, znacząco rozpropagowały tezy antypsychiatrów. „Antypsychiatria” jest więc elementem burzliwego okresu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, i w tym mocno „rozpolitykowanym” okresie miała także w dużym stopniu charakter polityczny, atakując nie była tylko psychiatrię, ale i „kapitalistyczny/patriarchalny porządek społeczny” (Davis 2010: 212), któremu miała służyć. Czołówka zrewoltowanych psychiatrów miała poglądy lewicowe (Laing i Basaglia), natomiast Cooper był komunistą – rewolucjonistą, szkolonym w Związku Radzieckim, Chinach i Polsce. Jeden z ważnych postaci dla tego nurtu był również Michel Foucault, którego także z pewnymi zastrzeżeniami można uznać za sympatyka lewicy⁹. Jedynie Thomas Szasz, mimo że tradycyjnie identyfikowany z tym ruchem, miał¹⁰ poglądy libertariańskie. Nie uważał się za jego część, a pozostałych antypsychiatrów uważał za jedyne pozornie sprzeciwiających się założeniom teoretycznym psychiatrii i metodom terapeutycznym psychiatrów. Sami antypsychiatrzy nigdy precyzyjnie nie zdefiniowali założeń antypsychiatrii, przez co do tej pory nie ma pełnej zgody co do rozumienia tego terminu (Szasz 2008: 84).

Zasadniczą rolę w rozwoju antypsychiatrii (zwłaszcza jej teoretycznych podstaw), oprócz psychiatrów i psychologów, należy także przypisać socjologom. Z pewnością podstawy teoretyczne „antypsychiatrii” można wywieść od socjologicznych teorii stygmatyzacji lub

⁹ Sympatie polityczne jak i afiliacja naukowa Michela Foucault są niejednoznaczne (zob. Kapusta 1999)

¹⁰ Thomas Szasz zmarł 8 września 2012 roku w wieku 92 lat (Stadlen 2012).

inaczej mówiąc teorii naznaczania społecznego („*labeling theory*”), które rozwijane były w tym samym okresie. Autorzy z tego nurtu w głównej mierze interesowali się przestępczością czy szerzej, dewiacjami i byli to m.in. Erwin Lemert (1951) i Howard S. Becker (1963) (zob. Kojder 1980; Sokołowska 1986; Uramowska-Żyto 1992). Z perspektywy teorii stygmatyzacji, chorobami psychicznymi zajął się natomiast Thomas Scheff publikując w 1966 roku książkę *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Autor podjął się w niej zadania wyjaśnienia mechanizmu powstawania i utrwalania się chorób psychicznych. O ile pierwsze objawy choroby psychicznej, czyli różne zachowania uznawane przez otoczenie za dewiacyjne pojawiają się z bardzo różnych powodów (przyczyny organiczne, psychologiczne, zewnętrzne, sytuacje stresowe, lub świadome akty nonkonformizmu). Takie okazjonalnie pojawiające się nieposłuszeństwo może zostać przez otoczenie zignorowane jako nieistotne lub uznane za zagrażające porządkowi społecznemu i ocenione negatywnie. Andrzej Kojder mechanizm powstawania utrwalonego wzoru zachowania osoby chorej psychicznie według Scheffa opisuje w następujący sposób: „Zachowania dewiacyjne mają różne przyczyny. Do wielu zachowań niekonwencjonalnych nie przywiązuje się większej wagi w trakcie procesu interakcji. We wczesnym dzieciństwie każdy człowiek uczy się stereotypowych „wizerunków” różnych przejawów dewiacji. Stereotypy te są nieintencjonalnie potwierdzane w różnorodnych kontaktach społecznych. Ci, którzy zostali negatywnie naznaczeni z powodu swego dewiacyjnego zachowania, bywają nagradzani za odtwarzanie stereotypowych ról dewiacyjnych, a karani za to, że próbują powrócić do pełnienia ról konwencjonalnych. Publiczne naznaczenie czyni z dewianta osobę łatwo poddającą się sugestii otoczenia, skłonną do akceptacji przypisywanego mu statusu. Dewiacyjne naznaczenie jest więc — według Scheffa — najważniejszą przyczyną kariery dewiacyjnej” (Kojder 1980: 57). Największą rolę w tym procesie mają oczywiście psychiatrzy, którzy za sprawą swojego autorytetu silnie wpływają na postrzeganie choroby przez samego pacjenta jak i jego rodzinę, a diagnoza psychiatryczna działa na zasadzie samospełniającego się proroctwa. Kreatywną rolę psychiatrów potwierdzać miały badania jego autorstwa oraz innych badaczy (Scheff 1974: 448-450).

Jednakże największe oddziaływanie należy raczej przypisać książce Ervinga Goffmana: *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates* (1961). Materiały do niej zebrał on podczas badań terenowych, przeprowadzonych w latach 1955-1956, w dużym, liczącym sobie sześć tysięcy pacjentów szpitalu St. Elizabeth. Wnioski Goffmana były dla psychiatrii druzgocące: szpitale psychiatryczne w jego prasy

przedstawione są jako „instytucje totalne”, odpowiadające za infantyilizowanie i ubezwłasnowolnienie pacjentów. Według Goffmana funkcja szpitali tego typu polega na „praniu mózgu” jednostkom uciążliwym dla reszty społeczeństwa. Jednostki umieszczone w szpitalu były dla niego więźniami marnującymi swoje życie dla psychiatrii – wątpliwej specjalności medycznej, odpowiedzialnej za większość zaburzeń, które miała leczyć. W przeciwieństwie do Szasza czy Lianga, na pewno czytanych i bez wątplenia kultowych postaci dla lewicowych intelektualistów, Goffman wywarł duży wpływ na psychiatrów oraz politykę amerykańskiego Departamentu Zdrowia. Dostarczył on bowiem przekonujących argumentów, że szpitale psychiatryczne, ze względu na bardzo dużą władzę personelu nad pacjentami i możliwość sprawowania nad nimi totalnej kontroli były w zasadzie instytucjami antyterapeutycznymi. Na skutek jego ustaleń zamknięto wiele takich placówek (Berlim, Fleck, Shorter 2003:65).

Autorzy, których obecnie określamy mianem antypsychiatrów publikowali już na początku lat sześćdziesiątych (na przykład książki Thomasa Szasza *The Myth of Mental Illness* z roku 1960 i Ronalda Lianga *The Divided Self*, obie z roku 1960), ale terminu „antypsychiatria” użył po raz pierwszy psychoanalityk David Cooper w swojej książce *Psychiatry and Anti-psychiatry* z 1967 roku (Szasz 2008: 80), określając za jego pomocą zbiór krytycznych poglądów dotyczących psychiatrii rozumianej jako specjalizacja medyczna głównie opierająca się na leczeniu szpitalnym.

Rozumienie terminu jest jednak szersze, „antypsychiatria” była także ruchem społecznym krytykującym „medykalizację szaleństwa”, odrzucającym „medyczny model” przyjęty w psychiatrii i kwestionującym uprawnienia psychiatrów do przetrzymywania i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza pod przymusem. Największy sprzeciw budziło właśnie to, że psychiatrzy mieli możliwości ubezwłasnowolniania i więzienia „zbuntowanych i zmarginalizowanych” na podstawie wydanej przez siebie diagnozy (Berlim, Fleck, Shorter 2003:62).

„Antypsychiatrię” można rozumieć wreszcie jako zakwestionowanie obiektywnego istnienia chorób psychicznych, czy zakwestionowanie ich medycznego charakteru¹¹. Jak

11 Problem statusu zaburzeń psychicznych w psychiatrii nie pojawił się oczywiście wraz z powstaniem antypsychiatrii gdyż jest on efektem immanentnym dla niej „osobliwości”. Andrzej Kapusta jako główne wymienia „... fakt, iż opiera się jednocześnie na wynikach nauk przyrodniczych i na społeczno-kulturowym obszarze norm, a także zjawisko jej metodologicznej różnorodności i paradygmatycznej niestabilności” (Kapusta 2010: 19). Autor ten zauważa, że odkąd nowożytna psychiatria ukształtowała swoje podstawowe pojęcia, trwa dyskusja o tym, jaka jest natura zaburzeń psychicznych: problem polega na tym, że można je traktować zarówno jako skutki pewnych procesów o charakterze cielesnym i mózgowym (neurofizjologicznych mechanizmów i przyczynowych wyjaśnień), jak i psychicznym i duchowym (doświadczenia pacjenta, jego sposobu postrzegania siebie, świata i innych) Antypsychiatrię wpisać można zatem w szerszy nurt psychiatrii, która odwołując się do humanistycznego,

stwierdza Szasz, chyba najbardziej konsekwentnie stojący na tym stanowisku autor, rozróżnienie pomiędzy chorobą somatyczną („*bodily illness*”) i chorobą psychiczną („*mental illness*”), wynika z błędnego stosowania terminu choroba („*illness*” lub „*disease*”). Jeśli uznamy, że choroba to dające się empirycznie zaobserwować zjawisko biologiczne – anatomiczne lub fizjologiczne, to wyrażenie „choroba psychiczna” trzeba traktować jako błąd lub co najwyżej metaforę, a leczenie umysłu, w psychiatrii i psychologii, jest podobne do nawracania (jak w religii), a nie terapię za którą odpowiada medycyna czy nauka (Szasz 2006a: 43). Psychiatria, będąca częścią klasycznej medycyny akademickiej więc usilnie stara się przeforsować więc wizję zaburzeń psychicznych rozumianych jako schorzenia mózgu, a w rzeczywistości myli z chorobą pewne, nieraz kłopotliwe dla społeczeństwa, zachowania będące na przykład wynikiem zróżnicowania osobniczego. To, czy dany zespół zachowań uznany zostanie za jednostkę chorobową zależy od kontekstu społecznego (na przykład zmieniający się status homoseksualizmu). Szasz odrzucając istnienie chorób psychicznych, sprzeciwia się więzieniu w szpitalach psychiatrycznych nieszkodliwych dla otoczenia osób, których zachowanie zostało przez psychiatrów arbitralnie uznane za nienormalne. Z tego samego powodu, Szasz nie uznaje zwalniania z odpowiedzialności karnej osób popełniających przestępstwa z powodu orzeczonej przez psychiatrów niepoczytalności. Zdarzało się nawet, że jako ekspert pomagał prokuraturze w skazywaniu oskarżonych, którzy utrzymywali, że przestępstwa popełnili w stanie niepoczytalności (Szasz 2008: 89-90).

W kontekście rozwoju „antypsychiatrii”, rozumianej jako negacja istnienia chorób psychicznych, nie sposób pominąć wpływu i znaczenia koncepcji Michela Foucault. Łączy go z antypsychiatrią negacja pozytywistycznego podejścia do chorób psychicznych i medycznego modelu przyjętego w psychiatrii. W książce *Choroba umysłowa a psychologia* [1954] oraz *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*¹² [1961] (Foucault 2000; Foucault 1987) stara się pokazać w nich nieobiektywny charakter „patologii umysłowej”, która diametralnie różni się od „patologii organicznej”. W pierwszej z nich pisze: „Stwierdzenie, że choroba ma realność i wartość jako choroba tylko w obrębie kultury, która za taką ją uznaje, stało się od dawna banałem w socjologii i patologii umysłowej”

egzystencjalnego czy ludzkiego wymiaru zaburzeń (zob. Dąbrowski 1964; Jankowski 1975; Kępiński 2003), stoi w opozycji do podejścia naukowego (pozytywistycznego, przyrodniczego). Skutkiem powyższych kontrowersji jest także istnienie wielu różnych, a nawet wzajemnie wykluczających się perspektyw teoretycznych i metodologicznych w psychiatrii (najbardziej skrajne względem siebie są psychiatria biologiczna i antypsychiatria) (Kapusta 2010: 19-62).

12 Szerzej porusza ten wątek Andrzej Kapusta, który w swojej pracy doktorskiej „Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta” z 1999 roku, analizuje podobieństwa *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu* z antypsychiatrią (Kapusta 1999: 96-101).

(Foucault, 2000: 93). Skąd zatem bierze się przekonanie o jej realności? „Ponad patologią umysłową i patologią organiczną istnieje patologia ogólna i abstrakcyjna, która dominuje zarówno nad jedną, jak i nad drugą, narzucając im – na podobieństwo przesądów – te same pojęcia, wskazując te same metody i postulaty. Chcielibyśmy pokazać, że korzeni patologii umysłowej nie należy szukać w obrębie jakiegokolwiek „metapatologii”, lecz na gruncie pewnego rodzaju – historycznie określonej – relacji człowieka szalonego i człowieka normalnego” (Ibid: 6). Jak owa relacja wygląda? Jakie zachowania człowieka sprawią, że uznany on zostanie za osobę obłąkaną? Otóż Foucault, cytując Ruth Benedict pisze: „...każda z kultur tworzyć będzie sobie obraz choroby, którego zarys wytyczany jest przez zespół pomijanych lub zwalczanych przez nią możliwości antropologicznych”. Podobne stanowisko ma przytaczany także Emile Durkheim, dla którego choroba statystyczna możliwość odchylenia od przeciętnej (Ibid: 95).

Tym tropem podąża czołowy przedstawiciel antypsychiatrii, Ronald Laing, który źródeł zaburzeń psychicznych szukał nie w jednostce, ale w jej otoczeniu społecznym. Sprzeciwiał się on psychiatrycznemu redukcjonizmowi co przejawiało się na przykład w rozpatrywaniu schizofrenii w oderwaniu od kontekstu społecznego pacjenta. Tymczasem, jak twierdził, zachowania i wzory myślenia schizofrenika stają się zrozumiałe i uzasadnione, kiedy uzna się ich społeczny charakter. Laing uważał, że w leczeniu psychiatrycznym, ujmującym zachowania schizofreniczne jako symptomy patologii o organicznym charakterze, nie uwzględnia się życia społecznego pacjenta, jego doświadczeń, w tym zmiany relacji z innymi związanymi z diagnozą psychiatryczną, a nawet niezwykłych cech interakcji pacjent – psychiatra, przez co jego zachowania, wyrwane ze społecznego kontekstu trudniej zrozumieć i łatwiej uznać za objaw „szaleństwa” (Scott, Thorpe 2006: 332). Poglądy Ronalda Lainga w ocenie Thomasa Szasa były jednak niekonsekwentne. Szasz zdystansował się od antypsychiatrii ponieważ uważał, że Laing i ludzie z nim związani odrzucali istnienie chorób psychicznych oraz potępiali przymusowe leczenie tylko w deklaracjach. Tak naprawdę nie atakowali oni tego, co dla Szasa było najistotniejsze, czyli wyzwolenia ludzi od władzy psychiatrii i chcieli po prostu zastąpić stary establishment samymi sobą. Potwierdzeniem tej postawy ma być fakt, iż w założonej przez Lainga instytucji Kingsley Hall, gdzie pomagano schizofrenikom, stosowano leki i narkotyki oraz środki przymusu. Laing i jego następcy nie odrzucali medycznych kategoryzacji chorób psychicznych, które leczyli, często w ramach brytyjskiego *National Health Service* czy innych finansowanych przez państwo organizacji, na przykład *Soteria House* (Szasz 2008: 84).

Antypsychiatrzy, pod wpływem niektórych koncepcji psychoanalitycznych, uważali że wiele chorób zaburzeń psychicznych ma podłoże w wypieranych lub zapomnianych popędach z dzieciństwa. Jako że większość z tych doświadczeń trudno umieścić w jakiś ogólniejszych kategoriach, nie ma także powodu, by tworzyć rozbudowane klasyfikacje chorób psychicznych. „Normalny” człowiek w ujęciu psychoanalityków różni się od „szaleńca” jedynie natężeniem neurotyczności. Nie istnieje zatem jakościowa różnica pomiędzy zdrowymi i chorymi psychicznie. W takiej sytuacji wielu antypsychiatrów odróżnianie zdrowia psychicznego i choroby psychicznej uznało za nieprzydatne i szkodliwe i zaczęło zwracać uwagę na słabości diagnozy psychiatrycznej. Opublikowane w 1973 roku w piśmie *Science* wyniki słynnego eksperymentu Rosenhana, dla części antypsychiatrów stanowiły potwierdzenie ich zastrzeżeń wobec klasyfikacji chorób psychicznych i zdolności psychiatrów do poprawnego ich diagnozowania (Berlim, Fleck, Shorter 2003:62).

Antypsychiatria nie była więc jedynie sprzeciwem wobec stosowanego podczas leczenia chorych psychicznie przymusu i dążeniem do humanizacji psychiatrii, ale także stanowiła zaprzeczenie głównych założeń psychiatrii: jej celów, etiologii i nozologii, a nawet „tradycyjnego” rozróżnienia poczytalności i szaleństwa. Postulując porzucenie diagnozy, terapii i prognozy antypsychiatrzy odrzucali medyczny model psychiatrii klinicznej (Berlim, Fleck, Shorter 2003:62).

Antypsychiatria była nie tylko działalnością intelektualną, ale i pewnymi przedsięwzięciami mającymi na celu wdrożenie alternatywnych, systemów opieki psychiatrycznej. Pod wpływem idei Ronalda Lianga powstały komuny dla chorych na schizofrenię, takie jak „Soteria House”, w których mieszkający tam pacjenci zarządzili się i leczyli sami. We Włoszech projekt psychiatry Franco Basaglia objął nawet cały kraj, gdzie na podstawie przyjętej w 1978 roku ustawy rozpoczęto zamykanie wszystkich publicznych szpitali psychiatrycznych, a powołane przez niego stowarzyszenie „Psichiatria Democratica” stało się grupą nacisku walczącą z „więzieniem” chorych w zakładach psychiatrycznych (Berlim, Fleck, Shorter 2003:63-65; Szasz 2008:80).

Z perspektywy czasu, ocena roli antypsychiatrii w kształtowaniu się krytyki procesów medykalizacji nie może być jednoznaczna. Z jednej strony wydaje się niezaprzeczalnym fakt, iż antypsychiatrzy zwrócili uwagę na problem nadmiernej hospitalizacji i wiążącego się z nią ubezwłasnowolniania ludzi cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Niedookreśloność kategorii diagnostycznych w zdominowanej przez psychoanalityków psychiatrii w połączeniu z ich ogromną władzą (możliwość zamykania ludzi bez wyroku,

na nieokreślony czas) budziła zrozumiały niepokój. Atmosfera tamtych lat powodowała, iż łatwo można było odnieść wrażenie, że istnieje cienka, w dodatku nieostra granica, pomiędzy zdrowiem a chorobą. Ponadto ruch antypsychiatrii zwrócił uwagę na pozorną pełnię obiektywności psychiatrii (czy szerzej, medycyny), eksponując jej uwikłanie w struktury władzy. Z drugiej jednak strony, postulowana przez antypsychiatrów humanizacja psychiatrii, uwzględnienie indywidualnej historii życiowej pacjenta, zrozumienie jego zachowania po to by „wzmocnić” go do samodzielnego radzenia sobie z problemami chyba nie dały oczekiwanych efektów. Demedycalizacja zaburzeń psychicznych nie powiodła się głównie dlatego, że sami antypsychiatrzy, mimo akcentowania społecznego i politycznego wymiaru choroby psychicznej poprzez podważanie jej obiektywizmu, nie zdecydowali się na pełne uznanie jej za fikcję (co do samego końca postulował jedynie Thomas Szasz). Możliwe nawet, że antypsychiatria, podkopując autorytet psychoanalizy, przygotowała grunt do nowej fali medycyzacji. Upodmiotowienie pacjentów, nacisk na samoleczenie, uwypuklenie subiektywności w przeżywaniu choroby psychicznej oraz wypuszczenie nawet tych trudniejszych przypadków ze szpitali psychiatrycznych, a poza tym, przyczynienie się do kompromitacji „*talk therapies*”, wzmocniło zainteresowanie rozwijającą się psychofarmakologią. Innymi słowy, antypsychiatria w efekcie miała swój udział w odchyleniu się psychiatrii w stronę biologicznie zorientowanej szkoły Kraepelina, według której choroba psychiczna to jedynie rodzaj choroby mózgu.

Moim zdaniem poglądy charakterystyczne dla „klasycznej” antypsychiatrii upatrującej w psychiatrii narzędzie kontroli niepokornych bądź nieużytecznych jednostek, z którego korzysta opresyjne państwo, w zasadzie kontynuowane jest obecnie przez dość „egzotyczne” środowiska, hołdujące różnej maści teoriom spiskowym, związane z medycyną alternatywną, wróżbiarstwem, czy np. sektą scjentologów. W nauce natomiast, współcześnie poglądy antypsychiatryczne częściowo kontynuowane są przez psychiatrię krytyczną i postpsychiatrię (Kapusta 2010: 42) niemniej jednak skierowane są przede wszystkim przeciwko psychiatrii biologicznej korzystającej z modelu biomedycznego.

1.3. Eliot Freidson i Irving Zola – medycyna: profesja żądna władzy.

Psychiatria w omawianym okresie została zaatakowana najmocniej¹³, może dlatego, że jej status jako nauki medycznej opartej na faktach („*evidence based medicine*”) był (i w

¹³ Historyk, Norman Dain jeszcze w 1989 roku pisał: „Psychiatria obecnie jest przypuszczalnie najbardziej krytykowanym zawodem w USA” (Dain 1989: 3). W następnych rozdziałach postaram się wykazać, że obecnie krytyka ta nawet narasta obejmując nowe rodzaje zarzutów.

dalszym ciągu jest) kwestionowany, ale medyczny sposób podejścia do problemów psychicznych jest tylko jednym z krytykowanych elementów procesu medykacji. W okresie powojennym dominacja i prestiż lekarzy w USA były ogromne. John McKinlay nazwał go „złotym wiekiem” lekarzy (1999 za: Cockerham 2004: 235). Zawód ten cieszył się w tym czasie wielkim i praktycznie nieograniczonym zaufaniem. Jednakże, był to także okres, rosnących szybko cen usług medycznych, coraz większej liczby niepotrzebnych testów, hospitalizacji, operacji chirurgicznych, przepisywanych leków (Light 2000 za: Cockerham 2004: 235). Lekarze byli „na świeczniku”, nic więc dziwnego, że także oni (wraz z psychiatrami) stali się obiektem krytycznego osądu. Znaczące prace tego nurtu, napisali Eliot Freidson („*Profesion of Medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*” i „*Professional Dominance*”, obie z roku 1970) i Irving Zola („*Medicine as an Institution of Social Control*” z roku 1972).

Obie książki Freidsona stanowiły analizę zawodu lekarza jako przykładu pewnego rodzaju profesji (jak w przypadku rzemieślników), która sama kontroluje swoją pracę (ustala standardy) i warunki w jakich tą pracę się wykonuje, oraz kontrolę nad innymi zawodami. Dzięki takiemu statusowi medycyna stała się dominującą siłą w sferze zdrowia i choroby. Ta dominacja według niego to kontrola nad zakresem pracy, klientami, czasem i warunkami pracy i przede wszystkim, innymi zawodami medycznymi. Jak lekarzom udało się uzyskać tak duże uprawnienia? Według Freidsona, medycyna, by móc uzyskać prawny monopol w leczeniu ludzi, na przykład: wyeliminowanie akuserek z branży porodowej (Wertz, Wertz 1989 za: Conrad 2007: 9) uprawiała skuteczny lobbying wśród elit społecznych i państwowych oraz przekonywała opinię publiczną o swojej efektywności. Ważnym narzędziem utrzymania tej pozycji było też Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (*American Medical Association*), które organizowało środowisko umożliwiając mu skoordynowane działania oraz kontrola nad nauką i szkołami medycznymi (za: Coburn 2006: 433). Dla Freidsona medycyna nie była dobroczynną i politycznie neutralną instytucją. Lekarzy uznał on za aktorów, których celem jest monopolizacja wiedzy zdrowotnej, po to by zapewnić sobie zawodową supremację i autonomię. Mimo pewnej krytyki skierowanej pod adresem jego koncepcji, należy przyznać, że Freidson stworzył podwaliny pod badania dotyczące władzy zawodu lekarza i dominacji medycyny na następne dwadzieścia lat (Coburn 2006: 433).

Irving Zola, akceptując wizję Freidsona, podkreślał dodatkowo zjawisko wykorzystywania jej autorytetu do poszerzania zasięgu oddziaływania na obszary życia wcześniej nie zmedykowanych. Dla obu medykacja oznaczała rozszerzenie

społecznej kontroli i dominacji medycyny na obszary życia (poza sferę chorób o biologicznym charakterze), do której nie miała uprawnień. Według cytowanych socjologów zawodowy imperializm lekarzy nie był wystarczającą siłą zdolną do samodzielnego medykaliżowania społeczeństwa. Medycyna i lekarze byli beneficjentami tego procesu, lecz napędzające ją siły miały charakter zewnętrzny. Największą siłą stymulującą proces medykaliżacji, były rosnąca kulturowa waloryzacja zdrowia i coraz bardziej utylitarne, technicyzowane podejście do życia – a każde z nich z kolei związane było z sekularyzacją oraz „liberalną, humanitarną ideologią” (Freidson tłumaczy, iż za włączanie coraz to nowych zachowań do klasy chorób odpowiedzialni byli „członkowie liberalnej burżuazji”) (za: Davis 2006: 52). Innymi słowy, samo pożądanie władzy i pieniędzy przez lekarzy nie wystarczyłoby do zainicjowania procesu medykaliżacji, gdyby nie szerszy kontekst społeczny, mianowicie rozpowszechniające się przyzwolenie, a nawet aktywne poszukiwanie technicznych, szybkich i prostych rozwiązań dla złożonych problemów społecznych czy psychologicznych. W pewnym stopniu więc medykaliżacja była odpowiedzią medycyny na zapotrzebowanie systemu (Rosenfeld, Faircloth 2006: 3-4). Zatem medycyna jawiła się także cytowanym autorom nie tylko jako profesja szukająca dla siebie jak najwięcej władzy, prestiżu czy pieniędzy, ale także jako swoista strażniczka porządku społecznego. W owej „liberalnej, humanitarnej ideologii” proces ten odbywał się kosztem tradycyjnych systemów służących kontroli społecznej jednostek, czyli religii i prawa (Davis 2006: 52; 2010: 215). Zola zauważa, że rosnące zaangażowanie medycyny może być postrzegane jako zjawisko pozytywne, kiedy okaże się, że dzięki niej wiele ludzkich problemów ulega destygmatyzacji, i zamiast podlegać moralnym i karnym konsekwencjom, pozostają pod nadzorem medycyny i nauki, a więc systemów obiektywnych i terapeutycznych. Jednak według Zoli jedynie ulegamy złudzeniu, że medykaliżacja to proces prowadzący do coraz bardziej racjonalnej, destygmatyzującej oceny zachowań dewiacyjnych. Po pierwsze, dzieje się tak częściowo dlatego, że w XX wieku w dużym stopniu wyeliminowano kary fizyczne. Zola twierdzi, że mimo iż przestępstwa zagrożone karą śmierci są coraz rzadsze, chłosta, tortury, a także łańcuchy i inne narzędzia służące fizycznemu skrupowaniu niemal całkowicie zniknęły, nasza zdolność i chęć wyrządzania innym bólu wydaje się być wciąż na podobnym poziomie. Najbardziej efektywne techniki prania mózgu, czy wydobywania informacji od więźniów nie wymagają kontaktu fizycznego, opierając się na psychologicznych mechanizmach deprivacji potrzeb (zob. Klein 2008: 26). Wiadomo więc już, jak silne może być psychiczne cierpienie będące efektem nawet relatywnej deprivacji materialnych i

niematerialnych potrzeb. Jeśli z powodu „choroby” i konieczności jej leczenia jednostka jest izolowana od innych, zamknięta do czasu wyleczenia, zmuszana do przejścia pewnych inwazyjnych zabiegów medycznych, pozbawiana możliwości współżycia seksualnego i rozmnażania się, to trudno jej nie postrzegać tych procedur w kategoriach kary. Zola nie chce przekonywać, że dwudziestowieczna medycyna to nowa forma tortur, ale że odczuwamy cierpienie i ból na wiele sposobów, i że usunięcie niehumanitarnych procedur poprzez wprowadzenie współczesnych standardów nie musi oznaczać, że osiągnięto stan idealny. Zdjęcie łańcuchów i pasów z chorych psychicznie pacjentów należy przyjąć z satysfakcją, ale Zola pyta, czy te zmiany nie osłabiły naszej czujności, czy nie zbyt długo brakuje namysłu, czym owe łańcuchy zostały zastąpione. Po drugie, ekspresji modelu medycznego przypisywany jest pozytywny efekt w postaci zdjęcia z jednostki moralnej odpowiedzialności za swoją chorobę. Zola powołując się na głosy sceptyków zauważa jednak, że o ile jednostki nie są już potępiane, to ich choroby jeszcze tak. Dalej stwierdza iż można zauważyć, że medykalizacja powoduje jedynie przesunięcie moralnej odpowiedzialności człowieka. Mimo że obecnie jednostka nie jest bezpośrednio potępiana za swoją chorobę, jej niemoralność przejawiać się może za to w nieodpowiednim sposobie zachowania podczas choroby. Niestawianie się na spotkania z lekarzem, niewypełnianie jego poleceń, czy zbyt późne szukanie pomocy lekarskiej to przykłady pacjenckich zaniedbań. Takich ludzi postrzega się jak nieświadomych konsekwencji chorób, niezdolnych do robienia planów na przyszłość, i wielu innych stereotypowych wad. Co więcej, cytowany autor pisze że zdefiniowanie zachowania, stanu jednostki jako choroby, nawet u samej osoby chorej nie powoduje wyeliminowania pierwiastka moralnego. Przejawia się to w sposobach opisywania i próbach tłumaczenia rzeczywistości choroby. Według Zoli nieodłączne wtedy pytanie, „dlaczego ja?”, szybko zmienia się w hipotezy dotyczące własnych zaniedbań, nieostrożności itp. które mają ewidentnie moralny charakter (Zola 1972: 489-92).

Przypuszczalnie medycyna zatem nie może być zupełnie pozbawiona warstwy moralizatorstwa i społecznej kontroli. Za pomocą jakich środków medykalizuje społeczeństwo? Zola powtarza za Freidsonem: zawód medyczny rości sobie prawo do jurysdykcji nad definiowaniem choroby i wszystkiego z czym może być związana, niezależnie od tego czy jest zdolna do zajęcia się tym wszystkim w sposób efektywny. Następnie wyróżnia cztery sposoby poszerzania jurysdykcji medycyny (Zola 1972: 493-497):

1. Zmiany w medycynie polegające na przechodzeniu od jedno do

wieloprzyczynowego modelu choroby oraz większa akceptacja przez lekarzy takich pojęć jak „medycyna holistyczna”, czy psychosomatyka, w znaczący sposób rozszerzyły zakres i rozumienie tego co może stanowić wyjaśnianie, leczenie a nawet zapobieganie chorobie. Zola zwraca uwagę, że żeby leczyć bądź chociaż złagodzić objawy choroby, coraz bardziej niezbędne jest interweniowanie w nawyki życia codziennego pacjenta – wpływanie na zachowanie w pracy, odżywianie się, czy sposób odpoczynku. Wejście medycyny w życie jednostki jest jeszcze większe odkąd rozpowszechniła się idea działania prewencyjnego, dotyczącego sytuacji „zanim pojawi się choroba”. Trudnym zadaniem jest przekonanie do wyrzeczeń pacjenta, któremu nic nie dolega, zatem by medycyna prewencyjna miała jakieś szanse powodzenia, pojawiają się różne działania polegające na społecznych interwencjach i kontroli.

2. Utrzymywanie absolutnej kontroli nad technicznymi procedurami może prowadzić medycynę daleko poza tradycyjny obszar choroby o charakterze organicznym. Zola przytacza dwa przykłady: po pierwsze, chirurgia, której subdyscyplina, chirurgia plastyczna, pierwotnie korygująca pewne wrodzone bądź nabyte zniekształcenia ciała zajęła się upiększaniem, poprawianiem sylwetki, odmładzaniem. Chirurdzy zajmują się także innymi zabiegami nie związanymi ze zdrowiem i chorobą, na przykład aborcjami, czy obrzezaniem. Po drugie, wyłączność na przepisywanie leków. Zola zwraca uwagę na fakt, iż największe tempo wzrostu sprzedaży osiągają leki nie leczące konkretnych chorób o podłożu organicznym, ale specyfiki na różne stany psychospołeczne stosowane u ludzi, których nazwalibyśmy zdrowymi.
3. Medycyna przypisuje sobie niemal absolutną wyłączność na zajmowanie się wszystkim co można powiązać z ludzką cielesnością oraz funkcjonowaniem ludzkiego umysłu. Powiązanie takie otwiera przed medycyną możliwość określenia danego zjawiska chorobą, bądź „problemem medycznym”. Dla Zoli najbardziej widocznymi przykładami medykalizacji tego typu jest przekształcenie w chorobę bądź problem medyczny normalnych etapów życia jak starzenie się i ciąża, oraz „słabości”, takich jak uzależnienie od alkoholu bądź narkotyków. Skutkiem tego coraz częściej lekarz staje się osobą, do której ludzie zwracają się z osobistymi i społecznymi problemami.
4. Dla Zoli pod pewnymi względami najpotężniejszym ze wszystkich medykalizujących społeczeństwo procesów, jest ekspansja medycznej retoryki i terminologii do dyskusji dotyczących niezwiązanych z medycyną sfer życia.

Terminologia medyczna przydawać miała prestiżu, obiektywności naukowej każdemu twierdzeniu, a najlepszą strategią przekonania do swojej propozycji jest utożsamienie jej ze zdrowiem (zdrowe szkoły, zdrowa ekonomia czy państwo).

Ilość codziennych czynności, z którymi można powiązać zdrowie jest coraz większa. Zola uważał, że możliwości w tej dziedzinie są nieograniczone. Przyczyny tego są wielorakie i nie chodzi jedynie o to, że medycyna rozszerzyła swoją władzę na nowe problemy, lub że lekarze są zawodowo zobligowani do wyszukiwania chorób, i nawet nie o to, że społeczeństwo wciąż wytwarza choroby. Jak pisze, jeśli nawet żadna z tych przyczyn nie zaistnieje i tak medycyna wywiera wpływ na współczesne społeczeństwo. Jak to możliwe? Najpotężniejszym bodźcem medykalizacji życia jest powszechność przekonania, że w sensie organicznym jest z nami coś nie tak, lub powszechność przekonania, że zawsze można coś zrobić by poczuć, wyglądać bądź funkcjonować lepiej. „Powszechność” choroby, dramatycznie rosnąca konsumpcja leków, coraz dłuższa lista niezdrowych zachowań, wzbudziła w Zoli przekonanie, że rozpowszechniany jest stereotyp, iż samo „życie jest szkodliwe dla zdrowia”. Mimo że brzmi to jak żart, ale oznacza, że w każdym aspekcie życia codziennego zawarte jest ryzyko zdrowotne (Zola 1972: 498).

Obaj opisani autorzy są do dzisiaj wpływowi i cytowani w literaturze dotyczącej medykalizacji. Koncepcja imperializmu profesji medycznej Freidsona, demitologizująca ten zawód, w dużym stopniu zaważyła na kierunku, w którym poszły socjologiczne analizy procesów medykalizacji. Spojrzenie na działalność lekarzy jako uzurpację, poprzez nadawanie medycznej etiologii niektórym stanom i zachowaniom ludzi, przyczyniła się niewątpliwie do rozpowszechnienia poglądu, iż choroba może być konstruktem społecznym¹⁴. Wydaje się jednak, że autor ten skupiając się jedynie na interesie profesji, nie docenia szerszych, społecznych i politycznych (ideologicznych) przyczyn medykalizacji, co może utrudniać również dostrzeżenie aktywnej roli ludzi nie będących lekarzami. Wraz z upływem czasu stawało się coraz bardziej widoczne, że na procesy medykalizacji mają większy wpływ pacjenci, menadżerowie w opiece zdrowotnej, firmy farmaceutyczne czy ubezpieczeniowe. Z tego powodu wydaje mi się, że lepiej od Freidsona interesujące nas zjawiska interpretował Irving Zola, dla którego medykalizacja nie była skutkiem sprawowania politycznej władzy przez lekarzy nad coraz to nowymi problemami życia codziennego. Nie mógł się zgodzić z Freidsonem, że „...lekarze są

14 Barbara Uramowska-Żyto mimo to nie traktuje Freidsona jako konstruktywisty umieszczając go obok przedstawicieli nurtu radykalnego w socjologii medycyny. Autorka zdecydowała się na taki krok ponieważ interesuje ich rola medycyny w sprawowaniu kontroli społecznej ale wyraźnie rozdzielają sferę techniczną i ideologiczną oraz medyczną i społeczną (Uramowska-Żyto 1992: 36).

zawodowo zobowiązani do wynajdywania chorób” (Freidson 1970 za: Zola 1972: 497), ani nawet, że choroby są permanentnie tworzone przez społeczeństwo (Dubos 1959, 1965 za: Zola 1972). Dla Zoli medykalizacja była raczej „podstępny” i często niewidocznym procesem przekształcania codziennego życia poprzez ocenianie coraz większej części ludzkiej egzystencji w kategoriach zdrowia i choroby. Według niego najpotężniejszym stymulantem tego procesu jest częstość występowania u ludzi stanów, które definiują oni jako fizyczne dolegliwości (lub chociaż przekonania, że się takie posiada) lub stopień rozpowszechnienia przekonania, że można coś zrobić by lepiej się czuć, wyglądać lub funkcjonować (Ibid: 497). Innymi słowy, Zola mówi tu o swoistej „biologizacji” ludzkiej kondycji, doświadczeń, czy zachowań. Przekonanie o wszechobecności zaburzeń wynika z dostępności ogromnej literatury medycznej, w której rozpowszechniana jest wiedza o coraz dłuższej liście „niezdrowych zachowań” (czynników ryzyka). Proces ten jednak lokalizuje się na poziomie kultury zatem nie można tłumaczyć go wyłącznie interesami jednej grupy jaką są lekarze.

1.4. Ivan Illich – radykalna krytyka imperialistycznej medycyny.

Historyk i filozof, Ivan Illich, ze względu na kompleksowość krytyki medycyny wynikającej z jego antysystemowych, anarchistycznych poglądów jest postacią wyjątkową. W swoich pracach rzuca wyzwanie instytucjom społecznym, konwencjonalnym postawom, przekonaniom oraz wiedzy. Atakuje w nich nie tylko medycynę, ale i instytucje kościelne i edukacyjne (*The Vanishing Clergyman* i *Deschooling Society*), a także idee postępu (*The Steamy side of Charity*) (za: Barnet 2003: 276).

Robert Barnet zauważa, że prace Illich'a dotyczące medycyny miały bardzo duży wpływ na wprowadzanie do dyskusji publicznej dwóch głównych pojęć: medykalizacji i jatrogeny (Tamże: 276). Tematy te rozwija w wielu publikacjach, z których najśłynniejsza nosi tytuł „*Medical Nemesis*”, po raz pierwszy opublikowana w 1975 roku, w której opisuje trzy rodzaje jatrogeny: kliniczną, społeczną oraz kulturową.

Jatrogenza kliniczna dotyczy bezpośrednich, negatywnych skutków interwencji medycznych. Po pierwsze, dla Illich'a słynny sukces medycyny i efektywność lekarzy to iluzja (Illich 1976: 23-30). Bezprecedensowe wydłużenie życia i polepszenie jakości zdrowia w ostatnich wiekach było skutkiem lepszych warunków życia – jedzenia, wody, warunków mieszkaniowych, infrastruktury sanitarnej, edukacji – i nie ma niemal nic wspólnego z postępowaniem medycyny. Nawet bardziej zaawansowane technicznie narzędzia i

procedury medyczne obecnie skupiają się na stanie zdrowia jednostki i są według niego mało efektywne, a nawet bezużyteczne (efektywność medycyny ma być szczególnie marna w przypadku chorób cywilizacyjnych), gdy tymczasem bardzo mało pieniędzy i zasobów ludzkich inwestuje się w walkę z problemami społecznymi, których negatywne efekty zdrowotne są nieporównywalnie większe – tak jak epidemie czy niedożywienie (Ibid: 30-35). Co więcej, duża część interwencji medycznych nie tylko jest nieskuteczna, ale i szkodliwa (Ibid: 35-41). „Kliniczna jatrogeniza” jest według autora coraz bardziej palącym problemem ponieważ powiększa się siła medycyny oraz częstość korzystania z terapii medycznych (Ibid: 36). Na przykład powołuje się na badania wskazujące, że większość mieszkańców Zachodu wiele razy w miesiącu przyjmuje nieodpowiednie, skażone lub przeterminowane leki, inni przyjmują „*ersatz*”, jeszcze inni w niebezpieczny sposób łączą różne specyfiki itd. Znaczącą przyczyną chorób mogą być też niepotrzebne operacje, leczenie osób zdrowych, częste błędy lekarskie, oraz wypadki w szpitalach. Zatem współczesna medycyna stała się „głównym zagrożeniem dla zdrowia”¹⁵. Depresje, zakażenia, niepełnosprawność, dysfunkcje, i inne konkretne jatrogeniczne choroby obecnie powodują więcej cierpień niż wszystkie wypadki drogowe bądź przemysłowe” (Illich 1974: 919). Tylko niedożywienie powoduje więcej szkód czynionych mężczyznom, kobietom i dzieciom, niż to co nazywa medykacją zdrowia (za: Paton 1974: 573).

Dla Illich'a powyższy opis skutków kontaktu pacjenta z medycyną jest tylko pierwszym

15 Radykalizm Illicha w krytyce medycyny wynikał w dużym stopniu z jego niewiary w możliwość polepszenia jakości życia człowieka przez postęp technologiczny. Dzieje się tak dlatego, że po pierwsze, nad społeczeństwem dominuje przemysł, a po drugie, że w każdym sektorze przemysłowym można zauważyć coś, co Illich nazywa „paradoksalną nieproduktywnością” (Illich 1976: 215). Polegać ma ona na ciągłym wytwarzaniu nowych problemów na skutek wprowadzania w życie nowych technologii. Po zbilansowaniu wszelkich kosztów ich wprowadzenia, niekoniecznie stanowią tak wielkie dobrodziejstwo dla ludzkości jak się mogło wydawać na początku. Technologie mające na celu skrócić czas wykonywania pewnych czynności okazują się bardzo czasochłonne, systemy edukacji – oglupiające, militarne systemy obronne - samodestrukcyjne, informacja - dezinformująca, a medycyna – chorobotwórcza. Illich daje przykład transportu samochodowego. Indywidualne podróżowanie samochodem wydaje się najwygodniejszym rodzajem transportu, ale Illich zadaje pytanie, czy liczymy wszystkie koszty takiej ścieżki rozwoju? Przecież na koszt przetransportowania w ten sposób jednego pasażera na jeden kilometr składa się nie tylko bezpośredni koszt produkcji, użytkowania i konserwacji samochodu oraz dróg, po których będzie się poruszał, a także zyski jakie na transporcie samochodowym osiągną kapitaliści i biurokraci. Oprócz tego istnieją koszty zewnętrzne, które nie są uwzględniane w cenie samochodu, jak np. zanieczyszczenie powietrza, brud i zatłoczenie miast, skutki wypadków, zwiększenie ilości pracy dla policji, wiążące się z dużym natężeniem ruchu samochodowego negatywne skutki zdrowotne. Mimo, że część z tych niebezpośrednich efektów można wycenić i starać się odzyskać pieniądze to większość umyka opinii publicznej (Ibid: 216). Mimo ogromnych bezpośrednich i pośrednich nakładów na utrzymanie i rozwój indywidualnego transportu samochodowego ponoszonych przez społeczeństwa skutek jest taki, że przeciętni kierowcy coraz wolniej się przemieszczają swoimi coraz samochodami. Dla Illicha występowanie tych wszystkich negatywnych skutków postępu technicznego nie jest efektem błędów o technicznym charakterze, ani wyzysku klasowego, ale wynika z wywołanego przez dominację przemysłu, uzależnienia ludzi, którzy nie znają już środowiskowych, społecznych, czy psychologicznych sposobów radzenia sobie z trudami życia codziennego.

poziomem patogenicznej medycyny. „Medyczny *establishment*” stał się głównym zagrożeniem dla zdrowia nie tylko bezpośrednio, poprzez efekty uboczne terapii medycznych, „kiedy ból, choroba i śmierć jest rezultatem opieki medycznej”, ale i pośrednio, poprzez „jatrogenę społeczną”, którą utożsamia on z procesem medykalizacji życia (w książce „*Medical Nemesis*” nazwał w ten sposób rozdział dotyczący tego rodzaju jatrogeny) (Illich 1976: 47). „Jatrogena społeczna” oznaczać ma zmiany w ramach systemu medycznego, które rzutują na organizację społeczną, a poprzez to zachowania ludzi ulegają zmianie: medyczna biurokracja wytwarza chorych, zachęcając bądź wymuszając konsumpcję produktów medycyny leczniczej, zapobiegawczej, przemysłowej i środowiskowej poprzez zmniejszenie tolerancji na ból, zwiększenie poziomu stresu, zwielokrotnienie uzależnienia od systemu medycznego, czy wytworzenie nowych potrzeb. Jatrogena społeczna jest także efektem standaryzacji usług, kiedy na przykład wszyscy cierpiący są hospitalizowani, a domy są już nieodpowiednie dla narodzin, choroby i śmierci. Co niepokoiło tego autora, to fakt, iż wiele przejawów ludzkiej aktywności, o których uprzednio decydowały rodzina bądź wspólnota lokalna zostało zmedykalizowanych, zinstytucjonalizowanych i skomercjalizowanych. Tradycyjne umiejętności są wypierane jako gorsze, zastępują je profesjonalne usługi wytwarzające bierność, zależność i poczucie ubezwłasnowolnienia. Wszystko to z kolei powoduje coraz większe koszty utrzymania systemu opieki zdrowotnej oraz coraz większe pieniądze przeznaczane na zdrowie poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Podobny przyrost dotyczy konsumpcji leków. Te przemiany, charakterystyczne dla wszystkich krajów rozwiniętych, są dla Illich'a chyba najbardziej przekonującym wskaźnikiem medykalizacji życia. Autonomia profesji przeradza się w tzw „radikalny monopol”, co oznacza uniemożliwienie ludziom wyboru innego sposobu radzenia sobie ze swoimi problemami. Przykładowo, od kiedy zasadą stało się przyjmowanie przez szpitale wszystkich w stanie krytycznym, społeczeństwo nie posiada już alternatywy: musi dostosować się i pokrywać koszty zmedykalizowanych okoliczności umierania (Illich 1976: 49-50). Ponadto, w zmedykalizowanym społeczeństwie lekarze mają wpływ na segregację ludzi w określone kategorie: „Medyczni biurokraci decydują którzy ludzie mogą prowadzić samochód, nie pracować, których można uwięzić, którzy mogą popełnić przestępstwo, walczyć, przekroczyć granicę, gotować, uprawiać prostytutkę, kandydować na stanowisko wiceprezydenta USA, oraz którzy są martwi.” (Ibid: 85). Ponieważ celem medycznych terapii jest w coraz większym stopniu leczenie stanów, wobec których medycyna jest nieefektywna, kosztowna i bolesna, Illich uważa iż z tego powodu zainteresowała się ona

prewencją. Jednym z objawów „społecznej jatrogeny” jest zatem także przejście przez medycynę kontroli nad profilaktyką zdrowotną, co Illich nazywa „medykalizacją profilaktyki”, skutkującą między innymi tym, że zdrowi ludzie stają się pacjentami. Autor „Medycznej Nemezis” wiąże z tym pewne zagrożenie: diagnoza lekarska definiuje zarówno tymczasowo, jak i na stałe nową tożsamość pacjenta, co oznacza w obu przypadkach, że konsekwencją stanu biofizycznego jest określony stan społeczny, który w przypadku niektórych rodzajów zdiagnozowanych chorób może stać się stygmatem na całe życie, mimo że pierwotna przyczyna czyli obiektywny stan w pewnym momencie się zmienił (Ibid: 97-98). Jednakże wraz z postępującym procesem „medykalizacji profilaktyki”, objawiającym się między innymi, przez coraz większą liczbę badań przesiewowych, medycyna została wyposażona w nowy sposób stygmatyzacji: zdiagnozowania choroby, która dopiero nadchodzi. Jak pisze: „... diagnoza może wyłączyć istotę ludzką ze złymi genami z prawa do narodzin, inną z awansu, a jeszcze następną z życia politycznego” (Ibid: 98).

Siła monopolu medycyny wynika (paradoksalnie) z oddzielenia diagnozy medycznej od religii i prawa. Medyczne kategorie w przeciwieństwie do kategorii prawnych bądź etyczno-moralnych mają opierać się tylko na podstawach naukowych, przez co władza medyczna ma być władzą „wolną od wartościowania”, co dla Illich'a jest oczywistą nieprawdą (Ibid: 56). Stwierdza on, że „Każda cywilizacja ma zdefiniowane swoje własne choroby. [...] Każda kultura tworzy swoje odpowiedzi na chorobę” (Ibid: 125). Mimo, że każda cywilizacja potrzebuje, dla swojej stabilności, certyfikowanych dewiacji, to medycyna współczesna dla Illicha udaje, że zajmuje się jedynie obiektywnie istniejącymi chorobami.

O ile więc jatrogena kliniczna wypiera organiczne sposoby radzenia sobie z chorobami, jatrogena społeczna jest ogoławaniem ludzkiego habitatu z warunków umożliwiających jednostkom, rodzinom czy społecznościom lokalnym, kontrolę nad swoimi ciałami i otoczeniem, to jatrogena kulturowa oznacza pozbawienie ich woli przeżywania cierpienia, które od tysięcy lat jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Nowoczesna medycyna obrała sobie za cel pokonanie wszelkiego cierpienia, co według Illich'a podważyło zdolność jednostek do stawania twarzą w twarz z rzeczywistością, oraz zaakceptowania nieuniknionego bólu i niepełnosprawności, starzenia się i śmierci. By stać się człowiekiem, jednostka musiała odnaleźć swoje przeznaczenie w swojej własnej walce z naturą i środowiskiem. Jednak, mimo że każdy walczy sam, wspomaga go kultura, w której dorastał poprzez dostarczanie mu „sztuki cierpienia” (Ibid 1976: 134): sensu

istnienia bólu, choroby i śmierci. Każda kultura posiada mity, rytuały i tabu potrzebne do radzenia sobie ze świadomością kruchości życia. Problemem dla Illich'a jest to, że współczesna kultura neguje konieczność akceptacji tych atrybutów życia. Wytwarza ona, „śmierć na opak”, która w XX wieku zastąpiła „śmierć oswojoną” (terminy Philippe Aries). Człowiek oddala od siebie myśli o sprawach ostatecznych a rozwój nauk powoduje zredefiniowanie jego miejsca we wszechświecie, zburzenie religijny porządku świata. (Libiszowska-Żółtkowska 1998: 146). We współczesnej cywilizacji pojawiły się zatem całkiem nowe techniki i cele którym służą: ból należy „zabić”, chorobę wyeliminować, a ze śmiercią podjąć walkę (Illich 1974: 919).

Wkład Illicha w rozwój badań nad medykacją jest istotny. Obok jatrogeny jest to pojęcie, które pojawiło się w publicznej dyskusji w dużym stopniu dzięki niemu. Przyjmując sposób myślenia Illicha, jatrogenę można uznać za pojęcie szersze od medykacji, która stanowi według niego synonim jatrogeny społecznej. Zatem można powiedzieć, że medykacja dla Illicha jest zjawiskiem zdecydowanie negatywnym, gdyż w gruncie rzeczy, proces poszerzania się obszaru kontrolowanego przez medycynę utożsamia z pozbawianiem jednostek, rodzin, społeczności lokalnych kontroli nad uprzednio zarządzanymi przez nie aspektami codziennego życia. Medycyna wykorzenia ludzi poprzez zastępowanie procedurami medycznymi tradycyjnych umiejętności przekonując ich, że w przypadku medykowanych problemów jedynym rozsądnym rozwiązaniem jest skorzystanie z pomocy eksperta. Niemniej przejawy pozostałych dwóch rodzajów jatrogeny są wciąż obecne w literaturze na temat medykacji, choć niekoniecznie ci autorzy odwołują się do nich bezpośrednio. To, co Illich nazywał jatrogeną kliniczną – nieefektywność leczenia, stosowanie niepotrzebnych a nawet szkodliwych dla zdrowia procedur medycznych, współcześnie wciąż stanowi uzasadnienie krytyki medycyny oraz medykacji społeczeństwa, a więc takich zjawisk jak „naddiagnoza”, zbyt dużej konsumpcji leków lub innych procedur medycznych, z których wiele ocenianych jako terapie przynoszące więcej szkody niż pożytku. Illichowską jatrogenę kulturową, polegającą na opisywanym powyżej upośledzeniu zdolności człowieka do samodzielnego radzenia sobie z trudami życia, można uznać za element kultury terapeutycznej, która w świecie zachodnim wypierać ma kulturę chrześcijańską (Rieff 1966 za: Zembrzuska 2010: 56). Pogląd Illicha podzielają tacy wpływowi badacze ponowoczesności tacy jak Zygmunt Bauman, czy Anthony Giddens. Istnienie zapotrzebowania na usługi rozmaitych ekspertów należy według nich tłumaczyć rozwojem niosącej niepewność, opartej na indywidualizmie i refleksyjności jednostki (Giddens 2010)

„płynnej nowoczesności” (Bauman 2006). W takim społeczeństwie, marginalizującym tradycyjne autorytety i instytucje, istnieje wręcz przymus konstruowania tożsamości przy pomocy „wykorzeniających” człowieka systemów eksperckich i wydaje się, że pisząc o jatrogenie kulturowej Illich właśnie tak rozumiał mechanizm poszerzania się wpływów medycyny.

Rekapitulując, jest on jednym z autorów, których prace przełamały dominację myślenia, że medycyna nie podlega ocenie, szczególnie przez tych, którzy nie mają kwalifikacji. W tym sensie odegrał on dużą rolę w rozwoju krytycznych badań nad medykacją. Zapewne w pewnym stopniu przyczynił się on także do implementacji perspektywy społecznego konstruktywizmu do analiz na ten temat. Przede wszystkim wydaje się, że nie do przecenienia jest jego koncepcja medycyny rozumianej jako części historycznego procesu polegającego na upośledzeniu zdolności zwykłych ludzi do opieki nad sobą i czynieniu ich zależnymi od dostarczanych im usług opiekuńczych (Illich 1982: 466). Poprzez medykację bólu, choroby i śmierci, profesja medyczna zabiera ludziom potencjał do radzenia sobie ze swoimi problemami w autonomiczny sposób, umacniając chore społeczeństwo, nie tylko poprzez utrwalanie jego jatrogenicznych ułomności, ale i produkcję chorych – klienteli terapeutów. Najczęściej właśnie taki pogląd stanowi punkt wyjścia i motywację do działania wielu współczesnych krytyków procesu medykacji.

1.5. Peter Conrad – medykacja jako rodzaj społecznej kontroli zachowań dewiacyjnych.

Pierwsi następcy Eliota Freidsona i Irvinga Zoli, którym można przypisać dokumentowanie tezy o medykacji społeczeństwa, tak jak oni rozwijali oba wątki: medykację dewiacji oraz koncentrowanie władzy w rękach lekarzy. W tym okresie uważano, że medykacji podlegają te ludzkie problemy, które nie są etycznie neutralne (na przykład alkoholizm, narkomania, homoseksualizm, aborcja, skłonność do popełniania przestępstw i przemocy). W takim ujęciu, akty diagnozy (i same jednostki diagnostyczne) nie stanowią neutralnych „odkryć”, ale są wysoce subiektywnymi interpretacjami¹⁶. W

¹⁶ Oprócz wyżej wspomnianego Parsonsa i jego teorii funkcjonalnej dotyczącej systemu medycznego, prac Goffmana, Szasza, czy Foucault, dla pojawienia się pojęcia medykacji rozumianej jako zwiększająca się kontrola medycyny nad zachowaniami dewiacyjnymi, kluczowy był rozwój teorii naznaczania społecznego. Zgodnie z nią, dewiacja jest pojęciem raczej opisującym grupę społeczną, a nie jednostkę, i nie dotyczy wewnętrznej natury dewianta. Zatem, teoretyczna uwaga zwrócona została z dewianta na system społecznej kontroli, społecznie konstruowanych norm i nagród oraz kar. W ujęciu teorii naznaczania społecznego, ocena zachowania natomiast jest zdecydowanie zmienna w czasie i zależna od kontekstu kulturowego, a co za tym idzie, w znaczącym stopniu ma charakter polityczny (Davis 2010: 214). Perspektywa ta znacząco zmieniła badania nad dewiacjami także w ramach socjologii medycyny.

latach 70tych i 80tych XX wieku w wielu tekstach śledzono przejście od interpretacji zachowań dewiacyjnych w kategoriach moralnych do traktowania ich jako efektu deficytów medycznych (Rosenfeld, Faircloth 2006: 3). Analizowano w tamtym okresie medykację takich dewiacyjnych zachowań jak szaleństwo (Scull 1975), skłonność do przemocy (Fox 1971; Pfohl 1977; Melick, Steadman, Coccozza 1979), przemoc wobec dzieci (Newberger, Bourne 1978), alkoholizm (Schneider 1978), czy masturbacja (Englehardt 1974).

Najbardziej znanym kontynuatorem prac Zoli i Freidsona i dotąd chyba najczęściej cytowanym socjologiem piszącym o medykacji jest, jak wspomniano, Peter Conrad. W swoich pracach na temat medycznej kontroli społecznej oraz medykacji hiperkinezy (dziś używa się terminu ADHD) opublikowanych w drugiej połowie lat siedemdziesiątych (Conrad 1975; 1976, 1979), uznał to zjawisko za proces coraz częstsze definiowania zachowań jako problemów medycznych lub chorób (illness) oraz upoważniania profesji medycznej do stosowania wobec nich pewnego typu terapii (za: Conrad 1980: 195). Korzystając z perspektywy teorii naznaczania społecznego przedstawia proces diagnozowania hiperaktywności u dzieci. W badaniach jakościowych korzystał z metod obserwacji uczestniczącej, wywiadów, analiz skierowań lekarskich, formularzy wypełnianych przez rodziców, listów ze szkół. Na podstawie tych badań wyjaśnia w jaki sposób zachowanie dewiacyjne może być przekształcone w stan medyczny. Conrad zaproponował pięć warunków poprzedzających zaistnienie medykacji zachowania dewiacyjnego w USA i innych zachodnich społeczeństwach: 1. zachowanie musi być rozpoznane jako dewiacyjne i wymagające podjęcia pewnych środków zaradczych; 2. dotychczasowe formy społecznej kontroli są nieefektywne bądź nieakceptowalne; 3. medyczne mechanizmy kontroli tego zachowania muszą być dostępne; 4. problem musi otrzymać swoją wieloznaczną organiczną przyczynę; 5. profesja medyczna musi mieć wolę zaakceptowania zachowania dewiacyjnego jako problemu medycznego. Jeśli te warunki zostaną spełnione i medykowanie zachowania dewiacyjnego „opłaci się” różnym instytucjom społecznym, a jego medyczna etiologia zostanie zaakceptowana przez lekarzy i inne autorytety naukowe, to prawdopodobieństwo medykacji będzie duże (Conrad 1976 za: Leonard 1978: 746). Podobnie jak poprzedników interesowała go kwestia mechanizmów społecznej kontroli, jaką posługuje się medycyna, z tym że skupia się na pełnionym przez nią nadzoru zachowań dewiacyjnych, którą nazwał także medykacją dewiacji. Medyczna kontrola społeczna była definiowana przez niego jako sposoby świadomego bądź nieświadomego oddziaływania medycyny, którego celem jest

zabezpieczenie przestrzegania norm społecznych; zwłaszcza poprzez korzystanie z medycznych środków lub autorytetu do minimalizowania, eliminacji albo monitorowania zachowań dewiacyjnych (Conrad 1979: 1). W tekście *Types of Medical Social Control* z 1979 roku Conrad podjął się uporządkowania wiedzy na ten temat. Wyróżnił on dwa poziomy, na których działa medyczna kontrola społeczna (Conrad 1979: 2). Na najbardziej abstrakcyjnym poziomie jest to akceptacja medycznej perspektywy jako dominującej definicji określonego zjawiska. Dodatkowo, kiedy medyczne definicje stają się dominujące, konkurencyjne sposoby rozumienia zjawisk są wypierane. Szczególnie widać to w sytuacjach gdzie efektywność medycznych technologii jest najbardziej widoczna (na przykład szczepionki, leki przeciwbakteryjne, antykoncepcja), ale również w coraz większym stopniu medykaliżowane w ten sposób są obszary problemów behawioralnych i społecznych. Coraz większa dominacja perspektywy medycznej stanowi zatem podłoże do konstrukcji i wprowadzania w życie medycznych i społecznych norm zachowania (im bardziej zmedykaliżowane społeczeństwo tym ważniejszym punktem odniesienia jest zdrowie). Medyczna kontrola społeczna to także porady medyczne, zalecenia i informacje, które są częścią ogólnego zasobu wiedzy: dieta powinna być zbilansowana, palenie powoduje raka, nadwaga zwiększa ryzyko zachorowania, regularne ćwiczenia są zdrowe itd. Takie informacje w medykaliżującym się społeczeństwie stały się wiedzą potoczną stanowiąc, swego rodzaju instrukcje pożądanego zachowania.

Na bardziej konkretnym poziomie, medyczna kontrola społeczna pojawia się jako interwencja lub opieka medyczna, mające na celu albo przywrócenie chorych jednostek do zdrowia i ich konwencjonalnych ról społecznych, albo dostosowanie ich do nowych (innymi słowy, sprawiać, by nowy stan jednostki, na przykład niepełnosprawność, był dla niej mniej uciążliwy). Conrad zauważa, że medyczna kontrola społeczna zachowań dewiacyjnych, pojawia się na tym poziomie, czyli jest zazwyczaj wariantem medycznych interwencji, których celem jest zlokalizowanie, zmodyfikowanie, odizolowanie lub wyregulowanie zachowania „społecznie zdefiniowanego jako dewiacyjne”, za pomocą klinicznych środków.

Na tych trzech, wyżej wymienionych poziomach funkcjonuje kontrola medyczna, która, według Conrada przyjmuje trzy zasadnicze formy: medycznej technologii, współpracy oraz ideologii (są to typy idealne, więc nie są całkiem rozłączne) (Conrad 1979: 3-7):

1. Rozwój specjalistycznej i technicyzowanej medycyny oraz jednoczesnego rozwoju technologii medycznych dostarczył arsenału nowych narzędzi kontroli medycznej. Psychotechnologie są najbardziej powszechnymi narzędziami

medycznej kontroli zachowań dewiacyjnych. Wynalezienie psychoaktywnych leków stosowanych w leczeniu zaburzeń psychicznych we wczesnych latach pięćdziesiątych, agresywnie promowanych przez oczekujące dużych zysków firm farmaceutycznych, ze względu na łatwość kontroli procesu leczenia, stosunkowo dużą efektywność i finansową (w porównaniu z hospitalizacją, czy długotrwałą psychoterapią) umożliwiły poddanie terapiom niespotykanej wcześniej liczby pacjentów. Wcześniej, w latach trzydziestych, rozwijano techniki psychochirurgii, czyli zabiegów chirurgicznych mających na celu leczenie niektórych „dysfunkcji mózgu” będących rzekomo przyczyną zachowań dewiacyjnych (lobotomia). Do lat pięćdziesiątych tylko w USA wykonano około 40-50 tysięcy takich zabiegów, ale ze względu na rosnącą świadomość istnienia poważnych skutków ubocznych (bierność, apatia, trudności z myśleniem abstrakcyjnym), oraz pojawienie się leków psychoaktywnych te wczesne formy psychochirurgii popadły w niełaskę. Mimo to, psychochirurgia w ograniczonym zakresie wciąż jest jednak stosowana (choć na szczęście jest bardziej selektywna). Innymi technologiami wykorzystywanymi przez medycynę były terapie behawioralne. Mimo że nie są to technologie medyczne, część lekarzy korzystała z nich w leczeniu upośledzeń umysłowych, chorób psychicznych, homoseksualizmu, przemocy wobec dzieci, autyzmu i nadpobudliwości, fobii, alkoholizmu, itd. Conrad dostrzegł także szybki rozwój genetyki jako części wiedzy medycznej. Dla szeregu chorób bądź ludzkich problemów takich jak hiperaktywność, alkoholizm, schizofrenia, trudności w nauce, dokonywano prób odkrycia genetycznej etiologii oraz proponowano technologie mające na celu ich leczenie.

2. Pewne funkcje społecznej kontroli medycyna pełni we współpracy z innymi ośrodkami władzy. Conrad wymienia, funkcję informatora (na przykład zgłaszanie wszelkich ran postrzałowych lub przypadków chorób wenerycznych, a od niedawna śladów obrażeń u dzieci mogących świadczyć o zaistnieniu przemocy domowej). W związku z faktem, iż lekarze mają oficjalne uprawnienia decydowania o tym, czy dane zachowania dewiacyjne można określić mianem choroby, następna funkcja medycyny polega na nadzorowaniu by zwolnienia ze zwykłych obowiązków w przypadku choroby były rozdzielane w sposób uzasadniony medycznie (wydawanie zwolnień z pracy czy szkoły, praca w lekarskich komisjach wojskowych, wydawanie pozwoleń na pracę, czy licencję na prowadzenie pojazdów). Lekarz może występować także w roli eksperta sądowego,

którego zdanie jest decydujące w sprawach odpowiedzialności karnej. Przedstawiciele medycyny znajdują także zatrudnienie w instytucjach totalnych, służąc raczej instytucjom, a nie działając na rzecz jednostki. Stosunkowo najrzadsza jest funkcja „zwykłego technika” wykonującego zadania wyznaczonych przez inne instytucje posiadające władzę. Lekarze posiadając użyteczne kompetencje stanowią całkowicie podrzędną rolę narzędzia służącego zupełnie niemedycznym celom (Conrad podaje przykład nieludzkich eksperymentów w nazistowskich obozach, czy zabiegów sterylizacji przeprowadzanych na kobietach uznanych przez władze za zdemoralizowane).

3. Ideologia medyczna jest typem kontroli społecznej polegającej na definiowaniu zachowania lub stanu jako choroby głównie z powodu społecznych i ideologicznych korzyści jakie daje konceptualizacja ich w kategoriach medycznych. Narzędziem ideologii medycznej jest medyczna metaforyka i słownictwo w określaniu danego problemu i jego rozwiązywaniu. Ukryte funkcje ideologii medycznej mogą służyć i jednostce lub/i interesom głównych sił w społeczeństwie i w pewnym stopniu być niezależne od jakichkolwiek organicznych podstaw określonych chorób. Z punktu widzenia jednostki określenie jej problemu mianem choroby może być całkiem pożądanym (jako osoba chora ma możliwości uzyskania różnego rodzaju usług a nawet jedynie pożądaną przez nią uwagę, troski innych; choroba także legitymizuje osobiste porażki). Na przykład, konceptualizacja w kategoriach medycznych alkoholizmu czy uzależnienia od narkotyków, zrzuca osobistą winę i stanowi obronę przed potępieniem. Przypadek ideologii Anonimowych Alkoholików stanowi przykład zaadoptowania medycznego modelu alkoholizmu bez udziału profesji medycznych. Z drugiej strony ideologia medyczna może służyć różnym interesom społecznym i instytucjom. Kluczowym przykładem, według Conrada jest „odkryta” przez znanego lekarza z Nowego Orleanu, Samuela Cartwrighta, choroba nazwana przez niego „*drapetomania*”, która miała dotyczyć jedynie niewolników. W opublikowanej w 1851 roku, w czasopiśmie *New Orleans Medical and Surgical Journal* opisał jej objawy, spośród których głównym symptomem były ucieczki od swych właścicieli. Podobny w wymowie jest przykład „schizofrenii bezobjawowej” diagnozowanej w ZSRR u przeciwników systemu komunistycznego lub medykalizacja masturbacji w epoce wiktoriańskiej. Przykłady te ukazują społeczno-polityczną naturę konstrukcji

wyżej wymienionych „chorób”¹⁷.

Peter Conrad w tym samym artykule daleki jest od przedstawiania lekarzy jako jedynej siły medykalizującej społeczeństwo dla zaspokojenia swoich partykularnych interesów. Dla niego ekspansja medycznej kontroli nie jest wynikiem całkowitej hegemonii, monopolu, imperializmu medycyny. Zauważa natomiast, że o ile w niektórych przypadkach tak może być w istocie, o tyle w innych przyczyny i mechanizmy medykalizacji mogą być całkiem inne. To, czy i w jakim charakterze medycyna uczestniczy w procesie medykalizacji danego zachowania bądź stanu, zależy według Conrada od tego czy: konieczne jest w tym celu aktywne zaangażowanie lekarzy, niemedyczne siły w społeczeństwie mają możliwość skutecznie ograniczać bądź domagać się medycznej kontroli społecznej, oraz tego, komu zależy na wzmocnieniu tejże kontroli. Oczywiście aktywne uczestnictwo lekarzy w większości przypadków medykalizacji zachowań dewiacyjnych jest niezbędne (ze względu na monopol lekarzy na wykonywanie pewnych procedur), ale wyjątkiem jest medyczna ideologia, która może być narzędziem medykalizacji stosowanym przez inne siły społeczne przy braku bądź minimalnym uczestnictwie medycyny (na przykład wspomniana już medykalizacja alkoholizmu). Jeśli chodzi o możliwości ograniczania lub wspierania procesów medykalizacji przez siły niemedyczne, to w przypadku medycznych technologii są one niewielkie (jest to jedyny obszar medykalizacji, gdzie rzeczywiście lekarze zdecydowanie dominują). Niemniej jednak istnieje tu pewien, ograniczony do kontrowersyjnych dla społeczeństwa kwestii, nadzór ze strony rządowych instytucji kontrolnych, sądów, albo poprzez legislację. Naciski mające na celu medykalizację poszczególnych zachowań bądź stanów pochodzą z wielu źródeł. W przypadku stosowania wobec nich medycznych technologii mogą się pojawić ze strony biznesu albo środowisk pacjenckich, niemniej jednak, ostatecznie wszystko zależy od chęci lekarzy. Inaczej wygląda to w przypadku medycznej kontroli społecznej zakładającej współpracę medycyny z innymi ośrodkami władzy: w takim przypadku medycyna jest bardziej bierna, pełni raczej funkcję użytecznego ze względu na kompetencje i uprawnienia wykonawcę pewnych celów o charakterze niemedycznym (Conrad 1979: 7-9).

1.6. Wczesny model medykalizacji - krytyka.

Irving Zola w 1972 roku ostrzegł, że medycyna, zastępując prawo i religię stała się

¹⁷ W dalszej części pracy przedstawione zostaną bardziej współczesne przykłady owego uwikłania definicji chorób w aktualne konteksty społeczno-polityczne.

„nowym repozytorium prawdy, miejscem gdzie absolutne i często ostateczne sądy są wydawane przez rzekomo neutralnych i obiektywnych ekspertów, nie w imię wartości bądź praworządności, ale w imię zdrowia” (Zola 1972: 487). Co więcej, proces medykalizacji nie jest jedynie efektem politycznej siły i wpływów lekarzy, ale w dużym stopniu to „podstępne” zjawisko zmienia bezpośrednio codzienne życie, wiążąc je coraz bardziej ze spojrzeniem medycznym i odnosząc terminy „zdrowy” i „niezdrowy” do coraz większej ilości różnych aspektów ludzkiej egzystencji (Zola 1972: 487). Powoduje to niemożność krytycznej analizy medycyny, diagnozy medycznej i samych lekarzy, a w ten sposób skutecznie zamyka się drogę innym formom interwencji. Zola stwierdza ponadto, że wielu ten proces zauważyło, ale ograniczając się jedynie do psychiatrii, skierowali swój krytycyzm w złym kierunku. Niepokój badaczy budziło zatem to, że etykiety zdrowia i choroby nadawane przez medycynę otrzymują status prawdy naukowej, czyli obiektywnej wiedzy, przez co, ukryta zostaje ich warstwa ideologiczna.

Krytycy medykalizacji, zwracali uwagę, że lekarze wykorzystując autorytet medycyny włączali coraz to nowe obszary ludzkiego życia w system medyczny, stając się na wyłączność dysponentami wiedzy, terminologii, narzędzi, technik służących radzeniu sobie z wieloma ludzkimi problemami. Ich zdaniem, oznaczało to nadmierne koncentrowanie się władzy w rękach przedstawicieli jednego zawodu. Przykładowo, Szasz uważał, że klasyfikowanie problemów życiowych w szereg kategorii chorób psychicznych skutkuje wieloma społecznymi skutkami: osłabieniem indywidualnej odpowiedzialności, redukcji konfliktów moralnych i politycznych do „procesów fizykochemicznych”, pozbawianie ludzi języka nie-psychologicznego, w którym mogli wyrazić swoje położenie, oraz poddawanie zdiagnozowanych przymusowym „zabiegom”, mogącym naruszać ich obywatelskie prawa (Davis 2006:52). A jak stwierdził Conrad, największa siła społecznej kontroli wynika z możliwości definiowania i oceny określonych zachowań, ludzi i rzeczy (Conrad 2007: 8).

Conrad podkreślił kwestię preferowania przez medycynę tłumaczenia przyczyn problemów dysfunkcjami na poziomie jednostkowym, których etiologia może mieć bardziej złożony (także społeczny) charakter. Wynikać z tego może zbyt duży nacisk na terapię jednostek, a zaniedbywanie rozwiązań systemowych, działań skierowanych na ekosystemy: środowisko lokalne, społeczne, naturalne (2007: 7-8). Jest to wariant zdecydowanie kosztowniejszy i często w gruncie rzeczy, skupiający się jedynie na łagodzeniu objawów problemu społecznego, którego przyczyn trzeba szukać na poziomie ponadjednostkowym.

Te wczesne badania odkryły polityczną naturę medykalizacji, a także nauki jako takiej. Teorie medykalizacji przyczyniły się więc do spojrzenia na medycynę nie tylko jak na działalność leczniczą i naukową, ale także jak na pewne przedsięwzięcie kulturowe i społeczne, a na zdrowie, chorobę i diagnozę jak na konstrukty wytwarzane w toku ludzkiej interakcji (Bury 1986, Lupton 2000 za: Clarke 2003: 164). Jak piszą Rosenfeld i Faircloth, medycyna nie jest ponad polityką, ale głęboko w niej osadzona, i można ją postrzegać jako narzędzie kontroli dyskryminowanych, czy wykluczonych populacji takich jak kobiety, dzieci, biedni, mniejszości rasowe, seksualne, czy ludzie starzy. Za pomocą medykalizacji aborcji, reprodukcji, menstruacji, porodów, wychowywania dzieci i „dziecięcych wygłupów” oraz przestępczości młodocianych, a także homoseksualizmu, rasizmu, czy starzenia się, medycyna nie tylko rozszerza obszar swoich wpływów, ale także ogranicza autonomię omawianych populacji twierdząc jednocześnie, że je chroni (Rosenfeld, Faircloth 2006: 3-4).

Prace wczesnych autorów krytycznych wobec systemu medycznego, stały się podstawą teoretyczną, a także dały kilka ciekawych przykładów z historii, że proces ustalania granicy normy i patologii w wymiarze fizycznym i psychicznym jest konstrukcją społeczną, uzależnionej silnie od wiedzy medycznej i medycznego dyskursu (Nye 2003: 116). Badacze ci sprzeciwiali się przekonaniu, że patologie społeczne i indywidualne można diagnozować i leczyć na podstawie obserwowanych objawów. Twierdzili natomiast, że dyskurs medyczny służy w gruncie rzeczy wzmocnieniu racji oświeconych bogatych i wpływowych, natomiast odmawia ich kobietom, szaleńcom, ubogim i przestępcom. Jak pisze Robert Nye, autorzy ci dokonali efektownego odwrócenia ról: „Przestępcy stali się ofiarami etykietowania, stereotypów, a także niesprawiedliwości rasowej i ekonomicznej; szaleńcy zostali odkrywcami nowych horyzontów psychologicznej wolności osobistej, a bunt przeciwko normom seksualnym i przypisanym do płci stał się formą emancypacji. W tej sytuacji prawdziwymi czarnymi charakterami stali się lekarze, psychiatrzy i naukowcy – behawioryści, którzy używali swojej wiedzy i władzy by wesprzeć »*establishment*« oraz izolować i patologizować opornych” (Nye 2003:116).

W oczach lewicowej i libertariańskiej krytyki, państwo było demoniczną władzą, wchodzącą w sojusz, z posiadającą podobne cele, autorytarną medycyną. Posługiwano się przy tym chętnie bardzo wyrazistymi precedensami z nieodległej przeszłości, mianowicie przytaczano rolę medycyny w hitlerowskich Niemczech i łagrach w ZSRR polegającej na internowaniu politycznych przeciwników, czy na przykład sterylizacji lub morderstwach niepełnosprawnych, co miało pokazać, że prawa człowieka i obywatela są nie do

pogodzenia z istnieniem reżimów używających medycyny jako narzędzia sprawowania władzy (Nye 2003:117)¹⁸.

Omawiane powyżej poglądy głównych antypsychiatrów, a także Eliota Freidsona, Irvinga Zoli, Ivana Illich'a, i Petera Conrada wskazują, w jaki sposób interpretowano początkowo proces medykalizacji. Mimo że głównie krytycy poddawali oni działalność lekarzy, medycyna nie była dla nich jedyną siłą zdolną medykalizować nowe obszary życia i nie była jedyną siłą do tego dążącą. Nie mniej jednak to lekarze byli głównymi aktorami w tej grze. Robert Nye, też zauważa, że pierwsza generacja naukowców, którzy badali problem medykalizacji w przeszłości i w czasach współczesnych, musiała nieustannie borykać się z pokusą do bezwarunkowego potępienia „medycznego Lewiatana” (np. Illich 1976) i interpretowania historii medykalizacji jako jednego z przejawów zwiększania się władzy państwowej (Nye 2003: 117). Historia rozwoju państwa opiekuńczego interpretowana była przez nich jako sojusz władzy państwowej, zawsze przecież skorej do zwiększenia kontroli nad swoimi obywatelami i ambitnymi, pragnącymi powiększenia swoich wpływów i autorytetu, lekarzy. Jak z perspektywy czasu można ocenić ten okres? Przede wszystkim, wygląda na to, że analizujący procesy medykalizacji zbyt mocno zaakcentowali rolę lekarzy. Bez wątplenia uzasadnione było dostrzeżenie rosnącej roli medycznego spojrzenia na ludzkie życie. Istnienie medykalizacji jest faktem. Trudno też zanegować okoliczność, że łączy się ona z procesem kształtowania się nowoczesnego państwa (liberalnego i opiekuńczego, ale także totalitarnego). Nye ocenia, iż mimo że w dalszym ciągu dominuje podejście krytyczne, obecnie dyskusja na temat medycyny jest mniej zideologizowana, a badacze zajmujący się medykalicacją zaczęli zwracać więcej uwagi na badania terenowe, czy pracę w archiwach. Pozyskiwane dane empiryczne dotyczące społecznej i politycznej historii medycyny i zdrowia publicznego wykazały, że rzeczywistość jest o wiele bardziej złożona (Nye 2003: 117). Badania historyczne procesu medykalizacji w USA i Europie nie wykazały bezpośredniego wpływu umacniania się profesji lekarskiej na wzrost medycznego modelu zdrowia czy powiększania się władzy medycyny w sojuszu z władzą państwową (Davis 2010: 214, Nye 2003: 121). Historycy medycyny, jak zauważa, często zzymali się na kontynuatorów myśli Foucault za

18 Ze względu na fakt, iż w „liberalnych demokracjach” żadna grupa (a zwłaszcza tak wpływowa jak lekarze) nie jest bezwzględnie podporządkowana interesom państwa, a często interesy te są ze sobą sprzeczne, obraz procesu medykalizacji jako przejawu wzrostu siły władzy państwowej, był trudny do utrzymania. Lekarze w USA (oczywiście nie tylko tam) byli bardzo silną grupą zawodową (Light 2000), świadomą swoich interesów i starającą się utrzymać jak najdalej posuniętą niezależność, a rola administracji federalnej czy stanowej w sektorze opieki zdrowotnej odgrywała mało znaczącą rolę. Wygląda na to, że dopiero prywatny kapitał zdołał zarzucić sieć na niezależnych profesjonalistów jakimi byli amerykańscy lekarze.

przedstawianie lekarzy w karykaturalnym świetle. Społeczna i prawna historia nowożytnej medycyny świadczy raczej o tym, że lekarze stale zajęci byli walką o podwyższenie lub utrzymanie swojego statusu, dochodów i niezależności z rozszerzającym swoje wpływy państwem.¹⁹ Nie można zatem powiedzieć, że w wyniku procesów medykalizacji inspirowanych przez „spragnioną władzy” profesję lekarską, powstał jakiś rodzaj autorytarnego „państwa terapeutycznego”, w którym lekarze ustanowili się nowym rodzajem „oficerów politycznych” - strażników prawomyślności i dobrego zachowania. Nye widzi to trochę inaczej: niewątpliwie, rola lekarzy w rozwijającym się państwie dobrobytu była coraz większa, ale proces ten był nieplanowanym efektem angażowania lekarzy w konflikty społeczne (de Swaan 1988, 1990 za: Nye 2003: 121). Przypisywano im mianowicie pewne możliwości rozwiązania budzących napięcia konfliktów, co sprawiło, że stopniowo powiększała się ich odpowiedzialność i zakres zadań²⁰. Nye odnosi się również do krytyki lekarzy jako pomocników państwa w rozbudowywaniu „reżimów karceralnych” poprzez rozwój szpitalnictwa (zwłaszcza szpitali psychiatrycznych). Powołuje się on mianowicie na badaczy, którzy uważają, że lekarze specjaliści cenili szpitale za możliwości prowadzenia badań naukowych, nabywania szczególnych uprawnień i dostępu do dobrze płacącej klienteli. Zatem to nie chęć budowania karceralnych systemów, których celem jest odseparowanie od społeczeństwa dewiantów i grup marginalizowanych stanowiła motywację, by porzucić prywatne praktyki na rzecz medycyny szpitalnej. Była to raczej chęć rozwoju naukowego i zawodowego

19 Np. przed 1870 rokiem niemieccy lekarze byli formalnie zatrudnieni przez niemieckie państwa, ale po zjednoczeniu Niemiec skłaniali się, mimo zwiększonej niepewności, do bycia „wolnym” zawodem; Jednakże, w Europie zalety niezależności stały się mniej atrakcyjne w wyniku zaostrzenia się konkurencji oraz ujednoczenia i obniżania lekarskich dochodów. Co więcej powstanie i rozwój systemów ubezpieczeniowych w latach sześćdziesiątych dziewiętnastego wieku początkowo spotkało się wszędzie z oporem lekarzy jako zamachu na wolność ustalania wysokości opłat za usługi medyczne. Niemieccy lekarze w końcu dołączyli do systemu ubezpieczeń zdrowotnych, ale ich francuscy, brytyjscy i amerykańscy koledzy walczyli praktycznie z każdą inicjatywą powołania zbiorowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników lub obywateli przez cały XIX wiek. Lekarze ponadto stawiali opór wobec prób włączenia ich do prac w różnych inspekcjach zdrowia (zarówno dlatego, że najczęściej wynagrodzenie za takie zaangażowanie było małe, ale również z tego powodu, że działalność ta wiązała się z naruszeniem świętej zasady tajemnicy lekarskiej za sprawą konieczności przekazywania takich informacji państwu bądź pracodawcy (we Francji nawet w XX wieku lekarze sprzeciwiali się przekazywaniu instytucjom rządowym informacji o wystąpieniu pewnych chorób zakaźnych). Wygląda też na to, że psychiatrzy i lekarze nie byli zachwyceni swoimi obowiązkami biegłych sądowych, czy ekspertów których wiedza była wykorzystywana podczas śledztw. Większość lekarzy uważała, że występujący w sądzie lekarz przeciwko drugiemu lekarzowi nie służy statusowi i reputacji całej profesji i wielu bojkotowało taką działalność mimo że była to przecież znakomita okazja do medykalizacji zachowań dewiacyjnych (Nye 2003: 121)

20 Przykładem jest, wspomniana już wcześniej, chwiejna lub niechętna postawa lekarzy wobec medykalizacji alkoholizmu (Conrad 2005: 4). Przekształcenie „pijaństwa” w „chorobę alkoholową” można potraktować jako udaną próbę włączenia pewnego problemu społecznego w tryby opiekuńczego państwa dobrobytu, przy czym zdecydowanie nie da się potraktować lekarzy jako inicjatorów tego przedsięwzięcia.

podnoszącego status lekarza, a także możliwości przyczynienia się do rozwoju medycyny jako całości (Bleker, 1997; Lawrence, 1996; Loudon, 1986 za: Nye 2003: 121).

Jedną z przyczyn upadku tezy o imperializmie medycyny jest również zmiana jaką stopniowo przeszedł wpływowy myśliciel, Michel Foucault²¹. W swoich wczesnych pracach Michel Foucault, opisuje proces medykalizacji jako ewoluującą, rozszerzającą się władzę państwa. Pisząc swoją książkę na temat „władzy dyscyplinarnej” pod tytułem „*Nadzorować i karać*” (1998) [1975], Foucault równolegle napisał kilka tekstów w połowie lat siedemdziesiątych, w których pojawił się termin medykalizacji. W eseju „*Narodziny medycyny społecznej*” z 1974 roku pisze o pojawieniu się w osiemnastym wieku coraz gęstszej sieci medykalizacji, która oplotła ludzkie życie, ludzkie zachowanie i ludzkie ciało, coraz bardziej je ograniczając. Przytacza przykłady rozwoju „państwowej medycyny” w Niemczech, jako akcji skierowanej przeciwko ekonomicznemu i politycznemu niedorozwojowi, której podstawowym celem było zwiększenie siły państwa poprzez zarządzanie medyczną kontrolą. We Francji doświadczenia epidemii i kwarantann przyczyniły się do powstania wzorców polityczno-medycznych instytucji sanitarnych, dyscyplinujących i obserwujących chore jednostki oraz zarządzających elementami fizycznymi otoczenia, które mogą przenosić choroby – wodą i powietrzem. W Wielkiej Brytanii natomiast Foucault zidentyfikował „medycynę zasobów pracy”, pewien rodzaj projektu mającego za zadanie zapewnienie zdrowej klasy pracującej oraz zabezpieczenia interesów burżuazji. Jak pisze Robert Nye, te trzy oddzielne przypadki wychodzenia medycyny poza swoje tradycyjne ramy działania, „w niejasny sposób”, złąły się w jeden proces rozwoju medycyny społecznej (za: Nye 2003: 117-118). Powyższe trzy przykłady wskazują, że jej celem było zwiększanie „jakości”, „wydajności” ciał podległych państwowym i ich elitom ekonomiczno-politycznym. Tą „państwową” medycynę społeczną można potraktować jako rodzaj rozszerzenia na społeczeństwo wspomnianego w „*Nadzorować i karać*” „panopticonu” - czyli projektu więzienia, skonstruowanego tak, by więźniowie mogli być pod stałą obserwacją. To co początkowo miało izolować jednostki niebezpieczne (przestępców i szaleńców), w wyłaniającej się nowoczesności i rodzącym kapitalizmie, stało się regułą mającą na celu zwiększenie produktywności i kontroli ludności (Foucault 1998: 204). Foucault nazywa to władzą dyscyplinarną, która zastąpiła w społeczeństwach nowoczesnych wcześniejszą, władzę suwerena. Jej przedmiotem jest kształtowane poprzez trening i dyscyplinę ciało robotnika, żołnierza, obywatela, a nie jak

21 Sądzi tak Robert Nye (2003: 117). Patrząc na popularność Foucaulta w anglosaskiej literaturze dotyczącej medykalizacji, wydaje mi się to poglądy słuszny.

było wcześniej, zadowalanie się kontrolą określonego terytorium.

Foucault był jednak filozofem, którego poglądy ewoluowały i w ostatnich piętnastu latach życia autor ten dokonywał modyfikacji swojego stanowiska. Co więcej, pośmiertne wydawnictwa oraz komentujący go uczniowie, kontynuowali i rozwinęli ten proces. Już w książce „*Nadzorować i karać*” (po raz pierwszy opublikowanej w 1975 roku) oraz eseju „*The Politics of Health in XIX Century*” (1976 – po angielsku opublikowanym w 1980 roku) zaczęła się u niego pojawiać wizja medycznej władzy rozumianej nie jako efekt odgórnych inicjatyw państwa, ale zjawisko rozproszone i niewidoczne, ulokowane w regułach dyscyplinujących ciała jednostek. Pod koniec lat siedemdziesiątych Foucault do swojej koncepcji władzy wprowadził pojęcie „rządomyślności” i ostatecznie porzuca ideę esencjonalnej i świadomej władzy opartej na prawnej idei suwerenności, na rzecz zarządzania opartego na zestawie praktyk oddziałujących na ciała i rodziny (traktowane jako jednostki reprodukcyjne), motywowanych i pilnowanych za pomocą mechanizmów ekonomii politycznej. W „*Woli wiedzy*”, pierwszym tomie „*Historii seksualności*” pisze: „Władza jest wszędzie – nie dlatego, że wszystko obejmuje, ale dlatego że zewsząd się wyłania. «Ta» władza zaś, jej trwałość, powtarzalność, bezruch, samoodtwarzanie stanowią jedynie całościowy wynik tamtych zmiennych, zazębienia się każdej z nich w poszukiwaniu kolejnego utrwalenia. Z pewnością warto być nominalistą: władza nie jest ani instytucją, ani strukturą, ani czyjąkolwiek potęgą; jest nazwą użyzoną złożonej sytuacji strategicznej w danym społeczeństwie” (Foucault 2010: 67). Odnosząc się do medycyny, lekarze nie byli już, w jego rozumieniu, współpracownikami czy funkcjonariuszami państwa, ale ekspertami w służbie dyskursu²², który według niego stał się w pewnym stopniu immanentny w społeczeństwie. (Nye 2003:118).

Ta zmiana wynikała z przyjęcia nowego kierunku badań: Foucault zaczął opisywać nowy rodzaj władzy (Foucault 1998, 2010), który zwiększył możliwości kontroli przy zmniejszeniu związanych z nią kosztów. Zamiast dyscyplinować człowieka-ciało, nowa władza (biowładza), zwraca się ku człowiekowi – istocie żywej. Jej narzędzia (dzięki zastosowaniu statystyki) służą wpływaniu na populację, na masy ludzkie rozumiane jako całość, a nie na wiele pojedynczych ciał. Biowładza nie konkuruje z władzą dyscyplinarną, ale jest jej uzupełnieniem. Kapitalistyczny imperatyw, by wtłoczyć ludzi w proces produkcji, wymaga zarówno „tresury” ciał przez władzę dyscyplinarną, jak i sprawowania kontroli populacji za pomocą podsuwanych jej norm. Trafnie opisuje ją Lech Nijakowski:

²² Czym jest dyskurs, Foucault dokładnie nie opisuje. Zajmuje się tym Łukasz Dominiak (2004). Artykuł dostępny jest na stronie <http://www.dialogi.umk.pl/dyskurs-foucault-centrum.html> [pobrano: 14.09.2011]

„Ta trzecia (biowładza – przyp. aut.) medykaliżuje i normalizuje społeczeństwo, rozwija praktyki troski o siebie i o innych, tworzy urządzenia bezpieczeństwa. Biowładza jest tak skuteczna dzięki nowym technologiom rządu. Nie tylko państwo dba, dzięki praktykom dyscyplinarnym, o zdrowie populacji (np. obowiązkowe szczepionki czy badania profilaktyczne), ale również obywatele, kierując się własnymi potrzebami (moralnymi, estetycznymi, prestiżowymi), dbają o innych, włączając się w działalność filantropijną, a także – co najważniejsze – troszczą się o siebie” (Nijakowski 2008: 342-343).

Z kolei filozof, Ewa Bińczyk zwraca uwagę, że procesy medykaliżacji społeczeństwa zachodniego były przedmiotem zainteresowań Michela Foucault przede wszystkim ze względów etycznych. Zajmowało go pytanie, jak zmieniło nas samych, współczesnych ludzi, to, że „wystawiliśmy się na publiczny ogląd” nauk o człowieku (nie tylko medycyny, ale i psychiatrii, seksuologii, kryminologii i pedagogiki) oraz sprzężonych z nimi instytucji. Według niej, w sensie krytycznym, Foucault występuje przeciwko zniewoleniu jednostek, jak i marginalizowanych grup społecznych (Bińczyk 2002: 181). W takim rozumieniu prac Foucault, praktyka medyczna poprzez stałe przekraczanie swojego tradycyjnego obszaru propaguje ideę, że rozum jest jedynie w posiadaniu bogatych i silnych warstw społecznych, wpychając jednocześnie mniejszości, takie jak ubodzy, w obszar patologicznej irracjonalności. Foucault opisując ma medyczną wiedzę jako rezerwuuar, zasób, kapitał władzy używany przez klasy dominujące w celu zniewolenia grup marginalnych i zapewne tak rozumiana była myśl Foucault przez pierwszych autorów piszących o medykaliżacji.

Socjolog, Luca Mori uważa jednak, że interpretacja myśli Foucault, według której nauki medyczne pełnią rolę narzędzia, czy broni używanej w konflikcie, gdzie zwycięzca medykaliżuje przegranego, nie jest łatwa do utrzymania. Medycyna raczej stanowi ogólnie oddziałującą determinantę radykalnych transformacji władzy w późnej nowoczesności. Owe transformacje nie są wynikiem działań pewnych wpływowych grup przeciwko innym, ale dotyczą całości społeczeństwa. Nie oznacza to jednak, że nie istnieją pewne grupy społeczne, które są bardziej „zniewolone” niż inne i że pewne formy oporu nie są możliwe. Niemniej jednak medykaliżacja i możliwe dzięki niej przekształcenia władzy, dla Foucault nie są intencjonalnymi działaniami, ale raczej fenomenem, z którym społeczeństwo jako całość musi sobie poradzić (Mori 2009: 79). Jeśli przyjrzeć się tabeli, zamieszczonej na stronie 27, w której znajduje się typologia medykaliżacji Davisa, to okaże się, że grupami medykaliżowanymi współcześnie wcale nie są outsiderzy, dewianci i

ubodzy, ale przedstawiciele klasy średniej i wyższej, co w pewnym stopniu potwierdza tezę Mori'ego.

Podsumowując, wraz ze zmianą postrzegania władzy przez Foucaulta, zmienił się także sposób myślenia o medykalizacji. Ten zwrot przypieczętował także los tezy o imperializmie medycyny, która zresztą nigdy nie była wystarczająco potwierdzona empirycznie (Williams 2001). Z tych powodów proces medykalizacji nie jest już opisywany jako podstępna współpraca władzy i ekspertów z zakresu medycyny, ale raczej jako przenikanie dyskursu medycznego do świadomości zbiorowej, internalizacji medycznych wskazań przez laików i w konsekwencji przejęcia przez nich większej odpowiedzialności za swoje zdrowie (Nye 2003: 117). Z tak rozumianą rolą Foucaulta zapewne zgodziłby się, kanadyjski socjolog David Coburn, który zwrócił uwagę, że między innymi, foucauldiańskie pojęcie „rządomyślności” spowodowało, przesunięcie się zainteresowania socjologów na obszar analiz władzy na poziomie mikro („mikrofizyka władzy”), a zaniedbywaniu w badaniach nad medykaliczacją roli klas, grup interesu, instytucji czy państwa (zob. Coburn 2006).

Dużo światła na kwestię socjologicznej krytyki imperializmu medycyny rzuca opublikowany w czasopiśmie *Social Science and Medicine* z 1979 roku artykuł pod tytułem *Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examinations of the thesis of medical imperialism* autorstwa Phila Stronga. Wysuwa on pod adresem tezy o medycznym imperializmie poważne zastrzeżenia: po pierwsze jest on wyolbrzymiany, a po drugie, służy interesom socjologii medycyny i jej sojusznikowi: zdrowiu publicznemu. Celem socjologii medycyny jest jego zdaniem ograniczenie ekspansji medycyny. Co więcej, Strong uważał, że „holistyczny” model zdrowia i choroby preferowany przez socjologów medycyny i zdrowie publiczne jest dużo lepszym nośnikiem medycznego imperializmu, niż krytykowany model biomedyczny. Paradoks polega na tym, że teza o medycznym imperializmie została zaprojektowana po to, by złagodzić negatywne skutki, a nawet zapobiec ekspansji medycyny (Strong 1979 za: Williams 2001: 135). Simon Williams, z perspektywy dwudziestu lat od wspomnianego artykułu, zastanawia się, czy krytyka Stronga, w kontekście opisywanych wcześniej przemian w ramach systemu opieki zdrowotnej, wciąż jest aktualna?

Kluczowymi twierdzeniami szczegółowymi tezy o imperializmie medycyny (innymi słowy – nieuprawnionej medykalizacji) według Stronga (za: Williams 2001:137) były:

1. profesjonalizacja problemów społecznych;
2. monopolizacja dostarczanych usług;

3. raczej profesjonalna, a mniej konsumencka kontrola charakteru oferowanych usług i kryteriów oceny pracy lekarzy;
4. budowanie imperium za pomocą redefiniowania istniejących problemów i odkrywania całkiem nowych;
5. nieograniczona ekspansja ludzkich potrzeb i klienckich problemów;
6. nieograniczona ekspansja profesji medycznej;
7. tendencja do postrzegania etiologii problemów społecznych w terminach indywidualistycznych (na przykład depolityzacja problemów społecznych);
8. formułowanie tych społecznych problemów za pomocą terminów medycznych;
9. przekonanie że efektywna prewencja chorób musi koniecznie posługiwać się społeczną zmianą zamiast nieefektywnymi poprawkami na poziomie indywidualnym;
10. uzależnienie klientów od profesjonalistów (medycznych i innych) i postrzegane go jako konsekwencji procesów zawartych w punktach 1-9 (za: Williams 2001: 137)

Według Stronga teza o imperializmie medycyny oczywiście zawiera wiele cennych elementów, wszystkie profesje, i co najgroźniejsze, te z wielką władzą, którą w przeciwieństwie do socjologii cieszy się medycyna – przejawiają tendencje ekspansjonistyczne i ambicje „kolonialne”. Kluczowa część krytyki medykalizacji pochodzi ze strony środowiska akademickiego, co w zasadzie powinno zapewniać kontrolę systemu medycznego, jednak Strong identyfikuje kilka ograniczeń tej kontroli:

1. Ataki na pewne działania medycyny z perspektywy czasu, na przykład wytykanie historycznych przykładów i nieudanych prób medycznej kolonizacji (na przykład masturbacji, czy neurastenii), które teraz oczywiście wydają się absurdalne;
2. Wielu krytyków medycznego imperializmu wykazuje brak „historycznej i antropologicznej świadomości”. Według nich, obszary dotychczas nieznanne i „nieskażone” medycyną, nagle zostały zmedykalizowane, ale zaniedbują oni fakty potwierdzające, że w taki bądź inny sposób od dawna poddawane są one procesowi medykalizacji, chociaż za pomocą dużo mniej satysfakcjonujących terminów – na przykład w przypadku porodów, idylla naturalnego stanu, „złotej epoki” nigdy nie istniała;
3. Tendencja do postrzegania dyskusji na temat medykalizacji jako sporu wyłącznie pomiędzy socjologią i samą medycyną, marginalizując fakt, iż różne dyscypliny i subdyscypliny składające się na obszar medycyny nie stanowią jedności i ich działania nie są skoordynowane (co zresztą można powiedzieć także o socjologii).

Socjologowie nie mogą więc polegać na dowodach z zaledwie jednego segmentu branży medycznej i ekstrapolować wnioski na całość.

4. Zbyt powszechna tendencja do niedoszacowania technicznego sukcesu nowoczesnej medycyny”. Dając pełne panowanie swojemu naturalnemu sceptycyzmowi, i na dodatek promowanie swoich teorii społecznych, socjologiczne roszczenia zaburzają proporcje domniemanych „ograniczeń” czy „błędów” medycyny;
5. Strong uważa, że przecenia się możliwości kontroli imperium medycyny przez nowoczesne państwo kapitalistyczne, co wynika z bazowania przede wszystkim na amerykańskich doświadczeniach ze służbą zdrowia;
6. Strong sugeruje, że idea uzależnienia pacjenta od medycyny jest znacząco przesadzona. Podczas gdy przypadki pacjenckiego uzależnienia, zależności czy nadmiernego zaufania do medycyny oczywiście się zdarzają, ale są wyjątkami raczej a nie regułą (za: Williams 2001: 138-139).

Strong dalej krytykuje tezę o medycznym imperializmie: pierwszy i chyba najbardziej oczywisty argument to ograniczenia finansowe zawężające ambicje branży medycznej i ekspansjonizm w mniej lub bardziej przewidywalny sposób. Druga sprawa to chęć odnoszenia sukcesów i pragmatyzm lekarzy. Te cechy lekarzy powodują ograniczanie ekspansji ponieważ w niektórych obszarach, tam gdzie skuteczność medycyny jest mała, lekarze (i pacjenci) wybierają inne metody (wspierają procesy demedykalizacji) co jest korzystne dla obu stron. Imperializm medyczny ograniczają następnie ramy prawne dotyczące możliwości ingerencji lekarzy w życie pacjentów (które sami sobie nakładają). Ostatni zarzut wiąże się z istnieniem nazywanych przez Stronga „wolności burżuazyjnych”, co można rozumieć jako wolności obywatelskie, których strzeże państwo. Oznacza to, że państwo dając lekarzom monopol na leczenie ludzi, jednocześnie nie daje im prawnej mocy narzucania pacjentom określonego zachowania (w praktyce lekarze mówią jaka terapia jest najlepsza, ale ostatnie zdanie należy do pacjenta: ma prawo wybrać/zmienić sobie lekarza a także nie zgodzić się na leczenie). Strong więc uważa że teza o medycznym ekspansjonizmie jest błędna i wyolbrzymiona (za Williams 2001: 139).

Argumentacja Stronga wywołała dyskusję. Williams przytacza tu na przykład Conrada i Schneidera, którzy oskarżyli autora o selektywne używanie przykładów historycznych (co było także jego zarzutem pod adresem krytyków medycyny) i zaniedbywanie innych oraz zakładanie sytuacji uproszczonych i/lub sytuacji zakładających albo wygraną albo przegraną. Ich kluczowym zarzutem było jednak pomieszanie terminów medycznego

imperializmu i medykalizacji, a to według nich ważne rozróżnienie ponieważ wcześniejszy zakłada „intencję dominacji i kontroli”, a późniejszy jest bardziej opisowym terminem, który niekoniecznie zakłada motyw lub intencję. Conrad i Schneider piszą, że analizować medykację należy przez pryzmat jej zasług i wad, a nie przez motywy jakie przyświecają jej twórcom (Conrad Schneider 1980: 77 za: Williams 2001: 139-140). Drugim najważniejszym zarzutem, wysuniętym przez Conrada jest to, że Strong pomija znaczącą część medykacji, która nie manifestuje się na poziomie relacji lekarz – pacjent (a według niego medykacja dokonuje się także za pomocą języka, czy instytucji) (Conrad 1992: 76).

Uznając zasadność tych zarzutów można jednak zastanowić się, co z krytyki Stronga można wykorzystać w analizie obecnych badań nad medykacją. Jak się przekonamy, druga fala medykacji i jej współczesna socjologiczna krytyka w zasadzie uwzględniły część zarzutów tego autora. Sama koncepcja „imperializmu medycyny” rozumiana jako uzurpacja lekarzy, się zdezaktualizowała na skutek rosnącej roli korporacji w sektorze ochrony zdrowia. Williams zastanawia się, które z tez Stronga można utrzymać biorąc pod uwagę wyżej wymienione zarzuty?

Zwraca on uwagę na negatywny, a nawet karykaturalny obraz biomedycyny w wielu pracach socjologicznych. Według Williamsa jest to postawa, która była obecna zarówno przed i po publikacji krytycznej pracy Stronga. Na czym ma polegać owa karykaturalność? Kiedy socjologowie opisują praktykę medycyny powszechnie odnoszą się do „modelu medycznego” czy „ideologii choroby”, które lokują etiologię i rozwiązanie problemów na biologicznym poziomie indywidualnym. Jednakże Strong zwraca uwagę, iż rozważany model medyczny w swojej prostej i czystej formie istniał jedynie pewien czas w XIX wieku (1979: 211 za: Williams 2001: 140). Williams przytacza tu opis kluczowych cech modelu biomedycznego choroby według Mishlera: choroba to odchylenie od normalnego funkcjonowania biologicznego, obowiązuje doktryna specyficznej etiologii, ogólna natura chorób, oraz moralnie neutralna, wolna od wartościowania medycyna. Tymczasem Kelly i Field odpowiadają, że tak naprawdę trudno znaleźć taki model medyczny w praktyce. Taksonomie chorób, etiologie i terapie są używane jako typy idealne stale podlegające rewizji. Osoby z zewnątrz mogą wierzyć w proste fizyczne przyczyny i tak samo proste leczenie, ale medycyna wydaje się bardziej holistyczna niż skłonni są przyznać socjologowie medycyny (1994: 35 za Williams 2001: 141).

Williams uważa ponadto, że do dzisiaj aktualny jest zarzut Stronga zarzucającemu krytykom medycyny, że niedoszacowują, lub nawet zaniedbują jej sukcesy. Dla Stronga

przed dwudziestu laty problemem było zbyt duże i bezkrytyczne poleganie na pracach takich autorów jak McKeown (1976), którego tezą była bardzo mała rola medycyny w ograniczeniu zachorowalności na choroby zakaźne. Jednak nawet teraz, biorąc pod uwagę obciążenie chorobami chronicznymi i coraz większe sukcesy terapii nieortodoksyjnych, podejście socjologów zmieniło się w bardzo małym stopniu: wciąż ograniczają się na wskazywaniu porażek i ignorowaniu sukcesów nowoczesnej medycyny. Zdrowy sceptycyzm oczywiście, jest ważny przy ocenie zawodowych roszczeń ale trudno zaprzeczać, iż medycyna w znaczący sposób polepszyła jakość życia człowieka. Zaprzeczanie efektywności nowoczesnych procedur medycznych takich jak wszczepianie bajpasów, dializowanie, transfuzja krwi, leczenie bólu czy terapie przywracające bądź podnoszące jakość życia osób z chorobami przewlekłymi jest zaprzeczaniem prawdziwości codziennych doświadczeń zwykłych ludzi (Kelly, Field 1994 za: Williams 2001: 141). Głosy laików, są więc ważnym źródłem arbitrażu w tej i innych debatach dostarczając serii potrzebnych danych.

Kolejny zarzut Stronga, który według Williamsa wciąż jest aktualny, a nawet coraz bardziej trafny, polega na tym, że teza o medycznym imperializmie stoi w jawnej sprzeczności z coraz większymi ograniczeniami stawianymi przez państwo (na przykład NHS w Wielkiej Brytanii) albo komercyjnych organizacjach specjalizujących się w opiece zdrowotnej. Strong zatem już w 1979 roku zauważył, że pojedynczy lekarz raczej traci autonomię, natomiast medycyna jako całość nie utraciła swoich wpływów. Przykładowo, z jednej strony NHS odnosił przez lata sukcesy w obniżaniu kosztów, uwrażliwiając lekarzy na ich temat obligując ich do efektywności i wydajności. Z drugiej strony wielu lekarzy w USA jest zatrudnionych w różnorodnych systemach „managed care”, w tym HMOs (*Health Maintenance Organisations*), itp. Tego typu struktury korporacyjne w tym kontekście wzmocniły realną władzę firm ubezpieczeniowych (którzy pełnią w USA rolę pośredników przepływu pieniędzy pomiędzy pacjentami a systemem opieki zdrowotnej) oraz konsumentów usług zdrowotnych.

Imperialistyczne zapędy lekarzy nie zawsze nawet muszą być ograniczane z zewnątrz. Williams zwraca także uwagę na istnienie przykładów sprzeciwu samych lekarzy wobec poszerzania sfery ich wpływów. Na potwierdzenie przytacza swoje badania, prowadzone z Michaeliem Calnanem (1994: za Williams 2001: 143) dotyczące zapobiegania chorobie wieńcowej, z których wynikało, że wielu lekarzy zgadzając się z założeniami promocji zdrowia i prewencji chorób – nie chce uczestniczyć w tego typu działalności, postrzegając ją jako nużącą, monotonną i nieefektywną. Co więcej, promocję zdrowia często uważali za

„moralne wtargnięcie” w prywatne życie pacjenta, oraz wychowywanie hipochondryków („zaniepokojonych zdrowych” – „*worried well*”). Swoją rolę ograniczyliby za to do leczenia, ratowania zdrowia, co wedle ich deklaracji było naprawdę ekscytujące i zgodne z ich wykształceniem.

Drugi przykład Williamsa, dotyczy wspomianej już wcześniej Viagry. O ile większość analiz wskazuje, że oszałamiający sukces marketingowy Viagry jest przykładem medykalizacji, to w pewnej części branży medycznej pojawiły się też głosy wyrażające obawę, że ogromna sprzedaż tego leku należy traktować jako jego „rekreacjonalizację”. Część lekarzy, która nie jest związana z korporacjami farmaceutycznymi, między innymi mając na względzie ewentualne skutki uboczne, nawołuje do „remedykacji” Viagry poprzez ograniczenie jej stosowania do przypadków „naprawdę cierpiących mężczyzn” (Ibid: 143).

Moim zdaniem należałoby dodać jeszcze jedną przyczynę upadku tezy o medycznym imperializmie i sojuszu lekarzy z władzą: jest nią kształtująca się rzeczywistość kapitalizmu zdezorganizowanego, która obnażyła niewielki związek tej teorii z praktyką. O tej nowej rzeczywistości będzie mowa w następnym rozdziale.

Na koniec tego rozdziału chciałbym zwrócić również uwagę na kwestię związku dotychczasowych rozważań jak się mają dotychczasowe rozważania do głównych hipotez mojej rozprawy. Rozdział ten bezpośrednio nie może stanowić i nie stanowi materiału służącego potwierdzeniu założonych hipotez badawczych. Jak już ustalono, wczesne prace dotyczące medykalizacji skupiają się na „imperialistycznych” tendencjach lekarzy, lub oskarżają medycynę o współpracę z władzą, poprzez depolityzację niewygodnych dla „elit” problemów z jednostkami kwestionującymi (poprzez swoje zachowania czy postawy) „normalny” porządek społeczny. Wśród autorów zajmujących się tym tematem trudno znaleźć krytyków przemysłu farmaceutycznego czy skomercjalizowanej służby zdrowia, z prostego powodu: w tamtym okresie, pozycja państwa była o wiele mocniejsza, gdyż świat zdominowany przez globalne korporacje miał dopiero nadejść. Podobnie było z lekarzami stanowiącymi znaczącą, autonomiczną grupę niezależnych profesjonalistów, których w późniejszych latach „udomowia” komercjalizujące się systemy opieki zdrowotnej. W odniesieniu do tego okresu, nie można mówić o procesach medykalizacji jak o zjawiskach kształtowanych przez mechanizmy „zdezorganizowanego kapitalizmu”, ponieważ po prostu on jeszcze nie istniał. Pomimo to, dostrzegam głębokie uzasadnienie włączenia do moich rozważań powyższego, dość szczegółowego rozdziału bowiem:

1. stanowi on niezbędne wprowadzenie do tematyki, przedstawia stanowiska

znaczących autorów, którzy byli inspiracją dla następnych pokoleń badaczy, osadza medykalizację w historycznym kontekście, opisana jest w nim historia powstawania pojęcia, które w swojej istocie obecnie definiujemy tak samo,

2. stwarza kontrast pomiędzy analizami medykalizacji dokonanyymi przez jej wczesnych krytyków, a analogicznymi opisami z późniejszych lat, pomaga wyeksponować te cechy współczesnego kontekstu społeczno-ekonomicznego „zdezorganizowanego kapitalizmu”, które zdecydowały, w mojej opinii, o kierunku i sile procesów współcześnie medykalizujących społeczeństwo,
3. medykalizacja rozumiana jako imperializm medycyny lub narzędzie kontroli ludzi przez system społeczny, nie do końca odeszła do lamusa. Zjawisko to, ze względu na swoją „wszechobecność”, ma bardzo różne oblicza i podział na pierwszą oraz drugą falę medykalizacji jest pewnym uproszczeniem. W rzeczywistości elementy obu rodzajów medykalizacji ze sobą współistnieją (zob. np. Clarke, et al. 2003), choć, jak postaram się wykazać, obecnie na jej przebieg ma zdecydowanie dominujący wpływ wielki kapitał, a nie lekarskie lobby czy państwo.

2. Druga fala medykalizacji – medykalizacja bez lekarzy?

W państwach zachodnich, poczynając od lat siedemdziesiątych XX wieku, ujawniono szereg procesów o zróżnicowanym charakterze, które przyczyniły się do głębokich i trwałych zmian w systemach opieki zdrowotnej, charakterze dyscyplin medycznych, paradygmatach zdrowia i choroby. Zmiana nastąpiła także w podejściu do procesów medykalizacji. Rozdział ten, obok rozdziału trzeciego i całej części czwartej, stanowi zasadniczą część rozprawy. Jego celem jest bowiem uzasadnienie hipotez postawionych we wstępie. W literaturze dotyczącej tej kwestii wyodrębnić można kilka rozpoznanych przyczyn pojawienia się nowego rozumienia procesów medykalizacji. W tym rozdziale przedstawione zostaną trzy (chyba najbardziej znaczące): po pierwsze, rozwój tzw. „kapitalizmu zdeorganizowanego” polegającego na rozmontowaniu stałych struktur, podziałów, hierarchii i powstaniu wpływowych, ulokowanych na poziomie ponadnarodowym, ośrodków władzy posługujących się całkiem nowym modelem biznesowym. Po drugie, powstanie ponowoczesnego konsumeryzmu i konsumentów o nowych postawach. Po trzecie, bardzo szybki rozwój nauk biologicznych (głównie genetyki, neurologii i farmakologii) oraz umożliwiająca go rewolucja informatyczna.

2.1. Powstanie „kapitalizmu zdezorganizowanego” jako kontekst wyłonienia się drugiej fali medykalizacji.

Żeby zrozumieć ewolucję koncepcji medykalizacji należy umiejscowić je w szerszym kontekście przemian społecznych, kulturowych i ekonomicznych, które w pełni obserwujemy począwszy od lat osiemdziesiątych. Powojenny kapitalizm (industrializm, modernizm) opierał się na fordowskim modelu produkcji. Na taśmach fabrycznych wytwarzano wielką ilość tanich, jednakowych przedmiotów przeznaczonych dla każdego. Wzrost wydajności umożliwił zwiększenie płac pracowników i obniżenie cen produktów czego skutkiem było powstanie ogromnych rynków zbytu, wzrost masowej konsumpcji i ogólnego poziomu życia. „Z Fordystowską organizacją produkcji i konsumpcji dobrze godził się modernistyczny światopogląd, w którym jasno określona była normatywna wizja postępu i nowoczesności, do których droga wiodła przez racjonalny światopogląd, postęp nauki i techniki, rosnący dobrobyt materialny państw i ich obywateli oraz przebudowę struktur społecznych na wzór przemian, jakie dokonały się w czołowych krajach tzw. „Zachodu”. ” (Jung 1997: 715)

Widmo końca spokojnego i dostatniego życia klasy średniej społeczeństwa amerykańskiego pojawiło na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Uaktywniły się wtedy młodzieżowe i ekologiczne ruchy kontestujące zakorzenione w industrialnym kapitalizmie materialistyczne wartości, które stanowiły reakcję na pewien splot okoliczności: w niedługim przedziale czasu giną tragicznie John i Robert Kennedy oraz Martin Luther King, zaostrzają się relacje między czarną i białą ludnością, a coraz więcej żołnierzy jest wysyłanych do Wietnamu (Teodorczyk 2011: 124). Kapitalizmem powojennym wstrząsnął „szok naftowy” wywołany przez kraje OPEC, które 1973 roku odcięły od dostaw ropy USA i inne kraje popierające Izrael w tzw wojnie Jom Kippur. Efektem embarga był spowodowany gwałtownym wzrostem cen ropy wybuch kryzysu w państwach wysoko uprzemysłowionych, korzystających z dużej ilości tego surowca, kończący w ten sposób długi okres stabilnego wzrostu, niskiej inflacji i minimalnego bezrobocia. W połowie lat siedemdziesiątych XX wieku, wymuszające wysokie płace, silne dotąd związki zawodowe sektora przemysłu zaczęły słabnąć. Na skutek coraz ostrzejszej azjatyckiej konkurencji w branżach stalowej, samochodowej i innych, zaczęto ciąć koszty, w tym płacowe. Okres ten oznacza także zapoczątkowanie procesu rozwarstwienia społecznego. O ile w 1975 roku na najbogatszą dziesiątą część procenta amerykańców przypadało 2,5% całości dochodów kraju, to w roku 2008 udział ten wyniósł

10,4%. Ponadto, zarobki prezesów największych firm w ciągu ostatnich 40 lat wzrosły czterokrotnie, przy czym dochody 90% Amerykanów nie uległy w tym czasie żadnej zmianie bądź nieco spadły (Lubowski 2011).

Szybko ujawniły się skutki polityczne kryzysu ekonomicznego. W latach osiemdziesiątych w krajach anglosaskich tryumfy święci liberalizm gospodarczy. Objęcie władzy przez wyznawców wolnego rynku, Ronalda Reagana w USA i Margaret Thather w Wielkiej Brytanii, stanowiło motor „rewolucji konserwatywnej”, która zaczęła wpływać na politykę i życie intelektualne w innych krajach rozwiniętych. Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna była okazją do ograniczenia przez konserwatystów interwencjonizmu państwowego, cięć w budżetach, prywatyzacji sektorów gospodarki, wcześniej państwowych (Jung 1997: 3). Michael Burawoy procesy te ocenia bardzo surowo: „Przez ostatnie dwadzieścia pięć lat wcześniejsze zdobycze w sferze bezpieczeństwa ekonomicznego i praw obywatelskich zostały zaprzepaszczone przez ekspansję rynków (i wpisanych w nie nierówności) oraz państw posługujących się przymusem, łamiących prawa w kraju i poza jego terytorium. Zbyt często państwo i rynek współpracowały ze sobą przeciw ludzkości, tworząc formację, która powszechnie znana jest pod nazwą neoliberalizmu” (Burawoy 2009: 529). Socjologowie Claus Offe, Stuart Hall, czy Scott Lash i John Urry używają w celu opisanie tej nowej formacji terminu „kapitalizm zdeorganizowany”²³. Pierwszy z nich, analizując to pojęcie uznał, że jego istotą jest zanikanie tych form społecznych i instytucjonalnych, które pozwalały na rozwiązywanie problemów kapitalistycznej akumulacji na podstawie kontraktu między kapitałem a pracą (za: Hirszowicz 2007: 65). Lash i Urry rozwinęli tę tezę uznając, że rozpoczął się proces niszczenia innych trwałych relacji istniejących w powojennym modelu kapitalizmu: „Wszystko co było w nim stałe: klasy, przemysł, miasta, wspólnota, państwo narodowe, a nawet słowo, wyparowało” (Lash, Urry 1987: 312-313). Stuart Hall, jako procesy rozbijające spójność powojennego kapitalizmu uznał globalizację oddziałującą z góry, decentralizację z dołu, oraz dezintegrację od wewnątrz za sprawą nowych struktur społecznych (za: Jung 1997: 715). Pokrywa się to z diagnozą Lasha i Urry'ego o rozpadzie „kapitalizmu zorganizowanego”:

Według nich, po pierwsze, pojedyncze społeczeństwa narodowe, stały się przedmiotem różnorodnych, odgórnych procesów „umiędzynarodowiających”, m.in. wynalezienie nowych form ekonomicznej organizacji, na przykład globalnych korporacji, z

²³ Inne nazwy, stosowane dla określenia tej fazy to kapitalizm postmodernistyczny, post-Fordyzm, post-industrializm, czy późny kapitalizm. Należy jednak zwrócić uwagę, iż każde z nich znaczy trochę coś innego (zob: Jung 1997: 715).

rozproszonym, międzynarodowym personelem i mocno zdeintegrowanej strukturze pionowej, zanikająca odrębność firm produkujących niezmiennie produkty dla konkretnych rynków (na przykład narodowych), a także zwiększanie się przepływów finansowych i bankowych niezależnych od realnej gospodarki oraz od kontroli państw narodowych. Kapitał stał się coraz bardziej mobilny, rynki, handel i siła robocza uległy daleko idącej deregulacji, a tradycyjna 'fordowska' konkurencja cenowa przeniosła się w sferę innowacji i umiejętności, kreacji i głębszej penetracji nowych nisz rynkowych, na których można sprzedać zróżnicowany produkt. Co więcej, do odgórných procesów deregulacyjnych kapitalizmu w państwach narodowych autorzy ci zaliczają powstanie i działalność nowych organizacji międzynarodowych oraz globalnych form rozrywki i kultury, przyćmiewających tradycje narodowe.

Po drugie, część procesów decentralizacji narodowych społeczeństw miała charakter oddolny. To co kiedyś decydowało o specjalizacji danej gospodarki narodowej, wynikające z niej trwałe struktury klasowe i charakter miast zostało zdeintegrowane: nastąpiła „decentralizacja populacji i przemysłu”, zmniejszyła się atrakcyjność masowych organizacji, zwiększył się nacisk na lokalność i dążenie do osiągania partykularnych interesów, zmniejszyły się odrębności klas i zatarły się stare różnice społeczne poprzez powstanie nowych norm kulturowych. Jak pisze Beck, „... powstają zindywidualizowane formy egzystencji i położenia, które zmuszają ludzi do tego, aby z uwagi na konieczność zapewnienia sobie środków niezbędnych do przeżycia – uczynić siebie samych 'centrum planowania i dowodzenia życiem'” (Beck 2002: 112).

Po trzecie, na transformację społeczeństw kapitalistycznych miały wpływ procesy dziejące się wewnątrz nich, mianowicie wzrost liczebności i efektywności przedstawicieli tzw. „*service class*” – klasy usługowej²⁴ (Jung 1997: 718) czyli pracowników o wysokich kwalifikacjach, specjalistów, na stanowiskach kierowniczych, zarówno z sektora prywatnym jak i publicznym, tzw. wolne zawody, w których wymaga się dużej niezależności w podejmowaniu decyzji (Marshall 1998). Za sprawą rosnących wpływów „*service class*”, wytworzyła się nowa stratyfikacja społeczna oparta coraz bardziej na znaczeniu indywidualnych osiągnięć oraz obecności w polityce interesów tej klasy. Strukturę społeczną kształtowały także nowe strategie specjalizacyjne i nowe linie podziałów i konfliktów kulturowych (Lash, Urry 1987: 300-301). Efektem tych podziałów było też powstanie ubogiej, nieprzystosowanej do społeczeństwa bazującego na wiedzy, podklasy („*underclass*”), która nie uczestniczy w konsumpcji z powodu braku środków i

24 Nie należy mylić tej klasy z pracownikami sektora usług (Marshall 1998).

którą komercyjne instytucje kapitalizmu zdeorganizowanego ignorują (Bauman 1998).

Gospodarka późnego kapitalizmu opiera się zatem na nowej logice rozwoju. W porównaniu do kapitalizmu tradycyjnego, zajmującego się przede wszystkim produkcją dóbr i usług, kraje kapitalizmu post-modernistycznego koncentrują się na reprodukcji znaków, symboli czy symulacji: „Właśnie w takich działaniach możliwe jest uzyskanie maksymalnej wartości dodanej, tutaj marże zysku są najwyższe, a przewaga konkurencyjna krajów centrum - największa. Aby zrozumieć taką strategię rozwoju, należy odwołać się do zjawiska, na które ekonomiści czy socjologowie wskazywali już pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku: po zaspokojeniu potrzeb ilościowych przez społeczeństwa i gospodarki doby masowej konsumpcji, w krajach OECD istotne stało się nastawienie na jakość i zindywidualizowane spożycie, w którym wartość symboliczna ('znak') czy 'image' kojarzony z produktem zaczął wpływać na decyzje konsumenta w stopniu nieporównanie większym niż wartość użytkowa lub cena” (Jung 1997: 723). Konsumpcja dóbr lub usług istnieje od zawsze, ale jak stwierdza Bauman, dopiero ponowoczesne społeczeństwo konsumpcyjne przestało ją traktować instrumentalnie. Konsumpcja nie musi już być usprawiedliwiana czymś innym niż przyjemnością, staje się celem samym w sobie. Konsumpcja nie jest już zatem skrepowana funkcjonalnością, dzięki temu, że ludzkie potrzeby stały się niebywale „plastyczne” (Bauman 2005: 20).

Nic dziwnego, że centrum kapitalizmu postmodernistycznego nastawia się w coraz większym stopniu na produkcję i transmisję symboli. W nowym kapitalizmie największe pieniądze zaczęło się zarabiać na sprzedaży idei, stylu życia, emocji, pożądanego tożsamości. Jak pisze Jung, po rozpadzie trójdzielnego podziału świata, można mówić obecnie o nowym podziale: na centrum i peryferie kapitalizmu. W centrum post-modernistycznego kapitalizmu obowiązuje model akumulacji, w którym centralną rolę odgrywa wiedza, badania, inwestycje w zasoby ludzkie, tworzenie globalnych sieci i zasobów informacji o błyskawicznym czasie dostępu (Jung 1997: 721). Klasyczni producenci, ekonomiści, czy inżynierowie w takim systemie są mniej istotni od producentów symboli: specjalistów od mediów, reklamy, designerów, projektantów, doradców. Strategie tą efektywnie stosują wielkie korporacje, które lokują swoje strategiczne siły w centrach zdeorganizowanego kapitalizmu (USA, Europa Zachodnia, Japonia). Znamiennym przykładem takiego stylu prowadzenia biznesu jest, stanowiąca już symbol nowego porządku, firma *Nike*, o bardzo niewielkiej ilości własnych pracowników, którzy skupiają się na tworzeniu marki i sposobach implementowania jej pożądanego obrazu w głowach konsumentów, pozostawiając tak banalną i przyziemną sprawę jak

produkcja butów, podwykonawcom z krajów dawnego, tak zwanego Trzeciego Świata (Klein 2004: 213-247).

W takiej rzeczywistości rozwija się nowy typ konsumentów. Uważa się (Lash, Urry 1995 za: Jung 1997: 725), że na skutek długiego obycia z masową, ostentacyjną konsumpcją i reklamą jest to podmiot refleksyjny. „Konsument późnego kapitalizmu jest ukształtowany przez dekady życia w obfitości i dobrobycie, poznał on na własnej skórze efekty masowej motoryzacji (zatrucie atmosfery i efekt cieplarniany, korki, konieczność budowy autostrad, obwodnic, nowych arterii w mieście, miejsc parkingowych, regeneracja i składowanie odpadków po samochodach i ich materiałach eksploatacyjnych), bezwiednego ulegania reklamie, potrzebie imponowania swojemu otoczeniu nowymi produktami, dostosowywania swego zachowania do oczekiwań aparatu sprzedaży. Konsument ten jest zarówno zdolny do bojkotu poszczególnych dóbr i producentów, jak i do nadawania przedmiotom zupełnie innych znaczeń i funkcji, niż te jakie sugeruje mu producent czy reklama. Nie rezygnując z wyszukanej konsumpcji, konsument ten lepiej rozumie uwarunkowania i konsekwencje swoich wyborów konsumpcyjnych” (Jung 1997: 725). Co ważne, w nowoczesnych społeczeństwach, w których tradycję zastępują „wykorzeniające” systemy eksperckie (Giddens 2010), także współczesna konsumpcja jest także „oczyszczona z tradycji” („*detraditionalised*”). Oznacza to, że zanikają osadzone w tradycyjnych uwarunkowaniach wzorce konsumpcji (pracy, klasie społecznej, płci, wieku, czy kraju), przez co staje się ona coraz bardziej zindywidualizowana, będąca przedmiotem refleksji, formą ekspresji, prezentacji swojej tożsamości (Shields 1996 za: Jung 1997: 12).

2.2. Medykalizacja w erze „kapitalizmu zdezorganizowanego”.

Opisywane powyżej przemiany w ramach współczesnego kapitalizmu, oraz dostrzeżenie faktu, iż zakres i siła władzy lekarzy były co najmniej przeszacowane spowodowały, że ostrze krytyki zostało skierowane nie tylko w nich, ale także w kierunku innych domniemanych beneficjentów medykalizacji: przemysłu farmaceutycznego, klasy kapitalistów, państwa oraz organizacji pacjenckich (praw pacjenta) (Furedi 2006: 14). Fakt, iż w procesie medykalizacji zaczęli odgrywać istotną rolę nowi aktorzy, spowodowało że sam proces stał się czymś innym. W tym podrozdziale przedstawię nowe rozumienie procesu medykalizacji. Poniżej zestawione będą najczęściej dyskutowane koncepcje „medykalizacji” autorstwa Petera Conrada i „biomedykalizacji” Adele E. Clarke ze współpracowniczkami. Autorzy ci nieco inaczej rozumieją medykalizację

charakterystyczną dla kapitalizmu ponowoczesnego (i oczywiście przez niego kształtowaną), nie mniej jednak wydaje mi się, że ich koncepcje, mimo różnic, się wzajemnie uzupełniają. Tym też motywuję decyzję o opisanii drugiej fali medykalizacji za pomocą obu tych koncepcji do pewnego stopnia dokonując ich syntezy i reinterpretacji. Zatem zaprezentuję obie wizje i nie przesądząc, czy proces medykalizacji powinno się przedstawiać szerzej bądź wężej, przyjmę perspektywę bliższą opisom Petera Conrada. Wydaje mi się, że oba podejścia są ze sobą często komplementarne, zwłaszcza diagnozy dotyczące najważniejszych przyczyn procesu medykalizacji. Nie będę też używał terminu „biomedykalizacja”, który miał podkreślać całkiem nowy charakter procesu, gdyż za Conradem uznaję, że termin „medykalizacja” w dalszym ciągu dobrze oddaje sens omawianych zjawisk. Co więcej, uważam, że omówiony poniżej, podział na „erę medykalizacji” i zaczynającą się od mniej więcej 1985 roku „erę biomedykalizacji” jest dość arbitralny, chociażby dlatego, że część zjawisk mających być charakterystycznymi dla „drugiej fali” medykalizacji opisywane były już w pracach Zoli w 1972 czy Conrada 1979 roku. Zaznaczyć jednak wypada, iż mimo to, nie można zanegować walorów tych pojęć jako typów idealnych, pokazujących kierunek przemian w społeczeństwie i systemach opieki zdrowotnej.

2.2.1. Rozumienie idei drugiej fali medykalizacji

W 1992 roku w *Annual Review of Sociology* opublikowano znaczący tekst autorstwa Petera Conrada, *Medicalization and Social Control*. Celem pracy było przedstawienie ewolucji koncepcji medykalizacji w zmieniającej się rzeczywistości organizacji systemu medycznego i nowej sytuacji profesji medycznych na podstawie przeglądu prac publikowanych po roku 1980. Jej efektem była propozycja redefiniowania procesu medykalizacji, która polegała na częściowym uniezależnieniu jej od wpływu profesjonalistów. Porównanie definicji medykalizacji z lat siedemdziesiątych i dziewięćdziesiątych obrazuje tę przemianę. Definicja Conrada w artykule z 1975 roku brzmiała: „definiowanie zachowania jako problemu medycznego lub choroby i uprawnianie medycyny do ich leczenia” (Conrad 2005: 210). Irving Zola w 1980 roku uznawał medykalizację za proces, który polega tym, że coraz większa część życia codziennego staje się zdominowane, nadzorowane przez medycynę” (za: Conrad 2005: 210). Z definicji tych wynika, że efektem medykalizacji (pomijając kwestię, kto jest jej inicjatorem i wykonawcą) zawsze jest powiększenie się zakresu życia codziennego

zarządzanego przez lekarzy. Natomiast obecnie Conrad określa medykację jako socjokulturowy proces, w którym mogą, ale nie muszą uczestniczyć przedstawiciele zawodów medycznych. Medykacja to, według niego definiowanie problemu w medycznych terminach, korzystanie z języka medycyny do jego opisu i medycznych interwencji by go rozwiązać (1992: 211). Jak napisał Davis, w gruncie rzeczy Conrad i inni odłączyli medykację od instytucji medycyny, w celu nadania temu terminowi większej „pojemności” oraz możliwości uogólniania (Davis 2006: 53). Taka zmiana podejścia była charakterystyczna nie tylko dla niego gdyż, autorzy raczej zgodnie zauważają, że w latach osiemdziesiątych zaczęto obserwować głębokie zmiany w organizacji medycyny, które wywarły istotny wpływ na ochronę zdrowia (na przykład Clarke et al. 2003; Coburn 2006; Furedi 2006). Istnieją jednak między nimi pewne różnice.

Według Adele Clarke zmiany widoczne w sferze ochrony zdrowia należy traktować jako efekt gruntownej transformacji procesu medykacji, która na skutek wyżej wymienionych przemian charakterystycznych dla przejścia od społeczeństwa nowoczesnego do ponowoczesnego, staje się jakościowo nowym zjawiskiem. Na przykładzie USA przedstawiła ona koncepcję, według której medykację obecnie kształtuje przede wszystkim rozwój naukowy i techniczny (Clarke, et al. 2003). W odróżnieniu od „klasycznie” rozumianej medykacji, następującą po niej drugą falę tego zjawiska określają mianem „biomedykacji”, której początki umieszczają około roku 1985. W tym czasie techniczne i naukowe innowacje oraz związane z nimi przemiany życia społecznego zaczęły przekształcać biomedycynę od zewnątrz. Autorki umiejscawiają ten zwrot w szerszym kontekście. O ile w społeczeństwie industrialnym rozwój technonaukowy dotyczył zwiększania kontroli nad światem zewnętrznym (sztanदारowe osiągnięcia to bomba atomowa, elektryfikacja, rozwój ogromnych sieci transportowych), obecnie „wielka nauka” ujarzmia, zmienia świat wewnętrzny, przez co może znajdować się na biurku, w kapsułce leku, w naszych ciałach (Clarke et al. 2003: 164). Medykacja polegała na ekspansji władzy, kontroli medycyny nad coraz to nowymi obszarami ludzkiego życia za pomocą zmian instytucjonalnych, natomiast biomedykację należy rozumieć jako ekspansję za pomocą techno-naukowych innowacji dotyczących organizacji, infrastruktury biomedycyny, a także wiedzy oraz leczenia, które dały możliwość transformacji ciał i życia ludzi (m.in. możliwe stało się powiększanie ust za pomocą zastrzyków z Botoksu, życie po całkowitym zawale, urodzenie dziecka w dziesięć lat po menopauzie, a nawet bieganie bez nóg na poziomie olimpijskim²⁵). Autorki jednakże

²⁵ Słynny jest przypadek niepełnosprawnego biegacza Oscara Pistoriusa, który zamiast nóg używa

zaznaczają, że nie proponują nowej koncepcji determinizmu technologicznego, gdyż uważają, że mimo potęgi technologii, nie determinuje ona przyszłości. W laboratoriach, szkołach, domach i szpitalach lekarze, pacjenci i inni ludzie mający do czynienia z medycyną, odnoszą się i negocjują z procesami biomedykalizacji, starając się kształtować innowacje techno-naukowe i nowo powstające formy społeczne, po to by zaspokoić swoje własne potrzeby (Strauss, Schatzman et al. 1964; Wiener 2000 za: Clarke et al. 2003: 166). Oznacza to, że tendencje biomedykalizacji mogą być przyjmowane z entuzjazmem lub ignorowane, oceniane i przekształcane przez pragmatycznie podchodzących do nich ludzi. Z tego względu, wnioski artykułu Clarke i jej współpracowniczek nie są sprzeczne z główną tezą mojej pracy. Nowe technologie informatyczne i biomedyczne są wprawdzie warunkiem rozwoju nowej fali medykalizacji, ale jej kształt zależy od szeroko rozumianych czynników społecznych.

Według autorek przejście od medykalizacji do biomedykalizacji oczywiście nie należy traktować jako gwałtowną zmianę, ale jako stopniową transformację, która dodatkowo następuje nierównomiernie. Tradycyjne procesy medykalizacji współwystępują czasowo i przestrzennie z bardziej zaawansowanymi technologicznie procesami biomedykalizacji, w sensie geograficznym są obszary gdzie proces biomedykalizacji jest bardziej zaawansowany, ale są także takie, gdzie trudno szukać nawet podstawowej opieki medycznej (Clarke et al. 2003:166). Można powiedzieć, że biomedykalizacja jest bardziej zaawansowana w USA, niż gdziekolwiek indziej na świecie, ale samo społeczeństwo amerykańskie także doświadcza tych przemian w sposób bardzo nierównomierny. Procesami, które stanowią źródło jak i skutek biomedykalizacji są dla nich: polityczne i ekonomiczne rekonstrukcje sektora opieki zdrowotnej, rozwój medycyny ryzyka i nadzoru oraz obarczenie odpowiedzialnością za zdrowie samych ludzi, coraz bardziej naukowa i techniczna natura biomedycyny, zmiany w sposobach produkcji, dystrybucji i konsumpcji wiedzy medycznej i zarządzaniu informacjami medycznymi (na przykład bazy danych o pacjentach), transformacje ciał w celu włączenia w nie nowych właściwości, oraz produkcja nowych jednostkowych i zbiorowych tożsamości (Clarke et al. 2003: 161). Tabela 2 przedstawia tę szeroką koncepcję medykalizacji.

karbonowych protez i dzięki nim uprawia sport osiągając bardzo dobre wyniki. Protezy są tak dobre, że rozgorzała dyskusja czy taki zawodnik może występować na olimpiadzie, gdyż istniała obawa, że dają mu zbyt dużą przewagę nad pełnosprawnymi biegaczami. Ostatecznie niepełnosprawny biegacz wystąpił na Igrzyskach Olimpijskich w Londynie w 2012 roku. URL: <http://sport.newsweek.pl/oscar-pistorius-i-jego-gepardy.94271.1.1.html> [pobrano: 21.12.2012]

Tab.2. Różnica pomiędzy medykacją a biomedykacją.

Medykacja	Biomedykacja
Współtworzyła nowoczesność	Współtworzy ponowoczesność
Społeczeństwa industrialne, postęp techniczno-naukowy dotyczy przekształcania świata zewnętrznego (np. elektryfikacja, sieci transportowe, bomba atomowa)	Społeczeństwa postindustrialne, rozwój techniczno-naukowy to ujarzmianie i transformowanie świata wewnętrznego (np. biologicznych procesów w ludzkich bądź nieludzkich organizmach)
Władza, kontrola	Transformacja
Instytucjonalna ekspansja medycznej jurysdykcji na nowe obszary	Ekspansja biomedycznych organizacji, infrastruktury, wiedzy oraz leczenia na skutek postępu techniczno-naukowego.
Przemiany polityczno-ekonomiczne:	
Publiczne finansowanie badań naukowych, biomedycznych, testów klinicznych. Dostępność danych jako dobra publicznego	Zwiększająca się prywatyzacja badań, współpraca uniwersytetów i sektora prywatnego, wiedza zastrzeżona, własnościowa, opatentowana.
Zwiększanie ekonomicznej racjonalizacji, korporatyzacji, nacjonalizacji	Ekonomiczna prywatyzacja, rozproszenie, umiędzynarodowienie, globalizacja
System zdominowany przez lekarzy	System zdominowany przez firmy działające w systemach ochrony zdrowia typu „managed care”
Stratyfikacja opierająca się na selektywnej medykacji i selektywnej ekskluzji na podstawie kryterium materialnego (czy jestem w stanie zapłacić)	Stratyfikacja poprzez uwarstwowaną racjonalizację, nowe techniki podziału populacji i bazujące nowych techno-naukowych tożsamościach nowe zbiorowości poddane selektywnemu nadzorowi i leczeniu
Ku zdrowiu, ryzyku i nadzorowi	
Działanie na podstawie paradygmatu definicji, diagnozy (za pomocą testów, badań przesiewowych), klasyfikacji i leczenia chorób.	Działanie na podstawie paradygmatu definicji, diagnozy (za pomocą testów i badań przesiewowych), klasyfikacji i leczenia ryzyka oraz utowarowienie zdrowia i stylów życia.
Rozwiązująca problemy polityka zdrowotna	Definiujące problem zarządzanie zdrowiem
Konceptualizowanie chorób na poziomie narządów i komórek	Choroby konceptualizowane na poziomie genów, cząsteczek i protein
Podporządkowanie biomedycyny technologiom i nauce	
Silnie lokalna infrastruktura z odizolowanymi lekarzami, klinikami i kartotekami szpitalnymi (kserekopiarka i fax to największe innowacje)	Coraz bardziej zintegrowana (sieciowa) infrastruktura z bardzo rozproszonym dostępem do wysoko standaryzowanych, "ucyfrowionych" kartotek pacjentów, przetwarzaniem i archiwizowaniem informacji ubezpieczeniowych.
Medycyna bazująca na przypadkach/ indywidualnych informacjach o pacjencie z lokalną (najczęściej na miejscu) kontrolą informacji zebranych o pacjencie.	Medycyna oparta na wynikach badań statystycznych, korzystająca z technologii wspomagających podejmowanie decyzji oraz skomputeryzowanych baz danych pacjentów.
Nauki medyczne i technologie interwencji (np. antybiotyki, chemioterapia, prześwietlenia, dializy, transplantacje, nowe technologie reprodukcyjne)	Technologiczne i naukowe przełomy w biomedycynie (molekularyzacja, biotechnologie, genetyzacja, nanonauki, bioinżynieria, inżynieria genetyczna, klonowanie).
Nowe medyczne specjalności oparte na częściach ciała, funkcjach, i procesach chorobowych (np. kardiologia, ginekologia, onkologia), o których zakłada się, że są uniwersalne w różnych populacjach i urządzeniu praktyk	Nowe medyczne specjalności bazujące na skrzyżowaniu wiedzy i praktyki na temat rozróżnialnych populacji i gatunków nauk i technologii (np. medycyna ratunkowa, szpitalna, więzienna).
Transformacja informacji i produkcja i dystrybucja wiedzy	
Kontrola profesjonalistów nad wyspecjalizowaną produkcją i dystrybucją wiedzy, wraz z wysoce restrykcyjnym dostępem (zazwyczaj jedynie profesjonalści)	Heterogeniczna produkcja wielu rodzajów informacji/wiedzy odnoszących się do zdrowia, choroby, medycyny, szeroko dostępna w sklepach i internecie.
Interwencje głównie inicjowane z góry przez profesjonalistów	Heterogeniczne inicjowane interwencje (nowi aktorzy to ruchy społeczne, konsumenci, internauci, firmy farmaceutyczne, reklamy, strony internetowe itd.)
Transformacje ciała i tożsamości	
Normalizacja	Modyfikacja
Uniwersalne ciała, wszystkie ciała pasują do uniwersalnych medycznych procedur, technologii i leków, powierzchowne (kosmetyczne) modyfikacje ciała	Ciała zindywidualizowane, nakierowane na nisze i zindywidualizowane leki oraz instrumenty/procedury, fundamentalnie modyfikowane ciała
Od zła do choroby, stygmatyzacja stanów i chorób	Nowe, bazujące na technologii i nauce jednostki i tożsamości zbiorowe

Źródło: Clarke A. E. Shim J. K. Mamo L. Fosket J. R. Fishman J. R. (2003). *Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine*. "American Sociological Review". 68(2): 168-169.

Peter Conrad zauważa jednak, że przez starania autorek, by proponowany przez nie termin był jak najbardziej inkluzywny i wyczerpujący, zawiera on zbyt dużo znaczeń i z tego powodu prawdziwy, według niego, proces medykacji rozplywa się w tym bogatym

zestawie przemian (Conrad 2005: 5). Ponadto, wyżej wymienione zmiany nie traktuje jako nowe zjawisko, ale jako wciąż ten sam proces medykalizacji, który jednakże na skutek rozwoju biotechnologii (zwłaszcza farmakologii i genetyki), wzrostu znaczenia konsumentów usług zdrowotnych i organizacji konsumenckich oraz ewolucji służby zdrowia w kierunku typu „*managed care*” i jej „korporatyzacji” (Conrad 2007: 16), stał się mniej zależny od lekarzy, a bardziej od globalnego rynku usług zdrowotnych. Zwiększanie się wagi podmiotów traktujących pacjentów jak konsumentów, czy potencjalny rynek przyspieszyło proces medykalizacji, gdyż nadzieja zysków stanowi potężny bodziec do wzmagania innowacyjności w wynajdywaniu nowych obszarów ekspansji. Co więcej, twierdzi, że kierunek i tempo procesu medykalizacji wyznaczany jest nie przez potrzeby zdrowotne społeczeństwa, ale wręcz odwrotnie: nowe technologie, nowe leki stają się produktami, którym trzeba znaleźć rynek zbytu, a więc należy wykreować konsumenta o pożądanym potrzebach. Tendencja jest niepokojąca, ponieważ korporacje w ostatecznym rozrachunku rozliczają się ze swoich działań przed akcjonariuszami, a ich interesy nierzadko są sprzeczne z potrzebami pacjentów (Wilkes, Bell i Kravitz 2000 za: Conrad 2005:11). W takiej sytuacji nie ma gwarancji, że często intensywnie promowane terapie na rozmaite ludzkie problemy, będą rzeczywiście poprawiać zdrowie i opiekę medyczną. Conrad zwrócił także uwagę, że z tych samych powodów systemy opieki zdrowotnej mogą być narażone na nieuzasadnione zwiększanie się ich kosztów (Conrad 2005:11). Temat jest o tyle istotny, iż czynniki ekonomiczne, wpływające na kierunki badań, kształcenie oraz pracę lekarzy i inne aspekty systemu ochrony zdrowia nie są należycie opisane, a często, to co jest ekonomicznie korzystne dla wielu instytucji działających na rynku usług zdrowotnych może być z punktu widzenia dobra pacjenta obojętne bądź negatywne (Gallagher, Sionean 2004).

2.2.2. Kapitalizm zderegulowany, a sektor opieki zdrowotnej.

Wspominany już wcześniej David Coburn, zwraca uwagę, że w latach osiemdziesiątych XX wieku, takie koncepcje jak typy (formy) kapitalizmu, klasy, a nawet grupy interesu straciły znaczenie w dyskusji o medykalizacji. Foucauldianie, choć nie tylko oni, podkreślać zaczęli procesy „rządomyślności”, inni skupiali się na nowych ujęciach „ciała”. Zorganizowane grupy interesu, instytucje, a nawet państwo ginęły za zasłoną szczegółowych opisów stosunków władzy na poziomie mikro. W tych ujęciach zaawansowany liberalizm lub neoliberalizm był postrzegany jako system korzystający z

„technik siebie”, ale kto jest beneficjentem tych procesów, nie było całkiem jasne. Dla Coburna jednakże, zanik analiz roli grup interesu, klas w dyskusji dotyczącej medykalizacji nie jest tylko kwestią mody intelektualnej, ale i świadczy o rzeczywistej zmianie kontekstu, w którym pracują lekarze i inne profesje medyczne. Medyczna supremacja stała się mniej akcentowana częściowo dlatego, że charakter dominującego sposobu produkcji, natura kapitalizmu, została przekształcona. W ciągu pierwszych dziesięcioleci po II wojnie światowej w państwach opiekuńczych, systemy opieki zdrowotnej były elementem mechanizmu niwelowania nierówności generowanych przez system rynkowy, ale opisywana wcześniej deregulacja kapitalizmu, przyście globalnej formy kapitalizmu neoliberalnego, promującego rynek, atakującego wszelkie regulacje państwowe, spowodowała także restrukturyzację opieki zdrowotnej (Coburn 2006: 435-6).

Czy kapitalizm zderegulowany stanowił czynnik wzmacniający procesy medykalizacji? Moim zdaniem tak. Wydaje się, że również zdecydowana większość badaczy, w tym ci najczęściej cytowani, na przykład Peter Conrad oraz Adele Clarke ze współpracownikami, uważają podobnie. Procesy medykalizacji nie tylko są wciąż zauważalne, ale i na skutek zmian w szeroko pojmowanym obszarze ochrony zdrowia, ewoluowały stając się bardziej wszechobecne.

Wymienić w tym miejscu można trzy zasadnicze:

1. pojawienie się systemów typu „*managed care*”, rozwój korporacyjnej medycyny i korelującą z nimi zmianę zainteresowań polityki zdrowotnej (od problemu dostępu do usług medycznych do kontroli ich kosztów), traktowanie przez przemysł farmaceutyczny i niektórych lekarzy pacjentów jak potencjalne rynki przedmiot ekspansji,
2. erozję autorytetu lekarzy,
3. wzrost roli konsumentów w systemie opieki zdrowotnej (aktywnie poszukujący dla siebie na rynku oferty ubezpieczeniowej, lub nowych terapii, a nawet diagnozy swojego stanu) (Conrad 2007: 16).

Zmiany te nie są charakterystyczne jedynie dla branży medycznej i stanowią przykład wszechobecnego procesu prywatyzacji, czy komercjalizacji różnych sfer życia społecznego. W ocenie Willema Tousijna nowy kapitalizm pod pozorem globalizacji, niesiony na fali ideologii neokonserwatywnej i objęciu rządów przez jej sympatyków w wielu krajach (i organizacjach międzynarodowych – zob. Stiglitz 2004) rozmontowuje instytucje państwa dobrobytu, w tym w służbę zdrowia (Tousijn 2006: 471). Reformy

służby zdrowia i „nowy menadżeryzm” (używane jest też pojęcie „*new public menagment*”²⁶) podejmowane w wielu rozwiniętych krajach stanowić miały remedium na rosnące koszty opieki zdrowotnej. Jednakże, jak zauważa Tousijn, neoliberalne reformy były wprowadzane w krajach europejskich o bardzo różnych nakładach na służbę zdrowia. Sugeruje więc, że same koszty opieki zdrowotnej nie mogły być zatem jedyną przyczyną ogólnego trendu ich ograniczania. Jakże zatem inne czynniki zachęcają do tego typu reform? Tousijn uważa, że do analizy tego problemu należy przyjąć „bardziej holistyczne spojrzenie”, po to by móc dostrzec, że przyczyny leżą w dynamice samego kapitalizmu (Tousijn 2006: 470-471).

2.2.2.1. Korporacyjna rzeczywistość wewnątrz systemu medycznego

Adele Clarke ze współautorkami zwraca uwagę na to, że specyfiką „ery biomedycyzacji” (Clarke et al. 2003), czyli medycyzacji kapitalizmu postprzemysłowego jest dominacja badań, produktów i usług medycznych finansowanych przez korporacje i osoby prywatne (a nie ze środków publicznych). Korporacje i związane z nimi instytucje z branży medycznej mają coraz bardziej międzynarodowy charakter, globalizując w ten sposób również procesy medycyzacji. Coraz większy odsetek PKB Stanów Zjednoczonych pochłaniają wydatki na opiekę zdrowotną (w innych krajach proces jest podobny, z tym że w USA proces ten jest najbardziej zaawansowany). W 1960 roku wyniósł on 5,2% Produktu Krajowego Brutto, w 1980 – 9,2%, w 2000 – 13,8%, natomiast w 2008 już 16,6% i 17,6% w 2009 (dane *U.S. Department of Health & Human Services* 2009). Amerykanie wydają także coraz więcej pieniędzy na leki (w 2007 roku wydali 270 miliardów dolarów, a w 2010 już 307 miliardów) (*IMS National Prescription Audit PLUSTM* 2011). Wzrost sektora farmaceutycznego na świecie oceniany był w 2010 roku na 4,1 % (należy jednak zaznaczyć, że tempo wzrostu w XXI wieku zaczęło spadać: w 2003 ten sam wskaźnik wynosił jeszcze 9,1 %. Niemniej jednak firmy farmaceutyczne duże nadzieje pokładają w nowych, rosnących bardzo szybko rynkach, takich jak Brazylia, Chiny czy Indie) (*IMS Health Market Prognosis 2011*). Clarke ze współpracowniczkami zwraca uwagę, że wielkość i znaczenie niepublicznego sektora ochrony zdrowia wciąż rośnie. O ile w latach siedemdziesiątych i wczesnych latach osiemdziesiątych XX wieku

26 Takie podejście do organizacji publicznych pojawiło się w Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii w latach osiemdziesiątych XX w., a dziesięć lat później przyjęło się również w USA. Sektor publiczny miał zostać poddany takim procesom jak rewitalizacja, reengineering, reinventing, które zakładają zasadniczą zmianę sposobu jego funkcjonowania. Urzędników zastąpili menedżerowie, którzy implementując zasady organizacji charakterystyczne dla organizacji komercyjnych mieli zapewnić profesjonalizm i efektywność w zaspokajaniu potrzeb ludności (zob. Kowalska 2010).

opieka zdrowotna (jako obiekt zainteresowania kapitału) sprowadzała się do niewielkiej liczby firm produkujących leki i sprzęt medyczny, w następnych latach rozrosła się do branży, w której działało tysiące firm o bardzo zróżnicowanej specjalizacji: opieki zdrowotnej (szpitali, usług domowych), biotechnologii, farmaceutyki, czy sprzętu medycznego (Hafferty 2006:43). Obserwowane tendencje są wynikiem starzenia się społeczeństw oraz postępu medycyny w leczeniu chorób z powodu których wcześniej pacjenci umierali, ale jak wykażę w trzecim rozdziale, należy również obarczyć za ten stan winą firmy farmaceutyczne, które poprzez medykalizację coraz bardziej rozległego obszaru życia człowieka pomnażają swoje zyski.

Jednym z najbardziej znaczących socjoekonomicznych zmian wzmacniające procesy medykalizacji jest korporatyzacja i utowarowienie. Dla Clarke, medykaliżacja nie oznacza jedynie rozszerzania się granic medycyny, ale także przesuwanie granicy pomiędzy sferą publiczną i prywatną w sektorze opieki zdrowotnej w stronę tej drugiej (wydaje mi się, że jest to warte podkreślenia, gdyż na pierwszy rzut oka twierdzenie, że prywatyzacja systemów opieki zdrowotnej jest także przejawem medykaliżacji, nie jest wystarczająco zrozumiałe. Jednak kiedy zastanowimy się, co różni sferę publiczną od prywatnej w ochronie zdrowia to możemy dojść do wniosku, że w przypadku tej pierwszej terapia, czy innego rodzaju interwencja medyczna jest kosztem, natomiast w przypadku drugiej – okazją do zarobku. To sprawia, że wraz ze zwiększaniem się zaangażowania prywatnego kapitału w sektor ochrony zdrowia zwiększa się prawdopodobieństwo traktowania w kategoriach chorób coraz większej ilości ludzkich problemów).

Procesy korporatyzacji i utowarowienia przypadają na lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte, kiedy to w Ameryce rozwijał się system opieki zdrowotnej nazywany „*managed care*”. Termin ten trudno przetłumaczyć na język polski. W polskiej literaturze znajduje się tłumaczenie „zarządzana opieka zdrowotna” (Śliwka 2004) i „koordynowana ochrona zdrowia” (Fedorowski 2009). Mimo że nie można tym pojęciem określić konkretnego typu systemu opieki zdrowotnej, charakterystyczna dla niego jest sformalizowana współpraca przynajmniej płatnika i świadczeniodawcy usług zdrowotnych (prócz nich w takim systemie jest miejsce także dla pracodawców i publiczne instytucje ubezpieczeniowe). System tego typu występuje w USA i opiera się na dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych w komercyjnych ubezpieczalniach, które opłaca pracodawca, bądź osoba indywidualna, lub (w szczególnych przypadkach) państwo. Firmy ubezpieczeniowe (płatnicy) natomiast budują swoją siatkę współpracujących lekarzy, grup lekarzy bądź szpitali (świadczeniodawcy) zawierając z nimi kontrakty, a nawet związując

się z nimi poprzez zatrudnianie ich na etatach.

W konsekwencji opisywanych zmian, coraz większa część zadań służby zdrowia wykonują podmioty prywatne. Zadania, które bezpośrednio wykonywały państwowe szpitale i kliniki (opieka nad beneficjentami systemów Medicare i Medicaid finansowanych z pieniędzy publicznych), stopniowo zostawały przejmowane przez sektor prywatny, co miało wynikać z rosnących kosztów opieki zdrowotnej i zwiększania się konkurencji na rynku tychże usług. Działo się to na zasadzie „*outsourcingu*” usług zdrowotnych przeznaczonych dla ubezpieczonych w publicznym systemie.

Paul Starr w książce *The Social Transformation of American Medicine* (1982) opisuje drogę amerykańskiej medycyny do opieki zdrowotnej zdominowanej przez korporacje (za: Cockerham 2004: 238). Ta zmiana paradoksalnie zaczęła się dokonywać wraz z uchwaleniem systemów *Medicaid* i *Medicare*. Publiczne finansowanie usług zdrowotnych według niego spowodowało, że opieka zdrowotna stała się niezmiernie atrakcyjnym rynkiem dla inwestorów. Prywatne szpitale czy przychodnie w USA mają długą historię, ale o ile wcześniej były małymi przedsięwzięciami (często prowadzonymi przez organizacje *non profit*), obecnie usługi, które wykonywały zostały przejęte przez korporacje (a oprócz tego pogotowia ratunkowe, szpitalne restauracje, biura, logistyka, poradnie uzależnień, centra zdrowia, szpitale psychiatryczne itd.). Robią one interesy nie tylko na usługach nieobecnych w publicznie finansowanej opiece zdrowotnej, ale także efektywnie z nią konkurują w dostarczaniu istniejących już usług.

Po drugie, na skutek presji ze strony firm biotechnologicznych, z pieniędzy publicznych finansowane są badania nad nowymi lekami lub terapiami, a te, które da się skomercjalizować są patentowane przez prywatne podmioty, czerpiące zyski z ich sprzedaży. Marcia Angell (2005: 10-12) zwraca uwagę, że bardzo ważnym momentem w USA był wybór Ronalda Reagana w 1980 roku i silny pro-biznesowy zwrot w polityce jego administracji i ogólnie w społeczeństwie. Najważniejsze zmiany dotyczyły zmian legislacyjnych. Na początku 1980 roku Kongres przyjął serię praw, których intencją było usprawnienie transferu wiedzy z finansowanych z podatków badań do biznesu. Miały też na celu poprawę pozycji na świecie amerykańskich firm „*high-tech*”. Jedną z ustaw, „*Bayh-Dole Act*” (od nazwisk autorów Bricha Bayha i Roberta Dole’a) umożliwiała uniwersytetom i małym przedsiębiorstwom patentowanie odkryć pochodzących z badań finansowanych z pieniędzy publicznych (przez Państwowe Instytuty Zdrowia) i udzielanie wyłącznych licencji firmom farmaceutycznym na korzystanie z nich. Było to ogromnym bodźcem dla rozwoju firm biotechnologicznych i farmaceutycznych. Firmy

biotechnologiczne, zakładane niejednokrotnie przez naukowców zatrudnionych na uniwersytetach i prowadzących badania za pieniądze publiczne realizują początkowe fazy opracowywania leku z nadzieją na lukratywny interes z firmą farmaceutyczną, natomiast te drugie mogą coraz bardziej opierać się na wynikach zewnętrznych badań. Jak pisze Angell, „jedna trzecia nowych leków wielkich firm pochodzi z zewnątrz i te są przeważnie najbardziej innowacyjne.” (2005: 11-12). Jako przykład takich „transferów”, Clarke i inni przedstawiają przedsięwzięcie finansowane z pieniędzy publicznych o nazwie „*Human Genome Project*”, którego celem było odszyfrowanie genomu człowieka. Finansowo zaangażowało się w ten projekt przede wszystkim USA i Wielka Brytania ale też wiele innych krajów. Międzynarodowemu zespołowi badawczemu wyrosła jednak konkurencja w postaci firmy *Celera Genomics*, którą założył były uczestnik projektu, Craig Venter. Stosując inną metodę udawało mu się szybciej wyszukiwać geny, które od razu patentował. Wyścig trwał, ale Venter był szybszy. Zatem, próbki tkanek i próbki genów pobierane nieodpłatnie od ludzi i zbiorowości były patentowane jako towary przez korporacje, co w wielu kręgach zaczęło wzbudzać niepokój. Inne firmy też patentowały wyizolowane przez siebie geny. Jak dotąd od 3000 do 5000 genów i 47 000 wynalazków zawierających materiał genetyczny jest opatentowanych w USA (Cook-Deegan 2008).

Inny ciekawy przykład odkrycia, w którym uczestniczyły instytucje publiczne (*University of Utah, National Institute of Environmental Health Sciences*), a zostały całkowicie skomercjalizowane dotyczy genu BRCA1, którego pewna mutacja zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi i jajników. Gen ten opatentowany został przez firmę *Myriad Genetics* i z tego tytułu w USA dostaje ona honoraria za każdym razem, gdy przeprowadzany jest genetyczny test ryzyka zachorowania na raka piersi, a także ma także wyłączne prawa do prowadzenia przyszłych badań nad tym genem (Clarke et al. 2003: 167-168). W innych krajach prawo takie jest kwestionowane (Francja, Kanada). W Europie, 28 listopada 2001, firmie tej udało się zdobyć wyłączność jedynie na gen BRCA1 (i wszystkie jego zastosowania) dzięki czemu przez 20 lat od tej daty uzyskała ona monopol na wszelką działalność związaną z sekwencją genu. Spowodowało to sprzeciw Greenpeace, szwajcarskiej Partii Socjaldemokratycznej, belgijskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, rządów Holandii i Austrii, niemieckiej i austriackiej Izby Lekarskiej, a protest ten poparli genetycy zajmujący się ludzkim genomem, pacjenci, lekarze i Parlament Europejski. Mimo ochrony patentowej kilkanaście laboratoriów w Europie prowadzi testy diagnostyczne oparte na sekwencji genu BRCA1 (Lichawska 2011). W marcu 2010 roku orzeczenie sądu w Nowym Jorku zakwestionowało zasadność

patentów firmy *Myriad Genetics*. Firma zapowiadała odwołanie się do sądu apelacyjnego (Weise 2010). W lipcu 2011 sąd apelacyjny zmienił decyzję sądu niższej instancji uzasadniając, że wyizolowane z ciała DNA można patentować ponieważ ma „znacząco odmienną” strukturę chemiczną od DNA istniejącego w chromosomie umieszczonym w ciele. W związku z tym wyizolowane DNA „nie jest produktem natury”, które nie mogą być przedmiotem patentowania (Pollack 2011a). Decyzję sądu apelacyjnego z ulgą przyjął przemysł biotechnologiczny, będący właścicielem tysięcy patentów, które stanowią znaczące źródło jego zysków. Przedstawiciele firm biotechnologicznych twierdzą, iż dzięki patentom możliwa jest innowacja w tej branży, niemniej jednak opór opinii publicznej i części naukowców budzi pomysł patentowania części naszych organizmów będących według nich nie wynalazkiem, lecz wspólnym dziedzictwem ludzkości. Ponadto, niepokój budzi możliwość, że patenty sprawią iż koszt badań i terapii genetycznych będzie niedopuszczalnie wysoki (*Myriad Genetics* za test na genach BRCA1 i BRCA2 liczy sobie ponad 3000 dolarów) (Pollack 2011a). Następne doniesienia zdają się potwierdzać te obawy: mimo pojawienia się nowych możliwości tańszego i lepszego testowania genetycznego ryzyka zachorowania na raka piersi, których wprowadzenie na rynek z powodu wyłączności *Myriad Genetics* na tym rynku jest niemożliwe. Co więcej, w 2006 roku okazało się, że testy tej firmy, nazwane „*Comprehensive BRCAAnalysis*”, nie uwzględniały znaczącej liczby genetycznych modyfikacji dwóch opatentowanych genów. Firma opracowała testy dla tych wariantów, ale zamiast włączyć je do dotychczas sprzedawanego testu, zaoferowała je jako badanie uzupełniające, życząc sobie za nie 700 dolarów. Spowodowało to zrozumiały sprzeciw pacjentów i lekarzy (Pollack 2011b). Jeszcze inny zarzut dotyczy zagrożenia, że patenty hamują postęp biomedycyny, poprzez blokowanie naukowcom dostępu do genów, lub materiałów genetycznych niezbędnych do badań. W przypadku sprawy *Myriad Genetics* i genów BRCA1 i BRCA 2, rzeczywiście taka sytuacja nastąpiła, choć kilka laboratoriów w Europie prowadzi badania nie przejmując się zakazem i co więcej nie pozwano jeszcze nikogo za same prace badawcze nad konkretnym genem. Wiele krajów akceptując patentowanie genów, także ogranicza je by zminimalizować ich negatywne efekty na koszty opieki zdrowotnej i przepływ informacji w nauce (Cook-Deegan 2008).

Powyższy przykład nie tylko pokazuje negatywne skutki nieodpowiedniego przyznawania patentów (co nie jest przecież celem tej pracy), ale pewne zagrożenia wynikające z zacieśniania się relacji pomiędzy przemysłem a nauką. Ich współpraca, stała się źródłem dochodów dla uniwersytetów, których finansowanie z publicznych środków z

kolei jest coraz mniejsze. Amerykański *Balance Budget Act* z 1997 roku, zmniejszając budżety szpitali i jednostek zajmujących się edukacją medyczną, spowodował, że musiały one wypełnić swoje dziury budżetowe przyjmując zlecenia korporacji farmaceutycznych (testy kliniczne leków). Skutek jest taki, że jednostki naukowe i pracujący w nich naukowcy, których jednym z celów jest prowadzenie badań podstawowych, stają się coraz bardziej uzależnieni od przemysłu biotechnologicznego. Problem dostrzegli redaktorzy trzynastu głównych amerykańskich czasopism medycznych, którzy w *Journal of American Medical Association* oświadczyli, że odrzucą każdy raport z badań, gdy nie będzie pewności, że ich sponsor udostępnił autorom pełne dane i dał pełną swobodę opisu wyników ich analiz. Ich obawy są całkiem uzasadnione sądząc po wynikach analiz, które wykazały, że na podstawie badań sponsorowanych przez przemysł, 3,6 raza częściej rezultaty są sprzyjające firmie sponsorującej (Clarke et al. 2003: 169). W dalszej części pracy ten wątek zacieśniania się relacji pomiędzy nauką a biznesem zostanie rozwinięty, gdyż proces ten stanowi według mnie istotny czynnik medykalizacji. Postaram się wykazać, że medycyna (rozumiana jako nauka), pełniąc w coraz większym stopniu służebną rolę wobec firm biotechnologicznych, przyczynia się do medykalizacji coraz to nowych sfer życia człowieka. Co więcej, często można jej zarzucić że motywacją tych działań jest nie dobro społeczeństwa ale zyski jej zlecciodawców.

Narodowe systemy ochrony zdrowia w wielu państwach, tak jak inne sektory, w globalizującym się świecie, zgodnie z duchem liberalnych zasad promowanych przez instytucje międzynarodowe (na przykład WTO) w coraz większym stopniu polegają na sprywatyzowanych i skomercjalizowanych usługach zdrowotnych, rządy narodowe wypełniając międzynarodowe umowy handlowe (na przykład GATS), otwierają swoje rynki usług, w tym usług medycznych. Krytycy tego procesu twierdzą, że zasady wolnego rynku zglobalizowanego kapitalizmu, gdzie dominuje wielki kapitał, podkopują narodową autonomię i uniemożliwiają demokratyczne decydowanie obywateli w sprawach własnego sektora świadczeń socjalnych (Pollock, Price 2003: 1072). Przykładowo Allyson Pollock i współpracownicy piszą, że w brytyjskiej *National Health Service*, jeszcze niedawno w pełni państwowym systemie opieki zdrowotnej, dokonują się zmiany umożliwiające lokalnym dysponentom środków negocjowanie kontraktów na usługi podstawowej opieki zdrowotnej z firmami komercyjnymi, co, jak oceniają odebrało lekarzom ogólnym kontrolę nad leczeniem, a rządowi nad finansami (Pollock et al. 2007).

W tak zmieniającej się rzeczywistości, do sektora usług zdrowotnych przenika więc korporacyjna racjonalność. Clarke i współpracownicy, jako czynniki wzmacniające

procesy medykalizacji wymieniają centralizację, racjonalizację oraz rozproszenie usług. Centralizacja świadczeń, usług opieki zdrowotnej i korporacyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, następuje poprzez łączenie i przejmowanie usług szpitalnych, ubezpieczeń, stowarzyszeń lekarzy czy firm farmaceutycznych. Coraz większa część organizacji i lekarzy w tym systemie staje się elementem wielkich konglomeratów medycznych przez co zmusza ich do myślenia o opiece zdrowotnej w kategoriach charakterystycznych dla działalności komercyjnej (czyli nastawionej na zysk). Zasadniczą przyczyną sukcesu takiej wizji systemu ochrony zdrowia miały być obawy związane z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej, a system oparty na działalności tego typu organizacji opierał się na skrupulatnej kontroli wypłacanych na leczenie pieniędzy i ustalaniu limitów na pewne typy opieki zdrowotnej. Na to, jaka jest dostępność do różnych procedur medycznych, w bardzo dużym stopniu mają zatem wpływ płatnicy (czyli firmy ubezpieczeniowe). Zanika zatem wiele świadczeń społecznych, które na rynku nie były konkurencyjne lub z premedytacją je przejmowano w celu likwidacji. Celem tych zmian jest zwiększenie efektywności i standaryzacja usług po to, by podejmowanie decyzji było bardziej scentralizowane i racjonalne, a pozycja na rynku się umacniała. Oczywiście takie innowacje przynoszą pewne oszczędności, jednakże także szereg niebezpiecznych skutków korporacyjnej koncentracji takich jak: możliwość dyktowania cen, budowania barier administracyjnych, czy zbyt duża władza polityczna takich oligopoli. Komercjalizacja skutkuje jeszcze innym, przeciwnym (wobec centralizacji) procesem, mianowicie rozproszeniem usług. Coraz więcej obowiązków spoczywa na pacjentach czy ich rodzinach, dzięki „wyeksportowaniu” ze szpitala (przykładowo mogą to być usługi pielęgniarstwa świadczone w domu) (Clarke et al. 2003: 170). Według Conrada wprowadzenie takiego systemu skutkuje zatem ograniczeniami w dostępności do pewnych usług medycznych, a w innych, tych bardziej opłacalnych, odwrotnie, stanowi bodziec do działania (2005:10). Znakomitym przykładem jest opieka psychiatryczna, która ze względów ekonomicznych coraz bardziej sprowadza się do farmakoterapii ze względu na fakt iż płatnicy usług zdrowotnych (ubezpieczalnie) niechętnie ponoszą koszty psychoterapii, a dość liberalnie podchodzą do zwracania kosztów za kupno leków (Shore, Beigel 1996 za: Conrad 2005: 10). Z tych faktów zdają sobie sprawę lekarze i poprzez preferowanie terapii chętniej refundowanych zwiększają stosowanie leków na depresję, stany lękowe, nadpobudliwość itd. Opłacalność/nieopłacalność pewnych terapii w takim systemie stanowić musi zatem poważny czynnik kształtujący praktykę medyczną, oraz może wpłynąć także na kształt i kierunek rozwoju badań naukowych, co szerzej omówione będzie w dalszej części tekstu

na przykładzie psychiatrii. W jaki sposób pieniądze decydują o kierunku rozwoju opieki medycznej Conrad pokazuje jeszcze na innym przykładzie. Obecnie wielu ubezpieczycieli decyduje się na pokrywanie kosztów wszczepienia bajpasów żołądka u osób „chorobliwie otyłych”, wychodząc z założenia, że lepiej pokryć ten koszt niż w przyszłości płacić za leczenie cukrzycy, zawałów, czy problemów układem kostnym, co spowodowało znaczący wzrost wykonywanych operacji tego typu (o ile w 1965 roku wykonano ich 20 tysięcy, to w 2003 już 103 tysiące (Grady 2003 za: Conrad 2005: 10)). W czasach tzw. „epidemii otyłości” i uznaniu jej w systemie *Medicare* za chorobę (co umożliwiło przeznaczanie publicznych pieniędzy na jej leczenie), wszczepianie bajpasów żołądka stało się następną gałęzią zyskownego przemysłu medycznego. Z drugiej strony istnieją terapie, przed których refundacją firmy ubezpieczeniowe się wzbraniają lub próbują ograniczać ich stosowanie. Ciekawym przykładem była sprawa refundacji Viagry. Z punktu widzenia zysków ubezpieczycieli bardzo ważne były pytania: Komu należy się ten lek na receptę? Albo od jakiego momentu można określać problemy seksualne mężczyzn za chorobę? Czy ograniczyć się jedynie do refundowania leku mężczyznom cierpiącym na zaburzenia erekcji jedynie z powodów biologicznych, na przykład przebycia operacji prostaty bądź chorowania na cukrzycę? Conrad za pomocą tych przykładów pokazuje, że w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej prywatne firmy ubezpieczeniowe wyrastają coraz bardziej na silnego arbitra w sprawach, które procedury medyczne są odpowiednie, a które nie. Można chyba powiedzieć więcej: zaczynają także rozstrzygać co jest chorobą i zasługuje na leczenie, a co chorobą nie jest (Conrad 2005: 10).

Cechą medykalizacji w skomercjalizowanym systemie jest jej „uwarstwienie”. Posiadając różne uwarunkowania, oddziałując na różne sfery życia, jest procesem pełnym paradoksalnych problemów ekskluzji i włączania, oporu i uczestnictwa (Morgan 1998 za: Clarke et al. 2003: 170). W starszej już pracy z 1978 roku Ehrenreich i Ehrenreich przedstawili dwie przeciwstawne tendencje medykalizacji (za Clarke 2003: 170). Pierwszą nazwali medykalizacją kooptującą („*cooptative medicalization*”), która polegać miała na ekspansji władzy medycyny na obszary dotąd nie zmedykalizowane. Druga tendencja, dyscyplinowanie wykluczające („*exclusionary disciplining*”), to działania w obrębie medycyny polegające na ograniczaniu dostępu do medycznych instytucji i zasobów, które przeznaczone są bezpośrednio dla konkretnych jednostek bądź kategorii ludzi. Przykładami takich kategorii były w historii medycyny amerykańskiej rasa, płeć czy klasa. Jak pisze Clarke, podobnie jak klasyczna medykalizacja, biomedykalizacja także posługuje się technikami wykluczania i włączania, jednakże stają się one jeszcze bardziej złożone, a

także powstają nowe kryteria podziałów. Rynek ubezpieczeniowy oferuje szereg ubezpieczeń zdrowotnych indywidualizując ofertę dla konkretnej jednostki. W takiej rzeczywistości prywatne sieci szpitali nie zawsze są zainteresowane publicznymi pieniędzmi przeznaczonymi na leczenie pacjentów będących beneficjentami systemów Medicaid i Medicare (Cockerham 2004: 239). Biedniejsi pacjenci, za których leczenie płaci rząd (posiadający swoje limity wysokości opłat za usługi zdrowotne), mogą być gorszymi klientami niż ci ubezpieczeni prywatnie, gdyż firmy ubezpieczeniowe są w stanie wyłożyć relatywnie więcej pieniędzy na koszt ich leczenia. Zatem powiększanie się prywatnego rynku usług medycznych kosztem sfery publicznej ma jednak pewne granice. Starr wskazuje, że prywatne sieci szpitali nie powstają na biedniejszych obszarach, gdzie zamieszkuje duża grupa beneficjentów publicznych systemów (Starr 1982 za: Cockerham 2004: 239). Podsumowując, „*outsourcing*” opieki zdrowotnej i niedofinansowanie publicznej służby zdrowia powoduje, że coraz droższa, posługująca się nowoczesnymi technologiami medycyna staje się dobrem dla nielicznych i powiększa się przepaść pomiędzy bezpieczeństwem zdrowotnym biednych i bogatych, ubezpieczonych i nieubezpieczonych, posiadających lepsze i gorsze ubezpieczenie. Podczas gdy jednym brakuje podstawowej opieki zdrowotnej, inni protestują przeciwko zwiększającej się ingerencji medycyny w ich życie.

2.2.2.2. Pod nadzorem menadżerów: utrata autonomii lekarzy czy przystosowanie się?

Ten fragment pracy ma za zadanie pokazać, że w mojej opinii, lekarze jako niezależna profesja są wypierani przez pracowników najemnych, podporządkowanych celom zatrudniającym ich firmom. Okazuje się, że coraz trudniej mówić o jakichś interesach profesji medycznej, gdyż coraz więcej lekarzy upatruje źródeł swojego sukcesu we współpracy z biznesem. Zatem potwierdza to moim zdaniem tezę, iż medykalizacja jest obecnie głównie procesem o podłożu ekonomicznym.

Usunięcie z definicji procesu medykalizacji konieczności uczestnictwa lekarzy i medycyny, które dokonał Conrad w omawianym już wcześniej artykule z 1992 roku, wynikał z jego obserwacji przemian społecznych i ekonomicznych w sferze opieki zdrowotnej. W ich wyniku, najogólniej mówiąc, profesja lekarska utraciła na rzecz innych sił społecznych wiele ze swoich wpływów (Conrad 1992:211). W swoich następnych artykułach, Conrad przedstawia medykalizację jako proces stymulowany i kierowany nie przez lekarzy (których rola staje się coraz bardziej podległa choć nadal bezpośrednio

odpowiadają za proces leczenia), ale rynek, czyli interesy korporacji (Conrad 2000, 2005). Lekarze częściowo zachowali swoją władzę, ale inne siły stały się równie ważne (Conrad 2000: 4). Do opisu procesu, w którym lekarze stają się tylko jedną z grup interesu w sektorze opieki zdrowotnej Donald Light używa terminu „siły równoważącej” („*countervailing power*”). Do niej zaliczył: państwo (rządowe regulacje), pracodawców płacących za ubezpieczenia zdrowotne swoich pracowników („*managed care*”), „kompleks medyczno-przemysłowy”, w tym firmy sprzedające ubezpieczenia zdrowotne i wreszcie pacjentów/konsumentów korzystających z usług zdrowotnych. Light stwierdza, że dominacja, powoli wytwarzając nierównowagę, wydatki ponad miarę i zaniedbania, budzi oburzenie bądź poczucie zagrożenia w innych siłach, a także odstręcza opinię publiczną. I tak właśnie miało się stać w przypadku lekarzy (Light 2000 za: Cockerham 2004: 235).

Według Starra nie można stwierdzić, iż lekarze w nowym systemie się nie odnajdują. Nie wykazują bowiem silnego sprzeciwu wobec utraty swojej niezależności i chcą pracować w korporacjach, gdyż dostają tam biura, wyposażenie, odpowiednie, stałe zarobki, a także relatywnie większą autonomię niż inni pracownicy korporacyjni. Starr zwraca uwagę, że taka hojność korporacji wynika z ich zależności od lekarzy (Starr 1982 za: Cockerham 2004: 239). Mimo względnego uprzywilejowania pozycji lekarzy zatrudnionych w prywatnej służbie zdrowia, zatrudnienie na etacie w korporacjach zawsze oznacza jednak zrzeczenie się części autonomii. Lekarze muszą się podporządkować korporacyjnym standardom. Nie od nich zależy polityka, budżety szpitali, inwestycje, płace, czy awanse. Praca lekarzy w większym stopniu oceniana i opłacana jest pod kątem zysków szpitala (na przykład na podstawie ilości pacjentów przyjmowanych w ciągu godziny). W biznesowo zorientowanym systemie zarządzania, siłą rzeczy nie najważniejszą sprawą jest kontrola jakości opieki zdrowotnej. W przypadku niekompetentnych lekarzy, winnych błędów lekarskich, zarządy korporacji będą bardziej przejmować się uniknięciem ewentualnej odpowiedzialności niż standardami etycznymi (Cockerham 2004: 240). Przymuszcza się z tych powodów przynajmniej część z nich z nie jest zadowolona z obserwowanych zmian: z badań nad amerykańskimi lekarzami wynika, że są oni zaniepokojeni systemem „*managed care*” i odczuwają przez nich postępującą utratą kontroli oraz autonomii medycznych decyzji (Mechanic 2001: 40 za: Tousijn 2006: 474). Rozważania te dotyczą jednak amerykańskiej rzeczywistości, w której opieka zdrowotna zawsze w dużym stopniu była w prywatną działalnością, choć nie zdominowaną przez duże korporacje. O tym, że problem nie dotyczy jedynie najbardziej skomercjalizowanego systemu amerykańskiego, świadczą mogą dwa duże badania przeprowadzone we Włoszech w 2004 roku, w których zapytano

lekarzy, kto i w jakim stopniu próbuje podważać ich autonomię. Okazało się, że rzadko są to pacjenci, czy organizacje praw pacjenta, ale przede wszystkim managerowie: 40% badanych oceniło, że próby ograniczania ich autonomii przez managerów stanowi średnie wyzwanie, a 30%, że duże. Rzadziej tak oceniano działania lokalnych polityków, krajowej legislacji czy mediów (za: Tousijn 2006: 472-473).

Tousijn zwraca uwagę, że za analogiczny proces można by uznać starania „menadżeryzmu” do złamania istniejących zawodowych zwierzchności i tożsamości w dziewiętnastowiecznych fabrykach by ustanowić nowy typ organizacji pracy. Jednocześnie jednak przedstawia badania, według których zderzenie profesji medycznej i menadżeryzmu wyglądało całkiem inaczej. Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, Australii, Nowej Zelandii, a także USA analizy wykazały, że konfrontacja profesji medycznych i menadżeryzmu jest procesem bardziej złożonym. Tousijn wskazuje, że użytecznym narzędziem do jego zinterpretowania jest „miękka biurokracja” - pojęcie wprowadzone przez Courtpassona (2000 za: Tousijn 2006: 474), które oznacza szereg wyrafinowanych strategii i mechanizmów, będących przeciwieństwem tradycyjnej hierarchicznej kontroli. „Miękka biurokracja” korzysta z takich narzędzi jak konstruowanie coraz bardziej jednoznacznych, jasnych definicji sukcesu i niepowodzenia, indywidualne, okresowe kontrole pracownika, zarządzanie za pomocą nakreślanych celów, analizy porównawcze i kontrole jakości. Nieodłączną cechą „miękkiej biurokracji” jest to, że owe zmiany warunków pracy nie są narzucone, ale wynegocjowane (nawet z pojedynczymi lekarzami), i nie są określane mianem ograniczeń, ale przedstawia się je jako możliwość zachowania przez profesję całości kontroli nad pracą i ochrony zagrożeń z zewnątrz. Dla Flynn'a (2002:164 za: Tousijn 2006: 474), jest to rodzaj „rządomości” („*governmentalité*”), za pomocą której lekarze są werbowani do szerszego systemu zarządzania, stając się aktywnymi jego uczestnikami, sami siebie nadzorując („*self-surveillance*”)²⁷. Koncepcja „miękkiej biurokracji” jest użyteczna jako ogólny model w wyjaśnianiu złożoności relacji pomiędzy profesjonalistami a menadżerami, jednakże nie należy ignorować faktu iż w

27 Podobny proces dotyczy także naukowców i nauki oraz szkolnictwa wyższego, która obecnie poddawana jest procesom menadżeryzacji, biurokratyzacji (proces Boloński) polegającej na ustalaniu jasnych norm (na przykład efektów nauczania, punktów za przedmioty), narzuceniu sformalizowanej nowomowy, których celem ma być ułatwienie na przykład ułatwienie oceny jakości nauczania i jej zwiększenie, umożliwienie porównań międzynarodowych, a także zbliżenie uniwersytetów i biznesu, poprzez przekształcenie Uniwersytetu w instytucję zarządzaną jak przedsiębiorstwo. Część badaczy tych zmian odnosi się do nich krytycznie, upatrując w nich źródło pojawiania się w nauce innych kryteriów niż dążenie do prawdy i poznania, a uzależnienie sukcesu uczelni od spełniania tych wymogów powoduje, że naukowcy (w tym lekarze) podejmują się badań służących przemysłowi zaniedbując albo badania podstawowe, bądź tematy ważne społecznie, ale trudne do skomercjalizowania (Adelman 2009, 2010; Head 2011; Gawin 2011; Solska 2006).

rzeczywistości relacje te charakteryzują się dużą zmiennością (Mechanic 2001: 36 za: Tousijn 2006: 474). Williams opisuje to trochę inaczej: jako kooptowanie elit lekarskich i pielęgniarskich do struktur zarządzających co umożliwia kontrolę tych profesji (Annandale 1998 za: Williams 2001: 143). Nie jest to raczej objaw zaniku dominacji profesji medycznej, lub demedykalizacji Conrad (1992: 224), a raczej procesu, jak określa to Freidson (1985, 1994 za Williams 2001: 143), „wewnętrznej restratyfikacji”, w której władza jest utrzymywana na poziomie korporacyjnym, przy jednoczesnej „proletariatyacji” pracy szeregowych lekarzy na pierwszej linii frontu.

W złożonej rzeczywistości „miękkiej biurokracji” naciski urzędników i menadżerów mogą być bardzo różne, skutkując systemami bardziej zdominowanymi przez menadżerów lub przez lekarzy. Tousijn powołując się na szereg badań wyróżnia dwa czynniki o tym decydujące. Pierwszym z nich jest rodzaj subdyscypliny medycznej. Uogólniając można stwierdzić że im większa jest sfera niepewności i złożoności w danej specjalizacji, tym większa jest autonomia lekarzy. David Coburn pisze, że wiedza gwarantuje profesjonalistom autonomię i kontrolę. Profesjonalizm to umiejętność wydawania subtelnych decyzji dotyczących pojedynczych przypadków, a każdy z nich może być trochę inny. Takie zawody, gdzie podejmowanie decyzji nie ma technicznego charakteru unikają rutynizacji (proletariatyacji) pracy ponieważ nie da się prosto sformalizować i zapisać procedur działania w przypadku określonego rodzaju problemów (Coburn 2006:438). Drugim czynnikiem są indywidualne strategie lekarzy. W badaniach w USA wykazano, że postawy lekarzy pracujących w jednym szpitalu mogą być bardzo odmienne: albo polegać na całkowitym usztywnieniu stanowiska i kultywowaniu tradycyjnej tożsamości niezależnego profesjonalisty albo całkowitym dostosowaniem się do nowych realiów albo nawet przyjęciu nowej roli w warunkach szpitala i jednoczesnym zachowaniu starej w prywatnej praktyce (Doolin 2002 za: Tousijn 2006: 475).

2.2.2.3. Zwiększanie się roli pacjentów w procesie medykacji.

Simon Williams i Michael Calnan dokonali w 1996 roku krytyki „medykacji i produkcji uległych ciał”, czyli wszystkich wcześniejszych koncepcji medykacji, w których jednostka lub populacja laików („*lay populace*”) przedstawiana była jako zasadniczo pasywna lub bezkrytyczna wobec ekspansjonistycznych tendencji współczesnej medycyny. Problem pojawia się według nich wtedy, gdy spróbuje się zlokalizować i wyjaśnić sprzeciw, opór, czy krytycyzm wobec medycyny. Po prostu wcześniejsze

konceptje takiego zjawiska nie przewidywały (Williams, Calnan 1996: 1611-12). Medykalizacja to proces, a nie stan, co powoduje, że jej charakter zmienia się wraz ze zmieniającymi się warunkami społecznymi, w tym na skutek aktywności jednostek. Sądzi tak większość badaczy, w tym także ci, na których się najczęściej powołuje Peter Conrad jak i Adele Clarke. W wielu tekstach na temat medykalizacji pacjent z obiektu, przedmiotu medycznego oglądu i kontroli staje się bardziej aktywnym, świadomym i poinformowanym uczestnikiem. Z tego względu zarówno Adele Clarke jak i Peter Conrad nie tylko dokonują analiz procesów medykalizacji w skali makro, na poziomie społeczeństw, państw, czy globalnych procesów. Epstein zauważa, że jednym z obszarów zgodności koncepcji Adele Clarke jak i Petera Conrada jest przejście w badaniach nad medykalizacją na poziom mikro i mezo, czyli skupienie się na jednostce/konsumencie/użytkowniku (2008 za: Figert 2011:293). Jego zdaniem, podejście „od dołu” jest konieczne dlatego, że współczesne procesy medykalizacji, kierunki rozwoju biomedycyny mogą być zrozumiane jedynie wtedy, gdy równocześnie poszukiwać się będzie nowych form działania jednostek rozumianych jako reakcja na nową sytuację: ich zagubienia, oporu, odpowiedzialności, uległości i podporządkowania, moralności, poczucia obywatelskości, podmiotowości (Epstein 2008 za: Figert 2011:293). Według oceny Franka Furediego, coraz trudniej jest utrzymać tezę, że pacjent jest biernym celem medycznej kontroli, gdyż ostatnie dwie dekady wyraźnie pokazały pojawienie się „pacjenta eksperta”, organizacji pacjenckich i grup samopomocy, których celem jest między innymi kontestowanie władzy lekarzy. Rzucają one wyzwanie medycznej diagnozie i ekspertyzie, przypisują laickiemu doświadczeniu uprzywilejowany status oraz domagają się uznania ich instytucjonalnej, naukowej i kulturowej roli w konstruowaniu choroby.

Zatem obok odgórnego ograniczania autonomii lekarzy poprzez działania państwa i firm prywatnych, istnieją jeszcze oddolne naciski ze strony wyedukowanych, aktywnych pacjentów, którzy domagają się bardziej partnerskich relacji, większej kontroli poczynań lekarzy, a nawet wpływu na definiowanie chorób. Podejrzliwość wobec lekarzy była wzmacniana także przez uaktywnianie się alternatywnych sił, takich jak: przedstawiciele „medycyny alternatywnej”, zorganizowane grupy pacjenckie, a także za sprawą profesjonalizacji innych grup zawodowych jak na przykład pielęgniarstwa. Pewną konkurencją są obecnie także psychologowie, trenerzy, dietetycy, uzdrowiciele, różnego rodzaju doradcy, którzy z wielką ochotą dokonują diagnozy „prawie każdej choroby” (Furedi 2006:15). Willem Tousijn obok „menadżeryzmu” jako przyczynę zmniejszenia się

autonomii medycyny wymienia „konsumeryzm medyczny”. Może on mieć związek z rozwojem kultury obrony praw obywatelskich (jak jest we Włoszech), ale chyba bardziej rozwojem praw konsumenckich. Autor wymienia trzy grupy zjawisk, do których muszą się odnieść środowiska lekarskie: po pierwsze nowe podejście i zachowanie indywidualnych pacjentów w relacjach z lekarzami: wymaganie większej ilości informacji i możliwości uczestnictwa, mniejsze stosowanie się do zaleceń lekarza, rosnąca skłonność do korzystania z „medycyny alternatywnej” i samolecznictwa oraz większa skłonność do składania skarg na lekarzy i procesowania się. Po drugie powstawanie grup konsumenckich i ruchów praw konsumenta (w tym pacjenta). Po trzecie, w pewnym stopniu na skutek zaistnienia dwóch pierwszych zjawisk, rozprzestrzenianie się instytucjonalnych mechanizmów w organizacjach opieki zdrowotnej takich jak karty pacjenta, czy obecność przedstawicieli pacjentów w organach kontrolnych lub opiniodawczych szpitali (na przykład rady społeczne). Tousijn zwraca jednak uwagę na szereg badań, które wskazują na to, że obraz refleksyjnego czy „znającego się na rzeczy” pacjenta nie jest do końca prawdziwy. Szereg badań, na które się powołuje, pokazują że szacunek do lekarza i konsumenckie podejście do opieki zdrowotnej zależy od takich czynników jak wiek, wykształcenie czy powaga choroby, które to zmniejszają bądź zwiększają roszczeniowość pacjenta i sprzyjają, bądź nie większemu szacunkowi wobec lekarza (Lupton 1997; Britten 2001; Calnan and Gabe 2001; Salmon and Hall 2003; Kuhlmann 2004 za: Tousijn 2006:472). Sami lekarze mimo że nie zaprzeczają iż pacjenci się zmieniają, nie uważają zbyt często (jedynie ok 15-16%), iż stanowi to zagrożenie dla ich autonomii. Ponadto opisywana początkowo jako zagrożenie czy konkurencja dla lekarzy „medycyna alternatywna” zamiast początkowego odrzucenia także została z powodzeniem włączona (oczywiście częściowo) do niektórych systemów konwencjonalnej opieki zdrowotnej. Wnioski, które formułuje Tousijn są zatem takie: zarówno menadżeryzm jak i konsumeryzm są wymieniane jako główne czynniki zmniejszające zakres autonomii lekarzy, niemniej jednak nie są to zjawiska uniwersalne (nie wszyscy pacjenci stali się roszczeniowo nastawionymi konsumentami, nie w każdej specjalności medycznej menadżerowie lub urzędnicy mają takie same możliwości ingerencji i nie wszyscy lekarze są równie podatni na naciski z góry jak i z dołu (Tousijn 2006:478).

Odkrycie, że w procesach medykalizacji uczestniczą również pacjenci (nieraz wbrew lekarzom) pokazuje, że początkowe koncepcje medykalizacji rozumianej jako imperializm profesji medycznej były zbyt uproszczone. Na zjawisko to należy spoglądać raczej jak na wypadkową dążeń wielu grup interesu. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na pewien

aspekt, o którym pisze Tousijn, mianowicie rolę „konsumeryzmu medycznego” w osłabianiu pozycji lekarzy. Współcześnie obserwowane wzmocnienie siły pacjenta w relacjach z lekarzem jest wynikiem rozwoju praw pacjenta oraz (co wg Tousijna jest ważniejsze) praw konsumenckich. I rzeczywiście, zaobserwować można, że paralelnym do procesów komercjalizacji sektora ochrony zdrowia jest zjawisko przekształcania relacji lekarz – pacjent w bardziej równoważną relację lekarz – klient (konsument). Na pierwszy rzut oka wydaje się to zjawisko pozytywne, gdyż zgodnie z zasadą „nasz klient, nasz pan” wiąże się to z zerwaniem z paternalizmem lekarzy i upodmiotowieniem pacjenta. Jednak moim zdaniem, że przekształcając pacjenta w konsumenta usług medycznych, wpada on w rzeczywistość rządzącą się tymi samymi zasadami jakie panują w innych branżach, z czego, z punktu widzenia też mojej pracy, najważniejsze są marketingowe praktyki kształtowania potrzeb i postaw konsumenta. Analizując przykłady medykalizacji w dalszej części tekstu postaram się wykazać, że aktywność laików w procesach medykalizacji w dużym stopniu kształtowana jest przez działania marketingowe firm farmaceutycznych lub niekiedy innych komercyjnych podmiotów w branży medycznej.

2.3. Nowe technologie i odkrycia naukowe w biomedycynie

Obraz przemian zachodzących w ramach medycyny i procesów medykalizacji byłby niepełny, gdybym nie włączył do niego rozwoju technologicznego, dającego narzędzia do całkiem nowego sposobu uprawiania nauki (w tym oczywiście medycyny). W ostatnich dekadach XX wieku i na początku wieku XXI, biomedycyna znajduje się pod coraz większym wpływem rozwoju technologii i nauki. Bez tego niemożliwe byłoby zwrócenie się w kierunku „medycyny nadzoru” („*surveillance medicine*”), która obejmuje całą populację opieką bazując na danych populacyjnych i czynnikach ryzyka. Termin ten używa David Armstrong (1995) chcąc zaakcentować różnice pomiędzy nią, a medycyną szpitalną (biomedycyną): o ile „medycyna szpitalna” nakierowana była na leczenie chorego, „medycyna nadzoru” uzbrojona w komputery, coraz potężniejsze bazy danych i zaawansowane narzędzia statystyczne, stawia za cel opiekę nad całą populacją – w tym nad zdrowymi²⁸ skupiając się na poszukiwaniach rozmaitych czynników ryzyka zachorowania, swoistych „protochorobach” i „protochorych”.

Rola nauki w rozwoju medycyny nie jest jednoznaczna. Z jednej strony, tradycyjny model

²⁸ Szerzej o nim będzie mowa w III części rozprawy. W części drugiej nie będę korzystał z podziału zaproponowanego przez autora i nowoczesną medycynę bazującą na nowych technologiach diagnostycznych, rozwoju informatyki i biostatystyki będę nazywał za Clarke „biomedycyną”.

biomedycyny z mechanicystyczną koncepcją ciała nie jest już jedyną perspektywą ponieważ coraz bardziej zauważana i doceniana przez lekarzy jest tzw. socjopsychosomatyka, oraz takie „socjologizujące” pojęcia jak socjoetiologia, jakość życia, zachowania zdrowotne²⁹ (Klamut 1996, Piątkowski 2008) i opierające się na niej badania epidemiologów społecznych i socjologów medycyny, ale z drugiej strony zasilają ją nowe odkrycia z zakresu genetyki, biologii molekularnej, czy farmakologii³⁰. Działające na wyobraźnię postępy tych dyscyplin niemożliwe byłby z kolei bez rozwoju technologii informatycznych i wielkich mocy obliczeniowych komputerów wykorzystywanych w badaniach. Zmiany, które się dokonują w obrębie biomedycyny dotyczą jej społecznej organizacji, przedmiotów jej dociekań, czy metod i narzędzi interwencji biomedycznych. Clarke wyróżnia trzy obszary „technoscjentyzacji” biomedycyny:

1. komputeryzacja i rozwój medycznych baz danych,
2. molekularyzacja i genetyzacja,
3. rozwój technologii medycznych (Clarke et al. 2003: 173-176).

Funkcjonowanie biomedycyny jest w coraz większym stopniu uzależnione od informatyki i cyfrowych baz danych. Jedną z ważniejszych zmian w ramach organizacji biomedycyny jest reorganizacja i szerszy dostęp do indywidualnych danych medycznych pacjentów. Wciąż rozwijające się technologie cyfrowe dotyczące oprogramowania, przetwarzania i archiwizowania danych, pozwoliły na coraz większe zintegrowanie danych medycznych w rozbudowanych i szeroko dostępnych bazach danych, a także systemowe ich wykorzystanie. Korzystanie z nich za pośrednictwem różnych systemów używanych przez rozmaite instytucje, mają zapewnić wypracowywane standardowe formaty. Dzięki temu, lekarze, szpitale, farmaceuci, firmy ubezpieczeniowe w coraz łatwiejszy sposób mogą przekazywać sobie informacje o pacjentach. Te nowe infrastruktury cyfrowe nie tylko ułatwiają monitoring zdrowia pacjenta, ale także wytwarzają coraz gęstszą sieć połączeń pomiędzy publiczną i prywatną sferą opieki zdrowotnej i rozwijają biomedyczny nadzór.

Clarke zwraca uwagę na to, że skomputeryzowane bazy danych obejmujące wielkie

29 Fakt ten przez część autorów uznawany jest za przejaw demedykalizacji. Kwestia ta poruszana będzie w rozdziale IV.

30 W. Piątkowski zwraca uwagę, że dająca się obserwować w badaniach podstawowych i naukach klinicznych rewolucja genetyczna, może wręcz „...podważyć paradygmaty holistyczne, społeczno-ekologiczne modele zdrowia, przyjęte dotąd powszechnie i podlegające swoistej petryfikacji poglądy o kluczowym wpływie stylu życia i środowiska społecznego na zdrowie.” i dalej powołując się na M. Latoszka przewiduje, że „...albo nastąpi rewolucja genetyczna w naukach klinicznych i ich praktycznych zastosowaniach i w efekcie biomedycyna zredukuje znaczenie profilaktyki i promocji zdrowia łącznie z marginalizacją nauk o zachowania na tym obszarze, albo okaże się, że ten rzekomy przełom to rodzaj myślenia życzeniowego, pomysł mediów, odległa perspektywa dodatkowo ograniczona barierą kosztów, odcinającą taką ofertę od przeciętnego pacjenta” (Piątkowski 2004: 253).

populacje pacjentów, uwzględniające wiele zmiennych, umożliwiły w oparciu o pochodzące z nich dane, konstruowanie „technologii wspomagających podejmowanie decyzji medycznych”, a także przyczyniły się do wykształcenia się wysoce skodyfikowanych procedur diagnostyki i leczenia, których efektywność, sensowność czy bezpieczeństwo oceniane jest na podstawie badań populacyjnych. Owe technologie i procedury według Clarke są niezbędne procesom biomedycyzacji do rozwoju i w zasadzie stanowią ich istotę. Co więcej, implementacja zaawansowanych metod statystycznych uzasadniana jest racjonalizacją opieki medycznej, zmniejszaniem „niepotrzebnych” czy „uznaniowo” podejmowanych terapii, ale przyczynia się jednakże do zwiększonej kontroli lekarzy, zmniejszenia się ich autonomii w podejmowaniu decyzji (w tym mniejszych możliwości uwzględniania specyfiki danego przypadku). Zmniejsza także autonomię pacjenta w zakresie podejmowania decyzji na temat leczenia (Clarke et al. 2003: 174-175).

Procesy medycyzacji w dużej mierze opierają się również na biologii molekularnej, powstałej w latach trzydziestych XX wieku, której ukoronowaniem było odkrycie DNA w latach pięćdziesiątych. Próby zrozumienia istoty chorób na poziomie molekularnym, protein, genów wytworzyły nowe sposoby uprawiania nauki. Genetyka, w tym „*Human Genome Project*” - projekt mapowania ludzkiego genomu, rozbudził wyobraźnię naukowców, a może jeszcze bardziej laików. Pomysł by opisać cały genom człowieka stał się przedmiotem wielu pompatycznych metafor: działalność zaangażowanych w ten projekt naukowców określano mianem poszukiwania „Świętego Grala”, odkrywaniem „esencji ludzkiego życia”, czy dekodowaniem „księgi życia”. Jego celem było odnalezienie chemicznego lub genetycznego podłoża około czterech tysięcy dziedzicznych chorób, a także zidentyfikowanie powiązań genetycznych z innymi chorobami, w nadziei, że umożliwi to wynalezienie nowych leków bądź sposobów prewencji. Wraz z postępami naukowców, projekt wykroczył poza swoje pierwotne cele, przyczyniając się do powstawania coraz większej ilości wysuwania twierdzeń o genetycznej etiologii chorób, stanów, czy zachowań (Conrad, Gabe 1999: 506). Jak zauważa Jan Domaradzki, mimo że jedynie 2% chorób człowieka ma charakter monogenetyczny, to wśród badaczy i opinii publicznej rozpowszechnione jest przekonanie o istnieniu powiązania genów i chorób oraz zachowań i cech osobowości (2012: 3). „Nowa genetyka” inicjuje więc badania mające na celu odkrywanie genetycznych czynników takich chorób jak cukrzyca, choroby serca, czy choroba Alzheimera, niemniej jednak testy na te (multigenowe) choroby mają jedynie charakter predyspozycyjny (Siemińska 2008: 41).

Odkrycia biologii molekularnej umożliwiły powstanie inżynierii genetycznej, która nie zajmuje się odkrywaniem właściwości leczniczych „naturalnych” substancji, ale komputerowo wygenerowanymi molekularnymi i genetycznymi „projektami”. Inną nową dziedziną jest farmakogenetyka sprawdzająca interakcje pomiędzy różnymi genami i lekami, dająca nadzieję na farmaceutyki dostosowywane specjalnie do jednostek lub grup o określonych cechach. Badania z tych dziedzin są wysoce zależne od komputerów. Ogromne ilości danych, setki interakcji pomiędzy genami zwiększających lub zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia różnych chorób wymagają potężnych mocy obliczeniowych. Clarke pisze, że to właśnie genetyka stoi w awangardzie nowoczesnej nauki i technologii. Co więcej, stwierdza że obecnie założeniem medycyny nie jest leczenie szwankującego ciała, ale jego przeprojektowanie. Takie transformacje ciał mają się odbywać „od wewnątrz”, poprzez zmianę ich kodu genetycznego, a nie tak, jak robi to obecnie chirurgia plastyczna (Clarke et al. 2003: 175-176).

Nowe technologie medyczne za sprawą komputerów i innych nowoczesnych wynalazków modyfikują procesy medykalizacji w coraz to nowy sposób. Umożliwiają one, między innymi, łączenie z ludzkim ciałem sztucznych, sterowanych komputerowo kończyn, urządzeń automatycznie, w ciągły sposób, aplikujących insulinę diabetykom, czy rozruszniki serca. Możliwy jest także elektronicznie sterowany rozrost kości, transplantacja specjalnie wyhodowanych części ciała itd. Clarke zwraca także uwagę na technologie obrazowania, które zdigitalizowane są coraz lepszej rozdzielczości, łatwiej je przechowywać i przekazywać innym instytucjom. Także transplantologia z działalności typowo lokalnej o charakterze dobroczynnym, umiejscowioną w lokalnym szpitalu, stała się dzięki Internetowi i szeroko dostępnym bazach danych, międzynarodową siecią organizacji dystrybucyjnych³¹. Clarke i współautorki uznają Internet za kluczową technologię medykalizacji i przytaczają jego inne, obecne zastosowania w medycynie: operacje online, edukacja konsumentów/pacjentów, opieka kliniczna, transakcje finansowe i administracyjne, badania, a także zdalne nauczanie pracowników sektora medycznego (Clarke et al. 2003: 175-176).

3. Medykalizacja: wybrane przykłady.

Rozdział drugi trzeciej części rozprawy miał na celu przedstawienie kontekstu pojawienia

³¹ Clarke pisze równocześnie, że w tym procesie widać także rozwarstwiająca funkcję biomedykalizacji: globalizacja transplantologii rozwija zjawisko kupowania narządów przez bogatych od biednych (najczęściej przez Internet).

się i charakterystyki drugiej fali medykalizacji. Za cytowanymi autorami przyjąłem, że na jej obecny kształt złożyły się takie procesy jak korporatyzacja medycyny i systemów opieki zdrowotnej, częściowe przekształcenie niezależnej profesji lekarzy w pracowników rządzonych przez menadżerów systemów opieki zdrowotnej, oraz zwiększające się znaczenie i aktywność pacjentów. Przemiany tego typu byłyby niemożliwe gdyby nie osiągnięcia nauk informatycznych oraz szersze włączenie statystyki do medycyny. Ważną rolę należy też przypisać postępowi w genetyce i jej rosnącej popularności.

Jak starałem się pokazać, przyczyną wszystkich omawianych przemian jest nowy porządek kapitalizmu zdeorganizowanego z kurczącym się państwem i jego regulacjami, zanikającym społeczeństwem obywatelskim i sferą polityki, a z drugiej strony rozrastającym się, kosztem tych pierwszych, niekontrolowanym rynkiem zdominowanym jedynie przez międzynarodowe korporacje i mobilny kapitał.

Zamierzam teraz pokazać kilka przykładów medykalizacji, które mają za zadanie potwierdzić postawione przeze mnie hipotezy. Każdy z nich zaprezentuję jako proces będący mniej lub bardziej bezpośrednio skutkiem gry nakierowanych na maksymalizację zysku firm biotechnologicznych. Wybór przykładów jest celowy, gdyż każdy z nich obrazować ma inne aspekty medykalizacji i rolę poszczególnych „agentów medykalizacji”. Ta różnorodność medykalizacji, moim zdaniem, oddaje dobrze charakter zdeorganizowania współczesnego kapitalizmu. Kapitalizm nie kieruje się jakąś ściśle określoną ideologią, angażuje się wszędzie tam, gdzie widzi perspektywy zysków. To powoduje, że łatwo wytłumaczyć można pojawiające się równoległe trendy, które są wzajemnie sprzeczne. Kryterium zysku, które dominuje w myśleniu o zdrowiu i medycynie marginalizuje postawy polegające na rozumieniu medycyny jako nauki, której celem jest dążenie do prawdy, czyniąc z niej kolejną branżę sektora usług, o standardowych metodach. Prywatne szpitale, firmy farmaceutyczne, branża ubezpieczeń zdrowotnych szukają dla swoich produktów „grup docelowych” konsumentów („*target groups*”), do których kierują swój przekaz marketingowy, dostosowując się do ich potrzeb lub nawet często je kreując. „Prawdziwe” kryterium medyczne jest w tych działaniach mniej istotne.

By uporządkować ten szeroki obszar, „*case studies*” podzieliłem na trzy rodzaje, według autorskiej typologii zaproponowanej, w części pierwszej:

1. Po pierwsze, przypadki medykalizacji zjawisk czy stanów o złożonej etiologii, które polegają na zredukowaniu ich do poziomu biochemicznego procesu w organizmie. Znalazły się tu: medykalizacja depresji, nieśmiałości i problemów

seksualnych.

2. Po drugie, na przykładzie medykalizacji procesów fizjologicznych towarzyszących starzeniu się (przypadek osteoporozy), pokazana zostanie patologizacja niegdyś „naturalnych” stanów czy procesów przez wieki aprobowanych i akceptowanych.
3. Po trzecie, przedstawione będzie zjawisko „*human enhancement*”, które przetłumaczyć można jako „ulepszanie człowieka”. Tego typu procesy klasyfikuje się jako przejaw medykalizacji, gdyż to właśnie medycyna podjęła się zadania rozwoju tej sfery usług. Jako przykład „*human enhancement*” zaprezentowane zostaną coraz szersze zastosowania leków bazujących na ludzkim hormonie wzrostu.

Sądzę, że bardzo istotne jest wyraźne zaznaczenie, że kategorie te nie są rozłączne. Konkretnie przykłady mogłyby być również przedstawione jako przejaw innego rodzaju medykalizacji. Przypadek medykalizacji zaburzeń erekcji, która w dużej mierze została przyspieszona przez wynalezienie Viagry, w pracy stanowi przykład biologicznego redukcjonizmu w seksuologii, ale równie dobrze można by na nim pokazać jak postępuje medykalizacja procesu starzenia się mężczyzn (którego naturalnym efektem jest również obniżenie się sprawności seksualnej). Wielki sukces marketingowy Viagry możliwy był także z powodu potraktowania tego leku jako swego rodzaju afrodyzjaku, którego duża część klientów stosuje po to by zwielokrotnić swoje możliwości seksualne. W takim kontekście, z kolei fenomen Viagry można uznać za przykład ulepszania jakości swojego życia za pomocą procedur medycznych. Przykład Viagry i zaburzeń erekcji pokazuje więc, jak złożone i wielowymiarowe jest zjawisko medykalizacji, przez co zapewne równie dobrze struktura tego rozdziału mogłaby wyglądać całkiem inaczej.

Na początek, w rozdziale 3.1, opisane zostaną przykłady medykalizacji depresji i nieśmiałości, które doprowadziły do wybuchu epidemii tych problemów w populacjach. Jak się okaże, rosnąca liczba cierpiących z tych powodów jest wynikiem tak zwanej rewolucji w psychiatrii, która polegała między innymi, na odejściu od koncepcji psychodynamicznych i związanych z nimi psychoterapii, w kierunku neuropsychiatrii i psychofarmakologii. W dalszych podrozdziałach postaram się pokazać, że zmiany te były zgodne z interesem nie tylko psychiatrów, dążących do powiększenia autorytetu swojej dyscypliny, ale i producentów leków, firm ubezpieczeniowych i państwa. Szczególną rolę w „epidemii depresji” przypisać należy firmom farmaceutycznym, które według krytyków psychiatrii, skorumpowały tę dyscyplinę, co stawia pod znakiem zapytania obiektywność uprawianej nauki.

Tym niepokojącym problemem zajmuje się wielu badaczy, którzy dla opisu zjawiska nieformalnego wpływu na medycynę i lekarzy ukuli termin „*disease mongering*” co można przetłumaczyć jako „chorobotwórstwo komercyjne”. W rozdziale 3.2, przybliżę ten proceder poprzez prezentację medykalizacji nieśmiałości, a także problemów seksualnych, starzenia się (osteoporozy) oraz promowania nowych zastosowań dla ludzkiego hormonu wzrostu. Jako element „chorobotwórstwa” zaliczam również tzw. „ghostwriting”, czyli pisanie przez firmy farmaceutyczne artykułów do czasopism naukowych, których jawnym autorem zostaje uznany autorytet. Ten fragment znajdzie się na końcu części III.

3.1. Epidemia depresji i lęku społecznego: uboczny skutek rewolucji w psychiatrii

Psychiatria stanowi wciąż jeden z najszerszych obszarów, na których trwa ofensywa „sił medykalizacji”. Zrozumiałe zatem, że to pod jej adresem kierowana jest duża część krytyki. Wydaje się, że debata odnosząca się do spektakularnego postępu współczesnej psychiatrii (wspartej odkryciami w ramach psychofarmakologii i genetyki) prowadzona jest z dwóch przeciwstawnych pozycji teoretycznych. Psychopatologia zatem opisywana jest po pierwsze z perspektywy „medycznego naturalizmu”, którego założeniem jest realny, obiektywny i niezmienny świat naturalnych jednostek chorobowych. Postęp psychiatrii polega w tym ujęciu na coraz to bardziej zaawansowanych i adekwatnie oddających rzeczywistość kategorii diagnostycznych, które się odkrywa, tak jak odkrywa się nieznane chorobotwórcze drobnoustroje. Dla krytyków takiego podejścia, z których wielu również można by uznać również za krytyków medykalizacji, psychopatię należy rozpatrywać korzystając z dorobku „społecznego konstrukttywizmu”. Uważają oni, że brak „twardych wskaźników” w psychiatrii świadczy, że wszystkie diagnozy funkcjonalne są niepewne lub nawet fałszywe. Za Foucaultem (bądź Derridą) stwierdzają, że choroby psychiczne są produktem działalności ekspertów zdrowia psychicznego, a zatem zamiast badania psychopatologii jako takiej, proponują badania w jaki sposób psychopatologia jest przedstawiana czy społecznie konstruowana (Pilgrim, Bentall 1999: 261). „Medyczny naturalizm”, który zdaje się dominować obecnie w psychiatrii, bezpośrednio jest związany z „biologizacją” zaburzeń psychicznych. Sprzeciw wobec sprowadzeniu zaburzeń psychicznych do dysfunkcji pracy mózgu w wyniku nieprawidłowej gospodarki hormonalnej bądź obciążeń genetycznych można uznać za nową falę „antypsychiatrii”, w której uczestniczą znów socjologowie, ale również bardziej

„humanistycznie” czy „konstruktywistycznie” nastawieni psychiatrzy. W poniższym podrozdziale przedstawię ową krytykę na przykładzie dyskusji dotyczącej dwóch bardzo rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych we współczesnych społeczeństwach: depresji i fobii społecznej. Historia powstawania tych zaburzeń i osiągnięcie przez nie statusu głównych problemów zdrowotnych we współczesnych społeczeństwach jest bardzo podobna (można ją opisać w obu przypadkach jako redukcję do prostego biologicznego procesu zjawisk czy stanów o wysoce złożonej socjo-psycho-somatycznej etiologii).

3.1.1. Gdzie się podział „normalny” smutek i „zwykła” nieśmiałość?

Od ekspertów i z mediów dowiadujemy się wciąż, że zachorowalność na depresję jest ogromna i rośnie w szybkim tempie. Mówi się wręcz, że jest chorobą noszącą znamiona epidemii. Niektórzy badacze poddają jednak w wątpliwość istnienie depresji, tak jak się ją obecnie definiuje, a kategorię chorych jako homogeniczną grupę. Roger Mulder wymienia szereg przyczyn wzrostu zachorowalności na to zaburzenie:

1. uważa, że mylone są osoby „chore” (*ill*) z tymi, które dzielą z nimi podobne symptomy, z powodu samego „istnienia” epidemii depresji w świadomości społecznej, na skutek podejmowania strategii prewencyjnych, kampanii uświadamiających, istnienia funduszy na walkę z tym problemem, grup pacjenckich, specjalistów z tej dziedziny i tak dalej.
2. efekt określonego sposobu definiowania zaburzenia (odkąd objawami choroby są pospolite symptomy, które nie są analizowane z uwzględnieniem społecznego kontekstu oraz okoliczności ich pojawienia się,
3. częste diagnozowanie depresji zgodne jest z interesami firm farmaceutycznych, badaczy oraz klinicystów,
4. zmienia się społeczne konstruowanie smutku i stresu (rozumienie normalności i patologii) (Mulder 2008: 241-242).

Pogląd Muldera zdają się dzielić Allan Horwitz i Jerome Wakefield, autorzy książki *Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, którzy przekonują, że za epidemiczne rozmiary tego zjawiska odpowiada poszerzenie zakresu symptomów choroby, w skutek czego normalne uczucie smutku zaczęto poddawać terapii tak samo jak depresję. Według nich, tak naprawdę nowa, bazująca na symptomach definicja zaburzenia nie rozróżnia smutku od choroby psychicznej (Horwitz, Wakefield

2009: 49).

Zjawisko „patologicznego smutku”, dzisiaj nazywanego depresją znane jest już od bardzo dawna. Pierwsza znana definicja (wtedy melancholii) pochodzi z V wieku p.n.e., której autorem był Hipokrates. Uważał on, że jeśli strach lub smutek trwa przez dłuższy czas to mamy do czynienia z melancholią. Dodatkowo wspominał on o możliwości wystąpienia innych symptomów zaburzenia takich jak awersja do jedzenia, zwątpienie, bezsenność, nerwowość, niecierpliwość (Roccatagliata 1968 za: Horwitz, Wakefield 2009: 50). Hipokrates i inni antyczni lekarze rozumieli, że te same symptomy w pewnych przypadkach mogły oznaczać zaburzenia depresyjne, a w innych być normalnymi reakcjami wynikającymi z jakiejś realnej straty. To czy objawy smutki i niepokoju są jednocześnie symptomami zaburzenia zależało od okresu ich trwania. Arystoteles wyróżniał „bezpodstawne przygnębienie”, które charakteryzowało się intensywnością smutku nieproporcjonalną do dotykających jednostkę zdarzeń (Jackson 1986, 32 za: Horwitz, Wakefield 2009: 50).

Zatem normalny smutek przez kilka tysięcy lat aż do czasów współczesnych był uważany za smutek z jakiegoś powodu (strata bliskiej osoby, lub inne bolesne przeżycia), natomiast melancholia, czy depresja była smutkiem „bez powodu”. Ten drugi przypadek zdarzał się niezmiernie rzadko, ale cechowała je długotrwałość i powtarzalność. Ponieważ dla otoczenia smutek i niepokój melancholika był nieuzasadniony, zakładano, że wynika ono z pewnego defektu czy dysfunkcji wymagającej profesjonalnej opieki. Podobne rozróżnienie opisywali Rober Burton w klasycznej książce *The Anatomy of Melancholy* (1621), czy już w XX wieku Zygmunta Freud w dziele *Mourning and Melancholia* (Żałoba i melancholia). Dla Freuda, żałoba jest zwykłym etapem w życiu człowieka i jako taka nie wymaga terapii. Zakłada się, że po pewnym czasie żałoba się skończy więc wszelkie w nią interwencje uważane są niewskazane a nawet szkodliwe. Różnica zatem między zaburzeniem, a normalną osobą, nie leży w charakterze symptomów. Zaburzenie zaczyna się poprzez przekształcenie się normalnego smutku w stan patologiczny. Problem polega na tym, że współczesna psychiatria zaczyna ignorować tę klasyfikację i zalicza wszystko do kategorii zaburzeń psychicznych medykaliżując w ten sposób nieodłączne, zwykle część ludzkiej egzystencji, jakim jest żałoba, smutek czy cierpienie. Horwitz i Wakefield przekonują, że proces ten umożliwiły zmiany definicji zaburzenia depresyjnego w DSM-III (Horwitz, Wakefield 2009:51-52). Według nich o medykaliżacji smutku świadczą dane pokazujące wzrost różnych wskaźników występowania depresji, a także zwiększenie się zainteresowania medycyny tym problemem.

Wielu badaczy twierdzi, że duża i na dodatek coraz większa część społeczeństwa cierpi z powodu objawów depresji. Przytaczają oni badania epidemiologiczne, według których ciężkie zaburzenie depresyjne (*Major Depressive Disorder* - MDD) dotyka w ciągu roku około 7% ludzi oraz prawie 17% w ciągu całego życia (Horwitz 2010: 101). Co więcej, odsetki te rosną. U każdej następnej kohorty stwierdzano więcej zaburzeń depresyjnych niż w poprzednich generacjach (Klerman, Weissman, 1989 za: Horwitz, Wakefield 2009: 52). Z tego względu szeroko rozpowszechnione jest przekonanie, że depresja rozprzestrzenia się w niepokojącym tempie, pomimo że te rosnące wskaźniki są bardziej efektem sposobu mierzenia występowania depresji w populacji niż prawdziwego wzrostu zachorowań. Potwierdza to duża rozpiętość wyników badań w różnych krajach. Wskaźnik rozpowszechnienia ciężkiej depresji w badaniach środowiskowych wynosił od 0,6 do 10,3 na 100 mieszkańców (w ciągu roku). Najwyższe wyniki uzyskano w USA, Nowej Zelandii oraz Zurychu, natomiast najmniejsze w środowisku miejskim na Tajwanie (Rymaszewska et al. 2005: 196). W Polsce na przewlekłą depresję uskarżało się 3% badanych (2,5% obecnie, 0,5% w przeszłości) (Główny Urząd Statystyczny 2011: 132). Także grupa leczonych na depresję w USA wzrosła w ciągu ostatnich lat bardzo szybko. Pomiedzy 1987 a 1997 rokiem liczba pacjentów zwiększyła się o 300% (Olafson et al. 2002 za: Horwitz, Wakefield 2009: 52). W Polsce, od 2000 do 2004 roku liczba leczonych pacjentów na depresję i nerwice wzrosła o 235%. Marcin Wojnar, autor badań dotyczących odsetka osób z depresją zgłaszających się do lekarza ogólnego, stwierdza, że tak duży wzrost oczywiście nie może świadczyć o zwiększeniu się zachorowalności Polaków, ale raczej o większej wykrywalności zaburzenia przez lekarzy jak i rosnącej świadomości diagnostycznej samych pacjentów (Nasze Zdrowie II 2004). W jego badaniach, przeprowadzonych w 2000 roku, w które zaangażowana była firma Servier, producent leku Valdoxan, okazało się, że spośród wszystkich pacjentów zgłaszających się do lekarza ogólnego z jakimkolwiek problemem prawie 20,5% (!) zdiagnozowano depresję (Wojnar et al. 2002: 192). Także ilość przepisywanych antydepresantów się zwiększa, czyniąc z nich jedne z najlepiej sprzedających się farmaceutyków. W USA pomiędzy 1988 a 2000 rokiem ich konsumpcja się niemal potroiła. Każdego miesiąca 10% amerykańskich kobiet i 4% mężczyzn przyjmuje jakiś antydepresant, a w latach dziewięćdziesiątych wydatki na nie wzrosła o 600% osiągając poziom 7 miliardów dolarów w 2000 roku (Zuvekas 2005 za: Horwitz, Wakefield 2009: 53). W Polsce proces ten jest jeszcze bardziej imponujący, gdyż jak podawał Wprost, od 1992 do 2001 roku wartość sprzedawanych antydepresantów wzrosła z 2 do 34 mln dolarów (Górecki 2002). Ostrzega się, że depresja powoduje i

będzie powodowała coraz większe koszty społeczne, WHO ostrzega że do 2020 roku zaburzenie to będzie drugą przyczyną niepełnosprawności (za chorobami serca). Wraz z opublikowaniem DSM-III, skokowo wzrosła liczba podejmowanych badań naukowych, a także znacząco zwiększyła się ilość publikacji na ten temat. Podobny wzrost zainteresowania depresją obserwować można w mediach. Książki o depresji są bestsellerami, problem pojawia się w serialach i filmach, piszą o nim poradniki dla kobiet, ale i najbardziej poważane tytuły prasowe.

Liczby mogą wywoływać wrażenie, że ludzie być może posiadają coraz bardziej delikatną konstytucję psychiczną. Powszechnie jednak łączy się zapadalność na zaburzenia nastroju z procesami modernizacji. Potwierdzać mają to wyniki badań, według których istnieje pozytywna korelacja między ryzykiem zachorowania na depresję w ciągu całego życia, a wielkością PKB na głowę w danym kraju. Zachorowalność ma być też związana z coraz większą obecnością chorób cywilizacyjnych, zmniejszającym się poziomem kapitału społecznego, rosnącymi nierównościami społecznymi, atomizacją społeczeństwa. Więcej tego typu socjologicznych czynników depresji (kulturze indywidualizmu, nacisku na samorealizację, społecznej anomii) pisze wyczerpująco Dorota Rancew-Sikora (2012). W tym kontekście jednak wymienia się także takie zjawiska jak przejedzenie, niedożywienie, siedzący tryb życia, niedobór światła słonecznego, zbyt mała ilość snu, izolacja społeczna (Hidaka 2012). W Polsce, obok czynników o charakterze globalnym, owe rosnące wskaźniki zachorowalności oraz konsumpcji antydepresantów zestawień można z przejściem od gospodarki centralnie planowanej, obowiązku pracy, egalitaryzmu do rodzących napięcia, nierówności społecznych, bezrobocia, poczucia zagrożenia w pracy, rosnących wymagań systemu wolnorynkowego, przy jednoczesnej erozji wpływu konserwatywnych autorytetów (w tym Kościoła). Ponadto winą obarczane bywają media, które stale wystawiając nas na ekstremalne bogactwo i piękno sprawiają, że poprzez porównanie czujemy, że życie toczy się gdzieś indziej (Horwitz, Wakefield 2009: 54).

Uwzględnianie socjologicznych czy ekologicznych czynników epidemii depresji (na poziomach makro, mezo czy mikro) niewątpliwie przyczynia się do wzbogacenia wiedzy na ten temat, ale skala epidemii musi budzić podejrzenia, czy obserwujemy „obiektywny” wzrost częstości zachorowań na depresję. Według Horwitza i Wakefielda nie ma oczywistych okoliczności, które wyjaśniłyby taki ogromny wzrost liczby chorych na depresję. Jak stwierdzają – powyżej przytoczone społeczne czynniki tłumaczyłyby jedynie powiększanie się zwykłego uczucia smutku czy frustracji, a nie epidemii zaburzeń psychicznych (Ibid: 54). Zauważają oni, że nie został zidentyfikowany albo nawet nie był

teoretycznie rozważany środowiskowy patogen, który mógłby przyczyniać się do rzeczywistego wzrostu psychologicznie, społecznie czy fizjologicznie wzbudzanych dysfunkcji mózgu. Postęp w efektywnym leczeniu zaburzeń depresyjnych za pomocą leków psychotropowych skutkowało częstszym podejmowaniem leczenia stanów, wobec których, w opinii lekarzy, farmakoterapia mogła odnieść jakikolwiek pozytywny skutek i przypuszczalnie postęp ten mógł powodować diagnozowanie depresji w przypadkach, które kiedyś byłyby uznane za niepewne. Dla Pierre'a Pignarre'a wynalezienie antydepresantów wręcz wpłynęło na współczesne rozumienie depresji. Według niego, obecnie depresją jest to, co podatne jest na leczenie tymi farmaceutykami. Innymi słowy, samo istnienie efektywnej farmakoterapii depresji mogło skłaniać lekarzy do jej stosowania i diagnozowania ludzi jako chorych na depresję (Pignarre 2001: 71 za: Petersen 2009: 56-57). Mogli oni zatem wychodzić z założenia, że nie leki nie zaszkodzą, a jest szansa, że pomogą. Ale to zjawisko raczej nie tłumaczy tak wielkiego wzrostu diagnozowanych depresji. Według Horwitza i Wakefielda, występowanie depresji w populacji nie jest wcale coraz częstsze. Jest to efekt łączenia się dwóch oddzielnych kategorii: normalnego smutku (na przykład żałoby po utracie bliskiej osoby) i zaburzeń depresyjnych. Obecna „epidemia depresji” oprócz wielu czynników społecznych, była możliwa dzięki zmianie definicji psychiatrycznych, które pozwoliły zaklasyfikować smutek jako chorobę. Rezultatem była masowa medykalizacja smutku, który w końcu jest naturalnym stanem emocjonalnym nieodłącznie związanym z ludzkim życiem (Horwitz, Wakefield 2009: 54).

W przypadku DSM-II, z definicji depresji, wtedy nazywanej *Depressive Neurosis*, wynikała głęboka różnica pomiędzy normalnym smutkiem a zaburzeniem psychicznym. Bezwarunkowo odróżnione w niej były stany depresyjne będące proporcjonalną odpowiedzią na stratę od tych „nadmiernych”, a więc nieproporcjonalnych. Symptomy depresji nie zostały wymienione, w założeniu, że psychiatrzy je znają. Takie rozwiązanie wynika z faktu, iż psychiatra diagnozować zaburzenie musi nie poprzez zidentyfikowanie symptomów, ale poprzez rozpoznanie ich przyczyn, czyli zaistnienia wewnętrznego konfliktu lub sytuacji straty bliskiej osoby czy cenionego dobytku, która wyzwoliła nieproporcjonalną reakcję (Horwitz, Wakefield 2009: 56).

Jednakże od roku 1980 definicje zaburzeń psychicznych (w tym depresji) zaczęły być diagnozowane jedynie na podstawie obserwowalnych symptomów. W ten sposób powstało dużo jednostek chorobowych o jednoznacznie określonych kryteriach wystąpienia. Obecnie obowiązująca definicja depresji (*Major Depressive Disorder* – MDD) według

Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pochodzi z klasyfikacji DSM-IV-TR opublikowanej w 2000 roku. Żeby zdiagnozować u pacjenta MDD, należy spośród poniżej wymienionych dziewięciu symptomów obserwować przez minimum dwa tygodnie, co najmniej pięć (pierwszy i drugi w owej piątce muszą się znaleźć):

1. obniżony nastrój
2. wyraźnie zmniejszone zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania wszystkich lub niemal wszystkich czynności
3. znaczący spadek bądź przyrost masy ciała
4. bezsenność bądź zbyt duża senność
5. zaburzenia psychomotoryczne (spowolnienie)
6. zmęczenie lub utrata energii
7. poczucie bezwartościowości lub nadmierne albo nieuzasadnione poczucie winy
8. zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji a także kłopoty z podejmowaniem decyzji
9. powtarzające się myśli o śmierci lub myśli a nawet próby samobójcze (American Psychiatric Association 2000: 356)

Horwitz i Wakefield zwracają jednak uwagę na dodatkową informację w definicji, za pomocą której można odróżnić depresję od intensywnego smutku. Mianowicie, z depresją mamy do czynienia wtedy, gdy symptomy nie są lepiej wyjaśniane przez żalobę. Co to oznacza? Fakt utraty bliskiej osoby oczywiście pozwala na przeżywanie żaloby, która może się manifestować powyższymi symptomami depresji, ale jeśli utrzymują się one dłużej niż dwa miesiące lub są wśród nich poważniejsze objawy jak znacząca niepełnosprawność funkcjonalna, myśli samobójcze, czy psychozy) to dla psychiatry powinien być to sygnał ostrzegawczy. Zatem pacjentom nie zdiagnozuje się depresji, jeśli zmieszczą się w „normalnym okresie żaloby” i nie będą przejawiali poważniejszych symptomów. Autorzy ci zwracają uwagę, iż ów wyjątek związany z żalobą jest, wedle definicji DSM, jedynym możliwym przypadkiem istnienia niepatologicznego, intensywnego smutku. Zastanawiają się jednocześnie, co z innymi, często równie stresogennymi zdarzeniami jak na przykład zdrada czy porzucenie przez współmałżonka (życiowego partnera), pomijanie przy wyczekiwanych awansach w pracy, nie zdanie testu istotnego dla kariery zawodowej, dowiedzenie się o zagrażającej życiu chorobie (swojemu bądź bliskiej osoby), przeżycie upokorzenia na skutek ujawnienia kompromitującego zachowania itp. Definicja MDD nie wykluczając smutku na skutek wystąpienia tych zdarzeń, klasyfikuje je jako prawdziwe zaburzenia psychiatryczne. Ocena zdrowia

psychicznego wyłącznie na podstawie wymienionych powyżej symptomów, bez uwzględnienia kontekstu ich wystąpienia, spowodowała zatem, że współczesna psychiatria jako zaburzenie psychiczne traktuje zwykle cierpienia życiowe (Horwitz, Wakefield 2009: 55).

Podobny proces, jak opisany powyżej, dotyczy nieśmiałości. W związku z faktem, iż strach czy niepokój jest normalną, ukształtowaną w toku ewolucji reakcją na zagrożenia, oddzielenie reakcji mieszczących się w „normie” od tych „nienormalnych” jest wysoce utrudnione. Wiadomo, że onieśmienie jest uczuciem, które doświadczane jest w określonych sytuacjach przez praktycznie wszystkich ludzi. Niepokoić może perspektywa publicznego wystąpienia, randki z nowo poznaną osobą, spowiedź, spotkanie w sprawie pracy, rozmowa z osobą postrzeganą jako autorytet. Oczywiście istnieją ludzie, którzy permanentnie odczuwają niepewność, frustrację, samotność spowodowanymi nieśmiałością, którą rozumieją jako nieodłączną cechę ich osobowości, przeszkadzającą w wykonywaniu zwykłych czynności związanych z życiem codziennym. Ta bardziej dolegliwa forma nieśmiałości w drugiej połowie XX wieku zaczęła być traktowana jako zaburzenie psychiczne. Problem polega na tym, że wydaje się, że w tej kategorii klasyfikowane są przypadki, które dla wielu nie będą stanowić przykładu odchylenia od normy, które uzasadniałoby uznanie ich za chorobę i podjęcie farmakoterapii.

Początki i kariera fobii społecznej są niemal takie same jak w przypadku omawianej wcześniej depresji. Współczesne zaburzenia niepokoju pojawiły się w 1980 roku w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, i w 1992 roku w międzynarodowej klasyfikacji WHO – *International Classification of Diseases*. Trudność w ustaleniu granicy pomiędzy „zwykłą” nieśmiałością i nieśmiałością patologiczną, a także pomiędzy poszczególnymi rodzajami zaburzeń psychicznych wynika z tego, że klasyfikacje chorób psychicznych opierają się nie tylko na „obiektywnej” wiedzy klinicznej ale i społecznie uwarunkowanych ocenach „odpowiedniego” zachowania (Conrad 2004 za: Scott 2006: 134). Autorzy publikacji *Social Anxiety Disorder: A Guide* stwierdzili, że nie jest jasne, gdzie się kończy nieśmiałość, a zaczyna patologiczny „niepokój społeczny” i pewien poziom tego zaburzenia występuje u każdego (Greist, Jefferson, Katzelnick 2000 za: Lane 2007a, 4). Istnieją badania, w których twierdzi się, że nieśmiałości, fobii społecznej i osobowości unikającej nie można traktować jako oddzielnych problemów o osobnej etiologii, lecz raczej należy uznać je za ten sam problem o różnym stopniu nasilenia czy, że nawet są one alternatywnymi konceptualizacjami tego samego zaburzenia (Rettew 2000 za: Hales, Shahrokh, Bourgeois 2008; Ralevski, et al. 2005; Tillfors et al. 2004; Widigier

1992). Analizując kluczowe objawy fobii społecznej pochodzące z klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wydaje się, że wszystkie z nich można uznać za cechy osoby nieśmiałej. Granica pomiędzy nieśmiałością, a zaburzeniem może być jedynie dość arbitralnie ustalona przez eksperta, który w zasadzie musi poprzestać na ocenie, w jakim stopniu nasilenie objawów stanowi przeszkodę w „normalnym”, codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Co istotne, „norma” to kryterium wysoce uwarunkowane kulturowo. Ponadto obiektywności diagnozy zagraża także sam psychiatra czy psycholog posługujący się jakimś osobistym wyobrażeniem „normalnego” funkcjonowania.

Nieśmiałość nie zawsze była traktowana jak zaburzenie, a nawet nie zawsze była traktowana jak problem. Christopher Lane we wstępie swojej książki *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, opisując nieśmiałość swojej matki jako małej dziewczynki, podsumował ówczesny stosunek dorosłych do dziecięcej nieśmiałości: „W pokoleniu mojej matki nieśmiali ludzie byli postrzegani jako jednostki introwertyczne i trochę dziwaczne, ale nigdy nie chore psychicznie. Dorośli zachwycali się ich wstydlivością, rezerwą i poszukiwaniem samotności” (Lane 2007a: 1). Badania Patricii McDaniel, która przeanalizowała 191 książek i poradników wydanych od 1950 do 1990 roku, ukazały kulturowe i historyczne uwarunkowanie postrzegania zjawiska nieśmiałości. Według niej poziom niepokoju związanego z nieśmiałością wzrasta w czasach gdy postrzega się ją jako barierę w osiągnięciu intymności w relacjach heteroseksualnych. Podczas gdy w latach pięćdziesiątych kobiety były zachęcane do bycia „dobrymi żonami”, skromnie ustępującym miejsca mężczyznom, w latach 80tych i 90tych poradniki zaczęły definiować nieśmiałość negatywnie: jako nieumiejętność otwarcia się na innych, empatycznego słuchania, a także zachowywania się w sposób asertywny (McDaniel 2001 za: Scott 2006: 137). Nieśmiałość nie zawsze była także problemem dotyczącym wszystkich. Tradycyjnie była ona uznawana za jedną z bolączek kobiecych (Showalter 1985 za: Scott 2006: 137). Jako przykład takiego poglądu Scott przytacza *Bem Sex Role Inventory* gdzie nieśmiałość, tak jak współczucie, łatwowierność, zmienność nastrojów, nieprzewidywalność są zachowaniem kobiecym (Bem 1974 za: Scott 2006: 137). Podczas gdy nieśmiałość u mężczyzn była cechą negatywną, u kobiet i dzieci oceniano ją jako uroczą („cute”). Jednakże, jak pisze Scott, dawne granice pomiędzy płciami zanikają i dyskurs o nieśmiałości także staje się neutralny płciowo, który wydaje się z jednej strony inkluzywny i politycznie poprawny, ale z drugiej ugruntowuje przekonanie, że nieśmiałość jest podstępą epidemią, która potencjalnie zagraża nam wszystkim (Scott 2006: 138).

Początki fobii społecznej jako oddzielnej jednostki chorobowej opisuje dokładnie Christopher Lane. Pojęcie to zaczęło być używane w środowisku brytyjskich psychiatrów w późnych latach sześćdziesiątych XX wieku (Healy 1997 za: Lane 2007a: 71). Mimo że termin ten ukuł Pierre Janet w 1903 roku, dopiero za sprawą pracy Issaca Marksa i Michaela Geldera z 1966 roku będącej przeglądem kilkunastu rodzajów lęku, który zaobserwowali wśród swoich pacjentów, fobia społeczna została zauważona przez środowiska amerykańskich i brytyjskich psychiatrów. Marks i Gelder zauważyli, że mała grupa pacjentów (dziesięciu mężczyzn i piętnaście kobiet) wykazuje niepokój, kiedy ma uczestniczyć w sytuacjach społecznych. Zamiast unikać konkretnych obiektów jak na przykład pająki czy węże, starli się oni nie jadać w publicznych miejscach, preferując swoje biura zamiast zakładowej stołówki. Objawami ich cierpienia był na przykład strach przed zarumienieniem się w obecności innych, pójściem na tańce czy przyjęcie albo znalezieniem się w centrum uwagi (Marks, Gelder 1966 za: Lane 2007a: 71). „Pacjent, który bał się spacerowania po ulicy z powodu obaw przed wydaniem się śmiesznym w oczach innych ludzi” cierpieć miał z powodu niepokoju społecznego, a nie agorafobii, którą należy rozumieć jako lęk przed otwartą przestrzenią, tłumem. Zatem lęk społeczny odróżniali oni od agorafobii na podstawie zaistnienia faktu zakłopotania pacjenta. Autorzy pracy przyznawali jednak, że typ niepokoju nie zawsze był oczywisty i łatwo określony oraz, że rozróżnienie to jest raczej arbitralne. W klasyfikacji DSM-II wszystkie te objawy przyporządkowywano do kategorii „*anxiety neurosis*” czyli nerwicy lękowej i także Marks i Gelder nie ubolewali nad tym faktem, a nawet stwierdzili, iż „spojrzenie behawiorystyczne i psychoanalityczne preferuje jednolite wyjaśnianie fobii, a próby ich podziału okazały się bezowocne”. Kilka lat później, odnosząc się do prac nad DSM-III, Marks stwierdził, że nie ma dowodów na to, że fobia społeczna to odrębne zaburzenie. Mimo to, twórcy nowej klasyfikacji uznali pracę Marksa i Geldera za dowód istnienia fobii społecznej ignorując ich zastrzeżenia. Nie powstrzymał ich fakt, iż wyróżniona grupa była proporcjonalnie mała, oraz że różne przejawy lęku są tak ze sobą powiązane, że błędne jest ich rozdzielanie. Zatem, jak się okazuje, fobia społeczna, zaburzenie które zrobiło wielką karierę, powstało mimo że nie istniały żadne badania, które uzasadniałyby tą decyzję. Co więcej, do roku 1980, czyli momentu opublikowania DSM-III, opublikowano jeszcze inne raporty, w których jasno stwierdzano, że nie ma podstaw by traktować agorafobię i niepokój społeczny jako oddzielne syndromy (Lane 2007a: 71-72).

Fobia społeczna według ICD-10 definiowana jest jako zaburzenie, które: „... polega na strachu przed oceną innych ludzi, który prowadzi do unikania sytuacji społecznych.

Bardziej uogólnione fobie społeczne zwykle wiążą się z niską samooceną i strachem przed krytyką. Mogą się przejawiać jako skargi na czerwienie się, drżenie rąk, nudności lub parcie na mocz. Pacjent często bywa przekonany, że te wtórne przejawy lęku stanowią pierwotny problem. Objawy mogą nasilać się aż do napadu lęku panicznego.” Rabe-Jabłońska przytacza kluczowe objawy fobii społecznej oparte na klasyfikacji DSM-IV:

- Obawy, że słowa lub działania mogą prowadzić do upokorzenia, zawstydzenia,
- Narażenie lub myślenie o sytuacjach, które są przedmiotem obaw, wywołuje:
 - lęk,
 - fizjologiczne objawy (drżenie, zaczerwienienie, pocenie się),
- Obawy te są nieuzasadnione lub nadmierne,
- Unikanie sytuacji będących przedmiotem obaw lub doświadczanie podczas ich trwania silnego stresu i dyskomfortu,
- Problemy społeczne, zawodowe, istotne cierpienie, rosnące wraz z unikaniem, obawy lub lękowe oczekiwanie (lęk antycypacyjny). (Rabe-Jabłońska 2002:162; APA 2000:450)

DSM III i jego następne wersje doprowadziły do zasadniczej zmiany w ocenie zdrowia populacji Amerykanów. To co kiedyś było zwykłymi emocjami stało się stanem medycznym. Konsekwencją tego procesu jest fakt, że aż połowa Amerykanów w pewnym momencie swojego życia spełniała kryteria jakiegoś zaburzenia opisanego w klasyfikacji DSM IV (Kessler et al. 2005 za: Lane 2007a:3). O ile więc w 1979 roku nieśmiałość nie miała jeszcze statusu stanu medycznego, w 1993 roku uznano ją za trzecie najczęstsze zaburzenie psychiczne w USA za depresją i alkoholizmem (Lane 2007b), na które przepisuje się 200 milionów recept każdego roku, co daje firmom farmaceutycznym zyski rzędu 10 miliardów dolarów rocznie (Ireland, 2009:11). Psychiatrzy podkreślają bardzo dużą częstość jej występowania oraz poważne konsekwencje zdrowotne: „Fobia społeczna to powszechne, za rzadko leczone zaburzenie, które prowadzi do znaczącej niepełnosprawności funkcjonalnej” (Talepasand, Nokani 2010:522) i „...zwykle ma przebieg chroniczny, w wielu przypadkach prowadzi do inwalidztwa, jeśli nie jest prawidłowo leczona.” (Rabe-Jabłońska 2002:162).

Przywołajmy niektóre dane epidemiologiczne, dotyczące rozpowszechnienia fobii społecznej. Początkowo fobia społeczna była uważana za rzadkie zaburzenie. Na podstawie wczesnych amerykańskich i międzynarodowych badań epidemiologicznych oszacowano, że zaburzenie to kiedykolwiek w przeszłości występowało u 1-3% badanych

(Weismann, Bland, Caninio et al. 1996 za: Lipsitz, Schneier 2000: 24). Przykładowo, w USA, badania z lat 1980-1985 („*The Epidemiologic Catchment Area*”) wykazały, że zaburzenie to kiedykolwiek w przeszłości występowało u 2,7% Amerykanów (Schneier, Johnson, Hornig, et al. 1992 za: Talespand, Nokani 2010: 522), natomiast w późniejszych badaniach przeprowadzonych w 2008 roku, w ramach „*The National Comorbidity Survey*”, fobia społeczna stała się powszechnym zaburzeniem, które dotknęło 12,1% badanych kiedykolwiek w przeszłości i 7,1% w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy (Ruscio, Brown, Chiu, et al. 2008 za: Talespand, Nokani 2010: 522). W innych krajach Europejskich wyniki nowszych badań są bardzo zróżnicowane (od 2,2% (Carta, Hardoy, Cadeddu 2004: 31) do nawet 16% (Wacker, Müllejans, Klein, et al. 1992 za: Wittchen, Fehm 2003: 6), ale w porównaniu do badań prowadzonych pod koniec lat osiemdziesiątych i w latach dziewięćdziesiątych można zaobserwować tendencję wzrostową (Wittchen, Fehm 2003: 6). Fobia społeczna bardzo szybko stała się „powszechnym i nieodpowiednio leczonym” zaburzeniem gdyż, jak spostrzega Lane, już w 1993 roku (a zatem 13 lat od momentu uznania fobii społecznej za problem biomedyczny), problem ten uznano za trzecie (za depresją i alkoholizmem) najczęstsze zaburzenie psychiczne w USA (Lane 2007), na które przepisuje się 200 milionów recept każdego roku, co daje firmom farmaceutycznym zyski rzędu 10 miliardów dolarów rocznie (Ireland 2009).

Scott jako ważne aspekty medykalizacji w XXI wieku uważa rozwinięcie się tzw. „kosmetycznej psychofarmakologii” oraz kreowanie „chemicznie wspomaganych jaźni” (Williams 2003: za Scott 2006:138). Stosowane obecnie w leczeniu fobii społecznej farmaceutyki to inhibitory monoaminooksydozy (na przykład fenelzyna), betablokery, benzodiazepiny oraz selektywne inhibitory wychwytywania serotoniny (Prozac, Zoloft, Paxil/Seroxat) używane także w terapii depresji. Istnienie i działanie tych leków opiera się na założeniu, że niepokój, strach przed ludźmi jest wynikiem chemicznej nierównowagi w mózgu. Co jakiś czas odkrywanie nowego, „przełomowego” leku na nieśmiałość powoduje żywą reakcję mediów, które ukazują nieśmiałość jako chorobę powodującą wyniszczające cierpienie, uniemożliwiający normalne wykorzystywanie swojego potencjału, a lek jako „magiczną pigułkę”, przełom i nadzieję dla nieśmiałych. Przykładowo, David Thomas z *The Telegraph* donosi, że naukowcy w USA odkryli, że oksytocyna, hormon pomagający nawiązać więź emocjonalną pomiędzy matką i dzieckiem, wydzielany w czasie porodu, posiada właściwości do finansowania długotrwałych psycho redukujące poziom niepokoju i osłabiający fobie. Jak się dowiadujemy z artykułu, już zespoły badawcze z Europy, Azji i Ameryki ścigają się w skomercjalizowaniu „Społecznej Viagry” - leku

bazującego na tym hormonie. Cytowany w gazecie Paul Zak, profesor neurobiologii, który testował lek na setkach pacjentów stwierdził, że badania wykazały iż hormon ułatwia kontakty z innymi ludźmi, a ponadto lek oparty na oksytocynie nie uzależnia i nie posiada żadnych skutków ubocznych. W tym samym artykule podane są statystyki epidemiologiczne, które wskazują że „miliony ludzi w Wielkiej Brytanii cierpi z powodu nieśmiałości, a jeden na dziesięciu ludzi twierdzi, że nieśmiałość poważnie wpływa na ich codzienne życie”. Co ciekawe, w tym artykule rozważa się także inne zastosowania tego odkrycia. Lek mógłby pomóc nawiązywać lepsze relacje z dziećmi matkom, które mają z tym problem, sierotom z traumatycznymi doświadczeniami zaniedbywania i przemocy, ale także rozpylany podczas zamieszek (Thomas 2008). W *London Evening Standard* artykuł zatytułowano „Naukowcy odkryli cudowny lek porodowy, który może leczyć nieśmiałość”. W tym artykule szacunki dotyczące występowania nieśmiałości w Wielkiej Brytanii są jeszcze większe, 60% Brytyjczyków stwierdziło, że cierpiało z jej powodu (London Evening Standard 2008). Wcześniej tego typu doniesienia pojawiały się na temat leku o nazwie Seroxat firmy GSK (Independent 1998). Co ciekawe, ten lek także był przedstawiany jako specyfik bez skutków ubocznych, jednakże okazało się, że istnieją poważne doniesienia o zwiększonym ryzyku popełnienia samobójstwa przez przyjmujących go pacjentów (zwłaszcza młodych) (Daily Mail 2007).

Scott zwraca uwagę na to, że podejście biomedycyny w leczeniu nieśmiałości, tak jak w przypadku wielu innych problemów, skupia się na usuwaniu uciążliwych, ale powierzchownych objawów, a jej celem jest pomoc w jak najszybszym powrocie pacjenta do „normalnego” poziomu funkcjonowania. Stosowane obecnie leki na fobię społeczną redukując poziom niepokoju, ignoruje jednakże społeczny wymiar nieśmiałej osobowości umacniając rozpowszechnione przekonanie, że jest to problem pojedynczego umysłu, a nie jednostkowa reakcja na współczesne normy i wartości (Scott 2006:139). Agresywny marketing fobii społecznej oraz farmaceutyków, które mają ją leczyć spowodowały, że konsumpcja leków gwałtownie rośnie (Paton 2011), a pacjenci przyzwyczajają się do ekspresowych rozwiązań, które oferuje im rynek.

Podejście biomedyczne wyraża się także w próbach „genetyzacji” problemu nieśmiałości. Poszukiwania „genu nieśmiałości” z jednej strony mogą patologizować nieśmiałość poprzez wskazanie jej konkretnej przyczyny biologicznej, ale z drugiej strony zrzucić odpowiedzialność za swój stan z osób nieśmiałych. Istnienie obiektywnie istniejącego stanu nieśmiałości legitymizowanego przez naukę może pomóc nieśmiałym aktywnie poszukiwać diagnozy fobii społecznej czy niepokoju społecznego w celu przyjęcia „roli

chorego” i uzyskania korzyści w postaci dostępu do leczenia.

Pierwszy z „podejrzanych”, gen DRD4, który został okrzyknięty mianem „genu nieśmiałości” odpowiada jednak za otwartość na nowe doświadczenia czyli cechę, która wprawdzie koreluje z nieśmiałością, ale nie jest jedynym czynnikiem jej wystąpienia³². Dowody genetycznego uwarunkowania nieśmiałości zatem są ograniczone i nieprzekonujące nawet dla najbardziej biologicznie zorientowanych psychologów, którzy szacują dziedziczność tej cechy na 20-50% (Plomin 1990; Crozier 2001 za: Scott 2006: 140). Nawet wpływ odziedziczonych predyspozycji do nieśmiałości może być osłabiony. Badania Denise Daniels i Roberta Plomin, w których porównywano nieśmiałość adoptowanych dzieci z nieśmiałością rodziców biologicznych i adopcyjnych pokazały, że oczywiście w pewnym stopniu nieśmiałość dziedziczymy po rodzicach biologicznych, ale również, że adoptowane dzieci przejmują część cech społecznego zachowania ich adopcyjnych rodziców (Daniels, Plomin 1985).

Podsumowując ten fragment moich rozważań można stwierdzić, że zmiany w definiowaniu depresji i fobii społecznej stanowią dobry przykład rozszerzania granic choroby, poprzez poszerzenie kryteriów jej wystąpienia. Efektem jest ogromny wzrost liczby osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami. Horwitz i Wakefield wyraźnie opowiadają się za interpretacją „epidemii depresji” jako skutku manipulacji kryteriami diagnostycznymi i wydaje się, że to właśnie ten czynnik, a nie właściwości otoczenia społecznego stanowią główny powód jej „wybuchu”. Suzie Scott ma podobne zdanie odnośnie manipulacji kryteriami diagnostycznymi fobii społecznej. Kiedy jednak przyjrzymy się rosnącej liczbie zaburzeń w kolejnych klasyfikacjach (DSM-III, DSM-IV i DSM-IV TR), zobaczymy, że są to tylko dwa z wielu podobnych przypadków. Co więcej, uważam, że sam fakt opisania nowych zaburzeń w DSM-III spowodował, że wielu psychiatrów, lekarzy, terapeutów, a także samych pacjentów zaczęło dostrzegać w sobie cechy fobii społecznej bądź depresji (a przyglądając się ich kryteriom można dojść do wniosku, że nie jest to zbyt trudne). Nowe byty, jakimi są owe zaburzenia stały się przedmiotem badań klinicznych, wyniki takich dociekań trafiały do mediów i pacjentów, co powodowało, że coraz bardziej zaznaczała się ich obecność w świadomości społecznej, a nawet potocznym języku. Diagnozowanie przez lekarzy lub samych pacjentów takich zaburzeń ułatwia ponadto ich biologizacja (genetyzacja). Ludzie przekonywani (także

32 Gen DRD4 opowiadać też ma za poglądy lewicowe (Settle, Dawes, Christakis, Fowler 2010). Innym genem badanym pod tym kątem był gen RGS2, którego obecność u dzieci, studentów i osób w średnim wieku miała być czynnikiem skorelowanym z nieśmiałością u dzieci i introwersją u dorosłych (Hitti 2008).

przez łakome na zyski firmy farmaceutyczne), że ich problemy nie są ich winą, a jedynie chorobą polegającą na dysfunkcji mózgu, łatwiej akceptują diagnozę psychiatry, a nawet aktywnie jej poszukują. „Zmedykalizowani laicy” sami zaczynają interpretować swoje życie psychiczne w kategoriach medycznych, wzmacniając i utrwalając proces medykacji, co przypomina toczącą się kulę śniegową. Medykacja stanów emocjonalnych i problemów egzystencjalnych ludzi w ten sposób zaczyna żyć własnym życiem ciągle się rozszerzając.

Żeby jednak w pełni zrozumieć przekształcenia definicji depresji, fobii społecznej i innych zaburzeń psychicznych zmierzające w kierunku oparcia się na obserwowalnych symptomach, konieczne jest opisanie kontekstu społecznego, ekonomicznego i kulturowego w jakich owe zmiany miały miejsce. Dlaczego psychiatrzy podjęli się przeprowadzenia się tych zmian, czemu owe zmiany mają służyć, kto jest ich beneficjentem? Jak to się stało, że w ciągu kilku lat psychoanaliticy, „słynne kozetki” i odkrywanie nieuświadomionych lęków i pragnień zostały zmarginalizowane przez skany mózgu, badania neuroprzekazników i szeroki wachlarz farmakoterapii? W następnych podrozdziałach postaram się odpowiedzieć na te pytania.

3.1.2. Psychiatria przed rokiem 1980

W pierwszej połowie XX wieku w praktyce psychiatrycznej nie przywiązywano dużej wagi do pojedynczych kategorii diagnostycznych. Pierwsze oficjalne podręczniki (DSM-I z roku 1952 oraz DSM-II z roku 1968) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, reprezentowały perspektywę psychodynamiczną, a szczegółowe jednostki diagnostyczne nie odgrywały w nich ważnej roli. Według koncepcji psychodynamicznej, różnorakie symptomy nie ujawniały konkretnych jednostek chorobowych, ale były odbiciem leżących głębiej, często nieuświadomianych, konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych. Zakładano ówczasie, że symptomy stanowią więc symboliczne objawy, które mogą być zrozumiane jedynie wtedy, kiedy przeanalizowana zostanie biografia konkretnej jednostki. Według zwolenników psychodynamiki, wyodrębnianie dyskretnych zaburzeń wraz ze swoim unikalnym zestawem objawów jest niepoprawne. Wszelkie zaburzenia psychiczne według tej koncepcji można zredukować do podstawowego psychospołecznego procesu polegającego na błędnym przystosowaniu się jednostki do swojego otoczenia. Takie błędne przystosowanie może przyjąć różne formy: od mniej poważnej (neurozy) do bardzo poważnej (psychozy). Nie można określić zatem, dyskretnych zaburzeń psychicznych,

gdyż proces ten sam nie ma charakteru skokowego (Mayes, Horwitz 2005: 249-250).

Brak wyraźnej granicy między zdrowiem a chorobą psychiczną powoduje, że w zasadzie każdego można w pewnym momencie życia, w jakimś stopniu, uznać za chorego psychicznie. Jak stwierdzają Mayes i Horwitz (2005: 250), pomiędzy 1900 a 1970 rokiem psychoanaliza oprócz leczenia neuroz zajęła się bardziej ogólnymi nieakceptowanymi wzorami przystosowawczymi, charakterem, czy problemami osobistymi.

Dla psychiatrii lata siedemdziesiąte XX wieku w USA były bardzo trudne. Dominująca perspektywa teoretyczna (psychoanaliza) i dominujące leczenie zaburzeń psychicznych (psychoterapia), stały się obiektem silnej krytyki ze strony antypsychiatrów takich jak Liang, Cooper oraz Szasz, a także behawiorystów, utrzymujących że każde zachowanie, w tym psychopatologia, jest rezultatem normalnego procesu uczenia się, przez co zaburzenia psychiczne nie istnieją w sensie medycznym (Horwitz, Wakefield 2010: 57). Amerykańska psychiatria w tamtym okresie przeżywała również poważny kryzys, między innymi z powodu skandali, które nadszarpnęły jej reputację. Wysuwane wobec niej zarzuty to: imperialistyczne zapędy, za duża subiektywność, nienaukowość, charakteryzująca się nieuzasadnionym przekonaniem, że jest w stanie wyjaśniać i leczyć choroby psychiczne. Chyba najgłośniejszy skandal wybuchł po opublikowaniu w *Science* wyników słynnego eksperymentu Rosenhana (1973). Reputację psychiatrii osłabiała także zażarta wojna pomiędzy psychoanalitikami a neuropsychiatrami, wynikająca z fundamentalnych różnic dotyczących przyjętych metod i filozofii (Lane 2007a: 39-42). Niezadowolenie z funkcjonowania psychiatrii wyrażały ponadto firmy ubezpieczeniowe, którym nie podobał się brak finansowej odpowiedzialności i klinicznie potwierdzonej efektywności. W latach sześćdziesiątych wiele ubezpieczeń zaczęło także uwzględniać częściowe pokrywanie kosztów psychoterapii, a w latach siedemdziesiątych tą funkcję też zaczął spełniać federalny program Medicaid. Pieniądze przestały zatem być wewnętrzną sprawą pomiędzy psychiatrą a pacjentem. „Zdrowie” i „patologia” rozumiane w psychiatrii dynamicznej jako krańce kontinuum nie odpowiadały logice funkcjonowania ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy chcieli płacić za leczenie konkretnych chorób, którego efektywność miałaby być też możliwa do oceny. Firmy ubezpieczeniowe widziały w psychoanalizie „worek bez dna”, wymagający potencjalnie niekończących się zasobów, na leczenie, które często trwało latami. Zarówno więc prywatne jak i publiczne instytucje płacące za terapie wywierały presję by zmienić w pożądanym kierunku model dynamiczny w psychiatrii (Mayes, Horwitz 2005: 253).

Krytyce poddawano także preferowanie przez psychiatrów stosowaniu terapii wobec

ludzi, którzy borykali się z różnymi problemami życiowymi, ale nie byli „obiektywnie” „chorzy psychicznie”. Kirk i Kutchins wyjaśniają, że wydaje się, iż psychoterapeuci preferowali klientów, którzy byli młodzi, atrakcyjni, komunikatywni, inteligentni i zamożni, zaniedbując bardziej potrzebujących (1992: 19 za: Mayes, Horwitz 2005: 254). Skupianie się na takiej klienteli raziło, zwłaszcza w okresie gwałtownej deinstytucjonalizacji leczenia pacjentów psychiatrycznych. Polegała ona na zwalnianiu ze szpitali psychiatrycznych pacjentów przebywających tam przez długi czas. Deinstytucjonalizacja psychiatrii była reakcją na krytykę i miała przestać się kojarzyć ze szpitalami psychiatrycznymi, w których, pacjenci byli nawet na wiele lat izolowani od społeczeństwa. Jednym z czynników, które wspomagały ten proces było odkrycie i wprowadzenie do obiegu antypsychotycznego leku chlorpromazyna, dzięki któremu możliwe stało się uspokajanie wzburzonych pacjentów i kontrola najbardziej poważnych symptomów psychoz, dzięki czemu, przynajmniej w teorii mogli oni funkcjonować w społeczeństwie³³. Skutkiem tego procesu było powstanie kategorii chorych psychicznie, krążących pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej, często mających kłopoty z prawem, oraz nadużywających alkoholu i narkotyków. Dla psychiatrów-psychoanalityków tacy pacjenci (na przykład schizofrenicy, albo narkomani) byli nieatrakcyjni i frustrujący ze względu na napotykaną podczas leczenia trudności. Z tego względu często odsyłali ich do psychologów lub pracowników społecznych (Mayes, Horwitz 2005: 255).

Ze względu na fakt, że większość zwolnionych ze szpitali pacjentów nie reagowało na psychoanalizę i psychoterapię, stosowanie leków jako terapii stało się coraz powszechniejsze, a pod koniec lat siedemdziesiątych psychiatra nie przepisujący leków był już raczej wyjątkiem. Zatem nowy, pozaszpitalny, oparty na farmakoterapii model leczenia zaburzeń psychicznych stawał się coraz bardziej rozpowszechniony jeszcze przed publikacją klasyfikacji DSM-III (1980). Opierające się na obserwowalnych symptomach zaburzenia psychiczne, które pojawiły się w nowej edycji klasyfikacji DSM wspomogły proces zwiększania się roli farmakoterapii w psychiatrii. Natomiast psychoanaliza stawała się coraz bardziej marginalizowana z powodu niemożności zaspokojenia rosnących potrzeb leczenia osób poważnie chorych psychicznie w warunkach pozaszpitalnych. Nie była też w stanie wyodrębnić konkretnych jednostek diagnostycznych, które ułatwiłyby sprzedaż

33 Mayes i Horwitz przytaczają dane dotyczące zmniejszającej się liczby pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. W 1955 roku było ich 559 tys., dekadę później 475 tys., czyli o 15%. Kiedy zaczęto stosować chlorpromazynę, oraz walczyć o prawa obywatelskie chorych psychicznie, a państwo wprowadziło nową politykę dotyczącą ochrony zdrowia psychicznego, w ciągu piętnastu lat, do roku 1980 liczba hospitalizowanych pacjentów zmniejszyła się do 138 tys., a więc o niemal 60% (2005: 254-255).

leków (Mayes, Horwitz 2005: 255).

Zagrożeniem, które zdaniem Moyes'a i Horwitz'a zmobilizowało psychiatrów do zmian była rosnąca konkurencja w świadczeniu usług psychoterapeutycznych przez psychologów (klinicznych) czy pracowników socjalnych. Wydawało się, że psychodynamika nie musi być uprawiana jedynie przez psychiatrów, a przedstawiciele innych dyscyplin (medycznych i niemedycznych) są w stanie się jej nauczyć i ją stosować z podobnym skutkiem. Ze względu na fakt, iż nie było możliwe utrzymanie wyłączności na psychoterapię, psychiatrzy postawili na zdefiniowanie w nowy sposób swojej roli.

3.1.3. Kontratak psychiatrii zorientowanej biologicznie

Marginalizacja psychiatrii jako dyscypliny medycznej, rosnąca niechęć firm ubezpieczeniowych i instytucji rządowych do finansowania długotrwałych psychoterapii, potrzeba skonstruowania nowego sposobu leczenia pacjentów niegdyś trzymanyh w szpitalach psychiatrycznych, a obecnie żyjących „na wolności”, rosnąca konkurencja psychologów, doradców i pracowników socjalnych, zmusiły psychiatrów do rozważenia zmiany definicji zaburzeń psychicznych.

Włodzimierz Brodniak, zwrócił uwagę na to że „współczesna psychiatria w przyspieszonym tempie staje się 'psychiatrią biomolekularną', co w pewnym sensie ją nobilituje przez włączenie w nurt medycyny molekularnej początku XXI w. Na kongresach i zjazdach naukowych psychiatrzy coraz więcej dyskutują o receptorach, strukturach chemicznych, neurotransmisji i aktywacji kwasów rybonukleinowych, a w codziennej praktyce lekarskiej prawie wyłącznie rozmawia się o lekach i ich wzajemnych interakcjach” (Brodniak 2002: 237). Podłożem teoretycznym rewolucyjnych zmian w psychiatrii była tzw teoria nierównowagi chemicznej, którą zaczęto rozwijać dużo wcześniej niż w latach siedemdziesiątych. Pomysł, że depresję powoduje chemiczna nierównowaga w mózgu zaproponowana została po raz pierwszy w późnych latach pięćdziesiątych i wczesnych latach sześćdziesiątych przez kilku różnych naukowców. Początkowo obserwowano pod tym kątem noradrenalinę, ale do połowy lat sześćdziesiątych zainteresowanie przeniosło się na serotoninę, co w końcu doprowadziło do odkrycia antydepresantów typu SSRI takich jak Prozac czy Paxil. Największe znaczenie miało odkrycie, że podawanie farmaceutyków działających na poziom serotoniny może w różny sposób wpływać na nastrój. W ten sposób wywnioskowano, że rezultatem zbyt niskiego poziomu serotoniny może być depresja. Uświadomienie sobie, że można wpływać

na nastroj poprzez manipulację chemiczną spowodowało znaczący rozwój badań na ten temat oraz diametralnie zmieniło psychiatrię, spojrzenie na „chorobę psychiczną” oraz branżę farmaceutyczną (Leo, Lacasse 2005: 35-36).

Dla psychiatrów o orientacji biologicznej teoria ta stanowiła bodziec w przekształceniu psychiatrii posługującej się dotąd głównie psychoterapią, której celem było rozwiązywanie problemów życia codziennego, w naukę oferującą pacjentom leczenie chorób o charakterze organicznym. Branża farmaceutyczna także zmieniła swoje oblicze. Firmy farmaceutyczne stały się niemal najbardziej zyskownymi przedsięwzięciami komercyjnymi, coraz bardziej opierając swoją strategię rozwoju na lekach psychotropowych czy tzw „*lifestyle drugs*”. W 2007 roku antydepresanty były najczęściej przepisywanymi lekami w USA, na ich reklamy przeznaczono 1,5 miliarda dolarów, w których przedstawiane były jak środki pozwalające pomóc pacjentom przejść przez góry i dolki normalnego, codziennego życia (Leo, Lacasse 2005: 36).

Przełom w amerykańskiej (a potem światowej) psychiatrii nastąpił w roku 1980. Wtedy to opublikowana została III wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III), która wzorowała się na diagnostycznym modelu biomedycyny. Zmianie uległ charakter zaburzeń psychicznych, odrzucono dotychczasowy paradygmat i przyjęto całkiem nowy system klasyfikacji. Psychiatria stała się dyscypliną opartą na diagnozie. Mayes i Horwitz uważają, że te rewolucyjne zmiany paradygmatu nie były zarówno efektem przyrostu wiedzy, ani przyspieszenia procesu medykalizacji ludzkich problemów. Jest to według nich raczej efekt standaryzacji diagnoz psychiatrycznych, które zostały wymuszone, przez narastającą krytykę dyscypliny oraz jej obniżający się status (Mayes, Horwitz 2005: 249). Uważają oni, że już wcześniej psychoanaliza zmedykalizowała (spatologizowała) wiele normalnych zachowań ludzkich, poddając je terapii, natomiast w klasyfikacji DSM-III jedynie przekształcono je w konkretne jednostki zaburzeń psychicznych (2005: 251). Jest to niewątpliwie prawda, jednakże wydaje się, że można mówić także w tym przypadku o medykalizacji, ale na innym poziomie. Mianowicie zmedykalizowaniu poddana została psychiatria jako dyscyplina, którą przekształcono niemal całkowicie w neuropsychiatrię, a problemy psychiczne starano się zredukować do „nierównowagi chemicznej mózgu” (Leo, Lacasse 2008).

Prace nad tym ważnym dokumentem, rozpoczęły się sześć lat wcześniej. Wtedy to Judd Marmor, prezes Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), poprosił Roberta Spitzera o przewodniczenie strategicznej grupie mającej za zadanie dokonać uaktualnienia podręcznika zaburzeń psychicznych. DSM II z roku 1968 roku, oferowało jedynie

pobieżne opisy mniej niż 200 jednostek chorobowych i było uważane za nieaktualne i miejscami nieprawidłowe, a także w wielu miejscach „skażone” psychoanalizą. Dodając do tego obserwowane powiększanie się wydatków na leczenie i wiążący się z nimi, coraz większy nacisk na ich ograniczanie, psychoanaliza, której koszty były trudne do oszacowania, jej przeciwnikom jawiła się jako zbędne obciążenie. W tej sytuacji Melvin Sabshin, ówczesny dyrektor medyczny APA, zwolennik „*evidence-based psychiatry*” zdecydował, że nowe DSM powinno polegać w większym stopniu na danych, niż na opiniach czy ideologii. Dzięki temu według niego dyscyplina będzie lepiej przygotowana na zmienną presję ekonomiczną (czyli na przykład łatwiej będzie rozliczać usługi psychiatrów w ramach amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej) (Lane 2007a: 39-42).

Powołana do opracowania nowej DSM grupa zadaniowa składała się psychiatrów, którzy byli zwolennikami tłumaczenia zaburzeń psychicznych przyczynami o charakterze biochemicznym i genetycznym. Byli to naukowcy zaangażowani w medycznie zorientowane, badania diagnostyczne, a nie w praktykę kliniczną (Millon 1986 za: Mayes, Horwitz 2005: 259). Sześćioletni okres prac zespołu pod przewodnictwem Dra Roberta Spitzera nad klasyfikacją DSM III Christopher Lane opisuje, jako okres nonszalanckiego kreowania nowych zaburzeń i arbitralnego podziału istniejących. „Odkryto” wtedy 112 nowych zaburzeń i kategorii zaburzeń (Lane 2007a: 42). DSM III i jego następne wersje doprowadziły do zasadniczej zmiany w ocenie zdrowia Amerykanów. Orientacja bazująca na symptomach znacząco wsparła biologiczną wizję zdrowia psychicznego, neuronauki, chemię mózgu i leki, marginalizując dominujące przez dekady podejście psychospołeczne (Mayes, Horwitz 2005: 258). To co kiedyś było zwykłymi emocjami stało się stanem medycznym. Konsekwencją tego procesu jest fakt, że aż połowa Amerykanów w pewnym momencie swojego życia spełniała kryteria jakiegoś zaburzenia opisanego w klasyfikacji DSM-IV (Kessler et al. 2005 za: Lane 2007a: 3). Przykładowo, David Healy oceniając zmienione kryteria depresji stwierdził, że spowodowało to tysiąckrotne zwiększenie się liczby dotkniętych tym zaburzeniem (Healy 2004 za: Lane 2007a: 43). Do podobnych wniosków dochodzi psycholog kliniczny Oliver James, autor książki „*Britain on the Couch*”, której podtytuł można przetłumaczyć w następujący sposób: „Dlaczego jesteśmy bardziej nieszczęśliwi niż w latach pięćdziesiątych, mimo że jesteśmy bogatsi: terapia społeczeństwa z niskim poziomem serotoniny”. Zauważa on w niej mianowicie, że około jedna trzecia dorosłych Brytyjczyków może mieć postawioną diagnozę jakiegoś zaburzenia psychicznego, a dodając do nich tych, którzy wykazują tendencje do przemocy i agresji, wychodzi na to, że profesjonalnej pomocy potrzebuje około połowa populacji,

czyli jakieś dwadzieścia milionów ludzi (James 1997 za: Fitzpatrick 2001: 106). Te rewolucyjne zmiany w diagnostyce psychiatrycznej, skutkowały zatem równie radykalnymi zmianami w poziomie zapadalności na choroby psychiczne. Wydaje się, że zarówno z punktu widzenia historii nauki, jak i analiz epidemiologicznych, przełom o takiej skali jest czymś co najmniej podejrzanym, budząc obawy, że jego podłożem nie jest realny postęp naukowy w tej dziedzinie, a w grę wchodzić musiały inne, pozamedyczne czynniki.

Christopher Lane prace i motywacje psychiatrów przygotowujących te dokumenty ocenia bardzo surowo. Spitzer utrzymywał, że jego zespół, doprowadził do reformy psychiatrii popadającej w coraz większy kryzys, poprawił wiele błędów, odkrył pozostające w ukryciu zaburzenia, a także uchronił tysiące ludzi przed niepotrzebnym cierpieniem. Lane (który w ramach prac nad swoją książką rozmawiał ze Spitzerem) jednakże uważa, że psychiatrzy z tego zespołu troszczyli się przede wszystkim o to, by wyeliminować z psychiatrii psychoanalitików i ich etiologię zaburzeń psychicznych (a także kojarzące się z psychoanalizą nazewnictwo, m.in. jej fundamentalny termin „neuroza”), nagrodzić odpowiednimi definicjami zaburzeń swoich sojuszników, oraz zapewnić sobie chwałę za wyrzucenie jakiegoś terminu ze słownika (Lane 2007a: 3). Na podstawie notatek ze spotkań komisji, listów przesyłanych między jej członkami i innymi psychiatrami Lane ocenił, że członkowie zespołu podejmowali tak ważne decyzje opierając się na bardzo wątplych podstawach empirycznych, co nawet przyznawał jeden z uczestników prac (Lane 2007a: 44). Lane przytacza wiele wypowiedzi innych uczestników i obserwatorów opracowywania klasyfikacji, z których wyłania się obraz niepokojącego chaosu podczas spotkań, wymuszania swoich koncepcji przez uczestników, podejmowania decyzji na podstawie własnych odczuć czy wrażeń, a nie faktów. Nic więc dziwnego, że część obserwatorów oceniało klasyfikację negatywnie (według nich na przykład posiadała rażące braki oraz była wewnętrznie sprzeczna) (Lane 2007a: 44-46).

Efekt był trudny do zaakceptowania przez społeczność psychiatrów z kilku powodów. Po pierwsze, wybrani przez Spitzera współpracownicy reprezentowali taką samą perspektywę teoretyczną. Preferowali oni niemal bez wyjątku (oprócz Theodora Millona) nie Freuda ale Kraepelina – niemieckiego psychiatrę, twórcę klasyfikacji chorób psychicznych, które według niego miały być jedynie podkategorią chorób somatycznych, a wyodrębnić powinno się jej na podstawie wnikliwej obserwacji widzialnych symptomów zamiast niepotwierdzonych teorii etiologicznych. Pogląd że „zaburzenia psychiczne są podklasą zaburzeń medycznych” spotkał się z zarzutem nieuprawnionego redukcjonizmu, przez co

komisja ostatecznie zdefiniowała zaburzenia w mniej kontrowersyjny sposób: „...w DSM-III każde zaburzenie psychiczne jest definiowane jako klinicznie znaczący syndrom behawioralny lub psychologiczny” (Mayes, Horwitz 2005: 260).

Mimo wszystko, po jakimś czasie stało się oczywiste, że prace zespołu nie uwzględniają perspektyw innych szkół psychologicznych (psychoanalicy, mieli poczucie, że komisja zmienia psychiatrię ponad ich głowami). Wiele ustaleń było wynikiem kompromisu, który nie satysfakcjonował nikogo. Po drugie z powodu dużej złożoności nowych kategorii (konieczność i uwzględniania uwag, krytyki psychiatrów o różnych poglądach) duże było ryzyko błędu lub zwykłej niespójności, co budziło uzasadniony niepokój, gdyż w przyszłości klasyfikacja miała być podstawą oceny zdrowia psychicznego milionów ludzi.

Isaac Marks, z którym Christopher Lane przeprowadził wywiad, na pytanie o motywacje psychiatrów zajmujących się zmianami nazewnictwa zaburzeń psychicznych, przytoczył historię pewnej konferencji poświęconej zespołowi lęku napadowego. Konferencja ta odbyła się w Bostonie i sponsorowana była przez koncern farmaceutyczny Upjohn. Jak wspomina Marks, jego przedstawiciel całkiem otwarcie przyznał, że „...są trzy powody dla których Upjohn jest zainteresowany tymi diagnozami. Pierwszy z nich to pieniądze. Drugi to pieniądze. A trzeci to pieniądze.” (Lane 2007a: 74). Wiadomym faktem było, iż Upjohn zapłacił za konferencję ponieważ, miał nadzieję, iż obecni na niej eksperci wesprą ich lek Xanax (alprazolam), jako skuteczną terapię na zespół lęku napadowego. Niemniej jednak niektórzy zaprotestowali. Różnice między epizodami napadów lęku, a zespołem lęku napadowego były w najlepszym razie opisane dopiero w zarysie. Według Marksa obecność napadu lęku nie jest objawem jakiegokolwiek szczególnego zaburzenia lękowego, z tego powodu nie ma powodu do odróżniania zespołu napadu lękowego od zaburzeń niepokoju. Zastrzeżenia te, o których informował na omawianej konferencji nie tylko nie zostały wzięte pod uwagę, ale także spowodowały, że przestał być zapraszany na kluczowe konferencje dotyczące zespołu lęku napadowego. Marks ocenił, że strategia „osiągania konsensusu poprzez pomijanie zdania odszczepieńców” stała się wzorcem konstruowania innych zaburzeń (Lane 2007a: 74).

Stworzenie kategorii zespołu napadu lękowego, w ocenie Healy'ego (za: Lane 2007a: 75) było przez Spitzera i wielu innych psychiatrów, okazją do pozbycia się pojęcia neurozy lękowej, która rozumiana nie jako stan medyczny a zaburzenie emocjonalne, wiąże się z Freudem i psychoanalizą (Lane 2007a: 57). Rozbito zatem monolit dotychczasowej kategorii, a po przyjęciu zespołu napadu lękowego, tworzenie następnych zaburzeń lękowych stało się łatwiejsze. Do nowej klasyfikacji DSM włączono agorafobię (lęk przed

otwartą przestrzeń, tłumem) oraz fobię społeczną, ale wiadomo było, że istnieją zaburzenia lękowe, których nie sposób zakwalifikować do wymienionych powyżej jednostek. Większość zaburzeń lękowych zaklasyfikowano ostatecznie do nowej kategorii zaburzeń lękowych uogólnionych („*generalized anxiety disorder*”). Ostatecznie neuroza lękowa została zastąpiona siedmioma nowymi zaburzeniami³⁴: agorafobią, zespołem lęku napadowego (*panic disorder*), zespołem stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*), zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (*obsessive-compulsive disorder*), uogólnionymi zaburzeniami lękowymi (*generalized anxiety disorder*), fobią prostą (*simple phobia*), oraz fobią społeczną (Lane 2007a: 42).

Jak działała komisja tworząca DSM-III świadczy sposób prac nad zaburzeniami osobowości. Jedno z zaburzeń, które zamierzał wprowadzić do klasyfikacji Spitzer, miało nazywać się „*introverted personality disorder*”, a więc, „zespół osobowości introwertycznej”.

Kiedy Spitzer rozpowszechnił informację, że komisja zamierza włączyć IPD do klasyfikacji napłynęło wiele listów z protestami. Zarzucano Spitzerowi, że chce patologizować dobrze funkcjonujące w społeczeństwie, jednostki o osobowości introwertycznej, która tradycyjnie w psychologii i psychiatrii traktowana była jako norma. Jak opisuje to Lane, Spitzer uznawał część argumentacji swoich krytyków, ale tak naprawdę (co przyznawał przed swoimi współpracownikami), dążył za wszelką cenę do dołączenia zaburzenia do podręcznika (Lane 2007a: 79). Spitzer bronił się, że chodzi mu jedynie o ekstremalne formy introwertyzmu oraz że przekształca istniejące już zaburzenie, mianowicie „osobowość schizoidalną” (*schizoid personality*). Co ciekawe, w poprzednich wersjach DSM nie ma nigdzie słowa o introwersji rozumianej jako samodzielna kategoria diagnostyczna. Krytyka proponowanego zaburzenia przyszła też ze strony członków komisji. Przykładowo, Ann Chapell napisała, że termin jest błędnie używany ponieważ bazuje na jednej lub dwóch publikacjach, natomiast bibliografia na temat introwersji jest bardzo rozbudowana. Zarzuciła ona Spitzerowi korzystanie tylko z materiałów, które mogą potwierdzić jego pogląd (Lane 2007a: 85-87). Wobec krytyki z każdej strony Spitzer przejął nazwę istniejącego już Schizoidalnego Zaburzenia Osobowości (*Schizoid Personality Disorder*) i nadał mu całkiem nowe znaczenie. W DSM II zaburzenie to objawiało się nieśmiałością, nadwrażliwością, izolowaniem się, unikaniem bliskich lub opierających się na współzawodnictwie relacjach, oraz często ekscentrycznością. Częste jest myślenie autystyczne, fantazjowanie oraz niemożność wyrażenia wrogości oraz

34 W DSM IV-TR – tych zaburzeń jest już jedenaście (American Psychiatric Association, 2000: 429-430)

agresji. Na niepokojące doświadczenia pacjenci reagują wycofaniem (American Psychiatric Association 1968: 42). Natomiast w DSM III jednostki, które charakteryzowały się różnymi ekscentrycznymi sposobami komunikacji i zachowania, przez co miały trudności w utrzymywaniu relacji społecznych, zostały zaklasyfikowane jako osoby cierpiące na nowe zaburzenie „Osobowość schizotypowa” („*Schizotypal Personality Disorder*”), która silnie związana jest ze schizofrenią (American Psychiatric Association 1980: 310). Reszta, czyli osoby posiadające trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi ludźmi, ale nie objawiające dziwnych zachowań i sposobów komunikacji jak dawniej diagnozowano jako osobowości schizoidalne. Spitzer do tego zaburzenia dodał to co przedtem miało stanowić kryteria diagnostyczne oprotestowanej osobowości introwertycznej: jak czytamy w DSM III, osoby te charakteryzowała brak lub mała potrzeba kontaktów społecznych, zazwyczaj preferowanie samotności, brak bądź niewielu bliskich przyjaciół. Wydają się powściągliwi, zamknięci w sobie i odizolowani oraz dążący do samotniczych zainteresowań czy hobby. Osoby z tym zaburzeniem zazwyczaj nie mają poczucia humoru, i są pochmurne, a także nie okazują emocji w sytuacjach, które emocjonalna reakcja byłaby odpowiednia. Wydają się zazwyczaj „zimni” i „powściągliwi” (American Psychiatric Association 1980: 310)

Problem, za pomocą jakich kryteriów odróżnić fobię społeczną od schizoidalnego zaburzenia osobowości, stał się szczególnie palący w momencie, kiedy zdecydowano się włączyć do podręcznika całkiem nowe zaburzenie – Osobowość unikającą (lękliwą) (*Avoidant Personality Disorder*). Lane zastanawia się, jakimi powodami kierowali się członkowie komisji ustanawiając następną jednostkę diagnostyczną, której odrębność od fobii społecznej i osobowości schizoidalnej żaden z nich nie był w stanie precyzyjnie określić. Na przykład Klein, uważał, że można wyraźnie je rozróżnić, dzieląc ludzi na nie uczestniczących i nie pożąających relacji interpersonalnych oraz ludzi, którzy chcieliby w nich uczestniczyć, ale są zbyt nieśmiali. Zwolennicy tych zmian twierdzili, że dzięki nowym jednostkom chorobowym dostrzeżono problem, żaden cierpiący nie zostanie niezauważony, jednakże Lane powątpiewa czy cierpienie ludzi przedtem naprawdę był niezauważane i nieleczone? Czy rzeczywiście komisja psychiatrów ograniczyła się do zidentyfikowania chronicznych symptomów, które dotyczą niewielką liczbę ludzi, czy może raczej zajęła się wyolbrzymianiem powagi i częstości występowania tych symptomów, po to by dopasować je do przyjętych z góry definicji, poszerzenia zakresu zaburzeń by zwiększyć ich występowanie, a nawet zaliczanie do populacji nimi dotkniętej osób, które, wcześniej nawet nie uważały, że jest z nimi coś nie w porządku? (Lane 2007a:

93) David Healy w rozmowie z Lane'm zwrócił uwagę, że prace komisji miały na celu opracowanie kryteriów, które mogłyby objąć nawet mniej poważne przypadki. W przypadku kryteriów osobowości unikającej poprzeczka zawisła bardzo nisko. Zdaniem Lane'a wygląda na to, że członkowie komisji uznali za patologiczne każde zachowanie, które nie zaspokajało ich raczej niejasnych standardów uczestnictwa społecznego (Lane 2007a: 93-94). Cytuje on na przykład Theodora Millon'a który twierdził w 1978 roku, że podczas oceny „osobowości introwertycznych” psychiatrzy powinni bardziej odnosić się do ich charakterystycznej apatii, braku witalności, deficytu spontaniczności, nieumiejętności uzewnętrzniania entuzjazmu czy przeżywania przyjemności, introspektywności i świadomości siebie na minimalnym poziomie, oraz „nieczułości wobec subtelności codziennego życia społecznego”. Według Millona opis i kryteria diagnostyczne będą lepsze jeśli włączy się te wymiary osobowości, gdyż według niego jasno oznaczają one zaburzenie (Millon za: Lane 2007a: 94). Z kolei, Roger MacKinnon nazwał tych ludzi „przeciwieństwem poszukiwaczy przygód”, narzekając, że oni zawsze wybierają tę samą drogę (MacKinnon za: Lane 2007a: 94-95). Korespondencja członków komisji wskazywała jednak, że rozumienie osobowości unikającej nie jest dla nich do końca jasne oraz wątpliwości, czy w ogóle powinna zostać wyodrębniona. W tej sytuacji APD przeforsował Klein. Osoba o osobowości unikającej charakteryzuje się (1) nadwrażliwością na odrzucenie, upokorzenie i wstyd, interpretuje niewinne wydarzenia jako drwiny, (2) nie chce wchodzić w relacje z innymi ludźmi chyba, że zagwarantowana jej zostanie bezkrytyczna akceptacja, (3) jest społecznie wycofana, (4) pożąda miłości i akceptacji oraz (5) ma niskie mniemanie o sobie (American Psychiatric Association 1980: 323-324).

Co z tego wynika? Dla Lane'a skutkiem działań komisji Spitzera były nieostre granice chorób i tak samo trudno było odróżnić symptomy neuroz lękowych od symptomów zaburzeń osobowości. Pisze on dalej, że w zasadzie zaburzenia niepokoju i zaburzenia osobowości mogą powodować podobne objawy znaczącego stresu i niepełnosprawności, a APD, SP i IPD ich symptomy stały się niemal nierozdzielne³⁵.

Pomimo, kontrowersji klasyfikacja DSM-III została przyjęta i opublikowana, a entuzjaści przypisali jej niewątpliwy sukces potędze wiedzy naukowej. Klasyfikacja posiadała

35 Pouczającą lekturą jest wątek na forum „fobia społeczna”, w którym internauci zastanawiają się jak zdiagnozować swój własny stan. Każdy z nich chce się dowiedzieć, czy cierpią z powodu fobii społecznej czy osobowości unikającej, jednak z powodu powtarzających się objawów, mają z tym sporą trudność. Wątek zatytułowany „Osobowość unikająca a fobia społeczna” jest się pod adresem : <http://www.fobiaspoleczna.info/topics8/osobowosc-unikajaca-a-fobia-spoleczna-vt210.htm> [pobrano: 14.05.2012]

według jej zwolenników walor obiektywności, opierała się na faktach i dowodach naukowych, a nie na teorii i autorytecie charyzmatycznych profesorów. Drugi powód jej powodzenia, przedstawiany z kolei przez jej krytyków, wynikać miał z wpisywania się w szerszy proces medykalizacji psychiatrii polegający na powiększaniu obszaru zachowań podlegających jurysdykcji psychiatrii zorientowanej biologicznie. Dowodem tej tezy ma być zwiększająca się gwałtownie liczba zaburzeń psychicznych, które umieszczane są w klasyfikacjach (DSM i ICD) (Mayes, Horwitz 2005: 250-251).

Mayes i Horwitz przedstawili w swoim artykule inne wyjaśnienie sukcesu trzeciej edycji DSM. Stwierdzili oni bezpośrednio, że za rewolucyjnym nowym paradygmatem nie stała żadna nowa wiedza. Według nich również, pomimo że liczba wpisanych do klasyfikacji zaburzeń znacząco się zwiększyła, nie zwiększyła się jednakże liczba zachowań, których psychiatria już wcześniej nie poddawała terapii. Zatem psychoanaliza już wcześniej zmedykalizowała szereg problemów i psychoanalicy od dawna przyjmowali pacjentów z problemami małżeńskimi, zawiedzionymi ambicjami, nerwowością, niepokojem, czy trudne dzieci. Dlatego Mayes i Horwitz uważają, że w DSM-III jedynie pokategoryzowano szeroki zakres patologii w dyskretne jednostki chorobowe, który psychiatria dynamiczna już wcześniej „zawłaszczyła”. Uważają oni ponadto, że często intencjami twórców klasyfikacji było ograniczenie dziedziny psychiatrii do zaburzeń psychicznych, które można wiarygodnie sklasyfikować (Mayes, Horwitz 2005: 251). Wydaje mi się jednak, że to Christopher Lane jest bliższy prawdzie. Uznał on, że działania komisji miały na celu przyporządkowanie jak największego zakresu ludzkich zachowań do symptomów zaburzenia psychicznego. Mimo że psychiatrzy-psychoanalicy zajmowali się melancholią, awanturami rodzinnymi, trudnymi dziećmi, niepokojem i wieloma innymi problemami życia codziennego, dopiero w DSM-III ustalono jednoznaczne kryteria zaburzeń psychicznych, zobiektywizowano jako choroby różnorodne zachowania ludzi i zakwalifikowano rzesze ludzi do leczenia (głównie farmakologicznego), twierdząc, że zaburzenia te są w gruncie rzeczy chorobami o przynajmniej częściowo biologicznej etiologii.

Ten nowy standaryzowany, biomedyczny system sprzyjał wielu interesom. Psychiatrzy zbliżyli się do upragnionego statusu psychiatrii jako pełnoprawnej subdyscypliny klinicznej. Pozwolił on zorientowanym na badania psychiatrom dokonywać pomiarów chorób psychicznych oraz wyeliminować krytyków poprzedniego systemu, którzy twierdzili, że chorób psychicznych nie da się mierzyć w obiektywny sposób. Nowy system diagnostyczny legitymizował przekonanie większości klinicystów, że leczą oni prawdziwe

choroby i co najważniejsze uregulował refundację terapii z funduszy płatników usług medycznych. Sami twórcy klasyfikacji przyznali, że konstruowano ją mając na uwadze potrzebę zaspokojenia potrzeb firm ubezpieczeniowych, które domagały się jasnego oddzielenia problemów życiowych od medycznych zaburzeń psychicznych. Ponadto tak jasno oddzielona norma od patologii mogła pomóc badaczom ubiegającym się o pieniądze publiczne, a same badania były z metodologicznego punktu widzenia dużo łatwiejsze (Healy 2000 za: Mayes, Horwitz 2005:262). Oparty na symptomach system, powodując zwielenokrotnienie liczby chorych, sprzyjała także rozwojowi organizacji pacjenckich, które stały się bardzo wpływowe, a także był korzystny z punktu widzenia interesów firm farmaceutycznych ze względu na fakt, iż skonstruowane w oparciu o specyficzne symptomy zaburzenia ułatwiają sprzedaż leków, mających łagodzić bądź eliminować konkretne objawy (Horwitz, Wakefield 2009:560). Wreszcie na nowych definicjach zaburzeń psychicznych skorzystali sami „pacjenci”, a przynajmniej ta ich część, która w odkryciu swojej zaburzonej (na przykład depresyjnej) tożsamości, dostrzega korzyści polegające na możliwości uzyskania medycznej pomocy, akceptacji przysługującej osobie w roli społecznej chorego, a także zwolnieniu z odpowiedzialności za część swoich problemów. DSM-III nie tylko więc zażegnał kryzys psychiatrii, ale także stworzył nowy model choroby psychicznej, który otworzył szerokie możliwości rozwoju dyscypliny.

Innymi słowy, klasyfikacja DSM-III skonstruowała powszechnie używany język, którym oprócz psychiatrów posługiwali się psychologowie, pracownicy socjalni, doradcy. Za pomocą tego języka psychiatrzy komunikowali się z przedstawicielami firm ubezpieczeniowych, instytucji opieki zdrowotnej, czy rządu, ale także firmami farmaceutycznymi, które w przyszłości wyłożą miliardy dolarów na badania nad zdrowiem psychicznym i psychofarmakologią. Wyodrębnione zaburzenia psychiczne w DSM-III przyczyniły się do szybkiego zwiększenia się aktywności badawczej zarówno naukowców jak i firm farmaceutycznych. W DSM-I i II nie było jasnych kategorii diagnostycznych, co uniemożliwiało przeprowadzanie dużych badań klinicznych. Natomiast agencja FDA (*Food and Drug Administration*) ponadto nie dopuszczała do sprzedaży leków, których działanie nie udowodniono w odniesieniu do konkretnych chorób.

DSM-III stała się „obowiązującą” klasyfikacją na uniwersytetach, jako wielkie usprawnienie uznano ją w firmach ubezpieczeniowych, instytucjach służby zdrowia, instytucjach rządowych. Naukowcy mieli większe możliwości uzyskania grantów na badania, ponieważ mogli sprostać standaryzowanym naukowym kryteriom biomedycyny i trudno się dziwić, że wydatki publiczne na tego typu badania znacząco wzrosły po

opublikowaniu DSM-III (NIMH 1998 za: Mayes, Horwitz 2005: 264). W latach osiemdziesiątych, podczas gdy prezydent Reagan i Kongres USA cięli wydatki na ochronę zdrowia psychicznego oraz ubezpieczenia społeczne dla osób niepełnosprawnych umysłowo, budżet Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH), wzrósł o 84 procent do 484 milionów dolarów rocznie (Hall 1993 za: Mayes, Horwitz 2005: 264), a większość tych pieniędzy przeznaczona została na biologiczne badania podstawowe oraz badania kliniczne skupione na schizofrenii, zaburzeniach nastroju i lękowych.

Psychoanalicy i inni psychoterapeuci krytyczni wobec zwrotu w stronę biologii i medycyny w psychiatrii zarzucali DSM-III redukcjonizm, zbyt upraszczanie, adynamiczność (Vaillant 1984 za: Mayes, Horwitz 2005: 264). Według nich zbyt „skupianie się na mózgu” powoduje „zaniedbywanie umysłu”. Zarzucali oni także twórcom klasyfikacji opracowywanie jej w tajemnicy (co pokazuje Christopher Lane), ale ich protesty nie przyniosły już żadnego skutku. Dokonała się zmiana paradygmatu – psychoterapeutów zastąpili neo-Kraepelinianie, których głównym założeniem było, że rdzeń symptomów zaburzeń psychicznych wynika z wadliwego działania mózgu. Z tego względu psychoterapia uprawiana jest obecnie przez psychologów klinicznych, doradców i pracowników socjalnych (którzy uprawiają to zajęcie z podobnymi efektami jak psychiatrzy, ale wystawiają niższe rachunki), natomiast terapie farmakologiczne stały się polem działania psychiatrów. Innymi słowy, psychiatrzy, którym zaczął się palić grunt pod nogami, stosując strategię „ucieczki do przodu”, opuścili zbyt zatłoczony rynek usług psychoterapeutycznych i zajęli obszar jeszcze nie zagospodarowany, gdyż *de facto* został on przez nich stworzony. Następne edycje klasyfikacji DSM-III-R z 1987 roku i DSM-IV z 1994 roku przyczyniły się do utrwalenia zmian w psychiatrii i sposobu definiowania zdrowia psychicznego (Mayes, Horwitz 2005: 264-265).

Do lat dziewięćdziesiątych XX wieku amerykańska klasyfikacja konkurowała z wydawaną w Genewie klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia ICD, która, jak ocenia Lane, była bardziej przychylnie usposobiona do psychoanalityków oraz bardziej podejrzliwa w stosunku do niejasnych opisów. Od opublikowania DSM IV w 1994 roku, klasyfikacja WHO straciła swój charakter, a amerykański sposób klasyfikowania zaburzeń psychicznych, tworzony przez biologicznie zorientowanych neuropsychiatrów zyskał globalny zasięg i zaczął kształtować sposób w jaki świat myśli o zaburzeniach psychicznych. Lane w celu ukazania zachodzących przemian przytoczył wypowiedź psychoanalityka narzekającego na omawiane zmiany: „Mieliśmy termin określający cierpiących na ADHD. Nazywaliśmy ich chłopcami” (Lane 2007a: 3).

Jak proces ten wygląda w Polsce? Psychiatra, Bogdan de Barbaro ocenia, że na „...na poziomie teoretycznym przyjmuje się, że niezbędne jest otwarcie zarówno na przyrodoznawczy, jak i na humanistyczny wymiar psychiatrii” co, jak zauważa postulowane jest na kartach podręczników psychiatrii (Barbaro 2010: 343). Jednak, według niego, „...w praktyce niezwykle rzadko udaje się te perspektywy łączyć. Psychiatra na ogół – niezależnie od „poprawnych politycznie” deklaracji o swym podejściu holistycznym („człowiek jest całością”) czy integracyjnym („należy łączyć farmakoterapię z psychoterapią”) – w praktyce przyjmuje jako dominującą jedną z narracji i koncentrując się na biologicznym wymiarze pacjenta staje się „specjalistą od mózgu i jego patologii” albo zajmując się wymiarem psychologicznym staje się „specjalistą od umysłu i jego patologii” (Ibid: 343). Zdaniem cytowanego autora, trudność połączenia obu perspektyw wynika z faktu, iż są to zarazem odrębne dyskursy, z odmiennymi metodami badawczymi, skupiające odmiennie środowiska naukowe, wydające inne czasopisma i organizujące odrębne kongresy. Podział taki niewątpliwie istnieje, ale która z nich dominuje? Według Włodzimierza Brodniaka, mimo ogromnego rozwoju psychofarmakologii i badań biomolekularnych w latach dziewięćdziesiątych, metody psychospołeczne nie są zagrożone. Jednakże „zjawiska globalizacji i konwergencji, jak w każdej dziedzinie, wpływają także na stan polskiej psychiatrii, ale jak zawsze z pewnym opóźnieniem i nie z taką intensywnością, jak ma to miejsce w USA. Niemniej proces ten występuje również w Polsce, a jego implikacje medyczne i społeczne powinny być tematem poważnej dyskusji. [...] Można podsumować, że przynajmniej w sensie organizacyjnym w psychiatrii polskiej mamy do czynienia z równowagą między modelem medycznym i psychospołecznym. W leczeniu przeważa model biologiczny, a w rehabilitacji oraz działaniach w zakresie prewencji i promocji zdrowia psychicznego – model psychospołeczny” (Brodniak 2002: 238-239).

Podsumowując ten podrozdział, chcę podkreślić, że wraz z opublikowaniem DSM-III mieliśmy w USA do czynienia ze swoistym „przewrotem pałacowym”. Rozumiem przez to, że nie była to klasyczna „rewolucja naukowa” w kuhnowskim sensie, która poprzedzona była okresem paradygmatycznej niestabilności, zakończonej na skutek ścierania się poglądów psychiatrów optujących za psychiatrią psychodynamiczną i „neokrapelinian”, zwycięstwem tych ostatnich. Raczej efekt ten uzyskano za sprawą wyciszenia głosu oponentów, poprzez wyeliminowanie ich z gremiów decyzyjnych oraz ignorowaniu ich istnienia (na przykład wspomniane wcześniej nie zapraszanie na kongresy). Przewrót się udał w dużej części dzięki wydatnej pomocy materialnej

korporacji farmaceutycznych i przychylności firm ubezpieczeniowych i administracji publicznej szukających nowych rozwiązań.

3.1.4. Krytyka nowej psychiatrii

Dominacja biochemicznego sposobu wyjaśniania zaburzeń psychicznych w psychiatrii nie jest jednak całkowita. Co więcej, w gruncie rzeczy „...w ocenie przyczyn i uwarunkowań zaburzeń psychicznych stało się już od dawna w nauce kanonem podkreślanie, że są one złożone, wieloczynnikowe i w znacznym zakresie dyskusyjne, a w przypadku wielu chorób psychicznych często nieznanne. [...] Jest truizmem twierdzenie, że opisując etiopatogenezę zaburzeń psychicznych podkreśla się różną rolę i wzajemnie sprzężony wpływ na ich wystąpienie trzech rodzajów czynników: biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych” (Brodniak 2004: 45). Zrozumiałe, że w przypadku tak złożonej etiologii zaburzeń psychicznych istnieje bardzo dużo koncepcji etiologicznych. Istnieje więc szereg badaczy w łonie tej dyscypliny, którzy przyjmują krytyczną postawę wobec obecnie promowanej nozologii i etiologii zaburzeń psychicznych. Jeden z nich, profesor psychologii i neurologii, Eliot Valenstein, na przykład, tłumaczenie występowania zaburzeń niepokoju wyłącznie czynnikami biologicznymi, uważa za nieuprawniony redukcjonizm. W książce *Blaming the Brain: The Truth about Drugs and Mental Health*, pisze, iż fakt, że pewne cechy powtarzają się w rodzinach, nie jest dowodem ich genetycznej etiologii, bo w takim wypadku na przykład takie cechy jak ubóstwo, której dziedziczność jest empirycznie potwierdzona, także należałoby uznać za genetycznie uwarunkowaną. Christopher Lane przytacza szereg innych argumentów Valensteina:

1. Stan psychiczny i doświadczenia jednostki mogą modyfikować funkcjonowanie mózgu tak samo jak mózg wpływa na ludzkie zachowania. Neuropsychiatria ujmuje biochemiczne procesy zachodzące w mózgu jedynie jako przyczynę, a zachowanie jednostki jako skutek.
2. Leki używane do terapii zaburzeń psychicznych mogą powodować długotrwałe biochemiczne, a nawet strukturalne zmiany (w mózgu), które w przeszłości były uznawane za przyczynę zaburzenia, ale faktycznie są skutkiem leczenia.
3. Ustalanie przyczyny choroby na podstawie efektywności leczenia może być rażąco zwodnicze i okazać się nieścisle.
4. Zakładanie, że zaburzenie ma biologiczne przyczyny, nie musi znaczyć, że

biologiczne leczenie będzie najbardziej efektywne. Stan może mieć biologiczne pochodzenie, ale może być poddawane terapii psychologicznej i co więcej, odwrotność może być równie prawdziwa (za: Lane 2007a: 19-20)

Leo i Lacasse zauważyli, że powodem krytykowanego przez nich redukcjonizmu jest mieszanie dwóch pojęć: korelacji i przyczyny. Mimo że różnica między tymi terminami wydaje się mała³⁶, ich definicje mają ogromne znaczenie w dyskusji na temat relacji pomiędzy psychologią i biologią. Dowody potwierdzające istnienie korelacji między stresorami środowiskowymi a zmianami w mózgu na poziomie biologicznym nie świadczą o tym, że choroby psychiczne są „powodowane” jakimiś deficytami biologicznymi. Autorzy ci zwracają uwagę na fakt, iż jest publikowanych coraz więcej badań, wykazujących odwrotną zależność, tzn. wyników potwierdzających istnienie biologicznych zmian w mózgu na skutek bodźców środowiskowych. Dają przykład hipokampu – drobnej części mózgu, odpowiadającej głównie za uczenie się i pamięć – który pod wpływem silnego stresu może zostać uszkodzony. Potwierdzeniem reaktywności mózgu na czynniki zewnętrzne jest także metaanaliza, z której wynikało, że 69% pacjentek, u których zdiagnozowano psychozę zgłaszało doświadczanie przemocy fizycznej i psychicznej. Loren Mosher i Mary Boyle właśnie czynniki społeczne i środowiskowe uznają za najbardziej znaczące w wystąpieniu zaburzeń psychicznych. Przykładowo, jeśli z badań wynika, że przynajmniej 50-60% kobiet przyjętych do szpitali psychiatrycznych, bez względu na zdiagnozowane zaburzenie, doświadczało psychicznej lub fizycznej przemocy, to czy nie jest uzasadnione by założyć, że tego typu doświadczenia muszą mieć związek z chorobą, która ich dotyka? (Mosher, Boyle 2004:237-8). Bardzo możliwe, że u kobiet tych odkrylibyśmy nierównowagę chemiczną, ale wobec takich danych o wiele mniej przekonujące jest twierdzenie, że zaburzenia psychiczne są skutkiem genetycznych predyspozycji³⁷.

Substancje mające niwelować nierównowagę chemiczną mózgu nazywamy lekami, natomiast substancje używane do rozluźnienia są zazwyczaj uważane za narkotyki, a ich konsumenci to uzależnieni, narkomani. Ale czy granica między antydepresantem a narkotykiem jest taka oczywista? Istnieje szereg substancji psychoaktywnych – niektóre są legalne (alkohol, Valium), inne nie (marihuana, heroina) – które ludzie stosują by złagodzić skutki niepokoju czy depresji. Utrzymuje się, że skoro antydepresanty SSRI oddziałują na

36 Z tego zresztą korzystają firmy farmaceutyczne przy konstruowaniu przekazów reklamowych.

37 Co ciekawe, nie tylko stresory psychologiczne mogą być przyczyną zaburzeń psychicznych. Leo i Lacasse przytaczają także badania byłych graczy NFL (liga futbolu amerykańskiego) pokazujące, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy liczbą kontuzji a prawdopodobieństwem zachorowania na depresję w późniejszych latach (Leo, Lacasse 2005: 36).

poziom serotoniny, to ich działanie musi być wynikiem istnienia u niektórych ludzi nierównowagi serotoniny. Innymi słowy utożsamia się zwiększanie poziomu serotoniny z przywracaniem jakiegoś idealnego, zdrowego poziomu tej substancji. Wiadomo jednak, że narkotyk o nazwie LSD także zwiększa poziom serotoniny w mózgu, przy czym nikt nie twierdzi, że działa on jedynie na jednostki które cierpią z powodu nierównowagi chemicznej. Można zadać pytanie, dlaczego? Leo i Lacasse dają odpowiedź. Bez teorii o nierównowadze chemicznej mózgu antydepresanty SSRI nie mogą być traktowane jako leki przywracające pacjenta do stanu normalności i stają się jedynie następną grupą substancji psychoaktywnych (jak wyżej wymienione LSD). Efektywność tych leków stanowi jeden z głównych argumentów istnienia realnych chorób psychicznych i z tego względu marketingowcy firm farmaceutycznych tak uparcie propagują omawianą teorię. Dzięki teorii nierównowagi chemicznej firmy farmaceutyczne nie sprzedają już uśmierzających cierpienie substancji psychoaktywnych, ale autentyczne leki służące eliminacji przyczyn prawdziwych (biologicznych) chorób (Leo, Lacasse 2005: 37-38).

Mimo wydania dużej ilości pieniędzy w nadziei na potwierdzenie teorii, jak dotąd istnienie chemicznej nierównowagi nie zostało udowodnione. Co więcej, skuteczność w leczeniu depresji antydepresantami SSRI, która stanowiła główny argument jej zwolenników, coraz częściej jest podważana. W 2002 roku Irving Kirsch ze współpracownikami, uzyskali dostęp do wszystkich testów klinicznych antydepresantów przedłożonych FDA przez firmy farmaceutyczne niezbędnych w procesach zatwierdzania leków. Kiedy opublikowane i nieopublikowane wyniki zostały przeanalizowane razem, okazało się, że w grupie otrzymującej placebo, efekt terapeutyczny zaobserwowano w 80% przypadków, a na przykład w przypadku Prozaku 89%. Innymi słowy, na dziesięciu pacjentów, lek ten naprawdę działa tylko na jednego lub dwóch z nich (Kirsch, et al. 2008). Leo i Lacasse zwracają zatem uwagę na niepokojący fakt, iż 80 lub 90% pacjentów, w zasadzie przyjmuje uzależniające i powodujące wiele niebezpiecznych skutków ubocznych leki całkiem niepotrzebnie. Te zarzuty powodują, że w zasadzie nie ma badaczy, którzy otwarcie i z pełnym zaangażowaniem stanęliby w obronie teorii chemicznej nierównowagi mózgu.

Co moim zdaniem jest w tym fragmencie najważniejsze? Krytycy redukcjonizmu biologicznego w psychiatrii uświadamiają nam kruchość i niestabilność założeń teoretycznych oraz niewielką ilość twardych dowodów dla biochemicznej teorii zaburzeń psychicznych. Mimo to paradygmat biologiczny w psychiatrii wydaje się bardziej obecny niż koncepcje psychodynamiczne i humanistyczne. Sytuacja ta powinna sprzyjać refleksji.

Wydaje mi się, że postawa najbardziej radykalnie biologizujących psychiatrów jest albo oparta na myśleniu życzeniowym, albo świadczy o pewnej świadomej nieszczerości wobec pacjentów i opinii publicznej. W dwóch następnych podrozdziałach będzie o tym mowa.

3.1.5. Wizerunek depresji w mediach – wsparcie redukcjonizmu.

Żywotność i popularność teorii chemicznej nierównowagi mózgu jest pewnym fenomenem, którego wyjaśnienie z punktu widzenia celów mojej pracy jest bardzo istotne. Jak ironicznie opisują to Leo i Lacasse (2008: 35), w Amerykańskiej kulturze popularnej, choroba psychiczna to stan, który zniemacka atakuje nie spodziewającej się niczego ofiary: idzie sobie ona ulicą, wszystko jest w porządku, życie jest piękne, aż nagle, jak grom z jasnego nieba, pojawia się chemiczna nierównowaga mózgu. Zatem za każdą spaczoną myślą stoi jakaś spaczona molekula – myślenie tego typu głównie propagują firmy farmaceutyczne, ale dla wielu ludzi źródłem informacji o zasadniczym znaczeniu jest mainstreamowa prasa, która często odnosi się do teorii chemicznej nierównowagi, traktując ją jak udowodniony naukowy fakt. W artykule *The Media and the Chemical Imbalance Theory in Depression* wyżej wspomnieni autorzy przedstawiają wyniki swoich analiz dotyczących korzystania z naukowych podstaw przez autorów piszących o depresji jako o zaburzeniu będącym wynikiem tzw chemicznej nierównowagi mózgu. Po pierwsze, zebrali oni artykuły prasowe, w których teoria ta została przedstawiona jako udowodniona przyczyna depresji. W publikacjach tych pisano wprost, że brak serotoniny uważany jest za przyczynę depresji, lub jeden z jej symptomów, że antydepresanty naprawiają chemiczną nierównowagę w mózgu, „zazwyczaj spowodowaną predyspozycjami genetycznymi”. Drugim etapem badania było wysłanie e-maila z zapytaniem o źródła potwierdzające takie opinie. Część autorów nie odpowiedziała, natomiast inni polecali samodzielne poszukiwania literatury lub powoływali się na wypowiedzi znanych autorytetów, czy na artykuły naukowe, w których dowodu prawdziwości teorii chemicznej nierównowagi mózgu trudno znaleźć. Przykładowo, jako źródło informacji przytoczono artykuł, w którym omawiano wyniki badań nad poziomem serotoniny w mózgu ludzi z depresją. Wykazano w nim, że osoby cierpiące na depresję mają też niższy poziom serotoniny w mózgu. Jednakże, jak zazwyczaj jest w tego typu badaniach, mamy tu do czynienia jedynie z ujawnieniem korelacji, a nie zależności przyczynowo skutkowej. Nie wiadomo zatem co stanowi przyczynę a co skutek. Inny artykuł dotyczył wpływu na poziom serotoniny leków klasy SSRI, jednakże, jak zostało to opisane wcześniej, nie stanowi to, żadnego

dowodu słuszności hipotezy o depresji jako skutku nierównowagi chemicznej (Leo, Lacasse 2008: 38-40).

Wnioski z cytowanego badania mogą być następujące: dziennikarze są niekompetentni lub leniwi, albo dezinformowani lub skorumpowani przez biznes farmaceutyczny i ich działy *Public Relations*. Jak zazwyczaj bywa, przypuszczalnie prawda leży pośrodku. Lepsze zrozumienie postaw i motywacji dziennikarzy daje lektura artykułu Marka Chylińskiego, „Dziennikarstwo i *Public Relations*. Równowaga sił w ekonomice zainteresowania publiczności”. Autor pokazuje, że od lat osiemdziesiątych dziennikarstwo staje się coraz bardziej zdominowane przez branżę PR. Proces jest na tyle zaawansowany, że granica między tymi rodzajami działalności zaczyna się zacierać. Dziennikarstwo stanowić ma przykład sektora schodzącego, natomiast PR odwrotnie, a co więcej, dynamika jego wzrostu „...w istocie ogranicza rozwój dziennikarstwa, w tym elitarniej specjalności – dziennikarstwa śledczego, gdyż subwencjonowane materiały PR wypierają kosztowne i żmudne w dokumentowaniu materiały śledcze. (...) Źródła public relations utraciły charakter pasywny, stały się selekjonerem, weryfikatorem, redaktorem i adiustatorem treści dziennikarskich, wykorzystując w tym celu badania medioznawcze i analizę jakościową rynku odbiorców, do których trafić ma przekaz. Sektor medialny, borykający się z poważnym problemem przychodów reklamowych, a przede wszystkim z malejącą liczbą odbiorców, coraz częściej rezygnuje z samodzielnego zbierania informacji, ograniczając się do czynności redakcyjnych, polegających na opracowaniu, zilustrowaniu i edycji treści dostarczanych przez źródła zewnętrzne” (Chyliński 2011: 34-45). Chyliński przytacza również badania prasoznawcze, rozpoczęte w latach siedemdziesiątych i kontynuowanych w latach osiemdziesiątych, prowadzone na reprezentatywnej próbie mediów niemieckojęzycznych, z których wynika, że aż dla dwóch trzecich publikacji w tytułach prasowych (64%) i programów telewizyjnych (63%) PR był jedynym źródłem informacji (Bearn 1985 za: Chyliński 2011: 37). Podobne wnioski pochodzą z analiz badaczy amerykańskich, wskazujących iż 60 procent informacji pojawiających się w tamtejszej prasie pochodzi od pracowników PR³⁸ (Łaszyn 2000 za: Chyliński 2011: 35). Warto przypomnieć, że dane dotyczą czasów „przedinternetowych”, a co za tym odzie kondycja dziennikarstwa jest obecnie jeszcze słabsza. Tradycyjnych gazet jest coraz mniej, zatrudniają one coraz mniej dziennikarzy, mają coraz mniej pieniędzy na kosztowne i najbardziej wartościowe dziennikarstwo śledcze, wyrosła im konkurencja w postaci

38 Patologiczne związki biznesu i dziennikarstwa w Polsce opisała Dominika Wielowieyska w artykule „Korupcja mediów” zamieszczonym w „Gazecie Wyborczej” (Wielowieyska 2000).

internetowych portali informacyjnych, które często nieodpłatnie korzystają z ich treści, lub pracujących za darmo „dziennikarzy obywatelskich”. Dla sektora PR natomiast to nowe medium, stało się wygodnym narzędziem komunikacji z odbiorcą albo poprzez przekaz treści podsuwany mającym ograniczone zasoby mediom internetowym, albo wręcz całkiem pomijając tradycyjne media. W tak nakreślonej sytuacji można się obawiać, że to, w jaki sposób zwykli ludzie definiują zdrowie i chorobę, etiologię chorób oraz sposoby ich leczenia w dużym, lub bardzo dużym stopniu kształtują kierujący się zyskiem producenci leków.

3.1.6. Niejasne stanowisko psychiatrii amerykańskiej wobec teorii chemicznej nierównowagi

Zacieranie się granic pomiędzy dziennikarstwem, a reklamą i *Public Relations* omawiane w poprzednim podrozdziale jest wysoce niepokojącym zjawiskiem. Wydaje się że współczesne media zatracają swoje podstawowe funkcje, jakże ważne z punktu widzenia jakości społeczeństwa obywatelskiego i demokracji. W tym miejscu przedstawię przykład na to, że obecnie zagrożna jest również niezależność nauki i naukowców. Omawiany wcześniej przykład promocji teorii chemicznej nierównowagi mózgu w mediach świetnie obrazuje również powiązania psychiatrii i firm farmaceutycznych.

Co ciekawe, w USA o słabych podstawach empirycznych teorii chemicznej nierównowagi mózgu głośno zrobiło się dopiero po emisji pewnego wywiadu telewizyjnego (początkowo zupełnie niezwiązanego z psychiatrią) nie z oburzonym psychiatrą, ale znanym aktorem, promującym jeden ze swoich filmów. Leo i Lacasse przytaczają mianowicie wypowiedź z 2005 roku scjentologa, Toma Cruise, w której (zgodnie z zasadami sekty) zaprzeczył istnieniu chorób psychicznych i teorii nierównowagi chemicznej³⁹. Wypowiedź ta spotkała się z krytycznym odzewem ze strony psychiatrów, a także spowodowała reakcję neurochirurga, Sanjay'a Gupta, będącego także korespondentem medycznym CNN, który wykorzystał skany mózgu osób zdrowych i cierpiących na depresję by udowodnić, że chemiczna nierównowaga mózgu jest faktem. W telewizji pokazał skany mózgu osoby cierpiącej na depresję (wykonane za pomocą technologii PET⁴⁰) i powiedział: „Kiedy nie masz wystarczającej ilości neurotransmiterów tworzących połączenia, twój mózg nie działa w obszarach, w których powinien. A tu

39 Obszerny fragment znajduje się na portalu YouTube: <http://www.youtube.com/watch?v=HwAaHbmF5S4>
[pobrano: 10.05.2012]

40 Pozytonowa Tomografia Emisyjna.

możesz zobaczyć jak powinien wyglądać normalny mózg. To jest obiektywna miara...” (za: Leo, Lacasse 2005: 40). Później Gupta tłumaczył swoje stwierdzenie, tym, że starał się tylko pokazać, że są obiektywne badania dotyczące zdrowia psychicznego, ale przypuszczalnie większa część widzów programu CNN, która nie ma wiedzy na temat odpowiedniego stosowania technologii PET w psychiatrii, została mylnie przekonana, że to co widzieli to sposób na diagnozę depresji. Leo i Lacasse zwracają uwagę, że być może kiedyś skany mózgu pozwolą udokumentować jak mózgi różnią się w zależności od funkcjonowania receptorów serotoniny, ale nie da się za jej pomocą pokazać, co jest realną przyczyną tych różnic. Tak jak skanowanie za pomocą promieniowania rentgenowskiego może pokazać złamaną kość, ale nie może dać nam odpowiedzi, czy złamanie to nastąpiło na skutek wypadku samochodowego czy może wypadku przy grze w piłkę, tak skanowanie mózgu nie pozwoli nam ustalić, czy jego obserwowana mniejsza aktywność jest skutkiem stresu, wzorów myślenia, społecznej izolacji, a nawet, czy jest ona klinicznie istotna. Patrząc na takie skany nie da się wydać diagnozy psychiatrycznej (Leo, Lacasse 2005: 40-41). Do wywiadu z Tomem Cruisem odniesiono się także w programie *Today* stacji NBC⁴¹. Zaproszono tam psychiatrę, Josepha Glenmullena z *Harvard Medical School* oraz Stevena Sharfsteina, prezesa APA. Glenmullen potwierdził, iż prawdziwość tej teorii nie jest udowodniona i tym samym Tom Cruise się nie myli. Dodał także, że stwierdzenie to zaskoczyło czy nawet zszokowało miliony ludzi dlatego, że dzień w dzień pacjenci przekonywani są o jej istnieniu w reklamach telewizyjnych, gazetach, a także w gabinetach lekarskich. Nie zgodził się z nim Sharfstein określając stwierdzenie Cruise'a na temat teorii chemicznej nierównowagi, jako „całkowity nonsens” oraz wymijająco tłumacząc, że leki stosowane w psychiatrii są skuteczne, a na ten temat obecnie toczy się konstruktywna debata. Leo i Lacasse zwracają jednak uwagę, iż żadnej debaty na ten temat nie ma. Nawet w DSM-IV-TR, z którego obecnie korzystają psychiatrzy na całym świecie, jasno stwierdzono, że rzeczywiste przyczyny depresji nie są znane. Dodatkowo zauważają, że w przypadku powszechnie uznawanych chorób żadna debata nie jest potrzebna – wystarczy dowód naukowy. Jeśli komuś na przykład przyszłoby do głowy zanegować neurosyfilis jako chorobę zakaźną, specjalista w tej dziedzinie odnalazłby i przedstawił dowody świadczące o nieprawdziwości tego twierdzenia – i debata szybko by się zakończyła (Leo, Lacasse 2005: 41). Powyższe przykłady obnażyły pewne niepokojące zjawisko: mianowicie, można zauważyć, że racjonalne argumenty Toma Cruise'a⁴², spotkały się z

41 Program można obejrzeć tu: <https://www.youtube.com/watch?v=TAfT4mBNbjc> [pobrano: 12.12.2012]

42 Nie opierał się on w swoim wywodzie na żadnych alternatywnych, „kosmicznych” teoriach scjentologów.

negatywną reakcją autorytetów medycznych, jakimi niewątpliwie są osoby ze stopniami naukowymi i silną pozycją w środowisku profesjonalnym, broniąc jak już wiemy, słabo udokumentowaną teorię chemicznej nierównowagi mózgu. Zatem warto przyjrzeć się bliżej genezie tego fenomenu.

Reklamy antydepresantów przez długi czas wprost przekonywały swoich odbiorców, że depresja jest spowodowana nierównowagą chemiczną mózgu. Stoi to w jawnej sprzeczności z ustaleniami naukowymi. Niemniej jednak amerykańscy psychiatrzy i APA w jednoznaczny sposób nie dementują informacji przekazywanych przez firmy farmaceutyczne (czego przykładem było powyżej opisane wystąpienie prezesa APA). Niektórzy z nich nawet wspierają tę teorię. Nancy Andreasen, wpływowy psychiatra biologiczny, w swojej książce *The Broken Brain*, pisze „te choroby (*diseases*) są powodowane (*caused*) głównie za sprawą czynników biologicznych, a większość z nich znajduje się w mózgu” (za: Leo, Lacasse 2005: 36). Swoimi wypowiedziami daje się poznać jako zwolenniczka skrajnego biologicznego redukcjonizmu: „To co nazywamy umysłem jest wynikiem aktywności mózgu” (1997: za Szasz 2006a: 44). Znacząca wydaje się wypowiedź prezesa APA w opisywanym wcześniej programie *Today* stacji NBC. Na pytanie dziennikarki, co sądzi o zdaniu Toma Cruise'a, że nie ma czegoś takiego jak nierównowaga chemiczna, odpowiedział: „To zupełny nonsens. Przeczy temu ostatnie 20 lat nieprawdopodobnych przełomów w neuronauce i naszej wiedzy, jak funkcjonuje mózg, oraz fakt, iż leki, których używamy są bardzo pomocne – często bardzo pomocne.”⁴³ Jak widać, nonsensem dla niego było negowanie istnienia nierównowagi chemicznej, ale użył on tu argumentu, na którego ograniczenia zwracał uwagę zarówno Valerstein jak i Leo i Lacasse: fakt iż antydepresanty powodują złagodzenie symptomów depresji nie oznacza, że zaburzenie to ma podłoże biochemiczne. Inni psychiatrzy, z którymi korespondowali Leo i Lacasse, już jednak nie mieli zastrzeżeń do tego typu sformułowań, a jeden z nich, pełniący funkcję przewodniczącego komisji doradczej w FDA do spraw psychofarmakologii, oświadczył, że teoria nierównowagi chemicznej jest „przydatną metaforą”, chociaż jednocześnie zastrzegł, że on sam jej nie używa w praktyce psychiatrycznej. Te wszystkie obserwacje muszą budzić zrozumiwały niepokój: firmy farmaceutyczne opierają strategię sprzedaży swoich antydepresantów na podstawie niepotwierdzonej teorii chemicznej nierównowagi mózgu, media mniej lub bardziej

43 Program można obejrzeć tu: http://www.youtube.com/watch?v=cc_wjp262RY [pobrano: 25.12.2012] natomiast pełny zapis zarówno wywiadu z Tomem Cruise jak i obu psychiatrami znajduje się na tej stronie: http://www.psychologydebunked.com/email0507_Jun27%20Today%20Cruise%20transcript.htm [pobrano: 25.12.2012]

rozmyślnie powtarzają ich błędy, natomiast psychiatrzy, zdając sobie sprawę z mizernych podstaw empirycznych albo „nabrali wody w usta” albo pokrętnie ją wspierają.

Badania Leo i Lacasse'a świadczą co najmniej o wielkiej „niefrasobliwości” mediów, bezkrytycznie podchodzących do rewelacji podsuwanych im przez firmy farmaceutyczne. Z drugiej jednak strony, jak widać, ich winę można w pewnym stopniu pomniejszyć, ponieważ skoro taki autorytet, jak prezes Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego także rozpowszechnia nieprawdziwe, a przynajmniej niepotwierdzone informacje, to rzetelne, obiektywne dziennikarstwo może okazać się dużo trudniejsze. W końcu, komu jak nie naukowcom dziennikarze powinni ufać najbardziej?

Nie każdy psychiatra jednak biernie przygląda się temu procesowi. Głośnym echem odbił się list z 1998 roku, zawierający rezygnację z członkostwa w Amerykańskim Towarzystwie Psychiatrycznym, napisany przez Lorena Moshera, byłego szefa Centrum Badań nad Schizofrenią Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego, do Rodrigo Munoz, prezesa APA. Treść owego listu w jasny sposób wydaje się tłumaczyć dziwną postawę środowiska amerykańskich psychiatrów. Rezygnację tą uzasadnił niemal całkowitym zaprzeczeniem psychiatrii koncernom farmaceutycznym, nazywając APA „Amerykańskim Towarzystwem Psychofarmakologicznym”. W jego opinii psychiatria nie jest w stanie obyć się już bez firm farmaceutycznych sponsorujących ich spotkania, sympozja, warsztaty, bankiety, wyjazdy szkoleniowe, czy finansowanie czasopism naukowych poprzez umieszczanie w nich reklam, a psychiatrzy *de facto* stali się „sługami promocji firm farmaceutycznych”. Znamieną historię przytacza Marcia Angell, była redaktor *New England Journal of Medicine*, w artykule *Is Academic Medicine for Sale?* Opisuje mianowicie, jak duże problemy sprawiło redaktorom ww czasopisma znalezienie doświadczonego i niezależnego psychiatry, który mógłby napisać artykuł przeglądowy na temat antydepresantów, ponieważ w całych Stanach Zjednoczonych bardzo niewielu nie było finansowo powiązanych ze sprzedawcami leków (za: Moynihan, Cassels 2005:26). W dalszej części listu Mosher zarzucił psychiatrom, że dążąc do przekształcenia swojej profesji w subdyscyplinę medycyny, ograniczyli swoje intelektualne horyzonty, przyjęli redukcjonistyczny model zdrowia psychicznego, i przekształcili psychiatrię w psychofarmakologię, przestali zajmować się pacjentami rozumianymi jako pewna całość umiejscowiona w społecznym kontekście. Zamiast tego, skupili się na manipulowaniu neurotransmiterami w ich mózgach i w zasadzie nie mają już z pacjentami żadnego kontaktu, a ich rola ogranicza się do wypisania recepty. Lista zarzutów jest dłuższa. Mosher oskarża swoich kolegów o godzenie się i promowanie używania, a nawet

nadużywania toksycznych substancji chemicznych, o których doskonale wiadomo, że powodują bardzo poważne, długoterminowe skutki uboczne, oraz potępią utrzymywanie przekonania w społeczeństwie, że zaburzenia psychiczne są chorobami mózgu o podłożu biologicznym, mimo, że nie ma na to żadnych dowodów, a DSM IV nie uważa nawet za publikację naukową, ale polityczną, której celem jest przekonanie innych, że psychiatria to subdyscyplina medyczna⁴⁴.

Mosher wprost pisze w swoim liście, że teoria chemicznej nierównowagi mózgu to mistyfikacja, a nie „przydatna metafora”. I rzeczywiście, Leo i Lacasse zwracają uwagę, że kiedy na rynku pojawiły się nowe antydepresanty typu SSRI, psychiatria aktywnie teorię wspierała, a wraz z pojawianiem się nowych dowodów jej fałszywości, ani jej nie zaczęła bronić, ani nie wyjaśniła, na czym polega jej problematyczność oraz manipulacja w reklamach farmaceutyków, w których przekonuje się zwykłych ludzi, że teoria nierównowagi chemicznej to fakt (Leo, Lacasse 2005: 44).

Czy zatem opinia Moshera jest prawdziwa? Czy jego opis i krytyka związków psychiatrii i przemysłu farmaceutycznego nie są przerysowane? Z lektury publikacji zajmujących się praktykami „marketingowymi” firm farmaceutycznych wyłania się dość niepokojący obraz psychiatrii jako skorumpowanej dyscypliny naukowej. Wydaje się zatem, że nie bez powodu Conrad i Leiter w artykule *Medicalization, Markets and Consumers* z 2004 roku medykację ujmują jako proces kształtowany przez podmioty, których celem jest kreowanie nowych rynków usług bądź produktów medycznych (Conrad, Leiter 2004:158).

3.2. „Chorobotwórczość komercyjna”: jaki wpływ na postrzeganie problemów zdrowotnych przez opinię publiczną i lekarzy mają koncerny farmaceutyczne?

Opisywana powyżej medykacja smutku (i nieśmiałości) stanowi zatem efekt przemian współczesnej psychiatrii, której ambicją jest przekształcenie się w pełnoprawną dyscyplinę medycyny („*evidence based psychiatry*”). Znaczącą rolę w rozszerzaniu pojęcia depresji należy także przypisać mediom. Jednak, żeby procesy te zostały wyjaśnione w pełni, niezbędne jest bliższe przyjrzenie się jeszcze innym „agentom medykacji”, którymi są koncerny farmaceutyczne. To, że ich wpływ na konstruowanie chorób jest znaczący, świadczy już chociażby wyżej przywoływany protest Lorena Moshera. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych ich wpływ wydaje się tak wielki, że uzasadnione wydaje mi się wysunięcie tezy, iż współcześnie to one są główną siłą napędzającą proces medykacji

44 Cały list znajduje się na stronie <http://www.moshersoteria.com/articles/resignation-from-apa/> . [pobrano: 14.06.2012]

zaburzeń psychicznych.

Dla medykalizacji powodowanej chęcią zysku autorzy (z których większość nie jest socjologami) zajmujący się tą kwestią ukuli termin „*disease mongering*”, który oznacza kreowanie chorób w celach marketingowych. Strategie poszerzania rynków zbytu leków opierają się na zawyżaniu zachorowalności, przekształcaniu zwykłych zaburzeń i dolegliwości w problemy medyczne, wyolbrzymianiu znaczenia ich symptomów, traktowaniu problemów osobistych w kategoriach medycznych, a czynników ryzyka jako chorób. W tym celu organizowane są nieformalne sojusze firm farmaceutycznych, lekarzy i grup konsumenckich, które oficjalnie zajmują się „kampaniami uświadamiającymi”, ale ich ukrytą funkcją jest zwiększanie sprzedaży leków.

Niniejszy rozdział stanowi próbę przedstawienia zjawiska „multiplikacji chorób” (Sokołowska 1980: 193) jako efektu działań wielkich, wpływowych koncernów farmaceutycznych i korporacji biotechnologicznych, które w poszukiwaniu coraz to szerszych rynków zbytu dla swoich produktów tworzą nowe jednostki chorobowe, lub wyolbrzymiają ryzyko zachorowań na istniejące już choroby. Jak stwierdziła Marcia Angell, „...dawniej firmy farmaceutyczne promowały leki do leczenia chorób. Teraz jest odwrotnie. Promują choroby pasujące do leków” (Angell 2005: 44).

Zdaniem autorów artykułu *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, mimo że różnorodne aspekty medykalizacji doczekały się bogatej literatury naukowej i na ich temat toczą się nieustające debaty, zjawisko kreowania chorób w celach marketingowych spotyka się jeszcze z ograniczonym zainteresowaniem (Moynihan, Heath, Henry 2002: 886). W 1992 roku została opublikowana została książka *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick*, autorstwa Lynn Payer, w której zidentyfikowała ona „kompleks medyczno-przemysłowy”, który jak argumentuje ma duży interes w promocji opinii, że w populacji zarówno więcej jest osób już chorych jak i zagrożonych zachorowaniem. Skupia się ona na nadużywaniu diagnozy jako strategii mającej na celu osiągnięcie politycznych, społecznych czy komercyjnych celów. Siłami, które korzystają na rozszerzaniu zasięgu diagnozy kreując w ten sposób potrzebę na ich produkty i usługi, są: badacze medyczni, autorzy medyczni, promotorzy zdrowia, przemysł farmaceutyczny i ubezpieczeniowy, lekarze, prawnicy, szpitale, sądy (Payer 1992 za: Jutel 2009:291-2).

Angielski termin *Disease Mongering* stanowi wyzwanie dla osoby chcącej go trafnie przetłumaczyć na język polski. Termin ten, można zdefiniować jako „sprzedawanie chorób” (*selling sickness*), mających na celu rozszerzenie granic choroby w celu

powiększenia rynku na nowe leki (Moynihan, Heath, Henry 2002:886). Mimo, że odpowiednia robocza definicja jeszcze nie została ugruntowana, termin ten jest coraz częściej używany (Moynihan, Henry 2006:1). Szukając polskiego odpowiednika dla tego wyrażenia wydaje mi się, że najbliższe mogą być słowa „chorobotwórstwo” lub „chorobotwórczość”⁴⁵. Pierwsza propozycja stanowi chyba najlepszy wybór, ponieważ, po pierwsze, nie ma innego zastosowania, a po drugie, już została użyta w znaczeniu, które nas interesuje⁴⁶.

Moynihan, Heath i Henry analizując strategie marketingowe przemysłu farmaceutycznego wyróżnili pięć rodzajów „chorobotwórczości”:

1. przekształcanie zwykłych dolegliwości w problemy o charakterze medycznym;
2. postrzeganie łagodnych symptomów jako bardzo groźnych dla zdrowia;
3. traktowanie osobistych lub społecznych problemów w kategoriach medycznych;
4. postrzeganie czynników ryzyka jako choroby;
5. manipulowanie szacunkami częstotliwości występowania choroby w celu maksymalizacji potencjalnych rynków (Moynihan, Heath, Henry 2002:886).

Typologia ta oczywiście nie oznacza pełnej rozłączności. Zgodnie z zasadami rządzącymi w marketingu, komunikacja z odbiorcą zyskuje na skuteczności kiedy prowadzona jest przez możliwie dużą liczbę kanałów i równie dużą ilość technik. Nie ma też powodu sądzić, że branża farmaceutyczna pod tym względem zasadniczo odbiega od innych. Przykłady chorobotwórstwa, które będą mi służyć w następnych podrozdziałach jako „case studies” pokażą dobitnie, że w przypadku pozycjonowania chorób i leków na te choroby, korporacyjni marketingowcy korzystają z z pełnego wachlarza możliwych strategii.

45 Druga propozycja, „chorobotwórczość”, ma pewną zasadniczą wadę: w naukach przyrodniczych termin ten używany jest do opisu działalności wirusów, bakterii i innych pasożytujących organizmów, której skutkiem jest wywoływanie choroby w organizmie żywiciela. Mimo to, uznałbym to także za zaletę. W związku z faktem, iż termin *disease mongering* jest nazwą o charakterze pejoratywnym, skojarzenia z pasożytnictwem wydają się całkiem przydatne. Jak piszą Moynihan i Henry, „chorobotwórczość (*disease mongering*) przemienia zdrowych ludzi w pacjentów, marnuje cenne zasoby oraz powoduje szkody o charakterze jatrogennym” (Moynihan, Henry 2006:1). Oczywiście w sensie biologicznym chorobotwórczość to uboczny efekt pasożytnictwa, natomiast komercyjna „chorobotwórczość” korporacji biotechnologicznych to narzędzie umożliwiające pasożytowanie na organizmach żywicieli, jakim są pacjenci albo współuczestniczące w finansowaniu leczenia, systemy opieki zdrowotnej czy bardziej ogólnie, społeczeństwa. Podsumowując, dla obu terminów widzę zastosowanie, chociaż oba zawierają w sobie element oceniający, drugi termin posiada także ma w większym stopniu charakter pejoratywny, co stanowi jego dodatkową wartość (oczywiście dla osób uznających, że takie działania jak „chorobotwórczość” mają miejsce i są ze społecznego punktu widzenia negatywne). Mimo wszystko jednak będę się posługiwał tym pierwszym określeniem, wychodząc z założenia, że pojęcie „chorobotwórczości” zarezerwowane jest naukom przyrodniczym.

46 Słowo można znaleźć za pomocą wyszukiwarki Google, w portalu internetowym www.dolceta.eu/polska/Mod4/Narzedzie-edukacyjne-4,214.html [pobrano: 22.12.2012] poświęconym edukacji konsumenckiej, opracowanym w 21 językach dla państw członkowskich Unii i finansowany przez Komisję Europejską. „Chorobotwórstwo” definiowane jest tam jako „tworzenie fikcyjnych chorób i dolegliwości, mające na celu zwiększenie popytu na nowe leki”.

Jak zatem wygląda typowa kampania mająca na celu skuteczne wypromowanie choroby? W odniesieniu do wielu kategorii chorób pojawiły się nieformalne sojusze, składające się z pracowników firm farmaceutycznych, lekarzy i grup konsumenckich⁴⁷. Sojusze te zaangażowane są przede wszystkim w podnoszenie świadomości społeczeństwa na temat niezdiagnozowanych i nieleczonych problemów. Pomimo że część sponsorowanych ekspertów i konsumentów może działać w miarę niezależnie, a ich motywacje mogą być całkowicie szlachetne i bezinteresowne, w wielu przypadkach formuła jest taka sama: grupy i/lub kampanie są koordynowane, sponsorowane, wspierane przez interesy korporacji, często za pomocą działów zajmujących się marketingiem i public relations. Paulina Polak w monografii „Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce” przytacza badania prowadzone na świecie, które jednoznacznie wskazują na „...powszechność więzów łączących organizacje pacjentów i przemysł” (Polak 2011: 193). Wiele mówiącym wynikiem są dane z najmniej skorumpowanego i najbardziej przejrzystego kraju świata (według danych *Transparency International* z 2007 roku), według których aż w przypadku 71% przebadanych fińskich organizacji pacjentów wykryto wsparcie finansowe producentów leków (Ibid: 193). Analiza źródeł finansowania polskich organizacji pacjenckich, którą przeprowadziła wyżej wymieniona autorka, wykazała, że jedynie trzy z czterdziestu losowo wybranych organizacji nie miało jakiegokolwiek powiązania z firmami farmaceutycznymi (Ibid: 200).

Kluczową strategią tych stowarzyszeń jest pokazanie w programach informacyjnych historii skonstruowanych w taki sposób, by stworzyć strach przed stanem lub chorobą i skierować uwagę na najnowsze leczenie. Inicjujące akcje firmy farmaceutyczne dostarczają „niezależnych ekspertów” by historie stały się bardziej wiarygodne, grupy konsumenckie dostarczają „ofiar”, a wynajęte firmy public relations przebijają się z informacjami do mediów (najczęściej nowy lek przedstawiany jest jako przełom w walce z chorobą).

W zrozumieniu strategii „chorobotwórczych” przemysłu farmaceutycznego przydatna jest analiza, jakie stany czy zachowania najczęściej poddawane są przekształcaniu w choroby. Przede wszystkim „chorobotwórczość” dotyczy ludzkich stanów emocjonalnych i zachowań, o czym świadczyć mogą wspomniane już wcześniej rozrastające się klasyfikacje zaburzeń psychicznych. Poprzez zmiany definicji chorób lub zaburzeń coraz większa liczba osób zostaje włączona do kategorii pacjentów nadających się do leczenia

⁴⁷ O tym problemie w warunkach polskich pisze na łamach *Polityki* Joanna Solska w artykule *Zakładnicy i we Wprost* Paweł Górecki - *Rynek Hipochondryka* (Solska 2009; Górecki 2003).

farmakologicznego: osoby nieśmiałe (*Social Fobia, Anxiety Disorder, Avoidant Personality Disorder*), doświadczające smutku, wahań nastroju lub lęku (*Manic Depression, Bipolar Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dystrophic Disorder, Chronic Fatigue Syndrome*), nadpobudliwe dzieci i dorośli (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Deficit Disorder in Adults*), czy osoby z problemami seksualnymi (*Erectile Dysfunction, Female Sexual Arousal Disorder, Hypoactive Sexual Desire Disorder*).

W analizowanej literaturze znaleźć można także opisy „chorobotwórstwa” nie dotyczącego jedynie stanów psychicznych. Przemysł farmaceutyczny m.in. inicjował bądź wspierał „kampanie informacyjne” mające na celu „umacnianie świadomości” takich chorób jak na przykład: syndrom niespokojnych nóg (*restless leg syndrome*), zespół jelita wrażliwego (*irritable bowel syndrome*). Pewne fizyczne stany takie jak wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, tzw. syndrom metaboliczny, czy zmniejszanie się masy kostnej, które są czynnikami ryzyka wystąpienia chorób same zostają przekształcane w choroby. Jak zobaczymy, mechanizmy „chorobotwórstwa” tych schorzeń, tak jak w przypadku zaburzeń psychicznych, opierają się przede wszystkim na wyolbrzymianiu ich skutków fizycznych, psychicznych, społecznych, lub nawet ekonomicznych. Jako przykłady z Polski można przytoczyć przypadek tzw. Społecznej Kampanii Edukacyjnej: „Stop pneumokokom”, której celem było wyolbrzymienie zagrożenia związanego z tymi bakteriami i zwiększenie w ten sposób sprzedaży szczepionek (Polak 2011: 216-219).

„Chorobotwórstwo” może wydawać się relatywnie nową strategią, ale jak zauważa Christopher Lane, istnieją precedensy z dość odległej przeszłości. Na przykład podjęta we wczesnych latach sześćdziesiątych strategia firmy Merck w celu wypromowania depresji poprzez wykupienie i dystrybucję pięćdziesięciu tysięcy kopii studium Franka Ayd'a „*Recognizing the Depressed Patient*”, która wydała im się przydatna ponieważ autor pisząc do nieprofesjonalnego czytelnika określił depresję problemem dotyczącym nie tylko pacjentów ze szpitali psychiatrycznych. W Merck'u szybko uznano to za ogromny rynek dla ich leku, amitryptyliny, pierwszego opatentowanego antydepresantu (Lane 2007a: 106). David Healy ocenia, że poprzez ich działania marketingowe nie tylko udało się sprzedać firmie duże ilości leku, ale także rozpropagować ideę samej depresji (Healy 1997: 76 za: Lane 2007a: 106). Merck ustanowił nowy wzór marketingu leków. Podekscytowane media zaczęły pisać o wcześniej niezauważanych lekach – zwłaszcza o środkach uspokajających (Miltown, Meprospan, Librium, Valium), czy antydepresancie Nardil. W prasie pojawiały się artykuły o wiele znaczących tytułach: „Cudowny lek” (Time 1954), „Aspiryna dla

duszy” (Changing Times 1956), „Pigułki szczęścia” (Newsweek 1956), albo „Turecka łaźnia w tablecie” (Reader's Digest 1962) czy nawet „Butelkowany dobrostan” (Time 1980) (Smith 1985 za: Lane 2007a: 106).

Morton Mintz, słynny amerykański reporter w książce *The Therapeutic Nightmare* już w 1965 opisał marketingową taktykę będącą obecnie standardem:

1. Społeczeństwo chce nowych leków.
2. Reporterzy poszukują historii o lekach.
3. Przemysł farmaceutyczny podrzuca takie historie, często zatajając istotne fakty.
4. Pacjent, zachęcany przez obietnicę ulgi, naciska lekarzy do przepisania nowego leku.
5. Lekarz się na to godzi (za: Lane 2007a: 106-107).

Kalman Applbaum, antropolog medycyny, stwierdził, iż faktyczna działalność większości firm farmaceutycznych to przede wszystkim marketing (Applbaum 2006:1). Świadczy o tym chociażby fakt, iż firmy te przeznaczają na ten cel więcej środków niż na badania i rozwój (Angell 2005:7). Co więcej, marketing farmaceutyczny, według Applbauma, ma więcej wspólnego ze zwykłym marketingiem uprawianym w innych branżach niż z systemem medycznym. Żeby więc poprawnie odczytać działania firm farmaceutycznych określanych mianem „*disease mongering*”, należy przyjrzeć się założeniom dotyczącym natury ludzkiej, na których bazuje marketing.

Applbaum (za Marshalllem Sahlinsem), zauważa, że teoretyczne i filozoficzne podstawy marketingu opierają się na wierze, charakterystycznej dla kultury Zachodu, iż człowiek jest niedoskonałą istotą, której egzystencja jest zredukowana do pogoni za cielesnymi przyjemnościami i unikania bólu. Marketing ten pogląd instytucjonalizuje, a zadaniem marketingowca jest przełożenie tych nieograniczonych potrzeb na zyski. Ponadto Sahlins wskazuje także, że w zamożnych społeczeństwach, doświadczanie braku wzrasta proporcjonalnie do obiektywnego stanu posiadania. Applbaum uważa, że częściowo ten paradoks wyjaśnia poddawanie ludzi praktykom marketingowym polegającym na zmuszaniu ich do pożądania rzeczy, których jeszcze nie posiadają. Reklamy (w tym zachwalające farmaceutyki) wykorzystując ludzkie niepokoje i ciągle nieusatisfakcjonowanie promują konsumpcję jako sposób na osiągnięcie szczęścia.

Pewne strategie „chorobotwórstwa” wyjaśnia także cecha współczesnego społeczeństwa konsumpcyjnego (które marketing silnie wspiera), jaką jest konstruowanie ludzkiej tożsamości wokół wyborów konsumpcyjnych. Indywidualność konsumenta wyznaczają decyzje dotyczące sposobu ubierania się, jedzenia, sposobu spędzania czasu wolnego itp.,

a to wszystko składa się na styl życia. Możliwości wyboru są coraz większe, ale wolność ta jest wciąż ograniczona, gdyż konsument może wybierać tylko spośród tego, co oferuje rynek. W branży farmaceutycznej, także próbuje się wykorzystać ten mechanizm. Stosuje się więc techniki marketingowe służące promowaniu tzw. „*lifestyle drugs*”, czyli leków nie mających na celu ratowania ludzkiego życia lub leczenia bólu, ale ulepszania subiektywnej jakości życia. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych pojawiły się leki związane z poprawą wyglądu i czynności seksualnych: przykładowo leki na łysienie, impotencję, otyłość itp. Odejście od medycyny leczniczej nastąpiło wraz z pojawieniem się leków psychotropowych, których aktywne właściwości są bardzo szerokie, dzięki czemu łatwe było redefiniowanie ich przeznaczenia. Dla firm farmaceutycznych obecnie najlepszym źródłem zarobku są specyfiki, które są przeznaczone do codziennego stosowania, przed długi czas (najlepiej do końca życia). Szlagierami są leki na obniżanie ciśnienia krwi czy poziomu cholesterolu, a także na alergie, bezsenność lub zgagę (Applbaum 2006:1; Wolinsky 2005:612).

Tak wygląda, w zarysie, model strategii marketingowych firm farmaceutycznych, które nawiasem mówiąc, nie różnią się zbytnio od kampanii prowadzonych przez firmy w innych branżach. W literaturze przedmiotu dominują zaburzenia psychiczne, które szczególnie podatne są na manipulacje, ze względu na ich nieznaną lub niejasną czy bardzo złożoną etiologię. Medycyna skupia się na leczeniu chorób somatycznych opierając się na wiedzy, jakie są ich fizyczne przyczyny. Choroba (*disease*) jest stanem o konkretnej, znanej etiopatogenezie (na przykład AIDS spowodowana upośledzoną odpornością organizmu na skutek działania wirusa HIV). W psychiatrii natomiast o takich chorobach nie może być mowy, więc od pewnego czasu używa się z terminu zaburzenie (*disorder*), które określane jest jedynie na podstawie jego objawów. Rolą lekarza jest dopasowanie obserwowanego u pacjenta zestawu symptomów do zaburzeń znajdujących się w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Problem polega na tym, że granica pomiędzy stanem patologicznym a normą jest płynna i wynika z kontekstu kulturowego. To samo zachowanie jednostki w jednej kulturze może być jeszcze normą, gdyż nie zaburza poprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, w innej może zostać uznane już za dewiację.

Jak się przekonamy, firmy farmaceutyczne wykorzystują owo kulturowe uwarunkowanie zaburzeń psychicznych i poprzez „kampanie informacyjne” próbują wpływać na społeczne postrzeganie choroby, przesuwając granice normy, czy wyolbrzymiając skutki zaburzeń. Jako przykłady tych działań przedstawione zostaną: nieśmiałość (Rozdz. 3.2.1) oraz

problemy seksualne (Rozdz. 3.2.2). Egzemplifikacje z dwóch następnych rozdziałów mają pokazać, że praktyki chorobotwórstwa nie dotyczą jedynie zaburzeń psychicznych i będą dotyczyć medykalizacji „naturalnych” procesów życiowych na przykładzie starzenia się (osteoporozy) (Rozdz. 3.2.3) i nowych zastosowań dla ludzkiego hormonu wzrostu, promowanych jako środka służącego do „ulepszania człowieka” (Rozdz. 3.2.4).

3.2.1. Rozszerzanie kryteriów choroby - medykalizacja nieśmiałości

Wzorem firmy Merck i jej pierwszego opatentowanego antydepresantu, podążyły następne koncerny, a po opublikowaniu klasyfikacji DSM-III, w którym zamieszczono 112 nowych zaburzeń psychicznych, dla firm farmaceutycznych otworzyły się nowe rynki do zagospodarowania. Po podziale neuroz lękowych na siedem nowych jednostek diagnostycznych, a także ustanowienia łagodnych wymaganych kryteriów ich wystąpienia, liczba potencjalnych pacjentów (klientów) automatycznie się zwiększyła (Lane 2007a: 104).

Jednym z już klasycznych przykładów „chorobotwórstwa”, które możliwe było dzięki DSM-III, była kampania marketingowa leku Paxil produkowanego przez GlaxoSmith Kline (GSK)⁴⁸, która odniosła spektakularny sukces, czyniąc ten lek bestsellerem na rynku antydepresantów, pozwalając producentowi osiągać roczną sprzedaż o wartości 3 miliardów dolarów rocznie (Moynihan, Cassels 2005: 120).

Paxil jest jednym z antydepresantów, tzw. selektywnych inhibitorów wychwytywania serotoniny (SSRI). Inne SSRI to: Prozac, Zoloft, Celexa oraz Luvox. Kiedy GSK skończył nim prace, znalazł się w bardzo trudnej sytuacji ponieważ na rynku dostępne były już konkurencyjne leki: pierwszy dopuszczony SSRI do obrotu (w 1988 roku), świetnie wypromowany, cieszący się zaufaniem i lojalnością lekarzy oraz pacjentów Prozac firmy Elli Lilly, a także produkowany przez Pfizera Zoloft, na rynku od 1992 roku, pozycjonowany w roli łagodniejszej alternatywy dla Prozaku. W sytuacji ograniczonej grupy potencjalnych klientów cierpiących na depresję wydawało się, że możliwości jego sprzedaży są ograniczone. GSK zatem przyjęło inną strategię: postanowiono nie konkurować z wyżej wymienionymi lekami i zamiast tego przedstawić Paxil jako lek nieco innym zastosowaniu (Koerner 2002).

W przeciągu trochę ponad jednego roku, mało znane i rzadkie zaburzenie psychiczne – zespół lęku społecznego (*Social Anxiety Disorder* - SAD) firma GSK przekształciła w

⁴⁸ Do 2000 roku firma nazywała się SmithKline Beecham, ale w wyniku połączenia z Glaxo Wellcome obecnie nosi taką nazwę.

epidemię mającą dotyczyć co ósmego Amerykanina. Transformacja ta była efektem kompleksowej kampanii mającej na celu fundamentalne przekształcenie społecznego postrzegania problemu nieśmiałości. W jednym z pism zajmujących się *public relations*, znaleźć można było opis planu firmy GSK, z którego wynika, że postanowiła ona „pozycjonować zespół lęku społecznego” jako „poważny stan medyczny” (PR News 2000 za: Lane 2007a: 104-105). Wewnętrzne notatki firmy wskazywały, że cała strategia miała na celu wykreowanie ich leku Paxilu, jako głównej broni w walce z tą „wysoce upośledzającą” chorobą. W ocenie firmy zaburzenie to miało „ogromny potencjał”. Umożliwiała ono bowiem spełnienie „marzenia każdego sprzedawcy”, czyli odnalezienie niezidentyfikowanego lub nieznanego dotąd rynku i jego zagospodarowanie (Lane 2007a: 104-105).

W tym celu wynajęto zajmującą się *public relations* firmę Cohn&Wolfe, posiadającą dział specjalizujący się w branży farmaceutycznej⁴⁹. „Pozycjonowanie” SAD jako poważnego stanu medycznego rozpoczęto zanim FDA pozwoliła na stosowanie Paxilu do jego leczenia. Miało to dać czas Cohn&Wolfe na „przygotowanie rynku” (Moynihan, Cassels 2005: 121). Jednym z głównych wyzwań dla Cohn&Wolfe było „wzbudzenie podekscytowania lekiem zaprezentowanym siedem lat temu”. Ponadto trzeba było uporać się z faktem, iż Paxil wynaleziony jeszcze w latach siedemdziesiątych wzbudzał kontrowersje, a z jego zażywaniem wiązał się szereg skutków ubocznych – po krótkim okresie zażywania pojawienie się dużego uzależnienia oraz objawy odstawienne (25% pacjentów po odstawieniu leku doświadczała ostrych objawów). Co więcej jego skuteczność była w porównaniu z innymi antydepresantami mniejsza, co zostało potwierdzone w dużych badaniach z 1990 roku (z tego powodu GSK miał nawet wycofać się z tego projektu). Według przyjętej strategii Paxil odróżniać miało od Prozaku to, że nie był do końca antydepresantem, a bardziej lekiem na niepokój, a także potem na ostrą nieśmiałość, przez co jako pierwszy miał zagospodarować rynek zaburzeń niepokoju.

W 1999 roku GSK otrzymał licencję na leczenie Paxilem Zespołu Lęku Społecznego. Mimo wyżej wspomnianych kontrowersji, mając na uwadze ogromne zyski Prozaku i równie wielki potencjał rynku zaburzeń niepokoju, zdecydowano się nie tylko na jego sprzedaż. Jak ocenia to Lane, lek określono z brawurą i cynizmem, jako „bezpieczny i dobrze tolerowany” bazując na kilku ograniczonych badaniach przygotowanych na tą

⁴⁹ Na swoich stronach internetowych Cohn&Wolfe zachwalając swoje usługi, napisali, że nie tylko pomagają we wprowadzeniu leku na rynek, ale robią o wiele więcej: pomagają w trudnym procesie zalegalizowania leku przez FDA, a także podejmują się pracy nad segmentem rynku, zanim lek zostanie zgodę na sprzedaż (ze strony www Cohn&Wolfe za: Lane 2007a: 121-122).

okazję. Po zaaprobowaniu Paxilu przez FDA, jak doniosło pismo „PR News”, Cohn&Wolfe zajęło się mniej promocją samego produktu, a bardziej „edukacją dziennikarzy, konsumentów i w pewnych przypadkach lekarzy, w celu ułatwienia diagnozowania oraz podjęcia terapii.” (PR News za: Lane 2007a: 122). Notatka firmy GSK z 1998 roku bardziej dobitnie wyraża jej intencje: „pacjenci z zespołem leku społecznego często podzielają powszechne społeczne błędne przekonanie, że doświadczają dużej nieśmiałości” (Lane 2007a: 122). To „błędne przekonanie” należało zatem zmienić. Cohn&Wolfe posłużyło się plakatami, przedstawiającego mężczyznę „wlepiającego posępny wzrok” w filiżankę herbaty, podpisanych hasłem: „Wyobraź sobie, że masz alergię na ludzi”. I dalej: „Rumienisz się, pocisz, trzęsiesz – nawet trudno Ci oddychać”, „Tak boli zespół niepokoju społecznego” (Lane 2007a: 123). Co ważne, na plakat�ch nie pojawia się ani nazwa leku, ani logo jego producenta, natomiast jako organizatorów kampanii uświadamiającej umieszczono Amerykańskie Towarzystwo Zaburzeń Niepokoju, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz organizację „Wolność od Strachu” (*Freedom From Fear*). Widząc takie plakaty zdecydowana większość ludzi uzna to więc za oddolną inicjatywę społeczną, niemniej jednak trochę bardziej dociekliwi dziennikarze wykryli finansowanie wszystkich wyżej wymienionych organizacji przez GSK (Koerner 2002). Mimo to kampania odniosła sukces: media podchwyciły temat i jak donosił Cohn&Wolfe, 96% z nich dostarczyło kluczowej informacji: „Paxil to pierwszy i jedyny zatwierdzony przez FDA lek na SAD” (Cohn&Wolfe za: Lane 2007a: 125).

Niezbędnym elementem kampanii uświadamiającej jest prezentacja dowodów naukowych przez autorytety naukowe, co w branży PR nazywa się „techniką trzeciego uczestnika” („*Third party technique*” (Chyliński 2011: 31). GSK wsparł w tym zakresie psychiatrę Dr Murray Stein z Uniwersytetu Kalifornijskiego. W oficjalnych komunikatach prasowych GSK na temat SAD umieścił on pochlebne opinie na temat Paxilu, natomiast zaburzenie opisał jako stan, w którym ludzie są chorzy ze strachu przed sytuacjami społecznymi, w których mogą zostać poddani ocenie. Należy dodać, iż uczestniczył on także w kluczowych testach klinicznych leku. Pod koniec swojej kariery naukowej, Stein pracował odpłatnie jako konsultant dla kilkunastu firm farmaceutycznych, w tym GSK (Moynihan, Cassels 2005: 122-123).

Następnym etapem kampanii była praca nad postawami potencjalnych klientów wobec Paxilu. Notatka Cohn&Wolfe daje dobre wyobrażenie o przyjętej strategii. Wymieniono w niej następujące działania (Lane 2007a: 131-132):

- Edukowanie społeczeństwa poprzez wywiady z pacjentami, lekarzami i innymi

osobami.

- Unikanie pozycjonowania Paxilu jako „*lifestyle drug*”, ale raczej jako bezpiecznego i efektywnego leku na poważny i upośledzający stan medyczny.
- Zwiększanie świadomości innych zastosowań Paxilu, przy jednoczesnym skupianiu się na Zespole Niepokoju Społecznego.
- Współpraca z finansowanymi organizacjami w celu wytworzenia wiarygodności przekazu o „poważnym, upośledzającym stanie”.
- Identyfikacja grupy docelowej za pośrednictwem współpracujących grup nacisku i lekarzy w celu kształtowania ich postaw za pomocą różnych kanałów przepływu informacji.
- Zaangażowanie mediów za pomocą filmów wideo kręconych w dokumentalnym stylu, skróconych materiałów dla prasy, grafik, materiałów dla radia, gotowych historii, oraz sieci ekspertów czy celebrytów. Przykładem może być wynajęcie sportowca Ricky'ego Williamsa, który w programie Oprah Winfrey, oświadczył (powtórzył to w *New York Timesie* i *Los Angeles Timesie*), że dzięki telewizyjnej reklamie rozpoznał u siebie chorobliwą nieśmiałość. Jak złośliwie dodaje Lane, jego wstyd najwidoczniej dotyczył jedynie tego, że wynajęto go do w celu „podnoszenia świadomości” Zespołu Niepokoju Społecznego, gdyż o tym fakcie nie wspomniał ani razu (Lane 2007a: 134).

Skuteczność kampanii dostrzegło Amerykańskie Towarzystwo *Public Relations*, przyznając firmie Cohn&Wolfe nagrodę. Przyznanie tego wyróżnienia uzasadniono udanym wykorzystaniem ekspertów, przedstawicieli organizacji i świadectw pacjentów, oraz „wydukowanych” na temat nowego zaburzenia dziennikarzy, pacjentów i lekarzy do uruchomienia ogromnej fali informacji, która przetoczyła się przez media.

Moynihan i Cassels zastanawiają się jednak, czy całą tą kampanię można nazwać kampanią edukacyjną? Wprawdzie w USA obrońcy reklam leków w formie DTC (*Direct to Consumer*) powołują się na prawo do informowania o swoich produktach oraz przekonują, że kampanie reklamowe spełniają ważną funkcję edukacyjną, zwiększają „świadomość chorób”, zachęcają ludzi do kontaktu z lekarzem (zob. strona internetowa PhRMA – Stowarzyszenia Producentów Leków⁵⁰), ale czy można traktować poważnie sugestie płynące z materiałów sponsorowanych przez GSK, że co ósmy Amerykanin cierpi z powodu zaburzenia psychiatrycznego, którego przyczyną prawdopodobnie jest

50 URL: <http://www.phrma.org/about/principles-guidelines/direct-consumer-advertising> [pobrano: 16.11.2012]

nierównowaga chemiczna mózgu? Oczywiście, przy okazji takich kampanii uświadamiających przekazywane są prawdziwe informacje, ale naiwnością byłoby przyjęcie, że o przekazanie prawdy tutaj chodzi. Przekonało się o tym miliony pacjentów zażywających Paxil, którzy dopiero po pewnym czasie uzmysłowili sobie, że są od niego uzależnieni, a każda próba zakończenia kuracji kończy się ciężkimi objawami odstawiennymi. Dopiero po jakimś czasie dowiedzieli się oni, że przyjmowanie Paxilu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem popełnienia samobójstwa przez dzieci i nastolatków. Moynihan i Cassels przyznają, że niewątpliwie istnieją ludzie, dla których przyjmowanie antydepresantów, w tym Paxilu, może być korzystne, a nawet ratujące życie, ale dla innych miesiąc miodowy z lekiem szybko się kończy. Początkowo, na negatywne skutki zażywania leku zwracali uwagę działacze konsumenci, ale GSK długo im zaprzeczała, natomiast autorytety medyczne nie dostrzegały. David Healy, profesor psychiatrii z Uniwersytetu w Walii, docenia możliwości terapeutyczne antydepresantów, jednakże uważa jednocześnie, że przepisywane są one ludziom zdecydowanie zbyt często, a korzyści z ich przyjmowania mogą być mniejsze niż szkody, które mogą one wyrządzić.

Zresztą wykazano także, że szokująco duża część pacjentów (70%) zażywających jakiegokolwiek SSRI odczuwała takie skutki uboczne jak utrata libido, czy anorgazmia. Lane zauważa jednak, że zaburzenia seksualne mogą się okazać najmniejszymi problemami użytkowników tych antydepresantów: innymi skutkami ubocznymi są problemy z nerkami, podatność na zawały i śpiączkę, zakrzepy krwi, komplikacje w czasie ciąży (w tym poważne defekty płodu), oraz zwiększone ryzyko samookaleczenia i samobójstwa (od 1,5 do 3,2 raza większe prawdopodobieństwo samobójstwa niż w grupach zażywających placebo). W 2004 roku po publikacji wyników testów klinicznych odkrywających problemy wiążące się z przepisywaniem Paxilu i innych leków klasy SSRI, oraz kilku dobrze nagłośnionych pozwach sądowych firma GSK została zmuszona do dodania ostrzeżeń o nowym ryzyku efektów ubocznych, a kilka tygodni później nakryto ją na rozsyłaniu swoim przedstawicielom handlowym notatek z poradą, by nie rozmawiali z lekarzami na temat ryzyka samobójstwa w kontekście zażywania ich leku (Lane 2007a: 117-118).

Te wszystkie problemy z Paxilem były znane firmie na długo przed pojawieniem się leku na rynku (co wykazały badania w Healy'ego, który uzyskał dostęp do wewnętrznych dokumentów korporacji). W materiałach prasowych GSK opisano go jako „bezpieczny i dobrze tolerowany”, przekonywano, że na podstawie trzech badań dowiedziono jego znacząco większej efektywności niż placebo w leczeniu SAD (Lane zaznacza, że sposób w

jaki firma rozumie słowo „znaczaco” można było jedynie zgadywać). Inne sformułowanie opisujące lek brzmiało: „69% pacjentów leczonych Paxilem w ciągu 12 tygodni (od 20 do 50 mg dziennie) zareagowało na leczenie (przy 29% pacjentów dostających placebo)”. I ponownie mamy tu do czynienia z niedopowiedzeniem: odbiorcy komunikatu muszą założyć, że reakcja ta jest pozytywna, niemniej jednak nic o jej naturze i jakości nie napisano. Firma nie opisuje jak wielu pacjentów uczestniczyło w testach i jak wielu zostało odrzuconych z powodu negatywnych efektów ubocznych (w rzeczywistości aż 31% badanych odrzucono i nie opisano w raportach na potrzeby FDA). Niemniej jednak, z firmowych archiwów wiadomo jednak, że uzależnienie i objawy odstawienne pojawiały się już po kilku tygodniach (Healy 2004: 270, 337-338 za: Lane 2007a: 118). Po przyjrzeniu się badaniom prowadzonym przez GSK odkryto, że niepokojące skutki uboczne, jak wyżej wymienione myśli lub próby samobójcze u dzieci i nastolatków klasyfikowane były jako „labilność emocjonalna” czyli od łagodnych do znacznych wahań nastroju, co ewidentnie miało na celu ukrycie pod dość niewinnie brzmiącym terminem niepokojących i niebezpiecznych efektów ubocznych (Moynihan, Cassels 2005: 134).

Kiedy okazało się, że Paxil jest bardziej niebezpieczny i mniej efektywny niż przedstawiała to w swoich materiałach firma GSK, pod lupę trafiły inne leki SSRI. Okazało się, że w ich przypadku także pojawia się także większe ryzyko zachowań samobójczych. Co więcej sprawdzono także, efektywność tych leków i odkryto, że nie ma żadnego dowodu potwierdzającego ich większą skuteczność w leczeniu depresji niż pigułki placebo (Moynihan, Cassels 2005: 134). Ustalenia te rzucają więc cień na całą branżę i pozwalają podejrzewać, że nieuczciwe praktyki niekoniecznie muszą być wyjątkową strategią jednej „czarnej owcy”, czyli firmy GSK.

Problem jednakże polegał nie tylko na tym, że konsumenci nie zostali poinformowani o zagrożeniach związanych z Paxilem. Przekaz przygotowywany przez Cohn&Wolfe pomijał także ważne informacje dotyczące samego zaburzenia. Tak skutecznie rozpropagowany zespół lęku społecznego, to w zasadzie opisywana od dawna (od końca XIX wieku), bardzo rzadko występująca, fobia społeczna. W klasyfikacji chorób WHO ICD-10 SAD nie występuje, natomiast w DSM-IV jest jedynie umieszczone w nawiasie poniżej terminu „Fobia społeczna” oficjalnej nazwy zaburzenia. Moynihan i Cassels zastanawiają się, dlaczego w takim razie GSK zdecydowało się na wybór tej drugiej nazwy. W związku z faktem, iż ani GSK ani Cohn&Wolfe nie zechcieli odpowiedzieć na to pytanie, pozostało im jedynie spekulowanie. Z pewnością decyzja dotycząca wyboru pierwszej lub drugiej nazwy podyktowana była względami marketingowymi. Polegając na

psychiatrach specjalizujących się w tym obszarze, Moynihan i Cassels każda z tych dwóch nazw sugeruje inny sposób postrzegania zaburzenia i inny sposób leczenia. Zespół lęku społecznego jest bardziej postrzegany jako stan podatny na farmakoterapię. Wszelkie fobie natomiast kojarzą się z psychiatrią starego typu wraz z charakterystycznymi dla niej psychoterapiami. Z tego względu oczywiste wydaje się, że przemysł farmaceutyczny zdecydował się na termin SAD. O wiele więcej ludzi może zostać zaklasyfikowanych jako chorzy, gdy diagnozować się im będzie SAD, a nie SP. Wynika to z faktu, iż wciąż uznawana definicja fobii społecznej poza Ameryką Północną, akcentuje jako kryterium zaburzenia unikanie przez chorego sytuacji społecznych, które są źródłem strachu (W ICD-10 jasno stwierdza się, że koniecznym warunkiem diagnozy fobii społecznej jest unikanie: „*Avoidance of the phobic situation must be a prominent feature*” (World Health Organization 1992)). Dzięki definicji SAD forsowanej w USA, jako chorych zaliczyć wszystkich, którzy odczuwają strach przed sytuacjami społecznymi, który jest powodem obaw i stresu. W Amerykańskim natomiast DSM III z roku 1980, terminu „Social Anxiety Disorder” jeszcze nie znajdziemy, a fobia społeczna określana jest jako stały, irracjonalny strach i nieodparta chęć uniknięcia sytuacji w których jednostka wystawiona na możliwą ocenę innych, oraz że może działać w sposób upokarzający lub krępujący⁵¹. W DSM-IV TR z roku 1994 pod nazwą fobia społeczna umieszczono w nawiasie podtytuł „zespół lęku społecznego” definiując go podobnie jak w DSM-III⁵². W tej edycji klasyfikacji wprost napisano, że wywołujące strach sytuacje są unikane ale nie muszą. O wystąpieniu SAD może świadczyć także jedynie odczuwane jest w trakcie doświadczania stresującej sytuacji intensywne poczucie niepokoju lub cierpienie⁵³.

Autorzy artykułu *Social Anxiety Disorder: Questions and Answers for the DSM-V* z 2010 roku stwierdzają, że "pojęcie fobii społecznej może być mylące, ponieważ zawiera termin "fobia", które kojarzy się z fobią specyficzną, gdzie unikanie konkretnego przedmiotu, czynności czy sytuacji jest nieodzownym elementem zaburzenia" (Bogels et al. 2010: 171). Innymi słowy fobia społeczna - termin początkowo opisujący zaburzenie polegające na unikaniu sytuacji społecznych jest według nich niepożądany, ponieważ może kojarzyć się z

51 *Persistent, irrational fear of, and compelling desire to avoid, a situation in which the individual is exposed to possible scrutiny by others and fears that he or she may act in a way that will be humiliating or embarrassing* (American Psychiatric Association 1980: 228).

52 *A marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which the person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears that he or she will act in a way (or show anxiety symptoms) that will be humiliating or embarrassing* (American Psychiatric Association 1994: 456).

53 *The feared social or performance situations are avoided or else are endured with intense anxiety or distress.* (American Psychiatric Association 1994: 456).

innym zaburzeniem, gdzie owo unikanie jest koniecznym warunkiem jego wystąpienia! Z tego względu rekomendują oni by w DSM-V zaburzenie nazwać *Social Anxiety Disorder* natomiast termin *Social Phobia* umieścić w nawiasie jako podtytuł. Jak będzie wyglądało to zaburzenie w nowej edycji DSM jeszcze nie wiadomo, ale kierunek zmian jest możliwy do przewidzenia.

Wydawać by się mogło, że trudno jest usprawiedliwiać takie „chorobotwórstwo” firm farmaceutycznych, ale ludzie z tego żyjący potrafią przedstawić go w innym, mniej negatywnym świetle, nie dostrzegając (nie chcąc dostrzec), manipulacji, niedopowiedzeń, przerysowywania i innych technik stosowanych w celu powiększenia sprzedaży. Vince Parry, specjalista zajmujący się „brandingiem”, w artykule pod znaczącym tytułem *The Art of Branding a Condition*, zamieszczonym w czasopiśmie „*Medical Marketing & Media*” (2003 za: Lane 2007a: 134) przyznaje, że niepokój i depresja stanowią najbardziej podatne na „branding” kategorie terapeutyczne, ponieważ jako rodzaj zaburzeń psychicznych, które rzadko opierają się na mierzalnych symptomach fizycznych, są otwarte na różne definicje. Zauważa, że to co kiedyś było traktowane jako objawy nieśmiałości, dziś oznaczać może zaburzenie psychiczne. Sam definiuje SAD jako pewnego rodzaju zakłopotanie odczuwane pośród innych jednostek, które może ograniczyć zdolność do uczestnictwa. Moynihan i Cassels zwracają uwagę, że tak niejasno opisywana kategoria diagnostyczna - która musi dotyczyć ogromnej części populacji - jest wodą na młyn krytyków, którzy uważają to za rozmywanie granicy pomiędzy chorobą, a zwykłym życiem. Dla Parry'ego, który żyje z pomagania firmom farmaceutycznym w projektowaniu i promocji nowych zaburzeń, lub redefiniowaniu starych, rozmywanie to nie jest niczym nagannym. Przeciwnie, twierdzi on, że dzięki temu ludzie czują się lepiej sami ze sobą. Według niego, kiedy ludzie zidentyfikują u siebie jakieś zaburzenie, nie oceniają siebie tak surowo, wiedzą że mogą liczyć na pomoc, a dzięki temu mogą spokojnie dążyć do sukcesów na polu zawodowym lub towarzyskim, bez poczucia, że jest z nimi coś naprawdę nie tak. Podczas gdy krytycy oceniają „branding” chorób jako zwykłe oszustwo, według niego w rzeczywistości działalność ta przynosi wiele korzyści zarówno firmom farmaceutycznym jak i pacjentom:

1. Nowe rozumienie starych chorób, które pozwala na lepsze dopasowanie terapii do obserwowanych objawów.
2. Uświadamianie istnienia chorób, które były dotąd nieznanne i nieleczone.
3. Eliminacja stygmatyzacji pewnych zachowań, które wcześniej albo były trywializowane, albo krytykowane (Parry 2007).

Odnosząc się do argumentacji Parry'ego, Moynihan i Cassels zauważają z ironią, że wygląda na to, że jeśli chcemy stać się zdrowi, musimy uprzednio rozpoznać u siebie chorobę (2005: 127).

Co ciekawe, działania firmy Glaxo/Smith/Kline to nie pierwsza próba manipulowania nieśmiałością i fobią społeczną. W 1997 roku, w trakcie wprowadzania na rynek leku antydepresyjnego o nazwie Aurorix (Moclobemid), firma Roche przeprowadziła podobną kampanię. Wynajęta firma PR miała za zadanie wypromowanie tego „mało znanego” zaburzenia. Jednym z działań było wydanie komunikatu prasowego, podchwyczonego przez niektóre media, że ponad milion Australijczyków ma niezdiagnozowane zaburzenie zwane fobią społeczną. W komunikacie znalazły się wypowiedzi psychologów, mocno akcentujących pozytywną rolę antydepresantów w leczeniu fobii społecznej. Informacja ta jednak stanowiąca podstawę kampanii „uświadamiającej” była wysoce wątpliwa. W tym samym czasie dane rządowe mówiły jedynie o 370 tysiącach mogących cierpieć z powodu tego zaburzenia, co i tak było oceniane jako liczba zawyżona⁵⁴ (Moynihan, Heath, Henry 2002: 888). Jak się potem okazało, Roche nie mogło nawet znaleźć odpowiedniej liczby pacjentów cierpiących z powodu tego zaburzenia chętnych do uczestniczenia w testach klinicznych co przyczyniło się do zarzucenia kampanii⁵⁵ (Moynihan, Cassels 2005: 128).

Podobnie, jak w przypadku Paxilu, potężnym sprzymierzeńcem firmy farmaceutycznej były bezkrytyczne media. Wydaje się, że wszystkie artykuły na ten temat z tego okresu starały się pokazać nieśmiałość nie jako osobisty problem, ale jako kategorię zaburzenia psychiatrycznego. Ważnym elementem działalności promocyjnej Roche było finansowanie promocji fobii społecznej, na przykład poprzez dotacje dla stowarzyszenia pacjentów *Obsessive Compulsive and Anxiety Disorders Foundation of Victoria* i zorganizowanie wielkiej konferencji na temat tego zaburzenia. Roche współpracowało także z pozornie niezależnymi specjalistami, z których jeden został później określony przez jednego z pracowników PR jako „*Moclobemide Man*”.

Strategia Roche była opisywana w poradniku *Pharmaceutical's Marketing* jako pozytywny przykład marketingu leków medycznych kształtującego opinię lekarzy i pacjentów na temat choroby polegający na „umacnianiu faktycznego występowania choroby i wagi jego leczenia”. Moynihan i in. na potwierdzenie cytują fragment tego podręcznika: „Może nawet będzie konieczne wzmocnienie istnienia choroby i/lub wagi jej leczenia.

54 Jeden z wyższych rangą pracowników Roche, Fred Nadjarian przyznał, że statystyki zapadalności na fobię społeczną w Australii były zawyżane: „*A lot of disease estimates are blown out of all proportion . . . The marketing people always beat these things up*” (Moynihan, Heath, Henry 2002: 888).

55 Oczywiście w jakimś, trudnym do oszacowania stopniu, trudności te mogły wynikać z nieśmiałości badanych.

Klasycznym tego przykładem była konieczność uczynienia fobii społecznej rozpoznawalną w Europie jako oddzielnej jednostki klinicznej i potencjalnych leków do jej leczenia takich jak moklobemid.” I dalej: „W USA fobia społeczna została rozpoznana i liderzy opinii zostali zmobilizowani do uczestnictwa w działalności doradczej, uczestnictwa w spotkaniach, publikacji itd. po to by pomóc wpłynąć na poglądy w Europie.”⁵⁶ (Moynihan, Heath, Henry 2002: 888).

Na koniec tego rozdziału chcę wyeksponować jeszcze jeden wątek dotyczący firmy GSK oraz Paxilu. Wiosną 2001 roku zaczęła się rozprzestrzeniać nowa ukryta epidemia. Lokalne media w USA zaczęły donosić, że 10 milionów Amerykanów może cierpieć na nierozpoznaną dotąd chorobę. Jej symptomami miała być bezsenność, zmęczenie, porytowanie, napięcie mięśniowe, nudności, biegunka, czy potliwość. „Zapomniana choroba” nazywała się zespołem lęku uogólnionego (*Generalized Anxiety Disorder*), a moment, w którym sobie o nim przypomniało nie był zupełnie przypadkowy. 16 kwietnia 2001 roku firma GSK uzyskała zgodę na leczenie GAD znanym już nam Paxilem, a poruszenie w mediach stanowiło część następnej kampanii marketingowej tego leku. Wykorzystano wszelkie sprawdzone już strategie: historie chorych (Sonja Burkett), ekspertów zachwyconych lekiem (Dr Jack Gorman), reklamy, newsy kolportowane do mediów, czy akcje uświadamiające prowadzone przez „niezależne” grupy pacjenckie (*Freedom from Fear*). Pierwsza, opisana szczegółowo kampania marketingowa Paxilu mająca na celu „wypozycjonowanie” go jako jedyne leku na SAD, a także druga, mająca na celu promowanie jego nowego zastosowania w terapii GAD, zostały dostrzeżone także przez konkurencję i stały się pewnym wzorcem postępowania w trakcie wprowadzania na rynek nowych leków oraz „rebrandingu” starych. Pfitzer wzorując się na GSK, w 1999 roku, po uzyskaniu zgody na sprzedaż swojego antydepresantu, Zoloftu jako leku na zespół stresu pourazowego (*Post-traumatic Stress Disorder*) rozpoczął kampanię mającą na celu zmianę postrzegania tego zaburzenia. Wcześniej postrzegano je jako zaburzenie psychiczne będące skutkiem stresu przeżywanego przez żołnierzy w warunkach bojowych oraz u ofiar przemocy, ale w wyniku działań stworzonego przez Pfitzera „sojuszu” organizacji związanych z nią finansowo, liczba publikacji w prasie na temat PTSD znacząco się zwiększyła. Podsuwane przez firmę statystyki przekonywały na przykład, że u jednego na sześć dzieci,

⁵⁶ „You may even need to reinforce the actual existence of a disease and/or the value of treating it. A classic example of this was to need to create recognition in Europe of social phobia as a distinct clinical entity and the potential the antidepressant agents such as moclobemide to treat it.” i: „Social phobia was recognised in the US and so transatlantic opinion leaders were mobilised to participate in advisory activities, meetings, publications etc. to help influence belief in Europe.” (Moynihan, Heath, Henry 2002: 888)

krewnego rozwinie się dziecięce PTSD. Inne dane promowane przez „sojusz” oceniały, że w pewnym momencie życia na PTSD cierpi co trzynasty Amerykanin (Koerner, 2002).

Powyższe przykłady „chorobotwórstwa” pokazują jak firmy farmaceutyczne przekształcają zaburzenia, manipulują kryteriami, przekształcają rozumienie i postawy opinii publicznej poprzez wykorzystywanie ekspertów, grupy pacjentów i mediów po to by osiągnąć jak najwyższą sprzedaż swoich leków. Oczywiście istnieje nieśmiałość osiągająca chorobliwe rozmiary, która może stanowić tak duży problem i źródło cierpień dla jednostki, że niewątpliwie każdy rodzaj pomocy będzie w jej przypadku uzasadniony. Problem polega na tym, że firmom farmaceutycznym nie zależy na rzetelnej ocenie każdego przypadku pod kątem korzyści i skutków ubocznych zażywania ich leków. Opisany powyżej proces przekształcenia fobii społecznej w zespół niepokoju społecznego *de facto* jest świetnym przykładem cynicznego poszerzania potencjalnej grupy zażywających antydepresanty na przykład o osoby, które odczuwają treść przed publicznymi wystąpieniami, czy ważną rozmową (a kto takich emocji nie przeżywa?).

Osobnym wątkiem, który być może powinien zająć tutaj więcej miejsca, jest podejrzana postawa mediów interpretowana nie tylko jako efekt rosnącej przewagi PR nad dziennikarstwem, ale powiązań finansowych firm medialnych i farmaceutycznych. Wydaje mi się, że uzasadnione są obawy, że o treści doniesień prasowych na temat leków, chorób decydują te drugie, posiadające potężne narzędzie nacisku, jakim są pieniądze na reklamy. Media stanowią zatem nieformalną część „kompleksu farmaceutyczno-medialnego”, a zapewne nierzadko powiązania te mają charakter jeszcze ściślejszy, kiedy udział w poszczególnych firmach farmaceutycznych i medialnych posiadają ci sami, lub blisko związani ze sobą ludzie.

3.2.2. *Biologizacja problemów osobistych - medykalizacja seksualności*

Drugi przykład „chorobotwórstwa” dotyczy życia seksualnego człowieka. Oczywiście ujmowanie zachowań seksualnych w kategoriach medycznych ma już długą historię. W XIX wieku już odróżniano „perwersje” od „akceptowalnych zachowań”, a lekarze opisywali niekorzystne dla zdrowia efekty seksualnych aktów niezgodnych z normą. Wcześniej pewne zachowania seksualne także stanowiły pogwałcenie norm, jednakże ich oceną zajmowali się moralści oraz autorytety religijne. Wraz z sekularyzacją modernizujących się społeczeństw rola religii i prawa w tych kwestiach była coraz bardziej ograniczana i ich miejsce zaczęła zajmować medycyna. Przykładowo, w połowie XIX

wieku lekarz William Acton, znany lekarz, wynalazł schorzenie, które nazwał „spermatorrhoea”, która objawiała się nocnymi zmazami, utratą spermy podczas oddawania moczu, niezdolności do pracy, niechęci do kontaktów seksualnych, ogólnym osłabieniem i impotencją. Według niego schorzenie powodowała masturbacja, nadmierna aktywność seksualna oraz zbyt duża ilość nauki (Darby 2005: 180). Jego pogląd nie był odosobniony i na przykład, w jednym z dziewiętnastowiecznych numerów czasopisma *Lancet* anonimowy autor ostrzegał przed wchodzeniem w związki małżeńskie z mężczyznami o „wątpliwych możliwościach” opisując ich jako „nad wyraz przykrych”. Autor ten, w charakterystyczny dla tamtych czasów sposób, impotencję uważał za skutek uporczywej masturbacji i wcześniejszej nadmiernej aktywności seksualnej, które naruszały zasady seksualnej przyzwoitości oraz etyki samodyscypliny (Hall 1991 za: Wienke 2005: 32). Ciekawy opis szeregu negatywnych konsekwencji masturbacji znajduje się w książce „*Our Family Physician*” autorstwa H.R. Stouta opublikowanej w 1885 roku. Według tego autora onanizm zaburza wzrost, upośledza zdolności psychiczne „doprowadzając ofiarę do opłakanego stanu”. Ponadto osoba dotknięta tą przypadłością poszukuje samotności, cierpi z powodu bólu głowy, bezsenności, bólów w różnych częściach ciała, jej zachowanie charakteryzuje lenistwo, melancholia, problemy z pamięcią, tchórzostwo, niemożność patrzenia innej osobie w oczy, brak wiary w swoje własne możliwości. Kiedy „zło” kontynuowane jest przez lata, ustrój staje się bardzo wrażliwy, chorego napadają fale gorąca, oblicze staje się blade i wilgotne, oczy stają się matowe, spojrzenie mętne, włosy suche i rozdwojone na końcówkach, czasem pojawia się ból w okolicach serca, oddech staje się krótki, sen zaburzony, zaparcia, kaszel, podrażnienie gardła, a w końcu cały człowiek staje się fizycznie, psychicznie i moralnie wrakiem. Innymi schorzeniami wynikającymi z masturbacji są: epilepsja, apopleksja, paraliż, przedwczesne starzenie się, mimowolne wytryski, najczęściej podczas snu lub po oddaniu moczu lub stolca. U kobiet skutkami onanizmu między innymi jest histeria, rozregulowane miesiączkowanie, katalepsja oraz dziwne symptomy o podłożu nerwowym (Stout 1885 za: Freund, McGuire, Podhurst 2003: 198).

Jednakże początkowo w dyskusjach na temat seksualności człowieka prym wiodli nie lekarze, ale liberalni intelektualiści, oswajający publiczność z publiczną dyskusją na temat seksualności człowieka (Hart, Wellings 2002: 896). Do połowy XX wieku natomiast liczba lekarzy pisząca o sprawach seksu była mała. Mimo to Hart i Wellings uważają, że nie można na tej podstawie stwierdzić, iż proces medykalizacji nie wtedy nie miał miejsca. Jak stwierdzają, „jeśli medykalizacja jest postrzegana jako społeczny proces, który nie

wymaga aktywnego zaangażowania lekarzy, a medycyna jest powołana do wspierania partykularnych postaw ideologicznych, to medykalizujące tezy mogą być podtrzymywane niezależnie od ilości lekarzy w nie zaangażowanych.” (Hart, Wellings 2002: 896).

Medykalizacja seksualności nabrała tempa w latach pięćdziesiątych XX wieku, za sprawą psychiatrii, którą Hart i Wellings nazywają „moralnym ramieniem medycyny” (2002: 897). W 1952 roku wydana zostaje pierwsza edycja DSM, w której znalazły się zaburzenia zachowań seksualnych, traktowane wcześniej jako moralnie niedopuszczalne. Grzech stał się uleczalną chorobą, a grzesznicy, na przykład homoseksualiści, zaczęli być traktowani jako chorzy. Metodami walki z niechcianymi zachowaniami seksualnymi było zamykanie w szpitalach psychiatrycznych, terapie hormonalne, czy kastracja (obecnie kastracja chemiczna). Przed II Wojną Światową samotne kobiety w ciąży mogły zostać wysłane i przetrzymywane przez nieokreślony czas w szpitalu psychiatrycznym, a terapie dla homoseksualistów prowadzono do roku 1973, kiedy Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zdecydowało nie uznawać już skłonności homoseksualnych za zaburzenie. Nawet wenerologia – specjalność medyczna zajmująca się leczeniem chorób przenoszonych drogą płciową – była obszarem działań „medycznych moralistów”, którzy osoby przenoszące choroby weneryczne określali mianem „moralnie upośledzonych”, których wolność należy ograniczyć. Jako nowe przejawy utożsamiania nietypowych zachowań seksualnych z chorobą Hart i Wellings uznają poszukiwanie „genu homoseksualizmu”, czy negowanie, że sposoby seksualnej ekspresji są zmienne historycznie i społecznie konstruowane (2002: 897).

Drugą część XX wieku charakteryzowała coraz większa akceptacja wobec różnorodności zachowań seksualnych i aktywności seksualnej nie podejmowanej w celach prokreacyjnych. Wiele negatywnych skutków zachowań seksualnych zostało obalonych (na przykład deformacja twarzy na skutek masturbacji). Co więcej, w epidemiologicznych badaniach zachowań składających się na prozdrowotny styl życia pojawiają się zachowania seksualne. Nie chodzi przy tym jedynie o bezpieczne zachowania zdrowotne, ale również o satysfakcjonujące życie seksualne, które zaczęło być traktowane jako jeden z czynników poprawiających zdrowie psychiczne i fizyczne, a także jakość relacji z partnerem i najbliższym otoczeniem społecznym (Ostrowska 1999: 100). W konsekwencji tych zmian za dewiację obecnie uznaje się celibat, a w celu ulepszenia przyjemności z seksu stosuje się operacje chirurgiczne oraz leki (Hart, Wellings 2002: 896). Zatem, klimat akceptacji wobec seksualności człowieka spowodował, że medykalizacja w sferze seksualności człowieka także musiała ulec procesowi transformacji. Michel Foucault w

„Historii Seksualności” ostrzegął, że liberalizacja w sferze seksualności, otwarte dyskusje na jej temat, a co bardziej istotne, szczegółowe naukowe analizy życia seksualnego człowieka (opisy jego parametrów i uwarunkowań) może stanowić współczesną kontynuację projektu regulacji i kontroli (za Hart, Wellings 2002: 898). I rzeczywiście, liczne badania podejmowane od mniej więcej drugiej połowy XX wieku (dotyczące zachowań seksualnych, czy fizjologii seksu, orgazmu, podniecenia seksualnego) można w takim ujęciu uznać za nowe formy nadzoru inicjowanego przez państwo i inne instytucje dyscyplinujące. Nadzór ten staje się kontrolą seksualności zarówno w populacji – poprzez na przykład takie narzędzie jak zdrowie publiczne, ale i poprzez samoregulację zachowań jednostek. Monitorowanie zachowań seksualnych skutkuje oczywistym ustaleniem norm czy standardów zachowań seksualnych, dzięki czemu ludzie mogą się do nich odnieść. Upublicznienie na przykład przeciętnej liczby stosunków seksualnych w danej populacji, staje się dla jednostki punktem odniesienia, za pomocą którego konstruowane są społeczne, ale i indywidualne granice normalności dewiacji (Tamże: 898). Paradoksalnie zatem otwarcie się na sferę seksualną oraz akceptacja różnorodności w XX wieku, może doprowadzić do zwiększenia kontroli nad życiem seksualnym człowieka i zawężeniem zakresu ludzkich zachowań w tej sferze życia, mieszczących się w „normie”.

Umiejscowienie satysfakcjonującego życia seksualnego w centrum zdrowego stylu życia, spowodowało, że medykalizacja seksualności rozwija się obecnie w kierunku wzmacniania doznań seksualnych. Kiedy grzechem była rozwiązłość i traktowanie seksu w kategoriach przyjemności, za choroby uznawano całą gamę zachowań seksualnych, ale obecnie, w czasach gdy eksperci w udanym, pozbawionym zahamowań seksie upatrują źródła zdrowia psychicznego i fizycznego, współczesnymi „grzesznikami” są ci, którzy owo zdrowie narażają poprzez zaniechanie tej sfery życia. Oczywiście istotnym rysem współczesnej medykalizacji seksualności jest jej biologizacja i farmakologizacja. W tym kontekście proponuje się pacjentom operacje chirurgiczne⁵⁷ oraz farmaceutyki.

W 2008 roku, w czasopiśmie *Sexual and Relationship Therapy*, w artykule redakcyjnym napisano, że w początku nowego stulecia nastąpiła dramatyczna zmiana w świecie seksuologii, której zasadniczą cechą było odejście od psychologicznych i przejście do farmakologicznych terapii problemów seksualnych. Nowe metody spowodowały, że skupiono się raczej na problemach męskiej potencji (oraz intensywnie szuka się sposobu

⁵⁷ W USA popularna jest operacja kobiecych narządów płciowych nazywana potocznie „*designer vagina*”. Procedura ta składa się z liposukcji „nadmiarowego” sromu, labioplastyka, czyli modelowanie małych czy dużych warg sromowych w celu poprawy ich „estetyki”, przemieszczenie łechtaczki, zacieśnienie mięśni pochwy, oraz laserowe usuwanie błony śluzowej pochwy (Hart, Wellings 2002: 899). W Polsce tego typu zabiegi lub operacje są także wykonywane.

na podobne ujęcie kobiecych problemów seksualnych), a nie na wspólnych partnerom doświadczeniach seksualnych, co wywołało żywą dyskusję na temat medykalizacji seksualności (Pacey 2008: 183). Na podstawie przeglądu literatury dotyczącej zaburzeń seksualnych i ich terapii, nie da się określić jednoznacznie ich przyczyn. Dojście do pewnego konsensusu w tej materii wydaje się mało prawdopodobne, niemniej jednak dominuje przekonanie, że etiologia takich dysfunkcji ma charakter wielowymiarowy (Bradley, Fine 2009: 75-76). Korzeni seksuologii należy szukać w początkach XX wieku, czyli okresie działalności jej pionierów, głównie lekarzy: Freuda, Ellisa, Hirschfeldta, Krafft-Ebinga (Lew-Starowicz 2006: 13). W tamtym okresie nie prowadzono autonomicznych terapii seksualnych, gdyż zgodnie z założeniami psychoanalizy, problemy seksualne traktowano jako symptomy intrapsychoicznych konfliktów, które były leczone za pomocą długotrwałych psychoanaliz, mających na celu uświadomienie pacjentowi istnienia leżących w podświadomości źródeł zaburzeń seksualnych (Bradley, Fine 2009: 78). Na lata 1966-1998 przypada okres „podstaw naukowych i terapii behawioralnych”. Przełomem była publikacja wyników badań Virginii Johnson i Williama Mastersa, dotyczących reakcji seksualnych człowieka obserwowanych za pomocą standaryzowanych metod pomiarowych. Jak pisze Lew-Starowicz, zachęciło to innych do badania seksualności człowieka w warunkach laboratoryjnych, a w sferze terapii, do stosowania metod treningowych (2006: 13). Dopiero w latach siedemdziesiątych zatem pojawiły się specyficzne terapie zaburzeń seksualnych. W przeciwieństwie do psychoanalizy, te nowe, behawioralne terapie seksualne były szybkie, skupione na konkretnym problemie (Bradley, Fine 2009: 78). Punktem wyjścia było założenie, że dysfunkcje seksualne wynikają ze słabej komunikacji pomiędzy partnerami seksualnymi, brakiem odpowiedniej wiedzy na temat seksu, oraz niepokoju związanego z niską jakością intymnych relacji seksualnych (która była wynikiem tych braków w sferze komunikacji i świadomości seksualnej). Zatem terapia seksualna powinna wedle koncepcji Johnsona i Mastersa dotyczyć obu partnerów seksualnych, a satysfakcja seksualna i umiejętności są wyuczonymi zachowaniami. Kilka lat po publikacji powyższych autorów pojawił się nowy model terapeutyczny autorstwa Helen Kaplan, który opierał się na klasyfikacji dysfunkcji seksualnych przejawiających się zaburzeniami pożądania, podniecenia i orgazmu. Uwzględnienie w modelu zaburzeń seksualnych niedoborów pożądania oceniono jako podejście łączące tradycyjną psychoanalizę z nowszymi modelami behawioralnymi. Kaplan uważała, że w przypadku łagodniejszych objawów opisywanych przez pacjenta mogły wystarczyć terapie behawioralne, natomiast kiedy zaburzenia seksualne były efektem głębszych,

poważniejszych problemów psychicznych konieczne mogło okazać się zastosowanie terapii opartych na modelu psychodynamicznym (Bradley, Fine 2009: 79).

Powstanie i rozpropagowanie tych modeli spowodowało zmiany kulturowe oraz zmiany potrzeb w sferze seksualności człowieka, czego skutkiem był wzrost liczby pacjentów poszukujących pomocy u seksuologów. W procesie tym uczestniczyły media, które zainteresowały się tematem seksu (orgazmu, satysfakcji z pożycia seksualnego, i sposobów ich osiągania). Na rynku pojawiły się poradniki, z których czytelnicy dowiadawali się, że powinno się dążyć do usprawniania swojego życia seksualnego. Wraz ze zwiększaniem się dostępności informacji, seksuolodzy odnotowywali coraz mniejsze zapotrzebowanie na pomoc w łagodniejszych przypadkach zaburzeń seksualnych, a coraz częściej stykali się z zaburzeniami chronicznymi i trudnymi do leczenia. Na charakterystykę terapii seksuologicznych miało wpływ odkrycie syndromu „uzależnienia od seksu” oraz dostępność do pornografii za pośrednictwem Internetu. Coraz częściej seksuologowie zajmowali się zaburzeniami erekcji, oziębłością seksualną czy kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi. Coraz bardziej złożone problemy wymagały podejmowania nowych terapii. W latach dziewięćdziesiątych proces medykalizacji w seksuologii nabrał rozpędu. Kształtował ten proces jednakże nie tylko rozwój medycyny ale i kwestie ekonomiczne. Firmy farmaceutyczne i ubezpieczeniowe zdały sobie sprawę, że z finansowego punktu widzenia, terapie medyczne są dla nich bardziej korzystne niż psychoterapie. Ubezpieczyciele woleli opłacać krótkotrwałe farmakoterapie, które dostarczały fizycznych dowodów poprawy, niż trwających dużo czasu terapii psychologicznych, których efekty na dodatek były trudno mierzalne. Znaczenie mogły też mieć preferencje pacjentów, z których wielu wolało mieć zdiagnozowaną chorobę w sensie medycznym, niż zaburzenie psychiczne, z którym wiąże się społeczny stygmat uczęszczania na psychoterapie (Bradley, Fine 2009: 80).

Przełomowym momentem dla seksuologii okazało się wprowadzenie na rynek Viagry – leku przeznaczonego do leczenia zaburzeń erekcji. Lek ten wywarł wpływ nie tylko na postrzeganie męskiej sfery seksualnej ale także na całą seksuologię i sposób postrzegania zaburzeń seksualnych. Lew-Starowicz opisuje jak jej sukces zainspirował badania w celu poszukiwania nowych metod leczenia zaburzeń seksualnych oraz spowodował rozwój medycyny seksualnej: „W wielu krajach świata powstały medyczne ośrodki naukowe i sponsorowane programy badawcze. Dzięki nim poznano na przykład ośrodki sterujące seksualnością w mózgu, neuroprzekaźniki i neurohormony (tzw. ”chemia seksu i miłości”), pojawiły się nowe metody diagnostyczne (na przykład MRI), nowe medyczne metody

leczenia zaburzeń seksualnych, m.in. inhibitory 5-PDE (Levitra, Cialis), hormonoterapia, metody operacyjne (na przykład naczyniowe, protezowanie członka)” (Lew-Starowicz 2006: 14). Jak ocenia Lew-Starowicz, wcześniej w rozwoju seksuologii uczestniczyli zarówno lekarze, psychologowie, pedagodzy, socjologowie, czy prawnicy (2006: 13), ale w nowej rzeczywistości jej interdyscyplinarny charakter był coraz słabszy. W leczeniu zaburzeń erekcji zaczęli dominować urolodzy, co miało istotny wpływ na medykalizację dyscypliny (zaczęły powstawać towarzystwa medycyny seksualnej, oraz *stricte* medyczne, opiniotwórcze czasopisma naukowe). W początkach historii seksuologii terapeuci swoją uwagę skupiali na parze, gdyż wierzyli, że zaburzenia seksualne są efektem problemów w relacjach między partnerami, ale wraz z transformacją „problemów seksualnych” w „zaburzenia seksualne” przez środowisko medyczne, zostały ustalone „normalne” reakcje seksualne dla kobiet i mężczyzn, bez uwzględnienia perspektywy psychologicznej, a terapia skupia się na eliminowaniu symptomów zaburzeń za pomocą odpowiednich medykamentów. Zatem farmaceutyki mają pomagać w zwiększaniu ochoty na seks, fizycznych objawów pobudzenia seksualnego oraz satysfakcji z aktu seksualnego (orgazmu), nie uwzględniając oczywistego faktu iż na ich poziom wpływają w dużym stopniu czynniki o charakterze emocjonalnym, psychologicznym i psychospołecznym jak na przykład jakość relacji interpersonalnych, czy samoocena. Mimo takich kontrowersji kierunek w którym podąża seksuologia się nie zmienia. Przewaga medycyny w seksuologii utrzymuje się, mimo że przedstawiciele dziedzin niemedycznych nie pozostają bierni (na przykład stworzenie koncepcji terapii integralnej, w której równie duże znaczenie mają metody medyczne jak i psychoterapia). Lew-Starowicz dostrzega w medykalizacji seksuologii i seksualności człowieka pewne zagrożenia. Według niego nadmierna medykalizacja „...pomniejsza rolę etiologii psychogennej zaburzeń seksualnych, aspekty psychiczne w leczeniu tych zaburzeń, sprzyja powstaniu nierealnych oczekiwań, na przykład wywoływania orgazmu u kobiet na drodze farmakologicznej” (Lew-Starowicz 2006: 14). Proces medykalizacji zatem skutkuje coraz mniejszą wiedzą zarówno laików jak i profesjonalistów na temat złożonej etiologii problemów seksualnych. Bradley i Fine przytaczają opinię Kleinplatza (2003) dotyczącą związanych z procesem medykalizacji głównych trendów w teorii, badaniach oraz praktyce i szkoleniu w ramach terapii problemów seksualnych. Pierwszym z nich jest istnienie dominującego obecnie zrównania zaburzeń seksualnych z ich symptomami i leczeniu jedynie tych drugich co spowodowało zatrzymanie rozwoju obszaru terapii seksualnych. Drugi trend polega na tym, że za kształtowanie terapii seksualnej odpowiedzialne w głównej mierze była medykalizacja jej

przedmiotu zainteresowań, czyli samej seksualności człowieka. Trzeci, zdiagnozowany przez niego trend polegał na coraz większej fragmentaryzacji terapii seksualnych, która wynikać miała z postępującej specjalizacji usług oraz zawodów zajmujących się seksualnością człowieka. Badacze zajmujący się procesem medykalizacji seksuologii zgadzają się, że będzie on postępował w przyszłości z taką samą siłą (Tiefer, 2007, Rowland 2007, Kleinplatz 2003 za: Bradley, Fine 2009: 82-83). W ich pracach znaleźć można wiele przesłanek przemawiających za tą prognozą: 1. nie istnieje teoria stanowiąca podstawę terapii seksualnych, 2. istnieje dominujące założenie, że problemy seksualne mają podłoże organiczne i przyczyn raczej należy szukać w ciele, a nie w relacjach z partnerem czy społecznością. 3. model medyczny rozwijał się wraz z ze zmniejszającym się zainteresowaniem doświadczeniami, jednostek czy partnerów, które upatrywano jako nieobiektywne i przez to mniej wartościowe, 4. badania i leczenie będzie finansowane do momentu kiedy dotyczą problemów będących przeszkodą w odbyciu stosunku heteroseksualnego, 5. czynniki ekonomiczne prowadzą do tego, że zwroty kosztów leczenia dotyczą jedynie krótkotrwałych terapii skupionych na redukcji objawów, czyli przede wszystkim, których celem jest doprowadzenie pacjenta do zdolności ukończenia stosunku seksualnego, 6. rezultaty terapii medycznych są łatwe do zmierzenia, 7. firmy ubezpieczeniowe preferują model medyczny w leczeniu problemów seksualnych ponieważ krótsza terapia wydaje się mniej kosztowna, 8. kierunek badań był i będzie wciąż ten sam: badania kliniczne. Rowland wieszczy wręcz całkowity upadek niemedycznej seksuologii z powodu wciąż minimalnego finansowania niemedycznych terapii seksualnych przez rząd, samorządy, firmy ubezpieczeniowe. Sytuację pogarszać ma według niej, brak dobrze przeprowadzanych badań potwierdzających skuteczność terapii niemedycznych (przyczynia się do tego niechęć do finansowania takich badań) oraz wspomniany powyżej brak podłoża teoretycznego, które z pewnością uwiarygodniłby działalność terapeutów (2007 za: Bradley, Fine 2009: 83-84).

Jak zauważają Bradley i Fine, jednym z najczęstszych zarzutów skierowanych wobec niemedycznych terapii seksualnych jest brak badań dowodzących ich skuteczności. Co ciekawe, firmy medyczne czy farmaceutyczne na podstawie wyników swoich badań jedynie potwierdzają, że na skutek zażywania leków zwiększa się zdolność do podjęcia aktywności seksualnej, ignorując całkowicie w tych badaniach satysfakcję ze związku oraz seksu. Niemniej jednak z farmaceutykami trudno jest konkurować mało obecnej w mediach psychoterapii, ponieważ stoją za nimi ogromne fundusze umożliwiające kreowanie postaw pacjentów za pomocą reklam, w których leki przedstawia się jako

szybkie i łatwe rozwiązanie problemów. Niewiedza lekarzy i laików dotycząca psychoterapii seksualnych, powodować może często, że przypadki problemów seksualnych początkowo próbuje się rozwiązywać za pomocą farmaceutyków i dopiero kiedy one nie zadziałają odsyła się pacjenta do psychoterapeuty (Derogatis 2007 za: Bradley, Fine 2009: 85).

Zatem, w jaki sposób zasoby finansowe firm farmaceutycznych mogą kształtować postrzeganie zaburzeń seksualnych oraz kierunek rozwoju seksuologii? Strategie działania firm farmaceutycznych przedstawiona zostanie na przykładzie Viagry – wynalazku firmy Pfitzer.

Pfitzer, który z Viagry, efektywnego leku na zaburzenia erekcji o organicznej etiologii (na przykład cukrzyca, czy operacje prostaty), zrobił pigułkę mającą zwiększać możliwości seksualne (długość i jakość erekcji) „normalnych” mężczyzn, wydłużyła listę podejrzanych o „chorobotwórczość”. W tym celu firma podejmowała szereg działań mających na celu wykreowanie wrażenia, że zaburzenie jest bardzo powszechne. By tego dokonać, niezbędne jest dostarczenie przekonujących dowodów, że zaburzenia erekcji nie są rzadkością. Pfitzer, na swojej stronie internetowej, utrzymuje, że ponad połowa mężczyzn w wieku powyżej 40 lat cierpi na jakiś stopień zaburzeń erekcji⁵⁸. Powołuje się przy tym na badania *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) przeprowadzone w latach 1987-1989. Joel Lexchin, badacz z Kanady zajmujący się tą problematyką, sprawdził dokładnie strategie marketingowe omawianej firmy (Lexchin 2006) i zwrócił uwagę, iż wyniki MMAS oczywiście nie zostały wybrane przypadkowo. Spośród dostępnych 13 badań, które były opublikowane do 1998 roku, Pfitzer wybrał te, w których odnotowano najwyższy odsetek mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji, i nie wspominał zupełnie o dość dużych różnicach w innych badaniach. Dla porównania, w badaniach *US National Health and Social Life Survey* jedynie 18% mężczyzn w wieku 50-59 lat deklaruowało, że w ostatnim roku miało kłopoty z erekcją. Autor ten zauważył także, że istnieją zastrzeżenia co do sposobu ekstrapolacji wyników badania MMAS na całą populację amerykańskich mężczyzn. Badaniom poddano dwie grupy mężczyzn, z których pierwsza, liczniejsza, była losowo wybrana z populacji mieszkańców Bostonu i okolic, natomiast druga składała się z mężczyzn pojawiających się w uniwersyteckiej klinice urologicznej. Pierwszej grupie zadano dziewięć pytań na temat aktywności seksualnej, drugiej dodatkowo zadano pytanie na temat zaburzeń erekcji. Mieli oni odpowiedzieć czy oceniają się jako osoby bez zaburzeń erekcji, z małymi zaburzeniami, średnimi zaburzeniami lub całkowitymi

58 URL: <http://www.viagra.com/index.aspx> [pobrano: 20.12.2012]

zaburzeniami. Następnie samooceny zaburzeń erekcji zostały użyte do oszacowania odsetków mężczyzn z określonym stopniem impotencji w pierwszej grupie. Kontrowersje budził fakt, iż nie wyjaśniono na jakiej podstawie uznano, że te dwie grupy mężczyzn są podobne. Zachodzi więc obawa, że ekstrapolacja może być obarczona trudnym do oszacowania błędem (Lexchin 2006: 0002).

Podobne działania marketingowe Pfizera, tym razem w Australii, opisuje także Moynihan ze współpracownikami. Analizują oni prasową reklamę, w której przekonywano Australijczyków, że 39% mężczyzn, którzy odwiedzają lekarzy ogólnych ma problemy z erekcją. Reklama przedstawiała nieszczęśliwą parę, trzydziesto-, czterdziestolatków, na przeciwnych końcach małżeńskiego łóżka. Obrazowi towarzyszył napis: "Problemy z erekcją: Trudno o tym mówić, łatwo wyleczyć."⁵⁹. Cytowane dane pochodzą z badań przeprowadzonych w 1999 roku, ale warto zauważyć jakie kategorie mężczyzn zawierają się w grupie z zaburzeniami erekcji. Włączono w nią wszystkie kategorie badanych, w tym mężczyzn, którzy stwierdzili, że problemy z erekcją miewali jedynie „okazjonalnie”. Ponadto średni wiek mężczyzn, którzy zgłaszali pełne zaburzenia erekcji wynosił 71 lat. W innych badaniach, na które w reklamie się nie powoływano, oszacowano, że zaburzenia erekcji dotyczą jedynie 3% Australijskich czterdziestolatków i 64% siedemdziesięciolatków (Moynihan, Heath, Henry 2002: 889).

Na stronie www.viagra.com można także znaleźć zapewnienia, że Viagra jest lekiem bardzo efektywnym. Można tam wyczytać, że podczas badań klinicznych czterech z pięciu badanych ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odczuło poprawę erekcji. W grupie kontrolnej, która dostawała pigułki cukru, poprawę zadeklarowało tylko 20% badanych. Lexchin zwraca jednak uwagę, że jako sukces w tych badaniach uznano poprawę erekcji, natomiast przypuszczalnie celem większości mężczyzn jest nie erekcja sama w sobie, ale możliwość odbycia stosunku seksualnego zakończonego orgazmem. Jeśli to przyjmiemy jako kryterium efektywności kuracji, wyniki mogłyby być trochę inne. W większości badań skuteczność Viagry mierzona satysfakcjonującym męzkim stosunkiem oceniano na 50-60%, przy czym w grupach kontrolnych, które dostały pigułki cukru wskaźnik ten dochodził do 25%. Skuteczność leku mierzona w taki sposób nie jest więc już tak spektakularna jak to się wydaje po lekturze internetowej strony Pfizera (Lexchin 2006).

Analizując przekaz reklamowy Viagry, widać, że Pfizer w celu maksymalizacji rynku,

⁵⁹ Drobnym drukiem w omawianej reklamie napisano jakie organizacje mają związek z tą akcją, ale nie było tam informacji, że reklama sponsorowana była przez Pfizera (producenta Viagry). Główna organizacja odpowiadająca za tą promocję, „*Impotence Australia*” miała w tym czasie dostać dotację w wysokości 200000 dolarów australijskich (119 400 Euro) od wyżej wspomnianej korporacji.

zyskania nowych klientów, próbuje zmienić przeznaczenie leku. Viagra staje się tzw. „*lifestyle drug*” - lekiem dla każdego mężczyzny, który chce usprawnić swoje życie erotyczne. W tym celu przekaz dotyczący zaburzeń erekcji czy samego leku skierowany jest obecnie do mężczyzn w sile wieku. Zmianę „targetu” dobrze ilustruje przykład podany przez Lexchina. W pierwszych reklamach Viagry zatrudniono Boba Dole'a (rocznik 1923), kandydata na prezydenta USA w 1996 roku, natomiast obecnie lek reklamowany jest na wyścigach NASCAR, a starzejącego się polityka zastąpił 39-cioletni bejsbolista Rafael Palmiero. Na stronie internetowej Viagry pod zdjęciem przedstawiającym parę wyglądających na osoby przed czterdziestką zamieszczono napis: „Wielu facetów ma czasem problemy z erekcją. Ja zdecydowałem nie akceptować moich i zapytałem się o Viagrę” (Lexchin 2006: 0003). Jak pisze Lexchin, „...przekaz płynący ze strony internetowej, z reklam w magazynach i od ludzi typu Rafael Palmiero jest następujący: każdy, niezależnie w jakim jest wieku, raz na jakiś czas, może skorzystać z małego wzmocnienia; a każde odchylenie od idealnej erekcji oznacza zaburzenia erekcji i leczenie za pomocą Viagry.” (Lexchin 2006: 0003) Pfitzer stara się przekonać mężczyzn, że każde, nawet okazjonalne problemy z erekcją najlepiej leczyć farmakologicznie⁶⁰. Czy strategie korporacji odnoszą skutek? Chyba tak, zważywszy na fakt, iż badania wskazują, że najszybciej rosnącą grupą użytkowników leku są mężczyźni w przedziale wiekowym 18-45 lat (Delate, Simmons, Motherhal 2004 za: Lexchin 2006: 0003). W tych samych badaniach wykazano także, że tylko w przypadku 1/3 z nich branie leku mogło mieć sens. Pozostali albo zupełnie nie potrzebowali wspomagacza, albo ich zaburzenie miało podłoże psychologiczne. We wspomnianych już wcześniej badaniach *US National Health and Social Life Survey* wskazano, że stresogenne problemy takie jak deterioracja społecznej i ekonomicznej pozycji generuje podwyższenie ryzyka doświadczenia trudności seksualnych (Laumann, Paik, Rosen 1999 za: Lexchin 2006). W takich przypadkach zamiast farmakoterapii bardziej efektywne może być doradztwo lub znalezienie nowej pracy. Oczywiście takie możliwości nie są przedstawiane na stronie internetowej poświęconej Viagrze.

Viagra odniosła ogromny sukces marketingowy, na trwałe zmieniając podejście do leczenia problemów seksualnych. Stało się tak za sprawą opisaną powyżej kampanii marketingowej, ale także dlatego, że był to lek chyba wręcz skazany na sukces,

⁶⁰ Na stronie Viagry można przeprowadzić na sobie test odpowiadając na kilka pytań. Pfitzer nawet w przypadku łagodnych zaburzeń przekonuje do korzystania z leku. Po wypełnieniu quizu w taki sposób by uzyskać liczbę punktów oznaczającą łagodne zaburzenia erekcji wygenerowany zostaje taki przekaz: „W badaniach klinicznych 90% mężczyzn z takimi samymi symptomami jak ty (łagodnymi – przyp. aut.) uzyskało lepsze erekcje za pomocą Viagry.”

odpowiadał bowiem na trapiący od wieków mężczyzn niepokój związany z ich potencją (o czym może świadczyć długa historia popularności przeróżnych mikstur i afrodyzjaków mających służyć leczeniu impotencji). Przy okazji Viagra niemal całkowicie wyeliminowała alternatywne terapie, na przykład wszczepianie implantów do prącia, pompki próżniowe, zastrzyki (Wienke 2005: 30). Kilka lat po debiucie Viagry na rynku, swoje leki na zaburzenia erekcji zaczęły sprzedawać Eli Lilly (Cialis) oraz Bayer wraz z GSK (Levitra). Działają one na takiej samej zasadzie jak Viagra, gdyż oba w warunkach seksualnego pobudzenia zwiększają przepływ krwi do genitaliów umożliwiając osiągnięcie i utrzymanie erekcji przez wystarczający czas. W analizie materiałów prasowych i reklam dotyczących obu leków Chris Wienke pokazuje, jak ich producenci pozycjonują je na zdominowanym przez Viagrę rynku. Podstawową strategią jest przedstawianie Cialis i Levitry jako szybciej i dłużej działających niż produkt Pfizera, a także charakteryzującymi się mniejszą ilością skutków ubocznych. Na tej bazie marketerzy przedstawili te leki jako wspomagające „naturalny”, spontaniczny seks, nie wymuszony momentem zażycia i okresem działania (jak w przypadku Viagry). Zakładać mamy zatem, że naturalna, normalna męskość polega na spontanicznej, natychmiastowej gotowości do podjęcia aktywności seksualnej, a Cialis i Levitra są jedynie środkami przywracającymi mężczyznę do stanu równowagi. Reklamy tych środków, podobnie jak Viagra, wykorzystywały sportowców, kojarząc w ten sposób marki z „hegemoniczną męskością”, a zażywanie leków jako męską walkę o „pozostanie w grze”.

Obrazu medykalizacji życia seksualnego dopełniają próby skonstruowania zaburzeń seksualnych kobiet o podłożu biologicznym. Leonore Tiefer, psycholog kliniczny, badaczka zajmująca się problemami seksualnymi, zwróciła uwagę na przykład „chorobotwórstwa” tego typu, które w dużej mierze było zainspirowane przez komercyjny sukces Viagry. W artykule *Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance* (Tiefer 2006) opisuje historyczne, społeczne i ekonomiczne czynniki powstania i ewolucji zaburzeń seksualnych kobiet (FSD) jako kategorii diagnostycznej, a także ogniska oporu wobec medykalizacji kobiecego życia seksualnego.

Autorka próbując odtworzyć proces konstruowania kobiecego zaburzenia seksualnego (*female sexual dysfunction* - FSD) w USA w porządku chronologicznym, rozpoczyna analizę od roku 1997, kiedy to FDA zniosło restrykcje dotyczące pozarejestrowanego stosowania leków (*off-label prescribing* lub *off-label drug use*⁶¹) i reklam kierowanych

61 Tematyka stosowania produktów leczniczych poza zarejestrowanymi wskazaniami w Polsce została poruszona na przykład w artykule Justyny Zajdel w „Przeglądzie Lekarskim”. W naszym kraju zastosowanie leku w postępowaniu terapeutycznym z pominięciem lub ograniczeniem zasad

bezpośrednio do konsumenta, a urolodzy zaczęli stosować określenia *female sexual disorder* w odniesieniu do patofizjologii kobiecych narządów płciowych. Przed firmami farmaceutycznymi otworzyło to ogromne możliwości powiększenia sprzedaży swoich produktów. W tym samym roku zorganizowana została przez koncerty konferencja „*Sexual Functions Assessment in Clinical Trials*”, gdzie nie zaproszono badaczy związanych z istniejącymi już towarzystwami seksuologicznymi, a jedynie seksuologów związanych z przemysłem farmaceutycznym. Mimo takich zabiegów, na konferencji tej, a także przez następne lata nie udało się jednoznacznie zdefiniować granicy pomiędzy zdrowiem, a zaburzeniem seksualnym. Temat stał się szeroko komentowany kilka dni po zezwoleniu na sprzedaż Viagry w USA (w roku 1998). Wtedy to dziennikarze w publikacjach prasowych zaczęli domagać się Viagry dla kobiet. Działo się tak mimo faktu, iż trudno było w tamtym czasie ocenić, jakie konkretnie schorzenie ta „Różowa Viagra” miałaby leczyć. Nie przeszkadzało to jednak firmom farmaceutycznym poszukiwać leku na FSD. Od 1997 roku tematem interesował się Pfitzer, który próbował testować lek zwiększający dopływ krwi do genitaliów (miał zatem działać na takiej samej zasadzie jak Viagra u mężczyzn), jednakże ze względu na słabe wyniki w testach klinicznych w 2004 roku zarzucił ten program. Niepowodzenie to tłumaczono dużą złożonością czynników wpływających na kobiecą seksualność (Mayor 2004 za: Pacey 2008: 183). Co ciekawe, mimo to, Viagra została tak skutecznie wypromowana, że w USA w dalszym ciągu przepisuje się ją kobietom (tzw. „*off-label prescribing*”) (Segal 2008).

Firma Proctor&Gamble będąca pod wrażeniem zysków, które uzyskiwała sprzedając swój lek na receptę o nazwie handlowej Actonel (przeznaczony do leczenia osteoporozy), postanowiła także wynaleźć lek na problemy seksualne kobiet, czego rezultatem jest specyfik o handlowej nazwie Intrinsa, gdzie substancją czynną jest testosteron. Ponieważ leki ukierunkowane na zmianę funkcjonowania genitaliów (jak Viagra) nie przyniosły wymiernych efektów w zakresie łagodzenia zaburzeń pożądania i pobudzenia seksualnego kobiet, Proctor&Gamble zaczęła poszukiwać leku hormonalnego mającego oddziaływać na poziom libido. Badania wykazały, że Intrinsa oddziałuje na nie w ograniczonym zakresie (w sensie biomedycznym i geograficznym). Interesujące jest jednak najbardziej, jak wraz z kierunkiem poszukiwań firm farmaceutycznych, zmieniało się rozumienie zaburzeń seksualnych kobiet. Jak pisze Tiefer, w 2004 roku zaburzenie *female sexual arousal disorder* czyli zaburzenie podniecenia seksualnego u kobiet zaczyna być

wynikających z „Charakterystyki Produktu Leczniczego” jest możliwe ale wyłącznie w przypadku wynika z konieczności ratowania życia lub zdrowia pacjenta, a dotychczasowe sposoby okazały się niewystarczające (Zajdel 2011: 33).

zastępowane jednostką o nazwie *Hypoactive sexual desire disorder*, które po polsku nazwać można zespołem obniżonego pożądania seksualnego. Dla Tiefer nie stanowi przypadku fakt, iż kiedy Pfitzer pracował nad „Różową Viagrą”, w kontekście kobiecych zaburzeń seksualnych mówiło się częściej o FSAD, które definiowano jako stała lub powtarzająca się niemożność, osiągnięcia lub utrzymania odpowiedniego nawilżenia pochwy i innych reakcji genitaliów na podniecenie seksualne do momentu ukończenia zbliżenia seksualnego (Graham 2009). Kiedy natomiast okazało się, że seksualności kobiet nie da się sprowadzić do reakcji genitalnych, a firma P&G zaczęła prace nad Intrinsą, zainteresowano się HSDD, które definiuje się jako stały bądź powtarzający się niedobór lub brak fantazji seksualnych i pożądania seksualnego (Brotto 2009). Tiefer widzi w tym przykład działań zmierzających do dopasowania do istniejącego już leku choroby (jej definicji i symptomów).

Mimo zaangażowania przez firmę P&G wielu ginekologów i ich zrzeczeń przedsięwzięcie zakończyło się częściowym niepowodzeniem, gdyż amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków nie dopuściła leku do obrotu ze względu na zakwestionowanie wyników badań potwierdzających bezpieczeństwo (ryzyko chorób serca i nowotworów) i skuteczność leku. Ponadto obawiano się, że lek będzie powszechnie stosowany niezgodnie z pierwotnym przeznaczeniem (*off-label*) stając się podobnie Viagra lekiem mającym na celu zwiększenie ilości i jakości kontaktów seksualnych. Mimo tych wszystkich kontrowersji, szacuje się, że w USA co piąty wypisywany lek z testosteronem oficjalnie przeznaczony dla mężczyzn wypisywany jest kobietom (Tiefer 2006: 0004). Z pewnymi obostrzeniami Intrinsa została natomiast dopuszczona do obrotu w krajach Unii Europejskiej⁶².

Historii opisanej przez Leonore Tiefer można dopisać następny epizod. Przez kilka ostatnich lat media z nadzieją donosiły o bardzo obiecujących wynikach badań niemieckiej firmy Boehringer Ingelheim nad Flibianseryną, która miała powodować zwiększanie pożądania seksualnego u kobiet. Lek miał działać na receptory dopaminy, neuroprzekaźnika wpływającego na odczuwanie przyjemności. Korporacja jeszcze przed zaaprobowaniem leku zainicjowała kampanię promocyjną, lecz mimo to w czerwcu 2010

62 Dnia 28 lipca 2006 r. Komisja Europejska przyznała firmie Procter & Gamble Pharmaceuticals UK Ltd pozwolenie na dopuszczenie preparatu Intrinsa do obrotu, ważne na terytorium całej Unii Europejskiej. Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) uznał, iż wykazano większą skuteczność preparatu Intrinsa niż placebo w redukowaniu objawów hipoaktywnych zaburzeń pożądania seksualnego u kobiet po usunięciu macicy i obu jajników. Komitet zdecydował, że korzyści płynące ze stosowania preparatu Intrinsa przewyższają ryzyko i zalecił przyznanie pozwolenia na dopuszczenie preparatu Intrinsa do obrotu. Więcej danych o leku znajduje się na stronie <http://www.ema.europa.eu/> [pobrano: 22.12.2012]

roku amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków nie dopuściła leku do sprzedaży, gdyż jego skuteczność została zakwestionowana, a skutki uboczne uznano za zbyt duże⁶³.

Podsumowując, przykład problemów seksualnych dobitnie pokazuje, że firmy farmaceutyczne są w stanie włączyć wielką liczbę ludzi do grupy chorych pomimo wielu niesprzyjających temu celowi okoliczności. Tiefer zwraca nam uwagę, jak może być skuteczne „chorobotwórstwo” w wykonaniu bogatych korporacji: „Do 2006 roku FSD stało się obecnie medyczną i medialną rzeczywistością, pomimo oczywistych, trwających wciąż problemów ze zdefiniowaniem tego stanu i zarejestrowaniem leków na FSD” (Tiefer 2006: 0004). Wynika z tego, że marketing potrafi być tak potężny, że wykreować potrafi społeczne zapotrzebowanie na farmaceutyk mający leczyć choroby, których jeszcze nawet nie odkryto! Jak to możliwe? Siła przekonywania kampanii marketingowych firm farmaceutycznych wydaje się, że wynika z faktu, iż wielu ludzi wcale nie trzeba zbyt mocno przekonywać. Są to już odpowiednio wychowani konsumenci, których zmedykalizowana tożsamość⁶⁴ sama poszukuje medycznych, farmakologicznych odpowiedzi na ich życiowe problemy. Oczywiście tą zmedykalizowaną tożsamość wciąż pielęgnują PRowcy wynajęci przez korporacje farmaceutyczne oraz współpracujące z nimi komercyjne media. W zmedykalizowanej kulturze nauki społeczne i humanistyczne podkreślające społeczne, ekonomiczne, czy polityczne determinanty sfery seksualnej przegrywają z redukcjonistyczną perspektywą medyczną i psychologiczną, gdzie nacisk jest położony na uniwersalne, wytworzone w toku ewolucji wzory popędu seksualnego, zachowań czy atrakcyjności seksualnej. Według tego podejścia zachowania seksualne są czymś naturalnym, danym nam przez naturę, a ewentualne problemy takie jak obniżony popęd są odstępstwem od normy. Takie poglądy są funkcjonalne dla systemu medycznego, któremu zależy przede wszystkim na włączeniu sfery seksualnej do systemu opieki zdrowotnej, a możliwe jest to tylko poprzez stworzenie jednoznacznych kategorii diagnostycznych, dzięki którym łatwo jest zdecydować, kiedy zaczyna się patologia i należy ją leczyć. Tymczasem problemy seksualne kobiet są wysoce skomplikowane i najczęściej mają związek z jakością relacji interpersonalnych i stylu życia, a nie zmian chemicznych w mózgu (Tiefer 2006: 0002).

3.2.3. Od czynnika ryzyka do niebezpiecznej choroby – osteoporoza czyli proces medykalizacji „naturalnych” procesów życiowych

63 <http://www.medpagetoday.com/ProductAlert/Prescriptions/20737> [pobrano: 22.12.2012]

64 Zmedykalizowana tożsamość będzie jednym z tematów części IV niniejszej pracy.

Do tej pory opisywałem stany bądź zjawiska, które poddawane są medykalizacji mimo, że ich podłożem są najwyżej częściowo czynniki biologiczne. Jak już wspominałem, krytyka dotyka przede wszystkim psychiatrii medykalizującej (biologizującej) zaburzenia psychiczne, bądź nawet patologizującej cechy osobowości, zachowania i stany emocjonalne (wcześniej nie traktowane jako dewiacje). Dzieje się tak dlatego, że do dzisiaj nie udało się nikomu udowodnić, że zaburzenia psychiczne są zjawiskami o jednoznacznie biologicznej etiologii (co zapewne nie uda się nigdy). Zatem z tego względu biologicznie zorientowani psychiatrzy i producenci leków psychiatrycznych tak często traktowani są jako uzurpatorzy. W przypadku innych dyscyplin medycznych kontrowersji jest zdecydowanie mniej i z tego powodu także w mojej pracy najwięcej miejsca poświęciłem jest psychiatrii. Niemniej jednak istnieje cała grupa medykalizowanych zjawisk biologicznych, które są przez medycynę podejmowane jako problem nadający się do leczenia.

Zatem, drugą wyróżnioną przeze mnie grupą medykalizowanych stanów są „naturalne” procesy życiowe, które konstruowane są nie jako zwykłe ludzkie doświadczenia, ale problemy techniczno-medyczne. Badania medykalizacji „naturalnych” procesów życiowych, zostały podjęte niemal równocześnie z badaniami dotyczącymi medykalizacji zachowań dewiacyjnych i szybko je zdystansowały (Davis 2010: 224). Spośród nich najwięcej uwagi poświęca się procesom reprodukcji (ciąża, poród, wychowanie dzieci, kontrola urodzeń i aborcja, bezpłodność i menstruacja), jak i medycznym interwencjom w zdarzenia będące elementem naturalnego cyklu życia i starzenia się człowieka (dzieciństwo i dojrzewanie – ADHD, menopauza i andropauza, impotencja, łysienie, siwienie, demencja, umieranie itd.). Na powyższe tematy literatury anglojęzycznej jest naprawdę dużo.

Davis zwraca uwagę na dwie ważne kwestie dotyczące medykalizacji naturalnych procesów życiowych. Po pierwsze, zastrzega, że przymiotnik „naturalny” nie oznacza, że owe procesy są zupełnie niezależne od kultury i na poziomie fizycznym są tak samo doświadczane przez każdego. Na potwierdzenie przytacza badania porównujące Kanadyjki i Japonki, które wykazały, że podczas gdy Kanadyjki w celu opisanie objawów przeżywanej przez nie menopauzy często wymieniają fale gorąca, Japonki korzystają z fizycznych markerów całkiem innego typu (Lock 1993 za: Davis 2010: 224). Zatem, „naturalny” w tym kontekście oznacza raczej sposób określenia fizjologicznych doświadczeń, które wszędzie na świecie są częścią ludzkiego życia. Po drugie zwraca on uwagę, że w przypadku medykalizacji większości naturalnych procesów życiowych nie

oznacza ona nadanie im etykiety choroby bądź zaburzenia. W badaniach na temat medykalizacji menopauzy wprawdzie podkreśla się, że pewna część medycznych ekspertów niegdyś próbowała zdefiniować ją jako „chorobę niedoboru”, ale tylko w przypadku jedynie bardzo małego odsetka kobiet lekarze skłonni byli uznać, że ten proces jest czymś więcej niż naturalną fazą cyklu życia kobiety (Bell 1987 za: Davis 2010: 225). W tych rzadkich przypadkach obawiano się wystąpienia patogenicznych procesów powiązanych z menopauzą i rekomendowano stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HRT) w celu przywrócenia komfortu fizycznego i zwykłego poziomu funkcjonowania. Dodatkowo korzystano z tej terapii by zmniejszyć ryzyko zachorowania na pewne rodzaje raka oraz takie choroby przewlekłe jak osteoporoza i choroby układu krążenia. Niemniej jednak nie można stwierdzić iż sama menopauza jest zarówno przez lekarzy jak i same kobiety traktowana jako choroba (Davis 2010: 225).

Davis uważa, że w odniesieniu do tej kategorii zjawisk zamiast terminu choroba stosuje się pojęcia „nierównowaga”, „stan”, „dysfunkcja”, które mają oznaczać odstępstwo od pewnych standardów biologicznych charakterystycznych dla młodego ciała czy nieobecności bólu, cierpienia czy ryzyka. Ustalanie tego typu norm zazwyczaj pojawia się wraz z opracowaniem nowych medycznych urządzeń, technologii diagnostycznych, czy leków. Dają one obietnicę bardziej efektywnej walki z bólem i radzenia sobie z komplikacjami porodowymi, z łagodnymi fizjologicznymi i psychologicznymi zmianami związanymi z menstruacją i menopauzą (andropauzą), z cierpieniami związanymi z postępującym wraz z wiekiem zmniejszeniem się możliwości seksualnych, utratą włosów, tkanki mięśniowej, a także dostarczają pewnych rozwiązań dla bezdzietnych par, czy większych możliwości kontroli przebiegu ciąży. Badania pokazują, że medyczne wynalazki nie tylko stanowią odpowiedź na istniejące normy kulturowe, ale częściowo je przekształcają i poprzez działania lekarzy, ich sprzedawców, popularyzatorów medycyny i innych, na nowo ustalają granicę pomiędzy normą a patologią, bezpieczeństwem i zagrożeniem, dopuszczalnością i jej brakiem i powodują, że coraz mniej znaczące symptomy stają się powodem poszukiwania konsultacji medycznych.

W związku z faktem, iż te interwencje dotyczą doświadczeń, które mogą być bolesne, uciążliwe, niebezpieczne, ważną rolę w procesie medykalizacji tych zjawisk odgrywają żądania konsumentów. Z powyższych przykładów widać, że większość technologii medycznej jest odpowiedzią na pewne stany i procesy dotyczące ciał kobiet i badania prowadzone z perspektywy feministycznej krytyki imperializmu medycyny miały potwierdzać, że życie kobiet jest bardziej medykalizowane niż życie mężczyzn, a dzieje się

tak dlatego że medycyna jest działalnością zdominowaną przez mężczyzn, męską ideologię i ekonomiczne interesy (zob. Rich 2000: 73). Jednakże Davis powołując się na badania prowadzone w ciągu ostatnich dwóch dekad stwierdza iż tak naprawdę, że dużą rolę w poziomie medykalizacji odgrywają roszczenia kobiet laików (obecnie także mężczyzn – których medykalizacja następuje szybciej niż kobiet), oraz klasa społeczna. W wielu przypadkach medykalizacji powyższych procesów życiowych, to właśnie wykształcone i dobrze sytuowane kobiety, były wśród tych, którzy starali się „zredukować kontrolę, jaką nad kobietą ma biologia” (Riessman 1983 za: Davis 2010: 225).

Te, opisywane procesy, prowadzą do częstszych interwencji medycznych, konsumpcji leków oraz medycznego nadzoru. Oczywiście badania pokazują że medykalizacja naturalnych procesów życiowych w pewnych przypadkach jest uzasadniona i ratująca życie (a pewna część feministek w nowych technologiach medycznych widziała źródła kobiecego wyzwolenia). Niemniej jednak wciąż znaczące są obawy z nimi związane. Podobnie jak w przypadku medykalizacji zachowań dewiacyjnych, dotyczą one zagrożenia depolityzacji i indywidualizacji ludzkich problemów, a także rosnącej władzy medycznej profesji i jej monopolu w stosowaniu technologii interwencyjnych. W badaniach zaniepokojonych autorów naświetlony zostaje ideologiczny komponent tych technologii, które mają wspierać, odtwarzać role płciowe, stereotypy, dewaluować ciała kobiet, zawęzić definicję „normalnego” ciała, które charakteryzować musi się na przykład odpowiedniej długości zdolnością do pracy, czy intensywnością menstruacji. Co więcej, badania podkreślały alienującą naturę procedur medycznych, utratę autonomii przez pacjenta, zwiększanie nadzoru, zanikanie niemedycznej wiedzy o ciele, niemedycznych sposobów radzenia sobie z problemami (na przykład związanych z niepłodnością) i takich działalności jak akuszerstwo. Lekarze oraz technologie diagnostyczne (takie jak monitorowanie płodu) są poddawani krytyce za wyolbrzymianie ryzyka związanego z naturalnymi procesami życiowymi i pomniejszanie ryzyka stosowania technologii medycznych, powiększania zagrożeń jatrogennych i ogólnie nadmierne korzystanie z dostępnych zaawansowanych technologicznych i chirurgicznych procedur (Davis 2010: 226).

W prezentowanym rozdziale medykalizacja (patologizacja) normalnych procesów życiowych zostanie omówiona na przykładzie starzenia się ludzkiego organizmu. Konsekwencją dominacji medycyny i biomedycznego paradygmatu jest traktowanie różnych związanych ze starzeniem się procesów w kategoriach choroby, awarii ludzkiego organizmu, pojedynczej patologii o organicznej etiologii, wymagających interwencji

biomedycznych (Beard, Estes 2002). W 1989 roku w czasopiśmie „The Gerontologist” ukazał się artykuł *The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas*, w którym dokonano próby całościowego opisu przejawów medykalizującej się starości oraz wyróżniono dwa ściśle powiązane ze sobą aspekty biomedykalizacji starzenia się⁶⁵:

- a) społeczne kształtowanie się procesu starzenia jako problemu medycznego (myślenie o starości w terminach medycznych);
- b) praktyki, działania wobec starości traktowanej jako problem medyczny. Można wyróżnić co najmniej cztery wymiary takich działań:
 - a. biomedykalizacja starzenia się w nauce (konsekwencje dla całościowego kształtowania podstaw wiedzy);
 - b. biomedykalizacja starzenia się w sferze profesji medycznych (konsekwencje dla różnych zawodów, ich statusu, szkolenia i organizacji pracy);
 - c. biomedykalizacja starzenia się w polityce publicznej (wpływ medykalizacji na kierunki działań, rozwiązania społeczne, finansowanie, w tym na badania i edukację);
 - d. biomedykalizacja starzenia się, a wiedza potoczna (Estes, Binney 1989: 587).

Konceptualizacja starości w perspektywie lekarzy polega przede wszystkim na rozpoznaniu etiologii oraz leczeniu chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego. Zdominowany przez profesje medyczne dyskurs dotyczący starości rozprzestrzenia się poza obszary medycyny czy opieki medycznej – wpływa na kierunki podejmowanych badań naukowych, politykę społeczną i zdrowotną wobec procesu starzenia się, a nawet postrzeganie osób starych przez społeczeństwo (w czym oczywiście wydatny udział mają media, biznes czy przemysł). Model biomedyczny stał się „zinstytucjonalizowaną strukturą myślową”, mimo że równie ważnymi czynnikami decydującymi o starzeniu się są zmienne społeczne i behawioralne.

Starzenie się traktowane w kategoriach choroby kreuje przekonanie osób starszych i ich otoczenia, iż starość jest w istocie stanem patologicznym i niepożądanym. Taka perspektywa może implikować szereg negatywnych konsekwencji dla osób pełniących społeczną rolę chorego: społeczne wycofanie, redukcję aktywności, silniejszą zależność oraz kontrolę (Parsons 1951; Arluke i Peterson 1981; Walker 1980; Rodin, Langer 1980;

⁶⁵ Z pewnością niniejszy podział można by równie dobrze zastosować do wielu innych medykalizowanych naturalnych procesów, w mojej opinii stanowi on wobec tego użyteczny schemat do badań medykalizacji.

Estes i in. 1984 za: Estes, Binney 1989: 588).

Starzenie się ujmowane jest w tej medycznej perspektywie jako podstawowy, nieunikniony, niezmienny proces o charakterze biologicznym polegający na postępującej niesprawności, degeneracji i ostatecznie śmierci. W wyniku tego podejścia powstała koncepcja „normalnego starzenia się”, które miałyby być względnie stabilnym i jednorodnym zespołem procesów o charakterze biologicznym i psychologicznym. W rezultacie, podejmowane badania nad starością i starzeniem się miały na celu wyizolowanie tych procesów, ustalenie ich etiologii i opracowanie interwencji by je zahamować, szczególnie na poziomie komórkowym lub subkomórkowym. Tak właśnie wygląda proces ustalania granic normalnej demineralizacji kości, poza którymi jest już patologia nazywana osteoporozą.

Jako pouczający wstęp do tej problematyki można uznać pewien eksperyment myślowy. Czy siwienie można uznać za chorobę? Wydaje się to niemożliwe, gdyż oprócz zmiany wyglądu nie są znane jakiegokolwiek inne skutki tego procesu, które powodowałyby obniżenie jakości życia, lub były przyczyną innych chorób. Ale siwienie jest skutkiem biologicznego procesu starzenia się. Dla niektórych siwienie to symptom, biologiczny proces wywołujący zmartwienie i konsternację. Dla takich ludzi siwienie to stan chorobowy, może nawet wymagający podjęcia działania. Takie działanie jak farbowanie włosów łagodzi objawy, niemniej jednak nieznaną jest patobiologia mieszków włosowych. Oczywiście dla innych, siwienie to normalny proces i nie jest dla nich istotne to że u jego podłoża znajdują się procesy o charakterze biologicznym. Mogą oni nawet uznawać, że siwienie jest czymś pozytywnym, na przykład przydającym siwiejącej osobie dostojęństwa. Żeby możliwe było zmedykalizowanie siwienia włosów, należy wykazać, że biologiczne procesy w mieszkach włosowych są patologiczne. Czy mieszki włosowe tracąc zdolność do produkcji pigmentu, innymi słowy tracą jedną ze swoich normalnych biologicznych funkcji czego rezultatem są pewne biologiczne konsekwencje? Profesor medycyny i mikrobiologii/immunologii, autor książki *Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America*, Nortin M. Hadler w rozdziale zatytułowanym *Aging is not a Disease*, zastanawiając się nad tym hipotetycznym problemem snuje następujące przypuszczenia: gdyby okazało się, że pewien lek, na przykład na nadciśnienie, powoduje przywrócenie produkcji pigmentu w mieszkach włosowych, to jego producent z pewnością starałby się jak najszybciej go zarejestrować i wprowadzić na rynek (z przypuszczenia te uprawdopodobnia fakt, iż jeden z leków na nadciśnienie został zarejestrowany jako lek na łysienie). Hadler przewiduje dalej, że uruchomiono by maszynę marketingową mającą na

celu zaprezentowanie owego nowego leku, przedstawienie szeregu negatywnych skutków psycho-społecznych a może nawet somatycznych siwienia, konkurencja zaczęłaby badania nad swoimi odpowiednikami, by także skorzystać z nowego, dopiero otwierającego się rynku. Rozpoczęłyby się programy edukacyjne dla pacjentów i lekarzy, a nowo powstałe stowarzyszenia cierpiących z powodu siwizny zaczęłyby lobbować za refundowaniem leczenia przez system Medicare. Może brzmi to jak żart, ale według Hadlera takie rzeczy się już dzieją (Hadler 2008: 153-4). Według niego podobne działania doprowadziły do medykalizacji towarzyszącemu starzeniu się procesowi zmniejszania się masy kości.

Od wielu lat, w ramach różnych dyscyplin, prowadzone są badania dotyczące związanych z wiekiem zmian w budowie kości. Obecnie jednak stan kości stanowi obiekt intensywnej działalności promocyjnych: podejmowane są akcje społeczne mające na celu zachęcanie do wykonywania badań przesiewowych, a firmy farmaceutyczne stosują agresywne techniki marketingowe mające przekonać konsumentów i lekarzy, że ich produkty są najlepszym rozwiązaniem w uchronieniu się przed „osteoporozą”. W tej wielkiej akcji propagandowej uczestniczą grupy wsparcia, towarzystwa naukowe jeszcze bardziej podkreślając atmosferę zagrożenia. Jest to, moim zdaniem jeden z wcześniej opisywanych przykładów „chorobotwórstwa”. W literaturze na temat medykalizacji starości wątek osteoporozy pojawia się dość często (Erol 2011; Hadler 2008; Kaufert, Gilbert 1986; Moynihan, Heath, Henry 2002; Worcester 2004; Wright 2009). Autorzy tych prac przede wszystkim krytykują traktowanie osteoporozy jako choroby, gdyż oznacza ona związany z naturalnym starzeniem się, proces demineralizacji kości, który dotyczy każdego człowieka po pięćdziesiątce (choć jego tempo nie dla wszystkich jest jednakowe), oraz poddają pod wątpliwość zasadność stosowania intensywnie promowanych terapii mających zapobiegać osteoporozie. Moynihan, Heath i Henry uważają, że terapie mające zapobiegać postępującemu wraz z wiekiem zmniejszaniu się masy kostnej, obok analogicznych terapii mających pomagać w rozwiązywaniu takich problemów jak wysokie ciśnienie krwi, czy wysoki poziom cholesterolu, legitymizowane są poprzez przekształcanie tych czynników ryzyka w choroby (2002: 889). Poniżej przedstawię krytykę współczesnego sposobu rozumienia procesu zmniejszania się gęstości kości, współwystępującego ze starzeniem się organizmu. Rozważania na temat osteoporozy oparte będą przede wszystkim na tekście Hadlera, który podejmując ten wątek, sięga do argumentów medycznych wykazując, na wadliwe jego zdaniem łączenie ryzyka złamań kości z procesem demineralizacji kości. Ocenia on również na tej podstawie, że farmakologiczne terapie prewencyjne nie ma medycznego sensu, sugerując finansowe

przyczyny rozpowszechniania problemu osteoporozy i promocji tychże sposobów leczenia.

Ludzkie kości, jak tłumaczy Hadler, żywą tkanką, która jest w ciągu życia jest cały czas odtwarzana poprzez demineralizację i ponowną mineralizację w nowej formie. Szkielet dorosłego człowieka odtwarza się całkowicie około dekady, ale szybkość ta jest różna w zależności od rodzaju kości. W pewnym momencie, po osiągnięciu dojrzałości płciowej przez człowieka, kości przestają rosnać ale ich struktura jest wciąż „remodelowana”. Do trzeciej lub czwartej dekady wciąż utrzymywany jest dodatni bilans tego procesu. W środku życia człowieka struktura, gęstość kości utrzymuje stały poziom, który różni się w populacji ludzkiej. Zależy między innymi od płci, rasy, aktywności fizycznej, wagi ciała, palenia tytoniu. Wraz z dalszym upływem czasu, w piątej dekadzie życia, demineralizacja coraz bardziej przeważa nad mineralizacją co powoduje stopniowe ubytki masy kostnej trwające aż do śmierci i co istotne, jest to zjawisko całkowicie "naturalne".

Hadler zauważa, że demineralizacja kości przyczynia się do większej jej łamliwości, ale wpływa na nią jeszcze wiele innych czynników. U bardzo niewielu zdrowych ludzi proces demineralizacji kości może osiągnąć taki stan zaawansowania, że nie da się uniknąć ich złamań. Jednakże, są ludzie u których proces demineralizacji jest na tyle zaawansowany, że ryzyko złamania kości jest zwiększone. Stan ten nazywany jest osteopenią, którą traktuje się jako zagrożenie osteoporozą. Innymi słowy osteoporoza to osteopenia, która osiągnęła patologiczny poziom. Zatem osteopenia nie jest chorobą. Ludzie nie odczuwają negatywnych skutków demineralizacji kości. Mogą jedynie sprawdzić jaki poziom demineralizacji charakteryzuje ich kości i z jakim ryzykiem patologicznych złamań kości się wiąże (złamania patologiczne to takie, które by nie wystąpiły, gdyby struktura kości była „w normie”). Jeśli ryzyko jest wystarczająco duże, możliwe jest uzasadnienie podjęcia działań mających na celu wspomoczenie procesu mineralizacji. Ale taka motywacja zakłada istnienie pewnych terapii, w których relacja pomiędzy wysokością ryzyka jej stosowania i efektywnością jest akceptowalna.

Kośćmi, które najczęściej ulegają złamaniu, którego główną przyczyną jest osteoporoza, są kości kręgosłupa, biodrowa lub przedramienia. Złamania innych kości są zbyt rzadkie by sensowne było podejmowanie badań przesiewowych i terapii w wyniku wykrytej osteopenii. Hadler zatem skupia się na analizie tych trzech głównych rodzajów złamań.

W przypadku patologicznych złamań kości kręgosłupa, jak stwierdza Hadler, literatura opisuje temat, jakby nie istniały inne schorzenia kręgosłupa trapiące osoby stare. A jest to istotne, gdyż wywołuje wrażenie, że wyeliminowanie osteopenii uwolni starość od schorzeń kręgosłupa. Hadler pisze, że jest to ewidentna nieprawda. Wszyscy starsi ludzie

doświadczają degeneracyjnych chorób kręgosłupa i muszą często radzić sobie z bólami pleców. Ale bardzo rzadko problemy te są wynikiem złamań kości kręgosłupa spowodowanych ich demineralizacją. Hadler daje przykład: na każde 1000 kobiet w wieku powyżej siedemdziesięciu lat, u których nie wykryto za pomocą badań promieniami Rentgena złamań kręgosłupa, jedynie u około pięćdziesięciu z nich za rok zostaną one wykryte. Co więcej, złamania te bardzo rzadko dają jakiegokolwiek objawy bólowe i najczęściej odkrywane są przypadkowo. Natomiast bóle pleców oczywiście są w starszym wieku bardzo częste, a nawet powszechne. Badania populacyjne wykazują jednak, że nie ma lub jest bardzo mały związek między odczuwaniem ostrego bólu a patologicznymi złamaniami kości kręgosłupa. Za zmniejszanie się wzrostu człowieka i zmianę jego sylwetki wraz z procesem starzenia się także trudno obwinić patologiczne złamania związane z łamliwością kości gdyż dotyczą one niemal wszystkich po sześćdziesiątym piątym roku życia. Hadler przedstawiając powyższe argumenty zastanawia się gdzie jest tu ta choroba, której wszyscy powinni się bać? Wszyscy w pewnym wieku zaczynają doświadczać degeneracyjnych zmian powodujących utratę wzrostu, giętkości, u niektórych także zmienia się postawia ciała. Dla Hadlera powszechność tych zmian, tak jak opisywane wcześniej siwienie, jest objawem naturalnego procesu starzenia się, a patologiczne złamania kości kręgosłupa są na dodatek bardzo rzadko ich przyczyną i bardzo rzadko powodują ból pleców lub szyi (Hadler 2008: 157-8).

O ile patologiczne złamania kości kręgosłupa generalnie nie powodują odczuwalnych symptomów, lub traktowane są one jako jedne ze zwykłych doświadczeń starzenia się ciała, w przypadku patologicznych złamań kości biodrowej sytuacja jest inna. Złamania te są bolesne i nie można ich po prostu znosić bo skończy się to kalectwem i unieruchomieniem. Zatem wydawałoby się, że tak groźny dla zdrowia uraz stanowi niepodważalny argument dla objęcia medycznym nadzorem rozwoju osteopenii, ale i w tym przypadku Hadler uważa, że zakrojone na szeroką skalę terapie prewencyjne nie mają sensu. Złamania kości biodrowej leczone są operacyjnie i nie wymagają wielu pooperacyjnych czynności rehabilitacyjnych (nawet zaleca się by jak pacjent zaczął chodzić jak najszybciej), ale nie oznacza to dla pacjenta końca kłopotów. Większość wynikających z postępującej demineralizacji kości przypadków złamań kości udowej wynika z predyspozycji pewnej grupy starszych ludzi. Na tysiąc duńskich kobiet w ósmej dekadzie życia pięć z nich dozna w ciągu roku złamania tego typu. Kiedy przyjrzymy się tylko tym z nich, które miały zdiagnozowaną osteopenię, okaże się że prawdopodobieństwo tego zdarzenia wzrasta dwu lub trzykrotnie. Hadler jednak zwraca

uwagę, iż kobiety które cierpią na złamania są bardziej słabowite i prawdopodobieństwo upadku jest wśród nich większe, co powoduje, że długość i jakość ich życia jest obniżona pomimo odpowiedniego i skutecznego leczenia ich złamań. Dlatego też według Hadlera najbardziej efektywną profilaktyką złamań kości udowych jest zmniejszanie prawdopodobieństwa upadków (które są przyczyną 90% wszystkich złamań kości biodrowej).

W przypadku złamań kości przedramienia problem polega na tym, że w zasadzie nie są to złamania patologiczne, gdyż zawsze następują w wyniku upadku. Trzyletnie badania *The European Prospective Osteoporosis Study* przeprowadzone na pięciu tysiącach osób w wieku powyżej pięćdziesięciu lat wykazały, że historia upadków w dużo większym stopniu wyjaśnia złamania kości przedramienia niż stopień mineralizacji kości. Jak w poprzednim przypadku Hadler uważa, że najskuteczniejszą formą zapobiegania temu zdarzeniu jest unikanie upadków poprzez ostrzeżenie starszych osób, oraz przystosowywanie ich życiowej przestrzeni do ich ograniczonych możliwości fizycznych poprzez pozbywanie się ryzykownych przedmiotów o które można się potknąć (Tamże: 159).

W dalszej części tekstu Hadlera znajduje się ocena propagowanych metod profilaktyki patologicznych złamań. Autor ocenia je sprawdzając jaka jest relacja pomiędzy korzyściami wynikającymi z ich stosowania, a ryzykiem związanym z ich efektami ubocznymi. Jego zdaniem, kontrowersje wywołują metody na których można zarobić, czyli: suplementy diety (wapń i witaminę D), hormonalna terapia zastępcza i bifosfonaty.

Suplementacja diety za pomocą wapnia i witaminy D proponowana jako profilaktyka osteoporozy według Hadlera dla większości osób jest bezcelowa, gdyż przeciętny człowiek stosujący przeciętną dietę w jakimkolwiek rozwiniętym kraju otrzymuje w niej wystarczającą ilość tych związków, wszelkie nadwyżki natomiast nie są przyswajane. Są jednak ludzie, którzy są w grupie ryzyka wynikającego z niedoborów witaminy D i wapnia w diecie, co może skutkować pewnym rodzajem osteopenii nazywanej osteomalacją. Jednak znalezienie się w tej grupie wynika z pewnych szczególnych powodów (deficytu witaminy D związanego z okresem ciąży, bądź laktacji, czy przebywania różnych chorób jak na przykład zapalenia wątroby, zaburzenia metabolizmu witaminy D, niedoboru fosforanów, czy defektów mineralizacji) (Jafiszow et. al. 2004). Spośród zdrowych ludzi dla Hadlera jedynie nieliczni powinni takie suplementy przyjmować i są to osoby starsze, a zwłaszcza starsze kobiety, których sprawność i samodzielność jest niepełna (Hadler 2008: 161).

O wiele więcej kontrowersji budzi proponowana jako profilaktyka osteoporozy

hormonalna terapia zastępcza. Menopauza, która od pokoleń traktowana była przez kobiety jako swego rodzaju biologiczne przejście do następnego etapu życia, za sprawą HTZ stała się stanem niepożądanym, a przedłużanie okresu miesiączkowania stało się kwestią indywidualnej decyzji pacjentki. Dla Hadlera sukces tej terapii jest efektem szeroko zakrojonych akcji marketingowych mających na celu przekonanie kobiet w okresie pomenopauzalnym, że powinny jak najdłużej zachować młodość. Medykalizacja menopauzy okazała się żyłą złotą dla ginekologów i firm produkujących farmaceutyki z estrogenem. Bez wątplenia przyjmowanie HTZ ma pozytywne efekty w takich symptomów jak suchość pochwy oraz objawy charakterystyczne dla okresu perimenopauzalnego, które mogą nieraz być bardzo dokuczliwe. Hadler jednak zauważa, że wykreowane mity dotyczące omawianej terapii wpłynęły na zachowania dużo szerszej grupy kobiet (nawet 40% Amerykanek w okresie menopauzalnym). Najpierw przekonywano je, że HTZ poprawi ich jakość życia, a następnie uchroni przed osteoporozą i jej konsekwencjami, jeszcze później terapia ta miała redukować ryzyko chorób serca i innych chorób. Przez lata dane epidemiologiczne obaliły wiele z propagowanych zalet HTZ i jedyną potwierdzoną korzyścią HTZ jest łagodzenie objawów menopauzy. Co więcej, jedno z badań miało dowodzić, iż terapia ta zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia bólów kręgosłupa. Pomimo, że wykazano spowolnienie tempa demineralizacji kości u przyjmujących HTZ, to nie znaleziono jednak związku między przyjmowanie tych leków a prawdopodobieństwem ich złamań. W przypadku wpływu terapii na występowanie chorób serca i różnego rodzaju nowotworów nie uzyskano jednoznacznych wyników lub był on zbyt mały. Pomimo to HTZ była często stosowana do czasu, kiedy w roku 2002 ogłoszono wyniki wielkich badań, których celem było ustalenie korzyści i zagrożeń stosowania terapii estrogenowo-progesteronowej. Szesnaście tysięcy kobiet, które miały usunięte macice podzielono na grupy z których jednej otrzymywała HTZ. Po ponad pięciu latach przerwano eksperyment ponieważ wyniki okazały się dla autorów badania przerażające. Ryzyko przewyższało korzyści: HTZ miała o 113 procent zwiększać ryzyko zatoru płucnego, o 41 procent – udaru, o 29 procent chorób serca, czy 26 procent raka piersi. Rzeczywiście te liczby mogą zaniepokoić, jednak Hadler zwraca uwagę, że są to wielkości względne. Całkiem inaczej odbierzemy informację, że 41 procent większe ryzyko udaru oznacza zwiększenie o osiem liczby kobiet, które doznają tego schorzenia na każde dziesięć tysięcy przyjmujących HTZ. Co więcej na skutek tej zwiększonej zachorowalności żadna z kobiet nie umarła, zatem ryzyko jest minimalne. Hadler konkluduje: zyski wynikające z faktu zażywania na masową skalę HTZ są mizerne i

podobnie jest z ryzykiem. W takim razie pyta się: po co brać te leki? Po co się je przepisuje? Czy istnieje jakieś uzasadnienie rutynowego przepisywania tego typu terapii? Niemniej jednak wyniki tych badań zinterpretowano inaczej: odczytano jej jako potwierdzenie, że HTZ jest terapią bardziej groźną niż leczącą. Dla Hadlera było oczywiste, że panikę kreowały firmy, które miały w zanadrzu alternatywne leki na menopauzę, których efektywność w zapobieganiu osteoporozie także była niezbyt imponująca (Hadler 2008: 161 – 165).

Osteopenię, osteoporozę opisuje się zwracając uwagę na alarmujące statystyki i wciąż rosnące koszty ich leczenia, ale wydaje się, że są to raczej konstrukty społeczne, a nie realny problem zdrowotny. Hadler (sam przecież będący lekarzem) uważa, że problem ten należy raczej ująć jako jeden z przejawów medykalizacji starzenia się, a ogromne koszty włączyć do procesu nadmiernego stosowania technologii medycznych towarzyszących starości i umieraniu. Ludzie według niego, poddali się temu konstruktowi uznając za normę, zasadę, że procesy starzenia się jak na przykład menopauza, powinny być monitorowane poprzez badania przesiewowe i poddawane terapiom prewencyjnym. Opierając się na ocenie Haldera, można uznać, że w dużym stopniu osteoporoza rozumiana jako choroba jest konstruktem społecznym – efektem chorobotwórstwa firm będących w posiadaniu leków mających zapobiec złamaniom kości.

Bardzo ciekawy jest mechanizm, w jaki włączono do grupy zagrożonych tą chorobą ogromną rzeszę kobiet (niemal wszystkie!). Jak w przypadku wcześniej omawianych zaburzeń psychicznych, wszystko proceder chorobotwórstwa zaczyna się od skonstruowania odpowiedniej definicji choroby. Opracowana przez WHO, definicja osteoporozy jest moim zdaniem wysoce kontrowersyjna. Według niej chorobą jest niska gęstość minerału kostnego, ale spory wywołuje w tym przypadku fakt, iż normę wyznacza szczytowa gęstość kości u młodych kobiet i na tej podstawie ocenia się kości kobiet starszych. Wynika z tego, że zdrowe kości posiadają jedynie osoby młode, a co za tym idzie jako proces chorobowy, w gruncie rzeczy musimy zacząć traktować samo starzenie się! Moynihan, Heath i Henry zwracają przy tym uwagę, że kluczowe spotkanie WHO, gdzie opracowywano definicję osteoporozy, częściowo finansowane było przez trzy firmy farmaceutyczne. Przedmiotem kontrowersji jest też sam związek między gęstością kości, a ryzykiem złamań. Wskazuje się, że mimo że gęstość ta jest powiązana ze złamaniami, nie jest wystarczająco precyzyjnym predyktorem indywidualnego ryzyka złamania by być jakąkolwiek wskazówką przy ordynowaniu terapii prewencyjnej (Moynihan, Heath, Henry 2002: 889). Technika pomiaru gęstości kości (BMD – *bone mineral density*) jest tzw

densytometria. Badania przesiewowe są szeroko propagowane w mediach, oraz gabinetach lekarskich. W ten sposób nawet młode, miesiączkujące, uprawiające sporty kobiety są przekonywane, że powinny się martwić o swoje kości. Mimo bezspornego faktu, że osteoporoza jest poważnym stanem, który dotyka wielu starszych ludzi, autorzy „*Selling sickness...*” uważają, że jest to dobry przykład „chorobotwórstwa komercyjnego”, bazującego na wzbudzaniu strachu, ponieważ rola firm farmaceutycznych i mediów w zmianie postrzegania tej choroby jest ogromna. Jak piszą, firmy farmaceutyczne sponsorowały spotkania, podczas których choroba była definiowana, finansowały badania nad jej leczeniem, wiązały ze sobą finansowo najlepszych naukowców, finansowały grupy pacjentów, fundacje zajmujące się tym problemem, podejmowały kampanie promocyjne (zarówno leków i choroby), skierowane do pacjentów jak i lekarzy, a także fundowały nagrody dla dziennikarzy za naświetlanie problemu osteoporozy. Fundacja sponsorowana przez koncerny farmaceutyczne „*Osteoporosis Australia*” wydała komunikat prasowy, zachęcający ludzi do przeprowadzenia testu na ryzyko wystąpienia osteoporozy. Tylko fakt bycia kobietą w wieku menopauzalnym powinien być według autorów tego komunikatu powodem do wybrania się do lekarza. Konstrukcja definicji osteoporozy autorstwa WHO jednak powoduje, że bardzo wiele kobiet w tym wieku automatycznie stanie się „chorych” ponieważ w porównaniu z wzorcową gęstością kości młodych będą wypadać z przedziału uznanego za normę. To według badaczy, stanowi przykład, jak pomimo kontrowersyjnego sprecyzowania kryteriów choroby, małej wartości predykcyjnej badań gęstości kości, a także wątpliwych pozytywnych efektów farmakoterapii prewencyjnej (tak mocno wspieranych za pomocą działań promocyjnych), firmy próbują przekonać miliony zdrowych kobiet na całym świecie, że są chore (Moynihan, Heath, Henry 2002: 889).

3.2.4. Poza leczeniem i profilaktyką - „human enhancement” - na przykładzie poszukiwań nowych zastosowań dla Ludzkiego Hormonu Wzrostu

Chciałem by tytuł tego podrozdziału został tak sformułowany by zwrócić uwagę na fakt, iż medycyna w coraz większym stopniu, zajmuje się ulepszaniem organizmu człowieka, a nie jedynie leczeniem bądź zapobieganiem chorobom. Zrywa tym samym ze swoimi tradycyjnymi celami i kieruje swoją uwagę poza grupy osób chorych bądź zagrożonych chorobą. Wnikliwy czytelnik może po zastanowieniu zapytać się, czy w takim przypadku mamy do czynienia jeszcze z medykacją, czy może jest to już całkiem inny, opisywany przez „transhumanistów”, proces przekształcania człowieka w postczłowieka – bioniczną

istotę, której możliwości przekroczą wszelkie ludzkie granice? (zob. Piątkowski 2004: 27-28). Mając na uwadze ten proces, jednak skłaniam się jednak do zaliczenia „*human enhancement*” do medykalizacji, co w dalszej części rozdziału uzasadnię.

Wydaje się, że techniki ulepszania siebie istnieją od kiedy ludzie uznali, że są one możliwe. Sposoby te mogły być określonymi miksturami, ćwiczeniami, rytuałami, które miały na celu zapewnienie sobie lub swoim dzieciom, większej siły, mądrości, szybkości, długości życia, ostrości zmysłów, czy urody. W szerszym rozumieniu „ulepszanie człowieka” („*human enhancement*”), może być rozumiane jako jakakolwiek działalność, której przynajmniej jednym z celów jest:

1. zwiększenie dobrostanu umysłowego,
2. możliwości poznawczych lub fizycznych,
3. wydłużenie życia człowieka (Maturó 2009: 15).

Jak zauważa Maturó, można według tej definicji uwzględnić zwiększanie dobrostanu psychicznego za pomocą odpowiedniej ilości snu, jedzenia, aktywności seksualnej, a możliwości poznawcze zwiększają się dzięki samemu uczeniu się (nawet w trakcie wykonywania codziennych czynności życiowych - książki i internet są narzędziami poprawiającymi ludzką pamięć). W tym rozdziale przedmiotem zainteresowania są „stymulacje”, które dostarczane są ludziom przez szeroko rozumianą medycynę: istnieją na przykład substancje, które pomagają zwiększyć koncentrację, psychoterapie zwiększające samoocenę i umiejętności społeczne można uznać za ulepszanie człowieka w sferze emocjonalnej. Pewne farmaceutyki poprawiają samopoczucie, choć w dłuższej perspektywie mogą okazać się bardziej szkodliwe, operacje kosmetyczne same w sobie nie stanowią ulepszenia człowieka w sensie zwiększenia możliwości fizycznych bądź psychicznych, a także nie wydłużają życia, ale za to poprawiają ludzką samoocenę i przypuszczalnie prowadzą do lepszych relacji z innymi ludźmi, co może zwiększać psychiczny dobrostan jednostki. Według definicji *Science and Technology Options Assessment* (STOA) – instytucji przy Parlamencie Europejskim, oceniającej nowe technologie, „*human enhancement*” to zwiększanie możliwości poznawczych, psychologicznych i emocjonalnych, fizycznych, oraz przedłużenie życia. „Ulepszanie człowieka” jednak stanowi obiekt zainteresowania wtedy, kiedy w tym celu wykorzystuje się technologię (operacje plastyczne, leki, terapie hormonalne, inżynierię genetyczną) (Maturó 2009: 15). Maturó przedstawia też swoją propozycję definicji „*human enhancement*”. Według niego jest to korzystanie z technologii biomedycznych w celu zwiększenia fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych umiejętności istoty

ludzkiej, która nie potrzebuje jakiegokolwiek opieki (Maturó 2009: 25). By zaakcentować zainteresowanie tym konkretnym rodzajem „ulepszania człowieka” oferowanym przez medycynę, Peter Conrad używa nawet terminu „*biomedical enhancement*” (2007: 70).

Czy jednak można uznać, że tak rozumiane „ulepszanie człowieka” stanowi pewien rodzaj medykalizacji? Wśród badaczy zajmujących się medykalizacją istnieje zgoda, że powyżej opisane przykłady rozszerzają obszar podległy władzy medycyny (Clarke et al. 2003; Conrad 2007; Davis 2010; Maturó 2009). Antonio Maturó próbując określić, jaki jest związek pomiędzy „*human enhancement*” a medycyną i medykalizacją, przytacza artykuł filozofa Lennarta Nordenfelta pt. *On Medicine and Health Enhancement – Toward a Conceptual Framework* z 1998 roku.

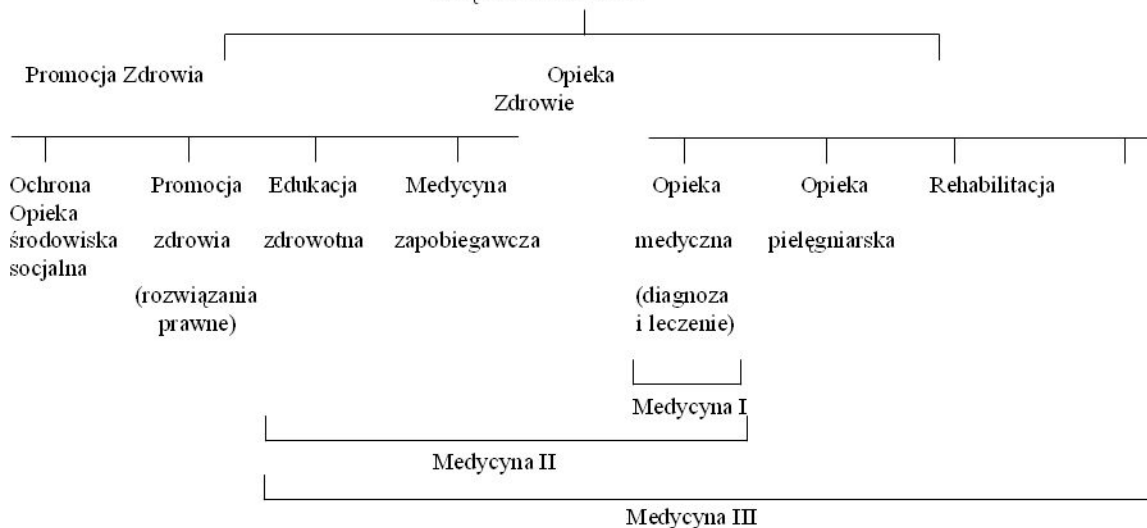
Nordenfelt uważa, że powszechnie znana definicja zdrowia WHO rozumiana jako stan całkowitego dobrostanu, fizycznego, psychicznego i społecznego jest za szeroka. Jednak nie postuluje on powrotu do starszej wersji i nie ograniczyłby zdrowia do stanu braku choroby. Proponuje zatem swoją definicję. Według niego osoba w pełni zdrowa jest tylko wtedy, gdy jest w psychicznym i fizycznym stanie umożliwiającym zrealizowanie jej wszystkich życiowych celów w danych okolicznościach (1998 za: Maturó 2009: 17). Maturó zwraca uwagę, że definicja Nordenfelta podkreśla subiektywność jednostki, a wiele życiowych celów może być osiągniętych nawet w warunkach niepełnosprawności fizycznej. Według Nordenfelta zwiększać lub utrzymać poziom zdrowia można za pomocą opieki zdrowotnej, bądź promocji zdrowia. Różnica polega na tym, że o ile w przypadku opieki zdrowotnej punktem wyjściowym działania jest problem zdrowotny jednostki, to w odniesieniu do promocji zdrowia, podjęcie działań mających na celu zwiększenie bądź utrzymanie poziomu zdrowia nie zależy od jego stanu wyjściowego. Ogólnie można powiedzieć, że opieka zdrowotna jest skierowana na rozwiązanie problemu zdiagnozowanego u konkretnej jednostki (w tym zawierają się: opieka medyczna – diagnoza i leczenie, usługi pielęgniarstwa, rehabilitacja oraz usługi socjalne). Promocja zdrowia natomiast nie jest skierowana do chorych jednostek, ale do całych społeczności. Jaki zakres działania jest jednak przynależny medycynie? W omawianym artykule autor przedstawia także trzy definicje medycyny, które różnią się zakresem:

1. W najbardziej wąski sposób medycyna może być rozumiana jako wykonywana lub nadzorowana przez wyszkolonych lekarzy/psychiatrów profesjonalna działalność mająca na celu zwiększanie zdrowia pacjenta poprzez leczenie jej chorób, ran, czy defektów lub redukcję ich konsekwencji.
2. Lekarze robią więcej niż wynika z definicji w pierwszym punkcie: udzielają porad,

szczępią, nadzorują badania przesiewowe. Według typologii Nordenfelta są to działania należące do promocji zdrowia. Zatem medycynę w szerszym rozumieniu można zdefiniować jako profesjonalną działalność wyszkolonych lekarzy/psychiatrów mającą na celu zwiększanie zdrowia pacjentów.

- Można przecież umieścić w ramach medycyny „działania kliniczne” nie związane z lekarzem, a wykonywane przez pielęgniarki, fizjoterapeutów, zawodowych terapeutów, psychologów, pracowników społecznych czy laborantów. W takim

Wyk. 1. Rozszerzone ujęcie medycyny według Nordenfelta (1998: 11 za: Maturó 2009: 19)
Zwiększanie Zdrowia



Źródło: Maturó A. (2009). *The Shifting Borders of Medicalization: Perspectives and Dilemmas of Human Enhancement*. [w:] Maturó A., P. Conrad. (red.) "Salute e Società". The Medicalization of Life. VIII. 2. s. 13-30.

W zaproponowanej przez Nordenfelta typologii jak widać (Wyk. 1), nie ma kategorii „*human enhancement*”. Według niego, zadaniem medycyny jest „zwiększanie zdrowia” - koncepcja pozwalająca mu rozszerzyć jej obszar o edukację zdrowotną i profilaktykę. Antonio Maturó, „*human enhancement*” umiejscowiłby pomiędzy promocją zdrowia, a opieką zdrowotną, gdyż posiadają cechy ich obu. Praktyki ulepszania człowieka generalnie nakierowane są na jednostkę (jak w opiece zdrowotnej), ale nie muszą być to jednostki cierpiące z powodu konkretnych chorób (jak w przypadku promocji zdrowia). „Ulepszanie człowieka” w odróżnieniu od promocji zdrowia i opieki zdrowotnej nie ma na celu zwiększenia zdrowia. Co jest zatem jego celem? Kluczowym pojęciem zdaje się tu „normalność”. Z jednej strony „*human enhancement*” może polegać na terapiach mających na celu osiągnięcie przez jednostkę „normalnego” stanu, który jest stale konstruowany przez społeczeństwo, lekarzy, lub inne, będące w stanie to zrobić siły. Z drugiej strony można uznać, że jego celem jest przekroczenie owych norm, jak określił to Maturó,

stworzenie „Homo Sapiens 2.0” (2009: 21) (na przykład genetyczne terapie, których celem może być zdolność do wyraźnego widzenia w nocy). W tym przypadku w opozycji stoją nie patologia i norma, ale norma i „coś więcej niż norma”. Jednym z przykładów takich terapii jest kuracja za pomocą hormonu wzrostu, początkowo mająca leczyć zaburzenie polegające na jego niedoborze w organizmie, która zaczęła być stosowana w „leczeniu” niskiego wzrostu, jako środek zapobiegający skutkom starzenia się, lub zwiększający możliwości fizyczne organizmu (Conrad, Potter 2004). Innym przykładem jest używanie środków przeznaczonych do leczenia ADHD - Ritalinu bądź Addreallu do zwiększania możliwości intelektualnych (Wojtasiński 2008). Tak jak w przypadku dopingiu w sporcie, nie może być tu mowy o jakimkolwiek przywracaniu „normalnej” psychicznej, intelektualnej sprawności umysłu. Maturo zauważa, że chodzi tu o cele przeciwstawne zadaniom stojącym przed tradycyjną medycyną: zamiast przywracać „normalność”, „ulepszanie ludzi” polega na oddalaniu się od niej. Oczywiście z czasem, działania polegające na ulepszeniu jakichś cech człowieka mogą doprowadzić do wykreowania nowych norm i to, co niegdyś określilibyśmy mianem „*human enhancement*” zacznie być traktowane jako zwykła medycyna naprawcza lub zapobiegawcza. Conrad stwierdza, że jeśli terapie „ulepszające” nasze ciało lub umysł staną się powszechne, przestaną być „ulepszeniami”, a staną się koniecznością (Conrad 2007: 90).

Antonio Maturo dalej próbuje odpowiedzieć sobie na pytanie, czym różni się proces medykalizacji od „*human enhancement*”. W odróżnieniu od „ulepszania człowieka” w przypadku medykalizacji niezbędne jest wystąpienie procesu patologizacji (polegającej na zdefiniowaniu określonego zjawiska jako patologii bądź czynnika ryzyka jej wystąpienia). Jednak granice pomiędzy patologią i terapią, a normalnością i „ulepszeniem” są w pewnym stopniu nieostre. Na przykład, nie da się w sposób jednoznaczny ich ustanowić pomiędzy normalnym, funkcjonalnym niepokojem, a chorobliwą, dysfunkcyjną fobią. W przypadku części chorób nie ma zgody co do ich granic, a nieraz nawet samego istnienia. Co więcej, granica patologii jest zmienna w czasie i w zależności od kontekstu społecznego (Conrad 2007: 71) (na przykład przyjmowany poziom dysfunkcyjności nieśmiałości w przypadku przedstawiciela handlowego jest z pewnością dużo bardziej restrykcyjny niż w przypadku archiwisty). Kiedy stosowanie Viagry można potraktować jako terapię uzasadnioną występowaniem zaburzeniami erekcji, a kiedy jedynie jako środek mający zwiększyć możliwości seksualne? (Maturo 2009: 26-27). Podsumowując rozważania Maturo, wraz z procesem zacierania granic pomiędzy „normalnością” i patologią, obecnie przeprowadzane interwencje biomedyczne mające na celu ulepszenie

normalnej jednostki, jutro mogą stać się leczeniem chorej (Bolt, Mul 2001: 70-71). Conrad przypuszcza, że jeśli naukowcy wynaleźliby lek na ulepszenie ludzkiej pamięci, niebawem mogłoby się okazać, że mamy do czynienia ze wzrostem liczby diagnoz, a może nawet epidemią „zespołu deficytu pamięci” (Conrad 2007: 72). Stąd więc „ulepszanie człowieka”, według Maturro, powinno być opisywane za pomocą teorii medykalizacji proponowanej przez Petera Conrada – ale z uwzględnieniem faktu, iż jest to długotrwały proces mogący dopiero doprowadzić do patologizacji i w konsekwencji medykalizacji (Maturro 2009: 27). Z tym poglądem w całości się zgadzam, gdyż analizując wcześniej wszystkie przykłady medykalizacji, wyraźnie widać, że medykalizacja jako proces o określonej dynamice, rozpoczyna się od rosnącej krytyki pewnych cech bądź zachowań ludzi, które w zmieniającej się rzeczywistości stają się bardziej dysfunkcjonalne⁶⁶, aż w końcu zyskują status dewiacji, zaburzenia, choroby.

Peter Conrad i inni autorzy zajmujący się medykalizacją „ulepszanie człowieka” opisują między innymi na przykładzie nieterapeutycznych zastosowań ludzkiego hormonu wzrostu (hGH – *human Growth Hormone*). Przemysł farmaceutyczny opracował rekombinowany GH w 1985 roku, który został dopuszczony do obrotu jako terapia służąca leczeniu karłowatości przysadkowej (polegającej na niedoborze hormonu wzrostu) i przewlekłej niewydolności nerek⁶⁷. Wcześniej hormon pozyskiwano ze zwłok, ale w ten sposób uzyskiwano go w zbyt małych ilościach, więc leczenie takim specyfikiem było bardzo drogie. Ponadto od 1985 roku stało się jasne, że terapia jest ryzykowna, gdyż cztery osoby, które w dzieciństwie leczono w ten sposób zmarły z powodu degeneracyjnej choroby mózgu (choroba Creutzfeldta-Jakoba) i w tym samym roku FDA wycofało lek z rynku (Conrad 2007: 73). Bezpieczeństwo produktu, istotnie zwiększona podaż oraz niższy koszt spowodowały, że terapia stała się dużo częściej stosowana. Jednakże mimo że decyzję o zastosowaniu leku podejmuje lekarz, z czasem okazało się, że terapia zyskała inne, niezaaprobowane oficjalnie zastosowania. W latach dziewięćdziesiątych naukowcy i wiodące firmy farmaceutyczne (Genentech i Eli Lilly) prowadziły badania mające sprawdzić możliwości podawania hormonu dzieciom z „idiopatycznym niskim wzrostem” - INW (czyli niskim wzrostem o nieustalonej przyczynie). Stosowanie GH stawało się coraz bardziej akceptowane jako terapia z wyboru i uzupełniająca przy niedoborach

66 W części III poświęcę więcej miejsca tej kwestii.

67 W Polsce obecnie klasycznymi i uznanymi wskazaniami do stosowania hormonu wzrostu u dzieci są: 1) somatotropinowa (izolowana bądź wielohormonalna) niedoczynność przysadki, 2) zespół Turnera, 3) niedobór wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek jak i inne, rzadkie, na przykład zespół Willi-Pradera, zespół Noonana, hipochondroplazja, wewnątrzmaciczne upośledzenie wzrastania i krzywica hipofosfatemiczna (Hilczer, Lewiński 2004: 170).

wzrostu o innej etiologii niż przysadkowa (Krysiak et al. 2007: 305). W badaniach przeprowadzonych wśród amerykańskich endokrynologów dziecięcych zbadano stosowanie przez nich omawianej terapii i okazało się, że 94% z nich przepisywało w ciągu ostatnich pięciu lat GH dzieciom nie cierpiącym na deficyt hormonu wzrostu (Cutler 1996 za: Conrad 2007: 75).

Znaleziono także inne zastosowania dla ludzkiego hormonu wzrostu (lekarze przepisywali go chorym na AIDS i raka, ofiarom poparzeń, chorym na przewlekłą niewydolność nerek, osteoporozę, otyłość. Ponadto część z nich uważa, że GH ma pozytywne właściwości w radzeniu sobie z traumatycznymi przeżyciami oraz opóźnia efekty starzenia się. Używanie GH niezgodnie zaaprobowanym przez FDA przeznaczeniem stało się przedmiotem federalnego śledztwa, w którym ustalono, że od 1985 do 1994 roku Genentech promował swój lek Protropin na szereg niezaaprobowanych stanów (w tym idiopatyczny niski wzrost). W ramach ugody przedsądowej firma zapłaciła 50 milionów dolarów kary, z czego 20 milionów stanowiło odszkodowanie dla publicznego płatnika Medicaid i CHAMPUS (Nordenberg 1999 za: Conrad 2007: 77).

Peter Conrad wyróżnia trzy rodzaje „ulepszania człowieka”. Pierwsza z nich to „normalizacja” (standaryzacja) – czyli terapie mające na celu zbliżenie parametrów ciała bądź jakości wykonywanych czynności do średniej (do normy w społeczeństwie). Jak najbardziej terapia za pomocą GH stosowana u niskich dzieci z INW jest tego typu „ulepszaniem”. Druga to „naprawa” polegająca na przywracaniu stanu z przeszłości – czego przykładem jest korzystanie z terapii GH w celu przywrócenia siły mięśni, zwiększenia sprężystości skóry i utraty tkanki tłuszczowej. Trzecia dotyczy podnoszenia jakości wykonywanych działań, które zależą od na przykład sprawności fizycznej, siły, koncentracji, opanowania, odwagi itp. W takich celach ludzki hormon wzrostu jest stosowany przez sportowców (Conrad 2007: 87-89).

Najbardziej rozpowszechnionym zastosowaniem GH (poza niskorosłością wynikającą z niedoboru hormonu w organizmie) jest leczenie niskorosłości o nieustalonej przyczynie. Wzrost, jak wiele innych cech przybiera rozkład normalny, co oznacza że zdecydowana większość populacji osiąga przeciętne rozmiary. Oczywiście istnieją także zawsze przypadki skrajne. Niski wzrost lub skrajnie niski wzrost we współczesnych społeczeństwach jest traktowany jako wada i uważa się, że zwłaszcza dla mężczyzn może okazać się przyczyną wielu niepowodzeń życiowych. W celu weryfikacji tej hipotezy przeprowadzono wiele badań, których wyniki nie są jednak jednoznaczne (Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008). Peter Conrad pomija jednak tą kwestię: nie jest

ważne czy trudności spotykające niskich w życiu są prawdziwe czy wyimaginowane, kluczową kwestią jest to, że dla wielu rodziców są one jak najbardziej realne przez co niepokoi ich wzrost własnych dzieci (Conrad 2007: 79).

Niski wzrost definiuje się zatem jako sytuację, gdy wysokość ciała danej osoby osiąga wartość poniżej dwóch odchyłeń standardowych dla wieku, płci i populacji i może być cechą konstytucjonalną, niezwiązaną z innymi patologiami, efektem zaburzeń hormonalnych lub elementem zespołów genetycznych, czy też skutkiem wewnątrzmacicznego opóźnienia wzrastania oraz przewlekłych chorób (Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008: 71). W grupie poniżej tej granicy jedynie 5% osób cierpi na niskorosłość spowodowaną niedoborem hormonu wzrostu (Hintz 1996 za: Conrad 2007: 79). Zdecydowana większość tak zdefiniowanych niskich osób zalicza się jednak do grupy o nieustalonej przyczynie niskorosłości. Idiopatyczny niski wzrost może być skutkiem odziedziczenia wzrostu po rodzicach, innych przyczyn genetycznych, sposobu odżywiania i równie dobrze można uznać go za niskorosłość „normalną”.

Naturalnym faktem jest, że rodzice jeśli mają taką możliwość, to pragną wyposażyć swoje dzieci tak, by w późniejszym życiu było im łatwiej osiągać założone cele. Potoczne przekonanie, że wysoki niski wzrost stanowi jedną z istotnych przyczyn w ich osiągnięciu stanowi silną motywację by skorzystać z możliwości jakie daje współczesna medycyna, w tym terapia GH. Wyniki badań mających na celu ocenę skuteczności tej terapii jednak okazały się niejednoznaczne: wprawdzie w krótkim okresie 2-3 lat odnotowuje się zwiększenie się tempa wzrostu pacjenta, w kilku badaniach wzrost ostateczny nie różnił się od przewidywanego bez stosowania terapii (Mehta, Hindmarsh 2002 za: Krysiak et al. 2007: 308). Według badań sponsorowanych przez firmę Genentech efektem kilkuletniej terapii jest zwiększenie wzrostu niskich osób z INW o 5,9 cm u dziewczynek i 5,0 cm u chłopców (Hintz 196 za Conrad 2007: 81), ale w innych efekty zawierają się w przedziale 2,4-4,8 cm (Kelnar et al. 1999 za: Conrad 2007: 81).

W 2003 roku FDA dopuściła Humatrope, hormon wzrostu firmy Eli Lilly, do stosowania go u 1,2% najniższych dzieci z INW. Zatem po raz pierwszy oficjalnie zezwolono podawać hormon wzrostu dzieciom, które nie cierpiały na jego niedobory. Zastrzeżono jednak, że Eli Lilly nie może reklamować Humatrope jako leku o tym zastosowaniu bezpośrednio konsumentom. Według szacunków firmy w tym 1,2% najniższych dzieci znajdowało się około 400 tysięcy dzieci w USA, ale spodziewano się, że z terapii skorzysta może około 10% z nich (Kaufman 2003 za: Conrad 2007: 80). Możliwości edukowania lekarzy o nowych zaaprobowanych przez FDA zastosowaniach terapii hormonem wzrostu

spowodowały, że sprzedaż Humatrope wzrosła o 16%. Po roku od analogicznej decyzji FDA w sprawie hormonu wzrostu produkcji Pfitzera o nazwie Genotropin, zanotowano także wzrost sprzedaży, ale już o 53% (Hall 2005 za: Conrad 2007: 80).

Terapia GH stosowana u dzieci z INW może być traktowana jako „ulepszanie człowieka”, działanie mające na celu poprawienie wyglądu, tak jak operacja wszczepienia implantów piersi kobietom. To skłania do zastanowienia się na przykład czy taką terapię powinno się finansować w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i jak duże zagrożenie medykacją (patologizacją) i stygmatyzacją się z nimi wiąże (Bolt, Mul 2001: 69). L.L.E. Bolt i D. Mul wyróżnili trzy podejścia wobec problemu związanego z przepisywaniem GH dzieciom nie cierpiącym na deficyt hormonu wzrostu. Pierwsze z nich, opierające się na definicji zdrowia, według której jest to brak choroby jasno oddziela patologię od normy, leczenie od „ulepszania”. Z tego punktu widzenia, terapia GH po prostu niskich dzieci nie jest przedmiotem działań medycyny, której celem jest zapobieganie i leczenie choroby i niepełnosprawności. Medycyna nie jest od tego by dokonywać „normalizacji” ludzi, której efektem będą równi, standardowi ludzie. Zadaniem medycyny jest przywracanie ludziom stanów w jaki zostali oni wyposażeni przez naturę. Drugie podejście opiera się na definicji zdrowia WHO, według której jest ono kompletnym fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem. Zdrowie pojmowane tak szeroko, według autorów rozszerza zakres możliwych interwencji medycyny na wszystko to co może na ów dobrostan wpływać. Dostarczanie usług mających na celu zmianę wyglądu bez zdiagnozowania jakiegokolwiek choroby, na przykład powiększenie wzrostu u dzieci z INW, za które klienci samodzielnie płacą, nie jest zatem niczym nagannym. Medycyna może więc zaspokajać wszelkie życzenia i pragnienia, stając się instytucją mającą na celu uszczęśliwienie każdego kto ma na to ochotę i pieniądze. Jeśli klienci są należycie poinformowani o zyskach i ryzyku danej terapii, wybór rodziców i ich dzieci powinien być uszanowany. Zwracają jednak oni uwagę, że zagrożeniem, które się z tym wiąże jest medykacja (patologizacja) niskiego wzrostu co może skutkować przemianami coraz większej liczby ludzi w pacjentów. W trzecim, preferowanym przez nich podejściem celem medycyny jest przynoszenie ulgi cierpiącym. Nie każde egzystencjalne lub psychologiczne cierpienia według nich jednak powinny być uznane za stan będący przedmiotem interwencji medycznych i lekarz powinien potrafić ocenić jak duże jest cierpienie i czy uzasadnione jest podjęcie procedury medycznej w celu jego zmniejszenia. Według tego podejścia dziecko powinno móc się wypowiedzieć na ten temat, a jedynym kryterium podjęcia bądź nie podjęcia terapii nie może być jej przewidywana skuteczność. Oczywiście jest ona ważna, ale decydująca

powinna być ocena, czy terapia zmniejszy cierpienia pacjenta. Z tej perspektywy istnieją dobre powody, dla których powinno się podejmować terapię hormonem wzrostu u niektórych dzieci z INW, niezależnie czy rodzice będą za to płacić czy nie. Ważna jest indywidualna ocena realnego zapotrzebowania na ten lek. Według Bolta i Mula to ta trzecia perspektywa jest najbardziej trafna, gdyż skupiając się na cierpieniu trafia z terapią do ludzi, którzy potrzebują jej najbardziej i dodatkowo może zmniejszać ryzyko medykalizacji i stygmatyzacji niskiego wzrostu (Bolt, Mul 2001: 70-71).

Powyżsi autorzy twierdzą, iż zasadniczym celem stosowania omawianego leku u dzieci z INW jest chęć oszczędzenia im negatywnych konsekwencji o społecznym i psychologicznym charakterze, które w potocznym mniemaniu i według niektórych badań mogą być wynikiem niskorosłości, jednak Conrad przytacza badania, w których przebadano dorosłych cierpiących w dzieciństwie na INW. Po porównaniu grupy poddawanej w dzieciństwie terapii za pomocą hormonu wzrostu z tymi, którzy nie skorzystali z takiej możliwości, autorzy stwierdzili, iż nie można stwierdzić, że terapia GH sprawia zwiększenie umiejętności adaptacyjnych dzieci z INW i jakość życia dorosłych z obu grup jest taka sama (Kelner et al. 1999 za: Conrad 2007: 80). Kluczowa w tej sprawie wydaje się rola rodziców. Rodzice pojawiający się u endokrynologów mogą być grupą wyselekcjonowaną. Według badań jest to grupa ludzi postrzegająca w dużo większym stopniu niski wzrost jako stygmat i źródło różnorodnych problemów, niż grupa rodziców nie poszukujących pomocy u lekarza. Tych drugich za to charakteryzowało bardziej pozytywne nastawienie. Autorzy badania wysunęli wniosek, że niski wzrost niekoniecznie musi być ograniczeniem i możliwe, że rodzice i dzieci zjawiające się u endokrynologów rzeczywiście przeżywają pewne problemy, które nie muszą być jednak powiązane z niskim wzrostem (Busschbach et al. 1999 za: Conrad 2007: 81). Co więcej, rodzice szukający medycznych rozwiązań, wyolbrzymiając problemy związane z niskim wzrostem, skupiając się na cechach cielesnych, mogą przyczyniać się swoim zachowaniem do zwiększania stygmatyzacji niskiego wzrostu i poczucia niższości u swoich dzieci.

W 1990 roku w USA przeprowadzono eksperyment, który zelektryzował środowisko związane z medycyną estetyczną i sprowokował falę sensacyjnych artykułów w prasie. Polegał on na podawaniu hGH małej próbie zdrowych starszych mężczyzn (w wieku 61-81 lat), z niskim poziomem hormonu. Celem badania miało być sprawdzenie, czy w ten sposób można leczyć skutki starzenia się organizmu. Autorzy wychodzili z założenia, że utrata masy mięśniowej i powiększanie się ilości tkanki tłuszczowej jest skutkiem „menopauzy hormonu wzrostu” polegającej na coraz mniejszej ilości hGH w organizmie

(Rudman et al. 1990 za: Conrad 2007: 81). Po sześciu miesiącach zastrzyków z GH masa mięśniowa wzrosła średnio o 9%, natomiast tkanka tłuszczowa zmniejszyła się o 14%. Zaobserwowano także pozytywne zmiany polegające na lepszym wyglądzie i wzmocnieniu skóry. Autorzy badania stwierdzili, że zmiany na skutek terapii odmłodziły badanych o 10-20 lat.

Raport Rudmana i współpracowników spotkał się z krytyką ze strony lekarzy: część negowała leżącą u podstaw terapii teorię starzenia się, stwierdzając, że nie ma jak na razie wystarczającej wiedzy o roli hormonu wzrostu w procesie starzenia się ciała (Corpas et al. 1993 za: Conrad 2007: 82). Inni nie byli w stanie osiągnąć porównywalnych wyników w swoich testach (na przykład Taaffe et al. 1994 za: Conrad 2007: 82). Po kilku latach dodatkowo, odkryto nieprzyjemne i szkodliwe efekty uboczne. Mimo że w powtarzanych badaniach udało się uzyskać efekt w postaci utraty tkanki tłuszczowej i zwiększenia masy mięśniowej, masa ciała się nie zmniejszyła, nie poprawiła się siła, wytrzymałość i możliwości umysłowe. Jako działanie niepożądane wymieniano bóle stawów, sztywność rąk i obrzęki w okolicy kostek i kończyn dolnych (Papakidas 1996: za Conrad 2007: 82).

Ludzki hormon wzrostu mimo to jest uznawany za cudowny lek mogący zatrzymać a nawet odwrócić proces starzenia się. Niektórzy nawet twierdzili, że za jego pomocą można przywrócić ciału jego szczytowe możliwości, a nawet je przekroczyć. Pewne instytucje zaczęły nawet leczyć symptomy starzenia się za pomocą GH: *El Dorado Rejuvenation and Longevity Institute*, założone w Meksyku z dala od władzy FDA, które nie zaakceptowało nigdy tego zastosowania hormonu. Podobnie w Europie, żaden z preparatów zawierający hormon wzrostu nie został dopuszczony do obrotu jak środek odmładzający. Niemniej jednak z nowych możliwości zaczęli korzystać zamożni celebryci, na przykład aktorzy Sylvester Stallone, czy Nick Nolte i mimo że półroczna kuracja jest stosunkowo kosztowna (8-12 tysięcy dolarów), korzystają z niej coraz częściej także przedstawiciele klasy średniej (Romanowska, Deptuła, Burda 2012). W Internecie można odnaleźć kliniki oferujące tą terapię i zachwalające jej pozytywne efekty⁶⁸. Sprzedaż GH za pośrednictwem Internetu i kuracje w klinikach *anti-aging* to rynek, który w 2004 roku osiągnął poziom 700 milionów dolarów w USA, a na całym świecie jego wartość szacowana jest na 1,5 – 2 miliardy dolarów, z którego 30% przepisanych leków tego typu ma na celu zatrzymanie procesów starzenia lub zwiększenie masy mięśniowej pożądanej przez kulturystów⁶⁹

68 <http://www.antiaginggroup.com/> [pobrano: 15.06.2012], <http://www.hammerinstitute.com/> [pobrano: 15.06.2012], <http://www.antiagingcostarica.com/> [pobrano: 15.06.2012].

69 Pewne właściwości GH zostały docenione przez kulturystów stosujących różne środki mające na celu szybsze postępy w osiągnięciach sportowych. Niedługo od wynalezienia w 1985 roku preparatu opartego na ludzkim hormonie wzrostu, sportowe podziemie zaczęło traktować GH jako lek o dużym potencjale

(Foreman, 2005; Perls et al., 2005 za: Conrad 2007: 84).

Tak więc, w świetle interpretacji zebranych wcześniej wyników jestem zdania, że „*human enhancement*” stanowi przykład, że skomercjalizowana medycyna w swojej pogoni za zyskiem wyszła poza swój tradycyjny obszar działalności. Nowe sposoby wykorzystywania hGH, a także farmakologiczne leczenie niesmiałości, zaburzeń seksualnych oraz starzenia się ludzkich kości były przykładami, w jaki sposób medycyna i lekarze stają się podrzędni wobec biznesu.

W literaturze dotyczącej „chorobotwórstwa”, zjawisko to ograniczane jest do działań nakierowanych na kreowanie pożądanych postaw u potencjalnych pacjentów. Niemniej jednak „*disease mongering*” dotyczy głównie leków na receptę, a w tym segmencie rynku farmaceutycznego, wobec promowanego schorzenia i leku, jest ważniejsza postawa lekarzy, od których zależy i diagnoza i wybór terapii. Żeby ich przekonać do wizji choroby i skuteczności posiadanego leku, firmy farmaceutyczne podejmują działania o wiele trudniejsze do wykrycia i obserwacji. W ostatnim rozdziale (3.2.5) dotyczącym chorobotwórstwa, pokażę przykłady mające na celu skłonić lekarzy do posłuszeństwa, nie poprzez ich skorumpowanie, ale celowe wprowadzenie w błąd.

3.2.5. „*Ghostwriting*” medyczny

Jak wspomniano, „chorobotwórstwo” stanowi strategię przekształcania wiedzy dotyczącej definicji chorób zwykłych ludzi. W poprzednim podrozdziale starałem się pokazać, że ten proces stanowi obecnie zasadniczy mechanizm medykalizacji społeczeństwa. Drugim działaniem firm farmaceutycznych mającym na celu zwiększenie sprzedaży leku jest akcja „informacyjna” skierowana do lekarzy. Powszechnie znanym i stosowanym sposobem jest zyskiwanie sobie ich przychylności poprzez upominki, darmowe próbki leków, szkolenia w egzotycznych krajach, sponsorowanie konferencji itd. Moynihan i Cassels opisując szczegóły corocznie organizowanej konferencji

poprawiającym wydolność organizmu i niektórzy lekarze oraz sportowcy zaczęli z nim eksperymentować. Oprócz pewnych pozytywnych skutków zachętą do korzystania z GH był fakt iż bardzo trudno wykryć jego zażywanie (w końcu jest to substancja naturalnie występująca w organizmie). Mimo to zażywanie GH udowodniono wielu sportowcom (Conrad 2007: 86), a obecnie Internet pęka wręcz od informacji o jego zastosowaniach w kulturystyce. Mimo że specyfik jest stosunkowo drogi, jego amatorów nie brakuje. Na forach kulturystycznych wymienia się praktyczne informacje o leku, jak należy go stosować, itd. W Polsce hormonu nie można tak po prostu kupić, ale rozwinięty jest handel środkami, które mają pobudzać jego produkcję w organizmie. Problem dopingu w sporcie jest stary niemal jak sam sport i chociaż można go zaklasyfikować do zjawiska „*human enhancement*” sama medycyna odgrywa już w tym przypadku niewielką rolę. <http://sterydy.net/s.hormon-wzrostu> [pobrano: 25.12.2012], http://www.sfd.pl/sklep/Stymulacja_HGH-k179.html [pobrano: 25.12.2012], <http://www.hgh.info/> [pobrano: 25.12.2012],

Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) sponsorowanej przez przemysł farmaceutyczny ujawniają środki jakie trafiają od firm do psychiatrów: w 2004 roku firmy płaciły około 2000 dolarów za wystawienie w hallu plakatu (3 na 3 metry), a także sponsorowały 50 sesji naukowych w trwającym tygodniu kongresie, z której każda mogła kosztować dziesiątki tysięcy dolarów (Moynihan, Cassels 2005:26). Obecnie w wielu krajach rosnąca świadomość takich praktyk jest ograniczana za pomocą prawnych regulacji dotyczących kontaktów przemysłu z lekarzami.

W latach dziewięćdziesiątych jednak restrykcje FDA wobec producentów zostały złagodzone poprzez rozszerzenie zakresu informacji, które o swoich produktach firma może przekazywać lekarzom (Stapleton, 1999 za: Conrad 2007:). Od 1997 roku w USA producenci mogą rozpowszechniać informacje o zastosowaniach leków „off-label” jeśli opublikowane one zostały w recenzowanych czasopismach naukowych i 1. artykuł był „wyważony”, 2. wyraźnie zaznacza się że użycie leku nie jest zaaprobowane przez FDA oraz 3. firma jest w posiadaniu wyników testów klinicznych (Conrad 2007: 77). Okazuje się jednak, że nawet możliwość legalnego, jawnego informowania lekarzy w specjalistycznych czasopismach o dodatkowych właściwościach leków nie wystarczają firmom farmaceutycznym. Próbują wpływać na lekarzy jednak także w bardziej ukryty sposób. Za pomocą tzw. *ghostwritingu* starają się mieć kontrolę nad tym jakie treści pojawiają się na temat ich leków w czasopismach naukowych. Pojęcie to ogólnie oznacza pisanie przez profesjonalnych ale anonimowych autorów tekstów dla innych osób. *Ghostwriter* przekazuje prawa autorskie do tekstu zlecniodawcy i ten drugi jest jedynym jego autorem. Najczęściej z usług ghostwriterów korzystają znane osobistości, które nie są w stanie sami poprawnie napisać książki, jednakże *ghostwriting* stosowany jest także publikacjach naukowych, a zwłaszcza w artykułach z zakresu medycyny. „Medyczny *ghostwriting*” (Lacasse, Leo 2010: 1) jest praktyką firm farmaceutycznych polegającą na publikowaniu artykułów dotyczących ich produktów w naukowych czasopismach medycznych, pod nazwiskiem znanych naukowców. Celem tych manipulacji jest kształtowanie postaw i praktyk lekarzy oraz pacjentów. Niektóre kompanie same zatrudniają osoby odpowiedzialne za przygotowanie materiałów, ale większość zleca to wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym, które nazywa się „*medical education and communication companies*” (MECCs), których w 2001 roku w USA funkcjonowało aż 182 (Overstreet 2003: 1896). Firmy te typują i zapraszają lekarzy-naukowców by zostali „autorami” uprzednio napisanych artykułów. Jeden z nich, Jeffrey Lisse, reumatolog z *University of Arizona*, pierwszy autor artykułu dotyczącego testów leku Vioxx firmy

Merck, zamieszczonego w czasopiśmie *Annals of Internal Medicine* musiał przyznać, że jego rola w pisaniu publikacji była ograniczona. Jak się wyraził "Merck skonstruował test, zapłacił za niego, oraz go przeprowadził (...) zwrócono się do mnie po ukończeniu badań i powiedziano <<Chcemy Twojej pomocy przy pracach nad artykułem>>. Pierwsza wersja pracy została napisana w Merck'u, a następnie przesłano mi ją do redakcji" (Berenson 2005). Co ciekawe, sprawa tego „wątpliwego autorstwa” ujrzała światło dzienne, gdy wybuchł skandal kiedy okazało się, że naukowcy Mercka ukryli fakt, iż jedna z kobiet zażywających Vioxx podczas testów zmarła na zawał serca, po to, jak wyrażono się w jednym z ujawnionych e-maili „żeby nie wzbudzać niepokoju”. Oczywiście w artykule sygnowanym nazwiskiem Lisse'go nie napisano o tym zdarzeniu (opisano tam pięć przypadków ataku serca, ale pominięto trzy zakończone zgonem). Wprawdzie Lisse powiedział, że nie wiedział o tym przypadku, gdyż pracował na danych, które mu przedłożono (Berenson 2005). Reputacja czasopism naukowych i zaufanie do nauki musiały w wyniku tego skandalu ucierpieć i nieważne jest czy Lisse wiedział, czy nie wiedział o ukryciu zgonów. Takie zachowanie podważa obiektywność danych prezentowanych w nawet renomowanych czasopismach naukowych, a takim jest *Annals of Internal Medicine*.

Szerzej zainteresowano się tym zjawiskiem przy okazji jednego z procesów wytoczonych koncernowi Wyeth, producentowi leku Prempro (hormonalna terapia zastępcza) stosowanego w celu łagodzenia negatywnych objawów menopauzy. W rozprawie rozpatrywano ponad 14 tysięcy roszczeń o odszkodowanie za zachorowanie na raka piersi, które według oskarżycieli związane było z zażywaniem Prempro. W trakcie procesu jeden z adwokatów pokrzywdzonych kobiet odkrył około 1500 dokumentów, które ukazały w jaki sposób firmy farmaceutyczne promują swoje leki, a między innymi, jak przygotowują napisane przez ghostwriterów manuskrypty, które potem umieszczają w czasopismach medycznych. Za sprawą interwencji organizacji *PLoS Medicine*⁷⁰ i *New York Timesa*, argumentujących, że medyczny *ghostwriting* podkopuje zdrowie publiczne, dokumenty obnażające te praktyki w 2009 roku zostały upublicznione (Fugh-Berman 2010: 1).

Adriane Fugh-Berman dokonała analizy udostępnionych materiałów⁷¹. Na przykładzie

70 PLoS – *Public Library of Science* – organizacja non profit zrzeszająca naukowców i lekarzy, których celem jest propagowanie otwartego dostępu do literatury medycznej i naukowej. PLoS jest także wydawcą internetowych czasopism naukowych o otwartym charakterze, w tym czasopisma PLoS Medicine. <http://www.plos.org/> [pobrano: 04.04.2012]

71 Znajdują się one na stronie internetowej *Drug Industry Document Archive* prowadzonej przez Uniwersytet Kalifornijski. Archiwum to przechowuje i udostępnia dokumenty firm farmaceutycznych, które były materiałem dowodowym w sprawach sądowych. URL: <http://dida.library.ucsf.edu/queryform.jsp> [pobrano: 03.04.2012]

praktyk koncernu Wyeth opisuje ona jak wygląda proces rozpowszechniania treści marketingowych ukrytych w artykułach naukowych umieszczanych w pismach medycznych.

Od 1996 do 2004 roku Wyeth dawał zlecenia kilku firmom MECC, ale najbliższą współpracę podjął z przedsiębiorstwem DesignWrite, która szczyciła się dużym doświadczeniem w tej branży i oferowała szeroki wachlarz usług skierowanych do firm farmaceutycznych. Jakie działania DesignWrite zaproponowała koncernowi Wyeth, odkrywa nam notatka, z której można wyczytać iż „Badania dowodzą, że lekarze wysoce ufają artykułom w czasopismach jako źródłom informacji o produktach.” Dodatkowo, do „pełnowymiarowych prac poglądowych” DesignWrite rekomendowała, by zastosować także inne mniejsze publikacje: mini-recenzje, raporty dotyczące pojedynczego przypadku (*case reports*), listy, czy komentarze. Zaletą tych krótkich tekstów jest fakt, iż stosunkowo szybko pojawiają się w w czasopismach, przez co są efektywnymi „środkami umiejscawiającymi ważne informacje na temat leczniczego profilu leku w rękach wpływowych lekarzy...”. Ponadto DesignWrite oferował pomoc w podjęciu decyzji jakie dane prezentować, rekrutacji „autorów”, wyborze czasopisma, produkcji plakatów i abstraktów na spotkania medyczne oraz wypożyczonowaniu produktu w taki sposób, by wpłynąć na przepisujących leki. Pomiędzy 1997 a 2003 rokiem DesignWrite pomogła w publikacji ponad pięćdziesięciu artykułów w recenzowanych czasopismach dotyczących rodziny leków firmy Wyeth opartych na estrogenach skoniugowanych (w tym Prempro), ponad pięćdziesięciu naukowych abstraktów i plakatów, dodatków do czasopism, informatorów itd. Za każdy z artykułów Wyeth płacił od 20 do 25 tysięcy dolarów i 4 tysiące za abstrakt. (Fugh-Berman 2010: 2).

Dzięki „ghostwritingowi” firmie udało się ominąć prawny zakaz promowania stosowania leków w celach innych niż tych zaaprobowanych przez FDA („*off-label use*”). Czasopisma medyczne nie są objęte tym zakazem i stanowią główne narzędzie upowszechniania informacji na temat alternatywnych zastosowań leków, promowania nieudowodnionych korzyści płynących z ich zażywania oraz zaniżania szkód. Fugh-Berman skrupulatnie prześledziła wiele publikacji napisanych przez ghostwriterów DesignWrite i stwierdziła, że promowano w niektórych z nich korzystne efekty zażywania Prempro w postaci zapobiegania chorobie Alzheimera, Parkinsona, zwyrodnieniu płamki związanego z wiekiem (AMD), chorobom układu krążenia oraz zmarszczkom czy kłopotom seksualnym. Ponadto znalazła przykłady kwestionowania obserwowanego ryzyka raka piersi, czy stwierdzeń mających polepszyć pozycję leku na tle konkurencji, a także wyolbrzymiania

częstości występowania i dotkliwości związanych z menopauzą chorób (Fugh-Berman 2010: 5-8).

Fugh-Berman pisze, że nieznana jest liczba naukowców uczestniczących w tym procederze, ani ile powstało w ten sposób artykułów, ale martwi się, że praktyki te mogą być częste (2010: 1). Można się zastanawiać, czy uzasadnione jest zdanie redaktora czasopisma *Lancet*, Richarda Hortona zamieszczone w książce pt „Świt McNauki”, że „Czasopisma dla przemysłu farmaceutycznego zajęły się organizacją prania informacji” (za: Smith 2005: 364), ale jak dotąd wiadomo, że w ten sposób, oprócz wyżej wymienionych leków Prempro i Vioxx, promowano następujące leki: antydepresant Zoloft, stosowaną w leczeniu schizofrenii Zyprexa, zapobiegający napadom padaczkowym Neurotonin, podawany w przypadku zdiagnozowania fobii społecznej Paxil/Seroxat, środek na ADHD – Ritalin, stosowany w leczeniu fibromyalgii specyfik o nazwie Savella, następny antydepresant Effexor, oraz lek odchudzający Redux (Lacasse, Leo 2010: 3). Na pytanie o ilość tego typu artykułów pojawiających się w czasopismach naukowych może w jakimś stopniu odpowiedzieć nam badanie, w którym porównano protokoły i publikacje dotyczące przeprowadzanych przez firmy farmaceutyczne testów, zaaprobowanych przez *Scientific-Ethical Committees for Copenhagen and Frederiksberg* w latach 1994-1995 ujawniło, że 75% artykułów było przykładami *ghostwritingu*. Prawdziwymi autorami tych prac byli korporacyjni statystycy, zatrudnieni w projektach badawczych i raportach, a także autorzy manuskryptów (Sismondo 2007: 1430). Przy okazji procesu wytoczonego Pfitzerowi ustalono, że niemal na pewno 85 prac, które znalazły się w renomowanych czasopismach medycznych dotyczących sertraliny (antydepresantu o nazwie handlowej Zoloft) były napisane przez anonimowych autorów, przypuszczalnie osób związanych z firmą MECC: Current Medical Directions (CMD) wynajętą w tym czasie przez farmaceutycznego giganta. W latach 1998 – 2000 w bazie Medline znajdowało się 479 artykułów ze słowem kluczowym „sertraline” i 211 artykułów zawierającym to słowo w tytule. Zatem, jak pisze Sismondo, od 18 do 40% artykułów na ten temat było finansowane przez Pfitzera, co stanowi odsetek mogący znacząco ukształtować medyczną literaturę dotyczącą tego leku. Co więcej, analizy Healy'ego i Cattell wykazały, że w porównaniu do innych artykułów dotyczących sertraliny, artykuły, które opracowała firma CMD były publikowane w bardziej prestiżowych czasopismach, trzy razy częściej cytowane (średnio 20,2 w stosunku do 7,7 cytowań), miały dwa razy więcej autorów przypadających na jeden artykuł, i co więcej, autorów przeciętnie dwa razy bardziej płodnych naukowo. Zatem ich siła oddziaływania jest zdecydowanie większa niż wynikać by to miało tylko z ich ilości.

Ogólny odsetek artykułów naukowych, o wątpliwym autorstwie szacuje się na około 10%, przy czym na zjawisko *ghostwritingu* niektóre dyscypliny medycyny są bardziej podatne (Górski, Letkiewicz, 2010). Przepuszczalnie więc skala zjawiska jest duża i pośrednio można się o tym przekonać analizując rynek firm MECC. Sama liczba 182 firm tego typu w 2001 roku funkcjonujących w USA robi wrażenie (choć trudno ustalić które z nich zajmują się także *ghostwritingiem*), branża ta powołała do życia nawet dwa swoje stowarzyszenia *International Publication Planning Association* i *International Society for Medical Publication Professionals*. Co jeszcze bardziej intrygujące, kilkanaście firm MECC jest własnością głównych wydawnictw naukowych (na przykład firma Excerpta Medica jest przedsięwzięciem wydawnictwa Elsevier) (Sismondo 2007: 1430-1431). Co z tego wynika? Otóż wygląda na to, że jakaś trudna do oszacowania część artykułów w czasopiśmie medycznych stała się kryptoreklamami skierowanymi do nieświadomych lekarzy, swoistymi „*product placement*”, natomiast firmy MECC, będące własnością firm wydawniczych służą inkasowaniu zapłaty za udostępnienie łamów czasopisma dla przychylnych lekom „artykułów”. Richard Smith, wieloletni redaktor pisma *British Medical Journal*, widząc te powiązania, w tytule swego artykułu z 2005 roku czasopisma medyczne nazwał „przedłużeniem marketingowego ramienia firm farmaceutycznych” (Smith 2005: 0364).

Przy okazji procesu wytoczonego koncernowi Merck przez Graeme'a Petersona – pacjenta przyjmującego ich lek Vioxx, stosowanego przy bólach związanych z chorobami reumatycznymi ujawniono pewny specyficzny wariant *ghostwritingu* medycznego. Pacjent ów w 2009 roku pozwał koncern w związku z podejrzeniem, że Vioxx, zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, co spowodować miało jego atak serca (finałem tej sprawy było wycofanie leku ze sprzedaży na całym świecie i odszkodowania na astronomiczną sumę niemal 5 mld dolarów (Gazeta Wyborcza 2007). Podczas procesu okazało się, że firma Merck zapłaciła firmie wydawniczej Elsevier (wydającej czasopisma medyczne, w tym prestiżowy *Lancet*) za opublikowanie kilku numerów czasopisma, które w całości stanowić miało reklamę leków tej firmy. Trik polegał na tym, że dla niedoświadczonego, lub nieuważnego czytelnika pismo pt *Australasian Journal of Bone and Joint Medicine*⁷² było ładząco podobne do typowych medycznych czasopism naukowych. Zamieszczona lista członków Kolegium Redakcyjnego jednakże okazała się także fałszywa. W procesie przedstawiono korespondencję Mercka i zdenerwowanych

⁷² Dwa numery tego czasopisma można znaleźć pod tymi adresami: <http://images.the-scientist.com/pdfs/blogs/MSD0503540001.pdf> [pobrano: 22.12.2012] i <http://images.the-scientist.com/pdfs/blogs/MSD0503540027.pdf> [pobrano: 22.12.2012].

ekspertów, którzy znaleźli swoje nazwiska w składzie kolegium, mimo że nikt im nie proponował objęcia tej funkcji. Korespondencja elektroniczna pomiędzy ww firmami potwierdziła, że na treść czasopisma miała wpływ korporacja Merck. W e-mailu od Elseviera gigant farmaceutyczny proszony był o „wybór preferowanej zawartości”, przy czym nigdzie nie znalazła się choćby wzmianka o roli firmy Merck w powstawaniu tego czasopisma (Rout 2009). Eksperci ocenili, że zamieszczone w czasopiśmie artykuły są w zasadzie materiałami marketingowymi, których celem było ukazanie w dobrym świetle produktów Mercka: w pierwszym numerze *Australasian Journal of Bone and Joint Medicine* z dwudziestu jeden artykułów cztery odnosiły się do Fosomaxu, natomiast w drugim na 29 artykułów, dziewięć odnosiło się do Vioxxu, a dwanaście do Fosomaxu. Po odkryciu sprawy, przedstawiciel Elseviera przyznał, że bez wątpienia w niewystarczającym stopniu ujawniono marketingowy charakter tej publikacji, ale nie przyznał, ile pieniędzy firma zarobiła na tym projekcie, ile kopii zostało wydrukowane, a także, jak je dystrybuowano, chociaż dodał, że powszechną praktyką dla sponsorowanych gazet jest rozdawanie ich lekarzom (Grant 2009). W zasadzie chyba można uznać, że plan się powiódł, gdyż od wydania pierwszego numeru fałszywego czasopisma upłynąć musiało sześć lat, zanim zwrócono na nie uwagę. Sprawa ta pokazuje, że branża farmaceutyczna nie ustaje w wysiłkach przy poszukiwaniu coraz to nowych sposobów kreowania wizerunku swoich marek. Fałszywe czasopismo naukowe, po medycznych advetorialach (reklamach w czasopismach, które swoją formą przypominają zwykłe artykuły) oraz artykułów pisanych przez ghostwriterów, stanowiło następny krok w stronę zatarcia granicy pomiędzy reklamą, a informacją i nauką. Ukrycie przekazu marketingowego za formami mającymi przypominać materiały o charakterze informacyjnym ma na celu sprawienie wrażenia obiektywności. Niezorientowany czytelnik tego czasopisma, jest przekonany ponadto, że ma do czynienia z treściami, które zostały drobiazgowo sprawdzone przez autorytety naukowe, przez co zleceniodawca zyskuje odbiorcę zdecydowanie bardziej ufne wobec prezentowanych treści.

W obliczu takich odkryć, na usta ciśnie się pytanie, w jakim stopniu, ukryte działania marketingowe firm farmaceutycznych i działających na ich zlecenie, firm PR wpływają na nie tylko postrzeganie chorób i terapii przez opinię publiczną, ale i na samych lekarzy oraz naukowców. Pytanie jest istotne, gdyż w grę wchodzi duże pieniądze, które stawiają pod znakiem zapytania sposób powstawania i obiektywność wiedzy naukowej, oraz uczciwość badaczy. Jak duży wpływ na obecny stan wiedzy medycznej mają firmy farmaceutyczne? W Polsce ten temat jest też już omawiany. W 2010 roku na ten temat odbyła się

międzynarodowa konferencja naukowa "*Current challenges in medical communication: diagnosing and curing unethical practices*" zorganizowana w Warszawie⁷³, natomiast w Lublinie, w grudniu 2011 roku, na sesji plenarnej konferencji „Medycyna personalizowana. Genom – Etyka – Prawo” profesor Andrzej Górski (PAN, EGE – *European Group on Ethics in Science and New Technologies*) przedstawił referat pt „*Ghostwriting, medical writing...who i who w publikacjach naukowych?*”.

Przy okazji poruszanego przeze mnie zjawiska „ghostwritingu” medycznego, wydaje się ważne ukazanie, kierowanych pod adresem korporacji farmaceutycznych, zarzutów manipulowania wynikami testów klinicznych leków. Przypadki tego typu są w zasadzie kwestią, którą powinny zajmować się organy ścigania, ale wydaje mi się, że wiedza o tym procederze zasadniczo zmienia nasz stosunek do zjawisk „chorobotwórstwa” i „ghostwritingu”. Obie strategie są godne potępienia, ale jeśli mają one na celu promowanie leków, których testy kliniczne nie zostały przeprowadzone uczciwie, to działania zaangażowanych w to osób można uznać nie tylko za złamanie zasad etyki lekarskiej, dziennikarskiej i naukowej, ale również przestępstwo, które w najgorszym przypadku może narazić pacjentów na utratę zdrowia i życia. Falszowanie wyników badań klinicznych jest też zjawiskiem, które nie tylko w dużym stopniu kształtuje myślenie lekarzy, ale i w związku z tym przesądza o kierunkach rozwoju medycyny. Myślę, że można opisać tą zależność w następujący sposób: im lepiej będą wypadać w badaniach leki na dane zaburzenie (na przykład psychiczne), tym bardziej rozpowszechnione będzie przekonanie lekarzy o biologicznym jej podłożu. W przypadku „naturalnych” procesów życiowych, takich jak starzenie się, bądź „normalnych” cech jednostkowych człowieka, jak np. niski idiopatyczny niski wzrost, wynalezienie leku na nie spowoduje posiadaczy patentu do ich patologizacji.

Skoro firmy farmaceutyczne przeznaczają tak dużo środków w umieszczanie swoich treści w renomowanych czasopismach medycznych to można przypuszczać, że artykuły przedstawiające wyniki testów leków przez nie sprzedawanych mają na celu nie uczciwe przedstawienie zalet i wad leku ale zachęcenie lekarzy do ich przepisywania. Paula Rochon ze współpracownikami w 1994 roku podjęła się analizy artykułów opisujących wszystkie fundowane przez firmy farmaceutyczne testy niesterydowych leków przeciwzapalnych. Zespół przeanalizował wszystkie testy, które udało im się odnaleźć i

73 http://www.aktualnosci.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=344:midzynarodowa-konferencja-gcurrent-challenges-in-medical-communication-diagnosing-and-curing-unethical-practices&catid=33:biece&Itemid=40, [pobrano: 23.12.2012] <http://www.theaustralian.com.au/news/features/ghost-stories/story-e6frg8h6-1225848936455>, [pobrano: 23.12.2012] <http://www.guardian.co.uk/science/series/badscience?page=4> [pobrano: 23.12.2012]

okazało się, że na 56 w żadnym z nich nie znalazły się jakiegokolwiek treści niesprzyjające producentowi sponsorującego badania. Każdy lek był tak samo dobry albo lepszy od terapii porównawczej. Ustalono także, że w porównaniu do testów niesponsorowanych przez zainteresowane firmy wyniki były dużo lepsze. Stanowi to dowód na to, że firmy mają możliwości publikowania rezultatów testów medycznych zgodnych z ich interesem. Jest to szczególnie niepokojące w kontekście badań, z których wynika, że od dwóch trzecich do trzech czwartych testów opublikowanych w głównych czasopismach medycznych jest właśnie fundowane przez przemysł farmaceutyczny (za: Smith 2005: 0364-5).

W jaki sposób firmy farmaceutyczne manipulują wynikami testów przedstawia wieloletni redaktor pisma *British Medical Journal* Richard Smith, który z dużą dozą samokrytycyzmu przyznał, że jemu samemu zajęło niemal ćwierć wieku zorientowanie się, jak redakcje czasopism są manipulowani (Smith 2005:365). Smith wymienia sposoby pokazania leku w lepszym świetle: Po pierwsze, żeby opisywany lek wypadł jak najlepiej porównuje się go z istniejącą już terapią, o której wiadomo, że jej skuteczność wypadnie gorzej, a nie z możliwie najlepszą. W trakcie testów, żeby wykazać większą skuteczność leku, stosuje się zbyt małe dawki leku konkurencyjnego. Żeby wykazać, że lek jest mniej toksyczny, w trakcie testów można grupie kontrolnej podawać zbyt duże dawki konkurencyjnego leku. Stosowane są także taktyki możliwe dzięki podejmowaniu wielośrodkowych badań klinicznych, polegające na wybieraniu najlepszych wyników spośród wielu prób, oraz łączenie bądź dzielenie obserwacji i publikowanie na ich podstawie kolejnych artykułów (Tamże 2005:365).

Łatwą do przewidzenia konsekwencją takich praktyk jest niepewna jakość leków. Należy się zastanowić czy są one tak skuteczne i bezpieczne jak wynika z publikowanych testów. Niestety wybuchające co jakiś czas skandale, rozprawy sądowe, ugody, wielomilionowe odszkodowania wypłacane poszkodowanym pacjentom mogą świadczyć o tym, że system dopuszczania leków do obrotu nie jest szczelny.

W sierpniu 2010 roku koncern AstraZeneca, w ramach ugody zobowiązał się do zapłaty 98 mln dolarów pacjentom przyjmujących Seroquel – leku na schizofrenię, ponieważ okazało się, że zwiększa on ryzyko wystąpienia cukrzycy i innych chorób. Z ponad 26 tys. pozwów porozumienie zawarto w 17,5 tys. przypadków. Średnia wysokość pojedynczego odszkodowania wypłaconego przez koncern sięgnęła 11,3 tys. dol (Szewerniak-Milewska, 2010). Ben Goldacre, lekarz publikujący w *Guardianie* artykuły dotyczące nieprawidłowości w nauce, zastanawia się, dlaczego często w takich przypadkach

koncerny farmaceutyczne idą na ugody zanim sprawa trafi do sądu (Goldacre 2010). Zwraca on uwagę, że przy okazji sporów sądowych w takich sprawach na światło dzienne wychodzą dokumenty, które mogą ukazać koncerny w bardzo złym świetle. Według Goldacre'a jednym z najbardziej znaczących dokumentów, jakie kiedykolwiek wypłynęły z przemysłu farmaceutycznego, był e-mail wysłany do współpracownika, przez managera z AstraZeneca, który ujawniono w trakcie innej takiej sprawy dotyczącej Seroquelu. Między innymi, znalazły się w nim dowody na to, że firma celowo ukrywała niekorzystne wyniki badań dotyczących działania Seroquelu, natomiast szeroko rozpowszechniała wszystkie jego zalety. W e-mailu znalazł się opis badań, które zleciła firma AstraZeneca. Badanie to polegało na porównaniu działania Seroquelu i starszego, taniego środka o nazwie Haloperidol u pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią w fazie remisji. Po roku okazało się, że pacjenci otrzymujący Seroquel mieli gorsze wyniki mierzone za pomocą różnych skal oraz częściej notowano u nich nawroty choroby. Oczywiście firma AstraZeneca nie ujawniła faktu, iż pacjenci zażywający Seroquel mają gorsze rokowania niż ci stosujący starszy lek, natomiast w 2002 roku opublikowała raport z badań, w którym opisano lepsze wyniki ich leku w zakresie zdolności poznawczych. Co gorsza, w tym bardzo wpływowym, cytowanym w ponad stu pracach naukowych raporcie, pominięto negatywny skutek uboczny zażywania leku, mianowicie wzrost masy ciała pacjentów średnio o 5 kg w ciągu roku, co jest także istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy. Zatem czarno na białym widać, że skutek uboczny, z powodu którego w 2010 roku AstraZeneca zaczęła płacić odszkodowania w ramach opisywanej powyżej ugody pozasądowej, był znany jej pracownikom już osiem lat wcześniej.

W roku 2009 firma Pfizer zgodziła się zapłacić rekordową karę 2,3 miliarda dolarów za nielegalną sprzedaż swojego leku przeciwbólowego Bextra. Pfizer jest pod tym względem recydywistą, ponieważ w 2004 roku zapłacił 340 milionów kary za nielegalną sprzedaż leku o nazwie Neurotonin służącemu leczeniu epilepsji. W sprawie leku Bextra rządowi USA pomogła skarga Johna Kopchinsky'ego, byłego przedstawiciela handlowego. Opisał on presję managerów Pfizera, którzy kazali mu i innym przedstawicielom nie przejmować się karą za nielegalne praktyki przy sprzedaży leku Neurotonin i podjąć takie same działania w celu sprzedaży leku Bextra. Jak stwierdził: „Cała kultura biznesowa Pfizera opiera się na sprzedaży, i jeśli nie sprzedajesz leku niezgodnie z prawem, nie jesteś postrzegany jako członek zespołu. Bextra była dopuszczona do leczenia reumatyzmu i bólu menstruacyjnego. Pfizer instruował jednakże swoich przedstawicieli handlowych by mówili lekarzom, że lek można stosować przy bólach ostrych i pooperacyjnych, oraz w

dawkach mocno przekraczających dopuszczony przez FDA poziom, nawet pomimo zwiększania się wraz z dawką zagrożeń zdrowotnych dotyczących nerek, skóry i serca. W 2005 Bextra została z tego powodu wycofana ze sprzedaży (powiększonego ryzyka wystąpienia chorób skóry i serca) (Harris 2009).

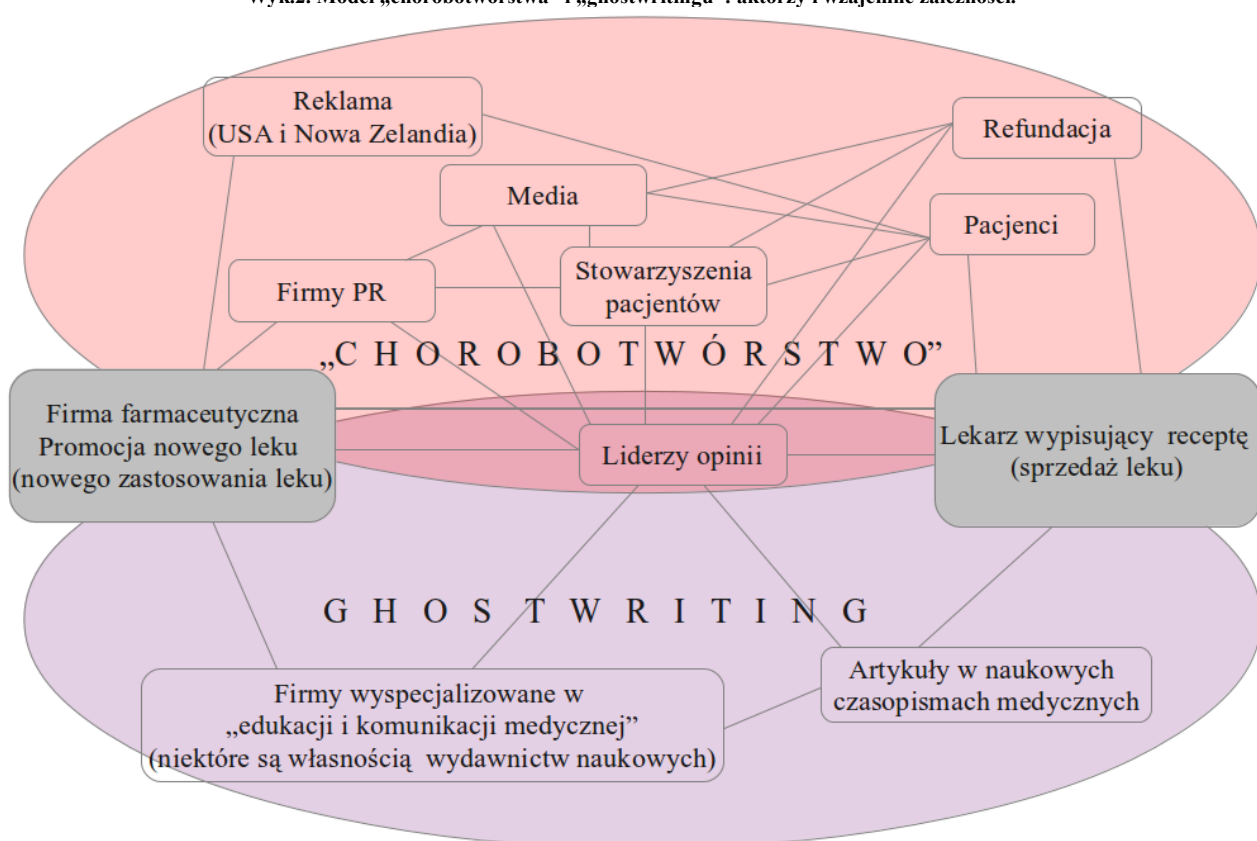
Analizując doniesienia prasowe natknąć się można na więcej takich przykładów, co nie ułatwia w zinterpretowaniu tych skandali jako działań o wyjątkowym charakterze, przeprowadzanych przez czarne owce w branży. Wygląda na to, że są to zachowania powszechne. Firmy farmaceutyczne, tak jak inne korporacje nastawione są jedynie na zysk, gdyż tak zostały skonstruowane. Menadżerowie odpowiadają jedynie przed udziałowcami i w zasadzie etyka i dbałość o jakość i bezpieczeństwo leków stanowią jedynie elementy rachunku ekonomicznego. Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że jeśli korzyści z prognozowanej sprzedaży leku, o którym firma wie, że powoduje szkodliwe skutki uboczne, przewyższą ewentualne odszkodowania dla oszacowanego odsetka zażywających leki pacjentów, którzy je odczuli, to jej pracownicy się nie zawahają i dla zysku narażą zdrowie pacjentów⁷⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia wydaje się, że opieranie się przy decyzjach dotyczących dopuszczania leków do sprzedaży jedynie na badaniach przeprowadzanych przez same firmy nie jest dobrym rozwiązaniem. Pokusa „ulepszenia” wyników testów jest

74 W książce „Korporacja: patologiczna pogoń za zyskiem i władzą” Joel Bakan prezentuje pogląd iż działania nieetyczne są normą w korporacjach. Firmy te są tak skonstruowane, że etyka czy tzw. „społeczna odpowiedzialność biznesu” stanowią jedynie element działań marketingowych i jeśli opłaci się złamanie własnych zasad, to na pewno menadżerowie firmy podejmą taką decyzję. Bakan daje przykład firmy General Motors, której model samochodu Malibu z rocznika 1979 z powodu niebezpiecznych zmian w konstrukcji w przypadku uderzenia w jego tył, stawał w płomieniach powodując duże ryzyko poważnych poparzeń i zgonów jego pasażerów. W wyniku procesu sądowego uznano, że GM dla oszczędności umieścił bak w niebezpiecznym położeniu: „Sąd stwierdza ..., że istnieją wyraźne i przekonujące dowody, iż zbiornik paliwa w samochodach podanej marki i typu został przez pozwanych umieszczony za osią w celu zmaksymalizowania zysków – a z lekceważeniem dla bezpieczeństwa publicznego”, co oznaczało, że GM pogwałcił stosowne przepisy prawne. [...] Materiał dowodowy przedstawiony w procesie wykazał, że w General Motors zdawano sobie sprawę z możliwości wybuchu pożaru spowodowanego zapłonem paliwa w baku, kiedy projektowano model Malibu, a także niektóre inne modele. [...] 6 czerwca 1973 roku, to jest mniej więcej w czasie, kiedy w GM rozpoczęto prace projektowe nad nowym, mniejszym Malibu [...] kierownictwo GM poprosiło inżyniera z działu projektowania przyszłościowego, Edwarda C. Iveya, o analizę pożarów powstających w wyniku zapłonu paliwa w pojazdach GM. Niedługo potem przedstawił on raport pt. „Analiza wartościowa wypadków śmiertelnych związanych z pożarami wywołanymi zapłonem paliwa w samochodach”. W raporcie tym Ivey pomnożył pięćset zgonów następujących co roku w wyniku pożarów w pojazdach GM przez kwotę dwustu tysięcy dolarów, będącą szacunkowym kosztem odszkodowań zasądzanych za każdy wypadek śmiertelny, a następnie podzielił tę liczbę przez 41 milionów, to znaczy liczbę samochodów GM jeżdżących po drogach USA w owym czasie. Wyszło mu, że każdy wypadek śmiertelny kosztuje GM 2,40 dolara na jeden samochód. Koszt zapewnienia, żeby zbiorniki paliwa nie eksplodowały w trakcie kolizji, szacowany przez firmę na 8,59 dolara w przeliczeniu na jeden samochód, oznaczał, że firma może zaoszczędzić 6,19 dolara (8,59 – 2,40) na każdym samochodzie, jeśli pozwoli, aby ludzie ginęli, zamiast zmienić konstrukcję pojazdów tak, aby nie dopuścić do powstawania tego rodzaju pożarów ...” (Bakan 2006: 77-81).

zbyt duża, by móc zaufać firmom, które są zainteresowane jak najszybszym wprowadzaniem nowych leków na rynek. Cytowany wcześniej Richard Smith uważa, że po pierwsze, za mało jest niezależnych, finansowanych z pieniędzy publicznych badań substancji leczniczych, które stanowiłyby naprawdę skuteczne narzędzie kontroli. Po drugie, według niego czasopisma powinny przestać publikować wyniki testów, a zacząć je oceniać. Same wyniki testów klinicznych z kolei powinny być informacjami publicznymi, publikowanymi na odpowiednich stronach internetowych (Smith 2005: 365).

Wyk.2. Model „chorobotwórstwa” i „ghostwritingu”: aktorzy i wzajemne zależności.



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując cały rozdział 3.2 wydaje się uzasadnione stwierdzenie, że współczesna medycyna rozumiana jako działalność lecznicza i zwykli lekarze stali się przedmiotem i celem marketingu firm farmaceutycznych. Oczywiście lekarze nie są bez winy – w końcu o leczeniu decydują sami, a nie manipulowani reklamą pacjenci, czy wręczający im upominki przedstawiciele firm farmaceutycznych. Siły są jednak nierówne. Wydaje się, że diagnoza i wybór terapii jest podejmowany w warunkach utrudniających lekarzowi podejmowanie decyzji w oparciu o wyłącznie kryterium dobra pacjenta. Co więcej, o tym, jaka wiedza medyczna trafia do lekarzy w coraz większym stopniu decydują firmy PR lub

MECC i coraz trudniej jest odróżnić obiektywne, niezależne badania naukowe od marketingu. Na autorskim modelu przedstawiam sposoby kształtowania postaw lekarzy (którzy w końcu decydują o wypisaniu recepty) wobec chorób i leków na te choroby. Syntetycznie pokazana została sieć opisywanych w niniejszym rozdziale zależności ekonomicznych i nacisków, która konstruowana jest za pieniądze firm farmaceutycznych i których celem jest wydanie odpowiedniej diagnozy oraz wypisanie odpowiedniego leku przez lekarza.

Jednym z wniosków, który stanowi odpowiedź na hipotezę stawianą we wstępie jest też fakt, że rosnąca potęga firm farmaceutycznych stanowi poważne zagrożenie dla współczesnej medycyny rozumianej jako wiedza i prowadzenie działalności naukowej. Obiektywna nauka, rozumiana jako dążenie do prawdy, mająca na celu społeczne dobro, w obecnych warunkach jest moim zdaniem realnie zagrożona. Świadczą o tym między innymi przytoczone i zinterpretowane w tym rozdziale takie zjawiska jak:

1. fakt posiadania przez firmy farmaceutyczne na swoich listach płac najlepszych specjalistów z określonej subdyscypliny medycznej, wpływowych stowarzyszeń pacjenckich, a także wyspecjalizowanych firm PR, oraz opiniotwórczych mediów, za pomocą których są w stanie skutecznie kształtować potrzeby medyczne społeczeństwa;
2. oligopole farmaceutyczne mają możliwości przeprowadzania „pomyślnych” dla swojego leku testów klinicznych, a także publikowania w najlepszych czasopismach medycznych artykułów naukowych będących *de facto* kryptoreklamami;
3. koncerny dzięki ogromnym środkom finansowym mają coraz większy wpływ na decyzje dotyczące przyszłych kierunków badań naukowych;
4. coraz skromniejsze finansowanie nauki (głównie badań podstawowych) ze środków publicznych i równoczesny nacisk na tak zwaną komercjalizację badań, czyli promowanie poprzez regulacje administracyjne i zachęty finansowe podejmowania badań, których wyniki da się sprzedać.

Część IV. Pomiedzy medykacją a demedykacją

Jedną z bardziej znanych socjolożek medycyny, Sarah Nettleton koniec dwudziestego wieku określa jako okres, w którym dominacja modelu medycznego jest coraz bardziej podważana przez konkurujące ideologie organizujących się, centralizujących grup pacjenckich i praktykujących „medycynę alternatywną”; coraz bardziej wpływowy holistyczny model zdrowia; rosnący indywidualizm na skutek procesów polityczno-ekonomicznych; oraz opiekę rozumianą w coraz większym stopniu jako konsumpcja (Nettleton 1995 za: Pyrcze 2000: 103). To, na co zwraca uwagę Nettleton, nie jest tym samym, co omawiane w części III osłabienie pozycji, władzy lekarzy. Chodzi tu raczej o rosnącą krytykę modelu biomedycznego, dychotomii umysł – ciało, redukcjonizmu biologicznego z jednej strony oraz popularność „medycyny holistycznej”, czy alternatywnej, laickiej wiedzy zdrowotnej, a także paradygmatu bio-psycho-społecznego oraz socjo-ekologicznego⁷⁵ stosowanych w ramach zdrowia publicznego i promocji zdrowia z drugiej. Tendencje te ujmowane są jako efekt coraz bardziej uwidaczniających się wad systemów opieki zdrowotnej opartej na biomedycynie, zajmującej dotąd hegemoniczną pozycję. Zastanowić się jednak można, jak owe przejawy odwrotu od biomedycyny mają się do procesu medykacji.

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że należałoby je zaklasyfikować jako elementy procesu demedykacji, ale w tym rozdziale pokażę, że ich ocena powinna być bardziej zniuansowana, gdyż na poziomie faktów sytuacja nie jest tak jednoznaczna. Niejednoznaczność ta wynika moim zdaniem z dwojakiego rozumienia procesu medykacji. Żeby ową dwoistość wyjaśnić, posłużę się socjologicznym opisem medykacji proponowanego przez Petera Conrada: po pierwsze, jest ona taktowana jako proces produkcji, promocji i wdrażania kategorii medycznych dotyczących ludzkich problemów, a po drugie, jako proces internalizacji przez populację medycznej i terapeutycznej perspektywy postrzegania doświadczeń i problemów życiowych, ciała, emocji itp. (Conrad 2007: 13-14). Rozpoznanie tych dwóch poziomów medykacji można przypisać już Michelowi Foucault, który w *Narodzinach Kliniki* [1963], umiejscawia korzenie tych zjawisk w rewolucyjnej Francji: „W latach bezpośrednio poprzedzających Rewolucję (Francuską – przyp. aut.) i po niej następujących powstały

⁷⁵ Model ten plasuje zdrowie „...jako wypadkową potencjału zdrowotnego i dynamicznej równowagi pomiędzy fizjologicznymi, psychologicznymi, społecznymi i ekologicznymi parametrami funkcjonowania” (Noack 1987 za: Ostrowska 1999: 164).

dwa wielkie, biegunowo przeciwstawne sobie mity; mit upaństwowionego zawodu lekarskiego, zorganizowanego na wzór duchowieństwa i wyposażonego na poziomie zdrowia i ciała, we władzę podobną władzy Kościoła nad duszami, oraz mit całkowitego zaniku choroby w społeczeństwie bez niepokojów i namiętności, które powróciło do pierwotnego stanu zdrowia. Jawna sprzeczność istniejąca między tymi dwiema ideami nie powinna wprowadzać w błąd, albowiem w rzeczywistości oba te marzenia senne to są dwie strony tego samego doświadczenia medycznego, jak czern i biel na tym samym rysunku. Oba sny są izomorficzne: jeden mówi w sposób pozytywny o ścisłej, agresywnej i dogmatycznej medykalizacji społeczeństwa poprzez quasi-religijną konwersję i utworzenie kleru medycznego, drugi zaś – w sposób tryumfalny i negatywny – o tej samej medykalizacji, to znaczy o ulotnieniu się choroby w środowisku udoskonalonym, organizowanym i nieustannie nadzorowanym, w którym sama medycyna w końcu zaniknie wraz ze swym przedmiotem i racją swego istnienia.” (Foucault 1999: 54).

Sprzeciw wobec hegemonii biomedycyny, opisywany przez Nettleton, oraz kształtowanie się odmiennych terapii opartych na idei holistycznego zdrowia, są często traktowane jako przejaw procesu demedykalizacji. Jednakże nie wszyscy traktują te zjawiska tak samo. To, co dla jednych jest dowodem demedykacji, dla innych stanowi jedynie przykład deprofesjonalizacji procesów medykalizacji. Wśród socjologów medycyny zajmujących się medykaliczacją zdaje się dominować to drugie stanowisko, co wytłumaczyć można popularnym wśród nich szerokim sposobem definiowania tego procesu, w który nie musi być zaangażowana profesjonalna medycyna (Conrad 1992). W tej części pracy spróbuję pokazać, na czym polega to stanowisko.

1. Demedykalizacja

Przeciwstawne stanowisko wobec wspomnianej powyżej większości socjologów, zajmuje Joseph Davis, według którego zjawisk traktowanych jest jako przejawy medykalizacji jest zbyt wiele. Uważa on, że część literatury jej dotyczącej zajmuje się problemami pokrywającymi się z dyskursami kulturowymi i praktykami instytucjonalnymi polegającymi na powiększaniu sfery uczuć i zachowań uważanych za patologiczne, ale nie włączanych do obszaru jurysdykcji medycyny. Poza medykaliczacją, umiejscawia on dyskurs (i związane z nim zinstytucjonalizowane praktyki), który jest według niego czasem mylony w literaturze z procesem medykalizacji. Mianowicie chodzi mu o system znaczeń i symboli związany z „kulturą terapeutyczną”, w ramach której szereg problemów

zyciowych (nawet nazywanych chorobami bądź uzależnieniami – na przykład uzależnienie od seksu) jest poddawany psychologizacji (a nie medykalizacji przez psychiatrię). Podawanym przez niego przykładem jest dyskurs w obrębie feminizmu dotyczący „syndromu bitej kobiety” (2010: 220-221), którego należy rozumieć jako nadawany, na podstawie zaistnienia określonej grupy symptomów, sankcjonowany społecznie status ofiary (zob. Petry Mroczkowska 2010). Syndrom ten, jest fragmentem szerszej rozumianej „polityki ofiary”, posiadającej swój psychologiczny język i modele cierpienia, ale nie ujmowany jest jako stan medyczny i nie jest za pomocą medycyny depolityzowany (a wręcz odwrotnie).

Przykłady podawane przez Davisa dla innych badaczy nie tylko nie są elementami procesu medykalizacji, ale wręcz są jej odwróceniem. Niemalże od początku krytycznych analiz procesu medykalizacji opisywano także procesy przeciwstawne, które określano terminem demedykalizacji (Fox 1977; Reeder 1978; Winkler, Winkler 1991 za: Lowenberg, Davis 1994: 579). Nie negując rozprzestrzeniania się „modelu medycznego” na ten czy inny obszar życia społecznego, niektórzy autorzy dostrzegali demedykalizację pewnych obszarów w opiece zdrowotnej. Jedną z pierwszych prac podejmujących ten wątek był artykuł René Fox pt. *The Medicalization and Demedicalization of American Society* z 1977 roku, w którym pisze, że wraz z procesem medykalizacji następuje oddzielny proces demedykalizacji (Fox 1977 za: Conrad, Schneider 1994: 515). Także Peter Conrad uważa, że medykalizacja jest procesem dwukierunkowym, choć w XX wieku medykalizacja zdecydowanie dominowała nad demedykalizacją. Z jednej strony zdrowie jest coraz bardziej „biomedykalizowane” poprzez nadzór, badania przesiewowe, rutynowe pomiary wskaźników zdrowia przeprowadzane w domu, ale z drugiej, za sprawą procesu przenoszenia odpowiedzialności z profesjonalistów na pacjentów, staje się zmedykalizowane w coraz mniejszym stopniu (Clarke et al. 2003: 173).

Jako przykłady trendów demedykalizacyjnych we współczesnych społeczeństwach wymienia się działalność różnorodnych ruchów społecznych, na przykład feministycznej organizacji „*Women's Health Movement*”, która skupiała się na kwestii zmedykalizowanych praktyk seksualnych i reprodukcyjnych (Lowenberg, Davis 1994: 579-580). W Polsce w pewnym stopniu analogiczne cele ma ruch skupiony wokół akcji „Rodzić po ludzku”, który walczy ze zmedykalizowanym, „betonowym” położnictwem (Nowakowska 2010). Jako przykłady demedykalizacji również przytacza się takie zjawiska jak, rosnąca aktywność i uczestnictwo pacjentów w działaniach na rzecz swojego zdrowia: wciąż żywe lecznictwo ludowe (Piątkowski 2012: 191-194), samolecznictwo i terapie w

grupach samopomocowych (Robinson, Henry 1977; Hatch, Kickbush 1983; Piątkowski 2008: 202-206) oraz dążenie do większego uczestnictwa w definiowaniu czym jest zdrowie i choroba, rozwój konsumeryzmu na rynku usług zdrowotnych, pojawienie się bardziej egalitarnych relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, poszerzanie praw pacjentów i może przede wszystkim, przenikanie perspektywy holistycznego zdrowia do potocznej świadomości (Lowenberg, Davis 1994: 579-580). Najbardziej jaskrawym przykładem demedykalizacji było skreślenie w latach siedemdziesiątych z klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM homoseksualizmu, a w pewnym stopniu dokonuje się obecnie proces demedykalizacji porodów poprzez negację części interwencji medycznych i coraz większa moda na porody domowe bez udziału lekarzy. Mimo to należy jednak stwierdzić, iż współcześnie można wyróżnić jedynie kilka przykładów demedykalizacji, które rozumie się jako sytuację, kiedy problem przestaje być traktowany w kategoriach medycznych, a zaangażowanie personelu medycznego jest uznawane za niezasadne (Conrad 2007: 67).

Lowenberg i Davis odnosząc się do współistnienia obu przeciwstawnych procesów uznali, że wizje przyszłości dotyczące zdrowia zależą od tego, w jak dużym stopniu dana osoba styka się z medykacją w codziennym życiu. W ten sposób jedni widzą świat idący w kierunku „terapeutycznej tyranii” rodem z książek Aldous'a Huxleya, George'a Orwella lub Anthony'ego Burgess'a, zarządzanej przez zimnych naukowców w białych fartuchach, których celem jest sformatowanie nieszczęsnych jednostek dla celów totalitarnego państwa, albo przynajmniej uznają, że wtargnięcie medycyny na coraz to nowe sfery życia codziennego osłabia tak ważne dla demokracji cechy jak: wolność poglądów, niezależność i poczucie odpowiedzialności za siebie. Zauważający bardziej procesy demedykalizacji, z kolei przewidują, że w przyszłości następować będzie proces demokratyzacji w sferze opieki zdrowotnej – czyli dostarczający usługi zdrowotne i konsumenci oraz społeczności będą wspólnie działać w kierunku osiągnięcia jak najbardziej pełnego zdrowia definiowanego przez WHO jako całościowy dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. W tych wizjach przyszłości nie przepowiada się wprowadzie końca medycyny, ale przewiduje że obywatele, jako wolne i odpowiedzialne jednostki, będą w stanie myśleć i działać na rzecz swojego zdrowia a interwencje lekarzy i innych specjalistów będą miały charakter jedynie okazjonalny i co więcej będą miały bardziej charakter konsultacji, a nie autorytarnej kontroli i nakazów (Lowenberg, Davis 1994: 580).

Jak możliwe jest współistnienie tak różnych prognoz wysuwanych na podstawie obserwowanych przemian w medycynie i wiedzy medycznej laików? Która wizja jest

bardziej prawdopodobna? Wiele procesów, które niektórzy uznają za przejawy demedykalizacji, inni traktują jako jedynie „deprofesjonalizację” medykacji, a nie prawdziwą „depatologizację”. Innymi słowy, to co dla jednych stanowi dowód na przeciwstawny medykacji proces, dla drugich będzie tylko odkryciem nowych dróg rozprzestrzeniania się medycznej perspektywy.

Sam skłaniam się w kierunku szerszego rozumienia procesu medykacji i w tej części rozprawy postaram się uzasadnić swoją opinię, a także wykazać, że alternatywne wobec biomedycyny sposoby ujmowania zdrowia i choroby, nie tylko stanowią dalszą medykację życia człowieka, ale i częściowo można je potraktować jako narzędzie kontroli społeczeństw kształtowanych przez zdeorganizowany kapitalizm. W jaki sposób opór wobec dominacji lekarzy, biomedycznego modelu w medycynie, farmakologizacji ludzkich problemów, redukcjonizmu biologicznego, może przyczynić się do wzmocnienia procesu medykacji? Odpowiedź na to pytanie zamieszczam w kolejnych rozdziałach, w których wyróżniłem cztery, alternatywne wobec biomedycyny siły, które przyczyniają się do poszerzenia zmedykowanego obszaru życia człowieka:

1. Psychologia, psychoterapia o nachyleniu humanistycznym, stanowiąca konkurencję dla psychiatrii biologicznie zorientowanej,
2. Laicy, którzy w coraz większym stopniu angażują się w samodzielne zarządzanie swoim zdrowiem,
3. Medycyna społeczna, zdrowie publiczne, socjologia medycyny, epidemiologia społeczna, która proponuje jako alternatywę dla biomedycznego modelu zdrowia i choroby, model socjo-ekologiczny.
4. „Medycyna komplementarna i alternatywna”, która mimo swojego wewnętrznego zróżnicowania, posługuje się holistycznym modelem zdrowia i choroby,

Postaram się pokazać, iż część każdego z tych źródeł oporu wobec redukcjonistycznej biomedycyny samo może stanowić pożywkę dla medykacji i często w istocie tak się dzieje. Na koniec chciałbym zaznaczyć, iż nie uważam, że nie istnieją zjawiska, które można uznać jako przykłady demedykalizacji. Jeśli jednak przyjmiemy szerokie rozumienie medykacji, to takie zjawiska, we współczesnym świecie, w którym niemal każda rzecz bądź czynność ma związek ze zdrowiem i chorobą, nabierają cech wyjątkowości. Udań i zakończonych sukcesem procesy demedykalizacji, są bardzo rzadkie i wobec rozwoju nauk medycznych, podatne na ponowną medykację (najmniej kontrowersyjny przykład procesu demedykalizacji, czyli niemal całkowicie zdemedykalizowany homoseksualizm, za sprawą genetyki, w każdej chwili może znowu

stać się patologią o biologicznym podłożu).

2. Kultura terapeutyczna – efekt dominacji „ideologii indywidualizmu”

Żeby dobrze zrozumieć sprzeczności ponowoczesnych społeczeństw, równoległe zachodzące procesy medykalizacji i demedykalizacji (lub deprofesjonalizacji), wydaje mi się, że należy bliżej przyjrzeć się współczesnej kulturze, której charakterystycznym rysem jest „terapeutyczność”. Opisywana przez Nettleton rosnąca popularność modeli bio-psycho-społecznego czy socjo-ekologicznego świadczy o tym, że dyskurs ponowoczesny nie jest całkowicie zdominowany przez wątki racjonalne i naukowe. Elementy dyskursu naukowego w ponowoczesnych społeczeństwach zostały przemieszane z treściami ezoterycznymi, mistycznymi, a także orientalnymi elementami religii Wschodu. Obserwowane jest podważanie rozumu jako jedynego zasadnego sposobu poznania i doświadczania świata, przez co zyskuje na znaczeniu zmysłowość, emocjonalność i irracjonalizm. Rozum ma utrudniać poznawanie i doświadczanie świata emocji oraz własnego „ja”. Wiarę w rozum podkopuje też podejście konstruktywistyczne, które rzeczywistość utożsamia z opowieścią o niej. To co poznajemy jest jedynie pewną wersją narracji, która oznacza strukturę rozumienia i przeżywania świata. Tylko subiektywne emocje uznaje się za ostateczne kryterium autentyczności wydarzeń. W ten sposób konstruktywizm dezawuuje znaczenie obiektywnie istniejącej rzeczywistości, a nawet neguje jej istnienie (Kociuba 2009: 209).

Zatem można stwierdzić, iż mamy do czynienia ze zjawiskiem erozji rzeczywistości zewnętrznej, negacji ponadindywidualnych determinacji społecznych, politycznych, kulturowych, historycznych, przy jednoczesnym przecenianiu autodeterminizmu, eksponowania znaczenia kwalifikacji jaźni, inteligencji emocjonalnej, motywacyjnej, duchowej czy seksualnej, swoistym „kulcie jaźni” (Rose 1997 za: Kociuba 2009: 210). Jednostki są przekonane, że ich losy leżą w ich rękach, gdyż kultura podsuwa szeroki wachlarz „technik siebie” umożliwiających zarządzanie swoim umysłem i ciałem. Małgorzata Jacyno zauważa, że porażka życiowa, czy bieda w warunkach refleksyjnej nowoczesności nie jest kwestią pozycji w hierarchii społecznej, ale staje się efektem nieodpowiedniej postawy jednostki wobec siebie. W późnej nowoczesności nieważne stają się różnice klasowe, podziały etniczne, religijne czy płciowe, za to na plan pierwszy wysuwają się głównie różnice osobowościowe, to one tłumaczą nasz sukces bądź porażkę. „Trudne dzieciństwo, niska samoocena, nieśmiałość, skłonność do uzależnień, depresja,

wycofany sposób bycia, unikanie podejmowania trudnych decyzji, lęk przed sukcesem i ostatecznie przypisywanie wszystkim innym odpowiedzialności, a zwłaszcza winy za ponoszone porażki to prawdziwe i prawomocne przyczyny porażki jednostki” (Jacyno 2007a: 28). Jest to według tej autorki przejaw „kulturalizacji”, ponieważ to „kultura a nie struktura społeczna podpowiada tematy i sposoby problematyzacji doświadczeń jednostki” (Ibid: 29). Co to znaczy? O pozycji w strukturze społecznej decydują kulturowo uwarunkowane style życia. Są one nie tylko kwestią indywidualnego wyboru czy sposobem wyrażenia swojej pozycji w strukturze klasowej. Style życia są istotą podziałów klasowych. To one są przyczyną, a nie skutkiem. Co istotne, style życia są przez jednostki wybierane, stanowią element refleksyjnego procesu kreowania siebie, przez co pozycja społeczna, która jest przez nie zdeterminowana staje się indywidualnym wyborem jednostki.

Zatem proces kulturalizacji odbywa się poprzez indywidualizację, dominację „ideologii indywidualizmu” w kulturze (Kociuba 2009: 210). Jednostce nadano prawo do orzekania co jest dobre i prawdziwe, gdyż ostatecznym kryterium ich oceny jest i tak jej dobro. Rozpowszechniający się światopogląd, uznający za kluczową wartość samorealizację i dążenie do autentyczności prowadzi do postaw narcystycznych i traktowanie relacji społecznych jako terenu projekcji lub ekspresji „ja” bądź polem odkrywania siebie (Lash 1991 za: Kociuba 2009: 211).

Indywidualizacja i kulturalizacja przesuwają więc odpowiedzialność za los jednostek na jej same. Są one przekonywane, że wszystko jest w ich rękach, postawa wobec siebie ma moc determinowania zewnętrznej rzeczywistości. Nic zatem dziwnego, że obarczone całkowitą odpowiedzialnością, szukają pomocy ekspertów, zwłaszcza psychologów. Kryzysy życiowe, konflikty, ale także błahy problemy życia codziennego stają się coraz bardziej „psychologizowane”, co oznacza także ich patologizację rozumianą jako interpretowanie pozytywnych zjawisk i sfer życia w kategoriach chorobliwych zachowań, tropienie zaburzeń i nieprawidłowości, szukanie traum, problemów osobistych, kryzysów, emocjonalnych uzależnień, neurotycznych reakcji. Psychologia ma moc przekształcenia psychiki jednostki, modelowania jej zachowań a także kształtowania relacji międzyludzkich. Skoro powodzenie jednostki to „stan umysłu” to zrozumiały stał się sukces psychologii: pojawiła się ona w biznesie, edukacji, polityce, marketingu, mediach, rodzinie, czy nawet duszpasterstwie (Kociuba 2009: 214). Efektem dominacji psychologicznego wyjaśniania ludzkich problemów poprzez sprowadzanie ich do patologii bądź nawet choroby, jest rozwój „kultury terapeutycznej”. Psychologizowanie problemów

społecznych uniemożliwia jednostkom dostrzeżenie ponadindywidualnych determinacji świata społecznego, odwraca ich uwagę od realnych i obiektywnych problemów. Bezrobocie, nierówności społeczne, gospodarka rynkowa, zanik idei państwa opiekuńczego, prywatyzacja – przedstawiane są tak, jakby ich nie było albo jakby stanowiły „winę” jednostki (Kociuba 2009: 216).

Wydaje się, że psychologia umożliwia sprawowanie władzy we współczesnych społeczeństwach. Jednostki socjalizowane są za pomocą medykalizacji (na przykład psychiatrię), ale również demedykalizacji (korzystającej między innymi z psychologii). Tak jak wcześniej psychiatria, psychologia stanowi narzędzie dyscyplinowania, harmonizowania społeczeństwa oraz „produkcji porządku” (Jacyno 2007a: 137; Kociuba 2009: 213). Jak psychiatria, zachowania anty lub aspołeczne, które pozostawały wcześniej w granicach normalności, psychologia diagnozuje jako patologiczne zaburzenia, chorobliwe symptomy. Problem polega jednak na tym, że kryteria diagnostyczne są pozamerytoryczne, nienaukowe, uwikłane politycznie, ekonomicznie i ideologicznie, zależne od światopoglądu, koncepcji człowieka i lansowanego aktualnie profilu osobowości. Zaabsorbowani sami sobą ludzie powierzają terapeutom swoje problemy przyjmując, że problem jest w nich, a nie w strukturze społecznej. W ten sposób psychologia pomaga „zdepolityzować” coraz więcej problemów społecznych.

Przytaczana powyżej kultura indywidualizmu i psychologizmu wydaje się oddziaływać na kondycję współczesnego człowieka podobnie jak biomedycyna. Przenikająca życie jednostek, kultura terapeutyczna (którą można potraktować jako proces nadrzędny wobec medykalizacji i psychologizacji) oddziałuje zatem zarówno za pomocą biomedycyny, redukującej ludzkie problemy do sfery organicznej, jak i za pomocą psychologii, która mimo że nie wspiera biologicznego redukcjonizmu obecnego w medycynie i psychiatrii, tak samo jak one, dokonuje patologizacji szeregu ludzkich stanów bądź emocji. Podobnie jak medycyna i psychiatria przerzuca również odpowiedzialność za ich wystąpienie na same jednostki. (Bio)medykalizacja i psychologizacja są, moim zdaniem, „siostrzanymi” procesami indywidualizacji przyczyn ludzkich bolączek i chorób, które zapraszają współczesnego człowieka do wejrzenia w siebie, znalezienia tam źródła problemu i samodzielnego (z pomocą eksperta) przezwyciężenia go poprzez odpowiednią terapię.

3. Psychologizacja nieśmiałości – szeroko rozumiana medykalizacja?

Tą część rozprawy rozpocznę od powrotu do poruszanego już wcześniej przykładu

nieśmiałości i jej medycznych odpowiedników: fobii społecznej i zespołu niepokoju społecznego. Stanowić on będzie punkt wyjścia dla rozważań na temat budzącej kontrowersje granicy pomiędzy medykacją a demedykacją. Jak postaram się wykazać, w zależności od przyjętych definicji tych procesów te same zjawiska przez różnych badaczy mogą być traktowane albo jako przejaw medykacji albo wręcz odwrotnie. Nieśmiałość, obok wielu innych problemów psychicznych, czy egzystencjalnych została poddana skutecznemu procesowi patologizacji, redukcji do zaburzenia psychicznego o podłożu biochemicznym. Proces ten został już pokazany w poprzedniej części niniejszej rozprawy głównie jako efekt zakulisowych działań firm farmaceutycznych, które mając na uwadze swój zysk, wpływały na definiowanie problemu jak i odpowiednie postrzeganie go przez opinię publiczną. W tym miejscu temat ten wróci jako materiał będący przykładem procesu psychologizacji, przejawem kultury terapeutycznej. Dzięki podjęciu tego samego przykładu, chcę pokazać, że psychologizacja może być traktowana jako dowód na dwutorowość zachodzących procesów medykacji. Co więcej, uważam że oba procesy nie dzieją się obok siebie, ale nawzajem na siebie wpływają, wzmacniają się, odnoszą się do siebie.

Procesy medykacji nieśmiałości, obniżanie kryteriów fobii społecznej, wyolbrzymianie jej negatywnych skutków, przekształcanie jej w zaburzenie wynikające z tzw „nierównowagi chemicznej mózgu” nie mogło nie przynieść pewnych skutków. Na skutek „akcji uświadamiających”, rozumiane w nowy sposób zaburzenie stało się obecne w świadomości laików, mediów, oraz różnego rodzaju ekspertów (nie tylko lekarzy psychiatrów). Można sobie jednak zadać pytanie: jaka jest reakcja ekspertów, laików, cierpiących z powodu nieśmiałości, czy mediów na ową przemianę cechy charakteru w chorobę?

W rozdziale „Obniżanie kryteriów choroby - medykacja nieśmiałości” opisywałem, jak wyglądała kampania „uświadamiająca” dotycząca zespołu lęku społecznego. Niewątpliwie biorąc pod uwagę sprzedaż Paxilu można także uznać ją za udaną. Na trwałe zmieniła postrzeganie tego problemu i chyba można się pokusić o stwierdzenie, że obecnie ludzie postrzegają nieśmiałość w bardziej zmedykowany sposób niż kiedyś. Prędzej są skłonni do uznania siebie za chorych, szybciej znajdą osoby, które utwierdzą ich w tym przekonaniu. W największym stopniu ten trend widać w Internecie. Powstają fora dla nieśmiałych, temat podejmowany jest w portalach o tematyce medycznej, na bazie tych kontaktów tworzone są organizacje zrzeszające cierpiących na tą przypadłość. Ponadto, nieśmiałość i jej medyczne określenia (fobia społeczna, zespół niepokoju społecznego)

stały się obiektem coraz większego zainteresowania mediów. Poprzestając jednak jedynie na stwierdzeniu, że działania wynajętych przez firmy farmaceutyczne marketingowców doprowadziły do przyjęcia przez laików promowanej wizji nieśmiałości rozumianej jako choroba o biologicznym podłożu, obraz tego problemu byłby zbyt ogólny i niepełny. Niewątpliwie wzbogacić go można przytaczając ponownie pracę Suzie Scott (2006). Identyfikuje ona trzy wymiary medykalizacji nieśmiałości. Pierwszy z nich polega na zwróceniu się w stronę biomedycznej etiologii nieśmiałości oraz leczenia farmakologicznego traktowanego jako relatywnie szybki i efektywny sposób radzenia sobie z jego symptomami. Ten wymiar już wcześniej został omówiony. Drugi jest procesem przeformułowywania nieśmiałości, w zaburzenie poznawczo-behawioralne, które należy leczyć za pomocą psychoterapii. Trzeci natomiast oznacza proces internalizacji psychologicznego rozumienia nieśmiałości przez zwykłych ludzi, którzy sami starają się uleczyć stosując pop-psychologię dostępną im za pośrednictwem internetu i popularnych poradników.

Terapie kognitywno-behawioralne i inne terapie psychologiczne jak pisze Scott, są bardziej rozpowszechnionym podejściem do leczenia nieśmiałości niż farmakoterapia. Terapie te stosowane są samodzielnie, a także razem z leczeniem farmakologicznym (Rabe-Jabłońska 2002: 165-166). Scott uważa, że rozziw pomiędzy tymi dwoma podejściami na rynku usług medycznych jest jatrogenicznym efektem rewolucji farmaceutycznej. Powstanie takich leków jak Paxil (Seroxat) oraz ich częściowa efektywność w łagodzeniu objawów nieśmiałości, teorie o biochemicznych czy genetycznych przyczynach nieśmiałości utwierdzają pogląd, że fobia społeczna czy osobowość unikająca to obiektywnie istniejące jednostki chorobowe, a psychiatryczne diagnozy, etykiety służące do ich opisu są reifikowane, zanika ich kontekst kulturowy, arbitralność kryteriów. Scott zastanawia się przy tym, czy za część omawianego powyżej zjawiska zwiększania się odsetka osób deklarujących problemy z nieśmiałością nie odpowiada ujęcie bardziej ekstremalnych form nieśmiałości w kategoriach fobii lub zaburzenia, a następnie włączenia ich do klasyfikacji DSM-IV, a potem ICD-10 (Scott 2006: 140). Coraz większa obecność tych zaburzeń w świadomości zbiorowej przyczynia się do rozszerzania się oferty usług o terapie alternatywne dla klasycznego leczenia psychiatrycznego lub farmakoterapii. Introspekcja, refleksyjna analiza naszej osobowości i emocji, charakterystyczna dla „kultury terapeutycznej” (Rose 1990 za: Scott 2006:140), jest ważna dla części ludzi niechętnych dominacji wiedzy medycznej zorientowanej materialistycznie, w której stany emocjonalne, myśli są zjawiskami o charakterze

neurochemicznym. Paradoksalnie jednak, wpadają oni w zasięg innej wiedzy eksperckiej pochodzącej od przedstawicieli dyscyplin psychologicznych (Lupton 1995 za: Scott 2006: 141).

Jednym z proponowanych cierpiącym na chorobliwą nieśmiałość psychoterapii jest „terapia kognitywno-behawioralna”. Opiera się ona na założeniu, że cechą wszystkich zaburzeń psychicznych jest zniekształcone i dysfunkcjonalne myślenie wpływające na nastrój i zachowanie pacjenta. Zatem terapia poprzez trening polegać ma na zastąpieniu wyuczonych negatywnych myśli bardziej realistycznymi postawami. Zakłada się więc, że istnieje pewny ustalony zestaw umiejętności społecznych, których nieśmiali nie mają, ale dzięki ciężkiej pracy mogą osiągnąć. Celem tych zmian jest przywrócenie pacjenta do bardziej „normalnego” poziomu funkcjonowania społecznego. Nieśmiali są uczeni więc, że ich skłonność do bycia cicho, usuwania się w cień, pasywność jest objawem błędnego postrzegania siebie i rzeczywistości. Kursy są ograniczone w czasie, zorientowane na rozwiązywanie teraźniejszych problemów poprzez warsztaty grupowe i trening umiejętności społecznych. W terapii kognitywno-behawioralnej pacjent współpracuje z terapeutą, a także dostaje zadania domowe.⁷⁶ Zamiast wieloletniej psychoanalizy, stawia się na szybkie, efektowne zmiany zachowania i stanów emocjonalnych. Jak opisuje to Scott, działalność różnych klinik nieśmiałości stosujących terapię kognitywno-behawioralną polega na „taśmowej” obsłudze pacjentów, którym dostarcza się „szybką porcję” psychoterapii, która umożliwi powrót do pracy i normalnego życia rodzinnego. W takim modelu pomocy nie ma miejsca dla klientów uzalających się nad sobą i chcących zgłębiać najgłębsze pokłady swojej osobowości (Scott 2006: 141).

Praktyki treningu nieśmiałych w specjalnych klinikach nieśmiałości, jawią się dla Susie Scott jako nowe Goffmanowskie instytucje totalne, w których dokonywana jest restrukturyzacja osobowości⁷⁷. Ukrytą funkcją tych terapii jest „regulowanie racjonalności” (Busfield 1996 za: Scott 2006: 142), co ma oznaczać eliminowanie czy ukrywanie zachowań społecznie dysfunkcyjnych i uznawanych za irracjonalne. Coraz większa rola psychoterapii może być opisywana jako przejaw procesu cywilizowania (Elias 1980),

76 Więcej o terapii poznawczo behawioralnej na stronie Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej <http://www.pttpb.pl/pl/czym-sa-terapiie-poznawczo-behawioralne-psychoedukacja> [pobrano: 11.03.2012].

77 W innej publikacji Scott zauważa, że owe instytucje totalne charakteryzujące się przymusowością, zastępują względnie dobrowolne instytucje, których celem jest modyfikowanie wzorów myślenia i postaw. Proponuje też nową nazwę: „*Reinventive Institutions*”. W instytucjach tego typu zamiast jednostek z ograniczoną autonomią, które podlegają brutalnej resocjalizacji, znajdują się osoby, których celem jest samodoskonalenie. Kontrola społeczna w takich instytucjach opiera się na wzajemnym nadzorze (Scott, 2010).

który należy rozumieć jako historyczne przemiany obyczajów, zachowań objawiające się coraz większym ograniczaniu zachowań impulsywnych, powściągnięciem emocji, samoregulacją jednostki. Reedukacja za pomocą psychoterapii, ma być przejawem tego procesu w społeczeństwie późnej nowoczesności. Charakterystyczna dla tego okresu „kultura terapeutyczna” (Furedi 2004), opierająca się na założeniu, że ludzie nie potrafią sami sobie pomóc i należy ich tego nauczyć, objawia się więc dominacją różnego rodzaju ekspertów (psychologów, psychiatrów, doradców personalnych, couchów) i pozbawieniu pacjentów autonomii, co Illich (1974) ocenia jako centralny wymiar jatrogeny i medykalizacji. Reedukacja nieśmiałych outsiderów w czasie sesji psychoterapeutycznych można także opisywać w kategoriach władzy dyscyplinującej Michela Foucault (1987, 1993). Ciało (a wraz z nim i osobowość) w nowożytnych społeczeństwach poddawane jest praktykom „biowładzy”, która go przetwarza by wyglądało i zachowywało się odpowiednio. Praktyki stosowane w terapii nieśmiałości w klinikach, są formą resocjalizacji dewiantów, mających na celu bardziej „normalne” zachowania. Scott określa to mianem uporządkowanej produkcji zadowolonych, towarzyskich i społecznie zintegrowanych jednostek (Scott 2006: 144).

Trzecia warstwa medykalizacji nieśmiałości przejawia poprzez samopomoc i samokontrolę. Scott twierdzi, że fizyczny, psychiczny i emocjonalny dobrostan jest przedstawiany jako imperatyw kulturowy, a jego osiągnięcie współcześnie stało się celem o charakterze moralnym (Scott 2006: 145). Współczesny człowiek poddaje się szeregowi praktyk dyscyplinujących z własnej, nieprzymuszonej woli (odchudza się, ćwiczy, zażywa suplementy diety, czyta poradniki psychologiczne) po to by odnaleźć mityczny Święty Graal jakim jest absolutne zdrowie.

Nieśmiałość traktowana jako problem irracjonalnej psychiki, możliwy do rozwiązania jedynie na poziomie jednostkowym, zobowiązuje ludzi do rozpoznania, kiedy ich zachowanie przeszkadza normalnej, codziennej rutynie. Ponadto nakłada na nich obowiązek rozwiązania tego problemu poprzez zmianę zachowania. Zadanie to ułatwić mają programy telewizyjne, książkowe i internetowe poradniki, fora, grupy dyskusyjne. Dzięki nim jednostka może sobie pomóc sama. Największą rolę obecnie pełni Internet. Wystarczy wpisać w przeglądarkę internetową hasło „fobia społeczna”, by się przekonać istnieniu wielu forów internetowych poświęconych temu zaburzeniu⁷⁸. Nieśmiałość przedstawiana jest w nich jako zaburzenie (nawet jako poważna choroba) o poważnych

⁷⁸ www.fobiaspoleczna.info [pobrano: 17.05.2012], www.phobiasocialis.fora.pl [pobrano: 17.05.2012], www.socialphobiaworld.com [pobrano: 17.05.2012], www.socialanxietyssupport.com [pobrano: 17.05.2012].

konsekwencjach. Jednostka dowie się z nich, że pokonanie strachu przed ludźmi poprzez stosowanie różnych praktyk dyscyplinujących, pomoże nam osiągnąć wiele kulturowo cenionych celów. Internet nie tylko umożliwia komunikację pomiędzy ludźmi, wymieniając się informacjami na temat swojego zdrowia, ale staje się podstawowym narzędziem konstruowania i kontroli wiedzy zdrowotnej (Rich, Miah 2009:164). Staje się podstawową platformą poprzez którą medycyna nadzoru (Armstrong 1995) medykaliżuje nieśmiałość. Działa to między innymi poprzez funkcję samo-diagnozy. Dzięki Internetowi jednostka próbująca sobie poradzić ze swoim problemem utrudniającym jej nawiązywanie kontaktów z innymi ludźmi, publicznymi wystąpieniami, o wiele szybciej i łatwiej uzna się za osobę cierpiącą na fobię społeczną, lub posiadacza osobowości unikającej.

Scott zwraca uwagę jeszcze na jeden problem. Wyraził go Ian Craib (1994) powątpiewając w przypisywaną sobie przez branżę psychologiczną umiejętność rozwiązywania problemów, które według niego są normalnymi ludzkimi nieszczęściami. Mitem dla niego jest perfekcyjna osobowość, pozbawiona wszelkich złych emocji i negatywnych doświadczeń, a jego propagowanie służy w istocie utrzymaniu hegemonicznego statusu psychoterapii. Psychologia stara się przekonać ludzi, że jest w posiadaniu recepty na cierpienie, poczucie osamotnienia, niepokój, czyli na to, co można nazwać nieodłącznymi i naturalnymi cechami ludzkiej egzystencji. O ile, według Craiba, psychologia, psychoterapia może nam pomóc w rozwiązywaniu konfliktów wewnętrznych, to nie potrafi uchronić nas przed poczuciem złości, smutku, cierpienia i oczywiście nieśmiałości w pewnych momentach naszego życia. Craib stwierdza, że dokąd w nieśmiałości istnieje komponent emocjonalny, a nie jest to tylko wyuczona dysfunkcyjna reakcja na sytuacje społeczne, nierealistyczne jest założenie, że kliniki nieśmiałości mogą i powinny dążyć do wytwarzania osobowości jej pozbawionych. Psychoterapia staje się w jego ujęciu klonowaniem osobowości o pożądanych cechach w kulturze współczesnych społeczeństw Zachodu, która preferuje wartości takie jak indywidualne osiągnięcia, sukces w konsumpcyjnym „wyścigu szczurów” oraz samodoskonalenia. Jedynie osobowości pewne siebie, asertywne są w stanie takim wymaganiom podołać (Craib 1994 za: Scott 2006: 144).

Scott stwierdza zatem, że coraz większe akcentowanie nieśmiałości jako istotnego problemu jest efektem wszechobecnej dezaprobaty wobec jednostek, które nie potrafią sprostać wymaganiom stawianym przez współczesne społeczeństwa (Scott, 2006: 134). Nieśmiałość zagraża przecież dynamice interakcji i porządkowi społecznemu, przez co poddaje się ją coraz większej patologizacji. Susie Scott i jej przykład medykaliżacji

nieśmiałości wraca w tym miejscu dlatego, że unaocznia ona bardzo istotną kwestię. Scott ujmuje proces medykalizacji nieśmiałości jako przekształcanie jej w zaburzenie psychiczne o podłożu biologicznym i poddawaniu jej terapiom farmakologicznym, ale tym samym mianem określa zjawisko ujmowania nieśmiałości jako dysfunkcji bawioralno-poznawczej, którą za pomocą treningu (prowadzonego przez psychoterapeutę bądź samodzielnie) można pokonać. Ewentualny sprzeciw wobec redukowaniu nieśmiałości do zaburzenia o neurochemicznym czy genetycznym podłożu według niej wcale nie wyraża się w takim razie demedykalizacją, gdyż w przypadku każdego z tych wymiarów nieśmiałość jest ujmowana jako patologia, dysfunkcja, wobec której pożądaną reakcją powinno być podjęcie terapii.

Według Scott, prawdziwą demedykalizacją nieśmiałości, tak jak odbyło się to w przypadku homoseksualizmu, będzie dopiero jej depatologizacja, uznanie jej za pewien mieszczący się w normie, sposób przeżywania świata, czy rodzaj osobowości. I rzeczywiście, istnieją ludzie, którzy ze zmedykalizowanym traktowaniem swojej osobowości się nie godzą. Scott przytacza uwagę Showalter'a (Showalter 1997 za: Scott 2006:147) na temat histerycznych epidemii, które można potraktować jako formę paniki moralnej (zob. Ungar 2008). Uważa on, że istnieje grupa „potencjalnych pacjentów”, która nie chce interpretować swoich doświadczeń w terminach medycznych i która odporna jest na autorytarny przekaz promujący zmedykalizowany obraz ich zachowań, postaw, tożsamości. Jeśli zbiorowość jednostek tego typu osiągnie masę krytyczną, rozwój epidemii może zostać powstrzymany. Kulturowy klimat niepokoju we współczesnym społeczeństwie ryzyka nie tylko zachęca do poszukiwania medycznego ujmowania i leczenia nieśmiałości, ale i powoduje, że część ludzi zwraca uwagę na zagrożenia jakie ze sobą niesie sama medycyna. Z badań autorki prowadzonych wśród osób nieśmiałych wynika, że nie wszyscy z nich tak łatwo dają się zmedykalizować, z ulgą przyjmując medyczne etykiety swojej nieśmiałości. Część badanych jest z niej dumna traktując ją jako integralną część swojej tożsamości, łącząc nieśmiałość z szeregiem pozytywnych cech, takich jak wrażliwość, skromność, skrupulatność. Źródłem tego przeciwstawnego dyskursu dopatruje się w po pierwsze, w filozofii *New Age* i ideałów romantycznych, które nieśmiałość opisują jako pozytywne, afirmujące życie doświadczenia, umożliwiające „odnalezienie swoje prawdziwe ja” i głębsze zrozumienie swojej jaźni⁷⁹, a po drugie, w teoriach stygmatyzacji i społecznym modelu niepełnosprawności, z których wywodzić się ma przekonanie, że za nieśmiałość odpowiedzialne jest społeczeństwo a nie jednostka,

79 Określenia te Scott zaczerpnęła ze strony internetowej „*Shy and Free*” (Scott 2006: 148).

gdyż staje się ona problemem dopiero wtedy, gdy w ten sposób oceniam ją „inni” (Scott 2006: 147-148). W obu przypadkach demedykalizacja wiąże się z zanegowaniem, albo podważeniem dokonań nauki lub medycyny.

Wydaje się, że pierwszego rodzaju, romantyczną postawę wobec medykacji nieśmiałości przyjmuje Christopher Lane. Według niego, smutną konsekwencją medykacji jest ogromna, i może nawet nieodwracalna, utrata szerokiego spektrum ludzkich emocji, zubożenie ludzkiego doświadczenia. Daje on przykład amerykańskich dziewiętnastowiecznych pisarzy, których zachowanie dziś byłoby potraktowane jako symptom zaburzenia psychicznego. Jak pisze Lane, nie tak dawno poetka Emily Dickinson mogła napisać o tym co następuje po wielkim cierpieniu, Nathaniel Hawthorne przekształcił swoją małomówność w nowy sposób nawiązywania kontaktu ze światem, który pewien krytyk trafnie nazwał filozofią nieśmiałości, Henry David Thoreau poszukiwał samotności żyjąc w chacie daleko od miasta, a odmawiając przyjęcia poczty i płacenia podatku, oddalał się od innych ludzi by „żyć świadomie”. Lane zgaduje, że teraz Dickinson brałaby Prozak, Hawthorne występowałby w programie Oprah Winfrey rozpaczając nad swą dolą cierpiącego na fobię społeczną, a Thoreau niechybnie znalazłby się przed sądem i za pochwałę obywatelskiego nieposłuszeństwa, które rozumiał jako prawo do postępowania w zgodzie ze swoim sumieniem, zdiagnozowano by u niego zaburzenie psychiczne. W XIX wieku autorzy ci i wielu innych przekazywali mądrość, która wynikała z głębokich refleksji. Lane'a martwi to, że dziś psychiatrzy oferują jedynie pigułki (Lane 2007a:8-9).

W pracy zbiorowej pt *International Handbook of Social Anxiety* (Crozier, Alden 2001 za: Moynihan Cassels 2005: 137) proponuje się, żeby analizy przyczyn niepokoju społecznego zaczynać nie od powodów nieśmiałości lub niepokoju konkretnych jednostek, ale od zbadania kulturowych determinantów wzorów interakcji społecznych. Redaktorzy książki, sugerują, że pierwszym krokiem do zrozumienia zjawiska jest zadanie pytania, jaka jest natura społeczeństwa, które powoduje szeroko rozpowszechnioną niepewność wśród swoich członków? Takie postawienie pytania prowokuje do poszukiwania przyczyn „epidemii nieśmiałości” raczej w takich zjawiskach jak współzawodnictwo, społeczne definicje sukcesu, czy zmieniających się wzorach relacji interpersonalnych, a nie w chemicznej nierównowadze mózgu.

W ten nurt wpisują się także przytaczane przez Susie Scott badania *Stanford Shyness Survey* przeprowadzone na uczniach college'ów przez Philipa Zimbardo i Lynn Henderson, z których wynika, że za chronicznie nieśmiałych uznało się aż 40%

respondentów, 15% odczuwa onieśmienie w pewnych sytuacjach, natomiast 5% nieśmiałości nie odczuwa wcale (Zimbardo 1977 za: Scott 2006:136). W następnych edycjach tego badania odsetek nieśmiałych uczniów się zwiększał i obecnie psychologowie ci szacują, że osiąga poziom 50% (Zimbardo 2005 za: Scott 2006: 136). Zwracając uwagę na szereg negatywnych konsekwencji nieśmiałości, o charakterze psychologicznym, społecznym, nawet ekonomicznym, nie ograniczają się jednak do identyfikowania tylko psychologicznych powodów wystąpienia nieśmiałości, ale uwypuklają również kształtującą to zjawisko rolę kultury. Wzrost występowania nieśmiałości to według nich nie tylko wyraz coraz bardziej pospolitych problemów osobistych, ale i objaw patologii o charakterze społecznym. Autorzy ci w ten sposób zwracają uwagę, że ten narastający problem nieśmiałości stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego i wydaje się osiągać rozmiary epidemii (Zimbardo, Henderson 2005 za: Scott 2006: 136-137).

Moynihan i Cassels także uważają, że propagowanie teorii, że za niepokojem czy nieśmiałością stoją przyczyny leżące w jednostce (biologiczne czy psychologiczne), odwracają uwagę od szerszego rozumienia złożonej etiologii społecznego niepokoju – zarówno wtedy gdy definiujemy go jako zaburzenie psychiczne czy nie. Lęk społeczny i nieśmiałość to także przykład szerszego zjawiska. Starannie konstruowany przekaz firm farmaceutycznych ma za zadanie utrzymywać uwagę społeczeństwa na wąsko rozumianych przyczynach oraz chemicznych rozwiązaniach problemów zdrowotnych (Moynihan, Cassels 2005: 137). Tymczasem krytycy medykalizacji nieśmiałości, zwracają uwagę, że wycofanie i ambiwalencja w odniesieniu do interakcji może być więc całkiem logiczną odpowiedzią na raptowną kulturową zmianę (Lash 1984 za: Scott 2006: 139) oraz zrozumiałą reakcją na wyzwania interakcji, na przykład konieczność autoprezentacji czy pracy w wymagającym zespole, świadomość ograniczoności swoich kompetencji lub rozmowę z osobą uważaną za autorytet. Jednakże o ile jeszcze niedawno nieśmiałość odbierana była jako wyraz skromności i taktu, obecnie w Zachodniej kulturze staje się wadą. Wilkinson (Wilkinson 2001 za: Scott 2006: 139) identyfikuje niepokój jako wręcz typowy współczesny problem, a nieśmiałość jako okazjonalne uczucie dotyczące wszystkich, jako formę niepokoju społecznego. W kulturze, która silnie ukierunkowana jest na konkurencję, materialne bogactwo, zwraca się szczególną uwagę na wszystko, co może osłabić szanse w wyścigu po sukces zawodowy i osobisty. Scott pisze, że współczesną kulturę charakteryzuje „obsesja wyrażania siebie i komunikacji” (Scott 2006: 139). I rzeczywiście, psychologowie, „trenerzy osobiści”, „coache” i inni eksperci

przekonują, że „jak cie widzą tak cię piszą” więc, umiejętność zarządzania wizerunkiem, asertywność, przebojowość, umiejętność „sprzedania siebie” stają się konieczne by osiągać wyznaczone sobie cele. W takim środowisku zatem, w którym niemal wszyscy znają się na wszystkim, a przynajmniej próbują sprawiać takie wrażenie, osoby rzetelne, mające świadomość ograniczoności swojej wiedzy i umiejętności mogą rzeczywiście zacząć się zastanawiać, czy potrafią zachować się w określonych sytuacjach, są mniej zaradni, kompetentni.

Jak widać, Scott medykację rozumie w sposób bardzo szeroki, tak jak Peter Conrad zaliczając do niej nie tylko ekspansję biomedycyny, ale i „terapeutyzację” czy „psychologizację” w wykonaniu psychologów. Wygląda na to, że przejawem medykacji jest dla niej jakakolwiek „patologizacja” stanów bądź zachowań jednostek i poddawanie ich różnego rodzaju terapiom, przez co tendencje, które uznane byłyby przez innych jako demedykalizacja, dla niej są jedynie następną formą ekspansji medycznej perspektywy.

4. Paradygmat „holistycznego zdrowia” oraz „medycyna komplementarna i alternatywna”

Holistyczne podejścia w medycynie są utożsamiane zazwyczaj jako pewien element medycyny alternatywnej i często uznaje się je za krok w stronę demedykalizacji, gdyż odchodzą od tradycyjnego medycznego modelu, często unieważniając konieczność udziału profesjonalistów w terapii (Conrad 2007: 12). Czy jednak wystarczy założyć, że interesy tych dwóch modeli i środowisk są sprzeczne i poprzestać na ocenie, który paradygmat w danym momencie zdobywa przewagę nad drugim? Mimo, że relacje pomiędzy lekarzami a przedstawicielami CAM są raczej wrogie i większość badań skupia się na kwestii ustalania granic pomiędzy nimi, czy praktyk ekskluzji CAM z sektora opieki zdrowotnej, istnieją także analizy dotyczące wzajemnych oddziaływań i adaptacji. Na Zachodzie od stosunkowo dawna można zaobserwować proces instytucjonalizacji i profesjonalizacji „lecznictwa niemedycznego”, swego rodzaju imitację medycyny (np. homeopatia i chiropraktyka). „Mimikra” CAM polega na odtwarzaniu na przykład takich charakterystycznych dla medycyny cech jak profesjonalny trening fachowy, sformalizowane systemy kształcenia, podręczniki (Piątkowski 2012: 80). W jakościowych badaniach prowadzonych między 2000 a 2006 rokiem, mających na celu sprawdzenie, w jakim stopniu „medycyna komplementarna i alternatywna” oraz demokratyzacja dostępu

do wiedzy medycznej za sprawą Internetu ogranicza władzę lekarzy okazało się, że nie można sprowadzić zmieniającego się układu sił pomiędzy lekarzami, a uzdrowicielami lub lekarzami, a pacjentami do gry o sumie zerowej, w której rosnąca siła jednej strony powoduje, osłabienie drugiej (Broom 2006: 500). Okazało się, że w pluralizującym się środowisku opieki zdrowotnej raczej postawy aktorów interakcji ewoluują w jej trakcie, pod wpływem ich partnerów. Z wypowiedzi badanych onkologów wynikało, że mimo dość negatywnych postaw wobec CAM w przypadku leczenia nowotworów, uznają oni także korzyści wynikające z bardziej całościowego (holistycznego) modelu opieki. Zwracali oni m.in. uwagę, że w opiece nad chorymi korzystają z pomocy pracowników socjalnych, pielęgniarek, dietetyków itp. Z drugiej strony, zaobserwowano także strategie adaptacyjne przedstawicieli środowiska CAM, którzy starają się uczynić swoje terapie bardziej naukowymi: zwracali oni uwagę, że terapie przez nich stosowane także doczekały się literatury naukowej, a oni sami chcą stosować się do standardów jakie obowiązują w medycynie. Wynika z tego, że obie strony strategicznie dostosowują (przynajmniej tak deklarują) swoje podejście do opieki medycznej nad chorymi na nowotwory do sytuacji istnienia konkurencji (Ibid: 500).

Owo zbliżenie widać też w wymiarze instytucjonalnym. W USA holistyczny model zdrowia jest coraz bardziej obecny w „mainstreamowym” systemie usług medycznych. Mass media, a także doniesienia w profesjonalnych czasopismach oraz programy edukacyjne dla lekarzy wciąż zachęcają do zwrócenia się w kierunku bardziej holistycznego, zorientowanego na zapobieganie, modelu zdrowia i choroby. Do medycznego języka przeniknęły takie terminy jak dobrostan, zapobieganie chorobom, zmiana stylu życia, odpowiedzialność za zdrowie, redukcja stresu, jedność umysłu i ciała. W tradycyjnych terapiach, programach medycznych znalazły sobie miejsce takie strategie jak akupunktura, ćwiczenia fizyczne i diety. Sukces „medycyny komplementarnej i alternatywnej” („*complementary and alternative medicine*” - CAM) w przenikaniu do „oficjalnej” medycyny można upatrywać w rozprzestrzeniających się wartościach postmodernistycznych, w tym nieakceptowania charakterystycznej dla współczesności dominacji nauki, ale także w tym, że CAM zajęła się tym, co medycyna alopacyjna po prostu wyrzuciła poza obręb swoich zadań (Dworkin 2001 za: Stratton, McGivern-Snofsky 2008: 778). Winnick wyróżniła trzy etapy w postawie przedstawicieli medycyny naukowej wobec CAM: etap „potępienia”, „ponownej oceny” i „integracji”. Koniec „walki” kończy się etapem przebiegającym już wewnątrz medycyny, nazywanym przez nią „kooperacją”, wtedy to CAM ulega przekształceniu w „medycynę integracyjną” (Winnick 2005 za:

Stratton, McGivern-Snofsky 2008: 778). Na potwierdzenie procesu profesjonalizacji CAM, Conrad (2007: 12) daje przykład powołania do życia „Narodowego Centrum Medycyny Komplementarnej i Alternatywnej przy Narodowych Instytutach Zdrowia”⁸⁰ („*National Center for Complementary and Alternative Medicine at the National Institutes of Health*”). Jak rozumieć owe trendy? Czy przykład ten można uznać za proces demedykalizacji systemów opieki zdrowotnej, czy odwrotnie: oznacza to próbę przejęcia kontroli, niejako „ucywilizowania” lecznictwa posługującego się holistycznym paradygmatem przez mainstreamową medycynę? W Polsce zmiany tego typu zaczęły się wraz z transformacją ustrojową i złamaniem monopolu państwowej służby zdrowia na świadczenia związane ze zdrowiem i chorobą, ale i zwiększaniem się roli samolecznictwa, większą dostępnością leków „bez recepty”, wyższym poziomem wiedzy medycznej laików, profilaktyki i promocji zdrowia itd. CAM promowały pluralistyczne media (prasa kobieca, tabloidy, potem internet) oraz mody i tendencje we współczesnej kulturze – ekologizm, feminizm, ezoteryka, orientalizm. Wydają się to przykłady świadczące o powolnej demedykalizacji życia społecznego, ale z drugiej strony następuje szybka instytucjonalizacja, profesjonalizacja i komercjonalizacja „przemysłu alternatywnej medycyny” (konsorcja zdrowia z kompleksowymi usługami „komplementarnego” lecznictwa, certyfikacja dyplomów uzdrowicielskich, stowarzyszenia i związki branżowe uzdrowicieli, propagujące „holistyczną medycynę” pisma (Firkowska-Mankiewicz 1994 za: Piątkowski 2012: 85-86).

June Lowenberg i Fred Davis (1994) korzystając z szerokiej definicji medykacji uznają, że przyjęcie holistycznej koncepcji zdrowia nie powoduje automatycznie rozpoczęcia czy wzmocnienia procesu demedykalizacji. Jak piszą, pewne aspekty wspierają medykację (na przykład poszerzanie obszaru patologii, utrzymywanie jedynie przekształconego modelu medycznego), podczas gdy inne wspierają demedykalizację (na przykład redukcja udziału technologii w terapii czy niwelowanie różnicy statusu pomiędzy pacjentem a specjalistą).

„Zdrowie holistyczne” to pojęcie bardzo szerokie, zawierające wiele różnych pomysłów, wartości i podejść terapeutycznych. Jego fenomen można rozumieć jako działalność ruchów społecznych, zestaw technik terapeutycznych, a także system przekonań i sposób postrzegania zdrowia, choroby i leczenia wyrażany przez jego praktyków jak i pacjentów. Od medycyny „alopatycznej” przede wszystkim odróżnia ją umiejscowienie przyczyn

⁸⁰ Narodowe Instytuty Zdrowia to prowadzące badania naukowe amerykańskie instytucje finansowane z pieniędzy publicznych (www.nccam.nih.gov).

choroby. W paradygmacie holistycznym źródło choroby jest w samej jednostce. Zwolnienie z odpowiedzialności za zdrowie poprzez danie jednostce do odgrywania „roli chorego” zgodnie z rozumieniem Parsonsa w takim ujęciu jest rozumiane jako forma medykalizacji, natomiast „medycyna holistyczna” ze swoim naciskiem na zwrot odpowiedzialności za zdrowie, chorobę i terapię jednostce, zmierza w kierunku odwrotnym. Jednak Lowenberg i Davis nie do końca zgadzają się z tym rozumowaniem, widząc w tym obszarze mnóstwo subtelnych nieścisłości. Mimo, że w paradygmacie holistycznego zdrowia zakłada się odejście od zewnętrznej odpowiedzialności za zdrowie, to mocno podkreśla się rolę toksycznych substancji w środowisku jako przyczyn chorób (co bliskie jest także stanowisku zdrowia publicznego). Jednak nie stanowi to sprzeczności z odpowiedzialnością jednostki, gdyż jednym z charakterystycznych elementów omawianego paradygmatu jest także zespolenie jednostki z otaczającym ją środowiskiem, z którym musi ona odpowiednio się porozumiewać. Autorzy ci zastanawiają się dalej, czy obciążenie jednostek odpowiedzialnością za swoje zdrowie nie zmierza ku karaniu jednostek za ich dolegliwości. Zdrowie holistyczne jako ideologia może zatem odwrócić uznawane za pozytywne elementy medykalizacji polegające na zdejmowaniu z jednostek etykiet dewianta. Paradoksalnie, humanistyczne cele modelu holistycznego mogą niezamierzenie wywoływać antyhumanistyczne skutki. Jeśli systemy opieki zdrowotnej i opinia publiczna zaczną postrzegać chorobę jako stan (choć częściowo) spowodowany przez chorego (jako skutek intencjonalnego działania) może okazać się, że znów stanie się ona rodzajem „kary za grzechy”. W bardziej radykalnych formach terapii opartych na modelu holistycznym, chorzy informowani są, że zarówno choroba jak i uleczenie jest efektem ich dobrowolnej decyzji. Tak skrajną postawę dobrze oddaje wypowiedź jednej z pielęgniarek pracującej w pewnej klinice zdrowia holistycznego, w której daje ona wyraz jak rozumie odpowiedzialność pacjenta za swoje zdrowie w kontekście problemu dzieci doświadczających przemocy domowej: „Zarówno rodzic jak i dziecko jest w to zaangażowane. Dziecko z własnej woli inkarnuje do tej rodziny”. Wydaje się, że sami praktycy „medycyny holistycznej” jednak często zdają sobie sprawę z tego typu zagrożenia i sami nie traktują tej, wynikającej z założeń modelu, osobistej odpowiedzialności tak dosłownie. W ich praktyce terapeutycznej może przejawiać się to paradoksalną sytuacją, w której to pacjenci są dla siebie bardziej surowi⁸¹ (Lowenberg,

81 Poczucie winy związane ze stanem zdrowia zdaje się być coraz bardziej powszechne (jedzenie śmieciowego jedzenia czy mała aktywność fizyczna stanowią coraz większe obciążenie naszego sumienia). Jednak nie wydaje się, że wina, wstyd i stygmatyzacja są jedynie skutkiem rozprzestrzeniania się idei holistycznego zdrowia, ale w większym stopniu wytwarzają ją inni: lekarze, media, literatura poruszająca temat zdrowego życia, a także inni ludzie, którzy często posługują się zwulgaryzowanymi

Davis 1994: 588).

Drugą cechą „medycyny holistycznej” jest skrócenie dystansu, bardziej egalitarne relacje pomiędzy profesjonalistą a pacjentem. Zamiast paternalizmu, chłodnej neutralności oraz zaawansowanej technologii diagnostycznej, „medycyna holistyczna” oferuje szereg innych wartości. Z obecnego w modelu holistycznym założenia, że za stan zdrowia w największym stopniu zależy od samego chorego, wynikać musi konieczność bardziej partnerskich relacji w kontakcie specjalista – laik, co przede wszystkim oznacza wspólną diagnozę problemu, oraz wspólne ustalanie planu terapii. Podobnie dużą wagę w tym modelu przykładają się do emocjonalnego aspektu interakcji pomiędzy nimi (zamiast emocjonalnej neutralności preferowane jest zaangażowanie, zrozumienie, empatia, ciepło, opieka). Według cytowanych autorów, to wszystko, co składa się na demokratyzację relacji pomiędzy specjalistą a laikiem nie jest jedynie przejawem deprofesjonalizacji, ale również prawdziwej demedykalizacji.

Lowenberg i Davis stwierdzają jednakże (1994: 592), że model holistycznego zdrowia poszerza obszar patogeniczny, przez co w tym wymiarze poszerza zarazem obszar medykacji. Zaakceptowanie wzajemnych relacji pomiędzy fizycznym, umysłowym, emocjonalnym oraz duchowym wymiarem istoty ludzkiej, wymusza uwzględnienie bardzo różnorodnych czynników mających wpływ na zdrowie pacjenta. Zatem za sprawą tego paradygmatu medyczna kontrola rozszerza się na style życia, duchowość, pracę, rodzinę, przez co powiększa się ilość codziennych czynności definiowanych za pomocą medycznych metafor, ocenianych pod kątem ich wpływu na stan zdrowia. Takie pojęcia jak stres, przyjaźń, wakacje, sen, typ osobowości, religijność stają się czynnikami wpływającymi na poziom zdrowia.

Można więc uznać, że „medycyna holistyczna” zatem ma swój udział w kluczowym obecnie wymiarze współczesnego procesu medykacji polegającym na poszerzaniu obszaru codziennego życia będącego pod medycznym nadzorem (Armstrong 1995). O ile w tradycyjnej „alopatycznej” medycynie celem było leczenie chorób, w „medycynie holistycznej”, nawet kiedy jednostka jest zdrowa, imperatywem jest prewencja, albo przynajmniej nadzór. Nie jest ważne jak zdrowy jest człowiek: ćwiczenia, odpowiednie żywienie i zarządzanie stresem staje się moralnym zobowiązaniem i ciągłym doskonaleniem. Wszystkie te zalecenia zrzucające odpowiedzialność za zdrowie na jednostkę, pokazują, że „medycyna alternatywna i komplementarna”, obok psychologizacji

interpretacjami zarówno koncepcji indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie jak i jedności umysłu i ciała (Lowenberg, Davis 2001: 589).

także stanowi przejaw kultury terapeutycznej i „ideologii indywidualizmu”.

5. Laickie zarządzanie zdrowiem i chorobą – zaufanie i ryzyko.

Część badaczy jako jeden z najważniejszych przejawów demedykalizacji traktuje zwiększającą się rolę laików w zarządzaniu swoim zdrowiem. Zwiększanie się aktywności zwykłych ludzi na tym polu, domaganie się przez nich większej równości w relacjach z lekarzem stanowi wynik rosnącej popularności holistycznego modelu zdrowia, działań promocji zdrowia, czy rosnącego pluralizmu w sferze opieki zdrowotnej. Wszystkie te zmiany opierają się na założeniu, że zdrowie człowieka zależy od jego zachowań w codziennym życiu. Zatem demokratyzację relacji lekarz-pacjent można rzeczywiście potraktować jako demedykalizację, gdyż po pierwsze, proces ten oznacza zmniejszenie się dominacji lekarzy, a po drugie implikuje uwzględnienie w większym stopniu perspektywy laików, co może też oznaczać bardziej holistyczne podejście do choroby, uznanie jej wymiaru psychologicznego, społecznego, a może nawet duchowego (Lowenberg, Davis 1994).

Wydaje się jednak, że jeśli uznamy zwiększającą się podmiotowość laików jako objaw procesu demedykalizacji to w takim razie trudno jest wytłumaczyć, dlaczego nacisk na medyczną legitymizację jest obecnie być może największy w historii. Często to laicy, przy sprzeciwie lekarzy, stanowią siłę dążącą do legitymizacji medycznej etykiety swoich problemów. Frank Furedi na przykład uważa, że aspiracje „pacjenta eksperta”, organizacji pacjenckich i grup samopomocy, polegające m.in. na przypisywaniu laickiemu doświadczeniu uprzywilejowanego statusu oraz domaganiu się uznania ich instytucjonalnej, naukowej i kulturowej roli w konstruowaniu choroby nie stanowią zagrożenia dla procesu medykacji. Jest według niego wręcz jest odwrotnie: główną siłą nakręcającą proces jest właśnie przekształcenie pacjentów w konsumentów, aktywnie poszukujących diagnozy (Furedi 2006:15). Dalej pisze, że intencjonalne dążenie do zwiększania władzy profesji medycznej, nawet jeśli ma miejsce to i tak samodzielnie nie doprowadzi do medykacji. Gwarancją sukcesu medycyny były zawsze społeczno-kulturowe procesy, które kreowały zapotrzebowanie na medyczne definicje nadające sens różnym problemom egzystencjalnym trapiącym ludzi.

Dostrzeżenie roli laików w procesie medykacji spowodowało już wcześniej wspomniane zainteresowanie podejściem Foucault, które akcentuje dużą wagę dyskursu medycznego w budowie medycznej tożsamości. W takim ujęciu, to jednostka aktywnie

konstruuje swoją jaźń kontestując bądź internalizując elementy dyskursu medycznego. Upodmiotowienie pacjenta spowodowało pewne zamieszanie w konceptualizacji pojęcia medykalizacji, gdyż rozumie się ją obecnie zarówno jako przymusową formę społecznej kontroli oraz coraz bardziej jako kreatywną siłę konstruującą nowe tożsamości.

Ponowoczesność, z którą wiążą się wyżej wymienione zjawiska, stanowi naturalne środowisko dla biowładzy, czyli władzy nad populacją, będącą następczynią władzy suwerena (nad terytorium) i władzy dyscyplinarnej (nad ciałem). Biowładzy nie można rozumieć jedynie jako dyscyplinującej siły lekarzy, medycyny czy obecnie firm farmaceutycznych. Lech Nijakowski pisze, że aby zdiagnozować stan biowładzy należy „... zbadać rynek porad zdrowotnych w popularnej prasie, wielość książkowych poradników dotyczących zdrowego życia i społeczności internetowe zawiązane wokół problemów zdrowia i choroby” (Nijakowski 2009: 108). Te wszystkie źródła wiedzy stanowią oparcie dla jednostki, to z nich korzysta ona ustanawiając nad sobą nadzór, dyscyplinując się po to by zachować bądź osiągnąć zdrowie. Niestety, nie można być na sto procent pewnym, że nie „dopadnie” nas choroba, ale dzięki nowoczesnym badaniom statystycznym i pomiarom populacji, biowładza daje jednostkom wiedzę o pożądanym zachowaniach minimalizujących ryzyko. O ile wcześniejsze rodzaje władzy (suwerena i dyscyplinarna) korzystały z narzędzi przymusu by usunąć chorego stanowiącego zagrożenie dla populacji, to biowładza „...uczyniła z choroby nieusuwalny element społecznego życia. Zarazki krążą w powietrzu, osiadają na naszych ciałach, żyją w zakamarkach organizmu. Należy zatem zarządzać śmiertelnością w populacji poprzez tolerancję dla pewnego poziomu zgonów. Instrumentem władzy staje się szczepionka, która wiąże się z pytaniem, kogo zaszczepić, kiedy i ile osób może umrzeć (na przykład w efekcie nienabycia odporności lub śmierci na skutek zaszczepienia)” (Tamże: 110). Stanowią one normy, na których straż nie stoi już aparat przymusu (oczywiście wcześniejsze formy władzy także wciąż funkcjonują, na przykład wprowadzanie zakazów palenia w barach i pubach), ale sankcje istnieją, którymi są choroba, bądź wstyd (Tamże: 111).

Następcy Foucault starali się pokazać, jak statystyczne aspekty polityki medycznej w nowoczesnych państwach dobrobytu, wytworzyły społeczną koncepcję zdrowia, które poprzez indywidualizację idei czynników ryzyka pogłębiły i rozszerzyły zasięg procesu medykalizacji. Zarówno Foucault jak i jego uczniowie wykazywali, że liberalne państwo dobrobytu efektywniej ingeruje w życie swoich obywateli, kiedy pozwala im wierzyć, że robi to w imię pewnej statystycznej lub higienicznej „prawdy”, lub w obronie zdrowia

populacji. Piszą oni o tym jak kalkulacje ryzyka na wzór tych stosowanych przez firmy ubezpieczeniowe, zostały zastosowane w ocenie zagrożeń i kosztów zawodów, sposobów odżywiania się, zachowań jednostek, które mogą być obciążeniem budżetu państwa. Poprzez edukację i promocję idei indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, coś co Foucault nazywał „technikami siebie”, wykorzystano w neoliberalnych politykach mających na celu oszczędnościowe programy medycyny zapobiegawczej (Nye 2003: 118-119).

Za pomocą ryzyka i nadzoru ciała są poddawane procesowi dyscyplinowania. Jednak nie jest to już władza dyscyplinarna, kontrola zachowań nie musi się już odbywać w szpitalu czy gabinecie lekarza, ale raczej dotyka poszczególnych jednostek i populacji jako całości poprzez określanie czynników ryzyka, opracowywanie technik codziennego samo-nadzoru i zarządzanie skomplikowanymi zasadami postępowania wobec potencjalnych zagrożeń i stanów chronicznych. Człowiek nie musi zgłaszać jakichkolwiek objawów choroby, by być traktowany jako chory lub w grupie ryzyka. Współczesna medycyna włącza wszystkich w proces stawania się chorymi. Zatem jednostki i populacje oceniane są na podstawie stopnia ryzyka zachorowania na różne choroby, a podejmowane procedury mają na celu to ryzyko zminimalizować. Medykalizacja zatem posługuje się technologiami „normalizującymi”, nie polegającymi na wytwarzaniu ciał czy przedmiotów określonego typu, ale bardziej na wytwarzaniu standardowych modeli, na podstawie których te ciała i obiekty są oceniane (Ewald 1990 za: Clarke et al. 2003: 172).

Furedi obserwując rosnące zapotrzebowanie na medyczne diagnozy, uznaje je za powiązane z szerszymi przemianami o charakterze socjokulturowym. Promocja zdrowego stylu życia przez sieć instytucji publicznych, osiągnęła według niego „poziom obsesji”. W różnego rodzaju kampaniach promujących zdrowie rozpowszechnia się pogląd, iż zdrowie nie jest czymś co ludzie posiadają, ale jest czymś co może być zdobyte jedynie poprzez wysiłek i pracę, i jest moralnym obowiązkiem jednostki. Z tego punktu widzenia zdrowie nie stanem „normalnym”, ale pewnym ulotnym, nieuchwytnym celem (2006: 17).

Paradoksalnie, ogromna wartość jaką się obecnie nadaje zdrowiu, spowodowała zatem inny proces, mianowicie „normalizację choroby”. Wynika to z zapotrzebowania na medyczne diagnozy w ramach postępującego procesu rozmywania się granic pomiędzy zdrowiem i chorobą. Wcześniej socjologia medycyny bazowała na założeniu, że choroba to niepożądany stan przejściowy, a relacja pacjenta z lekarzem opierała się na wspólnym pozytywnym wartościowaniu zdrowia i negatywnym wartościowaniu choroby. Obecnie natomiast, kontestowane są definicje choroby, a kontrowersyjne stają się nawet negatywne

jej wartościowanie, ponieważ bycie chorym może definiować pewną cechę jednostkowej tożsamości. Choroba w niektórych przypadkach staje się nie przyczyną cierpienia lub brakiem pewnych możliwości, ale definiującą człowieka cechą (dzieje się tak coraz częściej z powodu rosnącej liczby ludzi cierpiących na nieuleczalne choroby przewlekłe). Oczywiście większość ludzi chce jak najszybciej wrócić do zdrowia, ale zamieszanie dotyczące rozumienia zdrowia i choroby oraz rozwój oparty na chorobie tożsamości stanowi ciągłą zachętę do ekspansji medycznej diagnozy. Ludzka percepcja zdrowia i choroby jest kształtowana przez kulturowo wytworzone normy i oczekiwania jak zwykły człowiek powinien sobie radzić w życiu i jaki jest normalny poziom ludzkich możliwości. Według Franka Furedi, jednostki nie mają wewnętrznej potrzeby postrzegania siebie jako chorego, jednakże potężne prądy kulturowe dostarczają ludziom gotowych medycznych interpretacji ich problemów. A kiedy diagnoza choroby jest systematycznie propagowana jako wytłumaczenie różnorodnych nieszczęść, które spotykają człowieka, to nic dziwnego, że ludzie częściej postrzegają siebie jako chorych. Dlatego, mimo że zdrowie publiczne i medycyna wciąż się rozwijają, coraz większa część społeczeństwa definiuje siebie jako chorych, lub cierpiących na przewlekłą chorobę bądź niepełnosprawność (Furedi 2006:17).

W jaki sposób kształtują się zachowania zdrowotne współczesnej jednostki? Dlaczego niektórzy ludzie są całkowicie „zmedyalizowani”, sądzą że wszelkie problemy życiowe można rozwiązać za pomocą tabletki, a inni kontestując redukcjonizm biologiczny, szukają odpowiedzi na swoje problemy w poradnikach psychologicznych lub sektach opierających swoje nauczanie na filozofiach wschodu? Żeby zrozumieć pluralizm laickich stylów zarządzania zdrowiem i chorobą we współczesnych społeczeństwach, rosnącą rolę laików w procesie medyalizacji bądź demedykalizacji, w dalszej części tego rozdziału, jako podłożem teoretycznym posłużę się „późnej nowoczesności” Anthony'ego Giddensa, według którego współczesność to okres niosący dla jednostki niepewność i konieczność wybierania, które oparte może być jedynie na zaufaniu i szacowaniu ryzyka” (Giddens 2010: 14).

Różne systemy eksperckie, w które obfituje późna nowoczesność, opierają się na zaufaniu, co nie jest rodzajem pewności, ale zawierzeniem, „wzięciem czegoś na wiarę”: „Zaufanie jest specyficznie związane z nieobecnością w czasie i przestrzeni, i z niewiedzą. Nie potrzebujemy ufać komuś, kogo mamy stale na oku i kogo poczynania możemy bezpośrednio kontrolować. I tak na przykład monotonna albo mozolna i źle opłacana praca, w przypadku której motywacja do sumiennego wykonywania zadań jest słaba,

odpowiada zazwyczaj pozycjom 'niskiego zaufania'. W przypadku stanowisk 'wysokiego zaufania' większość czynności zawodowych jest wykonywana pod nieobecność kierownictwa czy personelu nadzorującego. [...] Podobnie, nie ma potrzeby zaufania wówczas, kiedy jednostka wie lepiej lub gorzej, jak technicznie funkcjonuje cały system. W odniesieniu do systemów eksperckich zaufanie wspiera ograniczoną wiedzę techniczną większości ludzi na temat skodyfikowanych informacji, które na co dzień wpływają na ich życie” (Giddens 2010: 34-35).

Obok zaufania jako pojęcie o szczególnej roli w ponowoczesnym świecie Giddens wymienił ryzyko. Nowoczesność to kultura ryzyka. Oczywiście nie oznacza to, że współczesne życie jest bardziej ryzykowne niż kiedyś. Zapewne jest wręcz odwrotnie (przynajmniej w społeczeństwach rozwiniętych). Kultura ryzyka to jednak sposób organizacji świata społecznego. „W warunkach nowoczesności teraźniejszość bezustannie wchłania przyszłość w procesie refleksyjnej organizacji obszarów wiedzy. [...] Szacunek ryzyka skłania do precyzji, wręcz kwantyfikacji ale jest niedoskonały z natury. Zważywszy na niestabilność nowoczesnych instytucji połączoną ze zmienną i często kontrowersyjną naturą systemów abstrakcyjnych, w istocie większość szacunków ryzyka pozostawia wiele niewiadomych” (Giddens 2010:14-15). Stosowanie szacowania ryzyka eksponuje ograniczoność naszego poznania oraz osłabia zaufanie do współczesnych systemów eksperckich, w tym do nauki. Nawet w medycynie pojęcia i terminy zmieniają się bądź są nawet odrzucane w toku nieustannie dokonywanej rewizji i odrzucania teorii. Co więcej, eksperci medyczni mają w każdej kwestii różne (nieraz bardzo różne) zdania dotyczące czynników ryzyka i etiologii chorób zagrażających życiu. Za Ulrichem Beckiem możemy zwrócić uwagę, że niektóre niebezpieczeństwa mają potencjalnie zasięg globalny, a w razie się ich spełnienia skutki osiągnęłyby rozmiary katastrofy (Beck 2002). Rośnie ilość i wielkość potencjalnych zagrożeń płynących z postępu naukowego i technicznego, oraz rośnie świadomość ich istnienia. Jednocześnie, to zagrożenie jest zarówno wszechobecne jak i w dużej mierze nieuchwytnie, które zwykły człowiek nie jest w stanie stwierdzić „za pomocą własnych narzędzi poznania i doświadczenia” (Beck 2002: 69). Współczesne ryzyko jest efektem modernizacji, każdy jest jednocześnie ofiarą i przestępcą, odpowiedzialność jest rozłożona. Naukowa racjonalność nie radzi sobie z oceną ryzyka, nowe rozwiązania techniczne wprowadzane są bez dostatecznej kontroli, nikt do końca nie wie, jakie skutki uboczne mogą się pojawić w mniej lub bardziej odległej przyszłości. Nieznane są skutki zdrowotne wywołane u ludzi i ewentualne szkody dla środowiska naturalnego, różnych substancji wprowadzanych do obiegu. Ustalane są dopuszczalne

granice zatrucia, które opierają się na badaniach eksperymentalnych na zwierzętach, które poddawane są działaniu wyizolowanej substancji. Nie uwzględnia się wpływu wielu środków chemicznych naraz, a przecież w takim środowisku żyjemy. Ważne jest też, że ekstrapolacja wyników takich eksperymentów na ludzi jest obarczona niedającym się oszacować błędem. Te same zarzuty można wysunąć pod adresem medycyny i farmakologii oraz testów klinicznych leków – pomijając fakt, iż odpowiadają za nie ludzie, którzy mają interes w udowodnieniu skuteczności i bezpieczeństwa badanego leku – są one przeprowadzane na wyselekcjonowanych grupach ochotników, którzy nie mogą cierpieć na inne choroby, bądź przyjmować inne leki. Czy w takich sztucznych warunkach można przewidzieć długofalowe skutki zdrowotne przyjmowania leku przez szerszą populację? Czy można przewidzieć, ze stuprocentową pewnością, jak owe leki będą działały w połączeniu z innymi specyfikami i wieloma substancjami chemicznymi obecnymi w naszym środowisku życia? Chyba nie. Wiele wynalazków okazało się szkodliwymi dopiero po wprowadzeniu ich na rynek (DDT, Thalidomid, ostatnio Vioxx), stąd nigdy nie można mieć pewności, że stosowane przez nas środki są absolutnie bezpieczne. Jak stwierdza Beck przyczyna krytyki nauki i techniki oraz sceptycyzmu wobec nich, nie leży w irracjonalności laików, ale w tym, że racjonalność naukowo – techniczna zawiodła wobec rosnącego ryzyka i zagrożeń cywilizacyjnych (Beck 2002: 76). Już może nawet przysłowiowy dylemat „masło czy margaryna?” pokazuje w jak trudnej sytuacji znajdują się ludzie chcący uniknąć zagrożeń „społeczeństwa ryzyka”. Giddens nie dziwi się zatem, że w obliczu takiej złożoności niektórzy tracą zaufanie do wszystkich specjalistów medycznych, zwracają się do nich o pomoc w ostateczności, trzymając się na co dzień swoich nawyków (Giddens 2010: 165).

W rzeczywistości ryzyka i zaufania pacjenci zostali obdarowani wyborem, ale zarazem obarczeni ryzykiem z nim związanym. Zatem: „postawy zaufania oraz bardziej pragmatyczna akceptacja, sceptycyzm, wykluczenie i wycofanie burzliwie współistnieją w przestrzeni społecznej, wiążąc jednostkowe działania z systemami eksperckimi. W dobie późnej nowoczesności stosunek laików do nauki, techniki i innych ezoterycznych form wiedzy specjalistycznej wyraża się z reguły w tych samych mieszanych uczuciach szacunku i rezerwy, aprobaty i niepokoju, entuzjazmu i niechęci, które są zawarte w pracach filozofów i analityków społecznych (także ekspertów)” (Giddens 2010: 19). Znakomicie słowa te oddają rzeczywistość współczesnej wiedzy i praktyk zdrowotnych. Tożsamość jednostki, w tym jej wiedza i postawy wobec zdrowia i mnogich systemów eksperckich jest właśnie taką mieszanką postaw (od entuzjastycznej wiary do całkowitej

negacji).

Dla Giddensa istnienie nowoczesnych systemów eksperckich powoduje „wykorzenienie”, co oznacza że powodują one dewaluację wiedzy nie tylko w kontekście pracy zawodowej, ale we wszystkich sferach życia społecznego. Fragmentaryczna, wyspecjalizowana, a także niepewna wiedza ekspercka „wykorzenia” jednostkę alienując i fragmentując jej tożsamość. Zamiast spójnej, całościowej wizji siebie i relacji z otoczeniem pojawiająca się nowoczesność i systemy eksperckie jednostka skazana jest na bezustanne „przekwalifikowanie się” - ponowne zdobywanie wiedzy i umiejętności. Jest to powszechna reakcja na wywłaszczający efekt systemów abstrakcyjnych. Jednak przekwalifikowanie jest zawsze jedynie częściowe i podatne na wpływ wciąż na nowo rewidowanej wiedzy (Giddens 2010: 19). Nowoczesna wiedza wymaga więc ciągłego przetwarzania przez laików by możliwa była codzienna relacja z systemami eksperckimi. Procesy dostosowywania odnoszą się do wszystkich aspektów życia społecznego – na przykład przykład terapii medycznych, wychowywania dzieci, czy przyjemności seksualnych.

Dobrze odpowiadają tym twierdzeniom poglądy Franka Furedi. Popyt na medykalizację jest według niego generowany przez zmiany kulturowe, które zwiększają poczucie indywidualizacji i bezsilności. Te zmiany, na przykład zanikanie powiązań społecznych oraz ładu moralnego zostało wzmocnione w latach osiemdziesiątych poprzez rozbitcie społecznej solidarności. Zindywidualizowane (dla Giddensa „wykorzenione”) jednostki, stają się z kolei bardziej podatne na przyjęcie nowych medycznych definicji dla problemów będących wcześniej wyjaśnianych na poziomie społecznym (Furedi 2006:16). Taki pogląd można potraktować jako uzasadnienie przekonania zauważalnego w literaturze przedmiotu, że aktywne uczestnictwo laików w procesie medykacji podobnie jak korporatyzacja, utowarowienie, centralizacja, racjonalizacja, rozproszenie usług, należy umiejscawiać w ramach ogólnych przemian kapitalizmu zdezorganizowanego w duchu ideologii neoliberalnej. W zliberalizowanym systemie medycznym, w związku z faktem, iż inne niż lekarze podmioty uzyskały większą autonomię, przełożyło się to także na sposób wytwarzania i dystrybucji wiedzy medycznej. Jedną z podstawowych idei neoliberalizmu jest wolny wybór jednostki, który sprowadza się jednak jedynie do wyboru o charakterze ekonomicznym. Tosiijn zauważa aczkolwiek, że w debacie o ponowoczesności idea ta staje się jednak bardziej problematyczna. W zglobalizowanym świecie, gdzie zmienia się rozumienie czasu i miejsca, poziom edukacji, oraz stosunki pomiędzy pracą i kapitałem, zmienia się także relacja pomiędzy jednostką i

społeczeństwem. Przed jednostką stoi więcej możliwości wyboru, w tym możliwości monitorowania swojego stanu i refleksyjnego konstruowania swojej tożsamości. Możliwości wyboru i refleksyjność jednostki niekoniecznie pociągają za sobą musi zwiększania jej zdolności do kontroli swojego życia i podejmowania autonomicznych działań. Jak to możliwe? Doświadczenie jednostki nabywane w społeczeństwie ponowoczesnym nie stanowi fundamentalnej wiedzy o świecie, jest niepewne, często wewnętrznie sprzeczne. Rozwój nauki i technologii zniszczył stare dogmaty nie proponując nowych. Decyzje jednostki, oparte przecież na jej doświadczeniu, są obarczone ryzykiem, które ma coraz bardziej globalny i nieprzewidywalny charakter. Refleksyjność jednostki nie prowadzi mimo to, do porzucenia racjonalności (w naszym przypadku medycznej perspektywy), na rzecz subiektywizmu, ale poddaniu się władzy „systemów eksperckich”. Innymi słowy, refleksyjne planowanie życia opiera się na ocenie ryzyka, która z kolei jest możliwa u laika z ograniczonymi przecież kompetencjami⁸² jedynie dzięki pomocy ekspertów. W społeczeństwie modernistycznym zaufanie do nich także było obecne, ale w ponowoczesności owo zaufanie stało się niejednoznaczne i warunkowe: wiedza ekspercka jest postrzegana jako niestabilna i otwarta. Zatem nowa, refleksyjna jednostka nie jest już zmuszona poświęcić swoją subiektywność i wolność całkowicie „obiektywnej” racjonalności (Tousijn 2006:471), ale skazuje się na stres wynikający z konieczności podejmowania decyzji w warunkach niepewności.

Giddens i jego jednostki o refleksyjnych tożsamościach mogą nam pomóc w zrozumieniu przemian w sferze zdrowia i medycyny, oraz procesów medykalizacji i demedykalizacji. Z jednej strony rosnąca aktywność i podmiotowość laików sugeruje, że jednostki coraz bardziej przejmują kontrolę nad sprawami zdrowia i choroby, do łask wracają mniej zdominowane przez profesjonalistów i technologię formy leczenia, co ma sugerować, że obserwujemy proces demedykalizacji. Z drugiej jednak strony, w związku z faktem, iż jest to adaptacja, a nie odrzucenie technicznej i eksperckiej wiedzy, można powiedzieć, że owe laickie przejęcie kontroli nad zdrowiem jest zaskakująco „zmedykalizowaną formą demedykalizacji” (Williams 2001: 146). Robert Nye dostrzega w tym pewną ironię: edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, wdrażanie prozdrowotnych „technik siebie” w celu osiągnięcia perfekcyjnie zdrowego społeczeństwa złożonego ze zdrowych i niezmedykalizowanych ciał, wymaga jednocześnie zinternalizowania przez jednostki totalnie zmedykalizowanego spojrzenia na życie (Nye 2003: 119).

82 Współcześnie każdy jest laikiem w odniesieniu do większości dziedzin wiedzy. Wynika to z ogromnego jej przyrostu i specjalizacji.

6. Socjoekologiczna koncepcja zdrowia i choroby w medycynie społecznej oraz socjologii medycyny jako źródło nowej formy kontroli medycznej

Można stwierdzić, że z „holistycznego modelu” zdrowia korzysta nie tylko „medycyna komplementarna i alternatywna” oraz laicy, ale też medycyna społeczna czy promocja zdrowia. Te dyscypliny naukowe i rodzaje działalności publicznej w bardzo dużym stopniu czerpią z dorobku teoretycznego socjologii medycyny. Nie będę zajmował się wyszukiwaniem różnic pomiędzy nimi, a jedynie skupię się na ich wspólnej cesze, jaką jest socjologiczne podejście do zdrowia i choroby. Czy oznacza to, że podobnie jak CAM, przyczyniają się one do poszerzania się patogenicznych sfer życia człowieka, przez co wzmacniają proces medykalizacji? Odpowiedź na to pytanie, według mnie, powinna być twierdząca. Uzasadnienie tego poglądu zacznę od analizy teorii zdrowia i choroby dominującej w socjologii medycyny, która to dostarcza zdrowiu publicznemu, czy medycynie społecznej, czy promocji zdrowia, teoretycznych podstaw ich działalności. Z przytaczanego wcześniej artykułu Phila Stronga (1979), wynika, że socjologiczna krytyka imperializmu medycznego i medykalizacji, służąc interesom socjologii medycyny i jej sojusznikowi: zdrowiu publicznemu, w gruncie rzeczy, za pomocą promowanych modeli holistycznych, otwiera nowe obszary czyniąc je podatnymi na medykalizację. Ironia polega na tym, że celem socjologii medycyny jest ograniczenie ekspansji medycyny, a tymczasem bardziej „holistyczny” model zdrowia i choroby preferowany przez socjologów medycyny i zdrowie publiczne jest dużo lepszym nośnikiem medycznego imperializmu, niż krytykowany model biomedyczny (Strong 1979 za: Williams 2001: 135).

Żeby wyjaśnić paradoksalne efekty posługiwania się „holistycznym” modelem zdrowia, preferowanego przez socjologów medycyny, skorzystam z artykułu Davida Armstronga „*The Rise of Surveillance Medicine*”. Dla tego autora procesy te są przejawem rozszerzającej się poza chorobę „medycyny nadzoru” („*surveillance medicine*”), której ostatecznym zwycięstwem będzie internalizacja promocji zdrowia przez całą populację (Armstrong 1995: 400). W promocji zdrowia nie dokonuje się już jasnego rozgraniczenia zdrowia i choroby, nie stanowią one dwóch dychotomicznych stanów, ale raczej są one umiejscawiane na skali. W takim ujęciu zdrowy może stać się zdrowszy, a także zdrowie może współwystępować z chorobą.

Wyżej wspomniana medycyna nadzoru według Armstronga, przełamuje trwającą 200 lat

hegemonię medycyny szpitalnej (biomedycyny) i całkiem zmienia umiejscowienie choroby lokując jej część poza ciałem chorego⁸³. O ile biomedycyna nakierowana była na leczenie chorego, medycyna nadzoru za cel stawia sobie opiekę nad wszystkimi – w tym nad zdrowymi. Przejawy „medycyny nadzoru” oczywiście nie pojawiły się dopiero w dwudziestym wieku. Łączyć je można z założeniami medycyny społecznej, której prekursorem można uznać Hipokratesa⁸⁴. Jednakże dopiero w XVIII w. zaczęto coraz częściej wymieniać przyczyny o charakterze społecznym – warunki życia populacji, klęski głodu, wojny itp. (Firkowska-Mankiewicz 2009: 43). Foucault marzenie o takiej nowej medycynie odnajdywał w tekstach pochodzących z czasów Rewolucji Francuskiej: „Medycyna nie powinna być już tylko całością technik leczenia i wiedzy, jakiej wymagają; obejmie ona również poznanie ludzi zdrowych, to znaczy zarówno doświadczenie ludzi, którzy nie są chorzy, jak i definicję człowieka modelowego” (Foucault 1999: 57-58). W dziewiętnastym wieku było już obecne przekonanie, że człowiek (a częściej populacja) znajduje się w stanie zawieszenia pomiędzy zdrowiem a chorobą, zarówno jednostka jak i populacja znajduje się w stanie nieustannego zagrożenia, które należy objąć kontrolą. Uwaga została skierowana na warunki sanitarne w miastach, fabrykach, armii, więzieniach czy szpitalach. Zauważono związek pomiędzy zdrowiem populacji, a jakością wody, w którą zaopatrywano ówczesne miasta. Zaczęto zachęcać jednostki do większej dbałości o higienę osobistą. Wraz z wybuchem Rewolucji Przemysłowej nastąpiła dalsza koncentracja siły roboczej w miastach. Ośrodki przemysłowe obrosły przeludnionymi miastami, które nie były wyposażone w instalacje sanitarne, oraz odpowiednie mechanizmy dostarczania wody i żywności. Według Rudolfa Virchowa, tak jak zmiany na poziomie komórkowym, w powstawaniu chorób mają swój udział klasa społeczna, zawód, czy uczestnictwo w sieciach społecznych. Medycynę traktował jako „naukę społeczną”, „naukę o człowieku”. (Weiss, Lonnquist 2005: 23). Mimo tych wczesnych koncepcji medycyny społecznej, Armstrong wyraził przekonanie, że dopiero w dwudziestym wieku w pełni urzeczywistniono koncepcję objęcia medycznym nadzorem zdrowej populacji. Jako pierwszą kategorię ludności objęto dzieci, mając na uwadze fakt, iż pierwsze lata życia to ważny okres rozwoju i wzrostu, przez co warty jest monitorowania. Szereg instytucji

83 Powstaniu medycyny społecznej i zapobiegawczej oraz jej nacisku na przestrzeń „międzycieleśną” poświęca cały rozdział w książce *A New History of Identity. A Sociology of Medical Knowledge* (2002: 47-55).

84 W traktacie „O powietrzu, wodach i klimatach” podkreślał znaczenie czynników środowiskowych, przez co uznaje się go za „pierwszego epidemiologa”. Zwrócił on uwagę, że malaria i żółta febra pojawia się częściej na terenach bagnistych, jakoś i pochodzenie dostępnej wody mają wpływ na stan zdrowia ludności, a efektywny lekarz powinien obserwować jak ludzie się zachowują, co piją i jedzą (Merrill 2010: 24).

zapewniających szeroki zestaw usług opieki przedporodowej, rejestracja urodzeń, kliniki porodowe, składy mleka, żłobki, kliniki dziecięce, szkoły pielęgniarские, wizyty domowe zapewniały ścisły, długotrwały monitoring przebiegu pierwszych lat życia. Równoległe z intensywnym nadzorem ciała dziecka w początkach XX wieku, medycyna zaczęła kontrolować jego nieuformowany umysł. Podobnie jak w przypadku rozwoju fizycznego, ustalona została normalna trajektoria rozwoju psychicznego i jego nieprawidłowe formy (zaczęto posługiwać się takimi terminami jak nerwowe, delikatne, neurotyczne, niedostosowane, trudne, czy nadwrażliwe dziecko) (Armstrong 1983, Rose 1985, 1990 za: Armstrong 1995: 396).

Problem polega na tym, w jaki sposób ustalona zostaje norma. W przypadku wzrostu dzieci do dziś stosuje się wykresy (siatki centylowe) z krzywymi mającymi obrazować normalny przyrost długości ciała. Krzywe te jednak obliczane są na podstawie danych statystycznych, zatem patologia lub ryzyko ustalane jest na podstawie odległości osiąganego wzrostu przez konkretne dziecko od obliczonej średniej w populacji. Ale jaką odległość (ile odchyleń standardowych) uznać za granicę normy? W tym przypadku nienormalność to zjawisko względne, nie oparte na obiektywnie zdiagnozowanych kategoriach fizjologicznych i patologicznych (Armstrong 1995: 396-397).

Dużą rolę w procesie naruszania granicy między zdrowiem a chorobą Armstrong przypisuje badaniom socjomedycznym, które podjęto po II Wojnie Światowej. Pomiar skali zachorowalności w populacji wykazało, że choroba to zjawisko powszechne, a zdrowie natomiast jest jedynie nietrwałym stanem przejściowym. Dodając do tego ustalenia badań, według których większość chorób leżała poza zasięgiem opieki zdrowotnej, czy że przez większość swojego życia ludzie doświadczają symptomów choroby, ale bardzo mało z nich jest zgłaszane lekarzowi (Mechanic, Volkart 1960 za: Armstrong 1995: 397), uznano, że pacjenta i osobę nie da się w zasadzie oddzielić, ponieważ wszyscy ludzie w pewnym momencie stają się pacjentami.

Badania również wymagały innych sposobów mierzenia choroby, które uwzględniałyby niuanse w zróżnicowaniu wynikającego z lokalnych wzorów normalności. Stąd w opracowywanych kwestionariuszach znalazły się subiektywne miary zdrowia oraz inne miary badawcze, w pomocą których identyfikuje się „proto-chorobę” i jej „sub-kliniczne” objawy, a w późniejszym okresie rosnąca popularność metod jakościowych za pomocą których najlepiej uchwycić chorobę jako doświadczenie, a nie zmianę chorobową (Fitzpatrick 1984 za: Armstrong 1995: 397). W efekcie badań socjomedycznych zamiast dychotomii zdrowie – choroba, rozpoczęto nieprzerwaną analizę dystrybucji zmiennych

zdrowotnych w całej populacji. Umieszczenie całej populacji na różnych skalach zdrowia doprowadziło sytuacji, w której nikt nie jest albo całkowicie zdrowy albo odwrotnie: zupełnie chory.

Co wynika z opisanego powyżej rozmycia się granicy między zdrowiem, a chorobą? Jakie skutki niesie ze sobą proces „problematyzacji normalności”? (Armstrong 1995: 395). Bezpośrednim efektem jest konieczność opuszczenia murów szpitala, czy gabinetu lekarskiego. Interwencja medyczna nie mogła już wyłącznie skupiać się na ciele chorego umieszczonego w szpitalnym łóżku, ale musiała objąć szersze populacje. Nowe choroby „społeczne” wczesnych lat dwudziestego wieku takie jak gruźlica, choroby weneryczne, problemy dziecięce, czy neurozy stały się celem nowych form opieki zdrowotnej, ale zasadniczy rozwój technik monitorowania pojawił się dopiero po II Wojnie Światowej, kiedy to coraz większy nacisk na całościową opiekę medyczną, opiekę podstawową i środowiskową spowodował rozwój takich działań jak badania przesiewowe, czy właśnie promocja zdrowia (Tamże: 395).

Objęcie wszystkich stałym nadzorem (z wykorzystaniem samo-nadzoru) to nie jedyny element konstytuujący medycynę nadzoru. Dla Armstronga chyba ważniejsze jest wynalezienie czynników ryzyka. Według jego typologii, w przypadku „medycyny szpitalnej” (biomedycyny), symptomy były widowym objawem choroby, natomiast medycyna nadzoru uczyniła z nich element bardziej ogólnej kategorii „czynnika” („*factor*”), który może, ale nie musi spowodować w przyszłości zachorowanie. O ile zadaniem biomedycyny jest odszukanie ukrytej choroby za pomocą dających się zaobserwować objawów, to medycyna nadzoru poprzez zdiagnozowanie czynników ryzyka próbuje odkryć jakie choroby potencjalnie pojawią się w przyszłości. Stosowanie wyrafinowanych narzędzi do oceny ryzyka, bazujących na statystykach epidemiologicznych, które mimo, że mówią nam jedynie o ryzyku na poziomie populacji, przekształcane są w czynniki ryzyka na poziomie jednostki. Różne procedury leczenia prewencyjnego podejmowane są także na podstawie ryzyka ocenianego za pomocą technologii odczytywania genów (Armstrong 1995: 400). Jennifer Fosket przytacza przykład technologii oceny ryzyka zachorowania na raka piersi. Kobiety wyodrębnione za pomocą tego narzędzia jako jednostki w grupie „wysokiego ryzyka” dostają możliwość prewencyjnej chemioterapii. Zatem proponowana kobietom kuracja, która przecież obciążona jest bardzo szkodliwymi skutkami ubocznymi, ma na celu leczenie jedynie potencjalnej choroby, „ryzyka” zachorowania na chorobę (Fosket 2002 za: Clarke et al. 2003: 172-173). Kobietom, u których wykryto określoną mutację opisywanego już

wcześniej genu BRCA1, która zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi i jajników, proponowane są różne działania prewencyjne, stosowanie leków, a po 35 roku życia na przykład profilaktyczne usunięcie jajnika i jajowodów (Skarbek 2008).

Armstrong dodaje iż, same choroby medycyny nadzoru nie interesują, stanowiąc problem biomedycyny, ale nastawienie się zmienia, jeśli można je potraktować jako czynnik ryzyka innej choroby. Medycyna nadzoru z objawów, symptomów, chorób, zachowań czyni niekończący się łańcuch zagrożeń. Choroba dla medycyny szpitalnej jest końcem i celem medycznego dochodzenia, natomiast dla medycyny nadzoru jest punktem węzłowym w nieustannym monitoringu stanu zdrowia. Co więcej, sama choroba nabrała także wymiaru dynamicznego, stała się procesem, w którym trudno jest nawet konkretnie odznaczyć moment zachorowania (Armstrong 1995: 401).

Pod wpływem działania medycyny nadzoru dokonuje się także rekonfiguracja tożsamości. Zamiast oddzielnych tożsamości zdrowego i chorego, ukształtowanych w zupełnie odrębnych środowiskach przeznaczonych dla kategorii zdrowych (społeczności lokalnej) i chorych (kliniki), medycyna nadzoru tworzy nową tożsamość, na którą składają się indywidualny stan zdrowia, posiadane choroby, symptomy, a także czynniki ryzyka. Wszystko to składa się na złożoną tożsamość, na którą składa się niepewne zdrowie oraz zagrożenie chorobą. „*Risky self*” (Ogden 1995 za: Armstrong 1995: 403) – podlega nieustannej transformacji poprzez obliczanie wielu wzajemnie powiązanych ze sobą, czynników ryzyka.

Armstrong jako narzędzie medycyny nadzoru upatrywał promocję zdrowia (Tamże: 399). Innymi słowy stanowi ona czynnik medykalizujący całe populacje i ich codzienne życie. Do takiego wniosku dochodzi także i dość kategorycznie go formułuje Iwona Taranowicz. Autorka ta pisze, że rosnące znaczenie promocji zdrowia jest najczęściej traktowane jako proces odchodzenia od ery medycznej i związanych z nią procesów medykalizacji. Uzasadnieniem tego przekonania jest wiążące się z promocją zdrowia przekazanie kontroli nad swoim zdrowiem jednostkom-laikom, co miało podnieść znaczenie nieprofesjonalnych systemów wiedzy, leczenia i wsparcia. Przekonanie, że promocja zdrowia uruchamia procesy demedykalizacji jest wyrazem wiary, że możliwe jest by nie tylko medycyna, ale także inne systemy wiedzy i przekonań miały legitymację do definiowania, co jest ryzykiem w odniesieniu do zdrowia. Taranowicz zwraca uwagę, że biorąc pod uwagę charakterystyczną dla społeczeństwa ryzyka akceptację pluralizmu ideologii, religii, obyczajów, może wydawać się, że wiara ta jest całkiem uzasadniona (2010: 52-53). Zofia Słońska w tym duchu właśnie, przeciwstawia medycynie naprawczej opartej na

paradygmacie biomedycznym, promocję zdrowia, której podstawą jest paradygmat socjologiczny, w ramach którego obowiązuje „pozytywna koncepcja zdrowia”. Zgodnie z nią przyjmuje się, że zdrowie jest zasobem dla jednostek oraz zbiorowości i społeczeństwa jako całości. W paradygmacie tym akcentuje się środowiskowe uwarunkowania zdrowia (nie tylko środowiska fizycznego, ale i kulturowego, społecznego i społeczno-ekonomicznego, których rezultatem jest zestaw zachowań składających się na styl życia (Słońska 2009: 288).

Czy jednak opozycja: medycyna (medykaliacja) – promocja zdrowia (demedykalizacja) jest prawdziwa? Iwona Taranowicz stwierdza, że promocja zdrowia jest działaniem niemedyceznym, ale nie oznacza ono procesu demedykalizacji. Autorka ta uważa, że „to, co Zofia Słońska określa, za innymi autorami, mianem terroryzmu zdrowotnego, jest efektem wprowadzenia idei promocji zdrowia, nie zaś jej zaprzeczeniem” (Taranowicz 2010: 52). Zofia Słońska oczywiście nie zgadza się z tezą jakoby promocja zdrowia przyczyniała się do jeszcze większego zmedykalizowania społeczeństwa. Uważa ona, że promocja zdrowia sama stała się ofiarą medykaliacji przez fakt, iż zdominowali ją lekarze i paradygmat biomedyczny, przez co, w niewystarczającym stopniu zajmuje się ona kształtowaniem prozdrowotnego środowiska życia człowieka, a utożsamia się ją z prewencją i badaniami przesiewowymi. Pisz: „...w ramach socjologicznej krytyki koncepcji promocji zdrowia zdarza się, iż nie do końca świadomie promocja zdrowia jest utożsamiana z przejawami jej niewłaściwego wdrażania spowodowanego przez medykaliację. Dobrym przykładem jest podejmowana przez socjologów krytyka skupiania się w ramach promocji zdrowia na behawioralnych czynnikach ryzyka, bez uwzględniania ich społeczno-ekonomicznych determinantów. Zauważona nieprawidłowość jest oczywiście faktem, ale wynikającym nie tyle z wadliwych założeń promocji zdrowia, ile z niewłaściwego jej wdrażania w wyniku medykaliacji” (Słońska 2008: 86; Słońska 2011).

Wydaje się jednak, że Iwone Taranowicz chodzi o coś bardziej podstawowego. Wcześniej wspomniany pluralizm (mający uprawdopodobniać funkcjonowanie całkiem alternatywnych modeli ochrony zdrowia) nie dotyczy jednak kwestii definiowania podstawowych zagrożeń, gdyż jak twierdzi Mary Douglas (2005 za: Taranowicz 2010: 53), dane społeczeństwo na poziomie kultury rozstrzyga, jakie ryzyka należy uznać za niebezpieczne. W obszarze zagrożeń zdrowotnych nic nie wskazuje na to, że coś innego niż medycyna może być przez owo społeczeństwo oddelegowane do rozwiązywania problemów zdrowotnych. To medycyna wciąż rozstrzyga, co jest chorobą, a co nie, przez co promocja zdrowia dokonując oceny ludzi i ich zachowań może jedynie korzystać z

gotowych definicji medycznych. Dla krytyków promocji zdrowia takie oceny na podstawie standardów medycznych są moralnie wątpliwe. Uważają też oni, że propagowanie idei promocji zdrowia oznacza niejawnie lansowanie profesjonalnych kryteriów służące wzmocnieniu pozycji wszelkiej maści promotorów zdrowia, edukatorów, czy bardziej ogólnie – władzy profesjonalistów (Cylkowska-Nowak 1998 za: Taranowicz 2010: 54). Zatem, mimo najlepszych chęci zwolenników promocji zdrowia, odwołuje się ona i tak na samym końcu do wiedzy medycznej, a efektem wszelkich programów promocji zdrowia (jeśli są skuteczne) będzie wypieranie wiedzy pochodzącej od rodziny bądź tradycji i zajmowanie jej miejsca przez wiedzę ekspercką. Jak pisze Taranowicz „... proces medykacji wcale nie został odwrócony, wręcz przeciwnie – wkracza już do sfery prywatnej każdego człowieka, która zaczyna być postrzegana, definiowana i oceniana w kategoriach medycznych” (Taranowicz 2010: 56).

Dwa zaprezentowane podejścia (Slany i Taranowicz) można również odnieść do medycyny społecznej oraz socjologii medycyny z ich społecznymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby. Osobiście skłaniam się bardziej ku stanowisku Iwony Taranowicz i uważam, że rzeczywiście uwzględnianie jako czynników wpływających na zdrowie i chorobę, zmiennych socjologicznych wpływa na poszerzenie obszaru życia człowieka podatnego na medykację. Jednak daleki byłbym od negatywnej oceny socjologicznego podejścia do zdrowia i choroby z tego powodu. Wynika to z przyjętego przeze mnie stanowiska, że błędne jest myślenie o medykacji jako zjawisku jednoznacznie negatywnym. Nikt raczej nie ma pretensji, że problemem, który wszedł w orbitę zainteresowań medycyny, w kontekście zagrożenia wirusem HIV, są na przykład zachowania seksualne. Nawet jeśli rację ma Phil Strong, Robert Nye, czy Iwona Taranowicz, że demedykalizacja polegająca na przejęciu kontroli nad zdrowiem przez laików, czy promocję zdrowia jest w gruncie rzeczy jedynie deprofesjonalizacją, stanowi adaptację, a nie odrzucenie technicznej i eksperckiej wiedzy, a co za tym idzie, równoznaczna jest dalszym rozszerzeniem kontroli medycznej nad ludzkim życiem, to można zadać sobie pytanie: czy to zawsze musi być zjawiskiem negatywnym? Czy rosnącą popularność biegania, traktowanego jako prewencja chorób serca, czy chorób zwyrodnieniowych kości, należy uznać za złowrogi przejaw biowładzy? Niewątpliwie można to uznać dobry przykład „medykacji sportu”, ale tak rozumianej medykacji według mnie należy jedynie przyklasnąć (zwłaszcza gdy taką formę prewencji porównamy do strategii polegającej na wieloletnim przyjmowaniu leków obniżających poziom

cholesterolu lub preparatów mających hamować postępy demineralizacji kości)⁸⁵. Medykalizacja nabrała pejoratywnego wydźwięku, ale wydaje mi się, że w większości przypadków jest pożyteczna i uzasadniona (jeśli stanowi efekt autentycznego postępu medycyny lub wiedzy socjomedycznej, naprawdę zwiększającego jakość naszego życia).

Bardzo ważna jest jeszcze kwestia relacji pomiędzy socjo-ekologicznym modelem zdrowia i choroby a „ideologią indywidualizmu”. Tak jak w przypadku (bio)medykalizacji, za kryterium oceny działań medycyny społecznej przyjmuję to, czy przyczynia się ona do nieuzasadnionego (albo zbyt dużego) obciążenia odpowiedzialnością jednostki za swoje zdrowie, co powoduje zaniedbania istotnych czynników o charakterze ponadjednostkowym. Analizując powyżej opisane, alternatywne wobec „biomedycyny” siły medykalizacji rzuca się w oczy jeden fakt. W przeciwieństwie do psychologizacji, „medycyny komplementarnej i alternatywnej”, oraz upodmiotowionych laików, medycyna społeczna (promocja zdrowia, socjologia medycyny) stawia opór „ideologii indywidualizmu”, podnosząc kwestie obce w dyskursie neoliberalnym, takie jak nierówności zdrowotne, czy kulturowe, społeczne i ekonomiczne czynniki ryzyka chorób. Zamiast genów, osobowości, wyuczonych zachowań, „złej karmy” i innych jednostkowych przyczyn choroby, mówi o ubóstwie, rozwarstwieniu społecznym, atomizacji społeczeństwa, wyśrubowanych oczekiwaniach społecznych, stresie społecznym itp. Z tego względu medykalizację poszerzaną za sprawą medycyny społecznej, oceniam pozytywnie chociaż należy wciąż brać pod uwagę potencjalne zagrożenia płynące z jej strony: rozpatrywanie zdrowia jako funkcji stylu życia może spowodować przypisanie jednostce nadmiernej odpowiedzialności za zdrowie oraz chorobę „obwinianie ofiary”, a także pokusa by w zbyt dużym stopniu ograniczyć wolność jednostek dla ich dobra – dylemat dżungli vs. ZOO (zob. Ostrowska 1999: 189-190).

Terapeutyczność współczesnej kultury, którą współtworzą medycyna i psychologia, a także „medycyna alternatywna”, po pierwsze pomaga ludziom dostosować się do wymogów neoliberalnego kapitalizmu (co samo w sobie nie jest złe), a po drugie zrzuca winę za wszelkie nieszczęścia z systemu na samą jednostkę, czyniąc ją bezkrytyczną i niezdolną do buntu. Wartością socjo-ekologicznego modelu zdrowia i choroby jest zwrócenie uwagi na społeczne źródło problemów zdrowotnych współczesnych ludzi, a także przypomnienie, że są to problemy mogące stać się przedmiotem debaty politycznej.

85 Więcej na pytanie, czy medykalizacja może być dobra, można znaleźć w artykule o takim tytule opublikowanym w czasopiśmie „*Theoretical Medicine and Bioethics*” w 2009 roku. Jego autorzy umieszczają medykalizację w dyskursie bioetycznym, dzięki czemu procesy medykalizacji i demedykalizacji mogą być ocenione (Sadler et al. 2009: 412).

Dlaczego zatem laicy mogą szukać źródeł ich nieszczęść w sobie samych? Wydaje mi się, że problem polega na nierównowadze sił. Kultura terapeutyczna i „ideologia indywidualizmu” są wrzęgnięte w struktury zdezorganizowanego kapitalizmu, stanowią one narzędzie medycznego marketingu, służą pomnażaniu zysków korporacji, przez co inwestuje się w nie duże pieniądze, natomiast model socjo-ekologiczny, czy autentyczna (nie koncentrująca się jedynie na kształtowaniu postaw jednostek) promocja zdrowia nikomu nie przyniesie zysków i stanowi jedynie obciążenie⁸⁶.

7. Medykalizacja jako proces globalny

Kogo zatem racjonalny, refleksyjny człowiek epoki ponowoczesności pyta się o zdanie? Wcześniejsze koncepcje zakładające bierność pacjentów w procesie medykalizacji są niemożliwe do utrzymania. Szereg przykładów potwierdza, że pacjenci mają swoje interesy, które potrafią wyartykułować i wywalczyć korzystne dla siebie rozwiązania. Niemniej jednak należy przyjrzeć się w jakim stopniu postawy laików i ich uczestnictwo w procesie medykalizacji są autonomiczne, co czynię w niniejszym rozdziale.

Jak wskazano, medycyna straciła monopol na posiadanie i dystrybucję wiedzy o zdrowiu i leczeniu. Pojawiły się zatem alternatywne źródła wiedzy („medycyna alternatywna i komplementarna”, ukryty i jawny marketing firm farmaceutycznych, nowoczesne media społeczeństwa informacyjnego, a nawet wymiana informacji pomiędzy laikami za pośrednictwem internetu), a wraz z nimi, nowego rodzaju pacjent (lepiej poinformowany, aktywny, krytyczny, konsument poszukujący najlepszych usług zdrowotnych). Anthony Giddens pisząc o „wykorzenieniu” twierdzi, że tradycyjne systemy wiedzy tracą znaczenie, a zyskują, niesione na fali globalizacji, systemy eksperckie (Giddens 2010: 38). Mimo ich wielości, często wzajemnego wykluczania się, a także ciągłej ewolucji są one efektem uniwersalizmu nowoczesności. Korzystając z terminologii Giddensa, należy ustalić jakie globalne cechy nowoczesności formują tożsamość współczesnego człowieka. Co wyznacza ramy dla owej kakofonii wiedzy?

Ogólnie rzecz biorąc, wzrosła rola działających w branży medycznej instytucji komercyjnych. Koncerny farmaceutyczne, przy pomocy organizacji pacjenckich, oraz

⁸⁶ Oczywiście promocja zdrowia przynosi długoterminowe zyski w postaci lepszej jakości życia jednostek, mniejszemu obciążeniu budżetów służby zdrowia, ale nie przyniesie to wymiernych, zysków w krótkim okresie, akcjonariuszom korporacji, sektorowi finansowemu, a nawet samemu państwu, któremu zależy na jak najlepiej wyglądających wskaźnikach ekonomicznych, takich jak PKB. Zatem nie ma ekonomicznej i co za tym idzie politycznej presji by zdemedyalizować promocję zdrowia. W praktyce oznaczać to może niechęć do finansowania takiej działalności.

części mediów są w stanie promować nowe choroby, nawet pomimo sprzeciwu środowiska lekarzy. Firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne, decydując jakie terapie mogą być przez nie finansowane, a jakie nie, także mają duży wpływ na kierunki medykalizacji. Spowodowało to między innymi, jak podpowiada Conrad (2007: 11), powstanie nowych czynników hamujących i przyspieszających medykalizację. Dokładniej mówiąc, sceptyczni konsumenci jak i komercjalizujące się systemy opieki zdrowotnej mogą zarówno przyspieszać jak i opóźniać proces medykalizacji. Przykładowo, medykalizacja konkretnego problemu może być kontynuowana mimo negatywnej postawy lekarzy oraz instytucji refundujących leczenie tak długo, jak medyczny sposób definiowania i radzenia sobie z nim jest akceptowany i stosowany przez samych laików uprawiających samolecznictwo. Akceptacja ta z kolei utrzymywana może być na odpowiednim poziomie przez zainteresowane sprzedażą leków firmy farmaceutyczne. Adele Clarke dostrzega w tych procesach ogromną rolę mediów. Według niej informacje o zdrowiu i chorobie są obecne we wszystkich mediach, a dyskurs medyczny stał się fundamentalnym elementem kultury masowej, zmedykalizowanie informacji naukowych wskazuje na dominację medycyny w reprezentowaniu nauki, a nawet na zmedykalizowanie całego społeczeństwa (Bauer 1998 za: Clarke et al. 2003: 177). Skutkiem tego jest opisywana już nieunikniona wzrastająca heterogeniczność wytwarzania, dystrybucji wiedzy medycznej, oraz szerszy jej dostęp. Zdrowie stało się stałym tematem w klasycznych mediach (telewizji) ale przede wszystkim widać to w cyberprzestrzeni. Krajobraz ten składa się z powstających internetowych stron rządowych, stron fundowanych przez firmy farmaceutyczne, organizacje pacjentów czy grupy wsparcia (na przykład fora na których dyskutują osoby cierpiące na taką samą chorobę). Zmiany te wprawdzie demokratyzują wytwarzanie i dostęp do wiedzy medycznej, ale jej „obiektywność” może nieraz stawać się wątpliwa. Informacje dystrybuowane w Internecie, mogą pochodzić od różnych ekspertów, na przykład związanych z firmami farmaceutycznymi, producenci leków zawierają umowy z właścicielami wyszukiwarek internetowych by ich produkty były najłatwiejsze do wyszukania, powstają sponsorowane przez przemysł strony internetowe dotyczące różnych schorzeń czy zaburzeń, które są mieszaniną informacji i marketingu. W rzeczywistości, każdy może być odbiorcą i producentem informacji, coraz trudniej odróżnić wiedzę od reklamy. Krytycy zwiększającej się heterogeniczności źródeł wiedzy medycznej, twierdzą, że nie przyczynia się ona do zwiększania jej dostępności, ale niszcząc jasny podział wiedzy na profesjonalną i laicką, raczej zaciemnia wiele problemów. Lekarze stracili monopol nie tylko na posiadanie wiedzy medyczną, ale i na jej wytwarzanie. Obecnie

organizacje pacjenckie mają wystarczającą siłę, by wymusić podejmowanie badań w kierunkach zgodnych z ich kierunkiem zainteresowań. Clarke i współpracownicy (2003: 117) zwracają uwagę na kooptację konkurencyjnych systemów wiedzy przez medycynę. Chodzi im zarówno o część tzw. medycyny alternatywnej (niegdyś zwalczanej, ale obecnie, w związku z dużym popytem na takie usługi, włączanej do zachodniej medycyny) oraz organizacyjnych i ideologicznych zmian i innowacji, o które walczą oddolne ruchy społeczne (Polski przykład: akcja „Rodzić po ludzku”⁸⁷). Nieraz jest tak, że prawdziwymi inicjatorami takich działań są naukowcy, lub zainteresowane zyskami firmy biotechnologiczne, przez co oddolny charakter takich inicjatyw jest tylko przykrywką mającej na celu sprowokowanie reakcji odpowiednich instytucji rządowych lub opinii publicznej.

Clarke uważa, że z obecnej sytuacji chaosu informacyjnego korzystają przede wszystkim koncerny farmaceutyczne. W mętnej wodzie to one łowią najwięcej ryb. Rzekomo w interesie zwiększenia dostępu do informacji firmy farmaceutyczne wylobbowały w 1997 roku w USA i w 2001 roku w Nowej Zelandii możliwość stosowania reklam leków na receptę bezpośrednio do pacjenta. Rozwiązania takie stoją w sprzeczności z ideą ochrony pacjentów przed wiedzą, którą najlepiej pozostawić profesjonalistom. Obecnie firmy farmaceutyczne w tych krajach zachęcają pacjentów do zapoznawania się z ich produktami i wywieranie nacisku na lekarzy by wystawili receptę na reklamowany produkt. W jednym z badań 30% Amerykanów, którzy widzieli jakąś reklamę leku na receptę, rozmawiało o nim ze swoim lekarzem, a 44% z nich dostało na niego receptę (Kaiser Family Foundation 2001 za: Clarke et al. 2003: 178). O prawdziwym celu „kampanii informacyjnych” firm farmaceutycznych dobitnie świadczą statystyki: 25 reklamowanych leków w latach 1998-99 uzyskało średnio 34% wzrostu sprzedaży, gdy w tym samym okresie inne leki zanotowały jedynie 5% wzrostu (Charatan 2000 za: Clarke et al. 2003: 178). Firma badawcza PERQ/CHI podała natomiast, że zwrot inwestycji na reklamę prasową i telewizyjną bezpośrednio do konsumenta w 1999 roku, wynosił na każdego wydanego dolara średnio 1,69\$ (reklama telewizyjna), 2,51\$ (prasowa) i 2,11\$ (kampania mieszana w obu mediach) (Jakubiak 2008).

Analizując literaturę dotyczącą medykalizacji na pewno rzuci się w oczy bardzo duża przewaga autorów amerykańskich (lub szerzej, z anglosaskiego kręgu kulturowego). Siłą rzeczy także najczęściej autorzy ci najczęściej opisując przebieg procesu, wymieniając jego przyczyny, czy siły będące za niego odpowiedzialne opierają się na obserwacjach

87 www.rodzicpoludzku.pl [pobrano: 16.07.2012].

społeczeństwa amerykańskiego. Nasuwa się zatem pytanie, czy medykalizacja nie jest zjawiskiem charakterystycznym dla takich krajów jak USA, Wielka Brytania, czy Australia, a w innych regionach świata nie musi się wcale pojawić. Na takie pytanie należy jednak odpowiedzieć przecząco. Trendy obecne w wyżej wymienionych krajach zdają się rozprzestrzeniać na resztę świata, mimo że w poszczególnych krajach istnieją często bardzo odmienne kultury, systemy opieki zdrowotnej, ustawodawstwo, i wiele innych czynników. Jak to możliwe?

Socjolog medycyny, Kristin Barker tłumaczy, że w epicentrum zmian w kierunku coraz większej medykalizacji społeczeństw są „siły globalnego kapitalizmu”. Rynki i transnarodowy kapitał w coraz większym stopniu mają wpływ na rozszerzanie się granic medycyny czerpiąc z tego faktu coraz większe zyski. Globalnym zasięgiem może pochwalić się rozwinięty przemysł medyczny: jest w stanie dystrybuować swoje produkty każdemu: indywidualnym klientom, oraz masowym odbiorcom (jak rządy państw, czy publiczne systemy ochrony zdrowia, a także prywatnym szpitalom, firmom ubezpieczeniowym). Barker zwraca uwagę, na ogromne środki jakie można zarobić na zaspokajaniu konsumpcji dóbr i usług medycznych i jak na razie wydaje się że globalne zapotrzebowanie na nie jest coraz większe, na czym korzysta przemysł medyczny. Co więcej, Barker stwierdza, że ekonomiczne zyski z medykalizacji to nie tylko bezpośrednie profity osiągnięte przez przemysł medyczny. Medykalizacja kładąc nacisk na indywidualne rozwiązania różnych problemów dotyczących ludzkiego życia, zaniedbuje czynniki społeczne i ekonomiczne, a więc dokonuje depolityzacji problemów społecznych, odwraca od nich uwagę, zabezpieczając w ten sposób swoje interesy ekonomiczne i szerzej, interesy sił globalnego kapitalizmu. Dla Barker medykalizacja pełni funkcję strażnika ekonomicznego status quo, stanowiąc nowe „opium dla ludu” (Maturro et al. 2009: 101-102). Jeśli zatem spojrzymy na USA jako na centrum obecnego systemu ekonomicznego, to zrozumiałe się staje największe zaawansowanie procesu medykalizacji w tym kraju i co za tym idzie, największa jego świadomość wśród właśnie amerykańskich socjologów medycyny. Innymi słowy, medykalizacja rozprzestrzenia się na świecie wraz z globalnym kapitalizmem transnarodowych korporacji pochodzącego przecież z USA (to w w tym kraju firmy farmaceutyczne miały najlepsze warunki rozwoju, stając się dominującymi korporacjami w tej branży na świecie). Oczywiście, na kształt i tempo medykalizacji wpływają także inne istotne czynniki (na przykład kulturowo uwarunkowana skłonność do chodzenia do lekarza bądź korzystanie z ludowych leków, czy specyficzne dla danego kraju mechanizmy refundacji leków i usług medycznych), niemniej jednak wydaje się, że

nie decydują one jednak o globalnym trendzie, nie mogą go odwrócić, ale jedynie przesądzają o regionalnej specyfice, do której korporacje potrafią się dostosować.

Problem „medykalizacji bez medycyny”, zasilanej przez kulturę neoliberalną (brak tabu ingerencji w ciało, rywalizacja, indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, a nawet indywidualna odpowiedzialność za braki w wyposażeniu nas przez naturę (zobowiązanie do ulepszania siebie)) pokazuje, że może nawet mamy do czynienia z nowym, szerszym niż medykalizacja, procesem. Można go nazwać procesem „normalizacji” człowieka i jego ciała. Oznacza ona „...technologię władzy, która poprzez nowoczesne metody badania i mierzenia populacji oparte na statystyce dostarcza norm, które wiązane są w społecznej świadomości ze zdrowiem i są pożądane przez jednostki jako osobniczy ideał. Normy te - mające charakter statystyczny – nie są narzucane przez autorytarną władzę, ale funkcjonują w społeczeństwie jako coś pożądanego” (Nijakowski 2008: 343). Nie istnieje przy tym autorytarny system wymuszający pożądane zachowania, karą za niestosowania się do „zaleceń” jest choroba i wstyd.

„Normalizacja” jest to proces funkcjonalny dla systemu neoliberalnego kapitalizmu, potrzebującego wydajnych, gotowych do coraz większego wysiłku i poświęceń pracowników, ale którzy jednocześnie będą równie gorliwymi konsumentami, o odpowiednich kompetencjach służących jak największej konsumpcji. Współczesny człowiek nie ma czasu na senność, okresy gorszego samopoczucia, czy smutek gdyż ma być pracowity, zmotywowany, dyspozycyjny, ale jednocześnie zawsze zdolny do zabawy i zakupów. Nowoczesna medycyna pozwala mu na coraz dłuższe zaspokajanie tych rosnących oczekiwań, ale konsument ponosi w zamian różnego rodzaju osobiste koszty. W zmedykalizowanym społeczeństwie, norma i dewiacja stają się coraz dokładniej skodyfikowane, spektrum zdrowego zachowania jest coraz węższe, więc coraz częściej ludzie stają się zobowiązani do podjęcia pewnych działań by zmienić swoje zachowanie, swój stan. W broszurze informacyjnej pobranej ze strony internetowej organizacji *Anxiety and Depression Association of America* napisano: „Zaburzenia niepokoju są prawdziwe, poważne i uleczalne”⁸⁸. Za pomocą diagnozy psychiatrycznej dokonuje się reifikacji określonych zachowań, tzn stają się one obiektywnie istniejącymi „chorobami” i zobowiązują w ten sposób wyodrębnioną grupę „dewiantów” do podjęcia „leczenia”. W ten sposób, posiłkując się medycyną, współczesna kultura zawęża obszar zmienności osobniczej mieszczącej się jeszcze w normie. Coraz większa grupa ludzi jest zobowiązana do „wzięcia się za siebie”. Jedni muszą schudnąć, czy zoperować nos, lub stać się bardziej

88 http://www.adaa.org/sites/default/files/SAD_adaa.pdf [pobrano: 16.07.2012]

asertywni, inni muszą zacząć brać leki gdyż są zbyt żywiołowi, buntowniczy i kreatywni, lub odwrotnie zbyt ugodowi, ospali czy smutni. Oczywiście nie są sami ze swoimi problemami, kultura terapeutyczna to także przemysł terapeutyczny, medycyna, psychologia, doradztwo. Na każdy problem znajdziemy odpowiedniego eksperta, który doradzi nam jak żyć.

Zakończenie

Studia nad źródłami dotyczącymi medykalizacji pokazały, że zjawisko to rozumiane jest w bardzo szeroko. Przede wszystkim, nie ma zgody, czy medykalizacja to proces, w którym muszą uczestniczyć lekarze i oficjalna medycyna. Podobna kontrowersja dotyczy bio-medycznego modelu zdrowia i choroby: czy za medykalizację można uznać jedynie procesy „biologizacji”, czy może również, jej przejawem są zjawiska „terapeutyzacji” (między innymi „psychologizacji”). Osobiście, ze względu na problem badawczy rozprawy, przyjąłem szersze rozumienie medykalizacji i w części III zająłem się medykalizacją rozumianą jako rozprzestrzenianie się biomedycznego sposobu opisu ludzkich problemów życiowych, natomiast w części IV, opisałem procesy psychologizacji, wzrost popularności „medycyny alternatywnej i komplementarnej”, znaczenia medycyny społecznej i promocji zdrowia oraz aktywności laików w zarządzaniu swoim zdrowiem. To wszystko uznałem za przejawy „terapeutyzacji”, którą traktowałem jako rozszerzenie się obszaru poddawanego eksperckiemu nadzorowi o co najmniej paramedycznym charakterze. Oba rozdziały dotyczą, moim zdaniem, dwóch przejawów tego samego zjawiska, którego efektem jest rosnąca ilość i rozległość zachowań, stanów emocjonalnych i procesów życiowych, które stają się przedmiotem eksperckiego nadzoru (medycznego bądź nie).

Celem mojej analizy było przedstawienie medykalizacji jako procesu społecznego kształtowanego przez dominujące we współczesnych systemach ekonomiczno-politycznych, transnarodowe korporacje. Nie oznacza to pełnej ich hegemonii i uznaję fakt, iż wiele z tego procesu jest inicjowane lub propagowane przez inne siły (lekarzy, laików, administrację systemów opieki zdrowotnej, ubezpieczalnie, media). Proces ten dzieje się też na poziomie kultury, przez co jest w całej swej złożoności w pewnym stopniu niezależny, niemniej jednak korporacje farmaceutyczne bądź zajmujące się ubezpieczeniami medycznymi, wyrastając w warunkach kultury terapeutycznej, najwięcej z niej czerpią i za sprawą swojej potęgi mogą ją aktywnie wspierać.

Temat doktoratu dotyczy medykalizacji we współczesnych społeczeństwach, przez co rozumiem społeczeństwa „późnej nowoczesności” (Giddens 2010), „płynnej nowoczesności” (Bauman 2006), czy wreszcie, ery postindustrialnej (Bell 1975) lub „kapitalizmu zdeorganizowanego” (Hall 1989 za: Jung 1997: 715; Lash, Urry 1987). Zatem pierwotna koncepcja medykalizacji społeczeństwa, rozwijana od lat

siedemdziesiątych XX wieku, ujmująca ten proces jako imperializm profesji medycznej oraz rosnący nadzór władzy państwowej, która wykorzystuje w tym celu współpracę z lekarzami, nie jest adekwatna w stosunku do rzeczywistości globalnej gospodarki i słabnącego państwa opiekuńczego. Stare lęki straciły rację bytu ponieważ kapitalizm zdeorganizowany wykreował nowe układy sił, w którym ogromną rolę zaczęły odgrywać transnarodowe korporacje. Część z nich, zbudowała swoją pozycję w branży ochrony zdrowia i szybko zaczęła nie tylko zarabiać duże pieniądze na rynku usług zdrowotnych, ale także wpływać na kierunki rozwoju wiedzy i praktyki medycznej oraz na przekonania zdrowotne społeczeństwa. Umieszczone w części III i IV, studium literatury socjologicznej (oraz w pewnej części psychologicznej, medycznej, a także publicystycznej) miało na celu wykazanie, że bazując na omawianych badaniach, można potwierdzić (zgodnie z tezą główną mojej pracy), że kształt i kierunek współczesnych procesów medykalizacji jest kształtowany przede wszystkim przez siły „kapitalizmu zdeorganizowanego”. W wyniku tego oddziaływania, kształtuje się nowa laicka wizja zdrowia i choroby, oraz nowa (profesjonalna lub alternatywna) wiedza medyczna, które służą neoliberalnej ideologii, wytwarzając odpowiednio „sformatowanego” człowieka. W ten sposób, za sprawą medykalizacji ludzkie problemy, wcześniej często będące kwestiami społecznymi, jako choroby, stają się ich indywidualną sprawą. Medykalizacja jest więc narzędziem do przerzucania na ludzi winy za problemy, które pojawiały się w trakcie procesu rozmontowywania „państwa dobrobytu”.

Teza główna podzielona została na sześć hipotez szczegółowych, z których pierwsze cztery, sprawdzałem w części III. Jej celem, jak sugeruję w tytule, było wykazanie, że medykalizacja obecnie w coraz mniejszym stopniu zależy od lekarzy, a w coraz większym od wielkich korporacji. Wejście biznesu do medycyny (będące elementem szerszego zjawiska zbliżenia się biznesu i nauki), czy inaczej jej komercjalizacja spowodowała przeniknięcie i zwycięstwo korporacyjnej racjonalności w systemach ochrony zdrowia i medycynie, marginalizację lekarzy poprzez przekształcenie ich roli z samorządnej profesji, w zbiorowość najemnych pracowników, a także emancypację pacjentów, którzy obecnie chętnie nazywani są klientami bądź konsumentami usług medycznych. Co najbardziej niepokojące, zacieśnianie się związków między medycyną a biznesem wydaje się powodować nie tylko zwiększony przepływ wiedzy i innowacji do sektora komercyjnego, ale również utratę niezależności lekarzy naukowców, którzy poddani pewnym finansowym naciskom bądź zachętom mogą mieć problemy z zachowaniem, jakże cennej, naukowej obiektywności.

Potwierdzeniu tych hipotez służyć miały zaprezentowane w rozdziale III.3 przykłady medykalizacji. Podrozdział III.3.1 dotyczący medykalizacji smutku i nieśmiałości miał na celu pokazanie, jak mocno uwikłana w interesy firm farmaceutycznych jest psychiatria. Wydaje się wręcz, że dominujący paradygmat w tej subdyscyplinie medycyny, wytworzony został po to, by jak najlepiej „umieścić” psychiatrię w nowej kształtującej się rzeczywistości. Oczywiście, nie bez powodu wybrałem psychiatrię. Jest ona najłatwiejszym celem krytyki, co jednak nie oznacza, że inne dyscypliny medycyny nie są poddawane podobnym próbom uzależnienia od wytwórców leków. Myślę, choć nie mam danych mogących potwierdzić moją tezę, że stopień uwikłania danej dyscypliny medycznej zależy od możliwości manipulowania kryteriami chorób (a oczywiście te są największe w przypadku zaburzeń psychicznych). Nawet jeśli nakreślona w psychiatrii sytuację, tylko w niewielkim stopniu można odnieść do innych subdyscyplin medycyny, to moim zdaniem, nie można tego bagatelizować, gdyż te same procesy mogą pojawić się wszędzie, gdzie tylko firmy farmaceutyczne dostrzegą potencjalne zyski.

W podrozdziale III.3.2 skupiałem się na technikach medykalizacji stosowanych przez producentów leków. Na przykładach fobii społecznej (zespołu niepokoju społecznego), zaburzeń seksualnych, osteoporozy i wdrażania nowych zastosowań dla ludzkiego hormonu wzrostu pokazałem, że obraz wielu chorób w oczach laików jak i lekarzy, jest kształtowany przez korporacje farmaceutyczne, wynajmowane przez nie firmy PR, lub firmy zajmujące się tak zwaną „komunikacją medyczną”, oraz skorumpowane autorytety medyczne (*key opinion leaders*) za pomocą technik, które w literaturze medycznej bądź socjologicznej nazywane są „*disease mongering*”. Wydaje mi się, że przytaczane opisy strategii marketingowych oraz dane pokazujące szacunki dotyczące ilości artykułów naukowych, pisanych przez „*ghostwriterów*”, zamieszczanych w czasopismach medycznych, ukazały nam rzeczywistość, w której lekarze jak i pacjenci nie są już w stanie odróżnić przekazu marketingowego od niezależnej, obiektywnej wiedzy.

Wszystkie te zarzuty wobec branży farmaceutycznej i zasad nią rządzących są moim zdaniem głęboko prawdziwe i uzasadnione. Wydaje mi się, że w dużej mierze przyczyną nieprawidłowości opisywanych w niniejszej pracy jest fakt, iż instytucje, jakimi są korporacje farmaceutyczne, są skonstruowane tak jak inne, kierujące się zasadą maksymalizacji zysku firmy. Jednocześnie, funkcjonują one w specyficznej branży, gdzie konsumpcja produktu nie powinna zależeć od kreowania popytu sterowanego za pomocą marketingowych trików, ale od realnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, które są wynikiem niezależnej działalności lekarzy diagnozujących choroby. W takich warunkach

firmy farmaceutyczne bardzo dużą część swoich zasobów przeznaczają na marketing, przez co ceny leków rosną, w końcu i tak obciążając społeczeństwo. Wysiłki są też skierowane na poszukiwanie leków dla kategorii warstw zamożniejszych, czego efektem jest, że w skali globalnej, ale i krajowej nie zaspokajane są najpilniejsze potrzeby zdrowotne, (np. tania szczepionka na malarię), mogący uratować życie milionów ludzi, a ogromne sumy wydaje się na wynajdywanie farmaceutyków przeznaczonych do leczenia chorób, o których istnieniu trzeba przekonać pacjentów za pomocą kosztownych kampanii uświadamiających! Problem ten polega na tym, że nie istnieje żaden mechanizm, który zachęcałby firmy do podejmowania wysiłków mających na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych biednych i zmarginalizowanych. Podobnie jest z lekami dla pacjentów cierpiących na rzadkie choroby. Pewnym rozwiązaniem tego problemu byłoby rozwijanie systemu zachęt bezpośrednio dla naukowców, którzy otrzymując nagrody, rezygnowaliby z patentu, przez co, przy wyborze przedmiotu badań, znikaloby, obecnie kluczowe, kryterium przyszłych zysków. Takie rozwiązania mogłyby likwidować też problem manipulowania wynikami badań w celu wyolbrzymienia ich efektu terapeutycznego i zmarginalizowania negatywnych skutków ubocznych. Z tego względu, obecny porządek, opierający się na patentach, jest kosztowny z powodu wysokich cen leków i wręcz wydaje się nie sprzyjać innowacyjności.

Antropolog medycyny, Kalman Applbaum zauważa, że praktyki firm farmaceutycznych są mniej znane publicznie, rzadziej oceniane, gdyż chroni je szacunek do medycyny jako działalności mającej na celu ochronę tego, co mamy najcenniejsze, czyli naszego zdrowia i życia (Applbaum 2006: 0001). Jednocześnie wydaje się, iż na taki bezwarunkowy szacunek i takie zaufanie nie zasługują, a ich działalność rynkowa powinna być poddawana wnikliwej kontroli, gdyż powoduje ona szereg niekorzystnych skutków. Kampanie firm farmaceutycznych ukierunkowane na zwiększanie sprzedaży leków, przede wszystkim zagrażają świadomości istnienia alternatywnych metod radzenia leczenia, uwzględniających zróżnicowanie jednostkowych przypadków. Ponadto, stosunkowo łagodny naturalny przebieg choroby (problemu) lub znaczenie osobistych strategii radzenia sobie stają się mniej ważne lub wręcz ignorowane, a wszystko załatwiane jest za pomocą tabletki. Medykalizacja różnych doświadczanych przez ludzi stanów niesie ze sobą zagrożenia nieuzasadnionego naznaczania, szkodliwych decyzji dotyczących leczenia, chorób o podłożu jatrogennym oraz marnotrawstwie ekonomicznym, które powoduje ograniczenia w finansowaniu leczenia bądź prewencji bardziej poważnych chorób. Skutkiem tego procesu jest także wypychanie z dyskursu publicznego socjologicznych lub

politycznych wyjaśnień problemów zdrowotnych (Moynihan, Heath, Henry 2002: 889).

Surowo oceniają to zjawisko Dear i Webb, jednakże stwierdzają oni również, że obwinianie jedynie firm farmaceutycznych (które w końcu są instytucjami *for-profit*) byłoby niedocenieniem złożoności problemu (Dear, Webb 2006: 122-124). Według nich niemal wszyscy zaangażowani w opiekę zdrowotną powinni wziąć na siebie odpowiedzialność. Jest to spory problem gdyż firmy farmaceutyczne stają się głównym źródłem informacji polityków, lekarzy i zwykłych ludzi. Lekarzy łączy z przemysłem farmaceutycznym bardzo niefortunne związki i stają się od niego zbyt uzależnieni by przekazywać, swoim pacjentom obiektywne informacje na temat leczenia. Całkowita separacja lekarzy od firm farmaceutycznych jest niemożliwa, ale możliwe jest wymuszenie transparentności i bezwarunkowe ujawnianie zachodzących konfliktów interesów kiedy lekarze wygłaszają opinie w mediach czy publikują artykuły w czasopiśmie. Pacjenci - konsumenci na rynku leków, także są odpowiedzialni. Organizacje pacjentów powinny odseparować się od firm farmaceutycznych, ponieważ związki te mogą kompromitować podejmowane przez nie działania. Media także odgrywają istotną rolę w tym procesie poprzez proceder publikowania materiałów na temat chorób czy leków zbyt często nie opatrując ich odpowiednimi informacjami o pochodzeniu danych, oraz bez kwestionowania informacji na temat zachorowalności, korzyści płynących z korzystania z leku i potencjalnych efektów ubocznych.

Dwoma ostatnimi hipotezami szczegółowymi zajmuję się w części IV. Staralem się w niej pokazać, że to, co przez część badaczy tematu jest traktowane jako przejaw demedykalizacji, można również potraktować jako dalszy, nowy sposób medykacji życia człowieka. Procesy te to psychologizacja, wzrost znaczenia „medycyny komplementarnej i alternatywnej”, rozwój medycyny społecznej, promocji zdrowia korzystających z socjo-ekologicznego modelu zdrowia oraz zwiększenie się aktywności laików w zarządzaniu zdrowiem. Myślę, że udało mi się pokazać, że wszystkie z tych alternatywnych wobec biomedykacji procesów (oprócz rosnącego znaczenia „socjo-ekologicznego” modelu zdrowia, propagowanego przez socjologów medycyny i medycynę społeczną) przyczyniają się, w podobny sposób jak medycyna, do utrwalania funkcjonalnej wobec ideologii neoliberalnej, „kultury indywidualizmu”, przerzucając na jednostki odpowiedzialność za problemy, które są negatywnymi skutkami „dezorganizacji kapitalizmu”. W rozdziale IV.6 wyodrębniłem jednak siły medykacji, zbiorczo określane przeze mnie mianem medycyny społecznej, których rolę oceniłem całkiem inaczej. W świetle literatury, rzeczywiście da się uznać, że medycyna społeczna,

interesując się populacją zdrowych, środowiskiem, relacjami międzyludzkimi i innymi czynnikami społecznymi, mającymi wpływ na jakość życia i poziom zdrowia, *de facto* rozszerza obszar oddziaływania medycznego dyskursu. Niemniej jednak, jednocześnie medycyna społeczna (socjologia medycyny) stawia opór kulturze indywidualizmu, podnosząc kwestie nieobecne w dyskursie neoliberalnym, takie jak nierówności zdrowotne, czy kulturowe, społeczne i ekonomiczne czynniki ryzyka chorób, próbując ponownie włączyć szereg kwestii społecznych do dyskusji publicznej, które za sprawą medykalizacji zostały sprowadzone do pewnej liczby indywidualnych problemów zdrowotnych.

Moim zdaniem jednak to nie spór pomiędzy zwolennikami biomedycznego modelu zdrowia i choroby, a zwolennikami modelu holistycznego jest najistotniejszy. Prawdziwą oś sporu stanowi raczej podejście do etiologii problemów i zaburzeń identyfikowanych przez medycynę i innych ekspertów zajmujących się naszym zdrowiem. Zatem, z jednej strony widzę biomedycynę wraz z różnymi ekspertami i doradcami, którzy żyją z doradzania nam, jak odpowiednio żyć, by być zdrowym i szczęśliwym, a z drugiej, socjologów medycyny i czerpiącej z ich dorobku, medycyny społecznej, dostrzegających społeczny wymiar choroby i dewiacji. Taki pogląd w socjologii jest czymś oczywistym, niemniej jednak rzeczywistość przesiąknięta jest podejściem indywidualistycznym. Jak zauważa Małgorzata Jacyno, „strukturalne determinacje (rynek, nierówności, bezrobocie, dyskryminacje) przetopione zostają w „osobiste problemy”. [...] W obliczu możliwości utraty pracy i bankructwa dla wielu bardziej racjonalne są wizualizacje sukcesu czy przyłączenie do jednej z wielu grup terapeutycznych niż przystąpienie do związku zawodowego” (2007: 13). Na skutek medykalizacji, obarczeni zostaliśmy winą za nasze niepowodzenia, co Jan Domaradzki nazywa „polityką kozła ofiarnego” (2012: 1). Ludzie nieśmiali, uważają się za gorszych, gdyż albo mają nie takie geny, albo za niski poziom dopaminy w mózgu, może przeżyli traumę w dzieciństwie czy po prostu ich rodzice popełnili szereg błędów wychowawczych. Medykalizacja kieruje naszą uwagę na nas samych, ale może to współczesny system społeczny coraz większą część ludzi „wysyła na zieloną trawkę”, czyni ich zbędnymi odpadami i może dlatego właśnie stajemy się np. coraz bardziej nerwowi i nieśmiali? Żeby dostać średnio płatną pracę, z umową na stałe, musimy pokonać coraz więcej ludzi, wykazać się coraz większymi kompetencjami, doświadczeniem, dyspozycyjnością, poświęceniem. Chyba nic dziwnego, że część z nas ma coraz mniej nadziei na osiągnięcie sukcesu. Czy nie jest tak, że medykalizacja w tym przypadku służy przekierowaniu gniewu z systemu, w którym coraz większa grupa ludzi

nie potrafi się odnaleźć. Z perspektywy teorii konfliktowej skupianie się na problemach psychicznych jako kwestii indywidualnej, z pominięciem w ich etiologii czynników społecznych i preferowanie zindywidualizowanej opieki służyć ma ideologii liberalnego kapitalizmu z etyką polegania na sobie samym, a nie opiece publicznej, a także indywidualnej patologii jako źródle problemów społecznych (Leighton 2003: 481). Roger Bastide w książce „Socjologia chorób psychicznych” dotyka tego problemu. Opisując powstanie i przedmiot psychiatrii społecznej, dyscypliny badającej między innymi choroby psychiczne jako problemy społeczne, „...na tej samej zasadzie co przestępczość, bezrobocie czy rozwody.” przytacza rozważania Le Guillanta, który „zastanawiał się, czy niechęć psychiatrów francuskich do przyjęcia terminu psychiatria społeczna nie wynika z tego, że klasa mieszczańska pragnie zapomnieć, iż społeczeństwo jest w pewnym sensie odpowiedzialne za etiologię chorób psychicznych. Czy – nie chcąc uznawać innych przyczyn choroby psychicznej niż neurologiczne lub biologiczne – nie zamykamy dobrowolnie oczu na sprawy, za które sami jesteśmy odpowiedzialni, będąc członkami społeczeństwa?” (Bastide 1972: 23-24).

To, co uważam za mój osobisty wkład w socjologiczne rozważania dotyczące medykalizacji w Polsce, to synteza (bio)medykalizacji, zjawiska „chorobotwórstwa” i „ghostwritingu” z jednej strony, oraz rosnącej roli systemów eksperckich, bazujących na sprzecznym z biomedycznym modelem zdrowia i choroby z drugiej, a także ukazanie ich i zinterpretowanie w całości jako procesów będących skutkiem przemian towarzyszących dezorganizacji kapitalizmu. Do takiej całościowej pracy nie dotarłem. Przede wszystkim jednak uważam, że jako pewną nowość w myśleniu o medykalizacji/terapeutyzacji, jest propozycja skupienia się na ocenie jej wpływu na jakość życia człowieka, przyjmując jako kryterium rolę, jaką pełni w procesie indywidualizacji jednostek. Innymi słowy, medykalizacja czy terapeutyzacja może być albo procesem wzmacniającym człowieka i społeczeństwa, albo odwrotnie, przyczyniać się do atomizacji społeczeństwa, destrukcji więzi międzyludzkich, marginalizacji społeczeństwa obywatelskiego przy jednoczesnym promowaniu konsumpcjonistycznego pojmowania opieki zdrowotnej.

Mam również nadzieję, że praca ta stanowi także pewien wkład do polskiej socjologii wiedzy i socjologii ogólnej poprzez poszerzenie wiedzy o słabo jeszcze poznanych obszarach życia społecznego, jakim są ukryte funkcje wiedzy medycznej i niejawne relacje władzy w sferze opieki zdrowotnej.

Pracę tą traktuję więc również jako manifestację mojego krytycznego stanowiska wobec obserwowanych przemian w sferze opieki zdrowotnej na świecie i w Polsce. Jest to istotny

problem społeczny i z tego powodu jednym z celów mi przyświecających jest pokazanie zagrożeń wiążących się z komercjalizacją systemów opieki zdrowotnej. Najważniejszymi wydają mi się:

1. uzależnienie ludzi od relacji terapeutycznych z różnymi ekspertami, czyli utrata zdolności do samodzielnego rozwiązywania problemów życia codziennego,
2. depolityzacja wielu kwestii społecznych poprzez zdefiniowanie ich w kategoriach choroby, czyli dysfunkcji charakteryzujących jednostki, ten proces łączę z zanikiem społeczeństwa obywatelskiego, zastępowaniem obywateli przez konsumentów,
3. rozwój nierówności w obszarze zdrowia, poprzez różnicowanie oferty usług zdrowotnych w zależności od zamożności pacjentów, a przez to pogłębianie istniejących nierówności społecznych,
4. zaniedbywanie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, wynikającego z myślenia o opiece zdrowotnej w kategoriach ekonomicznych,
5. podkopywanie niezależności nauki poprzez zacieśnianie związków pomiędzy naukowcami a biznesem, a nawet zacieranie się granic pomiędzy działalnością naukową i komercyjną.

W związku z powyższymi zagrożeniami, mimo, że nie odnoszę się bezpośrednio do problematyki funkcjonowania narodowych systemów opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej / zdrowia publicznego, wydaje mi się, że procesy opisywane w niniejszej pracy mogą stanowić pewien materiał do rozważań dotyczących rozwiązań instytucjonalnych w obszarze ochrony zdrowia. Uważam, że znajomość prezentowanych przeze mnie trendów może przydać się w ocenie i podejmowaniu decyzji odnośnie polityki zdrowotnej państwa (promocji zdrowia, zasad finansowania służby zdrowia, polityki lekowej).

Rola, jaką przypisuję tej pracy, którą także traktuję jako element mojej misji jako socjologa, doskonale oddaje fragment wystąpienia Michaela Burawoy'a, w którym opisuje on promowaną przez niego „socjologię publiczną”⁸⁹: „Jeśli perspektywą ekonomii jest rynek i jego ekspansja, a perspektywą nauk politycznych państwo i gwarancja stabilności politycznej, to perspektywą socjologii jest społeczeństwo obywatelskie i obrona tego, co społeczne. W czasach tyranii rynku i despotyzmu państwowego, socjologia – a w

89 Socjologia publiczna jest dla Burawoy'a obok socjologii krytycznej rodzajem wiedzy refleksyjnej (w przeciwieństwie do socjologii akademickiej i praktycznej, które stanowią rodzaj wiedzy instrumentalnej). Różnica pomiędzy nimi polega na tym, że socjologia krytyczna zwraca się do socjologów, natomiast socjologia publiczna szuka odbiorców poza światem akademickim. Przyjmuje, że moja praca jest przykładem uprawiania socjologii krytycznej, ale oczywiście chciałbym by odegrała pewną rolę publiczną. Sam Burawoy zaznacza, że: „W praktyce, każde subpole socjologii może lawirować między tymi idealnymi typami, albo przechodzić z czasem od jednego do drugiego” (Burawoy 2009: 536).

szczególności jej publiczne oblicze – broni interesów ludzkości. [...] Ten trzyczęściowy podział nauk społecznych – nie mam tu miejsca, by włączyć takich jej sąsiadów, jak geografia, historia i antropologia – był adekwatny w momencie ich narodzin w XIX wieku, ale rozmył się w XX wieku (w związku ze zlewaniem się i nakładaniem granic państwowych, gospodarki i społeczeństwa). Jednak w ciągu ostatnich trzydziestu lat ten trzyczęściowy podział przeżywa renesans, wywołany, z jednej strony, jednostronnością państwa, z drugiej zaś – fundamentalizmem rynku. Przez ten okres społeczeństwo obywatelskie było kolonizowane i opanowywane przez rynki i państwa. Opozycja wobec tych dwóch sił wciąż jednak pojawia się, jeśli w ogóle się pojawia, ze strony społeczeństwa obywatelskiego, ujętego w jego lokalnym, narodowym i transnarodowym wymiarze. W tym sensie związek socjologii ze społeczeństwem obywatelskim, czyli socjologia publiczna, reprezentuje interesy ludzkości – interesy w powstrzymaniu zarówno despotyzmu państwa, jak i tyranii rynku” (Burawoy 2009: 555).

W trakcie pisania tej pracy zastanawiałem się, czy rzucające wyzwanie biomedycznemu modelowi zdrowia siły, stanowią przykład procesu demedykalizacji, czy może przeciwnie – medykalizacji wchodzącej do życia ludzkiego, tylnymi drzwiami. Podjęta w pracy, decyzja o zaklasyfikowaniu wszystkich procesów nie bazujących na biomedycznym modelu zdrowia jako przejawów medykalizacji, budzi moje największe obawy, gdyż właśnie w stosunku do nich dopuszczam możliwość krytyki. Z przyjętej przeze mnie strategii, wynika np. że przejawem medykalizacji jest promocja aktywności fizycznej (np. w postaci *nordic walking*) wśród osób starszych, która może być przecież również wynikiem sprzeciwu wobec prewencyjnego podawania leków wzmacniających kości (czyli formy medykalizacji procesu starzenia się). W końcu doszedłem do wniosku, że nie jest chyba takie istotne, jak nazwiemy omawiane procesy. Postaram się to uzasadnić. Bezsporny na pewno jest fakt, że współczesne społeczeństwa przeznaczają coraz więcej czasu i pieniędzy na cele związane ze zdrowiem. Problem polega na tym, czy ten proces w całości można określić mianem medykalizacji? Zdrowie jest coraz ważniejsze w obliczu wydłużania się przeciętnej liczby lat, jaką przeżywa człowiek i to widzę jako fundamentalną przyczynę szeroko pojętej medykalizacji. O ile kiedyś ludzie chorowali krótko i szybko umierali, to obecnie, utrata zdrowia może oznaczać dziesiątki lat życia w niepełnosprawności i uzależnieniu od innych. Z tego względu naturalne się wydaje, że kwestia zdrowia i choroby zajmuje coraz ważniejsze miejsce w naszym życiu. Tak właśnie rozumiem proces medykalizacji: nie jest on zjawiskiem negatywnym – przeciwnie, świadczy o tym, że żyjemy dłużej, coraz mniej czasu, zasobów i energii musimy

poświęcać przetrwaniu, przez co nasza uwaga kieruje się w stronę polepszania jakości życia, które jest możliwe jeśli czujemy się dobrze. Nawet jeśli uznamy za przejaw medykalizacji rosnącą popularność biegania, nie oznacza to, że jest to zjawisko negatywne. Niniejsza rozprawa dotyczyła medykalizacji wynaturzonej, służącej manipulacji i podporządkowaniu, nieuzasadnionej i jatrogennej.

Jak już wspominałem we wstępie, rozprawa ta jest punktem wyjścia i źródłem inspiracji dla rozpoczęcia w przyszłości empirycznych badań socjologicznych na temat praktyk medykalizacji w Polsce. Wiedza jaką zdobyłem ją przygotowując może przydać się w badaniach poziomu zmedykalizowania tożsamości Polaków, stosunku lekarzy do procesu medykalizacji/demedykalizacji, analiz przemian polskiej służby zdrowia, przez co tematykę tą uważam za rozwojową część socjologii medycyny.

Wszystkie przykłady medykalizacji, które przytaczałem w niniejszej pracy (a także wszystkie, z którymi się zapoznałem, ale ich tu nie umieściłem) posiadają mniej lub bardziej zauważalne ślady prowadzące do działów *public relations* firm farmaceutycznych. Na podstawie zgromadzonych źródeł wyrobiłem sobie przekonanie, że ich rola zdecydowanie determinuje obecnie kierunki rozwoju badań medycznych. Mam również nadzieję, że czytelnicy po zapoznaniu się z niniejszą rozprawą dojdą do podobnych wniosków.

Mam nadzieję również, że udało mi się przekonująco pokazać, że medykalizacja stała się procesem w pewnym sensie niezależnym od głównych sił biorących udział w tej grze i stała się ideologią służącą utrzymywaniu w równowadze kapitalizmu zdezorganizowanego. Można powiedzieć, że przekroczyła ona swoje własne granice i jako kultura terapeutyczna kształtuje tożsamości jednostek, przekonanych, że na wszelkie nieszczęścia (bezrobocie, stres, rosnące nierówności społeczne), które mogą ich spotkać, albo jest jakaś pigułka, albo można się z nimi uporać poprzez psychoterapie czy picie wody energetyzowanej przez uzdrowiciela.

Bibliografia

- Adelman A. (2009). *The Bologna Process for U.S. Eyes: Re-learning Higher Education in the Age of Convergence*. Washington, DC: Institute for Higher Education Policy. URL: www.ihep.org/Research/GlobalPerformance.cfm [pobrano: 29.01.2012].
- Adelman A. (2010). *Britain: The Disgrace of the Universities*. „The New York Review of Books”. URL: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2010/apr/08/britain-the-disgrace-of-the-universities/> [pobrano: 29.01.2012]
- Ahuja A. (2003). *It's time to stop taking the tablets – you're not ill, you're just alive*. “The Times” T2 supplement, 19/02/03, 4 –5 URL: http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/article882025.ece [pobrano: 16.08.201]
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Second Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Angell M. (2005). *Prawda o firmach farmaceutycznych. Jak nas oszukują i co z tym zrobić*. „Aptekarz”. Supplement. Vol 13.
- Applbaum K. (2006). *Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer*. „PLoS Medicine” 3(4): e189. pp. 445-7.
- Armstrong D., (1995). *The Rise of Surveillance Medicine*. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 17. No.3. 393-404.
- Armstrong D. (2000). *Social Theorizing about Health and Illness*. (w:) G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, and S.C. Scrimshaw. (red.). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: SAGE Publications. s.24-35.
- Armstrong D. (2002). *A New History of Identity. A Sociology of Medical Knowledge*. Houndmills: Palgrave.
- Bakan J. (2006). *Korporacja: patologiczna pogoń za zyskiem i władzą*. Warszawa: Wydawnictwo Lepszy Świat.
- Banaszak E., R.Florkowski (2010). *Medykalizacja jako forma dyskursu o ciele*. „Fizjoterapia”18.3. ss.25-33.
- Barański J. (2002). *Interakcja lekarz-pacjent*, (w:) Barański J., Piątkowski W., (red.) *Zdrowia i choroba. Wybrane zagadnienia socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT. Wrocławskie Wyd. Oświatowe.
- Barański J. (2010). *Medykalizacja zachowań społecznych, czyli o utopii szczęśliwej duszy*. „Studia Philosophiae Christianae”. 46 (2). ss.151-164.
- Barbaro de B. (2010). *Tożsamość psychiatrii?* „Postępy Psychiatrii i Neurologii”. T. 19 (4). ss. 343-344.
- Barnes B., D. Bloor. (1993). *Relatywizm, racjonalizm a socjologia wiedzy*. [w:] *Mocny program socjologii wiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. s.1-37.

- Barnet R.J. (2003). *Ivan Illich and the Nemesis of Medicine. The Man and His Message in Memoriam*. „Medicine, Health Care and Philosophy”. 6: 273–286.
- Bastide R. (1972). *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Baudrillard J. (2006). *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*, Wyd. Sic!, Warszawa.
- Bauman Z. (1996). *Zawrotna kariera podklasy*. „Przegląd społeczny”. Nr 1/2.
- Bauman Z. (2005). *Konsumując życie*. [w:] A. Jawłowska, M. Kempny. *Konsumpcja – istotny wymiar globalizacji kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Beard R. L., Estes C. L., 2002, *Medicalization of Aging*, artykuł dostępny na stronie internetowej Macmillan Reference USA's *Encyclopedia of Aging* (HTML) (Digital) http://www.novelguide.com/a/discover/eoa_0f3/eoa_03_00254.html [pobrano: 15.08.2010]
- Beck U. (2002). *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Beck U., Giddens A., Lash S. (2009). *Modernizacja refleksyjna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Becker H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press. Glencoe.
- Bell D. (1975). *Nadejście społeczeństwa postindustrialnego, próba prognozowania społecznego*, Warszawa: Instytut Badań Współczesnych Problemów Kapitalizmu.
- Berenson A. (2005 kwiecień 24). *Evidence in Vioxx Suits Shows Intervention by Merck Officials*. „The New York Times”. URL: <http://www.nytimes.com/2005/04/24/business/24drug.html>. [Pobrano 27 września 2010].
- Bernard Jean. 1997. *Nadzieje medycyny*. tłum. z franc. B. Szwarzman-Czarnota. Warszawa: Wydawnictwo WAB.
- Berlim M., Fleck M., Shorter E. (2003). *Notes on antipsychiatry*. [w:] „European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience”, 253(2).
- Bielecka-Jasiocha J., B. Rymkiewicz-Kluczyńska. (2008). *Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niskorosłych*. „Endokrynologia Pediatria”. Vol. 7. Nr 1 (22). ss. 71-80.
- Bińczyk E., „*Nieklasyczna socjologia medycyny*” praktyki medykacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucault, [w:] *W stronę socjologii zdrowia*. (red.) Piątkowski W., Titkow A., Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002, 181-193.
- Black D.W., Monahan P., Gabel J., (1997). *Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying*. „Journal of Clinical Psychiatry”, 58(4):159-163.
- Bogels S.M. Ñ.L. Alden. D.C. Beidel. L.A. Clark. D.S. Pine. M.B. Stein. M. Voncken. (2010). *Social Anxiety Disorder: Questions and Answers for the DSM-V*. „Depression and Anxiety”. 27: 168–189.
- Bolt L.L.E., D. Mul. (2001). *Growth hormone in short children: beyond medicine?* „Acta Paediatrica”. 90: 69-73.
- Bosk C.L. (2000). *The Sociological Imagination and Bioethics*. C.E. Bird, P. Conrad, A. Fremont (red.). *Handbook of Medical Sociology, 5th Edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Bradley P.D., R.W. Fine. (2009). *The Medicalization of Sex Therapy: a Call to Action to Therapists*. „Journal of Systemic Therapies. Vol. 28. No. 2. 75-88.
- Brodniak W.A. (2002). *Czy psychiatrom jest potrzebna socjologia zaburzeń psychicznych?* [w:] W.

- Piątkowski, A. Titkow (red.) *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 237-257.
- Brodniak W.A. (2004). *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Próba syntezy*. [w:] Piątkowski W. (red.) *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 45-65.
- Broom A. (2006). *Reflections on the centrality of power in medical sociology: An empirical test and theoretical elaboration*. "Health Sociology Review". Vol. 15. Issue 5. pp. 496-505.
- Broom D., Woodward R. (1996). *Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care*. „Sociology of Health & Illness”, 18(3). pp. 357-378.
- Brotto L. A. (2009). *The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder*. "Archives of Sexual Behavior". URL: <http://www.springerlink.com/content/r263073710m04123/> [pobrano: 06.09.2012].
- Brown P. (1995). *Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness*. „Journal of Health and Social Behavior”. (Extra Issue). pp. 34-52.
- Buczowski A. (2005). *Spoleczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*. Kraków: Universitas.
- Burawoy M. (2009). *O socjologię publiczną. Przemówienie prezydenckie z roku 2004*. [w:] *Nowe perspektywy teorii socjologicznej. Wybór tekstów*. (red.) A. Manterys, J. Mucha. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS. s. 525-561.
- Bury M. R. (1986). *Social constructionism and the development of medical sociology*. "Sociology Of Health & Illness". 8(2). 137-169.
- Busfield J. (2010). *'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use*. "Social Science & Medicine". 70(6). 934-941.
- Butrym J. (2000). *Epidemia nieśmiałości*. „Polityka” nr 42 (2267) z dnia 2000-10-14 s. 80-81 URL: <http://archiwum.polityka.pl/art/epidemia-niesmialosci.366355.html> [pobrano: 06.09.2012].
- Carta M.G., M.C. Hardoy, M. Cadeddu, B. Carpiniello, et al. (2004). *Social Phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries?* „BMC Psychiatry”. Vol. 4:31. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/31> [pobrano: 16.05.2012].
- Chyliński M. (2011). *Dziennikarstwo i Public Relations. Równowaga sił w ekonomice zainteresowania publiczności*. "Zestyty Prasoznawcze". Issue 3-4. pp.28-47. URL: <http://www.ceeol.com/aspx/getdocument.aspx?logid=5&id=de68ec7562c04d79bfcea25c9b1f2249> [pobrano: 20.12.2012].
- Clarke A. E. Shim J. K. Mamo L. Fosket J. R. Fishman J. R. (2003). *Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine*. "American Sociological Review". 68(2): 161-194
- Coburn D. (2006). *Medical dominance then and now: critical reflections*. "Health Sociology Review". 15(5). 432-443.
- Cockerham W.C. (2004). *Medical Sociology. Ninth Edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Conrad P. (1975). *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior*. „Social Problems”. 23. 1. ss. 12-21.
- Conrad P. (1979). *Types of Medical Social Control*. "Sociology of Health and Illness". Vol. 1 No. 1. s.1-11.
- Conrad P. (1980). *Implications of Changing Social Policy for the Medicalization of Deviance*.

„Contemporary Crises”. 4. 195-205.

Conrad P. (1992). *Medicalization and Social Control*. „Annual Review of Sociology”, 18. pp. 209-32.

Conrad P. (2000). *Medicalization, Genetics, and Human Problems*. (w:) Bird C.E., Conrad P., Fremont A. (Red.). *Handbook of Medical Sociology, 5th Edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. pp 322-333.

Conrad P. (2005). *The Shifting Engines of Medicalization*. "Journal of Health and Social Behavior", 46 (1). pp. 3-14.

Conrad P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press.

Conrad P., J. Gabe. (1999). *Introduction: Sociological perspectives on the new genetics: an overview*. „Sociology of Health & Illness”. Vol. 21. No.5. pp. 505-516.

Conrad P., V. Leiter. (2004). *Medicalization, Markets and Consumers*. “Journal of Health and Social Behavior”. Vol. 45. (Extra Issue): 158-176.

Conrad P., D. Potter. (2004). *Human growth hormone and the temptations of biomedical enhancement*. „Sociology of Health & Illness”. Vol. 26. No. 2. pp. 184–215.

Conrad P., J.W. Schneider. (1994). *Medicine as an Institution of Social Control: Consequences for Society*. [w:] S.H. Traub, C.B. Little. [eds.]. *Theories of deviance*. 4th edition. Itasca, Illinois: Peacock, pp.485-513.

Cook-Deegan R. (2008). *Gene Patents*. in *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns*. ed. Mary Crowley. Garrison, NY: The Hastings Center. 69-72. URL: <http://www.thehastingscenter.org/Publications/BriefingBook/Detail.aspx?id=2174> [pobrano: 15.01.2011].

Curtis B. (2002). *Foucault on Governmentality and Population: The Impossible Discovery*. “Canadian Journal of Sociology. 27, 4, (fall 2002): 505 – 533.

Daily Mail. (2007). *Drug giant 'covered up safety fear on Seroxat'*. 29.01.2007. URL: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-432217/Drug-giant-covered-safety-fear-Seroxat.html> [pobrano: 13.09.2011].

Dain N. (1989). *Critics and dissenters: reflections on “antipsychiatry” in the United States*. „Journal of the History of the Behavioral Sciences”, 25.

Daniels D. Plomin R. (1985). *Origins of Individual Differences in Infant Shyness*. “Developmental Psychology”. 21: 118-121.

Darby R.J. (2005). *A Surgical Temptation: the Demonization of the Foreskin and the Rise of Circumcision in Britain*. Chicago: Chicago University Press.

Davis J.E. (2006). *How Medicalization Lost Its Way*. „Society”, 43 (6). pp. 51-56.

Davis J.E. (2010). *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*. [w:] Cockerham W.C. (Ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester: Blackwell Publishing.

Dąbrowski K. (1964). *O dezynTEGRacji pozytywnej: Szkic teorii rozwoju psychicznego człowieka poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Dear J.W., Webb D.J. (2006). *Disease mongering – a challenge for everyone involved in healthcare*. “British Journal of Clinical Pharmacology”. 64: No. 2. pp.122-124.

Domańska U. (2005), *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, (w:) Piątkowski W., Brodnyak

- W.A. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, WSSG, Tyczyn.
- Domańska U. (2007). *Dyskurs medyczny w dobie medykalizacji*. [w:] K. Homenda, E. Grygorowicz, M. Lesińska-Sawicka. (red.) *Człowiek i jego zdrowie w holistycznym modelu medycyny*. Słupsk: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej.
- Domaradzki J. (2012). *Genetyka, prywatyzacja ryzyka i polityka kozła ofiarnego*. „Diametros”. Nr 32 (czerwiec 2012): ss. 1-18.
- Dominiak Ł. (2004). *Dyskurs Michela Foucault. Centrum i tajemnica*. (w) „Dialogi Polityczne”, 3-4, URL: <http://www.dialogi.umk.pl/dyskurs-foucault-centrum.html>. [pobrano: 06.09.2012].
- Dworkin R.W., (2008), *Nowa ewangelia zdrowia*, (w:) Piotr Sztompka, Małgorzata Bugunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków: Wydawnictwo Znak
- Elias N. (1980). *Przemiany obyczajów w cywilizacji zachodu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Encyclopedia of Sociology. Second Edition. (2000). E.F. Borgatta, R.J.V. Montgomery (eds.). New York: Macmillan Reference USA.
- Englehardt H. (1974). *The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease*. “Bulletin of History of Medicine”. Vol. 48: 234-248.
- Erol M. (2011). *Melting bones: The social construction of postmenopausal osteoporosis in Turkey*. “Social Science & Medicine”. 73(10). 1490-1497.
- Featherstone M., Hepworth M., 1991, *The Mast of Ageing and the Postmodern Lifecourse*, (w:) Featherstone M., Hepworth M., Turner B. S., *The Body. Social Process and Cultural Theory*, Sage Publications, London, 408 s.
- Fedorowski J.J. (2009). *Koordynowana ochrona zdrowia – rozwiązania amerykańskie w kontekście polskiego rynku*. “Przegląd Urologiczny”. 10/6 (58). URL: <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artukul.php?1677> [dostęp 02.01.2012].
- Figert A. (2011). *The Consumer Turn in Medicalization: Future Directions with Historical Foundations*. W: Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. (Eds.). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. pp. 291-307.
- Firkowska-Mankiewicz A. (2009). *Teorie przyczyn chorób*. [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. s. 41-63.
- Fitzpatrick M. (2001). *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*. London: Routledge.
- Foucault M. (1987). *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Foucault M. (1998). *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Foucault M. (1999). *Narodziny Kliniki*. Warszawa. Wydawnictwo KR.
- Foucault M. (2000). *Choroba umysłowa a psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault M. (2010). *Historia seksualności*. Gdańsk: Wydawnictwo słowo/obraz terytoria.
- Fox R.G. (1971). *The XYY Offender: A Modern Myth?* „Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science”. Vol.62: 1-15.
- Freund P.E.S., McGuire M.B. Podhurst L.S. (2003). *Health, Illness, and the Social Body. A Critical*

- Sociology*. Fourth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Fugh-Berman A.J. (2010). *The Haunting of Medical Journals: How Ghostwriting Sold "HRT"*. "PloS Medicine". 7(9): e1000335. doi:10.1371/journal.pmed.1000335.
- Furedi F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London: Routledge.
- Furedi F. (2006). *The End of Professional Dominance*. „Society” 43 (6): 14–18.
- Gallagher E. B., Sionean C. K. (2004), *Where Medicalization Boulevard Meets Commercialization Alley*, "Journal of Policy Studies", 16:3-62.
- Gawin M. (2011). *Myślenie ucieka z Uniwersytetu*. "Wiedza i Życie". 10. URL: <http://www.wiz.pl/main.php?go=1&op=2&id=328> [pobrano: 29.01.2012].
- Gazeta Wyborcza (2007). *Merck wypłaci ofiarom zabójczego Vioxxu 4,85 mld dol.* 09.11.2007. URL: <http://wyborcza.biz/biznes/1,101562,4660386.html> [pobrano: 17.02.2012].
- Giddens A. (2010). *Nowoczesność i tożsamość. "Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Główny Urząd Statystyczny. (2011). *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*. Zakład Wydawnictw Statystycznych: Warszawa. URL: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_658_PLK_HTML.htm [pobrano: 25.08.2012]
- Goffman E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Doubleday (New York City): Anchor Books.
- Goldacre B. (2010). *Drug firms hiding negative research are unfit to experiment on people*. "The Guardian". Saturday 14 August 2010. URL: <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/aug/14/drug-companies-bury-negative-research> [pobrano: 11.03.2012]
- Górecki P. (2002). *Mózg pod lawiną*. „Wprost”. Nr 32/2002 (1028). URL: <http://www.wprost.pl/ar/13672/Mozg-pod-lawina/?I=1028> [pobrano: 17.02.2012].
- Górecki P. (2003). *Rynek hipochondryka*. „Wprost”. Nr 5/2003 (1053) <http://www.wprost.pl/ar/?O=38763&C=57> [pobrano 17.02.2012].
- Górski A., Letkiewicz S. (2010). "Medical Writing" and Ghostwriting as Ethical Challenges in Medical Communication. "Transplantation Proceedings" [serial online]. October 2010;42(8):3335-3337.
- Graham C. A. (2009). *The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder*. "Archives of Sexual Behavior". URL: <http://www.springerlink.com/content/a3393180w1x47539/> [pobrano: 05.04.2012]
- Grant B. (2009). *Merck published fake journal*. "The Scientist. Magazine of the Life Sciences." URL: <http://classic.the-scientist.com/blog/display/55671/> [pobrano: 16.08.2012]
- Hadler N.M. (2008). *Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Hales R.E. Shahrokh N.C. Bourgeois J.A. (2008). *Study Guide to Psychiatry: A Companion to the American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Hanuszewicz S. 2007. *Popper a socjologia wiedzy*. w: *Teoretyczne podstawy socjologii wiedzy*. red. Paweł Bytniewski, Mirosław Chałubiński. T.I. Seria: "Studia z Podstaw Socjologii Wiedzy", Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, ss. 198–210.
- Harris G. (2009). *Pfizer Pays \$2.3 Billion to Settle Marketing Case*. „The New York Times". September 2, 2009. URL: <http://www.nytimes.com/2009/09/03/business/03health.html> [pobrano: 11.03.2012]

- Hart G. Wellings K. (2002). *Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health*. „British Medical Journal”. 324 (7342). 896 - 900.
- Hatch S., I. Kickbush. (eds.) (1983). *Self-Help and Health in Europe. New Approaches in Health Care*. New York: World Health Organization Publications Centre.
- Head S. (2011). *The Grim Thread to British Universities*. „The New York Review of Books”. URL: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jan/13/grim-threat-british-universities/> [pobrano: 29.01.2012].
- Hidaka B. H. (2012). *Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence*. „Journal of Affective Disorders”, 140(3), pp.205-214.
- Hilczer M., A. Lewiński. (2004). *Wskazania do leczenia hormonem wzrostu u dzieci i dorosłych*. „Przegląd Pediatriczny”. Vol.34. No.3/4. ss. 170-175.
- Hirszowicz M. (2007). *Stąd, ale dokąd? Społeczeństwo u progu nowej ery*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!.
- Hitti M. (2008). *Shyness Gene Brought Out Into Open*. „CBS News”. 04/05/2008. URL: <http://www.cbsnews.com/stories/2008/03/04/health/webmd/main3903629.shtml> [pobrano: 06.09.2012]
- Horvitz A.V. (2010). *Pharmaceuticals and the Medicalization of Social Life*. w: D.W. Light (Ed.) *Risks of Prescription Drugs*. New York, NY: Columbia University Press.
- Horvitz A.V., Wakefield J.C. (2009). *The Medicalization of Sadness: How Psychiatry Transformed a Natural Emotion into a Mental Disorder*. w: A. Maturo, P. Conrad. (Eds.), *The Medicalization of Life*. „Salute e Societa” VIII, n. 2. s.49-66.
- Illich I. (1974). *Medical Nemezis*. „The Lancet”. Vol.303. Issue 7863. pp. 918-21.
- Illich I. (1975). *The Medicalization of life*. „Journal of Medical Ethics”. I. 73-77.
- Illich I. (1976). *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. Penguin, Harmondsworth, England.
- Illich I. (1982). *Medicalization and Primary Care*. „Journal of the Royal College of General Practitioners”. 32. s. 463-470.
- IMS Health Market Prognosis, March. (2011). URL: <http://www.imshealth.com> [pobrano 29.12.2011].
- IMS National Prescription Audit PLUS™. (2011). URL: <http://www.imshealth.com> [pobrano 29.12.2011].
- Independent. (1998). *Pills to melt shyness*. 19.12.1998. URL: <http://www.independent.ie/national-news/pill-to-melt-shyness-427378.html> [pobrano: 13.09.2011].
- Ireland C. (2009). *Scholars discuss „medicalization” of formerly normal characteristics*. „Harvard University Gazette”. April 30-May 6. s.11-12.
- Jacyno M. (2007a). *Kultura indywidualizmu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jacyno M. (2007b). *Medykalizacja dzieciństwa i możliwość jego powtórnego zaczarowania*. [w:] M. Dudzikowa, M. Czerepaniak – Walczak (red.). *Wychowanie. T. 1. Pojęcia – procesy – konteksty*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- Jacyno M. (2009). Socjoanaliza relacji terapeutycznej. „Artmix” 21 (11). Kultura terapii. URL: <http://www.obieg.pl/artmix/9044> [pobrano: 03.01.2013]
- Jafiszow U., S. Sierakowski, J. Małyszko, K. Kita, B. Lewandowski, I. Domysławska, A. Sulik, P.A. Klimiuk. (2004). *Osteomalacja*. „Nowa Medycyna”. Nr. 3. URL: http://www.czytelniamedyczna.pl/1551_osteomalacja.html [pobrano 4.03.2012].

- Jakubiak L. (2008). *Reklama leków na receptę z polityką i dużymi pieniędzmi w tle*. Portal Rynek Zdrowia. URL: <http://www.rynekdrowia.pl/Prawo/Reklama-lekow-na-recepte-z-polityka-i-duzymi-pieniedzmi-w-tle,1278,2.html> [pobrano: 06.09.2012].
- Jakubowska H. (2009). *Socjologia ciała*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.
- Jameson F. (1991). *Postmodernism, Or the Cultural Logic of Late Capitalism*. Duke University Press: Durham, NC.
- Jankowski K. (1975). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Jarco M. (2000). *Piękna choroba*. "Wprost". 43 (934). URL: <http://www.wprost.pl/ar/8264/Piekna-choroba/?O=8264&pg=0> [pobrano: 06.09.2012].
- Jung B. (1997). *Kapitalizm postmodernistyczny*. "Ekonomista", Nr 5-6.
- Jutel A. (2009). *Sociology of Diagnosis: a Preliminary Review*. "Sociology of Health and Illness". Vol 31. No. 2. pp. 278-299.
- Kapusta A. (1999). *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucault*. Rozprawa doktorska. WFiS UMCS. URL: <http://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf> [pobrano: 27.12.2011]
- Kapusta A. (2010) *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaufert P., p. Gilbert. (1986). *Women, Menopause, and Medicalization*. "Culture, Medicine and Psychiatry". Vol.10. No.1. pp. 7-21.
- Kaufman S. R., Shim J. K., Russ A. J., 2004, *Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges*, „The Gerontologist”, Vol. 44, No. 6, s. 731-738
- Kędzierska B. Znajmiecka-Sikora M. Kaflik-Pieróg M. (2003). *Nieśmiałość - doniesienie wstępne z badań*. „Zeszyty Naukowe”. Nr 1 (31).
- Kępiński A. (2003). *Psychiatria humanistyczna*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J., et al. (2008) *Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration*. „PLoS Medicine”. 5(2): e45.
- Klamut M.K. (1996). *Od biotechnicznego do holistycznego modelu medycyny*. „Alma Mater”. Nr 4.
- Klein N. (2004). *No Logo*. Izabelin: Świat Literacki.
- Klein N. (2008). *Doktryna szoku. Jak współczesny kapitalizm wykorzystuje klęski żywiołowe i kryzysy społeczne*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA.
- Kociuba J. (2009). *Kultura psychologizmu*. [w:] M. Filipiak (red.) *Wprowadzenie do socjologii kultury*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Koerner B.I. (2002). *Disorders Made to Order*. „Mother Jones”. Vol. 27. URL: <http://motherjones.com/politics/2002/07/disorders-made-order> [pobrano: 11.03.2012]
- Kojder A. (1980). *Co to jest teoria naznaczania społecznego?* „Studia Socjologiczne”. 3(78). 45-65.
- Koran L.M., Faber R.J., Aboujaoude E., Large M.D., Serpe R.T. (2006). *Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States*. „American Journal of Psychiatry”. Vol. 163, Issue 10, 1806-1812.
- Kościelak L.J. (2002). *Od Webera do Ritzera. Racjonalizacja zaspakajania potrzeb zdrowotnych* (w:) W.

- Piątkowski, A. Titkow. (red.). *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Krysiak R., B. Okopień, A. Gdula-Dymek. (2007). *Terapia hormonem wzrostu*. „Polski Merkurusz Lekarski”. T.XXII. Nr 130. ss. 305-311. URL: <http://pml.strefa.pl/B1.htm> [pobrano 12.01.2012].
- Kurowski A.M., *I po cóż Foucault*, URL: http://mmkurowski.republika.pl/foucault_mmk_1.pdf [pobrano 11.01.2010]
- Lacasse J.R., Leo J. (2010) *Ghostwriting at Elite Academic Medical Centers in the United States*. “PloS Medicine”. 7(2): e1000230. doi:10.1371/journal.pmed.1000230
- Laing R.D., Szasz T. (2005). *Knowing What Ain't So*. (w) „Existential Analysis”, 16(1).
- Lane C. (2007a). *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven & London: Yale University Press.
- Lane C. (2007b). *Shy on Drugs*. New York Times. September 21. URL: <http://www.nytimes.com/2007/09/21/college/coll21lane.html> [pobrano: 06.09.2012].
- Lash S., J. Urry. (1987). *The End of Organised Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Lee S., A. Mysyk. (2004). *The medicalization of compulsive buying*. „Social Science & Medicine”. 58. s.1709–1718.
- Leighton K. (2003). A social conflict analysis of collective mental health care: Past, present and future. “Journal of Mental Health”. (October 2003) 12, 5, 475 – 488.
- Lemert E.M. (1951). *Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*. NY: McGraw-Hill.
- Leo J., Lacasse J.R., (2008), *The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression* , „Society”, 45, s.35–45.
- Leonard B.D. (1978). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior: Book Review*. „Contemporary Sociology”. November, Vol.7. No. 6. pp.746-7.
- Lew-Starowicz Z. (2006). *Seksuologia XXI wieku*. “Rocznik lubuski”. Tom. 32. cz.2. 13-18.
- Lexchin J. (2006). *Bigger and better: How Pfizer redefined erectile dysfunction*. „PLoS Medicine” 3(4): e132.
- Libiszowska-Żółtkowska M. *Religia wobec fenomenu śmierci. Wierzenia i postawy*. (W): M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.). *Szkice z socjologii medycyny*, Wyd. UMCS, Lublin 1998. s.137-149.
- Lichawska A. (2011). *Ograniczenia patentowe a choroby nowotworowe na przykładzie diagnostyki raka piersi*. Zakład Biofizyki Obliczeniowej i Bioinformatyki. Wydział Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii. Uniwersytet Jagielloński. URL: <http://bioinfo.mol.uj.edu.pl/articles/Lichawska06> [pobrano: 12.01.2011].
- Light D.W., (2000). *The Medical Profession and Organizational Change: From Professional Dominance to Countervailing Power*. (w:) Bird C.E., Conrad P., Fremont A. (ed.). *Handbook of Medical Sociology, 5th Edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Lippman A. (1991). *Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities*. „American Journal of Law & Medicine”. 17: 15-50.
- Lipsitz J.D., F.R. Schneier. (2000). *Social Phobia. Epidemiology and Cost of Illness*. „Pharmacoeconomics”. Vol. 18. Issue 1: 24.
- London Evening Standard. (2008). *Scientists find childbirth wonder drug that can 'cure' shyness*.

- 22.06.2008. URL: <http://www.thisislondon.co.uk/news/article-23497717-scientists-find-childbirth-wonder-drug-that-can-cure-shyness.do> [pobrano: 13.09.2011].
- Lowenberg J., F. Davis (1994). *Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic health*. "Sociology of Health and Illness". Vol.16. No. 5. pp. 579-599.
- Lubowski A. (2011). *Jak dużo to za dużo?* "Studio opinii". URL: <http://studioopinii.pl/artykul/1914-andrzej-lubowski-jak-duzo-to-za-duzo> [pobrano: 07.01.2012].
- Lupton D. (2003). *The Social Construction of Medicine and the Body*. [w:] G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, and S.C. Scrimshaw (red.). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: SAGE Publications. s. 50-63.
- Lyman K. A., (1989), *Bringing the Social Back in: A critique of the Biomedicalization of Dementia*, „The Gerontologist”, Vol. 29, No. 5, s. 597-605
- Łysak A., Zierkiewicz E. (2007). *Medykalizacja ciała i zdrowia kobiet jako odmiana nierówności*. [w:] Klebaniuk J. (red.) *Fenomen nierówności społecznych*. Szczecin: ENETEIA.
- Machnikowski R.M. (1996). *Koncepcja socjologii wiedzy Karla Mannheim'a we współczesnej socjologii anglo-amerykańskiej*. Łódź: Omega-Praxis.
- Majchrowska A. (2010). *Socjologiczne mechanizmy medykalizacji zdrowia w społeczeństwie ponowoczesnym. Próba analizy na przykładzie społeczeństwa polskiego*. [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska. (red.) *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Lublin: Wydawnictwo KUL. ss. 229-243.
- Mannheim K. (2008) [1929] *Ideologia i Utopia*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Martin P.A. Dingwall R. (2010). *Medical Sociology and Genetics*. (w:) Cockerham W.C. (Ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester: Blackwell Publishing.
- Marshall G. (1998). "service class." *A Dictionary of Sociology*. Encyclopedia.com. [pobrano 09.01.1012]. URL: <http://www.encyclopedia.com> [pobrano: 06.09.2012]
- Maturo A. (2009). *The Shifting Borders of Medicalization: Perspectives and Dilemmas of Human Enhancement*. [w:] Maturo A., P. Conrad. (red.) "Salute e Società". *The Medicalization of Life*. VIII. 2. s. 13-30.
- Maturo A., K. Barker, I. Quaranta, M. Smits, L.F. Vedelago. (2009). *Discussion. Medicalization, Multiplication of Diseases and Human Enhancement. Round table with Kristin Barker, Ivo Quaranta, Martijntje Smits and Louis Francois Vedelago*. [w:] Maturo A., P. Conrad. (red.) "Salute e Società". *The Medicalization of Life*. VIII. 2. s. 99-121.
- Mayes R. Horwitz A.V. (2005). *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*. "Journal of the History of the Behavioral Sciences". Vol. 41(3), 249–267.
- McKeown T. (1976). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Melick M.E., H.J. Steadman, J.J. Cocozza. (1979). *The Medicalization of Criminal Behavior among Mental Patients*. "Journal of Health and Social Behavior". Vol. 20 (September): 228-237.
- Melosik Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. COŚTAM: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Merrill R.M. (2010). *Introduction to Epidemiology. Fifth Edition*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett

Publishers.

Mori L. (2009). At the Core of Life. The Medicalization of Society in Michel Foucault. [w:] Maturio A., P. Conrad. (red.) "Salute e Società". The Medicalization of Life. VIII. 2. s. 78-97.

Mosher L.R., M. Boyle. (2004). *Rethinking in Mental Health Industry*. "Ethical Human Psychology and Psychiatry", Vol. 6. Number 3, Fall/Winter. pp.237-9.

Moynihan R., Cassels A. (2005). *Selling sickness. How drug companies are turning us all into patients*. Crow Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.

Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002). *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. „British Medical Journal”, 324(7342), 886.

Moynihan, R., Henry, D. (2006). *The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*. „PLoS Medicine”. 3(4): e191

Mulder R.T. (2008). *An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?* „Perspectives in Biology and Medicine”. Volume 51. number 2. (summer 2008). 238-50.

Murawiec S. (2004). *Pop-psychologia. Psychologia w Teatrze Życia*. SWPS. nr 5 (46): 6-7. URL: <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=101> [pobrano: 06.09.2012]

Nasze Zdrowie II. Dodatek promocyjno-reklamowy do RZECZPOSPOLITEJ. (2004). *Depresja - epidemia XXI wieku?* nr 140 (6823) 17 czerwca 2004 r.

Newberger E.H., R. Bourne. (1978). *The medicalization and legalization of child abuse*. „American Journal of Orthopsychiatry”. Vol. 48. 593-607. URL: <http://www.elinewberger.com/articles/archive/clinical-mgmt/medicalization.html> [pobrano 24.05.2012].

Nijakowski L. (2008). *Ciało w okowach medycyny. Czy množliwa jest transgresja cielesna w erze biowładzy?*. (w:) Łeńska-Bąk K., Sztandara M. (Red.). Doświadczane, opisywane, symboliczne. Ciało w dyskursach kulturowych. Opole: Uniwersytet Opolski, Opolskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.

Nijakowski L. (2009). *Biowładza w późnej nowoczesności*. (w:) Szymczyk J. Zemło M. Jabłoński A. (red.) Wiedza – władza. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Niznik J. (1989). *Socjologia wiedzy*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Nowakowska L. (2010). *W stronę humanizacji ciąży i porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce*. "Zdrowie Publiczne". 120 (4): 431-435.

Nowakowski M. (2010). *Krytycy współczesnej medycyny. Proces medykalizacji w perspektywie nauk społecznych*. [w:] E. Anczyk (red.). *Lekarz – historia i wyzwania zawodu. Seria wydawnicza „Szkice nauk o zdrowiu”*. Sosnowiec: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego.

Nowakowski M. (2012). „Disease Mongering” – czy koncerny farmaceutyczne są chorobotwórcze? [w:] A. Jabłoński, J. Szymczyk, M. Zemło. (red.) *Kontrowersje dyskursywne. Między wiedzą specjalistyczną a praktyką społeczną. Seria „Studia nad wiedzą”*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Nowakowski M., Nowakowska L. (2010). *Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia*. [w:] D. Kałuża, P. Szukalski. *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.

Nye R.A. (2003). *The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century*, (w) „Journal of History of the Behavioral Sciences”, 39(2).

Ostrowska A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

- Ostrowska A. (2004). *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*. [w:] W. Piątkowski (red.) *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS. s.31-42.
- Ostrowska A. (2009). *Wstęp*. [w:] A. Ostrowska. (red.). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. ss. 13-20.
- Overstreet K.M. (2003). *Medical education and communication companies: Career options for pharmacists*. „American Journal of Health-System Pharmacy”. 2003; 60:1896-7.
- Pacey S. (2008). *Editorial. The medicalization of sex: a barrier to intercourse?* “Sexual and Relationship Therapy. Vol. 23, No. 3, 183–187.
- Parry V. (2007). *Branding Disease*. “PharmExec.com” 15 october. URL: <http://pharmexec.findpharma.com/pharmexec/article/articleDetail.jsp?id=465561&pageID=1&sk=&date=pa> [pobrano: 06.09.2012].
- Parsons T. [1951] (2009). *System społeczny*. Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Paton G. (2011). *Children given 'chemical cosh' drugs for shyness*. “The Telegraph”. 21 Jan 2011 URL: http://www.telegraph.co.uk/health/children_shealth/8274050/Children-given-chemical-cosh-drugs-for-shyness.html [pobrano: 06.09.2012].
- Petersen A. (2009). *Depression – a social pathology of action*. “Irish Journal of Sociology”. Vol. 17. No. 2. pp.56 – 71.
- Petry Mroczkowska J. (2010). *Polityka ofiar? Status pokrzywdzonych w dyskusji amerykańskiej*. “Więź”. Nr 2-3. URL: http://laboratorium.wiez.pl/teksty.php?polityka_ofiar_status_pokrzywdzonych_w_dyskusji_am&p=3 [pobrano: 14.02.2012].
- Pfohl S. (1977). *The 'Discovery' of Child Abuse*. "Social Problems". Vol. 24: 310-323.
- Piątkowski W. (2002). *W stronę socjologii zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow. (red.) *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS. ss. 15-58.
- Piątkowski W. (2004). *Posłowie*. [w:] W. Piątkowski (red.). *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Piątkowski W. (2004). *Socjologia zdrowia, choroby i medycyny u progu XXI wieku. Tożsamość i próba diagnozy*. [w:] W. Piątkowski (red.). *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS. s.21-29.
- Piątkowski W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Piątkowski W. (2012). *Beyond Medicine. Non-Medical Methods of Treatments in Poland*. Frankfurt am Mein: Peter Lang.
- Piątkowski W., L. Nowakowska. (2012). *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI w. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*. “Przegląd socjologiczny” T.LXI/2. ss. 11-29.
- Pilgrim D., R. Bentall. (1999). *The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression*. “Journal of Mental Health”. 8.3. pp 261-274.
- Polak P. (2011). *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Pollack A. (2011a). *Ruling Upholds Gene Patent in Cancer Test*. “The New York Times”. 29.07.2011. URL: <http://www.nytimes.com/2011/07/30/business/gene-patent-in-cancer-test-upheld-by-appeals-panel.html>

[pobrano: 09.01.2012].

Pollack A. (2011b). *Despite Gene Patent Victory, Myriad Genetics Faces Challenges*. "The New York Times". 24.09.2011. URL: <http://www.nytimes.com/2011/08/25/business/despite-gene-patent-victory-myriad-genetics-faces-challenges.html?pagewanted=all> [pobrano: 09.01.2012].

Pollock A., Price D., (2003). *The Public Health Implications of World Trade Negotiations on the General Agreement on Trade in Services and Public Services*. Lancet. 362(9389), 1072-1075.

Pollock A., Price D., Viebrock E., Miller E., Watt G., (2007). *The Market in Primary Care*. "British Medical Journal". 335(7618), 475-477.

Press N. (2008). *Social Construction and Medicalization. Behavioral Genetics in Context*. (w:) Erik Parens E. Chapman A.R. Press N. (red.). *Wrestling with behavioral genetics: science, ethics, and public conversation*. Johns Hopkins University Press: Baltimore. 131-149.

Pyrce A. (2000). *Frequent observation: sexualities, self-surveillance, confession and the construction of the active patient*. „Nursing Inquiry”. 7 (2). pp.103-111.

Rabe-Jabłońska J. (2002). *Fobia społeczna. Rozpowszechnienie, kryteria rozpoznawania, podtypy, przebieg, współchorobowość, leczenie*. „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”. 2002, 2, 3, 161–166.

Ralevski E., Sanislow C. A., Grulo C. M., Skodol A. E., Gunderson J. G., Tracie Shea M., Yen S., Bender D. S., Zanarini M. C., McGlashan T. H., (2005). *Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders?*. "Acta Psychiatrica Scandinavica" 112, no. 3: 208-214.

Rancew-Sikora D. (2012). *W poszukiwaniu społecznej koncepcji depresji*. „Studia Socjologiczne. 2 (206). ss. 81-104.

Ranta K., R. Kaltiala-Heino. P. Rantanen. M. Marttunen. (2009). *Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates and service use*. "Depression & Anxiety" (1091-4269), 26(6), 528-536.

Rich A. (2000). *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Rich E., A. Miah. (2009). *Prosthetic Surveillance: the medical governance of healthy bodies in cyberspace*. "Surveillance & Society". 6(2): 163-177.

Robinson D., S. Henry. (1977). *Self-help and health: Mutual aid for modern problems*. London: Martin Robertson.

Romanowska D., T. Deptuła, K. Burda. (2012). *Zastrzyk z młodości*. „Newsweek” 06.03.2012 URL: <http://kobieta.newsweek.pl/zastrzyk-z-mlodosci.89044,1,1.html> [pobrano: 05.04.2012].

Rosenberg C.E. 2006. *Contested Boundaries. Psychiatry, disease, and diagnosis*. „Perspectives in Biology and Medicine”. Volume 49. number 3. (summer 2006). 407-24.

Rosenfeld D., C. A. Faircloth. (2006). *Introduction. Medicalized Masculinities: The Missing Link?* [w:] *Medicalized Masculinities*. (red.) D. Rosenfeld. C.A. Faircloth. Philadelphia, PA: Temple University Press.

Rosenhan D.L. (1973). *Being Sane in Insane Places*. "Science". 179 (4070). 250-8.

Rout M. (2009). *Publisher consulted drug firm on journal content*. "The Australian". URL: <http://www.theaustralian.com.au/business-old/in-depth/publisher-consulted-drug-firm-on-journal-content/story-fn36luj2-1225737428270> [pobrano: 05.04.2012].

Rymaszewska J., T. Adamowski. T. Pawłowski. A. Kiejna. (2005). *Rozpowszechnienie zaburzeń*

psychicznych – przegląd najważniejszych badań epidemiologicznych. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”. 14 (3): 195-200.

Sadler J.Z., F. Jotterand, S.C. Lee, S. Inrig. (2009). *Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics*. „Theoretical Medicine and Bioethics”. Vol. 30. No. 6. pp. 411-25.

Scheff, T. (1974). *The Labelling Theory of Mental Illness*. „American Sociological Review”, 39(3), 444-452.

Scheler M. (1990). *Problemy socjologii wiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Schneider J.W. (1978). *Deviant Drinking as Disease: Alcoholism as a Social Accomplishment*. „Social Problems”. 25: 361-72.

Scott S. (2006). *The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness*. „Sociology of Health & Illness”. Vol. 28 No. 2. s.133–153.

Scott S. (2007). *Shyness and Society: The Illusion of Competence*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

Scott S. (2010). *Revisiting the Total Institution: Performative Regulation in the Reinventive Institution*. „Sociology”. 44(2), 213-231.

Scott S., C. Thorpe. (2006). *The Sociological Imagination of R. D. Laing*. „Sociological Theory”. 24:4. s. 331-352.

Scull A.T. (1975). *From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs*. „European Journal of Sociology”. Vol. 16: 218-261.

Segal, D. *A Dose of Desire*, „Washington Post”, 2008, 12 marzec, URL: <http://www.biopsychiatry.com/aphrodisiacs/female-viagra.html> [pobrano: 05.04.2012].

Settle J.E. Dawes C.T. Christakis N.A. Fowler J.H. (2010). *Friendships moderate an association between a dopamine gene variant and political ideology*. „The Journal of Politics”. 72 (4): 1189–98.

Siemińska M. J. (2008). *Społeczne wymiary dyskursu nad badaniami medycznymi w medycynie*. [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.) *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboreum.

Sismondo S. (2007). *Ghost management: How much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry?* „PLoS Medicine” 4(9): e286. doi:10.1371/journal.pmed.0040286 .

Skarbek M. (2008). *Przyszłość onkologii należy do genetyki*. „Przegląd urologiczny”. 2008/9/3 (49). Wywiad z prof. dr hab. Janem Lublińskim, artykuł pobrany ze strony URL: <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artykul.php?1427> [pobrano: 05.04.2012].

Słońska Z. (2008). *Nowe oblicze medykacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia* [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, (red.). *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Arboretum. ss. 81-94.

Słońska Z. (2009). *Socjologia a promocja zdrowia*. [w:] A. Ostrowska. (red.). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. ss. 283-309.

Słońska Z. (2011). *Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykacji promocji zdrowia?* „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. t. IX, nr.2. ss. 64-75.

Smith R. (2005). *Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies*. „PLoS Medicine”. 2(5): e138.

Sokołowska M. (1976). *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce*. [w:] M. Sokołowska, J.

- Hołówka, A. Ostrowska. *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe. ss.309-338.
- Sokołowska M. (1980). *Granice medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Sokołowska M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sokołowska M. (2009). *Socjologia medycyny*. [w:] A. Ostrowska. *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. ss. 21-39.
- Solska E. (2006). *Proces boloński: co dalej za przełęczą?* "Kultura i historia" nr 10. URL: <http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/147> [pobrano: 29.11.201].
- Solska J. (2009). *Zakładnicy*. "Polityka". Nr 8 (2693) z dnia 2009-02-21; s. 34-38 URL: <http://archiwum.polityka.pl/art/zakladnicy,353765.html> [pobrano 17.02.2012]
- Stadlen A. (2012). *Thomas Szasz Obituary. Psychiatrist who fought coercion and denied the existence of mental illness*. "Guardian" 4 October 2012. URL: <http://www.guardian.co.uk/society/2012/oct/04/thomas-szasz> [pobrano 16.10.2012].
- Stefaniak K. (2010). *Kobieta, namiętność i choroba. O medykalizacji życia społecznego na przykładzie artykułu z pracy kobiecej*. [w:] E. Zierkiewicz. (Red.). *Świat (z) kolorowych czasopism. Prasa dla kobiet i dziewczyn w perspektywie interdyscyplinarnej*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut.
- Stein M., J. Walker. (2001). *Triumph Over Shyness : Conquering Shyness & Social Anxiety*. New York: McGraw-Hill Education Group.
- Stiglitz J. (2004). *Globalizacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stratton T.D., J.L. McGivern-Snofsky. (2008). *Toward a Sociological Understanding of Complementary and Alternative Medicine Use*. "The Journal of Alternative and Complementary Medicine". Volume 14. Number 6. pp. 777-783.
- Szacki J. (2004). *Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szasz T. (1960). *The Myth of Mental Illness*. "American Psychologist". 15. 113-118. URL: <http://psychclassics.yorku.ca/Szasz/myth.htm> [pobrano: 18.01.2012].
- Szasz T. (2006a). *The Pretense of Psychology as Science: The Myth of Mental Illness in Statu Nascendi*. „Current Psychology”, 25(1).
- Szasz T. (2006b). *Secular Humanism and „Scientific Psychiatry”*. „Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine”, 1(5), URL: <http://www.peh-med.com/content/1/1/5>. [pobrano: 16.09.2011].
- Szasz T. (2008). *Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil*. „Current Psychology”, 27(2).
- Szasz T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Szewczyk K. (2001). *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa-Lódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewerniak-Milewska E. (2010). *AstraZeneca wypłaci odszkodowania*. "Puls Medycyny". Data publikacji: 2010-08-10. URL: <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/13307.astrazeneca.wypłaci.odszkodowania.html> [pobrano: 25.02.2012]
- Śliwka M. (2004). *Amerykański system prywatnej opieki zdrowotnej a dostępność świadczeń medycznych*. "Prawo i Medycyna". 16. 3. URL: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=236&PHPSESSID=944dbfc7197572263f568f28c27acf3e> [pobrano: 28.12.2011].

- Talepasand, S. Nokani, M. (2010). *Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates*. "Archives of Iranian Medicine". 13(6). 522-527.
- Taranowicz I. (2010). *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*. Wrocław: Wydawnictwo Arboretum.
- Teodorczyk J. (2011). *Hipisowska kontestacja lat 60. i 70. XX w. na fali i w pułapce kryzysu. O globalistycznych aspektach subkultury dzieci-kwiatów*. "Kultura – Historia – Globalizacja". nr. 9. URL: <http://www.khg.uni.wroc.pl/?type=artykul&id=148> [pobrano 06.01.2012].
- Thomas D. (2008). *Shyness drug could boost confidence*. "The Telegraph". 4:58PM BST 22 Jun 2008. URL: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/northamerica/usa/2175030/Shyness-drug-could-boost-confidence.html> [pobrano: 05.04.2012].
- Thomas R.K. (2003). *Society and Health. Sociology for Health Professionals*. New York: Kluwer Academics/Plenum Publishers.
- Tiefer L. (1996). *The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues*. "Annual Review of Sex Research". Vol. 7. 252-282.
- Tiefer L. (2006). *Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance*. „PLoS Medicine”. 3(4): e178.
- Tillfors M., T. Furmark, L. Ekselius, M. Fredrikson. (2004). *Social phobia and avoidant personality disorder: One spectrum disorder?*. "Nordic Journal of Psychiatry". 58(2). 147-152.
- Timmermans S. (2000). *Technology and Medical Practice*. (w:) Bird C.E., Conrad P., Fremont A. (Red.). *Handbook of Medical Sociology*, 5th Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Tousijn W. (2006). *Beyond decline: consumerism, managerialism and the need for a new medical professionalism*. "Health Sociology Review". 15(5). 469-480.
- Triggle D.J. (2007). *Treating desires not diseases: a pill for every ill and an ill for every pill?* "Drug Discovery Today". Volume 12. Number 3/4.
- Twaddle A.C, R.M. Hessler. (1977). *A Sociology of Health*. Saint Louis: Mosby.
- Ungar S., (2008), *Panika moralna versus społeczeństwo ryzyka: konsekwencje zmian w sferze niepokojów społecznych*. [w:] *Socjologia codzienności* (red.) P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Znak: Kraków.
- Uramowska-Żyto B. (1992). *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- U.S. Department of Health & Human Services
<https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf> [pobrano 27.12.2011]
- Weber M. (2004). *Racjonalność, władza, odczarowanie (wybór pism)*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Weinman N. (2012). *W stronę demedycyzacji. Well-being I Slow movement jako alternatywa dla biomedycznego modelu zapobiegania chorobie*. [w:] D.Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.). *W zdrowiu i chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*. Poznań: Komitet Nauk Etnologicznych PAN, Biblioteka Telgte Wydawnictwo. ss. 45-59.
- Weise E. (2010). *Is it fair to patent genes? ACLU takes on biotech over issue*. "USA Today" 4/13/2010. URL: http://www.usatoday.com/news/health/2010-04-13-Genepatent13_ST_N.htm [pobrano: 10.01.2012]
- Weiss G.L., Lonnquist L.E. (2005). *The Sociology of Health, Healing and Illness. 5th Edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Wendland M. (2011). *Konstruktywizm komunikacyjny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Widigier T.A. (1992). *Generalized Social Phobia Versus Avoidant Personality Disorder. A Commentary of Three Studies*. "Journal of Abnormal Psychology". Vol. 101, No. 2, 340-343.
- Wieczorkowska M. (2008). *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*. [w:] *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*. M. Gałuszka (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Wieczorkowska M. (2012). Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej. „Przegląd socjologiczny”. Tom LXI/2. pp. 31-56.
- Wielowieyska D. (2000). *Korupcja Mediów*. "Gazeta Wyborcza" nr 77. wydanie warszawskie z dnia 2000/03/31. s.1.
- Wienke C. (2005). *Male Sexuality, Medicalization, and Marketing of Cialis and Levitra*. "Sexuality & Culture". Vol. 9. No. 4. 29-57.
- Williams S.J. (2001) *Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now?* "Sociology of Health & Illness" Vol. 23 No. 2 . s.135-158.
- Williams S.J., M. Calnan. (1996). *The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity*. "Social Science and Medicine". Vol.42. No. 12. pp. 1609 – 1620.
- Williams S.J., J. Gabe, P. Davis. (2008). *The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects*. "Sociology of Health and Illness". Vol.30. Issue 6. pp. 813-824.
- Wittchen H-U., L. Fehm. (2003). *Epidemiology and natural course of social fears and social phobia*. „Acta Psychiatrica Scandinavica”. Vol. 108. (Suppl. 417). s. 6.
- Wojnar M., Dróżdź W., Araszkiwicz A., Latkowski B., Nowacka-Pawlaczyk D., Urbański R. (2002). *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych*. "Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2002, 2, 3, 187–198 .
- Wojtasiński Z. (2008). *Torpeda w głowie*. "Wprost". Numer: 17/2008 (1322). URL: <http://www.wprost.pl/ar/128138/Torpeda-w-glowie/?O=128138&pg=0> [pobrano: 21.03.2012]
- Wolinsky H. (2005). *Disease mongering and drug Marketing*. (w:) European Molecular Biology Organization Report. 6, 612-614.
- Worcester N. (2004). *Hormone Replacement Therapy (HRT): Getting to the Heart of the Politics of Women's Health?* „National Women's Studies Journal”. Vol.16. No.6. (Fall).
- World Health Organization. (1947). *The constitution of the World Health Organization*. WHO Chronicle. 1: 6-24.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.
- Wright J. (2009). *Marketing disease: is osteoporosis an example of 'disease mongering'?*. „British Journal of Nursing”. 18(17). 1064-1067.
- Zajdel J. (2011). *Stosowanie produktów leczniczych „off-label use” w populacji pediatrycznej – działanie na granicy ryzyka, czy dolożenie należytej staranności?* „Przegląd Lekarski”. Vol. 68. 1. ss. 33-39.
- Zembrzuska A. (2010). *Współczesne poradnictwo – między upelnomocnieniem a manipulacją*. [w:] J. Aksamian (red.) *Manipulacja : pedagogiczno-społeczne aspekty*. Cz. 2, Komunikacja, dydaktyka, wychowanie

a manipulacja. Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, s. 53-66.

Zola I.K. (1972). *Medicine as an Institution of Social Control*. „Sociological Review”. 20: 487-504.

Zybertowicz A. (2001). *Konstruktywizm jako orientacja metodologiczna w badaniach społecznych*. „Kultura i Historia”. nr 1, <http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/48#1> [pobrano: 05.04.2012].