

MICHAŁ NOWAKOWSKI

ZJAWISKO MEDYKALIZACJI NA PRZYKŁADZIE NIEŚMIAŁOŚCI W UJĘCIU SOCJOLOGII MEDYCyny

Termin „medykalizacja” odnosi się do procesu, w którego toku problemy pierwotnie niemedyczne zaczynają być definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zazwyczaj w kategoriach choroby lub zaburzenia¹. Pojęcie to wyłoniło się z „intelektualnego i społecznego fermentu lat 50. i 60.” XX w. i stało się elementem krytyki medycyny, a także sprzeciwu wobec ekspansji medycznej perspektywy interpretacyjnej w analizach problemów społecznych, a także w projektowaniu adekwatnych działań politycznych, nakierowanych na ich przezwyciężanie². Twórczyni polskiej socjologii medycyny, Magdalena Sokołowska używała w tym kontekście sformułowania „multiplikacja chorób”, które oznacza „wzrost ilości postaw i zachowań, które zostały określone jako choroba i których leczenie traktuje się jako należące do medycyny”³.

W interpretacjach zjawiska medykalizacji początkowo zwracano uwagę na jego związek ze wzrostem społecznego znaczenia lekarzy. Np. Eliot Freidson i Irving Zola kładli nacisk na pełnioną przez system medyczny funkcję kontroli społecznej, a także ekspansję jurysdykcji medycyny na obszary tradycyjnie zajmowane przez religię i prawo⁴. Niepokoiło ich to, że nadawane przez medycynę etykiety zdrowia bądź choroby traktowano w kategoriach prawdy naukowej, co prowadziło do „ukrycia” ideologicznej warstwy tych fenomenów, a w konsekwencji zamykało drogę dla alternatywnych form interwencji. Autorzy ci zwracali ponadto uwagę na nadmierną, ich zdaniem, koncentrację władzy w rękach przedstawicieli jednego zawodu⁵. Ten sposób interpretacji medykalizacji uległ jednak zmianie. W prze-

¹ P. Conrad, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 209.

² J.E. Davis, *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*, w: W.C. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing, Chichester 2010, s. 212.

³ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 193.

⁴ Cyt. za: J.E. Davis, *How Medicalization Lost Its Way*, „Society” 2006, vol. 43, no. 6, s. 52.

⁵ Tamże.

konaniu Petera Conrada medykalizacja jest obecnie stymulowana głównie przez rynek i interesy koncernów farmaceutycznych, a nie przez lekarzy⁶. Ważną rolę w tzw. drugiej fali medykalizacji przypisuje on biotechnologii, traktowaniu pacjentów jako konsumentów (zwracając uwagę, że także sami pacjenci obsadzają się w takiej roli) oraz komercjalizacji i racjonalizacji w zarządzaniu służbą zdrowia⁷. Autor ten twierdzi, że kierunek i tempo procesu medykalizacji wyznaczają obecnie nie tyle potrzeby zdrowotne społeczeństwa, ale nowe technologie i leki, dla których trzeba znaleźć rynek zbytu, a zatem wykreować konsumenta o określonych, pożądanych potrzebach. Tendencja ta może niepokoić, ponieważ korporacje w ostatecznym rozrachunku rozliczają się ze swoich działań przed akcjonariuszami, a ich interesy są często sprzeczne z potrzebami pacjentów⁸. W takiej sytuacji nie ma gwarancji, że intensywnie promowane leki, odpowiadające na rozmaite ludzkie problemy, będą rzeczywiście poprawiać zdrowie i przyczyniać się do większej efektywności opieki medycznej. Conrad zwraca także uwagę, że z wymienionych powodów systemy opieki zdrowotnej mogą być narażone na nieuzasadnioną eskalację kosztów⁹.

Elementem medykalizacji jest tworzenie nowych chorób, obejmujących np. symptomy, które wcześniej byłyby określone jako zachowania osoby nieśmiałej. Zwracamy tu uwagę na uczucie onieśmienia, doświadczane w określonych sytuacjach przez niemal wszystkich ludzi. Niepokoi nas perspektywa publicznego wystąpienia, pierwszej randki, spowiedzi, spotkania w sprawie pracy czy rozmowy z osobą będącą dla nas autorytetem. Niektórzy jednak ludzie w związku ze swą nieśmiałością permanentnie odczuwają niepewność, frustrację i samotność; jest ona nieodłączną cechą ich osobowości, która zakłóca wykonywanie zwykłych czynności związanych z życiem codziennym. Ta „bardziej zaawansowana” forma nieśmiałości w drugiej połowie dwudziestego stulecia zaczęła być traktowana jako zaburzenie psychiczne. W klasyfikacjach zaburzeń psychicznych pojawiły się wówczas takie jednostki chorobowe jak: fobia społeczna, ostatnio nazywana zespołem lęku społecznego¹⁰, sformułowano także pojęcie osobowości lękliwej (unikającej)¹¹.

⁶ P. Conrad, *Medicalization, Genetics, and Human Problems*, w: C.E. Bird, P. Conrad, A. Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River 2000, s. 322-333.

⁷ A.E. Clarke, J.K. Shim, L. Mamo, J.R. Fosket, J.R. Fishman, *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, „American Sociological Review” 2003, vol. 68, no. 2, s. 162.

⁸ E.B. Gallagher, C.K. Sionean, *Where Medicalization Boulevard Meets Commercialization Alley*, „Journal of Policy Studies” 2006, no. 16, s. 16.

⁹ P. Conrad, *The Shifting Engines of Medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior” 2005, vol. 46, no. 1, s. 11.

¹⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington 2000, s. 450.

¹¹ Tamże, s. 718.

Susie Scott identyfikuje z perspektywy socjomedycznej trzy wymiary medykalizacji nieśmiałości. Cechą pierwszego z nich są próby wskazania jej biomedycznej etiologii oraz leczenia farmakologicznego, które traktuje się jako relatywnie szybki i efektywny sposób radzenia sobie z tym problemem (podejmowanie takich działań stało się możliwe m.in. dzięki zdefiniowaniu fobii społecznej). Drugi z wymiarów manifestuje się redefiniowaniem nieśmiałości w kategoriach zaburzenia poznawczo-behawioralnego, które może być leczone za pomocą psychoterapii. Trzeci wyraża się natomiast internalizacją psychologicznego sposobu rozumienia nieśmiałości przez zwykłych ludzi, którzy próbują sami rozwiązywać ten problem, stosując „pop-psychologię” dostępną za pośrednictwem Internetu i popularnych poradników¹². Rozwińmy szerzej typologię cytowanej autorki.

Nieśmiałość w perspektywie biomedycznej

Nieśmiałość już od dawna była przedmiotem terapii. Pierwsze próby pomagania ludziom z tym problemem podejmowali psychoanalitycy. Psychoanaliza niewątpliwie miała zatem swój udział w patologizacji zachowań osób nieśmiałych, jednakże pełna medykalizacja nieśmiałości, czyli przekształcenie jej w stan medyczny, o określonym podłożu biologicznym, dokonała się dopiero w 1980 r., kiedy opublikowano w USA klasyfikację zaburzeń psychicznych DSM-III¹³. Autorzy tego dokumentu dążyli do przekształcenia psychiatrii w subdyscyplinę medyczną m.in. na drodze wdrożenia na jej terenie modelu diagnostyki medycznej. W efekcie psychiatria miała stać się dyscypliną opartą na diagnozie medycznej. Dotychczas obowiązująca klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM II z 1968 r. oferowała jedynie pobieżne opisy mniej niż 200 jednostek chorobowych i była uważana za nieaktualną, a w niektórych aspektach błędną. Zmiana polegała także na odrzuceniu dotychczas wykorzystywanego w psychiatrii psychodynamicznego paradygmatu interpretacyjnego. Przechodzenie na terenie psychiatrii w kierunku interpretacji biomedycznych doprowadziło stopniowo do tego, że psychiatrzy zaczęli się specjalizować w neuropsychiatrii lub psychofarmakologii, nie zaś w psychoanalizie. Opisywane zmiany wymusił kryzys autorytetu psychiatrii, a także rosnące wydatki na leczenie, generowane m.in. przez trudne do oszacowania i wysoce kontrowersyjne koszty leczenia psychoanalitycznego. W takim kontekście Melvin Sabshin, ówczesny dyrektor medyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), zwolennik *Evidence-Based Psychiatry* zdecydował, że nowy system klasyfi-

¹² S. Scott, *The Medicalisation of Shyness: From Social Misfits to Social Fitness*, „Sociology of Health and Illness” 2006, vol. 28, no. 2, s. 139. Zob. także: S. Scott, *Shyness and Society: The Illusion of Competence*, Palgrave Macmillan, New York 2007.

¹³ R. Mayes, A.V. Horwitz, *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences” 2005, vol. 41, no. 3, s. 251.

kacji zaburzeń psychicznych powinien w większym niż dotychczas stopniu opierać się na danych naukowych, nie zaś na opiniach czy ideologii. Podejście takie miało zagwarantować, że psychiatria będzie lepiej przygotowana do reagowania na presję ekonomiczną (w tym np. łatwiej będzie rozliczać usługi psychiatrów w ramach amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej)¹⁴.

Christopher Lane pisze, że sześćioletni okres prac nad nową klasyfikacją zaburzeń psychicznych DSM III, prowadzonych przez zespół pod przewodnictwem dr Roberta Spitzera, cechował się nonszalanckim kreowaniem nowych zaburzeń i arbitralnym dzieleniem już istniejących. „Odkryto” wówczas 112 nowych zaburzeń psychicznych. Zwróćmy uwagę na kilka przykładów: w miejsce nerwicy lękowej wprowadzono siedem nowych zaburzeń: agorafobię, lęk paniczny, zespół stresu pourazowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, uogólnione zaburzenia lękowe, fobię prostą oraz fobię społeczną¹⁵. Wprowadzenie klasyfikacji DSM III, a także jej następnych wersji, doprowadziło do zasadniczej zmiany w ocenach i interpretacjach zdrowia psychicznego Amerykanów. Dominujące przez dekady psychospołeczne podejście do tej kwestii zostało wyparte przez biologiczną wizję zdrowia psychicznego, bazującą na symptomach, odwołującą się do neurobiologii, w tym chemii mózgu i neurofarmakologii¹⁶. Problemy interpretowane dotychczas w kategoriach intrapsychicznych konfliktów emocjonalnych zaczęto objaśniać w kategoriach biomedycznych. Zauważmy także, że ze względu na niewygórowane kryteria diagnostyczne nowo utworzonych zaburzeń psychicznych, okazało się, że połowa Amerykanów w pewnym momencie swojego życia spełniała kryteria jakiegoś zaburzenia psychicznego opisanego w nowszej klasyfikacji DSM IV¹⁷.

Skoncentrujmy teraz naszą uwagę na zagadnieniu fobii społecznej, której objawy były do niedawna traktowane jako cechy osoby nieśmiałej. Interesujący nas termin został zaproponowany w 1903 r. przez Pierre'a Janeta, jednak dopiero za sprawą pracy Issaca Marksa i Michaela Geldera z 1966 r., zawierającej opis kilkunastu rodzajów lęku, fobia społeczna została zauważona przez środowiska amerykańskich i brytyjskich psychiatrów¹⁸. Cytowani autorzy odnotowali, że niektórzy pacjenci wykazują niepokój w określonych sytuacjach społecznych i w związku z tym starają się np. nie jadać w publicznych miejscach, preferując własne biura zamiast zakładowej stołówki. Ich cierpienie manifestuje się np. strachem przed

¹⁴ Ch. Lane, *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale UP, New Haven–London 2007, s. 39–42.

¹⁵ Tamże, s. 42.

¹⁶ R. Mayes, A.V. Horwitz, *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*, s. 258.

¹⁷ R.C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin i in., *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, „Archives of General Psychiatry” 2005, vol. 62, s. 593.

¹⁸ I.M. Marks, M.G. Gelder, *Different Ages of Onset in Varieties of Phobia*, „The American Journal of Psychiatry” 1966, vol. 123, no. 2, s. 218 – cyt. za: Ch. Lane, *Shyness*, s. 71.

zarumienieniem się w obecności innych osób, przed pójściem na tańce czy przyjęcie albo znalezieniem się w centrum uwagi. „Pacjent, który bał się spacerowania po ulicy z powodu obaw przed wydaniem się śmiesznym w oczach innych ludzi” cierpieć miał, w ich przekonaniu, z powodu niepokoju społecznego, a nie agorafobii, którą należy rozumieć jako lęk przed otwartą przestrzenią i tłumem. Mimo to Marks i Gelder twierdzili, że odróżnianie lęku społecznego od agorafobii jest niejednoznaczne i ma charakter „raczej arbitralny”. Fakt, iż w klasyfikacji DSM-II wszystkie wymienione objawy były przyporządkowane do kategorii *anxiety neurosis*, czyli nerwicy lękowej, nie stanowił przedmiotu ubolewania tych autorów, gdyż uważali że „spojrzenie behawiorystyczne i psychoanalityczne preferuje jednolite wyjaśnianie fobii, a próby ich podziału okazały się bezowocne”. Kilka lat później, w trakcie prac nad tworzeniem klasyfikacji DSM-III, Marks stwierdził wręcz, że nie ma dowodów na to, iż fobia społeczna to odrębne zaburzenie¹⁹. Mimo to Spitzer i kierowana przez niego grupa wyodrębniła fobię społeczną w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, powołując się na artykuł Marksa i Geldera, jednocześnie ignorując formułowane przez nich zastrzeżenia. Nie wzięto pod uwagę głównych konkluzji tych autorów: liczba dotkniętych tym rodzajem fobii była proporcjonalnie mała oraz różne przejawy lęku są ściśle ze sobą powiązane, przez co błędem jest ich rozdzielanie. Do momentu opublikowania klasyfikacji DSM-III pojawiły się także inne głosy sugerujące, że nie ma podstaw do potraktowania agorafobii i niepokoju społecznego jako oddzielnych syndromów²⁰. A zatem okoliczności powstania fobii społecznej były niewątpliwie kontrowersyjne.

Na tym etapie analizy przywołajmy obowiązującą obecnie definicję fobii społecznej, stosowaną w klasyfikacji DSM-IV R. Jej symptomy opisywane są w następujący sposób: „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)”²¹. We współczesnych, psychiatrycznych interpretacjach fobii społecznej zwraca się także uwagę na dużą częstość jej występowania oraz poważne konsekwencje: np. Siavash Talepasand i Mostafa Nokani podkreślają, że „fobia społeczna to powszechne, zbyt rzadko leczone zaburzenie,

¹⁹ I.M. Marks, *The Classification of Phobic Disorders*, „British Journal of Psychiatry” 1970, vol. 116, no. 533 – cyt. za: Ch. Lane, *Shyness*, s. 72.

²⁰ Tamże, s. 71-72.

²¹ J. Rabe-Jabłońska, *Fobia społeczna. Rozpowszechnienie, kryteria rozpoznawania, podtypy, przebieg, współchorobowość, leczenie*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2002, t. 2, nr 3, s. 162. Opis zaburzenia w oryginale znajduje się w: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, s. 450-456.

które prowadzi do znaczącej niepełnosprawności funkcjonalnej”²². Jolanta Rabe-Jabłońska uważa z kolei, że zaburzenie to „[...] zwykle ma przebieg chroniczny, w wielu przypadkach prowadzi do inwalidztwa, jeśli nie jest prawidłowo leczone”²³.

Fobia społeczna spotyka się z coraz większym zainteresowaniem nieprofesjonalistów oraz mediów. Trend ten można dostrzec w Internecie: problematyka fobii społecznej jest podejmowana w portalach o tematyce medycznej, powstają także wyspecjalizowane fora internetowe dla nieśmiały²⁴. Popularność fobii społecznej zwiększa się za sprawą organizacji pacjentów, psychiatrów i firm farmaceutycznych, które nie ustają w wysiłkach, by zwiększyć „świadomość” istnienia tej choroby²⁵. Agresywny marketing fobii społecznej oraz farmaceutyków, przeznaczonych do jej leczenia spowodowały, że konsumpcja leków „na nieśmiałość” gwałtownie rośnie²⁶, a pacjenci przyzwyczajają się do ekspresowych rozwiązań ich problemu, oferowanych przez rynek. 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% badanych²⁷. Przykładowo, badania zrealizowane w USA w latach 1980-1985 („The Epidemiologic Catchment Area”) wykazały, że zaburzenie to kiedykolwiek w przeszłości występowało u 2,7% Amerykanów²⁸, natomiast w późniejszych badaniach przeprowadzonych w 2008 r. w ramach „The National Comorbidity Survey” wykazano, że fobia społeczna stała się powszechnym zaburzeniem, które dotknęło 12,1% badanych kiedykolwiek w przeszłości i 7,1% w ciągu ostatnich 12 miesięcy²⁹. W innych krajach europej-

²² S. Talepasand, M. Nokani, *Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates*, „Archives of Iranian Medicine” 2010, vol. 13, no. 6, s. 522.

²³ J. Rabe-Jabłońska, *Fobia społeczna*, s. 162.

²⁴ Zob. np.: www.fobiaspoleczna.info/, www.phobiasocialis.fora.pl/, www.socialphobiaworld.com/, www.socialanxietysupport.com/ (dostęp 16.05.2012).

²⁵ R. Moynihan, I. Heath, D. Henry, *Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*, „British Medical Journal” 2002, vol. 324, no. 7342, s. 888.

²⁶ G. Paton, *Children Given 'Chemical Cosh' Drugs for Shyness*, „The Telegraph” z 21.01.2011, www.telegraph.co.uk/health/ (dostęp 12.05.2012).

²⁷ M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Caninio i in., *The Cross-national Epidemiology of Social Phobia: a Preliminary Report*, „International Clinical Psychopharmacology” 1996, vol. 11, issue 3, s. 9-14 – cyt. za: J.D. Lipsitz, F.R. Schneier, *Social Phobia. Epidemiology and Cost of Illness*, „Pharmacoeconomics” 2000, vol. 18, issue 1, s. 24.

²⁸ F.R. Schneier, J. Johnson, C.D. Hornig, M.R. Liebowitz i in., *Social Phobia. Comorbidity and Morbidity in an Epidemiological Sample*, „Archives of General Psychiatry” 1992, vol. 49, s. 282-288 – cyt. za: S. Talepasand, M. Nokani, *Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates*, „Archives of Iranian Medicine” 2010, vol. 13, no. 6, s. 522.

²⁹ A.M. Ruscio, T.A. Brown, W.T. Chiu, J. Sareen i in., *Social Fears and Social Phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication*, „Psychological Medicine” 2008, vol. 38, s. 15-28 – cyt. za: S. Talepasand, M. Nokani, *Social Phobia*, s. 522.

skich wyniki najnowszych badań są bardzo zróżnicowane (od 2,2%³⁰ do nawet 16%³¹), ale w porównaniu do badań prowadzonych pod koniec lat 80. i w latach 90. można zaobserwować tendencję wzrostową³². Fobia społeczna bardzo szybko stała się „powszechnym i nieodpowiednio leczonym” zaburzeniem gdyż, jak zauważa Christopher Lane, już w 1993 r. (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 USA³³, na które przepisuje się 200 milionów recept każdego roku, co daje firmom farmaceutycznym zyski rzędu 10 miliardów dolarów rocznie³⁴.

Odkrywanie nowego, „przełomowego” leku „na nieśmiałość” zwykle powoduje żywą reakcję mediów, które ukazują fobię społeczną jako chorobę przynoszącą wyniszczające cierpienie, uniemożliwiającą pełne wykorzystanie potencjału jednostki. W takim kontekście nowe leki traktowane są jako „magiczna pigułka” – źródło nadziei dla nieśmiałych³⁵. Susie Scott zwraca uwagę, że podejście biome-

³⁰ M.G. Carta, M.C. Hardoy, M. Cadeddu, B. Carpiniello i in., *Social Phobia in an Italian Region: do Italian Studies Show Lower Frequencies Than Community Surveys Conducted in Other European Countries?*, „BMC Psychiatry” 2004, vol. 4, s. 31, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/31> (dostęp 16.05.2012).

³¹ H.R. Wacker, R. Müllejans, K.H. Klein i in., *Identification of Cases of Anxiety Disorders and Affective Disorders in the Community According to ICD-10 and DSM-III-R Using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, „International Journal of Methods in Psychiatric Research” 1992, vol. 2, s. 91-100 – cyt. za: H.U. Wittchen, L. Fehm, *Epidemiology and Natural Course of Social Fears and Social Phobia*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 2003, vol. 108 (Suppl. 417), s. 6.

³² H.U. Wittchen, L. Fehm, *Epidemiology*, s. 6.

³³ Ch. Lane, *Shy on Drugs*, „New York Times” z 21.09.2007, www.nytimes.com (dostęp 12.05.2012).

³⁴ C. Ireland, *Scholars Discuss „Medicalization” of Formerly Normal Characteristics*, „Harvard University Gazette” 2009, April 30 – May 6, s. 11.

³⁵ David Thomas z „The Telegraph” donosi, że zdaniem amerykańskich naukowców oksytocyna, hormon pomagający nawiązać więź emocjonalną pomiędzy matką i dzieckiem, wydzielany w czasie porodu, posiada właściwości redukujące poziom niepokoju i osłabiający fobie. Jak się dowiadujemy z artykułu, zespoły badawcze z Europy, Azji i Ameryki ścigają się w skomercjalizowaniu „Społecznej Viagry” – leku bazującego na tym hormonie. Cytowany w omawianym artykule neurobiolog Paul Zak, który testował lek na setkach pacjentów, stwierdził, że hormon ten ułatwia kontakty z innymi ludźmi, a ponadto lek oparty na oksytocynie nie uzależnia i nie ma żadnych skutków ubocznych. W tym samym artykule podano statystyki epidemiologiczne, które wskazują że „miliony ludzi w Wielkiej Brytanii cierpią z powodu nieśmiałości, a wielu 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 mógłby być rozpylany podczas zamieszek. Zob. D. Thomas, *Shyness Drug Could Boost Confidence*, „The Telegraph” z 22.06.2008, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/northamerica/usa/2175030/Shyness-drug-could-boost-confidence.html> (dostęp 16.05.2012). Z kolei w „London Evening Standard” ukazał się artykuł pt. *Naukowcy odkryli cudowny lek porodowy, który może leczyć nieśmiałość*. W tym artykule zasugerowano, że z powodu nieśmiałości cierpieła 60% Brytyjczyków

dycyny w leczeniu nieśmiałości, tak jak w przypadku wielu innych problemów, ogranicza się do usuwania uciążliwych, ale powierzchownych objawów i ma ona na celu pomóc choremu w jak najszybszym powrocie do „normalnego” funkcjonowania społecznego. W jej przekonaniu leki stosowane w leczeniu fobii społecznej redukują wprawdzie poziom niepokoju, przyczyniają się jednak do ignorowania społecznego wymiaru nieśmiałości, umacniając przekonanie, że jest to problem pojedynczego umysłu, a nie jednostkowa reakcja na współczesne normy i wartości³⁶. Autorka zapewnia, że nie neguje cierpień osób nieśmiałych, stara się jednak pokazać, że ich źródła upatruje się niesłusznie przede wszystkim w jednostce, ignorując przyczyny spoczywające po stronie współczesnej kultury³⁷.

W kontekście diskutowanego problemu zwrócić trzeba uwagę na kryteria, pozwalające odróżnić to, co jest nieśmiałością, od tego, co jest już zaburzeniem psychicznym. Jednoznaczne ustalenie granicy między „zwykłą” nieśmiałością i nieśmiałością patologiczną, a także między poszczególnymi rodzajami zaburzeń psychicznych jest trudne, m.in. dlatego, że strach lub niepokój są normalną, ukształtowaną w toku ewolucji reakcją na zagrożenia. Utrudnia to oddzielenie reakcji mieszczących się w „normie” od reakcji „nienormalnych”. Istnieją ponadto badania, których autorzy sugerują, że nieśmiałości, fobii społecznej i osobowości unikającej nie można traktować jako oddzielnych problemów o osobnej etiologii, ale należy raczej uznać je za ten sam problem o różnym stopniu nasilenia, czy nawet za alternatywne konceptualizacje tego samego zaburzenia³⁸. Jeśli więc przeanalizujemy przytoczone powyżej, kluczowe objawy fobii społecznej, wskazane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) w klasyfikacji DSM-IV R, możemy zauważyć, że wszystkie z nich można uznać także za cechy osoby nieśmiałej. Jak się zatem wydaje, granica między nieśmiałością a zaburzeniem wciąż musi być arbitralnie ustalona przez eksperta, który stwierdza, w jakim stopniu nasilenie objawów stanowi przeszkodę w „normalnym”, codziennym funkcjonowaniu danej osoby. Zauważmy ponadto, że samo kryterium „normy”, kluczowe w podejmowa-

(sic!). Zob. <http://www.thisislondon.co.uk/news/scientists-find-childbirth-wonder-drug-that-can-cure-shyness-6892703.html> (dostęp 16.05.2012). Zwróćmy także uwagę na doniesienia na temat leku Seroxat firmy SmithKline Becham, wykorzystywanego m.in. w leczeniu fobii społecznej: <http://www.independent.ie/national-news/pill-to-melt-shyness-427378.html> (dostęp 16.05.2012). Zauważmy, że lek ten, początkowo prezentowany jako pozbawiony skutków ubocznych, okazał się w niektórych przypadkach niebezpieczny, ponieważ pojawiły się dane na temat zwiększonego ryzyka samobójstwa u leczonych nim chorych (zwłaszcza młodych). Zob. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-432217/Drug-giant-covered-safety-fear-Seroxat.html> (dostęp 16.05.2012).

³⁶ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 139.

³⁷ Tamże, s. 134.

³⁸ D.C. Rettew, *Avoidant Personality Disorder, Generalized Social Phobia, and Shyness: Putting the Personality Back into Personality Disorders*, „Harvard Review of Psychiatry” 2000, vol. 8, no. 6, s. 283-297 – cyt. za: R.E. Hales, N.C. Shahrrok, J.A. Bourgeois, *Study Guide to Psychiatry: A Companion to the American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Arlington 2008, s. 139.

niu decyzji diagnostycznej, jest uwarunkowane kulturowo, a psychiatra czy psycholog odwołuje się do osobistego wyobrażenia „normalnego” funkcjonowania.

Kognitywno-behawioralne i inne psychologiczne terapie nieśmiałości

Kognitywno-behawioralne i inne psychologiczne terapie nieśmiałości stosowane są samodzielnie, a także jednocześnie z leczeniem farmakologicznym³⁹. Susie Scott dyskutuje kwestię rozdziewu między tymi dwoma, różnymi podejściami do interesującego nas problemu, funkcjonującymi na rynku usług medycznych i zwraca uwagę, że jest to jatrogenny efekt rewolucji farmaceutycznej: jej zdaniem, stworzenie takich leków jak Paxil czy Seroxat⁴⁰ oraz wykazanie ich częściowej efektywności w łagodzeniu objawów nieśmiałości, przyczyniło się do ugruntowania poglądu, że fobia społeczna to obiektywnie istniejąca jednostka chorobowa (*disease*)⁴¹.

W przekonaniu Scott ugruntowana obecność tych zaburzeń w świadomości zbiorowej powoduje, że oferta usług proponowanych osobom cierpiącym poszerzana jest o terapie alternatywne w stosunku do klasycznego leczenia psychiatrycznego, opierającego się na farmakoterapii. Kładą one nacisk na introspekcję, refleksyjną analizę osobowości i emocji, a zatem promują podejście charakterystyczne dla „kultury terapeutycznej”. Oferta taka jest alternatywą zwłaszcza dla tych osób, które są niechętne dominacji zorientowanej materialistycznie wiedzy medycznej, w której ramach stany emocjonalne i myśli interpretowane są w kategoriach neurochemicznych. Paradoksalnie jednak, osoby takie wpadają w pułapkę innej wiedzy eksperckiej, pochodzącej od przedstawicieli dyscyplin psychologicznych⁴².

Osobom cierpiącym na chorobliwą nieśmiałość proponuje się odmianę psychoterapii określaną jako „terapia kognitywno-behawioralna”. Opiera się ona na założeniu, że u podstaw wszystkich zaburzeń psychicznych spoczywa zniekształcone i dysfunkcjonalne myślenie, wpływające na nastrój i zachowanie pacjenta. W takim podejściu stosuje się terapię poprzez trening, mającą na celu zastąpienie wyuczonych, negatywnych myśli przez postawy bardziej realistyczne. Zakłada się, że istnieje pewien określony zestaw umiejętności społecznych, których osoby nieśmiałe nie posiadają, ale dzięki ciężkiej pracy mogą te kompetencje osiągnąć, a celem terapii jest przywrócenie pacjenta do „normalnego” funkcjonowania społecznego. Osoby nieśmiałe są więc uczone, że ich skłonność do „bycia cicho”, usu-

³⁹ J. Rabe-Jabłońska, *Fobia społeczna*, s. 165-156.

⁴⁰ Oba preparaty należą do grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) (przyp. red. nauk.).

⁴¹ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 140.

⁴² Tamże, s. 140-141.

niu decyzji diagnostycznej, jest uwarunkowane kulturowo, a psychiatra czy psycholog odwołuje się do osobistego wyobrażenia „normalnego” funkcjonowania.

Kognitywno-behawioralne i inne psychologiczne terapie nieśmiałości

Kognitywno-behawioralne i inne psychologiczne terapie nieśmiałości stosowane są samodzielnie, a także jednocześnie z leczeniem farmakologicznym³⁹. Susie Scott dyskutuje kwestię rozziwu między tymi dwoma, różnymi podejściami do interesującego nas problemu, funkcjonującymi na rynku usług medycznych i zwraca uwagę, że jest to jatrogenny efekt rewolucji farmaceutycznej: jej zdaniem, stworzenie takich leków jak Paxil czy Seroxat⁴⁰ oraz wykazanie ich częściowej efektywności w łagodzeniu objawów nieśmiałości, przyczyniło się do ugruntowania poglądu, że fobia społeczna to obiektywnie istniejąca jednostka chorobowa (*disease*)⁴¹.

W przekonaniu Scott ugruntowana obecność tych zaburzeń w świadomości zbiorowej powoduje, że oferta usług proponowanych osobom cierpiącym poszerzana jest o terapie alternatywne w stosunku do klasycznego leczenia psychiatrycznego, opierającego się na farmakoterapii. Kładą one nacisk na introspekcję, refleksyjną analizę osobowości i emocji, a zatem promują podejście charakterystyczne dla „kultury terapeutycznej”. Oferta taka jest alternatywą zwłaszcza dla tych osób, które są niechętnie dominacji zorientowanej materialistycznie wiedzy medycznej, w której ramach stany emocjonalne i myśli interpretowane są w kategoriach neurochemicznych. Paradoksalnie jednak, osoby takie wpadają w pułapkę innej wiedzy eksperckiej, pochodzącej od przedstawicieli dyscyplin psychologicznych⁴².

Osobom cierpiącym na chorobliwą nieśmiałość proponuje się odmianę psychoterapii określaną jako „terapia kognitywno-behawioralna”. Opiera się ona na założeniu, że u podstaw wszystkich zaburzeń psychicznych spoczywa zniekształcone i dysfunkcjonalne myślenie, wpływające na nastrój i zachowanie pacjenta. W takim podejściu stosuje się terapię poprzez trening, mającą na celu zastąpienie wyuczonych, negatywnych myśli przez postawy bardziej realistyczne. Zakłada się, że istnieje pewien określony zestaw umiejętności społecznych, których osoby nieśmiałe nie posiadają, ale dzięki ciężkiej pracy mogą te kompetencje posiadać, a celem terapii jest przywrócenie pacjenta do „normalnego” funkcjonowania społecznego. Osoby nieśmiałe są więc uczone, że ich skłonność do „bycia cicho”, usu-

³⁹ J. Rabe-Jabłońska, *Fobia społeczna*, s. 165-156.

⁴⁰ Oba preparaty należą do grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) (przyp. red. nauk.).

⁴¹ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 140.

⁴² Tamże, s. 140-141.

wania się w cieniu i pasywności jest objawem błędnego postrzegania siebie i rzeczywistości. Kursy opierające się na terapii kognitywno-behawioralnej są z reguły ograniczone w czasie i zorientowane na rozwiązywanie aktualnych problemów pacjentów poprzez warsztaty grupowe i trening umiejętności społecznych. W terapii kognitywno-behawioralnej pacjent współpracuje z terapeutą, a także wykonuje zadania domowe⁴³. Stawia się tu na szybkie, efektowne zmiany zachowania i stanów emocjonalnych. W ocenie 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 chcących odkrywać głębsze pokłady swojej osobowości⁴⁴. Stosowane w nich praktyki treningowe powodują, że Scott traktuje te kliniki w kategoriach Goffmanowskich instytucji totalnych, podobnie dokonujących określonej restrukturyzacji osobowości⁴⁵. Ukrytą funkcją stosowanych tu terapii jest ponadto „regulowanie racjonalności”, co oznacza eliminowanie lub ukrywanie zachowań społecznie dysfunkcyjnych i uznawanych za irracjonalne.

Rosnąca rola psychoterapii w leczeniu nieśmiałości może być traktowana jako przejaw procesu cywilizowania⁴⁶, który obejmuje historyczne przemiany obyczajów i zachowań, polegające na coraz większym ograniczaniu zachowań impulsywnych, powściągnięciu emocji, a także samoregulacji jednostki. Przejawem tego procesu w społeczeństwie późnej nowoczesności jest reedukacja jednostek za pomocą psychoterapii. Dla tego okresu charakterystyczna jest tzw. kultura terapeutyczna⁴⁷, opierająca się na założeniu, że ludzie sami nie potrafią sobie pomóc, co prowadzi do dominacji różnego rodzaju ekspertów i pozbawiania „pacjentów” autonomii. Próby reedukacji nieśmiałych outsiderów w czasie sesji psychoterapeutycznych można także interpretować w kategoriach władzy dyscyplinującej Michela Fou-

⁴³ Więcej o terapii poznawczo behawioralnej na stronie Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej: <http://www.pttpb.pl/pl/czym-sa-terapie-poznawczo-behawioralne-psychoedukacja> (dostęp 16.05.2012).

⁴⁴ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 141.

⁴⁵ W innej publikacji S. Scott zauważa, że klasyczne instytucje totalne, charakteryzujące się przymusowością, są zastępowane przez instytucje względnie dobrowolne, których celem jest modyfikowanie wzorów myślenia i postaw. Proponuje dla nich nową nazwę w brzmieniu Reinventive Institutions. Obejmują one osoby dążące do samodoskonalenia, nie zaś – jak w klasycznych instytucjach totalnych – jednostki z ograniczoną autonomią, które podlegają brutalnej resocjalizacji. W instytucjach totalnych nowego typu kontrola społeczna opiera się na wzajemnym nadzorze. Por. S. Scott, *Revisiting the Total Institution: Performative Regulation in the Reinventive Institution*, „Sociology” 2010, vol. 44, no. 2, s. 213-231.

⁴⁶ N. Elias, *Przemiany obyczajów w cywilizacji zachodu*, tłum. T. Zabłudowski, PIW, Warszawa 1980.

⁴⁷ F. Furedi, *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, London 2004.

caulta⁴⁸. Odwołując się do poglądów tego autora, możemy stwierdzić, że ciało człowieka (a wraz z nim jego osobowość) zostało poddane w nowożytnych społeczeństwach praktykom „biowładzy”, która przetwarza je w taki sposób, aby wyglądało i zachowywało się odpowiednio. Praktyki stosowane w terapii nieśmiałości mogą być traktowane jako forma resocjalizacji dewiantów w stronę zachowań bardziej „normalnych”. Scott określa to jako uporządkowaną produkcję zadowolonych, towarzyskich i społecznie zintegrowanych jednostek⁴⁹.

Samopomoc i samokontrola

Dyscyplinująca władza medycyny według Foucaulta przejawia się nie tylko poprzez dominację ekspertów oraz kontrolę sprawowaną nad pacjentami przez lekarzy, ale także manifestuje się poprzez rozpowszechnione w kulturze wartości. Zauważmy, że informacje o zdrowiu i chorobie są obecne we wszystkich mediach, a dyskurs medyczny stał się fundamentalnym elementem kultury masowej. Przejawia się to m.in. wzrastającą heterogenicznością wytwarzania i dystrybucji wiedzy medycznej, a także szerszym do niej dostępem. W efekcie dysponujemy coraz większą liczbą zróżnicowanych źródeł wiedzy na tematy zdrowotne. Zjawisko to obserwować możemy przede wszystkim w cyberprzestrzeni, gdzie powstaje wiele stron internetowych, zarówno rządowych, jak i zakładanych przez firmy farmaceutyczne, organizacje pacjentów czy grupy wsparcia (np. fora, na których dyskutują osoby cierpiące na taką samą chorobę), które oferują wiedzę na temat zdrowia i choroby. Scott twierdzi, że fizyczny, psychiczny i emocjonalny dobrostan jest na ich łamach przedstawiany jako imperatyw kulturowy, a jego osiągnięcie traktuje się jako cel o charakterze moralnym⁵⁰, zachęcając współczesnego człowieka do poddawania się szeregowi praktyk dyscyplinujących (odchudzania się, ćwiczeń, zażywania suplementów diety, stosowania porad wyczytywanych z poradników psychologicznych etc.) po to, aby odnaleźć mitycznego „Świętego Graala”, za jakiego uważa się absolutne zdrowie. Analizując poradniki dla osób nieśmiałych cytowana autorka stwierdza, że problem nieśmiałości definiowany jest w nich w kategoriach braku odpowiednich umiejętności społecznych, a jako metodę uwolnienia od strachu przed różnorodnymi sytuacjami społecznymi wskazuje się zmianę wyuczonych, dysfunkcyjnych reakcji psychicznych, fizycznych i behawioralnych. Kluczem do sukcesu w przełamywaniu dysfunkcyjnych nawyków jest silna wola, motywacja i praktyka (np. przez umawianie się na randki z przyjaciółmi).

⁴⁸ M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, PIW, Warszawa 1987; M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komendant, Aletheia, Spacja, Warszawa 1993.

⁴⁹ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 144.

⁵⁰ Tamże, s. 145.

Nieśmiałość jest tu traktowana jako problem irracjonalnej psychiki, możliwy do rozwiązania na poziomie jednostkowym przez zmianę zachowania. Zadanie to mają ułatwić poradniki książkowe i internetowe, fora internetowe, sieciowe grupy dyskusyjne etc. Nieśmiałość przedstawiana jest w nich jako zaburzenie (nawet jako poważna choroba) o wyniszczających konsekwencjach. Otrzymujemy w nich także komunikat, że pokonanie strachu przed ludźmi dzięki stosowaniu różnych praktyk dyscyplinujących pomoże nam osiągnąć wiele kulturowo cenionych celów (dobra praca, udane, bliskie relacje z innymi etc.). Poradniki, źródła internetowe przedstawiają zatem interesujące nas techniki „samonadzoru” jako narzędzie wyzwolenia: specyficzne „terapię wolności” pomagające w samorealizacji⁵¹.

Medykalizacja nieśmiałości: „rozgrzeszenie” społeczeństwa?

O społecznych uwarunkowaniach nieśmiałości świadczy to, że zjawisko to nie zawsze było traktowane jako zaburzenie, a nawet jako problem. Susie Scott cytuje badania Patricii McDaniel, która przeanalizowała 191 książek i poradników wydanych w latach 1950-1990 w celu ukazania kulturowych i historycznych uwarunkowań sposobów postrzegania tego fenomenu. Zwróciła ona uwagę, że w latach 50. kobiety były zachęcane do bycia „dobrymi żonami”, skromnie ustępującym miejsca mężczyznom. Onieśmielenie kobiet i dzieci oceniano wówczas jako cechę uroczą (*cute*) i tylko u mężczyzn było ono postrzegane jako cecha negatywna. W latach 80. i 90. autorzy poradników nieśmiałość zaczęli definiować jako „nieumiejętność otwierania się na innych, empatycznego słuchania, a także zachowania się w sposób asertywny”⁵². Dyskurs o nieśmiałości stał się wówczas neutralny płciowo, a także stopniowo ugruntowało się przekonanie, że nieśmiałość to podstępna epidemia, która potencjalnie zagraża nam wszystkim⁵³. W tym kontekście warto postawić pytanie, jakie cechy współczesności sprawiają, że coraz więcej osób odczuwa lęk przed kontaktami społecznymi? Susie Scott stwierdza, że rosnąca współcześnie ranga problemu nieśmiałości jest efektem wszechobecnej dezaprobaty wobec jednostek, które nie potrafią sprostać wymaganiom stawianym przez współczesne społeczeństwa⁵⁴. Nieśmiałość zagraża przecież dynamice

⁵¹ Tamże, s. 145.

⁵² P.A. McDaniel, *Shrinking Violets and Casper Milquetoasts: Shyness and Heterosexuality from the Roles of the Fifties to the Rules of the Nineties*, „Journal of Social History” 2001, vol. 34, no. 3, s. 547-568 – cyt. za: S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 137.

⁵³ Tamże, s. 138. S. Scott cytuje badania P. Zimbardo i L. Henderson wskazujące, że za nieśmiałych uważa się nawet 50% uczniów college'ów. Ich zdaniem wzrost występowania nieśmiałości to nie tylko przejaw osobistych problemów jednostek, ale także patologii o charakterze społecznym. Autorzy ci zwracają uwagę, że problem nieśmiałości staje się zagrożeniem dla zdrowia publicznego, ponieważ wydaje się osiągać rozmiary epidemii. Cyt. za: tamże, s. 136-137.

⁵⁴ Tamże, s. 134.

interakcji społecznych i porządkowi społecznemu. Jednak winą za ten stan rzeczy obarcza się jednostkę, ignorując społeczne przyczyny nieśmiałości. Jak wcześniej wspomnieliśmy, koncentrację na jednostkowym wymiarze nieśmiałości ułatwia zmedykalizowany sposób ujmowania tego problemu, w którego ramach rynek usług medycznych i firmy farmaceutyczne proponują leki i suplementy diety, mające utrzymać nas w dobrej formie fizycznej, specyfiki i terapie na odchudzanie, operacje plastyczne, treningi osobowości i leki antydepresyjne. Zgodnie z zasadą *pill for every ill*⁵⁵ każda dolegliwość, którą firmy farmaceutyczne uznają za obiecujący rynek zbytu, doczeka się leku oraz innych różnorodnych terapii. Ofertę taką wypracowano także w odniesieniu do nieśmiałości. Jednak krytycy medykalizacji nieśmiałości proponują alternatywną, niemedyczną interpretację tego problemu. Zwracają uwagę, że wycofanie i ambiwalencja jednostek w kontekście interakcji społecznych może być logiczną odpowiedzią na gwałtowną kulturową zmianę⁵⁶ oraz zrozumiałą reakcją na określone, związane z nią wyzwania, takie jak np. konieczność autoprezentacji, pracy w wymagającym zespole, rozmowy z osobą uważaną za autorytet, zwłaszcza w kontekście świadomości ograniczoności własnych kompetencji. Należy jednak zauważyć, że o ile jeszcze niedawno nieśmiałość była interpretowana jako wyraz skromności i taktu, to obecnie w kulturze zachodniej traktowana jest jako wada. Wiąże się to z jej silnym ukierunkowaniem na konkurencję i materialne bogactwo. W takim kontekście zwraca się szczególną uwagę na to wszystko, co może osłabić szanse jednostki w wyścigu po sukces zawodowy i osobisty. Scott zwraca ponadto uwagę, że współczesną kulturę charakteryzuje „obsesja wyrażania siebie i komunikacji”⁵⁷. I rzeczywiście, psychologowie, „trenerzy osobici”, „coache” i inni eksperci przekonują, że obowiązuje zasada – „jak cię widzą, tak cię piszą”, a zatem umiejętność zarządzania wizerunkiem, asertywność, przebojowość i umiejętność „sprzedania siebie” stają się konieczne, by efektywnie osiągać wyznaczone cele. W społeczeństwie, w którym niemal wszyscy znają się na wszystkim (a przynajmniej próbują sprawiać takie wrażenie), osoby rzetelne, mające świadomość ograniczoności własnej wiedzy i umiejętności mogą zastanawiać się, czy potrafią adekwatnie zachować się w określonych sytuacjach, czy są wystarczająco zaradne i kompetentne. „Epidemia” nieśmiałości może być zatem skutkiem przekształcania się środowiska społecznego w taki sposób, że staje się ono coraz mniej przyjazne, a zarazem bardziej wymagające, tym samym nabiera cech powodujących, że coraz mniej ludzi potrafi samodzielnie dawać sobie w nim radę.

⁵⁵ D.J. Triggler, *Treating Desires Not Diseases: A Pill for Every Ill and an Ill for Every Pill?*, „Drug Discovery Today” 2007, vol. 12, no. 3/4, s. 161-166, <http://www.columbia.edu/cu/biology/courses/w4200/pillforeveryill.pdf> (dostęp 9.05.2012).

⁵⁶ S. Lasch, *The Minimal Self: Psychic Survival in Troubled Times*, W.W. Norton, New York 1984 – cyt. za: S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 139.

⁵⁷ Tamże.

W zmedykalizowanym społeczeństwie norma i dewiacja zostały precyzyjnie skodyfikowane i w związku z tym ludzie zostali zobowiązani do podejmowania określonych działań, nakierowanych na zmianę zachowań dewiacyjnych; dotyczy to również zachowań nieśmiałych. Zobowiązanie to należy także do konsekwencji diagnozy psychiatrycznej, która prowadzi do reifikacji określonych zachowań, tzn. ich przekształcenia w obiektywnie istniejące „choroby”, czego dalszą konsekwencją jest obowiązek wyodrębnionej w ten sposób grupy „dewiantów” podjęcia „leczenia”. Przykład takiego podejścia odnajdujemy na stronie internetowej *Anxiety and Depression Association of America*, gdzie napisano, że „zaburzenia niepokoju są prawdziwe, poważne i uleczalne”⁵⁸.

Zauważmy ponadto, że współczesna kultura, posiłkując się medycyną, znacząco zawężyła obszar zmienności osobniczej, mieszczącej się jeszcze w normie. Także dlatego rosnąca grupa ludzi otrzymuje zobowiązanie do „wzięcia się za siebie”. Jedni muszą schudnąć czy zoperować nos, inni stać się bardziej asertywni, inni z kolei muszą zacząć brać leki, gdyż są zbyt żywiołowi, lub odwrotnie – zbyt ospali czy smutni. Oczywiście jednostki nie zostają same ze swoimi problemami – na ich spotkanie wychodzi kultura terapeutyczna, z rozbudowanym „przemysłem terapeutycznym”, medycyną, psychologią, doradztwem psychologicznym etc. Scott zwraca jednak uwagę, że nie wszyscy godzą się na zmedykalizowane traktowanie swojej osobowości, stanowiąc grupę „potencjalnych pacjentów”, którzy nie chcą interpretować swoich doświadczeń w kategoriach medycznych i odporni są na autorytarny przekaz, promujący zmedykalizowany obraz ludzkich zachowań, postaw, czy tożsamości. Jeśli zbiorowość jednostek o takich przekonaniach osiągnie masę krytyczną, rozwój epidemii może w jej przekonaniu zostać powstrzymany. A zatem kulturowy klimat niepokoju we współczesnym społeczeństwie ryzyka zachęca do poszukiwania medycznych interpretacji ludzkich problemów i ich medycznego leczenia (dotyczy to także nieśmiałości), ale również powoduje, że zwraca się uwagę na zagrożenia, jakie niesie ze sobą medycyna. Także Scott na podstawie własnych badań dotyczących samodefinicji osób nieśmiałych stwierdza, że niektóre z nich opierają się dominującemu obecnie, biomedycznemu podejściu do nieśmiałości. Charakteryzują się one dumą z własnej nieśmiałej tożsamości, podkreślają jej pozytywne konotacje np. skromność, wrażliwość, sumiennność, a także prezentują pogląd, że nieśmiałość przyczynia się do głębszego zrozumienia siebie. Według takich osób problem nie polega na tym, co czują i jak funkcjonują nieśmiali, ale na tym, jak odnoszą się do nich inni (ekstrawertycy), którzy wśród zamkniętych w sobie introwertyków mogą czuć się „dziwnie” i reagować na ich obecność złością⁵⁹.

Sumując, zauważmy, że medykalizacja prowadzi do obarczenia jednostki winą za jej niepowodzenia. Wróćmy do postawionego powyżej pytania o rolę

⁵⁸ Zob. www.adaa.org/understanding-anxiety/social-anxiety-disorder (dostęp 16.05.2012).

⁵⁹ S. Scott, *The Medicalisation of Shyness*, s. 148.

współczesnego systemu społecznego w genezie analizowanego zjawiska. Może to właśnie społeczeństwo coraz większą grupę ludzi „wysyła na zieloną trawkę”, czyni ich zbędnymi i może właśnie dlatego stają się oni coraz bardziej nieśmiali? Bo przecież, aby dostać nawet słabo płatną pracę, ale z umową na stałe, musimy pokonać coraz więcej ludzi, wykazać się coraz większymi kompetencjami, doświadczeniem, dyspozycyjnością, poświęceniem, a nawet entuzjazmem. Nietrudno zrozumieć, że niektórzy ludzie mają w takiej sytuacji coraz mniej nadziei na osiągnięcie sukcesu.