

Łukasz Andrzejewski
Dolnośląska Szkoła Wyższa

DOI: <https://doi.org/10.18778/1733-8069.13.1.03>

Zagadka społeczeństwa terapeutycznego: historia, konteksty, praktyka

Abstrakt Niniejszy artykuł jest próbą kontekstowej prezentacji i krytycznej analizy społeczeństwa terapeutycznego. Bazując na trzech zastrzeżeniach związanych z pracą Katie Wright, prezentuję zwięzłą historię idei społeczeństwa terapeutycznego w perspektywie zmian społecznych i kulturowych, począwszy od drugiej połowy lat 60., oraz przemian w obszarze zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. Główni teoretycy „zwrotu terapeutycznego”, Thomas Szasz, Philip Rieff i James L. Nolan, których prace stanowią główną inspirację dla Wright, postrzegają społeczeństwo terapeutyczne jako niepokojące zjawisko nierozzerwalnie związane z kondycją amerykańskiej psychiatrii początków drugiej połowy XX wieku. W niniejszym artykule proponuję odmienne podejście od dominującego kanonu interpretacji, dlatego w drugiej części przedstawiam analizę fenomenu Prozacu, symptomatyczną dla zjawiska społeczeństwa terapeutycznego. Następnie, badając kontekst omawianego zjawiska, przywołuję koncepcję *healthismu* Roberta Crawforda. W czwartej części koncentruję się na problemie pozytywnej interpretacji społeczeństwa terapeutycznego w perspektywie koncepcji *Health-in-All-Policies*, stanowiącej udaną próbę redefinicji społecznego znaczenia zdrowia. W ostatniej części prezentuję *Strategię walki z rakiem w Polsce 2015–2024* jako przykład pozytywnej interpretacji społeczeństwa terapeutycznego, której podstawowy sens zasadza się na solidarności pomiędzy światem zdrowych a mniejszością ludzi chorych.

Słowa kluczowe społeczeństwo terapeutyczne, medykalizacja, kultura terapeutyczna, *healthism*, polityka zdrowotna

Łukasz Andrzejewski, adiunkt w Instytucie Psychologii DSW we Wrocławiu, zainteresowany politycznymi aspektami ochrony zdrowia, szczególnie chorób przewlekłych. Autor Polityki Nowotworowej (2012). Stypendysta m.in. MNiSW, Fundacji Kościuszkowskiej oraz Instytutu Nauk o Człowieku w Wiedniu. Prezes Fundacji Polska Liga Walki z Rakiem.

Adres kontaktowy:

Instytut Psychologii, Wydział Nauk Pedagogicznych
Dolnośląskiej Szkoły Wyższej
ul. Strzegomska 55, 53-611 Wrocław
e-mail: lukasz.andrzejewski@dsw.edu.pl

Idée utrwalone przez wieloletnią praktykę, mimo nawet oczywistego wyczerpania, stanowią zawsze ciekawszy, bo bliższy doświadczeniu punkt odniesienia tak w refleksji, jak i w działaniu. Nie inaczej jest w przypadku fenomenu społeczeństwa terapeutycznego, którego kontekstowej prezentacji i analizie poświęcony jest niniejszy artykuł.

Główną inspiracją do podjęcia tego problemu była lektura interesującej książki Katie Wright *The Rise of the Therapeutic Society* (2010), która stanowi udaną, choć niepozbawioną słabych punktów analizę

dyskursu społeczeństwa terapeutycznego na przykładzie Australii. Ta obszerna praca, oprócz niewątpliwych walorów poznawczych, prowokuje do zadania kilku pytań związanych ze specyfiką relacji pomiędzy medycyną i polityką. Wright, co szczególnie istotne, prezentuje społeczeństwo terapeutyczne przede wszystkim jako fenomen kulturowy, silnie związany z atmosferą lat 70. i 80. XX wieku, niewystarczająco akcentując związek tej koncepcji z przemianami w obszarze zdrowia publicznego, ekonomiki i organizacji ochrony zdrowia oraz polityki zdrowotnej.

Spółeczeństwo terapeutyczne jest pojęciem bardzo kłopotliwym zarówno jeśli idzie o genezę, jak i kontekst teoretyczny. W literaturze socjologicznej, kulturoznawczej, psychologicznej i antropologicznej występuje często obok lub jako synonim innych, podobnie niejasnych pojęć, jak „kultura terapeutyczna”, „państwo terapeutyczne” i „wspólnota terapeutyczna” czy „paradygmat terapeutyczny” (Rieff 1966; Szasz 1984; Nolan 1998; Lane 2007; Lasch 2016). Trudno jest też jednoznacznie wskazać zarówno jedną wspólną definicję, nie ograniczając się przy tym do ogólnikowych sformułowań związanych z „transformacją kultury medycznej”, „ekspansją rynku usług medycznych i produktów farmaceutycznych” albo „przemianami podmiotowości”, jak i określić faktyczny zasięg, którego z kolei nie można sprowadzać wyłącznie do szeroko rozumianego obszaru zdrowia psychicznego. Mimo że faktycznie problem społeczeństwa terapeutycznego jest bardzo często wiązany ze zmianami w obszarze psychiatrii, zwłaszcza amerykańskiej, to jest to koncepcja o zdecydowanie szerszym znaczeniu (Szasz 1984; Lane 2007; Frances 2013). Dotyczy bowiem nie

tylko sfery somatycznej i psychicznej, rozpatrywanych oddzielnie, lecz przede wszystkim relacji między nimi, która buduje tożsamość i odpowiada za kondycję podmiotu. Swoje szczególne zastosowanie koncepcja społeczeństwa terapeutycznego znajduje w odniesieniu do tych dziedzin medycyny i jednocześnie poziomów zbiorowej wyobraźni, które, jak na przykład onkologia czy geriatryka, są niezwykle mocno obciążone społecznymi emocjami.

Analizę społeczeństwa terapeutycznego chciałbym zacząć od propozycji wyjściowej definicji oraz przedstawienia kilku zastrzeżeń porządkujących dalsze rozważania. Proponuję spojrzeć na społeczeństwo terapeutyczne jako na szczególną strategię z jednej strony afirmacji, a z drugiej dystrybucji i jednocześnie kontroli całego spektrum indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych (psychicznych i somatycznych), a także – wyobrażeń na ich temat. Na wstępie trzeba też zaznaczyć, że społeczeństwo terapeutyczne nie jest wyłącznie, jak sugeruje w swojej monografii Wright, zjawiskiem związanym z konserwatywnymi krytykami nowoczesnej kultury autorstwa Lascha, Nolana, Szasza i Rieffa. Wyrażana przez nich, przy wszystkich różnicach w poglądach, fundamentalna nieufność wobec „narcystycznego indywidualizmu”, konsumpcyjnego podejścia do własnego zdrowia czy fetyszyzacji pracy nad sobą nie stanowi pełnego uzasadnienia dla fenomenu społeczeństwa terapeutycznego. W analizach społeczeństwa terapeutycznego silnie obecne jest również stanowisko podkreślające jego wymiar funkcjonalny. W modelu terapeutycznym szczególny nacisk kładziony jest na relacje: ich budowę, specyfikę, kierunki rozwoju i dynamikę. Mając kontrolę nad tą sferą, państwo

zyskuje jednocześnie narzędzia, by tworzyć wzorce odpowiednich zachowań, na przykład normy psychicznej albo właściwej masy ciała, oraz w razie potrzeby, skutecznie je korygować (por. Horowitz 2000: 94–95).

Po drugie, społeczeństwo terapeutyczne nie jest zjawiskiem samoistnym i oderwanym od dyskusji w obszarze nie tylko socjologii i antropologii medycyny, lecz również – polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego. W niniejszym artykule, komentując ideologię *healthismu*, wskazuję nie tylko różnice, lecz przede wszystkim wspólne konteksty związane z przekształceniami zdrowia publicznego.

Po trzecie, momentami kasandryczny ton pisarstwa Szasza, Rieffa i Lascha jest mylący. Sugeruje bowiem, że społeczeństwo terapeutyczne to zjawisko, które, jako alienujące i niszczące głębsze relacje między ludźmi, można interpretować wyłącznie negatywnie. I faktycznie, zniuansowana krytyka omawianej koncepcji pojawia się również w polskiej literaturze przedmiotu. Tomasz Gabiś i Mateusz Rolik (2012) w swoim komentarzu koncentrują się na kluczowym motywie pisarstwa Thomasa Szasza: medycyna, a właściwie cała ochrona zdrowia staje się narzędziem biznesowej ekspansji przemysłu farmaceutycznego. W interesie *Big Pharma* leży nie tylko pobudzanie potrzeb zdrowotnych i utrzymywanie związanego z tym odpowiednio wysokiego społecznego napięcia, ale też zdobywanie nowych obszarów, które dotychczas nie znajdowały się pod wpływem medycyny. Gabiś i Rolik słusznie wskazują również na wieloznaczność zmiany statusu zdrowia, postrzeganego obecnie jako sprawa nie prywatna, lecz publiczna. Z jednej strony oznacza

to zwiększenie indywidualnego i populacyjnego bezpieczeństwa, zwłaszcza na poziomie epidemiologicznym. Natomiast z drugiej strony wskazywana w artykule zmiana oznacza również zwiększoną ekspozycję na działania marketingowe koncernów farmaceutycznych, których celem jest przede wszystkim generowanie zysków.

W ostatniej i bardziej praktycznej części artykułu, analizując proces powstawania *Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024*, staram się wykazać, że społeczeństwo terapeutyczne nie jest koncepcją wyłącznie historyczną, specyficzną dla dyskusji w polu psychiatrii i szeroko rozumianej kultury medycznej drugiej połowy XX stulecia. Twierdzę bowiem, że społeczeństwo terapeutyczne oraz powiązane z tym fenomenem konteksty mogą stanowić ważny i pozytywny punkt odniesienia w konstruowaniu programów polityki zdrowotnej i społecznej.

Medykalizacja, czyli codzienność jako przypadek kliniczny

Refleksje na temat społeczeństwa terapeutycznego przedstawione przez Szasza, Nolana, Rieffa i Lascha tworzą razem ilustrację bardziej generalnego procesu właściwego współczesnej kulturze, w którym dochodzi do transformacji, a następnie zastąpienia przez dyskurs medyczny relacji regulowanych dotychczas przez tradycję, prawo i religię (Szasz 1977:122). To przesunięcie, oprócz trudnych do zakwestionowania związków z rozwojem późnonowoczesnego indywidualizmu, ma również inny, nieco bardziej złożony kontekst, który chciałbym w tym miejscu zrekonstruować i skomentować (por. Jacyno 2007: 134–153). Obecna w pracy Wright

transformacja, o której wspomina Szasz i która stała się jednocześnie punktem wyjścia jego rozbudowanego projektu krytyki społecznej, dotyczy przede wszystkim konstrukcji podmiotowości. Zdaniem Szasza to nie moralność i tradycja ani nie prawo, religia i polityka, jak jeszcze w pierwszej połowie XX wieku, lecz – rozumiana coraz szerzej – kondycja psychofizyczna stanowi dzisiaj podstawowy wyznacznik podmiotowości.

Człowiek końca XX i początków XXI wieku, co stanowi jeden z najważniejszych paradoksów współczesności, mimo rozwoju wiedzy, mimo zmiany modelu pracy w większości rozwiniętych krajów świata, narażony jest na poważne i wciąż pogłębiające się ryzyka. „Ryzyka cywilizacyjne – podkreśla Ulrich Beck – są beczką bez dna, nie mają końca, są nieograniczone i samoodnawiające się” (2004: 32). Dawne, jak i przede wszystkim ciągle źródła zagrożenia (od broni jądrowej, GMO, pestycydów, smogu, po HPV i tzw. „solo-terrorizm”), mimo prawnych i instytucjonalnych gwarancji bezpieczeństwa realizowanych przez liczne organizacje międzynarodowe, jak NATO, OECD czy WHO, mają bezpośredni wpływ na doświadczenie jednostek i grup społecznych. Analizy czynników ryzyka, stanowiące osobny i bardzo dochodowy obszar gospodarki, wyrażane najczęściej językiem eksperckim, pozostają niezrozumiałe dla większości odbiorców, co tylko wzmacnia poczucie zagrożenia (por. Beck 2004: 72). Tymczasem natura ryzyka jest uniwersalna i, jak pisze Beck, zrównująca: „położenia wyznaczone stopniem zagrożenia nie dają się bowiem ująć jako położenia klasowe, zaś konflikty w takich społeczeństwach nie są konfliktami klasowymi” (2004: 48). Wielość rodzajów i wszechobecność

ryzyka, co w kontekście niniejszych rozważań ma szczególnie istotne znaczenie, sprzyja pojawianiu się spiskowych teorii, jak choćby ta, w myśl której choroby nowotworowe są „na rękę” korporacjom farmaceutycznym, które w trosce o własne zyski blokują powstanie właściwego leku na raka albo celowo „kreują” epidemie, by następnie czerpać z tego powodu profity.

Jedną z odpowiedzi na zwiększone i wielostronne ryzyko, stanowiące ważny element *Zeitgeistu* współczesności, jest medykalizacja, kolejne ważne pojęcie antropologii, socjologii i psychologii, którego znaczenie i wymiar warto w tym miejscu dookreślić. W niniejszym podrozdziale korzystam ze wskazówek Magdaleny Wieczorkowskiej (2012) zawartych w bardzo detalicznej pracy poświęconej medykalizacji w amerykańskiej literaturze socjologicznej.

Spośród wielu konceptualizacji medykalizacji doskonale opisanych przez Wieczorkowską chciałbym zwrócić szczególną uwagę na propozycję Petera Conrada, którego interdyscyplinarne spojrzenie na omawiany problem można opisać w dwóch podstawowych perspektywach. Po pierwsze – „medykalizacja opisuje proces, w ramach którego kwestie nie będące przedmiotem zainteresowania medycyny zaczynają być definiowane, najczęściej jako choroby bądź zaburzenia, i traktowane jako problemy medyczne” (Conrad 2007: 4 [tłum. własne]). Przykładów skutecznej medykalizacji, które przywołuje Conrad, jest wiele. Przede wszystkim lęk, nastrój (zwłaszcza obniżony), ale też menstruacja, poród i antykoncepcja, bezpłodność, menopauza, alkoholizm, łysienie, zaburzenia erekcji, starzenie się, a nawet śmierć (Conrad 2007: 4, 144; por. Gabiś, Rolik 2012). Do tego

zestawu z pewnością trzeba dodać sztandarowe dla medykalizacji kwestie związane z problemem trudności w koncentracji u dzieci, nieśmiałość oraz otyłość (Searight, McLaren 1998; Lane 2007; Blackburn 2011). Niezależnie jednak od ujęcia teoretycznego, co stanowi pierwszy istotny wniosek, medykalizacja dotyczy w równym stopniu sfery psychicznej, jak i somatycznej (Lane 2007; Wieczorkowska 2015).

Druga perspektywa sygnalizowana przez Conrada podkreśla znaczenie związku medykalizacji i dyskursu moralnego. „Zachowania dotychczas definiowane jako niemoralne, grzeszne bądź przestępcze zyskały [nowe – przyp. autora] medyczne znaczenie, stając się zjawiskami patologicznymi” (Conrad 2007: 6 [tłum. własne]). Ten kontekst medykalizacji znajduje szczególnie ciekawe rozwinięcie w propozycji Christophera Lascha, którą omawiam w drugiej części niniejszego podrozdziału. Oprócz kłopotów z koncentracją i otyłością, która stała się przedmiotem szczególnie intensywnej medykalizacji, zyskując z czasem w Stanach Zjednoczonych i nie tylko status „choroby cywilizacyjnej” (podobnie jak choćby choroby nowotworowe), ciekawym, bo nie tak oczywistym problemem jest zmiana w postrzeganiu nieśmiałości (Gabiś, Rolik 2012).

Na gruncie współczesnej psychologii nieśmiałość wiązana jest przede wszystkim z introwersją, która stanowi jedną z podstawowych cech osobowości. Rozumiana jako właściwość podmiotowa, której praktycznymi wyznacznikami są między innymi ostrożność w kontaktach z innymi, wycofanie i wstydlivość, nieśmiałość nie ma w psychologii statusu ani patologii, ani nawet zaburzenia (Manning, Ray 1993; Studenski, Studenska 2010). Tymczasem

to, co wydaje się zupełnie neutralnym elementem codziennego doświadczenia, samotność czy wstrzeźliwość bądź nawet niechęć do nawiązywania bliższych relacji, w latach 80. – dzięki systematycznej medykalizacji – jak na przykład „fobia społeczna”, stało się trwałym elementem psychiatrycznego przewodnika diagnostycznego (DSM) (por. Lane 2007: 2, 83). „Umedycznienie”, by posłużyć się sformułowaniem Wieczorkowskiej (2012), dotyczyło w przeszłości wielu innych zjawisk bądź typów zachowań, które obecnie uznawane są za zaburzenia i leczone za pomocą farmakologii bądź psychoterapii. Lane na samym początku swojej książki o nieśmiałości przywołuje zasłyszane zdanie, które może uchodzić za lapidarne podsumowanie rozważań nad medykalizacją: „Używalimy kiedyś [odpowiedniego – przyp. autora] słowa na określenie cierpiących z powodu ADHD. Nazywalimy ich *chłopcami*” (Lane 2007: 3 [tłum. własne]).

Medykalizacja to jednak nie tylko kwestia ekspansji i transformacji znaczenia wielu terminów medycznego słownika, ale też jeden z kluczowych kontekstów funkcjonowania wielkich graczy rynku farmaceutycznego. Zróznicowanie i konkurencja na rynku depresji albo lęku, o którym pisze Conrad, ma za zadanie nie tyle podnieść jakość pomocy udzielanej chorym, ale przede wszystkim – zwiększyć ceny akcji i wartość całego przedsiębiorstwa. Co szczególnie interesujące, globalne koncerny farmaceutyczne, oprócz sprzedaży swoich produktów, inwestują ogromne środki w badania nad zmianami potrzeb zdrowotnych, które swoim rozmachem i budżetem nierzadko przekraczają akademickie projekty. Badają w związku z tym jednak nie tylko rejestry medyczne monitorujące stan

zdrowia populacji, ale przede wszystkim – nastroje opinii publicznej. Diagnostują lęki, nadzieje i frustracje, dzięki temu zyskują informacje umożliwiające medykalizację kolejnych obszarów i poziomów codziennego życia.

Często efekty takich działań są paradoksalne. Na przykład bardzo uciążliwe doświadczenie nietrzymania moczu, dzięki intensywnej kampanii reklamowej jednego z produktów leczniczych, zyskało w Polsce publiczną widzialność, zapewne istotnie przyczyniając się do zmniejszenia poczucia wstydu u osób zmagających się z inkontynencją. Oczywiście producent reklamowanego preparatu chciał dzięki przemyślanej kampanii zwiększyć swoje zyski, redukując jednocześnie problem nietrzymania moczu jedynie do kwestii związanych z menopauzą, która stanowi jeden z wielu bardzo różnych czynników sprzyjających pojawieniu się inkontynencji.

Ostatni i nieco paradoksalny kontekst medykalizacji, na który chciałbym zwrócić uwagę, mający jednocześnie szczególnie istotne znaczenie dla koncepcji społeczeństwa terapeutycznego, dotyczy specyfiki relacji pomiędzy medycyną a jednostką. Mimo ciągłego wzrostu znaczenia, medycyna jest dzisiaj znacznie bliżej codziennego doświadczenia niż kiedykolwiek wcześniej. „Religijny” i nieco tajemniczy obraz profesji medycznej ustępuje miejsca popularyzacji i komercjalizacji tej dziedziny wiedzy (por. Domaradzki 2013). Lekarze, wspomina o tym również w swojej monografii Katie Wright, mają swoje stałe rubryki w prasie pozamedycznej. Prowadzą również blogi z poradami na temat zdrowego stylu życia oraz programy telewizyjne, często o charakterze *reality show*, w których oprócz promocji swo-

jej działalności popularyzują wiedzę medyczną, na przykład z obszaru chirurgii estetycznej¹. Efektem działalności lekarzy poza sferą kliniczną i naukową, zasługującym *notabene* na osobne opracowanie, jest pojawienie się przekonania, że przedmiot medycyny wcale nie jest tak bardzo ścisły, jak mogłoby się wydawać, a lekarz jest, albo przynajmniej może być, powiernikiem w rozwiązywaniu problemów wykraczających poza granicę jego profesji. Redukcja dystansu pomiędzy sferą medycyny a egzystencjalnym doświadczeniem jednostki jest symptomem głębszej zmiany, którą opisał i skomentował w szerszym kontekście Christopher Lasch (2015).

Zdrowie, zarówno somatyczne, jak i psychiczne, staje się rodzajem „bizuterii”, wyróżniającym jednostki oraz dowodem przynależności do określonej klasy społecznej, która może sobie pozwolić, co ma znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji w USA, na „luksus” bycia zdrowym (por. Kwiatkowska-Moskalewicz 2016). W bardzo zniuansowanej analizie Lascha kluczową rolę odgrywa tu przymiotnik „terapeutyczny”, który od końca lat 60., zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, znajduje zastosowanie poza obszarem ochrony zdrowia, medycyny, a nawet psychologii. Amerykańscy krytycy społeczni, Lasch, Rieff i Szasz, bardzo skutecznie i trwale włączyli ten przymiotnik do dyskursu moralnego, a w następnej kolejności – politycznego.

W *Kulturze narcyzmu* Christopher Lasch, jeden z najważniejszych teoretyków „przełomu terapeutycznego”, komentując znaczenie i dziedzictwo rewolucji 1968 roku, wspomina, że „współczesne nastroje

¹ W Polsce ogromną popularnością cieszył się program telewizyjny *Sekrety chirurgii* emitowany na antenie TVN Style.

społeczne sprzyjają bardziej terapii niż religii. Radykalizm lat 60. dwudziestego stulecia służył tym, którzy wyznawali go z osobistych, a nie politycznych powodów, nie jako substytut religii, ale jako forma terapii” (2015:33; por. Środa 2013: 255). Lasch podkreśla w tym miejscu ważny element, który jest właściwy również dla atmosfery społeczeństwa terapeutycznego: postrzeganie i nieustanne analizowanie zjawisk społecznych odbywa się przez pryzmat indywidualnych doznań, wyobrażeń, pragnień i lęków. Według Lascha współcześnie nawet kryzysy polityczne, zjawiska z założenia ogólne i nieprzejrzyste, często o bardzo skomplikowanej genezie, postrzegane są w kategoriach osobistych. Gdy w innym miejscu autor *Kultury narcyzmu* wspomina o wydawałoby się zupełnie naturalnej i kulturowo uniwersalnej potrzebie szacunku, również podkreśla, że „dzisiaj ludzie oczekują szacunku, który nie będzie uznaniem dla ich działań, ale dla ich osobistych cech” (Lasch 2015: 99).

Lasch, który wyjątkowo surowo ocenia amerykańskie społeczeństwo, jednocześnie absolutyzuje pojęcie zdrowia, wzmacniając tym samym znaczenie medykalizacji rozumianej jako fundament społeczeństwa terapeutycznego i krytykowanej przez siebie kultury narcystycznego indywidualizmu. Dla Lascha zdrowie i choroba mają, co oczywiste, wymiar somatyczny i psychiczny. W żadnym miejscu nie kwestionuje też ścisłej zależności między nimi. Nie potrafi jednak uniknąć pułapki moralizowania patologii fizjologicznych i psychicznych, które mają swoje obiektywne, często widzialne i mierzalne przyczyny. W argumentację rozwijaną na kartach *Kultury narcyzmu* wpisany jest pewien paradoks. Absolutyzując pojęcie zdrowia i choroby,

Lasch wspiera rozwój krytykowanej przez siebie narcystycznej kultury terapeutycznej:

terapeutyczna perspektywa i wrażliwość, które przenikają do współczesnego społeczeństwa – wzmacniają model stworzony przez inne wpływy kulturowe, w których jednostka wiecznie się bada, chcąc znaleźć oznaki starości i choroby, charakterystyczne objawy stresu psychicznego, wady i defekty mogące umniejszyć jej atrakcyjność, albo z kolei, w celu znalezienia uspokajających oznak, że jej życie toczy się według wyznaczonego planu. (2016: 75)

Koncepcja krytyki społecznej rozwijana przez Lascha uwyrażnia dwa powiązane ze sobą elementy charakterystyczne dla refleksji nad zjawiskiem społeczeństwa terapeutycznego: zmianę znaczenia pojęcia zdrowia i choroby oraz ich jednoczesne rozwinięcie w oparciu o konteksty pozamedyczne – przede wszystkim polityczne, moralne, ekonomiczne i kulturowe.

Medykalizacja jest fundamentalnym zjawiskiem dla zrozumienia specyfiki, a zwłaszcza pewnej ambiwalencji koncepcji społeczeństwa terapeutycznego. Proces właściwie niekontrolowanej ekspansji terminologii medycznej, umedycznienie kolejnych emocji i obszarów codziennego doświadczenia, wzrost znaczenia rynku farmaceutycznego oraz zmiana kulturowego statusu i społecznej roli lekarzy stworzyły grunt pod budowę formuły społecznej, która z jednej strony stanowi formę narcystycznej dbałości o siebie, a z drugiej – strategię zarówno obrony, jak i po prostu radzenia sobie z kolejnymi ryzykami i zagrożeniami (realnymi bądź wyobrażonymi) dla zdrowia psychicznego i somatycznego.

Dylematy źródła

Warunki sprzyjające powstaniu społeczeństwa terapeutycznego historycznie związane są z szeregiem zmian, które miały miejsce w kulturze Zachodu w drugiej połowie lat 60. XX wieku. Wiele z nich, jak choćby wzmocnienie roli kobiet w przestrzeni publicznej, reforma systemu kształcenia, poprawa sytuacji mniejszości seksualnych czy zniesienie cenzury obyczajowej, ocenianych jest zdecydowanie pozytywnie. Jednak przemiany w świadomości społecznej przełomu lat 60. i 70. doczekały się również skrajnie odmiennych interpretacji. Długofalowe skutki krytycznie ocenia zwłaszcza Lasch. Utopia społeczna, która powstała na barykadach Maja '68, okazała się tak krucha, że bardzo szybko zastąpił ją bezwzględny i narcystyczny indywidualizm. Ciągła „troska o siebie”, połączona z nieustającym lękiem – o własną przyszłość, możliwość realizacji swoich marzeń i ambicji, stała się z czasem dominującym doświadczeniem współczesności (por. Wright 2010: 62).

Zmiany w organizacji ochrony zdrowia drugiej połowy lat 60. nie były tak spektakularne, jak w innych obszarach życia społecznego i gospodarczego. Z pewnością nie został zakwestionowany dominujący model praktyki medycznej, definiowany przede wszystkim przez oparty na cenzusie wiedzy dystans pomiędzy lekarzem i pacjentem. Przemiany kulturowe, powojenny rozwój gospodarki w krajach Europy Zachodniej i USA oraz związana z tym zwiększona presja z powodu rosnących potrzeb zdrowotnych spowodowały, że oprócz naprawczej i interwencyjnej pojawiła się nowa funkcja medycyny. Do lekarzy, zwłaszcza psychiatrów, a potem

również chirurgów różnych specjalności, zaczęli masowo zgłaszać się ludzie, którzy choć wcale nie są chorzy w sensie klinicznym, to potrzebują i domagają się pomocy, by móc możliwie jak najszybciej sprostać nowym wymaganiom w życiu zawodowym i osobistym:

Największym problemem psychiatrii końca XX wieku jest to, że ludzie zaczęli nadawać swoim dolegliwościom wymiar psychologiczny, zapominając o ich podłożu medycznym czy socjologicznym (związanym z płcią lub przynależnością do klasy społecznej). [...] Od kiedy samoświadomość stała się częścią składową nowej kultury [w drugiej połowie XX wieku – przyp. autora], misja psychiatrii jako specjalności zajmującej się leczeniem cięższych zaburzeń psychicznych zaczęła dobiegać końca. (Shorter 2005:315)

Co to oznacza? W USA, po II wojnie światowej, zwłaszcza dzięki popularyzacji metod psychoanalitycznych i rozwojowi przemysłu farmaceutycznego, psychiatria radykalnie zmieniła swój publiczny status (por. Wright 2010: 143–156; Andrzejewski 2015). Zyskała nowe pola oraz społeczne i kulturowe konteksty. Stała się użytecznym i stosunkowo łatwo dostępnym narzędziem kontroli i zmiany tak indywidualnej, jak również zbiorowej tożsamości. Szczególnie na Zachodzie, gdzie nie stosowano tak jawnie i powszechnie metod represyjnych jak w ZSSR, psychiatria, tracąc swoje dawne oblicze, stała się społecznie akceptowalną formą pomocy w codziennych, i to niekoniernie medycznie uwikłanych, problemach czy troskach (por. Nasierowski 1996).

Allen Frances, przewodniczący zespołu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

opracowującego przewodnik diagnostyczny DSM, zwraca uwagę, że podstawowy problem psychiatrii polega na braku jednoznacznej definicji patologii psychicznej:

Zaburzenia psychiczne znajdujące się w DSM-V nie uzyskały swojego oficjalnego statusu dzięki procesowi racjonalnej eliminacji. Zostały bowiem włączone w system klasyfikacji z powodu konieczności [praktycznej], spowodowanej dotychczasowym bądź narastającym występowaniem, lub na podstawie precedensu, lecz nie dzięki uniwersalnym kryteriom bądź definicji. (2013: 17 [tłum. własne])

Historia DSM jest w istocie zapisem zmagania psychiatrów z problemem budowy ostrej i jednocześnie uniwersalnej definicji patologii psychicznej. Na przykład do połowy lat 80. XX wieku szczególny rodzaj zachowania, dzisiaj określany mianem zespołu Aspergera, traktowany był jako kolejny skomplikowany styl poznawczy, a nie konkretne zaburzenie precyzyjnie opisane w katalogu diagnostycznym. Obecnie, mimo że zespół Aspergera figuruje we wszystkich klasyfikacjach, wciąż nie ma zgody co do ogólnych kryteriów diagnostycznych (Attwood 2006: 21). Kłopoty z dookreśleniem specyfiki zespołu Aspergera, które można próbować tłumaczyć stosunkowo rzadkim występowaniem tego zaburzenia rozwojowego, nie są jednak w żaden sposób wyjątkowe. Podobna sytuacja dotyczy również wydawałoby się bardzo dobrze rozpoznanej choroby psychicznej, jaką jest schizofrenia. Frances, wyraźnie nawiązując do bodaj najsłynniejszej książki Thomasa Szasa, stwierdza, że „[schizofrenia] nie jest miem ani chorobą [w sensie somatycznym]. Stanowi raczej opis szczególnego rodzaju problemów psy-

chicznych, nie będąc jednocześnie wyjaśnieniem ich przyczyn” (2013:21 [tłum. własne]).

Chaos, który towarzyszy budowaniu kryteriów diagnostycznych, nie pozostaje bez wpływu na publiczny status i wizerunek psychiatrii (por. Lane 2007). Dzisiaj, poza stosunkowo wąskim kręgiem specjalistów, prawie nikt już nie pamięta o kompromitujących amerykańską demokrację i medycynę praktykach z połowy XX wieku. Dawna złowroga „tajemniczość” psychiatrii ustąpiła miejsca wolnorynkowej różnorodności, która od lat 60. na stałe zadomowiła się w polu medycyny. Psychiatria, niebezpiecznie zbliżając się do psychologii i, co jeszcze bardziej niepokojące, do *coachingu*, otrzymała nowe zadanie, polegające na konieczności „pielęgnacji zdrowia psychicznego” (Shorter 2005: 316). Istotę tej zmiany doskonale uchwycił i opisał amerykański psychiatra Peter D. Kramer.

Listening to Prozac, ważną książkę o współczesnej kulturze medycznej Kramer (1993) rozpoczyna od niepozowanej ironii prezentacji historii Tess, kobiety w średnim wieku zmagającej się z typowym „depresyjnym życiorysem”: nieszczęśliwe dzieciństwo z alkoholizmem i agresją ojca na pierwszym planie oraz biernością nieradzącej sobie z tym matki w tle. Pomimo osobistych problemów, Tess udało się osiągnąć sukces zawodowy. Była również aktywna i zaangażowana w różne społeczne inicjatywy. Jednak pozory równowagi, nieprzepracowane problemy z dzieciństwa i wczesnej młodości kładły się cieniem na jej codziennym życiu. Tess odczuwała chroniczny smutek, miała kłopoty ze snem, a w relacjach z innymi pozostawała nieufna i pełna zahamowań. Znajdując się na skraju zała-

mania nerwowego, nie widząc też dla siebie żadnej przyszłości, uznała, że to ostatni moment, by poprosić o pomoc specjalistę.

Terapię Tess Peter Kramer rozpoczął od przepisania imipraminy, jednego z pierwszych trójpierścieniowych antydepresantów, dzisiaj już niestosowanej z powodu swojej udowodnionej toksyczności². Efekty działania tego leku w przypadku Tess okazały się głęboko niesatysfakcjonujące. Chociaż, jak zaznacza Kramer, trudno było na początku jednoznacznie stwierdzić pojawienie się nowych klinicznych objawów depresji u Tess, to pacjentka uskarżała się na początkowo drobne, a potem coraz bardziej uporczywe problemy, które mogły zapowiadać rychły powrót choroby. Kramer miał rację. Okres remisji właśnie dobiegał końca i trzeba było pilnie zdecydować, co robić dalej. Po zastosowaniu większych niż dotychczas dawek imipraminy pojawiły się uciążliwe skutki uboczne: suchość w ustach, chroniczne zmęczenie i zauważalny wzrost wagi (Mavissakalian, Perell 2000). Rozwiązanie tej trudnej sytuacji przyszło jednak z zewnątrz.

W trakcie leczenia Tess amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) dopuściła do obrotu nową substancję o właściwościach antydepresyjnych, fluoksetynę, wprowadzoną następnie do sprzedaży pod handlową nazwą Prozac. Peter Kramer, po zapoznaniu się z biochemicznym składem i wynikami badań klinicznych nowego leku, postanowił sięgnąć po Prozac. Skutki i specyfika terapii przeszły jednak jego najśmielsze oczekiwania.

² W Polsce imipraminę decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego (nr 31/WC/2006) wycofano z obrotu w 2006 roku.

Początkowe efekty były tak rewelacyjne, że wzbudziły naukową podejrzliwość Kramera, który sam siebie postrzegał raczej jako klinicystę-sceptyka niż entuzjastę nowinek farmaceutycznych. Tuż po rozpoczęciu terapii (jedną z kluczowych właściwości fluoksetyny jest to, że w porównaniu do antydepresantów starszych generacji zaczyna bardzo szybko działać) Tess przysłała do gabinetu swojego lekarza całkiem odmienioną. Była zrelaksowana i wyraźnie wypoczęta, a uśmiech właściwie nie zniknął z jej twarzy. Wydawała się Kramerowi zupełnie nowym człowiekiem. Po kilku tygodniach stosowania Prozacu pacjentka Kramera przełamała dawne opory i zaczęła spotykać się z mężczyznami. Wreszcie poczuła się atrakcyjna i pewna siebie, co jeszcze do niedawna wydawało się zupełnie niemożliwe.

Peter Kramer nigdy wcześniej nie spotkał się z sytuacją, gdy pacjent jedynie wskutek farmakoterapii tak szybko powracał do kondycji sprzed choroby, a nawet przekraczał dawną formę. Przemiana Tess wydawała się mu faktyczna i dająca nadzieję na długotrwałą remisję, a być może nawet całkowite wyleczenie z depresji (Kramer 1993:7). Tess stała się silniejsza, mniej lękliwa, ale też bardziej bezkompromisowa i skłonna do konfrontacji. Poważny kryzys przyszedł po ośmiu miesiącach. Tess zgłosiła Kramerowi szereg dolegliwości o szczególnym znaczeniu, które wymykały się jednak klinicznej klasyfikacji depresji. Przede wszystkim uparcie twierdziła, że „nie czuje się już sobą”, czyli że wskutek odstawienia leku straciła jeszcze do niedawna doskonałą formę.

Kramer stanął przed tyle dramatycznym, co typowym wyborem dla współczesnej psychiatrii: czy

zapisać lek pacjentce, która nie ma klinicznych objawów depresji, tylko boryka się ze zwykłymi problemami. Po zakończeniu terapii Tess nie była chora – mierzalne objawy depresji ustąpiły. Pacjentka mogła bez przeszkód prowadzić zrównoważone życie zawodowe i osobiste. Lęk i dyskomfort, które zaczęła odczuwać po odstawieniu leku, nie miały szczególnych klinicznych przyczyn. Podobne problemy mają miliony ludzi na całym świecie, którzy nigdy nie byli leczeni Prozakiem ani nie spędzili nawet minuty w gabinecie psychiatrycznym.

Dramat Tess, co jest symptomatyczne dla zjawiska społeczeństwa terapeutycznego, polegał na zupełnym niezrozumieniu roli medycyny, której narzędzia, głównie farmakoterapia, nie mogą zastąpić indywidualnego wysiłku w rozwiązywaniu problemów życiowych. Co więcej, Tess, podobnie jak inni pacjenci, których historie opisuje Kramer, nie potrafiła pogodzić się z zupełnie naturalnym zróżnicowaniem nastroju. Wskutek medykalizacji całego kontinuum emocji Tess była przekonana, że bez farmakologicznego wsparcia nigdy nie będzie czuła się tak piękna, silna i pewna siebie, jak tego pragnie (por. Luhrmann 2000). Przywołana historia jest przede wszystkim ilustracją zjawiska mającego szczególne znaczenie dla społeczeństwa terapeutycznego. Prozac, podobnie jak Paxil, Xanax czy całkiem współcześnie Modafinil, poza swoją kliniczną specyfikacją, funkcjonuje jako stosunkowo łatwo dostępne narzędzie mające jeden podstawowy cel: zapewnić jednostkom realny bądź, co pokazują historie opisane przez Kramera, wyobrażony margines bezpieczeństwa psychicznego. Dramatyczny paradoks, który stanowi centralny element *Listening to Prozac*, polega jednak na tym, że pacjentom nie

wystarcza powrót do równowagi psychicznej. Tak naprawdę chcą poczuć się „lepiej niż dobrze” (por. Kramer 2014). Konsekwencją takiego nastawienia jest doświadczenie, odpowiednio podsycane przez reklamy produktów farmaceutycznych, permanentnego rozczarowania i niepewności, które ukoić można, sięgając po kolejny lek (Eliott 2004).

Biopolityczne refleksy: *healthism* i polityka zdrowia

Zdrowie, rozumiane jako główny element doświadczenia jednostki, oraz nieustanne analizowanie i kontrola zjawisk społecznych przez pryzmat kategorii właściwych profesjom medycznym tworzą zjawisko niemal bliźniacze wobec społeczeństwa terapeutycznego – *healthismu* (Crawford 1980; Borowiec, Lignowska 2012). Pojawienie się *healthismu* jest związane ze zmianami w przestrzeni zbiorowej wyobraźni, gdy „obawy związane ze zdrowiem stały się przedmiotem ogólnonarodowej troski” (Crawford 1980: 365 [tłum. własne]). Proces, który omawia i ocenia Crawford, ma podobne, jeśli wręcz nie takie same, przyczyny co społeczeństwo terapeutyczne. Podstawowym wyznacznikiem *healthismu* pozostaje mocne zakorzenienie spraw związanych ze zdrowiem w dyskursie moralnym (Crawford 1980: 378). Dominacja kategorii moralnych skutkuje zmianą znaczenia pojęcia zdrowia, które jest nie tylko wartością, zapewne najcenniejszą ze wszystkich, lecz również funkcjonalnym narzędziem oceny innych ludzi (Crawford 1980: 380–381).

Healthism, podobnie jak społeczeństwo terapeutyczne, wywiera na jednostkę podwójną presję. Z jednej strony na poziomie aktywności zawodowej, ponie-

waż szansę na sukces – w wymiarze ekonomicznym i nie tylko – mają przede wszystkim ci, którzy są zdrowi. Ten problem dobrze ilustruje słabo obecne w polskiej literaturze przedmiotu pojęcie „utrconych szans życiowych”, wpisujące się w dziedzinę tak zwanych kosztów pośrednich w ochronie zdrowia (por. *Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia* 2013). Natomiast z drugiej strony w *healthismie* konieczność troski o własne zdrowie somatyczne i psychiczne ma postać moralnego zobowiązania, od wypełnienia którego zależy to, jak będziemy postrzegani przez innych. *Healthism* wyraźnie wskazuje, że ten, kto nie dba o zdrowie, źle się odżywia, nie reaguje na zaproszenia do badań profilaktycznych i unika wysiłku fizycznego, zajmuje w przestrzeni społecznej gorszą pozycję od tego, kto stara się aktywnie rozpoznawać i zaspokajać własne potrzeby zdrowotne.

W kolejnej pracy Roberta Crawforda opublikowanej trzydzieści sześć lat później widać zmianę w postrzeganiu ideologii *healthismu*, która jest już nie tyle rygorystycznym dyskursem moralnym, lecz bardziej projektem politycznym. „Obecnie polityka zdrowia [*politics of health*] nie ogranicza się do tego, co jest rozumiane jako niepokój o stan zdrowia” (Crawford 2006: 403 [tłum. własne]). W tym miejscu Crawford zwraca uwagę na bardzo istotny filozoficznie szczegół. Nie pisze bowiem o *health policy*, czyli dobrze znanej i opisanej w literaturze przedmiotu polityce zdrowotnej, lecz o *polityce zdrowia* (por. Gill 1994; Włodarczyk 2014). To niepozorne pojęcie na marginesie głównego wywodu Crawforda stanowi zarazem ciekawe nawiązanie do koncepcji biopolityki (por. Foucault 1999; 2011; Rose 2011).

Będąca zarówno moralnym imperatywem, by żyć zdrowo, czyli dobrze i odpowiedzialnie, jak i narzędziem społecznej kontroli polityka zdrowia wymyka się kryteriom zaproponowanym w syntetycznym opracowaniu przez Thomasa Lemke’ego (2010). Nie jest bowiem ani „formą demokratycznego i racjonalnego kształtowania warunków życia” ani też wyłącznie „praktyką wykluczenia, eugeniką, rasizmem i innymi formami dyskryminacji” (Lemke 2010: 7). Niemniej jednak polityka zdrowia, na którą składa się zarówno aparat praktycznego przymusu (szczepienia, badania przesiewowe, rozwinięte procedury epidemiologiczne, BHP i in.), jak i specyficzny rodzaj tożsamości skoncentrowanej na zaspokojeniu indywidualnych potrzeb zdrowotnych, tworzy drugą, bardziej niepokojącą postać *healthismu*, która wpisuje się w biopolityczny scenariusz zaproponowany przez Nikolasa Rose’a:

retoryka wysławiająca potencjał biomedycyny i biotechnologii w obszarze polepszania zdrowia, dobrobytu i jakości życia jednostek w rzeczywistości przysłań zagrożenie ze strony nowych biologicznych praktyk kontroli, które mogą zniewalać czy nawet eliminować tych, których biologiczne popędy są uważane – przez lekarzy, rodziców, być może nawet przez władzę polityczną – za ułomne i niepełnowartościowe. (2011: 188)

Służąc kontroli zdrowia i życia jednostek oraz populacji, polityka zdrowia tworzy własne instytucje, szpitale, przychodnie i agencje, których zadanie sprowadza się do regulacji i ochrony biomedycznej przestrzeni. Dzisiaj nikt nie ma wątpliwości, że polityka rozumiana jako sztuka wspólnego

życia nie może abstrahować od kwestii związanych ze zdrowiem. Dyrektywa antynikotynowa, niski poziom uczestnictwa w badaniach skryningowych, głęboko niezadowolające wyniki przeżyć pięcioletnich w onkologii czy programy szczepień ochronnych to kwestie tak samo zobowiązujące politycznie jak kryzys demograficzny, BREXIT, globalny terrorizm czy deficyt budżetowy. Polityka zdrowia dotyczy również doświadczenia jednostki, silnie związanego ze świadomością zagrożeń epidemiologicznych. Współcześnie wiedza na temat czynników kancerogennych, żywności modyfikowanej genetycznie, chorób przenoszonych drogą płciową, wirusa ZIKA i środowiskowych zagrożeń dla zdrowia bezpośrednio kształtuje tożsamość jednostek. Posługując się retoryką *healthismu*, można powiedzieć, że odpowiedzialny obywatel jest przede wszystkim aktywny i świadomy niebezpieczeństw, wśród których przyszło mu żyć.

Główna cecha *healthismu*, podobnie jak społeczeństwa terapeutycznego, polega więc przede wszystkim na kreowaniu napięcia związanego z koniecznością dbałości o zdrowie na każdym poziomie doświadczenia jednostki. Jest to zarazem najbardziej biopolityczny element omawianej koncepcji:

Każdy obywatel musi stać się aktywnym partnerem w pogoni za zdrowiem, akceptując spoczywającą na nim odpowiedzialność za zabezpieczenie własnego dobrostanu. [...] Ta nowa „wola zdrowia” jest coraz intensywniej kapitalizowana przez różne przedsiębiorstwa, od firm farmaceutycznych po sprzedawców jedzenia. Cała paleta grup nacisku, organizacji broniących praw pacjentów, grup samopomocowych

zaczęła zasiedlać przestrzeń pragnień, niepokoїв i dolegliwości tkwiących pomiędzy wolą zdrowia i doświadczeniem jego braku. (Rose 2011: 192)³

Partnerstwo, o którym pisze Rose, to oczywiście eufemizm, maskujący właściwy biopolityce przymus. Konieczność sprostania wymogom ideologii zdrowotnej widać niemal na każdym kroku. Począwszy od spraw niebudzących szczególnych kontrowersji, jak przepisy BHP, reżimy sanitarne w szpitalach i zaproszenia do uczestnictwa w programach profilaktycznych, aż po kwestie, które, jak choćby program szczepień przeciwko HPV, stały się przedmiotem bioetycznych sporów (Balog 2009; Luyten, Engelen, Beutels 2014).

W sferze zdrowia funkcjonuje szczególnego rodzaju „sojusz między politycznymi dążeniami do zdrowej populacji i osobistymi pragnieniami dobrego zdrowia” (Rose 2011: 201). Nie jest to jednak w żadnym przypadku przejaw nadmiernego optymizmu i wiary w sprawność funkcjonowania państwa. Poprzez swoje instytucje państwo nie tylko reaguje na zagrożenia, choć sama medycyna w większości ma charakter naprawczy, lecz również inwestuje w zdrowie w bardziej pośredni sposób. Zintegrowana edukacja zdrowotna i programy aktywizacji pacjentów, dbałość o prawa pracownicze, podobnie jak strategię ograniczeń przemysłowych zanieczyszczeń środowiska i wspieranie ekologicznego rolnictwa, to tylko niektóre możliwe formy proaktywnych, średnio- i długookresowych działań państwa w obszarze zdrowia, niezwiązane bezpośrednio z medycyną.

³ Przekład zmodyfikowany.

Na marginesie swojego wywodu Rose zwraca uwagę na kolejną bardzo istotną kwestię – troska o dobre zdrowie stanowi potencjalne źródło społecznej synergii. Bazuje bowiem na uniwersalnym pragnieniu: każdy chce być zdrowy, a nikt nie chce być chory. Wyzwaniem jest jednak nie tyle sama deklaracja, ile raczej sposoby realizacji tego postulatu. Praktyka społeczeństwa terapeutycznego, jak próbuję wykazać w ostatniej części artykułu, nie musi mieć wyłącznie formuły indywidualistycznej, skoncentrowanej na zaspokojeniu jednostkowych potrzeb i ambicji.

Spółeczeństwo terapeutyczne – źródła pozytywnej interpretacji

Pesymizm Rieffa i Lascha i właściwe dla interpretacji Thomasa Szasza przeniesienie akcentów ze sfery prawa i moralności w obszar oceny kondycji psychofizycznej jednostek powodują konieczność postawienia wielu nowych pytań. Przede wszystkim, czy aby na pewno taka zmiana może być tylko i wyłącznie szkodliwa?

Badane przez Ervinga Goffmana instytucje totalne, podobnie jak drobiazgowo opisana w przełomowej pracy Mical Raz historia amerykańskiej psychochirurgii i niejasna sytuacja prawna związana z przymusowym leczeniem oraz obciążająca fizycznie farmakoterapia, tworzyły razem zdecydowanie ponury obraz całej amerykańskiej ochrony zdrowia (Raz 2013). To właśnie wówczas Szasz, podobnie jak nieco wcześniej autor *Piętna*, słusznie protestował przeciwko dominującym tendencjom w organizacji opieki psychiatrycznej. Teraz jednak, i to nie tylko w Stanach Zjednoczonych, sytuacja zdecydowanie się zmieniła (Andrzejewski 2015).

Prawa pacjenta, zwłaszcza w krajach Unii Europejskiej, USA, Kanady i Australii, są coraz lepiej chronione. Od momentu publikacji prac Szasza, Goffmana i Rieffa znacząco zmieniły się również ramy funkcjonowania nie tylko psychiatrii, ale i całej ochrony zdrowia. W maju 1977 roku Światowa Organizacja Zdrowia, a za nią Zgromadzenie Ogólne ONZ, zatwierdziła strategię *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*, która okazała się przełomowym dokumentem w procesie faktycznego podnoszenia standardów zdrowia publicznego (Wysocki, Miller 2003: 507). Czy oznacza to, że refleksje Szasza i Rieffa, jakkolwiek ciekawe, to obecnie jednak wyłącznie relikty przeszłości, nierozzerwalnie związane z zamkniętym już okresem w historii kultury i zdrowia publicznego?

Koncentracja na zdrowiu, jako imperatyw społeczeństwa terapeutycznego, znajduje ciekawe rozwinięcie w koncepcji *Health-in-All-Policies* (dalej HiAP), zaprezentowanej podczas fińskiej prezydencji Unii Europejskiej w 2006 roku:

HiAP stanowi takie podejście do różnych polityk publicznych oraz działań międzysektorowych, które systematycznie bierze pod uwagę zdrowie oraz zdrowotne konsekwencje podejmowanych decyzji. Oznacza również [konieczność] poszukiwania rozwiązań synergistycznych oraz unikania czynników mających szkodliwy wpływ na zdrowie [populacji]. HiAP jest koncepcją silnie związaną z prawami [pacjentów] oraz obowiązkami [państwa] w obszarze zdrowia. Podkreśla równocześnie konsekwencje podejmowanych działań w obszarze polityk publicznych w zakresie uwarunkowań zdrowia. (Leppo i in. 2013: 3 [tłum. własne])

HiAP, mimo skomplikowanej definicji, nie jest wyłącznie kolejną administracyjną regulacją oderwaną od doświadczenia uczestników systemu ochrony zdrowia. Na podstawowym poziomie HiAP jest aktualizacją i rozwinięciem zapisów tak zwanej Karty Ottawskiej, która precyzowała „podstawowe uwarunkowania zdrowia oraz wskazywała kierunek działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji” (Wysocki, Miller 2003: 509). Natomiast z drugiej strony – omawiana koncepcja, koncentrując się na akcentowaniu problemu zdrowia na każdym poziomie społecznej praktyki, stała się jednocześnie impulsem do przemyślenia kluczowej relacji pomiędzy zdrową większością i mniejszością pacjentów. Paradoksalnym aspektem funkcjonowania HiAP jest bowiem upowszechnienie przekonania, silnie związanego z medykacją, iż każdy nosi w sobie potencjalność choroby. Ten pozornie oczywisty fakt ma jednak istotne znaczenie w perspektywie próby nowej interpretacji społeczeństwa terapeutycznego.

Zarządzanie ryzykiem zdrowotnym wpisane w HiAP ma jednak odmienną formę niż w podstawowej koncepcji społeczeństwa terapeutycznego, w którym potencjalna możliwość choroby jest źródłem działań pobudzających indywidualne potrzeby zdrowotne, przekładających się z kolei na zwiększoną konsumpcję leków i usług medycznych. W HiAP zagrożenia i ryzyka epidemiologiczne postrzegane są przede wszystkim w perspektywie społecznej, co pozostaje w zgodzie z głównymi kierunkami rozwoju zdrowia publicznego, by nie tylko czynić jednostki zdrowymi, lecz także „dbać o zdrowie całego społeczeństwa poprzez uniemożliwienie działań, które stanowią zagrożenie dla ogólnego dobrostanu” (Szasz 2001: 486). Nowotwory,

cykliczne epidemie wirusowe, uzależnienia, otyłość czy cukrzyca postrzegane są dzisiaj nie tylko jako indywidualne problemy chorujących jednostek, ale jako zagrożenia i jednocześnie wyzwania rozwojowe dla całego społeczeństwa.

Obserwując wzajemną zależność porządków medycyny oraz prawa i polityki, trudno oprzeć się wrażeniu, że zarówno biopolityka, jak i społeczeństwo terapeutyczne w praktyce stały się ważnymi pojęciami nowoczesności, zwłaszcza w jej refleksyjnym wymiarze (por. Beck, Giddens, Lash 2009). Bezpieczeństwo, ryzyko, podmiotowość, zdrowie somatyczne oraz norma i kondycja psychiczna to kategorie, których obecne znaczenie zdecydowanie przekracza ich dawne konteksty. Społeczeństwo terapeutyczne jest próbą syntezy tych kontekstów.

Walka z rakiem jako praktyka społeczeństwa terapeutycznego

Charakterystyczna zarówno dla społeczeństwa terapeutycznego, jak i *healthismu* afirmacja potrzeb zdrowotnych potwierdza tezę Scotta Lasha, w myśl której „w refleksyjnej nowoczesności opieka społeczna, podobnie jak ochrona zdrowia, działa na zasadzie «zorientowanej na klienta koprodukcji» oraz szerokiej dystrybucji coraz bardziej zniuansowanych usług profesjonalnych i eksperckich” (Beck, Giddens, Lash 2009: 149). Wynikałoby z tego, że społeczeństwo terapeutyczne jest *po prostu* kolejnym momentem w procesie rozwoju kultury indywidualizmu. Wówczas jednak krytyka społeczeństwa terapeutycznego miałyby charakter przede wszystkim reaktywny, niewiele mówiąc o specyfice analizowanego zjawiska.

Obserwując procesy społeczne ostatnich pięćdziesięciu lat, stosunkowo łatwo jest znaleźć uzasadnienie dla łączenia indywidualizmu ze zjawiskiem medykacji, społeczeństwem terapeutycznym i *healthismem*. Tymczasem Nikolas Rose zwraca uwagę, że przestrzeń biomedycyny i ochrony zdrowia może mieć bardziej złożony i niekoniecznie wyłącznie indywidualistyczny charakter:

„Narażone” jednostki łączą się w grupy i organizacje, nie tylko domagając się publicznej opieki i praw, ale także formułując własne żądania dotyczące wdrożenia technologii biomedycznych i kierunku biomedycznych badań [...]. Jednostki, które utożsamiają siebie i własną wspólnotę poprzez własną biologię, podważają wektory, które prowadzą do biologicznej niedoskonałości albo anomalii do stigmatyzacji i wykluczenia. (2011: 202)

Właściwa dla współczesnej kultury terapeutycznej nieustanna koncentracja na zdrowiu może przybierać bardziej budujące społecznie formy, na przykład w sektorze organizacji pozarządowych. Oczywiście wyjście z roli „osobnego” pacjenta i społeczne zaangażowanie w działania na rzecz poprawy sytuacji w jednym obszarze ochrony zdrowia może – na poziomie analizy etycznej – zostać zinterpretowane jako próba subiektywnego podziału potrzeb zdrowotnych i wyraz „epidemiologicznego egoizmu”, będący jednocześnie rewersem indywidualistycznej medykacji. Nie ma przecież chorób lepszych ani gorszych, podobnie jak ból i lęk o własne zdrowie i życie, które mają wymiar uniwersalny. Jednak formułując tak rygorystyczną ocenę wobec organizacji pozarządowych w obszarze ochrony zdrowia, war-

to zwrócić szczególną uwagę na lokalny kontekst i specyfikę działalności fundacji i stowarzyszeń, animowanych bardzo często przez byłych bądź obecnych pacjentów. Trudno przecenić ich zaangażowanie w pracę – zwłaszcza że w warunkach mocno niedoskonałego systemu ochrony zdrowia wolontariusze i pracownicy tych organizacji często wyręczają oficjalne instytucje w ich podstawowych obowiązkach. W Polsce jest to szczególnie dobrze widoczne w geriatrici, onkologii i psychiatrii, czyli tych obszarach, gdzie występują nie tylko problemy organizacyjne (niedofinansowanie, niewystarczająca liczba personelu medycznego, kiepska infrastruktura, przestarzałe ustawodawstwo), lecz również silne społeczne emocje i napięcia. Natomiast z drugiej strony pojawiają się w Polsce inicjatywy, które, łącząc grupy pacjentów i lekarzy w ramach realizacji celów bardziej systemowych, a nie tylko dobroczynnych, wpisują się w mechanizm opisany przez Rose’a. Najlepszym przykładem może być proces tworzenia *Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024*⁴.

Krajowa strategia walki z rakiem jako idea z obszaru zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej jest historycznie związana z wojną, jaką chorobom nowotworowym wypowiedział w styczniu 1971 roku Richard Nixon. Na początku lat 70. prezydent USA, który zostanie zapamiętany z powodu zdecydowanie niechlubnych działań, doskonale rozpoznał nie tylko potrzeby zdrowotne Amerykanów, ale również emocje – przede wszystkim lęk przed rakiem.

⁴ *Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024*. Zob. www.walkazrakiem.pl [dostęp: 17 lipca 2016 r.] (w czerwcu 2016 roku dokument został zaktualizowany).

Dla porządku trzeba przypomnieć, że wówczas, mimo systematycznego wzrostu zachorowań, onkologia nie notowała specjalnie wielu sukcesów, mierzonych pięcioletnim okresem bez nawrotu choroby. W chirurgii onkologicznej, na przykład w leczeniu raka piersi, często stosowano tak zwany zabieg Halsteda, dzisiaj uznawany za okaleczający (por. Ghossain, Ghossain 2009). Brakowało również spektakularnych sukcesów w obszarze terapii uzupełniających: chemio- i radioterapii (DeVita, Chu 2008).

Podpisana przez Nixona ustawa *National Cancer Act*, zakładająca między innymi stworzenie Narodowego Instytutu Raka (NCI) oraz, niebagatelny jak na ówczesne standardy, budżet przekraczający półtora miliarda dolarów, była pierwszą próbą budowy efektywnego systemu opieki onkologicznej w USA (Rettig 1977). Wprowadzenie w życie *National Cancer Act* to również „odkrycie” pozamedycznych aspektów chorób onkologicznych, które okazało się jednocześnie jednym z bardziej znaczących momentów w historii zdrowia publicznego. Choroby nowotworowe zaczęto wreszcie rozpatrywać nie jako jeden z wielu problemów medycyny, lecz jako kluczowe wyzwanie cywilizacyjne wymagające zintegrowanych działań, wykraczających poza obszar ochrony zdrowia. Historia amerykańskiego systemu opieki onkologicznej pokazuje, że w walce z rakiem liczy się zarówno nauka, technologia, pieniądze, jak i wspólnotowa energia, niezbędna do uzyskania społecznej identyfikacji z realizowanymi reformami.

Jednak *National Cancer Act* dopiero po kilku dekadach stała się wiążącą inspiracją do podobnych

działań w Europie. Uwzględniając lokalne uwarunkowania, krajowe strategie walki z rakiem zostały wprowadzone między innymi w Wielkiej Brytanii, Francji, Norwegii, Belgii, Szwajcarii, Szwecji, Słowenii, na Cyprze, w Irlandii na Węgrzech i w Estonii i Rumunii. W tym gronie – mimo oficjalnych rekomendacji Komisji Europejskiej, WHO i OECD – cały czas nie ma Polski.

Dotychczas w Polsce funkcjonowały dwie quasi-systemowe formy organizacji opieki onkologicznej. Przede wszystkim Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (dalej NPZChN), którego pierwsza edycja została uchwalona w lipcu 2004 roku. Wśród wielu technicznych zapisów dominuje główny cel operacyjny – zmniejszenie zachorowalności na nowotwory o 10%, który wówczas nie budził żadnych zastrzeżeń.

Główną wadą tej ustawy z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz polityki społecznej jest zupełny brak zapisów dotyczących pozamedycznych kontekstów choroby nowotworowej, które są mocne akcentowane przez WHO czy OECD. Nie można oczywiście powiedzieć, że NPZChN zakończył się porażką, lecz z pewnością nie osiągnięto zakładanych celów, a system leczenia onkologicznego wciąż pozostaje niedoskonały i nieprzyjazny zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Ponadto, co stanowi bardziej ogólny wniosek, przez okres funkcjonowania pierwszej edycji programu, mimo obowiązywania koncepcji *Health-in-All-Policies*, nie zrobiono właściwie nic dla integracji problemu walki z rakiem z innymi politykami sektorowymi: społeczną, gospodarczą, edukacyjną i środowiska.

Pilna potrzeba bardziej energicznych działań pojawiła się dopiero w 2013 roku. Premier Donald Tusk polecił wówczas ministrowi zdrowia, Bartoszowi Arłukowiczowi, przygotowanie ustawy systemowo rozwiązującej problem długich kolejek do onkologów. Kolejki do specjalistów-onkologów stanowiły mocny dowód faktycznych ograniczeń w dostępie do świadczeń publicznej ochrony zdrowia, wśród których leczenie chorób nowotworowych – wówczas objęte limitami finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia – odgrywało kluczową rolę. I faktycznie, 21 marca 2014 roku minister Arłukowicz przedstawił założenia reformy, tak zwanego „pakietu onkologicznego”, które pod postacią ustawy kilka miesięcy później uchwalił sejm.

Nowy model opieki onkologicznej bazuje na zmianie roli lekarzy rodzinnych (POZ), którzy otrzymali od 1 stycznia nowe uprawnienia, zniesieniu limitów finansowania w leczeniu nowotworów, szybkiej – dziewięciodobowej – ścieżce diagnostyki onkologicznej oraz obowiązkowymi interdyscyplinarnym konsylium oraz instytucji koordynatora, osoby, która ma organizować i tłumaczyć pacjentowi kolejne etapy terapii. Pierwsze oceny funkcjonowania nowej ustawy były bardzo zróżnicowane. Od urzędowego optymizmu przedstawicieli resortu zdrowia, po zdecydowanie bardziej sceptyczne głosy ekspertów z ośrodków akademickich (Waligórska, Strzęsak 2015; Jassem, Kozierekiewicz, Krzakowski 2016).

Śledząc często bardzo specjalistyczne i zniuansowane analizy funkcjonowania NPZChN i pakietu onkologicznego, łatwo można stracić z oczu podstawowy problem. Program i pakiet mają bardzo

podobne cele. Jednak logiki działania obu tych rozwiązań zamiast się wzmacniać, osłabiają się wzajemnie. Program jest próbą podjęcia działań o charakterze przyszłościowym i quasi-strategicznym. Tymczasem pakiet onkologiczny jest koncepcją reaktywną i interwencyjną, skoncentrowaną na osiągnięciu doraźnych efektów. Jednak żadne z powyższych rozwiązań nie ma charakteru całościowego, integrującego najważniejsze konteksty chorób nowotworowych zarówno na poziomie medycznym, jak i pozamedycznym.

Udaną próbą odpowiedzi na cywilizacyjne wyzwanie związane z koniecznością skuteczniejszego leczenia chorób nowotworowych jest *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024*. Wyjątkowość tego dokumentu polega przede wszystkim na szczególnej konstrukcji, systematycznie łączącej cały czas, nieśtety zaniedbywaną w Polsce, problematykę profilaktyki pierwotnej i wtórnej, kwestie organizacji systemu ochrony zdrowia i podnoszenia standardów leczenia przy jednoczesnym akcentowaniu problemu jakości życia w chorobie.

Ważna w zrozumieniu społecznego znaczenia strategii jest tu formuła prac nad tym dokumentem. Dzięki, jak rzadko wolnej od środowiskowych egoizmów, współpracy najważniejszych towarzystw naukowych, niezależnych ekspertów, urzędników Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz *last but not least* reprezentacji środowiska pacjentów powstała koncepcja wspólnoty wokół jednego z najważniejszych współczesnych wyzwań cywilizacyjnych. Jako projekt w równym stopniu ekspercki i społeczny *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024* okazała się udaną

próbą identyfikacji nie tylko potrzeb zdrowotnych, ale w nie mniejszym stopniu – zbiorowych nadziei na poprawę sytuacji setek tysięcy pacjentów.

Mierząc się z rakiem, niezależnie od szczegółów diagnozy, nie można poprzestać jedynie na sferze medycyny, abstrahując jednocześnie od kontekstów społecznych, kulturowych i ekonomicznych (por. Andrzejewski 2012). Taki był podstawowy błąd autorów NPZChN i pakietu onkologicznego, którzy problem zapobiegania i leczenia chorób nowotworowych próbowali zamknąć w pułapce specjalistycznego języka, z którym bardzo trudno jest się identyfikować⁵. Jak dobitnie pokazuje zarówno przykład amerykański, jak podobne rozwiązania w Kanadzie, Izraelu i krajach Europy Północnej i Zachodniej, skuteczna walka z rakiem jest niemożliwa bez szerokiego porozumienia dwóch podstawowych grup tworzących każdy system ochrony zdrowia: pacjentów i lekarzy. Przykład strategii – wyjątkowy w polskiej w ochronie zdrowia – pokazuje, że możliwe jest połączenie dwóch porządków, eksperckiego i społecznego. Szeroka reprezentacja uczestników tworzących i konsultujących ten projekt miała jeszcze inne zadanie – pokazać przedstawicielom władzy, że monopolu na tworzenie skutecznych i zgodnych ze światowymi standardami rozwiązań w ochronie zdrowia nie ma ani Ministerstwo Zdrowia, ani podległe mu instytucje.

Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024 jest udaną próbą ujawnienia dotychczas niedostrzeżanego

⁵ Jest to właściwość większości programów Ministerstwa Zdrowia, od Narodowego Programu Zdrowia po POLKARD, które choć dotyczą spraw o absolutnie podstawowym znaczeniu, nie tworzą płaszczyzny społecznej identyfikacji i pozostają zrozumiałe jedynie dla bardzo wąskiego grona specjalistów.

i niedocenianego potencjału społeczeństwa terapeutycznego. Przede wszystkim poprzez koncentrację na profilaktyce pierwotnej i wtórnej wzmacnia świadomość zagrożeń nowotworowych w oparciu o najlepsze standardy *Evidence-based Medicine* (Guyatt 1991). Po drugie, wskazując na zobowiązujące cele epidemiologiczne, strategia podkreśla znaczenie bardzo konkretnych, przede wszystkim naprawczych zadań medycyny. I wreszcie to, co najważniejsze. Strategia, oprócz zestawu specjalistycznych rekomendacji, przedstawia wizję zamiany społecznej, która wykracza daleko poza obszar organizacji ochrony zdrowia.

Strategia, co stanowi długo oczekiwaną zmianę jakościową w polskiej polityce zdrowotnej, jest propozycją zmiany postrzegania roli pacjentów, którzy nie są tylko świadczeniobiorcami ani konsumentami usług produktów firm farmaceutycznych, lecz przede wszystkim pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, którzy, oprócz konieczności leczenia, pragną realizować się na innych polach. W komentarzu do książki Nolana Katie Wright zwraca uwagę na szczególnie ważną sprawę: „Terapeutyczny etos musi być rozumiany nie tylko poprzez pojęcia kultury, lecz również poprzez pryzmat tego, jak kształtuje krajobraz społeczny i przestrzeń polityki publicznej” (Wright 2010: 17 [tłum. własne]). Onkologia nie jest wyłącznie jedną z wielu specjalizacji ani zbiorczą nazwą zestawu terapii przeciwnowotworowych. Jest również narzędziem kształtującym indywidualną i zbiorową wyobraźnię. Bycie chorym na raka to także forma bolesnej i kłopotliwej tożsamości, wobec której nawet najnowocześniejsze terapie pozostają bezsilne (por. Klawiter 2008; Andrzejewski 2012; Sontag 2016). Z tego powodu autorzy strategii

zdecydowali się położyć tak duży nacisk na kwestię zwalczania stygmatyzacji i aktywizowania pacjentów, skutecznie włączając do profesjonalnych dyskusji o walce z rakiem język sprawiedliwości społecznej i emancypacji. Dzięki temu walka z rakiem

przestaje być wyłącznie problemem chorych i lekarzy, stając się dobrze widzialnym i zobowiązującym priorytetem publicznym. I to jest właśnie forma społeczeństwa terapeutycznego, którą warto wspierać niezależnie, czy jest się zdrowym, czy nie.

Bibliografia

Andrzejewski Łukasz (2012) *Polityka nowotworowa*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Andrzejewski Łukasz (2015) *Antropologiczne zwierciadło psychiatrii*. „Prace Kulturoznawcze”, nr 18, s. 207–221.

Attwood Tony (2006) *Zespół Aspergera. Wprowadzenie*. Przełożyła Małgorzata Łamacz. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Balog James E (2009) *The Moral Justification for a Compulsory Human Papillomavirus Vaccination Program*. „American Journal of Public Health”, vol. 99, no. 4, s. 616–622.

Beck Ulrich (2004) *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Przełożył Stanisław Cieśla. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Beck Ulrich, Giddens Anthony, Scott Lash (2009) *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*. Przełożył Jacek Konieczny. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Blackburn Georg L. (2011) *The Medicalization of Obesity Individual, Economic, and Medical Consequences*. „Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics”, vol. 13, no. 12, s. 890–895.

Borowiec Agnieszka, Lignowska Izabella (2012) *Czy ideologia healthismu jest cechą dystyngtywną klasy średniej w Polsce?* „Kultura i Społeczeństwo”, nr 2, s. 95–112.

Conrad Peter (2007) *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Crawford Robert (1980) *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*. „International Journal of Health Services”, vol. 10, no. 3, s. 365–388.

Crawford Robert (2006) *Health as a Meaningful Social Practice*. „Health”, vol. 10, no. 4, s. 401–420.

De Vita Vincent T., Chu Edward (2008) *A History of Cancer Chemotherapy*. „Cancer Res.”, vol. 68(21), s. 8643–8653.

Domaradzki Jan (2013) *Extra Medicinam Nulla Salus Medicine as a Secular Religion*. „Polish Sociological Review”, no. 181, s. 21–38.

Elliott Carl (2004) *Better than Well: American Medicine Meets the American Dream*. New York: W. W. Norton & Company.

Foucault Michel (1999) *Narodziny kliniki*. Przełożył Paweł Mrówczyński. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Foucault Michel (2011) *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979*. Przełożył Michał Herer. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Frances Allan (2013) *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: HarperCollins.

Gabiś Tomasz, Rolik Mateusz (2012) *Kilka uwag o państwie terapeutycznym*. „Nowa Debata” [dostęp 29 stycznia 2017 r.]. Dostępny w Internecie: <http://nowadebata.pl/2012/03/18/kilka-uwag-o-panstwie-terapeutycznym-2/>.

Ghossain Anthony, Ghossain Michael E. (2009) *History of Mastectomy Before and After Halsted*. „Lebanese Medical Journal”, vol. 57(2), s. 65–71.

Guyatt Gordon H. (1991) *Evidence-Based Medicine*. „American College of Physicians Journal”, vol. A-16, s. 111.

Horowitz Irwing Louis (2000) *From the Therapeutic Society to the Regulatory State: Theoretical Issues in Studying Privacy and Publicity*. „Knowledge, Technology & Policy”, vol. 13, no. 3, s. 93–103.

Jacyno Małgorzata (2007) *Kultura indywidualizmu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jassem Jacek, Kozierekiewicz Adam, Krzakowski Maciej (2016) *Wojna z rakiem*. „Menedżer Zdrowia”, nr 3, s. 24–29.

Klawiter Maren (2008) *The Biopolitics of Breast Cancer. Changing Cultures of Disease and Activism*. Minneapolis, London: University of Minesota Press.

Kramer Peter D. (1993) *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*. New York: Viking/Penguin.

Kramer Peter D. (2014) *Why Doctors Need Stories*. „New York Times”, October 14th.

Kwiatkowska-Moskalewicz Katarzyna (2016) *Szczerbata Ameryka. Ponad 100 milionów Amerykanów nie może sobie pozwolić na usługi dentystyczne* [dostęp 29 stycznia 2017]. Dostępny w Internecie: <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1356,title,Szczerbata-Ameryka-Ponad-100-mln-Amerykanow-nie-moze-sobie-pozwolic-na-uslugi-dentystyczne,wid,18290932,wiadomosc.html?icaid=1184c8>.

Lane Christopher (2007) *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven, London: Yale University Press.

Lasch Christopher (2015) *Kultura narcyzmu. Amerykańskie życie w czasach malejących oczekiwań*. Przełożyli Grzegorz Ptaszek i Aleksander Skrzypek. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie SEDNO.

Lemke Thomas (2010) *Biopolityka*. Przełożył Tomasz Dominiak. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Leppo Kimmo, Ollila Eeva, Peña Sebastian, Wismar Mathias, Cook Sarah (2013) *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing policies*. World Health Organization. Region Office

for Europe [dostęp 3 września 2016]. Dostępny w Internecie: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf.

Luhrmann Tanya Marie (2000) *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. New York: Knopf.

Luyten Jeroen, Engelen Bart, Beutels Philippe (2014) *The Sexual Ethics of HPV Vaccination for Boys*. „HEC Forum”, vol. 26, no. 1, s. 27–42.

Manning Philip, Ray George (1993) *Shyness, Self-Confidence, and Social Interaction*. „Social Psychology Quarterly”, vol. 56, no. 3, s. 178–192.

Mavissakalian Matig R., Perel James M. (2000) *The Side Effects Burden of Extended Imipramine Treatment of Panic Disorder*. „Journal of Clinical Psychopharmacology”, vol. 50, no. 5, s. 547–555.

Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia (2013) EY Polska [dostęp 4 września 2016 r.]. Dostępny w Internecie: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_Metodyka_pomiaru_kosztow_posrednich_17.09/\\$FILE/Raport_Metodyka%20pomiaru%20kosztow%20posrednich_17.09.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_Metodyka_pomiaru_kosztow_posrednich_17.09/$FILE/Raport_Metodyka%20pomiaru%20kosztow%20posrednich_17.09.pdf).

Nasierowski Tadeusz (1996) *Psychiatria polityczna w Rosji sowieckiej do 1951*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 5, s. 453–470.

Nolan James L. jr (1998) *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*. New York: New York University Press.

Raz Mical (2013) *The Lobotomy Letters: The Making of American Psychosurgery*. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Rettig Richard A. (1977) *Cancer Crusade: The Story of the National Cancer Act of 1971*. Princeton: Princeton University Press.

Rieff Philip (1966) *Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith after Freud*. New York: Harper&Row.

Rose Nikolas (2011) *Polityka życia samego*. Przełożyli Agnieszka Kowalczyk i Maciej Szlinder. „Praktyka Teoretyczna”, nr 2–3, s. 187–209.

Searight Russel H., McLaren Lesley A. (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: The Medicalization of Misbehavior*. „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, vol. 5, no. 4, s. 467–495.

Shorter Edward (2005) *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Przełożył Piotr Turski. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.

Sontag Susan (2016) *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Przełożył Jarosław Anders. Kraków: Wydawnictwo Karakter.

Studenski Ryszard, Studenska Anna (2010) *Nieśmiałość a ocena funkcjonowania w sytuacjach niewymagających ekspozycji społecznej*. „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica”, nr 14, s. 3–17.

Środa Magdalena (2013) *Indywidualizm i jego krytycy*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia

Szasz Thomas S. (1977) *The Theology of Medicine. The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*. New York: Harper and Row.

Szasz Thomas S. (1984) *The Therapeutic State. Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Amherst, NY: Prometheus Books.

Szasz Thomas S. (2001) *The Therapeutic State*. „The Independent Review”, vol. 5, no. 4, s. 485–521.

Cytowanie

Andrzejewski Łukasz (2017) *Zagadka społeczeństwa terapeutycznego: historia, konteksty, praktyka*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 13, nr 1, s. 68–89. Dostępny w Internecie: www.przegladsocjologiijakosciowej.org.

Waligórska Anna, Strzęsak Erwin (2015) *Niedzwiedzia przysługa. Pacjent na szybkiej ścieżce onkologicznej*. „Menedżer Zdrowia”, t. 8, s. 64–67.

Walt Gill (1994) *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.

Wieczorkowska Magdalena (2012) *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*. „Przegląd Socjologiczny”, vol. 62, nr 2, s. 31–56.

Wieczorkowska Magdalena (2015) *Medykalizacja wyglądu – nowy wymiar zdrowego ciała*. „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 55, s. 93–109.

Włodarczyk Włodzimierz C. (2014) *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wolters Kluwers.

Wright Katie (2010) *The Rise of the Therapeutic Society. Psychological Knowledge & the Contradictions of Cultural Change*. Washington, DC: New Academia Publishing.

Wysocki Mirosław J., Miller Maria (2003) *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*. „Przegląd Epidemiologiczny”, t. 57, s. 505–512.

The Mystery of the Therapeutic Society: History, Contexts, and Practice

Abstract: The article is an attempt to contextual presentation and critical analysis of the idea, as well as phenomenon of the therapeutic society. Starting from three methodological reservations with respect to Katie Wright's (2010) comprehensive study, I try to show a brief history of the therapeutic society in the perspective of social and cultural change since the late 60s. The well-known theoreticians of “therapeutic shift”, Thomas Szasz, Philip Rieff, and James L. Nolan Jr., see the therapeutic society as an alarming phenomenon deeply related to American psychiatry and psycho-politics of 60s and 70s. In this paper, I try to present another approach. First part is devoted to the analysis of the transformation of contemporary therapeutic and medical culture. In the second part, commenting Peter D. Kramer's *Listening to Prozac*, I trace the origins, as well as crucial symptoms of the therapeutic society. In next part, I focus on the Robert Crawford's idea of *healthism* that I see as a parallel phenomenon to the therapeutic society. Then, according to the idea of Health in All Policies, I consider the possibilities of positive and more integrative interpretation of the therapeutic society. In the final part, I present and comment the crucial element of this paper. Based on the political reading, I present *The Polish Cancer Control Strategy 2014–2024* as a new form of therapeutic society primarily focused on solidarity between healthy majority and sick minority.

Keywords: therapeutic society, medicalization, therapeutic culture, healthism, health policy