

Dbłość i medycyna – reklama medyczna jako tekst kultury Spostrzeżenia wstępne

Caring and medicine: Medical advertising as cultural text
Preliminary observations

Abstract: In his article, Tomasz Bielak analyses the ever-increasing number and scope of OTC (over-the-counter) drug advertisements. He refers to these ads as medical ads and studies the phenomenon in the context of reception practices, social theory of change, and a turn towards cultural practices (including a strong connection with reception theory and the benefits of media reception). The resulting characteristics and the achieved results of the analysis lead, among other things, to the conclusion that medical advertisements are an important element of the spiritual period of political transformation (advertising as education). Thus, they make it possible to identify the starting point of social change, which can be described as the multi-stage construction of Polish society as “global” and based on seemingly “self-generated” knowledge (well-being and health as global elements). This article belongs to so-called maladic discourse and can be a starting point for linguistic, media studies conducted on the basis of quantitative and qualitative research.

Key words: OTC, hauntology, everyday practices, media discourse, disease

Abstrakt: W artykule podstawę analizy stanowią wciąż rosnąca liczba i zakres reklam leków z grupy OTC (bez recepty). Nazywam te reklamy medycznymi. Badam zjawisko w kontekście praktyk odbioru, społecznej teorii przemian, zwrotu w stronę praktyk kulturowych (w tym silnego powiązania z teorią recepcji i korzyści odbioru mediów). Powstałe charakterystyki i osiągnięte rezultaty analiz prowadzą m.in. do wniosków, iż reklamy leków są istotnym elementem duchologicznego okresu transformacji ustrojowej (reklama jako edukacja), umożliwiając wskazanie punktu początkowego przemian społecznych oraz wpływają na wieloetapowe budowanie społeczeństwa polskiego jako „globalnego” i oparłego na pozornie „samozdobywanej” wiedzy (dobrostan i zdrowie jako elementy globalne). Artykuł wpisuje się w tzw. dyskurs maladyczny i może być punktem wyjścia do analiz językoznawczych, medioznawczych prowadzonych na podstawie badań ilościowych i jakościowych.

Słowa kluczowe: leki bez recepty, duchologia, praktyki codzienności, dyskurs medialny, choroba

Mediatyzacja zdrowia / zdrowie jako konstrukt komunikacyjny

W związku z coraz łatwiejszym dostępem do wszelkiego rodzaju narzędzi pomiarowych (celowo nie nazywam ich badawczymi) i coraz niższymi ich cenami internet wypełniony jest wynikami ankiet (Przygodzki, 2022; Schlegel-Zawadzka i Barteczko, 2009), które wskazują na ogromne zainteresowanie Polaków różnego typu suplementami diety, lekami z grupy *over the counter* (OTC, bez recepty), środkami ułatwiającymi funkcjonowanie społeczne (w sytuacji stresu, nerwów) czy biologiczne (problemy z potencją, kłopoty trawienne), wreszcie – umożliwiającymi działalność okołopalatywną (ból przestaje utrudniać nie tylko czynności obowiązkowe, ale przede wszystkim przyjemności – aktywność fizyczną, hobby outdoorowe, wsparcie rodzinne, np. dziadek zajmujący się wnukami). Nie mamy możliwości zatrzymania reguł podażowo-popytowych, nie obrazimy się na absurdalność niektórych stwierdzeń reklamowych, nie jesteśmy też w stanie ominąć edukacyjno-informacyjnego waleru reklam z takiej grupy produktowej: szukamy rozwiązań lepszych, nowszych, tańszych czy w naszym przekonaniu bardziej skutecznych niż wybierane dotychczasowe rozwiązania (Kawalec i Rogala, 2016).

Świat reklamy paramedycznej, czy raczej reklamy OTC, jest na wskroś łatwy, narcyjniście stabilny i wydawałoby się, że – głównie poprzez specyficznie zmediatyzowaną pandemię – stosowana w nim narracja stanie się zwyczajnie anachroniczna. Bez mała dwa lata pandemicznej opowieści i realizacji różnych scenariuszy powinny nas w dużej mierze „immunizować” na ewentualne absurdalne eksperymenty z paracetamolem, ibuprofenem czy pyralginą. Absolutnie nie chcę w tym miejscu napisać, że trzy przykładowe środki nie pomagają czy nie działają (nie mam takiej orientacji...), jedynie, że Covid-19 uzmysłowił nam, iż nasza medyczna wiedza oparta jest na algorytmicznym „doktorze Google”, wsparta jeszcze typowym polskim syndromem „szerokich kompetencji Polaka” (nie od dziś dysponujemy „kwalifikacjami” z zakresu ekonomii, medycyny, fizyki jądrowej, polityki, edukacji w zakresie umożliwiającym nam spokojne funkcjonowanie przy rodzinnym stole...).

Uważam, że nie tylko perswazyjność przekazów reklamowych paramedykamentów ma tak ogromny wpływ na ich popularność wśród Polaków, nie do końca zgadzam się również ze stwierdzeniem, że mamy obsesję na punkcie suplementacji. Nawet własne obserwacje potwierdzają przekonanie, że lepiej nie brać leków niż je brać, lepiej nie mieć kłopotów z trawieniem, przykrym oddechem czy łupieżem, niż regulować te dolegliwości za pomocą nawet najlepszych środków. Nie uda się również wpisanie owej popularności w schemat tzw. przypadłości narodowej: oto Polacy zasadniczo mają problem ze stawami, higieną intymną i bólem pleców. Byłoby to kolejne nieuprawnione uproszczenie.

Jak zatem traktować teksty reklamowe (zarówno w mediach mainstreamowych, jak i w sieci)? Czy są przejawem określonej tendencji komunikacyjnej, czy może bardziej markerem społecznych potrzeb, dążeń i pragnień? Warto chyba rozpatrzyć kilka z tych wariantów.

Przede wszystkim źródeł fenomenu reklam medycznych należy upatrywać w doświadczeniu duchologicznym (Drenda, 2016). Właśnie przełom lat 80. i 90. ubiegłego wieku miał największy wpływ na sposób odbierania i „forwardowania”, rozprzestrzeniania komunikatów reklamowych. Reklamy produktów medycznych nie miały wtedy charakteru odrębnego gatunku z określonym modelem prezentacji (np. bohaterowie: pacjent i lekarz, biały fartuch, zimne światło szpitala, zaawansowane wykresy i bombardowanie procentami

wyleczonych). Taki komunikat do nikogo w latach transformacji nie trafiał, nie mówiąc już o próbie uabstrakcyjniania dyskursu, np. poprzez żartobliwe metafory związane z ludzkim ciałem i jego reakcjami chorobowymi. Najsilniej działał tutaj mechanizm pop-edukacji, na który zwrócił mi uwagę Jacek Warchala (2010), i potwierdza to zresztą poniższy cytat:

Jednak nakłanianie do kupna to nie jedyne zadanie reklamy. To zbyt oczywiste i proste. Reklama sytuuje produkt w sferze kultury, aksjologii, świata wartości ważnych dla współczesnego człowieka, dlatego dzisiejsza reklama nie promuje jedynie towarów, lecz promuje nowego człowieka z jego nową tożsamością w nowym świecie wartości i znaków. A w masowym społeczeństwie postindustrialnym wszystko jest towarem i wszystko podlega działaniu praw rynkowych i wszechwładnemu marketingowi. Że prawom tym ulega gospodarka, to oczywiste: nie ma możliwości sprzedania towaru w gospodarce wolnorynkowej, jeśli nie jest on wcześniej wprowadzony przez działania promocyjne, choćby tylko ograniczone do atrakcyjnej etykiety; dziś mówi się coraz częściej o tzw. marketingu politycznym, bo jak się wydaje, polityka, utraciwszy bezpośredni związek z propagandą i retoryką (może raczej: erystyką), uprawiana jest bardziej jako sztuka reklamy politycznej, a nie propagandy skompromitowanej w systemach totalitarnych (s.92).

Mówiąc najogólniej: reklama medyczna w swojej początkowej formule to w zasadzie **krótki komunikat informacyjny o sposobach zarządzania sobą poprzez nowatorski produkt na rynku** i transportowanie przeżyć w stosowne komunikaty (Fleischer, 2017). Fala nowoczesnych produktów, która zalała wyjątkowo chłonny rynek „demoludów”, wypracowała określony mechanizm odbiorczy, który nie oburzał i nie dziwił potencjalnego widza. Sztandarowym przykładem będzie tutaj reklama mydła Imperial Leather (przynajmy, że nazwa – zwłaszcza w polskiej świadomości – niefortunna...), której slogan brzmiał: *podaruj sobie odrobinę luksusu*. Mydło jako luksus, pasta do zębów jako świadome zarządzanie zdrowiem, wreszcie środki do higieny intymnej jako narzędzie do przełamywania peerelowskiego tabu („legendarny” spot, w którym Anna Patrycy mówi o nieśmiałości wywołanej produktem marki Always). Oglądając dostępne choćby w serwisie YouTube spoty reklamowe z lat 1992–1995, w zasadzie nie zetkniemy się z reklamami produktów o charakterze leczniczym (może poza leczącymi gardło cukierkami Ricola, leczącym wszystko i uwielbianym przez Polaków Amolem czy sztandarowym obok wody Hattrick prezentem choinkowym – Biovitalem).

Kolejne segmenty reklam ujawniają przed widzem nie tylko sentymenty rodzącego się społeczeństwa w gospodarce wolnorynkowej, jakiegoś bardzo nikłego (i jak wiemy z doświadczenia – pozostającego wyłącznie w sferze projektu) modelu klasowego (Domański, 1996; Florida, 2010), ale przede wszystkim **dają możliwość otrzymania błyskawicznego, opartego na pozornej wymianie, komunikatu o walorze edukacyjnym**: mydło nie tylko myje, ale pielęgnuje, szampon usuwa łupież (jeszcze wtedy nie tłumaczy się „nieobytemu” widzowi, że to grzyb, który trzeba potraktować lekarstwem), a guma do żucia czyści zęby między szczotkowaniami i otrzymała atest Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Rosnąca wykładniczo liczba produktów ma w kapitalizmie tylko wtedy sens, kiedy da się je posegregować, ustalić określone ich typoszeregi według potrzeb, możliwości finansowych,

wreszcie określonych kwestii identyfikacyjnych (przynależność do grupy, która też ma) lub projekcyjnych (aspirowanie do grupy, która ma) (Morin, 1965).

Nieważne, jakie będą motywacje jednostek, o wiele istotniejsze jest **traktowanie przekazu reklamowego jako istotnego komponentu kulturotwórczego, który podlega modyfikacjom i unifikacjom, odrywając się od swoich desygnatów**. Dlatego tak duża liczba reklam z okresu transformacyjnego stała się „kultowa”, a towarzyszące im melodie, slogany, zachowania zasiły szeroko rozumiany dyskurs publiczny. Jako przedstawiciele „złaknionego nowości” społeczeństwa przypominaliśmy w pewnym sensie małe dzieci, dla których spot telewizyjny czy radiowy był często elementem zabawy w *fort-da* (Freud, 2012), gry w „znane-nieznane”. Dla znacznej części edukujących się poprzez reklamy dźwięk i obraz, a także prowadzona narracja były właśnie ową znikającą i pojawiającą się szpulką ze słynnej obserwacji wybitnego austriackiego psychoanalityka. Widz-konsument w latach 90. szybko pojął, że obserwacja większości produktów nie oznacza nawet potencjalności ich posiadania, a jedynie wiedzę o nich. Ich mediatyzacja stała się naturalnym elementem kapitalistycznej gry, w której dobra konsumenckie muszą zostać poddane agregacji i kompresji, a warunki techniczne i regulacje medialne (np. system ramówkowy telewizji, obecnie model dostępności materiału w Internecie: reklama w zamian za darmowy dostęp...) układają je w sztuczny porządek alfabety – widz odbywa koliste rytuały, cyrkulacje imitujące porządek dzienny: myje się, ubiera, pija popularny napój, zagryza o 9.30 ciasteczkami, rozmawia przez nowy aparat telefoniczny, jest aktywny dzięki napojom energetycznym, dba o nowy model ekologicznego pojazdu, by w finale dnia (po zażyciu środków na potencję lub suplementu łagodzącego skutki menopauzy) oddać się seksualnym fantazjom z partnerką/partnerem.

Przytoczona agenda nie jest żadną regulacją, jej sens – pozorny porządek można dowolnie modyfikować, dokonywać wygodnych transpozycji, a nawet mutacji, które umożliwią widzowi/słuchaczowi poznanie najnowszych trendów z dziedziny ekologii, równouprawnienia czy ruchu *body-positive* (reklamy imitujące równouprawnienie, ukazujące „typowe” kobiety i „typowych” mężczyzn w trakcie typowych praktyk codzienności).

Dobry konsument to chory konsument

To jasne, że powodów pojawienia się reklamy medycznej nie da się opisać w krótkim artykule wprowadzającym. Można, na pewno, wskazać co najmniej dwa powody, które warto poddać analizie, paradoksalnie bowiem są to powody znoszące się nawzajem. Po pierwsze: pojawienie się reklam medycznych jest naturalną konsekwencją bogacącego się społeczeństwa konsumpcyjnego i czymś niezbędnym do budowania społecznej przewagi. Następuje swoiste przesunięcie akcentów. Jak pisałem wcześniej – **uzupełnienie komponentu reklamowego poświęconego higienie skóry głowy o informację w postaci łacińskiej nazwy choroby, wizualizacji efektu leczenia lub uzupełnienie informacji o zakupie kategorią – „w dobrej aptece”, wektorowo przesuwają szampon do kategorii „lekarstwo o formule szamponu”¹.**

¹ Warto zwrócić uwagę na to, jak bardzo zmienia to zachowania: jeszcze w latach 90. XX w. np. pedikuloza (wszawica) była przypadłością, której raczej nie wymieniało się „na głos” w aptece, podając jedynie karteczkę z prośbą o płyn zapobiegający rozprzestrzenianiu się choroby. Obecnie,

Gdy społeczeństwa globalne odkryły, że długość życia to nieprawdopodobnie intratny przemysł o gigantycznych aktywach, wówczas w pełni rozkwitła *kultura narcyzmu*, którą doskonale scharakteryzował Christopher Lasch w swojej legendarnej już książce (Lasch, 2015), a jego pomysły świetnie rozwinęli badacze tacy, jak Mike Featherstone, Naomi Wolf, Stephen Mennell, Bryan S. Turner (ich teksty dostępne są w klasycznej pracy zbiorowej *The body. Social process and cultural theory*, 2001) czy Lee Monaghan, który popularność problematyki współczesnego organizmu i jego powiązań z suplementami diety upatrywałby w rosnącej świadomości ciała traktowanego nie tyle jako powłoka, tajemnica, sanktuarium, ile jako twór mechaniczny wymagający z jednej strony właściwej oceny możliwości (*careful judgment*), z drugiej – wiedzy (*knowledge of the values and parameters*) dotyczącej sposobów kształtowania poszczególnych jego partii (Monaghan, 1999). I ta sprawa jest jasna – jednak Monaghan zwraca uwagę na wyjątkowo istotny fakt, który dla naszych rozważań jest kluczowy: atrakcyjność fizyczna ciał, tężyzna, zdrowie to zmienne mające zupełnie inne referencje w określonych środowiskach i społeczeństwach. Wydaje się, że właśnie na styku pól znaczeniowych pojawia się fenomen multimedialnej medycyny, której reklama medyczna będzie jednym z przejawów. Uproszczony schemat Goffmanowskiej ramy (Goffman, 2010) (w tym wypadku: świat traktowany jako siłownia, przestrzeń *fit*, plac do eksploracji możliwości własnego organizmu) przestał wystarczać i prowokował przynależność do określonej, zdominowanej genderowym dyskursem subkultury, a potrzeba utrzymania identyfikacyjnego charakteru komunikacji (ciało jako wehikuł społecznego sukcesu lub porażki) stała się w takim stopniu silna, by wykorzystać te elementy narracji medycznej, które: gwarantują autorytarność dzięki naukowym kategoriom oraz zapewniają o integracji jednostki na poziomie wyższym niż proste założenie, że dbłość o ciało i umysł jest w dużej mierze egotyczną przyjemnością poszczególnych obywateli.

Co robi reklama medyczna? W potocznym ujęciu **nie tyle jest opowieścią o rozgraniczeniu między chorobą i zdrowiem** (tu przyporządkowanie miałoby charakter zero-jedynkowy), ile **ułatwia podjęcie decyzji, czy można być lepszym**. Ciało regularnie wspomagane lekiem to w pewnym sensie jeden z rytuałów postnowoczesności. Przyjmowanie leków stanowi na swój sposób niewidzialne działanie o charakterze operacyjnym (co zresztą fascynuje widzów programów, takich jak: *Dr Pryszczylla*, *Moje ciało mnie przeraża*, *Obcy w moim ciele*). To wsparcie ciała i umysłu w trudnościach dnia codziennego, których skalowalność (dzięki intymności samoleczenia) jest ustalana wyłącznie przez nas samych. Wsparciem takich praktyk są też apteki będące w dużej mierze wielobranżowymi marketami z oszałamiającą liczbą produktów, które w przeważającej większości są po prostu „na wyciągnięcie ręki” (portfela, karty, telefonu z opcją płatności).

„Tradycyjna” apteka nadal funkcjonuje w trybie zawiązania specyficznej relacji – mimo systemu e-receptowego, rozwiniętego modelu kupowania recept za pośrednictwem automatów w sieci², ostatecznie często musimy stworzyć motywowaną na szybko opowieść

liczba dostępnych produktów, właśnie szamponów, całkowicie „złagodziła” społecznie wstydlivy charakter tej przypadłości, a o błyskawicznej potrzebie reakcji świadczy jedynie cena produktu – szampony, lotiony, żele, kremy usuwające uciążliwe „żyjątki” są relatywnie dużo droższe w stosunku do innych produktów myjących włosy.

² Myślę tu o rozpowszechnionym w internecie zwyczaju kupowania recept (cena ok. 70 PLN) z pożądanym przez nas lekiem. W kilka minut po zakupie otrzymujemy e-receptę np. z antybio-

o chorobie – farmaceuta sprawdza PESEL, dawkę, patrzy na nas, bo, przez jedną chwilę, ma przewagę detektywa-urzędnika: za lek na receptę w dużej mierze płaci państwo – choć zysk gwarantowany jest obu stronom – farmaceucie (pieniądz) i choremu (pożądana poprawa zdrowia). Wymagana jest krótkotrwała komunikacyjna gra, fundująca transparentność każdego z etapów. W tej wymianie fałszywie farmaceuta stawia się w roli weryfikatora potrzeb, podczas kiedy jego działalność ma dokładnie taki sam model PKD (Polska Klasyfikacja Działalności), jaki nadaje się osobie chcącej prowadzić sprzedaż owoców na miejskim targu czy remontować mieszkania.

Autorytet lekarza i farmaceuty – choć rokrocznie deklarowany jako jeden z najbardziej pożądanych we wszelkiego rodzaju rankingach zawodów – jest w dużej mierze neutralizowany przez rynkowe mechanizmy dbałości o zdrowie. Samoświadomość, *wellbeing* (Tov, 2018), bycie *fit* to kategorie, które w dużej mierze ukróciły prymat lekarzy i farmaceutów w wyścigu o zarządzanie naszymi ciałami.

Choroba jako praktyka codzienności

Reklama medyczna doskonale związała dyskurs maładyczny. Pochłaniająca coraz większe zainteresowanie świadomość własnego ciała, łatwość i otwartość mówienia o chorobach (fenomenem narracyjnym będą tutaj opisywane w mediach przypadki depresji, endometriozy (Górniak i Łucyan, reż., 2022) oraz rzadkich chorób genetycznych) uitorowały drogę do nowego sposobu prezentacji leków. Rosnąca wiedza konektywna (De Kerckhove, 2001), możliwość weryfikacji i docieranie do różnych punktów widzenia dzięki sieciowym zasobom zablokowały tradycyjny schemat reklamowy: **efekt choroby – lekarstwo – brak efektu choroby**. Obecnie, schemat wygląda tak: **codzienny rytuał – zachwiania spowodowane chorobą – lekarstwo – powrót do celebracji codzienności**. Różnica niby nie jest wielka, ale z pewnością znacząca: przesunięcie akcentu z choroby na codzienność spowodowało traktowanie kłopotów zdrowotnych jako elementu określonych praktyk. Innymi słowy: **w reklamie choroba jest praktyką codzienności**, którą ogrywamy dzięki ogromnej liczbie medykamentów dostępnych na rynku. Widać to wyraźnie w schemacie – spoty reklamowe nie konkurują między sobą, nie wpisują się w reguły porównawcze (lek A jest lepszy od leku B), koegzystują, komunikując odbiorcom, że – jeśli choroba jest praktyką codzienności – to wybór lekarstwa również.

Wskazaną zmianę potwierdza także wiele badań, potwierdzających, że reklama w rzeczywistości nie ma wielkiego wpływu na decyzje zakupowe konsumentów lekarstw i o wiele częściej kierują się oni opinią lekarzy, znajomych czy wreszcie – tzw. potwierdzoną skutecznością. Jaki wniosek płynie z tej swoistej aporii? **Reklama jest z reguły efektem, a nie powodem sprzedaży**. Gigantyczne obroty na rynku suplementów, parafarmaceutyków, leków generycznych to – jak pisałem wcześniej – informacja o konsekwentnej zmianie kulturowej, obecnej nie tylko w społeczeństwach usieciowionych i zglobalizowanych. Jeśli przyjmijemy założenie za Dorotą Płużowską (2016), że funkcjonujemy w „społeczeństwie

tykiem – z zastrzeżeniem, że bez konsultacji dostajemy jedynie bazową dawkę produktu, a nie jego odmianę z dawką najwyższą. Zob. receptomat.pl, e-recepta.pl i inne.

polikontekstualnych komunikacji (Kneer i Nassehi, 2000), „multiopcjonalnych wyborów” (Gross, 2005), „heterotopii” porządków i nieporządków (Willke, 2003), uniwersalność oczykiwań ustępuje bowiem miejsca obserwacji kontyngencji, wówczas gromadzenie wiedzy o zakresie i działalności produktów leczniczych stanie się jednym z elementów społecznej przewagi.

Agregacja treści (skomplikowane pojęcia, łacińskie nazwy, umiejętności odtwarzania schematu działania i reakcji ciała) oraz tradycyjnie zyskiwana wiedza potoczna: nazwy leków, ich producenci, hasła wspierające sprzedaż – ułatwiają poruszanie się po skomplikowanym świecie medycyny, która w społecznym odbiorze jest dziedziną tak skomplikowaną i delikatną, jak fizyka jądrowa. Fenomen reklam medycznych (i nie mają tutaj znaczenia konkretne produkty) polega na zbliżonym poziomie zaangażowania w określony typ choroby. O ile w przestrzeni „pozareklamowej” nikt zdroworoządkowy nie dokona porównania choroby nowotworowej z biegunką wywołaną nadmierną ilością spożywanych produktów, o tyle twórcom przekazu reklamowego regularnie udaje się dokonywać swoistej homogenizacji poziomu chorobowego.

Do rangi „dramatu” urastają bóle głowy, suchość w ustach, wyczerpanie sezonowe, bóle pleców czy piekące oczy, które są wynikiem nadmiernie długiego siedzenia przed komputerem. Reklamy regulują poziom emocji poprzez specyficzny sposób prowadzenia prezentacji – jeśli przekaz byłby trywialny to i problem pozostanie trywialny. Na taki model opowieści trudno wyrazić zgodę, dlatego w ramach komunikacyjnej konwencji pozwalamy na to, by syrop na kaszel „rozpoznawał” typ schorzenia (mokry, suchy), by, dostępny bez recepty, środek przeciwbólowy miał „potrójne działanie” (kulturowe uwarunkowanie liczby trzy nie jest tu bez znaczenia...), mimo że medycyna od dawna zna *efekt pułapowy*, powyżej którego lek nie wywoła w organizmie pożądanych efektów.

Zakończenie – reklama medyczna a dyskurs maładyczny

Zaznaczyłem wcześniej, że promowane lekarstwa zbliżają się w swojej formule do kosmetyków czy produktów żywnościowych o rozszerzonym działaniu: na rynku dostępne są spraye do uszu, gardła, na skórę, drażetki o konsystencji gumy do żucia, suplementy ostonowe o smaku i wyglądzie czekolady czy lizaków, szampony i antyperspiranty lecznicze. Formuły produktów łagodzą podejrzliwe poczucie lekomanii, a raczej kierują konsumenta w stronę świadomej odpowiedzialności. Reklama wzmacnia to poczucie – dawki są „dopuszczalne”, nawet jeśli bardzo mocne, efekty są natychmiastowe, nawet jeśli schorzenie wymaga wieloetapowego działania (np. choroby skóry). Pracujemy z twórcami reklam na styku znaczeń – uważam to za jedno z największych osiągnięć rodzimego rynku reklamy farmaceutycznej.

Na potwierdzenie tej tezy przytaczam jeden miarodajny przykład. Reklam medycznych w dwóch kilkuminutowych blokach reklamowych jest około piętnastu: tyle wyemitowano reklam medycznych przed dopołudniową emisją jednego z odcinków docu-soap’u *Ukryta prawda* (10.01.2023, TVN). Oprócz tego cztery spoty poświęcone suplementom pojawiły się oddzielnie – ich producenci byli sponsorami tego serialu.

Na tym tle wyjątkowo dojmująco wypada fragment studium choroby autorstwa Anne Boyer (2021):

Być może przyszli historycy medycyny będą patrzeć na chemioterapię z taką samą pełną zdumienia ciekawością, z jaką nasi patrzą na powszechne dawniej praktyki w rodzaju puszczania krwi – na to, że nie tylko poważnie zatruliśmy ludzi, by ich wyleczyć, ale także nawet gdy takie leczenie nie działało, nie mogło zadziałać i prowadziło do śmierci, okaleczenia i niepełnosprawności, powszechnie oczekiwano, iż chore się mu poddadzą. Gdy ordynowanie pacjentkom niepotrzebnej terapii nie jest powodowane żądzą zysku, zdaje się wynikać bardziej z przesądu niż z nauki, a irracjonalne pragnienie takiego leczenia odczuwają nie tylko, jak w przypadku Acker, najbliżsi chorej osoby. [...] Jak gdyby sam świat został schwyty w sieć potwornych onkologicznych obrzędów i sentymentalnego dramatu wypadających włosów, bezsilnych kończyn i słabnących kobiet. Kulturowy urok chemioterapii jest tak potężny, że ludzie zdrowi niekiedy postrzegają rezygnację z niej jako pretekst, by porzucić chorą (s. 185).

Wyjątkowo mocny fragment wpisujący się w dyskurs maladyczny uzmysławia nam wybraną społecznie ścieżkę. Porównanie chemioterapii do zwalczania bólu pleców jest nie tyle nieuprawnione, ile zwyczajnie absurdalne, ale przytaczam ten fragment, by wskazać społeczną tendencję do kształtowania narracji związanej z leczeniem. W serię przywołanych już przeze mnie paradoksów, które uświadamia nam również reklama medyczna, wpisuje się jeszcze jeden. Otóż – nie za bardzo jest inna droga: naprzeciw regularnego leczenia „SIĘ” nie stoi opozycyjny wariant z medycyną alternatywną, slow-foodem, lekami homeopatycznymi i leczeniem „siłą woli”. To również niesamowite pole do nadużyć, gdzie na końcu będą „lewoskrętna witamina C”, szamani i magiczne ręce Zbyszka Nowaka. To wyraźnie ucieczka z jednej narracji (Sontag, 1999) w drugą – bez wartościowania.

Poruszajmy się zatem w tych narracjach jak najsprawniej i podejmujmy ryzyko interpretacji naszych wielowektorowych, czasem liminalnych działań – wiedza nigdy nie jest radosna, zawsze – bolesna...

Bibliografia

- Boyer, A. (2021). *Obumarła. Ból, słabość, śmiertelność, medycyna, sztuka, czas, sny, dane, wyczerpanie, rak i opieka*. Tłum. K. Iwaszkiewicz. Wydawnictwo Czarne.
- De Kerckhove, D. (2001). *Inteligencja otwarta. Narodziny społeczeństwa otwartego*. Tłum. A. Hildebrandt, R. Glegoła. MIKOM.
- Domański, H. (1996). *Na progu konwergencji. Stratyfikacja społeczna w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.
- Drenda, O. (2016). *Duchologia polska. Rzeczy i ludzie w latach transformacji*. Wydawnictwo Karakter.
- Featherstone, M., Hepworth, S., Turner, S. B. (2001). *The body. Social process and cultural theory*. Sage Publications.

- Fleischer, M. (2017). Co to jest reklama? Reklama dźwignią handlu. W: M. Wszółek (red.), *Manual – reklama. Podręcznik z zakresu projektowania komunikacji* (s. 11–34). Wydawnictwo Libron – Wydział Filologiczny Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Florida, R. (2010). *Narodziny klasy kreatywnej oraz jej wpływ na przeobrażenia w charakterze pracy, wypoczynku społeczeństwa i życia codziennego*. Tłum. T. Krzyżanowski, M. Penkala. Narodowe Centrum Kultury.
- Freud, Z. (2012). *Poza zasadą przyjemności*. Tłum. J. Prokopiuk. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (2010). *Analiza ramowa. Esej z organizacji doświadczenia*. Tłum. S. Burdziej. Zakład Wydawniczy „Nomos”.
- Górniak, K., Łucyan, K. (reż.). (2021). *Taka twoja uroda*, TVN 24, bit.ly/3Qz2qEC
- Gross, R. (2005). *Psychology. The science of mind and behaviour*. Hodder Education.
- Kawalec, P., Rogala, M. (2016). Reklama leków OTC i suplementów diety w Polsce. *Polski Przegląd Nauki o Zdrowiu*, 3(48), 302–307.
- Kneer, G., Nassehi, A. (2000). *Niklas luhmanns theorie sozialer systeme*. UTB Fur Wissen Schaft.
- Lasch, Ch. (2015). *Kultura nacyzmu. Amerykańskie życie w czasach malejących oczekiwań*. Tłum. G. Ptaszek, A. Skrzypek. Wydawnictwo Akademickie SEDNO.
- Monaghan, L. (1999). Creating ‘The Perfect Body’. A variable project. *Body & Society*, 5(2–3), 267–290. <https://doi.org/10.1177/1357034X99005002015>
- Morin, E. (1965). *Duch czasu*. Tłum. A. Frybesowa. Znak.
- Płuchowska, D. (2017). Reklama a komunikacja interkulturowa. Zarys teoretyczny. W: M. Wszółek (red.), *Manual – reklama. Podręcznik z zakresu projektowania komunikacji* (s. 389–428). Wydawnictwo Libron – Wydział Filologiczny Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Przygodzki, A. (2022). *Polacy a suplementy diety. Wiedza i świadomość. Raport*. bit.ly/3GzdiO9
- Schlegel-Zawadzka, M., Barteczko, M., (2009). Ocena stosowania suplementów diety pochodzenia naturalnego w celach prozdrowotnych przez osoby dorosłe. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 4(65), 375–387.
- Sontag, S. (1999). *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Tłum. J. Anders. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Tov, W. (2018). Well-being concepts and components. W: E. Diener, S. Oishi, L. Tay (red.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers. DOI: nobascholar.com
- Warchala, J. (2010). Reklama i jej zastosowanie w glottodydaktyce. W: A. Achtełik, M. Kita, J. Tambor (red.), *Sztuka i rzemiosło. Nauczyć Polski i polskiego* (t. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego – Wydawnictwo Gnome.
- Willke, H. (2003). *Heterotopia*. Suhrkamp.

