



Zbyszko Melosik

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, e-mail: zbbymel@wp.pl

Dyskursy medykalizacji i farmakologizacji: rekonstrukcje tożsamości człowieka

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2017.023>

Discourses of Medicalization and Pharmacologization: Reconstructions of Human Identity

Abstract

This article examines the problem of increasing dependence of modern human on the discourses of medicalization and pharmacologization. The author presents the main socio-cultural tendencies associated with them and analyzes – from a critical perspective – the consequences of the identity of “fatal infatuation with medicine”. The author argues that in a consumer society, health becomes a commodity to sell, a man is reduced to the symptoms of their illness and their lifestyle is determined by medical experts. The narrative of the article is located in the perspective of the Foucaultian category of normalization and the assumptions of critical pedagogy.

Key words: medicalization, pharmacologization, identity, critical pedagogy.

Medykalizacja ciała i zdrowia stanowi formę uwięzienia człowieka w zestawie praktyk dyscyplinujących i monitorujących jego życie i tożsamość. Wynika ona z „fatalnego zauroczenia medycyną”, wyrażającego się w (redukcjonistycznym) postrzeganiu człowieka (jak również wielu problemów społecznych, a nawet moralnych) w kategoriach biomedycznych i kontrolowania go za pomocą medycznych technologii i ekspertów. Medycyna przekształciła się, jak utrzy-

muje I. K. Zola (1972, s. 487–496), w formę kontroli społecznej, przy czym nieustannie „rozszerza swoją jurysdykcję na coraz to nowe problemy, ma coraz większy wpływ na społeczeństwo”¹. W ostatnich dekadach mamy przy tym do czynienia z kolejną falą medykalizacji, której istota bardzo przypomina zresztą opisane przez Agnieszkę Gromkowską-Melosik praktyki medyczne stosowane w epoce wiktoriańskiej wobec kobiet (Gromkowska-Melosik, 2013). Współczesna, niekiedy bezwarunkowa akceptacja medycyny i medykalizacji wynika przy tym z wiary w naukę, ideologię racjonalności oraz wiedzę i kompetencje ekspertów (Conrad, Leiter, 2004, s. 159).

Medykalizacja życia i tożsamości dotyczy więc, powtórzę raz jeszcze, zredukowania coraz większej liczby problemów związanych z osobistym i społecznym funkcjonowaniem człowieka do kategorii biomedycznych lub nawet *stricte* klinicznych. Rośnie przy tym przekonanie, że mogą być one zdiagnozowane i rozwiązane wyłącznie przez medycynę i lekarzy. Wywołuje to bez wątpienia narastające poczucie bezradności i uzależnienia ludzi. Zależnieni – w obawie przed groźną diagnozą, a niekiedy „wyrokiem” – czują się w relacjach z sektorem medycznym nic nie znaczącymi marionetkami. Inwazja medycyny i farmakologii powoduje przy tym, że ich życie nabiera charakteru „klinicznego”; powstają coraz to nowe precyzyjnie definiowane przez lekarzy „symptomy” i „syndromy”, które można wychwycić czy ujawnić jedynie przy pomocy bardzo skomplikowanych badań (i aparatury).

W konsekwencji medykalizacji wielu ludzi nieustannie wsłuchuje się w swoje ciało, myśli o potencjalnych chorobach i sposobach ich uniknięcia. Ich życie przebiega od badania do badania, od wyników do wyników, a liczba potencjalnych diagnoz potencjalnych chorób rośnie – wraz z postępem medycyny – z roku na rok. Taka sytuacja wzmaga, stwierdzę raz jeszcze, poczucie życiowej i tożsamościowej niepewności. Życie staje się oczekiwaniem na chorobę, życie niemalże staje się chorobą.

Medykalizacja i farmakologizacja człowieka jest nieodłącznie związana z biomedyczną koncepcją ciała i zdrowia, którą warto tutaj przedstawić. Badacze historii medycyny twierdzą, iż biomedyczny model ciała i zdrowia zrodził się pod wpływem paradygmatu Kartezjuszowskiego. Kartezjusz twierdził, że „ciało jest maszyną, którą można całkowicie zrozumieć w kategoriach układu i działania jego części”. Jak pisze o Kartezjuszu (w swojej słynnej książce „Punkt zwrotny”) F. Capra (1987, s. 174), „człowieka zdrowego przyrównywał

¹ Teza ta zawarta jest w jednym z pierwszych tekstów poświęconych medykalizacji społeczeństw Zachodu – por. Zola, 1972, ss. 487, 496.

on do dobrego zegara w doskonałym – pod względem mechanicznym – stanie; chorego natomiast – do zegara, którego części pracują nieprawidłowo”. Zdaniem tego samego – bardzo krytycznego wobec koncepcji biomedycznej – autora, „wskutek podziału na umysł i ciało lekarze zaczęli zajmować się ciałem przyrównywanym do maszyny i lekceważyć psychiczne, społeczne i środowiskowe aspekty choroby” (Capra, 1987, s. 174). Zgodnie z tym podejściem, ciało człowieka dzieli się na poszczególne, coraz mniejsze części, a za chorobę uważa się „nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych, badanych z punktu widzenia biologii komórkowej i molekularnej”. Z kolei zadaniem lekarza jest bezpośrednia, fizyczna lub chemiczna interwencja, której celem jest „przywrócenie prawidłowego funkcjonowania zaburzonego mechanizmu”. Capra twierdzi (1987, s. 170, 215), że współczesna medycyna opiera się nadal w dużej mierze na „koncepcji ciała jako maszyny, choroby – jako konsekwencji uszkodzenia maszyny i roli lekarza polegającej na reperowaniu tej maszyny”, przy czym „różne części reperują różni specjaliści”.

Capra zarzuca modelowi biomedycznemu daleko idący redukcjonizm. Uważa, iż „koncentrując się na coraz mniejszych fragmentach ciała, współczesna medycyna traci z oczu samego pacjenta jako istotę ludzką”; traktuje go tak, jak gdyby funkcjonował on w sposób całkowicie „mechaniczny”. Ponadto model ten przyczynił się do powstania nieprzekraczalnego podziału specjalistów na lekarzy zajmujących się ciałem oraz psychiatrów i psychologów, skoncentrowanych na umyśle. Według Capry, „przepaść między nimi poważnie utrudniła zrozumienie większości ważniejszych chorób”. Jednocześnie, coraz bardziej narastające uzależnienie usług medycznych od skomplikowanych technologii prowadzi do daleko idącej specjalizacji lekarzy. Prowadzi to w konsekwencji do rezygnacji z postrzegania „pacjenta jako integralnej osoby”. Capra uważa, iż „w wielu wypadkach jest oczywiście bardzo słuszne kojarzenie poszczególnych chorób z określonymi częściami ciała. Ale w nowoczesnej medycynie naukowej położono za duży nacisk na ujęcie redukcjonistyczne: powstało tyle dyscyplin wyspecjalizowanych do tego stopnia, że lekarze (...) zajmują się leczeniem poszczególnych narządów i tkanek, na ogół nie biorą pod uwagę reszty ciała, a tym bardziej nie uwzględniają psychologicznych i społecznych aspektów choroby danego pacjenta” (Capra, 1987, s. 170, 194, 204, 215)².

Trudno nie potwierdzić rosnącej wręcz zasadności poglądów Capry w odniesieniu do niektórych przynajmniej kontekstów funkcjonowania medycyny

² Przedstawione tutaj wcześniej poglądy F. Capry i I. Illicha omawiałem już wcześniej w moim tekście – Melosik, 1999, s. 8–10.

współczesnej. Po pierwsze współcześni lekarze posiadają jeszcze węższe specjalizacje niż to miało miejsce w okresie, gdy Capra formułował swoje tezy (pierwsze wydanie książki „Punkt zwrotny” miało miejsce w roku 1982). Niekiedy wręcz specjalizują się już nie tylko w leczeniu jednego narządu, a w leczeniu jednej z funkcji jednego z narządów. To oczywiście powoduje rosnącą fragmentaryzację, zarówno medycznej ekspertyzy, jak i stosowanych remediów. W coraz większym zresztą stopniu rozmowa lekarza z pacjentem ma charakter jedynie „wstępny” (i „zdawkowy”); uważa się bowiem, że bez wyników badań laboratoryjnych niemożliwa jest jakakolwiek diagnoza. W konsekwencji, lekarze, coraz częściej przekształcają się w „interpretatorów” komputerowych wykresów i wydruków, odnoszących się do sytuacji występującej w organizmie pacjentów (i przygotowanych przez techników i laborantów, dostarczających skomplikowanej aparaturze cząstki fragmentów ciała – czy to w postaci stałej czy płynnej). Bez wątpienia tracą w ten sposób swój część autorytetu, jednakże nic ze swojej władzy. Zakres czy treść owej władzy przekształca się jednak. Kiedyś była to władza lekarza-mędrca, znawcy ciała i duszy, z kolei dziś w dużej mierze polega ona na „władzy interpretacji” i „władzy ordynacji”, w zakresie możliwych do zastosowania remediów. Trzeba dodać, że w konfrontacji ze skomplikowaną maszyną diagnostyczną człowiek czuje się jeszcze bardziej bezradny niż podczas spotkania nawet z najbardziej lakonicznym i bezosobowym lekarzem. Wszeghorniająca totalność medycznej diagnostyki sprawia przy tym, iż niekiedy mamy wrażenie, że żyjemy po to, aby się diagnozować, bowiem wyniki jednej diagnozy przynoszą konieczność kolejnej – bardziej szczegółowej i specjalistycznej; w procesie, który zdaje się nie mieć końca.

Podobnie przy tym, jak ma to miejsce w przypadku profesji prawniczej, również w odniesieniu do lekarzy mamy do czynienia z wysoce wyspecjalizowanym językiem, niezrozumiałym dla laika, a także z nieustannym podkreśleniem „przepaści statusu” między medycznym ekspertem a pacjentem. Ten drugi, szczególnie w sytuacji szpitalnej jest zredukowany niekiedy do „numeru łóżka” w (też numerowanym) pokoju, do swojego chorego narządu, czy do wyników badań laboratoryjnych dotyczących jego ciała. W szpitalu, który zdaje się jednym z przykładów Goffmanowskiej instytucji totalnej, jak w żadnym innym miejscu, doskonale uwidacznia się taka lokalna hierarchia profesjonalno-społeczna (począwszy od pielęgniarki, skończywszy na ordynatorze), której ciało i tożsamość pacjenta muszą się podporządkować (dosłownie i w przenośni). Tak pisze o tym R. C. Fox „«mistyczność», która otacza profesję medyczną jest odczuwana jako integralna część jej władzy. Jest ona nie tylko spontanicznie nadawana lekarzom przez opinię publiczną, ale (...) jest także kultywo-

wana przez samych lekarzy, poprzez ich przekonanie, że posiadają wiedzę i kwalifikacje, które są zbyt ezoteryczne, aby być w sposób swobodny i pełny udostępniane laikom” (za: Gmerek, 2001, s. 229). Bezradność w konfrontacji z medycznymi ekspertami bez wątpienia także „infantylizuje” tożsamość człowieka, wchodzi on w rolę dziecka, które „nic nie wie” i czeka na szczegółowe wskazówki dorosłych (lekarzy).

Warto w tym miejscu zrekonstruować choć częściowo słynną krytykę medycyny, dokonaną przez Ivana Illicha, jednego z najbardziej znanych krytyków kultury współczesnej (między innymi autora słynnej koncepcji „descholaryzacji” – likwidacji szkoły jako instytucji). Skoncentrował się on w swoich rozważaniach na społecznych przejawach i konsekwencjach biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia.

Pierwszy aspekt jego krytyki dotyczy wspomnianej już zasadniczej „medykalizacji życia” w społeczeństwie współczesnym. Illich utrzymuje w tym kontekście, iż „zagrożenie, jakie współczesna medycyna reprezentuje (...) jest analogiczne do zagrożenia, jakie wzrost rozmiaru i intensywności ruchu ulicznego reprezentuje dla przekraczających jezdnię”. Píše on też, iż krajach bogatych medyczna kolonizacja medyczna osiągnęła „chorobliwe rozmiary”; a biedne kraje w szybkim tempie idą w tym samym kierunku” (Illich, 1976, s. 7–8). Warto dodać, że niemal trzydzieści lat później inny prominentny krytyk ekspansji medycyny Peter Conrad potwierdzał, że globalne korporacje eksportują na cały świat zachodnią medykalizację (Conrad, Conrad, 2005, s. 11).

Drugi aspekt krytyki odnosi się do „profesjonalizacji” podejścia do ciała i zdrowia. Jak pisze Illich (1976, s. 6): „społeczeństwo przekazało lekarzom wyłączne prawo do określania, co konstytuuje chorobę, kto jest lub mógłby być chory i jak należy postępować wobec takich ludzi”. Można do tego dodać, że biolodzy i lekarze często wchodzi w rolę wszechwiedzących – posiadających dostęp do absolutnej Prawdy i Wiedzy – ekspertów. Traktują przy tym ciało, o czym pisano już wcześniej, coraz częściej wyłącznie w kategoriach „parametrów” i „wskaźników”; arbitralnie określają kryteria i normy zdrowia, wyznaczają jego „skale” i „poziomy” (Illich mówi w tym kontekście o „diagnostycznym imperializmie”). Takie podejście prowadzi do „uprzedmiotowienia” pacjenta, traci on prawo do decydowania o własnej „cielesności”. Często staje się ona jedynie dodatkiem do diagnoz i wyników badań. Wreszcie trzeci aspekt Illichowskiej krytyki dotyczy zjawisk zbiurokratyzowania medycyny współczesnej. Badacz ten uważa (1976, s. 41, 46), że jest ona „praktykowana przez (...) specjalistów, którzy kontrolują ogromne populacje za pomocą biurokratycznych instytucji”. Znajdujemy się w sytuacji, w której „opieka zdrowotna

jest przekształcona w zestandaryzowane punkty (...)", a „język poprzez który ludzie mogliby doświadczać swoich ciał zmienia się w biurokratyczny żargon". W rezultacie, „medyczna biurokracja konstruuje chorobę-zdrowie przez wzmacnianie stresu, przez zwielokrotnianie obezwładniającej zależności, przez generowanie nowych przykrych potrzeb, przez zmniejszanie poziomu tolerancji na brak komfortu i ból, przez redukcję swobody działania jednostek, które cierpią”.

Na zakończenie tej sekcji artykułu stwierdzę, że trudno się nie zgodzić – w kontekście „ideologicznym” i „tożsamościowym” – z zarzutami stawianymi biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia przez Caprę i Illicha. Zarazem nie podobna nie stwierdzić, że jej urzeczywistnienie prowadzi do pogłębienia ubezwłasnowolnienia człowieka w relacjach z społeczeństwem, przede wszystkim jego instytucjami. Uważam jednak, iż rezygnacja z niej nie wydaje się możliwa i celowa. Odgrywa ona bowiem niepodważalną rolę w codziennym życiu pacjentów – w skutecznym leczeniu i znoszeniu bólu oraz cierpienia. Poza tym to właśnie koncepcja biomedyczna przyczyniła się do zasadniczego postępu medycyny; wystarczy wspomnieć tylko o poznaniu przyczyn i mechanizmów tysięcy chorób oraz stworzeniu możliwości ich eliminacji (np. epidemicznych chorób zakaźnych).

Celem tego tekstu nie jest więc zakwestionowanie, ani medycyny diagnostycznej, ani tym bardziej klinicznej, a jedynie pokazanie uwikłania człowieka w coraz nowe niepokoje i poczucia bezradności oraz podporządkowanie go medycznym instytucjom i specjalistom. Celem jest także pokazanie, iż świat „formalnej” medycyny i medykalizacji stanowi jasno określoną alternatywę dla innego świata – rozproszonego i zorientowanego na ekspresję indywidualności i wolności jednostki; poprzez konsumpcję, kulturę popularną i styl życia.

Powyższe rozważania poświęcone były medykalizacji, którą nazwałabym mniej lub bardziej „twardą”, odnoszącą się do „klasycznego” podporządkowania się człowieka lekarzom i ich zaleceniom, hospitalizacji, a także detalicznym oraz precyzyjnym diagnozom, dokonywanym przez aparaturę medyczną. Towarzyszy temu jednak druga forma medykalizacji, która niekiedy nawet wydaje się przeczyć tej pierwszej – nazwę ją „rozproszoną”. I to ona właśnie powoduje – aby odwołać się do poglądów Nikołasa Rose (2007, s. 700) – że mimo zmniejszenia się autorytetu lekarzy i zwiększenia praw pacjenta, medycyna „ma jeszcze większy wpływ na nasze życie [niż kiedyś]; kształtuje to, kim jesteśmy”. Owa forma medykalizacji związana jest, jak sądzę, z neoliberalną koncepcją człowieka i przekazaniem mu dużej kontroli (i odpowiedzialności) za kreowanie swojego losu, w tym także i w kontekście zdrowotnym. Można w tym miejscu

przywołać pogląd Roberta A. Nye (2003, s. 117), iż „medykalizacja nie jest już, jak uznawano to jeszcze do niedawna, konspiracyjnym – narzuconym z góry – rezultatem współpracy medycznych ekspertów i rządów państw, lecz procesem, którego istotą jest wprowadzenia zasad związanych z medycyną i zdrowiem do psychiki jednostek, które czują swoją odpowiedzialność za swój los”.

Tak więc w społeczeństwie konsumpcyjnym ludzie bynajmniej nie opierają się medykalizacji, nie czują się też „pasywnymi przedmiotami, lecz «upodmiotowionymi» pacjentami” (Ignaas, Hoyweghen, 2011, s. 17). Problem nie polega już więc na dążeniu do ograniczania „medycznej władzy instytucji medycznych i lekarzy” lecz na ograniczeniu zachłannej konsumpcji ofert zdrowotnej i opieki zdrowotnej (s. 18). Konsumenci dążą do aktywnego wykorzystania swojego „prawa do bycia zdrowym” – w ten sposób sami się medykalizują (s. 18). W podobny sposób postrzega tą kwestię Conrad (2005, s. 10), pisząc że nośnikiem współczesnej medykalizacji nie są już lekarze, lecz rynki konsumenckie.

Przywołam w tym miejscu zaproponowane przez Petra Skrabanka (1995, s. 31–32) pojęcie odgrywającej coraz większą rolę medycyny antycypacyjnej, która nie jest zorientowana, jak to ma miejsce w medycynie tradycyjnej, na leczenie konkretnych dolegliwości i chorób. Jest ona oparta natomiast na „probabilistycznych spekulacjach” dotyczących zagrożeń i wielowariantowych „czynników ryzyka”, które można ograniczyć przez wprowadzenie „zdrowego stylu życia” (chodzi więc tutaj o wykluczenie tego, co potencjalnie może się zdarzyć). Zwiększenie roli takiego podejścia prowadzi do nieustannego koncentrowania uwagi na tym, co potencjalnie jest (nie)zdrowe. Martwimy się więc już nie tylko naszymi realnymi chorobami, ale także potencjalnymi chorobami, o których istnieniu wiemy, ale także takimi o których istnieniu (jeszcze) nie wiemy. Liczba potencjalnych zaburzeń funkcjonowania naszego ciała i umysłu zdaje się nieograniczona (odkrywane są coraz to nowe i powstają kolejne ich klasyfikacje). Ponadto występuje także rosnąca tendencja do rozpatrywania niemalże każdej aktywności życiowej w kontekście jej wpływu na ciało i zdrowie. Taka sytuacja w oczywisty sposób sprzyja medykalizacji.

Peter Conrad i Valerie Leiter zwracają uwagę na jeden jeszcze, ważny moim zdaniem, kontekst medykalizacji. Otóż uważają oni, iż jej ważkim nośnikiem jest zmniejszająca się tolerancja ludzi na „niewielkie symptomy”, które kiedyś były ignorowane. W konsekwencji, jak piszą A. J. Barsky i J. F. Borus (2004, s. 159), obecnie „niekomfortowe stany ciała i izolowane symptomy są przeklasyfikowane na choroby”. Jesteśmy coraz bardziej wrażliwi; gdy „cokolwiek odczuwamy” (np. „trochę boli mnie głowa”), natychmiast czujemy się zobligowani do podejmowania działań, przynajmniej poprzez przyjęcie jakie-

gość farmaceutyka. Erik Parens pisze (2013, s. 31–32), że we współczesnych społeczeństwach mamy wręcz do czynienia z „farmakologizacją normalnych ludzkich problemów” (i coraz rzadszą postawą „farmakologicznego kalwinizmu” polegającego na unikaniu farmaceutyków „tak długo, jak się da”, przy jednoczesnym uznawaniu, że niepotrzebne zażywanie leków jest nawet moralnie naganne).

Trzeba dodać, że leki, które kiedyś były przepisywane przez lekarzy, dziś są sprzedawane w każdym supermarkecie, a liczba dostępnych aptek jest nieograniczona. Praktycznie, przynajmniej we wstępnej fazie niemalże każdej choroby, każdy może leczyć się samodzielnie, korzystając z popularnych rad, dostępnych w Internecie lub w czasopismach, które bez problemów dostarczają tysiące (niekiedy sprzecznych ze sobą) ekspertyz w zakresie zdrowia i choroby. Firmy farmaceutyczne stosują przy tym reklamę bezpośrednią – skierowaną do klienta (z pominięciem lekarzy), któremu oferują możliwość wyboru spośród wielu możliwości (Conrad, Leiter, 2004, s. 161). W reklamach takich określone specyfiki prezentowane są bardzo często jako niemalże ostateczne rozwiązanie uciążliwych problemów zdrowotnych, a niekiedy nawet – życiowych (na zasadzie: „gdy przestanie ciebie boleć głowa, to z pewnością będziesz szczęśliwy”).

Prasa popularna nieustannie przypomina o konieczności (za)dbania o swoje ciało i zdrowie, zarówno w kontekście tradycyjnych, klasycznych zagrożeń i chorób, jak i nowo tworzonych (te ostatnie występują nagle, w postaci „gwałtownych niepokojów”). Rozprzestrzenia się także – niekiedy bardzo trywialną – wiedzę na temat potencjalnych zagrożeń dla zdrowia, mogących w każdej chwili „zaatakować”. Zawsze można więc coś zrobić, aby czegoś uniknąć, być bardziej zdrowym (lub przynajmniej mniej chorym). Wszystko to powoduje, że obecnie medykalizacja, która kiedyś działała z zewnątrz, niekiedy wręcz jako forma władzy, czy kontroli sprawowanej przez państwo, czy konkretne instytucje bądź lekarzy, dziś działa „z wnętrza” człowieka. Poszukuje on, jak już pisano wcześniej objawów, a następnie środków ich likwidacji. Kiedyś człowiek szedł do lekarza, gdy czuł się źle, obecnie to media masowe przekonują go, że na pewno czuje się źle, musi tylko dobrze „wczuć się” w swoje ciało lub psychikę (albo na wszelki wypadek musi iść do lekarza, aby dowiedzieć się, że zapewne czuje się źle). W konsekwencji coraz więcej ludzi nie jest zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. Wzmagane przez nowoczesne środki przekazu i medialną pop-medycynę niepokoje zdrowotne są rozwiązywane poprzez – wspomniane wcześniej – środki dostarczone przez firmy farmaceutyczne bezpośrednio do pacjenta/klienta.

W społeczeństwie konsumpcji zdrowie staje się więc jeszcze jednym towarem do skonsumowania: mówiąc metaforycznie, kolejne odmiany paracetamolu są reklamowane, jak kolejne odmiany sera czy kawy. Warto w tym miejscu przywołać ponownie poglądy klasyka krytyki medykalizacji – Skrabanka. W swoich analizach podejmuje on z jednej strony kwestię tradycyjnej („twardej” – jak ją nazwałem) medykalizacji, narzucanej przez państwo i jego instytucje, pisząc o przymusowej medycynie i kontrolowaniu społeczeństwa – właśnie poprzez zdrowie (Skrabanek, 1995, s. 137, 146). Wskazuje jednak również, iż współcześnie zdrowie stało się, dostarczanym konsumentowi „towarem do sprzedania” (s. 29). Przekonuje się przy tym konsumenta, że to, iż czuje się zdrowym, nie oznacza, że jest zdrowym, co przynosi „niezdrową obsesję zdrowiem” (s. 31, 37), przy czym zakłada się, że niemożliwe jest, aby ktoś kto nie jest zdrowy mógł być szczęśliwy (s. 42). Skrabanek przywołuje poglądy Lewisa Thomasa, który opisuje „amerykańskie zaabsorbowanie zdrowiem i zdrowym odżywianiem się jako niezdrową obsesję, przekształcając cały naród w zdrowych hipochondryków, którzy są przekonani, że bez stałego monitorowania przez medycznych ekspertów, ciało ludzkie rozleci się na kawałki i zdeintegruje” (s. 37). Przy czym współcześnie, powtórzę raz jeszcze, *stricte* „eksperckiej ekspertyzie”, dokonywanej przez lekarza, towarzyszy permanentna samo-eksperyza, przeprowadzana przez konsumenta zdrowia w oparciu o pop-poradniki).

Można zwrócić uwagę na jeden jeszcze potężny nośnik medykalizacji. Oto bowiem na płaszczyźnie współczesnej kultury popularnej propaguje się jednocześnie, i zdrowy, i bardzo niezdrowy styl życia. A nieprawdopodobna „fast-foodyzacja” sposobu naszego odżywiania się, w sposób oczywisty propagowana przez reklamy, niech będzie tutaj tylko jednym z przykładów tego drugiego zjawiska. W konsekwencji człowiek znajduje się wielokrotnie w swoistym potrzasku dwóch sprzecznych stylów życia: niezdrowego i zorientowanego na zdrowie. Niejednokrotnie też, w celu neutralizacji skutków tego pierwszego konsumuje zdrowie w postaci farmaceutyka – na przykład, po zjedzeniu hot-doga z ketchupem, zażywa tabletkę „na spadek” cholesterolu. Poza tym, na płaszczyźnie współczesnej kultury popularnej panuje ogromne zamieszanie w kwestii oceny zdrowotnego oddziaływania określonego komponentu stylu życia, a w szczególności poszczególnych produktów żywnościowych. A nieustanne debaty typu „masło czy margaryna” oraz dotyczące takich (nie)zdrowych napojów, jak kawa, herbata, wino czy piwo są tylko jednym z tysięcy możliwych przykładów.

Warto poświęcić więcej miejsca problemowi zdrowego odżywiania się, dobrze wpisuje się on bowiem w debatę na temat kulturowych kontekstów me-

dykalizacji. Oto w społeczeństwie współczesnym istnieje podstawowa sprzeczność w zakresie uprawomocnienia jedzenia. Sprzeczność ta polega na jednoczesnej orientacji na zdrowe jedzenie (której spatologizowana wersja prowadzi do obsesyjnego odchudzania się) oraz na – stanowiącym część ideologii konsumpcji – niepoahamowanym jedzeniu (także typu *fast food*), bez zastanawiania się nad jego wpływem na zdrowie. To powoduje, że dieta człowieka jest zwykle „wewnętrznie sprzeczna”; i zwykle nie ma dobrego wpływu na zdrowie. Oczywistym sposobem radzenia sobie z ambiwalencją dotyczącą jedzenia jest zdroworozsądkowe klasyfikowanie żywności na „dobrą” i „złą” (przy czym paradoksalnie, to najczęściej ta druga wiąże się z przyjemnością). Mamy przy tym współcześnie wielokrotnie do czynienia z takimi próbami (prze)konstruowania społecznego znaczenia poszczególnych potraw, aby nabrały one cech „dobrego jedzenia”. Ma to miejsce na przykład w tych sloganach reklamowych, które utrzymują, że „jeden kieliszek na dzień jest dobry dla zdrowia”; pisze się też o korzystnym wpływie czekolady na zmniejszenie cholesterolu oraz pozytywnym oddziaływaniu na organizm czerwonego wina lub rozpuszczalnej kawy. Trudno też nie dostrzec faktu, iż media, ostrzegające z jednej strony przed skutkami spożywania potraw z określonymi składnikami (sól, cukier, tłuszcz, cholesterol), reklamują z drugiej strony takie rodzaje żywności, które zawierają ogromną ich ilość. W dodatku umieszcza się je bardzo często w pozytywnym kontekście luksusu, zabawy, erotyzmu lub przyjemności a nawet zdrowia (Lupton, Chapman, 1995, s. 478–479, 481).

Dyskurs na temat żywności jest przy tym wzmacniany zdecydowanie przez typową dla epoki konsumpcji zasadę „natychmiastowej satysfakcji”. W pułapce dwóch dyskursów człowiek może czuć się całkowicie bezradny. Nie potrafi jednocześnie nasycić się jedzeniem oraz kontrolować jego wpływu na zdrowie przy jednoczesnym zachowaniu, stanowiącego symbol zdrowego odżywiania się, szczupłego ciała. A takie właśnie rozwiązanie, czyli jednoczesne bezwzględne nasylenie i posiadanie szczupłego ciała propagowane jest przez przekazy reklamowe, które sugerują, że żadna sprzeczność tutaj nie istnieje (łatwo zauważyć, że w reklamówkach restauracji, a także reklamach potraw w telewizji występują zawsze bardzo szczupłe modelki). Według Kaufmana, telewizja prezentuje widzom dwa typy sprzecznych ze sobą *image*. Jeden z nich sugeruje sposób odżywiania się, który z pewnością doprowadzi nas do chorobliwej otyłości, z kolei drugi żąda, abyśmy – w celu bycia szczupłym i zdrowym – niemalże głodowali. W całościakcie tego przekazu wyłania się obraz osoby, która je bez ograniczeń, a jednak pozostaje szczupła (Por. Myers, Biocca, 1992, s. 111). Potwierdza to jedna z reklam w polskiej prasie: „jesz do syta i szczuplejesz”).

W rezultacie zderzenia dwóch odmiennych stylów życia (jeść/nie jeść) na przykład populacja Amerykanek przypomina – jeśli chodzi o wagę – „nożyce”. Osoby szczupłe ważą coraz mniej, osoby z nadwagą ważą coraz więcej (Gordon, 1990, s. 69). Jednocześnie obie grupy zażywają, choć oczywiście w innych celach, nieskończone ilości medykamentów: albo po to, aby walczyć ze skutkami obsesyjnego odchudzania się, albo po to, aby walczyć ze skutkami objadania się.

Warto na zakończenie podać jeden z przykładów konsekwencji tożsamościowych w procesach medykacji. W odniesieniu do mężczyzn wpisuje się bowiem ona w zjawisko rekonstrukcji tożsamości, które opisałem w książce *Kryzys męskości w kulturze współczesnej* (Por. Melosik, 2006). Oto w przeszłości – przynajmniej na poziomie powszechnej, popularnej świadomości – to jedynie ciało kobiety było słabe i kruche, podatne na choroby i ból. Ciało męskie z kolei zdawało się stanowić „stalowy pancerz”. Mężczyzna miał być niewrażliwy na ból, odporny na choroby, które jeśli już wystąpiły, zdawał się zwalczać siłą własnej woli i własnego organizmu; a Rambo i bohaterowie westernów stanowili bardzo charakterystyczne egzemplifikacje takiego podejścia.

Współcześnie – w epoce medykacji (i farmakologizacji) życia – taki mężczyzna odchodzi do przeszłości. Coraz częściej biega on do lekarza i szuka cudownych antidotum na realne lub wyimaginowane choroby. W konsekwencji, jego ciało i jego tożsamość są w swoisty sposób feminizowane – mężczyźni są postrzegani jako jednostki tak samo kruche, jak tradycyjnie uważane były kobiety. Dodatkowo, rosnąca feminizacja profesji medycznych prowadzi do sytuacji, w której kobiety stają się ekspertkami w kwestii męskiego ciała, co bez wątpienia wywołuje nie tylko poczucie wstydu i zażenowania (przy bezpośrednim badaniu) ale także – w skali masowej – zmiany w relacjach społecznych między mężczyznami a kobietami.

Kapitałowy przykładu omawianych tutaj tendencji dostarcza medykacja (i farmakologizacja) impotencji i życia seksualnego mężczyzn. Jak słusznie podkreśla L. Luciano, w społeczeństwie współczesnym problemy seksualne mężczyzn postrzega się w coraz większym stopniu w kategoriach biomedycznych, a w coraz mniejszym – w kategoriach psychologicznych (a długie sesje u terapeuty zastąpione zostały przez działające natychmiastowo „magiczne technologie”). Jednocześnie jednak medykacja problemu potencji przyniosła jeden paradoksalny rezultat; oto powstało przekonanie, iż – jak to ujmuje L. Luciano – „istnieją standardy w zakresie erekcji, penetracji i ejakulacji, którym trzeba sprostać” (tak więc, „męska seksualność może być mierzona”). W konsekwencji potencja jest albo jej nie ma: męski członek jest albo funk-

cyjonalny albo dysfunkcyjonalny, a nie ma żadnego „kontinuum” między tymi biegunami (Amazons, Bluestockings and Crones. *A Feminist Dictionary*, 1985, s. 208). Stworzone zostały nowe kryteria męskości, których redukcjonistyczny charakter nie ulega żadnej dyskusji: mężczyzna został pozbawiony sfery emocjonalnej, „przestała istnieć” jego partnerka, również „technika seksualna” przestała posiadać znaczenie. Liczy się tylko męski członek i jego działanie. Jak konkluduje L. Luciano „przez zredukowanie męczyzny do erekcji medycyna nie odrodziła męskiej seksualności; wręcz przeciwnie – dokonała jej sabotażu” (Luciano, 2001, s. 163–165). Komentując tę sytuację nowozelandzki psycholog J. Reed stwierdził: „Kampanie farmaceutyczne próbują upowszechniać ideę, że dysfunkcje w zakresie erekcji stanowią głównie problem o charakterze biologicznym, co w większości przypadków nie jest prawdą. Idea ta zarówno odwołuje się do strachu męczyzn przed impotencją, jak i podsycza go. A przecież tak naprawdę (...) zaburzenia są zwykle przejściowe i znikają same lub dzięki niewielkiemu wsparciu psychologicznemu”³. W ten sposób medykalizacja męskiej seksualności nie tyle rozwiązuje męskie problemy seksualne, co je absolutyzuje i pogłębia (lub wręcz kreuje)⁴.

Biorąc pod uwagę występujące w społeczeństwie współczesnym tendencje można ironicznie stwierdzić, iż obraz przyszłości męczyzny zdominowanego przez „medyczne technologie” jawi się jako dość horrorystyczny: będzie szczęśliwy i najszczęśliwszy dzięki Prozacowi, piękny i najpiękniejszy dzięki chirurgii plastycznej, wreszcie – dzięki Viagrze – będzie miał dłuższą i niekończącą się erekcję. Tylko czy będzie to jeszcze męczyzna?

Na zakończenie tego fragmentu chciałbym wprowadzić jeszcze jeden kontekst medykalizacji i medycznego monitorowania własnego ciała. Oto żyjemy, jak to kilkakrotnie piszę w tej książce w okresie społeczno-kulturowej fragmentaryzacji i decentracji, upadku Wielkich Opowieści Oświecenia, które niegdyś odpowiadały na każde pytanie. Coraz więcej ludzi uważa, iż nie panuje nad swoim życiem i losem, rzeczywistością, w której egzystuje a niekiedy nawet nad kształtem własnej tożsamości. Ludzie jednak nadal poszukują w życiu układów znaczeń, które dałyby im poczucie identyfikacji i przynależności, wyznaczyłyby kontury ich tożsamości i rytm ich codzienności. Modernistyczne metanarracje, jakkolwiek nie zniewalające, stanowiły punkt „wyjścia” i „doj-

³ Wiadomość agencyjna z nowozelandzkiego czasopisma „Evening Post”, 4 05 1998; por. Melosik, 2006, s. 21.

⁴ Na temat problemu konstruowania seksualnej nieadekwatności męczyzn w kulturze współczesnej por. Melosik, 2006, s. 65–70.

ścia”, wykreślały ramy życia. Dziś człowiek musi samodzielnie poszukać sensu swojego życia lub skonstruować go. Nic nie jest dane „z góry”; nic nie jest zapewnione i ustalone. Niekiedy, w swoich wysiłkach, aby znaleźć Prawdę, człowiek znajduje niewiele więcej niż małą prawd(k)ę — tymczasowy „punkt zaczepienia”, miejsce lokowania energii społecznej czy psychicznej, zwykle na poziomie lokalnych działań społecznych lub niemalże obsesyjnemu angażowaniu się w jakieś hobby, czy fragment stylu życia. Kiedy indziej poddaje się on projektom totalnym (atrakcyjność różnorodnych fundamentalistycznych programów zbawienia wynika z faktu, iż oferują one stabilne tożsamości i jasno wyznaczone cele życiowe). Zdarza się jednak także, że wybiera jedną płaszczyznę czy sferę kontroli czy monitoringu, która ma stanowić oazę czy enklawę pewności. W konsekwencji, dla coraz większej liczby ludzi rytm ich życia wyznaczany jest przez rytm relacji z ich własnym ciałem. W sytuacji, gdy człowiek nie jest w stanie panować nad swoim środowiskiem zewnętrznym, a w świecie panuje chaos znaczeń, „wycofanie się w ciało” stanowi jedną z możliwych racjonalnych odpowiedzi. Monitorowanie własnego ciała (niekiedy, co do każdej kalorii i każdego pociągnięcia pomadką, a także jego szczegółowe kliniczne diagnozowanie) może dawać poczucie kontroli nad życiem, jakkolwiek nie przemieszczona jest ta kontrola. Mamy tu, aby użyć sformułowania Z. Bauman, do czynienia z „ucieczką przed wieloznacznością”. Ucieka się w ciało, które staje się azylem (azyl ten niekiedy zamienia się w więzienie).

Bibliografia

- Amazons, Bluestockings and Crones. *A Feminist Dictionary* (1985). Karmarae C., Treichler P. A., London.
- Barsky A. J., Borus J. F. (1995). Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *Journal of American Medical Association*, nr 274.
- Capra F. (1987). *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Warszawa.
- Conrad P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, nr 1.
- Conrad P., Conrad P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, nr 1.
- Conrad P., Leiter V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45 (extra issue).

- Gmerek T. (2001). Promocja zdrowia i podmiotowość jednostki: zderzenie paradygmatów. W: Melosik Z. (red.). *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań.
- Gordon R. (1990). *Anorexia and Bulimia. Anatomy of Social Epidemics*, Cambridge.
- Gromkowska-Melosik (2013). *Kobieta epoki wiktoriańskiej. Tożsamość, ciało i medykalizacja*, Kraków.
- Ignas D., Hoyweghen Van I. (2011). A New Era of Medical Consumption: Medicalization Revisited, *Aporia*, vol. 3, nr 3.
- Illich I. (1976). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London.
- Luciano L. (2001). Looking Good. Male Body Image in Modern America, New York.
- Lupton D., Chapman S. (1995). „A healthy lifestyle might be the death of you”: Discourses on Diet, Cholesterol and Heart Disease in the Press and Among Lay Public. *Sociology of Health and Illness*, nr 4.
- Melosik Z. (1999). Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne. W: Melosik Z. (red.). *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń–Poznań.
- Melosik Z. (2006). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Kraków.
- Myers P. N., Biocca F. A. (1992). The Elastic Body Image; The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women. *Journal of Communication*, vol. 42, nr 3.
- Nye R. A. (2003). The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twenty Century. *Journal of History of Behavioral Sciences*, vol. 39, nr 2.
- Parens E. (2013). On Good and Bad Forms of Medicalization. *Bioethics*, vo. 27, nr 1.
- Rose N. (2007). Beyond Medicalization. *Lancet*, nr. 369, February 24.
- Skrabanek P. (1995). *The Death of Human Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. Suffol.
- Zola I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control, *The Sociological Review*, vol. 20.