

RAFAŁ RUKAT
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Warszawski

NIECHCIANA CIAŻA JAKO CHOROBA.
MEDYKALIZACJA ŻYCIA SEKSUALNEGO – NA PRZYKŁADZIE
PROGRAMU ANTYKONCEPCJI U BRYTYJSKICH NASTOLATEK*

Wprowadzenie

Niniejszy tekst dotyczy medykalizacji życia seksualnego. Dokonuję w nim antropologicznej krytyki dyskursu biomedycznego, pokazując konsekwencje jego dominacji w publicznej dyskusji na temat seksualności. Punktem wyjścia jest artykuł autorstwa dziennikarki Sophie Borland (2012) dotyczący antykoncepcji wśród brytyjskich nastolatek, opublikowany na stronie brytyjskiego serwisu internetowego Mail Online, w dziale „Zdrowie”. Jego analizę uzupełniam przeprowadzonymi, na niewielką skalę, badaniami opinii na temat tego artykułu, które uzyskałem od siedmiu losowo wybranych studentek Uniwersytetu Warszawskiego. Przeprowadziłem z nimi wywiady pogłębione, za pośrednictwem komunikatora internetowego. W doborze rozmówczyń nie kierowałem się kryterium „reprezentatywności próbki”. Ważne było dla mnie zdobycie opinii osób, które mogą odnieść się do własnych doświadczeń i odczuć, dlatego rozmawiałem przede wszystkim z młodymi kobietami, które okres nastoletni mają już za sobą, a jednocześnie przechodziły go w czasach charakteryzujących się podobnymi realiami kulturowymi jak te, z którymi stykają się dziś europejskie nastolatki¹. Uzupełniający charakter dla tych badań miała także moja dyskusja ze środowi-

* Praca ta zwyciężyła w drugiej edycji konkursu dla studentów etnologii z całej Polski, ogłoszonego w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM w Poznaniu, w którym nagrodą było opublikowanie najlepszego tekstu w czasopiśmie „Lud”.

¹ Postanowiłem ponadto podjąć poszukiwania rozmówczyń w środowisku studenckim, ponieważ jako student liczyłem na łatwiejsze nawiązanie kontaktu i porozumienie z respondentkami.

skiem polskiej, prawicowej młodzieży, na ich forum internetowym (niestety ich wypowiedzi, z powodu zbyt łatwego dostępu do nich w Internecie, nie pozwolono mi cytować dosłownie)².

Pojęcie medykalizacji

„Medykalizację” rozumiem, za Irvingiem Zolą, autorem książki *Medicine as an Institution of Social Control* (1972), jako zjawisko definiowania elementów rzeczywistości społecznej w kategoriach biomedycznych. Jest ono wynikiem rosnącej specjalizacji w dziedzinie zdrowia i choroby, co skutkuje koniecznością polegania w tej sferze na autorytecie ekspertów. Zola uważa, iż w wyniku tego procesu medycyna zostaje wyposażona w kapitał sprawowania społecznej kontroli, w czym zastępuje tradycyjne instytucje, takie jak religia i prawo (Zola 1972: 487).

Ivan Illich, w artykule *The Medicalization of Life* (1975), opisuje medykalizację jako proces uzależniający jednostki i społeczeństwa od instytucjonalnej medycyny. Jest on związany ze wzrastającym autorytetem medycyny i przekonaniem, że jej postęp prowadzi nieuchronnie do zmniejszenia liczby zachorowań i poprawy kondycji zdrowotnej człowieka (Illich 1975: 73-74). W wyniku medykalizacji ludzie nabierają przekonania, iż nie są w stanie radzić sobie z chorobami, schorzeniami i ułomnościami bez pomocy lekarzy i nowoczesnych leków. Proces ten zmienia „zdolność do adaptacji w pasywną dyscyplinę konsumenta medycyny” (Illich 1975: 77).

Środki antykoncepcyjne dla brytyjskich nastolatek – według brytyjskiej dziennikarki i w opiniach polskich studentek

Artykuł Sophie Borland (2012), który jest podstawowym przedmiotem mojej analizy, dotyczy aplikowania nastoletnim uczennicom szkół brytyjskich hormonalnych środków antykoncepcyjnych, w celu tymczasowej ich ochrony przed zajściem w ciążę. Autorka przytacza statystyki podające liczbę 1700 brytyjskich dziewcząt w wieku 13-14 lat, które skorzystały z możliwości otrzymania implantu antykoncepcyjnego, podczas gdy 800 zdecydowało się na środki antykoncepcyjne w formie zastrzyku. Natomiast według przedstawionych w artykule statystyk brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service – NHS) 3200 dziewcząt dostało implanty, a 1700 – iniekcję. Działanie takich implantów ma trwać do trzech lat, natomiast zastrzyków – około trzech miesięcy.

² Nie zamierzałem początkowo wykorzystywać tych materiałów, dopiero kiedy zauważyłem użyteczność pojawiających się tam treści, postanowiłem je uwzględnić, z poszanowaniem anonimowości autorów wypowiedzi.

Dostęp do implantów i zastrzyków uzyskały uczennice dziewięciu szkół średnich i sześciu koledżów w Southampton, według programu, który wprowadził w 2009 roku lokalny oddział Narodowej Służby Zdrowia w celu zmniejszenia wskaźnika nastolatek w ciąży. Autorka artykułu zwraca uwagę, że w Southampton wskaźnik ten jest „bardzo wysoki”, a nawet „najgorszy w całym kraju”. Wspomina też, że w 2008 roku Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do 21 jednostek administracyjnych z zachętą do zwiększenia wykorzystania środków antykoncepcyjnych, z uwagi na wysoką liczbę odnotowanych tam przypadków zajścia w ciążę przez nastolatki. Aktywistka Stowarzyszenia na rzecz Planowania Rodziny (Family Planning Association), Natika Halil, której wypowiedź cytuje Borland, nazywa takie działania „zapewnianiem zdrowia seksualnego” (*provision of sexual health*) i twierdzi, że jest to metoda redukcji tych niepokojąco wysokich wskaźników (jednych z najwyższych w Europie) przyjęta przez rząd brytyjski.

Autorka zauważa, że niektórzy parlamentarzyści i działacze społeczni uważają aplikowanie nastolatkom środków antykoncepcyjnych w szkołach bez wiedzy ich rodziców za moralnie niewłaściwe. Twierdzą, że takie działanie „narusza prawo rodziców do ochrony ich dzieci” i wskazują na różne „skutki uboczne”, które tego rodzaju środki mogą powodować u dziewcząt. Wśród nich wymienia się przyrost masy ciała, depresję, trądzik oraz nieregularne cykle miesiączkowe.

Tytuł artykułu brzmi: „Rodzice są wściekli, że trzynastoletnie dziewczęta otrzymują implanty antykoncepcyjne bez ich wiedzy”, jednak przytoczono w nim tylko jedną wypowiedź matki, której córka otrzymała implant. Wyraża ona swoje zdenerwowanie zaistniałą sytuacją. Tłumaczy, że rozumie ważność uczenia dzieci o „zdrowiu seksualnym” i antykoncepcji, jednak to, co stało się z jej córką, uznaje za „zbyt dalekie posunięcie” (*a step too far*).

Według autorki artykułu, „zasady poufności obowiązujące wobec pacjenta” nie tylko nie pozwalają, ale wręcz zabraniają personelowi szkolnemu pytać o zgodę rodziców na wykonanie takiego zabiegu. Młodzi ludzie winni mieć takie same prawa do dyskrecji, co dorośli. Sophie Borland przytacza deklarację Ministerstwa Zdrowia, mówiącą, że „bez tego zabezpieczenia nastolatki mogłyby zostać zniechęcone do poszukiwania pomocy”.

Już samo użycie terminu „zdrowie seksualne” w odniesieniu do celu przyswecającego podawaniu nastolatkom środków antykoncepcyjnych jest przejawem wysokiego stopnia medykalizacji życia płciowego w społeczeństwie, którego dotyczy omawiany artykuł. Według Zoli to właśnie ciąża jest jednym z „obszarów interwencji” (obok m.in. alkoholizmu, narkomanii, starzenia się), którymi zawładnęła nowoczesna medycyna (Zola 2011, s. 495). Przejawem tego procesu jest chociażby fakt, że dystrybucja środków antykoncepcyjnych, a więc narzędzia służącego regulacji ciąży i planowaniu życia rodzinnego, odbywa się w przychodniach i aptekach, za pośrednictwem lekarzy. Oczywiście można to

tłumaczyć faktem, iż to właśnie biomedycyna takie środki stworzyła i przez to posiada kompetencje w zakresie ich właściwego stosowania. Czy nie stawia to jednak pod znakiem zapytania celu pracy lekarza, tradycyjnie kojarzonego z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego oraz zapobieganiem jego zagrożeniom? Można by tu zadać pytanie: co leczy antykoncepcja? Moje polskie rozmówczynie nie miały jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie:

R.R.: Czy środek antykoncepcyjny jest lekiem?

A.K.³: Nie, czemu lekiem?; p⁴ W aptece są też różne inne rzeczy (...). Mamy nowe wynalazki, więc definicje niektórych „instytucji” się rozszerzają, a poza tym operacjami mającymi na celu poprawienie wyglądu też zajmują się lekarze, tak że widzisz.

W tym wypadku rozmówczynie tłumaczy dystrybucję środków antykoncepcyjnych w ośrodkach związanych z medycyną, odwołując się do innych sfer życia, również zawłaszczonych przez nią, jak na przykład uroda, „dobry wygląd”. Prawdopodobnie to wielokierunkowość i powszechność medykalizacji powoduje, iż nie wzbudza ona większych wątpliwości.

Inna respondentka tłumaczy obecność środków antykoncepcyjnych w aptekach ich specyficznym działaniem, wymagającym kontroli kogoś o odpowiednich kompetencjach farmakologicznych:

R.R.: Powiedziałas, że takie działania nie należą do zadań szkoły...

K.Z.: Bo nie należą. Od tego są szpitale, przychodnie.

R.R.: Dlaczego szpitale? szpitale i przychodnie są przecież miejscami, w których ludzi się leczy.

K.Z.: Bo środki antykoncepcyjne są traktowane tak samo jak leki, są na receptę.

R.R.: Co leczą środki antykoncepcyjne?;

K.Z.: O to zapytaj osoby tworzące prawo:) nikt nie chce brać na siebie odpowiedzialności za potencjalne skutki uboczne, dlatego hormony są sprzedawane w aptekach nie w sklepach spożywczych.

Inna studentka buduje swoją opinię na porównaniu ciąży do choroby, sugerując, że uznanie środka antykoncepcyjnego za lek jest jak najbardziej uprawnione:

D.K.: Ciąża jest stanem patologicznym. Ciało kobiety przez 9 miesięcy jest wykorzystywane przez małego potwora, który pasożytuje na jej organizmie, poza tym dlaczego nie mam mieć prawa zdecydować, co chcę zrobić ze swoim ciałem?

³ Wprowadziłem fikcyjne inicjały rozmówczyń, dla zachowania ich anonimowości. W tekście pozostawiłem pisownię (ortografię, interpunkcję, emotikony) zastosowaną przez respondentki.

⁴ Emotikona imitująca pokazanie języka.

dla czegoś ktoś w imię swojego sumienia ma mi reglamentować dostęp do środków farmakologicznych, które wg prawa winny być ogólnie dostępne?

Tutaj z kolei można zaobserwować odpodmiotowanie dystrybutorów antykoncepcji (lekarza, aptekarza). Mimo że to oni i tylko oni posiadają kompetencje do właściwego wykorzystania technologii, to samo jej wykorzystanie jest aktem woli tego, kto z niej korzysta, w tym wypadku pacjentki. To ona „robi coś ze swoim ciałem”, to ona decyduje o takim działaniu i rości sobie do niego prawo. Dystrybutorzy traktowani są jak automat, o którym z góry zakłada się, że w wypadku takiej a nie innej decyzji pacjentki zadziała według planu dostosowanego do jej potrzeb.

Nawet jeśli środek antykoncepcyjny nie jest wprost nazwany lekiem, a ciąża nastolatki (*teenager pregnancy*) chorobą, to sposób mówienia o nich w omówionym powyżej artykule niewątpliwie nadaje im takie cechy. Charakterystyczne dla współczesnego świata zachodniego normy określające „właściwy” dla kobiety wiek zachodzenia w ciążę wynikają przecież z wielu czynników natury społecznej, na przykład z systemu edukacji. Szkoła jest instytucją, która nie tylko narzuca konieczność dostosowania do niej planów dotyczących życia rodzinnego (wielu młodych ludzi myśli o jego rozpoczęciu po skończeniu szkoły, zainicjowanie go wcześniej często wiąże się z pewnymi trudnościami), ale w oparciu o nią definiowana jest dojrzałość człowieka. Innymi ważnymi aspektami są na pewno specyficzne środki produkcji i konsumpcji oraz złożoność współczesnej obyczajowości, której rzetelne omówienie daleko wykraczałoby poza rozmiary i możliwości tej pracy. Nie jest to zresztą konieczne do wykazania, że normy o skomplikowanej genezie społecznej zostały tu przejęte przez dyskurs biomedyczny poprzez zdefiniowanie ich w kategoriach zdrowia i choroby. Informacja o wysokiej liczbie zajść w ciążę nastolatek w rejonie Southampton nie różni się w formie od popularnego przedstawiania w mediach „wskaźników zachorowań”. Nazwanie tych wskaźników „najgorszymi w całym kraju” zdradza wyraźnie negatywne wartościowanie tego zjawiska. Owe statystyki są tu uwikłane w specyficzny rodzaj narracji. Zostają przedstawione jako patologia, którą należy wyeliminować za pomocą narzędzi biomedycznych. Przedstawiają pewną ułomność społeczeństwa, odstępstwo od normy, które należy zlikwidować, aby to społeczeństwo stało się zdrowe. Ustawienie tej ułomności na przeciwległym biegunie czegoś, co zdefiniowano jako „zdrowie seksualne” legitymizuje wykorzystanie biomedycyny do rozwiązania problemu.

Można uznać, że kapitał symboliczny takiego ujęcia jest znaczny, jeżeli wyklucza inne możliwe dyskursy. W przypadku omawianego artykułu bardzo uderza fakt, że wszystkie argumenty przemawiające „za” i „przeciw” przedstawionym w nim działaniom dotyczą spraw zdrowotnych. Protesty rodziców związane są nie z samym faktem, że szkoła aplikuje ich niepełnoletnim córkom jakieś środki farmakologiczne bez ich zgody, ale że są to środki, które mogą zaburzać ich

gospodarkę hormonalną i powodować inne niepożądane skutki uboczne. Argumenty „za” są wyrazem dbałości o „zdrowie seksualne” nastoletnich dziewcząt. Jedyne argumenty etyczne, jakie się tu pojawiają, dotyczą zasady poufności między lekarzem a pacjentką (już samo użycie wobec otrzymującej implant nastolatki słowa „pacjentka” świadczy o silnym skojarzeniu antykoncepcji z działaniem przeciwichorobowym), a więc wywodzą się z samej biomedycyny. Wszelkie inne wątpliwości moralne, jakie mogłyby budzić opisywane działania, są tu przemilczane. Nie mówi się też zupełnie o społecznych przyczynach wysokiego odsetka nastolatek w ciąży, o specyficznych relacjach i stylach życia (m.in. wczesna inicjacja seksualna młodzieży, konsumpcyjne postawy wobec seksualności), które powodują, że problem ten istnieje. Nikt nie zadaje sobie pytania (które, swoją drogą, często zadawały moje rozmówczynie), czy wiek 13 lat jest właściwy dla rozpoczęcia życia seksualnego. Brak jakichkolwiek sugestii, że być może w owych kwestiach społecznych należałoby dążyć do jakichś zmian. Tego elementu brakowało często moim respondentkom:

BG: Tak, dziewczynki zapewne w ciążę nie zajądą, ale czy o to chodzi w edukacji seksualnej? Moim zdaniem nie. To, co zrobiono, to zahamowanie jakiegoś naturalnego procesu, w sensie owulacji i nie wiem czego ma to nauczyć. I co mają te dziewczynki przez to zrozumieć, bo raczej nie to, że seks to przede wszystkim przyjemność psychiczna i psychiczna bliskość, a żeby ją osiągnąć i zrozumieć, trzeba też do tego dojrzeć (...) i zaczyna się pytanie o to, jak daleko może sięgać szkoła, a jak daleko rodzina. Ja uważam po prostu, że 13 lat to za wcześnie na rozpoczęcie współżycia. To w jaki sposób się je zacznie i jak do tego przygotowuje, może stanowić o tym, jak będzie wyglądało to życie seksualne w przyszłości. Więc myślę, że środki anty tak, ale niech ta dziewczynka ma chociaż z 15, 16 lat.

W przypadku działań przedstawionych w artykule, społeczne podłoże zjawiska, z którym próbuje się walczyć, przyjmuje się jako rzecz zastaną. Ośrodki biomedyczne w Wielkiej Brytanii chronią nastolatki przed zagrożeniami płynącymi z ich własnego stylu życia, co sprawia że styl ten zostaje niejako usankcjonowany, uznany za oczywisty i nie poddawany krytyce. Można powiedzieć, że biomedycyna poprzez swoją obojętność na społeczne przyczyny problemów, którym pragnie przeciwdziałać, „betonuje” owe przyczyny. Starając się wyjaśnić, skąd może brać się owa obojętność, przywołam inny przykład medykalizacji problemów społecznych.

Przykład medykalizacji biedy

Amerykańska antropolożka Nancy Scheper-Hughes, w książce *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil* (1993), opisuje problemy ludzi żyjących w faweli Alto do Cruzeiro, leżącej na obrzeżach miasta Bom Jesus da

Mata w północno-wschodniej Brazylii. Wynikające z ubóstwa chroniczne niedożywienie oraz spowodowane nim frustracje wywołują u tamtejszych mieszkańców objawy, które w lokalnej kulturze są identyfikowane jako choroba zwana *nervoso*. Tym terminem określa się szeroką gamę zaburzeń na tle nerwowym, między innymi stany depresyjne, napady gniewu, lęku, silne rozdrażnienie, rozkojarzenie, drgawki itp. Autorka krytykuje działalność pracowników lokalnych ośrodków państwowej służby zdrowia, którzy próbują leczyć wspomniane dolegliwości środkami nasennymi, uspokajającymi i witaminami. Twierdzi, iż definiując problemy zdrowotne swoich pacjentów wymagające interwencji psychiatrycznej, zacierają w ich świadomości związek owych objawów z głodem. Jeszcze kilka dziesięcioleci wcześniej w fawelach powszechnie mówiło się o głodzie jako o przyczynie *nervoso*. Dziś jednak ośrodki biomedyczne, poprzez swoje praktyki, zastąpiły dyskurs głodu dyskursem choroby (Scheper-Hughes 1993: 167-215).

Opisaną sytuację można zinterpretować dwojako. Sama Scheper-Hughes uważa, że taki stan rzeczy wiąże się z ukrytymi instrumentami społecznej kontroli państwa. Władze brazylijskie postrzegają opisywane przez antropolożkę fawele jako potencjalne zarzewie buntu, dlatego świadomie prowadzą politykę wyłączenia ich z publicznej dyskusji (Scheper-Hughes 1993: 211-212). Problem społeczny, którego rozpoznanie mogłoby prowadzić do otwartej krytyki rządu, jest przedstawiany pod postacią choroby, a tym samym odpowiedzialność za jego rozwiązanie zostaje zrzucona na biomedycynę:

Z czasem głodni ludzie z Bom Jesus da Mata zaczęli wierzyć, że desperacko potrzebują tego, co jest dla nich łatwo dostępne, a zapomnieli, że to, czego potrzebują najbardziej, jest im sprytnie odmawiane (Scheper-Hughes 1993: 170).

Jak trafnie stwierdziła, omawiając badania Scheper-Hughes, polska antropolożka Anna Wądołowska: „choroba, w odróżnieniu od głodu, nie szuka odpowiedzialnego za swój stan” (Wądołowska 2008: 16). Według amerykańskiej badaczki, lekarze pracujący w ośrodkach dostępnych dla omawianej społeczności pełnią rolę agentów państwa, utwierdzając swoją aktywnością politykę polegającą na odbieraniu głosu najbardziej pokrzywdzonym obywatelom (Scheper-Hughes 1993: 211-212).

Można jednak mieć pewne wątpliwości, czy pełnienie przez każdego pracownika brazylijskiej służby zdrowia, pracującego w Pernambuco, roli rzetelnego agenta państwowego jest prawdopodobne. Lekarze nie są bezrefleksyjni, a poza tym ich samych także dotyczą różne problemy społeczne (jakkolwiek ich pozycja różniłaby się od zamieszkującej fawele klasy robotniczej). Być może należy poszukać innego wytłumaczenia, dlaczego lekarze odpowiadają lekami uspokajającymi na niedożywienie. Pożytecznym dla tych rozważań jest zdanie sobie sprawy z tego, że w języku biomedycyny brakuje pojęć takich, jak „głód” czy „bieda”.

Są one niemedyczne i nieprofesjonalne, a rozwiązywanie tych kwestii nie mieści się w zadaniach lekarza zdefiniowanych przez jego zawód. Problemy pacjentów identyfikuje on zgodnie z paradygmatem, którego został nauczony i reaguje metodami, w których stosowaniu jest specjalistą.

Siła dyskursu biomedycznego

Obydwie przedstawione powyżej interpretacje można odnieść do przypadku opisanego w analizowanym przez mnie artykule. Wprawdzie porównanie nie może być do końca współmierne (przykłady dotyczą różnych kontekstów społeczno-kulturowych), w obydwu jednak przypadkach mamy do czynienia z wchłonięciem przez dyskurs biomedyczny kwestii posiadających konkretne podłoże społeczne, od którego właśnie poprzez ową medykalizację dyskursu zostały odcięte. Nazwanie wysokiego odsetka nastolatek w ciąży problemem zdrowotnym (niedostatkiem „zdrowia seksualnego”) pozwala na użycie dużo prostszych metod działania niż w przypadku konieczności zmierzenia się z problemem społecznym. Łatwiej i zapewne taniej jest wyposażyć szkoły w implanty i zastrzyki niż na przykład zorganizować wielopoziomowy program edukacji seksualnej. Ponadto zrzucenie odpowiedzialności za rozwiązanie tego problemu na biomedycynę chroni władzę od zarzutów niewłaściwej polityki społecznej i edukacyjnej, a także zwalnia z konieczności zagłębienia się w spory natury etycznej. Daje również państwu większą kontrolę nad ludnością poprzez narzucenie norm odnoszących się do „odpowiedniego” planowania rodziny⁵. Państwo pomaga już nie tylko rodzić, leczyc się i godnie umrzeć, ale też zabezpiecza przed niechcianą ciążą i sugeruje, kiedy przychodzi właściwa pora na macierzyństwo.

Z drugiej strony, należy zwrócić uwagę, że tak jak w profesjonalnym języku brazylijskich lekarzy nie istnieją pojęcia: „bieda” i „głód”, także w Wielkiej Brytanii język medycyny nie jest wyposażony w nomenklaturę pozwalającą dostrzeżać problemy społeczne, a już na pewno – roztrząsać etyczne wątpliwości związane z problemem dużej liczby nastolatek zachodzących w ciążę. Przygotowanie specjalistyczne lekarza medycyny nie daje mu kompetencji do oceniania, czy trzynastolatka zgłaszająca się po środki antykoncepcyjne jest już w odpowiednim wieku, by podjąć współżycie, czy jest wystarczająco społecznie dojrzała i wyedukowana, czy rozumie dobrze, czym jest seks itd. Poza jego zasięgiem leży też ocenianie pod względem moralnym samej antykoncepcji. Te kwestie są równie (a może nawet bardziej) nieprofesjonalne, jak kwestia niedożywienia mieszkańców brazylijskich faweli.

⁵ To budzi skojarzenia z Foucaultowską koncepcją biowładzy.

Kiedy odwiedziłem jedno z polskich forów internetowych związanych ze środowiskiem katolicko-prawicowym, na którym internautki mocno krytykowały wspomniany artykuł, zauważyłem, że ich argumentacja przeciwko zaprezentowanym działaniom brytyjskich szkół również skupia się jedynie na możliwych powikłaniach zdrowotnych u pacjentek. Zdziwiło mnie to o tyle, że właśnie po tym środowisku spodziewałem się żywej krytyki etycznej strony działań podjętych przez szkoły w Southampton. Gdy zapytałem, dlaczego brak argumentów odnoszących się do moralności, jedna z użytkowniczek odpowiedziała mi, że o ile można mieć różne poglądy na temat etyki czy religii, to negatywne oddziaływanie przyjmowanych hormonów na zdrowie młodocianych pacjentek można stwierdzić obiektywnie, i jest to niepodważalne. Abstrahując od tego, czy rzeczywiście miała rację, jej wypowiedź ujawnia, skąd bierze się kapitał paradygmatu biomedycznego, który pozwala mu przejmować w społeczeństwach ponowoczesnych funkcje dawniej pełnione przez instytucje takie, jak religia czy prawo. Wobec charakterystycznego dla czasów współczesnych pluralizmu poglądów i propozycji poznawczych, podawania w wątpliwość wszystkiego, co zgłasza pretensje do uniwersalności, a także delokalizacji pierwiastka religijnego z wielkich religii instytucjonalnych w kierunku sfery indywidualnego przeżywania, to właśnie biomedycyna może być instytucją, do której jednostka odwołuje się w poszukiwaniu prawd niepodważalnych, konstytuujących jej bezpieczeństwo ontologiczne, rozumiane tak, jak je opisywał Anthony Giddens, czyli jako „poczucie trwania i porządku zdarzeń wykraczających poza obszar bezpośredniego doświadczenia jednostki” (Giddens 2001: 314).

Mimo że poziom zaawansowania technologii medycznej dawno już sprawił, że biomedycyna jest „systemem eksperckim” (Giddens 2001: 26-27), a więc akceptacja jej ustaleń przez jednostkę w założeniu opiera się na zaufaniu do reprezentujących ją autorytetów, to przedmiot takiej postawy wierzeniowej jest przez samą jednostkę obiektywizowany, by mógł stać się składową tworzonego przez nią „kokonu ochronnego”. Ten ostatni jest efektem wyselekcjonowania pewnego zadowalającego zestawu spośród ogromnej liczby możliwych sposobów myślenia o świecie. Człowiek nie może żyć w ciągłym rozdarciu pomiędzy wszystkimi dostępnymi mu propozycjami poznawczymi, ponieważ skutkowałyby to niestannym podważaniem albo nawet niemożnością skonstruowania jego własnej tożsamości. Wytworzenie kokonu ochronnego ma więc na celu przygotowanie warunków do życia w świecie pełnym sprzecznych dyskursów, a jednocześnie niepodawania w wątpliwość na każdym kroku tego, czego człowiek doświadcza i poznaje. Jest to możliwe dzięki „podstawowemu zaufaniu”, czyli „wywiedzionemu z wczesnego dzieciństwa przekonaniu o trwaniu innych i świata obiektywnego” (Giddens 2001: 174-184).

Podsumowanie

W czasach ponowoczesnych obserwujemy silną medykację wielu aspektów życia społecznego. Problemy o często bardzo skomplikowanym podłożu społecznym zostają zdefiniowane w ramach paradygmatu biomedycznego, który z jednej strony zaciera ich powiązania z owym podłożem, z drugiej strony owo podłoże utrwała, uznaje za coś oczywistego i właściwego, kończąc wszelkie dyskusje na ten temat. Ujęcie problemu w kategorii choroby rodzi przekonanie, że należy coś zrobić z tą „chorobą”, a nie z jej przyczyną. Należy więc przyznać rację Irvingowi Zoli, że biomedycyna przejmuje dziś rolę tradycyjnych instytucji, takich jak prawo i religia (Zola 2011: 487). Staje się kosmologią, w której człowiek poszukuje odpowiedzi na wszystkie pytania, jednak w niektórych kwestiach jej wyroki są ograniczone. Człowiek, oddając jej ostateczny głos w każdej sprawie, przestaje dostrzegać te aspekty problemów społecznych, w których rozpoznawaniu biomedycyna się nie specjalizuje.

LITERATURA

- Borland S.
2012 *Parents Furious as 13-Year-Old Girls Given Contraceptive Implants at School without their Knowledge*, www.dailymail.co.uk/health/article-2097662/Parents-furious-girls-13-given-contraceptive-implants-school-knowledge.html (02.03.2012).
- Giddens A.
2001 *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Illich I.
1975 *The Medicalization of Life*, „Journal of Medical Ethics” 1, s. 73-77, wersja online, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154458/pdf/jmedeth00176-0022.pdf (24.09.2012).
- Scheper-Hughes N.
1993 *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley: University of California Press.
- Wądołowska A.H.
2008 *Pigułki zamiast chleba*, „(op.cit.)” 4 (41), s. 15-17.
- Zola I.K.
1972 *Medicine as an Institution of Social Control*, „The Sociological Review” 20: 4, s. 487-504, wersja online, www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x/pdf (24.09.2012).