

Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową

Tytuł filmu Krzysztofa Zanussiego

Nie ma być miło i przyjemnie. Ma być przejmująco, niekomfortowo, czasem zaskakująco. Jak w filmie Zanussiego czy na obrazie Beksińskiego. Ma być w końcu o tym, co nas niszczy i zabija, czyli o chorobach. Ale nie z perspektywy gmachu nowożytnej foucaultowskiej Medycyny¹, ale z perspektywy tego, w czym jest zanurzona: grup społecznych, instytucji i w końcu tych maluczkich, którym przyszło w tym skomplikowanym systemie urodzić się, żyć i pracować, a w końcu cierpieć, zestarzeć się i umrzeć. Większość z tego, co nazywamy „chorobą”, jest w rzeczywistości produktem społeczeństwa. Nawet medycyna, patrząca z niewielkim zainteresowaniem na procesy społeczne, które ją kształtują, i skupiająca się raczej na somatycznych objawach chorób, jest w istocie – jak pisał Rudolf Virchow – nauką społeczną (Cymbrowski, 2019). Ale do tego stwierdzenia, na pozór kontrowersyjnego, jeszcze wrócę. Wcześniej muszę wyjaśnić, z czym przyjdzie nam się zmierzyć na kartach tej książki.

Głównym celem, który postawiłem przed sobą i przed Czytelnikami, jest krytyczna analiza fenomenów zdrowia i chorowania, nadal wymykających się naszej świadomości co do swojej istoty, mimo szczegółowego opisu w podręcznikach medycznych.

¹ Słowo „Medycyna” umyślnie piszę wielką literą, ponieważ w tym kontekście nie chodzi jedynie o system ochrony zdrowia czy o dyscyplinę naukową. Foucault postrzegał Medycynę jako potężny gmach, zbudowany na historycznych i kulturowych fundamentach, pełen większych i mniejszych sal, a czasem i obskurnych schowków, przybudówek oraz zawitych korytarzy. Wypełniony ludźmi i ideami, które spajają biurokracja i polityka.

Z jedną rzeczą oczywiście nie sposób się nie zgodzić z medycyną akademicką: człowiek jest skomplikowanym systemem składającym się z wielu elementów, zbiorem komórek, które po prostu się zużywają, psują i wymagają naprawy. Ale sprowadzenie człowieka wyłącznie do tego zamkniętego, biologicznego zbioru jest wysoce niewystarczające, aby zrozumieć większość chorób somatycznych i psychicznych.

Na problem ten zwracano uwagę już wielokrotnie. Thomas McKeown, brytyjski lekarz i historyk medycyny, określony przez noblistę Angusa Deatona „twórcą medycyny społecznej”, mówił wprost o tym, że proste sprowadzenie roli lekarza do mechanika ciała jest błędem, ponieważ ignoruje inne ważne determinanty zdrowia jak wpływy środowiskowe, zachowania indywidualne i grupowe, kulturę, politykę, a nawet mody zdrowotne. Co więcej, takie podejście odrzuca już na wstępie możliwość leczenia pacjentów, którzy nie mogą uzyskać pomocy przez taką interwencję. McKeown uznał również, że wzrost populacji w krajach uprzemysłowionych od końca XVIII wieku do czasów współczesnych nie wynikał wcale z postępów w dziedzinie medycyny czy zdrowia publicznego, jak się powszechnie uważa. Był on wypadkową poprawy ogólnego standardu życia, zwłaszcza stanu odżywiania, który wynika z lepszych warunków gospodarczych. Znowu zatem nie bezpośrednia interwencja w ciało za pomocą nowych leków, szczepień i reform sanitarnych, ale zmiana społeczna doprowadziła do kapitalnej zmiany w obszarze umieralności (Colgrove, 2002). I choć jego tezy spotkały się z ostrą krytyką, stały się też jednym z fundamentów patrzenia na zdrowie przez pryzmat nie tylko szkiełka pod mikroskopem i aparatu rentgenowskiego, lecz także szerszego społecznego oddziaływania. W końcu większość chorób ma charakter cywilizacyjny. Co to znaczy?

W dużym skrócie tłumaczy to encyklopedia PWN definiująca chorobę jako „dynamiczną reakcję ustroju na działanie czynnika (lub wielu czynników) chorobotwórczych prowadzącą do zaburzeń naturalnego współdziałania tkanek i narządów, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian w funkcjonowaniu poszczególnych narządów i całego ustroju człowieka” (Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2024a). Kluczowe jest tu określenie ujęte w nawiasie: „lub wielu czynników”. Poza rzadkimi przypadkami chorób czysto genetycznych choroby są związane ze złożonym, wieloczynnikowym modelem, który zależy oczywiście także od wskaźników biologicznych, ale w równej mierze również od tych społecznych. Do tej definicji dochodzi jeszcze ta związana z cywilizacyjnym charakterem: „schorzenia związane z ujemnymi skutkami życia w warunkach wysoko rozwiniętej cywilizacji” (Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2024b).

Wróćmy jeszcze do Rudolfa Virchowa. Otóż ten niemiecki patolog i higienista jako młody adept szkoły medycznej został wysłany w 1848 roku wraz z większą ekspedycją przez władze w Berlinie do przyjrzenia się epidemii tyfusu, który wybuchł na Górnym Śląsku. Dwudziestosześcioletni lekarz i adiunkt w berlińskim szpitalu Charité udaje się na miejsce badać zwłoki ofiar groźnej choroby. I choć jego zadanie było raczej czysto techniczne, wrażliwemu umysłowi ukazał się obraz, który rzutował na jego całą dalszą karierę. Otóż Virchow nie zobaczył jedynie chorych i umierających, zobaczył strukturę społeczną, politykę, biednych i bogatych, robotników i fabrykantów. Zapachniało marksizmem, wiem. Ale takie to były czasy, gdy odkrywaliśmy rzeczy dziś dla nas oczywiste. A wśród nich także nierówności społeczne, które okazują się niezwykle ważnym determinantem naszego zdrowia. Wnioski z raportu Virchowa były

następujące: śmierci jednej dziesiątej ludności można było zapobiec, tylko nikomu nie było to na rękę. Biedota była potrzebna, aby utrzymywać bogatych. Po co zatem jest medycyna – zapytał patolog, już wtedy zbuntowany – skoro nie może pomagać ludziom, a jedynie mierzy się z efektami biedy i rozkładu społecznego?

Medycyna i polityka są ze sobą zespolone silną i niebezpieczną więzią, która wykracza jednak poza granice narodowe i obejmuje swoim zasięgiem cały skonektowany świat, jeśli użyjemy terminu Paraga Khanny, nieprzejmującego się za bardzo w swoich analizach zdrowiem. Szkoda, ponieważ po pandemii COVID-19 widzimy, jak bardzo jesteśmy spleceni także przez globalne patogeny podróżujące z nami samolotami i na pokładach statków, przez łańcuchy dostaw leków, aparatury medycznej itp. Zdrowie na poziomie globalnym – o czym piszę w podsumowaniu tej książki – znajduje się bardzo nisko w hierarchii polityki międzynarodowej. Bardziej kojarzone z pomocą humanitarną, ma jednak kluczowe znaczenie dla porządku światowego. To właśnie nowe odkrycia zdrowotne przekształcają demografię, w efekcie czego prowadzą do wydłużania średniej długości życia. To medycyna „odpowiada” za życie: w skali mikro dokonuje rzeczy pięknych i dobrych – chociażby zmniejsza umieralność noworodków, a w skali makro – prowadzi do przeludnienia. Tych mechanizmów nie można ignorować. Zdrowie może przekształcać – jak podczas wielu epidemii, które nawiedziły Ziemię – całe narody i ich gospodarki oraz przyczyniać się do globalnych przeobrażeń i zmian układów sił.

Zarysowałem więc bardzo ogólnie (za co przepraszam socjolożki i socjologów medycyny oraz analityków zdrowia publicznego), że nasze spojrzenie na zdrowie i na chorobę wymaga wykroczenia poza akademicką medycynę. Zabrakło tu jednak jeszcze jedne-

go elementu, który mi osobiście otworzył oczy na rolę medycyny w społeczeństwie. Aby go zarysować, trzeba przywołać jeszcze jednego giganta – tym razem socjologa z krwi i kości – Talcotta Parsonsa, który w swoim ambitnym dziele *System społeczny* (Parsons, 2009) starał się stworzyć wielką teorię pozwalającą zrozumieć, jak działa rzeczywistość, w której się znajdujemy. I wśród tych funkcjonalistycznych rozważań zadał sobie też pytanie o rolę medycyny. I jak się okazało – o czym pisał też przecież Michel Foucault – główną funkcją medycyny nie jest leczenie czy niesienie pocieszenia, a... kontrola społeczna, szczególnie widoczna w foucaultowskiej biowładzy. Lekarz czy pielęgniarka, kiedy zakładają swoje uniformy i stetoskopy, ubierają mundur i zyskują władzę nad pacjentem, która jest im społecznie udzielona. Medycyna jest więc elementem systemu kontroli społecznej. Dlatego też jej status w społeczeństwie jest co najmniej ambiwalentny. Jak zresztą samo zdrowie, o którym raczej nie myślimy na co dzień jak o naczelnej wartości, o czym pisał już przecież Jan Kochanowski we fraszce *Na zdrowie*.

Książka ta traktuje więc o chorobach cywilizacyjnych i społecznych, o chorobach wywołanych przez rozwój systemu społecznego i o jego dysfunkcjonalnościach. Jest więc zarówno o zdrowiu psychicznym, którego erozję obserwujemy szczególnie dzisiaj w świecie postpandemicznym w stanie ciągłego strachu przed wojną i w złotej klatce algorytmów portali społecznościowych, jak i o zdrowiu fizycznym, które jest efektem przemian cywilizacyjnych. Nade wszystko jest jednak o zdrowiu w rozumieniu społecznym i kulturowym: tym, które jest efektem działania społeczeństwa, podziałów społecznych i polityki. Zdrowiu, na które mamy niewielki wpływ, a które jest zarazem głównym celem każdego cierpiącego chorego, chcącego powrócić do swoich poprzednich ról społecznych.

Poniższą książkę podzieliłem w taki sposób, aby ukazać podstawowe wyzwania związane ze zdrowiem w kolejnych etapach życia człowieka. Naszą podróż zaczynamy więc jeszcze przed poczęciem od postawienia ważnych pytań o płodność, o demografię i o problem zastępowalności pokoleń. Gdy plemnik spotka komórkę jajową, rozpoczyna to nie tylko lawinę związaną z podziałem komórkowym, lecz także naznacza nowe ścieżki problemów związanych z wyzwaniami na styku społeczeństwa i medycyny. Dzieciństwo kończy się wraz z okresem dorastania. I tu znów pojawiają się zupełnie nowe kwestie, związane z formowaniem i wtłaczaniem młodej istoty do społeczeństwa. Nie bez powodu jest to wiek szczególnej troski o zdrowie psychiczne, a ponadto następuje wówczas także najważniejszy moment procesu podziału ludzi według klas społecznych, jak pisał Pierre Bourdieu o systemie edukacji.

W końcu mamy osobę dorosłą, która z coraz większą skłonnością do chorób zaczyna mocniej determinować swoje dalsze losy zdrowotne i prokreacyjne. Tu też dzieje się najwięcej, ponieważ to właśnie jednostki w wieku tzw. produkcyjnym mają największy wpływ na kształtowanie rzeczywistości. Nie kończy się to jednak ze starością, pełną chorób i mało pożądaną w zachodniej kulturze, czy wreszcie ze śmiercią, która choć pojawia się na każdym etapie naszego życia, to jest przede wszystkim punktem końcowym naszej fizjologicznej drogi. Kiedy zmierzmy się z cyklem życia, dojdziemy w końcu do podsumowania i spróbujemy nakreślić główne wyzwania współczesnej globalnej medycyny.

W wielu miejscach tej książki przytaczam statystyki. Są one jednak aktualne tylko przez krótki czas. Dlatego należy je traktować jak fotografię, która uwieczniła zjawisko w konkretnym miejscu i w danym czasie. I choć istnieją pewne względnie stałe wskaźniki – jak

choćby kwestia nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet, która ukazuje nam także kulturowy kontekst zdrowia – to należy pamiętać, że także te fundamenty mogą ulegać zmianom, na co chcę zwrócić uwagę już we wstępie.

Poniższa książka jest niejako hybrydą – jej kręgosłupem jest opowieść na temat zdrowia, ale w jej budowie znalazły się nowe rozważania oraz teksty i eseje związane ze zdrowiem i rozwojem cywilizacyjnym, które były opublikowane przeze mnie na łamach Nowej Konfederacji. Mam nadzieję, że dzięki takiej konstrukcji Czytelnicy otrzymają zarówno solidną porcję wiedzy o zdrowiu w kontekście rozwoju cywilizacji, jak i deser w postaci popularnonaukowych rozmyślań.

Stanisław Maksymowicz

Wrzesień 2024 roku

Część I

**POCZĘCIE,
NARODZINY,
DZIECIŃSTWO
I DORASTANIE**

Człowiek rodzi się w określonej strukturze społecznej, jest zatem obciążony – właściwie już od poczęcia – jakąś chorobą. Ba, nawet przed narodzinami jego obciążenia są zdeterminowane licznymi pokoleniami, które zagnieździły się w kodzie genetycznym jego rodziców. Ale czy oznacza to, że nie mamy żadnego wpływu na nasze zdrowie?

Piszę ciągle „zdrowie”. Ale nadal nie określiłem dokładnie, czym ono właściwie jest. Otóż istnieje obowiązująca definicja, która otwiera oczy szczególnie studentom medycyny, skupionym na nauce anatomii i fizjologii. Chodzi o definicję zawartą w *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia* z 1946 roku określającej zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa” (World Health Organization, 1946).

Tę definicję dobrze obrazuje przykład stopy cukrzycowej, czyli zespół będący powikłaniem cukrzycy. Do cukrzycy, na którą cierpi w Polsce około 3 mln osób, jeszcze szerzej wrócimy. Ale na chwilę się przy niej zatrzymajmy właśnie w aspekcie komplikacji, która dotyka 250 tys. Polaków. Otóż powikłania związane ze stopą cukrzycową są przyczyną około 14–16 tys. amputacji rocznie (Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, 2019; Rokicka, 2023). To sporo. Dane OECD wskazują, że pod tym względem jesteśmy w czołówce krajów (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, 2021b). Ale jak się to ma do wspomnianego aspektu definicji zdrowia? Wyobraźmy sobie pacjenta ze stopą cukrzycową. Przeoczonego gdzieś w systemie – może z jego winy, może z winy jego lekarza. Zgłasza się z zaawansowanymi zmianami martwiczymi na SOR, na którym zostaje podjęta decyzja o amputacji, natychmiastowa i ratująca życie. Warto wiedzieć, że ta odbywa się często powyżej kolana. Pacjent wychodzi ze szpitala zdrowusieńki – nie ma martwiczej stopy, nie ma proble-

mu. Z punktu widzenia medycyny ratunkowej sprawa została załatwiona. Ale czy pacjent jest faktycznie zdrowy? Czy może swobodnie chodzić, prowadzić samochód, pływać, spotykać się z rodziną i z przyjaciółmi? W aspekcie czysto biomedycznym jest wyleczony i jego życiu nie zagraża niebezpieczeństwo. Ale w aspekcie społecznym jest osobą z niepełnosprawnością, która wyklucza go z wielu czynności, co z pewnością rzutuje również na jego dobrostan psychiczny. Pacjent izoluje się coraz bardziej od swojego otoczenia, unika kontaktu z bliskimi i coraz bardziej podupada na zdrowiu. Nie jest więc zdrowy! Przypomnę: zdrowie to nie tylko brak choroby.

Szeroko postrzegany problem zdrowia był częstym przedmiotem badań. W latach 70. XX wieku prof. Beata Tobiasz-Adamczyk, socjolożka medycyny, prowadziła badania nad adaptacją do nowej sytuacji życiowej chorych po operacyjnym leczeniu raka krtani (Tobiasz-Adamczyk, 2009). Podczas rozmów spostrzegła, jak duża przepaść istnieje między oceną efektów leczenia dokonywaną przez lekarzy i przez pacjentów. Rak krtani leczony operacyjnie dawał spore szanse na przeżycie, ale za wysoką cenę, z usunięciem krtani włącznie. A ta jest przecież odpowiedzialna za mowę. Ponadto sama operacja wiązała się z założeniem rurki tracheotomijnej do oddychania, co okazało się dodatkowym wyzwaniem. Chorzy, których pozbawiono krtani, musieli uczyć się na nowo mówić za pomocą mowy przeponowej, nieprzyjemnej dla ludzkiego ucha. Choć zabieg ratował życie i był sukcesem lekarzy, to pozostawiał pacjenta z otworem w szyi i z bełkotliwym głosem, często mylonym z odurzeniem alkoholowym. Okazywało się to ogromnym piętnem dla chorych, którzy po zabiegu często wycofywali się ze swoich poprzednich ról społecznych lub byli odrzucani w miejscach pracy. Wyleczenie w sensie biologicznym nie było więc równoznaczne

z wyleczeniem w wymiarze społecznym i psychicznym. „Wręcz odwrotnie, wielu chorych wycofało się całkowicie z życia pozarodzinnego, a dla niektórych przebyte leczenie oznaczało znaczne perturbacje w życiu rodzinnym” (tamże, s. 114). Dokonał się zatem ważny przełom w myśleniu o zdrowiu i o chorobie. Podczas gdy technologia medyczna pozwoliła na obniżenie umieralności z powodu wielu dolegliwości, gdzieś w tym procesie zagubił się pacjent – cierpiący człowiek – który wymaga nie tylko np. interwencji chirurgicznej, lecz także całego repertuaru różnych działań uwzględniających jakość jego życia. Nie jest więc tak, że osoba zdrowa to po prostu osoba funkcjonująca bez jakiejś choroby. Jednostka ma funkcjonować w społeczeństwie, cieszyć się zdrowiem psychicznym i wysoką jakością życia. A za te aspekty w największym stopniu odpowiada styl życia, nabyty w trakcie procesu zdobywania ról społecznych, czyli socjalizacji, która zaczyna się właśnie w rodzinie. Ale skąd wiemy, że to akurat styl życia jest tak istotny?

Z pomocą przyszedł Marc Lalonde, minister zdrowia Kanady, który w głośnym raporcie *New Perspectives on the Health of Canadians* z 1974 roku opublikował wyniki szerokich badań epidemiologicznych. Punktem wyjścia jego rozważań było zdanie: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną” (Wysocki i Miller, 2009, s. 506). Na podstawie badań Lalonde’a powstawały kolejne, które pokazywały konkretne liczebności związane z tymi czynnikami. Oszacowano, że decydujący wpływ na umieralność z powodu chorób układu krążenia mają styl życia (54 proc.), czynniki biologiczne (25 proc.), system ochrony zdrowia (12 proc.) oraz czynniki środowi-

skowe (9 proc.). Inne badania potwierdziły, że największy wpływ na choroby nowotworowe mają styl życia (37 proc.), biologia (29 proc.), środowisko (24 proc.) i system ochrony zdrowia (10 proc.) (tamże).

Styl życia odpowiada za wiele ciężkich chorób niezakaźnych (ang. *noncommunicable diseases*, NCDs), będących chorobami przewlekłymi o złożonej etiologii genetycznej, fizjologicznej, środowiskowej i behawioralnej (World Health Organization, 2023). W grupie tej znajdują się najwięksi killerzy na liście: choroby sercowo-naczyniowe, w tym zawał serca i udar, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego (głównie POChP) i cukrzyca. Oto kilka faktów na ten temat od WHO: NCDs zabijają 41 mln ludzi rocznie i odpowiadają za 74 proc. wszystkich zgonów na świecie. Przed 70. rokiem życia umiera 17 mln, i to najczęściej w krajach o niskich i średnich dochodach (86 proc.), są to zatem choroby cywilizacyjne powiązane z geopolityką. W grupie tej dominują choroby sercowo-naczyniowe, będące przyczyną 17,9 mln zgonów rocznie, następne są nowotwory (9,3 mln), przewlekłe choroby układu oddechowego (4,1 mln) i cukrzyca (2 mln, w tym również zgony z powodu chorób nerek spowodowanych cukrzycą) (tamże). Głównymi czynnikami ryzyka chorób niezakaźnych są te związane bezpośrednio ze stylem życia: z używaniem tytoniu, z brakiem aktywności fizycznej, ze szkodliwym spożywaniem alkoholu i z niezdrową dietą.

Skoro styl życia wydaje się dominujący w hierarchii czynników ryzyka, to nic prostszego: ludzie powinni więcej spać, mniej się denerwować, lepiej odżywiać i porzucić używki. Gdyby to tylko było takie łatwe. Wszak każdy socjolog czy epidemiolog wie, że te kwestie są nie tylko powiązane z klasą społeczną danego człowieka, lecz także z miejscem, w którym przyszedł na świat. Są zatem pozornie łatwe do zmiany, ale w rzeczywistości mają charakter zdeterminowany

w dużej mierze przez kulturę i przez środowisko. Dlatego chociażby dzieci alkoholików są bardziej narażone na wpadnięcie w nałóg alkoholowy. Trajektoria ta zaczyna się już w wieku płodowym: niemowlę urodzone przez pijącą matkę cierpi na zespół FAS (płodowy zespół alkoholowy), który w dzieciństwie wywołuje problemy emocjonalne oraz trudności z adaptacją, z nauką i z zachowaniem w okresie dojrzewania, a w dorosłości prowadzi do rozwoju choroby alkoholowej (Sher, 1997). Badacze zwracają również uwagę na fakt, że dzieci rodziców uzależnionych od narkotyków są istotnie bardziej narażone na uzależnienia (Johnson i Leff, 1999).

Dziecko nie jest zatem w pełni *tabula rasa*, białą niezapisaną kartą gotową do wypełnienia. Przypomina raczej komputer, do którego można wgrać oprogramowanie społeczne, ale który ma już pewne zdeterminowane cechy fizyczne pozwalające lub uniemożliwiające wykonywanie pewnych czynności. Zapachniało eugeniką... przepraszam. Absolutnie daleko mi do idei segregacji i wytwarzania nowego, lepszego człowieka. Wiemy, że takie myślenie utorowało drogę do komór gazowych (o współczesnej eugenice piszę w artykule pt. *Nowa globalna eugenika i hodowla ludzi*, dostępnym w tej książce). Ale niezaprzeczalnym pozostaje fakt, że to, co możemy zaoferować dziecku, gdy je uczymy i wychowujemy, sami już skądś zdobyliśmy. Nasze dziecko wyposażone jest w zestaw genów, niektórzy nawet sugerują, że może on być nośnikiem jakiejś pokoleniowej pamięci. Mamy pewien wzrost, kolor oczu i włosów, a także określoną sprawność, także intelektualną. I choć możemy przeфарbować włosy, to przy 1,5 m wzrostu raczej nie zostaniemy koszykarzem.

Jak to się odnosi do stylu życia i dlaczego jest on zarówno niezwykle ważny, jak i w rzeczywistości wcale nie tak łatwy do zmiany? Do tego niebawem dojdziemy, kiedy podejmiemy problem dora-

stania. Teraz skupmy się na tym niewielkim zbiorze komórek, który z czasem zostanie wtłoczony do struktury społeczeństwa. A zacznijmy od sypialni.