

## GENETYKA, PRYWATYZACJA RYZYKA I POLITYKA KOZŁA OFIARNEGO

- Jan Domaradzki -

**Abstrakt.** Koncepcja ryzyka należy do podstawowych kategorii współczesnej medycyny. Wskazując na trzy typy ryzyka: środowiskowe, związane ze stylem życia i genetyczne, medycyna podkreśla zarazem osobistą odpowiedzialność za zdrowie i zarządzanie ryzykiem. Efektem jest redukcja złożonych problemów społecznych do perspektywy jednostkowej. Taka polityka kozła ofiarnego jest wzmocniana przez genetykę, która kreuje swoistą „optykę molekularną”. Akcentuje ona genetyczne predyspozycje chorób organicznych, zaburzeń psychicznych i zachowań ludzkich, przerzucając odpowiedzialność za zdrowie z państwa na jednostki. Twierdzi bowiem, że zdrowie czy choroba zależą zarówno od praw biochemicznych i genetycznych, jak i od osobistych wyborów. Powszechność informacji sprawia, że trudno być nieświadomym ryzyka, zaś bierność i obojętność uznaje się za przejaw nieodpowiedzialności. I tak medycyna szerzy ideę, że choroby można unikać, i obliuguje w ten sposób jednostki do poszukiwania wiedzy i niwelacji ryzyka. Odwraca to jednak uwagę od społecznych uwarunkowań chorób i maskuje konieczność reform.

**Słowa kluczowe:** Abby Lippman, etos obowiązku, genetyzacja, medycyna personalizowana, Nicolas Rose, nowa genetyka, polityka kozła ofiarnego, prywatyzacja ryzyka.

Koncepcja ryzyka należy do podstawowych kategorii współczesnej medycyny. Wskazując na trzy typy ryzyka: środowiskowe, związane ze stylem życia, i genetyczne medycyna akcentuje zarazem osobistą odpowiedzialność za zdrowie i zarządzanie ryzykiem. Skutkuje to redukcją złożonych problemów społecznych do perspektywy jednostkowej. Służy temu promowana przez genetykę „optyka molekularna”, która kreuje swoistą politykę kozła ofiarnego. Akcentuje ona genetyczne predyspozycje chorób organicznych, zaburzeń psychicznych i zachowań ludzkich, przerzucając odpowiedzialność za zdrowie z państwa na jednostki. Twierdzi bowiem, że zdrowie i choroba zależą zarówno od osobistych wyborów, jak i praw biochemicznych i genetycznych. Powszechność informacji sprawia, że trudno być nieświadomym ryzyka, zaś bierność i obojętność uznaje się za przejaw nieodpowiedzialności. Medycyna szerzy tedy ideę, że choroby można unikać, co obliuguje jednostki do poszukiwania wiedzy i niwelacji ryzyka. Odwraca to jednak

uwagę od społecznych, ekonomicznych i politycznych uwarunkowań chorób i maskuje konieczność reform.

### **Wprowadzenie. Medykalizacja i genetyzacja społeczeństwa**

Medycyna należy do najważniejszych instytucji kontrolujących życie społeczne: definiuje, normalizuje, dyscyplinuje, ujednolica i reguluje<sup>1</sup>. Jako źródło władzy jest przy tym coraz bardziej wpleciona w mechanizmy działania państwa, stając się podstawą nowej formy polityki, którą Foucault określił mianem biopolityki<sup>2</sup>. W dobie genetyki, zdrowia publicznego i promocji zdrowia nie wymykają się medycynie żadne dziedziny życia populacji. Tworzy ona wszechobecną sieć i towarzyszy człowiekowi na każdym etapie życia, także przed narodzeniem: decyduje o zatrudnieniu, zdolności do pełnienia ról społecznych i odpowiedzialności karnej, prawie do narodzin i śmierci, ustala zasady dobrego (zdrowego) życia. Sprawowana pod egidą medycyny kontrola społeczna obejmuje przy tym trzy sfery: 1. pojęciową, gdy język i definicje medyczne stosuje się do mówienia o danym problemie; 2. instytucjonalną, gdy zawody medyczne pełnią rolę strażnika na usługach państwa i innych instytucji społecznych; 3. interakcyjną, która ujawnia się w relacjach między profesjonalistami a pacjentami<sup>3</sup>. Należy ponadto podkreślić, że proces medykalizacji<sup>4</sup> zostaje obecnie wzmocniony przez osiągnięcia genetyki, a wskazane sfery kontroli medycznej zostają przełożone na język genetyki. I tak, coraz więcej chorób, ale także zachowań i różnic między jednostkami definiuje się w kategoriach genetycznych i redukuje się do różnic w ich DNA. Lippman określa ten proces mianem genetyzacji<sup>5</sup>. Rose pisze zaś o nowej, molekularnej ontologii życia<sup>6</sup>. Można przy tym zauważyć, że rozwojowi semantyki genetycznej towarzyszy stała tendencja do rozwiązywania coraz większej liczby problemów społecznych za pomocą technologii genetycznych. „Optyka molekularna”<sup>7</sup> i oparte na niej technologie są chętnie wykorzystywane w ramach polityki państwowej, ale także przez korporacje biznesowe, wojsko, firmy ubezpieczeniowe oraz pracodawców, którzy stosują testy genetyczne do kontroli jednostek<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Zola [1972]; Conrad [1992].

<sup>2</sup> Foucault [1998]; Braun [2007]; Rose [2007b].

<sup>3</sup> Conrad [1992] s. 211, 216.

<sup>4</sup> Conrad [2007]; Szasz [2007].

<sup>5</sup> Lippman [1991] s. 18-19.

<sup>6</sup> Rose [2007b]; Braun [2007].

<sup>7</sup> Novas, Rose [2000] s. 487.

<sup>8</sup> Ekberg [2005]; Nelkin, Tancredi [1989]; Nelkin, Andrews [1999].

Genetyzacja ujawnia się także w relacjach personel-pacjent. Genetycy nie tylko definiują zjawiska, ale także zajmują się problemami, które jednostki do nich przynoszą, czego wyrazem jest poradnictwo genetyczne czy badania prenatalne<sup>9</sup>. Znamienne jest przy tym, że dzięki wymienionym wyżej trzem sferom medycyna i genetyka w dużej mierze stwarzają zapotrzebowanie na własne usługi. Definiując zjawiska i zachowania jako „uwarunkowane genetycznie” zwiększają bowiem rynek swoich usług oraz kontrolę nad życiem jednostek i społeczeństwa.

I choć zaledwie 2% chorób człowieka ma charakter monogenetyczny<sup>10</sup>, to wśród badaczy i opinii publicznej powszechne jest przekonanie o istnieniu bezpośredniego związku między genami i chorobami (genetyka chorób) oraz zachowaniami i cechami osobowości (genetyka behawioralna), co skutkuje ciągłym poszukiwaniem genów: „raka piersi”, „otyłości”, „Alzheimera”, „nadciśnienia”, „schizofrenii” czy „depresji”, ale także „agresji”, „alkoholizmu” czy „homoseksualizmu”. Na skutek tego genetyka staje się dominującym paradygmatem wyjaśniającym, na którym opiera się cały program badań medycznych<sup>11</sup>: od etapu stawiania hipotez i doboru argumentacji, przez ich weryfikację i wyjaśnienie, po budowę modeli teoretycznych. Genetyka służy także legitymizacji dawnych teorii oraz opracowaniu nowych form terapii. Przykładu dostarcza bazująca na genetyce, genomice i proteomice medycyna personalizowana, która podkreśla, że czynniki genetyczne mają wpływ na stężenie glukozy i cholesterolu we krwi, ciśnienie tętnicze i inne parametry wykorzystywane w tradycyjnej diagnostyce, od których zależy rozpoczęcie leczenia.

### **Genetyka, nowa epidemiologia i prywatyzacja ryzyka**

Odkrycia i zastosowania genetyki mają konsekwencje wykraczające poza ich pierwotnie założenia – opracowanie nowych form diagnozy i terapii. Wpływają bowiem na relacje międzyludzkie<sup>12</sup> i funkcjonowanie instytucji społecznych (rodziny, medycyny, prawa, ubezpieczeń)<sup>13</sup> oraz rozumienie zdrowia, choroby i niepełnosprawności. Zmieniają także sposób, w jaki jednostki definiują siebie<sup>14</sup> i doświadczają ciąży<sup>15</sup>. Siła informacji genetycznej konstruuje również nową per-

---

<sup>9</sup> Lippman [1986, 1991]; Rothman [1993].

<sup>10</sup> Lewontin [1992] s. 65; Strohmman [2003] s. 170-172.

<sup>11</sup> Condit [2007]; Rose [1995]; Strohmman [2003] s. 172.

<sup>12</sup> Featherstone, Clarke, Bharadwaj, Atkinson [2006]; Andorno [2004]; Rhodes [1998]; Shaw [1987].

<sup>13</sup> Ekberg [2005]; Nelkin, Tancredi [1989]; Nelkin, Andrews [1999]; Rose [2007b].

<sup>14</sup> Greco [1993]; Novas, Rose [2000]; Rose [2008].

<sup>15</sup> Cox, McKellin [1999]; Hallowell [1999]; Lippman [1991]; Rapp [2000]; Rothman [1993].

cepcję ryzyka<sup>16</sup> jako stale obecnego i dotyczącego każdego, co ujawnia się w przypadku chorób dziedzicznych genetycznie czy „ryzyka” psychiatrycznego. Dla przykładu, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przewiduje, że w roku 2020 co piąta osoba na świecie doświadczy jakiejś formy zaburzenia psychicznego, a depresja stanie się najczęstszą chorobą na Zachodzie<sup>17</sup>.

Propagowana przez genetykę ideologia ryzyka wywodzi się przy tym z raportu dla WHO ogłoszonego w roku 1974 przez kanadyjskiego ministra zdrowia i opieki społecznej Lalonde’a. Jego podstawowa teza głosiła, że pogląd, jakoby poprawa zdrowia obywateli była efektem postępu w medycynie należy uznać za fałszywy<sup>18</sup>. Autor wyróżnił cztery grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar stylu życia (53%), środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) (21%), genetyki (16%) oraz organizacji ochrony zdrowia (10%). Znaczące dla raportu było więc zanegowanie dominującej roli medycyny w zapewnieniu i utrzymaniu zdrowia społeczeństwa, ale także podkreślenie osobistej odpowiedzialności za zdrowie, co wiązało się z przeświadczeniem, że styl życia jest jedyną sferą, na którą jednostka ma wpływ i którą sama może kształtować.

Od tamtego czasu idea, że ludzie są chorzy, gdyż prowadzą „niezdrowy” styl życia zyskała powszechną akceptację i zdominowała medycynę, zdrowie publiczne i promocję zdrowia. Coraz powszechniej pojawia się także w genetyce, stając się źródłem polityki i edukacji zdrowotnej w większości państw na świecie<sup>19</sup>. I choć odkrycia w zakresie genetyki zdają się podważać podstawowe założenie koncepcji Lalonde’a, to w rzeczywistości je wzmacniają. Twierdzenie o genetycznych uwarunkowaniach i predyspozycjach zachowań zdrowotnych, np. do nadużywania alkoholu czy otyłości, oraz wystąpienia zaburzeń osobowości takich jak depresja czy schizofrenia, wydaje się uwypuklać rolę genetyki, którą Lalonde zmarginalizował. Podkreśla się bowiem, że jednostki mogą przynajmniej w pewnej mierze wpływać na uwarunkowania genetyczne, jak w przypadku fenyloketonurii (PKU), gdy poprzez odpowiednią dietę niskofenyloalaninową możliwe staje się wyeliminowanie szkodliwego wpływu enzymu fenyloalaniny na tkankę mózgową, pozwalając dziecku rozwijać się prawidłowo. Lecz nawet jeśli jednostki nie mają możliwości takiego wpływu, jak to jest w większości chorób genetycz-

---

<sup>16</sup> Cox, McKellin [1999]; Hallowell [1999]; Kerr, Cunningham-Burley [2000]; Lemke [2004, 2007]; Parsons, Atkinson [1992]; Novas, Rose [2000]; Rose [2008].

<sup>17</sup> World Health Organization [2001].

<sup>18</sup> Lalonde [1974] s. 11.

<sup>19</sup> Knowles [1977]. W sprawie krytyki patrz: Crawford [1977, 1980].

nych, akcentuje się, że dzięki nowym testom genetycznym możliwe jest wykrycie ryzyka i podjęcie odpowiednich środków zaradczych w postaci rezygnacji z posiadania potomstwa lub usunięcia „zainfekowanego” płodu<sup>20</sup>. W konsekwencji podtrzymana, a nawet wzmocniona zostaje przesłanka, że to jednostka ponosi odpowiedzialność za zdrowie własne i swego potomstwa – prowadzi to do prywatyzacji ryzyka<sup>21</sup>. Ważnym elementem ideologii stylu życia<sup>22</sup> jest nie tylko postulat, by jednostka dbała o higienę, stosowała odpowiednią dietę, nie nadużywała alkoholu, nie paliła tytoniu, uprawiała sport, kontrolowała poziom cukru i cholesterolu, i unikała stresu, co było domeną tradycyjnie rozumianej promocji zdrowia<sup>23</sup>, ale także imperatyw profilaktycznych badań takich jak mammografia i cytologia, oraz testów genetycznych<sup>24</sup>.

Wskazując na trzy główne typy ryzyka: środowiskowe, związane ze stylem życia i genetyczne, medycyna akcentuje przy tym, że pierwsze z nich ma wymiar zewnętrzny, a dwa pozostałe wewnętrzny<sup>25</sup>. I choć wcześniejsze teorie podkreślały zewnętrzny i makrospołeczny wymiar ryzyka, a wśród jego głównych wytwórców wskazywano państwo, rząd, przemysł i naukę<sup>26</sup>, o tyle współczesny dyskurs genetyczny akcentuje wewnętrzny charakter ryzyka i lokalizuje je w jednostce. I w tym przypadku ryzyko postrzega się jednak jako przedsięwzięcie ludzkie, zarówno w sensie produkcji, jak i zarządzania nim. Ryzyko nie zależy już, jak w czasach przednowożytnych, od fatum czy Boskiej interwencji, na które jednostki nie miały wpływu. Przeciwnie, współczesne koncepcje ryzyka podkreślają, że podlega ono kontroli i to na jednostkach spoczywa odpowiedzialność za uzyskanie informacji, niwelację i zarządzanie ryzykiem<sup>27</sup>. Skłaniająca do bierności i uległości fatalistyczna orientacja wobec ryzyka zostaje więc wyparta przez imperatyw aktywizmu. Zwłaszcza że ryzyko ze strony natury nie należy już do głównych zagrożeń człowieka, lecz ustępuje miejsca temu tkwiącemu w jego wnętrzu. Rozwój medycyny personalizowanej oraz technologii genetycznych, rodząc optymizm i nadzieję, szerzy przy tym ideę, że również to ryzyko da się oszacować, przeliczyć, przewidzieć i poddać kontroli.

---

<sup>20</sup> Hallowell [1999]; Lippman [1991]; Rapp [2000]; Rothman [1993].

<sup>21</sup> Lupton [1999] s. 5; Lemke [2007]; Rose [2008].

<sup>22</sup> Skrabanek [1994] s. 16.

<sup>23</sup> Knowles [1977]

<sup>24</sup> Bortolotti, Widdows [2011]; Cox, McKellin [1999]; Hallowell [1999]; Lippman [1986, 1991]; Rapp [2000]; Rhodes [1998]; Rothman [1993]; Shaw [1987].

<sup>25</sup> Skolbekken [1995] s. 297.

<sup>26</sup> Beck [2004]; Kerr, Cunningham-Burley [2000].

<sup>27</sup> Greco [1993]; Lupton [1999]; Rose [2007b, 2008].

W konsekwencji geny, które wcześniej jawiły się jako coś najbardziej prywatnego i intymnego, zyskują wymiar publiczny. Twierdzi się bowiem, że fakt, iż jednostka dzieli swe geny z innymi, nakłada na nią moralny i polityczny obowiązek pozyskania informacji o ryzyku oraz odpowiedzialność za zarządzanie nim. Genetyka i dyskurs ryzyka akcentują te zobowiązania wobec: 1. przyszłych pokoleń; 2. członków rodziny, którzy mogą być nosicielami wadliwych genów; 3. nieobecnych innych, którzy mogą (w przyszłości) czerpać korzyści z przyrostu wiedzy genetycznej; 4. państwa, które jest narażone na koszty utrzymania chorych i wsparcia ich rodzin, oraz 5. samego siebie<sup>28</sup>. Wydaje się więc, że wbrew przekonaniu, że biologia i genetyka ściągają z jednostek odpowiedzialność i winę za chorobę, w rzeczywistości nakładają na chorych nowe formy piętna. Powszechność i dostępność informacji o genetyce, ryzyku i technologiach umożliwiających zarządzanie nim (genetyczna diagnostyka przedimplantacyjna i prenatalna, aborcja, testy genetyczne) zwiększają odpowiedzialność jednostki za zdrowie<sup>29</sup>. To zaś generuje nowe problemy w relacjach pacjent-personel medyczny. Wiedza genetyczna podważa bowiem, a przynajmniej czyni problematyczną, kwestię prywatności i poufności. Niektórzy twierdzą wręcz, że w obliczu ryzyka genetycznego jednostka nie posiada prawa do niewiedzy, co nakłada na lekarza obowiązek informowania o ryzyku rodziny i krewnych nawet wbrew woli pacjenta<sup>30</sup>.

Propagowany przez medycynę, genetykę i dyskurs ryzyka typ moralności, którego celem jest zmiana (zachowania) człowieka, staje się źródłem nowego etosu. Jego fundamentem jest osobista odpowiedzialność za zdrowie i zmianę stylu życia. Samo zdrowie staje się zaś synonimem moralnej kondycji jednostki<sup>31</sup>. Stąd wymaga się od niej, by dbała o higienę, kondycję fizyczną, kontrolowała swoją wagę i ilość spożywanych kalorii, odpowiednio dobierała konsumowane produkty (zdrowa i naturalna żywność w wersji light) oraz poszerzała wiedzę z zakresu zdrowia i czynników ryzyka. Ważnym elementem tego etosu jest nacisk na profilaktyczne badania genetyczne<sup>32</sup>. O ile jednak kiedyś kontrola ryzyka genetycznego dotyczyła głównie troski o nieprzekazanie wadliwych genów potomstwu, o tyle dziś dotyczy samej jednostki, która zobowiązana jest do genetycznej roztropności i dbania o zdrowie za pomocą technik umożliwiających optymalizację siebie. I choć z jednej strony genetyka oferuje wybór i zwiększa autonomię jednostki, to z dru-

---

<sup>28</sup> Greco [1993]; Lemke [2007]; Rhodes [1998]; Novas, Rose [2000].

<sup>29</sup> Lemke [2007]; Lupton [1997].

<sup>30</sup> Rhodes [1998]; Bortolotti, Widdows [2011]; Shaw [1987].

<sup>31</sup> Lupton [1997]; Knowles [1977]; Rozin [1997].

<sup>32</sup> Lippman [1991]; Rapp [2000]; Rothman [1993].

giej strony je ogranicza. Podporządkowuje bowiem prawa i potrzeby jednostki innym (rodzina, krewni, państwo).

Kiedy ryzyko przybiera charakter wewnętrzny, czy to w formie niezdrowych zachowań czy genetycznej ignorancji, medykalizacji i genetyzacji towarzyszy moralizacja zdrowia<sup>33</sup>. Bo choć choroba nader często była definiowana jako kara za osobiste przewinienia, o tyle głoszony przez promocję zdrowia i genetykę imperatyw zdrowia nakłada na nią nowe piętno. Choroby nie wiąże się już z wykroczeniem przeciwko Boskim przykazaniom, lecz nakazom medycyny. Jako naczelny imperatyw nowoczesności zdrowie jest wyrazem osobistej woli i charakteru, samokontroli i samodyscypliny. Sprawia to, że jednostki należące do „grupy ryzyka” mogą odczuwać kulturową presję na podjęcie odpowiednich działań, a także podlegać naznaczeniu, dyskryminacji i wykluczeniu w obliczu choroby, której w porę nie zapobiegły. Propagowana przez dyskurs ryzyka teoria etiologii chorób dąży do ich wyjaśnienia przez wskazanie norm społecznych, które zostały naruszone, lub kroków, które nie zostały podjęte, by ich uniknąć. Skutkuje to definiowaniem chorób z perspektywy jednostkowej: osobistych wyborów i stylu życia, np. niezdrowego żywienia, nadużywania alkoholu, palenia tytoniu, braku aktywności fizycznej czy niepoddawania się profilaktycznym badaniom i testom (genetycznym). I tak, urodzenie niepełnosprawnego dziecka, zawał serca, nowotwór czy zakażenie HIV jawią się jako osobista porażka jednostki, która zbagatelizowała ryzyko i nie podjęła odpowiednich środków, by mu przeciwdziałać. Stąd to ona ponosi winę<sup>34</sup>.

O ile więc dostępna dzięki testom wiedza genetyczna daje jednostkom pewną dozę pewności i przyczynia się do niwelacji niepewności, o tyle generuje zarazem nowe formy ryzyka, które wcześniej nie istniały. Medycyna współczesna, genetyka, zdrowie publiczne i epidemiologia nie są wszak zainteresowane chorobą jako taką, lecz ryzykiem jej wystąpienia. Stąd ryzyko wiąże się nie tyle z naturalnymi faktami, co jest efektem społecznego procesu problematyzacji i konstrukcji ryzyka. Jest nie tyle odkrywane, co wytwarzane<sup>35</sup>. Reprezentuje nie tyle fakty, co pewien szczególny sposób myślenia o nich, czego przykładem jest konstrukcja ryzyka urodzenia dziecka z zespołem Downa u kobiet w ciąży powyżej trzydziestego piątego roku życia<sup>36</sup>. Kluczowym elementem semantyki ryzyka jest jego

---

<sup>33</sup> Rozin definiuje ją jako: „nabycie cech moralnych przez przedmioty i czynności, które wcześniej miały charakter moralnie neutralny”, Rozin [1997] s. 380.

<sup>34</sup> Crawford [1977, 1980]; Knowles [1977]; Lupton [1997].

<sup>35</sup> Lemke [2004] s. 551.

<sup>36</sup> Lippman [1986, 1991]; Rothman [1993].

lokowanie we wnętrzu jednostki, co prowadzi do przerzucenia na nią odpowiedzialności za zdrowie i chorobę. A ponieważ genetyka akcentuje, że każda choroba i zachowanie ma podłoże genetyczne, nie tylko poszerza to liczbę potencjalnych chorób, ale z każdego czyni potencjalnego pacjenta. Dla przykładu twierdzenie, że każdy może posiadać gen warunkujący wystąpienie Parkinsona, Alzheimerza, depresji, schizofrenii czy alkoholizmu, a późne macierzyństwo może skutkować urodzeniem dziecka z zespołem Downa, sprawia, że genetyczne nieprawidłowości, których wcześniej nie wiązano z chorobami, interpretuje się jako oznaki chorób lub same choroby<sup>37</sup>. Statystycznie bowiem każdy jest nosicielem kilkudziesięciu zmutowanych alleli, które w układzie homozygotycznym powodują poważne choroby genetyczne. I nawet jeśli jednostki są w danej chwili zdrowe, to można założyć, że w pewnym momencie życia ich „wadliwe” geny się uaktywnią, co pozwala skonstruować każdego jako „asymptomatycznie chorego” lub „zdrowego chorego”<sup>38</sup>. Cox i McKellin trafnie piszą o „genetycznej bombie czasowej”<sup>39</sup>.

### **Medycyna, polityka ryzyka i strategia kozła ofiarnego**

Choć etymologicznie termin „ryzyko” oznacza z pewną dozą prawdopodobieństwa wystąpienia danego zjawiska, którego wynik jest nieznany i w równym stopniu może okazać się pozytywny, co negatywny, o tyle dziś utożsamia się ryzyko z niebezpieczeństwem i zagrożeniem. Obiektywnie odczuwana niepewność została więc wyparta „obiektywnym” poczuciem zagrożenia<sup>40</sup>. Efektem jest zmiana sposobu, w jaki społeczeństwo i jednostki postrzegają siebie, zdrowie i chorobę. Zmienia się także organizacja naszej kultury i cywilizacji. Pozbawione neutralnego znaczenia ryzyko jest synonimem niebezpieczeństwa, co modyfikuje postrzeganie odpowiedzialności za zdrowie. Źródło kontroli nie tkwi już poza jednostką, czy to w formie bóstwa, czy władzy państwowej, lecz leży w jej zasięgu, co sprawia, że nie można być obojętnym i biernym. Przeciwnie medycyna, zdrowie publiczne i genetyka podkreślają, że jednostki winny wziąć odpowiedzialność za zdrowie własne i bliskich<sup>41</sup>. Zgodnie z paradygmatem prewencji, działania medycyny, ale także polityki państwa koncentrują się nie na chorobie, lecz na „ryzyku”. To ostatnie staje się dla medycyny i genetyki kategorią central-

---

<sup>37</sup> Lemke [2004] s. 554.

<sup>38</sup> Rose [2007b] s. 9; Nelkin, Tancredi [1989].

<sup>39</sup> Cox i McKellin [1999] s. 624.

<sup>40</sup> Lupton [1993] s. 425-426; Skolbekken [1995] s. 297.

<sup>41</sup> Greco [1993]; Knowles [1977]; Lemke [2007]; Lupton [1993]; Rhodes [1998]; Novas, Rose [2000].



ną. Głównym zadaniem polityki jest zaś jego identyfikacja i planowanie strategii zarządzania nim. Punkt ciężkości przenosi się więc z niwelacji skutków ryzyka, np. poprzez firmy ubezpieczeniowe, na rzecz samokontroli i samorządu, co prowadzi do prywatyzacji ryzyka<sup>42</sup>.

Ważną rolę w konstrukcji, reprodukcji i rozpowszechnianiu ideologii ryzyka odgrywa sama nauka<sup>43</sup>. Kategoria ryzyka jest dlań strategią, która umożliwia dyscyplinowanie i nadzorowanie społeczeństwa<sup>44</sup>. Wiedza o ryzyku staje się źródłem władzy i kontroli nad jednostkami, które poddaje się nadzorowi, monitoringowi i zarządzaniu. Celem legitymizowanej przez naukę polityki ryzyka jest bowiem kontrola poprzez normalizację. Identyfikacja jednostek należących do „grupy ryzyka” wystawia je zaś na publiczny widok i osąd. Zarówno wskazanie potencjalnego niebezpieczeństwa, jak i ideologia ryzyka służy obarczeniu winą „Innego”, jak to miało miejsce w przypadku oskarżeń mniejszości etnicznych o wywołanie epidemii ospy, dżumy, syfilisu czy HIV/AIDS<sup>45</sup>. Dotyczy to także genetyki, która propagując imperatyw badań profilaktycznych, stwarza nową, problematyczną grupę pacjentów – „asymptomatycznych chorych”, na których spoczywa odpowiedzialność za niwelowanie ryzyka i zarządzanie nim, a w przypadku bierności – wina i potępienie<sup>46</sup>.

Prywatyzacja zdrowia i koncentracja na czynnikach ryzyka, zwłaszcza w ich wymiarze genetycznym, odwraca jednak uwagę od kontekstu społecznego i służy jako symboliczne narzędzie przerzucenia odpowiedzialności za zdrowie/chorobę na jednostki. W konsekwencji staje się źródłem społecznego rozróżnienia i wykluczenia<sup>47</sup>. Lupton twierdzi wręcz, że koncepcja ryzyka służy tworzeniu i podtrzymaniu podziałów społecznych poprzez lokowanie winy w grupach ryzyka, które postrzega się jako zagrożenie dla integracji grupy. Z kolei Douglas zauważa, że „ryzyko” stało się zasobem (*forensic resource*), który umożliwia wyjaśnienie niepomysłnego przebiegu wydarzeń i poddanie go kontroli<sup>48</sup>.

W ten sposób genetyka staje się formą ideologii<sup>49</sup>, która maskuje społeczne, ekonomiczne i polityczne uwarunkowania chorób i problemów zdrowotnych. Re-

---

<sup>42</sup> Lupton [1999] s. 5.

<sup>43</sup> Condit [2007]; Ettore [1999]; Skolbekken [1995].

<sup>44</sup> Crawford [1977, 1980]; Lemke [2004]; Lippman [1986]; Lupton [1997].

<sup>45</sup> Knowles [1977]; Lupton [1997]; Rhodes [1998].

<sup>46</sup> Hallowell [1999]; Lemke [2007]; Rothman [1993].

<sup>47</sup> Lupton [1999] s. 2-3.

<sup>48</sup> Douglas [1990].

<sup>49</sup> Lewontin [1992].

dukując je do wymiaru genetycznego, pomija jednak społeczny kontekst i odwraca uwagę od konieczności reform<sup>50</sup>. Lokując „ryzyko” w sferze genetycznej, medycyna i genetyka sprowadzają wszystkie problemy do wspólnego mianownika i wytwarzają „reżim równości”<sup>51</sup>. Różnice między jednostkami zostają wszak zredukowane do tych zawartych w ich DNA, a różnice w statusie społecznym postrzegają się jako efekt cech biologicznych, a nie społeczno-politycznego umiejscowienia w strukturach władzy i płacy.

Tymczasem, akcentowanie biologicznych i genetycznych predyspozycji jednostek do wystąpienia chorób utrudnia planowanie skutecznej polityki zdrowotnej na płaszczyźnie strukturalnej, politycznej, społecznej i ekonomicznej. Koncentracja na „ryzyku” urodzenia dziecka z zespołem Downa u kobiet powyżej 35 roku życia, gdzie jako główny, a czasem jedyny czynnik ryzyka określa się „późny” wiek kobiety, odwraca uwagę od społecznych uwarunkowań decyzji o odraczeniu macierzyństwa. Obarczając jednostkę odpowiedzialnością za kontrolę ryzyka i zarządzanie nim poprzez poddawanie się badaniom prenatalnym i usunięcie „wadliwego” płodu, to jednostce przypisuje się winę w przypadku niepowodzenia. Pytania o asymetryczną sytuację kobiet na rynku pracy, lęk przed jej utratą oraz niskie płace nie wpisuje się jednak w głoszoną przez genetykę optykę molekularną. W konsekwencji, jako problematyczne definiuje się nie dyskryminację i nierówną pozycję kobiet, konsumpcyjny charakter społeczeństw Zachodu, interesy firm biotechnologicznych oraz opresyjną wobec niepełnosprawności kulturę, lecz (późny) wiek jednostki. Prywatyzacja ryzyka i koncentracja na genetycznym wymiarze niepełnosprawności sprawia, że problemu nie upatruje się w samej kulturze, która propaguje obraz „tragedii” związanej z faktem bycia nosicielem „wadliwych” genów i posiadaniem chorego dziecka. Tymczasem większym problemem niż fakt posiadania takiego dziecka może być brak akceptacji społecznej dla niepełnosprawności. Zwłaszcza gdy świadome lub będące efektem „zaniedbania” poczęcie i urodzenie chorego dziecka uważa się za czyn irracjonalny, niemoralny i aspołeczny<sup>52</sup>. I choć retoryka genetyki podkreśla chęć zniwelowania cierpienia chorych, to, jak zauważa Ward<sup>53</sup>, trudno nie dostrzec jej wymiaru eugenicznego, gdy ta przyczynia się do systematycznego spadku liczby osób niepełnosprawnych na Zachodzie, którym po prostu nie pozwala się urodzić. Zna-

---

<sup>50</sup> Rose [1995]; Strohmman [2003].

<sup>51</sup> Lemke [2004] s. 557.

<sup>52</sup> Shakespeare [1999].

<sup>53</sup> Rhodes [1998]. Krytyczne ujęcie prezentują prace: Lippman [1991]; Shakespeare [1999]; Ward [2005].

mienne jest przy tym, że choć badania genetyczne służą najczęściej wykryciu właśnie zespołu Downa, to cierpienie osób nim dotkniętych wynika raczej z dyskryminującego charakteru społeczeństwa i braku wsparcia dla nich i ich rodzin ze strony państwa, niż z samej kondycji biologicznej. Podkreślanie osobistej odpowiedzialności za „ryzyko” przenoszenia chorób i wad genetycznych oraz trudów związanych z wychowaniem chorego potomstwa służy więc jako zastępnik dla nieudolnej polityki społecznej wobec rzeczywistych potrzeb ciężarnych kobiet (wsparcie ekonomiczne i społeczne, stabilna i bezpieczna praca, czyste środowisko), których realizacja pozwoliłaby im wieść godne życie bez wyrzutów sumienia i piętna. Nadto, redukując niepełnosprawność do wymiaru genetycznego, ukrywa się dominujący w kulturze stygmatyzujący obraz niepełnosprawności oraz opresyjny wobec niej stosunek społeczeństwa. Pomija się również społeczne uwarunkowania upośledzenia, a więc fakt, że odpowiadające za jego występowanie geny, mogą być warunkowane np. przez obecność niebezpiecznych środków chemicznych w środowisku pracy. Taka redukcja odwraca uwagę od nieprzestrzegania przez pracodawców standardów bezpieczeństwa i konieczności przeprowadzenia reform<sup>54</sup>. Pozwala zarazem zrzucić winę na matki, które nie zapobiegły przyjściu na świat chorego dziecka.

Akcentując genetyczne predyspozycje do wystąpienia chorób serca czy alkoholizmu pomija się wymiar kulturowy, jaki prowadzące do nich jedzenie, praca i alkohol mają w kulturze Zachodu. W krajach rozwiniętych wywołująca stres i problemy z sercem praca stanowi główny wyznacznik pozycji społecznej jednostki, a alkohol kojarzony jest z dojrzałością i jest wyrazem akceptowanych zachowań agresywnych. Koncentracja na „genie” obrazuje redukcjonistyczne tendencje współczesnej medycyny, co skutkuje pomijaniem innych aspektów problemu, jak: kapitalistyczny charakter gospodarki, alienujący wymiar pracy, nadmiar jedzenia, konsumpcjonistyczny charakter naszej kultury, czy problemy społeczne, ekonomiczne i egzystencjalne skłaniające ludzi do nadużywania alkoholu, jego dostępność oraz interesy przemysłu alkoholowego<sup>55</sup>. Podobnie w przypadku personalizacji ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych typu schizofrenia czy depresja, których rzekome genetyczne podłoże odwraca uwagę od ich społecznych uwarunkowań, w tym: opresji, dyskryminacji, konfliktu ról, samotności, biedy czy nierówności społecznych<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Ekberg [2005]; Nelkin, Tancredi [1989].

<sup>55</sup> Devor [1993].

<sup>56</sup> Valenstein [1998].

Paradoksem jest, że akcentując prewencję i profilaktykę, medycyna współczesna przedkłada strategię reakcyjną nad prewencyjną<sup>57</sup>. Bo choć przeprowadzenie reform społecznych byłoby skuteczniejsze w kwestii redukcji wzrostu zachorowań, to jest trudniejsze niż modyfikacja jednostek. Z drugiej strony, prywatyzacja ryzyka współgra z interesem medycyny, jak to ukazuje rozwój badań genetycznych i medycyny personalizowanej, a skutkiem tego jest redukcja złożonych problemów do genetycznych marketów<sup>58</sup>. Negatywną konsekwencją neurogenetycznego determinizmu i dyskursu ryzyka jest relokacja środków przeznaczanych na rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Bo choć, dla przykładu, nowotwór i choroby układu krążenia, będące źródłem ponad 70% wszystkich zgonów rocznie, nie mają charakteru genetycznego w ścisłym znaczeniu genetyki klasycznej, to sekwencjonowanie genomu człowieka i lokalizacja poszczególnych markerów absorbuje więcej środków niż reformy społeczne lub badania nad innymi źródłami tych chorób<sup>59</sup>. Prowadzi to do akceptacji społecznej dla wyjaśniania genetycznego i szukania rozwiązań problemów społecznych w medycynie oraz sankcjonowania polityki „kozła ofiarnego”. Nie bez przesady Kerr i Cunningham-Burley piszą o reifikacji genu i iluzji „superzdrowia”<sup>60</sup>. Definiowanie jednostek jako należących do „grupy ryzyka” czyni z nich raczej więźniów wiedzy genetycznej niż genetyczne ofiary.

Problemem jest i to, że ciągle publikowanie nowych danych o czynnikach ryzyka zwiększa w jednostkach poczucie zagrożenia i służy jako instrument kontroli w formie programów edukacyjnych i zdrowotnych. Ponieważ „wiedza” o ryzyku w przeważającej mierze ma jednak charakter probabilistyczny, może generować lęk, niepewność i poczucie fatalizmu<sup>61</sup>. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji chorób i zaburzeń, na które brak terapii. Edukacja zdrowotna może przy tym przybrać formę przymusu bezpośredniego lub bardziej wyrafinowaną. Celem informacji genetycznej jest bowiem najczęściej narzucenie i kształtowanie konkretnych poglądów i postaw, co ukazuje przykład badań prenatalnych<sup>62</sup>. Poradnictwo genetyczne odwołuje się do emocji, lęku, poczucia zagrożenia, winy i obowiązku, a to sprawia, że może się stać formą manipulacji. Dla przykładu, mówiąc o ryzyku podaje się możliwość pozytywnego wyniku w skali 1 na 1000, podczas, gdy rów-

---

<sup>57</sup> Lemke [2004] s. 556-558.

<sup>58</sup> Lewontin [1992]; Strohman [2003].

<sup>59</sup> Strohman [2003] s. 172.

<sup>60</sup> Kerr, Cunningham-Burley [2000] s. 288.

<sup>61</sup> Nelkin, Tankredi [1989].

<sup>62</sup> Lippman [1991]; Rapp [2000]; Rothman [1993].

nie prawdziwe jest mówienie o 999 przypadkach negatywnych<sup>63</sup>. Dyskurs ryzyka preferuje jednak eksponowanie pozytywnego wyniku, co sprawia, że probabilistyczne pojęcie ryzyka jest interpretowane w kategoriach pewności<sup>64</sup>.

Pojęcie ryzyka stanowi konceptualne narzędzie służące utrzymaniu i reprodukcji struktur władzy, biznesu, nauki i polityki w szczególności<sup>65</sup>. To one posiadają bowiem monopol na definiowanie zdrowia, choroby i ryzyka, oraz na wskazywanie odpowiednich środków zaradczych. Te ostatnie coraz częściej przybierają zaś formę zindywidualizowaną. Postulaty redukcji kosztów, prewencji, autonomii, upodmiotowienia i osobistej odpowiedzialności maskują jednak strukturalny, ekonomiczny i polityczny wymiar zdrowia i podtrzymują status quo. W konsekwencji stają się częścią problemu, a nie jego rozwiązaniem. I choć medycyna operuje językiem, który wydaje się neutralny i obiektywny, to dyskurs ryzyka ukazuje jej wymiar polityczny. W imię zdrowia kontrola państwa zaczyna bowiem wkraczać w coraz większą liczbę sfer życia prywatnego. I o ile kiedyś dotyczyło to głównie obszaru choroby, to jak zauważa Rose, dziś dotyczy także zdrowia i samego życia<sup>66</sup>.

## Zakończenie

Pomimo faktu, że społeczeństwa Zachodu osiągnęły taki poziom dobrobytu, zdrowia, satysfakcji z życia i bezpieczeństwa, jaki jest nieosiągalny dla reszty świata, powszechna jest kreowana wokół zdrowia „panika moralna”, której towarzyszą liczne czynniki ryzyka: od globalnego ocieplenia, kataklizmów i pestycydów po sytuację ekonomiczną. Duży udział w konstrukcji ryzyka ma medycyna, która akcentuje ryzyko związane ze stylem życia<sup>67</sup>. I choć troski nie budzi już ilość jedzenia, warunki bytowe i dostęp do opieki medycznej napawające lękiem społeczeństwa mniej rozwinięte, to równie realnie odczuwamy ryzyko związane ze spożyciem tłuszczu, cukru, soli, kofeiny, herbaty z cytryną, alkoholu, tytoniu, tzw. junk food, wody oraz ze stresem. Źródłem lęku są również choroby, do których wymienione wyżej zachowania mogą prowadzić: nowotwór, nadciśnienie, HIV/AIDS, zawał, udar mózgu, cukrzyca, Alzheimer i choroby genetyczne. Ryzyko zdrowotne, głosi medycyna, dotyczy każdej sfery życia i nie omija nikogo.

---

<sup>63</sup> Lupton [1993] s. 433.

<sup>64</sup> Parsons, Atkinson [1992].

<sup>65</sup> Lupton [1993] s. 432.

<sup>66</sup> Rose [2007a]

<sup>67</sup> Barsky [1988]; Feldman [2005]; Neuman [2009].

Skolbekken pisze wprost o „epidemii ryzyka”<sup>68</sup>. Pod hasłami personalizacji zdrowia i ryzyka postępująca medykalizacja i genetyzacja konstruuje więc zdrowie i chorobę już nie jako prywatną sprawę jednostki, lecz czynią z nich kwestię publiczną<sup>69</sup>. I choć podkreśla się „prawo do zdrowia”, dyskurs ryzyka, rozwój wiedzy genetycznej i medycyny personalizowanej czynią zeń raczej obowiązek<sup>70</sup>.

A ponieważ ryzyko dotyczy nie tylko rzadkich chorób monogenetycznych, ale i codziennych wymiarów życia, parafrazując Skrabanka można zapytać, czy wiedza na jego temat czyni nas zdrowszymi i bardziej szczęśliwymi, i „Czy zdrowy niewolnik, jest szczęśliwszy od umierającego wolnego człowieka?”<sup>71</sup>. Tymczasem już Jaspers podkreślał, że „troska o zdrowie nie powinna być treścią życia”<sup>72</sup>. Nadmierna koncentracja na ryzyku może powodować pogorszenie stanu zdrowia i szukanie choroby tam, gdzie jej nie ma, a to prowadzi do błędnego koła: wiedza o ryzyku obniża subiektywny wymiar zdrowia, a konsekwencją tego może być choroba potwierdzająca jedynie istnienie ryzyka, którego wcześniej nie było. Jak podkreśla Skolbekken, niezależnie od tego, czy ryzyko jest prawdziwe, czy tylko wyimaginowane, może kształtować zachowania jednostek i wpływać na rozwój badań naukowych, by wreszcie przybrać formę rzeczywistości<sup>73</sup>.

## Bibliografia

- Andorno [2004] – R. Andorno, *The Right Not to Know: an Autonomy Based Approach*, “Journal of Medical Ethics” (30) 2004, s. 435-440.
- Bortolotti, Widdows [2011] – L. Bortolotti, H. Widdows, *The Right Not to Know: the Case of Psychiatric Disorders*, “Journal of Medical Ethics”, dostępne na: <http://jme.bmj.com/content/early/2011/06/09/jme.2010.041111.full.pdf> [03.06.2011].
- Barsky [1988] – A.J. Barsky, *Worried Sick. Our Troubled Quest for Wellness*, Little Brown & Company, Boston/Toronto 1988.
- Beck [2004] – U. Beck, *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Scholar, Warszawa 2004.

---

<sup>68</sup> Skolbekken [1995].

<sup>69</sup> Lupton [1997].

<sup>70</sup> Greco [1993]; Knowles [1977]; Rose [2007b].

<sup>71</sup> Skrabanek [1994] s. 11.

<sup>72</sup> Jaspers [1993] s. 12.

<sup>73</sup> Skolbekken [1995] s. 300.

- Braun [2007] – B. Braun, *Biopolitics and the Molecularization of Life*, “Cultural Geographies” 14(1) 2007, s. 6-28.
- Condit [2007] – C.M. Condit, *How Geneticists Can Help Reporters to Get Their Story Right*, “Nature Reviews Genetics” 8(10) 2007, s. 815-820.
- Conrad [1992] – P. Conrad, *Medicalization and Social Control*, “Annual Review of Sociology” 18(1) 1992, s. 209-232.
- Conrad [2007] – P. Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*, John Hopkins University Press, Baltimore 2007.
- Cox, McKellin [1999] – S.M. Cox, W. McKellin, *There's This Thing in Our Family: Predictive Testing and the Social Construction of Risk for Huntington Disease*, “Sociology of Health and Illness” 21(5) 1999, s. 622-646.
- Crawford [1977] – R. Crawford, *You Are Dangerous to Your Health. The Ideology and Politics of Victim Blaming*, “International Journal of Health Services” 7(4) 1977, s. 663-680.
- Crawford [1980] – R. Crawford, *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, “International Journal of Health Services” 10(3) 1980, s. 365-388.
- Devor [1993] – E.J. Devor, *Why There is No Gene for Alcoholism*, „Behavior Genetics” 23(2) 1993, s. 145-151.
- Douglas [1990] – M. Douglas, *Risk as a Forensic Resource*, “Daedalus” 119(4) 1990, s. 1-16.
- Ekberg [2005] – M. Ekberg, *Governing the Risks Emerging From the Non-medical Uses of Genetic Testing*, “Australian Journal of Emerging Technologies and Society” 3(1) 2005, s. 1-16.
- Ettore [1999] – E. Ettore, *Expert as 'Storytellers' in Reproductive Genetics: Exploring Key Issues* [w:] *Sociological Perspectives on the New Genetics*, red. P. Conrad, J. Gabe, Blackwell Publishers, Oxford 1999, s. 37-57.
- Featherstone, Clarke, Bharadwaj, Atkinson [2006] – K. Featherstone, A. Clarke, A. Bharadwaj, P. Atkinson (red.), *Risky Relations: Family, Kinship and the New Genetics*, Berg Publishers, Oxford 2006.
- Feldman [2005] – S.A. Feldman, *Panic Nation. Unpicking the Myths We're Told About Food and Health*, John Blake, London 2005.
- Foucault [1998] – M. Foucault, *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France 1976*, przeł. M. Kowalska, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998.
- Greco [1993] – M. Greco, *Psychosomatic Subjects and the 'Duty to Be Well'. Personal Agency Within Medical Rationality*, “Economy and Society” 22(3) 1993, s. 357-372.

- Hallowell [1999] – N. Hallowell, *Doing the Right Thing: Genetic Risk and Responsibility*, "Sociology of Health and Illness" 21(5) 1999, s. 597-621.
- Jaspers [1993] – K. Jaspers, *Autobiografia filozoficzna*, tłum. S. Tyrowicz, Wydawnictwo Comer, Toruń 1993.
- Kerr, Cunningham-Burley [2000] – A. Kerr, S. Cunningham-Burley, *On Ambivalence and Risk: Reflexive Modernity and the New Human Genetics*, "Sociology" 34(2) 2000, s. 283-304.
- Knowles [1977] – J.H. Knowles, *The Responsibility of the Individual*, "Daedalus" 106(1) 1977, s. 57-80.
- Lalonde [1974] – M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Government of Canada, Ottawa 1974, dostępne na: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dggs/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dggs/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf) [10.11.2010].
- Lemke [2004] – T. Lemke, *Disposition and Determinism – Genetic Diagnostics in Risk Society*, "The Sociological Review" 52(4) 2004, s. 550-566.
- Lemke [2007] – T. Lemke, *Susceptible Individuals and Risky Rights: Dimensions of Genetic Responsibility*, [w:] *Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, red. R.V. Burri, J. Dumit, Routledge, London 2007, s. 150-165.
- Lewontin [1992] – R. C. Lewontin, *Biology as Ideology. The Doctrine of DNA*, Harper Perennial, New York 1992.
- Lippman [1986] – A. Lippman, *Access to Prenatal Screening Services: Who Decides?*, "Canadian Journal of Women Law" 1(2) 1986, s. 434-445.
- Lippman [1991] – A. Lippman, *Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities*, "American Journal of Law and Medicine" 17(1-2) 1991, s. 15-50.
- Lupton [1993] – D. Lupton, *Risk as Moral Danger: the Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health*, "International Journal of Health Service" 23(3) 1993, s. 425-435.
- Lupton [1999] – D. Lupton, *Introduction: Risk and Sociocultural Theory*, [w:] *Risk and Sociocultural theory: New Directions and Perspectives*, red. D. Lupton, Cambridge University Press, Cambridge 1999, s. 1-12.
- Lupton [1997] – D. Lupton, *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, Sage Publications, London 1997.



- Nelkin, Tancredi [1989] – D. Nelkin, L. Tancredi, *Dangerous Diagnostics. The Social Power of Biological Information*, Basic Books, New York 1989.
- Nelkin, Andrews [1999] – D. Nelkin, L. Andrews, *DNA Identification and Surveillance Creep*, "Sociology of Health and Illness" 21(5) 1999, s. 689-706.
- Neuman [2009] – F. Neuman, *Worried Sick? The Exaggerated Fear of Physical Illness*, Simon&Brown, Hollywood, FL 2009.
- Novas, Rose [2000] – C. Novas, N. Rose, *Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual*, "Economy and Society" 29(4) 2000, s. 485-513.
- Parsons, Atkinson [1992] – A. Parsons, P. Atkinson, *Lay Constructions of Genetic Risk*, "Sociology of Health and Illness" 14(4) 1992, s. 437-455.
- Rapp [2000] – R. Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America*, Routledge, New York 2000.
- Rhodes [1998] – R. Rhodes, *Genetic Links, Family Ties, and Social Bonds: Rights and Responsibilities in the Face of Genetic Knowledge*, "Journal of Medicine and Philosophy" 23(1) 1998, s. 10-33.
- Rose [2007a] – N. Rose, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-first Century*, Princeton University Press, Princeton, NJ 2007.
- Rose [2007b] – R. Nikolas, *Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital*, "Social Theory and Health" (5) 2007, s. 3-29.
- Rose [2008] – N. Rose, *Race, Risk and Medicine in the Age of 'Your Own Personal Genome'*, "BioSocieties" (3) 2008, s. 423-439.
- Rose [1995] – S. Rose, *The Rise of Neurogenetic Determinism*, "Nature" (373) 1995, s. 380-382.
- Rothman [1993] – B.K. Rothman, *The Tentative Pregnancy: How Amniocentesis Changes the Experience of Motherhood*, Norton Company, New York/London 1993.
- Rozin [1997] – P. Rozin, *Moralization, w: Morality and Health. Interdisciplinary Perspectives*, red. A.M. Brandt, P. Rozin, Routledge, New York-London 1997, s. 379-401.
- Shakespeare [1999] – T. Shakespeare, *Losing the Plot? Medical and Activist Discourses of the Contemporary Genetics and Disability*, "Sociology of Health and Illness" 21(5) 1999, s. 669-688.
- Shaw [1987] – M.W. Shaw, *Testing for the Huntington Gene: a Right to Know, a Right Not to Know, or a Duty to Know*, "American Journal of Medical Genetics" 26(2) 1987, s. 243-246.

- Skrabanek [1994] – P. Skrabanek, *Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*, Social Affairs Unit, Suffolk 1994.
- Skolbekken [1995] – J.-A. Skolbekken, *The Risk Epidemic in Medical Journals*, “Social Science & Medicine” 40(3) 1995, s. 291-305.
- Strohman [2003] – R.C. Strohman, *Genetic Determinism as a Failing Paradigm in Biology and Medicine: Implications for Health and Wellness*, “Journal of Social Work Education” (39) 2003, s. 169-191.
- Szasz [2007] – T. Szasz, *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press, Syracuse/New York 2007.
- Valenstein [1998] – E.S. Valenstein, *Blaming the Brain. The Truth About Drugs and Mental Health*, The Free Press, New York 1998.
- Ward [2005] – L. Ward, *Whose Right to Choose? The New Genetics, Prenatal Testing and People With Learning Difficulties*, w: *Genetic Governance. Health, Risk and Ethics in the Biotech Era*, red., R. Bunton, A. Petersen, Routledge, New York/London 2005, s. 114-127.
- World Health Organization, *Strengthening Mental Health Promotion*, Fact Sheet No. 220, Geneva 2001.
- Zola [1972] – I. Zola, 1972, *Medicine as an Institution of Social Control*, “The Sociological Review” 20(4) 1972, s. 487-504.