

ARTYKUŁY RECENZYJNE, RECENZJE, NOTY RECENZYJNE

MICHAŁ KOPCZYŃSKI
Uniwersytet Warszawski
Instytut Historyczny

Bóg, natura, kultura — trwanie życia a płeć (Agnieszka F i h e l, *Płeć a trwanie życia. Analiza demograficzna*, Warszawa 2011)

Zróżnicowanie trwania życia w zależności od płci należy do zagadnień od dawna przyciągających uwagę demografów. Nadmierną umieralność mężczyzn w Londynie zaobserwował już ojciec demografii John G r a u n t w 1662 r. W roku 1710 lekarz, matematyk i literat John A r b u t h n o t na podstawie londyńskich rejestrów ruchu naturalnego wyciągnął wniosek o istnieniu nadwyżki urodzin chłopców nad urodzeniami dziewcząt. „Aby zrekompensować stratę [wynikającą z nadmiernej śmiertelności mężczyzn — M. K.] przezorna natura, na polecenie swego mądrego Stwórcy, wydaje na świat więcej mężczyzn niż kobiet i to w stałej proporcji”. „Z tego wynika — kontynuował swe rozważania — że poligamia jest przeciwna prawom natury i sprawiedliwości oraz rozmnażaniu się rasy ludzkiej, bo skoro liczby mężczyzn i kobiet są sobie równe, to jeśli jeden mężczyzna ma dwadzieścia żon, dziewiętnastu innych mężczyzn musi pozostać w stanie bezżennym, co jest obrazą praw natury, a trudno przypuścić aby dwadzieścia kobiet mogło zostać równie łatwo zapłodnionych przez jednego mężczyznę, jak przez dwudziestu”¹. Półtora wieku później analogiczne obserwacje dotyczące nierównej liczebności płci w chwili urodzenia poczynił ojciec współczesnej statystyki, Adolph Q u e t e l e t, dla którego był to jeden z dowodów na działanie statystycznych praw natury, swoistej fizyki społecznej rządzącej światem człowieka. Z lektury rozprawy Agnieszki F i h e l wynika, że choć komponent biologiczny ma swoje znaczenie dla zróżnicowania trwania życia według płci, to obecnie czynnikiem decydującym są zachowania uwarunkowane kulturowo².

Jak wynika z danych współczesnych (2005), we wszystkich populacjach — z wyjątkiem Kenii, Zambii, Zimbabwe i Malediwów — potencjał życiowy kobiet jest wyższy od potencjału mężczyzn. Przeciętna różnica w trwaniu życia wynosi 5–6 lat w krajach wy-

¹ J. Arbutnot, *An Argument for Divine Providence, taken from the Constant Regularity observed in the Birth of both Sexes*, London 1710.

² Trzeba oddać jednak sprawiedliwość Grauntowi i Arbuthnotowi, którzy dostrzegali znaczenie uwarunkowań kulturowych, tłumacząc nadmierną śmiertelność mężczyzn ryzykami jakie wiążą się z koniecznością zdobywania środków do egzystencji lub ich nieumiarkowaniem.

soko rozwiniętych i kilkanaście w krajach postkomunistycznych na wschód od Bugu. O ile duże rozmiary tej różnicy tłumaczone są czynnikami behawioralnymi, o tyle samo jej istnienie uznawane jest często za rzecz naturalną, uwarunkowaną biologicznie, będącą skutkiem większej odporności kobiet na deformację chromosomu X, czy wpływu estrogeneru na eliminację szkodliwego typu cholesterolu. Uznaje się, że mechanizmy te działają silniej, niż śmiertelność okołoporodowa i syndrom wyczerpania macierzyńskiego³. Brak przewagi liczebnej kobiet w dawnych populacjach spisowych traktowany bywa jako dowód niedostatków rejestracji źródłowej⁴. Sprawa nie jest jednak aż tak prosta.

Zdaniem autorki przewaga potencjału życiowego kobiet ma charakter historycznie zmienny. W okresie przedprzemysłowym trwanie życia kobiet i mężczyzn było zbliżone, a przewaga niewiast pod tym względem ujawniła się dopiero w warunkach przyspieszonej modernizacji właściwej dla XIX i XX w. W okresie tym zarysowała się jako reguła przewaga potencjału życiowego kobiet, początkowo niewielka, dająca się wyjaśnić czynnikami biologicznymi, później narastająca i znajdująca wytłumaczenie w czynnikach behawioralnych. Różnica ta ostatnio — w społeczeństwie konsumpcyjnym — ulega zmniejszeniu w związku z upodobnianiem się zachowań obu płci i jednoczesnym ograniczeniem zachowań autodestrukcyjnych wśród mężczyzn. Udowodnieniu tej hipotezy poświęcone są dalsze partie pracy.

W rozdziale drugim omówiono zmienność trwania życia w ujęciu historycznym. Ze zgromadzonych przez autorkę danych wynika, że w okresie przedprzemysłowym dłuższe trwanie życia kobiet — wedle danych francuskich z lat 1740–1829 o 0,6 do 2,6 roku — było pochodną wyższej śmiertelności mężczyzn w okresie niemowlęctwa (pierwszy rok życia). W pozostałych grupach wiekowych, w tym wśród osób liczących ponad 40 lat (co ważne z uwagi na sprawę śmiertelności okołoporodowej), oczekiwane dalsze trwania życia obu płci było mniej więcej równe. Bardziej zróżnicowane rezultaty dają badania nad mniejszymi populacjami rekonstruowanymi na podstawie mikrospisów bądź rekonstrukcji rodzin. W znacznej części z nich, także w XIX stuleciu, trwanie życia kobiet ustępowało parametrowi wyliczonemu dla mężczyzn. Autorka mogła wzbogacić swe wnioski wykorzystując dane z drugiego tomu monumentalnych dziejów ludności Anglii. Wynika z nich intrygująca obserwacja, że trwanie życia kobiet (e_0) — poza krótkim okresem w drugiej ćwierci XVIII w. — ustępowało potencjałowi życiowemu mężczyzn za sprawą rosnącej w XVII w. śmiertelności okołoporodowej, a w następnym stuleciu z powodu zgonów na gruźlicę⁵.

Zupełnie inny obraz wyłania się z materiałów genealogicznych, a więc odnoszących się do klas wyższych. Zarówno parowie angielscy, mieszczenie genewscy, jak mężczyźni członkowie europejskich rodzin panujących żyli krócej niż kobiety z tych sfer i to niekoniecznie z powodu gwałtownych zgonów właściwych mężczyznom. Mógłby to być

³ Rzecz jasna syndromu macierzyńskiego wyczerpania nie sposób skwantyfikować.

⁴ Tak na przykład interpretowałem tego rodzaju dane w odniesieniu do ludności Kujaw schyłku XVIII w., vide. M. K o p c z y ń s k i, *Studia nad rodziną chłopską w Koronie w XVII–XVIII wieku*, Warszawa 1998, s. 74–79.

⁵ E. A. W r i g l e y, R. S. D a v i s, J. E. O e p p e n, R. S. S c h o f i e l d, *English population history from family reconstitution, 1580–1837*, Cambridge 1997, s. 198–307.

dowód na rzecz tezy, że potencjał życiowy kobiet ujawnia się w pełni dopiero wówczas, gdy poprawie ulegają materialne warunki życia, gdyby nie wątpliwość biorąca się z faktu, że autorka podała w swoich wywodach jedynie wartość przeciętnego dalszego trwania życia noworodka (e_0), a nie parametry dla osób dożywających późniejszych lat życia. Przeciętne trwanie życia noworodka nawet dla tej, relatywnie dobrze przecięz udokumentowanej sfery społecznej może być mało wiarygodne z powodu pominięć przedwcześnie zmarłych dzieci⁶.

Nie pozostawiają wątpliwości, co do powiększania się różnic w potencjale życiowym obu płci, zreferowane przez autorkę tablice kohortowe z Francji, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii i Włoch w XIX w., oparte na rejestracji cywilnej, znacznie dokładniejszej niż kościelna. Już w kohorcie najstarszej (Francja, urodzeni w 1806 r.) trwanie życia kobiet było dłuższe niż mężczyzn o 1,8 lat i różnica ta stopniowo rosła, dochodząc do 7,7 lat dla kohorty urodzonej w roku 1900. Nie ulega wątpliwości, że wzrost ten był pochodną przemian modernizacyjnych i aż w trzech czwartych zrealizował się w drugiej połowie XIX w. Model ten jest zbieżny zarówno z chronologią przejścia demograficznego, jak i podnoszenia się przeciętnej wysokości ciała⁷. Wiek XX przyniósł dalsze wydłużenie się trwania życia obu płci o 30 lat (XIX w. o 20 lat), ale też wzrost różnicy w trwaniu życia mężczyzn i kobiet: dla Francji z 8,57 lat dla urodzonych w 1912 r., przez 9,89 w 1920, po 7,66 lat dla kohorty 1970 r. i 6,25 dla kohorty 1990. Zaznaczmy, że trzy ostatnie liczby oparte są na prognozie, bowiem w momencie jej sporządzania kohorta 1920 r. jeszcze dożywała swych dni.

Dla pozostałych krajów w XX w. nie dysponujemy tablicami kohortowymi porównywalnymi z francuskimi, a jedynie tablicami przekrojowymi, które wskazują na znacznie mniejsze różnice w trwaniu życia wedle płci. Dla Francji są to odpowiednio: 4,25 lat dla 1912 r., przez 3,83 w 1920 po 7,44 w 1970 i 8,24 w 1990. Zwróćmy uwagę, że w tym wypadku nie mamy do czynienia ze spadkiem różnicy w potencjale życiowym, jak zakłada autorka, lecz odwrotnie, z jego pogłębieniem. Dopiero w tablicy z 2000 r. następuje spadek zróżnicowania do 7,51 lat. Znacznie bardziej tezie o zrównywaniu się potencjału życiowego obu płci w społeczeństwie konsumpcyjnym odpowiadają dane z tablic przekrojowych pozostałych analizowanych krajów. W przypadku Anglii w 1912 r. różnica w trwaniu życia na korzyść kobiet wynosiła 3,81 lat, następnie rosła do 6,3 lat w 1980, by spaść do 4,73 w roku 2000. W Szwajcarii trajektoria ta wyglądała podobnie: 3,38 w 1912 r., 6,78 w 1990 i 5,67 w 2000, z kolei we Włoszech 0,99 w 1912 r. do 6,65 lat w 1990 i 5,92 w roku 2000.

Warto uświadomić sobie w tym kontekście różnicę między oboma typami tablic. Tablice kohortowe śledzą losy populacji połączonej wspólnym rokiem urodzenia aż po

⁶ Przykłady tego rodzaju dla polskich rodzin magnackich podaje I. Dacka-Górzyńska, *O nieznanym dzieciach magnaterii polskiej w świetle parafialnych metryk zmarłych kościoła św. Krzyża w Warszawie z lat 1670–1801. Wybrane przykłady*, PH, t. CII, 2011, z. 3, s. 459–482.

⁷ W. Fogel, *The escape from hunger and premature death, 1700–2100. Europe, America and the Third World*, Cambridge 2004, M. Kopczyński, *Wielka transformacja. Badania nad uwarstwieniem społecznym i standardem życia w Królestwie Polskim 1866–1913 w świetle pomiarów antropometrycznych poborowych*, Warszawa 2006.

jej całkowite wymarcie, pokazując tym samym wpływ zmieniających się w długim trwaniu warunków wymierania. Natomiast tablice przekrojowe odnoszą do całej populacji warunki wymierania panujące w danym okresie, z reguły krótkim, trwającym 1–2 lata. Uzyskane dzięki nim rezultaty mogą być zniekształcone przez epizodyczne wysokie śmiertelności powodowane wojnami lub epidemiami. Wprowadzenie w pracy obu typów tablic może powodować konfuzję. Rzecz w tym jednak, że dla okresów wcześniejszych autorka dysponuje tablicami kohortowymi, natomiast dla współczesności jedynie dla Francji ma tablice kohortowe z uwzględnieniem prognozy. Dla pozostałych uwzględnionych w analizie państw (Anglia, Szwajcaria, Włochy) dla wieku XX Agnieszka Fihel wykorzystuje jedynie tablice przekrojowe. Co więcej, tablice kohortowe nie do końca potwierdzają drugą część głównej tezy pracy (zmniejszanie się różnicy między potencjalnymi żywymi obu płci). Można ją przyjąć dopiero po skonfrontowaniu tablic kohortowych z okresowymi. W sumie jednak analiza autorki jest przekonująca. Tezę stanowiącą, że w okresie przed przemianami modernizacyjnymi różnica potencjałów życiowych płci nie była ustabilizowana, a potem rosła, można uznać za udowodnioną. Trzeba tylko pamiętać, że proces skracania się różnicy w trwaniu życia jest zjawiskiem rysującym się dopiero ostatnio.

W rozdziale 3 autorka analizuje zmiany modelu umieralności wedle płci i wieku w stuleciach XIX i XX. Jest to zadanie trudne z uwagi na często błędne w okresie wcześniejszym diagnozy oraz zmieniające się wielokrotnie zasady klasyfikacji przyczyn zgonów. Trudności te można jednak zniwelować tworząc szerokie kategorie analityczne, jak czyni to autorka. Z analizy zgonów wedle wieku i płci wynika, że głównymi składnikami wpływającymi na różnicę w potencjale życiowym były śmiertelność niemowląt i osób w wieku powyżej 45 lat. Znaczenie tej pierwszej było największe przez cały wiek XIX i skracało trwanie życia mężczyzn o ponad rok. W miarę jak zmniejszała się generalna umieralność niemowląt, jej rola w coraz mniejszym stopniu determinowała różnicę w przeżywalności (od 0,05 do 0,1 lat współcześnie). Rosło za to znaczenie umieralności osób mających ponad 50 lat. W pierwszej połowie XIX w. umieralność ta odpowiadała za 30% różnicy w potencjale życiowym wedle płci; dziś odsetek ten sięga ponad 60%. Na uwagę zasługuje niewielkie znaczenie umieralności w wieku 20–49 lat, co świadczy o niskim natężeniu umieralności okołoporodowej w XIX w, w każdym razie nie większym niż ryzyko nagłego zgonu mężczyzn w tej samej grupie wiekowej⁸.

Obserwacje te prowadzą do wyróżnienia dwóch modeli umieralności mężczyzn: typowej dla okresu wczesnej i późnej modernizacji, czyli czasów współczesnych. Rozdziały 4 i 5 poświęcone zostały analizie tych modeli z punktu widzenia przyczyn zgonów. Jak już powiedziano, w okresie wczesnej modernizacji decydujący wpływ na zróżnicowanie przeżywalności według płci miała nadumieralność niemowląt płci męskiej. Ponieważ brak dowodów na dyskryminację niemowląt płci męskiej, wyjaśnienie musi odwoływać się do uwarunkowań biologicznych: większej podatności chłopców na wady endogeniczne w okresie życia płodowego, mechanizmu selekcyjnego dyskryminującego jednostki

⁸ Śmiertelność okołoporodowa kobiet w tym wyraźnie zmalała wraz ze spadkiem dzietności ogólnej, vide I. L o u d o n, *Maternal mortality: definition and secular trends in England and Wales, 1850–1970*, [w:] *The Cambridge world history of human diseases*, red. K. F. K i p p l e, Cambridge 1993.

słabsze, o mniejszej odporności na choroby zakaźne. Pierwsza z wymienionych cech znajduje potwierdzenie współcześnie, bowiem po praktycznym wyeliminowaniu umieralności powodowanej czynnikami zewnętrznymi (choroby zakaźne, zła opieka itp.) stosunek zgonów niemowląt płci męskiej do żeńskiej waha się między 1,2 a 1,5. W warunkach wysokiej umieralności niemowląt, a więc w okresie przedprzemysłowym i wczesnej modernizacji, proporcja ta była niższa i wynosiła 1,1–1,2. Z chwilą zmniejszenia śmiertelności niemowląt różnica w trwaniu życia między mężczyznami i kobietami uległa redukcji, i to pomimo podniesienia się proporcji zgonów chłopców w stosunku do zgonów dziewczynek.

O ile w okresie wczesnej modernizacji zróżnicowanie potencjałów życiowych warunkowały mechanizmy biologiczne, o tyle współcześnie na czoło wysuwają się czynniki behawioralne. Bierze się to m.in. stąd, że w obecnym modelu śmiertelności dominują zgony spowodowane chorobami układu krążenia i nowotworami, a więc przypadłościami rozwijającymi się stosunkowo długo, których występowanie współczesna epidemiologia wiąże z przynależnością do określonych grup ryzyka lub zachowaniami z punktu widzenia zdrowotności niewłaściwymi, takimi jak palenie tytoniu, picie alkoholu oraz nieumiarkowana dieta, czyli mówiąc wprost — obżarstwo. W literaturze demograficznej zmianę modeli śmiertelności określa się mianem przejścia epidemiologicznego lub przejścia zdrowotnego⁹.

Wśród czynników behawioralnych, obniżających w sposób selektywny pod względem płci potencjał życiowy, autorka kładzie nacisk przede wszystkim na palenie tytoniu. Wybór akurat tego zachowania autodestrukcyjnego jest uzasadniony tyleż przez fakt wymieniania go przez epidemiologów wśród czynników zagrożenia właściwych dla szeroko rozumianych chorób krążenia i nowotworów, co przez dobre udokumentowanie tego nąłogu w „poprawnej politycznie” literaturze przedmiotu. Wiemy wszak znacznie więcej o trendach konsumpcji tytoniu i korelacjach pomiędzy jego paleniem a zachorowalnością na wspomniane wyżej choroby, niż na przykład o związku obżarstwa z chorobami krążenia albo cukrzycą typu II i jej konsekwencjami dla umieralności¹⁰.

⁹ Obie koncepcje są podobne, ale nie tożsame. Koncepcja przejścia epidemiologicznego zakłada ustabilizowanie się umieralności wywołanej schorzeniami degeneracyjnymi, podczas gdy teoria przejścia zdrowotnego, uwzględniając reakcje społeczne na zagrożenie życia przez te choroby, wskazuje na możliwość redukcji ich częstotliwości w wyniku oświaty, poprawy opieki medycznej i zmian obyczajowości. Ta ostatnia koncepcja ma więc charakter otwarty, bowiem trudno sobie dziś wyobrazić — choć nie jest to przecież niemożliwe — odwrót od chorób degeneracyjnych jako głównej przyczyny zgonów.

¹⁰ Wpływ na to ma też obowiązująca aktualnie statystyczna klasyfikacja przyczyn zgonów. Wielokrotnie już zresztą wskazywano w literaturze, z czego autorka zdaje sobie sprawę, że na diagnozowane przyczyny zgonu znaczny wpływ ma obowiązujący paradygmat medyczny. Przykładem może być malaria jako przyczyna zgonów na Cejlonie, diagnozowana jeszcze długo po drastycznym ograniczeniu jej występowania na skutek zastosowania DDT, vide R. H. G r a y, *The Decline of Mortality in Ceylon and the Demographic Effects of Malaria Control*, „Population Studies”, t. XXVIII, 1974, s. 212–213.

Wybór zachowań związanych z nawykiem palenia tytoniu jest o tyle dobry, że konsumpcja tej używki była zawsze wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet¹¹. O ile w wieku XIX decydowała o tym norma obyczajowa zrównująca palenie przez kobietę z upadkiem moralnym, o tyle w następnym stuleciu większe znaczenie zyskały zapewne względy estetyczne, które jednak w ostatnich dekadach straciły na znaczeniu w związku z wyrównywaniem się proporcji palących przedstawicieli obu płci¹². Niektóre inne czynniki ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, również dotyczą bardziej mężczyzn niż kobiet, ale różnica ta nie jest tak spektakularna.

Mając dane o konsumpcji tytoniu, demografowie próbowali oszacować jego wpływ na nadumieralność mężczyzn. I tak, w 1955 r. czynnik ten miał przyczynić się we Francji do 15% zgonów mężczyzn w wieku 35–69 lat, w roku 1975 odsetek ten miał wzrosnąć do 27%, a w 1995 — do 34%. Przeliczając te dane na różnicę w potencjale życiowym mężczyzn i kobiet stwierdzano, że jej połowa mogła być konsekwencją palenia tytoniu przez mężczyzn. Trudno polemizować z tego typu szacunkami, ale wolno wyrazić pewien dystans wobec nich. Skoro na przełomie XIX i XX w. nawyk palenia był już powszechny, dysproporcja płci pod tym względem powinna być jeszcze większa niż w drugiej połowie XX stulecia, ale nic na jej temat nie wiemy.

Jak wynika z danych francuskich, wzrost konsumpcji tytoniu zatrzymał się na poziomie z lat siedemdziesiątych XX w., by od połowy następnej dekady stopniowo się zmniejszać. Zjawisko to jest pozytywnie skorelowane z redukcją śmiertelności z powodu niektórych typów nowotworów i chorób układu krążenia. Czy jednak tylko palenie tytoniu to wyjaśnia? Trudny do skwantyfikowania jest przecież postęp medycyny, szczególnie diagnostyki medycznej. Co najważniejsze jednak z punktu widzenia celu badań Agnieszki Fihel, spadek śmiertelności mężczyzn jest większy niż spadek śmiertelności kobiet, dzięki czemu potencjał życiowy płci zaczyna powoli się wyrównywać.

Autorka przypisuje to społecznej reakcji na zagrożenie jakie stanowią choroby nowotworowe i choroby krążenia. Reakcja ta przybiera różne formy: odgórną — w postaci sterowanej przez państwo edukacji zdrowotnej i dostosowania systemu ochrony zdrowia — oraz oddolną, przybierającą formę spontanicznej zmiany zachowań. Edukacja zdro-

¹¹ Autorka przywołuje badania francuskie i angielskie. Te ostatnie wskazują, że w latach sześćdziesiątych XX w. paliło 60% mężczyzn i 40% kobiet, a w latach dziewięćdziesiątych — odpowiednio 30 i 27%. Z badań polskich wynika, że w 1980 r. paliło 63% mężczyzn i 29% kobiet, OBOP, „Komunikat z badań: Palenie tytoniu w opinii społecznej”, maj 1980, <http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/6146> (dostęp 19 października 2011). W 1995 r. odsetki te wynosiły odpowiednio 47 i 23%, OBOP „Palenie tytoniu”, kwiecień 1995, <http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/692> (dostęp 8 stycznia 2012).

¹² Na ten temat vide M. K o p c z y ń s k i, *Dyskusja o tytoniu w Polsce do roku 1918* [w:] *Studia ofiarowane profesorowi Andrzejowi Wyrobiszowi* pod red. E. D u b a s – U r w a n o w i c z i J. M a r o s z k a [w druku]; D. M i t c h e l l, *Kobieta jako element XIX-wiecznych obrazów przedstawiających palenie*, [w:] *Dym. Powszechna historia palenia*, red. S. G i l m a n, Z h o u X u n, Kraków 2009. Warto może w tym kontekście zacytować ostrożnie wyrażoną dziewiętnastowieczną opinię Georga Simmla, który twierdził w odniesieniu do mody, że kobiety dążą do indywidualizacji, ale ściślej trzymają się przy tym obowiązujących norm niż mężczyźni, G. S i m m e l, *Z psychologii mody*, [w:] *Pisma socjologiczne*, wyd. H. J. D a u m e, O. R a m m s t e d t, Warszawa 2008, s. 159.

wotna była obecna już od dawna, gdyż wbrew opiniom zawartym w pozwach przeciw firmom tytoniowym, świadomość szkodliwości palenia była znaczna. Dostrzec to można dobrze na przykładzie polskim, i to nie tylko śledząc zaczynające się już w XVII w. krytyczne opinie o nowym wtedy nałogu, lecz także dwudziestowieczne badania opinii społecznej¹³.

Realny wpływ propagandy prozdrowotnej na zachowania ludzkie pozostawał przez długi czas niewielki¹⁴. Znacznie silniej działały czynniki decydujące o akcesie do szeregów palaczy, takie jak chęć integracji towarzyskiej. Agnieszka Fihel słusznie podkreśla, że zmiana pod tym względem nastąpiła dopiero ostatnio, wraz z oddolną „cichą rewolucją w sferze wartości”. Istotne miejsce wśród nich przypadło afirmacji młodego wyglądu i wysportowanej sylwetki, a więc wartości osiąganym dzięki tzw. zdrowemu trybowi życia. Nowe ciało ma, zdaniem postmodernistycznych socjologów, służyć nie tylko do sprawnego wykonywania pracy, jak to miało miejsce dawniej, lecz również do maksymalizacji przyjemności i realizacji własnego „ja”. Nie sposób jednak dziś orzec, czy jest to początek upowszechnienia się nowego obyczaju, który się utrwali, czy też kolejna moda, nosząca w momencie swej kulminacji zarodek własnej śmierci. Jak to zwykle bywa z modami, zaspokajają one potrzebę wyróżnienia się od otoczenia w sposób bezpieczny, bo akceptowany przez grupę¹⁵. Póki co nie mamy ostatecznego dowodu, czy jest to tylko moda, czy nowy obyczaj, a nie ma na razie twardych dowodów na skuteczność podejmowanych ostatnio na świecie prób zastąpienia przemocy symbolicznej przemocą prawną w tej dziedzinie. Z kolei rosnące w większości populacji krajów wysokorozwiniętych wskaźniki BMI (*Body Mass Index*) dowodzą, że moda na zdrowe życie często ustępuje pokusom z supermarketowych półek. Niezależnie od tego, jakie będą dalsze losy współczesnego kultu ciała i jego wpływ na przeżywalność przedstawicieli obu płci, książkę Agnieszki Fihel warto dołączyć do domowej biblioteki.

¹³ Np. w 1974 r. 46% respondentów wyrażało opinię, że palenie szkodzi palaczom, a dalsze 42% uznawało tę opinię „w pewnym stopniu”. O szkodliwości dymu tytoniowego dla niepalących przekonanych zaś było 77% badanych (OBOP, cytowany raport z 1974 r.). Ten pierwszy odsetek w roku 1980 wynosił już 57%. Dodajmy, że w 1962 r. – a więc dwa lata przed ogłoszeniem raportu Terry’ego, który zapoczątkował współczesną krucjatę antynikotynową — prawie 36% mieszkańców Warszawy dopuszczało możliwość istnienia związku między paleniem a powstawaniem chorób nowotworowych, J. K o w a l c z y k, *Opinie i postawy dotyczące chorób nowotworowych*, Warszawa 1966.

¹⁴ Dobrze oddaje to przykład polski. W latach 1956–1985 ukazało się 49 popularnych książek i broszur medycznych i paramedycznych o szkodliwości palenia w łącznym nakładzie wynoszącym co najmniej 1,25 mln egzemplarzy. Jeśli doliczyć do tego inne popularne publikacje medyczne wspominające o szkodliwości palenia i jego związku z chorobami nowotworowymi i krążeniowymi, liczba tytułów rośnie do 125, a łączny nakład 5,25 mln egzemplarzy.

¹⁵ Na temat tego mechanizmu vide stale aktualne uwagi G. S i m m l a, op. cit.