

Michał Wróblewski

Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” teorią aktora-sieci

The Challenge of Biomedicalization. Medical Sociology and Sociology of Health and Illness „Lined” with Actor-Network Theory

Abstract: The article investigates a theoretical framework that would enable effective and fruitful studies of biomedicalization. Biomedicalization is the ongoing expansion of medical discourse, the dynamics of which is determined by technological developments. It is related with the dominant economic interests and power. It generates new areas of risk and the scientific controversies. The first discussed theoretical framework is the medical sociology and the sociology of health and illness. Although both proposals have much to offer, they are not sufficient for the problem of biomedicalization. Their main weaknesses are: exclusion of biological knowledge about the disease, the tendency to reductionism, lack of interest in the controversies. Because of these shortcomings, the author of the paper postulates that medical sociology and the sociology of health and illness should be supplemented by actor-network theory. The main points are: the adoption of relational and hybrid way of thinking about social phenomena, broadening the definition of agency and special interest in the controversies.

Key words: biomedicalization, medical sociology, sociology of health and illness, controversies, actor-network theory

Od samego początku swojego istnienia teoria aktora-sieci pragnęła być czymś więcej niż jedynie orientacją badawczą starającą się zrozumieć współczesne sposoby produkowania wiedzy. Chociaż jej rodowodu należy doszukiwać się w etnografii laboratorium², która analizowała praktyki badawcze, to z czasem stała się czymś na kształt filozofii społecznej, opisującej podstawowe zasady działania zbiorowości. Przejście od zainteresowania „życiem laboratoryjnym” do socjologii tego, co społeczne³ czy socjologii powiązań⁴ otworzyło

¹ Artykuł powstał w ramach grantu NCN nr N N116 695040 pt. *Struktury wiedzy wobec kontrowersji naukowo-społecznych* (kierownik: dr Andrzej W. Nowak).

² Por. K. Abriszewski, *Splatając na nowo ANT*, [w:] B. Latour, *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do teorii aktora-sieci*, przeł. K. Abriszewski, A. Derra, Universitas, Kraków 2010, s. V–XXXVI.

³ Por. *ibidem*, s. 16.

⁴ Por. M. Callon, B. Latour, *Unscrewing the Big Leviathan: How Do Actors Macrostructure Reality*, [w:] K. Knorr, A. Cicourel (red.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*, Routledge, London 1981, s. 277–303.

zupełnie nowe drzwi przed badaczami wykorzystującymi w swoich pracach główne wskazówki metodologiczne ANT, a w związku z tym nowe obszary analiz. I tak zaczęły pojawiać się prace dotyczące władzy⁵, procesów ekonomicznych⁶, powstawania prawa⁷, edukacji⁸ czy teorii organizacji⁹.

Chociaż badacze z obszaru ANT raczej odchodzą od tej nazwy¹⁰, posługując się inną (*science and technology studies* – STS), to teoria aktora-sieci pozostaje platformą badawczą, ogólną ramą myślenia. Annemarie Mol w jednym ze swoich artykułów określiła ANT mianem „otwartego magazynu”:

Siłą ANT nie jest to, że jest ona solidna, lecz to, że potrafi się dostosować. Zdołała zgromadzić bogaty zestaw badawczych i eksperymentalnych sposobów dostrajania się do świata. Pojęcie i teksty, które krążą w obrębie ANT, są urządzeniami organizującymi (*co-ordinate*). Przenoszą one tematy i problemy z jednego kontekstu do drugiego. (...) Wyostrzają wrażliwość swoich czytelników, dostrajając ich/nas do tego, co się dzieje i co się zmienia tutaj, teraz, gdziekolwiek. W taki czy inny sposób dokonują interwencji, nie z ogólnej perspektywy, lecz raczej z pozycji doktora. Dbają, majstrują. Zmieniają i dodają perspektywy¹¹.

ANT nie jest zatem teorią w klasycznym tego słowa rozumieniu, ale raczej Wittgensteinowską skrzynką z narzędziami. Z uwagi na ten fakt teoria aktora-sieci może z powodzeniem być wykorzystywana do badania szerokiego spektrum fenomenów. W niniejszym artykule wskazywać będę na jeden z takich obszarów. Chodzi o współczesną medycynę. Już pierwszy rzut oka skłaniać może do refleksji, że praktyka medyczna, którą zrewolucjonizowały współczesne odkrycia naukowe, idealnie nadaje się do tego, aby próbować ją zrozumieć za pomocą narzędzi badawczych ANT. Przy tym nie będzie mnie interesować medycyna w ogólności, ale jeden szczególny proces – biomedycyzacja.

Nie da się zaprzeczyć, że gwałtowny rozwój genetyki w latach 90. XX wieku oraz obecny *boom* na badania neurofizjologiczne i neuroanatomiczne nie pozostają bez wpływu na współczesne praktyki medyczne. Badania z zakresu biologii molekularnej czy neuroobrazowania idą w parze z pojawieniem się zarówno nowych etiologii znanych wcześniej chorób, jak i odkrywaniem nieznanych dotąd schorzeń. Wiąże się to ściśle z nowoczesnymi formami terapii farmakologicznych. Dyskurs skupiony wokół biomedycyzacji pragnie uchwycić wszystkie te dynamiczne zmiany, wychodząc z założenia, że logika medycyny ma tendencję

⁵ Por. J. Law, *On Power and Its Tactics: a View from the Sociology of Science*, „The Sociological Review” 1986, nr 34, s. 1–38.

⁶ Por. M. Callon, *Introduction: the Embeddedness of Economic Markets in Economics*, [w:] *idem* (red.), *The Laws of the Markets*, Blackwell Publishers, Oxford 1998, s. 1–57.

⁷ Por. B. Latour, *The Making of Law: An Ethnography of the Conseil d'Etat*, Polity Press, London 2009.

⁸ Por. T. Fenwick, R. Edwards, *Actor-Network Theory in Education*, Routledge, New York 2010.

⁹ B. Czarniawska, T. Hernes (red.), *Actor-Network Theory and Organizing*, Copenhagen Business School Press, Copenhagen 2005.

¹⁰ Por. uwagi B. Latoura na temat nazwy ANT: *idem*, *On Recalling ANT*, [w:] J. Law, J. Hassard (red.), *Actor Network and After*, Blackwell Publishers, Oxford 1999, s. 15–25.

¹¹ A. Mol, *Actor-Network Theory: Sensitive Terms and Enduring Tensions*, „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie” 2010, nr 50, s. 265–266.

do coraz większej ekspansji na obszary niegdyś wyłączone z jej zakresu. Dzięki genetyce i neuronaukom jesteśmy świadkami ciągłego poszerzania definicji poszczególnych chorób, zwiększania się liczby kategorii diagnostycznych, wzrostu popularności terapii farmakologicznych, które stają się bardziej elementem stylu życia niż sposobem leczenia.

Tak rozumiany proces biomedycyzacji stanowi nie lada wyzwanie dla badaczy pragnących zrozumieć, czym jest współczesna medycyna. Jedyne odpowiednia rama teoretyczna jest w stanie uchwycić całą złożoną dynamikę biomedycyzacji. Właśnie w tym kontekście użyteczna, jako skrzynka z narzędziami, wydaje się teoria aktora-sieci. Postaram się pokazać, że wiele założeń ANT dotyczących zarówno kwestii metodologicznych (jak badać to, co społeczne w kontekście rozwoju technonauki?), jak i ontologicznych (jak „istnieją” fenomeny społeczne?) umożliwi lepsze zrozumienie współczesnej medycyny niż zajmująca się tym zagadnieniem socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby. Chociaż moim celem nie jest dyskredytowanie dorobku tych bogatych w ciekawe opracowania dziedzin nauk społecznych, to jednak postaram się pokazać, że w wielu przypadkach przyjęta przez nie perspektywa teoretyczna jest niewystarczająca, by zrozumieć dynamikę współczesnych praktyk medycznych. Teoria aktora-sieci, rozumiana jako zbiór nowych perspektyw patrzenia na to, co społeczne, może stanowić idealne dopełnienie socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby. Właśnie w tym kontekście należy rozumieć tytuł artykułu – nie chodzi mi o zastąpienie jednego paradygmatu innym, ale raczej umieszczenie w nim nowych przesłanek metodologicznych i ontologicznych, „podszyć” socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby teorią aktora-sieci.

Czym jest biomedycyzacja?

Mniej więcej od początku lat 60. XX wieku pojęcie medycyzacji zrobiło zawrotną karierę w naukach społecznych. Termin ten pojawia się w głośnej pracy Michela Foucaulta *Narodziny kliniki* wydanej w 1963 roku¹², a także w amerykańskiej socjologii dewiacji¹³. Najślynniejszym badaczem, który rozpropagował badania na temat tego zjawiska, jest Peter Conrad, autor wydanej w 2007 roku książki *The Medicalization of Society*, która zbiera jego trzydziestoletnie doświadczenia badawcze¹⁴.

Medycyzacja polega na coraz większym rozszerzaniu się dyskursu medycznego na zjawiska niezdefiniowane wcześniej jako problemy ze zdrowiem. Przedmiotem medycyzacji mogą być zachowania dewiacyjne (np. nadpobudliwość), zjawiska niemieszczące się w społecznie przyjętej normie (np. homoseksualizm¹⁵) bądź przypadłości utrudniające

¹² M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s. 55.

¹³ Por. J. Pitts, *Social Control: The Concept*, [w:] D. Sills (red.), *International Encyclopedia of Social Sciences*, vol. 14, Macmillan, New York 1968, gdzie autorka analizuje proces medycyzacji jako rodzaj kontroli społecznej.

¹⁴ Por. P. Conrad, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.

¹⁵ Homoseksualizm jest również, jak wskazuje Conrad, przykładem procesu demedycyzacji, który dokonał się w II połowie XX wieku; por. *ibidem*, s. 97–113.

codzienne życie (np. zaburzenia erekcji). Rozumiana jako proces, medykalizacja dokonuje się na kilku różnych poziomach. Podstawowym poziomem pozostaje medycyna rozumiana jako obszar sprofesjonalizowanej praktyki. To właśnie lekarze w pierwszej kolejności rozszerzają poszczególne definicje chorobowe bądź usiłują oznaczyć określone fenomeny jako problemy medyczne. Inną sferą medykalizacji są instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym. Bycie chorym oznacza nie tylko ciągłe wizyty u lekarza, ale również podleganie jurysdykcji organów publicznych w postaci szpitali czy opieki społecznej, które wraz z postawieniem diagnozy zaczynają roztaczać na jednostkę dodatkową formę kontroli. Jeszcze innym poziomem jest samoidentyfikacja społeczna i wiedza potoczna. Medykalizacja zmienia ramę odniesienia przy określaniu własnej tożsamości i miejsca w społecznym świecie. Coraz więcej podmiotów społecznych zaczyna odgrywać w zbiorowości rolę chorego i z tej perspektywy postrzegać samych siebie.

Teoria medykalizacji powstawała w okresie, który nie znał jeszcze wielu odkryć z zakresu genetyki czy neurofizjologii. Chociaż właściwie od lat 70. XX wieku naukowcy coraz częściej zaczynają doszukiwać się przyczyn chorób w czynnikach biologicznych (co najlepiej widać na przykładzie schorzeń psychicznych), to dopiero w latach 90. postęp naukowy w radykalny sposób zmienił myślenie na temat zdrowia i choroby. Właśnie dlatego badacze społeczni coraz częściej zamiast o medykalizacji zaczynają mówić o biomedykalizacji¹⁶. O ile motorem napędowym tej pierwszej byli lekarze i instytucje zajmujące się zdrowiem, o tyle głównym impulsem dla biomedykalizacji staje się rozwój technologiczny, który przyspiesza rozszerzanie się dyskursu medycznego, tworzy dla niej nowe obszary działania, a także uprawomocnia jej występowanie w przestrzeni społecznej. Przyglądając się tym związkom dokładniej, możemy wyznaczyć trzy obszary współczesnej biomedykalizacji, na których rozwój technologiczny odciska swoje wyraźne piętno: etiologiczno-diagnostyczny (definiowanie chorób za pomocą wyników badań laboratoryjnych), terapeutyczny (nowe formy leczenia farmakologicznego) oraz infrastrukturalny (wymiana informacji za pomocą nowoczesnych technologii komputerowych).

Dwa pierwsze związane są ściśle z odkryciami z zakresu genetyki, neurofizjologii i neuroanatomii. Wszystkie one wpływają na badania nad etiologiami chorób, pomagają w codziennej praktyce lekarskiej, dostarczają nowoczesnych narzędzi pomiarowych, tworzą zupełnie nowe formy terapii. Genetyka sprawiła, że choroby zaczęto analizować na poziomie budowy białkowej, konkretnych genów czy ich całych układów, a oddziaływanie choroby na organizm postrzegać jako oddziaływanie na genetyczną budowę człowieka. Najlepszym przykładem współczesnego wykorzystywania badań genetycznych w przypadku terapii jest farmakogenomika. Jest to technologia produkowania lekarstw, które mają być bezpośrednio dostosowane do genotypu każdego pacjenta, na przykład za pomocą różnicowania metabolizmu konkretnego leku w zależności od zdolności organizmu¹⁷. Warto również wspomnieć o diagnostycznym wymiarze rozwoju genetyki. Otóż coraz częściej w określaniu stanu pa-

¹⁶ Por. A.E. Clarke *et al.*, *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, „American Sociological Review” 2003, vol. 68, no. 2, s. 161–194.

¹⁷ Por. J. Afeltowicz, *Ile jest etyki w bioetyce? Na przykładzie sporów bioetycznych wokół farmakogenomiki*, „Ruch Filozoficzny” 2010, nr 2, s. 371–389.

cjenta wykorzystuje się badania DNA. Chodzi tu zarówno o diagnozę stanu aktualnego, jak i o wykazanie predyspozycji do zachorowania w przyszłości. Otwiera się tutaj olbrzymia furta dla biomedycyzacji, ponieważ testy genetyczne mogą wprowadzić nową kategorię diagnostyczną – „potencjalnie chory”. To z kolei może stworzyć takie choroby jak „przed-rak” czy „przed-alkoholizm”, tworząc nowe formy terapii prewencyjnej¹⁸.

Genetyka nie jest oczywiście jedyną gałęzią współczesnej nauki, która w rewolucyjny sposób wpływa na medycynę. Równie doniosłe było pojawienie się technologii związanych z neuroobrazowaniem mózgu, a także badania związane z neurofizjologią. Zwłaszcza te ostatnie całkowicie zmieniły optykę lekarską. Wystarczy tu wspomnieć tylko o wynalezieniu pierwszej generacji leków psychotropowych, działających na wydzielanie dopaminy, serotoniny, adrenaliny czy histaminy, które były wykorzystywane między innymi w leczeniu schizofrenii. Nowszym wynalazkiem są antydepresanty, czyli selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), do których należy między innymi fluoksetyna, bardziej znana jako Prozac. Antydepresanty całkowicie zmieniły sposób myślenia o ludzkim zdrowiu, tworząc kulturową modę na tak zwane leki *lifestyle'owe*. Prozac, Zoloft, Paxil stały się w latach 90. przebojami rynku farmaceutycznego, odpowiadając na rosnące potrzeby konsumentów, głównie amerykańskich. Owe *blockbuster drugs*, jak nazwała je wówczas branża farmaceutyczna, sprawiły, że terapia farmakologiczna zaczęła być traktowana raczej jako narzędzie poprawiające wydajność, a nie jako forma leczenia.

Wpływ technonauki na rozwój medycyny nie ogranicza się tylko do kwestii związanych z etiologią, diagnozą czy terapią. Równie ważne są technologie informatyczne. Ich gwałtowny rozwój spowodował proliferację informacji dotyczących praktyk medycznych, począwszy od stanu informacji na temat chorób w skali populacji, a skończywszy na wynikach sprzedaży poszczególnych leków. Zaowocował ponadto łatwiejszym do nich dostępem przez strony trzecie (koncerny farmaceutyczne czy firmy ubezpieczeniowe). Powstał efekt tego bazy danych integrują różne praktyki związane ze zdrowiem i chorobą w jednolitą sieć zależności, która pozwala na współdziałanie różnych podmiotów zajmujących się zdrowiem. Dzięki technologiom szybkiej wymiany informacji możliwe staje się współdziałanie lekarzy, koncernów farmaceutycznych, aptek czy towarzystw ubezpieczeniowych¹⁹. Prawdą jest, że wszystkie te obszary rządzą się trochę innymi racjonalnościami, jednakże o ich spójności przesądza infrastrukturalna organizacja, która pozwala na szybką komunikację między nimi.

Inflacja informacji na temat życia i zdrowia pacjenta oraz zbieranie ich w ogromne bazy danych pogłębiają ponadto kluczową dla biomedycyzacji kontrolę społeczną. Dzięki no-

¹⁸ Por. P. Conrad, *The Medicalization of Society...*, *op. cit.*, s. 138. Genetyzacja medycyny powoduje również prewencyjne działania pracodawców czy przedstawicieli firm ubezpieczeniowych, dla których „potencjalnie chory” może okazać się złym pracownikiem bądź klientem obciążonym zbyt dużym ryzykiem. Mówiąc innymi słowami, testy DNA mogą tworzyć nowe formy asymetrii. Por. na ten temat pracę dotyczącą wykluczenia genetycznego: T. Lemke, *Perspectives on Genetic Discrimination*, Routledge, London 2013.

¹⁹ Por. analizy wykorzystywania danych ze sprzedaży aptek przez przedstawicieli koncernów farmaceutycznych, którzy kontrolują w ten sposób lekarzy: P. Polak, *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*, Nomos, Kraków 2011, s. 83–84, 132–138.

woczesnym technikom komputerowym więcej obszarów życia codziennego może podlegać medycznej analizie pod kątem potencjalnego zagrożenia dla zdrowia²⁰. Z jednej strony oznacza to mniejszy zakres prywatności osobistej, z drugiej zaś tworzy nowe formy zarządzania obywatelami na poziomie populacji²¹. Z punktu widzenia racjonalności władzy kluczową kwestią okazuje się biostatystyka, zbierająca informacje na temat biologicznej kondycji obywateli²² oraz tworząca zupełnie nowe standardy dla współczesnej medycyny.

Rozwój technologii komputerowych kształtuje ponadto niezależne wobec dyskursu medycznego formy wiedzy, które coraz częściej zaczynają odgrywać znaczącą rolę w procesie kształtowania debaty o zdrowiu i chorobie. W pierwszej kolejności chodzi o wiedzę laików, czyli osób niezwiązanych bezpośrednio z instytucjami medycznymi, którzy sami posiadli informację na temat choroby i dokładają dużych starań, aby ową wiedzę pogłębiać i dzielić się nią z innymi zainteresowanymi. Siła laików manifestuje się przede wszystkim we wszelkiego typu fundacjach, stowarzyszeniach czy organizacjach zrzeszających chorych. Mają one w zamierzeniu dostarczać informacji na temat badań etiologicznych, komentować nowe terapie, służyć pomocą prawną, organizować konferencje informujące o zagrożeniu chorobą, dawać emocjonalne wsparcie, walczyć o prawa pacjentów. Najciekawszym faktem związanym z biomedycyzacją jest to, że owe organizacje znacząco wpływają na dyskurs medyczny. Najlepszym przykładem są działania aktywistów gejowskich, którzy w latach 80. współtworzyli debatę medyczną na temat HIV/AIDS. Ich działania przyspieszyły między innymi proces dopuszczenia do sprzedaży lekarstwa na tę chorobę²³.

Przykład AIDS pokazuje, że wiedza laicka w dobie nowoczesnych technik przekazywania informacji, rozwoju nowych mediów czy komputeryzacji zaczyna być traktowana na równi z wiedzą ekspercką. Dyskurs medyczny coraz częściej szuka w dyskursach nieprofesjonalnych narzędzi legitymizacji. Można tutaj podać dwa przykłady. Pierwszy dotyczy owych pozarządowych fundacji, które reprezentują interesy pacjentów w sferze publicznej. Najczęściej są one finansowane przez koncerny farmaceutyczne, wiele z nich współpracuje ponadto z państwowymi instytucjami odpowiedzialnymi za zdrowie. Drugi przykład dotyczy medycyny niezachodniej, która zmienia swój status z bycia peryferyjnym powiewem egzotyki na pełnoprawną wiedzę na temat chorób. Vincanne Adams podaje przykład medycyny tybetańskiej, która staje się atrakcyjna dla koncernów farmaceutycznych, liczących na to, że tamtejsze lekarstwa można sprzedawać na amerykańskim rynku. Wydaje się, że nie

²⁰ Por. A.E. Clarke *et al.*, *Biomedicalization...*, *op. cit.*, s. 174.

²¹ Biomedycyzacja wydaje się ściśle powiązana z procesami transformacji władzy, które opisywał Michel Foucault, zwłaszcza w kontekście jego rozważań na temat biopolityki; por. M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, przeł. M. Herer, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 23–48.

²² Warto tu zwrócić uwagę na fakt, że koncerny farmaceutyczne wynajmują specjalne firmy zajmujące się audytem rynku leków między innymi do tego, aby zbierały informacje na temat zdrowia pacjentów na danym obszarze. Jedną z takich firm jest BioStat, która współpracuje z naukowcami z Polskiego Towarzystwa Biometrycznego. Związek pomiędzy podmiotami prywatnymi, instytucjami służby zdrowia a tymi obszarami wiedzy, które dostarczają statystycznych informacji o biologicznych aspektach życia populacji, pokazuje, w jakich relacjach działa proces biomedycyzacji.

²³ Por. S. Epstein, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, University of California Press, Berkeley 1996, s. 1–26.

można byłoby mówić o owej kooptacji alternatywnych form wiedzy czy prób ich zawłaszczania bez rozwoju nowoczesnych technologii, zwykle kojarzonych z globalizacją, czyli technologii teleinformatycznych i komunikacyjnych²⁴.

Ostatnią rzeczą związaną z technonauką i biomedycyzacją jest kwestia ryzyka. Studia nad nauką i technologią wskazują, że rozwojowi technologicznemu nieustannie towarzyszy potencjalne ryzyko nieplanowanych następstw wprowadzania innowacji. Sposób konstruowania kolejnych wynalazków, a także prędkość, z jaką są implementowane na obszar zbiorowości społecznej, sprawiają, że o całej gamie ich atrybutów dowiadujemy się dopiero, gdy opuszczają mury laboratoriów²⁵. Dodatkowo stopień skomplikowania innowacji jest tak duży, że nie da się w pełni przewidzieć ich działania. Medycyna nie jest tutaj wyjątkiem. Podobnie jak w przypadku energii atomowej czy żywności genetycznie modyfikowanej, produkty biomedycyzacji wywołują cały szereg niezamierzonych konsekwencji, otwierając kolejne fronty kontrowersji naukowych i konfliktów technologicznych²⁶. W przypadku medycyny chodzi głównie o skutki uboczne terapii farmakologicznych.

Istnieje jeszcze inna kwestia związana z ryzykiem, charakterystyczna dla biomedycyzacji. Ryzyko nie jest bowiem tylko potencjalnością jakiejś katastrofy, lecz staje się elementem społecznej świadomości, trwałą ramą odniesienia w codziennej praktyce. Na ten element późnej nowoczesności wskazuje Anthony Giddens²⁷. Uważa on, że działanie w społeczeństwach posttradycyjnych różni się od przeszłości społecznym zapoznawaniem zagrożeń wynikłych z ciągłego rozwoju technologii. Jednostki społeczne nie popadają jednakże w bezustanną nerwicę, ani nie odwołują się do boskiej opatrności, ponieważ darzą zaufaniem abstrakcyjne systemy organizujące życie społeczne, które mają za zadanie gwarantować bezpieczeństwo. W przypadku biomedycyzacji może to stanowić jeden z motorów jej działania. Jeżeli bowiem społeczeństwa późnej nowoczesności żyją ze świadomością ryzyka, to jedną ze strategii przystosowawczych, w obliczu braku odniesienia do tradycji, jest wykształcenie postawy zaufania wobec instytucji odpowiedzialnych za zdrowie. Owa ufność sprawia, że kolejne etiologie, metody diagnostyczne czy terapie są przyjmowane jako środki obniżające poziom ryzyka, a postępująca biomedycyzacja jako proces stopniowego redukcjonowania niepewności i przypadkowości.

Kluczowe wyda się również to, że zbiomedycyzowane ryzyko przekształca całkowicie społeczny obraz choroby oraz praktykę lekarską w tym względzie, że zły stan organizmu przestaje być problemem pierwszej wagi, natomiast nadrzędne staje się zarządzanie czyn-

²⁴ Warto tutaj dodać, że biomedycyzacja tworzy nowe formy stratyfikacji o różnych wymiarach. Jeden z nich dotyczy dostępu do informacji. Otóż jedynie ci, którzy ów dostęp posiadają, mogą stać się pełnoprawnymi aktorami biomedycyzacji, to znaczy takimi, którzy mają zasoby do tego, aby kształtować jej przebieg oraz z powodzeniem czerpać z niej korzyści (por. A.E. Clarke *et al.*, *Biomedicalization...*, *op. cit.*, s. 170–171).

²⁵ Por. W. Krohn, J. Weyer, *Society as Laboratory: The Production of Social Risks by Experimental Research*, „Science and Public Policy” 1994, nr 21, s. 173–183.

²⁶ Por. P. Stankiewicz, *Od przekonywania do współdecydowania: zarządzanie konfliktami wokół ryzyka i technologii*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 4, s. 95–119.

²⁷ Por. A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, przeł. E. Klekot, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 88–97.

nikami wywołującymi chorobę. Owa zmiana powoduje, że celem praktyk związanych ze zdrowiem przestaje być leczenie, a staje się ciągłe zapobieganie. Biomedycyzacja, podobnie jak współczesne grupy eksperckie, jest procesem polegającym na zarządzaniu ryzykiem. Oznacza to, że ma ona na celu z jednej strony jego redukcję, z drugiej zaś ciągłe potwierdzanie występowania ryzyka w sferze społecznej. Co więcej, w tych dwóch procesach czynny udział biorą nie tylko naukowcy czy lekarze, ale również sami pacjenci. Współczesna medycyna polega w równej mierze na sondowaniu każdego aspektu życia pacjenta przez instytucje zdrowotne, co na samoobserwacji, indywidualnym używaniu narzędzi szacujących stopień występowania chorób czy nawet dokonywaniu samodiagnoz. Owo indywidualne zarządzanie czynnikami ryzyka sprawia, że potencjalnie każdy element rzeczywistości społecznej dnia codziennego może stać się zagrożeniem, a każda jednostka może być potencjalnie chora. Takie myślenie o chorobie przyspiesza proces biomedycyzacji, która dotyka również indywidualnych praktyk społecznych samych pacjentów.

Podsumujmy. Biomedycyzacja jest procesem ciągłego rozszerzania logiki medycznej na coraz nowe obszary tego, co społeczne. Głównymi aktorami biomedycyzacji są, oprócz lekarzy i przedstawicieli instytucji zajmujących się zdrowiem, również naukowcy, koncerny farmaceutyczne, laicy skupieni wokół pozarządowych stowarzyszeń i fundacji. Jej motorem napędowym jest rozwój technologiczny (w obszarze genetyki, neuronauk oraz komputeryzacji). Biomedycyzacja pozostaje ponadto połączona z całym szeregiem innych procesów skomplikowaną siecią zależności – jest to zarazem zjawisko związane z postępującą ekonomizacją życia społecznego (rozszerzanie się dyskursu medycznego jest równoznaczne z tworzeniem nowych rynków zbytu dla koncernów farmaceutycznych), z pojawieniem się nowoczesnych technologii władzy (która zaczyna interesować się biologiczną kondycją obywateli), a także z coraz większym zmediatyzowaniem różnych sfer codzienności (dzięki któremu przełamany zostaje ekspercki monopol na wiedzę dotyczącą zdrowia i choroby). Biomedycyzacja jest jednocześnie powiązana z ryzykiem i to w dwojakim sensie: tworzy nowy obszary niepewności i zarazem łączy się z praktyką polegającą na zarządzaniu ryzykiem.

Szukając odpowiedniej ramy teoretycznej: socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby

Opisawszy interesujące mnie zjawisko, przystąpię teraz do poszukiwań paradygmatu, który byłby w stanie ująć w odpowiedniej ramie teoretycznej główne problemy biomedycyzacji, a także umożliwić zrozumienie jej dynamiki. Z uwagi na fakt, że nauki społeczne stworzyły pewne narzędzia w postaci socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby, moje dociekania muszą siłą rzeczy w pierwszej kolejności podążyć na ten obszar. Konieczna jest tutaj jednak pewna ogólna uwaga – z powodu ograniczenia objętościowego niniejszego opracowania zmuszony jestem do zaprezentowania modelowego, a w związku z tym nieco upraszczającego obrazu socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby.

Dziełem fundującym socjologię medycyny jest wydany w 1951 roku *System społeczny* Talcotta Parsonsa²⁸. Według amerykańskiego socjologa zdrowie jest cechą jednostki, która wypełnia podstawowe role społeczne, przyczyniając się tym samym do optymalnego działania systemu. Choroba jest z tej perspektywy przyjęciem dewiacyjnej roli społecznej, czyli takiej, która uniemożliwia jednostce wypełnianie swoich rutynowych funkcji. Różni się jednakże od innych zachowań dewiacyjnych tym, że stanowi jedynie krótkotrwały stan, oraz tym, że stanowi przedmiot fachowej opieki medycznej. Chory jest zarazem pacjentem, w związku z czym podlega określonej kontroli ze strony lekarza. Zadaniem lekarza i całego kompleksu instytucjonalnego zajmującego się zdrowiem jest przywrócenie społeczeństwu jednostki, która wskutek choroby została wyłączona z pełnienia swoich funkcji, a także nagminne upominanie ją o dbanie o własne zdrowie, ażeby przejście do stanu dewiacji zdarzało się jak najrzadziej. Medycyna, rozumiana jako zespół instytucji i układ ról, jest zatem funkcjonalnym narzędziem, za pomocą którego system społeczny radzi sobie z dysfunkcją, jaką jest stan choroby.

Książka Parsonsa wyznaczyła socjologii medycyny dwa niezwykle ważne obszary dociekań: społeczne uwarunkowania pracy lekarza oraz wpływ choroby na społeczne funkcjonowanie jednostki. Badania zawodów lekarskich, niezwykle popularne w Ameryce, skupiały się głównie na postawach i zachowaniach lekarzy²⁹. Interesowano się, jaka jest specyfika wykonywanej przez lekarza roli społecznej, jaki wpływ na jego funkcjonowanie ma kontekst instytucjonalny, jak usytuowanie lekarza wpływa na relację z pacjentem. Najbardziej znanymi opracowaniami z dziedziny socjologii zawodów lekarskich są te dotyczące socjalizacji do wypełniania roli medycznego profesjonalisty. Chodzi tutaj o prace, którymi współautorami byli Robert Merton i Howard Becker³⁰. Zajmują się one głównie edukacją studentów uczelni medycznych. Innym przykładem opracowania, które w centrum umieszcza działania lekarza, jest słynna książka Eliota Freidsona *Profession of Medicine*³¹.

Drugi obszar dociekań koncentruje się na zmianach, jakie choroba wywołuje w społecznym życiu jednostki. Paradygmat funkcjonalistyczny ujmował ten problem głównie pod kątem pełnionych ról, traktując chorobę jako zaburzenie pewnej normy. Zaslugą tej perspektywy jest zwrócenie uwagi na fakt, że bycie chorym nie jest jedynie stanem organizmu, ale ma ogromny wpływ na codzienne funkcjonowanie człowieka, a zatem na relacje rodzinne i zawodowe. Funkcjonalizm nie wykorzystał jednakże należycie tej perspektywy. Zrobiła to dopiero orientacja interakcjonistyczna, która skupiła się głównie na tym, jak fakt bycia chorym zmienia subiektywne postrzeganie świata życia, jak wpływa na ujmowanie

²⁸ Por. T. Parsons, *System społeczny*, przeł. M. Kaczmarczyk, Nomos, Kraków 2009, s. 319–355.

²⁹ Por. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 231–252.

³⁰ Por. R.K. Merton, C.G. Reader, P.L. Kendall (red.), *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press, Cambridge 1957; H.S. Becker, B. Geer, E.C. Hughes, A.L. Strauss, *Boys in White: Student Culture in Medical School*, University of Chicago Press, Chicago 1963.

³¹ E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Dodd, Mead and Company, New York 1970.

własnej tożsamości i relacji z innymi. Z tej perspektywy interesujące jest nie tylko (jak w paradygmacie funkcjonalistycznym) ujmowanie chorego przez pryzmat zajmujących się nim instytucji, ale raczej indywidualne doświadczanie choroby.

Analizowanie społecznych konsekwencji bycia chorym skłoniło socjologów do stworzenia „społecznego modelu choroby”³². Zgodnie z nim nie tylko życie społeczne ulega wpływom ze strony świata medycyny (gdyż diagnozując pacjentów, zmienia ich funkcjonowanie w zbiorowości), lecz również same procesy społeczne wpływają na jakość zdrowia. Niewątpliwym sukcesem socjologów jest zwrócenie uwagi na to, że za występowanie niektórych chorób w dużej mierze odpowiedzialne są czynniki społeczne: industrializacja, rozwój aglomeracji miejskich, zwiększona mobilność, dysfunkcjonalność niektórych instytucji (np. rodziny), rozpad tradycyjnych więzi, konflikty międzypokoleniowe³³. Jest to perspektywa, którą przyjmuje tzw. socjosomatyka³⁴.

Ścieżka dociekań, zgodnie z którą choroba, także w etiologicznym wymiarze, jest kwestią równie społeczną, co biologiczną, skłoniła socjologów do zaproponowania trzech różnych definicji³⁵. *Disease* to choroba w znaczeniu biologicznym – materialny i dostępny zmysłowo stan organizmu, który z uwagi na swoją problematyczność jest przedmiotem ewaluacji i interwencji ze strony lekarza. *Illness* to choroba w znaczeniu fenomenologicznym – subiektywne poczucie bycie niezdrowym, zależne od indywidualnych predyspozycji psychicznych. *Sickness* to choroba w znaczeniu społecznym – rola społeczna wpływająca na postrzeganie jednostki w grupie, określony status będący wynikiem negocjacji pomiędzy jednostką, instytucjami zdrowotnymi a innymi członkami społeczeństwa. Ów podział jest o tyle ciekawy, że możliwe są tutaj różne wariacje. Ktoś może postrzegać sam siebie jako osobę chorą, jednakże nie posiadać odpowiedniej diagnozy lekarskiej (a więc posiadać *illness*, ale nie *disease*). Równie możliwa jest sytuacja, w której ktoś pragnie przekonać społeczeństwo, że jest chory, by uzyskać określone korzyści, np. w postaci współczucia (posiada wówczas jedynie *sickness*). Sytuacją wzorcową jest z kolei posiadanie wszystkich trzech wymiarów, a zatem diagnozy lekarskiej, subiektywnego poczucia i społecznej legitymizacji pełnionej roli.

Po tych szkicowych uwagach możemy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mówi się o dwóch subdyscyplinach zamiast jednej. Chociaż jest to podział dość umowny i w rzeczywistości płynny, to na potrzeby niniejszego modelowego opracowania możemy przyjąć, że socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby różni się głównie charakterem podejmowanych problemów. Ta pierwsza bada wymiar instytucjonalny, a zatem: funkcjonowanie organów zajmujących się zdrowiem publicznym, czynniki organizacyjne wpływa-

³² M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa 2009, s. 29.

³³ Por. A. Firkowska-Mankiewicz, *Teorie przyczyn chorób*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny...*, *op. cit.*, s. 49.

³⁴ Por. D. Łęcka, *Klasyczna socjosomatyka i jej nieklasyczna odmiana. Wkład socjologii zdrowia i choroby w dyskurs o zaburzeniach somatycznych i etiologii chorób*, „Studia Socjologiczne” 2010, nr 1, s. 127–146.

³⁵ Por. K.M. Boyd, *Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: Exploring Some Elusive Concepts*, „Medical Humanities” 2000, nr 26, s. 9–17.

jące na działania społeczne lekarza i pacjenta, funkcjonalność opieki medycznej dla utrzymania systemu społecznego, miejsce instytucji medycznych w szerszym kontekście (np. prawnym). Ta druga z kolei zainteresowana jest głównie wyjaśnianiem samego zdrowia i choroby przez pryzmat czynników społecznych, czyli: określa, jak bycie zdrowym bądź chorym wpływa na funkcjonowanie w społeczeństwie oraz na subiektywną samoidentyfikację, jak przebiega społeczne doświadczanie choroby, jakie czynniki wynikające z przekształceń społeczno-ekonomicznych wpływają na zdrowie w skali populacji, a także jak interpretacja zdrowia i choroby różni się w zależności od kultury.

Przypomnijmy sobie teraz, co powiedzieliśmy na temat biomedycyzacji. Określiśmy ją jako proces polegający na rozszerzaniu logiki dyskursu medycznego na zjawiska niebędące pierwotnie problemami medycznymi, którego motorem napędowym jest rozwój technologiczny w zakresie genetyki, neuronauk oraz komputeryzacji. W tym świetle, aby zrozumieć proces biomedycyzacji, niezbędne jest przyjrzenie się współczesnym praktykom produkowania wiedzy. Biorąc jako narzędzie socjologię zdrowia i choroby, zauważamy, że pojawia się tutaj pierwszy problem. Socjologowie badają przede wszystkim społeczny wymiar choroby, jej biologiczną definicję zostawiając lekarzom i przedstawicielom nauk ścisłych. Oddzielenie od siebie poziomu *disease* od *illness* i *sickness* sprawia, że definicja choroby w kontekście określonych praktyk laboratoryjnych nie jest brana pod uwagę. Pozostawia to socjologów poza kluczowym dla biomedycyzacji obszarem. Biomedycyzacja kształtowana jest bowiem przez produkty technonauki, których przeważająca ilość powstaje bądź jest używana w laboratoriach: neuroobrazowanie, testy genetyczne, farmagenomikę, leki SSRI, bazy danych itp. Wskutek gwałtownego rozwoju technologicznego kształtowanie definicji zdrowia i choroby przestaje być udziałem jedynie samych lekarzy czy chorych. Zarówno działania lekarza, jak i indywidualne ujmowanie siebie samego jako chorego jest wynikiem wiedzy ustabilizowanej już w toku działań samych naukowców. W związku z tym choroby „powstają” nie tyle w szpitalach czy w interakcjach pomiędzy „zwykłymi” ludźmi, ile raczej w laboratoriach badawczych.

Powiedzieliśmy, że wskutek rozwoju technologii informatycznych współczesna medycyna została zintegrowana z innymi sferami skomplikowaną siecią zależności. Medycyna to nie tylko rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Powiązana jest ona bowiem z gospodarką, prawem czy polityką. Informacje na temat stanu organizmów pacjentów są wykorzystywane przez koncerny farmaceutyczne, firmy ubezpieczeniowe, władze państwowe. Propagowanie zdrowego stylu życia to jednocześnie tworzenie nowych rynków zbytu, odciążanie państwa w wypełnianiu funkcji opiekuńczych, dbanie o ekonomiczną wydajność obywateli. Biomedycyzacja odbywa się zatem na kilku poziomach.

Socjologia medycyny, badając zaplecze instytucjonalne, również zwraca się w stronę różnych sfer. Wiele opracowań przygląda się kontekstowi ekonomicznemu³⁶ czy prawne-

³⁶ Por. np. J. Abraham, *The Sociological Concomitants of the Pharmaceutical Industry and Medications*, [w:] P. Conrad et al. (red.), *Handbook of Medical Sociology*, wyd. 6, Vanderbilt University Press, Nashville 2010, s. 290–308.

mu³⁷. Niebezpieczeństwem jednakże, jakie kryje się w tym miejscu, jest nadmierne redukcjonowanie problemów związanych z biomedycyzacją jedynie do konkretnego obszaru. Biomedycyzacja wymaga studiów, które będą ujmować różne zjawiska w relacjach i które będą pokazywać starania stabilizowania heterogenicznych sfer. Ekspansja logiki medycznej na zjawiska niemedyczne jest procesem zróżnicowanym, lecz jednocześnie zintegrowanym i zmierzającym w określonym kierunku. Skupianie się jedynie na instytucjach odpowiedzialnych za zdrowie publiczne bądź tylko na relacjach z rynkiem farmaceutycznym upraszcza w znacznym stopniu dynamikę współczesnej medycyny, gubiąc jej hybrydyczny charakter.

Definiując biomedycyzację jako wynik gwałtownego postępu technologicznego, stwierdziliśmy, że jest ona procesem zarówno tworzącym nowe obszary niepewności, jak i zarządzającym ryzykiem. Kryje się tutaj idea, że produkowanie wiedzy nie jest jedynie działalnością rozwiązującą kwestie praktyczne, ale również generuje dodatkowe, nieprzewidziane konsekwencje. W geście separującym biologiczną *disease* od społecznej *illness* i *sickness* kryje się potencjał wykluczania owych czynności kreujących ryzyko. Jeżeli bowiem socjolog nie wchodzi na obszar zarezerwowany dla biologów molekularnych czy neurofizjologów, to nie jest w stanie zrozumieć problemów, jakie towarzyszą produkowanej przez nich wiedzy. Wyklucza to z obszaru analiz kontrowersje związane z postępem technologicznym, które mają przemożny wpływ na dynamikę zbiorowości.

ANT-owe „podszybie”

Wyzwanie, jakie biomedycyzacja stawia współczesnym naukom społecznym, zasadza się na trzech problemach: technonaukowej „naturze” rozwoju medycyny, jej kompleksowości i heterogeniczności oraz jej uwikłaniu w generowanie nowych obszarów ryzyka i kontrowersji. Czy socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby podejmuje owo wyzwanie, w związku z czym jej narzędzia teoretyczne są w stanie w odpowiedni sposób ująć proces biomedycyzacji? Nie sposób jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Choć pozwoiliem sobie powyżej na małą krytykę, to nie można całkowicie zaprzeczyć, że w obrębie tych dwóch dyscyplin prowadzone są badania nad sytuacją współczesnej medycyny i z tego chociażby faktu nieuprawnione jest twierdzenie, jakoby socjologia medycyny bądź socjologia zdrowia i choroby były całkowicie ślepe na rozwój technologiczny, nie zdawały sobie sprawy ze złożoności współczesnego świata społecznego czy naiwnie wierzyły, iż medycyna nie tworzy nieznanych dotąd niebezpieczeństw. Niemniej jednak wskazaliśmy na pewne słabości tradycyjnego podejścia owych poddziałów nauk społecznych: oddzielenie *disease* od *sickness* i *illness*, redukcjonizm skupiający się jedynie na wybranym czynniku, niewchodzenie w szczególności kontrowersji naukowych. W związku z tym, będąc daleko od potępiania bogatego dorobku socjologii zdrowia i choroby oraz socjologii medycyny,

³⁷ Por. np. R. Maciąg, *Kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia po 1989 r.*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2008, s. 109–122.

możemy zaproponować włączenie w jej obręb zupełnie innego sposobu myślenia, który pomógłby owych słabości uniknąć. Tym innym sposobem myślenia jest teoria aktora-sieci.

Znów muszę poczynić uwagę podobną do tej, jaką wyraziłem przy okazji omawiania socjologicznych dociekań nad medycyną. Z powodu ograniczeń objętościowych zmuszony jestem do wskazania najważniejszych przesłanek teoretycznych ANT, które mogą przydać się w badaniach nad biomedycyzacją. Z uwagi na fakt, że dorobek Brunona Latoura (choć Latour to nie całe ANT!) jest w Polsce coraz bardziej znany³⁸, szczegółowe przybliżenie tej orientacji badawczej wydaje się niepotrzebne.

W jednej z najważniejszych prac spod znaku teorii aktora-sieci Annemarie Mol twierdzi, że oddzielenie *disease* od *sickness* zdefiniowało na całe dekady socjologiczne zainteresowanie medycyną. Dzięki temu gestowi socjologowie zwrócili się w „stronę sfery tego, co społeczne (...). W ten sposób nauki społeczne nakreśliły własny przedmiot [odniesienia] oraz przyznały biomedycynie wyłączne prawo do mówienia o ciele i jego chorobach (*diseases*)”³⁹. Z perspektywy ANT to oddzielenie *disease* od *sickness* jest wyrazem szerszej tendencji separowania tego, co naturalne, od tego, co kulturowe. Ową tendencję Bruno Latour nazywa Nowoczesną Konstytucją⁴⁰. Zgodnie z nią wszystkie elementy znajdujące się po stronie natury rządzą się zupełnie innymi prawami niż te, które znajdują się po stronie kultury. Z jednej strony mamy pracę naukowców produkujących wiedzę i wynalazki techniczne, z drugiej społeczeństwo, politykę, wartości itp. Naukowcy odkrywają prawa przyrody, które są niezależne wobec społeczeństwa, z kolei to, co społeczne nie da się zredukować do tego, co naturalne. Separacja Nowoczesnej Konstytucji jest jednakże fikcją – realna praktyka naukowa w rzeczywistości nie dba o podziały na naturę czy kulturę, z kolei społeczeństwo nie jest całkowicie oddzielone od tego, co dzieje się w laboratoriach, nie jest ponadto tworzone jedynie przez podmioty ludzkie. W toku rozwoju technologicznego (w języku ANT określanego za pomocą metafory translacji) elementy społeczne (znaczenia, instytucje, odgrywane role, wartości itp.) i naturalne (geny, neurony, zasady fizyki itp.) są nieustannie z sobą mieszane. To, z czym mamy do czynienia, to wszechobecność hybryd, które wymykają się prostym ontologicznym rozróżnieniom.

Jeżeli przyjrzymy się ponownie biomedycyzacji, to jest ona niczym innym jak ciągłym tworzeniem relacyjnych sieci wokół konkretnych zjawisk, które mają stać się jednostkami chorobowymi. Innymi słowy – biomedycyzacja tworzy hybrydy, które nie podlegają prostemu podziałowi na naturę i społeczeństwo, ponieważ angażują różne porządki: odkrycia naukowe, komputeryzację, zmiany w prawie, działanie instytucji publicznych i organizacji pozarządowych. Biomedycyzacja sprawia, że istnieje znaczący, choć niezauważalny na

³⁸ Za sprawą takich badaczy jak: R. Sojak, *Paradoks antropologiczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004, s. 233–266; E. Bińczyk, *Obraz, który nas zniewala*, Universitas, Kraków 2007, s. 189–250; K. Abriszewski, *Poznanie, zbiorowość, polityka. Analiza teorii aktora-sieci Bruno Latoura*, Universitas, Kraków 2008; A.W. Nowak, *Podmiotowość, system, nowoczesność*, UAM, Poznań 2011, s. 185–227; Ł. Afeltowicz, *Modele, artefakty, kolektywy*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2012.

³⁹ A. Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham 2002, s. 13.

⁴⁰ Por. B. Latour, *Nigdy nie byliśmy nowocześni. Studium z antropologii symetrycznej*, przeł. M. Gdula, Oficyna Naukowa, Warszawa 2011, s. 25–72.

pierwszy rzut oka, związek pomiędzy (dla przykładu) pobudzeniem ośrodkowego układu nerwowego do produkowania dopaminy czy serotoniny a społeczną modą na leki typu Ad-derall czy Prozac. Jedynie zasypanie przepaści pomiędzy tym, co naturalne (*disease*), a tym, co społeczne (*sickness*), umożliwi uchwycenie istoty procesu poszerzania logiki medycznej, który podobnie jak opisywane przez Latoura płodzenie hybryd idzie w poprzek rozróżnienia na naturę i kulturę. Wyrazem zniesienia tej dychotomii powinno być, jak sądzę, zwrócenie się socjologów ku obszarowi, z którego sami się wykluczyli, czyli obszarowi biologicznej wiedzy na temat funkcjonowania ludzkiego organizmu. Perspektywa, którą przyjmuje teoria aktora-sieci, umożliwia taki ruch.

Uświadomienie sobie hybrydycznego charakteru zjawisk związanych ze współczesnym postępem technologicznym kieruje nie tylko ku zainteresowaniu wiedzą specjalistyczną, ale otwiera również inne, ciekawe obszary analizy. Wynika to z postulowanej przez ANT rozszerzonej definicji sprawstwa. Dla teorii aktora-sieci pytania typu „kto działa i w jaki sposób” są pytaniami kluczowymi dla wyjaśniania specyfiki pojawiających się hybryd. Odpowiedzi nie kierują jednakże tylko w stronę natury (np. biologia określa etiologię chorób) bądź społeczeństwa (np. człowiek tworzy choroby). Atrybut działania w świetle ANT przysługuje również tzw. czynnikom pozaludzkim⁴¹.

W przypadku biomedycyzacji jako czynnik pozaludzki determinujący jej dynamikę określić należy standardy, za pomocą których lekarze dokonują diagnozy swoich pacjentów. Weźmy przykład chorób psychicznych, których definicje znajdziemy w tak zwanych podręcznikach diagnostycznych. Stanowią one dla lekarzy praktyczne narzędzia pozwalające oszacować stan zdrowia pacjenta – zawierają nie tylko charakterystykę choroby, ale również opis jej symptomów. Wskazuje się, że zmiany w podręcznikach diagnostycznych w dużej mierze przyczyniają się do procesu biomedycyzacji⁴². Perspektywa teorii aktora-sieci pozwala na podkreślenie roli, jaką w kształtowaniu współczesnych definicji choroby odgrywa określony zestaw standardów, jakim jest podręcznik diagnostyczny⁴³. Jest on z tego punktu widzenia aktorem, czyli pełnoprawnym elementem działającym i przekształcającym, a zatem współkonstituującym zjawisko, jakim jest definicja choroby.

W tym momencie powinno już być jasne, że teoria aktora-sieci stara się nie redukować zjawisk do jednej metaprzyczyny mającej na celu wyjaśnić wszystkie aspekty danego problemu. Rzeczywiście – badacze spod znaku ANT postulują, aby myśleć o badanych bytach jako o zbiorze dynamicznych relacji⁴⁴. Z tej perspektywy biomedycyzacja to zbiór hetero-

⁴¹ Por. B. Latour, *Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts*, [w:] W.E. Bijker, J. Law (red.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, MIT Press, Cambridge, MA 1992, s. 225–258; K. Abriszewski, *Rzeczy w kontekście Teorii Aktora-Sieci*, [w:] J. Kowalewski, W. Piasek, M. Śliwa (red.), *Rzeczy i ludzie. Humanistyka wobec materialności*, Instytut Filozofii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2008, s. 103–129.

⁴² Por. R. Mayes, A.V. Horvitz, *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness*, „Journal of the History of Behavioral Sciences” 2005, nr 41, s. 249–267.

⁴³ Por. M. Wróblewski, *Polityka standardów. Konstruowanie pola obiektywności w diagnostyce psychiatrycznej na przykładzie DSM-III*, „Kultura i Edukacja” 2012, nr 4, s. 64–87.

⁴⁴ Por. E. Bińczyk, *Antyesencjalizm i relacjonizm w programie badawczym Bruno Latoura*, „Er(r)go 2005, nr 1, s. 91–101.

genicznych praktyk, które tworzą dynamiczną i relacyjną sieć w postaci jednostki chorobowej. Wymagają one ponadto działań podtrzymujących. Choroba to zjawisko powstające na przecięciu praktyk laboratoryjnych, celów koncernów farmaceutycznych, działań instytucji publicznych i organizacji pozarządowych. Choroba to zjawisko mobilizujące elementy tradycyjnie przyporządkowywane naturze (fizjologia mózgu, budowa genetyczna i neuroanatomiczna), zaplecze infrastrukturalne (narzędzia laboratoryjne, komputerowe bazy danych), interesy (ekonomiczne, publiczne, a niekiedy również narodowe⁴⁵), a także wartości czy znaczenia. Choroba to wreszcie zjawisko, które z jednej strony wymaga wszystkich powyższych zasobów, aby móc trwać w obszarze tego, co społeczne, z drugiej zaś podlega bezustannym zmianom i przekształceniom⁴⁶.

Bruno Latour w książce *Splatając na nowo to, co społeczne* wskazuje, że skupianie się na ruchach translacji (a zatem na działaniu, przekształcaniu, zmianie itp.) jest czymś, czego próżno szukać w tradycyjnej socjologii⁴⁷. Przyjmuje ona bowiem istnienie składających się na społeczeństwo elementów (grupa społeczna, stratyfikacja, działanie, wartości, normy), które przyjmowane są jako dane i w związku z tym stają się pierwszą przyczyną wyjaśnianych fenomenów. Jeżeli przypomnimy sobie raz jeszcze charakterystyczny dla socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby podział na *disease* i *sickness*, to dostrzeżemy dokładnie ten typ redukcjonizmu. Zgodnie z nim choroba to przede wszystkim społeczne doświadczanie choroby (wariant fenomenologiczny), wynik czynników społecznych (stres, deprivacja ekonomiczna, złe warunki pracy – wariant socjosomatyczny), efekt działań instytucji medycznych (wariant funkcjonalistyczny i jego odmiany), przedmiot społecznych negocjacji i etykietkowania (wariant interakcjonizmu symbolicznego). Jeżeli teraz cofniemy się jeden akapit wcześniej, gdzie określiliśmy chorobę jako byt relacyjny, to musimy stwierdzić, że perspektywa socjologii medycyny oraz socjologii zdrowia i choroby przyjmuje zupełnie inny punkt widzenia, ponieważ bada jedynie niektóre aspekty choroby. Co więcej, skupianie się na wymiarze społecznym kieruje badaczy jedynie ku tym elementom, które już zostały „skonstruowane”. Z punktu widzenia tych dyscyplin niezbyt interesujące są praktyki mające na celu stworzenie definicji choroby, która dopiero po określonych zabiegach stabilizacyjnych może uzyskać obiektywność i w takiej formie wejść w obszar społecznej zbiorowości. Perspektywa teorii aktora-sieci pozwala na cofnięcie się o kilka kroków wcześniej, by zaobserwować, jak fenomeny uzyskują swoją formę, jak nabierają

⁴⁵ Przykładem mobilizowania interesu narodowego na szczeblu państwowym jest decyzja ministra zdrowia Ewy Kopacz z 2009 roku o niezakupieniu szczepionek na chorobę A/H1N1. Ten dość radykalny w tamtym czasie gest określił stosunek polskiego państwa do trwającej wówczas paniki moralnej wokół domniemanej pandemii grypy i tym samym zdeterminował definicję instytucjonalną choroby – A/H1N1 nie została ujęta, jak to się stało w innych europejskich krajach, jako gwałtowne zagrożenie dla zdrowia publicznego, lecz jako sezonowe zagrożenie. Z kolei z punktu widzenia koncernów farmaceutycznych, które były zainteresowane sprzedażą swoich szczepionek, zachowanie ministra Kopacz oznaczało porażkę w ustabilizowaniu definicji A/H1N1 jako poważnego niebezpieczeństwa.

⁴⁶ Przykładem może być choroba ADHD. Początkowo było to schorzenie dotyczące jedynie dzieci. Z czasem zaczęto diagnozować również nastolatków, a od lat 90. również dorosłych (por. P. Conrad, D. Potter, *From Hyperactive Children to ADHD Adults...*, *op. cit.*).

⁴⁷ Por. B. Latour, *Splatając na nowo to, co społeczne*, *op. cit.*, s. 5–28.

cech, które dopiero później zaczną określać wszystkie te zjawiska, jakie bada socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby.

Ów moment wyłaniającego się ładu, tworzącej się jedności, „orkiestrowania” heterogenicznych czynników jest najbardziej interesujący dla ANT⁴⁸. Jednakże ruch łączenia nigdy nie przebiega gładko i bez problemów. Właśnie dlatego tak ważne miejsce zajmują w teorii aktora-sieci analizy kontrowersji i momentów niepewności. Latour pisze, że „kontrowersje (...) są dla badacza podstawowym zasobem umożliwiającym wysledzenie powiązania społecznego”⁴⁹. Są to bowiem momenty przesadzające o kształcie danego zjawiska, które dopiero po odpowiednim ustabilizowaniu zostaje ukryte za zasłoną obiektywności. Jest to zabieg nazwany przez Latoura „oczyszczaniem hybrydy”⁵⁰ bądź „domykaniem czarnej skrzynki”⁵¹. Pierwszy termin łączy się z tym, co powiedzieliśmy na temat Nowoczesnej Konstytucji. Oddzielenie tego, co naturalne, od tego, co społeczne, ma za zadanie stworzyć taką definicję innowacji technologicznej czy teorii naukowej, aby jawiły się one jako wynik odkrywania naturalnych i ustanowionych bez ingerencji człowieka praw. Innymi słowy, ów gest separujący ma za zadanie stworzyć wizerunek nauki, zgodnie z którym nie nawiązuje ona żadnych kluczowych relacji z tym, co społeczne (ani proces wytwarzania wiedzy nie jest determinowany przez społeczeństwo, ani społeczeństwo nie jest w istotny sposób określane przez produkty nauki). Zgodnie z drugim terminem ustabilizowany fakt jest zamknięty w czarnej skrzynce po to, aby ukryć jego heterogeniczność, a w związku z tym, aby jawił się jako synonim pewności, niewątpliwości i nieproblemowości. Wiemy jednakże, że Nowoczesna Konstytucja jest fikcją, gdyż produkowane w laboratoriach byty mają charakter hybrydyczny. Z kolei czarne skrzynki „nigdy nie zostają w pełni domknięte czy odpowiednio zaciśnięte”⁵², zawsze można zajrzeć, co znajduje się w środku.

W przypadku biomedycyzacji kontrowersje i elementy problematyczne łączą się w zasadzie z dwoma rodzajami zagadnień. Pierwszy dotyczy wspomnianych już nowych obszarów wytwarzania niepewności i ryzyka – chodzi o uboczne skutki terapii farmakologicznych, drugi natomiast dotyczy problemów politycznych w szerokim tego słowa znaczeniu – tutaj należałoby wymienić takie zjawiska jak: interesy ekonomiczne koncernów farmaceutycznych (które wskutek poszerzania zakresu dyskursu medycznego tworzą nowe rynki zbytu), naciski grup interesu (począwszy od sprzyjających koncernom polityków poprzez różnego rodzaju aktywistów), działania władz państwowych. Z tej perspektywy biomedycyzacja łączy się z całym wachlarzem zabiegów, które na pierwszy rzut oka nie mają żadnego związku ze światem medycyny, niemniej jednak stanowią ważne ogniwa w tworzeniu się translacyjnych sieci. Nie czas i miejsce na dokładną analizę tych zakulisowych wymiarów działania współczesnej opieki zdrowotnej, warto jednak podać garść przykładów. Chyba

⁴⁸ Por. J. Law, *Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity*, „Systems Practice” 1992, nr 5, s. 379–393.

⁴⁹ B. Latour, *Splatając na nowo to, co społeczne*, *op. cit.*, s. 44.

⁵⁰ Por. *idem*, *Nigdy nie byliśmy nowocześni...*, *op. cit.*, s. 21–24.

⁵¹ Por. *idem*, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Harvard University Press, Cambridge 1987, s. 1–7.

⁵² M. Callon. B. Latour, *Unscrewing the Big Leviathan...*, *op. cit.*, s. 265.

najbardziej dobitnym jest zjawisko *ghostwritingu*⁵³. Koncerny farmaceutyczne opłacają naukowców zajmujących się etiologią chorób oraz badaniem skuteczności leków, by ci publikowali pod własnym nazwiskiem napisane wcześniej artykuły. Są one całkowicie zbieżne z interesami koncernów. Publikuje się je w najważniejszych czasopismach medycznych. Innym przykładem kontrowersji i zakulisowych wymiarów działania współczesnej medycyny jest ingerencja polityczna. Przykładem może być wspomniana już przeze mnie debata wokół HIV/AIDS. Była ona współtworzona w dużej mierze przez aktywistów gejowskich, w interesie których było jak najszybsze wprowadzenie na rynek leków na AIDS⁵⁴.

Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby w przeważającej większości przypadków nie problematyzują kwestii kontrowersyjnych, nie przyglądają się zakulisowym wymiarom biomedycyzacji. Jeszcze rzadziej natomiast łączą takie zjawiska jako działania koncernów farmaceutycznych czy władz państwowych z innymi zjawiskami. Analizując kontrowersje, bardzo łatwo bowiem popaść w uproszczenia i badania spod znaku „tropienia teorii spiskowych”. Teoria aktora-sieci, postulując relacyjne myślenie o badanych przez siebie zjawiskach, pozwala zarówno patrzeć na wymiary zakulisowe, jak i dostrzegać ich systemowy, strukturalny charakter. ANT unika, jak sądzę, zbytniego redukcjonizmu, lecz zarazem nie odwołuje się do gorączkowego poszukiwania tanich sensacji.

Powiedzieliśmy, że socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby w niewystarczającym stopniu uchwytyją technonaukowy wymiar biomedycyzacji, gubią jej heterogeniczny wymiar, a także nie dostrzegają obszarów ryzyka i kontrowersji. Powyższe szkicowe opisanie kilku elementów z bogatego repertuaru teorii aktora-sieci jest dobrym uzupełnieniem tych dziedzin nauk społecznych, które zajmują się medycyną i zdrowiem. Chodzi o: przyjęcie relacyjnego i hybrydycznego sposobu myślenia o zjawiskach społecznych, poszerzenie definicji sprawstwa oraz szczególne zainteresowanie kontrowersjami i momentami problematycznymi.

Zakończenie

Celem niniejszego artykułu, jak już wspominałem, nie jest dyskredytowanie bogatego dorobku dwóch interesujących mnie subdyscyplin socjologii. Socjologowie medycyny oraz zdrowia i choroby zdążyli spłodzić wiele ciekawych analiz, skonstruować bogatą siatkę pojęciową, a także ukonstytuować nowy obszar badawczy. Niemniej jednak zmieniająca się dynamicznie sytuacja współczesnej medycyny rzuca badaczom społecznym nowe wyzwania. Jednym z nich jest napędzana przez technonaukę biomedycyzacja. Wyzwanie to ma charakter w tej samej mierze metodologiczny, co polityczny. Problemem staje się bowiem to, jak badać nieustannie rozszerzający się dyskurs medyczny. Jakie narzędzia zastosować, aby ująć dynamikę i kompleksowość biomedycyzacji? Jednocześnie rozwój medycyny, wspomagany przez genetykę i neuronauki, tworzy nowe obszary niepewności. Jak z tej

⁵³ Por. D. Healy, *Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves*, „Social Studies of Science” 2004, nr 34 (2), s. 219–245; P. Polak, *Nowe formy korupcji...*, *op. cit.*, s. 158–164.

⁵⁴ Por. S. Epstein, *Impure Science...*, *op. cit.*, s. 235–264.

perspektywy szacować ryzyko wprowadzania nowych leków? Jakie działania systemowe są konieczne, aby medycyna nie generowała wypaczeń i patologii? Choć badacze nie są politykami, to bezsprzecznie zainteresowanie tymi miejscami tego, co społeczne, w których wytwarzane są główne czynniki determinujące zbiorowość, sprawia, że ciąży na nich odpowiedzialność za opisanie i zrozumienie wszystkich zagadnień związanych z pojawianiem się medycznych hybryd. Innymi słowy – badacze powinni monitorować proces biomedycyzacji, wskazywać na momenty kontrowersyjne, dostrzegać systemowe i strukturalne uwikłania.

Postulowanym tutaj słownikiem, który będzie w stanie podjąć to wyzwanie, jest teoria aktora-sieci. Stanowi ona ogólną ramę myślenia, teoretyczny „futurał”, który nie wyklucza inspiracji z innych obszarów nauk społecznych. Bardziej jako platforma badawcza, niż zestaw konkretnych technik, stanowi idealne dopełnienie wielu poddziedzin wiedzy o kulturze i społeczeństwie. W tym sensie zderzenie z sobą teorii aktora-sieci oraz socjologii medycyny i socjologii zdrowia nie ma na celu dyskredytowanie tych ostatnich. Metafora podszycia użyta w tytule wskazuje raczej na uzupełnienie nowymi założeniami (z których wiele ma charakter filozoficzny), a także wskazanie na pomijane, aczkolwiek kluczowe dla współczesnej medycyny zjawiska.