

Źródło:

Bińczyk, Ewa. 2002. *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*. W: Włodzimierz Piątkowski i Anna Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 181-193.

Ewa Bińczyk

Instytut Filozofii UMK

Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy

Ujęcia niestandardowe wzbudzają zazwyczaj liczne kontrowersje, a Michel Foucault jest badaczem kontrowersyjnym. Koncepcje tego myśliciela są na tyle niestandardowe, że nie poddają się łatwym klasyfikacjom (por. Kwiek 1999: 166; Lemert i Gillan 1999: 125), trudno jest je przypisać do tradycyjnych akademickich dyscyplin (dlatego Foucault bywa uważany, kolejno, bądź też równocześnie, za: filozofa, historyka, socjologa, językoznawcę, politologa, literaturoznawcę). Uważam jednak, iż proponowany przez francuskiego myśliciela sposób rozumienia rzeczywistości społecznej jest na tyle płodny poznawczo, iż pozwala on interpretować szereg zjawisk społecznych, których źródła, zasięg i charakter w innym wypadku pozostałyby nierozpoznane¹. Niniejszy esej skupia się na społecznym fenomenie praktyk medykalizacji pojmowanych jako praktyki władzy. Już na wstępie warto zaznaczyć fakt, że procesy medykalizacji społeczeństwa zachodniego były przedmiotem zainteresowań Michela Foucault przede wszystkim ze względów etycznych. Francuskiego badacza zajmowało pytanie, jak zmieniło nas samych, współczesnych ludzi, to, że „wystawiliśmy się na publiczny ogląd” nauk o człowieku (nie tylko medycyny, ale i psychiatrii, psychologii, seksuologii, kryminologii i pedagogiki) oraz sprzężonych z nimi instytucji (por. Philp 1998: 92). Sens krytyczny myśli Foucaulta jest taki, iż jego analizy występują przeciwko zniewoleniu zarówno jednostek, jak marginalizowanych grup społecznych. Zniewoleniu temu mogą służyć dyskursy towarzyszące praktykom społecznym, na przykład różne typy wiedzy medycznej.

¹ Charles C. Lemert i Garth Gillan w swej książce o Michelu Foucault uznają go, obok takich badaczy jak Jürgen Habermas, Pierre Bourdieu, Jeffrey C. Alexander za jednego z twórców teorii społecznej (1999).

Władza-wiedza: wszechobecne zapętlenie

Punktem wyjścia rozważań dotyczących medykalizacji w ujęciu Michela Foucault chciałabym uczynić przywołanie podstawowych założeń foucauldiańskiej teorii władzy-wiedzy, która jest tu pojęta jako teoria społeczeństwa. Teoria ta niestandardowo, nieklasycznie ujmuje fenomen władzy. Znosi ona ontologiczną dychotomię pomiędzy tym, co społeczne (praktykami władzy), a tym, co dyskursywne (wiedzą, prawdą), wskazując, że wiedza zawsze jest odwrotną stroną medalu władzy². Foucault pisze, że „nie ma relacji władzy bez skorelowanego z nimi pola wiedzy, ani też wiedzy, która nie zakłada i nie tworzy relacji władzy” (1998: 29). O rzeczywistości społecznej autor *Nadzorować i karać* pisze jako o sieci relacji władzy-wiedzy, przy czym, jak podkreśla, relacje te nie są tajemniczymi konstrukcjami unoszącymi się nad społeczeństwem – są one relacjami społecznymi: „stosunki władzy nie sytuują się na zewnątrz relacji innego typu (procesów ekonomicznych, relacji poznawczych, stosunków seksualnych), lecz są wobec nich immanentne” (Foucault 1995: 84-85). Według francuskiego badacza sploty władzy-wiedzy są zarazem reżimami prawdy, a każde mnożenie się prawd, mnożenie się dyskursów jest tym samym intensyfikacją władzy (Foucault 1995: 34).

Prezentowana niniejszym koncepcja władzy budowana jest w opozycji do modeli klasycznych. Modele te substancjalizują władzę, pojmując ją jako coś, co można posiadać (Foucault nazywa takie podejścia *ekonomizmem* w teorii władzy). Modele klasyczne zakotwiczą też władzę w woli (tak jest na przykład w ujęciu Maksa Webera). To, czego dokonuje francuski myśliciel, to próba analitycznego oswojenia nowych postaci władzy, charakterystycznych dla społeczeństwa nowoczesnego oraz współczesnego. Władza bowiem historycznie zmienia swe oblicze, staje się coraz bardziej subtelną i jej tradycyjne modele nie są już dłużej adekwatne. Mutacji ulegają tym samym zasady reprodukcji społecznej. W teorii Foucault władza nie jest negatywną represją, ale **produkuje pozytywne efekty** (Foucault 2000: 217). Działa ona przez zachęcanie, ułatwianie, oferowanie czegoś w polu możliwości, wykształcanie potrzeb (na przykład zasięgania opinii). Mikrowładza, pozwalająca się lokalizować już w sferze codzienności, reprodukuje

² Tym samym koncepcje Michela Foucault wpisują się w nurt nieklasycznej socjologii wiedzy, która to dyscyplina podważa zasadność rozróżnienia pomiędzy wiedzą a strukturą społeczną (to jest pomiędzy strukturą a kulturą). „Szczególnie dobitnie i przekonująco (bo w sposób podbudowany frapującymi studiami historycznymi rozróżnienie między kulturą a strukturą zostało roz-montowane w pracach Michela

się poprzez wzory konsumpcji i wytwarzanie pragnień (zob. Krajewski 1997). Władzy nie da się wydedukować z żadnego centrum, jest ona **włoskowata** (Foucault 1998a: 37), reprodukuje się automatycznie, a nie poprzez intencje czy wolę jednostek. Stosunki władzy są **neutralne**, nie są czymś złym, społeczeństwo nie może istnieć bez relacji władzy i dominacji. Władza ma różne oblicza, jest **polimorficzna**. Foucault lokalizuje nowe oblicza władzy przynależne społeczeństwom zliberalizowanym, demokratycznym. Jest to władza dyscyplinarna, normalizacyjna – władza, która ujarzmia ciała, normalizuje, ujednocila i reguluje. W tekście *Podmiot i władza* Foucault pisze, że władza jest „zbiorem działań na inne działania”, jest ona „kierowaniem cudzym kierowaniem się” (1998b), polega na wyznaczaniu jednostkom pola ich działania. Natomiast dyskursy różnego typu oferując prawdę determinują granice i tory ludzkiego myślenia (także myślenia jednostki o sobie).

Biowładza

Foucault wspomina o dwóch typach władzy nad życiem. Pierwszym z nich jest powstała mniej więcej na początku XVII wieku „anatomopolityczna władza nad ciałem, której poczynania mają charakter technik dyscyplinarnych” (Foucault 1995: 122). Natomiast przeprowadzana na szeroką skalę medykalizacja współczesnego społeczeństwa to efekt funkcjonowania odmiany władzy, która pojawia się trochę później, w drugiej połowie XVIII wieku (Foucault 1998a: 239, 246). *Biowładza* (lub też *biopolityka populacji*), bo o niej tu mowa, wykorzystuje kategorie naukowe w celu regulowania życia i reprodukcji przedmiotu, który ukonstytuowała – populacji. Biowładza wpleciona jest w mechanizmy państwowe. Foucault pisze, że władza starego typu „okazała się nieskuteczna w zarządzaniu ekonomicznym i politycznym ciałem społeczeństwa, które weszło na drogę jednocześnie eksplozji demograficznej i industrializacji. Starej mechanice suwerennej władzy wymykało się zbyt wiele rzeczy, jednocześnie od dołu i od góry, na poziomie szczegółu i na poziomie masy” (1998a: 247). Technologie biowładzy przystosowane są do regulowania zjawisk biologicznych o zasięgu globalnym, na przykład reprodukcji gatunku ludzkiego. Podejście biopolityki jest umiarkowane, zajmuje się ona proporcją narodzin i umieralności, wskaźnikami płodności, chorobami epidemicznymi, problemem starości, wypadków, kalectwa, środowiskiem życia populacji (na przykład problemem miast i środowisk epidemiogennych, takich jak tereny bagniste). Narodziny biowładzy prowadzą do

Foucaulta pokazujących relacje między wiedzą a władzą”- pisze Andrzej Zybertowicz (1995: 24; na temat nieklasycznej socjologii wiedzy zob. też Sojak 1996).

„powstania medycyny, której główną funkcją będzie teraz zapewnienie higieny publicznej, z organizmami koordynującymi sposoby leczenia, z centralizacją informacji, z normalizacją wiedzy, a także z kampanią uczenia higieny i medykalizacji ludności” (Foucault 1998a: 241). Biopolityka wykorzystuje badania statystyczne oraz demograficzne. Również w tym samym czasie powstaje polityka urodzeń i ich kontrola, choroba staje się zjawiskiem populacyjnym, rodzą się państwowe instytucje opiekuńcze, ubezpieczeniowe. Te globalne regulacje sprawiają, że władza zaczyna tworzyć wszechobecną, subtelną sieć, biopolityka wciela się w struktury państwowe - jednak bynajmniej nie oznacza to, że władza nie istnieje na poziomie instytucji podpaństwowych, kas pomocy, ubezpieczalni, instytucji medycznych (Foucault 1998a: 247). W XIX wieku, zdaniem autora *Nadzorować i karać* mamy do czynienia z ekspansją higieny w sferę życia codziennego, a także z „medyczną waloryzacją seksualności”³. Rodzą się teorie perwersji i degeneracji, które ułatwiają krystalizację zjawiska społecznej normy. Norma służyć będzie odtąd jako narzędzie społecznych wykluczeń. Zdaniem Michela Foucault to właśnie biowładza ułatwia ekspansję rasizmu⁴. Wykorzystanie biologicznych teorii ewolucjonizmu pozwoliło uprawomocnić eliminację całych populacji. To w tym miejscu po raz pierwszy w historii pierwiastek biologiczny znalazł odzwierciedlenie w polityce. Centralistyczny rasizm państwowy nazizmu i ustroju sowieckiego nie miałby takiego zasięgu, gdyby nie sieci biowładzy. Oprócz tego, biowładza była „niezbędnym elementem rozwoju kapitalizmu – mógł przetrwać jedynie za cenę wtłoczenia ciał w aparat wytwórczy i dostosowania zjawisk populacyjnych do procesów ekonomicznych” (Foucault 1995: 123).

Nie-klasyczna socjologia medycyny Michela Foucault

Podejście Michela Foucault nazywane jest „społecznym konstruktywizmem w socjologii zdrowia i choroby” (Uramowska-Żyto 1992: 19). Nieklasyczna socjologia medycyny, w który to nurt wpisują się ustalenia Foucaulta, wyłania się w opozycji do jej ujęć klasycznych. Za twórcę klasycznej socjologii medycyny uważany jest Talcott Parsons, który definiuje chorobę jako dewiacyjną rolę społeczną⁵. Cechą, która wyróżnia nie-

³ Do zjawiska medykalizacji seksualności powracam niżej.

⁴ W swych wykładach z 1976 roku, wydanych w formie książki zatytułowanej *Trzeba bronić społeczeństwa*, Foucault szukał korzeni dwóch dyskursów: walki ras i walki klas (przy czym dyskurs walki klas Foucault pojmował jako odmianę dyskursu rasistowskiego – zob. 1998a: 258-259). Jedną z tez książki jest twierdzenie, że to właśnie biowładza pozwoliła wpisać rasizm w struktury państwowe.

⁵ Na temat Parsonsa oraz innych przedstawicieli klasycznej socjologii medycyny (takich jak: E.G. Jaco, D. Mechanic, R. Coe, D. Field) pisze Uramowska-Żyto (1992: 19-35).

klasyczną socjologię medycyny nie jest jedynie podkreślanie, że medycyna jest instytucją nieautonomiczną, podatną na wpływy kontekstu społecznego. Istotniejsze wydaje się podważenie możliwości obiektywnego definiowania choroby i zdrowia, ponieważ oznaczałoby to obdarzanie dyskursu biologiczno-medycznego wyróżnionym epistemologicznym statusem. Biologia czy medycyna nie są traktowane jako metadyskursy w stosunku do dyskursu nieklasycznej socjologii medycyny. W ujęciach nieklasycznych, a zwłaszcza według Foucaulta, zdrowie, choroba oraz ciało traktowane są nie jako fenomeny uniwersalne, ale jako zjawiska społeczne, historycznie zmienne⁶. Francuski badacz nie tylko podkreśla historyczność sposobów społecznego konstytuowania ciała, ale, jak pisze Uramowska-Żyto, zawdzięczamy mu także „wprowadzenie pojęcia anatomii politycznej; zwrócenie uwagi na to, że ciało służyć może jako obiekt i cel władzy, że wiedzą o tym ciele można manipulować dla potrzeb różnych instytucji politycznych, wojskowych, edukacyjnych” (1992: 78).

Foucault wskazuje, że zdrowie to władza, a także, że społeczne praktyki dyskursywne (u podstaw których tkwią relacje uległości i dominacji) konstytuują to, co nazywamy zdrowiem oraz chorobą. Na skutek rozrostu subtelnych sieci władzy-wiedzy zdrowie nie jest już prywatną sprawą jednostki. Według francuskiego badacza choroba (i zdrowie jako jej lustrzane odbicie) to produkty normatywnych wykluczeń. Medycyna funkcjonuje w społeczeństwie jako jeden z naukowych, *werydycznych* dyskursów. Dyskursy *werydyczne* są dyskursami roszczącymi sobie pretensje do tego, by posiadać status prawdziwych, to jest czystych, nie nasączonych relacjami władzy, pragnienia. Dzięki swemu specyficznemu statusowi dyskursy tego typu maskują fakt, że tak samo jak każda wiedza, uwikłane są w relacje władzy⁷ (Foucault 1981: 56; zob. też Allen 1994: 194). Dyskurs medycyny rozumiany jest przez Foucaulta jako formacja praktyk społecznych wraz z towarzyszącą i odpowiadającą im formacją wiedzy. W jego skład wchodzi: odpowiedni język, przestrzeń pozycji i ról lekarza i pacjenta oraz relacje i dystanse między nimi, a także sieć instytucji: szpitali, sanatoriów, laboratoriów i klinik. Dyskurs medyczny, tak samo jak każdy dyskurs jest praktyką formującą przedmioty – poprzez swe zabiegi klasyfikacyjne konstytuuje on to, czym jest choroba, produkuje też nową formę poznania, jaką jest tzw.

⁶ Podobnie można zakwestionować przekonanie o ponadkulturowej i ponadhistorycznej uniwersalności ludzkich reakcji na ból. Na temat różnic w reagowaniu na ból przez różne grupy etniczne zob. np. Zborowski 1969.

doświadczenie kliniczne. Ponadto, dzięki dyskursowi medycznemu kultura zachodnioeuropejska zaczyna pojmować ciało jako coś, czym można manipulować, co można przekształcać, doskonalić, tworzyć, w co można ingerować i co poddawać należy systematycznemu egzaminowaniu. Stosunek do ciała staje się w coraz większym stopniu przedmiotowy. Dzięki tej strukturze rozumienia ciała, strukturze obecnej we współczesnym społeczeństwie, jednostki zaczynają być tolerancyjne wobec medycznych inwazji w ich własne ciała. Medycyna w coraz większym stopniu zaczyna organizować jednostkowe doświadczenie siebie, dostarcza ona kategorii tworzących to doświadczenie, takich jak: depresja, szok, stres, orgazm, napięcie przedmiesiączkowe⁸.

Procesy medykalizacji

Zjawiska medykalizacji definiowane są jako kompleksowe procesy ekspansji i ingerowania medycyny i modelu medycznego w obszary niemedycejskich dziedzin życia społecznego. Polegać mogą na przykład na wzroście znaczenia zawodu lekarza nawet w tych dziedzinach, które nie mają nic wspólnego ze zdrowiem fizycznym. Medykalizacja społeczeństwa wiąże się ze wzrostem roli medycyny i instytucji z nią związanych w gospodarce. Medycyna nabiera cech instytucji nastawionej na zysk. Zawłaszcza ona czynności dawniej uważane za naturalne (takie jak poród, śmierć). Modele myślenia wywodzące się z medycyny stają się modelami interpretacji doświadczeń życia codziennego (na przykład nadwaga, bezsenność, brak apetytu) (zob. Goodman 1997: 270-271).

W swej pracy pod tytułem *Narodziny kliniki* Foucault rekonstruuje historię medycyny zachodniej: od klasyfikującej medycyny chorób XVIII wieku do medycyny anatomo-klinicznej, która ostatecznie ukonstytuowała się w wieku XIX. *Narodziny kliniki*, będąc opowieścią na temat konstytuowania się tego, co Foucault nazywa „doświadczeniem medycznym”, opisują przemiany społeczeństwa francuskiego od XVIII do XIX wieku, są historią instytucji medycznych, pozycji społecznych i różnych postaci wiedzy. Według Foucaulta przemianom społecznym towarzyszą transformacje sposobów klasyfikowania chorób, dlatego pisze on, iż „Istniały i będą istnieć inne podziały chorób” (1999: 19). To społeczeństwo osacza chorobę, blokuje ją, lokuje w zamkniętych strefach – „grupa, po to, by przetrwać i ochraniać siebie, dokonuje wykluczania, tworzy różne formy opieki, reaguje

⁷ Władza, by skutecznie funkcjonować, musi maskować swoją obecność, Foucault pisze, że „władzę można ścierpieć pod warunkiem, że zamaskuje swą znaczącą część. Jej powodzenie jest proporcjonalne do ilości mechanizmów, które zdoła ukryć” (1995: 78-79).

na strach przed śmiercią, likwiduje nędzę lub łagodzi jej skutki” (Foucault 1999: 35). Wpływ otoczenia społecznego na istniejące rodzaje chorób uzależniony jest od złożoności przestrzeni społecznej. Choroby różnicują się wraz ze wzrostem złożoności struktury stratyfikacyjnej społeczeństwa. Także instytucje, szpitale, kliniki, zmieniają naturę choroby. Postacie chorób przekształcają się też wraz z przekształceniami poznającego podmiotu i jego praktyk rozpoznawania chorób (zob. Foucault 1999: 121).

Transformacjom oblicza medycyny towarzyszą przemiany sposobów pojmowania statusu pacjenta. Pacjent przestaje być tylko ciałem, a staje się dodatkowo organizmem. Takie przekształcenie wewnątrz dyskursu nie jest niewinne. Wcześniej pacjent był „odkrytym portretem choroby”, jeszcze szpital ma do czynienia z jednostkami, ale już „w klinice miało się do czynienia z chorobami, które były przykre (...). W różnych chorobach, które traktowano jako tekst, pacjent był tylko tym, co umożliwiało odczytanie tego tekstu. (...) W klinice, gdzie miało się do czynienia tylko z przykładami, pacjent był wypadkiem swojej choroby, przemijającym obiektem” (Uramowska-Żyto 1992: 69, zob. Foucault 1999: 86, 130). Apogeum tych procesów jest medycyna laboratoryjna, gdzie pacjent całkowicie znika z pola analiz. Zdaniem Foucaulta rozwój medycyny zmierza w kierunku indywidualizacji jednostek, coraz bardziej indywidualna staje się choroba, zaś konceptualizacja śmierci charakterystyczna dla XIX wieku mówi, że to śmierć stanowi o indywidualności, dzięki niej jednostka „staje się rzeczywiście sobą” (zob. Foucault 1999: 219).

Indywidualizacja jednostek, jak argumentuje Foucault w *Nadzorować i karać*, jest ich ujarzmianiem⁸, oplataniem ciał dyscyplinarnymi relacjami władzy. Pisząc o dyscyplinowaniu ciała Foucault zwraca uwagę na pojawienie się w początkach XIX wieku niezliczonej ilości reguł dotyczących ciała, nawyków, tresury gestów, postaw, sposobów siedzenia, jedzenia, poruszania się, szczególnie określonych ćwiczeń fizycznych. Ich obecność świadczy o obecności nowych typów władzy - *mikrotechnologii* władzy sprzężonych z narodzinami ciągłej, obejmującej wszystkie dziedziny życia tkanki instytucji. Francuski myśliciel dokonuje szczegółowej analizy sieci instytucji społeczeństwa dyscyplinarnego, jedną z tych instytucji jest szpital – zdaniem Foucaulta szpitale przypominają więzienia, gdyż wszystkie instytucje nowoczesnego świata są do siebie podobne.

⁸ Kategorie te wymienia Mary Douglas (zob. Uramowska-Żyto 1992: 31-32).

⁹ Transkrypcja ta pochodzi od tłumacza *Nadzorować i karać*, Tadeusza Komendanta.

Analizując procesy medykalizacji autor *Historii seksualności* podkreśla znaczenie osiemnastowiecznej medycyny epidemii, która nie mogłaby istnieć, gdyby jej działań nie wspierała policja - towarzyszyły jej wszak zarządzenia sanitarne dotyczące wielu wymiarów życia, takich jak odżywianie, ubieranie się, sposoby unikania i leczenia chorób. Medycyna epidemii potrzebowała ścisłej przestrzennej parcelacji, kwarantann, korpusu inspektorów zdrowia wysyłanych we wszystkie regiony kraju, którzy dokonywaliby obserwacji medycznych. Potrzebowała ona systemu ciągłej, scentralizowanej rejestracji patologii, ale i rejestracji ludzi zdrowych. Zdaniem Foucault to epidemie (dżuma) powołały dyscyplinę (zob. 1998: 191-195). Ideom epidemii towarzyszył strach przed zarażeniem, który legitymizował intensyfikację władzy.

Twórca koncepcji władzy-wiedzy pisze, że kontrola medyczna rozszerzała się na struktury społeczne, co wymagało „zdefiniowania politycznego statusu medycyny, wykształcenia na poziomie państwa świadomości medycznej obciążonej zadaniem dostarczania stałej informacji, sprawowania kontroli i narzucania przymusu” (Foucault 1999: 47). Procesy medykalizacji to rozwijanie statystycznej kontroli zdrowia, narodzin i śmierci wszystkich obywateli, pobudzanie świadomości medycznej każdej jednostki, osiedlanie lekarzy na wsiach: „przestrzeń medyczna może nałożyć się na społeczną lub raczej przeniknąć ją i wejść w nią całkowicie. Zaczyna się odczuwać powszechną obecność lekarzy, których krzyżujące spojrzenia tworzą sieć i w każdym punkcie przestrzeni, w każdej chwili, utrzymują nieprzerwany, zmienny, zróżnicowany nadzór” (Foucault 1999: 53). Następnym ważnym etapem procesu medykalizacji społeczeństwa jest objęcie opieką medyczną ludzi zdrowych, a także zmedykalizowanie opieki społecznej. Lekarz zaczął być tym, kto diagnozuje nędzę i określa potrzebę, charakter i wielkość udzielanej pomocy.

Według Foucaulta czasy Rewolucji Francuskiej 1789 roku to wielokrotnienie instancji medycznych oraz reorganizacja szkół medycznych, które zaczynają kłaść większy nacisk na praktykę lekarską. W tym okresie powstają organy ochronne sprzyjające ukonstytuowaniu się zawodu lekarza. Ich zadaniem jest wykluczanie znachorów, różnego rodzaju lekarzy samouków - standaryzacja zawodów medycznych. Wiąże się to z ukształtowaniem się *znaczenia* zawodu lekarza, spojrzenie medyczne „nie jest już spojrzeniem pierwszego lepszego obserwatora, lecz spojrzeniem lekarza wspieranego i legitymizowanego przez instytucję” (Foucault 1999: 121). „Lekarz” jest pozycją w hierarchicznym nadzorze instytucji, jest kimś, kto ma prawo ciągłego egzaminowania

(Foucault porównuje obchód szpitalny do egzaminu), zaś celem działań lekarza jest redukcja odstępstwa od normy.

Procesom medykalizacji społeczeństwa sprzyjają siatki norm moralnych uzasadniających przemiany społeczne tego typu, między innymi uzasadnia się to, iż chory w szpitalu czy klinice staje się *obiektem* badań. Zdaniem Foucaulta czyni się to posługując się ideą kontraktu - ubogi chory leczony za darmo przez powszechną i bezpłatną opiekę medyczną jest *winiem* społeczeństwu i bogatym to, by służyć jako obiekt badań medycznych. Dzięki temu umożliwia on rozwój poznania i przyrost wiedzy, co chroni przez ewentualnymi chorobami innych ludzi (zob. Foucault 1999: 116-117).

Dyskursy psychologii oraz psychiatrii także służą praktykom władzy, homogenizacji społeczeństwa, uprawomocnieniu ekskluzji szalonych. Zdaniem Foucault współczesną osobowość (rozumną, potem zdrową psychicznie, następnie normalną) powołał do życia społeczny akt segregacji szalonych (1987: 84). Strukturę nowożytnej racjonalności można zoperacjonalizować, przełożyć na uchwytne empirycznie tkanki relacji społecznych, instytucji, reguł mówienia, uzasadniania, wykluczania patologii. Szaleństwo jest produktem praktyk medycznych, praktyk władzy, zakłóceniem porządku społecznego.

Nowożytne przekształcenia systemu penitencjarnego wiążą się ze zwiększaniem się roli medycyny w jego obrębie. Nowoczesna kara to korekta społeczna, przestępca wymaga terapii, medycyna bierze udział w naukowej obiektywizacji zbrodni. Sposoby karania ulegają transformacjom przechodząc od spektakularnych kaźni XVIII wieku do dziewiętnastowiecznych kar, łagodnych, ale za to częstszych, wszechobecnych – siatki spójnego i konsekwentnego korygowania.

Medycyna zaczyna definiować normę, medycyna XIX wieku w większym stopniu odwołuje się do normalności, niż do zdrowia. Gdy mówi się o grupach, rasach, społeczeństwie, psychice, coraz częściej pojawia się medyczna dychotomia *normalne vs patologiczne*. Praktyki normalizowania są dla Foucaulta praktykami władzy w czystej postaci. O społeczeństwie normalizacyjnym, w którym poddaje się ludzi polimorficznemu i wielorakim praktykom władzy pisze Foucault w przywoływanej już pracy, *Nadzorować i karać*. W społeczeństwie normalizacyjnym medycyna (zwłaszcza teoria degeneracji) legitymizuje wszechobecność sieci władzy, powszechność aparatów kontroli, tajnego nadzoru, instytucji powołanych do tego, by zachłannie gromadzić wiedzę. Wszystkie te instytucje chronią społeczeństwo przed tym, co anormalne. Idea zdrowia i misja jego ochrony wyjaśniają konieczność nakładów ekonomicznych na aparaty kontroli. Dyskurs

medycyny wskazuje na naturalność władzy i wykluczeń społecznych. Zdaniem Foucaulta, procesy medykalizacji wyznaczyły oblicze współczesnego społeczeństwa.

Medykalizacja seksualności

Głównym tematem I tomu *Historii seksualności – Woli wiedzy* są historyczne przyczyny dyskursywizacji seksu, który „wydobyty z milczenia, skazany zostaje na istnienie w dyskursie” (Foucault 1995: 36). Staje się on obiektem dyskursów, a jednym z nich jest medycyna. Nauka mówi o seksie z oczyszczonego, neutralnego punktu widzenia, wiąże się ona, jak twierdzi Foucault, ze „wścibskimi” praktykami lekarskimi. Nauka jest też ostateczną wyrocznią w sprawie higieny. To medycyna produkuje prawdę o seksie, zaś „produkcję prawdy na wskroś przenikają relacje władzy” (Foucault 1995: 59). Relacje władzy intensyfikują się w procesach wyznawania, mówienia prawdy, ponieważ mówiący podmiot staje się *przedmiotem* wypowiedzi, jest poddany dominacji instancji, która słucha. Dlatego właśnie konieczność ciągłego wyznawania swoich pragnień, pożądań, osobistych wrażeń i przyjemności, dookreślania siebie w stosunku do sfer najbardziej intymnych uważa Foucault za świadectwa rozrostu sieci władzy. Wielorakie mechanizmy władzy zachęcają, wyodrębniają, instytucjonalizują mówienie o seksie. Francuski badacz pisze o medykalizacji następstw wyznania, prawda bowiem ma *uzdrawiać*, mówienie jest sytuacją terapeutyczną, medycyna konstruuje obraz seksu jako dziedziny niezwykle podatnej na patologię, a nawet jako płaszczyzny odniesienia wobec innych chorób. Współczesne społeczeństwo określa seksualność jako wymagającą normalizujących interwencji. Podyktowane to jest troską o ekonomiczną użyteczność płci, próbami kierowania kształtem stosunków społecznych, reprodukcją siły roboczej. W logikę tego procesu wpisuje się między innymi konieczność zapanowania także nad zjawiskami perwersji: „seksualną nieprawidłowość związane z chorobą umysłową; określono normę rozwoju umysłowego (...); zorganizowano nadzór pedagogiczny i medyczne kuracje” (Foucault 1995: 39). Poprzez medycynę odbywa się specyfikacja i lokalizacja perwersji. Pisząc o medykalizacji seksualnych niezwykłości Foucault zauważa, że polegała ona i na tym, że władza obarczyła się odpowiedzialnością za seksualność dzięki czemu mogła ingerować w ciała. Tak naprawdę seksualna różnorodność jest przez władzę produkowana, umożliwia nieograniczoną penetrację jednostek, a zwłaszcza ich ciał. Foucault zwraca też uwagę, iż intensywne i zagorzałe zwalczanie onanizmu dzieci było umiejscowieniem wewnątrz rodziny nadzoru medyczno – seksualnego: „rozpięto wokół dziecka sieci nieograniczonej penetracji” (Foucault 1995:

45).¹⁰ Francuski badacz pisze o roli medycyny w procesie konstytuowania się nowych ośrodków subtelnej, polimorficznej władzy, wrastającej w instytucję rodziny.

Analizując procesy medykalizacji zjawisk perwersji, Foucault szczególną uwagę poświęca homoseksualizmowi, pisząc, iż dyskwalifikowano homoseksualizm przy użyciu terminów medycyny: „Otóż pojawienie się w XIX wieku – w psychiatrii, prawodawstwie, a także w literaturze – całej serii wywodów o rodzajach i podrodzajach homoseksualizmu, inwersji seksualnej, pederastii, „psychicznego hermafrodytyzmu” sprzyjało bez wątpienia bardzo silnemu wzrostowi społecznej kontroli nad tym obszarem „perwersyjności”” (1995: 91).

Inne wymiary medykalizacji seksualności analizowane przez Foucaulta to: pedagogizacja seksu dzieci; psychiatryzacja przyjemności perwersyjnych (dokonano klinicznej analizy wszelkich anomalii i szukano dla nich odpowiednich technik korekcyjnych); socjalizacja zachowań prokreacyjnych (chodzi o uekonomicznienie ich drogą fiskalnych unormowań, między innymi poprzez postrzeganie praktyk kontroli urodzin jako patogennych dla jednostki i dla gatunku) oraz histeryzacja ciała kobiety (przez kwalifikowanie i dyskwalifikowanie jej ciała, które postrzegane jako przesycone seksualnością, zostaje wciągnięte w obszar praktyk lekarskich, czemu towarzyszą dwa modele kobiety: *matki i kobiety nerwowej*)¹¹.

Według Foucaulta to właśnie biowładzy, o której była już mowa wyżej, towarzyszy polityka seksu, na którą składa się wprowadzenie kategorii seksualności dzieci w trosce o zdrowie rasy (szczególny nacisk kładzie się na jej kontrolę od końca XVIII do końca XIX wieku), histeryzacja kobiet, kontrola urodzeń, psychiatryzacja zbroczeń (Foucault 1995: 128). To właśnie pośrednictwo pedagogiki, medycyny i ekonomii czyni z płci sprawę nie

¹⁰ Jednym ze współczesnych, empirycznych wyznaczników stopnia zmedykalizowania społeczeństwa jest właśnie umieszczenie wewnątrz rodziny nadzoru medycznego i stała ingerencja medycyny w sprawy rodzinne. Na pierwszy rzut oka nie dostrzegamy w tym fakcie niczego niepokojącego. Jednak do refleksji zmusza choćby przypadek Stanów Zjednoczonych, gdzie mamy do czynienia z tak zwanymi Służbami Ochrony Dziecka (*Child Protective Services*). Organizacjom tym przysługują potężne środki finansowe i przemagające środki prawne. Mogą oskarżać rodziców o molestowanie dzieci, samodzielnie prowadzić śledztwa, odbierać dzieci rodzinom. W stanie Teksas w 1999 odebrano rodzicom 8650 dzieci. Na temat zagrożeń, jakie niesie ze sobą rozrost tych struktur w USA, na marginesie sprawy Rafała Pietrzaka, Polaka, który został oskarżony i skazany w Teksasie za molestowanie dziecka, pisze Marcin Fabjański (2000).

¹¹ Podejście badawcze Michela Foucault wykorzystują często przedstawicielki feminizmu (zob. McCarthy 1996: 94; Haraway 1988). Prowadzą one także krytykę dyskursów naukowych, żądają reform praktyk medycznych angażujących kobiety jako klientki, związanych na przykład z aborcją, porodami, diagnozą i leczeniem raka jajnika i piersi (McCarthy 1996: 90). Feministyczne badania nie odbiegają daleko od zainteresowań Foucaulta; dotyczą tego, jak naukowe koncepcje w biologii, immunologii, psychologii legitymizowały i legitymizują niższy status kobiet.

tylko świecką, ale i państwową. Kategorie medyczne wypierają stare, moralne kategorie rozwiązłości i ekscesu. Technologie władzy narastające wokół seksualności, są początkowo charakterystyczne dla burżuazji, ale potem zostają uogólnione na całe ciało społeczne: „potrzebne było uruchomienie całej technologii utrzymania pod nadzorem proletariackich ciał i owej seksualności, jaką im w końcu przyznano (szkoła, polityka mieszkaniowa, upowszechnianie higieny, instytucje opieki społecznej i ubezpieczeń, powszechna służba zdrowia...)” (Foucault 1995 : 113).

Podsumowanie

Jak argumentuje Michel Foucault, medykację społeczeństwa należy pojmować jako szereg procesów, poprzez które następuje instytucjonalizacja dominacji. Nie był on osamotniony w swoim sposobie rozumienia zjawisk społecznych, wywołanych ekspansją medycyny. Próby desakralizacji statusu medycyny podejmował też, między innymi, Ivan Illich (zob. Zielińska 1996). Zajmował się on przede wszystkim znaczeniem instytucji medycznych dla fenomenu reprodukcji nierówności, zwłaszcza nierówności pomiędzy krajami zachodnimi a krajami postkolonialnymi Ameryki Łacińskiej. Reprodukcję nierówności społecznych ułatwiają zabiegi medykacji społeczeństw ubogich, które legitymizuje „mit skuteczności wszystkich zabiegów lekarskich”. Według Illicha największe środki przeznaczane są na choroby bogatych. Lekarze często aplikują chorym choroby *iatrogeniczne*, to jest choroby powodowane przez oddziaływania medyczne: „Produkcja i dostarczanie opieki medycznej wytwarza więcej dolegliwości niż może ich wyleczyć” (Zielińska 1996: 37). Illich wspomina też o negatywnym wpływie coraz powszechniejszych środków antydepresyjnych, których używanie wzmacnia niesamodzielność i poczucie zagubienia jednostek w świecie społecznym.

Jak pisał Michel Foucault, w kulturze europejskiej „myślenie medyczne z powodzeniem określa filozoficzny status człowieka” (Foucault 1999: 250). Tego typu tezy nie napawają mnie optymizmem. Wręcz przeciwnie. Przeobrażenia, ingerencje i ekspansja nauki o takim statusie społecznym, jaki posiada medycyna, kształtują samoobraz współczesnego człowieka. Medycyna kreuje sposoby metaforyzowania ludzkiego doświadczenia, „generowane przez medycynę koncepcje i praktyki bezpośrednio ingerują w liczne sfery interakcji międzyludzkich, w tym sfery zazwyczaj kojarzone z kulturą symboliczną” (Zybertowicz 1995: 334). Jedną z tych sfer jest sfera moralności. We

współczesnym świecie zjawiska medykalizacji intensyfikują się między innymi ze względu na ekspansję rynku medycznego i quasi-medycznego w kulturze konsumpcyjnej. Niektórzy intelektualiści sugerują, że wobec rozkwitu takich dziedzin wiedzy, jak choćby psychofarmakologia transformacji ulegną nawet mechanizmy reprodukcji społecznej. Czy rynek środków psychofarmakologicznych stanowić będzie podstawę społecznej integracji i zastąpi to, co nazywamy „smarem społecznym” – normy, wartości, tożsamości podmiotów (zob. Leder 2000)?

Generowane przez medycynę innowacje stanowią coraz istotniejszy czynnik zmiany społecznej. Nigdy za mało pytań o efekty badań nad mózgiem czy też genotypem człowieka. A przecież są to dziedziny intensywnie finansowane i intensywnie rozwijające się. Nie tylko sposoby używania wiedzy, ale już sam jej przyrost przekształca społeczeństwo, nie zawsze też musi on okazać się niewinny, a tym samym bezpieczny.¹² Jak pisze Andrzej Zybertowicz: „Medycyna wykorzystuje moralne przywileje wpływające z (specyficznie kulturowo zdefiniowanej) misji ochrony życia i zdrowia ludzkiego – częściowo spontanicznej i niezamierzonej, a częściowo rozmyślnej – transformacji stosunków międzyludzkich. W imię ochrony życia i zdrowia generowane są technologie, których funkcjonowanie głęboko zmienia lub/i zmieni dotychczasowe systemy wartości. Metody takie, jak zapłodnienie *in vitro*, wybór płci dziecka lub HRT (*hormon replacement therapy*) to dopiero skromne początki procesu, który głębiej przekształci stosunki międzyludzkie niż poczynania największych przywódców religijnych, reformatorów politycznych (...)” (1995: 340-341).

Bibliografia:

- Allen, Barry. 1994. *Prawda w filozofii*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Fabjański, Marcin. 2000. *Zły dotyk*, „Gazeta Wyborcza”, 5-6 sierpnia, s. 10-13.
- Foucault, Michel. 1981. *The Order of Discourse*, w: Young, Robert (red.), *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*, Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul, s. 48-78.
- Foucault, Michel. 1987. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przeł. Helena Kęszycka, Warszawa: PIW.
- Foucault, Michel. 1995. *Historia seksualności*, przeł. Bogdan Banasiak, Tadeusz Komendant, Krzysztof Matuszewski, Warszawa: Czytelnik.
- Foucault, Michel. 1998. *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. Tadeusz Komendant, Warszawa: Aletheia.

¹² W kontekście zagadnienia rozwoju naukowego i technologicznego jako zjawisk przyczyniających się do destabilizacji społeczeństwa zob. dyskusję na temat książki Tomasza Woźniaka („Zagadnienia Naukoznawstwa”, 2001, nr 1, s. 77-112; Woźniak 2000).

- Foucault, Michel. 1998a. *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France, 1976*, przeł. Małgorzata Kowalska, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault, Michel. 1998b. *Podmiot i władza*, przeł. Jacek Zychowicz, „Lewą nogą”, nr 10, s. 174-192.
- Foucault, Michel. 1999. *Narodziny kliniki*, przeł. Paweł Pieniążek, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault, Michel. 2000. *Filozofia, historia, polityka. Wybór pism*, przeł. Damian Leszczyński, Lotar Rasiński, Warszawa-Wrocław: PWN.
- Goodman, Norman. 1997. *Wstęp do socjologii*, przeł. Jędrzej Polak, Janusz Ruszkowski, Urszula Zielińska, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Haraway, Donna. 1988. *Situated Knowledges*, „Feminist Studies”, nr 14 (3), s. 575-599.
- Krajewski, Marek. 1997. *Konsumpcja i współczesność. O pewnej perspektywie rozumienia świata społecznego*, „Kultura i społeczeństwo”, nr 3, s. 3-24.
- Kwiek, Marek. 1999. *Dylematy tożsamości. Wokół autowizerunku filozofa w powojennej myśli francuskiej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Leder, Andrzej. 2000. *Kto będzie zdrowy psychicznie? Po drugiej stronie duszy*, „Polityka”, nr 22, s. 72-73.
- Lemert, Charles C. i Garth Gillan. 1999. *Michel Foucault. Teoria społeczna i transgresja*, przeł. Damian Leszczyński, Lotar Rasiński, Warszawa-Wrocław: PWN.
- McCarthy, E. Doyle. 1996. *Knowledge as Culture. The New Sociology of Knowledge*, London, New York: Routledge.
- Philp, Mark. 1998. *Michel Foucault*, w: Quentin Skinner (red.), *Powrót wielkiej teorii w naukach humanistycznych*, przeł. Przemysław Łozowski, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 79-98.
- Sojak, Radosław. 1996. *Socjologia wiedzy chce pozostać nieświadoma*, „Studia Socjologiczne”, nr 4, s. 25-49.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 1992. *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Woźniak, Tomasz. 2001. *Propaganda scjentystyczna. Funkcje społeczne przekazów popularnonaukowych*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Zborowski, Mark. 1969. *People in Pain*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Zielińska, Hanna. 1996. *Ivan Illich - między romantyzmem a anarchizmem pedagogicznym*, Toruń: UMK.
- Zybertowicz, Andrzej. 1995. *Przemoc i poznanie. Studium z nie-klasycznej socjologii wiedzy*, Toruń: UMK.

Ewa Bińczyk

Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy

Streszczenie

Tło prezentacji stanowi dość kontrowersyjna teoria władzy-wiedzy Michela Foucault, którą jednakże uważam za interesujące ujęcie procesów zmiany społecznej zarówno w *mikro*, jak i w *makroskali*. Francuski uczony nazywany jest twórcą „społecznego konstrukttywizmu w socjologii zdrowia i medycyny” – koncepcji, którą, jak sądzę, można określić mianem nieklasycznej socjologii medycyny.

W swych pracach Foucault wiele uwagi poświęcił historycznym rekonstrukcjom procesów medykalizacji społeczeństwa zachodniego począwszy od XVIII wieku. Procesy medykalizacji wiązał on, z jednej strony, z pojawieniem się pewnych nowych typów władzy, które nazywał *władzą anatomopolityczną* i *biowładzą* oraz, z drugiej strony, z pojawieniem się nowych kompleksów wiedzy, które nazywał dyskursami *werydycznymi*, to jest dyskursami przypisującymi sobie status prawdziwych.

Analizy podejmowane przez Michela Foucault, które pragnęłabym przywołać, dotyczyły: historycznych sposobów kulturowego konstytuowania fenomenu ciała oraz choroby (ze zwróceniem szczególnej uwagi na status chorób psychicznych); procesów przemian statusu pacjenta i pozycji lekarza w strukturze społecznej; wpływu praktyk medycznych oraz typów wiedzy sprzężonych z tymi praktykami na inne sfery kultury (zwłaszcza sferę wyobrażeń symbolicznych, wartości, sposobów jednostkowego doświadczania siebie). Spośród kompleksów wiedzy powiązanych z obszarem praktyk medycznych Foucault najwięcej uwagi poświęcił dyskursom psychologii i psychiatrii, kryminologii oraz seksuologii.

Wystąpienie ma na celu prezentację procesów medykalizacji społeczeństwa jako procesów instytucjonalizacji subtelnych sieci dominacji. Ekspansję praktyk medycznych i różnych postaci wiedzy z nimi związanych będę usiłowała przedstawić jako zjawisko przyczyniające się do normalizacji i homogenizacji społeczeństwa. Ponieważ obydwa procesy (normalizacji i homogenizacji społeczeństwa) francuski myśliciel pojmował jako procesy zniewalania jednostek, podejmę próbę wskazania na wymiary etyczne badań Michela Foucault.