

Bińczyk, Ewa

Praktyki medyczne w ujęciach nieklasycznych: Michel Foucault i "Actor-network theory"

Medycyna Nowożytna 8/2, 53-73

2001

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Ewa Bińczyk

Praktyki medyczne w ujęciach nieklasycznych: Michel Foucault i *Actor-Network Theory*

1. Wstęp

Medycyna bywa współcześnie rozpatrywana w perspektywie, która znacznie różni się od ujęć tak zwanej klasycznej socjologii medycyny biorącej swój początek od Talcotta Parsonsa. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja dwóch nieklasycznych sposobów analizowania instytucji i praktyk medycyny oraz zjawisk społecznych jej towarzyszących: mam na myśli koncepcje francuskiego badacza Michela Foucault oraz analizy praktyk medycznych obecne w ramach nurtu badań *Actor-Network Theory (ANT)*, czyli teorii aktora-sieci. Czołowi przedstawiciele *ANT* to: Bruno Latour, John Law, Annemarie Mol, Michel Callon i Michel Serres; zaś analizy praktyk medycznych, które przywołuję w kontekście niniejszego artykułu pochodzą z tekstu Annemarie Mol i Johna Law *Situated Bodies and Distributed Selves: Enacting Hypoglycaemia* (1999).

Koncepcje Michela Foucault oraz analizy praktyk medycznych prowadzone w obrębie teorii aktora-sieci pozostają sobie bliskie pod wieloma względami¹. W obu przypadkach analizy obszaru

¹ Jak twierdzi na przykład Krzysztof Abriszewski, teorię Foucaulta można potraktować jako „pierwotną, wstępną, czy wczesną i niepełną wersję teorii sieci-

medycyny są tylko jednym z wielu podejmowanych tematów. Z tego powodu nie można powiedzieć, że wymienieni przeze mnie autorzy są socjologami medycyny *sensu stricto*. Jak jednak sądzę, obydwa ujęcia praktyk medycznych (Michela Foucault oraz ANT) można wstępnie określić jako bliskie *nieklasycznej socjologii medycyny*.

Nieklasyczna socjologia medycyny, co raczej oczywiste, wyłania się w opozycji do jej ujęć klasycznych. Za twórcę klasycznej socjologii medycyny uważany jest Talcott Parsons. Badacz ten jako pierwszy zdefiniował chorobę jako dewiacyjną rolę społeczną². Tożsamości nieklasycznej socjologii medycyny nie określa jeszcze teza, że medycyna jest instytucją poddaną wpływom kontekstu społecznego. Teza ta jest bowiem uznana także na obszarze socjologii medycyny w jej ujęciu klasycznym. Istotniejsze wydaje się podważenie możliwości obiektywnego definiowania choroby i zdrowia. Klasyczna socjologia medycyny uznaje prawo biologii czy nauk medycznych do obiektywnego i uniwersalnego definiowania przedmiotów, którymi zajmuje się medycyna (takich jak ciało, zdrowie, choroba). Wiąże się to z przyznaniem, iż dyskurs biologiczno-medyczny posiada status epistemologicznie uprzywilejowanego metadyskursu w stosunku do dyskursu socjologii medycyny. W obrębie nieklasycznej socjologii medycyny natomiast biologia czy medycyna nie są traktowane jako jej metadyskursy. W ujęciach nieklasycznych zdrowie, choroba oraz ciało traktowane są nie jako fenomeny uniwersalne, ale jako zjawiska społeczne, historycznie zmienne³.

Co szczególnie istotne, zarówno ujęcie Foucault, jak i koncepcje ANT prezentowane w rozważanym przeze mnie artykule Anemarie Mol i Johna Law doskonale wpisują się w nurt tak zwanej nieklasycznej socjologii wiedzy (por. Zybortowicz: 1995: 1976–183, 310–312). Specyficznie nieklasycznej socjologii wiedzy poświęcam uwagę w pierwszej części mego tekstu, ponieważ to w horyzoncie tej perspektywy myślowej toczą się rozważania na

aktorów” (2001: 66). (*Ze względów technicznych pozostawiamy zastosowany przez autorkę, niezgodny z przyjętymi u nas zasadami, sposób podania piśmiennictwa na końcu artykułu. Redakcja.*) Autor ten kładzie nacisk na to, że obie teorie należy odczytywać poprzez topologię/metafore/wyobrażenie sieci; u ich podstaw bowiem leży raczej ontologiczny relacjonizm, a nie esencjalizm czy substancjalizm.

² Na temat Parsonsa oraz innych przedstawicieli klasycznej socjologii medycyny (takich jak: E.G. Jaco, D. Mechanic, R. Coe, D. Field) pisze Uramowska-Żyto (1992: 19–55).

³ Kwestionuje się nie tylko ponadkulturową i ponadhistoryczną uniwersalność doświadczania zdrowia, ciała czy choroby, ale nawet uniwersalność ludzkich reakcji na ból. Na temat różnic w reagowaniu na ból przez różne grupy etniczne zob. np. Zborowski 1969.

temat praktyk medycznych autorstwa Michela Foucault, Anne-Marie Mol i Johna Law.

W tytule niniejszego artykułu nieprzypadkowo mowa jest nie o medycynie, lecz o *praktykach medycznych*. Zarówno Michel Foucault, jak i przedstawiciele kierunku badań nazywanego *Actor-Network Theory* pojmują instytucję medycyny jako sieć *praktyk społecznych*. Na terenie obu podejść obiekty medycyny (na przykład takie, jak ciało ludzkie) nie istnieją *przed*, czy też *poza* sferą medycznych praktyk, lecz są przez nie współkonstituowane.

Medycyna coraz częściej jest postrzegana jako ważny element kreujący oblicze współczesnej kultury. Gwałtowny rozwój nie tylko medycyny, ale i nauk z nią związanych, na przykład genetyki i psychofarmakologii nie jest już bezkrytycznie postrzegany jako nieproblematyczne dobro⁴. Pojawia się coraz więcej krytycznych analiz efektów społecznych wywoływanych przez medycynę, zwłaszcza ekspansji i ingerencji medycyny w coraz szersze obszary życia społecznego, które to zjawiska nazywamy procesami medykalizacji społeczeństwa. Jednym z pierwszych krytyków społeczeństwa zmedykalizowanego był Ivan Illich (Illich 1975; zob. też Zielińska 1996). Specyfiką koncepcji Michela Foucault jest właśnie to, że w jej obrębie podchodzi się do instytucji medycyny krytycznie pojmując praktyki medykalizacji jako praktyki władzy.

2. Koncepcje Foucault i Actor-Network Theory jako wersje nieklasycznej socjologii wiedzy

Jak już wspominałam wyżej, zarówno ujęcie Michela Foucault, jak i analizy ANT należą do obszaru nieklasycznej socjologii wiedzy. Przypisanie danej koncepcji do jednego z dwóch modeli socjologii wiedzy, klasycznego lub też nieklasycznego⁵ wymaga rozważenia jej stosunku do dwóch dychotomii: pomiędzy strukturą społeczną a wiedzą oraz dychotomii pomiędzy poznaniem w naukach ścisłych a poznaniem w naukach humanistycznych. Klasyczna socjologia wiedzy powstała jako narzędzie demaskacji ideologii, posiadała wyraźny wymiar emancypacyjny. Konstruowała ona swe pole badawcze w ramach dychotomii pomiędzy

⁴ Traktowanie nie tylko medycyny, ale nauki w ogólności jako dobra o charakterze nieproblematycznym, czemu towarzyszy ideologia scjentyzmu, uprawomocnia pogoń za nowymi odkryciami i wynalazkami technologicznymi. Niektórzy socjologowie zwracają uwagę, że paraliżuje to krytyczny (i potrzebny) namysł nad społecznymi skutkami rozwoju naukowo-technologicznego (zob. Woźniak, Niżnik, Kałuszyńska 2001: 78; Woźniak 200; por. też Postman 2001: 43–65.).

⁵ Rozróżnienie to przywołują na przykład: Czerniak (1985), Zybortowicz (1995), Sojak (1996).

wiedzą a bytem społecznym badając jedną stronę zależności między nimi, mianowicie to, jak wiedza jest determinowana przez czynniki społeczne⁶. Była ona projektem podlegającym tendencji do samoograniczania się, przyjmując bowiem tezę o społecznym zakorzenieniu wiedzy twierdziła, że warunki społeczne nie determinują samych treści przekonań, ale jedynie czas i formę ich pojawiania się, bądź też, że nie determinują one wszystkich typów wiedzy, że mogą istnieć obszary wiedzy społecznie nieuwarunkowane (Sojak 1966: 28).

Zakładając, że poznanie może zostać oczyszczone ze swoich społecznych uwarunkowań, klasyczna socjologia wiedzy uznawała możliwość uzyskania obiektywnej wiedzy na temat rzeczywistości, która istnieje niezależnie od podmiotów poznających. Możliwość tego rodzaju neguje socjologia wiedzy w swej odmianie nieklasycznej. Ten kierunek myślenia wskazuje na historyczno-społeczne uwarunkowanie nie tylko poznania, ale i jego obiektów. W ramach nieklasycznej socjologii wiedzy głosi się tezę, że przedmiotu poznania nie można ostatecznie wydzielić od społeczeństwa – jego podmiotu, wiedza jest instytucją społeczną, a poznanie jest regulowane kulturowo. Nieklasyczna socjologia wiedzy posiada założenia, które sprawiają, że wykracza ona poza pole problemowe tradycyjnej ontologii i epistemologii. Jest to dziedzictwo myślowe odziedziczone w dużej mierze po Immanuelu Kantcie, u którego „jako pierwszego, epistemologia uzyskała samoświadomość, odkrywając podmiotowe uwarunkowania poznania” (Szahaj 1990: 23). Kantowski *przewrót kopernikański* polegał na zakwestionowaniu oczywistego dotąd przekonania, że poznanie powstaje na skutek oddziaływania na siebie wyizolowanych i niezależnie od siebie istniejących podmiotu i przedmiotu. Immanuel Kant dokonał przewrotu w filozofii pytając o to, w jaki sposób przedmioty poznania są konstytuowane, w jaki sposób takie dychotomie jak podmiot-przedmiot, język-świat mogą powstawać (zob. Tuchańska 1989). Na terenie nieklasycznej socjologii wiedzy kwestionuje się zasadność założenia o istnieniu dychotomii pomiędzy strukturą społeczną a wiedzą. Mówi się tu, że zależności pomiędzy wiedzą a bytem społecznym są dwustronne: struktura społeczna determinuje pojawianie się i treść wiedzy, ale też wiedza współtworzy rzeczywistość społeczną, konstytuuje sferę tego,

⁶ Jak twierdzi Radosław Sojak, socjologia wiedzy projektowana jako subdyscyplina naraża się na teoretyczne trudności, między innymi niemożność określenia własnego statusu poznawczego i przedmiotu – choćby z tego powodu, że wiedza współkonstytuuje wszystkie zjawiska społeczne nie może zostać wyodrębniona ze społecznej rzeczywistości (1996).

co uznawane jest za niezależne od poznania i obiektywne. Jak pisze Andrzej Zybertowicz, nieklasyczna socjologia wiedzy „doprowadziła do podważenia sensowności i prawomocności samego rozróżnienia między wiedzą a strukturą społeczną. Czyli – mówiąc w ramach pewnej tradycji terminologicznej – podważyła zasadność rozróżnienia między strukturą a kulturą” (1995: 24)⁷. Po drugie, nieklasyczna *Wissenssoziologie* twierdzi, że wszystkie rodzaje wiedzy podlegają wpływowi społecznym: wiedza potoczna, wiedza wytwarzana przez nauki humanistyczne, ale i wiedza wytwarzana przez nauki ścisłe (w tym matematykę); stąd też mowa jest o społecznych korzeniach prawdy i obiektywności⁸. Projekt badawczy nieklasycznej socjologii wiedzy wykracza poza pole tradycyjnej epistemologii także i wtedy, gdy podważa możliwość dotarcia do obiektywnej reprezentacji rzeczywistości, porzucając zarazem nadzieje na uzyskanie dostępu do prawdy w jej klasycznym rozumieniu. Warto zaznaczyć, że tym samym pytanie o status poznawczy socjologii wiedzy w jej ujęciu nieklasycznym zmienia swe znaczenie (zob. Sojak 1996).

O ile klasyczne projekty socjologii wiedzy nastawione były bardziej spekulatywnie, wielu nurtom współczesnej nieklasycznej socjologii wiedzy towarzyszą szeroko zakrojone interdyscyplinarne programy badań empirycznych, których przykładem mogą być badania prowadzone w ramach *Actor-Network Theory*. Latour na przykład przeprowadzał *case studies* praktyk badawczych stosowanych w naukach ścisłych w laboratoriach (zob. Latour, Woolgar 1986; Latour 1988; 1999)⁹.

Przyjrzyjmy się, z konieczności dość powierzchownie, całości dorobku Michela Foucault. Autor *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu* prowadził zakrojone na szeroką skalę teoretyczną historyczne analizy wyłaniania się podstawowych instytucji współczesnego społeczeństwa zachodniego, takich jak szpitale psychiatryczne, kliniki, więzienia. Francuski uczyony zajmował się zarazem badaniem nowych typów i form wiedzy pojawiających się wraz z przemianami w sferze praktyk społecznych i instytucji (Foucault 1987; 1995; 1998; 1998a; 1999; 2000). Błyskotliwe analizy historyczne autora *Nadzorować i karać* ilustrowały tezy znanej dziś chyba wszystkim humanistom koncepcji *władzy-wie-*

⁷ Odrzucając owo rozróżnienie socjologia wiedzy przekształca się tym samym w „ontologię poznania”, „ogólną teorię społeczeństwa”, „socjologię w ogóle” (Szacki 1989: 383–384; Zybertowicz 1995: 24; Sojak 1996: 44).

⁸ Tezy te wzbudzają chyba największe kontrowersje i rodzą zarzuty o przesadny redukcjonizm socjologiczny (zob. na przykład Amsterdamski 1992; Życiński 1993).

dzę, która głosi, że „nie ma relacji władzy bez skorelowanego z nimi pola wiedzy, ani też wiedzy, która nie zakłada i nie tworzy relacji władzy” (Foucault 1998: 29). O rzeczywistości społecznej Foucault pisze jako o sieci relacji władzy-wiedzy, „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: 43).

W obszar nieklasycznej socjologii wiedzy wpisują się także koncepcje *Actor-Network Theory* (Latour, Woolgar 1986; Laboru 1988; 1992; 1993; 1999; Law 1999). W obrębie teorii aktora-sieci istotna wydaje się próba wykroczenia poza odziedziczone w obrębie zachodniego myślenia dualistyczne rozróżnienie pomiędzy naturą a społeczeństwem, porządkiem faktualnym i porządkiem normatywnym. Latour, czołowy badacz tego nurtu, w tym samym stopniu krytykuje redukcjonizm naturalistyczny, jak i socjologiczny nazywając oba myśleniem asymetrycznym i proponuje nowe myślenie symetryczne będące właściwie nową ontologią (1993). Przywołując pracę Stevena Shapina i Simona Schaffera poświęconą genezie podziału między ścisłą nauką eksperymentalną a naukami społeczno-politycznymi (1985) autor *We Have Never Been Modern* wskazuje, iż dualizm ontologiczny pomiędzy przyrodą i społeczeństwem został skonstruowany w kulturze zachodniej około XVII wieku (Latour 1993: 139)¹⁰. To, z czym rzeczywiście mamy do czynienia zdaniem Latoura, to sieci wiążące elementy ludzkie (*human*) i nie-ludzkie (*non-human*). Za Michelelem Serre-

⁹ Nieklasyczna socjologia wiedzy wykorzystuje wyniki empirycznych, interdyscyplinarnych *społecznych badań nad nauką*. Wiele opracowań powstałych w nurcie *społecznych badań nad nauką* to pogłębione studia historyczne, przede wszystkim z obszaru historii nauki (zob. np. Shapin 2000). Niektóre studia empiryczne prowadzone w nurcie *społecznych badań nad nauką* to studia Harry'ego Collinsa nad wykrywaniem fal grawitacyjnych czy budową lasera; Trevora Pincha na temat badań neutronów słonecznych; Andrew Pickeringa o powstaniu i rozwoju fizyki kwantowej; Karin Knorr-Cetiny na temat współczesnej fizyki kwantowej i mikrobiologii (bibliografie na ten temat zob. w: Sojak 200: 123; Zybortowicz 1999). Wśród polskich tłumaczeń prac tego obszaru zwraca uwagę książka Collinsa i Pincha *Golem, czyli co trzeba wiedzieć o nauce* (1998), zawierająca studia empiryczne nad przypadkami sporów w nauce kontrowersyjnej (w obrębie pól badawczych jeszcze niestabilizowanych).

¹⁰ W swej pracy *We Have Never Been Modern* (1993) Latour pisze, iż zdając sobie sprawę z konstrukcyjnej natury dualistycznego rozróżnienia pomiędzy przyrodą a społeczeństwem stajemy się nie-moderniści. Jednakże nasz świat nigdy nie był tak naprawdę modernistyczny, ponieważ na poziomie codziennej praktyki dychotomia: przyroda-społeczeństwo nigdy nie miała miejsca, w praktyce zawsze wylaniały się pewne całości o naturze hybrydalnej.

sem autor *Pandora's Hope* nazywa fragmenty sieci *quasi-objektami*, podkreślając, iż nie są one ani społeczne, ani przyrodnicze czy naturalne – myślenie w takich terminach jest bowiem w ramach koncepcji Latoura nieadekwatne¹¹. Są one skutkami ustabilizowania się relacji społecznych, powstają jako efekty praktyki: naukowej, technologicznej, eksperymentalnej, historycznej. Hybrydalnym obiektom-sieciom status obiektywności może zostać przypisany wówczas, gdy uzyskują one wysoki stopień stabilności. *Actor-network theory* zajmuje się badaniem stanów przyrody/społeczeństwa w fazie ich wyłaniania się, gdy są jeszcze niestabilne (np. pompa powietrzna Roberta Boyle'a lub mikroby Pasteura). Jak zobaczymy w dalszej części tekstu, według Annemarie Mol i Johna Law ludzkie ciało jest właśnie swego rodzaju *quasi-objektem*, jest ono współkonstruowane przez praktyki medyczne.

3. Praktyki medyczne w ujęciu *Actor-Network Theory*

W swoim artykule zatytułowanym *Situated Bodies and Distributed Selves: Enacting Hypoglycaemia* Annemarie Mol i John Law proponują nie tyle analizę współczesnej wiedzy medycznej, ile zupełnie nowy sposób pojmowania czy poznawania (*genre of knowing*) w obrębie medycyny (1999). Uważam zarówno ów nowy sposób pojmowania autorstwa przedstawicieli ANT, jak i empiryczną jego ilustrację na przykładzie badań chorych na niedobór cukru we krwi za interesujące do tego stopnia, że pokuszę się o (niestety niezbyt twórcze, ale pouczające) zreferowanie głównych tez artykułu Mol i Law.

Autorzy tekstu *Situated Bodies and Distributed Selves...* przeciwstawiają się dobrze zdomowionemu we współczesnej kulturze zachodniej sposobowi pojmowania ciała. Ciało ludzkie jest tu zarazem publicznym obiektem, przedmiotem, jak i prywatnym podmiotem doznań. Mol i Law pragną wymknąć się tej matrycy myślenia o ciele. Wskazują na badania historyczne Michela Foucault, który pokazał, że ciało dopiero od niedawna, mniej więcej od początków XIX stulecia zajmuje tę podwójną, przedmiotowo-podmiotową pozycję. Jak argumentował Foucault w swoich pracach, głównie w przywoływanej przeze mnie niżej pt. *Narodziny kliniki* (1999), początkowi XIX wieku towarzyszyła przemiana epistemiczna w medycynie, gdzie zaprzestano pojmowania chorób jako swego rodzaju podlegających hipostazie istot zamieszkują-

¹¹ Badacz ten proponuje „używać intencjonalności rzeczom, socjalizować materię i na nowo definiować to, co ludzkie (*human*)” (Latour 1992: 292).

cych człowieka, o których chory może się wypowiedzieć. Zaprzeszono wypytywania i słuchania pacjenta, a zaczęto badać i penetrować jego ciało przy pomocy instrumentów medycznych, poczynając od stetoskopu a kończąc na promieniach Rentgena. Ustanowiono wówczas dualistyczny sposób myślenia o ciele, nękający medycynę (por. Sullivan 1986): jest ono zarazem podmiotem i przedmiotem (*body-object/subject-body*)¹². Ciało ludzkie jest obserwowanym, mierzonym w parametrach przedmiotem poddanym publicznemu, naukowemu oglądowi. Z drugiej jednak strony ciało to przecież ucieleśniony sposób bycia człowieka, miejsce doświadczania bólu, pragnień, pożądań, głodu. Tak pojęte ciało jest rzeczywistością poza językiem, czymś najgłębiej prywatnym. Jak podkreślają Mol i Law, podwójny sposób poznawania i pojmowania ciała ludzkiego na obszarze medycyny nie jest czymś uniwersalnym, skoro został on wynaleziony w pewnym momencie historycznym. To, co proponują badacze ANT, to spojrzeć na współczesne praktyki medyczne (bo medycyna to w ich perspektywie badawczej przede wszystkim sieć praktyk¹³) z punktu widzenia ustaleń Foucaulta. Badacze ci zadają sobie szereg wstępnych pytań: jak postrzegamy ciało, kto wypowiada się w kwestii ciała w roli eksperta? Czy ciało się *posiada*, czy *ciałem się jest*? Wreszcie: czy *ciało się robi* (*to do a body*), czy jest ono sumą wykonań praktyk?

Obiektem empirycznym analiz przedstawicieli ANT są cierpiący na niedobór cukru we krwi (*hypoglycaemia*) diabetycy. Stan ten, jak pokazują autorzy artykułu definiuje się przy pomocy parametrów mierniczych – podając wskaźnik liczbowy poziomu glukozy we krwi, od którego to miejsca można już mówić o chorobie. Po drugie, stan ten definiuje się przez odniesienie go do praktyk leczenia (jako poważną komplikację w leczeniu cukrzycy). Obydwa sposoby definiowania odzwierciedlają dwa sposoby pojmowania ciała. W pierwszym mówi się o ciele w izolacji, wyabstrahowanym z praktyk życiowych i medycznych. W drugim ciało to element sieci praktyk.

Podejście Mol i Law polega na skupieniu się właśnie na praktykach, między innymi praktykach codziennego współżycia z diabetykami. Praktyki te stają się nieodłącznymi atrybutami obiektów badań, czyli ciał. Z tej racji, że mamy do czynienia z wieloma, indywidualnymi i zmiennymi praktykami postępowania w

¹² Jak twierdzą autorzy artykułu, to nie dualizm kartezjański ciała i umysłu, ale właśnie dualizm *body-object/subject-body* jest kluczową matrycą poznawczą współczesnej medycyny.

¹³ Mol i Law przyznają, że przyjmują założenia badań Bruno Latoura, który wielokrotnie podkreśla, iż pojmuje naukę jako praktykę.

obliczu choroby, obiekt (ciało) jest również wielopostaciowy – zależy on od tego, na jakim typie zachowań, praktyk się skupimy. Dla jednej z pacjentek *hypoglycaemia* polega na tym, że jeśli położy się ona spać ze zbyt niskim poziomem glukozy we krwi, to obudzi ją nocą atak choroby, jej ciało będzie drżało i pocilo się. Następnie pacjentka ta jak najszybciej pójdzie do kuchni i zje jogurt z lodówki siedząc na podłodze, co sprawi, że poczuje się lepiej. Dla innej diabetyczki choroba wiąże się z problemem otyłości, ponieważ w obawie przed jej atakami stara się ona jeść jak najczęściej. Istnieje wobec tego wiele postaci choroby wiążących się z wieloma typami ciała-objektu poddawanego praktyce.

Jak argumentują autorzy, mitem jest próba zdefiniowania jednej, prawdziwej i rzeczywistej *hypoglycaemii*, liczbowo, bez żadnego odniesienia do praktyk poprzez proste podanie granicy poziomu glukozy we krwi, od którego to miejsca zaczyna się choroba. Definicja taka cały czas zawiera bowiem odniesienie do praktyki, choć może ukryte, jest to odwołanie do konkretnej praktyki mierzenia poziomu cukru we krwi.

Pojmowany jako element pewnej sieci praktyk poziom cukru we krwi wiąże się z ukłuciem w palec, które sprawia ból, poszukiwaniem spokojnego miejsca, w którym można zbadać krew, używaniem sprzętu do mierzenia poziomu glukozy. Nie jest to bowiem jednorazowa czynność mierzenia, ale cała sieć czynności samomonitorowania się pacjenta – badanie własnej krwi, powtarzane wielokrotnie w ciągu dnia, zapamiętywanie samopoczucia w kolejnych porach dnia i porównywanie ich. Mówienie o chorobie nie powinno zatem izolować jej z zespołu praktyk, w których jest ona ulokowana. Jak pisze Mol i Law, ciało nie należy wyłącznie do domeny obiektów, ale też wiąże się ze sposobami zachowań. Możemy pytać o to, czym jest ciało obserwując chorych, jak sobie radzą, jak *wykonują* daną chorobę. Postać i rola diabetyka to nie tylko wyizolowany chory, zaangażowanych jest tutaj więcej elementów: poziom glukozy we krwi, specjalistyczne aparaty miernicze, reakcje najbliższych, rodzaje pożywienia, ćwiczenia, trawienie, metabolizm.

Autorzy artykułu pytają ponadto, jakiego typu odczucie prywatnej subiektywności może towarzyszyć praktykowaniu *hypoglycaemii*. *Subject-body*, czyli swego rodzaju cielesna samoświadomość nie jest czymś, co jest człowiekowi dane, ale rozwija się ona w ciągu życia. Także medycyna uczy ludzi jej odczuwania. W przypadku chorych z niedoborem cukru we krwi zachodzi bardzo ciekawe zjawisko, mianowicie przy pomocy instrumentów mierniczych trenuje się wewnętrzną, subiektywną wrażliwość

człowieka. Każę się diabetykom wielokrotnie mierzyć ich poziom cukru we krwi, ale zawsze przedtem próbować go zgadnąć. Ponadto nakazuje się choremu wiązać samopoczucie, poziom cukru we krwi z sytuacją otaczającą go (pora dnia, stres, rodzaj wykonywanej właśnie czynności, pogoda). Jak piszą autorzy, zanika tu opozycja między manipulowanym a zamieszkanym ciałem. Diabetyk włącza swoje otoczenie w obszar tego, jak odczuwa on swoje ciało. Diabetycy uważają, że insulina, jedzenie, aparaty do mierzenia *stają się nimi*, stają się częścią ich jaźni.

Zdaniem przedstawicieli *Actor-Network Theory* sposób, w jaki ludzie odczuwają swe *subject-body* nie jest dany, ale związany z ich praktykami życiowymi. To, jak *mamy* nasze ciała, jak *jesteśmy* naszymi ciałami – to wszystko jest częścią praktyki (a raczej różnorodności wielu praktyk). Wpływają na to inne czynniki/aktorzy (*other (f)actors*).

Autorzy *Situated Bodies and Distributed Selves...* kwestionują holizm w pojmowaniu ciała. W praktyce bardzo rzadko mamy do czynienia z ciałem jako pewną całością, pojmowanym *in toto* – twierdzą Mol i Law. W szpitalach na przykład ciało jako pewna jedność jest nieobecne. Problemy wymagające codziennych rozwiązań dotyczą raczej tego, co w ciele specyficzne. Ciało diabetyka także nie jest organiczną całością, istnieją tarcia i spięcia między różnymi częściami czy priorytetami ciała diabetyka. To, co jest dobre dla mózgu (czyli kolejna dostawa cukru), nie jest dobre dla reszty ciała (powodować może otyłość, szkodzić układowi krwionośnemu itp.).

Ucieleśnienie ludzkiego umysłu, o którym mówi na przykład współczesna fenomenologia nie polega na tym, że zamieszkujemy ciało, które jest konkretne, całe. Raczej jest tak, że subiektywność i cielesność są wciąż ustanawiane od nowa, wciąż wykonywane, praktykowane. Subiektywność i cielesność (*body-object* i *subject-body*) wzajemnie się konstytuują na różne sposoby.

W ostatniej części omawianego przeze mnie artykułu Anne-marie Mol i John Law wskazują siedem konsekwencji ewentualnego przyjęcia przez medycynę profesjonalną proponowanego przez nich sposobu pojmowania ciała. Jest to, najogólniej mówiąc, sposób pojmowania wykraczający poza obecną w kulturze zachodniej dychotomię: „ciało jako obiekt badań vs ciało jako podmiot doznań”. Oto owe konsekwencje:

1. Z perspektywy przyjętej przez przedstawicieli *Actor-Network Theory* wynika, że nie może być mowy o uzyskaniu wiedzy medycznej, która miałaby charakter uniwersalny, powszechny. Wręcz przeciwnie: należy raczej pytać o to, co partykularne, spe-

cyficzne, o lokalne warunki towarzyszące zjawiskom podlegającym badaniu. Powyższa sytuacja nie oznacza jednak, że taka lokalna, partykularna, praktyczna wiedza nie może mieć wartości dla innych zainteresowanych. Mogą oni korzystać z niej, próbując pewne jej elementy „transportować” do interesujących ich kontekstów.

2. Autorzy omawianego artykułu przyjmują, że wszystkie fakty są mocno zakorzenione w tym, co praktyczne (*practicalities*), ponieważ to właśnie praktyki wytwarzają fakty. Podejście *Actor-Network Theory* nie marginalizuje jednak i nie wyklucza medycznej wiedzy eksperymentalnej. Oznacza ono jedynie, że fragmenty artykułów naukowych poświęcone wykorzystanym w badaniach metodom i materiałom (*materials*) nie będą już tak bardzo istotne. Zdaniem Mol i Law bardziej należałoby się natomiast skupić na rezultatach badań.

3. Ujawnianie okoliczności, w których fakty są wytwarzane sprawi, że będzie łatwiej oszacować ich wartość. Ponadto *używający* faktów będą musieli zwrócić uwagę na materialne, praktyczne i emocjonalne koszty oraz efekty ich produkcji.

4. Relacje między różnymi „wykonaniami”, „ustanowieniami” ciała są tak złożone, jak relacje między praktykami, których są one częścią. To pociąga za sobą, że czasem zachodzą tarcia między różnymi sposobami ustanawiania tego, czym jest ciało ludzkie. Przykładowo diabetyk musi dbać o właściwy poziom cukru we krwi. Ale jaki poziom cukru jest dla niego właściwy? W bliskiej perspektywie czasowej właściwszy jest wyższy poziom cukru we krwi, który chroni przed atakiem choroby. Jednak w perspektywie dłuższej tenże poziom naraża chorego na ślepotę, neuropatię, arteriosklerozę, wobec czego należałoby go obniżyć. Jak twierdzą autorzy, nie ma pojedynczej normy postępowania, ale napięcia, z którymi chory musi nauczyć się żyć.

5. Wyniki analiz prezentowane w artykule Annemarie Mol i Johna Law pozwalają na wnioski dotyczące wiedzy medycznej w ogólności. Jak twierdzą autorzy, istnieje przekonanie, że postępowanie kliniczne służy oszacowaniu w jasny i precyzyjny sposób pożądanego stanu końcowego, do którego ma wieść leczenie. Jednakże w praktyce mamy do czynienia z wieloma napięciami pomiędzy różnymi możliwymi celami leczenia. Wtedy postępowanie kliniczne nie może orzec, które interwencje są efektywne, a które nie. Możemy jedynie stworzyć listę różnych efektów leczenia, które możemy próbować hierarchizować wedle ich istotności.

6. Z badań teorii aktora-sieci wynika, że przedmioty i podmioty, z którymi ma do czynienia medycyna są przez jej praktyki

współkonstruowane – nie istnieją one w sposób gotowy i ustalony poza praktykami medycznymi. Na przykład ucieleśnione jaźnie (*embodied selves*) osób chorych są „ustanawiane” w trakcie doświadczeń podlegania różnego rodzaju praktykom. Wynika z tego postulat zwiększonej ostrożności w odniesieniu do chorych. W przypadku chorych z niedoborem cukru we krwi jaźń diabetyka musi umieć kontrolować własny poziom cukru, ale ta umiejętność nie jest nikomu dana przed diagnozą choroby. Chory musi się nauczyć tego typu kontroli. Musi powstać jaźń zdolna do samokontroli, ale nie ulegająca kontroli przesadzonej, czyli neurozie. Leczenie w przypadku chorych na omawianą tu chorobę stwarza nie tylko jaźnie zdolne do samokontroli, ale też współistniejące z nimi ludzkie niepowodzenia, błędy w zakresie dbania o właściwy poziom cukru we krwi.

7. Ekspertyzy tego rodzaju, jak prezentowana przez badaczy ANT wymagają podejścia otwartego, hybrydalnego – angażującego nie tylko naukowców laboratoryjnych, ale też pielęgniarki, pacjentów i ich bliskich oraz etnografów.

W tekście *Situated Bodies and Distribute Selves...* autorzy kreślą nową perspektywę teoretyczną dla analiz praktyk medycznych. Sytuuje się ona poza dychotomicznym schematem myślenia o ciele ludzkim jako zarazem przedmiocie badań medycznych, jak i podmiocie prywatnych doznań. W zamian Mol i Law na przykładzie studiów nad chorymi z niedoborem cukru we krwi wskazują, że ciało ludzkie, w obu znanych nam już wymiarach: fizycznym i subiektywnym, jest współkonstruowane przez serie praktyk różnego rodzaju, podlega ciągłym przekształceniom w zależności od tych praktyk. Ciało człowieka jest czymś, co się *robi*, co podlega ciągłym wykonaniom. Prezentacja oryginalnego projektu analizowania praktyk medycznych Annemarie Mol i Johna Law pozwoli przejść do bardziej abstrakcyjnych może, a także bardziej krytycznych sposobów ujmowania praktyk medycznych autorstwa Michela Foucault.

4. Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault

„Społeczny konstruktywizm w socjologii zdrowia i choroby” – tak określane bywa ujęcie Michela Foucault (Uramowska-Żyto 1992: 19). Autor *Narodzin kliniki* pisał o historyczności sposobów społecznego konstruowania ciała. Wprowadził on pojęcie *anatomii politycznej*, kładł nacisk na to, że ciało służyć może jako obiekt i cel władzy, zauważał, że wiedzą o ludzkim ciele można

manipulować dla potrzeb różnych instytucji politycznych, woj-
skowych, edukacyjnych (zob. Uramowska-Żyto 1992: 78).

Foucault wskazuje, że na skutek rozrostu subtelnych sieci władzy-wiedzy zdrowie nie jest już prywatną sprawą jednostki. Zdrowie także może być formą władzy. Społeczne praktyki dyskursywne (u podstaw których tkwią relacje uległości i dominacji) konstytuują to, co nazywamy zdrowiem oraz chorobą. Według francuskiego badacza choroba to produkt normatywnych wykluczeń. Medycyna funkcjonuje w społeczeństwie jako jeden z naukowych, *werydycznych* dyskursów¹⁴. 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 – przez swe zabiegi klasyfikacyjne konstytuuje on to, czym jest choroba, produkuje też nową formę poznania, jaką jest tzw. 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 przedmiesiączkowe¹⁵.

4. Procesy medykalizacji – praktyki władzy?

Zjawiska medykalizacji definiowane są jako kompleksowe procesy ekspansji medycyny i modelu medycznego w obszary niemedycznych dziedzin życia społecznego. Modele myślenia wywodzące się z medycyny stają się modelami interpretacji doświadczeń życia codziennego (na przykład nadwaga, bezsenność, brak

¹⁴ 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 władzy (Foucault 1981: 56; zob. też Allen 1994: 194).

¹⁵ Kategorie te wymienia Mary Douglas (zob. Uramowska-Żyto 1992: 31–32).

apetytu). Następuje wzrost 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) (zob. Goodman 1997: 270–271).

W swej pracy pod tytułem *Narodziny kliniki* Foucault rekonstruuje historię medycyny zachodniej: od medycyny zajmującej się klasyfikacją 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 władzy. 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 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 ujarzmianiem¹⁶, opłataniem 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.

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 obarczonej 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 całko-

¹⁶ Transkrypcja ta pochodzi od tłumacza *Nadzorować i karać*, Tadeusza Komendanta.

wicie. Zaczyna się odczuwać powszechną obecność lekarzy, których krzyżujące spojrzenia tworzą sieć i w każdym punkcie przestrzeni, w każdej chwili, utrzymują nieprzerwany, zmienny, różnicowany 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 zwielokrotnienie 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 winien społeczeństwu i bogatym służyć jako obiekt badań medycznych. Dzięki temu umożliwia on rozwój poznania i przyrost wiedzy, co chroni przed ewentualnymi chorobami innych ludzi (zob. Foucault 1999: 116–117).

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

Nowożytnie 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 karni 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 polimorficznym 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 makładów ekonomicznych na aparaty kontroli. Dyskurs medycyny wskazuje na naturalność władzy i wykluczeń społecznych. Zdaniem Foucaulta, procesy medykalizacji wyznaczyły oblicze współczesnego społeczeństwa.

6. Podsumowanie

Głównym celem niniejszego tekstu była próba wskazania na niestandardowe i oryginalne sposoby analizowania praktyk medycznych współczesnego społeczeństwa. Zarówno ujęcie przedstawicieli *Actor-Network Theory*, jak i koncepcje Michela Foucault podważają tezę o istnieniu uniwersalnego, ponadhistorycznego i ponadkulturowego sposobu doświadczenia ciała (zarówno w jego wymiarze fizycznym i subiektywnym) oraz choroby, wykraczając poza matrycę myślenia charakterystyczne dla klasycznej socjologii medycyny. Oba podejścia skupiają się nie na badaniu wiedzy przynależnej medycynie, czy też instytucji z nią związanych, lecz na analizie *praktyk* medycznych, albowiem to właśnie powiązania praktyk uznane są tu za podstawową materię życia społecznego.

Niestandardowe ujęcie problemów związanych z medycyną często okazują się warte uwagi także ze względów etycznych – stanowią próby krytyki współczesności. Rola takich koncepcji, jak ujęcie Michela Foucault, gdzie pisze się o praktykach medy-

kalizacji jako praktykach władzy polega na uwrażliwianiu wyobraźni Czytelnika na to, że rozwój medycyny obfituje w skutki, które niekoniecznie muszą przyczyniać się do uszczęśliwiania Ludzkości.

Piśmiennictwo

- Abriszewski, Krzysztof. 2001. *Problem Foucaulta. Podmiot, władza i zalecenia właściwego postępowania*, w: Marek Szulakiewicz (red.), *Filozofia i polityka w XX wieku*, Kraków: Aureus.
- Allen, Barry. 1994. *Prawa w filozofii*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Amsterdamski, Stefan. 1992. *Filozofia nauki i socjologia wiedzy*, w: Helena Kozakiewicz, Edmund Mokrzycki, Marek J. Siemek (red.), *Racjonalność współczesności. Między filozofią a socjologią*, Warszawa: PWN, 319–334.
- Collins, Harry i Trevor Pinch. 1998. *Golem, czyli co potrzeba wiedzieć o nauce*, przeł. Anna Tanalska-Dulęba, Warszawa: Wydawnictwo CiS.
- Czerniak, Stanisław. 1985. *Między filozofią a socjologią. Klasyczne i postklasyczne koncepcje socjologii wiedzy*, *Kultura i Społeczeństwo*, nr 1, 75–94.
- 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, 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.
- Foucault, Michel. 1998a. *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France, 1976*, przeł. Małgorzata Kowalska, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- 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.
- Illich, Ivan. 1975. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, New York: Pantheon Books.
- Latour, Bruno i Steve Woolgar. 1986. *Laboratory Life: The Construction of Scientific Knowledge*, Pinceton: PUP.
- Latour, Bruno. 1988. *The Pasteurization of France*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- Latour, Bruno. 1992. *One More Turn after the Social Turn...*, w: Ernan McMullin (red.), *The Social Dimensions of Science*, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 272–294.
- Latour, Bruno. 1993. *We Have Never Been Modern*, New York: Harvester Wheatsheaf.

- Latour, Bruno. 1999. *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*, Cambridge: Harvard University Press.
- Law, John i Annamarie Mol. 1999. *Situated Bodies and Distributed Selves: Anacting Hypoglycaemia* (draft), Department of Sociology, Lancaster University, <http://www.lancaster.ac.uk/sociology/stslaw5.html>.
- Law, John. 1999. *After ANT: Complexity, Naming and Topology*, w: John Law i John Hasard (red.), *Actor Network Theory and After*, Oxford: Bleckwell Publishers, 1–15.
- Postman, Neil. 2001. *Technologia*, w: tenże, *W stronę XVIII stulecia. Jak przeszłość może doskonalić naszą przyszłość*, przeł. Rafał Frąć, Warszawa: PIW.
- Shapin, Steven i Simon Schaffer. 1985. *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle and the Experimental Life*, Princeton NJ: Princeton University Press.
- Shapin, Steven. 2000. *Rewolucja naukowa* przeł. Stefan Amsterdamski, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Sojak, Radosław. 1996. *Socjologia wiedzy chce pozostać nieświadoma*, *Studia Socjologiczne*, nr 4, 25–49.
- Sojak Radosław. 2000. *Konsekwentna niewspółmierność. Uwagi na marginesie „sprawy Alana Sokala”*, *Przegląd Filozoficzny*, nr 1, 109–129.
- Sullivan, Mark. 1986. *In what sense is contemporary medicine dualistic*, „Culture, Medicine and Psychiatry”, nr 10, 331–350.
- Szacki, Jerzy. 1989. *Obiektywizm i subiektywizm w socjologii*, w: Helena Kozakiewicz, Edmund Mokrzycki, Marek J. Siemek (red.), *Racjonalność, nauka, społeczeństwo*, Warszawa: PWN, 376–397.
- Szahaj, Andrzej. 1990. *Krytyka, emancypacja, dialog. Jürgen Habermas w poszukiwaniu nowego paradygmatu teorii krytycznej*, Warszawa: Kolegium Otryckie.
- Tuchańska, Barbara. 1989. *Problem poznania jako pytanie ontologiczne*, w: Helena Kozakiewicz, Edmund Mokrzycki, Marek J. Siemek (red.), *Racjonalność, nauka, społeczeństwo*, Warszawa: PWN, 241–263.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 1992. *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Woźniak, Tomasz, Józef Niżnik, Elżbieta Kałuszyńska. 2001. *Dyskusja na temat książki Tomasza Woźniaka, „Zagadnienia Naukoznawstwa”*, nr 1–2, 77–112.
- Woźniak, Tomasz. 2000. *Propaganda scjentyistyczna. Funkcje społeczne przekazów popularnonaukowych*, Warszawa: 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.
- Zybertowicz, Andrzej. 1999. *Konstruktywizm jako orientacja metodologiczna w badaniach społecznych*, ASK, nr 8, 7–28.
- Życiński, Józef. 1993. *Redukcjonizm socjologiczny szkoły edynburskiej*, w: tenże, *Granice racjonalności. Eseje z filozofii nauki*, Warszawa: PWN, 269–300.

Ewa Bińczyk

A non-classical approach to medical practices: Michel Foucault and Actor-Network Theory

Summary

The text presents an analysis of medical practices stemming from two sources: Michel Foucault's conception and the research of Annemarie Mol and John Law, representatives of a trend known as *Actor-Network Theory*. Both approaches reveal significant theoretical kinship: they can be successfully consigned to the framework of non-classical sociology of science. I initially refer to the cited conceptions as a version of non-classical sociology of medicine. The identity of non-classical sociology of medicine hinges on the fact that it undermines the possibility of objective definitions of disease, health and the body. These are rather approached as variable social and historical phenomena, co-constituted by medical practices. To both Foucault and Mol the main object of interest was not medicine as such, but rather the network of medical practices. Mol and Law sketch a new theoretical perspective for the analysis of medical practices. They attempt to go beyond the dichotomous scheme of thinking about the human body as an object of medical research and the subject of private experience. Research on patients suffering blood-sugar deficiency provide the empirical background for the thesis of *Actor-Network Theory* representatives. Michel Foucault's conceptions are extremely critical of medical practices. The French researcher describes the processes of 'medicalising' Western society as the emergence of a new type of power. He attempts to sensitise the reader to the ethical dimension of the processes of medicalising society.

Ewa Bińczyk

Medizinische Praktiken nicht klassisch betrachtet: Michel Foucault und die Actor - Network Theory

Zusammenfassung

Im Artikel werden ärztliche Praktiken aufgrund der Konzeptionen von Michel Foucault und der Untersuchungen von Annemarie Mol und John Law (Vertretern einer Strömung, die in der Fachliteratur als *Actor-Network Theory* bekannt ist) analysiert.

Beide Konzeptionen ähneln einander von der theoretischen Seite her: beide sind in der nicht klassischen Soziologie der Wissenschaft zu situieren. Die genannten Konzeptionen möchte ich grob als Versionen der unklassischen Soziologie der Medizin bezeichnen.

Die Identität der unklassischen Soziologie der Medizin wird vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie die Möglichkeit, die Krankheit, Gesundheit oder den Körper objektiv zu definieren in Frage stellt. Sowohl die Krankheit, als auch die Gesundheit und der Körper werden als soziale und historisch bedingte und veränderliche Phänomene betrachtet, die durch ärztliche Praktiken mitkonstituiert werden. Sowohl Foucault, als auch Mol und Law untersuchen nicht die Medizin an sich, sondern vielmehr das Netz der ärztlichen Praktiken.

Mol und Law zeichnen eine neue theoretische Perspektive für die Analyse der medizinischen Praktiken. Sie versuchen, das dichotome Denkschema über den menschlichen Körper als medizinisch-wissenschaftliches Untersuchungsobjekt und Subjekt privater Empfindungen zu durchbrechen. Dies geschieht vor dem empirischen Hintergrund der Forschungen über Hypoglykämiker.

Die Konzeption von Michel Foucault betrachtet medizinische Praktiken eher kritisch. Der französische Wissenschaftler schildert die Prozesse der Medizionalisierung der westlichen Gesellschaften als eine neue Weltmacht und versucht damit, auf ethischen Ausmaß dieses Prozesses hinzuweisen.