ΤΕΥΧΟΣ ΤΡΙΤΟ
2018/1

# ΚΡΙΣΗ

ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΑΥΡΟΥΔΕΑΣ, ΣΤΕΡΓΙΟΣ ΣΕΡΕΤΗΣ
Ιμπεριαλιστική εκμετάλλευση, ελληνική κρίση
και μεταβιβάσεις αξίας

ΝΙΚΟΛΑΣ ΒΡΟΥΣΑΛΗΣ
Τι είναι ο αναλυτικός μαρξισμός;

ΜΑΡΙΑ ΧΟΛΕΒΑ
Παράγοντας έναν τεχνίτη για τον τροχό
στο προϊστορικό Αιγαίο της 3ης χιλιετίας π.Χ.

ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ET AL.
Κανόνας, κανονικότητα, παθολογία:
Διαβάζοντας τους γιατρούς Ζορζ Κανγκιλέμ και Τζέφρι Ρόουζ.

ROJDA AZIZOĞLU
Μακιαβέλλι: Θεωρητικός της κρατικής σκοπιμότητας
ή της ισοπολιτείας;

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

Τιμή €9

# ΚΡΙΣΗ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

ΚΡΙΣΗ
Εξαμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση

KRISI
Biannual Scientific Review

*Συντακτική επιτροπή*
Θοδωρής Δημητράκος
Γιάννης Κοζάτσας
Κώστας Πασσάς

*Επιστημονικοί συνεργάτες*
Αραγεώργης Άρης, Βλάχου Ελένη, Γκιούρας Θανάσης, Jung Reinhard, Καλτσώνης Δημήτρης, Μαμουλάκη Έλενα, Μανιάτης Γιώργος, Ματθιόπουλος Ευγένιος, Μαυρουδέας Σταύρος, Μπάγκος Παντελής, Μπαλτάς Αριστείδης, Μυλωνάκη Ευγενία, Παπαδάτος Νίκος, Σακελλαρόπουλος Σπύρος, Σταυρίδης Σταύρος, Στεργιόπουλος Κώστας, Φαράκλας Γιώργος, Φουρτούνης Γιώργος, Χολέβα Μαρία, Χρύσης Αλέξανδρος, Ψύλλος Στάθης.

*Επικοινωνία*
www.e-krisi.gr

*Υπεύθυνος επικοινωνίας*
Γεράσιμος Χολέβας

*Σχεδίαση-στοιχειοθέτηση τεύχους*
Βασίλης Παπαγεωργίου

*Σχεδίαση ιστοσελίδας*
Γιάννης Σακελλαρίου

Τιμή τεύχους: 9 ευρώ
Ετήσια συνδρομή (ιδιώτες): 15 ευρώ
Ετήσια συνδρομή (ιδρύματα): 20 ευρώ

*Κεντρική διάθεση*
Εκδόσεις Τόπος
Πλαπούτα 2 & Καλλιδρομίου, 114 73 Αθήνα, Τηλ. 2108222835, info@motibo.com

Τεύχος 3 – 2018/1

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση μέρους ή όλου του έργου, καθώς και η αναπαραγωγή ή μετάδοσή του με οποιοδήποτε οπτικοακουστικό, γραπτό ή άλλο μέσο χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη ή του συγγραφέα.

ISSN 2585-2124

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

*Άρθρα*

**Ιμπεριαλιστική εκμετάλλευση, ελληνική κρίση**
**και μεταβιβάσεις αξίας** .....5
Σταύρος Μαυρουδέας, Στέργιος Σερέτης

**Τι είναι ο αναλυτικός μαρξισμός;** .....33
Νικόλας Βρούσαλης

**Παράγοντας έναν τεχνίτη για τον τροχό στο προϊστορικό Αιγαίο της 3ης χιλιετίας π.Χ.**
**Προς μια κοινωνική θεώρηση της τεχνικής πράξης** .....53
Μαρία Χολέβα

**Κανόνας, κανονικότητα, παθολογία: Διαβάζοντας τους γιατρούς Ζορζ Κανγκιλέμ και Τζέφρι Ρόουζ.**
**Η κριτική του βιο-ιατρικού παραδείγματος**
**ως πολιτική στρατηγική** .....95
Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Στέργιος Σερέτης, Μιχάλης Πουλημάς, Ελένη Παπακώστα-Γάκη, Αλέξης Μπένος

**Μακιαβέλλι: Θεωρητικός της κρατικής σκοπιμότητας**
**ή της ισοπολιτείας;** .....115
Rojda Azizoğlu

# Κανόνας, κανονικότητα, παθολογία: Διαβάζοντας τους γιατρούς Ζορζ Κανγκιλέμ και Τζέφρι Ρόουζ.

## Η κριτική του βιο-ιατρικού παραδείγματος ως πολιτική στρατηγική

Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος*
Στέργιος Σερέτης*
Μιχάλης Πουλημάς*
Ελένη Παπακώστα-Γάκη*
Αλέξης Μπένος*

*Στη μνήμη του Αντώνη Κούτη,*
*ενός κριτικού της Ιατρικής*

**Περίληψη**
Το θετικιστικό βιολογικό-ιατρικό πρότυπο της υγείας, οιονεί μετεξέλιξη του μηχανιστικού μοντέλου του 17ου αιώνα, και κυρίαρχο παράδειγμα μέχρι σήμερα, με τη συνδρομή και των τεχνολογικών-επιστημονικών επιτευγμάτων που «τεκμηριώνουν» τη θετικιστική αισιοδοξία από τον 19ο αιώνα, συνιστά το επιστημολογικό θεμέλιο μιας ατομοκεντρικής και ιατροκεντρικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία. Αποκομμένη από το περιβάλλον (κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό) των «παθολογικών», η στρατηγική αυτή αποδίδει προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και, σε ό,τι αφορά τον πληθυσμό, στις ομάδες υψηλού κινδύνου – σε κάθε περίπτωση, πάντως, στα άτομα και τα ατομικά/ποσοτικά βιοϊατρικά δεδομένα. Προτείνοντας, στον αντίποδα του προτύπου αυτού, μια στρατηγική προληπτικής ιατρικής, προσανατολισμένη στον πληθυσμό και τους κοινωνικο-πολιτικούς προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή στον κοινωνικό βίο, ο Βρετανός επιδημιολόγος Τζέφρι Ρόουζ φαίνεται να «συνομιλεί» με τη ριζική μη θετικιστική κριτική του βιοϊατρικού μοντέλου που διατύπωσε τη δεκαετία του ’40 ο γιατρός, φιλόσοφος και ιστορικός της ιατρικής Ζορζ Κανγκιλέμ, εμβληματική φιγούρα της γαλλικής επιστημολογίας. Υπό το φως πιο πρόσφατων συμβολών, μια παράλληλη ανάγνωση των Κανγκιλέμ και Ρόουζ επισημαίνει την επικαιρότητα μιας σύγχρονης κριτικής της ιατρικής, συμβατής με τη μαρξική και μαρξιστική κριτική της ιδεολογίας.

* Οι συγγραφείς είναι ερευνητές στο Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Ο Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος είναι πολιτικός επιστήμονας, επιστημονικός συνεργάτης, ο Στέργιος Σερέτης είναι μεταδιδακτορικός ερευνητής πολιτικής οικονομίας της υγείας, ο Μιχάλης Πουλημάς είναι μεταδιδακτορικός ερευνητής κοινωνιολογίας της υγείας, η Ελένη Παπακώστα-Γάκη είναι ψυχολογός, επιστημονική συνεργάτιδα, και ο Αλέξης Μπένος είναι καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΚΡΙΣΗ 3 - 2018/1, 95-113

**1. Πολιτική μέσα στις έννοιες**: τι είναι η υγεία;**

Ως φροντίδα υγείας (health care) ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει τις υπηρεσίες που προσφέρουν πάροχοι υπηρεσιών υγείας σε άτομα ή κοινότητες με σκοπό την προαγωγή, τη διατήρηση, την παρακολούθηση ή την αποκατάσταση της υγείας (WHO 2004: 28). Αν όμως στον κυρίαρχο λόγο είναι εμφανής η ταύτιση φροντίδας υγείας και υπηρεσιών, ανάλογη, παραδόξως, φαίνεται η εστίαση και του κριτικού λόγου: οι ανισότητες ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, οι στρατηγικές εμπορευματοποίησης και ιδιωτικοποίησης δημόσιων υπηρεσιών, η υποχρηματοδότηση και η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων, η υποβάθμιση και το κλείσιμο δομών είναι το μείζον και εδώ.

Η ιεράρχηση είναι, βεβαίως, εύλογη στο βαθμό που η εμμονή στη συμπίεση του «κόστους» των υπηρεσιών υγείας υπαγορεύει την πολιτική για την υγεία διεθνώς.[1] Όμως, αν υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», όπως δέχεται ο Π.Ο.Υ. στο καταστατικό του (WHO 2006/1946), τότε το κριτικό βλέμμα δεν μπορεί να εξαντλείται στις υπηρεσίες και στους όρους της πρόσβασης των ήδη ασθενών σε αυτές – στην *εκ των υστέρων*, δηλαδή, αντιμετώπιση της ασθένειας και της αναπηρίας, και εντέλει στην κλινική πράξη και την ιατρο-φαρμακευτική παρέμβαση. Η πρόσβαση αποτελεί κρίσιμο μεν, αλλά *μέρος* της συνολικής *έκβασης* της υγείας ως αγαθού. Καθώς δε η έκβαση προσδιορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες, όπως επίσης δέχεται ο Π.Ο.Υ. (Wilkinson & Marmot 2003), φροντίδα υγείας σημαίνει, καταρχάς, προληπτική δράση επί των κοινωνικών προσδιοριστών. Η δράση αυτή *εμπλέκει*, σαφώς ωστόσο *υπερβαίνει*, τα ατομικά βιοϊατρικά δεδομένα και την αρμοδιότητα των «ειδικών», των επαγγελματιών της υγείας –και καταρχάς των γιατρών–, αποδίδοντας σημασία στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της ευεξίας. Στον αντίποδα, το βιοϊατρικό μοντέλο εξαντλεί τη φροντίδα στο ανθρώπινο σώμα· αυτό επιδιώκει να επαναφέρει στον «κανόνα», αποκαθιστώντας μετρήσιμες βιολογικές (σωματικές) μεταβλητές στις «κανονικές» τιμές τους (Engel 1977).

Το ερώτημα, λοιπόν, «για τι ακριβώς φροντίζουμε όταν φροντίζουμε την υγεία;» γίνεται θεμελιώδες: διαφορετικές επιστημονικές/επιστημολογικές αντιλήψεις για το τι συνιστά υγεία αποτυπώνουν/ορίζουν διαφορετικές κατευθύνσεις στην πολιτική υγείας, αλλά και στην πολιτική γενικά. Θεωρώντας την υγεία ζήτημα πρωτίστως ατομικών και μετρήσιμων βιολογικών παραμέτρων, το εμπειριστικό βιοϊατρικό παράδειγμα προϋποθέτει φιλοσοφικά ένα «αφηρημένο –απομονωμένο– ανθρώπινο άτομο» (Μαρξ 2004/1845), «αφαιρεί» δηλαδή από τον/την ασθενή την ιστορία και τις κοινωνικές σχέσεις στις οποίες ο/η ίδιος/α εντάσσεται. Ήδη, λοιπόν, από τα χρόνια της αυτονόμησής της από τη βιολογία και της συγκρότησής της ως αυτόνομης επιστήμης, παράλληλα με την ανάδυση της πολιτικής οικονομί-

** Αναφορά στο ομότιτλο βιβλίο του Κοσμά Ψυχοπαίδη (1997).

1 Τον Ιανουάριο του 2018 στη Γενεύη, η ατζέντα της 142ης συνεδρίασης της Εκτελεστικής Επιτροπής του Π.Ο.Υ., ενόψει της Γενικής Συνέλευσης του Μαΐου, βεβαίωνε –όχι απρόσμενα– την κυριαρχία των τάσεων αυτών, με τη ρητορική περί *μετόχων* (*stakeholders*), το Πλαίσιο για την Εμπλοκή Μη Κρατικών Δρώντων (Framework for the Engagement of Non-State Actors, FENSA) και την εμμονή στο στόχο της συμπίεσης του «κόστους» (*cost-effectiveness*) να δίνουν τον τόνο, στο φόντο, βεβαίως, της υποχρηματοδότησης του Οργανισμού.

ας, η σύγχρονη (ανατομο-κλινική) ιατρική αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες κοσμοθεωρήσεις, και τελικά κοινωνικές επιδιώξεις, χάριν των οποίων η υγεία περιέρχεται υπό δημόσια ευθύνη.[2] Με τους όρους του Ζορζ Κανγκιλέμ, η αυτονόμηση είναι συνώνυμη μιας «ανατομο-κλινικής επανάστασης» (Canguilhem 2012: 38).

Πιο συγκεκριμένα, με το τέλος του 18ου αιώνα, η υγεία συνδέεται με τον πληθυσμό, και οι «μεταβλητές» αυτού του τελευταίου (το ποσοστό των γεννήσεων, η θνησιμότητα, η νοσηρότητα κλπ.) υπόκεινται σε διαρκείς μετρήσεις, διότι συνδέονται με τη δημιουργία του πλούτου, την υλική ευημερία και τελικά την αποτροπή των εξεγέρσεων (Φουκώ 1978). Την ίδια στιγμή, η μέριμνα για τον πληθυσμό ως μέριμνα για την ασφάλεια του ηγεμόνα σημαίνει, επίσης, την υποχρέωση για κάθε υποκείμενο να διορθώσει μια εμφάνιση που φοβίζει ή συμπεριφορές που λογίζονται ως απειλητικές, δυσάρεστες, αποκλίνουσες ή ανεπιθύμητες (Engel 1977), και να καταστεί το ίδιο παραγωγικό (Μασερέ 2013)· είναι γι' αυτό που η μέριμνα για τον πληθυσμό περνά υποχρεωτικά από το σώμα,

> «την αύξηση των ικανοτήτων του, την απόσπαση των δυνάμεών του, την παράλληλη ανάπτυξη της χρησιμότητας και της υπακοής του, την ένταξή του μέσα σε αποτελεσματικά και οικονομικά συστήματα ελέγχου» (Φουκώ 1978: 170).

Για την καπιταλιστική κοινωνία, γράφει ο Μισέλ Φουκώ,

> «αυτό που προέχει πάνω απ' όλα είναι η βιο-πολιτική, το βιολογικό, το σωματικό, το αισθητό. Το σώμα είναι μια βιο-πολιτική πραγματικότητα· η ιατρική είναι μια βιο-πολιτική στρατηγική» (Foucault 2000/1974: 134-156).

Είναι στο σημείο αυτό που η υπαγωγή κάθε επιμέρους ατόμου στον κανόνα («κανονικοποίηση») συναντιέται με την καπιταλιστική εκμετάλλευση – και η φουκωική κριτική της βιοπολιτικής με τη μαρξική κριτική της πολιτικής οικονομίας (Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος 2017).

Επιδιώκοντας να θεμελιώσει προβλέψεις σε μετρήσιμα και «σκληρά» εμπειρικά (δηλαδή «τα μόνα επιστημονικά») δεδομένα, ο θετικισμός της εποχής επιδιώκει ρητά να οργανώσει την κοινωνία και να θεμελιώσει την πολιτική επί τη βάσει μιας θετικής επιστήμης – δηλαδή της μόνης νοητής επιστήμης. Προτού εισαγάγει, έτσι, τον όρο «κοινωνιολογία», ο θετικιστής φιλόσοφος Ογκίστ Κοντ (Auguste Compte) έχει προτείνει αυτόν της «κοινωνικής φυσικής», κι ο ίδιος έχει συνδέσει ρητά πολιτική και επιστήμη στα έργα *Σχέδιο των απαραίτητων επιστημονικών εργασιών για τη αναδιοργάνωση της κοινωνίας* (*Plan des travaux scientifiques nécessaries pour réorganiser la société*, 1822) και *Σύστημα της θετικής πολιτικής* (*Système de politique positive*, 1854) (Marietti 2000/1996). Η συνάρθρωση γνώσης-εξουσίας που υπερασπίζεται με τον Κοντ ο θετικισμός (και η οποία απασχολεί αργότερα τα φιλοσοφικά έργα του Λένιν και τη διαμάχη «μηχανικιστών» και «δι-

2 Για το επίμαχο ζήτημα της αυτονόμησης της ιατρικής, βλ. ενδεικτικά Pinell 2008 και Φουκώ 2012: 15, 115. Για τον κοινωνικό ρόλο των γιατρών, βλ. Waitzkin 2016, με τα εύγλωττα παραδείγματα της Χιλής και της Κούβας.

αλεκτικών» στη Ρωσία – βλ. Zapata 1983) δεν αφορά μόνο τους ιστορικούς των επιστημών.

Η εποχή που διανύουμε σήμερα είναι, επίσης, εποχή θετικιστικής υπεραισιοδοξίας, σήμα κατατεθέν της οποίας συνιστά η μοριοποίηση-επαναβιολογικοποίηση της ανθρώπινης ζωής (Λέκκα 2012: 212). Στα συμφραζόμενά της το σύμπτωμα αποκόβεται από τον ασθενή και ο τελευταίος απομονώνεται από το ιστορικό-κοινωνικό περιβάλλον του· σε επίπεδο πολιτικής υγείας πια, η μόνωση αυτή ευνοεί τις ταχύτερες (και φτηνότερες για το κράτος) ατομικές θεραπείες (Παπαδόπουλος 2017: 25, 286-287). Μέτρο εξάλλου της τάσης αυτής, της «ολικής επαναφοράς» δηλαδή του βιοϊατρικού θετικισμού, είναι μια διαρκώς αναπτυσσόμενη βιομηχανία «διαταραχών» και, πιο πρόσφατα, η εμπορευματοποίηση του προγράμματος του ανθρώπινου γονιδιώματος, ώστε «ο καθένας [ν]α μπορεί να έχει παρεμβάσεις κομμένες και ραμμένες στα μέτρα του, κατάλληλες για το γενετικό προφίλ του» (Khaw & Marmot 2017: 264). Αν οι τάσεις αυτές ορίζουν πράγματι μια διακριτή εποχή, το «πνεύμα» της εποχής αυτής θέλει τα άτομα μόνα υπεύθυνα, τους γιατρούς μόνους αρμόδιους και τις βιολογικές θεραπείες τις μόνες κατάλληλες για την προάσπιση της υγείας.

Το τρίπτυχο αυτό, εξαιρετικά συμβατό με την ενοχοποίηση του θύματος για την κακή υγεία του και τη μετακύλιση του κόστους της θεραπείας του στο ίδιο (Crawford 1979), είναι κοινός τόπος στις μέρες μας: η κρίση του βιοϊατρικού παραδείγματος, μολονότι καταγεγραμμένη από δεκαετίες (Engel 1977), δεν οδήγησε στην εγκατάλειψή του. Όπως συνέβαινε διαχρονικά, οι υπερασπιστές του παραδείγματος αυτού επικαλούνται τα εμπειρικά/πειραματικά, δηλαδή τα «αντικειμενικά» δεδομένα της επιστημονικής έρευνας. Η βιοϊατρική σύλληψη της υγείας, ωστόσο, παραμένει ιδεολογική: συνδέεται με συγκεκριμένα κοινωνικά συμφέροντα, τα οποία αποκρύβει (στη λειτουργία της απόκρυψης συνίσταται ο ιδεολογικός χαρακτήρας της)· την ίδια δε στιγμή, αξιοποιεί ένα συγκεκριμένο επιστημολογικό παράδειγμα, το βιοϊατρικό-μηχανιστικό, επενδύοντας «επιστημονικά» αυτή την απόκρυψη. Είναι το παράδειγμα αυτό που κατοχυρώνει τους γιατρούς ως φορείς μιας θετικής επιστημονικής γνώσης επί της υγείας και της ασθένειας. Και είναι χάρη στη γνώση αυτή (της φυσιολογίας), την πείρα και την αίσθηση του δικού τους σώματος (Κανγκιλέμ 2007), που οι γιατροί αναγνωρίζονται ως αποκλειστικοί κάτοχοι της αλήθειας για το κανονικό και το παθολογικό.

Από αυτή τη σκοπιά, το εκδοτικό ενδιαφέρον για το έργο του αντιθετικιστή Γάλλου φιλοσόφου, γιατρού και ιστορικού των επιστημών της ζωής Ζορζ Κανγκιλέμ (Κανγκιλέμ 2007· Μασερέ 2010· Canguilhem 2012· 2015· 2016· Rose N. 2017), εμβληματικής φιγούρας της γαλλικής επιστημολογίας της δεκαετίας του ’60, μαρτυρά την επίγνωση ότι το θετικιστικό βιοϊατρικό παράδειγμα, που βλέπει την υγεία σε ατομικό επίπεδο, ως απουσία ασθένειας, και την κλινική-ιατροφαρμακευτική παρέμβαση ως μόνη εγγύηση γι’ αυτήν (σε αντίθεση με τη βιο-ψυχοκοινωνική, ολιστική ιπποκρατική σύλληψη της υγείας),[3] παραμένει το επιστημολογικό «βάθρο»

3 Για τον Ιπποκράτη, κάθε γιατρός όφειλε να ελέγχει αν μια πόλη είναι υγιεινός ή ανθυγιεινός τόπος για να ζει κανείς με βάση τη γεωγραφική θέση της, το νερό της («μαλακό, σκληρό ή αλμυρό») και τον τρόπο ζωής των κατοίκων της (αν πίνουν ή τρώνε υπερβολικά, αν τους αρέσει η άσκηση κ.ο.κ.) (βλ. «Περί αέρων υδάτων τόπων» I, 12-28, *Hippocrates Collected Works* I, Cambridge. Harvard University Press, 1868 [διαθέσιμο στο:

στρατηγικών εξουσίας πάνω στην υγεία και, εντέλει, πάνω στη ζωή· από την άποψη αυτή, η κριτική του, ανανεωμένη υπό το φως πρόσφατων συμβολών, διατηρεί επίσης την επικαιρότητά της.

Στο παρόν άρθρο, και με φορά από την πολιτική προς την επιστημολογία, θα ασχοληθούμε με την πληθυσμιακή στρατηγική της προληπτικής ιατρικής που διατύπωσε ο Βρετανός επιδημιολόγος Τζέφρι Ρόουζ (Rose G. 2017) – μια στρατηγική στον αντίποδα της κρατούσας ιατρικοποίησης και εξατομίκευσης της υγείας· όπως θα δείξουμε, η στρατηγική αυτή «συναντά» απόψεις του Κανγκιλέμ για τη διάκριση κανονικού και παθολογικού. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος του άρθρου θα ασχοληθούμε με το περιεχόμενο και την επιστημολογική θεμελίωση της πληθυσμιακής στρατηγικής, εξηγώντας την προτεραιότητα που αποδίδει στην προληπτική δράση επί των κοινωνικών προσδιοριστών (επί του «κανόνα») έναντι της κλινικής. Στο δεύτερο μέρος θα συνοψίσουμε την αντιθετικιστική κριτική του Κανγκιλέμ στο βιοϊατρικό παράδειγμα, αναδεικνύοντας τα σημεία όπου αυτή προσεγγίζει τις θέσεις του Ρόουζ. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος, θα συζητήσουμε την επικαιρότητα της κριτικής του Κανγκιλέμ, αναδεικνύοντας σύγχρονες τάσεις της βιολογικοποίησης-ιατρικοποίησης της υγείας και της ασθένειας.

## 2. Η στρατηγική της προληπτικής ιατρικής: δράση επί του «κανόνα»

Ο καρδιολόγος και επιδημιολόγος Τζέφρι Ρόουζ (1926-1993) ήταν ένας μάλλον συντηρητικός γιατρός, που τιμήθηκε από το βρετανικό κράτος με τον τίτλο του Ταξιάρχη του Τάγματος της Βρετανικής Αυτοκρατορίας (Rose G. 2017: 18, 26). Σημείο-σταθμός στο έργο του ήταν η έρευνα «Intersalt» (1984) – μια συγκριτική μελέτη για τους παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της υπέρτασης· η μελέτη αυτή ενέπλεξε 52 κοινότητες, από την Κένυα μέχρι τις ΗΠΑ και από τη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, τη Λαοκρατική Δημοκρατία της Γερμανίας και την ΕΣΣΔ, ως την Ιαπωνία. Η *Στρατηγική της προληπτικής Ιατρικής*, το τελευταίο και ευθέως πολιτικό βιβλίο του Ρόουζ, γράφτηκε το 1992, ένα χρόνο πριν από το θάνατό του: είναι η στιγμή που ένας κατά τα λοιπά συντηρητικός προειδοποιεί για τα εμπόδια που θέτει στην πολιτική της πληθυσμιακής προληπτικής προσέγγισης «η σκόπιμη αντίδραση των ισχυρών κατεστημένων συμφερόντων» (Rose G. 2017: 139) και η ελεύθερη αγορά.

---

https://el.wikisource.org/wiki/Περί_αέρων,_υδάτων,_τόπων]). Σχολιάζει σχετικά ο Ζορζ Κανγκιλέμ: «[…] η αρχαία ελληνική ιατρική, με τα ιπποκρατικά κείμενα και πρακτικές, παρέχει μια σύλληψη της ασθένειας όχι πλέον εντοπιστική, αλλά ολοποιητική. Η φύσις, στον άνθρωπο όσο κι έξω απ' αυτόν, είναι αρμονία και ισορροπία. Ασθένεια είναι η διατάραξη αυτής της ισορροπίας, αυτής της αρμονίας. Εδώ, η ασθένεια δεν είναι κάπου μέσα στον άνθρωπο. Βρίσκεται σε ολόκληρο τον άνθρωπο και έγκειται εξ ολοκλήρου σε αυτόν. Οι εξωτερικές περιστάσεις είναι αφορμές, αλλά όχι αιτίες. Η ασθένεια δεν είναι μόνο ανισορροπία ή δυσαρμονία, είναι επίσης –και ίσως κυρίως– προσπάθεια της φύσης να επιτύχει μια νέα ισορροπία στον άνθρωπο. Ο οργανισμός αρρωσταίνει για να θεραπευθεί. Η θεραπευτική οφείλει, πρώτ' απ' όλα, να ανεχθεί και, εν ανάγκη, να ενισχύσει αυτές τις αυθόρμητες ευδαιμονικές και θεραπευτικές αντιδράσεις. Η ιατρική μιμείται τη φυσική θεραπευτική δράση (vis mediatrix naturae). Προφανώς μια τέτοια σύλληψη είναι επίσης αισιόδοξη, αλλά εδώ η αισιοδοξία αφορά τη ροπή της φύσης και όχι την αποτελεσματικότητα της ανθρώπινης τεχνικής» (Κανγκιλέμ 2007: 358-359).

Ο ίδιος απορρίπτει τις συνήθεις απλοϊκές συστάσεις για την υιοθέτηση υγιεινιστικών ατομικών προτύπων ζωής: «οι φτωχοί», γράφει, «ζουν πάντα σε φτωχά σπίτια […], οι διαιτητικές τους επιλογές τείνουν να είναι κακές λόγω οικονομικής στενότητας [και] η ελευθερία να αποφασίζουν για τον τρόπο ζωής τους είναι σε μεγάλο βαθμό ακρωτηριασμένη» (Rose G. 2017: 218).

Η συγκυρία της έκδοσης έχει αυτοτελές ενδιαφέρον: το βιβλίο εκδίδεται λίγους μήνες πριν από την έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας με τίτλο «Invest in Health» (World Bank 1994) – τη «Βίβλο» για την ιδιωτικοποίηση της υγείας διεθνώς. Στη συγκυρία αυτή, ένας συντηρητικός Βρετανός βάλλει κατά του ωφελιμιστικού οικονομι(στι)κού επιχειρήματος, το οποίο επιστρατεύεται άλλοτε προς υποστήριξη και άλλοτε προς αμφισβήτηση του καθολικού χαρακτήρα της φροντίδας υγείας: «Κάθε θάνατος που αποτρέπεται είτε με πρόληψη είτε με θεραπεία», γράφει, «σημαίνει ένα επιπλέον ηλικιωμένο άτομο, και τα ηλικιωμένα άτομα είναι οικονομικώς μη παραγωγικά, ενώ συγχρόνως κοστίζουν πολύ, τόσο σε ιατρική φροντίδα όσο και σε κοινωνική υποστήριξη» (Rose G. 2017: 37). Αλλού λοιπόν, και σίγουρα όχι στην οικονομία, πρέπει να αναζητηθούν τα κίνητρα για την υποστήριξη της προληπτικής ιατρικής που αναφέρεται στον πληθυσμό: «Ο κόσμος γενικά κινητοποιείται μόνο από την προοπτική ενός οφέλους που είναι ορατό, άμεσο και πιθανό [αλλά] τα οφέλη για την υγεία σπάνια πληρούν αυτά τα κριτήρια» (Rose G. 2017: 52).

Για την κυρίαρχη προσέγγιση της φροντίδας υγείας, η ιατρική είναι εργαλείο της (καπιταλιστικής) οικονομίας: το μέσο αποκατάστασης ή, εν πάση περιπτώσει, η βοήθεια, που προορίζεται για μια μειονότητα ευπαθών ατόμων –αυτά που ανήκουν στις ομάδες «υψηλού κινδύνου»–, ώστε αυτά να επανέλθουν στον κανόνα της παραγωγικότητας. Για τον Ρόουζ, αντίθετα, στην οικονομία εντοπίζονται οι πρωταρχικές *αιτίες* των νόσων – όχι οι *θεραπείες* τους: «ιατρική και πολιτική» είναι που «δεν μπορεί και δεν πρέπει να είναι διαχωρισμένες». Γι' αυτό και οι προσπάθειες των πολιτικών, σημειώνει, πρέπει να εστιαστούν σε τρεις ευρύτερες συνιστώσες των στερήσεων, καθεμιά από τις οποίες επηρεάζει βαθύτατα την υγεία: την εκπαίδευση, τη στέγαση και την ανεργία (Rose G. 2017: 232).

Οι θέσεις αυτές διαθέτουν ένα επιστημολογικό υπόβαθρο που πρέπει να αναζητηθεί στην ιστορία της επιδημιολογίας. Ο Ρόουζ μνημονεύει καταρχάς τον επιδημιολόγο Τζον Σνόου (John Snow) (1813-1858), που συνέδεσε τη χολέρα με τα μολυσμένα αποθέματα νερού στο Σόχο του Λονδίνου, καταμετρώντας περιστατικά βάσει της υπόθεσης ότι η ασθένεια μπορεί να διακριθεί με σαφήνεια από τη φυσιολογική κατάσταση. Ο συγγραφέας της *Στρατηγικής της προληπτικής Ιατρικής* δείχνει, ταυτόχρονα, και τα όρια εκείνης της φιλοσοφίας της επιστήμης που βλέπει την επιστημονική έρευνα ως πάροχο ακλόνητων αληθειών ή/και την επιστημονική γνώση ως αποτέλεσμα μιας διαδικασίας συσσώρευσης επαληθεύσεων:

> «Οι Λιούμπιν και Γκέιλ διερεύνησαν τις προϋποθέσεις διεξαγωγής μιας μελέτης ασθενών […] με σκοπό να διαπιστώσουν αν η σχέση μεταξύ φυσικής έκθεσης στο ραδόνιο και αύξησης του καρκίνου του πνεύμονα ήταν γραμμική ή είχε σχήμα καμπύλης. Υπολόγισαν ότι αυτό θα απαιτούσε 24.054 περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα! […] Κάποιες κρίσιμες ερωτήσεις είναι αναπάντη-

τες είτε στο παρόν είτε στο εγγύς μέλλον. Πρέπει όλοι να μάθουμε να ζούμε με την αβεβαιότητα, ακόμα και οι ειδικοί επιστήμονες και όσοι παίρνουν τις αποφάσεις» (Rose G. 2017: 64-65).

Η γνωσιολογική μετριοπάθεια που υπερασπίζεται ο Ρόουζ, από την άλλη πλευρά, δε σημαίνει απόσυρση από την έρευνα ή αγνωστικισμό· σημαίνει, αντίθετα, μια ανθρωπιστική πολιτική μεθοδολογικά «αντιανθρωπιστική», δηλαδή μη ατομοκεντρική. Ο ίδιος αναγνωρίζει τις οφειλές του στον Γερμανό παθολογοανατόμο Ρούντολφ Βίρχοφ (Rudolf Virchow) (1821-1902), θεμελιωτή της επιδημιολογίας και αντίπαλο του κοινωνικού δαρβινισμού και των θεωριών της άριας «ανωτερότητας». Για τον Βίρχοφ, «η ιστορία των επιδημιών είναι η ιστορία των αναταραχών του ανθρώπινου πολιτισμού»· η φορά της έρευνας, λοιπόν, δεν μπορεί να είναι από τα άτομα προς το περιβάλλον τους και τις κοινότητες, από το μέρος προς το όλο, αλλά η αντίθετη.

Κεντρική αναφορά του Ρόουζ είναι ο Βρετανός γιατρός (και καθηγητής του) Τζωρτζ Πίκερινγκ (Sir George Pickering) (1904-1980): σε αυτόν αναγνωρίζει την πατρότητα της ιδέας ότι κάθε πληθυσμός μπορεί να μελετηθεί ως ενιαία οντότητα, «επειδή μεταξύ των άκρων ('ασθενείς') και της κύριας μάζας του ('φυσιολογικά άτομα') υπάρχει μια συνέχεια» (Rose G. 2017: 31, 33). Είναι χάρη σε αυτή τη συνέχεια που η επιδημιολογία μπορεί να μιλά για το πρότυπο της νοσηρότητας που προσιδιάζει σε κάθε πληθυσμό: για την επιδημιολογική «στροφή» των ανεπτυγμένων καπιταλιστικών κοινωνιών από τα λοιμώδη στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ή για το γεγονός ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι, στα χρόνια που γράφει ο Ρόουζ, 20 φορές συχνότερος στην Κολομβία απ' ό,τι στο Ισραήλ. Η παραλλαγή του «κανόνα» αυτού ανά πληθυσμό οδηγεί σε ένα ριζοσπαστικό συμπέρασμα: δεν υπάρχει καμία γνωστή βιολογική αιτία για να μην έχει κάθε πληθυσμός την καλύτερη δυνατή υγεία (Rose G. 2017: 33).

Έστω, όμως, ότι το πρότυπο της νοσηρότητας προσδιορίζεται κοινωνικά – άρα πολλές ασθένειες μπορούν να προληφθούν με στρατηγικές που στοχεύουν στον πληθυσμό· τι είναι αυτό, ωστόσο, που πρέπει να προληφθεί; Ο Ρόουζ ανατρέχει ξανά στον Πίκερινγκ που, με αφορμή τη μελέτη της ιδιοπαθούς υπέρτασης, στα μέσα της δεκαετίας του '50 διατυπώνει μια εξίσου ριζοσπαστική θέση: η φύση δεν υποστηρίζει με κανέναν τρόπο την αυστηρή διάκριση μεταξύ υγείας και ασθένειας – κανονικότητας και παθολογίας. Η διαφορά των δύο, γράφει ο Ρόουζ, είναι διαφορά ποσοτική. Κι αν στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής η διαφορά αυτή πρέπει με κάποιον τρόπο να αποσαφηνίζεται, σε επίπεδο πληθυσμού (άρα πολιτικών για τη δημόσια υγεία) χρειάζεται να εξοικειωθούμε με την αβεβαιότητα: από την εκκίνηση της ζωής ως την εκδήλωση της ασθένειας, κάθε ορισμός της κανονικής κατάστασης είναι «θέμα σύμβασης» (Rose G. 2017: 45). Η ασθένεια *δε* συνιστά *διακριτή οντότητα*: δεν πρόκειται για αυτόνομη ύπαρξη «κάπου μέσα» στον άνθρωπο, που περιμένει τάχα να τη θέσουμε υπό έλεγχο.[4]

4 Με τα λόγια του Τζέφρι Ρόουζ: «Η κλινική νόσος που αναγνωρίζεται ως καρκίνος είναι το ασύνηθες τελικό στάδιο μιας σειράς κοινών αλλαγών, που αρχίζουν με ήσσονες κυτταρικές ανωμαλίες (μεταπλασία) και εξελίσσονται σε σαφέστερη προκαρκινική αλλαγή (δυσπλασία), σε εντοπισμένη (in situ) κακοήθεια ή και σε διηθητική νόσο. Η διακοπή της ροής του αίματος προς τον εγκέφαλο μπορεί να οδηγήσει σε ένα ολόκληρο φάσμα συνεπειών,

Η παραδοχή της αβεβαιότητας δε σημαίνει πως η πληθυσμιακή προληπτική στρατηγική αρνείται την κλινική διαχείριση της (ατομικής) ασθένειας: για τους σκοπούς αυτής της τελευταίας, δέχεται ο Ρόουζ, χρειαζόμαστε πράγματι ένα κριτήριο διάκρισης μεταξύ κανονικότητας και παθολογίας – ένα σαφές «ναι» (ή ένα σαφές «όχι») στο ερώτημα περί ασθένειας. Βλέποντας, όμως, την υγεία ως *κατάσταση* και την ασθένεια ως *φάσμα*, που μετακινείται ως *σύνολο*, η στρατηγική αυτή είναι ενήμερη (και αντίστοιχα προειδοποιεί) για τα όρια της διάγνωσης: στις μελέτες για τη στεφανιαία νόσο, που επικαλείται ο Ρόουζ, διάγνωση υπήρχε μόλις για το ένα τέταρτο των ασθενών· οι άλλοι θεωρούνταν «κανονικοί». Το ίδιο ίσχυε και για την κατάθλιψη: η προσέγγιση με βάση τα άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου αγνοούσε τις διαφορετικές διαβαθμίσεις βαρύτητας της κατάθλιψης, που συνήθως ξέφευγαν από το βλέμμα του ψυχιάτρου. Αν, λοιπόν, υγεία δεν είναι η απουσία συμπτώματος, αν τα «κανονικά» όρια έκθεσης σε παθογόνους παράγοντες είναι όρια *κατά σύμβαση*, τότε ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας οφείλει να αντιμετωπίσει και το θεωρούμενο αθώο (καθότι «σιωπηρό») λανθάνον φορτίο κακής υγείας στους «κανονικούς», που μπορεί να αποβεί κρίσιμο. Από τις «ακραίες» περιπτώσεις, έτσι, η μέριμνα πρέπει να μετατοπιστεί στο συλλογικό χαρακτηριστικό κάθε κοινότητας: στη μέση υγεία της, που διαφοροποιείται ανά φύλο, κοινωνική τάξη και εισόδημα:

> «Ό,τι θα λεγόταν 'υψηλή' χοληστερόλη στην Ιαπωνία θα λεγόταν 'χαμηλή' χοληστερόλη στη Φινλανδία, εφόσον τα εργαστήρια των νοσοκομείων καθορίζουν τα λεγόμενα 'φυσιολογικά όρια' σύμφωνα με ό,τι είναι συνηθέστερο στον τόπο […]. Το ορατό μέρος του παγόβουνου (επιπολασμός) είναι συνάρτηση της συνολικής μάζας του (πληθυσμιακός μέσος όρος)» (Rose G. 2017: 125-126, 140-142).

Μια τέτοια μετατόπιση έχει πολιτικές συνέπειες: σημαίνει να φύγουμε από τη βολική θέση ότι δεν υπάρχει κοινωνία, παρά μόνο άτομα και οικογένειες – γιατί από αυτή τη θέση είναι που κατατάσσουμε στις «προβληματικές ομάδες» αλκοολικούς, ψυχοπαθείς, παχύσαρκους και εξαρτημένους ως αποκλίνοντες· ο συντηρητικός Ρόουζ κατονομάζει εδώ χωρίς περιστροφές το θατσερικό κοινωνικό δαρβινισμό – προτού αυτός γενικευτεί στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, ως «τεχνολογία» διαχείρισης της κρίσης. Πρόληψη, στα συμφραζόμενα αυτά, σημαίνει παρέμβαση επί των *δυνατοτήτων* ενός εναλλακτικού προτύπου ζωής: επί των τιμών στα διατροφικά προϊόντα, επί της μόδας, επί των πιέσεων στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Σημαίνει εργασία *με* την κοινότητα για την αλλαγή του «κανόνα». Και *προτεραιότητα στην* κοινότητα, ώστε να επιτευχθούν αλλαγές από τις οποίες (βραχυπρόθεσμα τουλάχιστον) κάποια άτομα μπορεί να μην ωφεληθούν. Γι' αυτού του

---

από κανένα σύμπτωμα […] μέχρι εγκεφαλικό με μόνιμη αναπηρία ή και μια δραματική και ραγδαία θανατηφόρα νόσο […]. Η γεροντική άνοια αντιμετωπίζεται ευρέως ως διακριτή οντότητα. [Εντούτοις,] η επιδημιολογική μελέτη της γνωσιακής λειτουργίας σε ηλικιωμένους πληθυσμούς διαπιστώνει ότι η 'κανονικότητα' μετατρέπεται ανεπαισθήτως σε 'άνοια' πράγμα που σημαίνει ότι δεν πρέπει να ρωτάμε 'Έχει άνοια;' αλλά 'Πόση άνοια έχει και γιατί;'» (Rose G. 2017: 44-55).

είδους την πρόληψη, όμως –διαπιστώνει ο ίδιος απαισιόδοξα– πολλοί γιατροί και πολλές κυβερνήσεις δε φαίνεται να ενδιαφέρονται. Δεν είναι η επιστημονική γνώση που λείπει.

### 3. «Υγεία, η σιωπή των οργάνων»: το αντιθετικιστικό διάβημα του Ζορζ Κανγκιλέμ

Αν το δρομολόγιο του Ρόουζ αρχίζει από την ιατρική για να καταλήξει στην πολιτική, ο Ζορζ Κανγκιλέμ ακολουθεί την αντίστροφη πορεία. Το 1924 ξεκινά τις φιλοσοφικές σπουδές του στην École Normale Supérieure, μαζί με τους Ζαν Καβαγιές (Jean Cavaillès), Ζαν-Πωλ Σαρτρ (Jean-Paul Sartre) και Ραιημόν Αρόν (Raymond Aron)· στην ιατρική περνά αργότερα, σε ηλικία 32 ετών. Το 1940 παραιτείται από την Τουλούζ («δεν έγινα υφηγητής φιλοσοφίας για να διδάσκω το δόγμα του Βισύ») και παίρνει μέρος στη γαλλική Αντίσταση. Τα εμβληματικά *Δοκίμιά* του *για το κανονικό και το παθολογικό* δημοσιεύονται μέσα στον πόλεμο, το 1943. Μεταπολεμικά πια, τη χρονιά που εκδίδεται ο *Σχηματισμός της Έννοιας του Αντανακλαστικού (La formation du concept de réflexe aux XVIIe et XVIIIe siècles)* (1955), ο ίδιος διαδέχεται τον Γκαστόν Μπασελάρ (Gaston Bachelard) στην έδρα Ιστορίας και Φιλοσοφίας της Επιστήμης στη Σορβόνη.

Αν στη γαλλική φιλοσοφία μέχρι και το ’50 κυριαρχεί ο αθεϊστικός υπαρξισμός (Σαρτρ, Μερλώ-Ποντύ – με επιδράσεις από τους Μαρξ και Χάιντεγκερ), το ρεύμα δηλαδή που αποδίδει προτεραιότητα στο υποκείμενο, την ύπαρξη και τις εμπειρίες του, ο Κανγκιλέμ εντάσσεται στο ρεύμα της ιστορικής επιστημολογίας, δηλώνει «ανένταχτος νιτσεϊκός» (Geroulanos & Meyers 2012: 16) και ασκεί επίδραση στο έργο φιλοσόφων όπως ο Λουί Αλτουσέρ και ο Μισέλ Φουκώ. Η ιστορική επιστημολογία ιεραρχεί ως μείζονος σημασίας τις έννοιες και τη γενεαλογία τους – τις διαδικασίες με τις οποίες αυτές σχηματίζονται ιστορικά, σε αναφορά δηλαδή με τους θεσμούς και τις εκάστοτε κυρίαρχες ιδέες. «Η ιστορία των επιστημών», λέει ο Κανγκιλέμ, «δεν πρέπει να αγνοήσει την ιστορία των ιδεών» (Κανγκιλέμ 2007: 69). Υπό το πρίσμα αυτό, η ενασχόληση του Κανγκιλέμ με την έννοια του αντανακλαστικού στον Καρτέσιο (Canguilhem 2015) είναι η προσπάθεια να καταδειχτεί η ακαταλληλότητα του μηχανιστικού μοντέλου για την προσέγγιση των ζωτικών λειτουργιών.

Το μηχανιστικό παράδειγμα θεμελιώθηκε τον 17ο και 18ο αιώνα ενάντια στις μεταφυσικές ερμηνείες του αριστοτελισμού και τον ανιμισμό, και υποστήριξε ότι κάθε ζωντανό ον υπόκειται στους νόμους των απλών μηχανών: το σώμα ήταν μια μηχανή, η αρρώστια το αποτέλεσμα της κατάρρευσης της μηχανής αυτής και καθήκον του γιατρού ήταν η επισκευή της (Engel 1977· Cangulilhem 2015). Ο Καρτέσιος θα πει πως η απόδοση, μέχρι τότε, της κίνησης στην ψυχή οφειλόταν στην άγνοια της ανατομίας και της μηχανικής (Canguilhem 2015: 27). Με τη θεωρία του αντανακλαστικού θα επιχειρούσε, έτσι, να αποδομήσει το δόγμα των «συμπαθειών», την εξηγητική δηλαδή βάση της κίνησης επί αιώνες, σύμφωνα με την οποία τα όργανα συνδέονται μεταξύ τους μέσω άυλων συνδέσεων.

Απέναντί στο παράδειγμα αυτό, που αδυνατούσε να εξηγήσει ψυχικά φαινόμενα, μυικές συσπάσεις ή την πέψη, ο Κανγκιλέμ αντιπαραθέτει, για λόγους αντιθετικιστικής πολεμικής/τακτικής (Lecourt 1975· Canguilhem 2015), έναν μετριοπαθή βιταλισμό: την άποψη ότι η ζωή διέπεται από ζωτικές αρχές και εξαρτάται από ιδιαίτερους σχηματισμούς (διατάξεις) ύλης που φέρνουν τα ζώντα σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους. Ο ίδιος δείχνει ότι η απόπειρα ενός φιλοσόφου, όπως ο Καρτέσιος, να συστήσει μια μηχανιστική θεωρία για την ιατρική, αποδείχτηκε υπερβολικά φιλόδοξη: χρησιμοποιώντας για τη θεωρία του περί ανατομίας μια μεταφορά από το πεδίο της οπτικής –αυτήν της αντανάκλασης του φωτός–, ο Καρτέσιος δε συγκρότησε και την έννοια του αντανακλαστικού. Αυτό το έκανε στα 1670 ένας βιταλιστής γιατρός, ο Τόμας Γουίλις (Thomas Willis, *De motu muscularі*), που εντόπισε το κέντρο της κίνησης στον εγκέφαλο στις νευρικές διαβιβάσεις (Canguilhem 2015: 67).

Η κριτική στο μηχανιστικό παράδειγμα είχε πολλαπλές επιπτώσεις. Έφερνε στην επιφάνεια τις τάσεις απανθρωποποίησης των τεχνολογικών-επιστημονικών επιτευγμάτων και εγκαλούσε την ιατρική που υιοθετεί το εν λόγω παράδειγμα, διότι δυσχεραίνει την κατανόηση τόσο της διάγνωσης και της θεραπείας όσο και της σχέσης του ατομικού πάσχοντα με την κοινωνία (Geroulanos & Meyers 2012: 2-3).

Αλλά γιατί συμβαίνει αυτό; Η επιστημονική κοινότητα, και μάλιστα στις επιστήμες της ζωής που, ως πειραματικές, θεωρούνται «θετικές», δεν είναι καθόλου «προστατευμένη» από την οικονομία και την πολιτική. Γράφει ο Κανγκιλέμ:

> «Στην *Κριτική του καθαρού λόγου,* ο Καντ διακρίνει τις έννοιες ανάλογα με τη σφαίρα προέλευσης και ισχύος τους σε *σχολαστικές* και *κοσμικές*, με τις τελευταίες να αποτελούν το θεμέλιο για τις πρώτες. [Ο] ίδιος ο όρος *κανονικό* έχει περάσει στη λαϊκή γλώσσα [προερχόμενος] από τα ειδικά λεξιλόγια δύο θεσμών, του παιδαγωγικού και του υγειονομικού, οι μεταρρυθμίσεις των οποίων, τουλάχιστον στη Γαλλία, συνέπεσαν ως αποτελέσματα της ίδιας αιτίας, της Γαλλικής Επανάστασης […]. Η μεταρρύθμιση της ιατρικής ως θεωρίας βασίζεται στη μεταρρύθμιση της ιατρικής ως πρακτικής: είναι στενά συνδεδεμένη […] με τη νοσοκομειακή μεταρρύθμιση [και εκφράζει] μια απαίτηση εξορθολογισμού, η οποία εμφανίζεται επίσης στην πολιτική αλλά και στην οικονομία, υπό την επίδραση του αναδυόμενου βιομηχανικού εκμηχανισμού, και η οποία θα καταλήξει εντέλει σε ό,τι αποκαλούμε έκτοτε *κανονικοποίηση* [normalisation].» (Κανγκιλέμ 2007: 301-302).

«Ιδρυτική» φιγούρα του ρεύματος της ιστορικής επιστημολογίας είναι ο προκάτοχος του Κανγκιλέμ στη Σορβόννη, Γκαστόν Μπασελάρ. Ο Μπασελάρ απορρίπτει τη θέση του λογικού εμπειρισμού/θετικισμού που θέλει την επιστήμη να προοδεύει με τη συσσώρευση πειραματικά επαληθευμένων γνώσεων. Για τον ίδιο, η γνώση δεν προχωρά εξελικτικά, από το απλό, αυτό που συλλαμβάνουν οι αισθήσεις, προς το σύνθετο, εκείνο που συλλαμβάνει η σκέψη: προϋπόθεση της προόδου είναι η άρση αυτού που ο ίδιος ονομάζει, κληροδοτώντας το στον Κανγκιλέμ, «επιστημολογικό εμπόδιο», και η επιστημολογική «ρήξη» (Μπαλτάς 2002· Φουκώ 2007). Η έννοια του επιστημολογικού εμποδίου εισάγεται από τον Μπα-

σελάρ στο έργο *Η Διαμόρφωση του Επιστημονικού Νου* (1938): πρόκειται για μια «αντίσταση της σκέψης στη σκέψη», που εμφανίζεται όταν τίθεται σε κίνδυνο ένα ήδη υπάρχον σύστημα σκέψης, επιστημονικό ή μη (Lecourt 1975: 135). Πρόκειται, θα έλεγε κανείς, για ένα «συντηρητικό» στοιχείο της σκέψης.

Ένα τέτοιο εμπόδιο είναι, για τον Κανγκιλέμ, οι επιστημονικές ιδεολογίες. Η έννοια της ιδεολογίας συνιστά ομολογημένη οφειλή στους Μαρξ και Αλτουσέρ. Είναι ο Μαρξ που έχει δείξει πως «όλες οι οικονομικο-πολιτικές ιδεολογίες εμφανίζουν το αποτέλεσμα μιας ταξικής κατάστασης», στον έναν ή τον άλλο βαθμό είναι απομακρυσμένες από το πραγματικό και όλες προβάλλουν «έναν ασυνείδητο εφησυχασμό για μια κρίση που κατευθύνεται προς κάποιο συμφέρον – συνιστούν, με τους όρους του *Κομμουνιστικού Μανιφέστου*, «ιδιοτελείς αντιλήψεις» (Canguilhem 2016: 26-27). Οι επιστημονικές ιδεολογίες, πιο συγκεκριμένα, προϋποθέτουν επιστημονικούς λόγους: δεν πρόκειται ούτε για θρησκευτικές πεποιθήσεις ή ψευδο-επιστήμες, που δεν μπορούν να τεθούν καν σε δοκιμασία διάψευσης, ούτε, γενικώς, για τις ιδεολογίες των επιστημόνων. Είναι οι λόγοι φιλοσόφων με επιστημονική επίφαση και έδραση σε επιστημονικά δεδομένα – λόγοι, ωστόσο, που, όπως ο κοινωνικός δαρβινισμός του Χέρμπερτ Σπένσερ (Herbert Spencer), στον 19ο αιώνα, λειτουργούν «ως αυτοδικαιολόγηση ενός τύπου του κοινωνίας». Ο Σπένσερ επιχείρησε να διατυπώσει ένα μηχανικό νόμο της παγκόσμιας προόδου, επικαλούμενος την εξέλιξη από το πιο απλό στο πιο σύνθετο, μέσω μιας αλληλουχίας διαφοροποιήσεων. Αναζητώντας επιστημονικά εχέγγυα στη βιολογία του von Baer και του Δαρβίνου, ωστόσο, η πρόθεσή του ήταν η νομιμοποίηση της ελεύθερης επιχειρηματικότητας, του πολιτικού ατομικισμού και του ανταγωνισμού. «Ο νόμος της διαφοροποίησης», σημειώνει ο Κανγκιλέμ, «καταλήγει στη στήριξη που προσφέρεται στο άτομο ενάντια στο κράτος. Όμως, αν πράγματι καταλήγει εκεί, είναι ίσως διότι ξεκίνησε, εμμέσως, κι από εκεί» (Canguilhem 2016: 37, 39).

Ανασυγκροτώντας τις πρακτικές μέσα από τις οποίες συστήνεται και καταρρίπτεται ιστορικά ο επιστημονικός «κανόνας» ή σχηματίζονται οι επιστημονικές ιδεολογίες, μια φιλοσοφία της επιστήμης ενήμερη για την ιστορία των επιστημών της ζωής, άρα αντιεξελικτικιστική, μας εξοικειώνει με μια κρίσιμη ιδέα: η επιστημονική γνώση για την ασθένεια και την υγεία δεν προχωρά διά της συσσώρευσης, δεν κατευθύνεται γραμμικά προς την πρόοδο, δεν είναι ποτέ γνώση τελική και απόλυτη. Όπως και το ζωντανό ον που προσεγγίζει τη ζωή ως επιστημονικό αντικείμενο, έτσι και κάθε επιστημονική γνώση βρίσκεται διαρκώς αντιμέτωπη με το σφάλμα (Φουκώ 2007)· είναι, λοιπόν, γνώση πάντα πρόσκαιρη, επισφαλής, τοπική, όπως θα έλεγε ο Φουκώ. Με βάση αυτή την επιστημολογική «σκευή», ο Κανγκιλέμ απορρίπτει, όπως και ο Ρόουζ, το θετικιστικό ιατρικό βλέμμα – την οντολογική σύλληψη της ασθένειας:

> «Χωρίς καμία πρόθεση επιβουλής της αυθεντίας των παστεριανών δογμάτων, θα μπορούσαμε κάλλιστα να πούμε ότι η μικροβιακή θεωρία των μεταδοτικών ασθενειών οφείλει σίγουρα ένα καθόλου αμελητέο μέρος της επιτυχίας της στο γεγονός ότι ενέχει μια οντολογική παράσταση της αρρώστιας. Το μικρόβιο μπορούμε να το δούμε […] πράγμα που δεν θα μπορούσαμε να

> το κάνουμε με το μίασμα ή την επήρεια. Η θέαση ενός όντος συνιστά ήδη πρόβλεψη μιας πράξης.» (Κανγκιλέμ 2007: 62)

Ποια φαινόμενα, νοοτροπίες και πρακτικές, καθημερινές και θεσμικές, οδηγούν από τον 19ο αιώνα το κλινικό βλέμμα προς την ασθένεια;

> «Τρία φαινόμενα –γράφει ο Κανγκιλέμ– άλλαξαν την κατάσταση της ευρωπαϊκής ιατρικής. Το πρώτο ήταν η θεσμική και πολιτισμική αλλαγή που ο Μισέλ Φουκώ βάφτισε 'γέννηση της κλινικής', και η οποία συνδύασε τις νοσοκομειακές μεταρρυθμίσεις στη Βιέννη και το Παρίσι με τη ραγδαία διαδεδομένη χρήση πρακτικών έρευνας όπως η κρούση […] και η ιατρική ακρόαση [καθώς] και συστηματικές προσπάθειες να συσχετιστούν τα παρατηρούμενα συμπτώματα με ανατομικά και παθολογικά δεδομένα. Το δεύτερο, η ανάπτυξη και ενίσχυση, τόσο στη Γαλλία όσο και στην Αυστρία, μιας ορθολογικής στάσης θεραπευτικού σκεπτικισμού […]. Το τρίτο, η σταδιακή απελευθέρωση της φυσιολογίας από την υπαγωγή στην κλασική ανατομία, γεγονός που έκανε την φυσιολογία ανεξάρτητη ιατρική πειθαρχία, εστιασμένη αρχικά στην ασθένεια σε επίπεδο ιστού, καθότι αγνοούσε πως τελικά θα κατέληγε ακόμα πιο προσκολλημένη στο κύτταρο […]. Έτσι εκπονήθηκε ένα νέο μοντέλο ιατρικής.» (Canguilhem 2000· πρβλ. Delaporte 1994: 134-135).

Υπό την επίδραση του Γερμανού νευρολόγου και ψυχιάτρου Κουρτ Γκολντστάιν (Kurt Goldstein) (1878-1965), και ιδίως της άποψης ότι ένας οργανισμός που ασθενεί, επιχειρεί να αντισταθμίσει τη ζημιά που έχει προκληθεί σε ορισμένες λειτουργίες του (πλην καταστροφικών περιπτώσεων, λοιπόν, η ασθένεια υπακούει και αυτή σε κανόνες), ο Κανγκιλέμ αμφισβητεί τη θετικιστική θέση του Κοντ, για τον οποίο η υγεία συνιστά κανονικότητα, το «φυσιολογικό», και μαζί το μόνο κανόνα: την «πραγματική τάξη» (Geroulanos & Meyers 2012: 2-3· Marietti 2000/1994). Η ασθένεια, για τον Κανγκιλέμ, δεν είναι το ορατό μη κανονικό. Εφ' όσον αδυνατούμε ακόμα και να σκεφτούμε (ως «κανονικό») έναν οργανισμό που δεν αρρωσταίνει ποτέ, τότε το παθολογικό είναι κι αυτό ένα είδος κανονικού (Canguilhem 2012): μια εκδοχή βιολογικού κανόνα, έστω παθολογικού που, αν ξεφεύγει από την κανονικότητα, αυτό συμβαίνει «σε σχέση με μια προσδιορισμένη κατάσταση» (Κανγκιλέμ 2007: 243). Ο κανόνας, όπως και για τον Ρόουζ, είναι μια σύμβαση, που θεσπίζεται αξιολογικά – και πάντοτε *σχεσιακά*, σε αναφορά δηλαδή με το περιβάλλον του ανθρώπου. Πρόκειται για μια επιπλέον αμφισβήτηση του μηχανιστικού παραδείγματος: δεν είναι στους νόμους της μηχανικής η εξήγηση, αλλά στην κίνηση της ζωής ανάμεσα στους πόλους των θετικών και των αρνητικών αξιών – γιατί η ζωή είναι πολικότητα:

> «Το να είσαι άρρωστος σημαίνει ότι είσαι οχληρός ή ανεπιθύμητος ή κοινωνικά απαξιωμένος […]. Η ιατρική υφίσταται ως τέχνη της ζωής (σ.σ.: όχι ως επιστήμη!) επειδή ο ζωντανός άνθρωπος προσδιορίζει ο ίδιος ως παθολογικές, και άρα προς αποφυγή ή προς διόρθωση, ορισμένες καταστάσεις ή συμπεριφορές, που γίνονται κατανοητές υπό μορφή αρνητικής αξίας ως προς τη

> δυναμική πολικότητα της ζωής […]. Η υγεία είναι ο ρυθμιστικός μηχανισμός των δυνατοτήτων αντίδρασης […]. Αντιστρόφως, ίδιον της ασθένειας είναι η μείωση του περιθωρίου ανοχής προς τις ασυνέπειες του περιβάλλοντος […]. Πρέπει λοιπόν να κοιτάξουμε πέρα από το σώμα για να εκτιμήσουμε τι είναι κανονικό και τι είναι παθολογικό γι' αυτό το ίδιο» (Κανγκιλέμ 2007: 159-162, 245-248).

Όπως και στην περίπτωση του Ρόουζ, τα παραπάνω δεν οδηγούν στην άρνηση της ιατρικής. Ο Κανγκιλέμ γράφει ότι, όπως και για την κοινωνία, η αυτορρύθμιση αποτελεί μύθο και για την υγεία: κανένα ιπποκρατικό κείμενο δεν παρουσιάζει τη φύση αλάνθαστη και παντοδύναμη, εξού και η ιατρική τέχνη πρέπει άλλοτε να περιμένει και άλλοτε να εμποδίζει τους φυσικούς μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού (Canguilhem 2012). Από τις θέσεις αυτές ο ίδιος υποβάλλει σε κριτική την αντιψυχιατρική και τις θέσεις του Ιβάν Ίλιτς περί ιατρικοποίησης (Geroulanos & Meyers 2012: 13). Κύριος αποδέκτης της κριτικής, ωστόσο, είναι το είδος εκείνο της «επιστήμης» που ταυτίζει κανονικότητα, υγεία και μέση τιμή: η στατιστική απόκλιση, λέει ο Κανγκιλέμ, δε σημαίνει και μη κανονικότητα:

> «Υπερβολή και έλλειμμα υφίστανται μόνο σε σχέση με ένα μέτρο που κρίνεται έγκυρο και επιθυμητό – δηλαδή σε σχέση με έναν κανόνα [norme] […]. Οι βιομετρικές τιμές επιδέχονται ενός περιθωρίου διακύμανσης. Ως αντιπροσωπευτικούς ενός είδους έχουμε επιλέξει κανόνες που αποτελούν στην πραγματικότητα σταθερές, προσδιορισμένες διά μέσου τιμών. Κανονικό άτομο είναι αυτό που ανταποκρίνεται σε αυτούς τους κανόνες. Οφείλουμε όμως να θεωρήσουμε κάθε απόκλιση ως μη κανονική; [Ο] άνθρωπος αισθάνεται σε καλή υγεία –που σημαίνει απλώς υγεία– όταν αισθάνεται όχι μόνο κανονικός –δηλαδή προσαρμοσμένος στο περιβάλλον–, αλλά και κανονιστικός, ικανός να ακολουθήσει καινούριους κανόνες ζωής.» (Κανγκιλέμ 2007: 82, 194-195, 247)

Στο σημείο αυτό γίνεται κρίσιμη η κριτική του Κανγκιλέμ στον Γάλλο φυσιολόγο Κλωντ Μπερνάρ (Claude Bernard), ιδρυτή της πειραματικής ιατρικής (βλ. Bernard 1956). Ο Μπερνάρ επιχειρεί να θεμελιώσει μια ορθολογική θεραπευτική πάνω σε μια επιστημονική παθολογία, βάθρο της οποίας είναι η φυσιολογική επιστήμη (Κανγκιλέμ 2007: 96). Σε αντίθεση με τους συναδέλφους του, ο ίδιος υποστηρίζει ότι η διαφορά κανονικού και παθολογικού είναι ζήτημα ποσοτικό και έντασης: «δεν υπάρχουν παρά διαφορές βαθμού», ποσοτικές παραλλαγές – όχι διαφορές φύσης (Κανγκιλέμ 2007: 100-105). Αλλά η συνέχεια κανονικού-παθολογικού, που υποστηρίζει ο ίδιος, δεν αναιρεί τη διαφορετικότητα κανονικού και παθολογικού, όπως δείχνουν ιδίως οι λοιμώδεις και οι νευρικές ασθένειες (Κανγκιλέμ 2007: 118). Ούτε ο Μπερνάρ, ούτε βεβαίως ο Κανγκιλέμ, εκπροσωπούν μια θέση αγνωστικισμού, αποφυγής δηλαδή του ορισμού της ασθένειας· ιδίως ο τελευταίος προειδοποιεί για την «ιατροκρατία» που μπορεί να συνεπάγεται η θέση «δεν υπάρχει τέλεια υγεία» (Κανγκιλέμ 2007: 106). Το ζήτημα με τον Μπερνάρ, ωστόσο, είναι η μερικότητα των συμπερασμάτων του. Η συνέχεια κανονικού και παθολογι-

κού, ως ποσοτική διαφορά μεταξύ τους, μπορεί να σημαίνει ότι το παθολογικό περιορίζεται σε κάποιο σύμπτωμα και το σύμπτωμα να ανάγεται σε αποτέλεσμα/-τα επιμέρους λειτουργικών μηχανισμών· όμως στους ζωντανούς οργανισμούς «όλες οι λειτουργίες είναι αλληλεξαρτημένες και οι ρυθμοί τους συντονισμένοι», έτσι που μόνο θεωρητικά μπορούν να διαχωριστούν «από τη συμπεριφορά ενός οργανισμού που λειτουργεί ως όλον» (Κανγκιλέμ 2007: 115-116).

## 4. Η επικαιρότητα μιας κριτικής στην ιατρική

Εκπλήσσει πάντα η οξυδέρκεια των θέσεων αυτών, ιδίως αν σκεφτεί κανείς ότι πρωτοδιατυπώθηκαν το 1943, για να επικαιροποιηθούν μεταξύ 1963 και 1966 (*Νέες σκέψεις σχετικά με το κανονικό και το παθολογικό [1963-1966]*). Στην επικαιροποίηση εκείνη, ο Κανγκιλέμ θα διέκρινε ανάμεσα στους ζωτικούς κανόνες (αυτούς στους οποίους αποτυπωνόταν ο αγώνας της ζωής ενάντια στο θάνατο) και στους κοινωνικούς κανόνες –την πειθαρχία, τη νομιμότητα, την παραγωγικότητα κ.ο.κ.–, στην υπεράσπιση των οποίων «στρατολογούνταν» διαχρονικά μέλη της επιστημονικής κοινότητας, για λόγους κάθε άλλο παρά επιστημονικούς. Έκτοτε, υποστηρίζει ο Βρετανός κοινωνιολόγος Νίκολας Ρόουζ (Nikolas Rose), η διάκριση ζωτικών και κοινωνικών κανόνων γίνεται όλο και δυσκολότερη: το μαρτυρά ένα ολόκληρο επιχειρηματικό οικοδόμημα που έχει στηθεί γύρω από το ανθρώπινο γονιδίωμα, ήδη από την επαύριο των γνωστών επιτευγμάτων στο χώρο της γενετικής – και, την ίδια στιγμή, η δυσκολία να δοθούν οριστικές απαντήσεις όσον αφορά τα αίτια ασθενειών όπως το Αλσχάιμερ.

Η αντιπαραβολή της πληθυσμιακής στρατηγικής πρόληψης, που εξετάσαμε παραπάνω, με τη «νέα εποχή» που διανοίγει για την ιατρική η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, βεβαιώνει του λόγου το αληθές: «η γενετική», σημειώνει ο Νίκολας Ρόουζ, «έχει συνδεθεί στην κοινωνιολογική φαντασία με τον φαταλισμό, τον αναγωγισμό, την εξατομίκευση των κοινωνικών προβλημάτων και με ένα εύρος βαθιά αρνητικών πολιτικών για τη διαχείριση της ποιότητας του πληθυσμού μέσω ελέγχου της αναπαραγωγής» (Rose N. 2017: 15). Κι αυτό ενώ, στην πραγματικότητα, ένα άτομο με γενετική επιδεκτικότητα μπορεί να μην αναπτύξει νόσο σε ένα περιβάλλον όπου δεν εκτίθεται σε παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση των γονιδίων του (Khaw & Marmot 2017: 265).

Η κρίση των εταιρειών που ειδικεύονται στη βιοϊατρική γονιδιωματική, κρίση που ξέσπασε το 2002 ρίχνοντας κατακόρυφα τις μετοχές τους, φαίνεται να αντιμετωπίζεται, ήδη από το 2007, με την «εκβιομηχάνιση» της διαδικασίας αλληλουχίας μεγάλων αριθμών ενός μονού νουκλεοτιδίου: καθένας μπορεί, με λιγότερο από 1000 δολάρια, να δημιουργεί αλληλουχίες μέχρι και 500.000 SNP[5]· κάπως έτσι, ανοίγει ο δρόμος για μια ακόμα πιο εξατομικευμένη ιατρική μοριακών διαγνώσεων και βιοδεικτών, στα συμφραζόμενα της οποίας η πρόληψη και ο πληθυσμός δε σημαίνουν τίποτα: για το σύγχρονο κοινωνικό δαρβινισμό, το γονίδιο είναι το «μαύρο κουτί» χάρη στο οποίο μπορούμε να προβλέψουμε μια μάλλον

5 Single-nucleotide Pollymorphism, Πολυμορφισμός μονού νουκλεοτιδίου (βλ. Rose N. 2017: 23).

αναπόφευκτη, και πάντως αποκλειστικά ατομική, «μοίρα». Οι εταιρίες που επενδύουν στην προοπτική αυτή δρέπουν ήδη τους καρπούς των προσπαθειών τους: η Seqenom, για παράδειγμα,, εταιρεία-πάροχος χαρτογράφησης γονοτύπων, έκλεισε το 2008 με άνοδο των μετοχών της κατά 588%. Και ισχύουν ανάλογα για εταιρείες όπως η Navigenics, η 23andme ή η deCODEme (Rose N. 2017: 25).

Αξίζει να τονιστεί: η επιστημονική κριτική των τάσεων αυτών είναι γνωστή· εστιάζει στην ανεπάρκεια των σχεδιασμών των σχετικών μελετών και στα μικρά ή μέτρια μεγέθη των επιδράσεων σε σύνθετες ασθένειες (Rose N. 2017: 25). Η αγορά του γονιδιώματος, ωστόσο, δε συμμερίζεται τέτοιες επιφυλάξεις· αντίθετα, αξιοποιεί στο έπακρο την τάση αναγωγής της ανθρώπινης ζωής στο επίπεδο των μορίων και των ενζύμων.

Ανάλογες τάσεις βιολογικού ντετερμινισμού, υπό την κυριαρχία της αγοράς, σημειώνει στο χώρο της ψυχικής υγείας το αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – βλ. American Association 2013) και η υπερδιάγνωση της Διαταραχής Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Παπαδόπουλος 2017)· ιδίως στις ΗΠΑ, πρόκειται εδώ και χρόνια για τις δημοφιλέστερες ομάδες-στόχους των φαρμακευτικών εταιρειών. Ο Λέον Άισμπεργκ (Leon Eiseberg), καθηγητής παιδοψυχιατρικής στο Χάρβαρντ και «επιστημονικός πατέρας» της ΔΕΠΥ (ο ίδιος τη συστηματοποίησε και την ενέταξε στο DSM, στην κατηγορία των Νευροαναπτυξιακών διαταραχών), το 2012 την αποκήρυξε, με συνέντευξη σε γερμανικό περιοδικό, ως «παράδειγμα μιας κατασκευασμένης ασθένειας»: «η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση», όπως το έθεσε, «είναι μακροχρόνια, ενώ το να συνταγογραφήσεις ένα φάρμακο για τη ΔΕΠΥ είναι πολύ πιο γρήγορο» (Παπαδόπουλος 2017: 25).

Πέρα όμως από τη συγκεκριμένη περίπτωση, το DSM είναι ρητά α-θεωρητικό εργαλείο, ενώ η ίδια Επιτροπή που επεξεργάστηκε την τρίτη έκδοσή του προειδοποίησε για τον κίνδυνο καταχρηστικής εφαρμογής λόγω αυξημένης απλότητας, την ανεπαρκή του εγκυρότητα και την ανάγκη να πάει κανείς πέρα από τα κριτήρια που θέτει το ίδιο (Καράβατος 2012: 150)· εντούτοις, η (προσοδοφόρα) βιομηχανία κατασκευής διαταραχών, της οποίας το ίδιο αποτελεί ακόμα σήμερα θεμέλιο, υποβαστάζεται από το κραταιό ακόμα εμπειριστικό-μηχανιστικό παράδειγμα. Το ίδιο συμβαίνει, όμως, εν γένει με τις κυρίαρχες εκδοχές της ψυχολογίας, την ψυχολογία της συμπεριφοράς και τη γνωστική ψυχολογία, που αντιμετωπίζουν τα φαινόμενα της ψυχικής ζωής ως ζητήματα αποδοτικότητας μιας μηχανής:

> «Η εμφάνιση της γνωστικής ψυχολογίας, μισό αιώνα μετά τη γέννηση του συμπεριφορισμού, εκφράζει τη μετατροπή του κυρίαρχου ιδεολογικού μοντέλου. Η εμφάνιση μιας μηχανής νέου τύπου, του ηλεκτρονικού υπολογιστή, αλλάζει αισθητά την εκδήλωση της ιδεολογίας. Το μοντέλο που θεωρεί τον άνθρωπο ως μηχανή-εργαλείο, μια απλή λειτουργία εισόδου-εξόδου, μετατρέποντας το υλικό περιβάλλον σε μια συνεχή προσαρμοστική ένταση, θα αντικατασταθεί σταδιακά από ένα μοντέλο το οποίο τον θεωρεί ως μια πληροφοριακή μηχανή, ένα σύστημα επεξεργασίας της πληροφορίας μετατρέποντας σύμβολα σε πράξη/-εις και γλώσσα/-ες.» (Παπαδόπουλος 2017: 280-281)

Η οπισθοδρόμηση είναι εμφανής: ενώ μέχρι τη δεκαετία του ’70 το βιοϊατρικό και νευροχειρουργικό μοντέλο δέχονταν σοβαρή κριτική, χωρίς η τελευταία να καταλήγει στην απόρριψη συλλήβδην της ιατρικής και της ψυχιατρικής (Engel 1977), ενώ η κριτική ειδικά της ψυχιατρικής επέμενε να βλέπει την ψυχική ασθένεια ως ιστορικό-κοινωνικό προϊόν που ενίοτε κατασκευάζεται πολιτισμικά και κοινωνικά (Basaglia 2008/1979), η αντεπίθεση του βιοϊατρικού θετικισμού επαναφέρει ως κοινό τόπο τον άνθρωπο-μηχανή: ο ίδιος, απομειούμενος στους νευρώνες και τα ένζυμά του, οφείλει, ιδίοις κόποις και αναλώμασι, να αυτοσυντηρείται μέσω μιας αέναης εργασίας επί του εαυτού, που θα διασφαλίσει το ιδεώδες της αυτονομίας του: δίαιτα, άσκηση, ενδοσκόπηση και επιτήρηση εαυτού, ορισμός στόχων και αξιολόγηση, που βεβαίως υποστηρίζονται από χρήση φαρμάκων (Rose N. 2017: 46). Είναι γι’ αυτό ακριβώς, όμως, που διατηρεί την επικαιρότητά της η κριτική της «ψυχιατρικής ηγεμονίας»: για τη συμμόρφωση που η βιολογική ψυχιατρική επέβαλε στον εργασιακό χώρο, την ιατρικοποίηση της απόκλισης στην περίπτωση των νέων, την αναπαραγωγή πατριαρχικών σχέσεων σε βάρος των γυναικών και την αστυνόμευση/παθολογικοποίηση της κοινωνικοπολιτικής αντίστασης (Cohen 2016).

## 5. Επίλογος - Συμπεράσματα

Αν υγεία δεν είναι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, η προάσπισή της δεν εξαντλείται στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε γιατρούς και φάρμακα. Αντίθετα, όπως επιχειρήσαμε να δείξουμε, ένας τέτοιος «αρνητικός» ορισμός («υγεία είναι η *μη* ασθένεια) είναι συμβατός με τις σύγχρονες τάσεις ιατρικοποίησης της ανθρώπινης ύπαρξης, αφενός, και εξατομίκευσης της υγείας, αφετέρου.

Μολονότι, όπως ισχυριστήκαμε, μια στρατηγική πρόληψης με αναφορά στον πληθυσμό διαθέτει ισχυρή επιστημονική αγκύρωση και έναν καλώς εννοούμενο επιστημολογικό πραγματισμό, η ίδια έχει να αποκρούσει κοινωνικές επιδιώξεις και συμφέροντα που εργαλειοποιούν την επιστημονική κοινότητα, και τελικά την υγεία, για σκοπούς οικονομικούς και πολιτικούς. Όπως σημειώνει το παράδειγμα του DSM, η εργαλειοποίηση της υγείας από αγοραία συμφέροντα δε χρειάζεται καν, στην πράξη, να πληροί κριτήρια επιστημονικότητας – πράγμα που δεν της αφαιρεί την επιστημονικοφάνεια. «Έχουμε δικαίωμα να υποπτευθούμε», έλεγε ο ψυχίατρος και ψυχαναλυτής Θανάσης Τζαβάρας, «ότι κάθετί που λέγεται επιστημονικό και δεν απαντάει στα επιστημονικά κριτήρια, αυτό προέρχεται από άλλη πηγή λειτουργίας. Και ονομάζω την ιδεολογία» (στο Παπαδόπουλος 2017: 285).

Όπως ο Τζέφρι Ρόουζ, βεβαίως, έτσι και ο Ζορζ Κανγκιλέμ προειδοποιεί για την προσωρινότητα και την επισφάλεια της επιστημονικής γνώσης, ανασυστήνοντας μια επιστημολογική ιστορία της βιολογίας (με κόστος, ίσως, την καχυποψία περί ροπής στον μεταμοντερνισμό). Αν όμως οι ιδέες και οι έννοιες της επιστήμης έρχονται συνήθως έξω από τα όρια της επιστημονικής κοινότητας, αυτό κάτι σημαίνει και για την πηγή της ισχύος τους – άρα και για τις μεθόδους υπεράσπισης ή αναίρεσής τους. Να το υπογραμμίσουμε: ο Κανγκιλέμ δεν είναι μαρξιστής. Εύλογα,

όμως, ο Ντομινίκ Λεκούρ (Dominique Lecourt) αναδεικνύει τη συμβατότητά του με τον μαρξισμό, στο βαθμό που ο Κανγκιλέμ επιμένει στην *ενότητα* φιλοσοφίας και ιστορίας των επιστημών. Από αυτή τη σκοπιά, είναι αξιοσημείωτη η σύμπτωσή του με τον Λένιν του *Υλισμός και εμπειριοκριτικισμός*, διαμέσου του Μπασελάρ: η γνώση είναι ιστορική παραγωγή (Lecourt 1975: 137). Όπως, εξάλλου, θυμίζει τη μακρά παράδοση υλιστικής «ανάγνωσης»/οικειοποίησης μη υλιστών συγγραφέων, που εγκαινίασε ο ίδιος ο Μαρξ» (Lecourt 1975: 159, 186).

## Βιβλιογραφία

*Ξενόγλωσση*

American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.*, 5th ed., Washington, DC: New School Library.

Basaglia F. 2008/1979. «Κοινωνική Δομή, Υγεία και Ψυχική Υγεία», *Εναλλακτική Ψυχιατρική* 3: 37-42.

Bernard C. 1957/1865. *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*, New York: Dover (πρώτη έκδοση 1865· πρώτη αγγλική μτφρ. από τον H.C. Greene, δημοσιευμένο από τον Macmillan & Co., Ltd., 1927).

Canguilhem G. 2000. *Idéologie et rationalité dans l' histoire des sciences de la vie*, Paris: Vrin.

Canguilhem G. 2012. *Writings on Medicine*, μτφρ. S. Geroulanos & T. Meyers, New York: Fordham University Press.

Canguilhem G. 2015. *La formation du concept de réflexe aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris: Vrin.

Cohen B. M. Z. 2016. *Psychiatric Hegemony. A Marxist Theory of Mental Illness*, London: Palgrave McMillan.

Crawford R. 1977. «You are dangerous for your health: The ideology and politics of victim blaming», *International Journal of Health Services* 7 (4): 663-680.

Delaporte F. (επιμ.) 1994. *A Vital Rationalist. Selected Writings from Georges Canguilhem*, New York: Zone Boks.

Engel L.G. 1977. «The need for a new medical model: The challenge for biomedicine», *Science* 196: 129-136.

Foucault M. 2000/1974. *The Birth of Social Medicine. Power: Essential Works of Foucault, 1954–1984*, Volume III, New York: The New York Press: 134-156.

Geroulanos S. & Meyers T. 2012. «Introduction: Georges Canguilhem's Critique of Medical Reason», στο: G. Canguilhem, *Writings on Medicine*, μτφρ. S. Geroulanos & T. Meyers, New York: Fordham University Press: 1-24.

Lecourt D. 1975. *Marxism and Epistemology. Bachelard, Canguulhem and Foucault*, London: NLB.

Marietti A. 2000/1996. «Les concepts de normal et de pathologique depuis Georges Canguilhem», στο: http://www.dogma.lu/txt/AKM-Normpath.htm.

Pinell P. 2008. «Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical?», *Savoir/Agir* 3 (5): 57-63.

Waitzkin H. 2016. *Medicine and public health at the end of Empire*, New York: Routledge.

Wilkinson R. & Marmot M. (επιμ.) 2003. *Social determinants of health. The solid facts*, 2nd edition, Geneva: WHO.

World Bank 1993. *Investing in health*, World Development Report.

World Health Organization 2004. *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*, Geneva: WHO.

World Health Organization 2004/1946. «Constitution of the World Health Organization», *Basic documents. 45th edition*, Supplement, Geneva: WHO.

Zapata R. 1983. *Luttes philosophiques en U.R.S.S. 1922-1931*, Paris: PUF.

*Ελληνόγλωσση*

Canguilhem G. 2016. *Τι είναι μια επιστημονική ιδεολογία*, μτφρ. Ε. Βέλτσος, Αθήνα: Πλέθρον.

Κανγκιλέμ Ζ. 2007. *Το κανονικό και το παθολογικό*, μτφρ. Γ. Φουρτούνης, Αθήνα: Νήσος.

Καράβατος Θ. 2012. *Για μια μη α-θεωρητική ψυχιατρκή*, Αθήνα: Συνάψεις.

Khaw K.-T. & Marmot M. 2017. «Υπόμνημα», στο: G. Rose, *Η στρατηγική της Προληπτικής Ιατρικής*, μτφρ. Α. Κούτης & Α. Μπένος, Αθήνα: MIET: 241-291.

Λέκκα Β. 2012. *Ιστορία και θεωρία της Ψυχιατρικής. Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*, Αθήνα: Futura.

Μαρξ Κ. 2004/1845. *Θέσεις για τον Φόυερμπαχ*, μτφρ.: Γ. Μπλάνας, Αθήνα: Ερατώ.

Μασερέ Π. 2010. *Από τον Κανγκιλέμ στον Φουκώ. Η δύναμη των κανόνων*, μτφρ. Τ. Μπέτζελος, Αθήνα: Πλέθρον.

Μασερέ Π. 2013. *Φουκώ και Μαρξ. Το παραγωγικό υποκείμενο*, μτφρ. Τ. Μπέτζελος, Αθήνα: Εκτός Γραμμής.

Μπαλτάς Α. 2002. *Για την επιστημολογία του Λουί Αλτουσέρ. Η επιστήμη της ιστορίας μιας επιστήμης και η φυσική ως τρόπος παραγωγής*, Αθήνα: Νήσος.

Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος Δ. 2017. «Μαρξ και Φουκώ. Η 'οριακή' συνάντηση δύο ανατόμων», στο: http://ektosgrammis.gr/website/marx-ikai-foyko-i-oriaki-synantisi-dyo-anatomon.

Παπαδόπουλος Μ. 2017. *Η αυτοκτονία της ψυχιατρικής*, Αθήνα: Νήσος.

Rose G. 2017. *Η στρατηγική της Προληπτικής Ιατρικής*, μτφρ. Α. Κούτης & Α. Μπένος, Αθήνα: ΜΙΕΤ.

Rose N. 2017. *Κανονικότητα και παθολογία σε μία βιοϊατρική εποχή*, μτφρ. Β. Λέκκα, Αθήνα: Πλέθρον.

Φουκώ Μ. 1978. *Ιστορία της σεξουαλικότητας*, τ. 1., Η δίψα της γνώσης, μτφρ. Γκλ. Ροζάκη, Αθήνα: Κέδρος.

Φουκώ Μ. 2007. «Ζορζ Κανγκιλέμ: Ο φιλόσοφος του σφάλματος», στο: Ζορζ Κανγκιλέμ, *Το κανονικό και το παθολογικό*, μτφρ. Γ. Φουρτούνης, Αθήνα: Νήσος: 21-43.

Φουκώ Μ. 2012. *Η γέννηση της κλινικής*, μτφρ. Κ. Καψαμπέλη, Αθήνα: Νήσος.

Ψυχοπαίδης Κ. 1997. *Πολιτική μέσα στις έννοιες*, Αθήνα: Νήσος.