

Κοινωνιολογική προσέγγιση της ιατρικής και του ιατρικού θεσμού

Θανάσης Αλεξίου*

Περίληψη

Η αύξηση του καταμερισμού εργασίας είχε σαν συνέπεια την απόσπαση της ασθένειας από την κοινότητα και την εναπόθεσή της σε ένα στρώμα ειδικών (γιατροί). Υπεύθυνος για την άρση της ρήξης μεταξύ ατόμου και κοινωνίας, την οποία η ασθένεια προκαλεί, θεωρήθηκε ο γιατρός και δευτερευόντως το ίδιο το άτομο. Η ασθένεια έπαυσε να αποτελεί αντικείμενο της κοινότητας και ο ασθενής αποενοχοποιήθηκε. Επειδή η ασθένεια ορίζεται πρωτίστως με κοινωνικό-πολιτισμικούς όρους, η μετάβαση αυτή έγινε μέσα από την εναλλαγή ιατρικών παραδειγμάτων και κάτω από την επίδραση κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Ωστόσο η εμπέδωση δομών μισθωτής εργασίας και η παράλληλη αναβάθμιση της αξίας του σώματος (παραγωγή υπεραξίας), αναβάθμιση, επαγγελματικοποιώντας και τον ιατρικό θεσμό, ο οποίος στο νέο κοινωνικό πλαίσιο, όπου η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία ασθένειας, απέκτησε ελεγκτικό ρόλο (πιστοποίηση ασθένειας) και ρόλο αποκατάστασης της λειτουργικότητας του ατόμου.

Εισαγωγή

Πρώτα θα προσδιορίσουμε το αντικείμενο της ιατρικής. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ ιατρικής και κοινωνίας, καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίστηκε, κινήθηκε και

* Επίκουρος Καθηγητής Κοινωνιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

λειτουργεί η ιατρική ως πολιτισμικό υποσύστημα. Αφού δούμε μέσα από ποια παραδείγματα ενεργοποιείται η ιατρική και παρεμβαίνει κοινωνικά ο ιατρικός λόγος, θα εξετάσουμε την ιατρική ως θεσμό της βιομηχανικής-καπιταλιστικής κοινωνίας. Πρόθεσή μας είναι να εντοπίσουμε τις κοινωνικές και οικονομικές συζεύξεις της ιατρικής και του ιατρικού θεσμού με την αστική-νεωτερική πραγματικότητα και το καθεστώς της μισθωτής εργασίας, και να εξηγήσουμε πως και για ποιους λόγους επιβλήθηκαν τα συγκεκριμένα ιατρικά παραδείγματα. Η από τα μέσα προσέγγιση της ιατρικής που επιχειρούμε εδώ, σκοπεύει να αναδείξει επίσης τη σχετικότητα αυτών των παραδειγμάτων, καθώς αυτά εντάσσονται και λειτουργούν σε συγκεκριμένες πολιτισμικές οντότητες, ενώ συχνά αυτά προσδιορίζονται από ιδεολογικές παραμέτρους.

Η νέα αντίληψη για την ασθένεια: ο ρόλος των γιατρών

Η ιατρική ως σύστημα προσδιορισμού και αντιμετώπισης της ασθένειας εμφανίζεται με την αύξηση του καταμερισμού εργασίας, την προωθημένη διαφοροποίηση της κοινωνίας, την κυριαρχηση πάνω στη φύση και το περιβάλλον και τη συγκρότηση ενός σώματος γνώσεων, το οποίο μεταφέρεται σε έναν κοινωνικό θεσμό που έχει αυτονομηθεί από τις γνώσεις και τις εμπειρίες των καθημερινών ανθρώπων. Ο χαμηλός καταμερισμός εργασίας και η εξισωτική δομή των προκαπιταλιστικών-προνεωτερικών κοινωνιών, επιτρέπει πολύ περιορισμένα την ανάδειξη μηχανισμών προσδιορισμού και αντιμετώπισης της ασθένειας, με αποτέλεσμα η ευθύνη για την εμφάνιση της ασθένειας και τη θεραπεία του ασθενούς να παραμένει στο άτομο και στην κοινότητα.

Σε αντίθεση με αυτές τις πρακτικές όπου η ασθένεια είναι υπόθεση της κοινότητας και ο ειδικός διαμεσολαβεί ανάμεσα σε αυτή (ασθένεια) και τις υπερφυσικές δυνάμεις που προκάλεσαν την ασθένεια¹, η σύγχρονη ιατρική συγκροτεί ένα σύστημα διαχείρισης της ασθένειας αναλαμβάνοντας σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη για την αποκατάσταση της υγείας, γεγονός που μαζί με την αναθεώρηση των αιτιών εμφάνισης της ασθένειας απελευθερώνει το άτομο από ενοχές αλλά και από ευθύνες για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η ασθένεια παύει πλέον να θεωρείται υπερφυσικό γεγονός και εκκοσμικεύεται. Η εκκοσμικεύση της α-

σθένειας οδήγησε στην εκλογίκευση και των σχέσεων που αναπτύσσονταν γύρω από την ασθένεια, οι οποίες ερμηνεύονται τώρα από την οπτική δράσης των υποκειμένων (T. Parsons). Σε αυτό το πραγματοκεντρικό πλαίσιο, η κοινωνική συμπεριφορά δεν μπορεί να προσανατολίζεται από τις αξίες αλλά από τους στόχους. Επομένως θέσεις που προτάσσουν τον ανθρωπιστικό ή αλτρουϊστικό ρόλο των γιατρών και της ιατρικής δεν μπορούν να έχουν εγκυρότητα, καθώς οδηγούν σε μη ορθολογικές και πατερναλιστικές συμπεριφορές, συμπεριφορές που αντιστοιχούν περισσότερο σε κοινοτικές κοινωνίες².

Συνήθως η έρευνα για την υγεία στις κοινωνικές επιστήμες κατευθύνεται από έναν εξωγενή προσανατολισμό. Στον εξωγενή προσανατολισμό η ασθένεια αναλύεται έξω από αυτήν την εμπειρία του ασθενούς και έξω από πολιτισμικούς και κοινωνικούς προσδιορισμούς. Η υποκειμενική πραγματικότητα απογυμνώνεται από κοινωνικο-πολιτισμικά περιεχόμενα και ελαχιστοποιείται ή αγνοείται. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο πάνω στο οποίο πρέπει κανείς να δράσει. Εφόσον η έρευνα απορρέει από μια τέτοια προσέγγιση, η ασθένεια ορίζεται ιατροκεντρικά, γεγονός που οδηγεί στην υποβάθμιση της εμπειρίας που προκύπτει από την ίδια την ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο³. Επίσης παραγνωρίζεται η δυναμική των σχέσεων που αναπτύσσονται γύρω από την ασθένεια, καθώς και οι γνώσεις και οι δεξιότητες που π.χ. ο χρόνιος ασθενής στη διάρκεια της θεραπείας του έχει αποκτήσει.

Αν θέλει να αποφύγει κανείς αυτό το ατόπημα θα πρέπει να προσεγγίζει την ασθένεια και την ιατρική από μια ενδογενή οπτική, λαμβάνοντας υπόψη και άλλες παραμέτρους που προσδιορίζουν το υποκείμενο. Αυτονόητο πως αυτή η οπτική επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στον ασθενή άνθρωπο και προσπαθεί να εξηγήσει την ασθένεια σε αντίθεση με τον αναγωγικό τρόπο της πρώτης προσέγγισης. Αντιμετωπίζει την ασθένεια ως κοινωνική-πολιτισμική οντότητα και σε σχέση με αυτήν προβαίνει σε αξιολογήσεις και εκτιμήσεις για το ιατρικό σύστημα. Μια οπτική που βλέπει τα πράγματα από τα μέσα μπορεί να αποκαταστήσει ενεργητικά την υποκειμενικότητα του ασθενούς και να τη θέσει σε διαδραστική τροχιά με το γιατρό.

Μια τέτοια προσέγγιση επιβάλλεται επιπρόσθετα από το γεγονός πως γιατροί, επαγγελματίες υγείας κ.ά. ως μεσαία κοινωνικά στρώματα κατέχουν στην κοινωνική δομή μια διαμεσολαβητική ιδιότητα και ασκούν στην κοινωνία μια ιδεολογική λειτουργία, στοι-

χεία που επιτρέπουν (σε τελική ανάλυση) την οργάνωση των ταξικών συμβιβασμών από το κράτος αλλά και την πολιτική και ιδεολογική ενσωμάτωση ευρύτερων κοινωνικών στρωμάτων στο υφιστάμενο σύστημα κοινωνικών σχέσεων. Η υιοθέτηση των πολιτιστικών προτύπων και αξιών αυτών των στρωμάτων για την εκπαίδευση, τον πολιτισμό, την υγεία κ.λπ. από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι συνέπεια της ιδεολογικής παρέμβασης τους, παρέμβαση που καθιστά την αστική κουλτούρα ηγεμονική. Τη συμβολή αυτών των στρωμάτων στη διατήρηση και αναπαραγωγή της κατεστημένης κοινωνικής τάξης δεν μπορεί να αγνοεί το κράτος όταν σχεδιάζει αλλαγές και τομές στο χώρο της υγείας⁴.

Παρόλο που οι παρεμβάσεις του κράτους στην περιοχή της υγείας επιβάλλονται από μακρο-οικονομικούς όρους αξιοποίησης του κεφαλαίου (αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών, διατηρηματική συνεργασία φορέων υγείας, αντιμετώπιση ασθενειών που σχετίζονται με τρόπους ζωής), οι παρεμβάσεις αυτές εξαντλούνται σε ημίμετρα, καθόσον θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα συμφέροντα αυτών των στρωμάτων (γιατροί, φαρμακοποιοί κ.ά.) τα οποία σε κάθε μεταρρύθμιση θα πρέπει να κατοχυρωθούν.

Γίνεται αυτονόητο τώρα, γιατί κυρίως γιατροί ως ελεύθεροι επαγγελματίες εναντιώνονται τόσο σθεναρά σε αυτές τις μεταρρυθμίσεις (βλ. ΕΣΥ), οι οποίες επιχειρούν τον εξορθολογισμό πόρων και κοινωνικών σχέσεων στο χώρο της υγείας (κατάργηση του πατερναλιστικού πλαισίου παροχής υπηρεσιών και αμοιβής) και να επαναπροσδιορίσουν το επάγγελμα του γιατρού στο νέο καταμερισμό εργασίας, επαναπροσδιορισμός που θα σχετικοποιούσε σε ένα βαθμό την ιατροκεντρική αντίληψη για την υγεία. Γι' αυτό το λόγο εξάλλου καταπολεμήθηκαν από τους ιατρικούς συλλόγους της Δύσης απόπειρες επαναπροσδιορισμού του αντικείμενου της ιατρικής. Η ιδέα του «ξυπόλητου γιατρού» στην Κίνα και του «φέλτσερ»⁵ στη Σοβιετική Ένωση, θεσμοί που εφόσον είχαν υιοθετηθεί θα οδηγούσαν δίχως άλλο στο μερικό απο-επαγγελματισμό της περίθαλψης⁶, απορρίφθηκαν κατηγορηματικά από τους επαγγελματίες γιατρούς.

Η λήψη προληπτικών μέτρων και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας για παράδειγμα, θα περιορίζε σε μεγάλο βαθμό το επαγγελματικό πεδίο των γιατρών προς όφελος άλλων επαγγελματιών (κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.ά.), θα μείωνε το κόστος της υγείας και το σημαντικότερο, η υγεία θα προσδιοριζόταν με εξωϊατρικά κριτήρια, εξέλιξη που θα καταδεικνυε με σαφήνεια το αντικείμενο της ιατρικής. Η εναντίωση των

γιατρών σε τέτοιες προσπάθειες αποτυπώνεται στη διεύρυνση του βαθμού αυτονομίας τους, γεγονός που καθιστά άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να εξαρτώνται επαγγελματικά από αυτούς. Επακόλουθο αυτής της εξάρτησης είναι η προαγωγή υγείας να γίνεται ιατροκεντρικά σε αντίθεση με τις κατευθύνσεις του WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) ο οποίος συνιστά τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματικών ομάδων⁷.

Θα ήταν μεθοδολογικό σφάλμα λοιπόν να προσεγγίσουμε την ιατρική από την πλευρά των επαγγελματιών οι οποίοι ασχολούνται με την ασθένεια, δηλαδή των γιατρών, μιας κοινωνικής ομάδας που αρθρώνει τα επαγγελματικά της συμφέροντα γύρω από ένα χώρο, ο οποίος ενώ φαίνεται να οριοθετείται απέναντι στους μηχανισμούς της αγοράς, ακολουθεί συμπεριφορές που συνάδουν με τη λογική της αγοράς, όπως ο M. Weber όρισε αυτές τις σχέσεις· σχέσεις ορθολογικές ως προς τους στόχους (zweckrational)⁸. Συχνά πάλι, η ιατρικοποίηση περιοχών που μέχρι πρόσφατα διατυπώνονταν με ηθικούς ή κοινωνικό-οικονομικούς όρους ανοίγει το δρόμο και την κοινωνική ανέλιξη επαγγελματικών ελίτ με την έννοια ότι αυξάνει το κοινωνικό στάτους, επομένως και τις δυνατότητες κατεύθυνσης της κοινής γνώμης (καρδιολόγοι, φυσίατροι, διαιτολόγοι, σεξολόγοι κ.ο.κ.). Έτσι τα προβλήματα διατυπώνονται πρώτα από την οπτική αυτών των επαγγελματιών και δευτερευόντως από την πραγματική τους διάσταση.

Στην αντίθετη περίπτωση θα έπρεπε να δεχθούμε τη θέση του T. Parsons, πως το κοινωνικό πράττειν του γιατρού, διέπεται και ελέγχεται από μια χωρίς συναισθηματισμούς ουδετερότητα και από μια εξειδικευμένη κατάρτιση και γνώση, στοιχεία που εγγυώνται επομένως την προσήλωση και δέσμευση του γιατρού στην υγεία του ασθενούς και στην αποκατάστασή της μέσω της θεσμοποίησης αυτής της σχέσης⁹. Κάτι τέτοιο ακυρώνεται από την ίδια την πραγματικότητα, τόσο γιατί ο χώρος της ιατρικής έχει πλήρως εκλογικευτεί και οι γιατροί εκ των πραγμάτων ακολουθούν δικά τους επαγγελματικά συμφέροντα (Erwerbsinteresse) αλλά και επειδή η βιομηχανοποίηση (εξοπλισμοί, φάρμακα κ.λπ.) της ιατρικής έχει καταστήσει το χώρο όπου ενεργοποιείται η ιατρική μια γιγαντιαία επιχείρηση, όπου διαπλέκονται και αντιπαρά τίθενται συμφέροντα, φιλοσοφίες, θεραπευτικές στρατηγικές και κατεστημένες ή εναλλακτικές πρακτικές¹⁰.

Με την «αποεπαγγελματοποίηση» της εργασίας μάλιστα, την αφαίρεση από αυτήν του ηθικού της περιεχομένου, χάνεται και ο

λόγος ύπαρξης της υποκειμενικής πλευράς του επαγγέλματος, δηλαδή η δέσμη υποχρεώσεων και αξιώσεων που συνδέονται με μια συγκεκριμένη εργασιακή λειτουργία, της υπεύθυνης εργασιακής πρακτικής και της κοινωνικής αναγνώρισης του επαγγελματία¹¹. Η εκκοσμίκευση της έννοιας του επαγγέλματος που προέκυψε από τη μηχανοποίηση-αυτοματοποίηση της ιατρικής υποδομής ακύρωσε αυτό το χαρισματικό στοιχείο που χαρακτήριζε την ιδέα του ιατρικού επαγγέλματος, το οποίο παρόλο που μεταβιβαζόταν δευτερογενώς και θεσμικά (μέσα από συντεχνίες, συλλόγους κ.ο.κ.) διατηρούσε πάντα μια προκαπιταλιστική χροιά, που εν μέρει συντηρείται στον επαγγελματικό όρκο.

Αντικείμενο της ιατρικής

Εφόσον δεχθούμε τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την υγεία, υγεία είναι τότε κάτι περισσότερο από την απουσία ασθένειας ή από τη λειτουργικότητα σώματος και ψυχής. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Άλμα-Ατα, υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας¹². Αυτός ο ορισμός υπερβαίνει κατά πολύ τα όρια της ιατρικής, καθόσον η ευεξία πραγματώνεται και σε επίπεδα και χώρους που 'εκ των πραγμάτων' δεν μπορεί να καλύψει η ιατρική, όπως αυτό της εργασίας, της παιδείας, της κουλτούρας κ.ο.κ.

Από την άλλη, η σχέση ετερότητας που διέπει το πλαίσιο αναφοράς ασθενούς και γιατρού, εγγράφεται στο ιατρικό σύστημα, το οποίο εμπεδώθηκε με την καθιέρωση των κρατικών ασφαλιστικών ταμείων. Η σχέση αυτή, με το γιατρό ως τον ενεργητικό πόλο και τον ασθενή ως τον παθητικό, αποτελεί το περιεχόμενο της ιδιωτικοποίησης της υγείας και της ασθένειας, με στόχο την αποδέσμευσή της από τον έλεγχο της κοινότητας. Η απόσπαση της ασθένειας από την προσωπική ευθύνη και η κατανόησή της ως δημόσιο αγαθό, που το κράτος προστατεύει, συμβαδίζει με μια άλλη εξέλιξη που αφορά στη θεσμική διασφάλιση και αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης¹³. Σε αυτό το κοινωνικό-εργασιακό πλαίσιο, η ιατρική ενεργοποιείται ως θεσμός πιστοποίησης της ασθένειας και αποκατάστασης της λειτουργικότητας του ατόμου.

Όπως και το υπόλοιπο πλέγμα κοινωνικών σχέσεων σε συνθήκες μισθωτής εργασίας, και αυτή η σχέση αλλοτριώνει την ανθρώπινη ύπαρξη, καθώς υγεία και ασθένεια προσδιορίζονται έξω

από την εμπειρία του ατόμου¹⁴. Μια κοινωνική, συλλογική θεραπευτική διαδικασία που θα μπορούσε να χαρακτηρίζει την ιατρική πρακτική, μετασχηματίστηκε σε μια διαδικασία ανταλλαγής εμπορευμάτων, με το γιατρό να προσφέρει τις υπηρεσίες του και τον ασθενή να μετατρέπεται σε πελάτη, δηλαδή σε αγοραστή αυτών των ιατρικών υπηρεσιών¹⁵. Ωστόσο αυτή η σχέση ετερότητας είναι και μια κοινωνική σχέση που δεν προέκυψε ξαφνικά, αλλά διαμορφώθηκε ιστορικά κάτω από την επίδραση πολιτισμικών και κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων, τους οποίους στη συνέχεια θα εξετάσουμε.

Ιατρική και κοινωνία: η ιατρική ως κοινωνικό-πολιτισμικό υποσύστημα

Ίσως ένας καλός τρόπος για να κατανοήσουμε σωστά τη λειτουργία της ιατρικής στις διαφορετικές κοινωνικό-πολιτισμικές συζεύξεις της, θα ήταν να υιοθετήσουμε την έννοια του παραδείγματος (Κυήη)¹⁶, το οποίο παρέχοντας πρότυπα προβλημάτων και λύσεων σε μια κοινότητα ειδικών και για ένα χρονικό διάστημα, θα χαρακτήριζε και την ιατρική. Τότε το βιοϊατρικό παράδειγμα¹⁷, το οποίο προτάσσεται από τη σύγχρονη ιατρική θα ήταν έγκυρο και αποτελεσματικό σε ένα δεδομένο πολιτισμικό πλαίσιο, δηλαδή σε αυτό που αντιστοιχεί στη βιομηχανική-καπιταλιστική κοινωνία.

Στο βαθμό που αυτό ερμηνεύει και ταξινομεί επιστημονικά την ασθένεια, νομιμοποιεί από την άλλη και τις διαγνωστικές-θεραπευτικές στρατηγικές, οι οποίες και δεν μπορούν να αποκλίνουν από το ερμηνευτικό πλαίσιο του παραδείγματος. Από τη στιγμή που οι ασθένειες ταξινομούνται σύμφωνα με το κάθε φορά ισχύον παράδειγμα, οι θεραπευτικές στρατηγικές δεν είναι δυνατόν να αναπτύσσονται εκτός του πλαισίου του παραδείγματος, και ούτε είναι δυνατόν αυτές να αναπτύσσονται και να συνυπάρχουν με άλλα παραδείγματα, καθόσον η κατάσταση πολιτισμικής πρόσμειξης που προκύπτει από την ενεργοποίηση περισσότερων ιατρικών παραδειγμάτων σε ένα χωροχρονικό πλαίσιο, δημιουργεί σύγχυση στα υποκείμενα και αναποτελεσματικότητα στα ιατρικά συστήματα.

Επομένως σχετικοποιείται και η ερμηνευτική εμβέλεια της επιστημονικής ιατρικής να συλλαμβάνει, να προσδιορίζει και να αποκαθιστά τις οποιεσδήποτε διαταραχές της σωματικής-ψυχικής κα-

τάστασης του ατόμου, καθόσον αυτές προσλαμβάνονται και ταξινομούνται όχι διαχρονικά και διαπολιτισμικά, αλλά μέσα από μια συγκεκριμένη πολιτισμική οπτική, από την οπτική της βιομηχανικής κοινωνίας και την οπτική της αστικό-καπιταλιστικής κουλτούρας.

Εφόσον δεχτούμε αυτό το μεθοδολογικό σχήμα, η εγκυρότητα του παραδείγματος της σύγχρονης ιατρικής περιορίζεται εντός της κοινότητας των ειδικών που υιοθετούν ίδιες παραμέτρους ερμηνείας και αξιολόγησης, αλλά και εντός της κοινωνίας που διέπεται από τα ίδια αξιακά συστήματα και προσανατολίζεται σε κοινά πρότυπα δράσης και συμπεριφορών, τα οποία λιγότερο ή περισσότερο απορρέουν από την αξιωματική θέση της εργασίας μέσα σε αυτήν.

Αυτό σημαίνει βέβαια πώς σε κοινωνίες που βασίζονται σε άλλες συστοιχίες αξιών, η σύγχρονη ιατρική έχει μάλλον πολύ περιορισμένες δυνατότητες παρέμβασης. Πολλές φορές αυτή η παρέμβαση σημαίνει και την καταστροφή άλλων παραδειγμάτων που για τη συγκεκριμένη κοινωνία, με το συγκεκριμένο πλέγμα κοινωνικών και συμβολικών σχέσεων, μπορεί μέσα από μια κατάσταση πολιτισμικής πρόσμειξης να τα καταστήσει αναποτελεσματικά, καθώς η συμπεριφορά αντιμετώπισης μιας ασθένειας (Coping Capacity) αναπτύσσεται σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ελλειμματικά. Η προσπάθεια πρόσληψης νέων συστημάτων (healer-shcopping) μέσα από παραδοσιακούς τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας (Coping-strategy) ή αντίστροφα, εξασθενεί την αποτελεσματικότητα και των δύο συστημάτων¹⁸.

Ο ασθενής και το ιατρικό σύστημα που είναι στη διάθεσή του, ανεξάρτητα αν αυτό είναι παραδοσιακό, σύγχρονο ή πλουραλιστικό, είναι ενσωματωμένοι σε ένα πολιτισμικό οικοσύστημα. Αυτό το πολιτισμικό οικοσύστημα εφόσον γίνει αντιληπτό και ως σύστημα σημασιών, αποτελεί για τους ανθρώπους προϋπόθεση για την αντιμετώπιση δοκιμασιών και ασθενειών που εμφανίζονται στην καθημερινότητά τους και στους βιοκόσμους τους. Επομένως γιατρός και ασθενής, όπως και ο περίγυρός τους, εξαρτώνται όσον αφορά στη στάση τους απέναντι στην ασθένεια η οποία διαμορφώνει και το κοινό πλαίσιο αναφοράς, από τις σημασιοδοτήσεις αυτού του συστήματος¹⁹.

Τη σημασία αυτού του πολιτισμικού και βιωματικού οικοσυστήματος φαίνεται να σχετικοποιεί ή και να υποβαθμίζει ο WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), όταν προκρίνοντας την εξάπλωση του επιστημονικού παραδείγματος σε όλο τον κόσμο, δυσχεραίνει

έμμεσα μια διαπολιτισμική αντίληψη για την υγεία²⁰. Πολιτισμικά συστήματα σημασιών έχουν επίσης μια άλλη κατανόηση για την ασθένεια, από ό,τι για παράδειγμα ο International Classification of Disease (ICD), ο οποίος μέσα από την ταξινόμηση των ασθενειών λειτουργεί ως εργαλείο αναδιαπαιδαγώγησης του παγκόσμιου πληθυσμού σε μια ενιαία και μονοπολιτισμική κατανόηση για την ασθένεια και την υγεία²¹. Δεν είναι επομένως αμέτοχη η βιοϊατρική στην κοινωνική αποδιοργάνωση κοινωνιών με διαφορετικά κοινωνικό-πολιτισμικά ισοδύναμα, πόσο μάλλον όταν η εμφάνιση επιδημιών στην Αμερική, την Αφρική και την Ασία βρίσκονται σε συνάρτηση με την αποικιοκρατία και την πτώση των πολιτισμών τους²².

Με αυτή την έννοια, η ιατρική αποτελεί σημαντικό λειτουργικό (υπο)σύστημα μιας κουλτούρας, καθόσον ενσωματώνει την ασθένεια στην καθημερινότητα και στο ισχύον πολιτισμικό σύστημα με τρόπο που οι συνέπειες από την ασθένεια για το άτομο και την κοινότητα να ελαχιστοποιούνται στο μέγιστο δυνατόν. Ενσωματωμένη η ιατρική μέσα στις συμβολικές σχέσεις του πολιτισμικού συστήματος εμπεριέχει για όλους όσοι συμμετέχουν σε αυτό και στον ίδιο βαθμό (άτομο, κοινότητα, ειδικοί και μη) πληροφορίες και γνώσεις για τις αιτίες, το χαρακτήρα, την πρόληψη, την εξέλιξη, τα μέτρα θεραπείας και τις συνέπειες της ασθένειας.

Από την άλλη, το πολιτισμικό σύστημα μέσα από τους κώδικές του, στους οποίους δεσμεύεται η προϋπάρχουσα ανθρώπινη εμπειρία και δράση²³, νοηματοδοτεί την ανθρώπινη δράση παρέχοντας πληροφορίες για διαθέσιμους πόρους, για θεσμούς, για ρόλους, πλαίσια διαδράσεων, κανόνων, αξιών κ.ο.κ. που καθοδηγούν τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας. Καθώς η ασθένεια συνιστά και μια κατάσταση επικοινωνιακής ρήξης του ανθρώπου με το περιβάλλον του, η αναζήτηση θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισής της συμβαδίζει με μια διαδικασία εκλογίκευσης για αιτίες και συνέπειες. Η διαδικασία εκλογίκευσης μπορεί να εξελίσσεται και σε ένα «μη ορθολογικό» επίπεδο, σε ένα συμβολικό επίπεδο, όπου εντάσσεται για να επεξεργασθεί το βίωμα του πόνου, του θανάτου και όλων των βιωματικών ασυνεχειών που η κατάσταση ασθενείας προκαλεί.

Στο διηνεκές αυτών των διεργασιών αναπτύσσονται διαφορετικοί τρόποι κατανόησης και επεξεργασίας του βιώματος, ανάλογα με τις προτεραιότητες της κοινότητας. Ο μάγος, ο ιερέας, ο γιατρός, ο ψυχαναλυτής κ.ά. ενεργοποιούνται σε αυτό το πεδίο, στο οποίο συχνά εναποτίθεται όχι μόνον η ψυχή αλλά και το σώμα.

Ακόμη και σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων προσφεύγει στη μαγεία, στην προσευχή και σε θρησκευτικές τελετουργίες (άναμα κεριών που συμβολίζουν τη θυσία, προσκύνημα εικόνων κ.ο.κ.) γιατί πιστεύουν πως αυτά τα ιατρό-μαγικά μέσα μπορούν να τους βοηθήσουν²⁴.

Σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να ενταχθεί και το effect placebo, δηλαδή η επιτυχής θεραπεία δια μέσου φαρμάκων που στην πραγματικότητα είναι τελείως ουδέτερες ουσίες (π.χ. νερό και ζάχαρη). Εδώ δεν είναι οι ιδιότητες του φαρμάκου που το καθιστούν αποτελεσματικό, αλλά η «ιδέα» και η πίστη των ανθρώπων στη συγκεκριμένη θεραπευτική τεχνική. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει όμως την ισχύ του φαντασιακού και συμβολικού πεδίου εντός του οποίου ευρίσκονται και δρουν γιατροί και ασθενείς. Αυτό το πεδίο εντός του οποίου «λειτουργεί» η ανθρώπινη οντότητα περιλαμβάνει το συμβολικό δίκτυο του κοινωνικό-ιστορικού κόσμου (πεποιθήσεις, αναπαραστάσεις για την υγεία, ορισμό της ασθένειας), αλλά και τους τρόπους θεραπείας που ρυθμίζονται από διάφορα πρότυπα θεσμοθετημένων σχέσεων και κοινωνικών θεσμών. Αυτοί με τη σειρά τους προσδιορίζουν θέσεις και ρόλους και εγγυώνται για τη γνώση και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των τρόπων θεραπείας²⁵. Σχετικές έρευνες δείχνουν πως 30-40% της αποθεραπείας ασθενών ανάγεται στη θεραπευτική δράση του φαινομένου placebo, ενώ υπάρχουν δυνατότητες διεύρυνσης αυτού του ποσοστού²⁶.

Σε κοινωνίες με χαμηλό καταμερισμό εργασίας, οι οποίες είναι γι' αυτό περισσότερο έκθετες στα φυσικά φαινόμενα, για ευνόητους λόγους, η αρρώστια ερμηνεύεται υπερβατικά. Σε αυτές τις κοινωνίες, η αντιμετώπιση της ασθένειας προκύπτει όπως αναφέρει ο C. Lévi-Strauss, από τη συνύπαρξη και ενεργοποίηση τριών στοιχείων, τα οποία συνθέτουν το πολιτισμικό πεδίο της ίασης, η οποία γίνεται πάλι υπερφυσικά και μέσω της μαγείας: α) το μάγο με την πεποίθησή του ότι μπορεί να ιάσει, β) τον ασθενή που προσφεύγει σε αυτόν και είναι επίσης πεπεισμένος ότι ο μάγος μπορεί να τον βοηθήσει, και γ) την κοινότητα που απαρτίζουν τα δύο μέρη, με την κοινή πεποίθηση πως η ίαση στη συγκεκριμένη μορφή είναι δυνατή²⁷. Παρόλο που μια τέτοια διεργασία ίασης λαμβάνει χώρα σε μια παραδοσιακή κοινωνία, η ευρετική και ερμηνευτική της αξία ξεπερνάει τα όρια του συγκεκριμένου πολιτισμικού ορίζοντα, καθώς υπογραμμίζεται η σημασία καίριων παραμέτρων στη συγκριτική εξέταση πολιτισμικών συστημάτων.

Στο ιατρικό σύστημα λοιπόν, ενσωματώνονται η ατομική εμπει-

ρία με την ασθένεια, η οποία επειδή εξαρτάται από πολιτισμικές ερμηνείες διαφοροποιείται από κουλτούρα σε κουλτούρα. Η σημειωτική της ίδιας της ασθένειας στο κάθε πολιτισμικό πλαίσιο που αυτή εμφανίζεται και λειτουργεί, και η πράξη της (απο)θεραπείας της ασθένειας μέσα από τις προτεινόμενες πρακτικές, συγκλίνουν στρατηγικά με το πολιτισμικό πρότυπο²⁸. Αυτό το σύστημα, κοινωνικοί του οποίου είναι άτομα, ομάδες και κοινότητα, επιτρέπει διαγνώσεις της ασθένειας, τρόπους και μέσα θεραπείας, προσδιορίζει ποιος συμμετέχει στη θεραπεία (οικογένεια, γιατρός, ο ίδιος ο ασθενής), τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών κ.ο.κ.

Για παράδειγμα σε μια κοινωνία που αποβλέπει στην πολιτισμική ομοιογένεια, η τρέλα αποκτά μια εντελώς άλλη διάσταση και αντιμετωπίζεται με διαφορετικά μέσα απ' ό,τι στην προνεωτερική κοινωνία, η οποία είναι μια κοινωνία μη εκ-κοσμικευμένη με πολυεθνική δομή. Μάλιστα η έννοια του «εθνοτικού ασυνειδήτου» στην Εθνοψυχιατρική (G. Devereux), του στοιχείου δηλαδή που είναι κοινό σε μια πολιτισμική κοινότητα, θεωρεί πως οι έννοιες εθνοτική ψύχωση και νεύρωση προσδιορίζονται πολιτισμικά²⁹. Από αυτή την οπτική η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να εξεταστεί ως μια εθνοτική ψύχωση του δυτικού πολιτισμού, της οποίας τα κύρια συμπτώματα προκύπτουν από τη μορφολογία και τις αξίες του³⁰. Αλλά και η συχνότητα και η ένταση μιας μη ψυχικής ασθένειας, (καρδιοαγγειακές παθήσεις, καρκίνος κ.λπ.), εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Μια σημαντική πτυχή του πολιτισμού που προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό το κάθε φορά ισχύον ιατρικό παράδειγμα, είναι αυτή της σχέσης του ατόμου με την κοινότητα. Πάνω σε αυτό το δίπολο εξελίσσεται ένα ιατρικό παράδειγμα επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στο άτομο ή την κοινότητα. Σε μια προκαπιταλιστική κοινωνία, όπου το άτομο είναι οργανικό μέρος συσσωματώσεων, και όπου ρόλοι και υποχρεώσεις κατανέμονται πρωτίστως με βάση την οικογένεια ή ευρύτερα μορφώματα της κοινοτικής πραγματικότητας, οι θεραπευτικές στρατηγικές αποσκοπούν πρωτίστως και για ευνόητους λόγους στην άρση δυσλειτουργιών που επηρεάζουν τη λειτουργία της κοινότητας και των τμημάτων της. Επομένως, η οποιαδήποτε παρέμβαση ιατρικής φύσεως γίνεται από την οπτική της κοινότητας και δευτερευόντως από αυτήν του ατόμου, το οποίο και δεν υφίσταται κοινωνικά. Η ανθρωπολογική συγκρότηση των προνεωτερικών κοινωνιών, η διαπλοκή του εγκόσμιου με το όσιο, επέβαλλε και μια ολιστική θέαση του ανθρώ-

που, ως συστατικού μέρους ενός οργανικού και συνάμα υπερβατικού πλέγματος σχέσεων.

Αλλά και η ταξινόμηση των ασθενειών όπως και η νοσολογία τους, αλλά και η ίδια η έννοια της ασθένειας υπακούουν σε πολιτισμικές προδιαγραφές. Άλλη είναι η σημασία μιας ασθένειας στη μια πολιτισμική κοινότητα από ό,τι σε μία άλλη. Η εξέλιξη και η μορφολογία μιας ασθένειας, εξαρτάται πάλι από το πως αυτή γίνεται αντιληπτή από εκείνους που συμμετέχουν σε μια πολιτισμική πραγματικότητα. Από εκείνους δηλαδή που υιοθετώντας το πολιτισμικό σχήμα ερμηνείας της ασθένειας, προχωρούν σε προσδιορισμούς και αξιολογήσεις των συμπτωμάτων που μπορεί να αποκλίνουν από αυτά της σύγχρονης ιατρικής, καθόσον η ανάγνωσή τους γίνεται με διαφορετικό τρόπο. Το σύμπτωμα έχει για τον αγροτικό πληθυσμό π.χ. μια συγκεκριμένη χρονική διάρκεια και ταυτίζεται με μια συγκεκριμένη εργασία. Στο κλινικό πλαίσιο αντίθετα, ο ασθενής είναι φορέας του συμπτώματος, το οποίο όμως έχει χάσει τη χρονική του διάσταση και έχει αποδεδουλευτεί από τον κοινωνικό χώρο εμφάνισής του³¹.

Τα ίδια τα συμπτώματα, μπορεί να ερμηνεύονται διαφορετικά ακόμη και μέσα στο δυτικό χώρο όπου κυριαρχεί η σύγχρονη ιατρική. Στη μια περίπτωση τονίζεται ο ρόλος της αντίστασης του σώματος σε εξωγενείς παθολογικούς παράγοντες, και η θεραπεία αποσκοπεί στην ενδυνάμωση αυτού του ρόλου (Γερμανία, Γαλλία), στην άλλη περίπτωση η θεραπεία κατευθύνεται στους ίδιους τους εξωγενείς παράγοντες (αγγλοσαξωνικός χώρος)³².

Καθώς στις πολιτισμικές ερμηνείες η ασθένεια δεν προσδιορίζεται οντολογικά, όπως στη σύγχρονη ιατρική, όλα τα στοιχεία που συνθέτουν την ασθένεια καθορίζονται λίγο ή πολύ από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που βρίσκονται έξω από την ασθένεια. Οι θεραπευτικές στρατηγικές δεν υπαγορεύονται από το γνωστικό σχήμα (αιτιολογία, παθολογία, νοσολογία) αλλά από τις επιπτώσεις που η εμφάνιση μιας ασθένειας έχει πάνω στην κοινότητα.

Η εναλλαγή ιατρικών παραδειγμάτων

Στην επόμενη ενότητα θα επιχειρήσουμε να εξηγήσουμε την αλλαγή των ιατρικών παραδειγμάτων με βάση το κοινωνικό-ιστορικό πλαίσιο και τις επιστημολογικές παραδοχές.

1. Η αποδέσμευση του σώματος από το υποκείμενο

Η αποδέσμευση του ανθρώπου από την οργανική κοινότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, σηματοδοτεί και μια διαδικασία εξατομίκευσης, στην πορεία της οποίας εξατομικεύεται και η στάση απέναντι στην ασθένεια. Σε επίπεδο αντιμετώπισης της ασθένειας ακολουθείται πλέον μια εξατομικευμένη και όχι ολιστική προσέγγιση, ενώ εξατομικεύονται και οι θεραπευτικές στρατηγικές. Η εξατομίκευση των θεραπευτικών στρατηγικών, υπαγορεύεται και από τις ανακαλύψεις της βακτηριολογίας και μικροβιολογίας. Σύμφωνα με το νέο μοντέλο ασθένειας, που κυριάρχησε από τον 19ο αιώνα και μετά, η ασθένεια οφείλεται στην εισβολή ενός μικροβίου στον ανθρώπινο οργανισμό. Η εισβολή ξένων σωμάτων στον οργανισμό ανατρέπει την οργανική ισορροπία του. Η υπόθεση, πως κάθε ασθένεια ανάγεται σε ένα συγκεκριμένο αίτιο, έχει μια συγκεκριμένη εξέλιξη (παθογένεση) και ότι εξωτερικεύεται μέσω μιας συγκεκριμένης συμπτωματολογίας, ενίσχυσε τη θέση πως η ασθένεια είναι το αποτέλεσμα παθογόνου επίδρασης. Για το αναδυόμενο ιατρικό μοντέλο η άρση της κατάστασης ασθενείας που προκαλείται από παθογόνους παράγοντες και η αποκατάσταση της υγείας, είναι δυνατή μέσω της παρέμβασης θεραπευτικών και φαρμακευτικών μέσων, δηλαδή μέσω της ιατρικής γνώσης-επέμβασης³³.

Η ηγεμονία του επιστημονικού παραδείγματος (βιοϊατρικό) που βασίστηκε στις φυσικές επιστήμες και στη συνέχεια στις βιοεπιστήμες και η απώθηση του παραδοσιακού, συνοδεύεται από μια άλλη διεργασία, που αφορά πρωτίστως στην οικονομία και στη δέσμευση του παραγωγικού συντελεστή εργασία, και της εργατικής δύναμης στις νεότευκτες δομές της μισθωτής εργασίας. Εξυπακούεται, πως το ενδιαφέρον της κοινωνίας επικεντρώνεται τώρα στο σώμα (φορέα της εργατικής δύναμης), στο οποίο η κοινωνία και το κράτος επενδύουν (ανατροφή, κατάρτιση κ.ο.κ.). Η ιατρική από περιθωριακή τεχνική αναβαθμίζεται και επιστημονικοποιείται, όπως αναβαθμίζεται και η κοινωνική θέση του γιατρού και του ιατρικού επαγγέλματος. Αντικείμενο της ιατρικής, δεν είναι πια, όπως στο παρελθόν, η θεραπεία μελών της ανώτερης τάξης αλλά η υγεία μεγάλων ομάδων του πληθυσμού. Καθώς ο χώρος «ακαδημοποιείται», ξεπερνιέται και ο χωρισμός της ιατρικής από τη λαϊκή ιατρική. Έτσι οι κουρείς-χειρουργοί αναβαθμίζονται και εξελίσσονται σε γιατρούς, οι εξαγωγείς δοντιών σε οδοντίατρους, οι έμποροι μπαχαρικών σε φαρμακοποιούς και οι σιδεράδες σε κτη-

νιάτρους³⁴. Στην Ελλάδα, στα χρόνια του Παπαδιαμάντη, στις αρμοδιότητες των κουρέων ενέπιπτε η εφαρμογή βδελλών, η αφαίρεση δοντιών, οι αφαιμάξεις, οι εγχειρήσεις κηλών κ.λπ.³⁵.

Στην αλλοτριωτική πραγματικότητα της μισθωτής εργασίας, ο άνθρωπος διασπάται, πραγματοποιείται (*Verdinglichung*). Μέρος της ανθρώπινης υπόστασης εκχωρείται προς εκμίσθωση, η εργατική δύναμη (και το σώμα), γίνεται πράγμα και εμπόρευμα, ενώ κομμάτια αυτής της διάσπασης, απομονωμένα από παραδοσιακές ενότητες στις οποίες αναφέρονταν, συγκροτούν τον ψυχικό κόσμο, μάλλον ως αντάλλαγμα στην απανθρωποίηση και την ποσοτικοποίηση της ανθρώπινης εμπειρίας³⁶. Το σώμα ως φορέας της εργατικής δύναμης, οριοθετεί πλέον τον εξατομικευμένο άνθρωπο προς τα έξω και απέναντι στην οργανική κοινότητα, καθιστώντας αυθύπαρκτη κάθε ανθρώπινη ύπαρξη.

Σε ηθικό επίπεδο αυτή η εξέλιξη επικυρώνεται με την απομυθοποίηση και εκκοσμίκευση του κόσμου, διαδικασία που επιτρέπει επίσης την απόσπαση του σώματος από οργανικές και μεταφυσικές δεσμεύσεις, ευνοώντας την εξαντλητική μελέτη του σώματος χωρίς ηθικές επιφυλάξεις. Η ολιστική θέαση του ανθρώπου αναθεωρείται και αντικαθίσταται από τον καρτεσιανό δυϊσμό, ο οποίος και προδιαγράφει το ηθικό-ιδεολογικό πλαίσιο ανάπτυξης της ιατρικής. Οι επιστημολογικές συνέπειες αυτών των αλλαγών και αναθεωρήσεων στην κοινωνία και την ηθική, προλείαναν το έδαφος για τη συστηματική ενασχόληση της επιστήμης και της ιατρικής με το σώμα, το οποίο εκλαμβάνεται ως μια μηχανή, έξω από ηθικές, συμβολικές και κοινωνικές διασυνδέσεις.

Στο νέο επιστημολογικό παράδειγμα της ιατρικής, το άτομο έχει μόνο σώμα, ενώ ακόμη και αυτή η ψυχική του υπόσταση προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό βιολογικά (ή βιοχημικά). Σιγά-σιγά το υποκείμενο χάνεται από τον ορίζοντα της ιατρικής. Το σώμα έχει αναχθεί σε υποδοχέα της ασθένειας, από το οποίο αυτή πάση θυσία θα πρέπει να εκδιωχθεί, ανεξάρτητα αν διακυβεύεται η ποιότητα ζωής και η αξιοπρέπεια του ανθρώπινου υποκειμένου³⁷.

Στον εξωγενή προσανατολισμό, ο οποίος εγγράφεται στο βιοϊατρικό παράδειγμα η ασθένεια αναλύεται, όπως αναφέραμε παραπάνω, έξω από αυτή την εμπειρία του ασθενούς. Σε αυτόν τον προσανατολισμό, ο πελάτης, δηλαδή το να είναι κανείς ασθενής (*sickness*) ή η ασθένεια (*illness*) αντιμετωπίζονται ως αντικείμενο πάνω στο οποίο πρέπει κανείς να δράσει. Συνέπεια μιας τέτοιας δράσης, είναι η αποκοπή του ατόμου από ψυχικές και κοινωνικό-

πολιτισμικές συζεύξεις που συγκροτούν το άτομο σε υποκείμενο. Η αναζήτηση ψυχο-υποστηρικτικών μέσων, από την πλευρά του ατόμου που έχει καταστεί αντικείμενο της ιατρικής παρέμβασης, καταδεικνύει την ανάγκη του ατόμου να αποκατασταθεί ξανά ως υποκείμενο³⁸. Πόσο μάλλον όταν πρόκειται για παρεμβάσεις που αλλάζουν τον κύκλο ζωής του, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με την αφαίρεση της μήτρας ή άλλων οργάνων από το ανθρώπινο σώμα.

2. Διαφορές ανάμεσα στο προεπιστημονικό και το βιοϊατρικό παράδειγμα (η ανάγνωση και η ερμηνεία των συμπτωμάτων)

Μια κρίσιμη διαφορά ανάμεσα στο προνεωτερικό-προεπιστημονικό παράδειγμα και το επιστημονικό, που διαφοροποιεί και τις πρακτικές εφαρμογές τους, έγκειται στην ερμηνεία των συμπτωμάτων (τα σημεία των Ιπποκρατικών). Γενικά, το σύμπτωμα στο προεπιστημονικό-προπειραματικό παράδειγμα, μπορεί να θεωρηθεί ως το σημείο μέσα από το οποίο μορφοποιείται η ασθένεια. Σε μεγάλο βαθμό ο πυρετός ταυτίζεται με την ίδια την ασθένεια³⁹. Το σύμπτωμα αποτελεί την πρώτη περιγραφή της απροσπέλαστης φύσης της ασθένειας⁴⁰. Την άποψη, πως η ακριβής παρατήρηση των συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει στην κατανόηση μιας ασθένειας αλλά όχι στην ερμηνεία της ασθένειας καθ' εαυτής, διακήρυτταν από τα αρχαία χρόνια οι Ιπποκρατικοί.

Με την εμπέδωση του επιστημονικού παραδείγματος αλλάζει και η οπτική ανάγνωσης και ταξινόμησης της ασθένειας. Ενώ η προπειραματική ιατρική κατηγοριοποιεί τις ασθένειες με βάση το εξωτερικό σύμπτωμα, η σύγχρονη ιατρική προβαίνει σε μια ταξινόμηση και τυπολογία των νόσων, με βάση την αιτιολογία τους, η οποία προκύπτει από μικροβιολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις⁴¹. Τα συμπτώματα, ερμηνεύονται απλώς ως απόρροια επίδρασης σε τοπική κλίμακα φυσικών και χημικών αιτιών, όπως βακτηρίων, ιών και αλλοιώσεων των δομών του οργανισμού, ξεκομμένα από ψυχικές-συμβολικές και κοινωνικές παραμέτρους. Ο καρτεσιανός δυϊσμός, έχοντας ως πρόθεση να απαλλαγεί από τις ψυχοκρατικές «αρχές» και τις «ψυχές» που χαρακτήριζαν την αναγεννησιακή επιστήμη⁴², κατέστησε το ανθρώπινο σώμα *res extensa*, το τοποθέτησε δηλαδή στο ίδιο οντολογικό επίπεδο με άλλα φυσικά σώματα. Στο νέο ιατρικό παράδειγμα που επικράτησε, το σύμπτωμα, θεωρείται ένα μήνυμα που πρέπει να αποκωδικοποιη-

θεί, και η ιατρική αναλαμβάνει με την παροχή ειδικών χημειοθεραπευτικών ουσιών να εξαφανίσει τους παθογόνους παράγοντες που συμποσούνται στο σύμπτωμα.

Η αντίληψη, πως το σώμα είναι δεκτικό παρεμβάσεων-διευθετήσεων, μετατρέπει πάραυτα το σώμα σε αντικείμενο, αποπροσωποποιώντας τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Σε αυτό το υπηρετικό πλαίσιο, η ιατρική αποτελεί περισσότερο μια παραλλαγή του «μοντέλου των μαστορικών υπηρεσιών» με περιεχόμενο την ανταλλαγή αξιών. Στο ιατρικό μοντέλο υπηρεσιών υπάρχει μόνον υπηρετική σχέση⁴³. Ο γιατρός παρέχει και ο πελάτης αγοράζει περίθαλψη. Ο γιατρός με βάση μια σχέση ετερότητας, καλείται να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα και όχι τον ασθενή. Από την άλλη, ο ασθενής μιλάει για το σώμα του σαν να πρόκειται για το σώμα ενός τρίτου.

Εντούτοις, η αλλοτριωτική κατάσταση στην οποία το ανθρώπινο υποκείμενο έχει εκπέσει, αντανακλά μια άλλη αλλοτριωτική κατάσταση που ο άνθρωπος βιώνει ως κοινωνική ύπαρξη. Η μετατροπή του υποκειμένου σε αντικείμενο, είναι οργανική συνέπεια της υποβάθμισης της ανθρώπινης εργασίας και του ανθρώπου σε πράγμα. Ο δυϊσμός του υποκειμένου, αποτελεί ίσως τον εύσημο και αναγκαίο τρόπο σχετικοποίησης ηθικών-υπερβατικών δεσμεύσεων, για να είναι δυνατή η εντατική και χωρίς ηθικούς φραγμούς ενασχόληση της επιστήμης και της ιατρικής με το σώμα. Ένα σώμα που πρέπει να αναπλαθεί, να γίνει υπάκουο, πειθήνιο και πειθαρχημένο. Σώμα μηχανή, συγχρονισμένο με τους ρυθμούς της παραγωγής. Σώμα, που μέσα από την διαπαιδαγώγηση των αναγκών και των σωματικών δραστηριοτήτων γίνεται κοινωνικά λειτουργικό⁴⁴.

Εδώ, έγκειται κατά τη γνώμη μας, το κρίσιμο σημείο που διαφοροποιεί το προεπιστημονικό από το επιστημονικό παράδειγμα. Οι διαφοροποιημένες στρατηγικές ανάγνωσης του συμπτώματος, αντιστοιχούν σε διαφορετικές πολιτισμικές πρακτικές, οι οποίες στην πρώτη περίπτωση περιστρέφονται γύρω από τον άνθρωπο που έχει ρίζες και γενεαλογία. Μέσα από το σύμπτωμα, αναπαρίσταται κατά κάποιο τρόπο η ιστορία μιας ασυνέχειας⁴⁵, ο βιολογικός και κοινωνικός της κύκλος.

Στο επιστημονικό παράδειγμα αντίθετα, οι πολιτισμικές στρατηγικές κινούνται γύρω από τον εξατομικευμένο άνθρωπο, ξεριζωμένο, χωρίς συνέχεια⁴⁶. Εδώ, το σύμπτωμα δεν αναπαριστά, αλλά εντοπίζει την ασυνέχεια πάνω στο σώμα. Από την εξέταση του σώματος, θα αντλούνται στο εφεξής, πληροφορίες απαραίτητες για

τη διάγνωση μια ασθένειας. Αν στο παρελθόν, οι άρρωστοι αφηγούνταν την ιστορία τους, που ήταν και ιστορία των άλλων, αυτοβιογραφούντο δηλαδή, πολύ δύσκολα μπορούν να χωρέσουν σε ένα στενογραφικό ιστορικό ιστορίες ζωής και οι εμπειρίες του ανθρώπου με τον εαυτό του και το περιβάλλον. Η ασθένεια αποτελείται μόνο από πολλά παθολογικά σημεία ή συμπτώματα, όπου το ένα αποκλείει το άλλο, και τα οποία αντιστοιχούν ευθέως (γραμμικά) στην ασθένεια. Η ταξινόμηση αυτών των σημείων, γίνεται μέσω του γιατρού και της ιατρικής διάγνωσης, η οποία ελαττώνει την πολυσημία και προσπαθεί αναγωγικά να τη μετατρέψει σε μονοσημία (G. Lanteri-Laura)⁴⁷.

3. Η επικράτηση του βιοϊατρικού παραδείγματος

Στο προεπιστημονικό παράδειγμα υπάρχει ο τόπος και ο ασθενής, στοιχεία που ευνοούν μια ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, στο επιστημονικό (βιοϊατρικό) αντίθετα υπάρχει μόνο η ασθένεια και ο γιατρός, που κάθε άλλο παρά επιτρέπουν μια αντίστοιχη προσέγγιση. Με τον ορισμό του ασθενούς, ως πελάτη, διαμορφώνεται μάλιστα και η φόρμουλα που θα κάνει προσπελάσιμη οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση. Αλλά και αυτή η ιατρική παρέμβαση, κατακερματίζεται πάλι εξαιτίας της υπερεξειδίκευσης, χάνοντας αρκετά σε αποτελεσματικότητα⁴⁸.

Είναι προφανές, πως αυτές οι συζεύξεις αποτυπώνουν διαφορετικές κοσμοαντιλήψεις για την ασθένεια, για τις αιτίες που τις προκαλούν αλλά και για τις στρατηγικές θεραπείας της. Ανάλογα με τη θέση του ατόμου μέσα στην κοινότητα, το πολιτισμικό πλαίσιο που την περιβάλλει και τη νομιμοποιεί, και ανάλογα με τις οικονομικές αναγκαιότητες της εποχής, αναδύονται τα επιστημολογικά πρότυπα της ιατρικής. Η αποδέσμευση των ανθρώπων από τη γη, η διάρρηξη των κοινωνικών σχέσεων που διαμορφώνονταν σε σχέση με αυτή, επομένως και της οργανικής κοινότητας, και η μετάβαση σε ένα καθεστώς αγοραπωλησίας εργατικής δύναμης, αναθεωρούσε τη φυσιοκρατική αντίληψη για την οικονομία (F. Quesnay), θεωρώντας πως ο «Πλούτος των Εθνών» προέρχεται πρωτίστως από την ανθρώπινη εργασία (A. Smith).

Ασφαλώς, και η αλλαγή του κοινωνικό-οικονομικού πλαισίου σήμαινε και την αλλαγή του ιατρικού παραδείγματος, το οποίο τώρα στην εποχή της μισθωτής εργασίας διαμορφωνόταν με βάση την αξία του σώματος, αλλαγή που καθιέρωνε και νέες πολιτισμικές πρακτικές για το σώμα (φροντίδα και επιμέλεια του σώμα-

τος, το σώμα ως αισθητικό και σεξουαλικό φετίχ κ.ο.κ.). Ο επα-
ναπροσδιορισμός των εννοιών της υγείας και της ασθένειας, α-
φορούσε κυρίως στην κατάσταση του ανθρώπινου σώματος (λει-
τουργικό ή μη). Από εδώ απέρρεαν και οι κρίσιμες διαζεύξεις με-
ταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ό,τι καθιστούσε το ανθρώπι-
νο σώμα λειτουργικό, θεωρούνταν και κανονικό (φυσιολογικό)⁴⁹,
κάτι όμως που δεν ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Η
ιατρική του 19ου αιώνα, παραιτείται από θεραπευτικές τεχνικές
που άπτονται του τρόπου ζωής και διατροφής, τις οποίες μπο-
ρούσε να ασκήσει ο καθένας, και οι οποίες μέσα από ένα μεγά-
λο αριθμό βιβλίων και φυλλαδίων που εμπειρείχαν προτροπές
πρόληψης, αλλά και υγιεινής περιορίζαν σημαντικά τις μεγάλες ε-
πιδημικές νόσους⁵⁰. Η ιατρική ασχολείται πλέον με τη γνώση του
υγιούς ανθρώπου⁵¹, που εμπειρικλείει τόσο την εμπειρία του μη α-
σθενούς ανθρώπου όσο και τον ορισμό του πρότυπου ανθρώπου,
γνώση που καθίσταται απόλυτα αναγκαία για την ένταξη του αν-
θρώπινου σώματος στην παραγωγή.

Οι μετατοπίσεις στην οικονομία και την κοινωνία, αλλάζουν το
κοινωνικό τοπίο, και διαμορφώνουν νέους τρόπους σύλληψης της
κοινωνικής πραγματικότητας. Ο καπιταλισμός έχει περάσει στη
δεύτερη βιομηχανική επανάσταση (μαζική παραγωγή καταναλωτι-
κών αγαθών, αυτοκινητοβιομηχανία, επικοινωνίες κ.λπ.), και καθώς
εγκαταλείπεται η περιγραφική αναπαράσταση της κοινωνίας, ανα-
δύονται νέες συμβολικές μορφές πρόσληψης της κατακερματι-
σμένης από την εν σειρά παραγωγή ανθρώπινης εμπειρίας (Τει-
λορισμός, Φορντισμός). Η μετάβαση από τον περιγραφικό ρεαλι-
σμό στον εξπρεσιονισμό, και στη συνέχεια στο σουρεαλισμό, α-
ποτυπώνει ανάγλυφα αυτή την εξέλιξη. Η επιστημολογική σχέση
αιτίας-αιτιατού που ερμηνεύει εξωτερικά την ασθένεια (μικρόβιο-
σύμπτωμα), συμπληρώνεται, στην εποχή του αναπτυσσόμενου καπι-
ταλισμού, από το ζεύγος λανθάνον-φανερό της φρουϊδικής ψυχα-
νάλυσης, το οποίο στην εποχή του ύστερου καπιταλισμού (Ε.
Mandel) εκβάλλει στο σημειολογικό μοντέλο και στο ζεύγος ση-
μαίνον-σημαινόμενο⁵².

Οι κοινωνικό-οικονομικές ανακατατάξεις επηρεάζουν τις παρα-
δοχές και τις υποθέσεις των επιστημών. Από την ηγεμονία του
παραδείγματος της φυσικής, περνάμε στο παράδειγμα της βιολο-
γίας, ενώ προαλείφεται η μετάβαση του ιατρικού παραδείγματος
από το βιοϊατρικό-βιοσημειωτικό στο βιογενετικό-μορφοκλαστικό
(fractal)⁵³ μοντέλο που θα βασίζεται στη βιοτεχνολογία, στη γενε-
τική, στις νευροεπιστήμες και την κυβερνητική. Από τις τροχιές,

τις δυνάμεις και τη μοριακή βιολογία της κβαντικής φυσικής των δεκαετιών του μεσοπολέμου, περνάμε έτσι στους κώδικες και τα συστήματα⁵⁴. Από τις μεγάλες κλινικές ιστορίες και τα ιστορικά ασθένειας, περνάμε τώρα, στην εποχή του «τέλους των μεγάλων αφηγήσεων» και της πληροφορικής, στα κωδικοποιημένα βιογραφικά ασθένειας και τους αυτοματοποιημένους ιατρικούς φακέλους ασθενών με διαγνωστική απεικόνιση, νοσολογία, κωδική δομή και κλινική τεκμηρίωση⁵⁵.

Μια βασική συνιστώσα, που διατρέχει όλες τις εκδοχές του βιοϊατρικού παραδείγματος από την εποχή της εμφάνισης της επιδημιολογίας μέχρι τις μέρες μας, είναι η άμεση ή η έμμεση απόρριψη υποδεέστερων μορφών ζωής.

Στο αναδυόμενο μοντέλο της «Κοινωνικής Υγιεινής» (επιδημιολογία), το οποίο ιδεολογικά βρίσκεται μεταξύ Νεομαλθουσιανισμού και Κοινωνικού Δαρβινισμού, επίκεντρο του ενδιαφέροντος γίνεται η ομάδα και ο πληθυσμός. Εδώ, ενσωματώνεται επίσης η νιτσεική αντίληψη του πολιτισμικού εκφυλισμού και της βιολογικής παρακμής του ανθρώπινου είδους. Φωνές για μέτρα που θα ανακόψουν αυτή την πορεία γίνονται όλο και πιο δυνατές. Η έρευνα περιστρέφεται γύρω από μέτρα ελέγχου και επηρεασμού της «κοινωνικής παθολογίας» που ευθύνεται για την προσβολή από ασθένειες και επιδημίες ευπαθών ομάδων του πληθυσμού⁵⁶. Η ιατρική δεν κρύβει πλέον τις προθέσεις της, να παρέμβει και σε αυτή τη γενετική διαδικασία με στόχο να εμποδίσει τον εκφυλισμό του ανθρώπινου είδους και να προστατέψει την αρτιμέλεια και τη ζωτικότητα του «λαϊκού σώματος» από ανεπιθύμητες περιπλοκές (γέννηση ατόμων με σωματικές και ψυχικές δυσλειτουργίες).

Από εδώ, θα αντλήσουν το θεωρητικό τους οπλοστάσιο οι Εθνικοσοσιαλιστές για να διατυπώσουν τη θέση τους για την υπεροχή της Αρίας Φυλής. Ο υπόρρητος ευγονισμός της «Κοινωνικής Υγιεινής», θα γίνει στο παράδειγμα της «Φυλετικής Υγιεινής» ένας επιθετικός ευγονισμός που θα εφαρμοσθεί με ιδιαίτερη βαρβαρότητα στους «υπάνθρωπους», εβραίους και τσιγγάνους, στους ανάπηρους και στους τρελούς, και γενικά σε όλους αυτούς που αποκλίνουν από το πρότυπο για την υγεία του φασιστικού καθεστώτος. Το ότι όμως προγράμματα ευγονικής εφαρμόστηκαν και σε χώρες με δημοκρατική πολιτική παράδοση, όπως η Σουηδία και η Η.Π.Α. (αναγκαστική στείρωση ψυχασθενών και άλλων «απροσάρμοστων», λοβοτομή κ.λπ.)⁵⁷, δείχνει πόσο ρευστά μπορεί να είναι τα σύνορα μεταξύ των δύο παραδειγμάτων, αλλά και την εγγενή τάση της βιοϊατρικής προς τον ευγονισμό. Αλλά και οι

προγραμματικές διακηρύξεις του WHO (Ιατρική 2000), δεν είναι λιγότερο αμέτοχες στην ανάπτυξη κοινωνικό-δαρβινιστικών ιδεολογισμών, καθόσον η λογική της ολοκληρωτικής υγείας: «Υγεία για όλους», προϋποθέτει την ολοκληρωτική εξόντωση του ασθενούς και του αδύναμου⁵⁸. Στην ίδια λογική εντάσσεται και η πρόληψη κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οποία αποτρέποντας την εκδήλωση της ασθένειας, καθιστά υποχρεωτική την υγεία. Στον ίδιο άξονα κινείται και ο έλεγχος του πληθυσμού από την επιδημιολογία, η οποία βλέπει τους υγιείς ως υποψήφιους ασθενείς, γεγονός που επιβάλλεται σε ένα βαθμό και από την κοινωνική δύναμη των γιατρών⁵⁹.

Παρά τη συμβολή της ιατρικής στην αντιμετώπιση των ασθενειών, οι κοινωνικές παράμετροι πολλών ασθενειών δεν έχουν ακόμη επαρκώς ερευνηθεί από την ιατρική, ενώ η ενασχόληση της ιατρικής και με ζητήματα πρόληψης της ασθένειας μάλλον παραγνωρίζει ακριβώς αυτές τις παραμέτρους, καθόσον η ιατροκεντρική (βιογενετική) προσέγγιση της κοινωνικής πραγματικότητας, δεν μπορεί να συλλάβει το εύρος αυτής της προβληματικής, και να προβεί σε έγκυρες υποδείξεις⁶⁰. Η απεμπόληση της κοινωνικής πατρότητας ή μητρότητας από τις βιολογικές της καταβολές, οι οποίες λειτουργούν και ως συμβολικές σχέσεις (Lévi-Strauss), όπως επιχειρείται μέσα από τη γενετική έρευνα και την αποκωδικοποίηση του DNA είναι μια εξέλιξη μείζονος σημασίας. Παρόλο που η διάσταση μεταξύ ερευνητικής διάγνωσης και θεραπευτικών δυνατοτήτων είναι δεδομένη, η εξατομίκευση γενετικών κινδύνων υποσκάπτει και την προσωπική ταυτότητα του ατόμου, η οποία συνίσταται στην προσδοκία, να αναπτυχθεί αυτό ως διαφορετική κοινωνική ύπαρξη⁶¹.

4. Προσπάθεια επανασύζευξης του σώματος με το υποκείμενο: Η περίπτωση της ψυχοσωματικής ιατρικής

Μια μερική αναθεώρηση του βιοϊατρικού παραδείγματος, έρχεται από την πλευρά της ψυχοσωματικής ιατρικής και της ψυχανάλυσης, οι οποίες θέλοντας να σχετικοποιήσουν τον υλιστικό μονισμό και τον λανθάνοντα ανθρωπολογισμό του κατεστημένου ιατρικού παραδείγματος στην ερμηνεία της ασθένειας, αντιλαμβάνονται την ασθένεια σαν αποτέλεσμα της σύγκρουσης μεταξύ ατόμου και κοινωνίας (Krankheit als Konflikt), και ως βίωμα και συναίσθημα που εξωτερικεύεται συνειδητά ή ασυνειδητά στο σώμα του

ασθενούς⁶². Ωστόσο αυτή η μετατόπιση που αξιώνει σε επιστημολογικό επίπεδο να υπερβεί το δυϊσμό που ευνόησε το βιολογισμό στην ιατρική, συγκροτήθηκε και ως πολιτισμικό κίνημα και συνδυάστηκε με νέες αντιλήψεις για το σώμα (σωματισμός) και την υγεία, κυρίως μεσοαστικών στρωμάτων.

Βασική αδυναμία της ψυχοσωματικής ιατρικής είναι ότι αντιλαμβάνεται την αρρώστια ως διανοητικό φαινόμενο, ως αποτέλεσμα της δράσης του πνεύματος στο σώμα⁶³. Τοποθετώντας η ψυχοσωματική ιατρική τις αιτίες που προκαλούν την ασθένεια στην κοινωνική σφαίρα όπου ζει και κινείται το άτομο, δέχεται έμμεσα τη συνεργία του στην εμφάνιση της ασθένειας και άμεσα τη συμμετοχή του στην άρση της κατάστασης ασθενείας. Εμφανής είναι εδώ, η ταύτιση της ψυχοσωματικής ιατρικής αλλά και της ψυχοθεραπείας με την προεπιστημονική αντίληψη για τη συνυπευθυνότητα (συνενοχή) του ατόμου, σε αντίθεση φυσικά με την αντίληψη της σύγχρονης ιατρικής, που παραπάνω εκθέσαμε, στην εκδήλωση της ασθένειας⁶⁴. Επειδή η ασθένεια στην προνεωτερική κοινωνία είχε να επιτελέσει και κοινωνικές λειτουργίες που άπτονταν της συνοχής της κοινότητας (λειτουργία του αποδιοπομπαίου τράγου), ενσωμάτωνε στην αντιμετώπιση της ασθένειας πέρα από το άτομο, το οποίο καθιστούσε ένοχο για την ασθένεια και την κοινωνική δημοσιότητα. Αντίθετα η ψυχοσωματική ιατρική, όπως και η ψυχοθεραπεία-ψυχανάλυση, επειδή βασίζονται στην ενεργητική συμμετοχή και την αυτοανάλυση του ατόμου που καλείται να διορθώσει συμπεριφορές ή να επαναδομήσει κομμάτια του εαυτού του, αποκλείουν αξιωματικά τη συμμετοχή της δημοσιότητας.

Η επαγγελία της ψυχοσωματικής ιατρικής, πως η υγεία είναι δυνατή και εξαρτάται από τη θέληση και τις επιδιώξεις του ενός, δεν αποπροσανατολίζει μόνον από τις κοινωνικές συνθήκες που γεννούν τις ασθένειες (συνθήκες εργασίας, αλκοολισμός, περιβαλλοντολογική ρύπανση κ.ά.), αλλά είναι και μια απόφαση ηθικού και πολιτικού διαμετρήματος: όποιος είναι άρρωστος και αδύναμος ευθύνεται ο ίδιος γι' αυτό⁶⁵. Είναι οφθαλμοφανές που οδηγεί αυτό το ιδεολόγημα, αλλά και ποιες συγχύσεις δημιουργεί, και μάλιστα σε μια εποχή που η θέση του ατόμου είναι πολύ δυσχερέστερη για να αντιμετωπίσει από μόνο του παθογενείς καταστάσεις. Η αποενοχοποίηση της κυρίαρχης τάξης, και του τρόπου οργάνωσης της εργασίας που ευθύνονται πρωτίτως γι' αυτή την κατάσταση του οικοσυστήματος, μετατοπίζει την ευθύνη για την ασθένεια στο άτομο. Καθόσον μάλιστα αυτή η νέα κοινωνική παθολογία συμπληρώνεται και από μια φιλοσοφία ζωής και έναν ά-

κριτο καταναλωτισμό για οτιδήποτε έχει να κάνει με την υγεία και το σώμα, κατά προτίμηση εναλλακτικό, η δικαιολογημένη αγανάκτηση απέναντι στις κυρίαρχες οικονομικές και πολιτικές ομάδες, βγαίνει σε ένα πεδίο ακίνδυνο για το σύστημα, όπου το άτομο κατατρίβεται με τον ίδιο τον εαυτό του φτάνοντας στο σημείο να θεωρεί συχνά το ίδιο το σώμα του ως αντίπαλο. Επειδή το σώμα δε μένει πάντα νεανικό, επειδή δεν υπακούει στις προσδοκίες του, επειδή επιτρέπει την είσοδο εξωτερικών ρύπων, σύμφωνα με την κυρίαρχη παράσταση για την ασθένεια. Η καχυποψία απέναντι στο σώμα που υφέρπει σε αυτή την αντίληψη μοιάζει πολύ με την εχθρότητα που επιδεικνύει ο πουριτανικός και ασκητικός χριστιανισμός απέναντι στο σώμα και τις ανάγκες του⁶⁶.

Ιατρική και μισθωτή εργασία: Η ιατρική ως ελεγκτικός μηχανισμός

Αφού είδαμε πως κοινωνικό-πολιτισμικές μεταβλητές επηρεάζουν την ιατρική και προσδιορίζουν τα αντίστοιχα ιατρικά παραδείγματα, θα εξετάσουμε τώρα την ιατρική ως θεσμό, σε σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό ισοδύναμο στο οποίο αυτή εμφανίζεται, δηλαδή στο αστικό-καπιταλιστικό σύστημα.

Θα πρέπει όμως να θυμήσουμε πως όλες οι κοινωνίες διέθεταν μηχανισμούς αντιμετώπισης των ασθενειών. Ενώ όμως μέχρι την εμφάνιση της νεωτερικής κοινωνίας έχουμε έναν πλουραλισμό μέσων και μεθόδων αντιμετώπισης των ασθενειών και η ιατρική είναι μια μέθοδος μεταξύ των άλλων, με την εμφάνιση των μεγάλων επιδημιών και τη μαζική παρέμβαση του κράτους, κυρίως μετά τη λιγότερο ή περισσότερο επιτυχή αντιμετώπιση της πανώλης, του «μαύρου θανάτου» που κατέτρυχε τις μεσαιωνικές πόλεις, η ιατρική εγκαθιδρύεται σαν θεσμός. Τα συστήματα υγείας που αναπτύχθηκαν και τα οποία αντιστοιχούσαν στα διάφορα ιατρικά παραδείγματα κατέστησαν την υγεία και την ασθένεια δημόσια υπόθεση. Υγεία και ασθένεια έπαψαν να θεωρούνται ιδιωτική υπόθεση. Με κύρια μέσα αντιμετώπισης των επιδημιών τα λοιμοκαθαρτήρια και την καραντίνα (*quarantaria*), που απέρριε από την αντίληψη της βιβλικής παράδοσης για τη μεταδοτικότητα, την επιβολή δημοσιούγειονομικών μέτρων και τον έλεγχο των τροφίμων, η ιατρική αναλάμβανε να ελέγξει και το ανομικό καθεστώς των διατομικών σχέσεων που η νέα τάξη πραγμάτων επέβα-

λε, εφαρμόζοντας διαφοριστικές και εξατομικευτικές πρακτικές θεραπείας.

Ας μη ξεχνάμε πως είναι μια περίοδος ανθρωπογεωγραφικών ανακατατάξεων (εξεγέρσεις και έξοδος των χωρικών, αστεοποίηση κ.λπ.), και έντονης κοινωνικής κινητικότητας (προλεταριοποίηση, σχηματισμός μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων), που διαμορφώνουν μια δυναμική κοινωνία αλλά και που σχηματίζουν ένα συγκρουσιακό κοινωνικό υλικό ιδιαίτερα επικίνδυνο. Είναι η εποχή του απολυταρχικού κράτους (18ος-19ος αιώνας), όταν το κράτος επιχειρεί μέσα από το μαζικό έλεγχο της υγείας του πληθυσμού να αντιστρέψει τα δημογραφικά δεδομένα που επιβαρύνθηκαν από τους μεγάλους λιμούς και τους θρησκευτικούς πολέμους. Η κατάσταση αυτή, υποχρέωνε το κράτος να λάβει μέτρα προστασίας του πληθυσμού, για να καλύψει τις ανάγκες της παραγωγής και τις ανάγκες των εθνικών στρατών. Για πρώτη φορά διαμορφώνεται η έννοια της Public Health, και το κράτος, έχοντας ως πρότυπο την ιατρική αστυνομία (Medizinische Polizei) του J.P. Frank, εντάσσει με βάση το εύλογο συμφέρον για τη δημόσια υγεία ολοένα και περισσότερα πεδία της ζωής των υπηκόων του στη σφαίρα του άμεσου κρατικού ενδιαφέροντος⁶⁷. Η εξασφάλιση της υγείας του ατόμου, θα προέκυπτε από μια δέσμη μέτρων επιτήρησης του ατόμου από τη γέννηση μέχρι το θάνατό του⁶⁸.

Ωστόσο, η Βιομηχανική Επανάσταση αλλάζει το κοινωνικό σκηνικό, καθόσον νέες κοινωνικές τάξεις εμφανίζονται στο προσκήνιο. Το νέο ιατρικό παράδειγμα διαμορφώνεται τώρα, στην εποχή της μαζικής προλεταριοποίησης και της άναρχης εγκατάστασης πληθυσμών στα αστικά κέντρα, σε συνδυασμό με τις χωροταξικές ανάγκες και τις ανάγκες διευθέτησης του οικολογικού χώρου. Η ιατρική και τα κινήματα υγιεινής (sanitary movements), που αναπτύσσονται, έχουν σαν στόχο να εξωραΐσουν το περιβάλλον της πόλης, ένας εξωραϊσμός όμως που μαζί με τα μέτρα υγιεινής επιβάλλει στάσεις και συμπεριφορές συμβατικές με το νέο κοινωνικό πλαίσιο. Ο λόγος περί υγιεινής, όπως εκφέρεται από μεσοαστικά στρώματα (γιατροί, αρχιτέκτονες, μηχανικοί κ.λπ.) στρέφεται κατά του συνωστισμού ατόμων στην ίδια στέγη, της κακής αποχέτευσης και της παιδικής εργασίας. Η ιατρική, εμμένοντας στη θεωρία της «ακαθαριότητας» που χαρακτήριζε το ιατρικό παράδειγμα της προβακτηριολογικής περιόδου, δηλαδή στη θέση πως οι επιδημίες προέρχονται από την αποσύνθεση της ύλης και τους μiasματικούς ατμούς που εκλύονται, και όχι από τη μεταδοτικότητα

ή τους μικροοργανισμούς, θα ζητήσει την απομάκρυνση της βρωμιάς από τις φτωχογειτονιές⁶⁹. Αίτημα που μεταφράζεται πολιτικά ως απομάκρυνση των φτωχών από το κέντρο των πόλεων. Το αίτημα των υγιεινολόγων, συμπίπτει με τις προθέσεις της κυρίαρχης αστικής τάξης να ελέγξει επιτέλους το κέντρο των πόλεων, το οποίο συχνά αποτελούσε πεδίο κοινωνικών συγκρούσεων και αντιπαράθεσης πληβειακών και εργατικών στρωμάτων με το κράτος και τις δυνάμεις καταστολής. Οι οδομαχίες, τα οδοφράγματα, οι μαχητικές διαδηλώσεις που χαρακτηρίζουν την εικόνα των μεγάλων πόλεων (Παρίσι, Βερολίνο, Βιέννη κ.ά.) σε όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα (Επανάσταση του 1848, Παρισινή Κομμούνα) και σηματοδοτούν την είσοδο των μαζών στην ιστορία, μπορούν μόνο να εκλείψουν εφόσον μπει τάξη στις εξαθλιωμένες συνοικίες. Η διάνοιξη πλατειών λεωφόρων, τα έργα υποδομής (αφόδευση, ύδρευση), η αναδόμηση δηλαδή του οικιστικού χώρου, σημαίνει και την απώθηση και διοχέτευση των «επικίνδυνων τάξεων» σε ελεγχόμενους χώρους, όπου ενεργοποιούνταν μηχανισμοί κοινωνικής πολιτικής και καταστολής (Correcthouses, Zuchthäuser, Workhouses κ.λπ.). Έμμεσα πλην σαφώς, καταδεικνύεται η σχέση αλληλεπίδρασης της ιατρικής με τις κοινωνικές συνθήκες, αλλά και πως συγκροτείται επιστημονικά το ιατρικό παράδειγμα και από που απορρέει ιδεολογικά ο ιατρικός λόγος.

Στο μεταξύ η θνησιμότητα στα αστικά κέντρα παίρνει μεγάλες διαστάσεις, δημιουργώντας εύλογα ανησυχίες για την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης⁷⁰, ενώ η όξυνση των κοινωνικών αντιθέσεων και η κλιμάκωση των κοινωνικών αγώνων, οδηγούν το κράτος στην επιβολή μέτρων προστασίας του πληθυσμού. Το εγχείρημα αυτό, θα εξελιχθεί και ως εμπέδωση της ηγεμονίας του επιστημονικού παραδείγματος απέναντι σε μη επιστημονικά. Είναι η αποφασιστική στιγμή για τη σύγχρονη ιατρική, στην οποία αναγνωρίζεται σχεδόν αποκλειστικά, η δυνατότητα αντιμετώπισης και διαχείρισης της ασθένειας και αποκατάστασης της υγείας του πληθυσμού.

Οι επενδύσεις για την ανατροφή, την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων, αντιπροσώπευαν πια ένα μεγάλο μέρος των κρατικών εξόδων και ήταν φυσικό, πως το κράτος θα ενδιαφερόταν αμεσότερα για την υγεία των υπηκόων του, καθόσον μόνον έτσι θα μπορούσε να γίνει η απόσβεση του δαπανηθέντος κεφαλαίου. Το νέο ιατρικό παράδειγμα, υιοθέτησε γρήγορα την έννοια του πληθυσμού και τα αντίστοιχα εργαλεία της νεοσυγκροτούμενης δημογραφικής και στατιστικής επιστήμης

(έλεγχος γεννήσεων, σεξουαλική συμπεριφορά κ.λπ.), με στόχο να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά) την πληθυσμιακή μεταβλητή.

Βέβαια στο αστικό-καπιταλιστικό σύστημα σχέσεων, δηλαδή στο καθεστώς της μισθωτής εργασίας και στο βαθμό που η ιατρική γίνεται κατανοητή ως επιστήμη⁷¹ για την αντιμετώπιση της ασθένειας, ο ρόλος της ιατρικής είναι *sui generis* αναπαραγωγικός, τόσο από άποψη περιεχομένου (αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου) όσο και από άποψη ιδεολογίας. Ο χαρακτήρας αυτός της σύγχρονης ιατρικής, προέκυψε στη διαδικασία ενσωμάτωσης και δέσμευσης του συντελεστή παραγωγής «εργασία» στο σύστημα σχέσεων της μισθωτής εργασίας. Ένας παράγοντας που οδήγησε στην αναβάθμιση της αξίας του σώματος, και στην έπακρο αξιοποίηση των δεξιοτήτων του για την παραγωγική διαδικασία. Είναι αυτή η πράξη της εξωτερίκευσης ενός ιδιωτικού στοιχείου, όπως συμβαίνει με την εκχώρηση και εκμίσθωση της εργατικής δύναμης που μπορεί να μετατρέψει ένα ιδιωτικό συμβάν (κατάσταση υγείας) σε δημόσια υπόθεση. Στο τέλος μιας τέτοιας διαδικασίας μετατροπής της υγείας σε δημόσιο αγαθό, έχουν κοινωνικοποιηθεί και οι όροι αποκατάστασης της εργατικής δύναμης, και οι όροι περίθαλψης και θεραπείας των φορέων εργατικής δύναμης, των ατόμων. Το γεγονός αυτό, επιτρέπει στην ιατρική ως «επιστήμη» αντιμετώπισης της σωματικής ή ψυχικής δυσλειτουργικότητας, να διαχειρίζεται και να «διοικεί» για λογαριασμό της κοινωνίας αυτές τις ιδιωτικές στιγμές (κατάσταση ασθένειας)⁷², με στόχο τη γρήγορη και λειτουργική επάνευνταξη του ατόμου στην παραγωγική διαδικασία. Από την άλλη, η συνεχής εναλλαγή ιατρικών παραδειγμάτων, όπως παραπάνω αναφέραμε, επιβεβαιώνει ακριβώς τον καθεστωτικό ρόλο της ιατρικής, καθώς αυτά ανταποκρίνονταν σε ιδεολογικά περιεχόμενα και δευτερευόντως σε επιστημονικά δεδομένα⁷³.

Έτσι το ανθρώπινο σώμα, ως φορέας εργατικής δύναμης, έγινε από πολύ νωρίς μετρήσιμο μέγεθος και η σωματικότητα αντικείμενο επισταμένων ιατρικών εξετάσεων. Παίρνοντας υπόψη κοινωνιο-βιολογικά δεδομένα που βασίστηκαν στη φυσιολογία, η ιατρική προχώρησε μεθοδολογικά σε μια προσέγγιση του ανθρωπίνου σώματος με βάση την ανατομία του (βάρους, μέγεθος κ.λπ.) για να καταγράψει σωστά το ρυθμό του, όταν αυτό θα κινείται σε διαστήματα δεδομένων χρονικοτήτων, διεργασία που επιστημονικοποιήθηκε από τον Τείλορισμό. Σκοπός της φυσιολογικής εξέτασης του σώματος, ήταν να προσδιορισθούν τα όρια αντοχής του, δηλαδή μέχρι ποιο σημείο μπορεί να φθάσει η εκμετάλλευσή της ζω-

ντανής εργατικής δύναμης, όταν αυτή θα εκτίθεται στην παραγωγική διαδικασία. Η εισαγωγή ενός κοινωνικά επιτρεπόμενου βαθμού εκμετάλλευσης της εργατικής δύναμης, εξασφάλιζε επίσης την αναπαραγωγή της. Οι γιατροί ανέλαβαν να κάνουν γνωματεύσεις για την κατάσταση του ανθρώπινου σώματος, και να πιστοποιούν, έχοντας σαν βάση τα δεδομένα της φυσιολογίας, τα οποία είχαν υιοθετήσει τα ταμεία ασθενοείας και γήρατος, όχι μόνον την ικανότητα προς εργασία αλλά και τη θέληση προς εργασία.

Συνάμα, η εμπέδωση και διεύρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, στα οποία αναγκάστηκαν να ασφαλισθούν οι εργαζόμενοι, απαιτούσε εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις, γεγονός που με τη σειρά του επέβαλε την επαγγελματικοποίηση των γιατρών. Η καλή και γενική εκπαίδευση των γιατρών, κρίθηκε ένα αναγκαίο μέσο για την προστασία των ασφαλιστικών ταμείων απέναντι στις «αδικαιολόγητες» αξιώσεις των ασφαλισμένων. Η άντληση πληροφοριών από την ιδιωτική σφαίρα των πελατών, καθιστούσε την ιατρική αποτελεσματικό ελεγκτικό μηχανισμό της θέλησης προς εργασία, ενώ σε συνδυασμό με τους αντικειμενικούς συντελεστές για τη χρήση της εργατικής δύναμης που προσέφερε η φυσιολογία, προσέδιδαν στην ιατρική μια ανεξάρτητη βάση νομιμοποίησης⁷⁴. Παράλληλα ο αναβαθμισμένος ρόλος της ιατρικής –ως συνέπεια της αναβάθμισης της αξίας του σώματος– γι' αυτή είναι πιο ενεργό ρόλο πάνω στα κοινωνικά πράγματα, γεγονός που έδινε τη δυνατότητα στους γιατρούς να έχουν λόγο για την ασθένεια αλλά και για το κοινωνικό πεδίο γύρω από αυτήν.

Υπερβαίνοντας τα όρια του γνωστικού τους πεδίου, οι γιατροί ασκούσαν συχνά και στην κοινωνική θεωρία, αναπτύσσοντας θεωρητικά σχήματα για το πώς θα πρέπει ή θα έπρεπε να λειτουργεί η κοινωνία⁷⁵. Η ιατρική θα ασκεί στο εφεξής και κοινωνικοποιητική λειτουργία, ενσωματώνοντας στο κυρίαρχο πολιτισμικό σύστημα τον πληθυσμό. Οι καμπάνιες για την καθαριότητα δεν σταματούσαν μόνον στην αντιμετώπιση της βρωμιάς, αλλά επιδίωκαν να αναδιαμορφώσουν και τον θυμικό κόσμο των ατόμων απωθώντας παρωχημένες πολιτισμικές συνήθειες και έξεις των λαϊκών στρωμάτων. Καθόσον η ιατρική αυτοπροσδιοριζόταν όλο και πιο πολύ ως φορέας αγωγής του ηγεμονικού πολιτισμικού προτύπου, ο γιατρός ανελάμβανε το ρόλο του πεφωτισμένου βοηθού της πολιτικής εξουσίας, καθώς πρωτοστατούσε στη διαμόρφωση ανεκτών συνθηκών υγιεινής και ζωής των λαϊκών μαζών. Το γεγονός αυτό άμβλυσε την εξαθλίωση των λαϊκών στρωμάτων, διεύρυνε όμως το λόγο της ιατρικής σε κατ' εξοχήν χώρους άσκησης πολιτικής.

Σε ένα άλλο πεδίο, το οποίο διαμορφώνεται τόσο από παιδαγωγικές ανάγκες όσο και από ανάγκες αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης, ο ρόλος της ιατρικής γίνεται «διαταξικός». Ενώ η παρέμβαση της ιατρικής στο χώρο των αστών έχει παιδαγωγικό χαρακτήρα, και ως στόχο την απόσπαση των παιδιών της αστικής τάξης από την αρνητική επίδραση του υπηρετικού προσωπικού, εγχείρημα που προωθείται μέσω της συγκρότησης της οικιακής ιατρικής και του οικογενειακού γιατρού, η παρέμβαση της ιατρικής στο χώρο ζωής των κατώτερων κοινωνικών τάξεων απορρέει κυρίως από μια «κοινωνική οικονομία» αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης⁷⁶. Αυτό σημαίνει συνομάδωση όλων των μορφών καθοδήγησης της ζωής των φτωχών από ένα σώμα γιατρών, υγιεινολόγων, φιλανθρώπων κ.ά. με στόχο την ελαχιστοποίηση της δημόσιας δαπάνης για τη συντήρηση της λαϊκής οικογένειας. Η επιχείρηση αντιμετώπισης της φυσικής εξασθένησης του πληθυσμού, συμβάδιζε με μια εκστρατεία ηθικοποίησης και ελέγχου των συμπεριφορών, με στόχο τα άτομα να κινούνται σε ανεκτά από το κράτος πλαίσια επίλυσης και διευθέτησης των κοινωνικών διαφορών. Ωστόσο, αυτό το κίνημα διαπαιδαγώγησης, βοήθησε επίσης το ιατρικό σώμα, να απαλλαγεί και από τη λαϊκή ιατρική που εφαρμοζόταν από τους αυτοσχέδιους γιατρούς (κομπογιαννίτες, μάγοι κ.ά.) αλλά και από τις «γυναίκες του λαού», όπως η Φόνισσα του Παπαδιαμάντη⁷⁷, στη δικαιοδοσία των οποίων ενέπιπτε ο τοκετός, οι αρρώστιες της γέννας και οι παιδικές ασθένειες⁷⁸, αφαιρώντας γνώση και τεχνικές από τις γυναίκες και καθιστώντας το ιατρικό επάγγελμα ένα κατ' εξοχήν αντρικό επάγγελμα.

Αν στο πεδίο σύζευξης ατόμου και οικονομίας, η ιατρική ενσωματώνει το άτομο στο κοινωνικό-πολιτισμικό σύστημα της μισθωτής εργασίας, σε επίπεδο διατήρησης του κοινωνικού συστήματος, η ιατρική ενεργοποιείται και ως ελεγκτικός μηχανισμός, καθώς δεσμεύει συγκεκριμένες μορφές παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς σε ελεγχόμενους χώρους. Σε επίπεδο ατόμου, η ιατρική προσφέρει μέσω της ασθένειας νομιμοποιημένα πρότυπα συμβατικής συμπεριφοράς⁷⁹, καθώς το άτομο αποδέχεται το ρόλο του ασθενή, αποδοχή που αποβαίνει προς όφελος της κοινωνίας και δευτερευόντως προς όφελος του ατόμου, καθώς με την κοινωνική συνθήκη της ασθένειας η ιατρική αποκαθιστά λειτουργικές δεξιότητες του ατόμου, και το επανεντάσσει στην εργασία, εξασφαλίζοντας πάραυτα την αναπαραγωγή του «συλλογικού εργάτη».

Πιθανόν το άτομο μέσα από την κοινωνικοποιητική και θεραπευτική παρέμβαση της ιατρικής να προσαρμόζεται λειτουργικά.

Κάθε άλλο όμως παρά πρόκειται για μια πραγματική προσαρμογή, καθώς ο ψυχαναγκαστικός κονφορμισμός που διαπερνά αυτές τις κοινωνικοποιητικές πρακτικές προετοιμάζει το έδαφος για τις «παθογενείς καριέρες»⁸⁰.

Ο ιδεολογικός ρόλος της ιατρικής γίνεται εδώ περισσότερο από εμφανής. Αφού καθιστά την ασθένεια ατομική περίπτωση αποδεδειγμένα τις αιτίες εμφάνισης από το πλέγμα των κοινωνικών σχέσεων και τους χώρους διαβίωσης και εργασίας των ατόμων, μετατοπίζει την ευθύνη στο ίδιο το άτομο, εξηγώντας συμπεριφορικά το φαινόμενο της υγείας αλλά και την ίδια την ασθένεια.

Συμπέρασμα

Η μεταφορά της ευθύνης για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση της ασθένειας από την κοινότητα στον ιατρικό θεσμό, είχε ως συνέπεια την απόσπαση του σώματος από το υποκείμενο, και την ακύρωση πολιτισμικών συζεύξεων που υποστασιοποιούσαν τον άνθρωπο ως μέρος της οργανικής κοινότητας. Με την εγκαινίαση αντίστοιχων ιατρικών παραδειγμάτων, το σώμα αποτέλεσε αντικείμενο ψυχοφυσικής αναμόρφωσης (M. Weber), ενώ η γνώση για το σώμα και τις κινήσεις που προσέφεραν η φυσιολογία, οι βιοεπιστήμες, η ψυχοεπιστήμη κ.ο.κ., συνέβαλαν σε σημαντικό βαθμό ώστε το σώμα να δεσμευθεί στην παραγωγική διαδικασία. Η αντίληψη πως υγεία σημαίνει απουσία ασθένειας, ευνούσε μια μεταχείριση του ανθρωπίνου σώματος στην κατεύθυνση επαναπόκτησης απωλεσθεισών δεξιοτήτων που θα καθιστούσαν το άτομο ξανά λειτουργικό. Εξίσου σημαντικός είναι και ο ιδεολογικός ρόλος της ιατρικής, ως θεσμού της αστικής-καπιταλιστικής κοινωνίας, καθόσον μέσω αυτού επιβάλλεται η αγωγή του ατόμου σε συγκεκριμένες ανάγκες και σωματικές δραστηριότητες (στάσεις, έξεις, αναστολή αναγκών κ.ο.κ.), έτσι ώστε αποκλίσεις να διοχετεύονται σε ελεγχόμενα πεδία και συμβατικές συμπεριφορές, όπως είναι το πλαίσιο σχέσεων με επίκεντρο την ιατρική (γιατρός, πελάτης, ασφαλιστικά ταμεία) και η ίδια η ασθένεια.

Σημειώσεις

1. Ackernecht, 1971, σελ. 19 κ.ε.
2. Weber, 1972, σελ. 13.
3. Μάλιστα η εμπειρία του ασθενούς με την αρρώστια και η συνδιαλλαγή του με τα πνεύματα αποτελούσε στο σαμανισμό τη βάση για τη θεραπευτική ικανότητα του γιατρού. Βλ. Τζαβάρα, 1986, σελ. 71.
4. Βλ. Kühn, 1996, σελ. 96 κ.ε.
5. Μετά την επανάσταση του 1917 η παροχή υγείας στη Σοβιετική Ένωση γινόταν μέσω κρατικών γιατρών και feldschers. Βλ. Ackernecht, 1998, σελ. 243. Ο όρος «φέλτσερ» προέρχεται από τη γερμανική λέξη Feldscher και αναφέρεται στο γιατρό, ο οποίος με ελάχιστη εκπαίδευση ή και χωρίς επιστημονικές σπουδές προσέφερε τις υπηρεσίες του στους τραυματισμένους στρατιώτες. Βλ. Wahrig, Deutsches Wörterbuch, 1991.
6. Τσαλίκης, 1996, σελ. 56.
7. Βλ. Γείτονα, 1996, σελ. 153.
8. Βλ. Weber, 1972, σελ. 13 κ.ε.
9. Βλ. Parsons, 1961, σελ. 15 κ.ε.
10. Χιωτάκης, σελ. 38 και Relman, 1986, σελ. 210.
11. Offe, 1993, σελ. 227.
12. «Η διακήρυξη της Άλμα-Ατα», *Σύγχρονα Θέματα* 29, 1986, σελ. 14-15.
13. Στο κρατικό σύστημα ασφαλίσεων (KVG) που επέβαλλε ο Bismark το 1883 στο Γερμανικό Ράιχ, στην προσπάθειά του να αποσπάσει τον έλεγχο αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης από τα ασφαλιστικά ταμεία των εργαζομένων (Hilfskassen), η ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως περίπτωση βλάβης (Schadenfall), μια ουδέτερη έννοια, σαν να αφορά στη βλάβη κάποιου πράγματος.
14. Ξεκινώντας από μια οντολογική αντίληψη για την εργασία και υποθετώντας έμμεσα την αντίληψη πως υγεία είναι μια κατάσταση ψυχικής και φυσικής ευεξίας και όχι μια κατάσταση απουσίας ασθένειας, ο M. Weber τονίζει πως η βιομηχανική εργασία φθείρει όχι μόνο το σώμα αλλά και την ψυχική υπόσταση του εργαζομένου. Επομένως η λειτουργία του «ελεύθερου χρόνου» είναι συγκεκριμένη και συνίσταται στην εξορρόπηση μακροχρόνιων φθορών που ο εργαζόμενος υφίσταται. Ενδεικτικός ο τίτλος σχετικού άρθρου του: «Η ψυχο-φυσική της βιομηχανικής εργασίας». Βλ. Narr, 1990, σελ. 252 και 253 κ.ε.
15. Rodberg, Stevenson, 1978, σελ. 44.
16. Θεωρούμε πως η έννοια του παραδείγματος του T. Kühn είναι ένα καλό αναλυτικό εργαλείο για να δείξει κανείς στο χρόνο τη διαφορετική οπτική προσέγγισης ενός κοινωνικού φαινομένου μέσα από την κοινότητα των ειδικών, σχετικοποιώντας αυτές τις αρχές και θεωρήσεις των επιστημόνων. Ωστόσο η μη δέσμευση του παραδείγματος σε ένα κοινωνικό-ιστορικό πλαίσιο οδηγεί σε μια ανιστορική προσέγγιση της επιστήμης και της λειτουργίας της.

17. Βασικά στοιχεία του βιοϊατρικού μοντέλου είναι: α) ο δυϊσμός του υποκειμένου στην αντιμετώπιση της ασθένειας, β) ο μηχανιστικός και αναγωγικός τρόπος που βασίζεται στον προσδιορισμό της ασθένειας μέσω των μικροοργανισμών και γ) ο εμπειρικός και επεμβατικός τρόπος που βασίζεται στην παρατήρηση και τη γενίκευση, μια μέθοδος που επιτρέπει τη θεώρηση του ανθρώπου ως βιολογικού συστήματος και την επέμβαση με στόχο την «επισκευή» του. Hardey, 1998, σελ. 9.

18. Η ανάμειξη στον τοκετό τόσο του γιατρού όσο και της γιαγιάς, οι οποίοι είναι φορείς ρόλων που αναφέρονται σε διαφορετικά κοινωνικό-ιστορικά και πολιτισμικά πλαίσια, δημιουργούν σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στην Κορέα περιπλοκές στην όλη διαδικασία τοκετού. Ο τοκετός στις παραδοσιακές κοινωνίες δεν είναι ιατρικό συμβάν, αλλά εντάσσεται στο συμβολικό σύστημα της κοινότητας. Ο τοκετός σε ένα νοσοκομείο πέραν του ότι αποκόβει τα άτομα από τις αναφορές τους, προκαλεί συγχύσεις και συγκρούσεις ρόλων. Βλ. Sich, 1994, σελ. 243.

19. Sich, 1994, σελ. 233.

20. Από την άλλη θα πρέπει να σχετικοποιηθούν οι διακηρύξεις του WHO για την επανασύνδεση της ιατρικής με την κοινότητα, καθόσον η μετατόπιση της ευθύνης περίθαλψης προς πρωτογενή δίκτυα, συνδυάστηκε με τον περιορισμό της αναπτυξιακής βοήθειας προς τις χώρες του Τρίτου Κόσμου και την ιδιωτικοποίηση μέρους της δημόσιας υγείας στις χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Τσαλίκης, 1996, σελ. 56.

21. Σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να επανεξετασθεί, αν οργανώσεις, όπως «Γιατροί χωρίς σύνορα», «Γιατροί του κόσμου», των οποίων τα μέλη διαπνέονται από το ηθικό-ουμανιστικό πνεύμα «κοινωνικής προσφοράς» των αστικών φιλανθρωπικών οργανώσεων του 19 ου αιώνα και της παράδοσης που εγκαινίασε ο Α. Σβάιτσερ στις ζούγκλες της Αφρικής, συμβάλλουν πραγματικά στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας, επομένως και αντιμετώπισής της ή οδηγούν σε μεγαλύτερες συγχύσεις.

22. Δημητρίου, 1999, σελ. 97.

23. Geertz, 1987, σελ. 51.

24. Hütte, 1996, σελ. 66.

25. Βλ. Χρηστάκης, 1995, σελ. 208.

26. Sich, 1994, σελ. 250.

27. Lévi-Strauss, 1963, σελ. 178 κ.ε.

28. Βλ. Helman, 1984, σελ. 13 κ.ε. Σύμφωνα με την D. Sich (Sich, 1994, σελ. 240) η διαδικασία της ασθένειας μπορεί να συλληφθεί επισημονικά και πολυεπίπεδα: α) μέσα από το επίπεδο του σώματος (βιοϊατρική), το οποίο δεν μπορεί ωστόσο να αποκλείσει πολιτισμικές επιδράσεις πάνω στην εξέλιξη της ασθένειας, β) μέσα από το επίπεδο της ατομικής εμπειρίας (ψυχοσωματική ιατρική), γ) μέσα από το επίπεδο των διανθρώπινων σχέσεων, όπου οι άνθρωποι μοιράζονται εμπειρίες και με βάση αυτές δρουν (κοινωνική ιατρική ή ιατρική του «Τρίτου Κόσμου») και δ) μέσα από το επίπεδο ενός πολιτισμικού συστήματος σημασιών, το

οποίο επέχοντας θέση μεταεπιπέδου, διαπερνά όλα τα άλλα επίπεδα, ερμηνεύοντας και ενσωματώνοντας την ασθένεια στην καθημερινότητα, ώστε να εξουδετερώνονται οι αρνητικές παρενέργειες για την κοινότητα και να μετριάζεται η έκταση των ανομικών συμπεριφορών. Σε αυτό το μεταεπίπεδο θα δραστηριοποιούνταν τότε μια εφαρμοσμένη συγκριτική ιατρική ανθρωπολογία (applied medical anthropology).

29. Αμπατζόγλου, 1991, σελ. 35.
30. Ackernecht, 1971, σελ. 27.
31. Pollak, 1974, σελ. 69 κ.ε.
32. Haijer-Ruskamp, 1992, σελ. 33 κ.ε.
33. Lapantine, 1986, σελ. 266 κ.ε.
34. Ackernecht, 1998, σελ. 342
35. Ρηγάτος, 1998, σελ. 96.
36. Jameson, 1981, σελ. 62 κ.ε.
37. Χρηστάκης, 1995, σελ. 196.
38. Beck-Gernsheim, 1995, σελ. 16.
39. Σιδέρης, 1983, σελ. 110 κ.ε.
40. Foucault, 1996, σελ. 44.
41. Κωστής, 1995, σελ. 18.
42. Hankins, 1998, σελ. 173.
43. Goffman, 1994, σελ. 309.
44. Βλ. Lévi-Strauss, 1990, σελ. 15.
45. Για το ρόλο του συμπτώματος βλ. Ginzburg, 1983, παντού.
46. Το έθνος θα μπορούσε να εκληφθεί ως μια μορφή άρσης αυτής της ασυνέχειας, η οποία προέκυψε από έναν αυξημένο καταμερισμό εργασίας και τον εξαστισμό.
47. Βλ. Αμπατζόγλου, 1991, σελ. 37 και 38.
48. Κυριόπουλος, 1998, σελ. 166.
49. «Το να είναι κανείς υγιής» γράφει ο Von Weizsäcker «δεν σημαίνει να είναι κανείς κανονικός αλλά να αλλάζει στο χρόνο, να ωριμάζει και να μπορεί να πεθαίνει». Von Weizsacker, 1985, σελ. 294.
50. Πεντόγαλος, 1988, σελ. 246.
51. Foucault, 1996, σελ. 52 κ.ε.
52. Τις διαπλοκές αυτές, τις οποίες υιοθετεί και ο Κ. Πρέβε χρησιμοποίησε ο F. Jameson για να δείξει τη συμβολική δόμηση της νεωτερικότητας. Βλ. Πρέβε, 1998, σελ. 123.
53. Ο εγκεφαλικός φλοιός, οι πνεύμονες, το εσωτερικό τοίχωμα του λεπτού εντέρου κ.λπ. έχουν fractal δομή χωρίς περιοδικότητα και με μη διατηρητική χαοτική λειτουργία με απλούς ή πολλαπλούς ελκυστές. Νίκολης, 1999, σελ. 56.
54. Βλ. Πρέβε, 1998, σελ. 120.
55. Για τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενών (Electronic Patient Record) βλ. Παπουτσή, Παπαδημητρίου, 1999, σελ. 65.
56. Reulecke, 1994, σελ. 22.

57. Βλ. Αμπατζόγλου, 1991, σελ. 44. Σχετικά στοιχεία επίσης στην *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία* 31-8-1997.
58. Βλ. Jakob, 1978, σελ. 204.
59. Δημητρίου, 1999, σελ. 96 κ.ε.
60. Βλ. επίσης Bernard, 1996, σελ. 59.
61. Scholz, 1995, σελ. 59.
62. Mitscherlich, 1984, σελ. 140.
63. Δημητρίου, 1999, σελ. 90.
64. Schoene, 1963, σελ. 86.
65. Bopp, 1987, σελ. 62.
66. Bopp, 1987, σελ. 63. Για τον P.Bourdieu αυτή η ασκητική στάση χαρακτηρίζει πρωτίστως τα ανερχόμενα μικροαστικά στρώματα, τα οποία διαπνέονται από την ηθική του χρέους. Bourdieu, 1996, σελ. 575.
67. Zola, 1986, σελ. 380.
68. Πεντόγαλος, 1988, σελ. 248.
69. Ackernecht, 1998, σελ. 241.
70. Η φυματίωση, ο ραχιτισμός, η πελλάγρα, απόρροια κακών συνθηκών εργασίας, διαβίωσης και διατροφής, γνώρισαν ιδιαίτερη έξαρση από τη Βιομηχανική Επανάσταση και μετά. Bosquet, 1984, σελ. 171. Το 40% των είκοσι δύο εκατομμυρίων νεαρών που κλήθηκαν να υπηρετήσουν στον Αμερικανικό Στρατό στο Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο απαλλάχτηκε για λόγους υγείας. Ackernecht, 1998, σελ. 57.
71. Επειδή η ιατρική βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις βιοεπιστήμες (βιολογία, βιοχημεία κ.λπ.) δε συγκροτεί αυτόνομο γνωστικό αντικείμενο με πειθαρχημένη επιστημονική κατεύθυνση. Γι' αυτό αυτή κατανοείται και ως μια εισαγωγή-καθοδήγηση σε σωστές δράσεις με στόχο την αντιμετώπιση της ασθένειας. Βλ. επίσης, Κυριόπουλος, 1998, σελ. 167.
72. Βλ. Jonas, 1994, σελ. 238.
73. Βλ. Labisch, 1986, σελ. 278.
74. Milles, 1998, σελ. 374 και σελ. 378
75. Bopp, 1987, σελ. 53.
76. Donzelot, 1997, σελ. 416 και σελ. 430.
77. Ρηγάτος, 1998, σελ. 96.
78. Donzelot, 1997, σελ. 417.
79. Parsons, 1961, σελ. 17.
80. Βλ. Moersch, 1980, σελ. 43 κ.ε.

Βιβλιογραφία

- Ackernecht E.H., *Medicine and Ethnology*, New York, 1971.
Ackernecht E.H., *Ιστορία της Ιατρικής*, Αθήνα, 1998.
Αμπατζόγλου Γ., *Ψυχιατρική και Ιατρική. Τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις*, Αθήνα, 1991.

- Bernard J., *Η βιοηθική*, Αθήνα, 1996.
- Bode I., «Vermittlungsleistungen normativer Interessenorganisationen. Verbände im Gesundheitswesen als "enfantes terribles" mit Gemeinwohlbindung», *Soziale Welt* 49, 1998.
- Bopp J. «Die Tyrannei des Körpers», *Kursbuch* 88, 1987.
- Bosquet M., *Οικολογία και Πολιτική*, Αθήνα, 1984.
- Bourdieu P., *Die feinen Unterschiede. Kritik der Urteilskraft*, Frankfurt, 1996.
- Brenner M.H., «Health and the National Economy», *Research in Human Capital and Development* 7, 1994.
- Helman C., *Culture, Health and Illness*, Bristol, 1984.
- Χιωτάκης Σ., *Για μια κοινωνιολογία των ελεύθερων επαγγελματιών. Επιστημονική προσέγγιση των ιατρικών υπηρεσιών*, Αθήνα, 1994.
- Conrad P., «The Experience and Management of Chronic Illness: Recent and New Directions», στο: Roth J., Conrad P. (επιμ.), *Research in the Sociology of Health Care*, τόμ. 6, Greenwich, Ct, 1987.
- Χρηστάκης Ν., «Από το σώμα στο υποκείμενο», *Δωδώνη* (Επιστημονική Επετηρίδα της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων), τόμ. 24, 1995.
- Geertz C., *Dichte Beschreibung*, Frankfurt, 1987.
- Γείτονα Μ. «Ο γενικός γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996.
- Δημητρίου Σ., «Βιοϊατρική και ορθολογισμός», *Ουτοπία* 36, 1999.
- Donzelot J., «Ο έλεγχος των παιδιών και της οικογένειας», στο: Μακρυγιώτη Δ. (επιμ.), *Παιδική ηλικία*, Αθήνα, 1997.
- Goffman E., *Άσυλα. Δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών των ψυχιατρείων και άλλων τροφίμων*, Αθήνα, 1994.
- Foucault M., *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt, 1996.
- Haaijer-Ruskamp H., «Medicine Use a Social Phenomenon», στο: Trakas D., Sanz E. (επιμ.), *Studying Childhood and Medicine*, Αθήνα, 1992.
- Hankins T.L., *Επιστήμη και Διαφωτισμός*, Ηράκλειο, 1998.
- Jakob W., *Kranksein und Krankheit. Anthropologische Grundlagen einer Theorie der Medizin*, Heidelberg, 1978.

- Jameson F., *The Political Unconscious. Narrative as socialsymbolic Act*, New York, 1981.
- Jonas H. «Humanexperimente», στο: Sass, H.M., *Medizin und Ethik*, Stuttgart, 1994.
- «Νοσοκομειακές Λοιμώξεις που εκφράζουν αντοχή στα αντιβιοτικά», *Καθημερινή*, 14-3-1999.
- Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία*, 31-8-1997.
- Κυριόπουλος Γ., «Η "κατακερματισμένη" ιατρική», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 4, 1998.
- Kühn H., «Macht und Gesundheit», *Leviathan* 24, 1996.
- Labisch A., «Hygiene ist Moral-Moral ist "Hygiene"-soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin», στο: Sachsse Ch., Tennstedt F. (επιμ.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt, 1986.
- Lapantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, 1986.
- Lévi-Strauss C., *Structural Anthropology*, New York, 1963.
- Lévi-Strauss C., *Εισαγωγή στο έργο του Marcel Mauss*, Αθήνα, 1990.
- Milles D., «Die Physiologie als Grundlage ärztlicher Gutachten bei der Etablierung der deutschen Sozialversicherung», στο: Sarsin Ph., Tanner J. (επιμ.), *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19 und 20, Jahrhundert*, Frankfurt, 1998.
- Mitscherlich A., «Die psychosomatische und die konventionelle Medizin», στο: Mitscherlich A. (επιμ.), *Der kranke Mensch in den modernen Gesellschaften*, Frankfurt, 1984.
- Moersch E., «Zur Psychopathologie von Herzinfaktpatienten», *Psyche* 34, 1980.
- Narr W.D. «Max Webers "Psychophysik der industriellen Arbeit". Kommentare und Zitate», στο: König H., Von Greif B., Schauer H. (επιμ.), «Sozialphilosophie der industriellen Arbeit», *Leviathan* 11, Opladen, 1990.
- Νίκολης Ι., «Η χαοτική δυναμική στην ιατρική», *Ουτοπία* 33, 1999.
- Offe C., *Κοινωνία της εργασίας*, Αθήνα, 1993.
- Παπουτσής Ι., Παπαδημητρίου Ι., «Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενών. Υλοποίηση στο Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο», *Ιατρική* 75, 1999.
- Parsons T., «Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse», *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 3, 1961.

- Pollak C.J., *Gibt es ein Leben vor dem Tod*, München, 1974.
- Πρέβε Κ., «Η διαλεκτική του μεταμοντέρνου», *Ουτοπία* 31, 1998.
- Relman A.S., «The New Medical-Industry Complex», στο: Conrad P., Kern R. (επιμ.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, New York, 1986.
- Reulecke J., «Rassnhigiene, Sozialhygiene, Eugenik-ein Überblick», *Sozialwissenschaftliche Informationen* 4, 1994.
- Ρηγάτος Γ., *Πρόσωπα και ζητήματα. Δοκίμια για την Ιατρική στη Λογοτεχνία*, Αθήνα, 1998.
- Rodberg L., Stevenson G., «Η βιομηχανία ιατρικής περίθαλψης στον προηγμένο καπιταλισμό», *Σύγχρονα Θέματα* 3, 1978.
- Schoene W., «Einige kulturanthropologische Betrachtungen über Medizin», *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 3, 1963.
- Scholz Ch., «Biographie und molekulargenetische Diagnostik», στο: Bern-Gernsheim E. (επιμ.), *Welche Gesundheit wollen wir?*, Frankfurt, 1995.
- Sich D., «Der Mensch zwischen Kultur und Medizin», στο: Wesej K.F. (επιμ.), *Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin*, Bielefeld, 1994.
- Σιδέρης Ν., «Αρρώστια και άρρωστοι στη Λευκάδα τον 19ο αιώνα», *Τα Ιστορικά* 1, 1983.
- Τζαβάρα Ε., «Η σχέση "άρρωστος-αρρώστια-γιατρός": Μια ανθρωπολογική προσέγγιση», *Σύγχρονα Θέματα* 26, 1986.
- Τσαλίκης Γ., «Η αμφιδέξια πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996.
- Von Weizsäcker R., «Ärztliche Fragen. Vorlesungen über Allgemeine Therapie», στο: Von Weizsäcker R., *Gesammelte Schriften*, τόμ. 5, Frankfurt, 1985.
- Wahrig, *Deutsches Wörterbuch*, Gütersloch, München, 1991.
- Weber M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, 1972.
- Zola I.K., «Medicine as an Institution of social Control», στο: Conrad P., Kern R. (επιμ.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, New York, 1986.

