

Katarzyna Rytłewska
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Szaleńcy jako „odpady” nowoczesnego świata w kontekście wypowiedzi teoretyków kultury

Zdaniem Paula Rabinowa, nowoczesna filozofia narodziła się w momencie, „gdy wiedzący podmiot wyposażony w świadomość i jej zawartość wyobrażeniową stał się problemem głównym dla myśli, paradygmatem wszelkiej wiedzy”¹. Michel Foucault zaproponował analizę tej świadomości (ludzkich myśli) jako praktyki publicznej i społecznej. W duchu Nietzschego i Heideggera dochodzi on do wniosku, że jednostka staje się trybikiem w społecznej maszynie, a pobyt w placówkach takich jak więzienie czy szpital psychiatryczny wiąże się ściśle z systemem myślowym, jaki panuje w obrębie społeczeństwa modernistycznego oraz z systemem władzy, która wyznacza granice tego społeczeństwa. W konsekwencji, jak zauważa Julia Sowa, dziś – zdaniem wielu postmodernistycznych badaczy – jako rzeczywiste kryterium psychiatryczne uzyskuje sens społeczne i kulturowe usytuowanie człowieka. Takie podejście może stać się też przyszłością psychiatrii, która stara się analizować rzeczywiste stanowisko społeczeństwa, w tym pacjentów i lekarzy, w kwestii chorób psychicznych. Należy jednak pamiętać, że nie jest to podejście ściśle medyczne, a raczej właśnie socjologiczne i kulturoznawcze. Jest to bowiem punkt widzenia prowadzący w kierunku mierzenia normalności pacjenta standardami kulturowymi obowiązującymi w jego czasie i miejscu².

Rzecz znamienna, że człowiek – z założenia racjonalnej – ery nowoczesnej przeżywa tragizm i obsesję bezsensu otaczającej go rzeczywistości oraz tęsknotę za światem idealnym, spełniającym jego oczekiwania. W związku z tym najczęściej może wybrać jedną z dwóch dróg: hedonistyczną lub pesymistyczną³. Skrajny pesymizm zaś nieuchronnie prowadzi w kierunku izolacji, zagubienia, a nawet choroby umysłowej.

¹ P. Rabinow, *Wyobrażenia są faktami społecznymi. Modernizm i postmodernizm w antropologii*, [w:] *Amerykańska antropologia postmodernistyczna*, pod red. M. Buchowskiego, Warszawa 1999, s. 89.

² J. Sowa, *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Warszawa 1984, s. 279.

³ T. Kobierzycki, *Filozofia osobowości. Od antycznej teorii duszy do współczesnej teorii osoby*, Warszawa 2001, s. 295.

Poddane mu jednostki wielokrotnie wierzą jednak, że wsparcie uzyskają w szpitalu psychiatrycznym, licząc tym samym na fachową opiekę i pomoc.

Michel Foucault, przyglądając się w *Narodzinach kliniki* rozwojowi relacji pacjent – lekarz i analizując zmieniającą się rolę kliniki w życiu społeczeństw zachodnich w okresie przedrewolucyjnym i rewolucji francuskiej, zauważa, że współczesna medycyna może wyznaczyć datę swych narodzin w ostatnich latach XVIII wieku. Był to moment niezwykle ważny, bowiem wtedy zaczęła ona badać samą siebie⁴. Ale Foucault wspomina też o konieczności krytycznego podejścia do – jego zdaniem – pozornego jedynie zainteresowania medycyny losem pacjenta: „Jeśli bada się klinikę w jej całościowym układzie, to w doświadczeniu lekarza jawi się ona jako nowy profil tego, co postrzegalne i wypowiedalne: jako nowe rozmieszczenie niewielkich elementów przestrzeni ciała, reorganizacja elementów konstytuujących zjawisko patologiczne, definicja linearnych serii zdarzeń chorobowych, pojawienie się choroby w organizmie”⁵. Taki sposób myślenia, wyczulony jedynie na objawy ciała, całkowicie zdaje się pomijać potrzeby psychiczne. Jak mówi Foucault, pozór ów obnażony zostaje dzięki zmianie charakteru dialogu między lekarzem a chorym, zaczynającego się przez lata od pytania: „Co panu dolega?”, na zaczynający się od pytania: „Gdzie pana boli?”. Oznacza to, że nastąpił zwrot i podział wewnątrz świata lekarskiego. Pojawiły się jednostki, które sprzeciwiały się dotychczasowym sposobom traktowania pacjentów. Foucault określa tę zmianę jako reorganizację oczywistej i ukrytej przestrzeni, którą była klinika (w tym klinika psychiatryczna) dzięki skierowaniu wzroku na cierpienie ludzi⁶. Na początku XIX wieku wyraźnie już część lekarzy zaczęła myśleć inaczej, dostrzegać uczucia pacjentów i otwierać się na ich potrzeby oraz słuchać tego, co mają do powiedzenia. Badacz zauważa, że powolne zmiany w świadomości klinicystów, pracowników szpitali i chorych doprowadziły do tego, że wiek XX można nazwać epoką krytyki medycyny – krytyki opierającej się na konstruowaniu dyskursu o dyskursie, który skupiał się przez lata jedynie na tym, co powierzchowne, ignorując uczucia i potrzeby chorych. Pojawia się zatem krytyka dawnych sposobów leczenia. W wielu przypadkach jest to krytyka pozorna, zdarzają się jednak przypadki, że zmiana podejścia do pacjenta staje się sensem czyjejś pracy, a nawet życia.

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku przybliżający psychiatrię do innych specjalności medycznych triumf podejścia biologicznego, zgodnie z którym ciężkie choroby psychiczne są skutkiem zaburzeń neurochemicznych i rozwojowych, oznaczał powrót do zagadnień podejmowanych po raz ostatni w XIX wieku. Co istotne w paradygmacie biologicznym, miejsce dla psychoterapii w jej wersji nieformalnej zostało okrojone do minimum. Badacze należący w XIX wieku do tego nurtu myślenia doceniali – tak charakterystyczną dla modernistycznej nauki – wartość liczb uzmysławiających wagę statystyki. Niestety, również ich następcom w XX wieku nie udało się uniknąć „matematyzacji” wiedzy o człowieku. Psychiatryzy z powodu tych

⁴ M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa 1999, s. 8.

⁵ Tamże, s. 13.

⁶ Tamże, s. 9.

praktyk oddalili się od pacjentów, zaniedbując podstawowy aspekt swojej pracy: kontakt z chorym. Zapomnieli przede wszystkim o tym, jak ważne dla pacjentów jest to, aby się o nich troszczyć. Pięciominutowy wywiad to nie to samo, co pełna empatii rozmowa.

W odpowiedzi na potrzeby chorych pojawia się jednak, jak wspomnieliśmy, krytyka istniejącego stanu w postaci walczącej o prawa pacjenta antypsychiatrii⁷. Przedstawiciele tego ruchu nie krytykowali psychiatrów za to, że sprawowali oni nadzór nad pacjentami, ale za to, że otaczając się aurą nauki, często instrumentalnie wykorzystywali chorych do własnych naukowych lub pseudonaukowych celów. Jak zauważa Edward Shorter, w ikonografii ruchu psychiatrycznego przedstawiano lekarza jako postać z antenkami na głowie, wpatrującą się w obraz nagiej kobiety na ekranie oscyloskopu, albo jako człowieka ubranego w hełm astronauty z nieubłaganą miną wyciągającego w stronę pacjenta strzykawkę. Bezwzględna dominacja scjentyzmu oznaczała, zdaniem antypsychiatrów, bagatelizowanie prawdziwych potrzeb chorych.

Jednak zmiany, jakie dokonywały się w ramach psychiatrii, miały również związek z klimatem społecznym lat sześćdziesiątych, który przyniósł wrogość wobec autorytetów w ogóle, w tym – wobec autorytetów medycznych. Antypsychiatrzy starali się udowodnić, że choroba psychiczna nie tyle jest problemem medycznym, ile społecznym, politycznym i prawnym. Twierdzili, że to społeczeństwo, a nie natura, określa, czym jest schizofrenia. Jeszcze raz zaznaczmy, że dla wykrystalizowania się antypsychiatrii, której załączki pojawiały się już w XIX wieku, zasadnicze znaczenie ma wydanie w wieku XX książki Foucaulta *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, w której postawił on tezę, że pojęcie choroby psychicznej, powstałe w XVIII wieku, to produkt społeczno-kulturowy. Ojciec antypsychiatrii, Thomas Szasz, twierdził zaś wręcz, że choroba psychiczna jest mitem i medycznym nieporozumieniem, w które wplątuje się jednostki niezdolne do samodzielności i zorganizowania się. Obok Foucaulta i Szasza do rozwoju antypsychiatrii przyczynił się również Erving Goffman, który szpital psychiatryczny postrzegał jako instytucję infantyлизującą pacjentów, czujących się w nim wygnającami z własnego życia. Prace tych trzech badaczy odegrały znaczącą rolę w krystalizowaniu się protestów i krytyki poczynąń przedstawicieli nurtu biologicznego⁸.

Pogląd, iż choroby psychiczne, takie jak schizofrenia, choroby afektywne i inne, w których nie wykryto zmian organicznych układu nerwowego, zależą wyłącznie od represyjnego wpływu środowiska społecznego lub warunków politycznych, niejako usprawiedliwia chorego, zmieniając spojrzenie lekarza i otoczenia na jego problemy. Antypsychiatria kwestionując biologiczno-somatyczną orientację zastanej psychiatrii, propaguje tezę, że w leczeniu chorób psychicznych należy wpływać na zmianę czynników społecznych, a nawet zlikwidować szpitale psychiatryczne i „ich szkodliwą

⁷ Tamże, s. 289-290.

⁸ Tamże, s. 289-299.

atmosferę ujemnego wpływu lekarzy”⁹. W każdym zaś razie szpitale, zamiast stanowić getto dla chorych psychicznie, powinny stworzyć dla nich tzw. „społeczność terapeutyczną”¹⁰. Antypsychiatria więc to oparta na podstawach egzystencjalnych radykalna krytyka tradycyjnego (zwłaszcza kanonicznego) podejścia do diagnozowania i leczenia chorób psychicznych.

Andrzej Kapusta zauważa też, że Heidegger jako krytyk nowoczesności wskazuje na najgłębsze źródła skażenia kultury, dokonując nie tyle krytyki humanizmu (co oznacza dla filozofa krytykę metafizyki), ile – krytyki kultury zdominowanej przez naukę i technologię. To technika bowiem odrywa ludzi od ziemi i pozbawia ich zakorzenienia¹¹. Kapusta podkreśla, że jednostka, która w liberalnej interakcji stanowi niezależny atom społeczny, okazuje się skutkiem całego szeregu historycznych praktyk społecznych – czyli „panoptycznych” i „konfesyjnych” technologii. Przy użyciu tych rozmaitych praktyk przekształca się więc podmioty ludzkie w przedmioty. Pojęcie techniki czy technologii wskazuje na to, że każde działanie ludzkie jest ciągiem powtarzalnych struktur¹².

Szpital psychiatryczny dla przedstawicieli antypsychiatrii to nie azyl, lecz więzienie – i jest w tym wiele prawdy. Przywoływany tu już Foucault dostrzega, że jest on instytucją starszej daty, niż to się twierdzi, kiedy wiąże się jego narodziny z wprowadzaniem nowych kodeksów prawnych. Ta forma odosobnienia pojawia się wszakże jeszcze przed jej wykorzystaniem w prawie karnym: „Kształtowała się ona poza aparatem sądowym, gdy w obrębie społeczeństwa wypracowano procedury służące repartycji jednostek, ustalaniu ich miejsca, rozmieszczenia przestrzennego, klasyfikacji, zawłaszczaniu maksymalnej ilości ich czasu i sił, tresurze ciał, kodyfikowaniu ich w nieprzerwanej widzialności, otoczeniu ich rozbudowanym aparatem obserwacji, rejestracji i oceny, tworzeniu na ich temat wiedzy, która odkłada się i centralizuje”¹³.

Foucault zwraca uwagę na to, że ważnym momentem w rozwoju ludzkości jest chwila, w której rodzi się wiedza na temat ludzkiego ciała. Zmierza ona nie do udoskonalenia jego zdolności, ale do stworzenia układu, za pomocą którego czyni się je posłusznymi. Aby polityka przymusu mogła funkcjonować, jednostka musi zostać uwięziona. Instytucje „totalne” spełniają ten warunek, przekształcając się w więzienia. W izolacji ciało ludzkie dostaje się w tryby maszynierii władzy, która dokonuje jego rewizji lub rozkłada je na części, by zbudować „nowego” człowieka. Foucault odnajduje jednak ten proces nie tylko w więzieniu, ale i w szpitalu psychiatrycznym, który służy z kolei modyfikacji ludzkiej psychiki, co określa mianem „anatomii politycznej”, będącej zarazem swoistą mechaniką władzy. Jeśli dyscyplina panująca w więzieniach wytwarza ciała podporządkowane i wyćwiczone, podatne, plastyczne, a na te zmiany

⁹ L. Korzeniowski, *Antypsychiatria*, [w:] *Galernicy wrażliwości*, pod red. M. Janion i S. Rośka, Gdańsk 1981, s. 68–69.

¹⁰ Tamże, s. 69.

¹¹ A. Kapusta, *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Lublin 2010, s. 59.

¹² Tamże, s. 70.

¹³ M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendat, Warszawa 2009, s. 223.

składa się wielość drobnych procesów, to dostrzega on te procesy także w szpitalach psychiatrycznych, gdzie więzi się jednostki, aby móc je dyscyplinować¹⁴.

Najważniejsze zadanie, jakie ten badacz kultury i społeczeństwa przypisuje medycynie, ma charakter polityczny. Według niego walka z chorobą powinna zaczynać się od wojny wytoczonej niewłaściwym rządowi. Człowiek zostanie wyleczony całkowicie tylko wtedy, jeśli pomoże mu się w zrozumieniu samego siebie, więc: „To lekarze powinni wskazywać tyranów, bowiem czynią człowieka przedmiotem swoich studiów i codziennie przyglądają się nędzy fizycznej i psychicznej, która ma źródła w tyranii i niewolnictwie”¹⁵. Medycyna, a szczególnie psychiatria, powinna zatem udzielać rad dotyczących zasad mądrego życia i sposobów na odnalezienie się w społeczeństwie. Foucault twierdzi, że w nowoczesnym świecie dominuje ideologia połączona z technologią medyczną, a obie wspólnie domagają się zniesienia wszelkich przeszkód na drodze do powstania kolejnych oddziałów szpitalnych¹⁶. Szpitale jednak, według niego, są potrzebne raczej jako wentyl bezpieczeństwa władzy oraz – jako baza ciał umożliwiających przeprowadzanie eksperymentów naukowych.

Erich Fromm zauważa, że terminy „normalny” czy „zdrowy” da się zdefiniować w dwojaki sposób. Z perspektywy funkcjonowania społeczeństwa można nazwać kogoś normalnym, jeśli jest on w stanie spełniać rolę społeczną, która mu w danym społeczeństwie przypada i uczestniczyć w reprodukowaniu społeczeństwa. Z punktu widzenia jednostki przez „zdrowie” albo stan „normalny” rozumie się natomiast poczucie szczęścia i rozkwitu. To dwie różne koncepcje zdrowia. Jedną rządzi konieczności społeczne, drugą – wartości i normy wyrażające sens jednostkowego istnienia. Zdaniem badacza to rozróżnienie jest bagatelizowane przez psychiatrów. Większość lekarzy uważa strukturę własnego społeczeństwa za rzecz tak oczywistą, że osoba niezbyt dobrze do niej przystosowana bywa określana jako mniej wartościowa. Jednak niewielu lekarzy postrzega pacjenta jako kogoś, kto nie jest gotowy poddać się w bitwie o własne „ja”¹⁷. Julia Sowa zauważa zresztą, że problem przystosowania się jednostki do kultury jest niezwykle trudny do rozstrzygnięcia. Socjologowie i antropologowie dysponują „okresowym” obrazem świata, a psychiatrzy starają się na niego nakładać swoje kody. Niestety, w tym chaosie ginie istota człowieczeństwa. Absurdem jest fakt, że nowoczesna cywilizacja oczekuje upodobnienia się jednostki do „osobowości podstawowej”¹⁸. Rodzi się tu zatem pytanie o tożsamość i podmiotowość człowieka, które zostają zatarte. Szaleniec jest traktowany jako ktoś nieświadomy swojej tożsamości i nie będący w stanie jej określić.

W epoce nowoczesnej w ramach modernistycznego różnicowania także przestrzeń i czas zostają oddzielone od codziennego życia i od siebie nawzajem. Co wię-

¹⁴ Tamże, s. 133-134.

¹⁵ Tamże, s. 56.

¹⁶ Tamże, s. 61.

¹⁷ E. Fromm, *Ucieczka od wolności*, przeł. O. i A. Ziemiłscy, Warszawa 1970, s. 139-140.

¹⁸ J. Sowa, dz. cyt., s. 93.

cej, te kategorie mogą stać się narzędziami władzy. Bauman w *Płynnej nowoczesności* przywołuje Michela Foucaulta, posługującego się stworzonym przez Jeremy'ego Bentham'a projektem Panoptikonu jako „archimetaforą” nowoczesnej władzy i opisującego w ten sposób oddziaływania mechanizmów nowoczesnego świata na jednostkę zamkniętą w jednej z instytucji, którą ten świat wykorzystuje w celu przeobrażenia lub zlikwidowania tego, co inne.

Foucault podkreśla, że nie znalazł wzmianki o tym, aby projekt Panoptikonu inspirowała menażeria, którą Le Vaux zbudował w Wersalu, ale przypuszcza, że stanowiła ona jego pierwowzór. W jej centrum znajdował się ośmiokątny pawilon, który na parterze miał tylko jedno pomieszczenie, tj. salon króla; wielkie okna wychodziły na klatki, gdzie zamknięto różnego rodzaju dzikie zwierzęta. W czasach Bentham'a ta menażeria już istniała. W planie jego Panoptikonu widać taką samą troskę o indywidualizującą obserwację, charakterystykę i klasyfikację oraz podobne zagospodarowanie przestrzeni. Foucault stwierdza wprost: „Panoptikon jest królewską menażerią: zwierzę zostało zastąpione człowiekiem, specyficznym zgrupowaniem – miejsce króla zajął zaś mechanizm skrytej władzy”¹⁹. Badacz zwraca też uwagę na fakt, że jest to nie tylko obserwatorium, ale i laboratorium. To „maszyna” przydatna do przeprowadzania doświadczeń, do modyfikowania zachowań, do tresowania i korekty jednostek, wypróbowywania lekarstw i sprawdzania ich działania. Pozwala on również na testowanie rozmaitych kar na więźniach, w zależności od popełnionych zbrodni i ich charakteru oraz – do wybierania tych najbardziej skutecznych. To idealne miejsce do przeprowadzania eksperymentów na ludziach i analizowania, bez obawy pomyłek, tych przekształceń, jakie można na nich wymusić. Panoptikon wreszcie może być narzędziem kontroli nad własnymi mechanizmami. Naczelnik wszak szpieguje w nich także wszystkich podległych mu współpracowników: pielęgniarzy, lekarzy i majstrów²⁰.

Damian Leszczyński, zestawiając poglądy na temat szaleństwa przedstawione przez Foucaulta i Kartezjusza, dostrzega, że zdaniem ich obu powodem wykluczenia w istocie nie jest choroba zmysłów, ale utrata panowania nad procesami ciała, a jeszcze bardziej – poczucie osaczenia i ograniczenia, które doprowadza do powstania w duszy chorych negatywnych wyobrażeń²¹. Marzena Adamiak sądzi jednak, że to za

konsekwencję kartezjańskiego dualizmu epistemologicznego możemy dzisiaj uznać tak zwany problem psychofizyczny i zdeprecjonowanie *res extensa*, co powoduje oderwanie człowieka od jego cielesności. Status ontologiczny zyskuje on wyłącznie jako poznający podmiot, natomiast jego cielesność to maszynieria członków, jaką spostrzega się też u trupa²².

¹⁹ M. Foucault, *Nadzorować i karać...*, s. 198.

²⁰ Tamże, s. 198-199.

²¹ D. Leszczyński, *Foucault, Kartezjusz, szaleństwo*, „Nowa Krytyka” 2001, nr 12, s. 98.

²² M. Adamiak, *Foucault i perypetie podmiotu*, „Przegląd Filozoficzny” 2002, nr 11, s. 180.

Oznacza to jednak, że w istocie zniewolone przez rygorystyczny system społeczny ciało, które ma być jedynie produktywne, zaczyna kaleczyć duszę. Oderwanie duszy od ciała wskazuje na modernistyczne różnicowanie, w wyniku którego ciało zamienia się w martwy przedmiot.

Ponadto pojawia się zarzut, że w nowoczesnym świecie jest tępiona inność, a jej tłamszenie ujawnia brutalne oblicze władzy. Areszt, zesłanie, wysiedlenie, zamknięcie w więzieniu, które zajmują centralne miejsce w nowoczesnych systemach penitencjarnych, nadal wiążą się z karami fizycznymi, choć Foucault zauważa, że związek kary z ciałem chorego od wieku XIX nie jest już taki sam, jakim był w wypadku kaźni w wieku XVIII, gdy stawało się ono instrumentem zadawania bólu. Dziś wpływa się na nie, zamykając pacjenta czy zmuszając go do pracy. Wpływa się też na niego poprzez odarcie go z praw, swobód i możliwości posiadania. I także na chorego w szpitalu psychiatrycznym nakłada się sieć przymusów i nakazów, zobowiązań i wyrzeczeń tak, że ból fizyczny przestaje być elementem dominującym kary, która przechodzi od niemożliwych do zniesienia doznań do „ekonomii zawieszonych praw”²³. Dziś zatem nie tylko wymiar sprawiedliwości posługuje się ciałem, nie dotykając go. Tym samym nowoczesny system społeczno-polityczny nie ma sobie nic do zarzucenia, ponieważ zakazał kaźni, przyzwalając jednak tym samym, wedle Foucaulta, na praktykę o wiele gorszą: dopuścił do głosu całą armię „techników” – jak łącznie nazywa on nadzorców, lekarzy, psychiatrów, psychologów i wszystkich innych, którzy oficjalnie zapewniają, że ciało i zadawanie bólu nie są ostatecznym celem ich praktyk – oddając władzę w ich ręce. Za istotę tego systemu Foucault uważa więc zastąpienie odbierania życia – pozbawianiem wszelkich praw. W szpitalach najdotkliwsze kary wymierza się, nie powodując fizycznego bólu. Foucault jest przekonany, że powoływanie się na psychofarmakologię i wymyślne terapie mieści się znakomicie w tym „niecielesnym” systemie karnym²⁴.

Nowoczesność oznaczałaby zatem, według przywołanego badacza, zamieranie spektaklu zadawania bólu²⁵, ale nie oznaczałoby to, że w ogóle bólu się nie odczuwa. Jest on może nawet jeszcze silniejszy, przewlekły i wszechobecny niż w wieku XVIII, a doświadczają go przy tym niemal w takim samym stopniu przebywające poza murami szpitala jednostki, które osacza kultura, jak i pacjenci w jego murach, w których działa zmechanizowana władza patrzenia, czyli spojrzenia „nadzorców”.

Ciało człowieka byłoby zatem, zgodnie z przedstawioną koncepcją, ograniczane rozmaitymi relacjami władzy i dominacji, czyniącymi je niezdolnym do czynu. Człowiek staje się idealnym obywatelem, kiedy jest produktywny i ujarzmiony zarazem. Ujarzmienie zaś może być zamierzone, zorganizowane, dopracowane technicznie, przemyślane, ale może być też subtelne i nie odwoływać się do broni ani terroru, a jednak mieć charakter fizyczny: „Oznacza to, że może istnieć pewna wiedza o ciele, która

²³ M. Foucault, *Nadzorować i karać...*, s. 14.

²⁴ Tamże, s. 14.

²⁵ Tamże, s. 14.

w istocie nie jest wiedzą o jego funkcjonowaniu, oraz pewne panowanie nad jego siłami będące czymś więcej niż umiejętnością ich utrzymywania na wodzy – ta wiedza i to panowanie stanowią coś, co można by nazwać technologią polityczną ciała”²⁶. Jak podkreśla Foucault, sama technologia władzy mieści się w płaszczyźnie „mikrofizyki” władzy, którą wprawiają w ruch organy i instytucje państwowe, a jej zasięg obejmuje zarówno wielkie maszyny, jak i niewiele znaczące ciało jednostki²⁷.

Andrzej Kapusta zauważa, że Foucault postrzega dyscyplinę panującą w więzieniu i szpitalu psychiatrycznym jako przejaw wpływów mechanizmów nowoczesnej kontroli. Relacje władzy utożsamiane z instytucjami i regulacjami łączą się z modyfikacją prawa i stosowaniem przymusu. Tymczasem są zakorzenione i funkcjonują poza instytucjami, chociaż są w nich wcielane i krystalizowane. Władza, o której mówi Foucault, jest niebezpieczna dlatego, że nakazuje ludziom postrzegać siebie w określony sposób²⁸.

W tym kontekście podejrzenia o rodowodzie Foucaultowskim zaktualizować też można, obserwując w XX wieku wiele przykładów podejścia do umysłowych schorzeń, które przyjmują postać pseudonaukowych praktyk skoncentrowanych na tragicznych w skutkach eksperymentach oraz aktach przemocy fizycznej i mentalnej, mającej miejsce w placówkach nazywanych przez Goffmana „instytucjami totalnymi”: są nimi miejsca pobytu znacznej liczby ludzi znajdujących się w podobnej sytuacji odizolowania – na jakiś czas lub trwale – od reszty społeczeństwa²⁹. Chociaż w przypadku szpitala psychiatrycznego może to brzmieć na pozór niedorzecznie, należy podkreślić, iż Goffman definiuje instytucje totalne jako miejsca o polityce wrogiej wobec „pensjonariuszy”, osaczające i niesprzyjające przygotowaniu podopiecznych do życia poza ich murami. Cechami tego typu instytucji, jak wskazuje on, są: wrogość personelu, która sprawia, że mieszkańcy czują się poniżeni, słabi, podejrzani i winni; brak informacji o sposobach leczenia; biurokratyczny sposób zarządzania ludźmi; rygorystyczne pilnowanie porządku dnia; demoralizacja podopiecznych; zabiegi manipulacji i wykorzystywanie słabszych; pozbawienie chorych ich ról społecznych, odzieranie ich z tożsamości, upodlenie, etykietowanie; zaburzona hierarchia władzy; płynność przepisów lub ich całkowity brak; budzenie w podopiecznych poczucia nieprzydatności; system nagradzania donosicielstwa; możliwość manipulowania czasem np. poprzez zamknięcie chorego w izolatce, a wreszcie – generowanie lęku przed opuszczeniem tego miejsca³⁰.

Personel wielu instytucji totalnych, szczególnie szpitali psychiatrycznych, zdaje się uważać ich mieszkańców za składnicę „odpadów” nowoczesnego świata, a celem szpitali psychiatrycznych ma być ukształtowanie ich tak, by dostosować ich do świata,

²⁶ Tamże, s. 27.

²⁷ Tamże, s. 37.

²⁸ A. Kapusta, dz. cyt., s. 98.

²⁹ E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. H. Dater-Śpiewak i P. Śpiewak, Warszawa 2000, s. 13-17.

³⁰ Tamże, s. 55-81.

z którym sobie nie radzą. Jak zauważa Goffman, sprzeczność między rzeczywistym sposobem działania instytucji a tym, co musi o niej mówić jej personel, stanowi kontekst codziennej pracy zatrudnionych tam osób. Socjolog podkreśla, że „pracownicy szpitala pracują nad produktami i przedmiotami, a nie nad świadczeniem usług, przy czym produktami i przedmiotami są ludzie. Ci postrzegani są jako materiał, nad którym się pracuje, mogą nabrać pewnych cech obiektów nieożywionych. Stają się numerem w statystyce”³¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamiak M., *Foucault i perypetie podmiotu*, „Przegląd Filozoficzny” 2002, nr 2.
2. Foucault M., *Nadzorować i karać*, przeł. T. Komendat, Aletheia, Warszawa 1998.
3. Foucault M., *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
4. Fromm E., *Ucieczka od wolności*, przeł. O. i A. Ziemilscy, Czytelnik, Warszawa 1970.
5. Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszczyński, Żak, Sopot 2011.
6. Kapusta A., *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010.
7. Kobierzycki T., *Filozofia osobowości. Od antycznej teorii duszy do współczesnej teorii osoby*, Eneteia, Warszawa 2001.
8. Korzeniowski L., *Antypsychiatria*, [w:] *Galernicy wrażliwości*, pod red. M. Janion i S. Rośka, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1981.
9. Leszczyński D., *Foucault, Kartezjusz, szaleństwo*, „Nowa Krytyka” 2001, nr 12.
10. Rabinow Paul, *Wyobrażenia są faktami społecznymi: modernizm i postmodernizm w antropologii*, [w:] *Amerykańska antropologia postmodernistyczna*, pod red. M. Bu-chowskiego, Instytut Kultury, Warszawa 1999.
11. Sowa J., *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1984.

Mentally ill people as a “waste” od modern world in the context of the cultural theorists statements

Abstract: The thesis proves that the forms of medical treatment are determined by the culture in which sick people are functioning. It formsspecific disease entities and definite therapies. This is the culture that becomes principal for creating and functioning a medical system, and, in consequence, the system itself corresponds to its fundamental paradigms as far as the sphere of theory and practice is concerned.

Keywords: mentally ill people, psychiatric hospital, Modernism, medical system

³¹ Tamże, s. 80.