

ФУКООВ КОНЦЕПТ КЛИНИЧКОГ ПОГЛЕДА ДАНАС

АЛЕКСАНДАР Ј. РИСТИЋ*, АДРИАНА ЗАХАРИЈЕВИЋ**,
НЕНАД МИЛИЧИЋ***

Сажетак. – Чланак испитује однос пацијента и лекара, анализирајући концепт клиничког *погледа*¹ Мишела Фукоа (Michel Foucault). Аутори тврде да је током последњих деценија дошло до значајне промене друштвеног аспекта медицине, промене какве Фукоово разумевање клиничког *погледа* не може адекватно да објасни. У чланку је разрађена мрежа која се састоји од три елемента: клиничког *погледа*, клинике и нозологије, како би се објаснио положај лекара и пацијента у оквиру специфичне социјалне онтологије генерисане развојем медицине. Аутори затим расправљају о интензивном, али неизвесном, развоју који доноси технолошки напредак, а посебно рендгенска цев. На крају, аутори тврде да је у савременој клиници, опремљеној мноштвом софистицираних уређаја, положај лекара претрпео значајну промену у поређењу са Фукоовим схватањем клиничког *погледа* на почетку модерне медицине.

Кључне речи: лекар, пацијент, *поглед*, клиника, Мишел Фуко

1. УВОД

„Занимљиво је и прилично изненађујуће да се Фукоово име никада не појављује у реномираним медицинским часописима.”²

Слика сер Лука Филдеса (Sir Luke Fildes) *Доктор* (The Doctor, 1887, Tate Britain, London) углавном се користила као приказ компетентног лекара. Средовечни човек импозантног изгледа заузима централни положај на платну и посматра дете из радничке класе како после дуге ноћи и борбе за

* Клиника за неурологију, Клинички центар Србије, Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија, имејл: aristic@eunet.rs

** Институт за филозофију и друштвену теорију, Универзитет у Београду, Србија, имејл: zaharijevic@instifdt.bg.ac.rs

*** Теолошки факултет, Одељење за филозофију и религијске студије, Универзитет Јужне Бохемије, Чешка Република, имејл: nmilic00@tf.jcu.cz

¹ Енгл. *gaze*.

² Jeffrey P. Bishop, *Beyond health care accountability: The gift of medicine*, The Journal of medicine and philosophy, 2004, XXIX(1), p. 120.

живот исцрпљено лежи. Пажљив поглед, смиреност и његов лекарски ауторитет су све што он може да понуди док седи поред кревета у пацијентској кући: ефикасност лекова била је ограничена пре проналаска антибиотика, упркос све израженијој професионализацији лекарске струке. Иако платно представља веома романсирану слику посвећености лекара, коју су медицински савременици често хвалили,³ она открива значајну карактеристику промене која се догодила у време када је наручен *Доктор*. Слика је дидактичка прича о највишем дијагностичком напору, приказана у хијерархијском односу између заглаваног и самопоузданог лекара и немоћног, готово несвесног, пацијента. Сцена прецизно представља „монологску и редукутивну, а не дијалогску и истраживачку интеракцију између лекара и пацијента”.⁴

Циљ овог чланка је да се испита променљив и међусобно повезан однос лекара и пацијента. Аргументацију црпимо из опуса Мишела Фукоа, с посебним освртом на „Рађање клинике”. Основу Фукоовог дела чине напори да се пажљиво испитају историјска и емпиријска знања о појединачним елементима и њиховој генеалогiji. Фуко је поставио методу *археологије знања*, а касније и *генеалогije*, као циљ свог истраживања. Покушао је да истражи филозофију објекта помоћу генеалогije самог објекта. У свом делу „О почетку херменеутике сопства: два предавања у Дартмауту”, он каже: „Ово није увек био лак задатак, због тога што већина историчара преферира историју друштвених процеса, а већина филозофа више воли тему без историје.”⁵ Фуко је у потрази за истином осмислио пројекат регресивне и археолошке историје науке како би открио дискурзивне, институционалне и друштвене праксе које су у њиховој основи. „Све у свему, циљ мог пројекта је да израдим генеалогiju објекта. Метода је археологија знања, а прецизан домен анализе је оно што бих требао назвати технологијама.”⁶

Повезаност грађе коју су користили историчари и питање историčnosti теме коју је конституисао Ниче (Friedrich Nietzsche) резултирала је ставом да савремена филозофија мора да се развија кроз проучавање историје. Фукоова идеја била је да филозофи не би требало да посматрају логичке истине са становишта вечности, већ структуру која иза себе има историју која мора бити истражена како би се разумело оно што је савремено. У свом есеју „Ниче, генеалогija, историја”, он тврди:

„Историја има важнији задатак него да буде слушкиња филозофије, да препричава нужно рађање истине и вредности; требало би да постане разли-

³ Jane Moore, *What Sir Luke Fildes 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today*, British Journal of General Practice, 2008, LVIII(548), p. 210.

⁴ Alan Bleakley, John Bligh, *Who can resist Foucault?*, The Journal of Medicine and Philosophy, 2009, XXXIV(4), p. 370.

⁵ Michel Foucault, Mark Blasius, *About the beginning of the hermeneutics of the self: Two lectures at Dartmouth*, Political theory, 1993, XXI(2), p. 202.

⁶ *Ibid.*, p. 223.

чито знање о енергијама и пропадањима, висинама и дегенерацијама, отровима и противотровима. Њен задатак је да филозофија постане лековита наука.”⁷

Ове медицински резонирајуће тачке су сигурно намерне, с обзиром на то да се код Фукоа друга по реду *историја* односи на медицину: ако се историја односила на дегенерације и антите, према Фукоовом мишљењу, медицина је имала везе са „простором, језиком и смрћу”.⁸ Међутим, углавном се радило о (медицинском/дијагностичком) *ѝоїледу*, о променама у ономе што је било видљиво и невидљиво и новим везама између речи (знање/моћ) и ствари (видљиво/сазнајно).

Са циљем да преиспитамо однос лекар–пацијент из његове савремене перспективе, пружићемо кратак историјски преглед овог односа, ослањајући се на Фукоа и његово дело. Пре свега, разматраћемо улогу пацијента у нозолошком театру и успон лекарске професије. Затим ћемо размотрити промену која је резултат увођења радиологије у медицину и епоху која је уследила након открића рендгенске цеви. На крају се осврћемо на савремени период, са тежњом да покажемо да Фукоова анализа, колико год била релевантна, још увек не објашњава брзи напредак технологије. Услед тога истражујемо промену односа између лекара и пацијента данас, која је условљена различитим економским, политичким и социјалним сферама интереса. Ово ће указати на то да је Фукоов појам *ѝоїледа* у одређеној мери достигао своје границе.

2. КЛИНИЧКИ ПОГЛЕД

У историји модерне медицине, болест се посматрачу представља кроз систем знакова и симптома. Симптоми и знаци формирали су нову синтаксу – према Фукоовим речима, „језик који своју истину није дуговао говору, већ само *ѝоїледу*”⁹ – синтаксу која је за свој израз захтевала одређени институционални оквир, клинику. „Рађање клинике” заснивало се на две новине: појави новог субјекта, субјекта *ѝоїледа*, и новог објекта, болести која је откривена кроз структуру, систем знакова, и која је лако доступна том *ѝоїледу*.

Оно што је требало да постане клинички *ѝоїлед* не може бити у власништву никога и свакога: клиника је била простор без варалица, надрилекара и травара. То више није био *ѝоїлед* посматрача, већ лекара. Подржан и оправдан кроз институцију клинике, *ѝоїлед* је припадао „лекару који

⁷ Michel Foucault, *Nietzsche, Genealogy, History*. Foucault reader, 1984, ed. Paul Rabinow, p. 80.

⁸ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003, p. 196.

⁹ *Ibid.*, p. 69.

има моћ одлучивања и интервенције”¹⁰ Особа обдарена институционалном снагом и ресурсима за читање клиничке синтаксе сумира шансе и ризике, предвиђа оно што лежи изван очигледног и спекулише о неизрецивом, што превазилази самоспознају пацијента. Лекарским *йоілегом* управљају моћни *кодови знања*, који га повезују са филозофским размишљањем – обојица имају „сличне моћи [...] обојица претпостављају истоветну структуру објективности”¹¹

Према Фукоовом мишљењу, клиника постаје посебно место за операционализацију клиничког *йоіледа*. Супстрат клиничког *йоіледа* је болест – она је срж нозологије. Дакле, предмет клиничког *йоіледа* није особа која пати, већ болест од које особа пати. Фуко тврди да је нозологија неизбежно окружење, „простор у којем је сродство формализовано”. „Пре него што постане сусрет лекара и болесника, клиника мора да конституално обликује структурирано нозолошко поље.”¹² Лекар треба да буде у стању да дешифрује *нозолошку конфигурацију*, да завири у локално индивидуализовани феномен и пронађе универзалну патолошку структуру. Пацијент са својим предиспозицијама појављује се као несрећни случај – он доноси само додатну вредност нозолошкој суштини и постаје *силоашиња чињеница*. „Да би дотакао истину патолошке чињенице, лекар мора да апстрахује болесника и да га стави у заграде.”¹³

Развој патолошке анатомије и организација клиничких школа довели су до револуције у медицинској науци и нове медицинске суштине. „Издазак људског бића из његове самоскривљене незрелости”¹⁴ у периоду епохе просветитељства довешће до промене клиничког *йоіледа*. *Поілед* патолошке анатомије заменио је строго визуелни клинички *йоілед*. То је било доба сецирања лешева и патолога Бишаа (Marie François Xavier Bichat). На почетку епохе просветитељства смрт је стекла право да постане *видљива* и извор нових медицинских сазнања.

Дошли смо до сазнања да смрт мора да постоји да би се разумело оно што је живо. Људски леш припада, без верских или моралних ограничења, области медицине. Клинички *йоілед* који се, као што смо видели, спустио на дводимензионална подручја ткива и симптома, кретао се дуж треће, анатомско-клиничке димензије. „Смрт је велики аналитичар који показује повезаности разматравајући их и омогућује да се расветле чуда генезе у неумољивости распадања: и треба оставити реч *распадање* да посрће под тежином свог значења.”¹⁵

Филозофија елемената и њихових закона налази у смрти оно што је узалуд тражила у математици, хемији и језику. Резултат је ослобађање кли-

¹⁰ *Ibid.*, p. 89.

¹¹ *Ibid.*, p. 96.

¹² *Ibid.*, p. 59.

¹³ *Ibid.*, p. 8.

¹⁴ Immanuel Kant, *Practical philosophy*, Cambridge University Press, 1999, p. 17.

¹⁵ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003, p. 144.

ничког *йоїледа*. То више није клинички *йоїлед* живог ока, већ клинички *йоїлед* ока које је видело смрт. Фуко говори о томе да Бишаов витализам схвата јединствену природу живота као феномен, и каже:

„Биша је релативизовао појам смрти, омогућујући да се изгуби из оног апсолутног у којем се јављао као неодвојив, одлучујући и неповратан догађај: расплинуо га је и разделио по животу у облику детаљних смрти, делимичних смрти, прогресивних и које се тако лако доврше с ону страну саме смрти.”¹⁶

Из ове радикалне коначности смрти, формирао је структуру медицинске мисли и перцепције. Са Бишаом, знање о животу пронашло је свој корен у уништавању живота и његовој крајњој супротности. „Медицински *йоїлед*, тако наоружан, обухвата више него што каже сама реч *йоїлед*.”¹⁷ *Поїлед* је комбиновао различита чулна поља у једну структуру. Тројство вида, слуха и додира дефинише перцепцијску конфигурацију која означава неприступачан бол; мери се у дубини, извлачи се на површину и пројектује се на расуте органе леша.

Сваки сензорни орган добио је функцију инструмента. „Медицински *йоїлед* сада је обдарен плурисензоријалном структуром.”¹⁸ Он је јачао са порастом извршених обдукција и развојем патолошке анатомије. Постоји локални и ограничени *йоїлед*, који покрива само једно од рецептивних поља и утиче само на видљиву површину. Али постоји и интегрисујући и свеобухватни *йоїлед*, који почива на виду, слуху и додиру који реагују. Када лекар посматра свим чулима, једно додатно око усмерено је на основну видљивост ствари. „Уједно опажајна и епистемолошка структура, која управља патолошком анатомијом, и читавом медицином која из ње произлази јесте структура невидљиве видљивости.”¹⁹

Медицина 19. века користила је апсолутно око које је пронашло линију живота у лешу. Клинички *йоїлед* променио је епистемолошку основу. Од тог тренутка клинички *йоїлед* је концентрисан само на простор испуњен облицима окупљања органа. Подручје болести је подручје организма. Основне вредности просветитељства важе и овде. Клинички *йоїлед*, чије моћи почињу да се препознају, још увек није добио нове услове за бављење клиничким знањем. То је само један део дијалектике просветитељства пренесен на око лекара.

Даљи помак у медицинској космологији, уколико употребимо Џејсонијев (Nicholas D. Jewson) термин, догодио се када је пацијент престао да се доживљава као свесни човеков тоталитет, а разлике психе и коме биле накратко превазиђене. Уместо да буде „јединствени образац телесних догађаја које је лекар морао да разазна у сваком случају”²⁰, на клиници пацијент

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, p. 164.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*, p. 166.

²⁰ Nicholas D. Jewson, *The disappearance of the sick man from medical cosmology*, *Sociology*, 1976, X(2), p. 226.

обавља искључиво улогу *носиоца болести*, привремени објекат у који се болест инфилтрирала. Концентрација болесних људи на једном месту довела је до преокрета. Медицинска космологија која је била оријентисана према пацијенту сада постаје објективна и оријентисана је према болести. Овакав приступ довео је до повећане објективности медицинских процена, без обзира на субјективни став пацијента.

Елементи Фукоове мреже – клинички *йоїлед*, клиника и нозологија – почели су међусобно да комуницирају. Раније је медицина сматрала пацијента сингуларитетом и лекари су третирали оболеле како би их излечили од њихове болести – док она сада шири подручје примене и значајно утиче на друштвене токове. Уз помоћ еклектичне методологије, модерна медицина је практично уклонила појединца и временом створила слику *узорног човека*: здравог члана друштва, кога су замислили и прописали сами лекари. Отуда клиника – нозолошко позориште – постаје не само место где болесни појединци долазе по свој део здравља већ и место за континуирано вежбање моћног *йоїледа*, производњу објективности, у којој лекари имају моћ да затворе круг знања. Циљ објективне студије болести није само дијагностиковање узрока болести и пружање лека, већ и дефинисање *здравља*.

Друга значајна улога клинике је њена биополитичка димензија. Концепт *биомоћи*, који је Фуко предложио у својој серији предавања на тему „Безбедност, територија, становништво”, био је значајан теоријски допринос разумевању савремене социјалне медицине. Основа ове студије били су доминација државне управе над становништвом и анализа механизма моћи. Појам *биомоћи* Фуко дефинише овако:

„Ради се о низу феномена који су ми деловали прилично важни, то јест о скупу механизма путем којих ће оно што конституише основне биолошке одлике људске врсте моћи да уђе унутар политике, политичке стратегије, или опште стратегије моћи. Другим речима, питање којим ћу се бавити тиче се тога како је друштво, то јест како су модерна западна друштва од осамнаестог века почела да урачунавају основну биолошку чињеницу да људско биће конституише људску врсту.”²¹

Биомоћ истражује односе између људи и државе. Разликујемо три међусобно повезана механизма моћи: правни систем, механизам дисциплине и сигурносни апарат. Фукоово испитивање разлика у биополитичкој рационалности приказано је на примерима лечења лепре, куге и малих богиња. Искључивање лепрозних у средњем веку било је уобичајено казнено право, које се „одвијало кроз јуридикчку комбинацију закона и правила, као и скупа религиозних ритуала”²², који су водили подели на оне који јесу или нису лепрозни.

²¹ Michel Foucault, *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977-78*. Springer, 2007, p. 16.

²² *Ibid.*, p. 24.

Следећи је био случај куге. Прописи формулисани у 17. веку били су потпуно другачији од оних повезаних са лепром. Ови прописи укључују „дословно ограничавање региона и градова унутар којих је постојала куга. Постојала су правила која су назначавала људима када, како и у колико сати могу да изађу, затим, шта морају да раде код куће и коју врсту исхране морају да упражњавају, притом забрањујући одређене типове контакта, истовремено обавезујући на представљање и отварање домова инспекторима.”²³ За Фукоа је ово класична илустрација дисциплинског механизма моћи.

Богиње и праксе вакцинације из 18. века имале су другачији приступ. Циљ је био да се утврди број заражених богињама, њихова старост, ефекти болести, ризик након вакцинације, зараза богињама упркос заштити, стопа смртности и општи статистички ефекти на становништво. Стога се ово више није сматрало „проблемом искључења, као у случају лепре, нити карантина, као у случају куге, него ће се радити о проблему епидемија и медицинских кампања које покушавају да их зауставе”²⁴ Ово је еволуција и трансформација ка новом *аїаратїусу* безбедности. Лечење епидемиолошких појава открива нормализујућу страну историје медицине кроз **специфичне** механизме друштвене контроле у сврху „модификовања нечега у биолошкој судбини врста”²⁵

Нормализована клиника трансформисала је медицину у облик управљања људским животима, успостављајући институцију способну да изврши клинички *йоїлед*. У „Политици здравства у осамнаестом веку”, Фуко објашњава како је медицина заузимала битно место у регулаторном систему и новом апарату моћи. Тамо где пракса постаје „општа техника здравља”, лекар не само да пружа више здравља и мање болести случајним особама већ је генерални чувар здравља становништва.

У својој административној улози лекар се бави социјалном економијом, док му у његовој политичкој улози постаје дозвољено да прописује лекове за болести и социјално понашање, како би створио здраву нацију. „Лекар постаје сјајни саветник и стручњак, ако не у уметности управљања, бар у ономе што посматра, исправља и побољшава друштвено *їело* и одржава га у трајном здравственом стању.”²⁶ Овакво позиционирање лекара – који је загледан и самопоуздан чувар не само појединаца који су се разболели већ добробити *народа* – променило је и природу болести.

Раније су пацијенти као једини *власници* оштећења здраве конституције, с релативном способношћу да саопште симптоме, били поуздан извор за лекаре који су посећивали пацијенте по потреби. Међутим, са пацијентима ограниченим на клинику и хоспитализацијом болесних појавили се нови

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*, p. 25.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Michel Foucault, James D. Faubion, *The essential works of Foucault, 1954-1984. Vol. 3, Power.* New York: Penguin, 2000, p. 901.

облик лечења, мењајући праксу посматрања, а заједно са њом и природу пацијента. „Клиника је добила нову структуру у којој појединац није толико болесна особа колико бескрајно поновљива патолошка чињеница која се може наћи код свих пацијената који пате на сличан начин.”²⁷ Према томе, пацијент је постао споредан. Моћ је додељена *клиничком њојлегу* и лекару, размештајући заувек лечење из пацијентовог кућног кревета.

3. ПОГЛЕД НА РЕНДГЕНСКУ ЦЕВ

Историјски период који Фуко покрива у „Рађању клинике” завршава се око 1830. године, у време када је медицина почела да зависи од различитих нових уређаја – од стетоскопа до трансфузије и анестетика. Међутим, главно откриће је уследило крајем 19. века: технологија рендгенских цеви била је први технички додатак подручју ока. Његова способност да дешифрира односе између површине и дубине и да транскрибује невидљиве телесне чињенице у визуелне приказе – изузетно је унапредила клинички *њојлед*.

Такав додатак обиму и садржају видљивог, који је донео изум флуороскопских слика, проширио је савезништво између речи (знање/моћ) и ствари (видљиво/сазнатљиво). Лекарски *њојлед* постао је објективнији, моћнији и независан од личног сведочења пацијента. Са напретком у радиологији, централна клиничка метода – медицински *њојлед* – претрпела је значајну промену. Наиме, клинички *њојлед* који продире у тело, како тврде Блејкли и Блајд (Alan Bleakley, John Bligh),²⁸ више није ништа друго до моћна метафора. Прво снимање људског тела рендгенском цеву одмах је допунило ранији клинички *њојлед* – који се сада доживљава као непрецизан и нејасан. Откривањем рендгенских зрака, продорност *њојледа* је редефинисана.

Природа *њојледа* се променила. Фукоове поставке у „Рађању клинике”, посебно у вези са централним односом нашег истраживања, већ су донекле биле оспорене увођењем рендгенске слике. Слика је усавршила *њојлед*, појачавајући тиме улогу лекара. Метода директног радиолошког прегледа пацијента водила је ка промени у клиничкој пракси. Лекари су почели да се ослањају на слику високе резолуције људског тела, а не на клинички преглед. Они би свој поступак поверили првенствено *њојлегу* рендгенске цеви и њиме ненамерно прекинули њихов претходно неоспорени мандат да суде о лечењу пацијената.

Стога је рендгенска епизода у историји *њојледа* имала амбивалентне ефекте. Иако то није променило положај пацијента, који је остао предмет сада *удвосмисленог* *њојледа*, положај лекара је промењен. С једне стране,

²⁷ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003, p. 97.

²⁸ Alan Bleakley, John Bligh, *Who can resist Foucault?* The Journal of Medicine and Philosophy, 2009, XXXIV(4), p. 380.

све прецизнији продор кроз густа ткива пружио је лекару врховни ауторитет. Такве вештине тумачења биле су виталне за читљивост слике: слика је *јроїоворила* преко лекара; знање је долазило преко лекара. Другим речима, клинички *йоїлед* употпуњен је техничким производом интелигентне машине, који је додао више објективности већ успостављеном објективном запажању лекара. С друге стране, лекар је престао да буде једини који може да створи **језик о болести**: слике су такође говориле саме за себе. Дакле, не само да су лекари постали зависни од онога што су слике *јовориле* већ су постепеним побољшањем квалитета слике започеле свој властити живот.

Француски хирург Марк-Антоан Пети (Marc-Antoine Petit) је славно изјавио да „науку, колико је то могуће, мора учинити окуларном”.²⁹ Та парадигма медицинске оптике била је на одговарајући начин изражена у клиничком правилу „читај мало, види мало и чини много”, које делује као архетип модерне медицине. Међутим, у међувремену се природа самог ока променила: стављање пацијента у заграде омогућило је простор новом језику слике, новом апаратусу *йоїледа*.

4. ПОГЛЕД НА САВРЕМЕНУ ВИСОКОТЕХНОЛОШКУ КЛИНИКУ

Видели смо да је мрежа *чворова* клиничког *йоїледа*, клинике и нозологије трансформисала природу болести, здравља и односа лекар–пацијент. Слика Сер Лука Филдса приказује тиху комуникацију између неосећајног предмета на ивици смрти и самопоузданог лекара који је пуким *йоїледом* знао да ће пацијент дочекати зору. Није то била искључиво прича о брижном лекару и његовом односу са болесним дететом. Филдсова слика „је много више- опис новог друштвеног живота медицине, још од времена (1891) његове прве изложбе”.³⁰ Чини се да данашња медицина крије исту идеју, само донекле хуманизовану. „Здравље представља значајну друштвену имовину за све чланове друштва, јер помаже у постизању самоодређених животних циљева и зато што повећава продуктивност свих способних и активних појединаца.”³¹ Здравље је главна брига јавности, а лекар главни извршитељ у производњи *здравої узорної човека*. Међутим, да ли је то тако? Да ли је улога лекара и даље иста као некада када је клиничким *йоїледом* освајао друштвену моћ?

Поново се консултујемо са Фукоом, који је и сам ревидирао нека своја сазнања која објашњавају улогу медицине у његово време. Постоје три кључне идеје које желимо да истакнемо из његовог предавања одржаног на

²⁹ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003, p. 70.

³⁰ John Harley Warner, *The Doctor in Early Cold War America*, *The Lancet*, 2013, CCCLXXXI (9876), p. 1452.

³¹ Dirk Lanzerath, *Health and disease as normative concepts*, *Bioethica Forum*, 2012, V(2), p. 60.

Универзитету у Рио де Жанеиру 1974. године. Прво, свет је након Другог светског рата конституисао ново право, које је Фуко идентификовао као сложено право на здравље. Појединац је сада имао право „да болује како жели и колико је потребно”³².

Такво право могло је бити могуће само у држави која се бави својим поданицима. Друго, здравље се после Другог светског рата трансформисало „у предмет државне бриге, не у корист државе, већ у корист појединца”³³. Терет здравља био је прерасподељен: више га нису носили само појединци, већ и државне структуре,³⁴ које су требале да уложе свој политички утицај и имовину како би помогли и подржали своје поданике. Трећа тачка односи се на здравље на пољу макроекономије. Послератно право захтевало је да здравствено осигурање постане трошак државе. Као једна од значајних државних инвестиција, први пут у историји – постаје терен за разна политичка такмичења и преговоре.

Фуко је био заинтересован за ова збивања пре свега како би показао да од „Рађања клинике” надале није постојала „несоцијална медицина, клиничка индивидуализација медицине, или медицина сингуларне везе”³⁵. Ако је било сумње у дубоко социјалну природу медицине, средина 20. века је јасно открила њен мултилатерални карактер који превазилази однос између две особе, брижног лекара и болесног пацијента.

„Све што осигурава здравље појединца; било да је то пречишћавање воде, услови становања или урбани начин живота, данас је поље за медицинску интервенцију која више није повезана искључиво са болестима. Ауторитарна интервенција медицине у све ширем пољу појединачног или колективног постојања је суштинска чињеница. Данас је медицина обдарена ауторитарном снагом са нормализујућим функцијама које превазилазе постојање болести и жеље пацијента.”³⁶

Ова тврдња је у потпуности у складу са главним аргументом „Рађања клинике”. Такође, тврдимо да је аргумент применљив на наше доба, што Фуко чини релевантним за разумевање сложене друштвене природе савремене медицине. Међутим, постоји дубока промена коју Фуко није предвидео. Ова промена је у великој мери повезана са државом, која је у оно време дефинисана као држава благостања. Трансформација државе, на коју се Фуко пророчки осврће, разрађена је у предавањима на Колеџ де Франс 1978–79. као неолиберализам.

³² Michel Foucault, *The crisis of medicine or the crisis of antimedicine?* Foucault Studies, 2004, I, p. 5.

³³ *Ibid.*

³⁴ Deborah Lupton, *Developing the “whole me”: Citizenship, neo-liberalism and the contemporary health and physical education curriculum*, Critical Public Health, 1999, IX(4), p. 287.

³⁵ Michel Foucault, *The crisis of medicine or the crisis of antimedicine?* Foucault Studies, 2004, I, p. 5.

³⁶ *Ibid.*

Будући да се пре свега бавимо концептом *йоїледа* и односа лекар–пацијент, нећемо расправљати о теоријским, економским и политичким ставовима неолиберализма. Користићемо радну, а не идеолошку, дефиницију појма, како би означили облик управљања који фаворизује драстичне мере и праксе понашања на слободном тржишту и приватним предузећима у области јавног здравља. Такође, као неолиберални желимо да означимо тип управљања који сматра да је његов извор економске ефикасности смањење трошкова јавне здравствене заштите, образовања и социјалне заштите.

Ушли смо, дакле, у глобалну социјалну, политичку и економску арену и отворили „стару полемику око односа између социјалне правде и тржишне ефикасности”.³⁷ Основна начела неолиберализма утицала су на развој ауторитарне моћи медицине у времену након Фукоа. Фукоовска равнотежа моћи и знања је у овом случају нарушена. Тврдимо да се тачка у којој се Фуко показује мање релевантним за нас односи управо на стварност односа лекар–пацијент, с обзиром на то да је неолиберална друштвена стварност медицине извршила одређене „промене у условима рада и моћи лекара”.³⁸ У ограниченом квалитативном истраживању на узорку од 20 лекара различитих специјализација које је спровела Дебора Луптон (Deborah Lupton) „већина лекара са којима је обављен разговор, а нарочито лекари опште праксе, изнели су мишљење да је статус медицинске професије деградиран последњих година”.³⁹ Овде можемо преформулисати Фукоа и претпоставити да данас лекарска пракса све више функционише „по узору на принципе тржишне економије”.⁴⁰

Медицина је акумулирала финансијско богатство и високу потенцијалну економску и тржишну вредност. Два примарна извора таквог богатства потичу из фармацеутске индустрије и производње медицинске технологије. Обе индустрије су засноване на идеји да спасавају животе, ублаже патњу и обезбеде лекове и већу прецизност лекара у дијагностици; сада обе генеришу огроман профит искључиво због профита.

Зарада јавног здравственог система природно је преобликовала ауторитарност медицине у тржишно оријентисаним и економски развијеним друштвима. Да бисмо показали како је измењен однос између лекара и пацијента, у закључку ћемо истражити само две теме: утицај технологије и *усион њацијенџа*. Спајање клиничког *йоїледа* са визуелном технологијом није новина и још увек памтимо како је рана радиологија надограђивала око склоно грешкама. Као последица таквог технолошког напретка, медицина је достигла виши ниво прецизности и ефикасности. Оно што медицина пружа

³⁷ Jürgen Habermas, *The postnational constellation: Political essays*, John Wiley & Sons, 2018, p. 92.

³⁸ Deborah Lupton, *Doctors on the medical profession*, *Sociology of Health & Illness*, 1997, XIX(4), p. 481.

³⁹ *Ibid.*, p. 483.

⁴⁰ Michel Foucault, *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978–1979*. Palgrave Macmillan, 2008, p. 131.

жа је алгоритамско резонување које служи да смањи фактор људске грешке, и потенцијално спаси животе. Чини се природним морално оправдање снажног технолошког присуства у пракси. Међутим, технолошка трка коју су покренули скенери магнетне резонанце и произвођачи спиралних компјутеризованих томограма у ствари обезвређују клинички преглед који је био основа клиничког *йоїледа*.

Лекар – заговорник клиничког *йоїледа* обдареног *ауторитарном моћи* – стајао је у средишту констелације која се састоји од клиничког *йоїледа*, клинике и нозологије. Без сумње, ново право на здравствену заштиту довело је до специфичног оснаживања пацијента. „Појединци одговорни за сопствене поступке и здравље – постају кључна тема када је у питању неолиберална власт.”⁴¹ Истовремено, брига државе за добробит својих поданика пружала је ресурсе за уравнотежену расподелу овог права. Прерасподела трошкова који се тичу здравља нације увела је мноштво нових играча који су били укључени у ширење *ауторитарне моћи* медицине, али не и лекара. Најмање три динамична елемента су преобликовала ауторитарност медицине: континуирано повлачење државе из улагања у социјалну заштиту, раст медицинске технологије и одговорност појединаца, који, у зависности од њихове способности да обезбеде своју здравствену исправност, имају све више права „да буду болесни по жељи и по потреби”.⁴²

Медицинско знање ће добити на извесности кроз број испитаних случајева. У том смислу, инструменти се такмиче са лекарима у њиховој способности да скенирају мноштво појединачних чињеница и интегришу појединачне варијације. За разлику од људи, уређаји су направљени тако да пружају тренутну прецизност и ефикасност. Њихова главна карактеристика – да се омогући најмања могућа грешка – непрекидно се побољшава. Стога се чини да научни напредак у медицини све више зависи од инструментализације, а лекар губи загарантовану аутономију са почетка модерне медицине.

Међутим, питање које технолошки развој не може решити односи се на његову хуману примену. Последица драматичног скраћења дијагностичког процеса су замагљене, поремећене и умањене етичке обавезе лекара. У Фукоово време подручје за медицинску интервенцију, које више није било нужно повезано са болестима, почело је брзо да се шири.

Неколико деценија касније, олакшано информационом индустријом, здравље постаје предмет потрошача, откупљиво право да се буде и остане здрав. Предухитрена је не само болест већ и старење. У оваквој констелацији лекари добијају положај посредника између здравствених корпорација и пацијената као крајњих клијената. Информациона револуција омогућава људима приступ софистицираним и различитим изворима савета и инфор-

⁴¹ Christopher Mayes, *The biopolitics of lifestyle: Foucault, ethics and healthy choices*. Routledge, 2015, p. 109.

⁴² Michel Foucault, *The crisis of medicine or the crisis of antimedicine?* Foucault Studies, 2004, I, p. 6.

мација, а они самостално доносе одлуке без консултовања са *сйручњаком*. Али ипак „је тешко заузети став идеал типског потрошача, јасно размишљати и прецизно израчунати трошкове и приходе уколико је неко у болу, патњи или има болест која је праћена емоцијама страха и анксиозности”⁴³

Ова социјална трансформација, непредвиђена Фукоовом анализом, оснажила је пацијента. Увела је неколико међузависних фактора у сложenu друштвену интеракцију оптерећену медицином: лажно поверење у медицинско знање, прекомерно ослањање на излазе уређаја и фокус на парадигме сопственог интереса. „Долази до разлика између научне медицине и појединачног пацијента, чије здравствене *идиосинкразије* могу да буду далеко изван клиничке перцепције.”⁴⁴ Дакле, пацијент може постати генератор лоше медицинске праксе и релевантан фактор у медицинској економији. *Одбрамбена медицина* заузврат даје клиници економску моћ и додатне разлоге за заштиту својих комерцијалних интереса.

Савремена *ауторитарна моћ* медицине обухвата нову равнотежу у друштвеној природи. Ако је икада постојала „несоцијална медицина, клиничка индивидуализација, медицина сингуларне везе”⁴⁵, данас то сигурно није случај. Клиника, опремљена софистицираним, високотехнолошким уређајима, постаје логистички супериорна институција, дизајнирана за корпоративно управљање, са профитабилним карактером. У таквим поставкама, лекарски аранжман је нејасно дефинисан финансијским захтевима управе клинике, специфичним захтевима пацијената и захтевима заједнице професионалних удружења. Из историјске перспективе коју је разрадио Фуко, положај лекара је доживео најрадикалнију промену. Ауторитет и улога клиничара у управљању људским животима нису у потпуности испарили, али лекар је данас далеко мање моћан од Фукоовог заговорника *погледа* са почетка модерне медицине.

5. ЗАКЉУЧАК

Наша позиција се не разликује радикално од Фукоовог каснијег дела „Историја сексуалности”. Фуко тврди да се вишеструки односи мреже моћи формирају у институцијама савремене клинике. Моћ је својствени квалитет друштвених односа, а то су динамични односи мобилности и неједнакости. Тако дефинисане, институције су производ односа моћи, а не обрнуто.

Осврнимо се последњи пут на Филдесову слику *Доктор* и алегорију која из ње проистиче. Очајни и уплашени родитељ сместио се у мрачни угао

⁴³ Deborah Lupton, *Consumerism, reflexivity and the medical encounter*, Social science & medicine, 1997, XLV(3), p. 373.

⁴⁴ Jeffrey P. Bishop, *Beyond health care accountability: The gift of medicine*, The Journal of medicine and philosophy 2004, XXIX(1), p. 120.

⁴⁵ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003, p. 8.

лоше намештене собе, очекујући мишљење поштоване и доминантне особе – доктора. Међутим, реплика Филдесове сцене данас би могла изгледати нешто другачије. Иако је тешко претпоставити ко или шта би могао да заузме централно место на платну, тврдимо да та особа више не би била лекар. Данашњи лекар би крхко седео у мрачном углу слике.

Захвалница. Овај рад је први пут представио Александар Ј. Ристић на сесији „Моћ медицинског *йоїледа*”, на конференцији *Анијажовање Фукоа*, коју је организовао Институт за филозофију и друштвену теорију у Београду, децембра 2014. У развијању свог почетног концепта, аутори су имали привилегију да се консултују са значајним представницима из њихових дисциплина. Захвалност дугујемо Владимиру С. Костићу и Предрагу Крстићу за њихове коментаре на раније верзије овог рада. Посебно желимо да се захвалимо Ахсану Мооси Надувилу Валапилу на посвећеном времену и конструктивним коментарима.

Овај рад подржавају пројекат број 175087 Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије и GAJU (Грант агенција Универзитета Јужне Чешке), Република Чешка, у оквиру пројекта: „Humanitné vědní přístupy v transdisciplinární strukturi současné vědy” Projekt no.138/2019/H.

ЛИТЕРАТУРА

- Alan Bleakley, John Bligh, *Who can resist Foucault?*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2009, XXXIV(4), pp. 368–383.
- Christopher Mayes, *The biopolitics of lifestyle: Foucault, ethics and healthy choices*. Routledge, 2015.
- Deborah Lupton, *Consumerism, reflexivity and the medical encounter*, *Social science & medicine*, 1997, XLV(3), pp. 373–381.
- Deborah Lupton, *Developing the “whole me”: Citizenship, neo-liberalism and the contemporary health and physical education curriculum*, *Critical Public Health*, 1999, IX(4), pp. 287–300.
- Deborah Lupton, *Doctors on the medical profession*, *Sociology of Health & Illness*, 1997, XIX(4), pp. 480–497.
- Dirk Lanzerath, *Health and disease as normative concepts*, *Bioethica Forum*, 2012, V(2), pp. 59–66.
- Immanuel Kant, *Practical philosophy*. Cambridge University Press, 1999.
- Jane Moore, *What Sir Luke Fildes’ 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today*, *British Journal of General Practice*, 2008, LVIII(548), pp. 210–213.
- Jeffrey P. Bishop, *Beyond health care accountability: The gift of medicine*. *The Journal of medicine and philosophy* 2004, XXIX (1), pp. 119–133.
- John Harley Warner, *The Doctor in Early Cold War America*, *The Lancet*, 2013, CCC-LXXXI (9876), pp. 1452–1453.

- Jürgen Habermas, *The postnational constellation: Political essays*. John Wiley & Sons, 2018.
- Michel Foucault, *Nietzsche, Genealogy, History*. Foucault reader, 1984, ed. Paul Rabinow, pp. 76–120.
- Michel Foucault, *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978–1979*. Palgrave Macmillan, 2008.
- Michel Foucault, *The crisis of medicine or the crisis of antimedicine?* Foucault Studies, 2004, I, pp. 5–19.
- Michel Foucault, *The history of sexuality. Volume I: An introduction*. New York: Pantheon Books, 1978.
- Michel Foucault, James D. Faubion, *The essential works of Foucault, 1954–1984. Vol. 3, Power*. New York: Penguin, 2000.
- Michel Foucault, Mark Blasius, *About the beginning of the hermeneutics of the self: Two lectures at Dartmouth*, Political theory, 1993, XXI(2), pp. 198–227.
- Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 2003.
- Michel Foucault, *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977–78*. Springer, 2007.
- Nicholas D. Jewson, *The disappearance of the sick man from medical cosmology*, Sociology, 1976, X(2), pp. 225–244.

Aleksandar J. Ristić, Adriana Zaharijević, Nenad Miličić

FOUCAULT'S CONCEPT OF CLINICAL GAZE TODAY

S u m m a r y

The article examines the patient-doctor relationship, relying on Michel Foucault's concept of the clinical gaze. We argue that during the last decades, a profound transformation of the social nature of medicine took place, one that Foucault's understanding of the clinical gaze cannot adequately account for. First, the article offers an elaboration of the three-node network of clinical gaze, the clinic, and nosology to explain the positioning of the doctor and the patient within the specific social ontology generated by the rise of medicine. We then discuss intensive but irresolute developments brought by technological advancements, especially the X-ray tube. Finally, we argue that in the contemporary clinic, equipped with a plethora of sophisticated devices, the position of the doctor endured the most radical transformation in comparison with Foucault's proponent of the clinical gaze at the dawn of modern medicine.

