

Horváth Márk és Lovász Ádám

Az emberi állapot medikalizációja: Biopolitika COVID-19 előtt és alatt

Absztrakt: Tanulmányunkban a medikalizáció jelenségét vesszük szemügyre, különös tekintettel a biopolitikára. Medikalizáció alatt mindazon tendenciák érthetőek, amelyek során az emberi állapottal összefüggő negatív jelenségek orvostudományi úton javítható problémákként konstruálódnak. Potenciálisan minden nemkívánatossá titulált jelenségre kiterjeszhető beállítottsággal van dolgunk a medikalizáció kapcsán. Mint Peter Conrad szociológus kiemeli, a medikalizáció többet jelent pusztán az orvosi szakma hatalmának a növekedésénél. Általános szemléletmódot jelöl, amely orvosokra és betegekre egyaránt jellemző, és valamennyi egyéni és társadalmi problémát patológiaként kategorizál. Michel Foucault munkásságával, kiváltképpen a biopolitika fogalmán keresztül olvassuk a medikalizáció jelenségét. Foucault már életművének korai szakaszában regisztrálja az „orvosi tekintet” megjelenését az európai modernitásban, amely minden jelenséget a kóros vs. egészséges bináris értékpárnak rendel alá. Napjainkban ennek nyomán beszélhetünk „felügyeleti orvoslásról” (*surveillance medicine*) is. Az explicit formában megjelenő betegségek és rendellenességek helyett immáron a betegségre való potenciális hajlam is feltárható az orvosi tekintet számára. A jelenben fennálló patológia mellett a jövő patológiáinak a megelőzése válik hangsúlyossá. A COVID-19 pandémiára adott biopolitikai válaszokat a politika medikalizációjaként elemezzük tanulmányunk végén.

Kulcsszavak: biohatalom, biopolitika, Michel Foucault, medikalizáció, megfigyelés

Bevezető

Michel Foucault munkássága bővelkedik orvostörténeti példákkal. Az orvosi kategorizálás története *La Naissance de la clinique*-től (*A klinika születése*, 1963) című művétől kezdődően felkeltette Foucault érdeklődését. Az első modern kórházak létrejöttével egy „klinikai tekintet” is megjelenik, amely az emberi test jelenségeit *egészséges vagy beteg* bináris kategóriákba sorolja. Míg betegségek és szindrómák a történelem során mindig is léteztek, a 18. század végétől a test egyéni és kollektív (demográfiai) szinten egyre figyelmesebb „orvosi felügyelet” (*medical surveillance*) tárgyává válik. Az 1970-es évektől kezdve Foucault munkásságával párhuzamosan, elsősorban az Egyesült Államokban dolgozó szociológusok egy csoportja dolgozta ki a „medikalizációs tézist”. Az irányzat legbefolyásosabb képviselője, Peter Conrad, definíciója szerint a medikalizáció azt jelölné, ahogyan a modernitás során az emberi állapot negatív, nemkívánatos aspektusait egyre inkább tünetekként, szindrómákként és betegségeként határozzák meg orvosok és betegek. A medikalizáció nemcsak az „orvosi imperializmust” írja le, hanem az orvosi hatalom decentralizált formáját, sok különálló, de egymást keresztező lokusszal, amennyiben a modern szubjektivitás mindig eleve medikalizált és önmedikalizáló szubjektivitásként lép föl. A társadalmi problémák ezáltal egyénre szabott, terápiás kérdésekké alakulnak át. A medikalizáció az emberi problémák depolitizálását jelölné a medikalizációs tézis hívei szerint. Részt veszünk saját egészségügyi felügyeletünkben, önként alávetve magunkat vizsgálatoknak, diagnózisoknak, megelőző eljárásoknak és közhigiéniái szabályozásnak. A foucault-i „Panoptikum” a testi folyamataikat ömegfigyeléssel végigkísérő alanyok formájában éri el az átható jelleget. Cikkünkben azt kívánjuk megragadni a COVID-19 pandémiára adott biopolitikai intézkedések kritikai vizsgálata által, hogy Foucault munkássága miként járulhat hozzá termékenyen a medikalizáció fogalmának az elmélyítéséhez. Enyhülés helyett napjainkban a medikalizáció még inkább felgyorsult. Az egészség mint metaérték olyan sürgető érzést közvetít, amelyet más regiszterek mintha nem lennének képesek. Biopolitikai és „egészségközpontú” biopolitikai kormányzásformák gyakorolnak hegemoniát társadalmunk fölött.

A medikális imperializmustól az internalizált biopolitikáig

Peter Conrad szociológus nyomán „medikalizáció” alatt azt a társadalmi folyamatot értjük, amelynek során kifejezetten terapeutikus, orvostudományi kérdéssé válik az emberi állapot (Conrad 2007). Hangsúlyozandó, hogy a medikalizáció jellemzően társadalmi konstrukció eredménye, azaz intézményi jellegű keretetések sorozatának terméke. Ezen körülményből egyáltalán nem következik a jelenség létező voltának az ontológiai érvényű tagadása. Léteznek kórokozók, kóros jelenségek, kellemetlen vagy akár életveszélyes testi állapotok. Amióta kifejlődött, az emberi test betegségekre és szindrómákra hajlamos. A medikalizáció egyfelől a betegségek episztemológiai kritériumainak történetiségére való rákérdésezést jelent. Másfelől azonban a megközelítés kritikai éle abban nyilvánul meg igazán, ahogyan a medikalizációt *mint túlmedikalizációt* (is) tematizálja. Legmélyebb

szinten az a kérdés, hogy valóban képes-e az orvostudomány az élet minden kérdésének a megválaszolására.

Noha említhetőek olyan példák (homoszexualitás, maszturbáció), amelyek sikeresen demedikalizálódtak, kikerülve az orvostudományi gondoskodás köréből, összességében mégis egyre csak bővül a medikalizációnak alávetett emberi jelenségek köre, semmint hogy csökkenne (Conrad 2013: 197). Potenciálisan még olyan, eddig normálisnak vélt emberi sajátosságok is patologizálhatók válhatnak, mint az öregedés vagy a halál.¹ Jennifer Harding szerint az 1990-es évekre már olyan mértékűvé vált a medikalizáció, hogy lehetetlen izolálni a medikalizálatlan elemeket a medikalizáltaktól, vagyis átfogó igényű világ- és társadalomkonstrukciós móddal van dolgunk (Harding 1997: 147). Ha nem is ígéri a nemkívánatos tényezők teljes kiiktatását, a főáramú orvostudomány a végzet elodázhatóságát igenis normatív alapértékként kezeli. Sőt, a szekularizált és kvantifikált „élettartam” növelésének imperatívuszát még az úgynevezett „alternatív” orvoslási technikák sem kérdőjelezik meg, leggyakrabban csupán eszközeikben és nem általános szemléletükben „modernitásellenesek”. Manapság az orvostudományok képviselőihez vagy életmód-tanácsadókhöz fordulunk segítségért, ezektől a területektől várjuk a hasznosítható válaszokat életünk kérdéseire.

Az orvostudomány vélt túlhatalmát illető első társadalomtudományi kritikák az 1970-es években fogalmazódtak meg. Ezen kritikai elméletek elsősorban libertariánus és anarchista szellemben fogantak, és az állam, illetve az orvostudomány hatásköreinek a bővülésére hívták fel a figyelmet (Zola 1972; Conrad 1975; Illich 1976). Ezekben a medikalizáció mint az orvosi szakma imperializmusa, valamint a társadalomra felülről, a szakértői osztály és az állam részéről erőltetett hatalmi kontrollmechanizmus jelenik meg. Kiemelendő ebben a vonatkozásban Thomas Szasz (1977), aki a legszisztematikusabb módon vette bíráló alá az úgynevezett „terapeutikus államot” és annak intézményeit. Hamar kiderült azonban, hogy egyedül a terapeutikus államra fókuszálni nem elégséges. Többről van szó, mint az orvostudomány határai fölött zajló küzdelemről, jóllehet az is részét képezi a medikalizáció tágabb témájának. Akkor működhet technokrácia a lehető leggördülékenyebben, amennyiben a lakosság önkéntes módon igényli a végtelen kezelést, saját életét pedig időben meghosszabítandónak tekinti a halálfélelem által motiválva. A lakosság maga is igényli, sőt, aktívan követeli az emberi jelenségek és problémák orvosi kezelhetőségét.² Nemcsak eszköz az orvosi hatalom az állam kezében, s nem csupán az orvosi szakma önérdékvényesítéséről beszélünk, amikor a medikalizáció jelenségét tematizáljuk: átfogó, internalizált, mondhatni civilizatorikus léptékű episztémével van dolgunk.

Amennyiben szenvedünk egy betegségtől, érthető módon enyhületet kívánunk, a későmodernitásban pedig az orvostudomány tekinthető azon intézménynek, amely funkcionális okoknál fogva elsősorban felelős a szenvedés csökkentéséért. Önmagában ez

1 Ebben a vonatkozásban kiemelendő a transzhumanista mozgalom, amely explicit módon tematizálja potenciálisan meghaladható patológiaként a halandóságot. Magyar nyelvű válogatásért lásd Hrynkow (2022) kötetét.

2 A szakirodalomban ilyen példák – a teljesség igénye nélkül – a háborús veteránok érdekképviseleti mozgalmának a PTSD (poszttraumás stressz-szindróma), a melegjogi mozgalmaknak az AIDS, és a nőjogi mozgalmaknak a PMS (premenstruációs szindróma) intézményi elfogadásában, medikalizációjában (Scott 1990; Rittenhouse 1991; Kayal 1993).

legitim törekvés. A medikalizációs tézis hívei szerint össztársadalmi léptékűvé vált az emberi állapot orvosi integrációja. David Armstrong nyomán a medikalizált modernitás „egy olyan világ, amelyben minden normális és ugyanakkor bizonytalanul abnormális” (Armstrong 1995: 400). Ott vetődik fel a *túlmedikalizáció* gyanúja leginkább, ahol a kategorizációk beláthatatlanul tágga és ingataggá válnak. Említhetjük például az ADHD (figyelemzavar) példáját. Egyetlen definícióbeli módosítás a DSM-III kézikönyvben 1987-ben lehetővé tette azt, hogy a gyerekek 50%-át potenciálisan „figyelemzavarosként” lehessen kategorizálni, exponenciálisan növelve a gyógyszeres kezelésbe bevonhatók létszámát (Conrad 2007: 51). Valóban sokszorosára emelkedett volna az ADHD-ban szenvedők létszáma 1987-ben? Ennek valószínűsége meglehetősen csekély.

A terapeutikus államon kívül a későmodernítésben a medikalizációnak számos egyéb hajtómotorja is létezik. A felnőttkori ADHD-t tematizáló érdekképviseleti szervezetek legfőbb finanszírozói között gyógyszergyártók találhatók (Conrad 2005: 9). Ezzel felvetődik a medikalizáció fokalizációs pontjainak az elmozdulása és sokszorozódása. Betegek kezdik követelni saját élethelyzeteik orvoslását. Továbbra is növekvő tendenciát jelöl a medikalizáció, ám Conrad tézise szerint immáron többfajta szereplő dolgozik a medikalizáció terjesztésén, és ez az 1970-es évekhez képest jóval kevésbé államközpontú folyamatként értendő. Manapság a medikalizációt nemcsak a bürokratizált, centralizált terapeutikus állam számlájára írhatjuk, de még csak nem is kizárólag az orvostudomány képviselői képezik elsődleges hajtómotorját, jóllehet utóbbiak is a releváns orvosi tudás elsőszámú „kapuőrei”. Felértékelődött, kiváltképpen az 1980-as és 1990-es évek óta a magánszektor szerepe. A gyógyszergyártók és az egészségbiztosítók is érdekeltek valamennyi emberi probléma medikális fogalmakra való lefordításában, üzleti modelljeik alapját képezi a biomedikális szemlélet népszerűsítése.³

Noha igencsak régóta képezi a gyógyszeripar tárgyát a női reprodukzív egészség, ami napjaiban a női testek objektivációját tematizáló feminizmus bizonyos tudománysszeptikus vonulatainak célkeresztjében áll (Grigg-Spall 2013), a Viagra 1998-as engedélyezése következtében az időződő férfitest is patologizálás tárgyává vált. Minden nemre kiterjed tehát az emberi jelenség medikalizációjának igénye. A szexuális teljesítményfokozó szerek elérkezével feltáru a szörnyű igazság: az amerikai férfiak fele „szuboptimális”, tehát potencianövelésre szorul (Conrad 2007: 41)! Mihelyst biogenikus, és nem pszichológiai eredetű problémaként tételezhető a szexuális „potenciazavar”, a Viagra „önmegerősítő destigmatizálóként” segít feltárni az eleve létezőként értékelt problémákat, megnyitva a terepet a nemi önoptimalizálás előtt (Conrad 2007: 44). A szuboptimalitás felvállalhatósága együtt jár a piacnöveléssel, ily módon pedig mindenki nyer, és senki sem veszít. Mielőtt ezen példát csupán a piac vagy a gyógyszeripar hipertrófiájaként értelmeznénk, érdemes figyelniük az ebből kirajzolódó mintázatra: a medikalizáció előfeltétele a korábban

3 Anélkül hogy el kívánánk vitatni a depresszióban szenvedők szubjektív tapasztalatainak az érvényességét, hasonló gyanúk – individualizáció, a társadalmi diszfunkciók depolitizálása, túlzott gyógyszercentrizmus – vetődnek föl a depresszió gyógyszeres kezelése kapcsán (Mulder 2008; Conrad és Slodden 2013; Bröer és Besseling 2017). A mentális betegségek definícióit mindig is óriási kételyek övezték. A biomedikális szemlélet alapján például a társadalmi normáktól való távolságban, valamint a biológiai hátrányban volna összegezhető a mentális zavar. Csak hogy – mint erre Tari Gergely Róbert felhívja a figyelmet – ezen objektívnak látszó fogalmak egyike sem értéksemleges (Tari 2015: 140).

fatalitásként elfogadott állapotok destigmatizációja, patologizálása, majd kezelhetőként való kommunikatív keretezése.

Jóval tágabb az életszabályozás ambíciója, mint a terapeutikus és/vagy jóléti állam kiterjedtsége, jóllehet a központosított egészségbiztosítási struktúrákból adódóan az állam, különösen Nyugat-Európa kontextusában, sohasincsén távol a biomedikális komplexumtól. Elvégre eldöntendő kérdés minden gyógyszer esetében, hogy milyen fokon vonható be az egészségbiztosítás körébe, ki mennyit fizessen és miért. Ezen ökonómiai megfontolások, miközben látszólag decentralizált intézményrendszerekhez kapcsolódnak, mint a piac, valójában folytatják azt a „teleokratikus sodródást” (*teleocratic drift*) vagy útfüggőséget, amelyet Michael Oakeshott filozófus már 1975-ben azonosított, sőt, a „terapeutikus állam” (*therapeutic state*) kifejezést is alkalmazta, konkrétan a jóléti állam (*nanny state*) vélelmezett túlnövekedésére utalva⁴

Az egészség, a biológiai „normalitás” minden szereplő által elfogadott, csaknem össz-társadalmi konszenzusnak örvendő metaértékké emelkedett, amelyből még az alternatív vagy „holisztikus” gyógymódok sem kínálnak menedéket. Beszélhetünk a New Age és hasonló irányzatok által informált „holisztikus” vagy „tradicionális” gyógymódok kapcsán, „demedikalizáció nélküli deprofesszionizálódásról” is (Conrad 2007: 12). A modern orvostudományon kívüli, azáltal el nem ismert eszközökkel törekednek azonos célra, tovább erősítve a medikalizálódást. Nincsen a szubjektivitásnak olyan vonzata, amely ne lenne patologizálható. A *normális és a kóros* distinkciója⁵ bármilyen jelenségre alkalmazható a megfelelő diagnosztikai szempontok fennállása mellett. Hangsúlyozandó, hogy amikor „medikalizációról” beszélünk, nem „túldiagnosztizálást” értünk alatta. Előbbi minőségi fogalom, amely azt a folyamatot vizsgálja, ahogyan a legalapvetőbb emberi jelenségek is kezelendő patológiákká válnak. Ezzel szemben a „túldiagnosztizálás” mennyiségi fogalom, amely a már medikalizált jelenségek körén belüli jelenségek adatolását övező vitákra vonatkozik (Hofmann 2016: 262). A medikalizáció azt problematizálja, ahogyan a modern társadalom valamennyi nemkívánatos jelensége, érzete, állapota medikális fogalmakként kerül lefordításra.

Michel Foucault és a medikalizáció

A továbbiakban szükséges bevonnunk vizsgálódásunkba az élet fölött gyakorolt hatalom (*biohatalom*), valamint az ahhoz kapcsolódó politikák (*biopolitika*) átfogó, ugyanakkor

4 „Teleokratikus sodródás” alatt a társadalomnak meghatározott célok teljesítésére való alárendelődését értjük. Oakeshott szerint míg a liberális társadalmak meghagyják az individuumnak az egyéni célok követését, és nem írnak elő közös célokat, addig a nemliberális társadalmak közös tervezeteket dolgoznak ki, amelyek teljesülése érdekében kollektív cselekvésre kényszerítik a lakosságot. Utóbbi veszély abban rejlik, hogy bizonytalanná válhatnak a prioritások, vagyis amennyiben a társadalom az éppen aktuális napirendre összpontosítja erőforrásait, addig más területek elhanyagolásra kerülhetnek. A teleokrácia így összességében kevésbé összetett társadalomszerkezethez vezet, mint a decentralizáltabb társadalmi alternatívák (Oakeshott 1975: 311). A terapeutikus állam rendeltetése „egy uniformizált normalitás biztosítása” (Oakeshott 1975: 310). Mint Jacob Segal kiemeli, a normális vs. kóros bináris kiemelése kapcsán Oakeshott közel kerül Foucault belátásaihoz, persze egészen más politikai és ideológiai háttérből (Segal 2003: 453).

5 Eme fogalompár első komoly igényű tudományfilozófiai vizsgálatát Georges Canguilhem végezte el, aki nem melleleg Michel Foucault doktori témavezetője (is) volt. Bővebben lásd Canguilhem (2004 [1966]).

annak egyszerre centralizált és decentralizált voltát tematizáló Michel Foucault munkásságát. Foucault segítségünkre lehet annak megértésében, hogy miként volt képes a medikalizáció mint modern metaérték „túlélni” a jóléti állam hegemoniáját, az orvosi szakma monopolhelyzetének viszonylagos háttérbeszorulását, valamint az orvoslás kommercializálódását és decentralizációját. A „biohatalom”, illetve a „biopolitika” fogalmak előnye, hogy lehetővé teszik a medikalizált hatalom átható jellegének az elemzését, illetve ezen szemlélet hatásainak a végigkövetését a társadalom egészében.

Conrad a 2013-as visszatekintő tanulmányában arra jut, hogy a korai huszonegyedik századra nagymértékben pluralizálódott és tovább ökonomizálódott a medikalizáció folyamata. Nézete szerint az államközpontúságtól való, akár „neoliberalisnak” nevezhető⁶ elmozdulás nem jelent azonban egyet a medikalizáció intenzitásának az alábbhagyásával. Sőt, ennek éppenséggel az ellenkezőjére engednek következtetni az olyan új orvostudományi eljárás módok, mint a „preventív gyógyászat”. Mint leszögezi, „nincsenek igazán szervezett ellenerők, amelyek ténylegesen korlátoznák a medikalizációt”, továbbá nagyon ritkák a sikeres demedikalizációk (Conrad 2013: 209). Az emberi élet problémáit továbbra is elsősorban orvosi vagy egészségügyi jelenségekként, kóros, tehát kezelendő és kezelhető állapotoknak tekintjük, az orvostudomány globalizációja folytán pedig immáron nemcsak a nyugati kultúrkörön belül érvényes ezen tendencia. Jöllehet rengeteg földrajzi egyenletlenség bonyolítja a képletet, ténylegesen globális léptékűvé vált a medikalizáció.

Mint Robert A. Nye (2003: 118) kiemeli, a medikalizáció távolról sem egyoldalú, felülről lefelé irányuló folyamat. Foucault nyomán kijelenthető, hogy a kormányzás mint olyan „immanens a népességben mint olyanban”, azaz minden szereplő és tényező bevonódik a „társadalmi test” kollektív egészségének a védelmébe. Nye ugyan elismeri, hogy a kockázati tényezők mintegy individualizálódnak a „neoliberalizmus”⁷ alatt, ez viszont nem jelenti a medikalizáció hatókörének a csökkenését. Önmagunkról kell gondoskodnunk, az egyén felelőssége az egészségmegőrzés, valamint a szüntelen önoptimalizálás. Miközben az egyénre hárul az egészségvédelem, a kóros állapotok elleni hadviselés felelőssége, ez mégsem mond ellent „az egyéni jogoknak a kollektív kötelezettségek” általi fokozódó felülbírálatának (Nye 2003: 123). Sőt, a megelőzésre és a kockázatkezelésre fektetett, viszonylag újkeletű hangsúly az ezredfordulón „jelentős mértékben kitágítja a beavatkozás körét” (Nye 2003: 120). A kormányzás mint a kockázatok meliorizációja tovább fokozza a test bevonását a medikalizáció büvkörébe. Joseph E. Davis (2010) szerint a medikalizációra leginkább hajlamos jelenségek négy fő csoportja oszthatóak: 1) a

6 Bár óvakodunk a magunk részéről ezen fogalom alkalmazásától; túlságosan gyakori, szinte semmitmondó fogalomhasználatá vált, aminek a magyarázóereje nem minden esetben helytálló. Ezen a téren inkább osztjuk Seb Sander nézetét, aki szerint már inkább autoriter fázisban jár a társadalom medikalizációja, a „neoliberalizmus” pedig ehhez többé nem adekvát kifejezés, lényegében irrelevánssá vált a „liberális” elem (Sander 2022).

7 Ezen jelzőt azért sem kedveljük, mert rendkívüli szemantikai bizonytalanság jellemzi, gyakran pusztán ideológiai motiváltságú bélyegként funkcionál (ami neoliberalis, az nemkívánatos, rossz, elitélendő). Így a magunk részéről csupán provizórikus módon alkalmazzuk, igazodva a társadalomtudományok egy szegmensében való elterjedtségéhez. Nem tartjuk összességében a technokráciaként jellemezhető jelen leírására alkalmas fogalomnak, akkor sem, ha önmagára rendszerint „liberális demokráciaként” hivatkoznak a főáramú nyugati társadalmi diskurzusok. A neoliberalis gondolkodók körében kiemelkedő jelentőséggel bírt a társadalommérnöki technokrácia és szcientizmus kritikája, miként erről tanúskodik a neoliberalizmus egyik alapító atyjának, F. A. Hayeknek (1952) a munkássága. Megkülönböztetendő a „létező neoliberalizmus” rendszere a neoliberalis társadalomelméletektől.

deviáns viselkedésmódok; 2) a természetes ám negatívként átélt életesemények, mint az öregedés vagy a halál; 3) a hétköznapi életproblémák; 4) a képességek fokozhatósága. Jól érzékelhető már ezen felsorolás alapján is, hogy szinte végtelen kiterjedtségre tehet szert az emberi anomáliák, anómiák és problémák orvosi kategorizálása. Nincsen világos határ a normális és a kóros között.

Még a szenvedés legenyhébb formái sem ellenállóképesek a patológiával szemben. Természetesen azt a medikalizáció kutatói sem tagadják, hogy tényleges betegségek és kóros állapotok léteznének. Inkább annak a ténylegesen modernkori civilizatorikus tendenciának a kritikájára vállalkoznak ezen paradigma képviselői, amely minden fontos emberi jelenséget orvosi kategóriákba rendez. Potenciálisan bármi patológiázható, és egyáltalán nem magától értetődő, hogy „a medikális normáknak társadalmi normákká” való modern átlényegülése természetes, vagy éppenséggel „egészséges”, bioetikai szempontból kívánatos fejlemény volna (Conrad 2013: 207). Sőt, a medikalizációs tézis képviselőinek a válasza többnyire *inkább nemleges*. A közhigiénia fejlődése például a progresszív világkép igazolásává vált, mintegy retrospektív módon. Eszerint az amerikai *civic religion* fejlődésének, az individualizmus kamaszkorából történő, a kommunitarista felnőttkor irányába való növekedés, valamint az osztársadalmi felvilágosodás állomása lenne a „közegészségügy” feltalálása és implementálása.⁸ A közegészség „ellenőrzési területté vált”, célja pedig az elképzelt „közjó” előmozdítása (Rudisch és Tóth 2019: 26).

A népességi szintű kontrollstruktúrák, majd önellenőrzési technikák megjelenése a 18. századtól kezdődően jelentős társadalmevolúciós fejlemény. Nye nézetében társadalomtörténeti értelemben helytálló az, ahogyan Foucault rekonstruálja előadásaiban és kötetekben a népességpolitika megjelenését az abszolutista államban a 18. században (Nye 2003: 122). Jelen kontextusban a célunk elsősorban fogalomtörténeti jellegű, a biohatalom és a biopolitika fogalmának a medikalizációval történő egybeolvasására vállalkozunk tehát.

Az 1976 március 17-i előadásában Michel Foucault a hatalmi mechanizmusok történetében egy nagyon fontos elmozdulást vél észlelni. Tézise szerint a 19. században „intézményszerű a hatalomnak az élet fölötti befolyásának az intézménye” (Foucault 2003 [1997]: 239). Számunkra jelen kontextusban nem a pontos társadalomtörténeti rekonstrukció az érdekes, jóllehet mint láthattuk, a hozzáértő társadalomtörténészek helytállóan vélik, hanem sokkal inkább annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy alkalmazható-e a foucault-i biohatalom koncepciója arra a folyamatra, amelyet „medikalizációnak” nevezünk. Ennek érdekében szükséges rekonstruálnunk az eredeti foucault-i fogalmat. A biohatalom elsősorban – persze messze nem kizárólagosan – az ember mint élőlény fölötti uralmat jelenti. Szemben a szuverenitás tradicionális fogalmával, amelyet Foucault a halálbüntetés kiszabásához való joggal kapcsol össze, a biohatalom „az életre »kényszerítés« és meghalni »engedés«” formulájával összegeezhető (Foucault 2003 [1997]: 241). Ez merőben

⁸ George Rosen történész 1958-ban publikált klasszikus kötetében minden fertőző betegség egyszer és mindenkorra történő legyőzését vetítette elő a 20. század végéig az állam jótékony hatásainak köszönhetően. A modernitással kapcsolatos társadalomtörténeti szakirodalomban a „higiéniai modernitás” fogalma ismert. Ennek alapján a 19., de legkésőbb 20. századra a haladás és nemzeti büszkeség képzeteivel kapcsolódott össze a „higiénia”. A modern tiszta, míg a premodernnek tudatlanok a higiénia ügyeit illetően, tehát tisztátalanok (Rosen (2015 [1958]); Rogaski 2014).

más logikát feltételez. A biohatalom a „diszciplináris” hatalmi módok meghaladását is implikálja. Ahogy Foucault fogalmaz, „a fegyelmezzéssel szemben, amely a testeket szólítja meg, az új, nemdiszciplináris hatalom nemcsak az ember-mint-testre vonatkozik, hanem az élő emberre, az ember-mint-nembeli-lényre, tehát az ember-mint-fajra” (Foucault 2003 [1997]: 242). Ami élő, azt életben is kell tartani. Új hatalmi technológiaként a biohatalom a tömegre irányul, annak a folyamatait kívánja szabályozhatóvá, kiszámíthatóvá tenni. Foucault szerint nem véletlen, hogy a 19. századra válnak általánosan elterjedté azok a diszciplinák, amelyek a lakosság statisztikai számításbavételét hivatottak elősegíteni.

Foucault „biopolitika” alatt „olyan államhatalmi erőfeszítéseket ért, melyek a kollektív és biológiai folyamatok által meghatározott társadalmi testet tartják szem előtt, vagyis amelyek a népszaporulatra, a születési és halálozási arányra, az egészségre, az élettartamra összpontosítanak, illetve mindazon körülményekre, amelyek közrejátszanak e tényezők alakulásában” (Takács 2009: 18). Új ambícióként jelentkezik a 18. századtól kezdődően a „megfelelő” népességszaporulat biztosítása, vagy éppenséggel a nemkívánatosként aposztrofált népek, kisebbségek szaporulatának eugenikus célzatú csökkentése. Felértékelődnek ebben az időszakban a járványellenes intézkedések, miképpen a „társadalmi higiénia” is (Foucault 1974). Végzetes csapásokat mér például a liberalizmusra mint ideológiára a járványügyi védekezésben való gyenge teljesítménye.⁹ Jóllehet Foucault társadalomelméletében az egyéni döntésnek nincsen igazán nagy szerepe, mégis kijelenthető, hogy a biohatalom legitimitása egy hallgatóságos egyezségeen alapul: a „népességgé” kvantifikált, aggregált lakosság beleegyezik abba, hogy a biohatalom tárgyát képezze a megfelelő, tudományosan megalapozott biopolitikai gondoskodás érdekében.

Noha sokfajta intézmény működik közre a biohatalmi mechanizmusok kiépítésében, a 19. század vonatkozásában Foucault ezt még a centralizált nemzetállammal hozza összefüggésbe. Államhatalmi politikát jelöl ebben a szakaszban a biopolitika. Ekkor még beszélhetünk állami politikákról, bürokráciákról. Az állam azt ígéri a polgárainak, hogy ha nem is számolja fel, de megfelelő módon korlátok közé szorítja az olyan jelenségeket, mint a „balesetek, betegségek és anomáliák” (Foucault 2003 [1997]: 244). A biohatalom kibontakozása szorosan összefügg a regularizációt és normalizációt célzó medikalizációval. Foucault az orvostudományt „hatalom-tudásként” jellemzi, ami a normákat mind a testre, mind a népességre egyaránt vonatkoztatja. (Foucault 2003 [1997]: 252–253). Létrejön a 19. század végére a „normalizáló társadalom”, ekkorra intézményesül valamennyi olyan eljárás, intézményrendszer és technika, amely a népességi szintű kontrollt lehetővé teszi.

Az orvostudomány kulcsszerepe a modern episztémé kibontakozásában igen korán Foucault figyelmének a középpontjába kerül, például az *Naissance de la clinique* című 1963-ban publikált kötetében. Tézise szerint a „felvilágosodást”, a racionalizált kontroll ígérését hordozó „orvosi tekintetnek” a 18. században megszülető klinikai szervezet technológiai struktúrája feleltethető meg: „a szabad tekintet nagy mítosza ez, amely a felfedezéshez hűen szerzi meg a rombolás erényét; megtisztít ez a megtisztult tekintet;

9 Az 1897-es hamburgi kolerajárvány katasztrofális mértékű áldozatokkal járt, amit a korabeli közvélemény az egyéni jogokhoz ragaszkodó liberális hamburgi városvezetés ideológiai eredetű inkompetenciájának tudott be. A németországi liberalizmus helyrehozhatatlan legitimációsvesztést szenvedett el az eset kapcsán. Bővebben lásd Evans (2005).

megszabadítva a homálytól, elosztatja a homályt. A Felvilágosodás implicit kozmológiai értékei működnek közre itt is” (Foucault 2000 [1963]: 158). Kiváltképpen az anatómiai tekintet jelenti az aufklérizmus internalizációjának legfontosabb állomását Foucault számára. Számunkra jelen kontextusban az az érdekes, ahogyan Foucault az orvostudomány intézményesedésével hozza összefüggésbe az orvosi tekintet születését. Mint kiemeli, a klinikai orvosláson keresztül „megszilárdul a tekintet uralma. A szem tud és dönt. A szem uralkodik” (Foucault 2000 [1963]: 199). A klinika *par excellence* panoptikus intézmény, a hatalom általi megfigyelés fokalizációs pontja.

Mindez természetesen a beteg testi folyamatainak, tüneteinek a nyomonkövetését hivatott elősegíteni, azon keresztül pedig az emberi szenvedés mérsékelhetősége válik osztársadalmi szinten elfogadott alapértékké. A test mint olyan válik az orvosi tekintet számára tünetegyüttessé, kockázatforrássá, amely önmagát nem feltétlenül képes normalizálni. Már ebben a korai kötetében is hangsúlyozza Foucault a szubjektum önfegyelmzésének a fontosságát: „új tárgyak kínálkoznak fel az orvosi tudás számára, mihelyt a megismerő alany újraszervezi és módosítja önmagát, új módon kezd működni” (Foucault 2000 [1963]: 200). Csakis annyiban képes a modern panoptikon megfelelően funkcionálni, ha eleve engedelmes, készséges testekkel van dolga, azaz ha a medikalizált szubjektumok már engedelmességre szocializálják önmagukat is. A panoptikus intézmények panoptikus politikát követelnek meg. Mint Oakeshott kiemeli, a teokratikus terapeutikus államban „a társadalom minden erejét és forrását a tökéletesség elérésére akarja igába fogni, biztosítva, hogy semmi se maradjon felhasználatlanul, semmi se vesz-szen kárba. Ebben a politikai stílusban nem hiba, hanem erény, hogy a kormányzat a rendelkezésére álló hatalom arányában aprólékosan beavatkozó lesz, elszámoltató, nem megengedő, a társadalom panoptikonná válik, vezetői pedig mindent látó felügyelőkké” (Oakeshott 2020 [1996]: 71).

Az orvosi tekintet és alakváltozásai

Az önfegyelmzés evolúciójában meghatározó szerepük van a technológiáknak. Nincsen egészen igaza Conradnak abban, hogy a technológiák szerepe a medikalizációban negligálható volna (Conrad 2005: 11). Minőségileg eltérő technológiai környezetet eredményez, amikor az öndiagnosztizálás eszközei a lakosság széles köre számára elérhetővé válnak. Az orvosi tekintet fokalizációk sorozatán megy keresztül. Mint Armstrong felhívja a figyelmet, a klinikai szemlélet evolúciójában új léptéket jelent a „kórházközpontú” vagy „laboratóriumközpontú” orvosláshoz képest a „felügyeleti orvoslás” (*surveillance medicine*) (Armstrong 1995: 402–403). Népegészségügyé válik a lakosság (ön)megfigyelése, a népegészségügy ténylegesen operacionalizálható biohatalmi módként lép elő a huszadik században. A korai huszonegyedik század öndiagnosztikai forradalma következtében delokalizálódik az orvosi tekintet. Rendelkezésre állnak például bármilyen okostelefon használója számára, pszichológus bevonása nélkül is szabadon alkalmazható mentális egészségappok. Napi önellenőrzési és önoptimalizálási rutinokat alakíthatunk ki, számokat rendelve és skálákba rendezve hangulatainkat, érzelmi hangoltságainkat és hangulatingadozásainkat, mely adatokból pontokat nyerhetünk és nyomonkövethetjük

mentális egészségünk „történetét”, napról napra, akár grafikonokba rendezve. A késő-modern szubjektum statisztikai, lineárisan rendezett képet kap egészségéről.

Ez valóságos forradalmat jelent a medikalizáció és az orvosi tekintet hosszú történetében. Nincsen immáron intimitás vagy számszerűsíthetetlen titok: „az önellenőrzés ezen formája megosztható közösségi oldalakon is, kitágítva ezzel a foucault-i panoptikum gondolatát: az alany nem akar mindenkit figyelni, sőt azt követeli, hogy mindenki figyelje és értékelje őt, nem csak a külső viselkedését, de lelki állapotait és fiziológiai adatait is. Az intimitásból extimitás, a panoptikumból endoptikum lesz” (Maturó, Mori és Moretti 2016: 263). A központ minden önmedikalizáló szubjektumban jelen van: igényünk van arra, hogy statisztikákkal rendelkezessünk saját testi folyamatainkról. Büszkén vállalhatjuk mások előtt egészségtudatosságunkat. Noha természetesen aligha számolhatott a szubjektum legmélyére hatoló, testreszabható, a mentális egészséget varázsütésre hiperindividuais¹⁰ pontgyűjtő játékká varázsoló mobilapplikációkkal, Foucault maga is regisztrál egy nagyon fontos különbséget az 1960-as évektől kibontakozó neoliberális biopolitikai rezsimben a 18-19. század biohatalmi rezsimjeihez, valamint a 20. század totalitárius rezsimjeihez képest. A neoliberalizmus a *homo oeconomicus*-ként kódolásra kerülő szubjektum „önmaga vállalkozójaként” kerül számításba: érdekeltté válik a végnélküli önoptimalizálásban, nem a racionális indokok vagy a társadalom bürokratizációja végett, sokkal inkább a szüntelen vágytermelés érdekében. „Önmaga vállalkozójaként” a *homo oeconomicus* „saját kielégülését” keresi (Foucault 2008 [2004]: 226). Beláthatatlan messzeségre kerültünk a 21. századra a hatalom felülről lefelé való gyakorlásától, miképpen a centralizált hatalomfelfogások sem képesek mit kezdeni a hatalom biopolitikai decentralizációjával.

Továbbra is medikalizált a modern szubjektum, viszont hallgatólagosan vagy reflektáltan részt vesz a saját teste fölötti ellenőrzésben, hiszen általános, mondhatni az egyetlen épségben maradt, egyértelmű konszenzusnak örvendő társadalmi norma az egészség. Túlságosan optimistának véljük azon vélekedéseket, melyek értelmében már megérkeztünk a posztmodernitásban, pluralizálódott az orvostudomány és összeomlott volna minden episztemológiai fundacionalizmus. Nem tűnik plauzibilisnak azon feltételezés, aminek értelmében a modernitás „intézményesíti a radikális kételyt” (Williams és Calnan 1996: 1612). Vakfoltjaiból adódóan képtelen önnönmagával szemben szisztematikus módon alkalmazni a modernitás a kételyt. Arra van kárhóztatva, legalábbis a modernitás keretein belül, hogy kisebbségi álláspont maradjon az önoptimalizálással, az egészségtudatosítással és a testi képességfokozás mint olyannal szembeni kétely. Jó szubjektum az, amely a „vállalkozást” mint formát önmagára is alkalmazza. Ebben a morális értékek is nyújtanak „meleg” kompenzációkat a gazdaság rideg haszonelvűsége mellett (Foucault 2008 [2004]: 242).

Aki önnönmaga egészsége védelmében cselekszik, ösztársadalmi érdeket is képvisel. Noha individualizálódik tehát a biopolitika, a kollektivitás szintje távolról sem tűnik el, legfeljebb kontúrjai halványabbá válnak. A potenciális fertőzőképesség tűnik a „problémás egyén” legfontosabb ismérvének. Így aki gondoskodik saját egészségéről, „kiegyensúlyozott” életmódot folytat, a morális helyeslés reakcióival találkozhat. Conrad

10 Nevezhetnénk ezt éppenséggel „hiper-dividualitásnak” is: a szubjektum lineárisan rendezett, számszerűsített folyamatok gyűjteményévé bomlik szét a kibertér mint domináns konnektív szintézisben.

itt lát ambivalenciát, hiszen az egészségipar bizonyos vonatkozásban, különösen annak holisztikus, wellness ágazatai erkölcsi módon rekódolják az egészségcentrikusságot. A betegség már nem bűn, viszont elhanyagolni saját egészségünket morálisan mégis helytelen (Conrad 1992: 223). Peter Sloterdijk nyomán a következő módon összegezhető a medikalizáció implicit morális imperatívusza: „ha valaki képes gyógyítani, de nem teszi meg, a mulasztás bűnében vétkes” (Sloterdijk 2016 [2013]: 104). Az egészségipar bizonyos szegmensei által fogatosított „meleg újramoralizálás” a gazdasági számítás „hideg kalkulációjának” egyfajta kompenzációs mechanizmusaként értelmezhető. Elvégre még az alternatív és holisztikus gyógyászat is, amennyiben az önmagunk vállalkozójaként való ökonomizált létmód szolgálatában áll, tartózkodva bármilyen átfogóbb, egyéni és kollektív élet- vagy létmódreform igényétől, csupán a medikalizáció folyamatának a további növekedését segíti elő (Lowenberg és Davis 1994). Kizárólag azon gyakorlatok, gyógy módok és tradicionális szocializációs mintázatok tekinthetőek ténylegesen externálisnak a medikalizáció modern logikájához képest, amelyek nem rendelődnek alá a szubjektum hatékonyabbá tételének, valamint az össz társadalmi hatékonyságnövelés imperatívuszainak.¹¹ Egyszerűen, az egészségcentrikus szemlélet helyett valamilyen tágabb értékrendszerbe ágyazódnak bele, esetleg alárendelve az egészséget más elveknek.

Napjainkra azonban az orvosi tekintet mintegy „beleszocializálódott szubjektivitásunk alapjaiba” (Hancock 2018: 444). Még az alternatívák is elsősorban az evilági testünk átmeneti megóvását szolgálják. Foucault-i szempontból a szubjektivitás maga is részét képezi a hatalomnak, amely a represszív aspektusokon túlmenően éppenséggel produktív aspektusokkal is rendelkezik. Összetettebb a helyzet annál, semmint hogy a hatalom elnyomna egy már eleve esszenciálisan létező szubjektumot: „nemcsak nemet mondó erőként nehezedik ránk; áthalad és dolgokat termel, örömet okoz, tudást formál, diskurzust termel. Termelékeny hálózatnak kell tekinteni a hatalmat, amely az egész társadalmi testen áthalad” (Foucault 2001 [1976]: 120 – saját fordítás). A hatalom Foucault modelljében decentralizált, diszperz, és a szubjektum cinkosságán is alapul. Deborah Lupton bírálja – részben joggal – „humanizmusuk” miatt a terapeutikus állam dominanciáját hirdető korai demedikalizációs szerzőket, mint amilyen Thomas Szasz vagy Ivan Illich. Ők még abból indultak ki, hogy körülhatárolható egy preexisztens emberi individuum, amely a hatalom által korlátozott, holott a foucault-i társadalomfelfogásban a szubjektivitás maga is a hatalmi diskurzusok, valamint az ellendiskurzusok dinamikus interakcióiban képződik. Nincsen „az orvosi diskurzusok és gyakorlatokat” megelőzően test vagy szubjektum, legalábbis ha komolyan vesszük Foucault állításait (Lupton 1997: 99). Az orvosi tekintet hívja elő vagy konstruálja meg ezen képződményeket.

Mindebből könnyen következtethetnénk valamilyen egyoldalú determinizmusra vagy akár fatalizmusra. Ha mi magunk is elválaszthatatlanok vagyunk a hatalomtól és annak diskurzusaitól, akkor a test mint olyan sem létezik „nyelv előtti” értelemben. A medikalizációs tézis képviselőire vonatkozó kritika viszont csupán felemás érvénnyel bír, hiszen, mint láthattuk az „alternatív gyógyászatra” vonatkozó észrevételeik kapcsán, a paradigma

¹¹ Az egészségmegőrzés követelménye a saját testi folyamatai fölötti kontrollt gyakorló racionális, fegyelmezett szubjektumot célozza meg. Ennek tükröképeként található az önkontroll hiányával vádolt, elhízott, egészségtelennek és csúfnak bélyegzett test.

fő szerzői jóval komplexebben látják a helyzetet, mint azt Lupton sugallná. Mindazonáltal igaza van Luptonnak abban a tekintetben, hogy Foucault írásaiiban hiába keressük az ellenállás fogalmának bármilyen kidolgozott koncepcióját. Mint Black Hawk Hancock (2018: 447) találóan kiemeli, „mi is részei vagyunk a panoptikus gépezetnek”, amennyiben önfegyelmzési technikákkal vagyunk kénytelenek élni a hétköznapiakban. A maga részéről Lupton (1997: 103) a testet nem tekinti egészen redukálható nyelv vagy diskurzív regiszterekre. Létezik egy testi többlet, egy olyan korporeális rendszerezhetetlenség, amely kívül esik a diskurzusok és ellendiskurzusok mezején. Léteznek olyan többletek, amelyeket egyetlen kategorizációs rendszer sem képes lefedni, feldolgozni és átkódolni.

A leírhatatlan, sűrű maradék, a materialitás ellenállóképessége elvéve ugyan, de megjelenik a sokszor nyelvközpontúsággal vádolt Foucault-nál is, például az alábbi interjú-részletben: „Hirtelen, ami a hatalmat erőssé tette, megtámadja azt. A hatalom, miután befektette magát a testbe, ugyanabban a testben találja magát ellentámadás alatt” (Foucault 1980 [1975]: 56). Ebben a részletben Foucault utal azokra a társadalmi mozgalmakra, amelyek a korszakban a testpolitika köré összpontosultak, mint az abortuszjogi kezdeményezések. Tézisünk szerint helytálló Lupton azon vélekedése, mintha itt többről is szó lenne. A diagnózisnak ellenálló, rejtélyes test képes meglepetéseket okozni, kórokozók képesek megszökni az ellenőrizhetőség mezejéből, váratlan mutációk keletkezhetnek, és így tovább. Sokkal kisebb léptékekben is működik a mikropolitika, akár molekuláris vagy virális szinteken. Amennyiben a nukleáris fegyverarzenálokot tekintjük a halálbüntetéshez való szuverén jog legfőbb kiteljesedésének, úgy a mesterséges biofegyverekként megalkotott, ám irányíthatatlanná váló vírusok tudományos fantasztikumba illő, ám nagyon is valóságos lehetőségét tekinthetjük minden szuverenitás végének, a biohatalomnak a szuverenitás keretéből való balesetszerű kirobbanásának a pillanatának: a biofegyverekkel létrejön a biohatalom korlátlan, és egyben ténylegesen poszthumanista manifesztációja:

Olyan biohatalommal van itt dolgunk, amely túl van a szuverén jogon. A biohatalom eme excessusa azon a ponton válik lehetővé, amint technológiailag és politikailag lehetővé válik az emberiség számára nemcsak az élet kezelése, hanem annak elszaporítása, élő anyag megalkotása, a szörny létrehozatala, végsősoron olyan vírusok megkomponálása, amelyek irányíthatatlanná válnak és egyetemesen destruktívak. A biohatalom ezen kiterjesztése, szemben az atomfegyverekkel, ténylegesen túljuttatja azt bármilyen emberi szuverenitáson (Foucault 2003 [1997]: 253–254).

A biotechnológiai baleset sci-fi horrorba illő víziójával nézetünk szerint Foucault nemcsak figyelmeztetni kívánta közönségét, jóllehet ezen motiváció is tetten érhető a fenti sorokban. Amennyiben a medikalizációról és testiségről, a klinikai tekintetről és a diagnózisnak alávetett engedelmes testről szóló megjegyzésekkel olvassuk egybe, úgy világossá válik, hogy mindenekelőtt az irányíthatatlanság, a detektálhatatlanság és a diagnosztizálhatatlanság momentumaiban fedezi fel Foucault a test saját ellenállóképességének a lehetőségét, jóllehet ez már olyan ontológiai réteg, amely sehogyan sem fordítható le a politizálhatóság regisztereibe. Léteznek gyógyíthatatlan entitások, átláthatatlan testek és kiszámíthatatlan vírusok.

A medikalizációt övező 1970-es évekbeli kritikai diskurzusokra reflektálva (név szerint említi Illich-t) Foucault elismeri, hogy noha valóban hamis ellentét a „gyógyszerpártiság” vagy „gyógyszerellenesség”, és ténylegesen nem tűnik realiztikusnak a „természetes

higiéniához” vagy „paramedicinális bukolicizmushoz” való visszatérés, medikalizáció és modernitás viszonyának a vizsgálata mégis elengedhetetlen annak kiderítése érdekében, hogy ember, test és orvoslás viszonyát miként változtathatjuk meg (Foucault 2004: 18). A kérdés nem az, lebontsuk-e a társadalom gyógyításra szakosodó funkcionális rendszerét vagy sem. Ha komolyan vesszük a foucault-i társadalomképet, szubjektivitás és hatalom elválaszthatatlanságát, ilyen fokú cselekvési lehetőséggel nem rendelkezünk. Még kollektív cselekvés révén sem vagyunk képesek megszabadítani önmagunkat a hatalomtól. Foucault belátásaira építkezve Sloterdijk a modernitásban az önmagunk szüntelen megváltoztatására irányuló imperatívuszt lát operálni (Sloterdijk 2013 [2009]). *Kötelesek vagyunk megváltoztatni életünket*: ebben a megvilágításban az válik disszidens szubjektummá, aki megelégedik az adottal, tartózkodik önnönmaga „jobbításától”, és felmondja a progresszív életmódjobbítás, a *self-enhancement* követelményének nem felel meg, egyszerűen, tartózkodik a „jobb” és „hatékonyabb” emberré való válástól. Önmagunkkal megelégedni, az adottat elfogadni a szüntelen öndinamizálásra berendezkedő társadalom kontextusában meglehetősen visszas, ellenhatásokat válthat ki. Ezen a ponton szükséges kitérnünk arra, miért nem gondoljuk azt, hogy a medikalizált modernitás racionalizálódási folyamat lenne. Egyfelől a racionalitásnak egyetlen konszenzuális definíciója sem létezik. Másfelől távolról sem bizonyos, hogy a szubjektivitás leírasi szintjén a racionális vagy higgadt szellemi beállítottság lenne a legjellemzőbb regularizációs technika. Egyet értünk Hancockkal, aki elégtelennek véli a weberi értelemben vett „racionalizálódást” a medikalizáció jelenségének a megértése kapcsán (Hancock 2018: 449). A morális pánikok szerepe a társadalmi kommunikációban felértékelődni látszik ugyanis a kockázati társadalomra való áttérés folyamatában.

COVID-19 és a politika medikalizációja

Első látásra úgy tűnhet, hogy a COVID-19 pandémia nem tűnik a medikalizáció számára előnyös példának. Elvégre kétségtelenül valóságos tény a kórokozó elterjedése. Mégis hamar felvetődött a medikalizáció gyanúja a vírus terjedésére adott biopolitikai intézkedések kapcsán. Ennek egyik oka a diagnosztizálással kapcsolatos episztemológiai bizonytalanság volt. Az aszimptomatikus egyének túteszteléséből adódó munkaerőkiesés és produktivitáscsökkenés például hamar megjelent mint szempont a releváns szakirodalomban, akárcsak a „hamis pozitív” teszteredményekkel kapcsolatos magas fokú episztemológiai bizonytalanság.¹² Ha tünetmentes és egészséges az egyébként fertőzött egyén, visszaengedhető-e a munkaerőpiacra vagy célszerűbb az elővigyázatosság kedvéért

12 Kérdéses, hogy tünetmentes egyének esetében egyáltalán mennyire értelmezhető kategória a pozitív eredmény mint olyan. Ontológiai kérdés, pontosan hol a határ fertőzöttség és betegség között. Más becslések azonban 10% és 50% (!) közé sorolták a PCR-mintavételekből nyert „hamis pozitív” eredmények arányát (Basile, Maddocks, Kok és Dwyer 2020; Wernike et al. 2020; Braunstein et al. 2021; Healy et al. 2021). A jóval érzékenyebb RADT-típusú tesztek esetében a hamis pozitív eredményekre vonatkozó becslések 0–4% között mozogtak (Yang et al. 2022; Gans et al. 2022). Célunk szigorúan szociológiai, és nem orvostudományi jellegű: nézetünk szerint a diagnosztikával kapcsolatos viták alátámasztják a medikalizációs folyamatok fentiekben már jelzett ambivalenciáját. Mindig bizonytalanság övezi a betegséggel kapcsolatos társadalmi kategorizációkat. Más kontextusban, nevezetesen a kisebbségek esetében pontosan az alutesztelés és magasabb COVID-19 halálzási mutatók problematizálódtak a pandémia során (Shortreed et al. 2023).

elkülöníteni őt a többi munkavállalótól? A „hamis pozitív” eredmények magas aránya miatt, legalábbis a PCR-tesztek esetében felmerült a „tútesztelés” mint medikalizációs jelenség gyanúját is. Egyszerűen fogalmazva, amennyiben tudatosan keresünk valamit, exponenciálisan megnő annak valószínűsége, hogy megtaláljuk azt. Nemcsak technikai vagy diagnosztikai jellegű kérdéssel van azonban dolgunk a COVID-19 pandémia és a rá adott kormányzati válaszok kapcsán: a COVID-19 világjárvány kihívást jelent olyan fogalmak kapcsán, mint a megbízhatóság, sőt még az elszámoltathatóság is kétségessé válik. A megbízhatóság nem csak az információgyűjtés bizonytalansága miatt kérdőjelezhető meg. Döntéshozatali és egyéb irányítási folyamatok, sőt, a kiszámítható, ismétlődő kimenetek és eredmények, a vírus elszigetelhetőségének hiánya miatt” (Schulman 2021: 99). Újszerűsége miatt hiányoztak azok a szempontok, amelyek mentén egyáltalán értékelhetőek lettek volna a kormányzati lépések. A lehető legkisebb gazdasági kár, vagy a megmentett emberéletek száma perdöntő? Komplex körülményekben, amikor több hasznossági érték versenyez egymással, semmit sem érnek a haszonelvű kalkulációk.

A medikalizációs tézis hasznunkra lehet a COVID-19 pandémia elemzése kapcsán, mert rámutat arra, hogy az episztemológiai konstrukciók mennyire fontos szerepet töltenek be a betegségek és járványhelyzetek konstruálásában. Ez semmiképpen sem jelenti a betegség ontológiai tagadását. A társadalmi konstrukcionizmus irodalmának hírhedt példája Bruno Latour állítása, miszerint II. Ramszesz fáraó nem halhatott bele a tuberkulózisba, mert még nem léteztek olyan társadalmi intézmények, amelyek képesek voltak ilyen módon azonosítani, kategorizálni és detektálni a betegségeket: „A tuberkulózis és a Koch-bacillus II. Ramszesznek tulajdonítása ugyanolyan kaliberű anakronizmusnak tűnhet, mintha halálát marxista felfordulás, géppuska vagy A Wall Street összeomlása” okozta volna (Latour 2011: 248). Ez úgy hangozhat, mint valamilyen mindenre kiterjedő relativizmus, azonban a medikalizációs álláspont azt állítja, hogy az ismeretelméleti keretek és ezek bizonytalanságai igenis számítanak, amikor szociológiailag értelmezünk egy jelenséget. II. Ramszesz állapota eltérő volt egy mai beteg emberétől. Nincsen jogunk saját modern ismeretelméleti kereteinket ráerőltetni egy teljesen más kulturális kontextusra. Jelenünk vonatkozásában sem mindegy, hogy egy testi állapot miként kerül kategorizálásra, és milyen jelentések társulnak ehhez. A kapott teszteredmény determinálja helyzetünket, vagy az átélt testi élményünk? A pandémia során a teszteredmények objektívebb jellegre tettek szert, mint a pszichológiai tapasztalás, a betegségélményhez képest elsődleges lett a kimutatott, ám érzékelhetetlen tény: nem volt szükség tünetre ahhoz, hogy betegnek minősüljünk.

Akárhogyan is fest a helyzet a COVID-19 diagnosztizálása, diagnosztizálhatósága kapcsán – hangsúlyozzuk, nem feladatunk állást foglalni a kérdést övező orvostudományi vitában –, tágabb problémákat is felvet az orvostudományi szemlélet ösztársadalmi „metaértékként” való működése. Felmerül a társadalomtudományi szakirodalomban a „politika medikalizációjának” a problémája. Mit kezdjünk azon körülménnyel, hogy az orvostudományi szempont, a kivételes állapot idejére legalábbis *szuverén*é vált a társadalomban? Egyetértünk Hancockkal, aki úgy véli, hogy a weberi értelemben vett „racionális” nem elegendő a medikalizáció jelenségének megértéséhez (Hancock 2018: 449). Valójában a morális pánik fegyvelmező szerepe növekszik a társadalmi kommunikációban. A medikalizációt különféle moralizáló kompenzációs mechanizmusok kísérik.

A COVID-19 világvárvány megmutatta, hogy társadalmunk legsürgetőbb vészhelyzetei az emberi test határait érintik. Tanulmányunk záró részében azt igyekszünk bemutatni, hogy a COVID-19 pandémia milyen módon utal a politika medikalizációjára, és mit jelentenek a 2020 és 2022 közötti fejlemények a medikalizációs tézis továbbfejlesztése szempontjából. Egy számszerűsített és kalkulatív irányultságú biopolitika, a kivételes állapotra való biopolitikai hivatkozás és a moralizáló kommunitarizmus keverednek egy medikalizált normalitással. A politika, a gazdaság és a jog autonómiájának eróziója a szakértői uralom kiterjesztése javára nagyon is reális lehetőség a jövőre nézve.

Zoonotikus eredetű vírusként a COVID-19-et összefüggésbe hozták a globális klímaváltozással. Ahogy Roberto De Vogli rámutatott, alapvető hiba lenne a világvárványt kizárólag az egyéni biológiai testet érintő, medikalizált válságként kezelni. Inkább rendszerszintű és ökológiai perspektíva lenne indokolt, különös tekintettel a vírus fajokon átívelő eredetére (De Vogli 2022).¹³ Ennek ellenére általánosságban elmondható, hogy a helyzet mégis elsősorban egészségügyi, másodsorban háborús szemantikán keresztül fogalmazódott meg a hivatalos kormányzati kommunikációk, a közösségi válaszok és a média narratívái szintjén egyaránt. Az orvosi szakma útmutatásai és az orvosi válaszok kiemelt szerepe ellenére a járvány átpolitizálódása mégis a biopolitikai beavatkozásokkal kapcsolatos ambivalencia tünete. Jennifer C. Torres egy másik kontextusban (anyatej) dolgozott ki egy nagyon érdekes és újszerű koncepciót, nevezetesen a „demedikalizáció érdekében végrehajtott medikalizáció”-t (*medicalizing to demedicalize*). Azon jelenséget jelölné a fogalom, amikor szakemberek egy csoportja ideiglenesen megerősíti az orvosi ellenőrzést, hogy korlátozza a későbbi további orvosi beavatkozások előfordulásának esélyét (Torres 2014).¹⁴ Az egészségügyi vészhelyzet végső soron annak átmeneti jellegéből fakadóan volt legitimálható a társadalmi nyilvánosságban.

A társadalmak irányába világszerte, néhány kivétellel, az ideiglenes beavatkozások elfogadására (karantén, lezárások, oltási kötelezettség stb.) kértek a hatóságok, az egészségügyi rendszerek túlterhelésének megelőzése érdekében. A görbe kilapítása (*flatten the curve*) gyakran használt metaforává vált, amely ezen intézkedések prevenciók logikáját hangsúlyozta. A fejlett világban bevezetett megelőző intézkedések háttérben egy kalkulatív biopolitika állt, amely a kockázati előrejelzésekben való hitre alapozódott. Mikként Kelum Jayasinghe, Tarosha Jayasinghe, Chaminda Wijethilake és Pawan Adhikari kutatók kiemelik, a COVID-19 világvárvány kormányzati beavatkozásaival kapcsolatos biopolitikai szakirodalomban eddig viszonylag kevés figyelmet fordítottak a kalkulatív technológiák COVID-19-kormányzatokban betöltött szerepére, mely kritika, mint fentebb láttuk, a medikalizációs diskurzusokra is vonatkozik. Utóbbiak is alábecsülik az egyes technológiáknak a biopolitikai kormányzásban betöltött döntő szerepét (Jayasinghe et al. 2021: 2191). Az Egyesült Királyságban számos intézkedést hajtottak

13 Bár a „klímavészhelyzetre” gyakran hivatkoztak a világvárvány előtt, jellemző, hogy a globális zöldmozgalom nem tudott olyan léptékű kormányzati beavatkozásokat kieszközölni, mint a pandémia. A medikalizáció, rivális narratívaként feszültségben áll az ököcentrikus értékekkel.

14 Torres szerint okleveles laktációs tanácsadók segítik az anyatejet az orvosi ismeretelméleti keretbe integrálni, miközben azon dolgoznak, hogy megakadályozzák a szoptatás patológiázását. Ez a szoptatás normalizálását szolgálja emancipációs gyakorlatként, miközben fenntartja a női testi folyamatok lazább, klinikailag kevésbé fókuszált, bár még mindig orvosi jellegű felügyeletét.

vége nagymértékben támaszkodva olyan számszerűsíthető tényezőkre, mint amilyen populációs szintű kockázatértékelés, az R-értékek (vírusszaporodási ráta) és a lokális többszintű lezárások, és amelyeket a feltételezett fertőzési arányok automatikusan kiváltak. A brit kormányzati kommunikációban gyakran megfogalmazott alapgondolat szerint „számítással lehet irányítani az életet” (Jayasinghe et al. 2021: 2196). Annak ellenére, hogy az Egyesült Királyság a világjárványt megelőzően a Globális Egészségbiztonsági Indexben (*Global Health Security Index*) kitűnő helyezéseket ért el, az Egyesült Királyság COVID-19-helyzetre adott válaszlépései nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket (Jayasinghe et al. 2021: 2192).

Világszerte a lakosság többnyire önkéntesen alkalmazkodott az új helyzethez, leginkább annak átmeneti volta miatt. Sok felhasználó például önként töltött le önkövető mobilalkalmazásokat, amelyek állami kényszerintézkedés nélkül is nyomon követik az ember mozgását, kapcsolatait.¹⁵ Bizonyos országokban kötelező volt a kontaktnyomkövető alkalmazások letöltése. Ezen túlmenően egyes marginalizált csoportokat kezdettől fogva „szuperterjesztőkként” kezeltek. A „tünetmentes hordozó” kategória már a világjárvány korai szakaszában megjelent, ez pedig olyan morális pánikhullámokhoz vezetett, amelyek az állítólagos felelőtlen egyénekre irányultak. A járványhelyzetet övező morális pánik a „túlzottan kockázatos” magatartást tanúsító, vagy az előírásokat megszegő egyénekre, csoportokra irányult, az engedelmes testek viszont morális felmentést élvezhettek.

A medikalizált modernitás mindenekelőtt histtóriával reagál a „veszélyes egyénekre”, a „deviánsokra”. Foucault a „veszélyes egyén”-ről mint konstrukcióról szólva a kategória közties jellegére hívja fel a figyelmet: „a veszélyes egyén” olyan szubjektum, „aki nem pontosan beteg és nem is a szigorúan vett bűnöző” (Foucault 2014 [1999]: 46). Még nem zárható sem elmeegógyintézetbe, sem gyűjtőlágerbe, sem börtönbe, de a kormányzati tekintet által mégiscsak jól azonosítható kockázatforrás, a társadalmi integrációra leselkedő kiszámíthatatlansági gócpont, potenciális szuperterjesztő, virális medence. A felelőtlen személy veszélyt jelent a társadalom integritására, a népközösség összegészségére.¹⁶ Hiba volna tehát kizárólag racionalizációnak tekinteni a medikalizációt, miként tették ezt a medikalizációs tézis korábbi képviselői: éppenséggel morális pánik jellegű mechanizmusok által gerjesztett kollektív histtériaként is felléphet. Simon C. Estok például felhívja olvasói figyelmét a kétségtelenül szükséges óvintézkedések mellett megjelenő potenciális „ökofobia” veszélyére is (Estok 2021).

2020-ban gyorsan megjelentek a bűnbakképzés és a kirekesztés mechanizmusai, jelentős mértékben a média által keltett társadalmi félelmek eredményeként, néha nyílt idegengyűlölet formáját öltve. De a kollektív histtéria mellett optimista álláspontok is megjelentek. A brit lockdown kezdeti szakaszában egyes szexuális egészségügyi szervezetek a HIV-fertőzés „felszámolási eseményeként” is szorgalmazták a lezárást, a „No Hookups”

¹⁵ Ezen technológia foucault-i elemzéséért lásd Lupton (2021).

¹⁶ Megjelentek 2020-tól a bűnbakképzés és kirekesztés mechanizmusai, az általánossá váló társadalmi félelmek következtében, ami olykor nyílt xenofóbia alakját öltötte, például a kínai (vagy kínainak vélt) személyekkel szembeni rasszizmus formájában (Kirksey 2021). Tünetértékű, hogy még a liberális demokratikus hagyományokkal rendelkező társadalmak (vagy legalábbis ezek tömegmédiámai) sem bizonyultak immunisnak a megbélyegző, kirekesztő hangvételű kommunikációkra. Utalhatunk itt például a „kovidióta” jelzőre (Capurro, Jardine, Tustin és Driedger 2022). Ugyanakkor megjegyzendő, hogy ez nem teljesen új fejlemény: a biopolitika előszeretettel hivatkozik a biológiai öfenntartásra mint mindent felülíró alapvető értékre, az élet védelmére (lásd Lemke 2012: 46).

és a „Test Now, Stop HIV” című figyelemfelhívó kampányokkal. Chase Ledin és Benjamin Well meggyőzően érvelnek amellett, hogy a karanténnak a nemi betegségekre adott technológiai megoldásként való idealizálása nagyon aggasztó fantáziákon alapul, amelyek nemcsak valóságidegenek (a nemi betegség az emberi élet velejárója), hanem éppenséggel kontraproduktívak is a nemi betegségek kockázatának csökkentése kapcsán. Valójában az ilyen figyelemfelhívó kampányok „normalizálták a »felelősségteljes« szexuális állampolgár képét, aki, persze megfelelő szexuális egészségügyi támogatás nélkül, »végigmaszturbálhatta« a lezárásokat” (Ledin és Weil 2021: 1480). Ezen kritikai diskurzus is hangsúlyozza a *hasznos* medikalizáció hiányát, amikor a marginalizált testekről van szó, így bizonyos módon *egyszerre medikalizál és szociologizál*. Az életvédelmet hangsúlyozó biopolitikai apparátus keretein belül a felelős egyén szinte teljes aszkézist gyakorol, kioltva vágyait, legalábbis a vírusveszély megfékezéséig.¹⁷ A felderítetlen HIV-pozitív test, a tünetmentes koronavírus-hordozó és az oltatlanul maradt deviáns egyaránt kezelendő problémákká egyszerűsödnek, hiszen ezen anomáliás szereplők kibújnak az egészségügyi *shareveillance* (Birchall 2016) mindenütt jelenlévő rendszeréből, és felügyelet alá kell őket helyezni.

A potenciálisan ragályos „veszélyes személyek” kategóriaként való megjelenése a politika „medikalizációjára” utal, amint Dan Degerman hangsúlyozza, egy minőségileg új barát/ellenség megkülönböztetés formáját öltve, nevezetesen a gyanútlan fertőzöttek többségét, akik feddhetetlenek, valamint a fertőzöttségi státuszát eltitkoló „COVID-gyanús” ellenség, akinek a felelőtlensége szükségtelenül magas szintre emeli a fertőzések arányát (Degerman 2020: S-68). Degerman a medikalizációt a társadalom depolitizálásának és gazdaságtalanításának tekinti. Nézete szerint a neoliberalizmus mint fogalom többé nem magyarázhatja meg a kortárs fejlett társadalmak egyre technokratikusabb irányát. Degerman (2020: S-70) meggyőző diagnózisa szerint a *homo oeconomicus* éppen a *homo medicus* váltja fel, egy biopolitikai logika, amely mindent a „megőrzést célzó politikai cselekvés” követelményének rendel alá.¹⁸

Igaza van-e Giorgio Agambennek (2021: 67), amikor azt állítja, hogy „a járvány azt is kétséget kizáróan megmutatta, hogy a polgárok pusztá biológiai létükre süllyedtek”? Átfogalmazhatjuk Agamben kérdését a következő módon: a polgárok vajon ténylegesen a medikalizált *puszta létezésükre* redukálódnak? Bizonyos mértékig igennel válaszolhatunk. A 21. század társadalmi problémái elsősorban közegészségügyi diskurzuson keresztül nyilvánulnak meg. Retorikai érzéke ellenére Agamben fatalista, pesszimista, sőt apokaliptikus diagnózisa nem veszi kellő mértékben figyelembe a közbeszéd összetettségét és a medikalizáció elkerülhetetlen egyenlenségét. Tim Christiaens (2021: 411) helyénvalóan rávilágít arra, hogy Agamben nagymértékben lemásolja és beilleszti a COVID-19-helyzetbe Ivan Illich biomedikális imperializmusról mint „egydimenziós, mindenre kiterjedő narratíváról” szóló nézetét. A medikalizációs diskurzus márpedig az elmúlt

17 Az 1980-as években az egészségügyi szakemberek és a homofób mozgalmak egyaránt a homoszexuálisok kötelező karanténja mellett érveltek a HIV/AIDS-járvány megszüntetésének módszereként. Például egy massachusettsi idegsebész azt a javaslatot terjesztette elő, hogy egy egykori lepratelepen helyezték karanténba azokat a HIV-hordozó személyeket, „akik továbbra is „felelőtlen” magatartást tanúsítanak és szexuálisan promiszkuóznak (idézi Parmet 1985: 54).

18 Ehhez hozzátehetjük az oltatlanokkal kapcsolatos társadalmi félelmeket és pszichés bűnbakképzési mechanizmusokat, és fordítva, az oltakozással kapcsolatos bizalmatlanságot és félelmeket (Wüstner 2022; Cobaner, Özülmöz és Alkan 2022).

évtizedek során továbblépett az orvosi imperializmus leegyszerűsítő kritikáján. Bár minden bizonnyal „orvosbiológiai technokráciává” is fajulhat, a medikalizációt áthatják részleges demedikalizációk is: a COVID-19 pandémia során például csökkent az egyéb diagnosztikai eljárások gyakorisága, amely demedikalizáló hatásként is elkönnyvelhető. A szigorú értelemben vett orvostudományon kívüli retorikai „kiegészítő elemek”, mint például a morális pánikok nélkül a medikalizált biohatalom még kevésbé lenne alkalmas a populációs szintű folyamatok kezelésére.

Úgy tűnik, Agamben figyelmen kívül hagyja a medikalizáció szükségszerűen esetleges és részleges jellegét. A jó élet kérdésének elhalványulása a pusztán biológiai túlélés érdekében, ahogy Christiaens elismeri, nagyon is valós lehetőség a COVID-19 pandémiás válsághelyzetben. A biopolitikai spektrum másik végén Benjamin Bratton teoretikust találjuk, aki a COVID-19 világvármány technooptimista felfogása mellett érvel. Bratton szerint a helyzet kihagyhatatlan lehetőséget kínál a planetáris technokrácia és egy „pozitív biopolitika” kialakítására, amelynek középpontjában egy sajátos, biológiai biztonság áll, egy vitalista kommunitarizmus formájában (Bratton 2021). A technooptimizmus a társadalmi és természeti folyamatokkal kapcsolatos teljes tudás feltételezésén alapul, ami akárhogyan is nézzük, fikció. Foucaultnak az episztémék történetiségével és azok szükségszerű részlegességével foglalkozó munkássága arra tanít bennünket, hogy elutasítsuk a teljes, független szakértői tudás feltételezését (Shullenberger 2021).

A politika medikalizációja nem nyújt végső garanciákat a további járványok megelőzésére. Bármikor megismétlődhet tehát az osztálytársadalmi passzivitás kikényszerítése, a társadalom funkciórendszereinek leállítása, a vírusok globális kiirtására pedig kevés esély kínálkozik egy ennyire összekapcsolt glóbuszon.¹⁹ Egyetértünk Chris Hall szociológussal, aki szerint a negatív és a pozitív biopolitikák egyaránt zsákutcák, amikor a biopolitika normatív értékeléséről vagy szociológiai leírásáról van szó. Sem a biopolitikai népegészségügyi eszközök abszolút elutasítása, a „szabad egyén” libertárius felfogása mellett kiállva, sem az ilyen jellegű technikák kritikátlan felkarolása a „posztkapitalista” biofasiszta tekintélyelvű politika nevében nem tűnnek különösebben gyümölcsözőnek vagy vonzóknak a világvármány utáni biopolitika újragondolása kapcsán (Hall 2022: 7). A jelen vonatkozásában a nyugati orvosi tudás hegemoniáját kísérő, általánosított félelem légköréről beszélhetünk. Valójában, ahogy a dán kormány egy új koronavírus-mutációnak a nyércpopulációban való megjelenésére adott pánikreakciója mutatja, óriási veszélyeket rejt magában a fertőzéstől és a környezet felől érkező inváziótól való félelem. Az országban az összes nyérc elpusztításra került, ami hatalmas gazdasági nehézségeket okozott a gazdáknak, és nagymértékű állatkárokat is. Ennek a drasztikus lépésnek a jogszerűsége ráadásul megkérdőjelezhető volt a dán törvények alapján (Højme 2022: 3). Az ökofóbia elutasítása és az összekapcsoltság mint ontológiai tény felismerése sokkal termékenyebb alternatívának

¹⁹ Természetesen vannak sikeres példák egy-egy kórokozó globális kiirtására, hatástalanítására vonatkozóan. A medikalizációs tézis hívei nem kívánják felszámolni a népegészségügyet mint intézményt. Viszont arra a társadalmi struktúrára kérdeznék rá kritikussal szemmel, amely az egészségből konstruál kizárólagos, minden más társadalmi intézmény fölé rendelhető metaértéket. Valójában kulturális döntés az, hogy mekkora hangsúlyt helyezünk a földi testünk egészségére, fizikai állapotunk milyenségére.

tűnik, mint az anarchisztikus lázadás vagy az autoriter technokrácia. Minden ismeretelméleti keretnek megvannak a maga határai, és egy valóban planetáris politikának, amely a nyitott rendszerek köré összpontosul, fel kell ismernie az élet vonatkozásában a kölcsönös áthatóságok, szimbiózisok és interpenetrációk körülményét. Egy különösen érdekes javaslatot tett le az asztalra Philip Højme, aki mind Agamben, mind Foucault koncepcióira támaszkodik. A biokommunizmus Højme szavaival élve „az élet szentként való jelenlegi egyetemes tiszteletének (a biopolitikai paradigmának) bírálata vagy kritikája” (Højme 2022: 7). A biokommunista számára a biológiai és medikalizált élet mindenáron való megőrzésének gondolata modernista konszenzus, amelyet meg kell kérdőjelezni. Højme metapolitikai jellegű biokommunizmus-koncepciója az egyénre összpontosít anélkül, hogy elkötelezné magát az egyéniség antropocentrikus elképzelései mellett, miközben elutasít „bármilyen egyetemes életfelfogást” (Højme 2022: 8). Életünk véges, immanens, földi, biológiai lényével való azonosságunk egy modern elképzelés, amely kritikai átértékelésre szorul. Egyáltalában az élet metafizikai kitüntetettsége sem magától értetődő.

Konklúzió

Ha csupán biológiai testek vagyunk, akkor egyetlen, immanens életünk a legfontosabb értékünk. Ám D. H. Lawrence-szel együtt azt is hozzátehetnénk, hogy „az életünk azért van, hogy elköltsük, nem azért, hogy megőrizzük azt” (Lawrence 1970: 237). Őrizzük meg minden áron az életet, vagy éljünk szabadon és vadon, akár a halál árán is? Végső soron nem foglalhat állást ebben az örök vitában a szociológus. A COVID-19 pandémia mindenesetre rámutatott a medikalizáció sokirányú jellegére és ambivalenciáira. Az emberi állapot ma széles körben az orvosi beavatkozás tárgyát képező biológiai tények kvantifikálható halmazaként van kezelve. Magától értetődő érték a túlélés, minél több élet megmentése. A legtöbb, amire a medikalizációs tézis képviselője vállalkozhat társadalomtudósként, az az, hogy rámutasson ennek a hiedelemnek a történeti, esetleges és kontingens voltára. Mindaddig fennmarad ez a típusú beállítottság, míg az orvostudomány képes marad sikerességének empirikus bizonyítására: legitimációja mégis egyre ingatagabb. Manapság a fogyasztók versenyeztetik a különböző szakértői nézeteket a vélemények piacán, és személyes preferenciáik mentén döntenek. A medikalizációs szakirodalom bemutatja azokat a folyamatokat, amelyek során kialakul a betegségek társadalmi kategorizációja. A COVID-19 pandémiára adott biopolitikai válaszok azt mutatják, hogy a medikális szempont minden más szempontot felülírhat. Nincsen fontosabb annál, mint földi élettartamunk növelése – ez következne egy teljesen szekularizált biomedikális perspektívából. A túlságosan leegyszerűsítő narratívákat nem támasztja alá a medikalizáció belső bonyolultsága. Így a biohatalom elleni lázadás éppúgy nem reális opció, mint a kiépülő globális technokrácia kritikátlan elfogadása. A medikalizációs folyamat több, mint egyszerű orvosi imperializmus. Inkább egyre kifinomultabb önmegfigyelési, szubjektívációs és önfegyelmzési mechanizmusokat foglal magába, beleértve a részleges demedikalizációkat is.

Hivatkozott irodalom

- Agamben, Giorgio (2021): *Where Are We Now? The Epidemic as Politics*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Armstrong, David (1995): The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of health & illness* 17(3): 393–404.
- Basile, K. et al. (2020): Accuracy amidst Ambiguity: False Positive SARS-CoV-2 Nucleic Acid Tests When COVID-19 Prevalence is Low. *Pathology* 52(7): 809–811.
- Birchall, Clare (2016): Shareveillance: Subjectivity Between Open and Closed Data. *Big Data & Society* 3(2): 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1177/2053951716663965>
- Bratton, Benjamin (2021): *The Revenge of the Real. Politics for a Post-Pandemic World*. New York és London: Verso.
- Braunstein, Glenn D. et al. (2021): False Positive Results with SARS-CoV-2 RT-PCR Tests and How to Evaluate a RT-PCR-positive Test for the Possibility of a False Positive Result. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 63(3): e159.
- Bröer, Christian és Broos Besseling (2017): Sadness or Depression: Making Sense of Low Mood and the Medicalization of Everyday Life. *Social Science & Medicine* (183): 28–36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.025>
- Canguilhem, Georges (2004 [1966]): *A normális és a kóros*. Budapest: Gondolat.
- Capurro, Gabriela, Cynthia G. Jardine, Jordan Tustin és Michelle Driedger (2022): Moral Panic About “Covidiot” in Canadian Newspaper Coverage of COVID-19. *PLOS ONE* 17(1): 1–15.
- Christiaens, Tim (2021): Biomedical Technocracy, the Networked Public Sphere and the Biopolitics of COVID-19: Notes on the Agamben Affair. *Culture, Theory and Critique* 62(4): 404–421. DOI: <https://doi.org/10.1080/14735784.2022.2099919>
- Conaner, Aslihan Ardic, Özüölmez Pelin Kilinc és Nermin Alkan (2022): Construction of Moral Panic on Twitter About Giving Children Covid-19 Vaccines: The Example of “#DenekDegilBebek.” *Erciyes İletişim Dergisi / Journal of Erciyes Communication* 9(2): 587–607. DOI: <https://doi.org/10.17680/erciyesiletisim.1076621>
- Conrad, Peter (1975): The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems* (23): 12–21.
- Conrad, Peter (1992): Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* (18): 209–232.
- Conrad, Peter (2005): The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* (46): 3–14. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter (2013): Medicalization. Changing Contours, Characteristics and Contexts. In *Medical Sociology on the Move*. William Cockerham (szerk.). Cham: Springer, 195–215.
- Conrad, Peter és Caitlin Slodden (2013): The Medicalization of Mental Disorder. In *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Aneshensel, Carol S. Aneshensel, Jo C. Phelan és Alex Bierman (szerk.). Cham: Springer, 61–75.
- Davis, Joseph E. (2010): Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. In *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. William Cockerham (szerk.). Hoboken: John Wiley & Sons, 211–241.
- De Vogli, Roberto (2022): COVID-19 and the Ecological Crisis: What do They Have in Common?. *Scandinavian Journal of Public Health* 51(5): 814–821. DOI: <https://doi.org/10.1177/14034948221134339>
- Degerman, Dan (2020): The Political Is Medical Now: COVID-19, Medicalization and Political Theory. *Theory & Event* 23(4) (Supplement): S-61–S-75.
- Esmonde, Katelyn és Shannon Jette (2020): Assembling the ‘Fitbit subject’: A Foucauldian-Sociomaterialist Examination of Social Class, Gender and Self-surveillance on Fitbit Community Message Boards. *Health* 24(3): 299–314.
- Estok, Simon C. (2021): Ecophobia and COVID-19. *International Journal of Fear Studies* 3(2): 90–99.
- Evans, Richard J. (2005): *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years*. London és New York: Penguin Books.
- Foucault, Michel (2000 [1963]): A klinikai orvoslás születése. In *Elmebetegség és pszichológia / A klinikai orvoslás születése*. Budapest: Corvina, 91–321.
- Foucault, Michel (2001 [1974]): The Birth of Social Medicine. In *The Essential Works of Michel Foucault. 1954–1984. Volume III. Power*. New York: The New Press, 134–157.
- Foucault, Michel (1980 [1975]): Body/Knowledge. In *Power/Knowledge. Selected Interviews & Other Writings. 1972–1977*. New York: Pantheon Books, 55–63.
- Foucault, Michel (2001 [1976]): Truth and Power. In *The Essential Works of Michel Foucault. 1954–1984. Volume III. Power*. New York: The New Press, 111–134.

- Foucault, Michel (2003 [1997]): *“Society Must Be Defended”*. *Lectures at the Collège de France, 1975–1976*. New York: Picador.
- Foucault, Michel (2004): The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?. *Foucault Studies* (1): 5–19.
- Foucault, Michel (2008 [2004]): *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France, 1978–1979*. ford. Graham Burchell. New York: Palgrave Macmillan.
- Foucault, Michel (2014 [1999]): A rendellenesek. Előadások a Collège de France-ban (1974–1975). Budapest: L’Harmattan.
- Grigg-Spall, Holly (2013): *Sweetening the Pill. Or How We Got Hooked On Hormonal Birth Control*. Winchester és Washington: Zero Books.
- Hall, Chris (2022): Ambivalent Thinking amid Pandemic Biopolitics. *European Journal of Political Theory*: DOI: <https://doi.org/10.1177/14748851221143450>
- Hancock, Black Hawk (2018): Michel Foucault and the Problematics of Power: Theorizing DTCA and Medicalized Subjectivity. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 43(4): 439–468.
- Harding, Jennifer (1997): Bodies at Risk: Sex Surveillance and Hormone Replacement Therapy. In *Foucault, Health and Medicine*. Alan Petersen és Robin Bunton (szerk.). London: Routledge, 134–151.
- Hayek, F. A. (1952): *The Counter-Revolution of Science. Studies in the Abuse of Reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Healy, Brendan et al. (2021): The Impact of False Positive COVID-19 Results In an Area of Low Prevalence. *Clinical Medicine* 21(1): e54.
- Hofmann, Björn (2016): Medicalization and Overdiagnosis: Different but Alike. *Medicine, Health Care and Philosophy* 19(2): 253–264.
- Højme, Philip (2022): Biopolitics and the COVID-19 Pandemic: A Foucauldian Interpretation of the Danish Government’s Response to the Pandemic. *Philosophies* 7(2): 1–11. DOI: <https://doi.org/10.3390/philosophies7020034>
- Hrynkow, Christopher (szerk. 2022): *Gondolatok a transzhumanizmusról*. Budapest: Pallas Athéné.
- Illich, Ivan (1976): *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.
- Jayasinghe, Kelum, Tarosha Jayasinghe, Chaminda Wijethilake Bandara és Pawan Adhikari (2021): Bio-Politics and Calculative Technologies in COVID Governance: Reflections From England. *International Journal of Health Policy and Management* 11(10): 2189–2197. DOI: <https://doi.org/10.34172/IJHPM.2021.134>
- Kayal, Philip (1993): *Bearing Witness: Gay Men’s Health Crisis and the Politics of AIDS*. Boulder: Westview.
- Kirksey, Eben (2021): Genealogy, Virality, and Potentiality: Moving Beyond Orientalism with COVID-19. *Journal of Bioethical Inquiry* 18(3): 383–387.
- Latour, Bruno (2000): On the Partial Existence of Existing and Non-Existing Objects. In *Biographies of Scientific Objects*. Daston, L. (szerk.). Chicago: University of Chicago Press, 247–269.
- Lawrence, D. H. (1970) *The Quest for Ranim: D. H. Lawrence’s Letters to S. S. Kotliansky, 1914–1930*. Montreal: McGill-Queen’s University Press.
- Ledin, Chase és Benjamin Weil (2021): ‘Test Now, Stop HIV’: COVID-19 and the Idealisation of Quarantine as the ‘End of HIV’. *Culture, Health & Sexuality* 23(11): 1470–1484. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1906953>
- Lemke, Thomas (2012): *Foucault, Governmentality, and Critique*. New York és London: Routledge.
- Lowenberg, June S. és Fred Davis (1994): Beyond Medicalisation-demedicalisation: the Case of Holistic Health. *Sociology of Health & Illness* 16(5): 579–599.
- Lupton, Deborah (1997): Foucault and the Medicalisation Critiquein. In *Foucault, Health and Medicine*. Alan Petersen és Robin Bunton (szerk.). London: Routledge, 94–113.
- Lupton, Deborah (2021): The Quantified Pandemic: Digitised Surveillance, Containment and Care in Response to the COVID-19 Crisis. In *Everyday Automation. Experiencing and Anticipating Emerging Technologies*. Sarah Pink, Martin Berg, Deborah Lupton és Minna Ruckenstein (szerk.). London és New York: Routledge, 59–72.
- Maturo, Anontio; Luca Mori és Veronica Moretti (2016): An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Mental Sphere. *Italian Journal of Sociology of Education* 8(3): 248–268.
- Mulder, Roger T. (2008): An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?. *Perspectives in Biology and Medicine* 51(2): 238–250.
- Nye, Robert A. (2003): The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 39(2): 115–129.
- Oakeshott, Michael (1975): *On Human Conduct*. Oxford: Oxford University Press.
- Oakeshott, Michael (2020 [1996]): *A hívő politika és a szkeptikus politika*. Budapest: Századvég.

- Parment, Wendy E. (1985): AIDS and Quarantine: The Revival of an Archaic Doctrine. *Hofstra Law Review* 14(1): 53–90.
- Piredda, Patrizia (2022): Language and Surveillance Practices. The Political Role of Foucault's and Schmitt's Theories and War Metaphors in the Political Narrative of the Covid-19 Pandemic. *Interface-Journal of European Languages and Literatures* 19(2): 67–91.
- Rittenhouse, C. Amanda (1991): The Emergence of Premenstrual Syndrome as a Social Problem. *Social Problems* 38(3): 412–425.
- Rogaski, Ruth (2014): *Hygienic Modernity. Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley: University of California Press.
- Rosen, George (2015 [1958]): *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rudisch Ferenc és Tóth Benedek (2019): Felvilágosodás, biopolitika, népesség. A modern közegészségügy fogalmának 19. századi kontextusai. *Kaleidoscope* 10(19): 18–31.
- Sander, Seb (2022): UK Lockdown Governmentalities: What Does It Mean to Govern in 2020?. *Foucault Studies* (32): 54–81.
- Schulman, Paul R. (2022): Reliability, Uncertainty and the Management of Error: New Perspectives in the COVID-19 Era. *Journal of Contingencies and Crisis Management* 30(1): 92–101.
- Scott, Wilbur J. (1990): PTSD in DSM-III: A Case of the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems* 37(3): 294–310.
- Segal, Jacob (2003): Freedom and normalization: Poststructuralism and the liberalism of Michael Oakeshott. *American Political Science Review* 97(3): 447–458.
- Shortreed, Susan M. et al. (2023): Increased COVID-19 Infection Risk Drives Racial and Ethnic Disparities in Severe COVID-19 Outcomes. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 10(1): 149–159.
- Sloterdijk, Peter (2013 [2009]): *You Must Change Your Life*. Malden: Polity.
- Sloterdijk, Peter (2016 [2013]): *Selected Exaggerations: Conversations and Interviews 1993–2012*. Malden: Polity.
- Szasz, Thomas (1977): *The Theology of Medicine. The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*. New York: Harper & Row.
- Takács Ádám (2009): Biopolitika és nemzeti állapot: egy foucault-i problematika rekonstrukciója. In *Kötőerők. Az identitás történetének térbeli keretei*. Cieger András (szerk.). Budapest: Atelier Társaság, 15–28.
- Tari Gergely Róbert (2015): A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei. *Századvég* 20 (76): 135–152.
- Torres, Jennifer C. (2014): Medicalizing to Demedicalize: Lactation Consultants and the (de) Medicalization of Breastfeeding. *Social Science & Medicine* (100): 159–166. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.013>
- Wernike, Kerstin, et al. (2021): Pitfalls in SARS-CoV-2 PCR Diagnostics. *Transboundary and Emerging Diseases* 68(2): 253–257.
- Williams, Simon J. és Michael Calnan (1996): The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity. *Social Science & Medicine* 42(12): 1609–1620.
- Wüstner, Kerstin (2022): Facing the Unvaccinated: Emotions, Stereotypes, and the Desire for Punishment During the COVID-19 Pandemic in Germany. *Romanian Journal of Psychology* 24(2): 25–32.
- Yang, Yu-Pei et al. (2022): False-positivity Results in Rapid Antigen Tests for SARS-CoV-2: an Umbrella Review of Meta-analyses and Systematic Reviews. *Expert Review of Anti-infective Therapy* 20(7): 1005–1013.
- Zola, Irving Kenneth (1972): Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20(4): 487–504.

Horváth Márk

az Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Képzőművészeti és Művészetelméleti Intézetének óraadója

Lovász Ádám

az Eötvös Loránd Tudományegyetem Filozófia Intézetének doktorjelöltje