

KATARZYNA SZOPA (ORCID: 0000-0002-5880-092X)

Choroby kapitalizmu

Podstawowe założenie dóbr wspólnych brzmi, że dobra wspólne to my i że kiedy inni ludzie chorują, to my również chorujemy. Zasada odpowiedzialności za życie innych jest w istocie fundamentalna.

Silvia Federici

Pomysł na temat niniejszego numeru zrodził się kilka lat temu. Kiedy z Katarzyną Warmuz przygotowaliśmy treść *call for papers*, nie wiedzieliśmy, że w niespełna miesiąc od jego publikacji wybuchnie pandemia COVID-19. Można by się zatem spodziewać, że w numerze dominować będą teksty „covidowe”¹. Tymczasem otrzymaliśmy wiele zgłoszeń, które nie dotyczyły bezpośrednio pandemii. Przeważał wśród nich temat zaburzeń psychicznych, co interpretujemy właśnie jako reakcję na dwa lata życia w izolacji. Zależało nam jednakże na tym, by w numerze znalazły się teksty wykraczające poza bieżący kontekst, o wiele bardziej zróżnicowane tematycznie, które ujmowałyby temat chorób kapitalizmu w szerokim spektrum stosunków społecznych, ekonomicznych i kulturowych. W gruncie rzeczy przyświecało nam dość banalne założenie,

1 W pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 na łamach *Praktyki Teoretycznej* ukazało się sporo tłumaczeń tekstów będących analizą bieżącej sytuacji. Oprócz tego rok później wydana została również książka *Pandemia kapitalizmu* (2021), zredagowana przez Przemysława Wielgosza, w której znalazły się teksty publikowane w *Le Monde Diplomatique – edycja polska*, odwołujące się do strukturalnych uwarunkowań pandemii. Na uwagę zasługuje również numer *Nowego Obywatela* zatytułowany *Twoje zdrowie!*, który poświęcony był przede wszystkim sytuacji polskiego systemu zdrowotnego (Nowy Obywatel 2021).

a mianowicie, że choroba jest przede wszystkim fenomenem społecznym, wypadkową wielu różnych czynników, w tym ekonomicznych, kulturowych i środowiskowych. Ponadto, ponieważ zakładamy, że choroby powstają częściowo w konkretnych warunkach społecznych, to bez zmiany tych ostatnich żadne programy ochrony zdrowia publicznego nie będą miały racji bytu (Waitzkin 1979, 93). Uważamy, że jedna z owych fundamentalnych zmian wiąże się z koniecznością odbudowywania kolektywnego życia, które jest, jak z kolei sugeruje Barbara Ehrenreich, warunkiem naszego zdrowia, rozumianego nie tyle jako stan braku choroby, ile jako ogólny dobrostan fizyczny i psychiczny:

Nasze ciała to nie zwłoki; są zamieszkiwane przez nasze umysły, za pomocą których jesteśmy związani z innymi, zarówno żyjącymi, jak i nieżyjącymi ludźmi i zwierzętami. Kiedy owe więzi zostają wzmocnione, to istnieje prawdopodobieństwo, że czujemy się lepiej. Jeśli im zagrozić lub je zerwać, to rezultat będzie fatalny, jak w przypadku „śmierci voodoo”, powszechnie znanej w tradycyjnych społeczeństwach, gdzie osoba, na którą spadła klątwa śmierci lub która złamała potężne tabu, umiera w ciągu jednego dnia bez żadnego fizycznego powodu. (Ehrenreich 2018, 29)

Jednym z punktów wyjścia do namysłu nad zdrowiem i chorobą w kapitalizmie stało się dla nas pytanie Silvii Federici: „w jaki sposób odtwarzać dobra wspólne skoncentrowane wokół zdrowia, zwłaszcza w obecnej sytuacji?” (Federici 2020, 6).

To właśnie trwająca od dwóch lat pandemia obnażyła miślność redukcyjnego modelu biomedycznego, który jest charakterystyczny dla kapitalistycznego sposobu produkcji. Model ten oparty jest na indywidualistycznym i esencjalistycznym (a co za tym idzie niejednokrotnie seksistowskim, rasistowskim i klasistowskim) paradygmacie, w ramach którego każda jednostka chorobowa rozpatrywana jest w oderwaniu od panujących warunków zewnętrznych. W ten sposób utrwalił się paradygmat częściowy, który wyparł ekospołeczny i środowiskowy model medycyny, oparty na podejściu holistycznym, uwzględniającym zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne w badaniach epidemiologicznych. Stanowisko to, lansowane przez radykalnych lekarzy już w XIX wieku, nie zdołało wybić się na pierwszy plan (zob. Clark, Foster i Holleman 2022). Perspektywa częściowa zdominowała medycynę oficjalną i utrwaliła się w jeszcze bardziej drapieżnej formie wraz z nadejściem neoliberalizmu. Na to redukcyjne, przyjazne kapitałowi podejście współczesnej medycyny zwróciły uwagę zwłaszcza badaczki feministyczne, jak wspomniana już Silvia Federici (2022), a także Mariarosa Dalla Costa. Pod-

kreślają one, że zdrowie i ogólnie prawo do opieki medycznej są ostatnim bastionem dóbr wspólnych ludzkości. Ich zdaniem zamach państwa i kapitału na opiekę zdrowotną jest w gruncie rzeczy zamachem na warunki reprodukcji życia na naszej planecie. Z tego powodu Tithi Bhattacharya nazywa kapitalizm systemem „wytwarzającym śmierć” (*death-making system*), a Naomi Klein – kataklizmowym (Klein 2020).

Pandemia unaoczniała fakt, że to właśnie praca reprodukcyjna, czyli codzienny zestaw aktywności, celem których jest podtrzymywanie życia społecznego, odgrywa fundamentalną rolę w walce z wirusem (Bhattacharya i Jaffe 2020; Bhattacharya i Ferguson 2020; Arruzza i Mometti 2020). Praca ta nie ogranicza się jedynie do nieopłaconej pracy domowej, ale dotyczy wszystkich sfer ludzkiej aktywności (w tym zarówno pracy najemnej, jak i nienajemnej), które są odpowiedzialne za reprodukcję życia społecznego w wymiarze codziennym i międzypokoleniowym. Jedną z fundamentalnych sfer takiej aktywności jest właśnie system opieki zdrowotnej. Praca reprodukcyjna odbywa się również wszędzie tam, gdzie dominują działania bazowego komunizmu, a w szczególności samopomoc i oddolna organizacja społeczna – nie tylko w warunkach kryzysu, lecz także na poziomie codziennych praktyk (Illner 2020). Tymczasem w warunkach neoliberalnej prywatyzacji usług publicznych jest ona nieustannie dewaluowana, a koszty z nią związane przerzucane są na karb tych wszystkich, którzy ją wykonują. W ten sposób między kapitałem a procesami wytwarzania życia tworzy się paradoksalna relacja, którą feministki społecznej reprodukcji określają mianem „niechętniej zależności”. Trwanie kapitału zależne jest bowiem od tych procesów, których nie sposób w pełni kontrolować i dlatego bezpośrednio mu zagrażają (Bhattacharya et. al 2021).

Społeczeństwo powinno być zatem zorganizowane w taki sposób, by zapewnić wszystkim najlepsze warunki dla reprodukcji życia. Prawo do ochrony zdrowia – obok dostępu do świeżej żywności, czystej wody, dachu nad głową czy edukacji – jest ich nieodłącznym elementem. Istotne jest zatem, byśmy dążyli do uwspólniania pracy reprodukcją życie codzienne i uczynili z niej jedną z podstawowych form walki z najbardziej chorobotwórczym systemem, jakim jest heteropatriarchalny kapitalizm.

W niniejszym numerze znalazły się bardzo zróżnicowane tematycznie teksty, w których sporo miejsca zajmuje namysł nad uwikłaniem systemu medycznego i farmaceutycznego w mechanizmy rynkowe, a także w prak-

Społeczeństwo powinno być zorganizowane w taki sposób, by zapewnić wszystkim najlepsze warunki dla reprodukcji życia. Prawo do ochrony zdrowia – obok dostępu do świeżej żywności, czystej wody, dachu nad głową czy edukacji – jest ich nieodłącznym elementem. Istotne jest zatem, byśmy dążyli do uwspólniania pracy reprodukcją życie codzienne i uczynili z niej jedną z podstawowych form walki z najbardziej chorobotwórczym systemem, jakim jest heteropatriarchalny kapitalizm.

tyki przemocowe, związane z polityką seksistowską, z rasizmem czy klasyzmem. Poszczególne artykuły dotyczą kwestii historycznych, a konkretnie rekonstrukcji rozwoju nauk medycznych i ich rozmaitych wariantów, jak medycyna społeczna i ekospołeczna. W innych ukazane zostały warunki kształtowania się konwencjonalnej medycyny w przemysłowym okresie rozwoju kapitalizmu, a także towarzyszące im poszczególne przypadki chorób zawodowych, takich jak krzemica, ołowica i fluoroz. Część artykułów odnosi się do sytuacji współczesnej, czyli do kwestii zdrowia psychicznego w warunkach neoliberalnej prywatyzacji usług publicznych. Spora miejsca w numerze poświęciliśmy historii medycyny i roli, jaką odgrywała i wciąż odgrywa w podtrzymywaniu i utrwalaniu systemowej przemocy, zwłaszcza wobec kobiet i mniejszości. Numer otwiera tekst Mariarosy Dalla Costy, który wpisuje się w długą debatę na temat patriarchalno-kapitalistycznych uwarunkowań ginekologii i położnictwa. Zgłębiając temat współczesnej relacji medycyny i przemocy wobec kobiet, autorka przygląda się problemowi nadużywania histerekтомii i owariektomii, czyli jednych z najbardziej inwazyjnych i daleko idących w skutkach operacji na żeńskich narządach rozrodczych. Dalla Costa dostrzega w owych nadużyciach swoistą kontynuację przemocy z wcześniejszych etapów rozwoju kapitalizmu, a zwłaszcza z czasów polowań na czarownice i prześladowań akuszerki, zielarki i znachorki (Ehrenreich i English 2010; Federici 2014). Umożliwiły one monopolizację ginekologii i położnictwa, które znalazły się w rękach wykształconych mężczyzn z klasy rządzącej². Jednakże mechanizm kontroli zdrowia, ukształtowany w epoce wiktoriańskiej, skupiał się nie tylko na biedocie – dotyczył on również kobiet z klas posiadających. W przypadku tych ostatnich chodziło mianowicie o teorię „oszczędzania energii”, która opierała się na założeniu o konieczności leczenia wszelkich schorzeń za pomocą bezproduktywnego odpoczynku (Ehrenreich i English 2011, 64)³. Celem takiej terapii było skumulowanie całej energii życiowej i witalnej kobiety w okolicach macicy, by w ten sposób nie dopuścić do jej utraty na rzecz innych

2 Skutki tego procesu są odczuwalne do dziś – niespełna miesiąc temu w trakcie pobytu w szpitalu usłyszałam rozmowę jednej z pacjentek z lekarzem na temat zakresu jej operacji. Początkowo miała ona dotyczyć wycięcia trzonu macicy z powodu dużego mięśniaka. Jednakże lekarz zaproponował usunięcie zdrowych jajników, odwołując się do kryterium wieku. Kiedy pięćdziesięciodwuletnia pacjentka zaprotestowała i powołała się na opinię swojej ginekolożki, lekarz skwitował krótko, że jest to niezrozumiała dla niego „solidarność jajników”.

3 Dyskurs ten jest najszerzej opisany i udokumentowany w studiach nad kobiecą histerią, a na problem ten zwracały uwagę aktywistki, działaczki i pisarki tamtej epoki, między innymi Charlotte Perkins Gilman w słynnym już opowiadaniu *Złota tapeta* (zob. Kłosińska 2010, 261–264).

narządów, na przykład mózgu. Owo wieczne inwalidztwo kobiet miało gwarantować całkowitą kontrolę nad reprodukcją. Nieprzypadkowo większość chorób wśród kobiet z burżuazji utożsamiano z dysfunkcją jajników, a najskuteczniejszą formą leczenia miały być właśnie owariektomia i histerektomia, czyli tzw. kobieca kastracja (Ehrenreich i English 2011, 78). Dalla Costa dostrzega w owych nadużyciach bezpośrednią napaść na integralność ciała i natury, a także na ich moce reprodukcyjne, uznając je za kolejną formę wyłączenia, przeciwko której kobiety na całym świecie stawiały i stawiają opór.

Tekst Teresy Fazan dotyka jednego z najbardziej przemilczanych w dyskursie feministycznym problemów, jakim jest niepłodność. Temat ten zazwyczaj pojawia się na marginesie dyskusji o ART (*assistance reproductive technologies*), nie zaś w kontekście walki o prawa reprodukcyjne. Te ostatnie zostały bowiem przez głównonurtowy feminizm ograniczone w przeważającej mierze do kwestii aborcji i antykoncepcji. Tymczasem wykluczenie niepłodności z walki o prawa reprodukcyjne skutkuje nie tylko pogłębianiem izolacji kobiet borykających się z tym schorzeniem, lecz także przeoczeniem kwestii rasowych i klasowych, o które od lat siedemdziesiątych upomina się Reproductive Justice Movement, reprezentowany w głównej mierze przez kobiety czarne i kolorowe. Niepłodność z jednej strony ukazywana jest przez dyskursy konserwatywne jako kara za emancypację kobiet, a z drugiej – pozostaje całkowicie przemilczana przez współczesne dyskursy feministyczne. Kobieta zmagająca się z niepłodnością boryka się z tymi sprzecznościami każdego dnia. Podejmując leczenie w klinice niepłodności, sprzeniewierza się ona liberalnej wizji emancypacji kobiet, wyzwolonych od ciężaru macierzyństwa; z drugiej strony nie wpisuje się w pronatalistyczne narracje, w ramach których bycie matką jest uznawane za istotę kobiecości lub jedno z najważniejszych doświadczeń życiowych. Dochodzi do tego neomaltuzjański dyskurs antynatalistyczny, w ramach którego starania o ciążę metodą sztucznego zapłodnienia uznawane są za przejaw skrajnego egoizmu w obliczu katastrofy klimatycznej. Niepłodność staje się tym samym sprawą wyłącznie prywatną, wyjętą poza dyskusję o prawach reprodukcyjnych, która opiera się w głównej mierze na prawu do nieposiadania dzieci (Kimball 2019, 74). Tymczasem liczba osób szukających pomocy w klinikach leczenia niepłodności przeczy liberalnej wizji emancypacji kobiet, wolnych od ciężaru macierzyństwa. Fazan w swoim artykule dowodzi, że ograniczenie dostępu do leczenia niepłodności w Polsce jest nie tylko przejawem fasadowej polityki prorodzinnej, pogłębiającej społeczne nierówności, lecz nade wszystko jednym z mechanizmów urasowania wybranych grup społecznych, którym utrudnia się reprodukcję

biologiczno-społeczną. Wizerunek kobiety niepełnej przylgnął bowiem do celebrytek lub kobiet zamożnych⁴. Kontrastuje on z innym stereotypem – nadmiernie płodnej, wielodzietnej „madki”, beneficjentki programu 500+. Tymczasem z horyzontu znika perspektywa niezamożnych kobiet, dla których leczenie niepłodności jest odległym, często niemożliwym do zrealizowania marzeniem, nieprzystającym ani do konserwatywnych wyobrażeń matki Polki, ani do liberalnej narracji „My Body, My Choice”.

Uwikłanie instytucji medycznych w seksistowską politykę płciową jest dobrze udokumentowane w literaturze feministycznej. Jednakże, jak słusznie pisały Barbara Ehrenreich i Deirdre English w *Complaints & Disorders: The Sexual Politics of Sickness* (1972), klasycznej już książce poświęconej płciowej polityce zdrowia, „kobiety nie stanowią »klasy«; nie są jednakowo opresjonowane; nie wszystkie doświadczają seksizmu w ten sam sposób” (Ehrenreich i English 2011, 39). To właśnie one zwróciły uwagę na to, że społeczne role kobiet zamożnych oraz kobiet z klasy robotniczej wymagały innego uzasadnienia przez system medyczny:

Podczas gdy kobiety zamożne były uznawane za chore z natury, za zbyt słabe i delikatne, by zajmować się czymkolwiek z wyjątkiem łagodnej rozrywki, to panowało przekonanie, że kobiety z klasy robotniczej są z natury zdrowe i krzepkie. W rzeczywistości było wprost przeciwnie. Kobiety z klasy robotniczej, które spędzały długie godziny w pracy i nie miały zapewnionego adekwatnego odpoczynku i wyżywienia, cierpiały o wiele częściej niż kobiety zamożne z powodu chorób zakaźnych i komplikacji przy porodzie. (Ehrenreich i English 2011, 41)

Dlatego też kolejny dział w numerze otwierają teksty odsłaniające złożoność doświadczenia opresji kobiet i jej związku z instytucjami medycznymi. Pierwszym jest nieopublikowany dotąd w języku polskim artykuł Karola Marksa zatytułowany *Peuchet: o samobójstwie*, który ukazał się na łamach *Gesellschaftsspiegel* w 1846 roku. Artykuł ten składa się w istocie z obszernych fragmentów policyjnych raportów na temat samobójstw, które przygotował i opracował opiekun archiwum prefektury policji w Paryżu Jacques Peuchet. Tym, co wydaje się szczególnie interesujące, jest dokonany przez Marksa wybór owych fragmentów. Większość z nich dotyczy bowiem przypadków samobójstw wśród kobiet,

4 Jeden z najbardziej sugestywnych obrazów, utrwalających stereotyp niepełnej, okrutnej i żądnej zemsty kobiety z wyższych sfer znaleźć można w *Opowieści podręcznej* Margaret Atwood. Więcej o sposobie przedstawienia żon Komentantów piszą Sophie Lewis (2019, 14–15) i Alexandra Kimball (2019, 56–64).

w tym w aż dwóch mowa o przedstawicielkach burżuazji. Tekst ten nie tylko stanowi dowód na zainteresowanie Marksa tzw. kwestią kobiecą, która bynajmniej nie ograniczała się wyłącznie do kobiet z klasy robotniczej; jest przede wszystkim jawną krytyką Kodeksu Napoleona i opresyjnego modelu mieszczańskiej rodziny – warto w tym miejscu nadmienić, że ukazał się na długo zanim John Stuart Mill opublikował słynne *Poddanie kobiet* (1869). To właśnie kwestia społecznej alienacji miała być, zdaniem Marksa, jedną z głównych przyczyn narastającej fali samobójstw. W wybranych przez niego przypadkach samobójczych śmierci kobiet na pierwszy plan wysuwają się przede wszystkim takie aspekty życia rodzinnego burżuazji, jak skutki bezwzględnej władzy rodzicielskiej nad dziećmi (szczególnie surowej i dotkliwej dla dorastających dziewcząt), problem posiadania żon na własność oraz ich społecznego i ekonomicznego niewolenia, a także kwestia braku dostępu do legalnej aborcji. Jak tłumaczy Heather Brown, każdy z omawianych przez Peucheta przypadków służy Marksowi za przykład nierozzerwalnego związku opresyjnych stosunków między płciami z ogólnymi warunkami społecznymi (Brown 2013, 44–48). Wypuklając te kwestie, Marks dowodzi, że bez zmiany całokształtu stosunków społecznych, począwszy od opresyjnego modelu rodziny mieszczańskiej, nie może być mowy o zniesieniu opresji kobiet: „*Rewolucja nie obaliła wszystkich tyranii; zło, które zarzucano arbitralnej przemocy, istnieje nadal w rodzinach; to tu powoduje kryzysy, analogiczne do kryzysów rewolucji*” (Marks 2022, 106). Prawo własności przenika bowiem wszystkie stosunki społeczne, lecz – co wydaje się symptomatyczne – to właśnie relacje między płciami stanowią tu ilustrację ogólnej zasady rozwoju społecznego.

Kwestię tę omawia szczegółowo Mikołaj Ratajczak w komentarzu krytycznym do tłumaczenia tekstu Marksa. Pokazuje on, w jaki sposób Marks – za pomocą własnych dopisków do tekstu Peucheta i zmian w oryginale – wyprowadza dyskusję o samobójstwie poza moralizatorskie dywagacje i wskazuje raczej na materialne uwarunkowania śmierci samobójczej, czyniąc z niej społeczny fakt, nie zaś indywidualną przypadłość jednostki. W ten sposób z pamiętników Peucheta wyłania się złożona analiza relacji władzy w rodzinie mieszczańskiej, która jest strukturalnie powiązana z władzą instytucjonalną, prawną i rynkową, jak również z tym, co w danym momencie głosi opinia publiczna. Tekst ten odsłania przede wszystkim mechanizmy naturalizacji modelu mieszczańskiej rodziny, w której kobiety podporządkowane są autorytetowi nie tylko władzy ojcowskiej, męzowskiej, lecz również władzy lekarza oraz opinii publicznej. Jak słusznie zauważa Ratajczak, Marksowi udaje się tym samym wydobyc właściwe znaczenie postulatów „prywatne jest polityczne”.

Tezy Marksa korespondują z tekstem autorstwa Barbary Ehrenreich i Deirdre English, zatytułowanym *Odrażające kobiety z klasy robotniczej*. Dotyczy on sytuacji proletariuszek w Stanach Zjednoczonych w drugiej połowie XIX i na początku XX wieku. Autorki tropią dziewiętnastowieczne mechanizmy wytwarzania dyskursów na temat choroby i ich polityczne inklinacje. Ich zdaniem urasowanie klasy robotniczej często zaczyna się od prób utożsamienia jej z konkretną jednostką chorobową, by skuteczniej utrzymać klasową strukturę w społeczeństwie. Jednocześnie dowodzą one, że najczęściej to właśnie kobiety z klasy robotniczej obwiniano o szerzenie chorób zakaźnych, jak w słynnym przypadku „tyfusowej Mary” – kucharki podejrzewanej o zarażenie tyfusem swoich zamożnych pracodawców i z tego powodu wielokrotnie ściganej i zamkniętej w więzieniu. Historia ta dowodzi, że ten swoisty amalgamat dyskursów rasistowskich i seksistowskich, stosowany od zawsze w kapitalizmie, by dzielić społeczeństwo, dotyka w szczególny sposób kobiet z klasy robotniczej (Ferguson 2020, 115).

Walka o zdrowie stała się również filarem ruchów emancypacyjnych w XIX i XX wieku, o czym piszą Ehrenreich i English, gdyż „[t]o właśnie medycyna stanowiła jedno z najpotężniejszych źródeł seksistowskiej ideologii w naszej kulturze” (Ehrenreich i English 2011, 31). W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku jednym z głównych celów ruchu feministycznego było odzyskanie przez kobiety kontroli nad ich ciałami, co w praktyce oznaczało walkę z kontrolą, jaką nałożyły na kobiety instytucje medyczne. Chodziło również o obnażenie seksistowskiej ideologii, która dominowała w medycynie i polegała na określonej interpretacji funkcji biologicznych w celu utrwalenia społecznej roli kobiet. Od lat osiemdziesiątych, odkąd zaczęła panować tzw. obsesja zdrowia, nastąpił nagły zwrot w sposobie postrzegania owej roli – od tej pory kobiety miały sprawnie łączyć dwa etaty: pracę w domu z pracą poza domem. Nie było tu już miejsca na „problem, który nie ma nazwy”, gdyż zdrowie zostało powiązane z dyskursem produktywności i przybrało nowy wymiar: stało się moralnym obowiązkiem jednostki.

Tymczasem Ehrenreich i English dostrzegły w kwestii zdrowia i praw reprodukcyjnych (które nie są ograniczone wyłącznie do walki o aborcję i antykoncepcję) element spajający ruch feministyczny: „Zdrowie jest dla kobiet kwestią, która ma potencjał przekraczania podziałów klasowych i rasowych” (Ehrenreich i English 2011, 157). Obserwując poczynania zorganizowanej działalności Women’s Health Movement, przestrzegały przed tym, by nie ograniczać owej walki do interesów wybranej grupy kobiet: „Ruch, który uznaje tylko biologiczne podobieństwo, lecz nie dostrzega, że nasze priorytety są zróżnicowane, nie może być ruchem

kobiet na rzecz zdrowia, może być jedynie ruchem *niektórych* kobiet na rzecz zdrowia” (Ehrenreich i English 2011, 159). Na początku lat siedemdziesiątych pisały: „Rosnąca świadomość feministyczna umożliwiła nam po raz pierwszy stworzenie prawdziwie egalitarnego, masowego ruchu kobiet na rzecz zdrowia” (Ehrenreich i English 2011, 157). Po latach Ehrenreich dodaje, że jest to wciąż niezrealizowany postulat w obszarze walk feministycznych (Ehrenreich 2018, 25). Jej zdaniem nie sposób już dziś – w dobie zaawansowanych biotechnologii oraz nauk medycznych – wyjaśniać rosnącej liczby cesarskich cięć lub powikłań poporodowych wyłącznie za pomocą odwołania do monolitycznego systemu dominacji, jakim miałyby być „patriarchat”. Potrzeba raczej złożonych analiz strukturalnej przemocy ze strony systemu kontroli, jakim stała się współczesna medycyna, często przekształcająca ludzi w surowce przeznaczone do konsumpcji przez żądny zysku przemysł medyczno-farmakologiczny (Ehrenreich 2018, 4).

Pojawienie się wielu chorób zbiega się w czasie z rozwojem dojrzałej formy kapitalizmu przemysłowego w XIX wieku. Już wówczas zaczął kształtować się model medycyny społecznej, która, wedle Michela Foucaulta, nie była przeciwieństwem medycyny indywidualistycznej⁵, lecz jej pełną realizacją. Skoncentrowana na zdrowiu jednostki oraz na ciele, dążyła do umocnienia kontroli nad zdrowiem populacji. Choć model medycyny społecznej (Foucault wyróżnia trzy jej formy: państwową, miejską oraz proletariacką) pojawił się w XVIII wieku, to szczególnie postać przybrał w drugiej połowie XIX wieku. Początkowo nie była ona skupiona na zdrowiu klasy robotniczej; celem powstałej w Prusach państwowej policji medycznej była poprawa zdrowia jednostki, by w ten sposób umacniać siłę państwa. Od czasu wybuchu epidemii cholery w 1832 roku w całej Europie sytuacja uległa zmianie – przestrzenie miejskie dzielono na dzielnice bogatych i biednych, zaś w miejskiej biedocie i proletariacie zaczęto dostrzegać zagrożenie epidemiologiczne i poddawać je coraz ściślejszej kontroli medycznej, ale już niekoniecznie opiece zdrowotnej (Foucault 2003). Jak odnotowuje Foucault, w tym czasie kształtuje się również – zwłaszcza w Anglii – ta odmiana medycyny, której celem była kontrola zdrowia robotników, przystosowanie ich do

5 W *The Birth of Social Medicine* Foucault pisze: „wraz z kapitalizmem nie przeszliśmy od medycyny kolektywnej do medycyny prywatnej. Było dokładnie na odwrót: kapitalizm, który kształtował się od końca XVIII do początku XIX wieku, zaczął od socjalizacji pierwszego obiektu, czyli ciała, będącego czynnikiem produktywnej siły, siły roboczej. Kontrola społeczeństwa nad jednostkami została zrealizowana nie tylko za sprawą świadomości czy ideologii, lecz również w ciele i z ciałem” (Foucault 2003, 321).

nowych warunków pracy i zniwelowanie zagrożenia, jakie stanowili oni dla klas posiadających. Towarzyszył temu dyskurs łączący troskę o zdrowie biedoty z ideą produktywności, który przetrwał do tej pory. Jak pisze Michał Pospiszyl,

Celem polityki opartej na prewencji, na zapobieganiu chorobom (i buntom), nie jest po prostu oczyszczenie ciała społecznego z grup społecznych uważanych za nieczyste, ale zmiana zachowań, a więc zastąpienie lenistwa – pracowitością, brudu – codzienną higieną, nieposłuszeństwa – dyscypliną. (Pospiszyl 2021, 14)

W przeciwieństwie do tego redukcyjnego podejścia istniała alternatywa w postaci medycyny ekospołecznej. Autorzy tekstu *Kapitał i ekologia choroby* przytaczają stanowiska jej czołowych orędowników i rekonstruują historię walk o uspołecznienie medycyny. Ekospołeczna medycyna oparta była, jak piszą Brett Clark, John Bellamy Foster i Hannah Holleman, na założeniach dialektycznej materialistyczno-ekologicznej tradycji, której źródeł należy szukać już u greckich filozofów przyrody. Perspektywa ta bazuje na ujęciu holistycznym, które w zapobieganiu rozwojowi chorób i ich leczeniu każe uwzględniać warunki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, a także środowiskowe. Orędownikami tego podejścia byli m.in. John Simon, Henry Julian Hunter, Rudolf Virchow, Edwin Lankester, Edward Smith czy Florence Kelley, a także Salvador Allende, W.E.B. Du Bois i Norman Bethune czy wreszcie Alice Hamilton. Jak dowodzą autorzy tekstu, to właśnie radykalni lekarze i reformatorzy ukazali warunki życia i pracy klasy robotniczej w kapitalizmie przemysłowym i mieli niebagatelny wpływ na rozwój myśli Marksa i Engelsa⁶. Wskazywali przede wszystkim na czynniki środowiskowe i zawodowe, które mają wpływ na zdrowie populacji, a także na korelację między występowaniem niektórych chorób a warunkami mieszkaniowymi i sposobem odżywiania wśród klasy pracującej i biedoty. Dlatego też za najważniejszy element ekospołecznej medycyny uznać należy właśnie powiązanie kwestii zdrowia z czynnikami środowiskowymi. Jak pokazują autorzy tekstu, nie tylko wytworzenie monokultur i zwalczanie bioróż-

6 Co istotne, sytuację zdrowotną proletariuszek najlepiej oddają poszczególne fragmenty pierwszego tomu *Kapitału*. Opierając się na raportach urzędnika sanitarnego Johna Simona, Marks skupia się na kwestii niedożywienia i chorób z niego wynikających. Odnotowuje on, że grupę najbardziej dotkniętą głodem stanowią robotnice fabryczne lub żony robotników. To właśnie fatalne warunki mieszkaniowe robotników stanowiły jedną z głównych przyczyn pleniienia się chorób zakaźnych. Raporty Simona, a także innych lekarzy, na których w swoich pismach opierali się Marks i Engels, dowodzą jedynie tego, że prawo do zachowania zdrowia było istotnym elementem walki klasowej.

norodności, ale też ekspansje kolonialne, które skutkowały zaburzeniem odporności lokalnej populacji i rozprzestrzenieniem chorób tropikalnych, postępująca urbanizacja, tworzenie ogromnych skupisk ludności i zwierząt przy jednolitej i ubogiej diecie – nasiliło kolejne plagi epidemii i chorób. Jednakże za jedną z największych zbrodni kapitalizmu uznają oni destrukcję, która odbywała się i odbywa w domenie zdrowia, a obecnie w warunkach neoliberalnej prywatyzacji w obszarze opieki zdrowotnej. Autorzy dowodzą tym samym, że walka o prawo do życia w zdrowiu, w tym o dostęp do powszechnej i bezpłatnej opieki medycznej, musi iść w parze z walką o sprawiedliwość środowiskową.

Szczególnie interesujący wydaje się w tym kontekście sposób definiowania chorób zawodowych (po raz pierwszy opisanych przez Bernarda Ramazziniego w 1700 roku), chorób wywoływanych przez biedę (przykładem może być zdiagnozowany w 1848 roku przez Rudolfa Virchowa słynny przypadek tyfusu głodowego na Górnym Śląsku) czy też chorób będących efektem skażenia lokalnego środowiska przez toksyczne substancje i odpady poprodukcyjne. Kwestie te podejmuje artykuły Marty Tomczok i Moniki Glosowicz. Obie autorki skupiły się na chorobach zawodowych, w tym przypadku na krzemicy, ołowicy i fluorozie, na jakie zapadali robotnicy zakładów przemysłowych m.in. w Szopienicach i w Hucie Silesia w Rybniku. Przyglądając się literaturze różnych okresów, a konkretnie powieściom *Hutnik* Artura Gruszeckiego i *Moja Ołowianko, klęknij na kolanko* Marty Fox oraz reportażom *Ołowiane dzieci. Zapomniana epidemia* Michała Jędryki i *Potosí. Góra, która zjada ludzi* Andera Izagirrego, Tomczok tropi elementy romantycznej melancholii w sposobach kształtowania dyskursu na temat chorób górniczo-hutniczych, dowodząc, że jest ona formą reakcyjną; sposobem odwracania uwagi od istoty warunków pracy. Na przeciwległym biegunie tej narracji pojawia się natomiast nieopowiedziana dotychczas historia kobiecego buntu przeciwko warunkom życia i pracy narzucanym przez kapitał. W centrum walk kobiet znajduje się kwestia reprodukcji życia codziennego, a zwłaszcza ochrona zdrowia i życia lokalnych społeczności. W swojej analizie Tomczok, podążając za obserwacjami Federici, skupia się na zdolności kobiet do samoorganizowania się i stawiania oporu niszczącej polityce kapitału.

Z kolei w tekście Glosowicz odnajdziemy wypowiedzi byłych pracownic i pracowników rybnickiej huty, które składają się na – jak rzecz tę określiła autorka – „rwaną historię” Górnego Śląska. W przypadku rybnickiej huty historia ta utkana jest z nieopowiedzianych lub wyciszanych opowieści o fluorozie – chorobie wyniszczającej nie tylko ciała robotnic i robotników, ale też rozległe obszary środowiska naturalnego

znajdujące się w tzw. rejonach emisji. Te ostatnie Silvia Federici określiła mianem „stref ofiarniczych”, czyli obszarów o najwyższym stopniu skażenia środowiska, gdzie życie ludzkie i nieludzkie świadomie wystawiane jest na zagrożenie bezpośrednio prowadzące do choroby i śmierci. Rekonstruowana przez Glosowitza historia pokazuje wyraźnie, że to oddolna walka mieszkańców okolic Huty oraz jej pracownic i pracowników przyczyniła się do nadania fluorozie miana jednostki choroby zawodowej. Działania związkowe oraz Sierpień 1980, w wyniku których zaczęto pochylać się nad związkiem między chorobami a skażeniem środowiska odpadami poprodukcyjnymi, stanowiły jedynie ukoronowanie długoletnich walk lokalnej ludności o prawo do ochrony życia i zdrowia. W tym sensie „rwana historia” Górnego Śląska w opowieści jego mieszkańców kontrastuje z historią dominującą, często utrwaloną w postaci dokumentów prawnych, pism urzędowych czy artykułów prasowych. Podczas gdy ta ostatnia jest historią odcieleśnioną, ta druga wskazuje na konieczność odzyskiwania głosu ludzi i odbudowywania historii ciał zamieszkujących dane środowisko.

O prywatyzacji chorób w warunkach neoliberalnej polityki cięć i oszczędności traktuje kolejny rozdział, który otwiera tekst Marka Fishera. Tytułowa prywatyzacja stresu polega na maskowaniu społeczno-ekonomicznych warunków pracy, będących przyczyną pogłębiającego się rozpadu kolektywnego życia w neoliberalnym kapitalizmie. Ów rozpad przejawia się nie tylko pogłębioną izolacją i depresją, ale też naturalizowaniem konkurencyjności czy zacieraniem granicy między czasem pracy a czasem wolnym. Remedium na ten stan rzeczy ma być, zdaniem Fishera, demokratyzacja sfery publicznej oraz nowa polityka zdrowia psychicznego.

Do tez Fishera nawiązuje pośrednio artykuł Katarzyny Warmuz, będący przyczynkiem do materialistycznej historii uzależnień. Autorka skupia się na tropieniu mechanizmu urasowienia klasy ludowej w warunkach transformacji ustrojowej, który skutkował utożsamieniem określonej grupy społecznej z wizerunkiem alkoholika. Uzależnienie od alkoholu postrzegane było przez liberalne elity jako efekt nieumiejętności dostosowania się klasy ludowej do zachodnich standardów. Narracja ta miała maskować materialne uwarunkowania choroby alkoholowej. Tymczasem autorka wskazuje na rosnący problem uzależnień wśród kobiet z klasy średniej, permanentnie funkcjonujących pod presją narzucanej im konieczności samorealizacji. Ta ostatnia wiąże się z hiperproduktywnością w warunkach niestabilnego zatrudnienia i elastycznego rynku pracy, a także polegać ma na umiejętnym łączeniu pracy na dwóch etatach: w domu i poza domem. Dochodzi do tego panująca ostatnimi czasy

obsesja zdrowia, jaką utrwała tzw. kultura zdrowego trybu życia. Wszystko to powoduje, że – jak pisze Fisher – prywatyzacja stresu wiąże się z rozpadem więzi społecznych: „Ta depresja nie była doświadczana kolektywnie – wręcz przeciwnie, przyjęła formę rozkładania kolektywności na elementy, które tworzyły nowe sposoby atomizacji” (Fisher 2022). Alkoholizm wśród kobiet z klasy średniej, które – na co wskazują rozmówczynie Warmuz – najczęściej piją samotnie i w ukryciu, jest tylko jednym z wielu symptomów owego rozpadu kolektywnego świata.

Równie ciekawe stanowisko prezentuje tekst Izabeli Lewińskiej i Kacpra Górskiego na temat zjawiska komercjalizacji testów autodiagnostycznych, które jest elementem obecnej tendencji określanej mianem „przediagnozowania” (Ehrenreich 2018), napędzanej przez żądny zysku system medyczny i farmakologiczny. Uwidacznia się tu towarzyszący prywatyzacji opieki zdrowotnej mechanizm umocnienia dyskursu łączącego zdrowie z „doktryną osobistej odpowiedzialności” (Ehrenreich 2018, 92–93). Myślenie o zdrowiu ulega w jej ramach znaczącemu przekształceniu z prawa do opieki zdrowotnej w biomoralny obowiązek jednostki, zobligowanej do dbania o swoje zdrowie. Komercjalizacja testów autodiagnostycznych wpisuje się w tę narrację: z jednej strony ma przyspieszać i ułatwiać diagnostykę, a z drugiej – stanowi odbicie biomedycznego modelu opartego na paradygmacie częściowym. Zgodnie z jego założeniami zdrowie przestaje być fenomenem ogólnego dobrostanu psychofizycznego, a staje się – jak piszą Górski i Lewińska – zbiorem luźno ze sobą powiązanych parametrów biologicznych, o których ważności decyduje rynek. W tych warunkach rola pacjenta ustępuje na rzecz roli konsumenta.

W temacie dyskursywizacji chorób oscylują teksty Zuzanny Sali i Krzysztofa Świrka, będące analizą literatury oraz serialu. Przyglądając się poezji Tomasza Bąka oraz twórczości prozatorskiej Olgi Hund, Sala poszukuje takich form narracyjnych, które wyprowadzałyby dyskurs o chorobie poza kontekst konfesyjny, mający tendencję do romantyzowania zaburzeń psychicznych i postrzegania ich w ramach indywidualistycznego i wyabstrahowanego z kontekstu społeczno-ekonomicznego modelu biomedycznego. Tymczasem autorka stawia tezę, że jedną z takich narracji, które ujmują chorobę w kontekście pozajednostkowym, może być humor, będący strategią wyzwalającą praktyki wspólnototwórcze.

Krzysztof Świrek z kolei skupia się na zjawisku „choroby braku granic”, odnoszącej się do pełnego sprzeczności sposobu funkcjonowania klasy średniej. „Choroba” ta, zdaniem autora, pochwycona jest przez dwa konfliktowe stany afektywne o których Fisher pisze w *Realizmie kapitalistycznym*: maniakałny wzlot, cechujący się wiarą we własne zdol-

ności twórcze, oraz pogłębiającą się depresję, utożsamianą ze stanem psychicznego i fizycznego wyczerpania. Wykorzystując m.in. narzędzia z obszaru psychoanalizy, a także teorii socjologicznych do opisu zjawisk społecznych, autor dowodzi, że indywidualne stany psychiczne są tak naprawdę uwarunkowane przez społeczne warunki życia. Przyglądając się serialowi *Illuminacja*, który stanowić ma egzemplifikację owej „afektywnej spekulacji”, jakiej poddana jest główna bohaterka w alienującym świecie korporacji, Świrek wskazuje na zakamuflowane mechanizmy normalizowania depresji poprzez zachęcanie pracowników do nieustannego treningu duchowego⁷. Stawką jest tu zawsze utrzymanie się w grze rynkowej i nadążanie za jej zmianami.

Wykaz literatury:

- Arruzza, Cinzia, i Felice Mometti. 2020. „Rządzenie i konflikty społeczne w czasie pandemii.” Tłum. Katarzyna Szopa i Katarzyna Warmuz. *Praktyka Teoretyczna*. <https://www.praktykateoretyczna.pl/artykuly/rzadzenie-i-konflikty-spoeczne-w-czasie-pandemii/>
- Bhattacharya, Tithi, i Aaron Jaffe. 2020. „Social Reproduction and the Pandemic.” *Dissent Magazine*. https://www.dissentmagazine.org/online_articles/social-reproduction-and-the-pandemic-with-tithi-bhattacharya
- Bhattacharya, Tithi, i Susan Ferguson. 2020. „Life-Making, Capitalism and the Pandemic: Feminist Ideas about Women’s Work.” Pluto Press. <https://www.plutobooks.com/blog/life-making-capitalism-and-the-pandemic/>
- Bhattacharya, Tithi, Svenja Bromberg, Angela Dimitrakaki, Sara Farris, i Susan Ferguson. 2021. „Siedem tez o pandemii koronawirusa i reprodukcji społecznej.” Tłum. Michalina Augusiak, Kinga Kuryś. <https://biennalewarszawa.pl/siedem-tez-o-pandemii-koronawirusa-i-reprodukcji-spoecznej/>
- Brown, Heather. 2013. *Marx on Gender and the Family: A Critical Study*. Chicago, IL: Haymarket Books.
- Ehrenreich, Barbara, i Deirdre English. 2010. *Witches, Midwives & Nurses: A History of Women Healers*. New York: Feminist Press.

⁷ W tym kontekście istotne wydają się obserwacje Ehrenreich pomieszczone w książce *Bright-Sided: How the Relentless Promotion of Positive Thinking Has Undermined America* (2009).

- Ehrenreich, Barbara, i Deirdre English. 2011. *Complaints & Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. New York: Feminist Press.
- Ehrenreich, Barbara. 2009. *Bright-Sided: How the Relentless Promotion of Positive Thinking Has Undermined America*. New York: Metropolitan Books.
- Ehrenreich, Barbara. 2018. *Natural Causes: Life, Death and the Illusion of Control*. London: Granta Books.
- Federici, Silvia. 2014. *Caliban and the Witch: Women, the Body, and Primitive Accumulation*. New York: Autonomedia.
- Federici, Silvia. 2020. „The Common is Us: Principle of Health Autonomy.” In *For Health Autonomy: Horizons of Care Beyond Austerity—Reflections from Greece*, red. CareNotes Collective. Philadelphia: Common Notions.
- Federici, Silvia. 2021. *Poza granicami skóry. Przemysłowanie, przekształcanie i odzyskiwanie ciała we współczesnym kapitalizmie*. Tłum. Joanna Bednarek. Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.
- Ferguson, Susan. 2020. *Women and Work: Feminism, Labour and Social Reproduction*. London: Pluto Press.
- Fisher, Mark. 2022. „Prywatyzacja stresu.” Tłum. Łukasz Żurek. *Praktyka Teoretyczna* 4(46), s. 251–263.
- Foster, John Bellamy, Brett Clark, i Hannah Holleman. 2022. „Kapitał i ekologia choroby.” Tłum. Aleksander Kopka. *Praktyka Teoretyczna* 4(46), s. 167–202.
- Foucault, Michel. 2003. „The Birth of Social Medicine.” In *The Essential Foucault: Selections from the Essential Works of Foucault 1954–1984*, Red. Paul Rabinow, Nikolas Rose. New York – London: The New Press.
- Illner, Peer. 2020. *Disasters and Social Reproduction: Crisis Response between the State and Community*. New York: Pluto Press.
- Kimball, Alexandra. 2019. *The Seed: Infertility is a Feminist Issue*. Toronto: Coach House Books.
- Klein, Naomi. 2020. „Koronawirus jest doskonałym kataklizmem dla kapitalizmu kataklizmowego.” Tłum. Krystian Szadkowski. *Praktyka Teoretyczna*. <https://www.praktykateoretyczna.pl/artykuly/naomi-kl-ein-koronawirus-jest-doskonaly-m-kataklizmem-dla-kapitalizmu-kataklizmowego/>
- Kłosińska, Krystyna. 2010. *Feministyczna krytyka literacka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Lewis, Sophie. 2019. *Full Surrogacy Now: Feminism Against Family*. London – New York: Verso Books.
- Nowy Obywatel. 2021. „Twoje zdrowie!” *Nowy Obywatel* 36(87).

- Pospiszył, Michał. 2021. *Rozkład. Esej o związkach państwa i patogenów (1050–1378)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Waitzkin, Howard. 1981. „The Social Origin of Illness: a Neglected History.” *International Journal of Health Services* 1(15): 77–103.
- Wielgosz, Przemysław, red.. 2021. *Pandemia kapitalizmu*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.

Cytowanie:

Szopa, Katarzyna. 2022. „Choroby kapitalizmu.” *Praktyka Teoretyczna* 3(45): 9–24.

DOI: 10.19195/prt.2022.3.1

Author: Katarzyna Szopa

Title: Diseases of capitalism