

Mislav Žitko

**Nakon *Povijesti*
ludila: kritika
psihijatrijskog
diskursa i
genealogija
disciplinarne moći**

Psihoanaliza i njezine sudbine, ur. B. Mikulić, M. Žitko i S. Damnjanović,
Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2021, str. 221–253

EMAIL: mislav.zitko@gmail.com

[HTTPS://doi.org/10.17234/9789531759656.09](https://doi.org/10.17234/9789531759656.09)

SAŽETAK

Foucaultova studija *Povijest ludila u doba klasicizma* iz 1961. godine izazvala je mnogobrojne rasprave i kritičke intervencije najprije povjesničara, a zatim i pripadnika drugih disciplina. Foucault je u više navrata odgovarao na prigovore i iznosio dodatna objašnjenja, no samoj se temi vratio tek nakon stanke od dvanaest godina. Ovaj je rad usmjeren na analizu Foucaultovih predavanja na *Collège de France* održanih između 1973. i 1975. godina u kojima se vraća temi ludila nastojeći je sagledati kroz istraživanje funkcioniranja disciplinarne moći. Uzimajući psihijatrijski diskurs i moć za predmet analize Foucault nudi ponešto drugačije poimanje procesa transformacije ludila u duševnu bolest s osvrtom na suvremene oblike otpora psihijatriji. Utoliko ovaj rad nastoji rekonstruirati argumentaciju ponuđenu u predavanjima i ponuditi razloge zbog kojih Foucaultova analiza još uvijek zadržava teorijsku relevantnost u pogledu društvenih i političkih učinaka psihijatrijskog diskursa bez obzira na nove pristupe razumijevanju duševnih bolesti i promjene u samoj psihijatrijskoj praksi koje su nastupile u posljednjih pedeset godina. ➤➤

ABSTRACT

After *Madness and Civilization*: a critique of psychiatric discourse and genealogy of disciplinary power

Foucault's 1961 study *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* provoked numerous discussions and critical interventions, first by historians and then by members of other academic disciplines. Foucault repeatedly responded to the objections and often attempted to provide additional explanations, but he returned to this topic of inquiry only after a twelve-year break. This paper aims to analyze Foucault's lectures held at *Collège de France* between 1973 and 1975 where he revisits the topic of insanity, attempting to understand it through the lens of analysis of disciplinary power. Taking psychiatric discourse and power as the object of analysis Foucault offers a somewhat different take of the process of transformation of insanity to mental illness adding to his inquiry the contemporary forms of resistance to psychiatry. Thus, this paper is set to reconstruct the arguments offered in Foucault's lectures and to formulate reasons for the theoretical relevance of his framework for understanding the social and political effects of psychiatric discourse, notwithstanding the development of the new approaches in analyzing mental illness and the changes in psychiatric practice in the last fifty years. ➤➤

1. “Zapanjujuća hipoteza”

Postoje dva prikaza na kojima Philippe Pinel oslobađa luđake naređujući da im se skinu okovi s ruku i nogu. U ranije nastalom prikazu iz sredine 18. stoljeća, koji je naslikao Charles Louis Müller, vidimo Pinela na sredini slike kako, dižući kažiprst, zahtjeva da se lanci skinu s bolesnog starca koji okovan sjedi ispred azila Bicêtre u Parizu 1793. Drugi je prikaz, onaj za kojeg je zaslužan Tony Robert-Fleury, mnogo značajniji u pogledu genealogije disciplinarne matrice o kojoj će ovdje biti riječi. Na toj slici nastaloj 1876. godine, Pinel se pojavljuje u dvorištu bolnice Salpêtrière, najveće takve institucije u Parizu tokom druge polovine 18. stoljeća koja je ujedno bila i zatvor za pariške prostitutke te dom za, kako navodi francuski liječnik Jacques Tenon, “mahnite umobolnike, imbecile, padavičare, paralitičare, slijepe, bogalje, ljude koji pate od pitirijaze, neizlječive svih vrsta, djecu pogođenu škrofulama, i tako redom” (Tenon prema: Scull, 2018: 140).

Pinel, dakle, stoji u dvorištu dok se ispred s jedne štíćenice upravo skidaju lanci, a druga se spontano sagnula pored njega da mu iz zahvalnosti poljubi ruku. Bez revolucionarne gomile prisutne u pozadini Müllerove slike, ova scena, ako možemo tako reći, vjernije predočava mit o Pinelu, reformatoru psihijatrijskog sustava koji uvodi moralni tretman (*traitement morale*) za štíćenice u klinici Salpêtrière kako bi se na osnovi humane skrbi poboljšali postupci liječenja, kako bi pacijenti postali predmet medicinskog pogleda, te da bi se, u konačnici, košmar ludila pretvorio u prepoznatljive obrasce duševne bolesti. Moralni tretman, humanizacija postupaka prihvata duševnih bolesnika i njihova liječenja, profesionalizacija psihijatrijskih organizacija — to su sve dobro poznate točke Foucaultovog istraživanja genealogije disciplinarne matrice koja se tako istaknuto javlja u kontekstu širenja onoga što naziva psihijatrijski diskurs i psihijatrijska moć.

Naravno, nije potreban Foucault kako bismo saznali da je proto-psihijatrijski diskurs (a zatim i iz proizašla njega institucionalizirana praksa) imao “pozadinski”, jedva skriveni sadržaj uslijed kojeg se odvija takozvana humanizacija u azilu. Andrew Scull, britanski povjesničar psihijatrije, ne odveć sklon zaključcima iznesenim u *Povijesti ludila u doba klasicizma*, ustvrdit će da Foucaultovo odbacivanje moralne skrbi kao oblika moralnog zatočeništva ipak “sadrži barem zrnce istine” (Scull, 2018: 221). Naime, novi pristup zbrinjavanju i liječenju težio je da se azil pretvori u “veliki moralni stroj, čiji je cilj bio osigurati da biljeg autoriteta nikad ne iščezne nego da bude otisnut u svakoj tran-

sakciji” (ibid., 221). Naglasak na procedure i mehanizme nadzora koji su trebali “pripitomiti” simptome duševne bolesti i tako pripremiti put za liječenje stavio je već sam Pinel, ustvrdivši da pri moralnoj skrbi ljubaznost “uvijek mora biti poduprta golemim represivnim aparatom” (ibid., 222). Što se pak tiče diskursa znanja, odnosno ustanovljenja psihijatrije i psihopatologije kao discipline, Pinel je pripadao intelektualnom miljeu Condillaca i francuskih *ideologa*, što ga je, kako pokazuje Louis Charland, osudilo na neprestano suočavanje s tenzijom između intelektualističke koncepcije duševne bolesti koju je formulirao John Locke — a promovirao Condillac — prema kojoj je ona “rezultat poteškoća pri asocijaciji ideja koja vodi prema pogrešnom prosuđivanju” i vlastite bolničke prakse koja mu je ukazivala da strasti — podvrsta onoga što je nazvao *affections morales* — također moraju imati važnu ulogu pri objašnjenju psihičkih poremećaja. U prvom dijelu *Rasprave*⁰¹ Pinel, u prvom poglavlju pod nazivom *Istinski uzroci mentalnog otuđenja*, nudi klasifikaciju strasti koje se pojavljuju u funkciji okidača gubitka razuma; iako ih, dakle, uzima za važne uzroke “bolesti duše”, temeljna poteškoća leži u činjenici da ih nije moguće opažati neposredno, već samo na razini anatomije, prateći grčenje i stezanje određenih mišića na licu i tijelu (Pinel, 1809/2008:10).

Naime, uzimajući metodološke postavke empirističke epistemologije, Pinel je želio ustanoviti psihijatriju i kliničku psihopatologiju afekata na temelju opažanja, tako da složeni koncepti dijagnostike imaju izvor u jednostavnim konceptima koji se mogu opažajno ustanoviti, što se ispostavilo nemoguće kad je riječ o strastima i drugim afektima (Charland, 2010: 41). “Klinička potreba” kako piše dalje Charland “da se strasti priznaju i uvedu kao istovremeno znakovi i simptomi, ali i uzroci mentalnog otuđenja, bila je teško pomirljiva s filozofskim pretpostavkama Pinelovog sveopćeg medicinskog projekta u polju nosologije i kliničke medicine” (ibid., 41). Opisana poteškoća s kojom se pod specifičnim okolnostima suočio Pinel nipošto nije nova, te se može jednostavno formulirati kao problem redukcije fenomena poremećenog duševnog stanja na fiziološku, a kasnije na biološku osnovu. No, Pinel nije predstavnik redukcionizma kojeg tražimo, dapače, ako ga i nalazimo u njegovim spisima, prije je riječ o neželjenoj posljedici, svojevrsnom odlasku korak preduboko.

Pokušaji da se objašnjenje psihičkih bolesti nađe u registru fizi-

01 *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* objavljena na francuskom 1809. godine.

ologije čovjeka prethode Pinelu i njegovim sljedbenicima za barem jedno stoljeće. Mnogo je bolji i reprezentativniji primjer razrade anatomije mozga i živčanog sustava onaj kojeg se poduhvatio Thomas Willis. On je čuvenoj knjizi *Cerebri Anatome* objavljenoj 1664. godine konačno ustanovio koncepte centralnog, perifernog i autonomnog živčanog sustava, što mu je otvorilo put prema uvidima u području neuropatologije koje je nastojao formulirati povezivanjem kliničkih opažanja i patoloških studija (Mólnar, 2004: 329).

Ostavljajući po strani neposredni kontekst Willisovih radova, naime, religijske sukobe u Engleskoj i restauraciju monarhije nakon Cromwellove smrti, u njima se otkriva teorijska pretpostavka koja na sasvim drugačiji način od kartezijanske filozofije rješava problem odnosa duha i tijela, postavljajući “anatomiju kao temelj za spekulaciju o ljudskoj duši, njezinoj normalnoj fiziologiji i njezinim patološkim stanjima” (Caron, 2015: 545). U stvari, riječ je o otvorenoj subverziji Descartesovih tumačenja, ne samo hipoteze o sjedištu duše u pinealnoj žlijezdi, to jest epifizi, nego cijele doktrine o urođenim idejama i supstancijalnoj razdvojenosti misli i protežnosti. Od Willisovog utemeljenja neurologije i pionirskog pokušaja povezivanja stanja poput manije, melankolije ili hysterije s patologijom mozga tokom idućih stoljeća nisu prestajala nastojanja oko izgradnje i elaboracije medicinskog modela za dijagnozu i liječenje psiholoških poremeća i bolesti. Taj je kontinuirani rad očekivano pobuđivao zanimanje filozofa utoliko što se tematski preklapao s pitanjima formiranja vjerovanja i redukcionizma u tzv. *mind-body* debati (cf. Fulford, 1993). Upravo kod problema redukcionizma dolazimo do specifičnog jaza koji, u nedostatku boljeg izraza, održava na životu Foucaultovu analizu psihijatrijskog diskursa u suvremenom poretku znanja i moći. Naime, s jedne strane, ne manjka ni znanstvenika iz različitih područja, a ni filozofa, koji će ponoviti ono što je Francis Crick nazvao začuđujuća hipoteza u istoimenoj knjizi, iako, historijski gledano, a Willis tu stoji kao primjer — ona nije nimalo začuđujuća. Crick piše:

“Začuđujuća hipoteza je da ‘Vi’, vaše radosti i tuge, vaša sjećanja i ambicije, vaš osjećaj osobnog identiteta i slobodne volje, niste ništa više nego ponašanja velikog skupa živčanih stanica i pripadajućih molekula” (Crick, 1995: 3).

S druge je strane međutim neosporno — ne ulazeći dalje u detalje te filozofsko-znanstvene debate — da se nade o svođenju, odnosno razumijevanju unutar psihijatrije definiranih poremećaja i oboljenja

na temelju uvida podastrtih u istraživačkoj domeni fiziologije čovjeka, te nešto kasnije neurologije i biomedicine, nisu ostvarile. Randolph Nesse, jedan od vodećih zagovornika evolucijske psihijatrije, u svojoj drugoj knjizi iz 2019. godine ovako opisuje iznevjerena očekivanja:

“Potraga za abnormalnostima mozga koje uzrokuju mentalne poremećaje ponudila je još jednu nadu za smanjenje konfuzije. U razgovoru za upis na medicinski fakultet 1969. godine, rekao sam, možda ne baš mudro, da namjeravam postati psihijatar. ‘Zašto biste to htjeli?’ — upitao me ispitivač. — ‘Uskoro će se pronaći uzroci za mentalne poremećaje u mozgu i to će sve postati neurologija’. Da se bar to predviđanje obistinilo! Međutim, usprkos četiri desetljeća istraživanja darovitih znanstvenika, poduprtih milijardama dolara, još uvijek nije pronađen posebni moždani uzrok ni za jedan važan mentalni poremećaj, osim za Alzheimerovu i Huntingtonovu bolest u kojima su abnormalnosti mozga već dugo vremena očite...To je podjednako zaprepašujuće i razočaravajuće. Mozak ljudi s bipolarnim poremećajem ili autizmom mora nekako biti drugačiji od mozgova drugih ljudi. Ali skeniranjem mozga i studijama autopsije zamjećene su tek male razlike. Stvarne, ali male i nekonzistentne. Teško je reći što je uzrok a što posljedica poremećaja. Ništa od toga nije ni blizu konačne dijagnoze kakvu radiolozi nude za plućne bolesti ili patolozi za tumore.” (Nesse, 2019: 26).

Ako je iz različitih razloga nespretno reći da psihijatrija nije napredovala poput drugih medicinskih grana, ipak se može ustvrditi da postoje ozbiljne poteškoće u uvođenju medicinskog modela koji povezuje dijagnostiku i liječenje s jedne, te znanstveno fundirano razumijevanje, s druge strane. Bracken i suradnici nazivaju paradigmu psihijatrije, koja je dominirala 19. i 20. stoljećem, “tehnološkom paradigmom”, odnosno paradigmom koja je vođena idejom da se problemi duševnog zdravlja mogu najbolje izraziti biomedicinskim idiomom, a to onda vodi poimanju psihičkih poremećaja u terminima uzročnosti u analogiji s drugim granama medicine (Bracken et al., 2012: 430). U tom su okviru medicinske intervencije postavljene kao “serija diskretnih tretmana usredotočenih na posebne simptome ili sindrome” bez osvrta na društveni kontekst, vrijednosti ili prevladavajuće kulturne obrasce (ibid., 430). Bracken i suradnici zaključuju da tehnološka paradigma nije donijela mnogo dobrog psihijatriji jer “ignoriranje epistemoloških poteškoća u središtu [dominantnog op. M.Ž.] modela ne može

ukoniti te iste poteškoće” i, dapače, postiže suprotan učinak: naime, da suvremeni psihijatrijski diskurs ne doseže standarde znanja koje je sam sebi ambiciozno postavio u duhu znanstvenog pozitivizma (ibid., 431).

To, naravno, ne znači da nije bilo pomaka uopće, jer zatvaranje mreže javnih i privatnih azila, a zatim i deinstitucionalizacija koja je uslijedila u drugoj polovini 20. stoljeća, svakako predstavlja reorganizaciju psihijatrijske prakse u pravcu koji može manje naštetiti pacijetima nego što je to bio slučaj u “slavnim danima” liječenja lobotomijom, induciranom inzulinskom komom, metrazolom itd. Ipak, reorganizacija psihijatrijske prakse proizašla iz kumulativnog razvoja biomedicinskog znanja, širenja upotrebe psihofarmaka i kontinuiranih promjena u sustavima javnog zdravstva i socijalne skrbi nije imala onaj smjer djelovanja koji bi Foucaultovu matricu znanja i moći učinio izlišnom ili prevladanom, upravo suprotno. Najjednostavnije rečeno, na relaciji psihijatrijskog znanja i pripadajućih oblika moći još je uvijek moguće promatrati nastojanja oko normiranja psihičkih poremećaja i široku lepezu diskursa formiranih oko onog psihijatrijskog, bilo u funkciji opozicije ili u funkciji pratnje, odnosno benevolentne dopune.

O benevolentnoj pratnji psihijatrijskog diskursa pokušali su pisati Robert Castel i suradnici, istražujući promjene u američkom društvu tokom 20. stoljeća promatrajući ga kroz prizmu psihijatrizacije, dakle vodeći se idejom kako je svakodnevni život u kasnom kapitalizmu dosegaio točku zasićenosti interpretacijama oslonjenim na diskurs psihijatrije i medicinske psihologije. U tom se kontekstu javlja svojevrsno partnerstvo privatnih terapijskih organizacija i ordinacija koje žive od psihijatrizacije društva čak i kada se predstavljaju kao alternativa dominantnom psihijatrijskom diskursu. Castel i suradnici, između ostalog, prate profesionalizaciju terapeutskih zajednica i pravaca te monetizaciju modela “terapije za normalne” za koji drže da postaje važan dio osiguravanja funkcionalnosti pojedinaca u liberalnom kapitalističkom poretku (Castel et al., 1982). Nešto slično, kao što ćemo vidjeti, ponavlja i Foucault. U svakom slučaju, nepouzdanost psihijatrijskih dijagnoza, dapače borba oko dijagnostičke terminologije, ambivalentni učinci takozvane revolucije lijekova, neuspjeh da se psihijatrijski diskurs nedvosmisleno utemelji u neurologiji, odnosno da progovori isključivo biomedicinskim idiomom, širenje tržišta različitih terapeutskih praksi itd., čine elemente koji omogućuju upotrebu Foucaultovog teorijskog aparata, to jest vokabulara kao prvenstveno alternativu anti-psihijatriji i sociologiji medikalizacije

koje također ciljaju na kritiku psihijatrijskog diskursa i pripadajućih mehanizama moći, ali u ponešto drugačijem teorijskom okviru. Prije nego što pogledamo o čemu je konkretno riječ, potrebno se osvrnuti na manjkavosti Foucaultovog pristupa, te pogledati njegove pokušaje ispravaka ili preusmjeravanja rasprave u predavanjima održanim na *Collège de France* od 1973. do 1975. godine.

2. Foucaultove stanputice

Zacijelo nije potrebno još jednom detaljno ponoviti dobro poznate kritike iznesene na račun *Povijesti ludila u doba klasicizma*. Nakon negativnih reakcija povjesničara prvenstveno na račun empirijske utemeljenosti Foucaultovih tvrdnji i objašnjenja, otvorila se polemika koja, ponešto začuđujuće, još uvijek traje, iako su prošla desetljeća od prvog francuskog izdanja.⁰² Za ovaj kontekst možda je najznačajnije prigovore iznio H. C. E. Midelfort, posebice u pogledu pripovijesti o takozvanom velikom zatvaranju (*grand renfermement*), kako ujedno glasi i naslov poglavlja u *Povijesti ludila*. Midelfort pokazuje, navodeći povijesna istraživanja utemeljena u dokumentima i službenim izvještajima, kako Foucault sasvim proizvoljno smješta veliko zatvaranje luđaka u 17. i 18. stoljeće, iako baš svi materijali govore u prilog tezi da je pravo veliko zatvaranje započeto tokom 19. stoljeća te se nastavilo u prvim desetljećima 20. stoljeća. U Engleskoj dramatični porast zatvaranja umobolnih unutar zidova institucije događa se početkom 19. stoljeća, a isto vrijedi za Francusku, Sjedinjene Države, navodi Midelfort, dodajući kako je izgledno da se pojavom azila proširuje definicija ludila koja zatim ne uključuje samo luđake nego i po različitim osnovama neprilagođene osobe (Midelfort, 1980: 257). Roy Porter se pridružio kritičkom preispitivanju po istoj liniji, navodeći da je u Engleskoj za vrijeme dinastije Stuart zatvaranje bilo razmjerno rijetka iznimka, a ako bi se i dogodilo, radilo se o zatvaranju u granice okruga ili župe (Porter, 1992: 119). Institucionalne prakse zatvaranja i isključivanja u doba klasicizma bile su “postupne, lokalne i pojedinačne” prije nego sveobuhvatne i kolektivne, kako sugerira Foucault (ibid., 120). Porter će reći da je, barem što se tiče Engleske, opća tendencija išla u smjeru razdvajanja umobolnih od drugih neprilagođenih ili opasnih grupa: primjerice, u radionicama umobolni uglavnom nisu bili dobrodošli

02 Vidi primjerice zbornik radova *Rewriting the History of Madness. Studies in 'Histoire de la folie'* objavljen 1992. godine (ur. Arthur Still i Irving Velody).

budući da su predstavljali prijetnju redu i izvršavanju radnih zadataka (ibid., 121).

Nadalje, Midelfort također ukazuje na “neodrživu premisu” da su reformatori 18. stoljeća, primjerice Pinel u Francuskoj ili William Tuke u Engleskoj, “izmislili” duševnu bolest koju su postavili na mjesto gdje je prije naprosto stajala bezumnost koja se ogledala u animalnom ponašanju ludaka (Midelfort, 1980: 251). To je, po njegovom mišljenju, razlog zašto su različite inačice anti-psihijatrije brzo prihvatile Foucaulta kao saveznika. Iako posljednja tvrdnja, koja stavlja znak jednakosti između Foucaultove analize i anti-psihijatrije, zanemaruje bitne razlike, o čemu će još biti riječi, nesumnjivo je da empirijske pogreške u karakterizaciji povijesti ludila — a dotakli smo se tek jedne — traže nova objašnjenja poznatih teorijskih tema: kada točno zatvaranje postaje dominantni oblik isključivanja i disciplinarno-medicinskog tretiranja ludila, odnosno duševnih bolesti? Kako tumačiti pojam isključivanja? Da li je zatvaranje umobolnih izraz nove buržoaske racionalnosti već u razdoblju klasicizma, ili je riječ, kako sugerira Porter, riječ o dva različita modaliteta postupanja — jednom koji se tiče fenomena siromaštva, skitničarenja i nezaposlenosti i drugom koji se odnosi na psihološke poremećaje? Nadalje, ako proto-psihijatrija 19. stoljeća uglavnom nije zatekla umobolne u radionicama, prihvatilištima i samostanima, pretvorenim u domove za umobolne, pitanje je što se točno događalo u razdoblju klasicizma prije stvarnog velikog zatvaranja u 19. stoljeću?

Ovdje treba dodati da se Foucaultov historijsko-epistemološki prikaz ne tiče samo stvarnog postupanja ili institucionalno ovjerenih prakse, već reprezentacije i objašnjenja reprezentacijā igraju važnu ulogu u mjeri u kojoj se pretpostavlja preklapanje različitih registara i ispreplitanje diskursa u jedan, manje ili više koherentan, okvir gdje ekonomija razmjene susreće moralnu ekonomiju. Naime, kada (pogrešno) smješta zatvaranje u 17. stoljeće, onda uz ekonomske razloge — suzbijanje nezaposlenosti i pojeftinjenje proizvoda, veli Foucault — imamo i dodatnu dimenziju moralne prosudbe i osude, dakle skopčanost ekonomskog i etičkog registra:

“Od doba klasicizma počev, i po prvi put, ludilo se opaža kroz etičku osudu nerada i u društvenoj imanentnosti koja obezbeđuje zajednica rada. Ta zajednica poprima etičku moć podele koja joj omogućuje da, kao u drugom nekom svetu, odbaci sve oblike nekorisnosti... U stvari, odnos između prakse zatvaranja i zahteva da

se radi nije potpuno, ni izdaleka, određen stanjem ekonomije. U osnovi mu leži i životom ga nadahnjuje jedno moralno opažanje.” (Foucault, 1980: 67)

Tako je govorio Foucault. No, ako znamo da cijelo obrazloženje velikog zatvaranja u doba klasicizma pati od neutemeljenosti u dostupnoj historijskog građi, onda problem međugre ekonomskih motiva i moralnih imperativa traži drugačije odgovore. Scull nas izvještava da je Francuska početkom 18. stoljeća imala privatne ludnice, takozvane *maisons de santé*, koje su služile da se zaštititi obiteljska imovina i čast od poremećenih članova obitelji koji su po sili zakona ili putem *lettres de cachet* bili, bez pristanka i pitanja, zatvarani u takve privatne domove za umobolne (Scull, 2018: 145). U Engleskoj je situacija bila donekle slična:

“Od pacijenata su počele dolaziti ogorčene pritužbe da su ih zatvorili članovi obitelji u savezu s korumpiranim čuvarima. Ako je Francuze brinula zloupotreba zloglasnih *lettres de cachet*, njihovi britanski pandani ozlojeđeno su govorili o gaženju prava građana koji su bili rođeni kao slobodni ljudi.” (Ibid., 155)

Ispostavlja se, dakle, da ekonomska funkcija zatvaranja umobolnih ima više veze s financijskom pozicijom kućanstva nego sa stanjem u državnoj riznici, a disciplinarna dimenzija, koja je nedvojbeno prisutna u postupcima zatvaranja, imala je umjesto moralnih doktrina u pozadini praktične imperativne zauzdavanja mahnitosti i ovladavanja ponašanjem bolesnika, veoma često uz pomoć metoda koje su prelazile granice okrutnosti. Poslušajmo, recimo, Benjamina Rusha, jednu od vodećih figura američkog prosvjetiteljstva i izumitelja takozvanog *trankvilizatora*:

“Domislio sam se tipu stolice koji sam uveo u našu bolnicu kako bih pomogao u liječenju ludila. Ona sputava i ograničava kretanje dijelova tijela. Držeći trup uspravnim, smanjuje uzgon krvi prema mozgu. Sprečavajući mišiće da djeluju, ona smanjuje snagu i frekvenciju bila, a položaj glave i stopala pogoduje lakoj primjeni hladne vode ili leda na glavu i tople vode na potonja. Njeni me učinci doista ushićuju. Djeluje kao sedativ za jezik i raspoloženje kao i za krvne stanice.” (Prema Scull, 2018: 165.)

Ne moramo navoditi primjere dalje. S ovime što je dosad rečeno nismo iscrpili probleme empirijskih nedostataka *Povijesti ludila*, ali je

rečeno dovoljno da možemo ustvrditi kako Foucaultov ogled treba uzeti sa značajnom dozom opreza, kako u pogledu navođenja običnih empirijskih tvrdnji tako i kad je riječ o objašnjenima teorijski postavljenih poveznica. Pitanje kojem se sada okrećemo, a već smo ga najavili ranije, tiče se naprije Foucaultove dodatne rasprave iznesene više od deset godina nakon objave *Povijesti ludila* i razloga zbog kojih njegova analitička matrica na osi znanja i moći zadržava upotrebljivost čak i u svjetlu značajnih historiografskih propusta. U predavanjima na *Collège de France* održanim najprije krajem 1973. i početkom 1974., objavljenim kasnije pod naslovom *Psihijatrijska moć*, te predavanjima iz 1975. godine objavljenim pod naslovom *Abnormalno*, nalazimo ponovnu obradu problema preobrazbe ludila u duševnu bolest, odnosno mentalni poremećaj, ali ovaj put pod okriljem istraživanja genealogije disciplinarne moći oslonjenog na prepoznatljivu analitičku os znanja i moći. Ona će široj javnosti biti predstavljena 1975. godine u poznatoj studiji *Nadzor i kazna: rođenje zatvora*, no za našu je raspravu važnije da materijali iz predavanja donose suženi fokus na 19. i 20. stoljeće i, shodno tome, razgovjetnije obrazloženje mehanizama moći.

3. Mehanizmi moći od panoptikona do azila

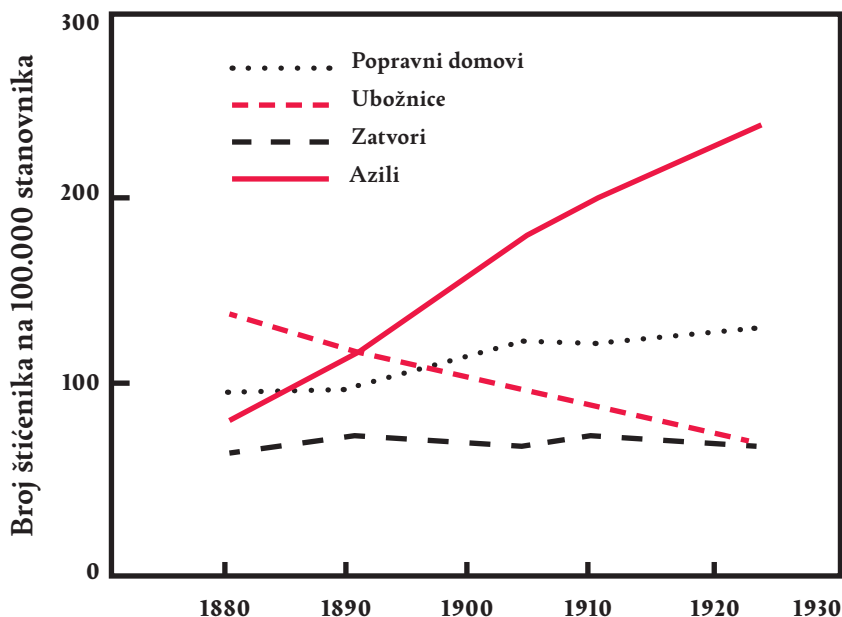
U predavanju od 15. siječnja 1975. nalazimo formulaciju *pozitivne* teorije moći izvedene na pozadini kritike marksizma, ili, bolje rečeno, onoga što Foucault uzima kao marksističko razumijevanje moći. U prvom određenju, dakle, moć se ne može razumjeti kao supstanca ili element prisutan isključivo u sferi nadgradnje. Pogrešno je, govori Foucault, misliti da je moć smještena u sferi nadgradnje i da je njezina primarna funkcija očuvanje proizvodnih odnosa ili omogućavanje reprodukcije proizvodnih odnosa (Foucault, 2004: 50). Povezano s tim, pogrešno je, nastavlja Foucault, misliti da moć donosi samo funkcije zabrane, sprečavanja i izolacije — ukratko, moć nije samo jamstvo reprodukcije društvenih odnosa koji su se uspostavili nasiljem ili imaju izvor u latentnoj logici povijesnog razvoja. U 18. stoljeću konačno se pojavljuje *pozitivni* mehanizam moći, kroz disciplinu i normalizaciju, to jest dolazimo do moći koja djeluje produktivno u smislu da oblikuje odnose i na razini proizvodnje i na drugim razinama, te ih usmjerava i preoblikuje oslanjajući se na znanje, ili preciznije rečeno, tvrdnje kojima je pripisan status znanja (ibid., 51). Središnja točka je ovo: disciplina i normalizacija ne mogu djelovati nasumično, ne mogu biti slijepi, već se za njih znanje pojavljuje istovremeno kao uvjet i učinak. Ove rečenice, koje nakon toliko ponavljanja zvuče kao

da su izvučene iz jednog od mnogobrojnih priručnika o Foucaultu, razvijene su početkom 1970ih s fokusom na sasvim konkretan problem, naime problem statusa psihijatrijskog diskursa, te postupaka discipline i normalizacije koji su od 18. stoljeća kroz njega provučeni i oblikovani. Foucault taj aspekt pojašnjava u radio intervjuu iz 1975. u kojem, između ostalog, navodi:

“Rekao bih da sam kroz azil prvotno postao svjestan problema koji me i danas progoni, mislim na problem moći. Nije istina da znanje može funkcionirati ili da možemo otkriti istinu, stvarnost, objektivnu stvarnost, bez uvođenja određenih oblika moći, dominacije i potčinjavanja. Znati i potčiniti, znati i naređivati, to su neposredno povezane stvari koje sam u najčišćem obliku našao na primjeru azila gdje je medicinsko znanje, odnosno prividno stabilno i spekulativno znanje psihijatra, neodvojivo od izrazito pedantne, pronicljive hijerarhije moći koja je djelatna u azilu, koja jest azil.” (Foucault, 1996: 138)

Dakako, stvari su ponešto složenije postavljene u samim predavanjima. Što se tiče azila, Foucaultova će analiza prikazati psihijatrijsku moć pomoću termina koji nisu ekskluzivno smješteni u azilu ili psihijatrijskoj bolnici jer njihovo funkcioniranje ne ovisi samo o unutrašnjoj, to jest institucionaliziranoj hijerarhiji, već i o internalizaciji disciplinarnih matrice izvan institucije, ponajprije u obitelji. Prije nego što se osvrnemo na neke od ključnih točaka, iznesenih tokom dvogodišnjeg bloka predavanja, podsjetimo na nekoliko stiliziranih činjenica o usponu azila tokom 19. stoljeća.

Populacija azila, naravno, ne bi mogla dramatično rasti da nisu diljem Europe i u Sjedinjenim Državama provedene reforme sustava skrbi i liječenja duševnih bolesnika ili, kako su još tada nazivani, luđaka. Engleska je 1845. donijela dva zakona — *Zakon o luđaštvu* (*The Lunacy Act*) i *Zakon o okružnim azilima* (*County Asylums Act*) — kojima je počelo stvaranje mreže azila za duševne bolesnike i postupci njihovog premještanja iz zatvora i ubožnica kako bi mogli dobiti potreban psihijatrijski tretman. U Francuskoj je u ljeto 1838. donesen zakon o kojem Foucault u više navrata raspravlja, a njime je uređeno javno financiranje azila, kao i profesionalizacija psihijatrijske struke. U ovom je kontekstu također značajna analiza Johna Suttona koja pokušava ukazati na razloge strelovitog rasta broja pacijenata, odnosno štíćenika u američkim azilima na prijelazu 19. u 20. stoljeće.



SLIKA 1 (PREMA SUTTON, 1991)

Rast broja štićenika azila prikazan na slici 1. samo se dijelom može, tvrdi Sutton, objasniti opadanjem broja ubožnica i premještanjem ljudi iz jedne ustanove u drugu, iz ubožnice u azil. Ostali važni faktori su razne teškoće oko definiranja duševnih bolesti koje su pak vodile do “elastičnog” statusa duševne bolesti, primjenjivog i na one osobe čiji su glavni problemi siromaštvo, beskućništvo, pa i fizička invalidnost (Sutton, 1991: 667). Nadalje — točka na koju ćemo se još vratiti — uza sve poteškoće proizašle iz neuvjerljivih etiologijā, promašenih dijagnoza, te okrutnih i po zdravlje štetnih postupaka, alternativa uspostavljenoj mreži, dodatno poduprtoj profesionalizacijom azilskog osoblja, nije postojala u drugoj polovini 19. stoljeća niti će se oblikovati, u Americi ili drugdje, do sredine 20. stoljeća (ibid., 668). Naravno, Suttonova analiza — donekle sažeta na slici 1. — bavi se drugom polovinom 19. stoljeća kada se doista bilježi najveći rast populacije u azilima, ne samo u Sjedinjenim Državama, ali kada također nastupa ono što je Charles Rosenberg nazvao “krizom legitimiteta psihijatrije” (Rosenberg, 1975). Zbog toga je važno ispratiti pripovijest o azilu od početka 19. stoljeća, dakle od početaka velikog zatvaranja, kako bismo vidjeli da je širenje azila, uz institucionalizaciju koja ga je pratila, rođeno iz mješavine humanitarizma, moralističke kritike suvremenog društva i

početno čvrstog uvjerenja u izlječivost ludila. Ako ostanemo zakratko na američkom tlu, možemo svratiti pogled na ključnu studiju Davida Rothmana, objavljenu 1971. pod naslovom *Otkriće azila* (*The Discovery of Asylum*). Poput sličnih istraživačkih projekata, Rothman također nastoji smjestiti uspon azila u društveno-politički kontekst — a to su prva desetljeća 19. stoljeća ili takozvana džeksonovska era — u kojem pojava azila ima svoj manifestni i latentni sadržaj utoliko što se ne radi samo o suočavanju s problemom duševne bolesti, nego i o usvajanju programa, procedura i mjera koje impliciraju stabilnost, red i progres nasuprot osjećaja dezorganizacije i pucanja društvenih veza. Nasuprot percepciji kriminala, delikvencije i ludila koju je, kako piše Rothman, džeksonovska Amerika vidjela svuda oko sebe, azil se pojavljuje kao institucionalno rješenje koje će, zatvarajući umobolne, istovremeno pomoći u rješavanju problema siromaštva i kriminala, te će tako postaviti model reforme za širu zajednicu (Rothman, 1971: xxxiv). Taj pokušaj preslikavanja unutrašnjosti azila — rutine, točnosti, radišnosti itd. — na izvanjskost azila, to jest na cijelo društvo, nije ništa drugo do Foucaultova tema normalizacije, odnosno poopćavanje iskustva azila. Ono što Rothmanova studija jako dobro bilježi jesu proturječnosti i neujednačenosti u shvaćanju duševnih bolesti, kao i činjenica da isprepletenost različitih, veoma često neusklađenih diskursa o duševnim bolestima, nije bila prepreka širenju azila.

Konkretno, gotovo svi reformatori i liječnici tokom *antebellum* ere 19. stoljeća vjerovali su da je ludilo zapravo bolest mozga te da bi valjana autopsija razotkrila organske lezije ili druge fizičke nedostatke mozga svake umobolne osobe (ibid., 110). Međutim, to vjerovanje nije vodilo ka anatomskim ili neurološkim istraživanjima etiologije bolesti, jer se istovremeno držalo da je fundamentalni uzrok oboljenja društvene naravi, odnosno da potječe od bolesne civilizacije koja stvara psihički bolesne ljude (ibid., 111). Harvardski liječnik Edward Jarvis, jedan od Rothmanovih “sugovornika”, koji je i sam obnašao funkciju nadstojnika azila, lapidarno je ustvrdio kako je “ludilo cijena koju plaćamo za civilizaciju”, a to je bio konsensualni stav medicinske zajednice i reformatora tog vremena, uključujući Dorotheu Dix, vjerojatno najznačajniju zagovornicu azila u Americi. Kao što loši higijenski uvjeti, nebriga za zdravlje i neuhranjenost uslijed siromaštva mogu naštetiti tijelu, tako novo društvo natopljeno profesionalnim stremljenjima, težnjama za bogatstvom, modernim porocima i raspadom obitelji neminovno proizvodi bolest uma. Taj diskurs društvene degeneracije, koja se ogleda u specifično duševnim oboljenjima, imao

je na početku posve optimističan ton budući da je drugi konsenzus bio vezan uz stav kako je ludilo, unutar prikladnog institucionalnog okružja, izlječivo. “Kult azila”, kako ga naziva Rothman, nije nastao iz očaja ni iz straha zajednice koja nije znala kako da se nosi s fenomenom ludila, nego, suprotno, iz nezadovoljstva tadašnjim poretkom i čvrstog uvjerenja liječnika, psihijatarata i reformatora da se ludilo može liječiti i to temeljitije nego uobičajene bolesti tijela (ibid., 131). Slična uvjerenja možemo također naći kod europskih psihijatarata i reformatora — Pinela i Jean-Ettiena Esquirola u Francuskoj, Johna Conollyja u Engleskoj itd. — u njihovom zagovaranju moralnog tretmana i potrebi da se strukturirano upravlja sebstvom bolesnika ukoliko se želi postići potpuno izlječenje. Goleme ambicije i javno izrečena obećanja zagovornika azila veoma su se brzo preobratile u gotovo posvemašnje razočarenje koje se nije moglo odagnati krivotvorenjem podataka o izlječenjima u kakva su se mnogobrojni nadstojnici upuštali, ni prikrivanjem sve lošijih uvjeta boravka u azilima.

Jaz između reformističkog humanitarnog diskursa i stvarnosti azila do sredine 19. stoljeća postaje predmet javnog interesa. U Engleskoj je 1845. osnovana zagovaračka grupa *Alleged Lunatics' Friend Society* s ciljem poboljšanja zakonske zaštite bolesnika i sprečavanja zloupotrebe azilskog zatvaranja. Još važnije, u epistemološkom registru dolazi do spomenute krize legitimiteta čija će prva žrtva biti inačica psihijatrije oslonjena na moralni tretman i humanitarni diskurs. To je ujedno točka od koje možemo pratiti konačno izbacivanje moralnog liječenja iz psihijatrije te napore da psihijatrija postane legitimni dio znanstveno utemeljene medicinske prakse. Nije pretjerano ustvrditi da je pristup Emila Kraepelina — velikog pape psihijatrije, kako ga je sarkastično nazvao Freud — predstavljao najznačajniji pokušaj poznanstvljenja psihijatrije na prijelazu stoljeća kroz povezivanje s biologijom i genetikom, upotrebu induktivne kliničke metode i novu klasifikaciju (nosologiju) poremećaja. Kraepelinovska psihijatrija dolazi, bez obzira kako je vrednovali, kao izraz barem privremenog poraza pinelovske moralne psihijatrije i difuznih kulturno-medicinskih diskursa kojima je obilježen uspon azila tokom 19. stoljeća. Ova kratka skica omogućuje nam da se usredotočimo na tri ključne točke Foucaultovih predavanja iz godine 1973./74. posvećenih psihijatrijskom diskursu. To su, redom, azil kao učinak i mjesto reprodukcije psihijatrijske moći, epistemički aspekt psihijatrijska moći te na koncu depsihijatrizacija u smislu odbijanja ili zamjenjivanja psihijatrije nečim drugim.

4. Azil kao disciplinarni mehanizam i psihijatrizacija obitelji

Foucaultova fascinacija moralnim tretmanom zasigurno proizlazi iz specifično zacrtanog odnosa liječnika i pacijenta koji se, barem naizgled, sastoji u tome da se pacijent privede stvarnosti. U predavanju održanom 1980. godine, objavljenom pod naslovom *Subjektivnost i istina*, Foucault se vraća jednom od slučajeva koje opisuje François Leuret u kojem pacijent biva podvrgnut tretmanu ispitivanja i tuširanja ledenom vodom do točke u kojoj priznaje vlastito ludilo (Foucault, 2007: 148). Pacijent je prisiljen na govor, na ispovijed u kojoj će potvrditi da su glasovi koje je čuo i neprijatelji koje je vidio nestvarni — spasenje je moguće, veli Foucault, tek kada osoba kaže tko je, i to ne sama sebi, nego drugim osobama (ibid., 148). Poveznica prema sudnici i ispo-vjedaonici nameće se sama od sebe, međutim Foucault u tom predavanju izostavlja kontekst Leuretove prakse koja polazi od uvjerenja da je odnos pacijenta i liječnika ključan za uspješnu terapiju, barem u slučajevima u kojima uzrok ludila leži u afektima, fiks-idejama i deluzijama koje onemogućuju korekciju mišljenja (Brown, 2018: 41). U predavanjima *Psihijatrijska moć* Foucault također kreće od Pinela i moralnog tretmana — François Leuret je, dakako, učenik Pinela i Esquirola — dakle, od konceptualizacije terapije kao umijeća, i to “umijeća podvrgavanja i kroćenja luđaka čineći ga striktno ovisnim o čovjeku čije fizičke i moralne kvalitete omogućuju vršenje neumoljivog utjecaja i prekidanje poročnog kruga njegovih ideja” (Pinel prema Foucault, 2006: 8). Nadalje, umijeće moralne terapije se, ukratko rečeno, ne može događati izvan institucije azila, ali ne u smislu da najprije postoji institucija s izgrađenom strukturom i standardnim procedura-ma, a zatim iz toga proizlaze odnosi moći, već obratno, azil je učinak disciplinarne matrice. Obrtanjem uzročnosti, Foucault se želi riješiti institucionalne analize pod pretpostavkom da su, ako se već mora govoriti u terminima uzročnosti, azil i postupak liječenja, kakav se u njemu provodi u prvoj polovini 19. stoljeća, učinak diskursā o ludilu i prethodno uspostavljenih odnosa prema devijantnosti. Dakle, prva točka analize psihijatrijske moći, koja će nakon objavljivanja *Nadzora i kazne* postati gotovo intelektualni klišej, je ovo:

“Ono važno nisu institucionalne pravilnosti već prije praktičke dispozicije moći, karakteristične mreže, struje, releji, oslonci i razlike koje karakteriziraju oblik moći, a imaju konstitutivno značenje za pojedinca i grupu. Čini mi se da je moć utoliko postupak individualizacije, pojedinac je samo učinak moći.” (Foucault, 2007: 15)

Disciplinarni aparati su, prema Foucaultu, imali određenu funkcionalnu ulogu u feudalnim, odnosno monarhijskim porecima, no bez obzira na to, disciplinarni se mehanizmi moći svejedno određuju u razlici spram suverene moći. U predavanju od 21. studenog 1973. Foucault nudi kao hipotezu ideju da disciplinarna moć postoji u suvremenom društvu, da funkcionira kapilarno, da se radi o modalitetu moći koji u konačnici dolazi do tijela i preuzima ga kroz određivanje djelovanja, ponašanja, navika i govora (ibid., 40). Prije nego što je knjiga *Nadzor i kazna* objavljena, u predavanjima od 21. i zatim 28. studenog 1973., Benthamov je panoptikon uzet za primjer najopćenitije političke i tehničke formule disciplinarne moći (ibid., 41). Onkraj suverene moći, njezine juridičke domene unutar koje je konstituiran subjekt prava, pojavljuje se disciplinarna moć koja, kako sugerira model panoptikona, funkcionira kao moć bez materijalnosti, barem utoliko što u njezinim rukama nisu ni mač ni žezlo već kontinuirano i sveobuhvatno promatranje, to jest nadziranje koje ima prije anonimni i strukturni nego utjelovljeni karakter kao u slučaju suverene moći (ibid., 71ff).

Gdje nas ova dobro poznata određenja ostavljaju u pogledu azila kao mjesta reprodukcije psihijatrijske moći i zatim njezinog odnosa prema nizu znanje, istina i stvarnost? Prvi se problem tiče obitelji, određenja i smještanja obitelji u ovu široku i shematsku podjelu suverene i disciplinarne moći. Ako azil, škola, kasarna i tvornica mogu biti relativno neproblematično podvedene pod mehanizam disciplinarne moći — anonimnog nadgledanja koje istovremeno implicira opažanje, klasifikaciju i zaključivanje, te zatim preciznu intervenciju na osnovu sabranog znanja — kakav je, u svjetlu toga, status obitelji? Njezina je uloga za Foucaulta ključna u onoj mjeri u kojoj obitelj predstavlja podršku, svojevrsnu dodatnu domenu koja se nadovezuje na prethodno identificirana mjesta pojavljivanja disciplinarne moći. Naime, očito je da se tradicionalno pojmljena obitelj pojavljuje kao inačica suverene moći s figurom patrijarha koja donekle preslikava figuru suverena. Odnosi unutar obitelji, čak kada uključuju nadgledanje, usmjeravanje, pa i kažnjavanje, nisu iste vrste kao u slučaju disciplinarnih aparata azila, škole ili tvornice.

Međutim, daleko od toga da naprosto uzima obitelj kao repliku ili rudimentarni oblik suverene moći, Foucaultova analiza kreće od pretpostavke da obitelj funkcionira kao korelat disciplinarne moći. Preciznije rečeno, obitelj se početno pojavljuje kao suprotnost azilu, kao okružje koje mora biti isključeno i koje se *de facto* isključuje kroz djelovanje azila, ali onda se od druge polovine 19. stoljeća — kao učinak

normalizacije i psihijatrizacije — obitelj pojavljuje u funkciji umetka i, utoliko, upotpunjenja mehanizma disciplinarne moći. Najprije treba reći da je porijeklo opozicije obitelji i azila upisano u ishodište proto-psihijatrije na prijelazu u 19. stoljeće. Kako objašnjava Scull, “poput svojih engleskih pandana, Pinel je ustrajavao na tome da se poremećeni bolesnici teško mogu ikada izliječiti u krilu svoje obitelji” budući da sama prisutnost bliskih rođaka povećava nemir i potiče neukrotivost karaktera (Scull, 2018: 218).

Teorijska pretpostavka o obitelji kao izvoru duševnog poremećaja nema u diskursu moralnog tretmana ni približno istu uzročnost kakvu će kasnije donijeti psihoanaliza. Radi se prije o stavljanju naglaska na ulogu liječnika, odnosno psihijatra u procesu liječenja. Riječima Jean-Etienne Esquirola:

“Doktor u neku ruku mora biti princip života u bolnici za duševno poremećene. Sve mora započinjati njime. On mora ravnati svim postupcima i pozvan je da bude regulator svih misli.” (Prema: Scull, 2018: 220)

Prema tome, izolacija štíćenika od obitelji bila je, ne samo u Francuskoj, sastavni dio psihijatrijske terapije. U tom smislu Foucault tumači francuski zakon o azilima iz 1838. koji omogućuje da se bolesnik izmjesti iz obiteljskog miljea, poznatog okružja koje može uključivati emocije, brige, materijalnu depriviranost i druge okidače ludila (Foucault, 2007: 98-99). Dakle, štíćenik azila je izmješten iz obiteljskog miljea, čime je ujedno zaštićen od nadriliječnika i privatnih poduzetnika koji su se tradicionalno koristili duševnim bolesnicima u svrhu vlastite promocije i zarade. Profesionalizacija psihijatrije i izolacija od obiteljskog okružja jesu lice i naličje jednog te istog procesa formiranja azila, odnosno bolnice za duševne bolesnike.

Foucault jedva da radi nešto više od ponavljanja formulacija zagovornika moralnog tretmana u psihijatriji kada opisuje azil, odnosno bolnicu kao stroj za liječenje (ibid., 102). Naime, njegov odgovor na pitanje kako bolnica liječi glasi:

“Ako bolnica liječi, to je zato što upošljava sve one elemente za koje sam vam htio pokazati da su formalizirani u Benthamovom modelu; ona liječi jer je bolnica panoptički stroj... Bolnica je u stvari stroj za vršenje moći, za induciranje, distribuciju i primjenu moći prema Benthamovoj shemi čak i kada su, bjelodano, specifična arhitektonska obilježja Benthamovog dizajna modificirana” (ibid., 102).

Riječ je, međutim, samo o upotrebi metafore “velikog moralnog stroja” škotskog psihijatra Williama Browna, čiji je zadatak osigurati da “biljeg autoriteta nikad ne iščezne, nego da bude otisnut na svakoj transakciji” (prema Scull, 2018: 221). Slične tvrdnje i odgovarajuće razumijevanje unutrašnje regulacije azila već smo mogli vidjeti kod Pinela uz karakterističnu minucioznu razradu. U svakom slučaju, azil donosi odvajanje od obitelji s jedne, te superviziju i kontinuirano vrednovanje postupaka šticećenika, s druge strane. No, time nije sve rečeno o obitelji čije funkcioniranje — bez obzira na prvotno određenje u terminima modela suvereniteta — Foucault shvaća dinamično te provizorno navodi sredinu 19. stoljeća kao trenutak obiteljske internalizacije discipline, odnosno potpunijeg uklapanja obitelji u disciplinarni poredak (Foucault, 2007: 114). Za Foucaulta je u prvom redu riječ o učinku normalizacije koji se ogleda u prepoznavanju abnormalnog. Dakle, s jedne strane, imamo obitelj s uobičajenim odnosima hijerarhije, poslušnosti, pravima nasljeđivanja i logikom očuvanja obiteljskog imena, a s druge strane, mreža diskursa i praksi vezanih uz psihijatrijski diskurs, mreža koja donosi opoziciju zdravog i bolesnog stanja, a zatim još nijansiranije razlikovanje normalnog i abnormalnog. Pritom disciplinarni imperativ upućen obitelji zvuči ovako:

“Mislim da možemo reći da će, na temelju disciplinarnih sistema, obiteljska suverenost biti podvrgnuta sljedećem zahtjevu: Morate za nas pronaći lude, slaboumne, problematične i perverzne, i to morate učiniti sami kroz disciplinarnu kontrolu unutar obiteljske suverenosti. I kada pronađete lude, slaboumne, problematične i perverzne, mi ćemo ih, vele disciplinarni sistemi, provući kroz filter aparata normalizacije i vratiti ih vama, obitelji, za poboljšanje vaše funkcionalnosti” (ibid.).

Internalizacija disciplinarnog imperativa, na što je usredotočeno predavanje od 5. prosinca, biva neminovna od trenutka kada život i zdravlje djece postaje predmet psihologizacije, to jest psihijatrizacije. Tek kada dječje ponašanje i ponajprije dječja seksualnost — a Foucaultov središnji primjer toga je patologizacija i pokušaj kontrole masturbacije — postaju predmet disciplinarno proizvedenog znanja može se historijski utemeljeno govoriti o psihijatrizaciji u smislu proširenja disciplinarnih moći onkraj azila, škole i tvornice. U tom pogledu ostaje otvoreno pitanje koliko je čitava rasprava o psihijatrizaciji, to jest o ambivalentnoj poziciji obitelji u relaciji prema psihijatrijskoj praksi

unutar azila relevantna prije pojave razvojne psihologije, s jedne, te psihoanalize, s druge strane.

U svakom slučaju, Foucault se u predavanju od 16. siječnja vraća na temu psihijatrizacije s tezom da psihijatrizacija djeteta ne započinje s uspostavom konstitutivne veze između djetinjstva i ludila, nego kroz istraživanje mentalne retardacije kod djece čim se koncem 18. stoljeća ustanovilo razlikovanje različitih oblika imbecilnosti, idiotizma i ludila (ibid., 203). To je važna točka argumentacije jer se, bez obzira na nosološku neuređenost, uvodi gradacija mentalne zaostalosti, te umjesto još uvijek diskretne razlike duševnog zdravlja i ludila nastupa kontinuum normalnog i abnormalnog. Foucault to tumači u terminima širenja psihijatrijske moći, dapače tvrdi da je “obrazovanje idiota i abnormalnih psihijatrijska moć u najčišćem stanju” (ibid., 215), referirajući se na rad Édouarda Séguina, jednog od značajnijih zagovornika moralnog tretmana i autora pionirske studije *Traitment morale, hygiène et education des idiots* iz 1846. u kojoj ne nudi samo klasifikaciju oblika mentalne retardacije nego i postupke onoga što je nazvao *obrazovanjem idiota*. Tu opet dolazimo, u skladu s premisama moralnog tretmana, do problema nalaženja najboljeg načina upravljanja šticenikom ili, preciznije, voljom šticenika, budući da je upravo “defekt volje ključna karakteristika fiziološkog [Séguinovog koncepta, op. M. Ž.] koncepta idiotizma; izravna je posljedica takvog tumačenja važnost volje liječnika koja djeluje kao zamjenski autoritet nad tijelom idiota” (Simpson, 1999: 232).

Iako Foucaultova poveznica prema formiranju razlikovanja normalnosti i abnormalnosti, počevši od Séguinovih studija i njegove prakse u klinici Bicêtre, nije beznačajna, ipak složeni proces psihijatrizacije obitelji, odnosno internalizacije discipline, nije ni približno dostatno zahvaćen. Dijelom je prepreka tome sama složenost procesa, s neprestanim i višestrukim pomicanjima koja se događaju u različitim znanstvenim i izvan-znanstvenim registrima. Ali tu su također i prepreke upisane u sam foucaultovski pristup, s posljedicama koje su možda uočljivije kod sljedbenika nego kod učitelja. Ispod plašta koncepta normalizacije lako izlaze posve funkcionalistička objašnjenja, pa će tako Jacques Donzelot u studiji *La Police des familles* iz 1977., posvećenoj analizi normalizirajućih učinaka onoga što naziva upravljanjem kroz obitelj (*le gouvernement par la famille*), zaključiti da Freudova psihoanaliza konteksta suvremenih liberalnih društava obavlja (možda nesvjesno) onaj posao u domeni psihijatrizacije koji je Keynesova teorija obavila u domeni ekonomije, naime posao nor-

malizacije i spašavanja poretka od inherentnih disfunkcionalnosti. Ono što nedostaje Foucaultovoj pripovijesti o rođenju azila i psihijatrizaciji obitelji je, prvo, sveobuhvatnija analiza liberalizma kao tehnologije upravljanja, čemu će se posvetiti u kasnijim predavanjima, te marksistički intoniran uvid na kojem inzistira primjerice Scull: rast disciplinarnih aparata, diferencijacija devijantnosti i posljedično širenje psihijatrijske moći usko su povezani s rastom industrijskog kapitalizma u 19. stoljeću (Scull, 1980). Sljedeća točka, to jest točka Foucaultove analize, tiče se, kako smo već naveli, epistemičkog aspekta psihijatrijske moći i usko je povezana s trećom i posljednjom točkom kojom ćemo se baviti — depsihiatrizacijom.

5. Istina o ludilu i psihijatrijski realizam

Treća je točka važna zbog nekoliko razloga: prvo, Foucault ne izriče tvrdnju da ludilo ne postoji, da je riječ o takozvanom društvenom konstrukt koji bi nestao kada bi nestali interesi i institucije koje ga održavaju. To je točka razlikovanja Foucaultove analize i anti-psihijatrijskog poimanja kakvo nalazimo, primjerice, kod Thomasa Szasza. Ne slučajno, Szaszova glavna knjiga iz 1960. *Mentalna bolest kao mit* počinje s citatom Karla Poppera — “Znanost mora početi s mitovima i s kritikom mitova” (Szasz, 1974: 1). Umjesto neposrednog negiranja fenomena u ime prave znanosti (nasuprot pseudoznanosti), kako to čini Szasz, kod Foucaulta nalazimo nešto sasvim drugo: ludilo kao gust fenomen koji s obzirom na uvjete formiranja diskursa može biti sagledan i tumačen kroz estetičku, političku ili medicinsku prizmu. Umjesto odbijanja psihijatrije i psihoanalize kao zabluda utemeljenih oko iluzornog pokušaja da se etički problemi tretiraju na medicinski način (Szasz, 1974: 9), kod Foucaulta je riječ o epistemičkim pragovima, koje disciplinarno istraživanje prelazi ili ne prelazi, te o odnosu kako god stečenog znanja u mehanizima moći. U intervjuu iz 1976. Foucault nudi sljedeće obrazloženje:

“Postavimo li znanostima kao što su teorijska fizika i organska kemija pitanje o njihovim odnosima spram političkih i ekonomskih struktura društva, nismo li postavili suviše složen problem? Ako uzmemo jedno znanje kao što je psihijatrija, problem neće biti puno lakše rješiv, s obzirom na to da je njen epistemološki profil tanan, a praktična je psihijatrija vezana za čitav niz institucija, neposrednih ekonomskih zahtjeva, političkih prioriteta, socijalnih regulacija. U slučaju jedne tako ‘sumnjive’ znanosti kao što je

psihijatrija ne bismo mogli na pouzdaniji način razriješiti splet učinaka moći i znanja.” (Foucault, 1994: 143)

Radi se, prema tome, o diskursima znanja pomoću kojih se prerađuje iskustvo ludila, odnosno duševne bolesti, a čiji najtrajniji učinci vezivanja s aparatima moći dolaze upravo onda kada nije riječ naprosto o mitu ili pseudoznanosti. Dovoljno se prisjetiti da je Lisenkova biologija bila kratkog daha, počela je kopniti u trenutku Staljinove smrti da bi na koncu u potpunosti nestala iz znanstvenog diskursa (osim, dakako, sociologije znanosti). Možemo se složiti s formulacijom koju nudi John Iliopoulos: psihijatrijski je diskurs ujedno politički diskurs u mjeri u kojoj predstavlja legitiman znanstveni odgovor na društvena potraživanja istine o statusu ludila, odnosno duševne bolesti, te je jednako tako etički diskurs u mjeri u kojoj znanstveni iskazi neminovno proizvode isključivanja, zabrane i druge upute za djelovanje u onoj mjeri u kojoj se ne radi tek o teorijskim projekcijama (Iliopoulos, 2017: 50). Činjenica da se značenje legitimnosti u znanosti mijenja gotovo jednako brzo kao društvena potraživanja istinā tiče se teškoća svojstvenih istraživanjima u području društvenog. Drugim riječima, relativizam ne dolazi po inerciji iz trivijalne činjenice kontingentnosti institucija, obrazaca, praksi itd. Da bi zaključci i nalazi zadobili relativistički karakter, potrebno je dodatno usmjeravanje i posve drugačiji, dodatni skup pretpostavki. (Usp. Barnes et al., 1996.)

Ako je početna pretpostavka da postoji istina o ludilu, štoviše, da postoji veći broj istina o ludilu, već prema tome na koji smo aspekt usredotočeni, nije bespredmetno pitati o postupcima razotkrivanja ili dolaska do istine u kontekstu funkcioniranja azila. Foucault navodi tri postupka koji se historijski pojavljuju s azilom. To su, kao što smo već vidjeli kod Leureta, praksa ispitivanja i ispovijedi, zatim procedure podvrgavanja hipnozi i postupci magnetizma, te na koncu upotreba širokog spektra lijekova i opojnih sredstava poput laudanuma ili kanabisa. Riječ je o postupcima koji u smislu historijske epistemologije označavaju “frakturu disciplinarnog sustava, točku u kojoj se medicinsko znanje suočava s potrebom da govori, ne više samo u terminima moći nego u terminima istine” (Foucault, 2007: 235). Napori usmjereni prema saznanju istine o ludilu, postupci oblikovani s ciljem da ono bezumno samo od sebe progovori, otvaraju pitanje o samom statusu istine u znanstvenom diskursu. Foucault se tog pitanja dotiče u predavanju od 23. siječnja 1974. kroz sljedeću diferencijaciju. Tradicionalno

pojmljeni diskurs znanosti pretpostavlja istinu, dapače mnogobrojne istine, i “nema ničega dovoljno malog, trivijalnog, efemernog ili povremenog, ničeg suviše udaljenog ili previše na dohvat ruke, a da mu ne bismo mogli postaviti pitanje: što si ti, uistinu?” Sveprisutnost istine, skrivene ili razotkrivene, u zapadnom je znanstveno-filozofskom okviru povezana s postupkom demonstracije istine, odnosno tehnologija demonstracije istine povezana je s načinom na koji znanost operira (ibid., 236). U striktnom smislu, Foucaultov je navod posve pogrešan i to se, ironično, možda najbolje vidi kod foucaultovski orijentiranih autora, poput Iana Hackinga koji obrazlaže razloge i okolnosti odustajanja od ideala deduktivne demonstracije i okretanja prema indukciji i probabilizmu u novovjekovnoj znanosti (Hacking, 2006). No, da ne prekidamo Foucaulta u izlaganju, prihvatimo da koristi riječ demonstracija neobveznom i širokom značenju “dolaska do istine”. Nasuprot sveprisutnosti istine i njezine demonstracije u znanostima, što se pojavljuje s druge strane? Tamo nalazimo, tvrdi Foucault, istinu-događaj, dakle istinu koja nije uvijek prisutna, koja ne čeka zrelost znanstvenog diskursa da bi u konačnici bila razotkrivena, to je istina koja mora biti “isprovocirana ritualima, uhvaćena trikovima, zarobljena prema danim okolnostima” (ibid., 237). Nasuprot tome, istina-događaj povezana je kroz povijest medicinske prakse s pojmom krize u starom značenju momenta procjene i donošenja odluke liječnika. Ostavljajući po strani Foucaultovu detaljnu elaboraciju, reći ćemo samo da ona vodi prema zaključku da kriza i istina-događaj kao njezin epistemološki pandan ispadaju iz medicinskog diskursa i prakse s razvojem medicinskih znanosti, kliničkih ispitivanja i pomoćnih disciplina medicinske statistike i epidemiologije koje omogućuju kontinuirani nadzor i praćenje, ne samo individualnih tijela nego cijele populacije.

Ukratko, tehnologija opservacije i demonstracije čini krizu i istinu, koja se s njom trenutno pojavljuje, izlišnima (ibid. 248). Nadalje, ono što vrijedi za medicinu, vrijedi i za psihijatriju. Čak i kod proto-psihijatrije možemo vidjeti težnju ka znanstvenosti, traženje kliničkih i empirijskih znakova duševne bolesti, razradu nosologije i etiologije na način koji odgovara standardima medicinskih znanosti. “Ne samo da nije potrebna — govori dalje Foucault — kriza nije ni željena jer može biti opasna, kriza lunatika može značiti smrt za drugu osobu. Ona nije potrebna, anatomska patologija ju je već odbacila i režim reda i discipline znači da kriza nije poželjna” (ibid., 250). Međutim, s moralnim tretmanom i proto-psihijatrijom 19. stoljeća javlja se unutar tog istog sklopa suprotna tendencija utoliko što ni “disciplinarni režim,

ni obavezna smirenost nametnuta luđaku, ni anatomska patologija” ne mogu omogućiti da se psihijatrijsko znanje utemelji kao istinito (ibid., 250). Iza ovih ponešto dramatičnih rečenica krije se nekoliko tema. Prva, možda najočitija, odnosi se na tenziju koja postoji između htijenja da se stvori racionalni, štovišie znanstveni diskurs o ludilu i činjenice da se ludilo po svojoj naravi opire analizi — duševni bolesnik nije kao drugi bolesnici već na razini opisa vlastitog stanja, nabranjanja simptoma itd. Na toj razini možemo reći da imamo posla s poteškoćom promatranja ludila i razvijanja racionalne analize na osnovi promatranja, prikupljanja podataka i oslanjanja na govor pacijenta. Taj bi aspekt trebao biti bjelodan i, skraćeno rečeno, neokraepelinska psihijatrija želi ga ukloniti tako da ga u potpunosti zaobiđe. No, to je upravo ono što pinelovska proto-psihijatrija nije mogla učiniti bez prihvaćanja za nju posve heterogenih pretpostavki i *de facto* samoukidanja.

U Foucaultovom izvođenju riječ je o temi koja predstavlja samo hodnik do fundamentalne poteškoće za psihijatrijski diskurs — problema simulacije. Zašto je simulacija fundamentalan problem za psihijatrijski diskurs? Odgovor izgleda očit: tamo gdje postoji simulacija, nema karakterizacije bolesti, nema objektivnog stanja koje omogućuje psihijatriju zasnovanu na dokazima, forenzičku analizu, statističko dokumentiranje i eksperimentalna istraživanja (Iliopoulos, 2017: 103). U predavanju od 12. prosinca 1973., gdje se prvi put spominje simulacija, Foucault je dovoljno oprezan da odmah otkloni ideju kako pod simulacijom ne misli na situaciju u kojoj se zdrava osoba pretvara da je duševni bolesnik, te tako zavara psihijatra. Dakle, ne radi se o eksperimentu Davida Rosenhana, čiji su nalazi objavljeni 1973. u prestižnom časopisu *Science*, u članku “On being sane in insane places”, koji je odmah uzbunio anti-psihijatrijsku zajednicu.

Simulacija o kojoj pak Foucault govori interna je s obzirom na sam fenomen ludila, radi se o historijskom problemu psihijatrije 19. i početka 20. stoljeća koji poznajemo pod nazivom histerija. Iako je naziv postepeno nestao iz upotrebe — Micale tvrdi da se ne radi toliko o nestajanju, koliko o nosološkoj rekonceptualizaciji (Micale, 1993) — problem tumačenja simptoma histerije važan je za Foucaultov argument. Naime, slijedeći Sculla možemo vidjeti da je histerija posebna vrsta bolesti,

“kameleonska bolest koja je, čini se, pored emocionalnog meteža koji bi jednako obuzeo onu koja je od nje patila i one koji su joj svjedočili, mogla podražavati simptome gotovo bilo koje druge

bolesti te se, izgleda nekako ukalupila u kulturu u kojoj se pojavila... Bila je to etiketa koju su često odbacivali mnogi koji bi dobili tu dijagnozu i stanje koje je mnogima izgledalo bliže simuliranju i zavaravanju nego pravoj patologiji.” (Scull, 2018: 109)

Ovdje, naravno, ne možemo ulaziti u rasprave o značenju i povijesti histerije (usp. Scull, 2009), dovoljno je, s obzirom na prethodnu karakterizaciju, naglasiti njezin značaj za epistemički status psihijatrijskog diskursa. U Foucaultovom čitanju ona predstavlja interni problem za psihijatrijsko znanje budući da, ako se može reći istina o histeriji, onda to zasigurno neće biti istina proizašla iz demonstracije; ako ju je moguće klinički odrediti, model istine-događaja čini se prikladnijim od istine proizašle iz demonstracije.

Foucaultova shema, prema tome, izgleda ovako: s jedne se strane pojavljuje zahtjev znanstvenosti, odnosno zahtjev da se psihijatrijsko znanje gradi prema već ustanovljenom modelu medicinskog znanja koje ima potporanj u kliničkom opažanju, anatomske patologiji, neurološkim istraživanjima itd. To je projekt psihijatrijskog znanja koje se pojavljuje kao neokraepelinska psihijatrija čija se kriza legitimiteta možda najzornije očituje u tekućim raspravama oko upotrebe *Dijagnostičko-statističkog priručnika za duševne poremećaje*. S druge strane, proto-psihijatrija, izgrađena oko moralnog tretmana i doktrine o mentalnoj alijenaciji, nije krenula (isključivo) putem ukla-panja u biomedicinski model — dapače, Pinel ga je odbacivao — te je zadržala nešto od paraznanstvenog koncepta istine-događaja. Potvrdu potonjeg Foucault nesumnjivo nalazi u azilu, to jest praksama nadzora i usmjeravanja štćenika, dakle u svim onim postupcima ispitivanja, kažnjavanja, nagrađivanja itd., izvedenim pod pretpostavkom da će bolesnik u jednom trenutku reći istinu o simptomima, ako već neće priznati sam svoje ludilo. Režim istine proto-psihijatrije očito je drugačiji, u zadanom okviru, od režima psihijatrije koja se pokušava smjestiti u biomedicinski model. Naravno, razlika se ne sastoji samo u poimanju istine, nego i u razumijevanju funkcije velikog disciplinarnog mehanizma azila, odnosno duševne bolnice te uloge psihijatra, odnosno liječnika. No, za Foucaultovo je tumačenje ključna je srodnost proto-psihijatrije i starije medicinske prakse na tragu Hipokrata i Galena, te njihovog pojma istine o bolesti koja nastupa u trenutku krize, kao događaj vezan uz specifično tijelo i specifične okolnosti. Iliopoulos iz ovog suprotstavljanja izvodi stav da je proto-psihijatrija 19. stoljeća bila, na neki način, uspješnija ili

bolje pozicionirana da dohvati istinu o ludilu. “Prostor azila, prema Iliopoulosu, je bio u prvom redu mjesto gdje se kriza delirija mogla promatrati u sirovom obliku kao točka puknuća i prevrata pacijentove svijesti i ponašanja. Implementacija istine-krize ponudila je izlaz iz opasnosti simulacije jer se opirala tipičnim pravilima kliničke dijagnoze” (Iliopoulos, 2017: 106). Iako se može prihvatiti teza da je proto-psihijatrija funkcionirala u okviru režima istine drugačijem od posve institucionalizirane psihijatrije 20. stoljeća — što je mnogo puta pokazano — historijski gledano, ona ne samo da nije ponudila izlaz iz opasnosti simulacije nego je veoma često bila nemoćna ili nemušta čak i pred epistemički jednostavnijim opasnostima zloupotrebe zatvaranja i podvrgavanja štićenika štetnim tretmanima. To je, uostalom, jedan od razloga dokumentirane krize legitimiteta koja se pojavljuje već sredinom 19. stoljeća.

Nadalje, Foucault ne suprotstavlja različite režime istine kako bi mogao reći koji je bliže istini. Cijela rasprava o istini-događaju nasuprot istini demonstracije — ostavljamo po strani mnogobrojne probleme takve “teorije istine” — ima tek svrhu da omogući konstataciju da stari medicinski model krize postepeno nestaje kako se razvijaju različite grane patologije, ali taj proces ne donosi odgovarajući učinak u polju psihijatrije (Foucault, 2007: 266). Razlozi za to su dani u predavanju od 30. siječnja 1974. i svode se na sljedeće: prvo, psihijatrija, kako se uspostavila početkom 19. stoljeća, predstavlja “medicinu u kojoj je tijelo odsutno” (ibid., 266). Drugo, pitanje diferencijalne dijagnoze — da li je riječ o ovoj ili onoj vrsti poremećaja — za psihijatriju je sekundarno pitanje, ona primarno nije usredotočena na diferencijalnu, nego na apsolutnu dijagnozu, a to znači na pitanje da li se radi o ludilu ili ne. Apsolutna dijagnoza znači da je u domeni psihijatrije “jedino pravo pitanje postavljeno u formi da ili ne” (ibid., 266). Apsolutna dijagnoza je točka u kojoj Foucault uvodi ono što bismo mogli nazvati psihijatrijski realizam: psihijatar mora na neki način, preko nekog čitanja simptoma i ponašanja, preko neke klasifikacije, odlučiti da li se radi o duševnoj bolesti. Psihijatrijsko se znanje u prvom i ključnom koraku ispostavlja kao arbitraža ili procjena udaljenosti između (navodnih) simptoma i ponašanja pacijenta i — budući da je tijelo odsutno — stvarnosti. Foucault na mnogo mjesta inzistira na ovoj točki: naime, da gusti fenomen ludila dobiva svoju artikulaciju kroz psihijatrijski diskurs te da stvarnost služi psihijatriji kao pozadina na temelju koje izriče procjene duševnih poremećaja. Formulacija glasi ovako:

“Budući da nije bilo polja unutar kojeg bi psihijatrija mogla utvrditi istinu, morala je ustanoviti i zamijeniti stari klasični model medicinske krize s nečim drugim što je, baš kao i stara medicinska kriza, test — ali ne test istine, nego radije test stvarnosti... U psihijatriji, ključan trenutak koji punktira, organizira i istovremeno raspodjeljuje polje disciplinarne moći o kojoj sam govorio, jest taj test stvarnosti koji ima dvostruku funkciju.” (Ibid., 268)

Ta dvostruka funkcija, spomenuta na kraju, odnosi se na nadovezivanje disciplinarne matrice na psihijatrijsko znanje budući da, čim je arbitraža obavljena, slijedi daljnja odluka o sudbini pacijenta, njegovom psihijatrijskom profilu, njegovom zatvaranju, načinu liječenja itd. Istovremeno, psihijatrijska arbitraža uspostavlja medicinski, odnosno profesionalni autoritet psihijatrije. Profesionalni autoritet omogućuje djelovanje psihijatrijskog diskursa u prostoru azila, odnosno duševne bolnice, ali također donosi daljnje, nipošto trivijalne ekstenzije, primjerice u polju kaznenog prava. Foucault, dakle, dolazi na kraju do točke na kojoj može pokazati, unutar vlastitog istraživačkog okvira, kako “epistemološki tanana disciplina poput psihijatrije” može napraviti pun krug od proizvodnje znanje do institucionalizacije disciplinarnog režima u azilu koji zatim povratno ovjerava profesionalni autoritet i omogućuje upotrebu psihijatrijske ekspertize u drugim društvenim domenama. On to čini, ili barem nastoji činiti, bez geste spektakularnog prokazivanja karakteristične za anti-psihijatriju, što nas dovodi do depshijatrizacije, posljednje točke na koju ćemo se kratko osvrnuti.

6. Depshijatrizacija?

Decizionističku interpretaciju psihijatrijske prakse, koju smo maločas vidjeli, treba uzeti sa zrnom soli. Čak i ako ostanemo u Foucaultovom okviru, koncept apsolutne dijagnoze koja autoritativno govori postoji li ludilo stoji u tenziji s njegovom analizom normalizacije i distinkcijom normalnog i abnormalnog kojoj su posvećena predavanja iz 1975. godine. Daleko od toga da su normalno i abnormalno diskretne kategorije koje se međusobno isključuju, Foucault pokazuje da abnormalno treba razumjeti kao kontinuum, koji podjednako uključuje figuru čudovišta kao i mnogo važniju figuru pojedinca kojeg treba popraviti i kojeg popravljaju ustanovljeni disciplinarni mehanizmi u obitelji, školi, radionici, župi itd. (Foucault, 2004: 57). Međutim, područje duševnih bolesti i poremećaja također je interpretacijski bolje sagledati u terminima kontinuumu, s obzirom da 19. stoljeće ne poznaje samo

ludilo u teškom ili kroničnom obliku nego i ono što Scull naziva “granična područja umobolnosti” (Scull, 2018: 289). Radi se o neurozama, neurasteniji, pa zatim i hysteriji, poremećajima koji zasigurno pomiču osobu na zamišljenom kontinuumu normalnosti kojega je proizvela psihijatrijska klasifikacija, ali ne do te mjere da je osoba društveno disfunkcionalna. To je ujedno i moment, kako napominje Scull, koji je omogućio psihijatriji da izađe iz “mračne i izolirane ‘valpurgijske noći’ kakvu je predstavljao svijet azila” i zakorači u “nove izvanbolničke ili ambulantne oblike liječenja, koji su se oslanjali na financijski unosnu, ali u terapijskom smislu frustrirajuću klijentelu što je patila od blažih oblika živčanih premećaja...” (ibid., 290).

Širenje psihijatrijskog diskursa izvan azila događalo se paralelno s krizom legitimacije koja se unutar intelektualnog polja pojavljuje kao depsihijatrizacija. Depsihijatrizacija, dakako, nije homogena te možemo izdvojiti barem dva kraka — anti-psihijatriju i psihoanalizu. Iako postoji mnoštvo literature posvećene analizi Foucaultog odnosa spram jednog i drugog, ostaje činjenica da on nije ponudio iole sveobuhvatnu obradu ni anti-psihijatrije ni psihoanalize te da tekstualno raspoložemo tek s kraćim odlomcima i opaskama u mnogobrojnim intervjuima⁰³.

U predavanju od 12. prosinca 1973. nalazimo pojam depsihijatrizacije vezan uz istraživanja hysterije Jean-Martin Charcota. Kao što je poznato, psihijatar, profesor anatomske patologije i vodeći neuroznanstvenik 19. stoljeća, održavao je javne predstave u klinici Salpêtrière koristeći mahom siromašne, hysterične pacijentice s odjela kojima je upravljao kao rekvizitima. Te opskurne predstave, na kojima se okupljao mondeni svijet i polusvijet Pariza, bile su popraćene fotografijama koje su stvarale iluziju objektivne slike poremećaja i tako stvarale dojam integriteta Charcotovih prezentacija. Nakon njegove smrti 1893. njegovi su najbliži suradnici i štićenici razotkrili te spektakularne prezentacije kao “inscenacije i krivotvorene konstrukcije” (Scull, 2018: 299). Štoviše, njegov najbliži suradnik Joseph Babinski veoma brzo odustaje od upotrebe samog naziva hysterija, dok će Joseph Déjerine, pariški neurolog, zaključiti da ono što se opisivalo kao hysterija (*la grande hystérie*) nije ništa drugo do dresura i imitacija (prema Scull, 2009: 129). Charcotov neuspjeh u podastiranju uvjerljivih dokaza da je hysterija stvaran somatski poremećaj, čije uzroke treba tražiti u živčanom sustavu, i

03 Za preglednu raspravu vidi Mark Kelly, 2020, “Foucault On Psychoanalysis: Missed Encounter or Gordian Knot?”.

njegovo (samo)zavaravanje u pogledu simptoma histerije Foucault uzima za historijsku početnu točku depsihijatrizacije. U predavanju od 12. prosinca 1973. navodi:

“Uz ozbiljnu krizu azilske psihijatrije koja je započela koncem 19. stoljeća, oko 1880., problem istine bio je nametnut psihijatriji od strane luđaka kada je ispred Charcota, velikog čudotvorca, postalo jasno da je sve simptome koje je proučavao izazvao on sam kroz simulaciju svojih pacijenata.” (Foucault, 2007: 136)

Histerici sa svojim nečitljivim simptomima proizvode subverziju psihijatrijskog diskursa i postaju na kraju predavanja od 23. siječnja 1974. “istinski militanti anti-psihijatrije” (ibid., 254). Na to se nadovezuje psihoanaliza za koju Foucault drži, kako se čini, da ima udjela u depsihijatrizaciji, odnosno da predstavlja prvo veliko povlačenje psihijatrije (ibid., 138). Nažalost, do kraja serije predavanja ne nalazimo razrade koncepta depsihijatrizacije, ni u smjeru psihoanalize ni u smjeru anti-psihijatrije. U pogledu psihoanalize, njezinog čudnovatog zaobilaženja nakon priznanja da nudi neku poveznicu prema depsihijatrizaciji, ostavljeni smo samo s raspravom u prvom tomu *Povijesti seksualnosti* (1978) koja se pak odnosi na sasvim drugu temu. Stoga je kod Foucaulta u stvari nemoguće rekonstruirati gdje je točno psihoanaliza smještena, to jest gdje bi trebala biti smještena unutar genealogije disciplinarne moći gdje nalazimo psihijatrijski diskurs. S anti-psihijatrijom stvari stoje nešto bolje jer se Foucault dotiče njezinog statusa u pisanom i naknadno objavljenom sažetku predavanja. Ključna razlika, uvedena *post festum*, između psihoanalize i anti-psihijatrije odnosi se na strategiju ove potonje, naime na inzistiranju da se ostane unutar azila i da se depsihijatrizacija vrši kroz kritiku institucije (ibid., 345). Dakako, potpuna subverzija ili ukidanje psihijatrije kao institucionaliziranog diskursa znači da u izostanku zatvaranja i nadgledanja, pojedinac biva prepušten sebi, slobodan da sam kaže istinu o (svom) ludilu ili da uđe u slobodni ugovorni odnos s terapeutom u kojem psihijatrijska moć navodno više ne važi. To je Foucaultov sažetak anti-psihijatrije, ili barem Szaszove inačice, koja cilja u prvom koraku na demedikalizaciju duševne bolesti, a u drugom na ukidanje opresivne poveznice između državnih aparata i psihijatrijske moći. U intervjuu iz 1976., koji nam donekle (ali ne u potpunosti) pomaže u nadopuni Foucaultove pozicije, nalazimo dvije važne opaske o psihoanalizi i anti-psihijatriji u kontekstu rasprave o ekstenzijama normalizacije. Što se tiče psihoanalize, Foucault na neuobičajeno nedvosmislen način konstatira

da bez psihoanalize kritika psihijatrije ne bi bila moguća (1996: 198), navodeći istovremeno da psihoanaliza u Sjedinjenim Državama, ali i u Francuskoj, funkcionira kao medicinska praksa, a to znači da je “dio mreže medicinske ‘kontrolne’ koja se posvuda uspostavlja. Ako je ranije imala kritičku ulogu, na jednoj sasvim drugoj razini, psihoanaliza djeluje u harmoniji s psihijatrijom” (ibid., 198). Anti-psihijatrija, s druge strane, nije nipošto bila u harmoničnom odnosu s psihijatrijom, ali je bolovala od specifične vrste iluzije, možda najvidljivije upravo kod Szasza. Vjerovala je da ukidanjem psihijatrije diskurs o ludilu postaje eventualni predmet slobodne razmjene, da se u liberalnom društvu ostvaruje ideal demedikalizacije. No, upozorava Foucault, Szasz je u “deluziji ako misli da je liberalna medicina oslobođena svega toga [učinaka psihijatrijske moći naslonjene na državni aparat, op. M.Ž.], kada je ona u stvari tek ekstenzija tih državnih struktura, njihova potpora i antena (ibid., 199)04.

Usprkos navedenim opaskama — a moguće je naći druge, slične, razbacane po Foucaultovim spisima — pitanje depshijatrizacije, koje je Foucault otvorio u predavanjima, ostaje uglavnom nerazrađeno. Dijelom je riječ o zaobilaženju analize mjesta psihoanalize u genealogiji psihijatrijske moći i protu-moći, mimo nekolicine sociološki intoniranih opaski⁰⁵, a dijelom je riječ o problemu subjektivnosti koji je Foucault također otvorio i pokušao zatvoriti u nekoliko navrata, započinjući na kraju s novim istraživačkim okvirom koji se u kasnijim predavanjima javlja u obliku povijesti upravljanja sobom i drugima. U tom ga je posljednjem pokušaju prekinula prerana smrt. Što se tiče statusa psihijatrijske moći, obrađenog u predavanjima nakon krivudanja i pogrešaka *Povijesti ludila*, možemo reći da bogatstvo izložene i analizirane građe koja bilježi promjene u načinu na koji je psihijatrija operirala tokom 19. stoljeća nesumnjivo predstavlja doprinos ranije započetoj izgradnji genealogije disciplinarne moći. Međutim, razlog konceptualne relevantnosti onoga što je izgovoreno prije gotovo pedeset godina treba ponajprije tražiti u neispunjenim obećanjima psihijatrije u registru znanja. ❏

-
- 04** Pregled razlika Foucaultove analize i anti-psihijatrije, točku po točku, nude Bracken i Thomas (2010) u tekstu “From Szasz to Foucault: On the role of critical psychiatry”.
- 05** Argument o funkcionalističkom tretiranju psihoanalize vidi Mauro Basaure, 2009, “Foucault and the Anti-Oedipus movement: psychoanalysis as disciplinary power”.

LITERATURA

- Barnes, B. et al. (1996). *Scientific Knowledge. Sociological Analysis*. Chicago: University of Chicago Press
- Basaure, M. (2009). "Foucault and the 'Anti-Oedipus movement': Psychoanalysis as Disciplinary Power". *History of Psychiatry*, 20(3), str. 340-359.
- Bracken, P., i Thomas, P. (2010). "From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry", *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(3), str. 219-228.
- Bracken, P. et al. (2012). "Psychiatry beyond the current paradigm", *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
- Brown, E.M. (2018). "François Leuret: The Last Moral Therapist", *History of Psychiatry*, 29(1), str. 38-48.
- Brown, T.E. (1994). "Dance of the dialectic? Some Reflections (Polemic and Otherwise) on the Present State of Nineteenth-century Asylum Studies", *Canadian Bulletin of Medical History*, 11(2), str. 267-295.
- Caron, L. (2015). "Thomas Willis, the restoration and the first works of neurology", *Medical history*, 59(4), str. 525-553.
- Castel, R. et al. (1982). *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press
- Charland, L.C. (2010). "Science and morals in the affective psychopathology of Philippe Pinel", *History of Psychiatry*, 21(1), str. 38-53.
- Crick, F. (1994). *The Astonishing Hypothesis*. New York: Macmillan Publishing
- Donzelot, J. (1979). *Policing the Family*. New York: Pantheon Books
- Gutting, G. (2005). "Foucault and the History of Madness" u: *The Cambridge Companion to Foucault* (ur. Gary Gutting), Cambridge: Cambridge University Press, str. 49-73.
- Foucault, M. (1978). *History of Sexuality*, volume I. New York: Pantheon Books
- Foucault, M. (1980). *Istorija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Nolit
- Foucault, M. (1994). *Znanje i moć*. Zagreb: Globus
- Foucault, M. (1996). *Foucault Live. Collected Interviews, 1961-1984*. Los Angeles: Semiotext(e)
- Foucault, M. (2003). *Abnormal. Lectures at Collège de France 1974-75*. London: Verso
- Foucault, M. (2006). *Psychiatric Power. Lectures at Collège de France 1973-74*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Foucault, M. (2007). *The Politics of Truth*. Los Angeles: Semiotext(e)
- Fulford, K.W.M. (1993). "Mental illness and the mind-brain problem: Delusion, belief and Searle's theory of intentionality", *Theoretical Medicine*, 14(2), str. 181-194.

- Gutting, G. (2005). "Foucault and the History of Madness" u: *The Cambridge Companion to Foucault* (ur. Gary Gutting), Cambridge: Cambridge University Press, str. 49-73.
- Hacking, I. (2006). *The Emergence of Probability*. Cambridge: Cambridge University Press
- Iliopoulos, J. (2017). *The History of Reason in the Age of Madness: Foucault's Enlightenment and a Radical Critique of Psychiatry*. London: Bloomsbury Publishing.
- Kelly, M.G. (2020). "Foucault On Psychoanalysis: Missed Encounter or Gordian Knot?". *Foucault Studies*, no. 28 September, str.96-119.
- Micale, M.S. (1993). "On the "disappearance" of hysteria: A study in the clinical deconstruction of a diagnosis". *Isis*, 84(3), str. 496-526.
- Midelfort, H.E. (2012). "Madness and Civilization in Early Modern Europe: A Reappraisal of Michel Foucault" u: *After the Reformation* (ur. Barbara Malament), Philadelphia: Pennsylvania University Press, str. 247-267.
- Molnár, Z. (2004). "Thomas Willis (1621–1675), the founder of clinical neuroscience", *Nature Reviews Neuroscience*, 5(4), 329-335.
- Nesse, R.M. (2019). *Good reasons for bad feelings: insights from the frontier of evolutionary psychiatry*. London: Penguin.
- Ninnis, D. (2016). "Foucault and the Madness of Classifying Our Madness", *Foucault Studies*, 21 June, str. 117-137.
- Pinel, P. (2008). *Medico-Philosophical Treatise on Mental Alienation*. Second Edition (1809). Oxford: Wiley-Blackwell (prijevod: G. Hickish, D.Healy i L.C.Charland)
- Porter, R. (1992). "Foucault's Great Confinement" u: *Rewriting the History of Madness*, (ur. Arthur Still), London & New York: Routledge, str. 118-134.
- Rosenhan, D. (1973). "On being sane in insane places". *Science*, New Series, Vol. 179, No. 4070. (Jan. 19, 1973), str. 250-258.
- Rothman, D. (1971). *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*. New York: de Gruyter
- Szasz, T.S. (1974). *The Myth of Mental Illnes*. New York: Harper & Row Publishers
- Scull, A. (2009). *Hysteria. The Biography*. Oxford: Oxford University Press
- Scull, A. (2018). *Ludilo u civilizaciji*. Zagreb: Sandorf
- Scull, A. (2019). *Psychiatry and its Discontents*. Los Angeles: California University Press
- Simpson, M. (1999). "The Moral Government of Idiots: Moral Treatment in the Work of Seguin", *History of Psychiatry*, 10(38), str. 227-243.
- Sutton, J.R. (1991). "The political economy of madness: The expansion of the asylum in progressive America", *American Sociological Review*, str. 665-678.