

**Nikolas Rose**

## Polityka życia samego<sup>1</sup>

Artykuł ten analizuje współczesną biopolitykę w świetle często cytowanej wskazówki Michela Foucaulta, że dzisiejsza polityka koncentruje się na „życiu samym”. Sugeruje on, że ostatnie osiągnięcia w naukach o życiu, biomedycynie i biotechnologii mogą być z pożytkiem analizowane w odniesieniu do trzech aspektów. Pierwszy z nich dotyczy logiki kontroli, drugi – reżimu prawdy w naukach o życiu, a trzeci – technologii siebie. We współczesnej biopolityce oznacza to odpowiednio politykę ryzyka, politykę molekularną i etopolitykę. Artykuł sugeruje, że w tych trzech aspektach ludzie stali się „indywidualnościami somatycznymi”: osobowość coraz częściej jest definiowana w terminach cielesności, a między naszym postępowaniem i biologią zostają ustanowione nowe, bezpośrednie relacje. Jednocześnie ta somatyczna i cielesna jednostka zostaje zmuszona do wybierania, bycia przezorną i odpowiedzialną oraz narażona na eksperymenty i zakwestionowanie. Wszystkie te elementy składają się na politykę „życia samego”.

**Słowa kluczowe:** bioetyka – biologia – biomedycyna – biopolityka – biotechnologia – cielesność – genetyka – nauki o życiu – witalność

*Życie jest naszym życiowym zadaniem.*  
 Misja firmy farmaceutycznej Pfizer Inc.

Biologiczna egzystencja bytów ludzkich stała się polityczna w nieznanym dotąd sposób. Przedmiotem, celem i stawką tej nowej „witalnej” polityki jest samo ludzkie życie. W jaki sposób możemy poddać je analizie<sup>2</sup>? Chciałbym rozpocząć od dobrze znanej uwagi Michela Foucaulta, zawartej w pierwszym tomie *Historii seksualności*:

Przez tysiąclecia człowiek pozostawał tym, czym był dla Arystotelesa: wyposażonym w życie zwierzęciem, zdolnym ponadto do egzystencji politycznej; człowiek nowoczesny jest zwierzęciem w polityce, w której postawiona zostaje kwestia jego życia jako żyjącego bytu<sup>3</sup>.

Jak powszechnie wiadomo, teza Foucaulta głosi, iż żyjemy dziś, przynajmniej w społeczeństwach zachodnich, w erze „biopolitycznej”. Od osiemnastego wieku władza polityczna przestała być sprawowana poprzez jednoznaczny i ostateczny wybór [*stark choice*] o pozostawieniu przy życiu lub skazywaniu na śmierć. Władze polityczne, we współpracy z wieloma innymi, podjęły się zadania zarządzania życiem w imię dobrobytu zarówno populacji jako witalnego porządku, jak i każdego żyjącego podmiotu. Polityka zajmuje się teraz witalnymi procesami ludzkiej egzystencji: wielkością i jakością populacji; reprodukcją i ludzką seksualnością; relacjami małżeńskimi, rodzicielskimi i rodzinnymi; zdrowiem i chorobą; narodzinami i śmiercią. Biopolityka była nierozzerwalnie powiązana z narodzinami nauk o życiu [*life sciences*], nauk humanistycznych i medycyny klinicznej. Dała początek technikom, technologiom, ekspertom i urządzeniom [*apparatuses*] opieki oraz administracji życia wszystkich i każdego z osobna, od planowania miejskiego po służbę zdrowia. Biopolityka nadała pewnego rodzaju „witalistyczny” charakter egzystencji jednostek jako podmiotów politycznych.

Co możemy powiedzieć o dzisiejszej biopolityce? W niniejszym artykule sugeruję, że wykształciła się obecnie nowa konfiguracja kontroli, a współczesna biopolityka jest *polityką ryzyka*. Twierdzę, iż reżimy prawdy

nauk o życiu uległy przemianie, a współczesna biopolityka stała się *polityką molekularną*. Sądzę, że rozwój biomedycyny stał się głęboko powiązany z dominującymi technikami siebie i w związku z tym współczesna biopolityka jest etopolityką<sup>4</sup>.

## Biopolityka jako polityka ryzyka

W świetle dziewiętnasto- i dwudziestowiecznej historii biologicznego rasizmu i eugeniki nie jest zaskoczeniem, że wielu socjologów wyrażało obawy w związku ze współczesnym odrodzeniem się biologicznych i genetycznych aspektów ludzkich zdolności i ułomności<sup>5</sup>. Twierdzili oni, że podobnie jak wcześniejsze odnoszenie się do biologicznej natury, również i tego typu nawiązania będą wykazywały tendencję do generowania polityki, która *indywidualizuje* ludzką wartość, *esencjalizuje* różnice w ludzkich zdolnościach, *redukuje* fenomeny społeczne do sumy indywidualnych działań oraz *dyskryminuje*, *zniewala* lub *wyklucza* tych, którzy uznani zostaną za biologicznie nietypowych lub wadliwych. Ostrzegają oni zatem przed niebezpieczeństwem nowego determinizmu – „genetyzmu” [*geneticism*] – opartego na fałszywej, choć uwodzącej mistyce władzy genów, i pociągającego za sobą wszelkie rodzaje dyskryminacji na tle genetycznym<sup>6</sup>. Niektórzy sugerowali, że stoimy przed realną możliwością odrodzenia się naukowego rasizmu ufundowanego na pozornej obiektywności sekwencji DNA oraz pojawienia się nowej eugeniki, podsycanej nie tylko przez komercyjne interesy firm biotechnologicznych, lecz także przez rodzicielskie pragnienia posiadania idealnego dziecka w erze zmanipulowanego konsumeryzmu i wyboru reprodukcyjnego<sup>7</sup>. Z tej perspektywy retoryka wysławiająca potencjał biomedycyny i biotechnologii w obszarze polepszenia zdrowia, dobrobytu i jakości życia jednostek w rzeczywistości przysłała zagrożenie ze strony nowych biologicznych praktyk kontroli, które mogą zniewalać, ograniczać czy nawet eliminować tych, których biologiczne popędy są uważane – przez lekarzy, rodziców, być może nawet przez władzę polityczną – za ułomne, niepełnowartościowe [*defective*].

Niektórzy umiejscawiają pragnienie kontroli biologicznego składu [*make-up*] populacji w samym sercu

nowoczesności. I tak zarówno dla Giorgia Agambena, jak i Zygmunta Baumana, tanatopolityka oczyszczenia populacji jest immanentna wobec samego projektu biopolitycznego: zarządzanie zdrowiem „ciała społecznego” [*body politic*] z konieczności wymaga kontroli i eliminacji „ciał obcych”<sup>8</sup>. Narodowy socjalizm III Rzeszy z pewnością stanowi egzemplifikację takiego połączenia między administrowaniem życiem i administrowaniem śmiercią. Na przykład w książce z 1936 roku zatytułowanej *Rassenhygiene als Wissenschaft und Staatsaufgabe* Ottmar von Verschuer stwierdza, że polityka powinna oznaczać „kształtowanie życia narodu”<sup>9</sup>. Życie samo [*life itself*], witalna rzeczywistość ludu, musi stać się nadrzędną odpowiedzialnością i kryterium, które powinno kierować sprawowaniem władzy politycznej. Wymaga to narodowo zorganizowanego i ukierunkowanego politycznie programu mającego na celu ulepszenie jakości narodowych zasobów [*national stock*] i wyeliminowanie szkodliwych czy słabych, które mogą mu zagrażać. Jego taktyka sięga od propagandy i edukacji podkreślającej brzemie rasy narzucane tym, którzy mają wadliwe wyposażenie biologiczne, aż po eugeniczne prawodawstwo dotyczące małżeństw, szacowanie reprodukcyjnej wartości przez ekspertów pracujących na rzecz państwa, zapobieganie reprodukcji reprezentantów wybrakowanych lub podrzędnych subpopulacji poprzez ich sterylizację lub eksterminację. Gdy każde życie posiada wartość, którą można skalkulować, a niektóre życia mają mniej wartości niż inne, wówczas zadaniem takiej polityki jest wyciągnięcie konsekwencji z tego typu osądu w imię rasy i narodu. Pociągało to za sobą wszelkie eugeniczne projekty selektywnej reprodukcji, sterylizacji i więzienia. Istotnie, Agamben stwierdza, że „obóz” jest „biopolitycznym paradygmatem nowoczesności”. Kiedy kolektywne ciało ludu uczyni się podstawowym zasobem dla polityki, wówczas eliminowanie wadliwych jednostek staje się zasadniczym elementem troski o życie<sup>10</sup>.

Jak zauważyła Lene Koch, pojawiające się w wielu współczesnych ocenach biomedycyny nawiązania do eugeniki pełnią charakterystyczną funkcję retoryczną<sup>11</sup>. Niektóre przywołują eugenikę, aby odróżnić teraźniejszość od przeszłości: współcześni genetycy molekularni zazwyczaj argumentują, że ich dyscyplina, podobnie jak

reszta medycyny, zdecydowanie odrzuciła eugenikę na rzecz zindywidualizowanej, dobrowolnej, uzasadnionej, etycznej, profilaktycznej medycyny zorganizowanej wokół dążenia do zdrowia. Inni przywołują eugenikę, aby stworzyć łączność między teraźniejszością i przeszłością, sugerując, że pomimo jej odmienności, współczesna biomedycyna (w połączeniu z genetyką) nadal osądza ludzkie życie i jego wartość w stopniu, w jakim interweniuje w sferę życiowych szans [*chances of life*], aby wyeliminować różnice zakodowane jako defekty. Jednak Agamben i Bauman bez wątplenia mają rację, sugerując, że w dwudziestym wieku nie istniała jednoznaczna dystynkcja między medycyną profilaktyczną i eugeniką, między dążeniem do zdrowia i eliminowaniem niedostosowania, między przyzwoleniem i przymusem.

Na początku dwudziestego wieku nabierały kształtu dwie potężne strategie biopolityczne, ufundowane przez państwo w przestrzeni narodów Europy i Ameryki Północnej oraz w wielu ich koloniach. Pierwsza z nich dążyła do maksymalizacji dobrej kondycji populacji, dodając zindywidualizowane zainteresowanie nawykami poszczególnych podmiotów do dotychczasowej higienicznej troski o zabezpieczenie zewnętrznych warunków zachowywania zdrowia dzięki miejskiemu planowaniu, kanalizacji itp. Biorąc za przykład moralizujące interwencje w zwyczaje osób biednych, rozprzestrzeniające się w drugiej połowie dziewiętnastego wieku, ten „neohigienistyczny” program dążył do wpajania każdej jednostce nawyków prowadzących do fizycznego i moralnego zdrowia za pomocą maszynierii „udomowionego” mieszkania i szkoły w połączeniu z takimi dyscyplinarnymi i opiekuńczymi środkami, jak medyczne inspekcje dzieci uczęszczających do szkoły, pielęgniarki środowiskowe, kliniki itd.<sup>12</sup>. Tutaj zdrowie uformowało pewien rodzaj transakcyjnej strefy między politycznym zainteresowaniem dobrą kondycją narodu a osobistymi technikami troski o siebie.

Druga potężna strategia biopolityczna także dążyła do maksymalizacji dobrej kondycji populacji, ale uprzywilejowała jeden jej aspekt – reprodukcję. Eugenika zmierzała do ulepszenia ciała społecznego oraz uwolnienia go od przyszłych ekonomicznych i społecznych brzemion choroby i degeneracji poprzez oddziaływanie na teraźniejsze decyzje reprodukcyjne i możliwości jednostek<sup>13</sup>.

Programy eugeniczne stosowały kombinację zachęt i przymusu, aby regulować chęć bądź zdolność do prokreacji jednostek należących do pewnych konkretnych kategorii – ludzi posądzonych o posiadanie dziedzicznych chorób, cierpiących na choroby umysłowe, obłąd lub fizycznie ułomnych, osób uznanych za nałogowo i nieodwracalnie niemoralne lub antyspołeczne, szczególnie tych winnych przestępstw seksualnych i alkoholików. Narzędzia „pozytywnej” eugeniki rozpościerały się między upominaniem a rodzinnymi zapomogami. Do środków eugeniki „negatywnej” zaliczamy działania od aborcji poprzez segregację, mniej lub bardziej wymuszoną sterylizację, aż po „eutanazję”.

Było wiele dyskusji między sojusznikami ruchów eugenicznych i tymi, którzy opowiadali się za profilaktyką medyczną i publiczną edukacją zdrowotną. Jednak operacyjne [*operational*] relacje między tymi dwiema strategiami były bardziej złożone: eugeniczne wątki pojawiały się często w polityce zdrowia publicznego, a to ostatnie i profilaktyka medyczna dla wielu sprawiły wrażenie kompatybilnych z myślą eugeniczną. Natchniona przez mniej lub bardziej zajadły rasizm eugeniczna taktyka całkowicie lub częściowo wymuszonej [*forced or coerced*] sterylizacji (tych, którzy uważani byli za zagrożenie dla jakości populacji – szczególnie mieszkańców szpitali psychiatrycznych, obłąkanych i tych, którzy uznani zostali za nieodwracalnie niemoralnych lub antyspołecznych) rozprzestrzeniła się w Stanach Zjednoczonych i w Europie, by swoją krwawą apoteozę osiągnąć w Niemczech<sup>14</sup>. W latach dwudziestych i trzydziestych dwudziestego wieku prawa sterylizacyjne zostały przyjęte w wielu stanach Ameryki, w Szwajcarii, Danii, Finlandii, Niemczech, Norwegii, Estonii, na Islandii, w Meksyku (Vera Cruz), na Kubie, w Czechosłowacji, Jugosławii, na Litwie, Łotwie, Węgrzech i w Turcji. Jednak przymus był tylko jednym z elementów tych strategii, które dążyły również do zmian społecznego nastawienia i indywidualnych przekonań na drodze edukacji i doradztwa. Nawet w nazistowskiej eugenicie, przynajmniej w aspekcie psychicznych patologii, sterylizacja i eutanazja nie były po prostu szkodliwymi nakazami narzucanymi z zewnątrz. W kontekście dominacji literatury medycznej i naukowej mieszczących się w obrębie eugeniki, wielu niemiec-

kich lekarzy samodzielnie podejmowało decyzje oparte na eugenicznych podstawach. W kontekście szeroko zakrojonej propagandy i publicznej edukacji rodzice często życzyli sobie dokonania eugenicznych pomiarów w odniesieniu do własnych dzieci<sup>15</sup>.

Nie zaskakuje więc fakt, że oparte na eugenicie praktyki sterylizacji kontynuowane były w okresie powojennym w wielu demokratycznych narodach<sup>16</sup>. Liczni naukowcy i decydenci uważali planowane narodowo i kierowane przez państwo praktyki eugeniczne za kompatybilne z racjonalną opieką społeczną [*rationalities of welfare*]. Modelowym przykładem w tym względzie jest Szwecja<sup>17</sup>. Tam właśnie, począwszy od 1935 aż do 1975 roku, praktykowano pewien rodzaj pastoralnej eugeniki w ramach rozwoju paternalistycznego państwa opiekuńczego. Było ono wzorowane na obowiązkach dobrego pasterza, który musi być przygotowany na podejmowanie nierzadko trudnych decyzji w celu zredukowania brzemienia, jakie w przeciwnym wypadku słaba lub chorowita owca nałożyłaby na całe stado<sup>18</sup>. Argumenty eugeniczne uzasadniane chęcią polepszenia jakości, kondycji i zdrowia populacji narodowej, podpierały również pronatalistyczne [*pro-natalist*] inicjatywy, takie jak dodatki rodzinne i badania przedmałżeńskie [*pre-nuptial examinations*] we Francji. Kluczowi aktorzy nie widzieli zaś żadnej sprzeczności między eugenicznymi a higienicznymi strategiami walki ze „złem społecznym”<sup>19</sup>. Przynajmniej do lat pięćdziesiątych dwudziestego wieku w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych rozważania eugeniczne przenikały porady reprodukcyjne dla przyszłych rodziców, udzielane przez praktyków nowego zawodu – doradztwa genetycznego. Takie rady były uważane za szczególnie istotne w przypadku podmiotów z historią dziedzicznych defektów lub chorób, którym brakowało moralnych przymiotów, aby zrozumieć powagę sytuacji i w związku z tym kontrolować swoją reprodukcję<sup>20</sup>.

Owa organizowana lub wspierana przez państwo taktyka (dążenia do zmian decyzji i możliwości reprodukcyjnych w celu zwiększania zdrowia populacji) pełniła więc istotną rolę w prowadzonej w dwudziestym wieku w imię profilaktyki medycznej i zdrowia publicznego medycznej i biologicznej polityce wielu liberalnych, demokratycznych społeczeństw. Pomimo wielkiego

moralnego i politycznego dystansu między eutanazją, wymuszoną sterylizacją i doradztwem genetycznym, nie możemy po prostu przeciwstawić sobie pozytywnych i negatywnych strategii, dobrowolnych i wymuszonych badań, przymusu i perswazji. Jak więc wyznaczyć specyfikę dzisiejszej biopolityki? Biopolityka pierwszej połowy dwudziestego wieku, zarówno w swojej neohigienistycznej, jak i eugenicznej formie zawierała więcej niż sugestię, że przy założeniu równości pod innymi względami, zdrowe jednostki są bardziej pożądane niż chore. Zdrowie rozumiane było jako dobra kondycja, a problem ujmowany był w terminach politycznej doniosłości, wiążącej się z kondycją narodowej populacji rozważanej *en masse*, konkurującej z innymi narodowymi populacjami. Kondycja populacji była podatna tak na zagrożenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne, a rządy narodowe były zobligowane do działania przeciwko tym zagrożeniom oraz do czynienia pomiarów w celu jej polepszenia poprzez politykę formułowaną i wykonywaną przez aparat państwowy. Jednak, wbrew Agambenowi i Baumanowi, uważam, że współczesna biopolityka różni się w kluczowych aspektach. Jak często podkreślano, polityczne racjonalności współcześnie nie są już inspirowane marzeniem przejścia kontroli nad każdym życiem w imię losu wszystkich<sup>21</sup>. Ideał wszechkompetentnego [*omnicompetent*] państwa, które kształtowałoby, koordynowało i zarządzało sprawami wszystkich sektorów społeczeństwa, został zdyskredytowany. W fazę kryzysu weszła idea „społeczeństwa” jako jednej domeny, nawet jeśli heterogenicznej, z narodowymi: kulturą, populacją, przeznaczeniem, pokrywającej się z narodowym terytorium oraz władzami rządu narodowego. Idea „kultury narodowej” ustąpiła idei „kultur”, tożsamość narodowa zastąpiona została szerokim wachlarzem tożsamości politycznych, a „wspólnota” – wspólnotami. W tej nowej konfiguracji polityczne znaczenie i istotność [*salience*] zdrowia i choroby uległy zmianie.

Oczywiście programy profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej nadal obierają za swój przedmiot „zdrowie narodu”. Jednak obecnie przesłanki dla politycznego zainteresowania zdrowiem populacji nie są ujmowane w terminach konsekwencji nie-

Współczesne państwo nie „nacionalizuje” cielesności swoich podmiotów w ramach jednego ciała społecznego, na które działa *en masse*, w relacji do ciał społecznych innych państw konkurujących na podobnych warunkach

zdolności populacji jako organicznej całości do walki między narodami. Zamiast tego argumenty formułowane są w kategoriach ekonomicznych (koszty złego stanu zdrowia w kontekście opuszczonych dni w pracy lub wzrostu składki ubezpieczeniowej) lub pojęciach moralnych (imperatywu redukcji nierówności w aspekcie zdrowia). Podczas gdy międzynarodowe porównania są niewątpliwie nadal istotne, ich współczesna funkcja polityczna nie polega już na szacowaniu potencjalnych słabości państwa w rywalizacji geopolitycznej. Służą one raczej jako publiczne wskaźniki tego, w jakim stopniu narodom udało się skutecznie wprowadzić regulacje dla zarządzania zdrowiem. W tym wypadku narodowe wskaźniki zdrowia nie mierzą kondycji populacji jako całości; funkcjonują jako sumy [*aggregates*] stanu zdrowia poszczególnych obywateli i rodzin. Ponadto w pielęgnowaniu zdrowia idealną relacją państwa wobec ludzi nie jest już ta, do której dążono w państwie „socjalnym”. Współczesne państwo nie „nacionalizuje” cielesności swoich podmiotów w ramach jednego ciała społecznego, na które działa *en masse*, w relacji do ciał społecznych innych państw konkurujących na podobnych warunkach. Od państwa nie oczekuje się już spełnienia zdrowotnych potrzeb społeczeństwa. Witalność gatunku – narodu, populacji, rasy – rzadko staje się przesłanką czy sposobem legitymizacji przymusowych interwencji w jednostkowe życie, które stanowią jedynie jego konstytuujące elementy. W tej domenie, tak jak w wielu innych, stosuje się obecnie wizerunek państwa pomocniczego, państwa stwarzającego możliwości, państwa działającego jako animator. Z jednej strony państwo zachowuje odpowiedzialność uzyskaną w osiemnastym czy dziewiętnastym wieku (dokładne datowanie różni się w zależności od narodowego kontekstu), a związaną z zabezpieczaniem ogólnych warunków dla zdrowia: regulacją sprzedaży produktów spożywczych, zapewnianiem czystej wody, odprowadzaniem ścieków, czasami nakazując wzbogacanie dietyo elementy zdrowotne – witaminy, fluor do wody itp.



Z drugiej strony, w ramach takiego promującego zdrowie otoczenia, państwo próbuje uwolnić się od pewnych obowiązków nabytych przez nie na przestrzeni dwudziestego wieku dzięki ochronie jednostek przed konsekwencjami chorób i wypadków. Obserwowaliśmy w związku z tym intensyfikację i generalizację strategii promocji zdrowia rozwiniętych w dwudziestym wieku, idących w parze z powstaniem przemysłu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i poszerzeniem zakresu obowiązków, które jednostki i rodziny muszą wypełnić w celu monitorowania i zarządzania własnym zdrowiem. Każdy obywatel musi teraz stać się aktywnym partnerem w pogoni za zdrowiem, akceptując spoczywającą na nim odpowiedzialność za zabezpieczenie własnego dobrobytu. Organizacje oraz wspólnoty także są nakłaniane do brania czynnego udziału w ochronie zdrowia i dobrobytu swoich pracowników i członków. Ta nowa „wola zdrowia” jest coraz intensywniej kapitalizowana przez różne przedsiębiorstwa, od firm farmaceutycznych po sprzedawców jedzenia. Cała paleta grup nacisku, organizacji rzeczniczych, grup samopomocowych, zaczęła zasiedlać przestrzeń pragnień, niepokojów, rozczarowań i dolegliwości tkwiącą pomiędzy wolą zdrowia i doświadczeniem jego braku. W ramach tej złożonej sieci sił i obrazów związane ze zdrowiem aspiracje i postępowania jednostek są zarządzane „z dystansu” – poprzez kształtowanie ich sposobów rozumienia i realizowania własnej wolności.

Być może Agamben i Bauman mają słuszość sugerując, że powiązanie między jednostką a zbiorowością w pierwszej połowie dwudziestego wieku – zarówno w przypadku nurtu neohigienistycznego, jak i eugenicznego – przyjęło charakterystyczną, „nowoczesną” formę. Jeśli tak, to twierdziłbym, że w ramach politycznych racjonalności, które nazwałem „zaawansowanie liberalnymi” współczesne relacje między biologicznym życiem jednostki i dobrobytem zbiorowości przyjmują odmienny kształt<sup>22</sup>. Problemem nie jest już dążenie do klasyfikowania, identyfikowania i eliminowania lub ograniczania jednostek o wadliwych organizmach albo promowanie reprodukcji osób o najbardziej pożądanej biologicznej charakterystyce w imię całościowej kondycji populacji, narodu lub rasy. Składa się on raczej z całego wachlarza strategii, które próbują identyfikować,

leczyć, zarządzać lub administrować jednostkami, grupami czy rejonami, w przypadku których ryzyko jest uznawane za wysokie. Binarne rozróżnienie na normalne i patologiczne, które było centralne dla wcześniejszych analiz biopolitycznych, obecnie jest wpisane w te strategie w celu zarządzania ryzykiem. Są one zorganizowane na różnych poziomach. Istnieją aktuarialne i epidemiologiczne strategie, które dążą do redukcji kompleksowych poziomów [*aggregate levels*] ryzyka w obrębie populacji. Istnieją strategie zarządzania grupami wysokiego ryzyka. Coraz częściej pojawiają się także strategie oparte na identyfikowaniu i profilaktycznych interwencjach wobec jednostek narażonych na szczególne ryzyko.

W tym kontekście ryzyko denotuje całą grupę sposobów myślenia i działania, obejmujących terażniejsze kalkulacje dotyczące prawdopodobnej przyszłości, po których następują interwencje w terażniejszość w celu kontrolowania owej potencjalnej przyszłości<sup>23</sup>. Śmiertelność i zachorowalność były kluczowymi aspektami dla rozwoju koncepcji przyszłości jako poddającej się kalkulacji, przewidywalnej oraz zależnej od możliwych do zidentyfikowania czynników, których częścią można było zarządzać<sup>24</sup>. Polityka zdrowia w dziewiętnastym wieku oparta była na zbiorach i tabelach przedstawiających dane liczbowe o populacjach, i na ich analizach pod względem częstotliwości i prawdopodobieństwa. To właśnie stanowiło przesłanki dla strategii higienicznych, które starały się identyfikować, zarządzać i redukować kompleksowe poziomy zachorowalności i śmiertelności poprzez modyfikowanie czynników w obrębie obszaru geograficznego, siedliska lub części cyklu życia [*a portion of the life course*], które statystycznie były powiązane z podwyższonym poziomem zachorowalności lub śmiertelności. I tak w Anglii Edwin Chadwick stosował statystyczne i probabilistyczne rozumowanie w swoich wywodach na rzecz reformy systemu kanalizacyjnego, a William Farr stworzył dowód na geograficzne rozmieszczenie zachorowalności i śmiertelności, aby wskazać na zasoby wodne jako winne rozprzestrzenienia się cholery<sup>25</sup>. W pierwszej połowie dwudziestego wieku koncepcje dotyczące regularności i przewidywalności chorób, wypadków i innych nieszczęść w obrębie populacji stanowiły centralny punkt dla narodzin samej idei społeczeństwa i wyłonienia się w różnych krajach

społecznych strategii ubezpieczeniowych względem rozprzestrzenia się zagrożeń, które pociągała za sobą każda aktywność związana z życiem w ubezpieczonej populacji narodowej<sup>26</sup>. W drugiej połowie dwudziestego wieku biopolityczna troska o zminimalizowanie ryzyka zachorowania – kontrola zanieczyszczenia środowiska, redukcja wypadków, utrzymywanie zdrowia fizycznego, pielęgnacja dzieci – stała się zasadniczym elementem nie tylko dla organizacji usług zdrowotnych i społecznych, ale także dla eksperckich decyzji dotyczących planowania miejskiego, projektowania budynków, praktyk edukacyjnych, zarządzania organizacjami, wprowadzania na rynek żywności, projektowania pojazdów i wielu innych. Jest to równoznaczne ze stwierdzeniem, że przez ostatnie sto pięćdziesiąt lat myślenie w kategoriach ryzyka było centralne dla biopolityki.

Popyt na kolektywne pomiary biopolitycznego zarządzania ryzykiem jest daleki od wygaśnięcia, co więcej, potęguje się i globalizuje<sup>27</sup>. A strategie dążące do zredukowania prawdopodobieństwa niefortunnnych wydarzeń w obrębie populacji – polegające raczej na namierzaniu ryzykownych praktyk i lokalizacji niż narażonych lub stwarzających ryzyko jednostek – rozprzestrzeniają się na zarządzanie wieloma innymi rodzajami niechcianych zdarzeń, szczególnie kontrolę przestępczości<sup>28</sup>. Po raz kolejny, poczynając od dziewiętnastego wieku, pojawia się następny zestaw strategii funkcjonujących w oparciu o pojęcia związane z myśleniem w kategoriach ryzyka. Strategie te podejmowały próby znalezienia czynników, które umożliwiłyby identyfikację grup wysokiego ryzyka, aby następnie dać władzom możliwość prewencyjnego lub profilaktycznego interweniowania w związku z członkami tych grup. Zastosowanie profilowania ryzyka [*risk profiling*] w celu wyznaczenia grup ryzyka ma bardzo długą historię, sięgającą samych początków przemysłu ubezpieczeniowego. Profilowanie ryzyka, w przeciwieństwie do działania „aktuarialnego” lub ubezpieczeniowego wobec populacji jako całości, stosuje wiedzę probabilistyczną i epidemiologiczną. Ma ona na celu zidentyfikowanie czynników powiązanych z podwyższeniem ryzyka wystąpienia konkretnych problemów zdrowotnych, reprodukcyjnych lub innych form patologii, a następnie przyporządkowanie jedno-

stek do grup ryzyka [*risk pools*] za pomocą algorytmu stworzonego dzięki owym czynnikom. W obszarze zdrowia rozwinięte w połowie dwudziestego wieku profilowanie ryzyka, wykorzystywane było do tworzenia profili ryzyka, skali i wskaźników, które z kolei stosowano do identyfikowania tych, którzy wchodzili w skład

### Popyt na kolektywne pomiary biopolitycznego zarządzania ryzykiem jest daleki od wygaśnięcia, co więcej, potęguje się i globalizuje

grup o istotnie wyższym od przeciętnego ryzyku, a następnie do profilaktycznych interwencji wobec nich.

Większość czytelników jest osobiście obeznana z takimi procedurami przyporządkowywania jednostek do grup ryzyka, na podstawie genealogii, w kategoriach rodzinnej historii chorób i patologii i/lub na podstawach statystycznych, w kategoriach kombinacji czynników statystycznych powiązanych z warunkami. Zgłaszający się do lekarza mężczyźni z wysokim ciśnieniem krwi mają wykonywany profil ryzyka w kategoriach wieku, wagi, historii rodzinnej, palenia itd. Są przypisywani do grup ryzyka za pomocą skali, której podstawę stanowią badania epidemiologiczne i kliniczne. Jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka, zaleca się im zmiany w zachowaniu, diecie, stylu życia lub zapobiegawczo włącza ich w reżim przyjmowania leków, mający na celu zredukowanie ryzyka wystąpienia przewidywanych nieprawidłowości. Ciężarnym kobietom przygotowują profil ryzyka ich lekarze lub położne. Jeśli ułokowane zostają w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia poronienia, przedwczesnego porodu lub innych powikłań, wówczas stają się przedmiotem wzmoczonej obserwacji ze strony położnych i ginekologów<sup>29</sup>. Najwcześniejsze porady reprodukcyjne oparte na badaniach genetycznych również funkcjonowały w zakresie identyfikacji osób należących do grup wysokiego ryzyka na podstawie czynników epidemiologicznych, historii rodzinnej i prawdopodobieństwa. Podobnie rzecz się miała na początku dwudziestego wieku w przypadku eugenicznych programów sterylizacji „obłąkanych”, pacjentów

psychiatrycznych i przestępców seksualnych, o czym pisałem wcześniej. Dodatkowo w tym samym okresie w wielu krajach sporo jednostek i organizacji rozpoczęło udzielanie porad dotyczących reprodukcji, skupiając się na przyszłych współmałżonkach lub potencjalnych rodzicach, którzy posiadali rodzinną historię występowania „dziedzicznych” rodzajów chorób lub niepełnosprawności. Udzielano im porad związanych z ryzykiem i prawdopodobieństwem wystąpienia danego stanu u ich dzieci oraz zalecano niewchodzenie w związki małżeńskie lub rezygnację z posiadania potomstwa, oferowano przerywanie ciąży, nawet na terenach, gdzie aborcja była w innych przypadkach nielegalna. Doradztwo genetyczne w pierwszej połowie dwudziestego wieku stanowiło w sposób wyraźny narzędzie eugeniczne<sup>30</sup>. W okresie po zakończeniu II wojny światowej, kiedy w wielu krajach powstała znaczna liczba klinik zajmujących się kwestiami dziedziczności, ich zasadniczym celem stało się zapobieganie wadom wrodzonym i pomaganie parom w podejmowaniu decyzji raczej „eugenicznych” niż „dysgenicznych”<sup>31</sup>. Natomiast w ostatnich dekadach dwudziestego wieku badania prenatalne wraz z możliwością przerwania ciąży (na przykład badanie próbek surowicy matki [*maternal serum*] w poszukiwaniu podwyższonego poziomu protein powiązanych z konkretnymi anomaliami genetycznymi) stały się szeroko stosowane wśród kobiet zaklasyfikowanych z uwagi na wiek lub historię rodzinną do grup wysokiego ryzyka<sup>32</sup>.

Niektórzy lekarze i genetycy nadal twierdzą, że każdy odpowiedzialny obywatel, będący nosicielem pewnych wad genetycznych, powinien starać się zredukować ryzyko przekazania ich przyszłym pokoleniom<sup>33</sup>. Tego typu stwierdzenia sprawiły, iż niektórzy krytycy uznali eugenikę za milczące założenie stojące za samą ideą poradnictwa genetycznego<sup>34</sup>. Uważam jednak, że należy być bardziej precyzyjnym, opisując charakter tej współczesnej logiki kontroli<sup>35</sup>. Podejmowanie decyzji w biomedycznym kontekście uwikłane jest w szereg relacji władzy, które możemy nazwać „pastoralnymi”. Wcześniej odniosłem się do eugeniki szwedzkiej jako pastoralnej właśnie, w sensie zbliżonym do tego rozwijanego przez Foucaulta, dla którego władza pastoralna to forma kolektywizującej i indywidualizującej władzy zainteresowanej dobrobytem „stada” jako całości. Jednak współczesna władza pasto-

ralna nie jest zorganizowana lub administrowana przez „państwo” [*the state*] – nawet jeśli używamy tego pojęcia, aby ogarnąć cały kompleks warunków ustawodawczych, finansowanych przez państwo organizacji badawczych oraz narodowych komisji dochodzeniowych zajmujących się medycznymi i etycznymi aspektami nowej biomedycyny. Działa ona raczej w pluralistycznym i konkurencyjnym obszarze poprzecinanych kodami, którymi posługują się komisje etyczne i stowarzyszenia zawodowe, wnioskami z badań empirycznych prowadzonych przez specjalistów, postawami i kryteriami reprezentowanymi przez pracodawców i ubezpieczycieli, testami rozwijanymi i promowanymi przez psychologów i firmy biotechnologiczne, radami oferowanymi przez grupy samopomocowe, a nawet krytycznymi perspektywami organizacji religijnych czy krytyków społecznych. Zasadniczo taka władza pastoralna nie ingeruje w stado jako całość. Przynajmniej od trzech dekad uczestniczący w niej specjaliści wyraźnie odrzucają pogląd głoszący, iż dążą oni lub powinni dążyć do ograniczania możliwości reprodukcyjnych osób narażonych na przekazanie swojemu potomstwu określonych stanów dziedzicznych lub niepełnosprawności, nie mówiąc już o sugestiach, że są oni lub powinni być zainteresowani udziałem poszczególnych, indywidualnych cech biologicznych w jakości przyszłej populacji lub przyszłymi kosztami opieki nad osobami niepełnosprawnymi, które miałyby ponieść naród<sup>36</sup>. Jednak owa władza pastoralna nie pociąga za sobą po prostu charakterystycznego dla duchownego pasterskiego rozumienia i panowania nad duszami indywidualnych, zagubionych owieczek. Być może najtrafniej da się opisać tę formę władzy pastoralnej jako *relacyjną*. Działa ona poprzez relację między afektami i etyką przewodnika – doradców genetycznych i pokrewnych ekspertów od reprodukcji, którzy funkcjonują jako strażnicy testów i procedur medycznych – a afektami i etyką podążających za przewodnikiem – aktualnych lub potencjalnych rodziców, którzy podejmują swoje decyzje reprodukcyjne, oraz sieciami odpowiedzialności i zobowiązań, w które są uwikłani.

Ci nowi pastorzy ciała są orędownikami etycznych zasad głoszących świadomą zgodę, autonomię, dobrowolne działanie i wybór oraz brak wytycznych [*non-directiveness*]<sup>37</sup>. Jednak w praktykach tej władzy pastoralnej



owe zasady muszą zostać przetłumaczone na szereg mikro-technologii służących zarządzaniu komunikacją i informacją. Zaciemniają one granice między przymusem i zgodą. Zmieniają podmiotowości tych, którzy mają wyrazić zgodę lub odmowę, stosując dyskursywne techniki, które uczą nowych sposobów przekładania pewnych aspektów samego siebie [*oneself*] na myśl i język, nowych sposobów czynienia siebie i swoich działań podlegającymi osądowi. Przekształcają w specyficzny sposób *telos* owych spotkań, na przykład pod kątem psychologicznych pojęć zdrowia psychicznego lub niedawnej, ale wszechobecnej idei „jakości życia” – które obecnie definiowane są i mierzone przez szereg oceniających wskaźników. Niemniej jednak owa pastoralna władza różni się od chrześcijańskiego duszpasterstwa. To ostatnie zakładało jednokierunkowość władzy i podporządkowanie owcy woli pasterza oraz internalizację owej absolutnej woli w formie autorefleksji i panowania nad sobą [*self-mastery*]. Spotkania doradcze, o których tu mowa, wiążą się z silnym dwukierunkowym afektywnym splotem między wszystkimi uczestnikami spotkania oraz generują wielorakie „wirtualne” powiązania z nieobecnymi grupami – odległymi krewnymi, nieobecny rodzeństwem, potencjalnym potomstwem. W owych splotach [*entanglements*] stawką są relacje etyczne każdego podmiotu wobec samego siebie oraz wszystkich innych – włączając w to samych ekspertów. Konsultacja działa tu jako czynnik wzmacniający etyczność [*intensifier of ethicality*]. Mobilizuje poczucie wstydu i winy oraz afekty związane z odpowiednimi roszczeniami, zasięgiem i ograniczeniami wolności „ja” oraz zobowiązaniami wobec innych. Aktywuje konflikty wśród doradców pomiędzy etyką troski a etyką kierowania [*guidance*]. Wymaga od doradców zagłębienia się we własne wnętrza w sposób, który bynajmniej nie jest trywialny i krótkotrwały. Trochę jak te niepokojące i brzemienne w skutki, trudne do rozstrzygnięcia dylematy, które zawładnęły tymi, którym mają doradzać.

Prawdą jest, że – bez względu na jawny program niedyrektwalnego doradztwa genetycznego [*non-directive genetic counselling*] – dowody pokazują, iż osoby, które zostały poinformowane o przynależności do grupy podwyższonego ryzyka, w czasach braku dostępu do różnego rodzaju przewidujących [*predictive*] testów

genetycznych, które omawiałem powyżej, rzadziej decydowały się na dzieci<sup>38</sup>. Zagrożenia współczesnej biopolityki grup ryzyka to nie powtórki z przeszłości. Są one może bardziej przyziemne i prozaiczne niż masowa polityka zarządzania populacją, ale nie mniej niebezpieczne. Istnieją problemy techniczne, na przykład wiarygodności i adekwatności czynników stosowanych w obliczaniu profilów ryzyka, za pomocą których jednostki są przypisywane do grup ryzyka, możliwości ich uogólniania w kontekście zróżnicowania narodowego i kulturowego czy skutków zmian zachodzących od czasu powstania skali itd. Istnieją w jej ramach problemy fałszywych pozytywów i negatywów, które wbudowane są w sam projekt stosowania rozumowania probabilistycznego w celu określenia sposobu leczenia jednostek – niesławne ze względu na praktyki podejmowania decyzji dotyczących przymusowego leczenia lub izolowania „ryzykownych” pacjentów psychiatrycznych oraz z powodu zalecenia profilaktycznej mastektomii kobietom, w których rodzinach występował rak piersi. Występują także trudności wynikające z faktu, że gdy już dana jednostka zostanie przyporządkowana do danej grupy ryzyka, może być traktowana – przez siebie i innych – tak, jakby nie było wątpliwości, że teraz lub w przyszłości zostanie doświadczona w najsurowszy sposób. Problemy te były szeroko dyskutowane w powiązaniu z dyskryminacją w systemie ubezpieczeń i zatrudnienia<sup>39</sup>. Są także podnoszone, gdy szacowanie ryzyka powiązane jest z prewencyjnymi interwencjami. Obserwujemy taką sytuację, gdy jednostki przypisane do grup wysokiego ryzyka zachorowania na raka lub choroby serca, pomimo dobrej kondycji, są zmuszone do życia w cieniu autorytetu medycznego, jeśli uchodzić mają za „odpowiedzialne”. Możemy to również dostrzec w obszarze ryzyka behawioralnego, w projektach prewencyjnego badania, klasyfikowania i interweniowania w życie młodych ludzi z biedniejszych dzielnic miejskich [*inner city*] pod kątem zagrożenia przemocą, agresywnym lub obraźliwym zachowaniem. Projekty te mają usprawiedliwić prewencyjne interwencje w życie „stałych podejrzanych”, które same inaugurować mogą moralną karierę spod znaku zwichniętej tożsamości<sup>40</sup>. Dodatkowo pojawiają się etyczne wątpliwości wypływające z relacji między ekspertami i ich klientami, gdy

zaufanie do liczb zastępuje inne formy zaufania – to znaczy, gdy decyzje dotyczące działania zdają się wypływać automatycznie z sądów umieszczonych w czarnych skrzynkach „obiektywnych” narzędzi kalkulujących – których niedosiężalni autorzy wymykają się debacie lub sprzeciwowi<sup>41</sup>. A także, jak wskazywano w licznych badaniach „społeczeństwa ryzyka”, rejestry i bazy zagrożeń wykazują potencjał do poszerzania i udoskonalania strategii kontroli opartych na inwigilacji i nadzorze [*surveillance*]<sup>42</sup>.

Nie dziwi zatem zauważalna obecność zawodowego optymizmu wobec wpływu ostatnich odkryć w genomice, mających potencjał przesunięcia uwagi strategii regulacyjnych z grup ryzyka na *indywidualną podatność*

Można odnieść wrażenie, że „inteligentne” programy profilaktycznej interwencji mogą zostać tak obmyślane, aby namierzać tylko te jednostki, które są predysponowane do konkretnej choroby

[*susceptibility*]. Diagnozy podatności próbują wyjść poza przypisywanie jednostek do grup ryzyka na podstawie współczynników i prawdopodobieństwa, dzięki precyzyjnej identyfikacji konkretnych jednostek, które są podatne na specyficzne choroby czy problemy behawioralne<sup>43</sup>. Podczas gdy świadectwa epidemiologiczne mogą wskazywać, że jednostki w pewnych grupach cechują się podwyższonym ryzykiem wystąpienia konkretnych chorób – jak w przypadku niedokrwistości sierpowatokomórkowej – celem nie jest po prostu oddziaływanie na tę grupę *en masse*: przynależność do grupy jest zaledwie pierwszym krokiem w procesie identyfikacji i leczenia podatnych jednostek. Punkcja owodni była po raz pierwszy użyta w celu wykrycia nieprawidłowości w liczbie lub kształcie chromosomów płodu – na przykład w trisomiach, takich jak zespół Downa lub nieprawidłowości w liczbie chromosomów X i Y. Jednak próbki płynu owodniowego, a teraz także próbki z biopsji kosmówki (CVS), mogą być stosowane do wykrywania nieprawidłowości w samym DNA lub

wykrywania obecności konkretnych sekwencji lub markerów, które powiązane są albo z podwyższonym prawdopodobieństwem rozwoju zaburzenia albo, w niektórych przypadkach (na przykład choroby Huntingtona), z pewnością jego wystąpienia. Testy genetyczne są dostępne dla coraz większej liczby chorób, które uważa się za wypływające z „pojedynczego genu” – choroby Huntingtona, zespołu łamliwego chromosomu X, anemii sierpowatej, mukowiscydozy, czy fenyloketonurii. Wzrasta też liczba testów, które określają obecność specyficznych sekwencji bazowych – markerów, polimorfizmów lub polimorfizmów pojedynczego nukleotydu – które w dużym stopniu zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju konkretnych chorób: Alzheimera, niektórych form raka piersi, konkretnych typów chorób serca. Odkąd rutynowym dla lekarzy (także genetyków) stało się ujmowanie każdej jednostkowej podatności na chorobę w kontekście jej genetycznego komponentu, składającego się zazwyczaj z wielu genów i interakcji między nimi, a także innymi czynnikami środowiskowymi i biograficznymi, spojrzenie z perspektywy podatności jest potencjalnie nieograniczone.

W swojej nowej formie związanej z podatnością, biomedyczne myślenie w kategoriach ryzyka stało się indywidualizujące i kliniczne. Przenika wzdłuż i wszerz nawet tych, których życie jest „życiem z milczącymi narządami” (by skorzystać z nawiązania Canguilhema do Leriche’a)<sup>44</sup>, aby poszukiwać w nich znaków, zarodków, zwiastunów, predyspozycji do wystąpienia patologii. Podczas gdy w przypadku eugeniki to populacji groziły różne ryzyka związane z reprodukcją konkretnych grup lub subpopulacji, w tym przypadku mamy do czynienia z czymś, co Ian Hacking<sup>45</sup> mógłby nazwać nowym i „interaktywnym” „rodzajem ludzkim”: jednostką biologicznie – i w coraz większym stopniu genetycznie – ryzykowną czy też zagrożoną<sup>46</sup>. Można odnieść wrażenie, że „inteligentne” programy profilaktycznej interwencji mogą zostać tak obmyślane, aby namierzać tylko te jednostki, które są predysponowane do konkretnej choroby. Takie myślenie podbudowuje typy doradztwa genetycznego, które stały się rutynowymi od lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku: monitorowanie ciężarnych kobiet należących do grup wysokiego ryzyka; szeroko stosowane punkcje owodni mające na

celu wykrycie płodów z wadami genetycznymi; możliwość terapeutycznych aborcji płodów, u których takie nieprawidłowości zostały zdiagnozowane oraz powiększająca się grupa rodziców „wysokiego ryzyka” uciekających się do zapłodnienia *in vitro* połączonego z diagnozą preimplantacyjną. Jednak obietnica pewności jest iluzoryczna. Niemal we wszystkich przypadkach, nawet w tak nieubłaganych jak choroba Huntingtona, genetyczna diagnoza indywidualnej podatności ma nadal jedynie charakter probabilistyczny. W wielu przypadkach mamy po prostu do czynienia z sytuacją, w której występowanie konkretnych alleli, sekwencji, markerów oznacza jedynie zwiększenie ryzyka rozwoju danej choroby. Nawet jeśli określono sekwencję genu, którego obecność czyni niezaprzeczalnym wystąpienie choroby, nie ma nadal pewności, kiedy i z jaką surowością dojdzie do jej objawów. Tak więc owe nowe praktyki określania podatności otwierają nową przestrzeń niepewności. Składa się na nią poszerzająca się domena bezobjawowych lub przedobjawowych chorych – tych nosicieli markerów lub polimorfizmów podatności, którzy nie są ani fenomenologicznie, ani empirycznie „chorzy” lub „nieprawidłowi”. Podczas gdy kalkulacja ryzyka często zdaje się obiecywać techniczne sposoby rozwiązania kwestii etycznych, nowe rodzaje podatności nie oferują jednoznacznego algorytmu na podjęcie decyzji ani przez lekarzy, ani przez ich aktualnych czy potencjalnych pacjentów. W tej przestrzeni biopolityka staje się etopolityką.

### Biopolityka jako polityka molekularna

Eugenika była ufundowana na dyskursie prawdy charakterystycznym dla biologii pierwszych czterech dekad dwudziestego wieku, nie tylko w Niemczech, ale też w Wielkiej Brytanii, Francji czy krajach nordyckich i Stanach Zjednoczonych. Jednak prawda ta uległa transformacji. W następstwie II wojny światowej wiele pracy intelektualnej i politycznej włożono w zerwanie połączeń między troską o genetyczne zdrowie jednostek a kwestiami jakości populacji *en masse*. Genetyka miała zmienić się w liberalną dyscyplinę. Genetycy przemysłili przeszłość własnego przedmiotu, przeformułowali prze-

strzeń dociekań genetyki w pojęciach poszukiwania korzeni choroby. Norma indywidualnego zdrowia zastąpiła kryterium jakości populacji. Sama genetyka przestaje fundować swój namysł w oparciu o szerokie kategorie społeczne. Stara się raczej wykroczyć poza mylące objawy patologii i normalności, docierając do leżących u ich podstaw determinant, genów i ich sposobów funkcjonowania na poziomie molekularnym<sup>47</sup>.

Ta nowa genetyka była powiązana ze zmianą, która zaszła w samym naszym obrazie życia. Ciało, które dwudziestowieczna medycyna odziedziczyła po wieku dziewiętnastym, było wizualizowane za pośrednictwem klinicznego spojrzenia, jak to miało miejsce w szpitalu, podczas sekcji zwłok, a następnie zostało wpisane w atlas anatomiczny. Było witalnym, żywym systemem lub systemem systemów. Skóra kryła pod sobą „naturalną” masę funkcjonalnie powiązanych organów, tkanek, funkcji, sterowników, sprzężeń zwrotnych, odruchów, rytmów, cyrkulacji itd. To ujednoczone kliniczne ciało było ulokowane w obrębie ciała społecznego, które z kolei tworzone było przez pozacielesne systemy – środowiska, kultury – również konceptualizowane w terminach wielkoskalowych przepływów – powietrza, wody, ścieków, bakterii, zaraz, wpływów rodzinnych, klimatów moralnych itp. Strategie eugeniczne zawdzięczały swój charakter tego typu połączeniu ciała indywidualnego i społecznego. Ciało genetyczne różni się pod wszystkimi względami od tego eugenicznego. Przede wszystkim jest ono ujmowane w innej skali. W latach trzydziestych dwudziestego wieku biologii udało się zobrazować życiowe fenomeny w skali submikropowej – między  $10^{-6}$  i  $10^{-7}$  cm<sup>48</sup>. Innymi słowy, życie zostało zmolekularyzowane<sup>49</sup>. Owa molekularyzacja nie była jedynie kwestią konstruowania wyjaśnień na poziomie molekularnym. Nie dotyczyła ona również po prostu użycia artefaktów stworzonych na tym poziomie. Stanowiło to raczej reorganizację całego spojrzenia nauk o życiu, ich instytucji, procedur, instrumentów, przestrzeni działania i form kapitalizacji.

Do lat sześćdziesiątych, jak ujął to Georges Canguilhem, „nauka o życiu nie jest już podobna do portretu życia, tak jak wówczas gdy polegała na opisie i klasyfikacji gatunków; nie przypomina też architektury czy mechaniki, a mogłaby, gdy była po prostu anatomią

i makroskopową fizjologią<sup>50</sup>. Zmieniając skalę, w której studiowane są cechy fenomenu życia, współczesna biologia zaadaptowała nowy język:

Porzuciła słownik i pojęcia klasycznej mechaniki, fizyki i chemii, wszystkie mniej lub bardziej oparte na modelach geometrycznych, na rzecz słownika lingwistyki i teorii komunikacyjnych. Wiadomości, informacja, programy, kody, instrukcje, dekodowanie: to one stanowią nowe pojęcia nauk o życiu<sup>51</sup>.

W istocie historia jest bardziej skomplikowana: muszą zostać pokonane jeszcze inne możliwości, ujęte w terminach topografii lub funkcji, aby ten informatyczny paradygmat stał się dominującym i przyjął formę opartego na DNA kodu służącego syntezie proteinowej<sup>52</sup>. Niemniej jednak w dyskursie genomowym, który nabrał kształtu w ostatnich dekadach dwudziestego wieku, życie wyobrażane było jako subkomórkowe procesy i wydarzenia kontrolowane przez genom, który nie jest ani diagramem, ani projektem, ale cyfrowym kodem zapisanym w strukturze molekularnej chromosomu<sup>53</sup>. To jest właśnie „język życia” zawierający w sobie „cyfrowe instrukcje”, które czynią nas tym, czym jesteśmy. Historycy tego okresu lubią cytować marzenie laureata Nagrody Nobla, Waltera Gilberta: „będzie można wyciągnąć płytę CD z kieszeni i powiedzieć: »To jest istota ludzka: to jestem ja!«”<sup>54</sup>. I wraz z rozwojem Human Genome Project, wydawało się, że trzy biliony par bazowych było zorganizowanych w sto tysięcy genów – czyli jeden gigabajt „listy części”, który niemal mieściłby się na standardową płytę kompaktową.

Gdy 11 lutego 2001 roku opublikowana została pierwsza mapa ludzkiego genomu, zadała ona kilka być może śmiertelnych ciosów owemu obrazowi. Okazało się, że zamiast stu tysięcy genów (lub podobnej liczby), które oszacowano z taką pewnością, występuje raczej około trzydziestu jeden tysięcy sekwencji kodujących łańcuchy aminokwasów – co można porównać z sześcioma tysiącami dla komórki drożdży, trzynastoma tysiącami dla muszki owocówki i dwudziestoma tysiącami dla nicienia. Nie sprawiało to zatem wrażenia listy części koniecznych dla utworzenia człowieka – nawet współczesne samoloty składają się z dwustu

tysięcy unikalnych elementów. Wydawało się, że nie ma wystarczającej liczby genów dla „zakodowania” każdej „części” – aby wyjaśnić złożoność ludzkiej anatomii i fizjologii, nie wspominając o neuronalnych podstawach szerokiego repertuaru ludzkich zachowań, świadomości, uczenia się i pamięci. Odkąd genetyka molekularna przegrupowuje się wokół genomiki i proteomiki funkcjonalnej, wulgarny redukcjonizm większości genomik z ostatnich dekad dwudziestego wieku wydaje się obecnie przestarzały. Sama idea „genu” komplikuje się i fragmentaryzuje. Żyjemy w świecie „postgenomicznym”, w którym kluczowymi procesami są ekspresja genów i ich regulacja, gdzie ta sama sekwencja genów może być pocięta, połączona i przepisana na inne sposoby, w zależności od środowiska komórkowego, które samo jest ukształtowane przez wielość ponadkomórkowych czynników.

Niemniej jednak molekularyzacja biologii stanowi nieodwracalne wydarzenie epistemologiczne. Jest również doniosłym wydarzeniem technicznym, gdyż nowe molekularne modele życia są w równym stopniu techniczne, co reprezentacyjne. Nie żeby samo w sobie było to czymś nowym: symbioza rozumienia i przekształcania już dawno została wpleciona w samą materię biologii. W biologii z drugiej połowy dwudziestego wieku poznanie życia i żywego ciała zostało istotowo połączone z interwencjami, które owe żywe ciała przekształcają<sup>55</sup>. Trwające przez ostatnie trzydzieści lat wypracowanie modeli molekularnych w biologii uzależniono było, podobnie, od technicznej restrukturyzacji życia w tej właśnie molekularnej skali. Wszystkie te projekty dążące do transkrypcji „księgi życia”, zdekodowania „kodu kodów”, opracowania jej „normalnych” i patologicznych wersów, słów, rozdziałów, były powiązane z próbami interweniowania w owo życie na poziomie molekularnym – nie po fakcie, lecz w trakcie samego procesu odkrycia – jak np. w przypadku technik dzielenia genów i ich łączenia, reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR) służącej tworzeniu wielu kopii ściśle określonych segmentów DNA poza żywym organizmem, wytwarzania organizmów zawierających lub pozbawionych konkretnych sekwencji genowych. W procesie tym koncepcje teoretyczne i eksperymentalne hipotezy szybko przekształciły się w byty dostarczane „od ręki” przez komercyjne firmy<sup>56</sup>.



Zatem przeniesienie inżynierii genetycznej z laboratorium do fabryki nie wymagało żadnej istotnej zmiany perspektywy. W rzeczywistości laboratorium i fabryka były już wewnętrznie powiązane – przemysł farmaceutyczny był centralny dla rozwoju neurochemii, przemysł biotechnologiczny dla badań nad klonowaniem, a firmy zajmujące się technologiami genetycznymi [*genetech firms*] dla sekwencjonowania ludzkiego genomu. Nie chodzi tylko o to, że owe firmy dążą do tego, aby „zastosować” lub „urynkować” naukowe odkrycia, kształtują one raczej kierunek, organizację, przestrzeń problemową i efekty rozwiązań samej biologii. Życie na poziomie molekularnym staje się bowiem poznawalne tylko dzięki złożonym i drogim instrumentom: mikroskopom elektronowym, ultrawirówkom, elektroforezie, spektroskopii, dyfrakcji promieni Rentgena, izotopom i licznikom scyntylacyjnym oraz ich połączeniu ze zdolnością do przetwarzania informacji przez komputery, a obecnie również możliwością upowszechnia informacji przez Internet. W związku z tym polityka nauk o życiu – polityka życia samego – została ukształtowana przez tych, którzy posiadali kontrolę nad ludzkimi, technicznymi i finansowymi zasobami koniecznymi dla sponsorowania takich dążeń. W okresie powojennym fundusze na strategiczny rozwój nauk o życiu były zapewniane przez nowo powstałe publiczne jednostki badawcze wspólnie z posiadającymi własne oddziały prywatnymi fundacjami, takimi jak Rockefeller Foundation. Pod koniec dwudziestego wieku owe źródła dofinansowania zostały w dużej części zmarginalizowane przez kapitalizację nauk o życiu przez przemysł farmaceutyczny, a następnie przedsiębiorstwa biotechnologiczne. Ani produkcja prawdy, ani nawet produkcja zdrowia nie są obecnie wystarczającymi powodami, aby poruszyć „inwestujących kapitalistów, biura patentowe i piszących o nauce, od których [nauki o życiu] są coraz bardziej zależne”: muszą one być usankcjonowane przez logikę rozwoju produktu i udziałów w rynku<sup>57</sup>. Biopolityka stała się bioekonomią, napędzaną przez to, co Catherine Waldby nazywa „biowartością”: produkcją wartości dodatkowej z żywotności jako takiej<sup>58</sup>. Jednak spory wokół biopiractwa, patentowania genów i handlu ludzkimi tkankami pokazują, jak samo molekularne utowarowienie komplikuje nasze pojęcie ludzkiego życia i ochronę, na którą ono zasłu-

guje<sup>59</sup>. Czy fragmenty DNA replikowane i poddawane manipulacji *in vitro* za pomocą technik rekombinacyjnych stanowią „życie”, nie wspominając już o „ludzkim życiu”? Czy lekarze mogą opatentować i czerpać zyski z nieśmiertelnej linii komórkowej wyodrębnionej z dotkniętej rakiem śledziony Johna Moore’a<sup>60</sup>? Wydaje się, że klasyczna dystynkcja dokonana w filozofii moralności między tym, co nie jest człowiekiem – i dlatego możliwym do posiadania, handlowania, utowarowienia – i tym, co człowiekiem jest – i tym samym niepodlegającym takiemu utowarowieniu – przestaje być stabilna.

Niegdyś mogło się wydawać, że życie uwięzione jest w naturalnych mechanizmach samego procesu witalnego, od których nie sposób uciec. Wszystko, na co mogła dawać nadzieję medycyna, to zahamowanie anormalności, przywrócenie naturalnej witalnej normy

Biopolityka stała się bioekonomią, napędzaną przez to, co Catherine Waldby nazywa „biowartością”: produkcją wartości dodatkowej z żywotności jako takiej

i normatywności ciała, które ją podtrzymywały. Jednak owe normy nie wydają się już tak nieuniknione, a normatywności okazują się otwarte na zmianę. Jeśli już raz było się świadkiem efektów, jakie dały leki psychiatryczne w zmianie progów, norm, nieprzewidywalności afektów, myślenia i woli, nie będzie można już sobie wyobrazić jaźni zamkniętej na tego typu modyfikacje<sup>61</sup>. Jeśli już raz zobaczyło się, jak normy kobiecej reprodukcji przekształcone zostały przez wspomaganie poczęcie, natura i limity prokreacji, przestrzeń nadziei i obaw z tym związanych już nigdy nie będą takie same<sup>62</sup>. Jeśli już raz było się świadkiem, jak normy starzenia u kobiet zmienione zostały dzięki hormonalnej terapii zastępczej lub normy starzenia męskiej seksualności przekształciły się dzięki Viagrze, „normalny” proces starzenia wydaje się zaledwie jedną z wielu opcji, przynajmniej dla osób żyjących w zachodnim dobrobycie.

Oczywiście narkotyki, używki i inne medykamenty, legalne i nielegalne, przez całe wieki przemieniały ludzi

## Biopolityka formułuje problem ludzkiej egzystencji na poziomie molekularnym: toczy się ona między molekułami, gdzie same molekuły stają się przedmiotem zainteresowania

i ich możliwości poprzez łączenie ich ciał z chemicznymi aktorami. Ciało diabetyka można nazwać sztucznym, odkąd wynaleziono terapię insulinową; tutaj umyślna chemiczna sztuczność została zastosowana, aby zastąpić brakującą lub uszkodzoną normatywność własnych procesów życiowych ciała. Bez wątpienia ciało kobiece było przez długi czas bardziej niż męskie podatne na uształcenie. Jednak sedno stanowi sprzężenie zachodzące, gdy wiele różnorodnych małych zmian przekracza pewien próg. To, co było dotychczas wyjątkowe, nadzwyczajne, staje się możliwe do pomyślenia, a nawet oczekiwane. Obecnie wszystkie procesy życiowe wydają się opierać na zrozumiałych łańcuchach wydarzeń, które mogą być „skonstruowane w odwrotny sposób”, a następnie zrekonstruowane w laboratorium oraz zmodyfikowane tak, że rozwijane być mogą w inny sposób. Rozważmy chociażby cztery z pięciu najczęściej przepisywanych leków w Stanach Zjednoczonych w 1999 roku: Premarin na zwalczanie objawów menopauzy – hormonalna terapia zastępcza; Synthroid stosowany w przypadku niewydolności tarczycy – objawiającej się ogólną apatią i brakiem aktywności; Lipitor przypisywany na hiperlipidemię – w której wysoki poziom lipidów we krwi może predysponować do ataków serca; oraz Prilosec wskazany przy chorobie wrzodowej<sup>63</sup>. Tuż za nimi znajdowały się „antydepresanty”: Prozac uplasował się na miejscu dziesiątym, zbliżony w działaniu Zoloft był jedenasty, a Paxil piętnasty. Viagra pojawiła się zaledwie na czterdziestym siódmym miejscu, ale trzeba wziąć pod uwagę, że był to dopiero 1999 rok. Egzystencja jest przeżywana według nowych współrzędnych, rozgrywana jest nowa gra życia. Dla przykładu, samo rozróżnienie między chorobą a zdrowiem umysłowym uległo przemianom poprzez nowe obrazy molekularne umysłu, tworzone w ramach biologicznej psychiatrii oraz za pośrednictwem leków specjalnie ukierunkowanych, aby wpływać na wydarzenia molekularne w neuronach i synapsach. Nic dziwnego, że liczba zdiagnozowanych depresji śrubuje w górę, a nasze relacje emocjonalne ze światem zostały przekształcone w chwili, gdy każdy znak apatii

jest uznawany za depresję<sup>64</sup>. Życie jawi się teraz jako otwarte na kształtowanie i zmiany na

poziomie molekularnym: dzięki precyzyjnie skalkulowanym interwencjom, które zapobiegają pewnym wydarzeniom, zmieniają sposób ich przebiegania lub tworzą nowe w samych procesach komórkowych. Odkąd różnica między leczeniem a ulepszaniem, między naturalnym a sztucznym zaczęła być coraz mniej wyraźna, zarządzanie i maksymalizacja życia samego stały się życiowym zadaniem, nie tylko dla każdej jednostki, ale i dla lekarzy wraz z naukowcami, przedsiębiorcami i korporacjami, które przerabianie życia czynią przedmiotem poznania, inwencji i produktów<sup>65</sup>. Naturalne życie nie może dłużej służyć za normę, podług której mogłaby być oceniana polityka życia. Dylematy na temat tego, czym jesteśmy, do czego jesteśmy zdolni, na co możemy mieć nadzieję, przybrały obecnie molekularną formę. Biopolityka formułuje problem ludzkiej egzystencji na poziomie molekularnym: toczy się ona między molekułami, gdzie same molekuły stają się przedmiotem zainteresowania.

### Biopolityka jako etopolityka

Oryginalna teza biopolityczna zakłada rozdzielenie tych, którzy kalkulowali i sprawowali władzę oraz tych, którzy byli jej przedmiotem, których egzystencja biopolityczna miała być kształtowana dla pożytku każdego z nas. Wydaje się, że rozdział ten charakteryzuje strategię polityczne poszukujące możliwości modyfikacji wzorów rozmnażania jednostek w imieniu populacji; krwawe techniki eugeniki negatywnej; eksperymenty medyczne na więźniach i pensjonariuszach ośrodków psychiatrycznych; eutanazje tych, których życie niewarte jest przeżycia; nawet tak dobroczynne strategie, jak kontrole lekarskie dzieci w szkołach. Można się tutaj zgodzić z Agambenem, że suweren rozszerzył swoją władzę nad żyjącymi ciałami swoich poddanych poprzez wejście w sojusz z „prawnikiem, [...] lekarzem, naukowcem, ekspertem i księdzem”<sup>66</sup>. Nie powinniśmy zapominać, że rok 1939 – gdy Hitler sporządził tajną notkę służbową zezwalającą pewnym lekarzom zadawać

„śmierć z litości” pacjentom, których życia były uznawane za niewarte przeżycia – był także rokiem, który został określony przez jego rząd jako rok „obowiązku bycia zdrowym”<sup>67</sup>.

Jednak ogromne rozszerzenie politycznego urzędnia [*apparatus*] zdrowia w reżimach liberalno-demokratycznych w dziewiętnastym i dwudziestym wieku byłoby nie do pomyślenia, gdyby nowo ukształtowane wartości higieny i zdrowia nie zostały powiązane z aspiracjami samego „ludu” – szczególnie biedoty, osób pokrzywdzonych czy klas pracujących<sup>68</sup>. Oznacza to, że w tym czasie zdemokratyzowano biopolitykę oraz połączono polityczne i osobiste aspiracje do zdrowia. W neohigienistycznych strategiach pierwszej połowy dwudziestego wieku obowiązek bycia zdrowym wpisano w praktyki edukacji oraz domową rutynę i tym samym, na co również liczone, w powinności matek i dzieci. W drugiej połowie dwudziestego wieku został utworzony nowy sojusz między politycznymi dążeniami do zdrowej populacji i osobistymi pragnieniami dobrego zdrowia. Zdrowie miało być zapewnione przez instrumentalizację lęku oraz kształtowanie nadziei i obaw jednostek oraz rodzin o ich własne biologiczne przeznaczenie. Sama idea zdrowia została przekształcona – chęć bycia zdrowym nie miała zmierzać jedynie do unikania choroby lub przedwczesnej śmierci. Powinna dążyć do optymalizacji własnej cielesności, aby objąć ogólny „dobrostan”: piękno, sukces, szczęście, seksualność i wiele więcej. To właśnie tę rozszerzoną wolę zdrowia wzmocniono oraz zinstrumentalizowano przez nowe strategie reklamy i marketingu na gwałtownie rosnącym konsumpcyjnym rynku zdrowia – lekarstwa bez recepty, ubezpieczenie zdrowotne, prywatna służba zdrowia, zdrowa żywność, witaminy i suplementy diety oraz cały zestaw dodatkowych, alternatywnych praktyk „samoleczenia”. Na początku dwudziestego pierwszego wieku mamy do czynienia z nadziejami, lękami, decyzjami i życiowymi przyzwyczajeniami, które zostały ukształtowane w kategoriach ryzyka i możliwości cielesnej i biologicznej egzystencji. Wyparły one niemal wszystkie inne organizujące zasady roztropnego, odpowiedzialnego i opartego na wyborze życia.

Osobowość stała się istotnie somatyczna – praktyki etyczne coraz częściej uznają ciało za kluczowy obszar

pracy nad sobą. Od oficjalnych dyskursów promocji zdrowia, przez opowiadania o doświadczeniach choroby i cierpienia w mediach masowych, po popularne dyskursy o odchudzaniu i ćwiczeniach, widzimy narastający nacisk na osobistą odbudowę przez działanie na ciele w imię sprawności, która jest równocześnie cielesna i psychologiczna. Ćwiczenia, diety, witaminy, tatuaże, kolczykowanie ciała, leki, chirurgia plastyczna, zmiany płci, przeszczepianie organów – dla „eksperymentalnych jednostek”<sup>69</sup> cielesna egzystencja i witalność „ja” stały się uprzywilejowanym polem eksperymentów z podmiotowością. Nazwałem to zjawisko „indywidualnością somatyczną”<sup>70</sup>. Nowe genomowe i molekularne słowniki nas samych (jak wcześniej biomedyczne języki inteligencji, depresji albo „hormonów”) są włączane do owych relacji somatycznego „ja” [*somatic self*], do siebie samego. Czynią nowe aspekty ludzkiej witalności widzialnymi, przekształcając „doświadczenie”. Nie tylko wyciągają z niego nowe sensory, ale faktycznie reorganizują je w nowy sposób, zgodnie z nowymi wartościami tego, kim jesteśmy, co musimy robić i na co mieć nadzieję.

Biopolityka łączy się tutaj z tym, co nazwałem wcześniej „etopolityką”: polityką życia samego i tego, jak powinno być ono przeżywane<sup>71</sup>. Przez etopolitykę chciałbym scharakteryzować sposoby, na jakie etos życia ludzkiego (odczucia, moralna natura lub przewodnie przekonania jednostek, grup czy instytucji) dostarcza „medium” dla podłączenia samo-rządu [*self-government*] autonomicznej jednostki do imperatywów dobrego rządu. W etopolityce przedmiotem osądu jest samo życie, przeżywane w swych codziennych przejawach. Jeżeli dyscyplina indywidualizuje i normalizuje, a biowładza kolektywizuje i socjalizuje, etopolityka skupia się na technikach siebie, za pomocą których istoty ludzkie powinny oceniać i oddziaływać na siebie, aby czynić siebie lepszymi niż są. Podczas gdy problematyka etopolityki obejmuje kwestie od stylu życia po problem wspólnoty, spaja je pewien rodzaj witalizmu: spory o wartość, jaką przyznaje się życiu – „jakość życia”, „prawo do życia” albo „prawo wyboru”, eutanazja, terapia genowa, klonowanie ludzi itp.

W tej sferze o wysokim poziomie rywalizacji same somatyczne jednostki są kluczowymi aktorami. Biologiczne praktyki tożsamościowe nie prowadzą, jak

sugerowali niektórzy krytycy, do bezwolności w obliczu biologicznego fatum. Jest dokładnie odwrotnie. W zaawansowanych liberalnych demokracjach tożsamość biologiczna zostaje powiązana z bardziej ogólnymi normami przedsiębiorczości, samorealizacji, odpowiedzialnej osobowości<sup>72</sup>. Kiedy wiedza i przekonania o czymś biologicznym i genetycznym wyposażeniu są częścią skomplikowanych wyborów, których dokonywać muszą rozważne jednostki w swoich strategiach życiowych, biologiczna tożsamość generuje biologiczną odpowiedzialność<sup>73</sup>. Podczas gdy wielu krytyków postrzega nową biomedycynę jako indywidualizującą, możemy już zauważyć nowe, wyłaniające się formy kolektywizacji. Wybory dotyczące małżeństwa, prokreacji, planowania finansowego, dziedziczenia, kariery i wielu innych są dokonywane w skomplikowanej sieci obejmującej rzeczywistych i potencjalnych krewnych, pracodawców, partnerów i dzieci. „Narażone” jednostki łączą się w grupy i organizacje, nie tylko domagając się publicznej opieki i praw, ale także formułując własne żądania dotyczące wdrożenia technologii biomedycznych i kierunku biomedycznych badań – np. w przypadkach rodzin z dystrofią mięśniową, chorobą Huntingtona czy rakiem piersi<sup>74</sup>. Rabinow nazwał ten fenomen „biosocjalnością”<sup>75</sup>. Jednostki, które utożsamiają siebie i własną wspólnotę poprzez swoją biologię, podważają wektory, które prowadzą od biologicznej niedoskonałości albo anomalii do stygmatyzacji i wykluczenia. Używają swoich jednostkowych i kolektywnych żyć, świadectw własnych egzystencji i ich witalnego człowieczeństwa jako sił przeciwstawiających się każdej próbie ponownego zestawiania strategii eugeniki negatywnej z nową wykluczającą biopolityką. Żądają praw człowieka i praw obywatelskich dla tych, których życia były wcześniej uznawane za mniej warte. Domagają się uznania, szacunku, środków, badań, kontroli nad medycznymi i technicznymi ekspertyzami. Kiedy jednostki somatyczne angażują się w politykę witalną, kształtuje się nowa etyka życia samego.

W tej nowej etyce ludzki porządek witalny stał się tak całkowicie przeniknięty sztucznością, że nawet to, co naturalne, musi być produkowane przez pracę nad sobą – naturalne jedzenie, naturalny poród itp. Nawet wybór zaprzestania interwencji w życiowe procesy staje

się rodzajem interwencji. Wymaga to od nas zakwestionowania zaproponowanej najwyraźniej przez Georges’a Canguilhema dystynkcji między normami witalnymi i społecznymi. Canguilhem utrzymywał<sup>76</sup>, że normy witalne powstały z i przejawiały normatywność samego życia, organizmu jako istoty żyjącej, jego zdolności przystosowania się do swojego środowiska. Z drugiej strony, normy społeczne manifestowały jedynie adaptację do konkretnego, sztucznego porządku społecznego i jego wymagań w odniesieniu do normatywności, posłuszeństwa, produktywności, harmonii itp. Niektórzy sugerują, że nowa polityka życia po raz kolejny pomyliła normy społeczne z witalnymi. Na przykład polityka molekularna psychiatrii, ze swoimi roszczeniami do zdolności manipulowania i przekształcania osobowości i emocji, miałaby włączyć to, co społeczne, do tego, co witalne. Tym samym potraktowałaby kluczowe właściwości samej witalności, np. smutek, jako błędy możliwe do skorygowania w imię społecznej, nie witalnej, normy zdrowia. Jednakże, przynajmniej w odniesieniu do ludzkiego życia, to, co społeczne i to, co witalne, nigdy nie były tak wyraźnie od siebie odrębne. Same nasze koncepcje tego, co oznacza bycie normalną istotą ludzką, zostały umożliwione przez historycznie specyficzny rozwój instytucjonalny i techniczny, w nie mniejszym stopniu niż przez samą biopolitykę. W ten sposób w wyniku odkażania [*sanitization*] i higienizacji życia miejskiego w dziewiętnastym wieku zrodziły się nowe normy ludzkich możliwości i długowieczności. Nowe formy rekonwalescencji i kuracji powstały w szpitalach klinicznych. Dzięki rozwojowi wiedzy epidemiologicznej o roznoszeniu się choroby i jego korelacjach społecznych wytworzyły się nowe sposoby ujmowania relacji między losem, życiem i zdrowiem. Nasze współczesne normy witalne są ukształtowane przez warunki ich powstania w nie mniejszym, ale i nie większym stopniu, aniżeli te dotyczące wcześniejszych pokoleń. Z jednej strony sama nasza osobowość jest w coraz większym stopniu określana przez innych i nas samych w kategoriach naszych współczesnych założeń co do możliwości i ograniczeń naszej cielesności. Z drugiej strony nasza indywidualność somatyczna stała się podatna na wybór, ostrożność i odpowiedzialność, na



eksperymenty, na kwestionowanie i, tym samym, na „politykę witalną”.

## Samo życie

Michel Foucault dawno temu wskazał, że przynajmniej od czasu narodzin medycyny klinicznej „myślenie medyczne z powodzeniem określa filozoficzny status człowieka”<sup>77</sup>. Myśl medyczna była także w pełni zaangażowana w etyczne pytanie, jak powinniśmy żyć – jakiego typu stworzeniami jesteśmy, jakie mamy obowiązki względem siebie i innych, których technik możemy i powinniśmy używać, by ulepszać siebie, jakimi typami osób powinniśmy usiłować być. Nie wydaje mi się, by najdalej idące etyczne innowacje dotyczące naszego stosunku do siebie pojawiały się dzisiaj w rozważaniach bioetyków i filozofów moralności – są one wytwarzane wewnątrz myśli medycznej i biomedycznej oraz samej techniki. Istotnie, zindywidualizowany humanizm bioetyków i filozofów medycyny wyłonił się wraz z dziewiętnastowieczną indywidualizacją żywego ciała w medycynie klinicznej. Jednak humanizm ten napotyka teraz ludzkie życie, którego samo znaczenie zostaje zmienione przez biologię, biomedycynę i biotechnologię. „Status filozoficzny” (a w rzeczywistości sama ontologia) istot ludzkich jest przekształcany przez decyzje przedsiębiorców odnośnie tego, gdzie inwestować kapitał oraz jakie kierunki badań biomedycznych i rozwoju wspierać. Jest kształtowany przez genetyków podejmujących wszystkie te drobne decyzje o tym, który rodowód badać, jakie dobrać znaczniki, jakich genów poszukiwać i z pomocą jakich metod. Udoskonalany przez klinicystów pracujących w sojuszu ze swoimi pacjentami, by testować i badać nowe możliwości terapii genowej lub technologii reprodukcyjnej. A także rozwijany i podważany przez te wszystkie jednostki i grupy, które same są aktywnymi uczestnikami nowej etyki normalności. Bez względu na to, czy są podmiotami narażonymi na choroby lub przedwczesną śmierć, konsumentami zarządzającymi sobą poprzez diety, osobami przekształcającymi samych siebie poprzez rzeźbienie własnych ciał, potencjalnymi rodzicami rozmyślającymi nad badaniami przesiewowymi i doradz-

twem genetycznym czy parami gejowskimi używanymi sztucznej reprodukcji, aby mieć dzieci.

Dowodziłem, że dzisiaj życie nie jest ujmowane jako nienaruszalne, stałe wyposażenie, a biologia jako przeznaczenie, gdzie reprodukcja jednostek z wadliwymi organizmami musi być administrowana przez ekspertów w interesie przyszłości populacji. Sądów nie formułuje się już w czysto binarnych kategoriach normalności i patologii. Istnieje oczywiście wiele praktyk, w których rozpoznanie wysokiego ryzyka w połączeniu z biologiczną nieodwracalnością może włączyć dotkniętą nimi jednostkę – lub potencjalną jednostkę – w krąg wykluczenia: czy przez aborcję terapeutyczną dla ciężko uszkodzonych płodów lub areszt prewencyjny, czy też karę śmierci w niektórych stanach USA dla tych, którzy uważani są za posiadających biologiczną skłonność do przemocy lub napaści seksualnych [*sexual predation*]. Jednak marzeniem – lekarzy, genetyków, firm biotechnologicznych i wielu „cierpiących jednostek” i ich rodzin – jest diagnoza przedobjawowa [*pre-symptomatic*], za którą podążać miałyby techniczne interwencje na poziomie biologicznym w celu naprawienia lub wręcz ulepszenia nieoptymalnych [*sub-optimal*] organizmów. Polityczne powołanie nauk o życiu jest dzisiaj związane z przekonaniem, że w większości, a może we wszystkich przypadkach, jeżeli nie teraz, to w przyszłości, biologicznie groźna lub zagrożona jednostka, raz zidentyfikowana i oceniona, może być leczona lub przekształcona przez interwencję medyczną na poziomie molekularnym. Przy okazji dobrze znany podział na chorobę i zdrowie stał się problematyczny i podważony. Podczas gdy stawiane są żądania, by zidentyfikować bazę genetyczną „normalnej” zmienności w aspekcie witalności – od seksualności po długowieczność – linia podziału między, z jednej strony, interwencjami obierającymi za cel podatność na choroby i ułomności oraz, z drugiej, interwencjami nakierowanymi na ulepszenie zdolności, zaczyna się zamazywać.

Sugerowałem w tym artykule, że w takich osiągnięciach i poprzez nie istoty ludzkie we współczesnej kulturze zachodniej coraz bardziej zaczynają rozumieć siebie w kategoriach somatycznych – cielesność stała się jednym z najważniejszych obszarów etycznych sądów i technik. Dwa rodzaje takiej „biologicznej etyki” są

szczególnie uderzające. Z jednej strony prawa człowieka mają obecnie biologiczny wymiar i, częściowo w konsekwencji tegoż, uzyskały nowy rodzaj „gatunkowej uniwersalności”. Ustawowe, polityczne i społeczne prawa były najpierw połączone ze zdolnościami i obowiązkami jednostek, będących elementami politycznego stowarzyszenia. Obecnie jednak, jak się zdaje, każda istota ludzka ma te prawa po prostu ze względu na wartość

Istoty ludzkie we współczesnej kulturze zachodniej coraz bardziej zaczynają rozumieć siebie w kategoriach somatycznych – cielesność stała się jednym z najważniejszych obszarów etycznych sądów i technik

jej życia jako istoty przynależącej do rodzaju ludzkiego. Wydaje się, że jednostkom udało się uzyskać pewnego rodzaju biologiczne obywatelstwo – uniwersalne, ludzkie prawo do ochrony przynajmniej nagiego życia każdego człowieka oraz godności jego żywego witalnego ciała. W geopolityce głodu, suszy, wojny i czystek etnicznych, w krzykliwych ruchach antykapitalistycznych i antyglobalistycznych, a także w lokalnej polityce zdrowia zostało ludziom umożliwione domaganie się ochrony ich życia i życia innych w żadne inne imię aniżeli w imię biologicznej egzystencji oraz praw i roszczeń, jakie ta przynaję.

Takie argumenty sugerują, że etyka biologiczna przypisuje każdemu ludzkemu życiu równą wartość. Jednak nasze praktyki i techniki pokazują, że jest przeciwnie – biologiczne życia jednostkowych istot ludzkich okresowo podlegają osądom co do wartości. Nie musimy odwoływać się do kontrowersji wokół eutanazji albo praw życia ciężko uszkodzonych noworodków, aby to zauważyć. Każda sesja doradztwa genetycznego, każdy akt punkcji owodni, każda recepta na antydepresanty jest oparta przynajmniej na możliwości takiego osądu o względnej i porównywalnej „jakości życia” różnie

zbudowanych ludzkich istot i różnych sposobów bycia człowiekiem. Odkąd technika biomedyczna rozszerzyła wybór na sam materiał witalnego istnienia, stajemy wobec tego nieuniknionego zadania debatowania na temat wartości różnych ludzkich żyć – wobec kontrowersji wokół takich decyzji, konfliktów o to, kto powinien je podejmować, a kto nie, oraz, co za tym idzie, wobec nowych rodzajów polityki życia samego. Argumentowałem w tym artykule, że w tej polityce rządzący nie żądają (lub nie posiadają) władzy podejmowania takich osądów w imię jakości populacji albo zdrowia puli genów. Z jednej strony w nowych formach władzy pastoralnej, które kształtują się w ramach i wokół naszej genetyki i biologii, kwestie dotyczące jakości życia samego przenikają codzienne oceny, słowniki, techniki i działania wszystkich tych profesjonalistów witalności: lekarzy, doradców genetycznych, naukowców-badaczy i firm farmaceutycznych oraz wnikają ich wszystkich w etykę i etopolitykę. Z drugiej strony natomiast polityka życia samego zadaje te pytania każdemu i każdej z nas – w naszych życiach, w życiach naszych rodzin oraz w nowych związkach łączących nas z innymi, z którymi dzielimy aspekty naszych biologicznych tożsamości.

Nie powinniśmy oczywiście przeceniać oryginalności tego, co się tutaj dzieje. Niemniej jednak w coraz większym stopniu i w odmienne sposoby, niż wcześniej, staliśmy się rodzajem ludzi, którzy myślą o swojej teraźniejszości i przyszłości w kategoriach jakości swoich indywidualnych biologicznych żyć i żyć tych, z którymi się utożsamiamy. Melancholijny refren tych, którzy potępiają arogancję biomedycyny za ingerencję w takie obszary, tych, którzy uznają wszystkie odniesienia do biologii za redukcjonizm, indywidualizm i determinizm, albo którzy przepowiadają nową eugenikę, jest dla nas niewielką pomocą w zrozumieniu poruszanych tu kwestii. Tym razem, kiedy samo nasze rzeczywiste, biologiczne życie wkroczyło w sferę decyzji i wyboru, kwestie osądu stały się nieuniknione. Weszliśmy w erę witalnej polityki, biologicznej etyki i genetycznej odpowiedzialności.

tłum. Agnieszka Kowalczyk, Maciej Szlinder

1 Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, "Theory, Culture & Society" 2001, Vol. 18(6): 1–30.

2 Artykuł ten przygotowany został z okazji seminarium *Displacement of Politics*, które odbyło się w Santa Margherita w Genui, w dniach 24–26 czerwca 1999 roku, zorganizowanego przez Sakari Hanninen i Allesandra dal Lago. Wcześniejsza jego wersja opublikowana została we włoskim tłumaczeniu w „Aut Aut” 2000, No. 298, s. 35–62. Różne wersje wygłoszone zostały także na uczelniach takich jak: Uniwersytet w Bath, Uniwersytet Sztokholmski, Goldsmiths College, Uniwersytet Londyński, Uniwersytet Wschodniego Londynu oraz na konferencji pt. *The Ethos of Welfare*, zorganizowanej we wrześniu 2000 roku na Uniwersytecie Helsińskim. Chciałbym podziękować uczestnikom za ich komentarze i krytyczne uwagi. Szczególne podziękowania należą się Carlosowi Novasowi za wiele dyskusji o tych kwestiach oraz za użyczenie mi pomysłów i źródeł. Przygotowując ostateczną wersję, skorzystałem także na lekturze szkicu Sarah Franklin 'Life Itself' (Franklin, b.d.). Mój wywód całkowicie zawdzięcza pracom Paula Rabinowa.

3 M. Foucault, *Historia seksualności*, tłum. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, wstęp T. Komendant, Warszawa 1995, s. 125.

4 Nie odnoszę się tutaj do współczesnego wymiaru geopolitycznego biopolityki, ale mam nadzieję to zrobić w kolejnym artykule.

5 Zbiór zredagowany przez Marteau i Richardsa zawiera dobry i przemyślany przegląd politycznych problemów, jakie były stawiane w Wielkiej Brytanii we wczesnych latach dziewięćdziesiątych. Zob. T. Marteau, M. Richards, *The Troubled Helix: Social and Psychological Implications of the New Genetics*, Cambridge 1996.

6 Zob. R. C. Dreyfuss, D. Nelkin, *The Genetics of Jurisprudence*, "Vanderbilt Law Review" 1992, Vol. 45, No. 2, s. 313–348; A. Lippman, *Led (Astray) by Genetic Maps: the Cartography of the Human Genome and Healthcare*, "Social Science and Medicine" 1992, No. 35, s. 1469–1476; D. Nelkin, *The Social Power of Genetic Information*, [w:] *The Code of Codes*, red. D. Kevles, L. Hood, Cambridge 1992, s. 177–190; D. Nelkin, L. Tancredi, *Dangerous Diagnostics: the Social Power of Genetic Information (with a New Preface)*, Chicago 1994.

7 Zob. T. Duster, *Backdoor to Eugenics*, London 1990; R. Hubbard, E. Wald, *Exploding the Gene Myth*, Boston 1999; J. Rifkin, *The Biotech Century*, New York 1998.

8 Zob. G. Agamben, *Homo sacer: suwerenna władza i nagie życie*, tłum. M. Salwa, Warszawa 2008; Z. Bauman, *Nowoczesność i zagłada*, tłum. F. Jaszuski, Warszawa 1992.

9 O. Verschuer, *Rassenhygiene als Wissenschaft und Staatsaufgabe*, Frankfurt 1936, s. 8, cyt. za: G. Agamben, *Homo sacer...*, s. 201.

10 Zob. G. Agamben, *Homo sacer...*

11 W referacie konferencyjnym jak dotąd nieopublikowanym – zob. L. Koch, *Eugenics and Genetics*, referat wygłoszony na konferencji *Ethos of Welfare*, organizowanej na Uniwersytecie Helsińskim we wrześniu 2000 r. Przykłady tej retoryki w działaniu: N. Holtzman, *Eugenics and Genetic Testing*, "Science in Context" 1998, No. 3/4, s. 397–417; D. Wertz, *Eugenics is Alive and Well: a Survey of Genetics Professionals Around the World*, "Science in Context" 1998, No. 11, s. 493–510 i wiele innych artykułów w tym specjalnym wydaniu "Science in Context".

12 Zob. J. Donzelot, *The Policing of Families*, London 1979; N. Rose, *The Psychological Complex*, London 1985.

13 Na temat wielu ogólnych aspektów eugeniki zob. D. J. Kevles, *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*, New York 1985.

14 Na temat Niemiec zob. R. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*, Cambridge 1988; M. Burleigh, *Death and Deliverance: 'Euthanasia' in Germany 1900–1945*, Cambridge 1994. Na temat Francji zob. A. Carol, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation XIX–XX siècle*, Paris 1995. Na temat Stanów Zjednoczonych zob. I. R. Dowbiggin, *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880–1940*, New York 1997; E. J. Larson, *Sex, Race and Science: Eugenics in the Deep South*, Baltimore 1995; D. Kevles, *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*, New York 1985; S. Kühl, *The Nazi Connection: Eugenics, American Racism and German National Socialism*, New York 1994; *Eugenic Sterilisation*, red. J. Robitscher, Springfield 1973.

15 Zob. M. Burleigh, *Death and Deliverance: "Euthanasia" in Germany 1900–1945*, Cambridge 1994.

16 Fundacja Ulepszania Ludzi [*The Human Betterment Foundation*] podała, że 50 707 Amerykanów zostało wysterylizowanych do 1 stycznia 1950 roku, oraz że tempo sterylizacji wzrosło od 1944 roku po przerwie w pierwszych latach wojny. Zob. R. L. Dickinson, C. J. Gamble, *Human Sterilization*, [b. m. w.] 1995. W celu uzyskania szczegółów o powojennych programach eugenicznych w krajach skandynawskich zob. *Eugenics and the Welfare State: Sterilisation Policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland*, red. G. Broberg, N. Roll-Hansen, East Lansing 1996.

17 W programie organizowanym w całym kraju przez liberalnych i humanistycznych lekarzy, łącznie 62 tysiącom

ludzi – wielu, którzy byli jedynie podejrzewani o aspołeczność lub rozwiązłość seksualną – uniemożliwiono reprodukcję poprzez sterylizacje, z których wiele miało charakter mimowolnych lub wymuszonych. Podczas gdy wstępni adresaci byli poinformowani o niepokojach związanych z czystością rasową, program był kontynuowany w latach powojennych. Jego adresatkami były w znacznym stopniu kobiety, które uważano za antyspołeczne, aktywne seksualnie, nieposiadające dobrej opinii. Te działania były publicznie racjonalizowane na podstawie założenia, że wielkość rodzin osób, które dopuściły się zachowań antyspołecznych, w przeszłości musi być kontrolowana. Badania nad tym programem, prowadzone przez Maiję Runcis, zostały opublikowane w artykułach czołowego szwedzkiego czasopisma "Dagens Nyheter" w sierpniu 1997 roku i szeroko relacjonowane w angielskojęzycznych gazetach; zob. "Guardian" z dn. 6 marca 1999 roku. Opis eugeniki w krajach skandynawskich: zob. *Eugenics and the Welfare State...*

18 Zob. M. Foucault, „*Omnès et singulatis*”: przyczynek do krytyki politycznego rozumu, [w:] tegoż, *Filozofia, historia, polityka*, tłum. i wstęp D. Leszczyński, L. Rasiński, Warszawa-Wrocław 2000.

19 Zob. A. Carol, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation XIX-XX siècle*, Paris 1995; A. Drouard, *Eugenics and Bioethics in Today's France*, [w:] *Tartu University History Museum Annual Report 1998*, Tartu 1999, s. 20-30.

20 Sheldonowi Reedowi przypisuje się zwykle wynalezienie w 1947 roku terminu „doradztwo genetyczne”. Omawia on zmieniający się stosunek do myśli eugenicznej w: tegoż, *A Short History of Genetic Counseling*, "Social Biology" 1974, No. 4, s. 332-339. Nie istnieje żadna nowa, pojedyncza historia genetycznego doradztwa, ale zob. B. Fine, *The Evolution of Nondirectiveness in Genetic Counseling and Implications of the Human Genome Project*, [w:] *Prescribing Our Future: Ethical Challenges in Genetic Counseling*, red. M. Bartels, B. S. LeRoy, A. L. Caplan, New York 1993, s. 101-117; R. Kenen, *Genetic Counseling: the Development of a New Interdisciplinary Occupational Field*, "Social Science and Medicine" 1984, No. 7, s. 541-549.

21 Zob. N. Rose, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge 1999.

22 Zob. N. Rose, *Governing "Advanced" Liberal Democracies*, [w:] *Foucault and Political Reason*, red. A. Barry, T. Osborne, N. Rose, London 1996, s. 37-64.

23 Dwie ostatnie prace zbiorowe, które opracowują w ten sposób nadchodzącą kwestię ryzyka: "Economy and Society" 2000, Vol. 29, No. 4: *Configurations of Risk:*

*A Special Issue*, red. P. O'Malley, s. 457-606 oraz *Embracing Risk*, red. T. Baker, J. Simon, Chicago 2001. Rozwijam swoje własne podejście bardziej szczegółowo w odniesieniu do psychiatrii w: N. Rose, *Governing Risky Individuals: the Role of Psychiatry in New Regimes of Control*, "Psychiatry, Psychology and Law" 1998, No. 3, s. 177-196, oraz w odniesieniu do kontroli przestępstw w: N. Rose, *Government and Control*, "British Journal of Criminology" 2000: *Special Issue on Criminology and Social Theory*, red. D. Garland, C. Sparks, s. 40, 321-339.

24 Na temat pojawienia się sposobu myślenia opartego na ryzyku zob. I. Hacking, *The Taming of Chance*, Cambridge 1990.

25 Zob. T. Osborne, *Security and Vitality: Drains, Liberalism and Power in the Nineteenth Century*, [w:] *Foucault and Political Reason...*, s. 99-122.

26 Zob. F. Ewald, *L'État providence*, Paris 1986 oraz F. Ewald, *Insurance and Risk*, [w:] *The Foucault Effect*, red. G. Burchell, C. Gordon, P. Miller, Hemel Hempstead 1991, s. 197-210.

27 Jednakże, jak argumentował Ewald, istnieją znaczące różnice między zasadami rozpowszechniania ryzyka oraz obojętnością na winę, które charakteryzują prewencję i rekompensowanie w dwudziestowiecznych ubezpieczeniach społecznych i polityce zdrowotnej, a rodzajami współczesnego myślenia o ryzyku, które podtrzymuje „zasadę zapobiegliwości/zabezpieczenia”. W jej przypadku żądaniu całkowitej eliminacji ryzyka towarzyszą starania zrzucenia odpowiedzialności za każde niefortunne wydarzenie i gdzie niemal niedająca się oszacować niepewność konsekwencji codziennego rozwoju jest mimo wszystko połączona z żądaniami zapewnienia pełnego bezpieczeństwa. Zob. F. Ewald, *The Return of Descartes Malicious Demon: an Outline of a Philosophy of Precaution*, [w:] *Embracing Risk...*, s. 273-301.

28 Zob. M. Feeley, J. Simon, *The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications*, "Criminology" 1992, Vol. 30, No. 4, s. 449-474 oraz M. Feeley, J. Simon, *Actuarial Justice: Power/Knowledge in Contemporary Criminal Justice*, [w:] *The Futures of Criminology*, red. D. Nelkin, London 1994, s. 173-201.

29 Zob. L. Weir, *Recent Developments in the Government of Pregnancy*, "Economy and Society" 1996, Vol. 25, No. 3, s. 373-392.

30 Zob. D. J. Kevles, *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*, New York 1985.

31 Zob. B. A. Fine, *The Evolution of Nondirectiveness in Genetic Counseling and Implications of the Human Genome Project*, [w:] *Prescribing Our Future: Ethical Challenges in*



*Genetic Counseling*, red. D. M. Bartels, B. S. LeRoy, A. L. Caplan, New York 1993, s. 101-117.

32 Zob. R. Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America*, New York 1999.

33 Zob. B. Glass, *Science: Endless Horizons or Golden Age?*, "Science" 1971, No. 171, s. 23-29 oraz J. A. Robertson, *Procreative Liberty and the Control of Conception, Pregnancy and Childbirth*, "Virginia Law Review" 1983, No. 69, s. 405-464.

34 Inni argumentowali, że rozważania eugeniczne podtrzymują także pseudo-dobrowolne praktyki sterylizacji kobiet korzystających z pomocy socjalnej w pewnych miastach Stanów Zjednoczonych. Zob. B. Horsburgh, *Schrodinger's Cat, Eugenics and the Compulsory Sterilization of Welfare Mothers*, "Cardozo Law Review" 1996, No. 17, s. 531-582.

35 Przez ostatnie dekady dwudziestego wieku takie formy zarządzania grupowym ryzykiem rozpowszechniły się na inne pola – szczególnie te dotyczące patologii prowadzenia się, jak rodziny podejrzewane o wykorzystywanie seksualne dzieci (zob. R. Castel, *From Dangerousness to Risk*, [w:] *The Foucault Effect...*, s. 281-298); ryzyko profilujące skazanych za pewne typy przestępstw seksualnych lub z użyciem przemocy (zob. J. Pratt, *Sex Crime and the New Punitiveness*, "Behavioural Sciences and the Law" 2000, No. 18 s. 135-157) oraz pacjenci psychiatryczni (zob. N. Rose, *Governing...*). W każdym przypadku kombinacja czynników demograficznych, biograficznych, dotyczących stylu życia i innych jest stosowana do identyfikowania tych uznawanych za „wysocze ryzykownych”, którzy są następnie umieszczani w rejestrach ryzyka, poddani nadzorowi i zgłaszani całemu szeregowi władz oraz mogą być poddawani jeszcze innym restrykcyjnym zabiegom – zabranii dzieci pod opiekę lub prewencyjnemu aresztowaniu.

36 Dobrze obrazuje to niedawna debata na temat prognostycznych badań genetycznych. W 1987 r. Margery W. Shaw, profesor prawa zdrowia na Uniwersytecie Teksańskim zasugerowała, że prognostyczne badania genetyczne na chorobę Huntingtona znaczący, że było „teraz możliwe rozpoczęcie likwidowania genu Huntingtona z naszego gatunku” w przeciągu następnych dwóch pokoleń i zaproponowała, że „jest konieczne, by ci, którzy prawdopodobnie lub na pewno posiadają ten gen, podjęli pozytywne kroki, by zapobiec jego transmisji” (zob. M. W. Shaw, *Testing for the Huntington Gene: a Right to Know, a Right not to Know, or a Duty to Know?*, "American Journal of Medical Genetics" 1987, No. 2, s. 243). Jej argumentacja wywołała natychmiastowe i gorące

odrzućenie ze strony tych, którzy byli zaangażowani w rozwijanie programów badań przedklinicznych: „Podczas gdy wszyscy przywitaliby z radością redukcję częstości występowania genu odpowiedzialnego za HD, ten eugeniczny argument jest zarówno nierealny, jak i nie wskazuje najważniejszego celu dla programów badań przedklinicznych w Kanadzie i Wielkiej Brytanii. [...] Głównym celem przedklinicznego wykrycia HD jest poprawa jakości życia narażonych ludzi” (M. R. Hayden, M. Bloch, S. Fox, D. Crauford, *Ethical Issues in Preclinical Testing in Huntington Disease: Response to Margery Shaw's Invited Editorial Comment (Letter)*, "American Journal of Medical Genetics" 1987, No. 3, s. 762). Zawdzięczam te informacje Carlosowi Novasowi, który śledzi historię dotyczącą Huntingtona badań genetycznych i doradztwa genetycznego.

37 Zostawiam z boku obszary kontroli przestępstw i psychiatrii, gdzie te słynne zasady etyczne mają jedynie ograniczone zastosowanie.

38 Zob. C. O. Carter [i in.], *Genetic Clinic: a Follow-Up*, "Lancet" 1971, No. 1, s. 281-285.

39 Zob. L. Gostin, *Genetic Discrimination: the Use of Genetically Based Diagnostic Tests by Employers and Insurers*, "American Journal of Law and Medicine" 1991, No. 1-2, s. 109-144; R. Hubbard, E. Wald, *Exploding the Gene Myth*, Boston 1999 oraz D. Nelkin, L. Tancredi, *Dangerous Diagnostics: the Social Power of Genetic Information (with a New Preface)*, Chicago 1994.

40 Zob. N. Rose, *The Biology of Culpability: Pathological Identity and Crime Control in a Biological Culture*, "Theoretical Criminology" 2000, No. 1, s. 5-34.

41 Zob. T. Porter, *Trust in Numbers: the Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton 1996. Część z tych problemów omówiłem na przykładzie psychiatrii, zob. N. Rose, *Powers of Freedom...*

42 Zob. D. Lyon, *The Electronic Eye: the Rise of Surveillance Society*, Cambridge 1994.

43 Występują tu pewne analogie z ogólnym rozwojem przemysłu ubezpieczeniowego. Richard Ericson i jego współpracownicy wskazali na powszechną, współczesną w tym przemyśle tendencję do podejmowania prób „rozkładania ryzyka” i szukania coraz lepszej jego segmentacji. (R. Ericson, D. Barry, A. Doyle, *The Moral Hazards of Neoliberalism: Lessons from The Private Insurance Industry*, "Economy and Society" 2000, No. 4, s. 532-58).

44 G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne*, tłum. i posłowie P. Pieniążek, Gdańsk 2000, s. 66.

45 Zob. I. Hacking, *World-Making by Kind-Making: Child Abuse for Example*, [w:] *How Classification Works:*

*Nelson Goodman among the Social Sciences*, red. M. Douglas, D. Hull, Edinburgh 1992, s. 180-238 oraz I. Hacking, *The Looping Effects of Human Kinds*, [w:] *Causal Cognition: a Multi-Disciplinary Approach*, red. D. Sperber, D. Premack, A. J. Premack, Oxford 1995, s. 351-394.

46 W tym kontekście wielu krytyków niepokoiło się implikacjami rozwoju genetyki behawioralnej – np. twierdzeniami o silnej genetycznej podstawie antyspołecznego i agresywnego zachowania. Omówiłem tę kwestię gdzie indziej i doszedłem do tych samych wniosków, co większość autorów w dwóch ostatnich pracach zbiorowych na temat podmiotu: twierdzenia entuzjastów genetyki behawioralnej są nie tylko bardzo wyolbrzymione i nie znajdują poparcia w samej genetyce i biologii, ale nawet gdyby takowe uzyskały, nie osłabiłyby wzrastającego w sądach karnych (przynajmniej w angielskojęzycznych sądownictwach) nacisku na ostateczną moralną odpowiedzialność i winę agresywnego lub antyspołecznego przestępcy. N. Rose, *The Biology...*; zob. także *Genetics and Criminality: the Potential Misuse of Scientific Information in Court*, red. J. Botkin, W. McMahon, L. Pickering Francis, Washington 1999 oraz *Genetics and Criminal Behavior*, red. D. Wasserman, R. Wachbroit, Cambridge 2001.

47 Zob. D. Paul, *The Politics of Heredity: Essays on Eugenics, Biomedicine, and the Nature-Nurture Debate*, New York 1998 oraz tegoż, *Genetic Services, Economics and Eugenics*, "Science in Context" 1998, Vol. 11, No. 3-4, s. 481-491.

48 Zob. L. Kay, *The Molecular Vision of Life: Caltech, The Rockefeller Foundation and the Rise of the New Biology*, New York 1995, s. 5.

49 Zob. *Molecularizing Biology and Medicine: New Practices and Alliances 1910s-1970s*, red. S. De Chaderevian, H. Kamminga, Amsterdam 1998.

50 G. Canguilhem, *A Vital Rationalist*, red. F. Delaporte, New York 1994, s. 317.

51 Tamże, s. 316.

52 E. Fox Keller, *The Century of the Gene*, Cambridge 2000.

53 Zob. L. Kay, *Who Wrote the Book of Life?*, Stanford 2000.

54 W. Gilbert, *A Vision of the Grail*, [w:] *The Code of Codes*, red. D. Kevles, L. Hood, Cambridge 1992, s. 96.

55 Zob. P. Rabinow, *Genetic and Molecular Bodies*, [w:] *Philosophical Designs for a Socio-Cultural Transformation*, red. T. Yamamoto, Paris 1998, s. 252 oraz H.-J. Rheinberger, *Towards a History of Epistemic Things: Synthesizing Proteins in the Test Tube*, Stanford 1995, s. 226.

56 Najlepiej znany badaczom społecznym przykład to rozślawiony przez Donnę Haraway 'Oncomouse™'. Zob.

D. Haraway, *FemaleMan©\_Meets\_OncoMouse™*, [w:] tejże, *Modest\_Witness @Second\_Millennium*, New York 1997, s. 49-119.

57 P. Rabinow, *Severing the Ties: Fragmentation and Dignity in Late Modernity*, [w:] tegoż, *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton 1996, s. 137; tegoż, *Making PCR: a Story of Biotechnology*, Chicago 1996.

58 C. Waldby, *The Visible Human Project*, London 2000, s. 19.

59 A. Pottage, *The Inscription of Life in Law: Genes, Patents and Biopolitics*, [w:] *Law and Human Genetics: Regulating a Revolution*, red. R. Brownsword, W.R. Cornish, M. Llewelyn, Oxford 1998, s. 148-173; M. Strathern, *What is Intellectual Property After?*, [w:] tejże, *Property, Substance and Effect*, London 1999, s. 179-204.

60 A. Hyde, *The Body as Property*, [w:] tegoż, *Bodies of Law*, Princeton 1997, s. 48-80.

61 M. Fraser, *The Nature of Prozac*, "History of the Human Sciences" 2001, No. 3, s. 56-84; P. Kramer, *Listening to Prozac*, London 1994.

62 J. Edwards, *Born and Bred: Idioms of Kinship and New Reproductive Technologies in England*, Oxford 2000; S. Franklin, *Embodied Progress: a Cultural Account of Assisted Conception*, London 1997.

63 <http://www.rxlist.com/script/main/art.asp?articlekey=79509> (data dostępu 27 lutego 2011).

64 Na temat depresji zob. D. Healy, *The Anti-Depressant Era*, Cambridge 1997. Entuzjastyczna wizja nowej psychiatrii: zob. N. Andreasen, *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, New York 2001. Krytyka nowej psychiatrii: zob. *This is Madness Too*, red. C. Newnes, G. Holmes, C. Dunn, Ross on Wye 2001 oraz T. Luhrmann, *Of Two Minds: the Growing Disorder in American Psychiatry*, New York 2001.

65 Na temat dążenia do ulepszenia zob. *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, red. E. Parens [i in.], Washington 1998.

66 G. Agamben, *Homo sacer...*, s. 168.

67 R. Proctor, *Racial Hygiene...*, s. 177.

68 K. M. Baker, *A Foucauldian French Revolution*, [w:] *Foucault and the Writing of History*, red. J. Goldstein Oxford 1994, s. 187-205.

69 Zob. C. Lury, *Prosthetic Culture: Photography, Memory and Identity*, London 1998.

70 C. Novas, N. Rose, *Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual*, "Economy and Society" 2000, No. 4, s. 484-513.

71 N. Rose, *Powers of Freedom...*

- 72 C. Novas, N. Rose, *Genetic Risk...*
- 73 Zob. R. Rapp, *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America*, New York 1999 – tu znakomite badanie ustanawiania takiej odpowiedzialności w przypadku punkcji owodni.
- 74 V. Rabearisoa, M. Callon, *L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association Française contre les myopathies*, "Sciences Sociales et Santé" 1998, No. 3, s. 41-65.
- 75 P. Rabinow, *Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality*, [w:] *Essays on the Anthropology...*, s. 91-111.
- 76 G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne...*
- 77 M. Foucault, *Narodziny kliniki*, tłum. P. Pieniążek, Warszawa 1999, s. 250.

**Nikolas Rose** jest profesorem socjologii w London School of Economics oraz dyrektorem Centrum Badań nad Bionaukami, Biomedycyną, Biotechnologią i Społeczeństwem (BIOS Centre for the Study of Bioscience, Biomedicine, Biotechnology and Society) na tej samej uczelni. Jego ostatnie dwie książki to *Politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century* (Polity Press, 2006) oraz napisana wraz z Peterem Millerem *Governing the present: administering economic, social and personal life* (Princeton University Press, 2008). Zajmuje się społecznymi, etycznymi, kulturowymi i prawnymi implikacjami psychiatrii biologicznej, genetyki molekularnej i neuronauk.