

PIOTR KĘPSKI 
Uniwersytet SWPS

SPOŁECZNY WYMIAR PANDEMII. BIOPOLITYKA I MEDYKALIZACJA W CZASACH COVID-19

Streszczenie

Pandemia COVID-19 ukazała, jak duży wpływ na społeczne reakcje mają nie obiektywne dane, lecz subiektywne przekonania ludzi. Autor, bazując na konstrukcjonizmie społecznym, analizuje, w jaki sposób biowładza i medykalizacja oddziaływały na zachowania ludzi w czasach kryzysu COVID-19. W zarządzaniu reakcjami społecznymi ważnym czynnikiem stała się polityka informacyjna rządów, spójność w dyskursach ekspertów i biowładzy oraz konsekwencja w wyjaśnianiu prowadzonych działań. Trend w kierunku medykalizacji społeczeństw miał wiele wymiarów, w tym obejmował kreowanie polityki w oparciu o ekspercką władzę-wiedzę, stosowanie obostrzeń epidemicznych, zalecanie szczepień itd. Jednak podejście to spotkało się z oporem społecznym, wynikającym z poczucia frustracji, nierówności społecznych, braku zaufania do elit, niezrozumienia dyskursu medycznego przez zwykłych obywateli oraz narastającej tendencji do demedykalizacji, stanowiącej m.in. efekt inicjatyw antyszczepionkowych. W artykule zawarto analizę problemów i konfliktów wynikających ze sposobów definiowania i konstruowania COVID-19 przez różne grupy społeczne.

Słowa kluczowe: COVID-19, koronawirus, pandemia, biopolityka, medykalizacja, konstrukcjonizm społeczny, kryzys

WPROWADZENIE

Pandemia COVID-19 ustąpiła w 2022 r. miejsca w czołówkach mediów innym wydarzeniom, ale nie znikła. Powraca i zapewne będzie powracać w postaci nowych lokalnych czy regionalnych fal zakażeń. Szczególnie dotkliwie skutki społeczne związane z polityką zerowej tolerancji wobec COVID-19 odczuwane są w Chinach, gdzie choroba pojawiła się po raz pierwszy i mimo wielu restrykcji nie udało się jej zwalczyć do chwili obecnej. COVID-19 uzyskał status pandemii w 2020 r., gdy WHO ogłosiła, że epidemia stanowi globalne zagrożenie dla zdrowia publicznego [Dzieciatkowski, Golke 2021: 15]. W efekcie tej decyzji w walkę z COVID-19 zaczęło się angażować coraz więcej instytucji. Dążenie do opanowania pandemii stało się priorytetem biopolitycznym dla rządów, organizacji międzynarodowych i przemysłu farmaceutycznego. Oprócz aspektów medycznych pandemia posiada jednak również wymiar społeczny, który jest przedmiotem niniejszej analizy. Wirus rozprzestrzenia się tak szybko, ponieważ ludzie są istotami społecznymi. Choroba przenosi się w trakcie kontaktów twarzą w twarz, które są osnową większości interakcji, sieci i instytucji składających się na społeczeństwo (rodzina, praca, gospodarka, edukacja, medycyna itd.). Spójną diagnozę społeczną COVID-19 utrudnia fakt, że kryzys pandemiczny przybierał różne formy w różnych regionach [Staszkiwicz, Chomiak-Orsa, Staszkiwicz 2020: 10]. Wynikało to m.in. z uwarunkowań kulturowych i społecznych, aczkolwiek epidemiolodzy przedstawiają wiele hipotez tłumaczących różnice w zapadalności na COVID-19 i śmiertelności w różnych krajach (np. wydolność narodowych systemów zdrowia i szybkość zastosowania działań profilaktycznych, obecność różnych szczepów wirusa w poszczególnych regionach, różnice w DNA populacji na świecie i związane z tym odmienne reakcje na chorobę) [Filipiak, Dzieciatkowski 2021: 21–35].

CEL ARTYKUŁU, ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE I PYTANIA BADAWCZE

Biorąc pod uwagę postępującą medykalizację współczesnych społeczeństw oraz wzrost roli działań władzy w zwalczaniu kryzysu COVID-19, niniejszy artykuł stawia sobie za cel analizę możliwego wpływu biowładzy i medykalizacji na zachowania zbiorowe w pandemii. Praca ma charakter analizy teoretycznej. Ze względu na znaczenie subiektywnych interpretacji oraz przekazów medialnych dla społecznego odbioru pandemii przyjęto podejście oparte na społecznym konstrukcjonizmie. Trudno bowiem uznać, że istnieje „jedna prawda” w kontek-

ście społecznej wiedzy o COVID-19. Nawet tak oczywisty fakt jak istnienie tej choroby był przez wiele osób kwestionowany. COVID-19 silnie spolaryzował społeczeństwo, nasilił nierówności społeczne i spowodował znaczne poczucie frustracji i krzywdy [Długosz 2021: 179–185]. Wystąpiła wyraźna linia podziału między zwolennikami i przeciwnikami noszenia maseczek, przyjmowania szczepień i stosowania się do zaleceń epidemiologów.

Pandemia ukazała, jak duży wpływ na społeczne reakcje mają nie obiektywne dane, lecz subiektywne przekonania ludzi. Nawet jeśli przekonania te z punktu widzenia wiedzy medycznej można uznać za fałszywe. Dlatego bazując na konstrukcjonizmie społecznym, dokonano w niniejszym tekście analizy możliwego wpływu biowładzy i medykalizacji na zachowania ludzi. Celem pracy jest odpowiedź na następujące pytanie badawcze: *W jaki sposób biowładza i medykalizacja mogły oddziaływać na społeczeństwo w związku z COVID-19 i jakie mogły wywoływać reakcje?* Odpowiedzi na to pytanie poszukuje się w oparciu o analizę konkretnych sytuacji związanych z zachowaniami rządzących, działaniami ekspertów medycznych oraz wynikających z nich reakcji społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem polskiego kontekstu.

KONSTRUKCJONIZM SPOŁECZNY

Konstrukcjonizm społeczny, zwany też czasem konstruktywizmem, koncentruje się na procesie zbiorowego definiowania zjawisk społecznych. Jak zauważa Ron Mallon, prezentując filozoficzne podstawy konstrukcjonizmu, badacze w tym nurcie „są szczególnie zainteresowani zjawiskami, które są zależne od ludzkiej kultury i ludzkich decyzji – zależne od teorii, tekstów, konwenansów, praktyk oraz schematów pojęciowych poszczególnych jednostek i grup ludzi” [2007: 94]. Ta orientacja teoretyczna zakłada, że kluczową rolę w świecie ludzi odgrywają subiektywne znaczenia i interpretacje, a wiedza o świecie nie stanowi wiernego odzwierciedlenia rzeczywistości, lecz jest tworzona przez ludzi jako aktorów społecznych [Wendland 2011: 33]. Nasza rzeczywistość jest kształtowana w procesach interpretacji, interakcji, komunikacji i instytucjonalizacji [Berger, Luckmann 1983]. Istotną rolę w nadawaniu znaczeń odgrywają komunikacja, język i dyskurs. Nasze kategorie językowe nie odzwierciedlają świata i relacji społecznych w sposób neutralny [Jørgensen, Phillips 2002: 1]. Konstrukcjonści podkreślają rolę czynników „subiektywnych”, historycznych i społecznych, które przyczyniają się do definiowania zjawisk w określony sposób. Dlatego konstrukcjonści postrzegają problemy społeczne jako dynamiczne procesy i efekty aktywności grup społecznych, a nie czysto obiektywne uwarunkowania [Loseke 2003;

Schneider 1985]. Definiowanie problemów społecznych wymaga aktorów, którzy artykułują określone żądania i przekonują opinię publiczną, że ich roszczenia są uzasadnione [Spector, Kitsuse 1973]. W świetle założeń konstrukcjonistycznych również pandemia COVID-19 okazuje się problemem społecznym kształtowanym w procesie zbiorowej aktywności i dyskursywnej walki o nadawanie znaczeń. Jak zauważa Lucjan Miś [2007: 14], konstrukcjonistów interesuje głównie „świat subiektywnych postrzeżeń, myśli i emocji, doświadczanych przez aktorów zbiorowych za pośrednictwem środków masowego przekazu”. Z tego względu paradygmat konstrukcjonistyczny jest często wykorzystywany w badaniach mediów, dyskursywnych obrazów rzeczywistości lub problemów społecznych. Do współczesnych przedstawicieli konstrukcjonizmu można zaliczyć m.in. Petera Bergera i Thomasa Luckmanna, Malcolma Spectora i Johna Kitsuse, Josepha Schneidera oraz Donileen Loseke czy Joela Besta [1987].

W niniejszej pracy przyjęto założenie, że kluczowe znaczenie dla kształtowania zachowań ludzkich w czasie pandemii miała nie obiektywna, naukowo-medyczna charakterystyka COVID-19, lecz nasze wyobrażenia, interpretacje, popularne dyskursy czy medialne obrazy tej choroby. One w znacznym stopniu wpływały na budowanie poczucia zaufania lub kreowanie atmosfery nieufności wobec rozwiązań zalecanych przez ekspertów medycznych i rządy. Pojęciem bardzo często pojawiającym się w dyskursach o pandemii był „spisek”. Określenie to jest subiektywne i wyraża pewną interpretację świata, której celem jest ujawnienie ukrytych przyczyn pandemii lub winowajców kryzysu. Warto przy tym zaznaczyć, że nawet jeśli te subiektywne konstrukty opierały się na fałszywych przesłankach, niewiedzy czy były wynikiem manipulacji, to ich skutkiem były *realne* postawy i działania. Odwołując się do słów W. Thomasa można powiedzieć, że „jeśli ludzie definiują sytuacje jako rzeczywiste, to są one w swych konsekwencjach rzeczywiste” [cyt. za: Manterys 1997: 116].

Ten konstrukcjonistyczny i subiektywistyczny wymiar pandemii dodatkowo wzmacniał fakt, że COVID-19 ma „płynną” naturę, posiada wiele niespecyficznych objawów, jest trudny do jednoznacznego zdiagnozowania i leczenia [Dzieciatkowski, Golke 2021: 16]. Medyczne analizy i prognozy na temat koronawirusa wielokrotnie zawodziły. Wiele osób uznało dyskursy medyczne lub biopolityczne za niezrozumiałe, niewiarygodne lub zmanipulowane, czego efektem była tendencja do kwestionowania wiedzy medycznej, tworzenia teorii spiskowych i fake newsów.

PRZEGLĄD WYBRANYCH PRAC NA TEMAT COVID-19

Pandemia wywarła głęboki i głównie negatywny wpływ na nasze funkcjonowanie społeczne, ekonomiczne, psychiczne i zdrowotne [Staszkiwicz, Chomiak-Orsa, Staszkiwicz 2020; Rebughini 2021; UW 2021]. Niektórzy autorzy mówią wręcz o traumie pandemii [Demertzis, Eyerman 2020; Długosz 2021]. Z badań Piotra Długosza [2021: 75] wynika, że – według prawie 40% respondentów – pandemia zburzyła poczucie stabilizacji i pewności, a niemal 1/3 osób utraciła kontrolę nad swoim życiem. Przekrojowy raport dotyczący 24 badań w związku z pandemią w Polsce (np. teorie spiskowe, stres, depresja i lęk, nastolatki) przedstawili badacze z Uniwersytetu Warszawskiego [UW 2021]. Z badań Małgorzaty Woźniak-Prus wynika, że młodzi ludzie (16–18 lat) w czasie nasilonych restrykcji i nauki zdalnej doświadczali lęku, problemów w relacjach rodzinnych i deprivacji potrzeb społecznych i rozwojowych [UW 2021: 35–37]. Na kryzysowych czy traumatycznych aspektach COVID-19 skupia się wiele prac socjologicznych i psychologicznych [Demertzis, Eyerman 2020; Miller 2020; UW 2021]. Trudno się dziwić, że wątek kryzysowy dominuje, biorąc pod uwagę drastyczne skutki pandemii. Według ekspertów Banku Światowego kryzys związany z pandemią mógł pogłębić globalne nierówności dochodowe mierzone współczynnikiem Giniego o ok. 0,7% i zwiększyć o ok. 90 mln liczbę osób żyjących w skrajnym ubóstwie [Gerszon Mahler, Yonzan, Lakner 2022: 18–20]. Do kwietnia 2022 r. potwierdzono oficjalnie COVID-19 u ponad 500 mln pacjentów, z których ponad 6,2 mln zmarło [WHO 2022]. Później sytuacja zaczęła się stopniowo poprawiać, odnotowano znaczny spadek liczby zgonów – do 28 października 2022 r. zmarło na świecie 6,56 mln osób spośród ponad 626 mln zakażonych [WHO 2022]. Oznacza to, że statystyczny poziom umieralności dla COVID-19 w przeciągu niemal trzech lat pandemii wyniósł ok. 1,05%. Na tle danych światowych umieralność w Polsce była niemal dwukrotnie wyższa – osiągnęła w październiku 2022 r. 1,9% (118 tys. zgonów na ponad 6,38 mln oficjalnie stwierdzonych zachorowań) [JHU 2022]. Warto dodać, że w naszym kraju w 2021 r., w dużej mierze za sprawą COVID-19, liczba zgonów przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat [GUS 2022: 1].

Ze względu na przyjęte założenia konstrukcjonistyczne w przeglądzie badań zwrócono szczególną uwagę na aspekty medialne, wiedzę o COVID-19 oraz zaufanie społeczne do medycyny i rządów. Medialny wymiar pandemii miał istotny wpływ na postrzeganie COVID-19, wprowadzanych obostrzeń czy szczepionek. Tomasz Goban-Klas [2020], odnosząc się do terminologii Baumana, pisał o „płynnej pandemii”, czyli zjawisku nieprzewidywalnym, zmiennym, które

jednocześnie transformacyjnie wpłynęło na społeczeństwo i media. Autor zwrócił uwagę na chaos informacyjny w dobie pandemii – media prezentowały zaprzeczające sobie informacje [Goban-Klas 2020: 724]. Sprzyjało to konstruowaniu diametralnie różnych wizji rzeczywistości przez różnych aktorów i propagowaniu dezinformacji. Z badań Aengusa Bridgmana i współpracowników [2020] wynika, że dezinformacja była szerzona znacznie częściej w sieciach społecznościowych (np. Twitter), co prowadziło do zaburzonej percepcji (ang. *misperceptions*) pandemii wśród wielu ich użytkowników. W mediach społecznościowych częściej kwestionowano zasadę dystansu społecznego, szkodliwość COVID-19 („nie różni się od grypy”) oraz samo istnienie choroby [Bridgman i in. 2020: 4–6]. W Polsce Bernadetta Ciesek-Ślizowska i współpracownicy [2022] przedstawili raport na temat internetowych komentarzy dotyczących szczepionek przeciwko COVID-19. Wynika z niego, że aż 77% postów wyrażało brak zaufania do propagujących szczepionki „podmiotów i instytucji, których intencje [autorzy wpisów] uważają za nieszczerą” [Ciesek-Ślizowska i in. 2022: 9]. Głównie krytykowano władzę, ale także lekarzy, firmy farmaceutyczne i media. W 19% przekazów kwestionowano skuteczność szczepionek, a w 17% pisano o ich szkodliwości. Natomiast 11% postów negowało istnienie COVID-19 lub bagatelizowało skutki choroby [Ciesek-Ślizowska i in. 2022: 10].

Według Katarzyny Kamińskiej-Korolczuk [2021: 235–244] media tradycyjne i opiniotwórcze na ogół w sposób pozytywny reagowały na politykę władz i komunikaty ekspertów dotyczące pandemii. Budowano w ten sposób atmosferę zaufania do rządu. Przy czym można hipotetycznie założyć, co wymagałoby weryfikacji w osobnym badaniu, że media przychylnie dla rządu mogły prezentować w bardziej pozytywnym kontekście politykę władz wobec pandemii niż media nastawione krytycznie. Z analizy 29 polskich portali medialnych prowadzonej w 2020 r. wynika, że wyżej w rankingu rzetelności informacyjnej w odniesieniu do pandemii plasowały się media niezwiązane z rządem, takie jak „Polityka”, „Newsweek” czy TVN24 [Sakowski, Dobosz, Misiak 2021: 10]. Według Łukasza Szurmińskiego [2021] w polskich wiadomościach z początku epidemii telewizja publiczna prezentowała dwa odmienne podejścia do ukazywania pandemii. Z jednej strony materiały na temat zagranicy, szczególnie UE, „miały silne zabarwienie emocjonalne wzmacniające poczucie zagrożenia” [Szurmiński 2021: 60]. Z drugiej strony doniesienia krajowe były stonowane i spokojne, co miało służyć kreowaniu poczucia bezpieczeństwa i zaufania do rządu. Niezależnie od orientacji światopoglądowo-politycznej mediów z analizy 1008 artykułów na temat koronawirusa opublikowanych w 2020 r. wynika, że prawie połowa tekstów (45%) powoływała się na władze, niewiele rzadziej przytaczano

doniesienia innych mediów i agencji prasowych (38%), natomiast organizacje związane z ochroną zdrowia lub nauką były przywoływane w ponad 1/3 artykułów [Sakowski, Dobosz, Misiak 2021: 19]. Powyższe wyniki świadczą o tym, że w obecnym świecie, szczególnie w sytuacji kryzysu, niejako zdani jesteśmy na opinie i dane prezentowane przez biopolityczną władzę, ekspertów i różne media. Co najwyżej nasza interpretacja podawanych publicznie informacji może się różnić w zależności od światopoglądu czy orientacji politycznej.

Warto także zwrócić uwagę na rolę wiedzy społecznej i teorii spiskowych [Rebughini 2021; UW 2020; Oleksy i in. 2021] oraz na problem zaufania do medycyny i rządu [Marczewski 2020; Zychowicz, Halista-Telus 2021]. Jak napisał Długosz, „problem zaufania w czasie pandemii [...] powinien być centralnym programem badawczym socjologii pandemii” [2021: 177]. Jay Van Bavel i współpracownicy [2020: 464–466] postawili tezę, że większe zaufanie do rządu, mniejsze podziały polityczne (np. zgoda głównych partii w kwestii oceny COVID-19), przywództwo zorientowane na interes wspólnotowy oraz skuteczna komunikacja sprzyjały przestrzeganiu ograniczeń i kontroli zagrożeń epidemicznych. Daniel Devine i współpracownicy [2021] dokonali przeglądu kilkunastu prac na temat zaufania do rządu lub medycyny i stwierdzili, że zaufanie do instytucji związanych z władzą i wiedzą może odgrywać kluczową rolę w percepcji ryzyka i zachowaniach ludzi w związku z pandemią. Z kolei Francesc Amat i współpracownicy [2020] zauważyli, że pandemia może nasilać tendencje rządzących do koncentracji władzy oraz zwiększania kontroli i nadzoru nad społeczeństwem w imię zapewnienia bezpieczeństwa i skuteczności rządzenia. Z ich badań w Hiszpanii wynika, że zachorowanie na COVID-19 zmniejszało poziom zaufania do rządu i UE, zaś ogólnie sytuacja pandemii sprzyjała zaufaniu do „technokracji”, czyli *de facto* medykalizacji opartej na władzy ekspertów [Amat i in. 2022: 15–20]. Natomiast Tomasz Oleksy i współpracownicy [2021: 5] uznali, że brak zaufania do rządu szedł w parze z niestosowaniem się do zaleceń epidemicznych. Ogółem badania związane z różnymi aspektami zaufania w czasie pandemii pokazują, jak ważną rolę w społecznym radzeniu sobie z COVID-19 odgrywały subiektywne osądy ludzi i ich reakcje bazujące na zaufaniu (lub jego braku) do rządowej władzy biopolitycznej i technokratyczno-medycznej władzy-wiedzy.

WŁADZA-WIEDZA, BIOPOLITYKA I MEDYKALIZACJA

Biopolityka i medykalizacja są w pewnym sensie dwoma wymiarami tego samego zjawiska, które polega na rosnącej roli medycyny we współczesnych społeczeństwach. Medykalizacja implikuje wzrost znaczenia lekarzy, medycyny i przemysłu

farmaceutycznego. Można ją zdefiniować jako rozciągnięcie medycyny i modelu medycznego na pozostałe dziedziny życia [Conrad 1992: 209]. Rola medycyny jako instytucji społecznej wciąż rośnie i z pewnością będzie rosła ze względu na starzejące się społeczeństwa, nowe choroby, dążenie do zapewnienia długowieczności i zdrowia itd. Lekarz jako centralna postać świata medycznego cieszy się nie tylko prestiżem i zaufaniem, ale ze względu na swoją wiedzę staje się kimś na kształt współczesnego szamana. Medycyna jako nauka i system wiedzy praktycznej – podobnie jak opierająca się na niej biopolityka – jest kwintesencją władzy-wiedzy. Jak pisał Michel Foucault [1998a: 29], „władza i wiedza wprost się ze sobą wiążą: [...] nie ma relacji władzy bez skorelowanego z nimi pola wiedzy, ani też wiedzy, która nie zakłada i nie tworzy relacji władzy”.

Podążając za Foucaultem, będę traktować oba pojęcia (biopolityka i medykalizacja) jako elementy społecznej instytucji władzy. Zgodnie z koncepcją Foucaulta władza nie jest monolitem skoncentrowanym w jednym ośrodku, lecz jest rozproszona i wielobiegunowa. Jej nośnikami są różne instytucje, podmioty i same relacje społeczne, w które wpisane są stosunki dominacji, kontroli i nadzoru. Władza jest dynamiczną siecią czy strukturą „mikrowładz” funkcjonujących na różnych szczeblach.

W niniejszej pracy biopolitykę (biowładzę) definiuję jako opartą na medycynie i statystyce władzę polityczną, poprzez którą państwo i jego przedstawiciele roszczą sobie prawo do regulowania, kontrolowania i zabezpieczania życia oraz zdrowia publicznego. Natomiast medykalizacja jest „technokratyczną” władzą-wiedzą, która przysługuje głównie lekarzom i ekspertom ze względu na ich kompetencje i wiedzę.

Medycyna jest instytucją kontroli społecznej, ponieważ m.in. poprzez różne nakazy i zakazy wpływa na funkcjonowanie jednostek i społeczeństwa [Zola 1976; Conrad 1992]. Irving Zola zaznaczył, że medycyna „staje się nowym repozytorium prawdy, miejscem, gdzie wydaje się absolutne i często ostateczne sądy” [1976: 210]. Postępująca tendencja do medykalizacji w naszym świecie, związana z dążeniem do kontrolowania różnych przejawów życia przez lekarzy czy władzę biopolityczną (zdrowie, badania profilaktyczne, szczepionki itd.), napotyka opór ze strony różnych grup, które obawiają się, że lekarze, koncerny farmaceutyczne czy instytucje państwowe uzyskają nadmierną kontrolę nad naszym życiem. Kosztem medykalizacji jest postępująca kontrola nad różnymi przejawami naszego funkcjonowania, o czym wszyscy boleśnie przekonaliśmy się w czasie pandemii. W imię postulatów ochrony życia i zdrowia, w tym ochrony grup ryzyka, zostaliśmy poddani daleko posuniętemu nadzorowi medyczno-biopolitycznemu.

BIOPOLITYKA W KONTEKŚCIE PANDEMII

Biowładza w Foucaultowskim sensie oznacza politykę zorientowaną na kontrolowanie życia, szczególnie w wymiarze masowym, czyli populacyjnym [1998b: 240]. Biopolityka staje się jedną z technik, czyli narzędzi, rozumu sprawującego władzę nad społeczeństwem. Biopolityka ma poniekąd charakter totalny, ponieważ dotyczy naszego życia od narodzin do śmierci i jako „etatyżacja biologiczności” obejmuje człowieka „jako istotę żywą” [Foucault 1998b: 237; Lemke 2010: 51–53]. Nowoczesna biowładza polega m.in. na kalkulacji, mierzeniu, normalizowaniu, przewidywaniu trendów oraz planowaniu procesów społecznych i ludzkiego bytu [Foucault 1995: 125]. Kluczowymi wartościami z punktu widzenia biopolityki są bezpieczeństwo zdrowotne oraz vitalność. Zdrowa populacja dostarcza państwu obywateli, którzy skuteczniej mogą realizować funkcje reprodukcyjne, ekonomiczne czy militarne. Z drugiej strony jednak biopolityka i jej dyskursy bezpieczeństwa wchodzą nierzadko w konflikt z liberalizmem i dyskursami wolności [Kępski 2017]. W kontekście pandemii warto zauważyć, że biowładza sięgnęła po drastyczne metody ograniczenia podstawowych wolności, łącznie z możliwością przemieszczania się, gromadzenia czy prowadzenia działalności gospodarczej. Wywołało to – nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie – liczne kontrowersje, protesty i zarzuty dotyczące nadmiernej ingerencji w sferę prywatności i wolności osobistej. Dążenie do kontroli wielu przejawów życia przez władzę wywołało silny opór społeczny. W wielu krajach dochodziło do gwałtownych protestów (np. USA, Francja, Holandia, Włochy). Krytykując działania władzy, prezentowano poglądy, które odwołują się do szeroko pojętej „naturalności”, wolności wyboru czy konieczności obrony praw jednostkowych.

Nie wdając się w dyskusję odnośnie do prawnej czy politycznej zasadności argumentów przedstawianych przez władzę i medycznych „technokratów”, warto zauważyć, że z punktu widzenia koordynacji społecznej brak ograniczeń epidemicznych mógł prowadzić do chaosu i tragicznych skutków. Przykładem jest sytuacja w północnych Włoszech, na samym początku pandemii w 2020 r., gdy wiedza na temat COVID-19 była znikoma. Wówczas członkowie rodzin nieświadomie masowo zarażali seniorów w ich domach, domach seniorów czy szpitalach, co doprowadziło do nagłego wzrostu liczby zgonów wśród starszych osób i przeciążenia szpitali. Lekarze zmuszeni byli decydować, którzy pacjenci mają być podłączeni do aparatury medycznej, ponieważ nie wszystkim można było pomóc. Ta sytuacja spowodowała we Włoszech swego rodzaju traumę społeczną. Skutkiem tego było wprowadzenie później przez włoskie władze bardzo ostrych rygorów epidemicznych, traktowanych przez wiele osób jako nieadekwatne.

Bardzo istotnym czynnikiem zarządzania kryzysem pandemicznym stała się polityka informacyjna rządów [Kamińska-Korolczuk 2021: 187–309]. Nawiązując do Foucaulta, można powiedzieć, że wiedza, informacja i dyskurs inicjowany oraz kontrolowany przez rządzących i ekspertów stały się elementem systemu kontroli i władzy. Przy czym kluczowym warunkiem skutecznego sprawowania władzy i komunikowania się jest spójność. Analizując działania władzy biopolitycznej w trakcie pandemii, można uznać, że na tym polu popełniono wiele fatalnych błędów. Najbardziej skrajne przypadki pochodzą z zagranicy, gdzie ówczesny amerykański prezydent Donald Trump czy brytyjski premier Boris Johnson najpierw ostentacyjnie lekceważyli COVID-19, zasadę dystansu społecznego i obowiązek noszenia maseczek, a dopiero gdy sami zapadli na tę chorobę, zmienili swoją opinię na temat pandemii. Nieodpowiedzialne i niespójne działania przedstawicieli władzy w krajach takich jak USA, Wielka Brytania czy Brazylia stały w sprzeczności z zaleceniami ekspertów medycznych. W ten sposób biowładza przeczyła technokratycznej medykalizacji. Ówczesny brytyjski premier Johnson zorganizował przyjęcie urodzinowe, gdy władze zakazały większych zgromadzeń. Wskazuje to na brak zgodności słów z czynami. „Władza” nierzadko co innego mówiła, niż faktycznie czyniła. Mieliśmy do czynienia z podwójnymi standardami – zakazy i nakazy miały obowiązywać zwykłych obywateli, podczas gdy uprzywilejowani byli ponad nimi (w Polsce przykładem takiej sytuacji była wizyta Jarosława Kaczyńskiego na Cmentarzu Powązkowskim w momencie, gdy odwiedzanie cmentarza było zakazane). Dotyczy to nie tylko przedstawicieli władzy, lecz także np. celebrytów, którzy w czasie lockdownu wyjeżdżali w egzotyczne miejsca, gdzie nie obowiązywały obostrzenia. Ta swoista „turystyka pandemiczna” była przedmiotem celebryckich relacji w mediach społecznościowych, co potem podchwytowały tabloidy i media głównego nurtu.

Powyższa sytuacja ilustruje głębszy problem nierówności społecznych, które nasiliły się w pandemii. Skutkowało to zaostrzeniem się konfliktów społecznych. Można to tłumaczyć poczuciem niesprawiedliwości i walką o swoje prawa, a zarazem dyskursywną walką o władzę. Ralf Dahrendorf [2012: 214–216] twierdził, że gdy konflikty i nierówności polityczne nakładają się na inne podziały ekonomiczno-statusowe, natężenie konfliktu w społeczeństwie rośnie. Patrząc na gwałtowność protestów przeciwko ograniczeniom pandemicznym, można założyć, że różne nastroje „anty” stały się wyrazem głębszych podziałów i subiektywnego poczucia wykluczenia. Pandemia, jak każdy kryzys, mogła silniej uderzyć w społecznie słabsze grupy (ang. *vulnerable populations*) i osoby zagrożone wykluczeniem [Rahman i in. 2021]. Z kolei autorzy jednego z badań

prowadzonych w Polsce zwrócili uwagę na tzw. niewidzialnych, którzy „zostali bardziej doświadczeni przez kryzys COVID-19” i czuli się pozostawieni samym sobie [More in Common 2020: 70–91]. Według ekspertów z grupy More in Common grupa „niewidzialnych” obejmuje w Polsce ok. 1/4 społeczeństwa, ma poczucie wyobcowania i składa się przeważnie z osób w młodym i średnim wieku (25–54 lata), ze średnim wykształceniem (53%), płci żeńskiej (60%). Przy czym, co ciekawe, „niewidzialni” to osoby przeważnie ze średnim, a nie niskim dochodem [More in Common 2020: 75], co może wskazywać na subiektywne poczucie wykluczenia niektórych osób nawet przy stosunkowo „niezłych” warunkach bytowych. Wspomniane słabsze czy „niewidzialne” grupy mogły doznać szczególnie silnej deprivacji w czasach pandemii. Wprowadzanie przez władze kolejnych obostrzeń powodowało poczucie zagrożenia i frustracji. Oto „oni”, czyli eksperci i politycy, odbierają nam ostatnie przywileje, wolności osobiste. To poczucie subiektywnej deprivacji stało się – w mojej opinii – jedną z przyczyn oporu wobec biowładzy w pandemii.

W polskiej polityce antycovidowej niestety również pojawiło się wiele niespójności, które wyraźnie obniżyły wiarygodność działań i komunikatów biopolitycznych. Przytoczę tylko kilka przykładów: minister Szumowski przez kilka tygodni stanowczo kwestionował zasadność noszenia maseczek, mimo że były one wprowadzone w krajach sąsiednich (Niemcy, Czechy), po czym pod wpływem rosnącej fali zachorowań nagle wprowadzono w Polsce nakaz ich noszenia. Część osób była już jednak uprzedzona do tego rozwiązania. Ponadto mimo stanu epidemii władza forsowała wybory prezydenckie w lipcu 2020 r., chcąc wykorzystać pozytywny trend poparcia dla kandydata PiS, a premier, zachęcając do wyborów, mówił, że „nie należy bać się pandemii” i że „jest ona w odwrocie” [YT 2020]. Po czym zaledwie trzy miesiące później, w październiku 2020 r., ogłoszono drugą falę pandemii. Błędy i niespójności dotyczyły również akcji szczepień przeciwko COVID-19. Niefortunnym rozwiązaniem było uczynienie główną twarzą kampanii szefa kancelarii premiera, który nie jest lekarzem ani autorytetem medycznym. W ten sposób upolityczniono szczepienia, zamiast je odpolitycznić i powierzyć ekspertom-technokratom. Kolejny problem polegał na tym, że w obliczu braku zaufania społecznego do instytucji firmujących szczepienia [Ciesek-Ślizowska i in. 2022] nie poprzedzono akcji szczepień intensywną kampanią informacyjno-promocyjną. Akcją taką nasilono dopiero latem i jesienią 2021 r. W rezultacie mieliśmy w Polsce do czynienia z paradoksalną sytuacją: obiektywnie rzecz biorąc, szczepienia zostały dobrze zorganizowane i przeprowadzone, jednak podstawową przeszkodą okazał się negatywny wizerunek szczepionek w społeczeństwie.

MEDYKALIZACJA W KONTEKŚCIE PANDEMII

Peter Conrad w klasycznym tekście *Medicalization and social control* [1992] zauważył, że postępująca medykalizacja wiąże się ze zwiększeniem kontroli społecznej sprawowanej przez lekarzy i ekspertów medycznych. Conrad wylicza wiele zjawisk, które zostały „zaanektowane” przez medycynę. Są to np. szaleństwo, alkoholizm, dewiacje seksualne, otyłość i problemy z odżywianiem, różne formy uzależnień i zachowań kompulsywnych [Conrad 1992: 213]. Z drugiej strony skutkiem ubocznym medykalizacji jest też demedykalizacja, czyli dążenie do „uwolnienia się” od medycznego nadzoru i kontroli [Conrad 1992: 225]. Objęcie narodzin człowieka obowiązkową opieką szpitalną spowodowało, że pewna grupa kobiet decyduje się na porody w domu. Podobny odwrót od medycyny można zaobserwować w przypadku nakazu szczepień. Ruchy antyszczepionkowe domagają się „wolnego wyboru” w kwestii szczepień. Zjawisko demedykalizacji przyniosło dramatyczne konsekwencje w czasie pandemii. Reakcją na rekomendacje lekarzy i epidemiologów, żeby najlepiej wszystkich dorosłych, nawet przymusowo, poddać szczepieniom, były obawy i sprzeciw wśród przeciwników covidowych nakazów i zakazów. Z punktu widzenia socjologicznego rekomendacje epidemiologów były przejawem władzy-wiedzy medycznej, która w imię skuteczności działań ignorowała społeczną niechęć wobec szczepionek. To podejście władzy i ekspertów nastawione na przymus i kontrolę mogło powodować silny opór ze strony różnych grup społecznych (nie tylko antyszczepionkowych), które poczuły, że ich prawa i swobody, a czasem również warunki bytowe, są zagrożone. Można przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z interakcją wprowadzanych przez władze restrykcji i nakazów, negatywnych konsekwencji ekonomicznych kryzysu (np. bezrobocie, utrata dochodów) oraz subiektywnego poczucia frustracji, dyskryminacji i łamania praw jednostki, co w efekcie prowadziło do kumulowania się niezadowolenia i protestów. Muhammad Rahman i współpracownicy [2021] w przeglądzie 24 badań na temat stresu, frustracji i problemów związanych z naruszaniem praw człowieka w czasie pandemii zwrócili uwagę na to, że *lockdown*, kwarantanna, stygmatyzacja chorych i ograniczenia w poruszaniu się, skutkujące nierzadko utratą pracy, w różnych krajach miały poważne negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego jednostek, egzystencjalnego poczucia bezpieczeństwa, pogłębiania się problemów psychicznych lub rodzinnych. Warto podkreślić, że lekarze w swoim technokratycznym nastawieniu na likwidację pandemii postępowali zgodnie z pozytywistycznym paradygmatem wiary w obiektywną moc nauki. Tymczasem okazało się, że potrzebne było inne podejście – bliskie

konstrukcjonizmowi – z naciskiem na komunikację z obywatelami i budowanie poczucia bezpieczeństwa i pozytywnego obrazu szczepionek.

Warto też zauważyć, że szczepionki niestety nie stały się panaceum na pandemię mimo obietnic ze strony biowładzy, medyków i korporacji farmaceutycznych, że pozwolą one całkowicie opanować COVID-19. Poprzeczkę oczekiwań społecznych ustawiono bardzo wysoko. Tymczasem okazało się, że szczepienie nie gwarantuje trwałej odporności i nie chroni w pełni przed chorobą. Po pierwszym szczepieniu pojawiła się konieczność dawki przypominającej, potem kolejnej itd. Oczywiście należy pamiętać, że te „niedoskonałe” szczepionki uratowały życie lub zdrowie milionom ludzi, szczególnie starszych czy przewlekle chorych, jednak nie zlikwidowały całkowicie zagrożenia chorobą. Nie wpisały się w jednoznaczny czarno-biały schemat myślenia potocznego (szczepienie = gwarancja odporności), co część osób zinterpretowała jako „klęskę” medykacji. Osobną kwestią były też efekty uboczne szczepionek. Pojawiały się informacje o rzekomo dużej liczbie zgonów spowodowanych szczepionkami. Tymczasem z danych empirycznych wynika, że po sześciu miesiącach szczepień, gdy otrzymało je ponad 298 mln osób, liczba zgłoszonych przypadków śmiertelnych wyniosła 4471, czyli średnio ok. 1,5 na 100 tys., przy czym mediana wieku dla umierających wynosiła 76 lat [Rosenblum i in. 2022: 4]. Dane empiryczne pokazują więc niską skalę zgonów i dowodzą, że wiek silnie wpływał na złą tolerancję szczepionek lub zgony te spowodowane były schorzeniami związanymi z wiekiem, a nie samym faktem zaszczepienia. Nie chodzi przy tym o lekceważenie skutków ubocznych szczepionek, tylko o realistyczne stwierdzenie, że każdy lek przynosi niepożądane efekty, a kluczowe jest rozważenie bilansu korzyści i zagrożeń związanych z przyjmowaniem danej substancji. Niestety argumenty na rzecz szczepionek mają charakter statystyczny i wymagają pewnej wiedzy. O wiele łatwiej jest bezkrytycznie sugerować się subiektywnymi niezweryfikowanymi przekazami lub jednostkowymi przypadkami.

Opisane powyżej zjawisko prowadzi nas do kolejnego problemu warunkującego ograniczoną skuteczność medykacji w pandemii. Chodzi o zawilości dyskursu medycznego i trudności w konceptualizacji samej choroby. Język medyczny okazał się zbyt specjalistyczny i niezrozumiały dla zwykłych ludzi. Z kolei ze względu na swoją „płynność” i wielopostaciowość choroba COVID-19 wymykała się prostym rozróżnieniom, do jakich jesteśmy przyzwyczajeni w języku potocznym. COVID-19 unicestwił podstawową dychotomię chory–zdrowy, bo można było być chorym bez objawów. W sytuacji dużej niepewności informacyjnej i wieloznacznych danych na temat pandemii, szczepionek i zgonów rósł społeczny sceptycyzm wobec medykacji. Odwołując się do Anthony’ego

Giddensa [2001], można powiedzieć, że współczesna refleksyjność i związana z tym niepewność oraz pluralizm poglądów na temat pandemii nie sprzyjały budowaniu zaufania do medykalizacji i biowładzy.

Warto również zaznaczyć, że paradoksalnie medycyna padła ofiarą własnego sukcesu. To, że tak szybko wynaleziono szczepionki przeciwko COVID-19 i dopuszczono je do obrotu, dla wielu sceptyków stało się argumentem przeciwko medycznej władzy-wiedzy. Niektórzy uznali, że jest to przejaw manipulacji ze strony rządów lub koncernów farmaceutycznych, a szczepionki określili jako „eksperyment”. Dla innych osób podejrzanym wydało się, że na badania związane z COVID-19 przeznaczono tak duże środki. Podejrzewano fundatorów (rządy, fundacje) oraz wielki kapitał o oszustwa i manipulacje. Ta sytuacja pokazuje, jak istotnym problemem stała się kwestia społecznej percepcji COVID-19 oraz braku zaufania do lekarzy, firm farmaceutycznych i rządów. W obliczu teorii spiskowych, dezinformacji w mediach społecznościowych i masowej ignorancji przeżyliśmy coś w rodzaju zbiorowej paranoi w odniesieniu do lekarzy, szczepionek i medykalizacji.

Na zakończenie należy jeszcze zaznaczyć, że pandemia w pewnym stopniu odczarowała mit lekarza i medycyny obecny we współczesnej kulturze. Medycyna jest nauką empiryczną. Wiedza kształtuje się w oparciu o tysiące zbadanych powtarzalnych przypadków. W kontekście COVID-19 mamy do czynienia z nową, wcześniej nieznaną chorobą. Dodatkowym utrudnieniem jest niska powtarzalność i niespecyficzność objawów. Lekarze, koncerny farmaceutyczne, eksperci, a także politycy wielokrotnie musieli zmieniać swoje zalecenia, prognozy, czasem przeczyli sobie. Wszystko to negatywnie wpłynęło na możliwość utrzymania spójnych narracji i działań wobec pandemii. Liczne kontrowersje, nawet w ramach środowisk medycznych, związane ze stosowaniem szczepionek wobec pewnych grup (np. dzieci, osoby z problemami zdrowotnymi), potencjalnymi lekami i ich skutecznością (np. amantadyna, leki na bazie surowicy), podejściem do testowania czy lockdownu sprawiły, że społeczny obraz pandemii i walki z nią rozszczępił się na wiele niespójnych narracji. Ta sytuacja permanentnego konfliktu, niepewności informacyjnej i niespójnych dyskursów podkopała społeczne zaufanie do medykalizacji i biopolityki.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W niniejszej pracy poszukiwano odpowiedzi na pytanie o możliwe sposoby oddziaływania biowładzy i medykalizacji na społeczeństwo oraz związane z tym reakcje. Analiza wskazuje, że kluczowym czynnikiem wpływającym na

zachowania ludzi w pandemii były ich przekonania, a nie obiektywne dowody. Subiektywne opinie wynikały w znacznym stopniu z dyskursów medialnych, obiegowych stereotypów obecnych w mediach społecznościowych oraz obaw przed narastającą kontrolą ze strony rządzących. Zarówno biowładza, jak i technokratyczna władza-wiedza reprezentowały tendencję do postępującej medykalizacji i kontroli. To podejście napotkało jednak silny opór ze strony osób i grup, które poczuły się zagrożone restrykcjami, straciły zaufanie do elit, lekarzy i koncernów lub uległy antyscjentystycznej dezinformacji.

Ponadto zwrócono uwagę na rolę dyskursów, narracji i mediów w kreowaniu znaczeń dotyczących pandemii. Sfera komunikacji i języka – kluczowa z punktu widzenia konstrukcjonizmu – była wielokrotnie zaniedbywana przez technokratycznie nastawionych ekspertów i polityków. Wierzyli oni, że medykalizacja obroni się, odwołując się do dowodów naukowych. Tymczasem rzeczywistość okazała się bardziej skomplikowana. Przesady, ignorancja, teorie spiskowe, lęk przed nowym reżimem sanitarnym i jego negatywnymi skutkami ekonomicznymi oraz ruchy antyszczepionkowe – to wszystko przyczyniało się do demedykalizacji.

Na zakończenie przedstawię dwa wnioski na przyszłość płynące z niniejszej analizy. Pierwszy dotyczy tego, że w sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia, konieczne jest zwracanie większej uwagi na aspekty socjotechniczne i medialne w komunikacji ze społeczeństwem. Szczególnie ważna jest potrzeba zachowania spójności w przekazach władzy i ekspertów. Dyskursy władzy-wiedzy muszą być spójne, wiarygodne i stosunkowo proste, to znaczy zrozumiałe. Drugi wniosek jest swoistą prognozą dalszego rozwoju procesu medykalizacji w technokratycznym, kapitalistycznym i starzejącym się społeczeństwie. Można oczekiwać, że medykalizacja w XXI w. będzie postępować, co oznacza jednak również biopolityczną tendencję do zacieśniania kontroli nad populacją. Wraz z nowymi zagrożeniami epidemiologicznymi, klimatycznymi czy politycznymi władza będzie dążyć do kontrolowania naszego funkcjonowania poprzez kolejne nakazy, zakazy, ograniczenia i nowe procedury. Panoptyzacja społeczeństwa, którą Foucault postrzegał jako przejaw nowoczesnej władzy dyscyplinarnej, będzie się rozwijać w społeczeństwie późnonowoczesnym, które kontestuje dyscyplinę. W XXI w. przeżywalimy i przeżywamy kolejne fale kryzysów i nasilonej kontroli w związku z zamachami terrorystycznymi, pandemią COVID-19, a ostatnio także z agresją Rosji na Ukrainę i rosnącymi napięciami polityczno-ekonomicznymi. Można przewidywać, że w czasach niestabilności i podwyższonego ryzyka rola państwowej interwencji i kontroli będzie rosła. Z drugiej strony jednak procesy demedykalizacji i sprzeciwu wobec władzy-wiedzy oraz biopolitycznej dyscypliny również mogą się nasilać. Ich głównym

motorem będą prawdopodobnie subiektywne przekonania, antyscjentystyczne teorie przyobleczone w nowoczesną refleksyjność, media społecznościowe, które umożliwiają propagowanie skrajnych opinii, a także obawy przed nadmierną ingerencją władzy w sferę życia i praw jednostki. W tym kontekście kluczowe jest zwrócenie uwagi na konieczność uczciwego dialogu ze społeczeństwem i zachowania istoty demokracji przez rządzących. W przeciwnym razie grozić nam będzie dystopia autorytarnej biowładzy.

BIBLIOGRAFIA

- Amat Francesc, Andreu Arenas, Albert Falcó-Gimeno, Jordi Muñoz.** 2020. "Pandemics meet democracy. Experimental evidence from the COVID-19 crisis in Spain". *SocArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/dkusw>.
- Bavel Van J. Jay, Katherine Baicker, Paulo S. Boggio, Valerio Capraro, Aleksandra Cichocka, Mina Cikara, Molly J. Crockett, Alia J. Crum, Karen M. Douglas, James N. Druckman, John Drury, Oeindrila Dube, Naomi Ellemers, Eli J. Finkel, James H. Fowler, Michele Gelfand, Shihui Han, S. Alexander Haslam, Jolanda Jetten, Shinobu Kitayama, Dean Mobbs, Lucy E. Napper, Dominic J. Packer, Gordon Pennycook, Ellen Peters, Richard E. Petty, David G. Rand, Stephen D. Reicher, Simone Schnall, Azim Shariff, Linda J. Skitka, Sandra Susan Smith, Cass R. Sunstein, Nassim Tabri, Joshua A. Tucker, Sander van der Linden, Paul van Lange, Kim A. Weeden, Michael J.A. Wohl, Jamil Zaki, Sean R. Zion, Robb Willer.** 2020. "Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response". *Nature Human Behaviour* 4(5): 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>.
- Berger Peter L., Thomas Luckmann.** 1983. *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW.
- Best Joel** 1987. "Rhetoric in claims-making: Constructing the missing children problem". *Social Problems* 34(2): 101–121.
- Bridgman Aengus, Eric Merkley, Peter J. Loewen, Taylor Owen, Derek Ruths, Lisa Teichmann, Oleg Zhilin.** 2020. "The causes and consequences of COVID-19 misperceptions: Understanding the role of news and social media". *The Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review* 1(Special Issue on COVID-19 and misinformation). <https://misinforeview.hks.harvard.edu/article/the-causes-and-consequences-of-covid-19-misperceptions-understanding-the-role-of-news-and-social-media/> [dostęp: 16.06.2022].
- Ciesek-Ślizowska Bernadetta, Beata Duda, Ewa Ficek, Joanna Przyklenk, Katarzyna Sujkowska-Sobisz, Wioletta Wilczek.** 2022. *Sceptycyzm wobec szczepień przeciwko COVID-19. Raport z badań wybranych komentarzy internetowych wraz z rekomendacjami w zakresie strategii komunikacyjnych*. <https://rebus.us.edu.pl/handle/20.500.12128/22685> [dostęp: 15.10.2022].
- Conrad Peter.** 1992. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* 18: 209–232.
- Dahrendorf Ralf.** 2012. *Klasy i konflikt klasowy w społeczeństwie przemysłowym*. Kraków: Nomos.
- Demertzis Nicolas, Ron Eyerman.** 2020. "Covid-19 as cultural trauma". *American Journal of Cultural Sociology* 8: 428–450. <https://doi.org/10.1057/s41290-020-00112-z>.

- Devine Daniel, Jennifer Gaskell, Will Jennings, Gerry Stoker.** 2021. "Trust and the coronavirus pandemic: What are the consequences of and for trust? An early review of the literature". *Political Studies Review* 19(2): 274–285. <https://doi.org/10.1177/1478929920948684>.
- Długosz Piotr.** 2021. *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*. Warszawa: CeDeWu.
- Dzieciatkowski Tomasz, Anna Golke.** 2021. Epidemiologia zakażeń COVID-19. W: *Koronawirus SARS-CoV-2. Zagrożenie dla współczesnego świata*, T. Dzieciatkowski, K.J. Filipiak (red.), 15–19. Warszawa: PZWL.
- Filipiak J. Krzysztof, Tomasz Dzieciatkowski.** 2021. Przegląd hipotez tłumaczących różnice zapadalności i śmiertelności w COVID-19 między poszczególnymi krajami. W: *Koronawirus SARS-CoV-2. Zagrożenie dla współczesnego świata*, T. Dzieciatkowski, K.J. Filipiak (red.), 21–35. Warszawa: PZWL.
- Foucault Michel.** 1995. *Historia seksualności*. Warszawa: Czytelnik.
- Foucault Michel.** 1998a. *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Warszawa: Aletheia.
- Foucault Michel.** 1998b. *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w College de France*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gerszon Mahler Daniel, Nishant Yonzan, Christoph Lakner.** 2022. "The impact of COVID-19 on global inequality and poverty". *Policy Research Working Papers 10198*. World Bank Group. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38114> [access: 28.10.2022].
- Goban-Klas Tomasz.** 2020. „Media w płynnej pandemii 2020. Komunikacja w czasie lockdownu: oddzielnie, ale razem”. *Studia Medioznawcze* 21(4): 718–733. <https://doi.org/10.33077/uw.24511617.ms.2020.4.288>.
- Giddens Anthony.** 2001. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.
- GUS.** 2022. Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html> [dostęp: 16.06.2022].
- JHU.** 2022. Mortality analyses. Johns Hopkins University & Medicine Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> [dostęp: 28.10.2022].
- Jørgensen Marianne, Louise J. Phillips.** 2002. *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Kamińska-Korolczuk Katarzyna.** 2021. *Polityka i media a kryzys zaufania. Polityka informacyjna mocarstw w czasie zagrożenia*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Kępski Piotr.** 2017. „Liberalizm a biopolityka – pomiędzy dyskursem wolności i bezpieczeństwa”. *Górnośląskie Studia Socjologiczne. Seria Nowa* 8: 94–112.
- Lemke Thomas.** 2010. *Biopolityka*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Loseke Donileen.** 2003. *Thinking about social problems*. New York: Routledge.
- Mallon Ron.** 2007. "A field guide to social construction". *Philosophy Compass* 2(1): 93–108. <https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2006.00051.x>.
- Manterys Aleksander.** 1997. *Wielość rzeczywistości w teoriach socjologicznych*. Warszawa: PWN.
- Marczewski Paweł.** 2020. Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego. <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Epidemia-nieufnosc.pdf> [dostęp: 16.06.2022].
- Miller D. Eric.** 2020. "The COVID-19 pandemic crisis: The loss and trauma event of our time". *Journal of Loss and Trauma* 25(6–7): 560–572. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1759217>.

- Miś Lucjan.** 2007. *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- More in Common.** 2020. Wpływ COVID-19 na społeczeństwo. Polska. <https://www.morein-common.com/media/p4hmctco/more-in-common-the-new-normal-poland-pl.pdf> [dostęp: 28.10.2022].
- Oleksy Tomasz, Anna Wnuk, Dominika Maison, Agnieszka Łyś.** 2021. "Content matters. Different predictors and social consequences of general and government-related conspiracy theories on COVID-19". *Personality and Individual Differences* 168. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110289>.
- Rahman Muhammad, Rabab Ahmed, Modhurima Moitra, Laura Damschroder, Ross Brownson, Bruce Chorpita, Priscilla Idele, Fatima Gohar, Keng Yen Huang, Shekhar Saxena, Joanna Lai, Stefan Swartling Peterson, Gary Harper, Mary McKay, Beatrice Amugune, Tammary Esho, Keshet Ronen, Caleb Othieno, Manasi Kumar.** 2021. "Mental distress and human rights violations during COVID-19: A rapid review of the evidence informing rights, mental health needs, and public policy around vulnerable populations". *Frontiers in Psychiatry* 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.603875>.
- Rebughini Paola.** 2021. "A sociology of anxiety: Western modern legacy and the Covid-19 outbreak". *International Sociology* 36(4): 554–568. <https://doi.org/10.1177/0268580921993325>.
- Rosenblum G. Hannah, Julianne Gee, Ruiling Liu, Paige L. Marquez, Bicheng Zhang, Penelope Strid, Winston E. Abara, Michael M. McNeil, Tanya R. Myers, Anne M. Hause, John R. Su, Lauri E. Markowitz, Tom T. Shimabukuro, David K. Shay.** 2022. „Safety of mRNA vaccines administered during the initial 6 months of the US COVID-19 vaccination programme: An observational study of reports to the Vaccine Adverse Event Reporting System and v-safe”. *The Lancet Infectious Diseases* 22(6): 802–812. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00054-8).
- Sakowski Łukasz, Arkadiusz Dobosz, Michał Misiak.** 2021. Pandemia COVID-19 w polskich mediach. <https://www.totylkoteoria.pl/wp-content/uploads/2021/07/Pandemia-COVID-19-w-polskich-mediach.-Totylkoteoria.pl-Raport-1.pdf> [dostęp: 18.10.2022].
- Schneider W. Joseph.** 1985. "Social problems theory: The constructionist view". *Annual Reviews of Sociology* 11: 209–229.
- Spector Malcolm, John I. Kitsuse.** 1973. "Social problems: A re-formulation". *Social Problems* 21(2): 145–159.
- Staszkievicz Piotr, Iwona Chomiak-Orsa, Igor Staszkievicz.** 2020. "Dynamics of the COVID-19 contagion and mortality: Country factors, social media, and market response evidence from a global panel analysis". *IEEE Access* 8: 106009–106022. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2999614>.
- Szurmiński Łukasz.** 2021. „Najlepsza rada: spokój i informacja”. Jak „Wiadomości” TVP1 chroniły Polskę przed koronawirusem. W: *Medialno-społeczny obraz COVID-19. Solidarność czy polaryzacja – podsumowanie, diagnoza, rekomendacje*, M. Kaczmarek-Śliwińska (red.), 44–63. Warszawa: SBP.
- UW.** 2021. Pandemia COVID-19 w Polsce. Perspektywa psychologiczna. 24 raporty z badań ekspertów. <https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/raporty-covid-2020.pdf> [dostęp: 16.06.2022].
- Wendland Michał.** 2011. *Konstruktywizm komunikacyjny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.

- Woźniak-Prus Małgorzata, Małgorzata Gambin, Andrzej Cudo.** 2021. Nastolatki wobec pandemii. W: *Pandemia COVID-19 w Polsce. Perspektywa psychologiczna. 24 raporty z badań ekspertów*, M. Gambin, B. Zawadzki (red.) b.d. <https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/raporty-covid-2020.pdf> [dostęp: 16.06.2022].
- WHO.** 2022. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. <https://covid19.who.int/> [dostęp: 28.10.2022].
- YT.** 2020. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=mPrGwc307N8&t=15s> [dostęp: 16.06.2022].
- Zola Irving K.** 1976. "Medicine as an institution of social control". *Ekistics* 41(245): 210–214.
- Zychowicz Iwona, Edyta Halista-Telus.** 2021. „Poczucie bezpieczeństwa i zaufania społeczne-go w obliczu pandemii”. *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka* XLIII(2): 91–105.

Piotr Kępski

THE SOCIAL DIMENSION OF THE PANDEMIC. BIOPOLITICS AND MEDICALISATION IN THE ERA OF COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic has shown how social responses are influenced not by objective data but by people's subjective beliefs. The author draws on social constructionism to analyse how biopower and medicalisation influenced social behaviour during the COVID-19 crisis. In the management of social reactions, the information policy of governments, consistency in the discourses of experts and biopower, and consistency in explaining the political actions became key factors. The trend towards the medicalisation of societies had many dimensions, including the creation of policies based on expert power-knowledge, the application of epidemic restrictions, the recommendation of vaccinations, etc. However, this approach has met with social resistance due to a sense of frustration, social inequalities, lack of trust in elites, misunderstanding of medical discourses by ordinary citizens and a growing trend towards de-medicalisation resulting from, among other factors, anti-vaccination initiatives. This article provides an analysis of the problems and conflicts arising from the ways in which COVID-19 is defined and constructed by different social groups.

Keywords: COVID-19, coronavirus, pandemic, biopolitics, medicalisation, social constructionism, crisis