

Lars Sætre

Heiskap og forsvinning

LESING OG ANDRE

KUNNSKAPSTEORETISKE PROBLEM

I MICHEL FOUCAULTS

KLINIKKENS FØDSEL

I

Foucaults bok¹ er om *rom, språk, blikket, og døden*. Den er ei granskning av dei epistemologiske mulighetsvilkåra for framveksten av klinikken innanfor legevitenskapen. Boka femner om ein sentral periode på om lag 70 år (1760-1830), og tar lesaren med gjennom tre stadium i tilblivinga av klinikken: den *klassifikatoriske medisinen*, den *eigentlege klinikken*, og den *klinisk-patologiske anatomen*.

Stadlet for den klinisk-patologiske anatomen varer framleis ved i våre dagar, meiner Foucault, jamvel om der har vore viktige justeringar fram til vår tid. Vi kan kanskje kalle dette stadlet for "moderne". Ifølgje Foucault har den klinisk-patologiske anatomen epistemologiske parallellar med tenkinga til Friedrich Nietzsche og Sigmund Freud. Foucault ser mao. den tidleg-positivistiske byrjinga på dette stadlet som ein fortløpar til ein type kritisk tenking og til eit kritisk blikk som har kjennetegna *humanvitenskapane* i andre delen av det 20. hundreåret. Dei parallelane Foucault ser her, har noko med *døden* å gjere: med døden erkjent som den endelege grensa som er med på å konstituere livet. Ikskje livet som positivitet, men som eit liv bestemt av *negasjonen*, eit liv som er bestemt til å dø, og som døyr kontinuerleg frå den augneblinken av då det i det heile vart konstituert som liv.

Siktemålet mitt i det følgjande vil vere å profilere den endringa i kunnskapsteoretisk fundament frå "semiologi" til "figuralitet" som ligg innskriben i Foucaults vitenskapshistoriske studie – men utan at Foucault sjølv peikar oppe på den. For å få tak i dette skiftet i fundament, gir eg på den eine sida ei samrannfattande lesing av den komplekse boka hans (vél vitande om at dette er eit paradoksal føretak i lys av den problemstillinga eg reiser her). I heilt allmenn forstand vil eg på den andre sida undervegs freiste å vise til parallellar mellom den endringa Foucault faktisk syner, og andre teoridanningar og skriftpraksisar som vi kjenner frå det moderne ut frå humanvitenskapleg arbeid. Dette vil vere i tråd med Foucaults eiga tilvising til deler av humanvitenskapane si verksemd, når han i denne boka som vitenskapshistorikar nærmar seg dei viktigaste av legevitenskapens tår: Vonaleg vil det framgå av dette kor "oppdatert" Foucaults tidlege legevitenskaplege historie (1963) er i synet på epistemologiske grunnlagsproblema i frambrøtet av det moderne, når ein ser boka i lys av teiknteori, nyretorikk, litteraturfilosofi og narrativ teori. Boka framstår òg som ein grundig refleksjon over dødens vilkår for menneskeleg liv og viten.

Den endringa eg meiner å spore gjennom dei tre stadia, er ei vending frå ulike typar kunnskapssyn med ei grunnleggjande tiltro til teiknets bere- og yreevne til å gripe sansinga i eit her og nå – til ei overtyding, gitt av innsikta i fenomenverdas og språkets temporalitet, om at kunnskap må forholde seg til mørkets og nattas makt over menneskeleg liv. Det dreier seg om den natta eller den døden som Maurice Blanchot skriv om – den som gir oss det forgjengelege livets rett fordi vi skal dø, men som samstundes held oss ved lag berre som døyande, og som dermed i ein viss forstand gjer det umogleg å dø: Som levande blir vi alltid ståande utanfor og kan aldri bli fulle ut innlemma i den altomfemnande natta som døden representerer. Natta og døden blir difor uavklarte grensefenom² for oss, dei er end. l. c. ge og uendelege på samme tid. Dei er "ureine", for å nytte eit av Blanchot sine ord.²

"Ureine" grensestorleikar blir òg dei artikulasjonane vi freistar å gripe den for oss tilsynelatande finale, men likevel stadig unnvikande fenomenverda med. Tinga og språket kan aldri

bringast i samsvar med kvarandre pga. tidas forløp. Språket må godta å vere i grenselandet. Det blir – tropologisk – til ein serie ambivalente vendingar, til figurar som hevdar – og som opphevar den allmenngyldige kunnskapen, den meninga som den språklege hevdinga freistar å etablere på det som er sansa.

Ein av dei parallelleane som Foucaults insikter i den klinisk-paratologiske klinikkens stadium lar oss assosiere til, er Peter Brooks si utgreiing om den moderne narrative fiksjonsprosens motsetnadfulle konstitusjon.³ Både den moderne klinikken og den moderne fiksjonsprosasen baserer seg i ein fundamental forstand på dødens ambivalente funksjon. Sidan eg viser til Peter Brooks sine teoriar seinare, skal eg allereie her kort skissere nokre hovudpunkt i synet hans på *plottet*.

Plot er "organiserande strukturar" og "intensjonale strukturar" innskrivne i narrasjonsspråket: dei er "målretra og i røstle frametter" (12). Plot er "eit begrep som femner om forteljingas plan og intensjon, ein struktur for dei meningane som blir utvikla gjennom det suksessive forløpet i tid, eller kanskje betre formulert: ei strukturerte verksemd utløyst av, og nødvendiggjort av dei meningane som blir utvikla gjennom suksisjon og tid" (12). Plot er altså ein ibuande eigenskap i forteljinga, men – som vi ser særleg av den siterre presiseringa – ikkje berre det.

I vidare forstrand er plottet nemleg ein av det moderne menneskets motsetnadfulle *tolkings- og forståingsstrategiar*: Motsetnadfull – fordi mennesket er stilt overfor forgjengelige, temporale fenomen i sansinga av både tingverd og språk, og må baskje med å skape totaliserande ("metaforisk") mening og forståing av noko som temporalt stadig glir ("metonymisk") unna. Slik er det grunn til å merke seg tittelen på boka til Brooks – *Reading for the Plot*, som ikkje berre fokuserer på den narrative plot-konstruksjonens indre kjenneteikn. Den er vel så mykje ei bok om forståing, den heilskaplege meningsdannings paradoksale vilkår gjennom *lesande* sansing. Med sin basis i narrativ prosa-fiksjon og i humanvitenskaplege teoritanningar reiser den difor faktisk òg fundamentale kunnskapsteoretiske problem.

Når Brooks arbeider seg fram mot ein teoretisk definisjon av plot, startar han såleis med forteljekunstrens plan og intensjona-

litret. Dineist trekkjer han inn narrasjonens temporalitet. Dermed blir han nøydd til å utvide begrepet til også å omfatte den *lesande-tolkande forståinga* av temporal-metonymiske sansingar som følgjer suksessivt etter kvarandre, men som vi må lese langs den paradoksal fordobla akse av antespasjon og retrospeksjon (23): Det blir nødvendiggjort ut frå behovet for, begjæret etter å skape samanhengande, totaliserande (metaforisk) mening. Men – viser det seg – denne "organiserande dynamikken innanfor ein spesifikk modus av menneskeleg forståing" (7) er ein dobbel, paradoksal logikk, og grunnar seg i fundamental forstand på finalitet, på eit sluttpunkt: "[D]et metaforiske arbeidet mot endeleg totalisering determinerer meninga og statusen til det metonymiske arbeidet som forløpet utfører – men det må også hevdast at det var midtpartiers metonymiar som produserte og avfødde den endelege metaforen" (29).

Den ambivalente finalitets-logikken assosierer Brooks m.a. til Walter Benjamin, Freud og Lacan, og han lar den vere analog med den logikken *døden* innskriv både menneskeliv og forteljekunst i. For det er ein logikk som styrer i reining av heilskap og endepunkt, men som ved å søkje endepunkt, også søker utsløtting, og som dermed på samme tid undergrev og gjer om inkje den heilskapen som srynest å vere nådd. Men det er òg ein logikk som på grunn av den problematiske temporaliteten aldri med visse kan vite at den er i nærleiken av totalitet, og heller difor aldri kan erfare den som sluttpunkt, som død.

Mennesket står i grenselandet her, eller kanskje heller *utanfor* den dødens "ureine" nart vi har sett at Blanchot talar om: På samme tid som forståing og kunnskap begjærer heilskap og endepunkt, vil begjæret etter endepunkt vere jamngodt med å øydelegge heilskapen; og på grunn av temporaliteten vil heilskapen aldri kunne nåast endelegdyldig: Mennesket og den forståinga det freistar å etablere, vil alltid bli ståande utanfor den – anten ein oppfattar heilskapen som livgivande mening – eller som endeleg, altomfemnande død. I Maurice Blanchots formulering "umuligheten av å dø" (som framhevar lidinga mennesket må halde ut), ligg det òg undertonar av det vi kunne kalle umuligheten av å nå heilskapleg liv (som til sjuande og sist kan-skje er ei anna side av den samme lidinga).⁴

Dei uløyslege motsetningane i plotting og i denne forma for menneskeleg lesing-forståing gjer både plot og lesande forståing ("kunnskapstieging") til figurar: Dei byggjer på ein figuraltet som er undergravande, og som er med på å gjere om inkjet det forståtte. Brooks knyter denne figuraltitens paradoks m.a. til Benjamins essay om "Forrelleren", til Freud's "Hinsides lyst-prinsipet" og til skrifter av Jacques Lacan. Og dermed les han plottets og lesinga-forståingas figuraltet i lys av psykanalysens motsenadsfulle felt mellom drift og begjær etter meining ("livsdrift") på den eine sida, og begjærets paradoksal samtidige ibuande retting mot død og destruksjon av samanhengande meining ("dødsdrift") på den andre. Begge desse driftene viser seg å vere nedfelt i det særigne forståingsmoduset som narrati-ve plot – og lesinga av dei – dannar.⁵

Brooks si forståing av plotting og lesinga-forståinga av plot ber ein openbert analogi til Foucaults lesing av klinikkens tredje stadium: den klinisk-parologiske anatomen – begge baserer seg på ei moderne oppfatning av døden. Det er heller ikkje utan interesse at Foucaults avdekking av tidspunktet for oppkomsten av klinikkens tredje stadium, lar oss assosiere i retting av den historie-filosofiske epoken som Brooks hentar dei narrative fiksjonstekstane sine frå: det moderne (i lesingane tar Brooks utgangspunkt i Rousseau, men legg vekta vidare framover på 1800- og det tidlege 1900-talets sentrale fiksjonsprosaristar, fram til studiens sluttpunkt med Faulkner).

Ut frå desse generelle observasjonane skal eg – der det synest rimeleg – difor freiste å jamføre Foucaults lesing av klinikk-historiske stadium med relevante innsikter frå Brooks si menings- og kunnskapsteoretiske problematisering av lesing og forståing, som han lar den moderne, plot-baserte narrative fiksjonslitera-turen vere utgangspunkt for. Men eg vil òg vise til enkelte andre parallelar.

Eigentleg er kanskje ikkje Foucaults eiga jamføring av gran-skinga si av klinikken med vitenskapar som i vid forstand arbeider med tekstar: humanvitenskapane, så urimeleg: For i klinikkens arkeologi studerer Foucault nettopp tekstar. Og han studerer forholdet mellom *kva som har kunna seiast* og *kva som har kun-na sjåast* innanfor bestemte tidsrom – der han med rimelege

omsyn til historiske overleng plasserer funna sine inn på ei 70-årig utviklingslinje. Foucaults kategoriar *rom*, *språk* og *blikk* i undersøkinga av klinikken som vitenskap, er parallelle med dei tre instansane som er involverte i ein kvar vitenskapleg praksis: *Rommet* er det felret som konstituerer kunnskapobjektet. *Blikket* er forskarsubjektets blikk, det medviret (eller mangelen på medvit), den synleggjerande (eller tildekkjande) aktiviteten som det kunnskapssøkjande (lesande, tolkande, forståande) subjektet er i stand til å bidra med. *Språket* er dei kodar som fil-trerer subjektets sansing og etablerer det som er synleg – og som truleg det viktigaste elementet av dei tre, for det er med på å konstruere både subjektet og kunnskapobjektet. I relasjon til klinikken er det såleis ein kompleks diskursanalyse Foucault gjennomfører i boka si.

Foucault representerer ei forskyving i forhold til Kant, som meinte at Kunnskap finst, jamvel om han framheva dei *a priori* forståingskategoriane. Men etter Freud, Nietzsche og den struk-turelle lingvistikken, er Foucault overtydd om at kunnskap er fundamentalt knytt til *språket*s eksistens og operasjonar. Korkje klinisk medisin eller nokon humanvitenskap når det moderne før forståinga om direkte tilgang frå subjekt til objekt, og før forståinga om eit subjekt avgrensa og uavhengig av objektet, er oppgitt. Klinikken når det moderne først i og med det siste stadiet Foucault analyserer: innanfor klinisk anatomi.

Dette heng saman med at i det moderne – og i klinisk anatomi – finst erfaringa og aksepten av *døden* og av *lova om finalitet* - analogt med det vi har sett gjeld logikken i moderne fiksjons-prosa. Utan denne erfaringa og aksepten blir vitenskapane ifølgje Foucault ikkje kvitt spora etter ein problematisk epistemologisk *idealsime* - slik som i den klassifikatoriske medisinen, som vi skal komme til. Og dei kan heller ikkje bli kvitt ein like proble-matisk epistemologisk *realisme* - som i mellomstadiet: den såkalla eigentlege klinikken. For i den moderne dødsferinga erkjenner klinisk vitenskap at det korkje finst noko idealistisk, evigvarande – og heller ikkje noko reelt og essensielt i mennes-kekroppen som bidra med eller ha status ^{av} kunnskap lenger. For det er først når døden og finaliteten blir tatt som oriente-

ring- og utgangspunkt – innanfor den anatomo-kliniske metoden – at rommet, språket og blikket blir forstått som konstituerende av *relasjonelle forskjellar*. Kategoriane er ikkje nærvere eller samsvar lenger, men mørke, tomrom, avgrunn, fåvære. I dette stadiet blir både rommet (kunnskapobjektets felt), språket (dei filterande kodane), og blikket (forskarsubjektets medvit og utsynsperspektiv) forstått som konstituerte analogt med lingvistiske kategoriar: i forskjellsrelasjonar. Før dette, i det første stadiets klassifikatoriske medisin, hadde rom, språk og blikk "kommunisert" via ideelle skjema, som vart haldne for å tilhøyre universets evige orden. Og i det andre stadiets "eigentlege" klinikk hadde rom, språk og blikk "kommunisert" med kvarandre via ei førestilling om reelt sansbare og nemnelege storleikar som det kunne opererast på direkte – tilgjengelege i positiv openhet.

Nedslaget på klinikken for å studere dei epistemologiske spranga og invasjonane innanfor eit kunnskapsumråde før, like framfor og etter at det moderne har gjort seg gjeldande, er eit eksemplarisk val. For klinikken til Foucault er på den eine sida rett nok opptratt av den relativt velkjende behandlinga av sjuke, sengeliggjande menneske, men på den andre sida er den nemleg samstundes kjenneteikna av utforskning, innlæring og opplæring innanfor *ukjende* område. Klinikken eignar seg mao. godt til å få fram dei epistemologiske filtera, mulighetsvilkåra for kunnskap, innlæring og opplæring *allment sett*. Men ut over klinikken har Foucault òg studert ei rekke andre kunnskapfelt ut frå ei liknande søking etter mulighetsvilkår.

Foucault er ikkje ute etter å felle verdidommar over dei typar medisinsk praksis som han studerer. Han er ikkje ute etter det som mennesket har tenkt eller sagt – eller i kva grad det menneska har sagt, representerer tankane deira. Men han er ute etter *det som i utgangspunktet har systematisert* menneska sine tankar, det dei har sett og det dei har sagt. I *Klinikkens fødsel* er dette – her framleis i Foucaults eiga formulering – jamgodt med ein *strukturell studie*.

I denne boka er Foucault opptratt av ein semiologisk problematik. Eitt av to stikkord vi difor kunne seie at studien hans er styrt av, er 'teikn'. Han studerer forholdet mellom det som kan

seiest eller artikulert, og det som kan sjåast. Eller som han sjølv seier: forholdet mellom "statements" og "visibility". Eller som han òg seier der i denne boka: forholdet mellom signifikant og signifikat. Med litt meir upresis ordbruk kan vi forstå dette som forholdet mellom uttrykk og innhald. Dette er openbert eit semiologisk problemfelt. Dei mulighetsvilkår som dei ulike oppfatningane av dette forholdet har gitt opp gjennom historia, har som kjent endra ganske radikalt synet på kva kunnskap "er", og på korleis den blir konstruert.

Men det andre styrande stikkordet som renn ein i hugen når ein les boka til Foucault, er 'figur'. Det heng det saman med at synet på kva kunnskap "er", i nyare tid har endra seg så radikalt at kunnskap og kunnskapsteoretiske spørsmål er blitt knytte til studiar av tropar og retoriske figurar – til retorikk (og det på ein måte som har provosert *tanke- og innhalds*-kunnskapens representantar på grunnleggjande vis). Vi har òg sett korleis figurbegrepet er blitt tatt i bruk av Peter Brooks, når han på basis av moderne prosafleksjon reflekterer over menneskeleg lesing og forståing som ein motsetnadsfull figurasjons-prosess – hjå han framstilt nettopp som ein av retorikkens velkjende tropar: som eit paradoks. Det kan neppe vere tvil om at Foucault i den svært komplekse diskursanalysen av klinikken viser vilkåra og bakgrunnen for at dei kunnskapsteoretiske spørsmåla har tatt ei retorisk dreining i og med ei ny erkjenning av døden som grense innanfor det moderne. Dèt vil eg freiste å gi eit bilere av etter at eg først har gjort greie for den semiologiske relasjonen mellom "statements" og "visibility" i kvart av dei to stadia som går forut for den klinisk-patologiske anatomien.

Men til slutt må òg dette spørsmålet stillast: Kva er det som "systematiserer" Foucaults "eigen" tanke i denne boka; kva paradigme – semiologisk eller retorisk – er det hans eigen diskurs knyter seg til? Eg vil føregripe svaret her, ved å anyde at hans eigen kunnskapsteoretiske posisjon går i retning av ein retorikk, og at denne posisjonen i det lengste samsvarar med den relasjonen mellom "statements" og "visibility" som det tredje stadiets kliniske anatomi baserer seg på. Men likevel *frst* det i Foucaults bok etter mi mening spor av ein annan og meir tradisjonell epistemologisk posisjon som er uforeinleg med denne. Mot-

setnaden her er mellom det vi kan kalle ein post-strukturalistisk eller dekonstruktiv posisjon og ei meir tradisjonell epistemologisk orientering.

II

Lat oss nå sjå kortleis Foucault signaliserer spennet i beskrivande klinisk diskurs frå klassifikatorisk medisin til klinisk anatomi. – I 1769 behandla Pomme ei hysterisk kvinne ved å gi henne bad halve døgnnet i ti månader. Han observerer då kortleis "vevshinner som liknar fuktig pergament ... blir skala av med eit visst ubelag, [...] kom dagleg ut saman med urinen; den høgre nyrekanalen vart også skreft av og kom ut heil på den samme måten. [...] [Tarnane] skala av sine indre tunikaer, som vi såg komme ut frå rectum. Spiserøyrret, luftfrøyrret og tunga skala også av med tida [...]". (ix).

I 1825 skreiv Bayle om ein anatomisk skade på hjernen og om dei membranane som omsluttar den:

Den ytre overflata deira, som ligg inntil det spindelvevaktige laget av senehinna, heftar ved dette laget, stundom svært lett, og då er det lett å skille dei frå kvarandre, stundom svært fast og tett, og i desse tilfella kan det vere svært vanskeleg å løyse dei frå kvarandre. Den indre overflata deira berre berører spindelvevshinna, og er på ingen måte festa til den ... Dei falske membranane er ofte transparente, spesielt når dei er svært tynne; men vanlegvis er dei kvite, grå eller raude på farge, og unntaksvis gule, brune eller svarte. Denne substansen viser ofte ulike fargeyansar i ulike deler av den samme membranen. Tjukkselen varierer mykje på desse tilfeldige frambringane; stundom er dei så tynne at dei kan samanliknast med eit edderkoppnett. ... Oppbyggingen av dei falske membranane syner òg mange forskjellar: dei tynne er gulaktige som kvite-liknande eggescal, og har ikkje nokon distinkt eigen struktur. På ei av sidene sine viser andre ofte spor av blodkar som kryssar over kvarandre i ulike retningar og er skotne inn i kvarandre. Ofte kan dei redusertast til lag som ligg oppå kvarandre, og mellom desse laga ligg det hyppig innskorne klumpar av blod. (ix-x)

Av sitrata går det fram at Pomme i 1769 ikkje har nokon persepsjon av kva som går føre seg inne i kroppen. Han tolkar observasjonane sine i eksteriørets språk: ("pergament", "tunica", jannvel heile organ er blitt "skala av" frå overflata av noko anna inne i ein levande kropp). – Bayle sitt språk viser i 1825 den indre kroppen (noko som har basis i obduisering). Han beskriv det han ser med eit språk som framstår meir presist. Og ikkje minst viktig: Han kan persipere og beskrive forskjellar innanfor likskapan i det han observerer – og han kan beskrive strukturelle relasjonar i den hjernen han granskar (forskjellar, likskapar, kontiguitetar). Foucault: Bayle "leier blikket vårt inn i ei verd som er konstant synleg, medan Pomme, som manglar perceptuelt grunnlag, snakkar til oss i fantasien språk" (x).

Mellom dei to stadia som Pomme og Bayle representerer, ligg den såkalla egentlege klinikken. Bayles kliniske anatomi kan abstrahere; det kunne ikkje den egentlege klinikken: den var oppratt av det individuelle Kasuset. Klinikken beskriv Kasuset i dens umiddelbare nærvere – og bringa eit namn til det som vart sansa som konkrete organ, skadar og sjukdommar. Mao.: klinikken trudde på eit nærvere mellom utforskande blikk, språk og sjuk individuell kropp. Dette nærveret hindra at det kunne dannast ei oppfatning av eit kroppsleg rom som kunne hyse alle strukturelle *variantar* av individuelle sjukdommar og menneske. Blikket var i den egentlege klinikken så tett innpå sjølve tingen at det hindra den avstanden som er nødvendig for å kunne abstrahere.

Dei tre paradigma for klinisk medisin som Foucault viser oss, baserer seg på tre forskjellige syn på relasjonen mellom *rommet for oppfatnings, konfigurering* av sjukdom, og *rommet for lokalisering* av sjukdom. Ifølgje Foucault er det berre av historisk dato at *sjukdommens 'kropp'* og *det sjuke menneskets kropp* har dekt kvarandre. Slik har det vore berre i ein relativt kort periode, frå og med det 19. hundreårs medisin – innanfor patologisk anatomi.

Dei tre forskjellige syna på den nyss nemnde relasjonen kallar eg idealistisk, realistisk, og differensielt-relasjonel. Det idealistiske synet og det realistiske synet (som baserer seg på ei ikkje-problematisert nominalisering av umiddelbart sansa fenomen), kan kallast for "semiologiar". Det differensielt-relasjonelle synet heller meir i retning av ein "retorikk".

Foucault viser i boka si at desse tre oppfatningane finn sine mulighetsvilkår gjennom sprang, inversjonar og utvekslingar innanfor eit stratifisert register som han kallar *spatialiseringar*. Det er dette registreret og forandringane i det (dominant/underordning) som i kvar periode produserer den medisinske diskursen. Foucault opererer med tre slike spatialiseringar. Den *primære spatialiseringa* gjer seg særleg gjeldande innan den klassifikatoriske medisinen, arts-medisinen, og er danna av ideelle kart, portrett og bileteggjeringar av sjukdommar og av dei homologiane som finst mellom dei. Dette er kart som i kvart tilfelle bestemmer legens blick og den skildringa han gir av sjukdommen til den sengeliggjande. I klassifikatorisk medisin var karet primært; legen skulle gjenkjenne den "ideelle" sjukdommen idet han stod overfor den sjuke. På dette idealistiske stadiet hadde individet mao. ingen franskoten status.

Den *sekundære spatialiseringa* gjeld derimot nettopp individet, og er særleg framtrudande i danninga av den eigenlege klinikken. Her skulle individet studerast – uavhengig av kollektiv. Lege og pasient er bundne svært nær saman – legen av eit stadig meir gjennomborande blick, pasienten gjennom alle sine unike sjukdomskvalitetar.

Den *tertiære spatialiseringa* kan vi kalle for det sosio-økonomiske rommet. Den gjeld alle dei åtgjerder som samfunnet brukar til å forholde seg til sjukdom gjennom: medisinsk behandling, isolering, oppdeling av sjukdom i område, distribusjon av sjukdom i behandlingssenter, ekskludering av den med preventivt siktemål, etablering av hjelpeordningar, samfunnets reaksjon på fatigdom og dødsfrykt. På dette nivået finn vi historiske overheng frå ein periode til ein annan, vi finn dei politiske konfrontasjonane om sjukdom, utopiske førestillingar, økonomiske tvangstiltak, og alle dei sosiale motsetnadene.

Desse tre nivåa dannar altså 1. *den alnemme artsbeskrivinga*, 2. *det individuelle sertiifellet*, og 3. *den sosio-økonomiske deternineringa*. Den sistnemnde er like viktig som dei andre to. Det ser ein t.d. i studiet av den historiske overgangen frå første til andre stadium. På grensa mellom klassifikatorisk medisin og eigentleg klinisk praksis var det det sosio-økonomiske rommet som gjorde seg særleg gjeldande, og som snudde om på medisinsk prak-

sis. Her kom nemleg omveltninga før, under og etter den franske revolusjonen inn. Eksempelvis oppstod det kriser i helsestellet, periodevis bortfall av sentralisert kontroll med legar, debattar om behandlinga skulle skje lokalt i familiane eller sentralt på sjukehus. Det vart drøfta korleis offentlege midlar skulle setrast inn, korleis legane skulle utdannast, om universiteta skulle strengast eller vere opne, om sjukhuspasientar skulle visast ut av sjukehusa til fordel for såra soldatar, osv.

Foucault meiner at det først og fremst var krisene på dette tertière nivået som felk heile det diskursive systemet til å gå til strekteleig i oppløysing til at overgangen frå allmenn klassifisering til individ-fokuseringa og klinikkens fødsel ut av sjukehusa kunne førekomme.

I dette sosio-økonomiske kaoset vart det opna nye område for det som kunne sjåast av det medisinske blicket; nye sjukdommar vart altså først *synlege* for legevitenskapen. Og endeleg, Foucault også dette tertière området som produserte mulighetsvilkåra for å *sei*, formulere det som alle i ein periode hadde sett; nemleg dei lovene og direktiva som sikra opprettinga av den eigenlege klinikken som ei avgreining frå sjukehusa, der sjukdommane – og stadig nye og meir nyanserte sjukdomstilfelle – kunne studerast, givast namn og behandlast.

Vi skal nå sjå nærmare på konstitueringa av dei tre paradigma som medisinsk sansing har gått igjennom, ifølgje Foucault. I denne gjennomgangen vil eg samstundes knyte egne kommentarar til dei høvesvis "semiologiske" og "retoriske" aspekta ved dei tre paradigma som Foucaults arkeologiske konstruksjon gir bilete av.

III

I *den klassifikatoriske arts-medisinen* fungerer oppfatninga eller konfigureringa av sjukdommen *uavhengig* av sjukdommens sete eller lokalisering i kroppen. Det viktigaste i behandlinga var å gi sjukdom ei organisering, å hierarkisere den inn i familjar, gener og artar (4). Sjukdomskartet var såleis ikkje eit kart over årsaker og verknader, ikkje ei skisse av dens lokaliserbare rom eller

av stader der ein forventa nye åtak i kroppen. Det blikket som såg sjukdommen, var difor nødvendigvis eit ekstent blikk og bygde på ei idealistisk oppfatning. Denne var ein basis for gjenkjenninga av kartet i kroppen. Og kroppen fungerte dermed i eit mimetisk forhold til den ideelle førestillinga. Oppfatninga av sjukdommens *tid* var difor også heilt forskjellig frå vår: Foucault seier at "klassifikatorisk medisin er ein flat struktur av evig samtidighet" (6). Sjukdommens botaniske modell fungerte med ontologisk gyldighet, den synte sjukdommens "essens", heilt uavhengig av sjukdommens plass i kroppen. Som nemnt tidlegare, var den individuelle pasienten mindre viktig, for sjukdommen eksisterer så å seie på eit nivå *over* han. Miljø, vanar, geografisk plass osv., var irrelevante. Det viktigaste var å gjenkjenne sjukdommen, og behandlinga var så å la den få fullføre sitt løp i samsvar med dens "essensielle", "sanne" natur.

Alt dette skapte imidlertid etter kvart indre morsøiningar i paradigmet. Spesielle utviklingar i kroppsrømmet som var ukjende i kartets rom, truga heile tida med å få dei to romma til å divergere frå einannan. Vidare fekk utviklinga av den konkrete sjukdommen i kroppen det stundom til å oppstå forhold mellom sjukdommar som ikkje stemte med den botaniske modellens orientering mot *slektskap*; det kunne nemleg òg dreie seg om *kausalitet*. Legens blikk var dessutan berre kvalitativt, ikkje kvantitativt, i den forstand at han ikkje var i stand til å gjere målingar av individuelle fysiske eller numeriske særtrekk, fordi det ville fjerne han frå det ideelle kartet. Men legen var oppptatt av kvalitative variantar, noko som imidlertid gjorde det sjuke individet meir og meir viktig, *samstundes* med at individet altså var ekskludert. — Slike morsøiningar førde til at eit epistemologisk sprang tvinga seg fram, som gjorde at den sekundære spatiseringa (persepsjonen av individet) fekk dominans over og fortrengde den primære spatiseringa (sjukdomskartet). Kropp og portrett skifta plass; nå vart pasienten det nyoppdaga portrettet av sjukdommen (15).

Med referanse til Peter Brooks kan vi seie at legens blikk i arts-medisinen og på overgangen til den eigenlege klinikken freistar å nå kunnskap og forståing ved å *lese* sjukdommen. Både då det ideelle kartet var utgangspunktet for gjenkjenning

av sjukdommen i kroppen, og då sansinga av individets kropp etter kvart vart overordna sjukdomskartet, er det tydeleg at legens lesing var orientert mot *heiskap*. Men denne totaliseringa var på dette stadiet utan påverknad av tidsfaktoren. Det metonymiske arbeidet i lesinga hadde mao. ikkje gjort seg gjeldande. Legane oppfatta forholdet mellom kroppslig sjukdom og sjukdommens arts-kart som ein relasjon vi må kunne kalle metaforisk, innretta på overgripande samanheng og heiskap. Det er m.a. difor Foucault kan hevde at "klassifikatorisk medisin er ein flat struktur av evig samtidighet" (6), som vi alt har sett.

På dette stadiet er det mao. tydeleg at det paradoksale moderne forholdet mellom temporalitet og finalitet ikkje ennå er blitt del av det epistemologiske paradigmet. Ennå er ikkje blikket retta mot den finaliteten som i det moderne er ein føresetnad for å kunne etablere totaliserande ("metaforisk") kunnskap, men som på grunn av (den "metonymiske") temporaliteten aldri *kan* nåast endegyldig, og som på grunn av orienteringa mot endelighet på samme tid trugar tred å undergrave den forståing og kunnskap som ein meiner å ha nådd. Klassifikatorisk medisin er såleis ikkje del av det moderne; den er ikkje del av den moderne erfaringa og aksepten av døden og av lova om finalitet.

I den invasjonen vi drøftar her, spelte den tertiære spatiseringa (det sosio-politiske rommet) ei svært viktig rolle. Sjukdom, som før vart oppfatta som eit *naturfenomen*, og som fanst blant bønder og arbeidsfolk, vart nå til ein funksjon av ein stadig meir kompleks *sivilisasjon*. Det oppstod stadig nye og ukjende kasus, sjukdom vart meir og meir oppfatta som sivilisatorisk "kunstig". Det galdt òg sjukhusets sivilisatoriske preg, der jannvel nye sjukdommar oppstod og vart overførte. Parallelt med dette oppstod den politiske konflikten om sjukdommens mest relevante plass. Før hadde det vore *familien*, nå kom *sjukhusa* meir og meir inn med forvanska kasus, som var skapte av det siviliserte samfunnet. Økonomar og klassifikatoriske legar var samde om at familien framleis var den beste plassen, men den skulle støttrast med stratege tilskot, og staten skulle overvake kvaliteten på det tradisjonelle legepersonellet. Men akkurat i dette ligg mulighetsvilkåra for ei omvelting i synet på sjukdom:

Medisinsk praksis knytt til individet i familien, men overvaka av staten, gjorde at overvakinga faktisk vart knytt til heile kollektivt, til det sivilserte rommet. Dette pressa fram ei institusjonalisert spatialisering av sjukdom, og arts-medisinen blir etter kvart borte.

Behandlinga av epidemiar gjorde òg sitt til omveltinga. Arts-medisinen kunne ikkje ta seg av desse, fordi dei kravde eit *historisk og geografisk blikk*, samt *kvantitative* åtgjerder som arts-medisinen mangla: Temporalitet og komponentanes mengde innanfor eit forløp begynner å melde seg som problem i forståinga av fenomenen. Også epidemiane kravde statleg, overvakan-de kontroll, som førde til samarbeid mellom offentlege organ. Epidemiane kravde *analyser av seriar* og at ein tok omsyn til *tidsfaktoren*, medan arts-medisinen berre kunne analysere typar og plassere dei hierarkisk. Frå 1776 kom det difor eit regjeringsorgan som skulle motverke og forebygge sjukdom. Dette gav eit kollektivt medvit, som gav støyren til klinisk registrering, og slik fekk ein ei samling av uendelege, variable seriar av kasus med seriar av faktorar i samspel med kvarandre. Essens-opplætninga endra seg til forståing i kausaltets-kategoriar, den gjekk over frå klassar til miljøfaktorar.

Men frå begynnelsen av revolusjonen i 1789 kom det i den tertiære spatialiseringa inn ideologiske element som yrterlegare kompliserte og hindra den epistemologiske omveltinga. Det fanst nemleg ei stor tru på eit fritt blikk som kunne nå sanninga på eikvart område, berre alle hindringar vart fjerna: sjukehus, legeforeningar, og dei *for* teoretisk orienterte universitetsfakulteta. Legevitskapen ville ha eit fritt område for medisinsk eksperimentering, der blikket kunne ha direkte tilgang til ei lliberal sanning. Under revolusjonen såg ein difor ei rekkje løysingsforsøk på den motsetnaden eg har skissert mellom lokal og sentral definisjon av sjukdom. Sjukdom vart for ein periode difor persi-pert med eit *dobbelblikk*: eitt som såg sjukdom som ein del av alle andre sosiale skavankar som skulle eliminerast, og eitt som isolerte sjukdom og såg den som eit vedvarande naturfenomen (42F).

Først vart sjukehusa avskaffa, midlane nasjonaliserte og brukte i helsestasjonar for dei utan hjelp frå familien. Modellen

vart difor ei stund behandling *både* i familien og i helsestasjonar. – Ein annan vanske for revolusjonen var kvakksalvarane og sjarlatanane, samt den dårlege universitetsundervisninga. Dette kravde avgrensing av retten til å praktisere, og ei bering av universitetet. Men desse behova kolliderte med den revolusjonære reform-rørsla, som avskaffa lege-lauga, meister/lærling-systemet og universiteta, som vart stengde! Slik vart praktisk opplæring overlata til det frie initiativet – i revolusjonen. Opplætninga, som hadde vore offentleg og skjeddde ved dei teoretisk orienterte universiteta, vart nå organisert privat, og vart praktisk innretta utan vekt på teoretiske studium.

Foucault tolkar motseiingane slik: Det teknologiske kunnskapsnivået (med sjukehuset nå som den ønskje plassen for eksperiment med vanskelege kasus), og persepsjons-nivået (med legevitenskap framleis i stor grad praktisert som klassifikatorisk, praktisk behandling i familien) kunne ennå ikkje dekkje kvarandre: Den vegen blikket vart retta, og den måten det vart gitt opplæring på, stemte ikkje overens (48). Det som mangla, var ein struktur som kunne sameine ein praksis som i aukande grad var blitt retta mot individet og utforskinga av kasus, og ei opplæringsform som alle eigentleg visste burde skje ved universiteta og i den konkrete verda av sjukdom. Det ein *ikkje* kunne på dette tidspunktet (i revolusjonen), var å uttrykkje i ord det som blikket sansa. Mao: Det som kunne sjåast, det synlege, var ikkje seieleg (51). Ein hadde framleis ei merkeleg blanding av individsentrert observasjon, men på basis av arts-medisin, og framvokstren av ein kvantifiserande medisn, relatert til tid og stad. Det trngst ein ny, koherent og einiskapleg modell for å kunne konstituere på ein ny måte legevitenskapens objekt ("rom"), dens persepsjonar ("Blikk"), og dens begrep ("språk") (51). Realiseringa av denne modellen kom først i og med den eigentlige klinikken, som vaks ut av sjukehusa i den form dei hadde fått som behandlingstrader for spesielle, vanskelege kasus.

Men denne omveltinga vart seinka gjennom revolusjonen, fordi reformene der var prega av historiske overheng. Dei var baserte på ein utdatert semiologi (den idealistiske): den klassifikatoriske arts-medisinens oppvurdering av det ideelle kartet til

forrengsel for sansinga av den konkrete sjukdommen. Myten om legens frie, liberale blick mot sjukdom som skulle formulere seg sjølv realistisk, *skulle* bli konstitutiv for det nye kliniske paradigmet. Men problemet i revolusjonen var at dette frie blikket var knytt til myten om at blikket skulle *oppdage*, men i tillegg òg *utrydde* all sjukdom. Her ser ein tydeleg at døden – og det ein assosierer med døden: sjukdommens livsøydeleggjande kraft – (ennå) ikkje var erkjent som eit paradoksalt, grunnleggjande vilkår for livet. Dette òg bidrog til seininga av det nye paradigmet – den eigenlege klinikken, som oppstod i sjukhusa, der rommet vart konstituert av endelause seriar av sjukdom.

IV

Like etter hundreårsskiftet kom *den eigenlege klinikken*. Då var mulighetsvilkåra gitt for at den innsikt også kunne *formulerast*, som gjekk ut på at det var nødvendig å drive observasjon av individ og utforsking av kasus, samt opprette medisinsk opplæring – alt saman i *sjukehusa*. Det var Vicq d'Azyr som i 1805 korrigerer misforholdet mellom det synlege og det seielege, og dermed formulerte den manglande einskapen mellom legvitskapens objekt, dens sansingar og dens begrep – mellom rommet, blikket og språket: "Underviser vi på sjukehusa våre kunsten å observere og å behandle sjukdommar? Har vi etablert lærestolar i klinisk medisin ved sjukehusa?" (64) Det vart nå endegyldig slutt på den gamle semiologien som gjekk ut på å dechiffriere sjukdom ut frå eit allereie etablert, idealistisk kart. Ein ny semiologisk praksis kom inn og etablerte den eigenlege klinikken. Den gjekk ut på å nå sanning ved aktivt å kombinere begrepsmessige nann til det som bokstaveleg talt presenterte seg for blikket for første gong. Denne "realistiske" sansinga, kombinert med eit direkte gjenspeglande, høveleg nann, skulle avdekkje den ukjende sanninga ved den sjukdommen ein i kvart tilfelle stod overfor. Gjennom blikket presenterte den ukjende sanninga seg for medvitet, som så smelta den saman med eit umiddelbart uttrykk. Dette var den nye klinikkens grunnleggjande "realistiske semiologi".

Universiteta vart opna att, og fekk nye medisinske institutt, teoretisk opplæring starta opp igjen, legeföreningar kom tilbake og hjelpte å organisere opplæringa, og eit nytt krav om klinisk prøve for legar knytte teori og praksis nærmare saman. Dessutan trekte staten seg ut, sjukehusa vart kommunale, og tok seg i stor grad av fattige sjuke. Men denne strukturen opna for stor kontakt sjukehusa imellom, og klinikane imellom. Det var nå dei rike som betalte for sjukhusdrifta, der dei fattige vart objekt for klinikkens blick. Det som gjerne starta som velferd mot fattige, vart såleis ofte til "kunnskap" og "sanning" om sjukdom til fordel for dei rike.

I klinikken vart forholdet mellom kunnskapsobjektet og lege-subjektet annleis. Sjukdom og blick vart bundne saman gjennom annleis konstituerte kunnskaps-kodar enn tidlegare: I klinikken var desse på den eine sida *teiknets lingvistiske struktur*, og på den andre sida *kasusets tilfeldige struktur*. – Lat oss først feiste å få eit grep om teiknets struktur som kunnskaps-kode i klinikken. I den kliniske praksisens "realistiske" semiologi vart det aller først innført eit skille mellom sjukdommens symptom og dens teikn, men det vart umiddelbart urviska, og dei to flaut saman til ein uproblematisk signifikant for sjukdommen. Den signifikanten som kroppen/sjukdommen "avgir" til blikket, vart vidare tart for å vere *gjennomsluktig*. Ein meinte at den formlida sjukdoms-signifikatet sitt direkte og restlaust, utan å skjule noko, mao. at teiknet ville avgi sjukdommens signifikat direkte som essens. Symptomet var umiddelbart for blikket, og syntte sjukdommens invariable former. Men gjennom den realistiske trua klinikken hadde, meinte den òg at sjukdommens teikn (som seinare skulle vise seg å stå i eit uoverbyggeleg avstandsforhold til sjukdommen) også ville gjere det usynlege i kroppen/sjukdommen *synleg* – akkurat slik som symptomet er synleg. Dette er imidlertid høgst problematiske trekk ved den eigenlege klinikkens "realistiske" semiologi.

Men likevel, i det skiljet som klinikken gjorde mellom symptom og teikn i *utgangspunktet*, ligg det rudiment av ei innsikt som seinare vart vunnen i det siste stadiet: i den kliniske anatomen i det moderne. For i si kunnskapssøkjande, lesande forståing *tok* klinikken først omsyn til den problematiske temporali-

teren, som vi har sett at Peter Brooks gjer til eit uomgjengeleg grunnvilkår i sin refleksjon kring den lesande forståinga av moderne, narrativ fiksjonsprosa. Klinikken sa nemleg at teiknet er både *prognostisk*, *anamnestisk*, og *diagnostisk*: Som prognostisk retrar det seg framover mot kva som vil komme til å hende. Som anamnestisk retrar det seg bakover mot det som har hendt. Og som diagnostisk retrar det seg mot det som hender nå. Foucault framhevar at det i klinikken faktisk låg ansatsar til ei oppfatning av at det mellom sjukdommens teikn og sjukdommen "sjølv" finst ein avstrand som teiknet ikkje kan overvinne. Det vil alltid vere noko som teiknet ikkje kan dekkje eller gjen-gi sikkert – f.eks. det uvanlege ved sjukdommens fortid, det usikre i samband med kva retning sjukdommen vil ta framover, osv. Difor talar ikkje klinikkens teikn eigentleg om det synlege og umiddelbare (slik symptommet gjer), men om det skjulte og *usynlege* – jamvel om klinikkens vidare praksis sjølv snøgt syntre ei anna oppfatning.

Onkodar vi begrepa prognostisk og anamnestisk til *proleptisk* og *analeptisk*, kjem vi nær Jacques Derridas og Paul de Mans nyretoriske synspunkt om teiknets eigenskapar: Teiknet er alltid allereie nøydd til å stå i ein temporal avstand til det som det er meint å nå eller å dekkje, og dette gjer det uråd for medviter og fenomenet å bli bundne saman gjennom teiknet i nærvere og umiddelbarhet.⁶

Men som sagt: i *klinikkens* forståing vart desse rudimenta skjulte, og teiknet vart halde for å kunne gjere det usynlege syn-leg. Teiknet vart, som symptomet, oppfatta som gjennomsliktig signifikant på eit "realistisk" sjukdoms-signifikat avgitt av krop-pen sjølv. Klinikken epistemologi opererte difor med isomor-fisme mellom *kroppslig sjukdom* og *språkleg struktur*: Sjukdom samsvarte, transparent, med syntaksen i legens deskriptive språk (jamvel om syntaksen i legens språk var – og er – ein temporal og metonymisk struktur). Og beskrivelses-handlinga fungerte som ei fenomenologisk griping av det verande, der ein trudde at språket *tala tinga* gjennom det som det var mogleg å sjå.

Men teiknets (paradoksale) lingvistiske struktur var som nemnt ikkje den einaste kunnskaps-koden som klinikken var berar av. Den andre kunnskaps-koden (som i attersyn framstår

som like paradoksal) var *kasusets tilfeldig struktur*. Klinikken var primært oppart av kasus. Den oppfatta kasus i *seriar*, og forsøkte å bli kvitt det tilfeldige og usikre ved einskildtilfella ved å plassere dei inn i seriar av kasus, slik at ein kunne gå frå det kjende til det ukjende. Dette kunne klinikken gjere fordi dens blikk oppfatta kunnskapsobjektets rom som *mendelig og ope*. Overfor dei seriar av kasus som vart konstruerte, gjorde klinika-rane så matematisk-numeriske utrekningar og kalkylar for sannsynlighet, for slik å nå fram til eit *totalt* system av sjukdom-mar.

Men i klinikkens epistemologi låg det her ei fundamental motseiing, meiner Foucault: Den matematiske modellen kjem frå utsida og formulerer totaliserande koherensprinsipp for interne storleikar, som gjennom transparens-grammatikken kan oppfattast som reelle berre i den grad dei er einestående, unike. Her kan vi igjen med referanse til Peter Brooks peike på den lesande forståingas motsetnadfulle konstitusjon ut frå forholdet til lesingas metaforiske og metonymiske arbeid. Utgangspunktet for jamføringa er at ein godtar ein analogi mellom på den eine sida klinikarens lesing av sjukdoms*forløp* som blir forstått nedfelle i ein deskriptiv *synaks*, og den temporale logikken som narrativ fiksjonsprosa og lesinga av den ber i seg. (Det interessante i denne samanhengen er altså ikkje ein eventuell kvalitativ skilnad mellom det vi kallar deskriptivt språk og fiksjonsspråk, men dei lingvistiske eigenskapane dei begge ber i seg.) I eit slikt perspektiv kan det ikkje vere tvil om at dei kunnskapsteoretiske grunnproblema som Foucault viser at legevit-skapen baskar med gjennom dei tre stadia han analyserer, har å gjere med ei tiltakande erkjenning av både fenomenverdas og språkets temporale karakter – og at lesinga av begge rårar opp i dei (kansjle uløyslege) vanskaane som narrativisering i vid for-stand inneber for etableringa av kunnskap.

Den aller tidlegaste klinikkens refleksjonar om teiknet som både prognostisk og anamnestisk, som eg her har jamført med dei litteraturvitenskaplege begrepa *prolepse* og *analepse*, peikar nemleg rett mot Brooks si framheving av den motsetnadfulle "forståande" lesingas "*antesipasjon av retrospeksjon*", som han kallar "vår viktigaste reiskap til å etablere meining i eit narrativ,

meisertropen for dets merkelege logikk" (23, siste kurs. m!). Det er figuralteten og den merkelege tropologiske logikken i tilsvarande "narrativets-problem" vi kan studere at legevitenskapen står overfor i den viktige, men sjølvmoesjande praksisen innanfor den eigentelege klinikken, på terskelen til det moderne.

For det er lieren tvil om at den eigentelege klinikken – i motsetnad til den klassifikatoriske medisinen – har ei gryande erkjennning av kor viktig tidsfaktoren er for etableringa av kunnskap. Men det er, som vi har sett, likevel eit *totalsystem* av sjukdom klinikken er innretta mot, dvs. at den er overtrydd om at ei heilskapsforståing skal kunne vere mogleg å nå, der systemets indre referansar – for nå å tale med Brooks – klart må vere av *metafysiske* karakter. Men ikkje desto mindre har vi òg sett at klinikarane på dette stadiet oppfatta kunnskapsobjektets rom som *uendelig* og *ope*. For igjen å tale med Brooks, krev den totaliserande forståinga og kunnskapen eit endepunkt for tidas forløp for å kunne bli etablert. Dette endepunktet manglar i klinikkenes forståing av eiga vertskemd andsynes forløpa og temporaliteten i så vel verda av sjukdom som i det språket som freistar å gripe den umiddelbart. Slik har heller ikkje vertskemda i den eigentelege klinikken nådd fram til det moderne og til den moderne erfaringa og aksepten av døden og lova om finalitet. Men i motsetnad til arts-medisinen, står klinikken på terskelen.

Det er òg eit problem i klinikken at dei interne fenomenene som den ytre tilførde matematiske kunnskaps-koden freistar å formulere totaliserande koherenssprinsipp for, berre er signifikantar som *står for* noko. Som signifikantar er dei nettopp difor *ferna* frå dei antatte fenomenene, som dermed ikkje kan nåast – og slett ikkje nåast som intern koherens. Slike problem vart ikkje behandla før i det tredje stadiet, i den kliniske anatomen. Men så lenge den ytre tilførde matematiske modellen kunne *overtyde* om koherens, og dekkje den grammatiske modellen som ein meinte gav umiddelbar sanning om unike einiskildfenomen, var det medisinske blikket, for ein periode, eit lukkeleg blikk (105).⁷

V

Eit tiltakande problem for klinikken var at sansinga av sjukdom etter kvart vart til "berre eit namn"; klinikkenes blikk innebar ein nominalistisk reduksjon av sjukdommens materialitet. I motsetnad til den eigentelege klinikkenes lys-metaforikk, vart materialiteten meir og meir oppfatta som ugenomtrengeleg, obskur, den hadde sitt sete i mørke. Difor gjekk klinikken bort frå danninga av to-dimensjonale bilere av sjukdom, der det synlege og det seieleg-leslege var meint å falle saman. I staden vart persepsjonen av kroppens løyndommar ved eit nytt epistemologisk sprang føretatt i *spatiale figurar*, og klassifiseringa vart gjort i *relasjonelle former*. Dette fordi klinikkenes spontane lesing av sjukdom for å gjengi den "som den var", ikkje var adekvat. Klinikkenes epistemologi hadde i altfor stor grad vore knytt til føresetnaden av at blikket kunne forståast som høyrsele og tale – ei sansing og ei yringsform som Derrida knyter til den vestlege metafysikken.

Nå, då kunnskapsobjektet bevegar seg inn i det tredje stadiet, *den kliniske anatomen*, gjekk legevitenskapen bort frå førestillinga om eit transparent språk, og frå høyrsla og talens dominans. I forsøket på å nå sjukdommens mørke materialitet, la ein nå vekt på *det taktille* og på *berøringa* i den sansinga som "blikket" kunne føreta. Denne vitenskapen, som rett nok må kallast ein tidleg positivisme, innebar likevel ein "mistrankens hermeneutikk", slik vi kjenner den etter Nietzsche, Marx og Freud. Den patologiske anatomen lét seg ikkje villeie av det sansbare sine umiddelbare former lenger, men forsøkte å lære korleis det umiddelbare kunne overstigast, og korleis det kunne demystifiserast. Kroppens og sjukdommens kvaliteter vart nå forstått som *spatiale figurar*; sjukdom vart pepsipert som *relasjonelle forskjellar*, som aldri kan gripast som "essens" eller "nærvere". – Her er vi nokså nær ein parallell til nyretorikkens oppfatning av teiknet som språk-*figurleg* konstituert, der dei differensielle, figurlege avvika i forhold til ein "essens" blir erkjente, og der umiddelbarhetens nærvere blir oppfatta som metafysikk.

Dette heng saman med det tredje stadiets nye erkjennning av *døden som endegyldig* men òg som *huskonstituerande grense*. I kli-

nisk anatomi vart det eitkjent at det finst ein fundamental avstand, som ikkje kan overvinnast gjennom verbalisering, mellom den levande kroppen og det persiperande subjektet. Kroppen kan nå berre berørast, *ikkje* kommunisere med, den er opak, held på løyndommar, usynlege skadar, og gjer spørsmålet om både kroppens og sjukdommens opphav til eit uløyseleg problem. Den fundamentale avstanden mellom kropp/sjukdom og subjekt som det her er snakk om, er den avstanden og det fråværet som døden innskriv i liva våre. Foucault meiner at det var denne erkjenninga av døden-i-livet, og livets positivitet som umulighet, som endeleg gjorde at *individet "kom til seg sjølv"*.

I litt meir konkrete termar hekk denne erkjenninga saman med at *obduksjonar* vart meir vanleg. Dei omstrukturerde kunnskapsobjektet, det vart nå til eit nytt rom som vart definert av noko som berre *likt* og *likets mørke, spatiale djupn* gav tilstrekkeleg tilgang til – nemleg *det tynne, tynne vevet*. Vevets eigenskap framstod som heilt nye for legevitenskapen. Det er spreidd utover heile organismen, det kryssar gjennom *ulike* organ, det konstituerer *mange* og *forskjellige* system av kroppslig "einskap". Inni den usynlege kroppen dannar det *spatiale figurar*. Vevet er ikkje ein "essens" ved organa, men eit *system av teksturar*. Dei kroppslige prosessane som går gjennom vevet, er ein type ikkje-fenomenologisk "vevsmessig 'kommunikasjon'" (130). Slik frigjorde den anatomiske analysen seg frå nærverkets språk, og vart innretta på "tingas spatiale oppdeling, og ikkje den verbale syntaksen til kasus og fenomen" (131). Overgangen frå å leggje vekta på konkret verbalisering av det direkte sansa, til ei forståing basert på vevets figur-dannande eigenskapar, ligg snublande nær ei moderne oppfatning av *teksten* som fenomen – med dens ikkje-grammatiske, men *retoriske* tropar, som kan krysse teksten i nær sagt uavgrensa retningar, og slik bygge romlege og temporale figurar som ikkje kan kontrolleras.

To eksempel på kva det figurlege kunnskapssynet kunne føre til i den klinisk-patologiske anatomen: Pericardium-strukturen vart oppdaga (dvs. den doble membransekken som omslutar hjartet). Arachnoiden vart oppdaga (dvs. hjernens spindelvevsliknande vev). Korleis? Ved å *abstrahere* frå hjartets og hjernens

nærvere. Begge desse strukturane er konstituerte av noko som er svært problematisk å beskrive i språk: "nettverk"? "knutar"? "punkt på linjer som kryssar kvarandre"? Her opererer anatomen med noko som består utelukkande av differensielle relasjonar, i motsetnad til nærvers-"essensar". Anatomen kunne ikkje ha gjort slike analysar utan eit begrep om spatiale figurar, der elementa står i figurlege relasjonar til kvarandre. Desse anatomiske elementa er "vertelege", men dei er abstraherte – frå dei direkte sansbare organas nærvere. Men dei elementa som dannar vevsstrukturar er òg abstraherte frå kvarandre – dei er aldri nærverande saman på samme stad samtidig. – Igjen går det an å assosiere til figur-språkets tekstlege element: tropane, som er operative på kryss og tvers av det ein trur er eit "nærvere" av "innhald" i ei ytring, men som sjølv opphevar nærverskategorien som sådan! For tropane er ikkje berre romlege, men temporale storleikar. I ein viss forstand er òg så vevsstrukturane i kroppen det. I den patologiske anatomen måtte ein akseptere at det fanst ein fråvers-relasjon mellom det synlege og den usynligheten som kjenneteiknar kroppens mørke område. Denne fråvers-relasjonen har igjen med døden å gjere: "Symptom-kliniken søkte sjukdommens levande kropp; anatomen kan berre stille opp med sjukdommens lik", seier Foucault (134).

Forholdet mellom symptommas temporalitet og vevs spatiale temporale struktur gav eit nytt syn på sjukdommens lokalisering i kroppen: "å lokalisere vart nå berre å fastsette eit spatiale og temporalt startpunkt" (136), både for sjukdommen og for blikkets lesing av den, for sjukdommens lokalisering vart nå oppfatta som ein figurleg relasjonsstruktur, eit figurleg sete, som erstatta oppfatninga av klassar og essensar. Sjukdom vart til temporale figurar i ein kropp som nå vart erkjent som sjuk og døyeleg (136).

Spørsmålet om definisjonen av døden i forhold til liv og til sjukdom fekk òg eit heilt nytt svar. Før den patologiske anatomen vart døden sett på som noko heilt *anna* enn sjukdom og liv. Men i anatomen vart døden til *sjølv perspektivet* på dei to andre: døden herskar over både sjukdom og liv frå nå av, og dei tre vart hengande saman i ein begrepsmessig triade. Blikket "vart ikkje lengre eit levande auges blick, men blikket i eit auge

som har sett døden – eit strort kvitt auge som løyser opp livets knute", skriv Foucault (144). Gjennom Bichats arbeid vart døden nå plassert i livet "i form av separate, delvise, progressive dødar" (144). Døden blir til kunnskapens "kjelde", så å seie, sidan livet nå blir "analytisk eksponert overfor døden, og derfor sant" (145). Medisinen blir vart fullstendig omsnudd og fekk sanninga om livet og sjukdom *frå døden* – og ut av det fråværet den inneber.

Analogien til Benjamins og Brooks sine refleksjonar kring død og finalitet som grunnvilkår for etablering av samanhengande mening innanfor eit område som blir underkasta lesande forståing, er openber. Klinisk medisin har erkjent dødens paradoksal livs- og kunnskapsutsettande, og livs- og kunnskapskonstituerande grense. Klinisk verksemd har stige inn i det moderne.

Kva prinsipp var det som konstituerer denne persepsjonen? Ein ting var at kroppens patologiske fenomen føreljenn i organismen på basis av relasjonar, kontakt eller "identitet" mellom veva: Det som er sjukt, "strukturert seg". Ein annan ting var at sjukdoms-prosessen følgjer vevet horisontalt utan å trenge inn på andre vevs-nivå. Slik såg ein at *ulike* sjukelege tilstandar kunne vere samanbundne, gjennom vevet. I anatomen gjekk ein bort frå prinsippet om å sjå sjukdom som importert utanfrå; nå vart den eit avvik frå livet, på dødens ufråvikelege vilkår. Og problemet med forholdet mellom sjukdommens sete i den materielle kroppen, og dens plass i konfigurasjonen eller i oppfatinga av sjukdommen, løyste seg nå slik at figuralteten, knytt til veva, vart gjeldande innanfor *både* materielt sete og konfigurasjon: dei overlappa kvarandre.

Det prinsippet som ligg til grunn for den klinisk-anatomiske persepsjonen, legg vekt på det usynlege, på sjukdommens figuraltitet (som inneber at det finst element i figuren som er fråverande i rom og tid frå den aktuelle del-sansinga), til fortrengsel for det synlege, sjukdommens symptom eller teikn. Det skjer altså ei omvending i forhold til det som var tilfellet i den eigentlege klinikken. Denne figuraltiteten utlegg Foucault som "ein massiv geometri" (159), som fortrengjer den betelkinga som ein tidlegare meinte skjedd gjennom det levande, synlege

symptomet. Symptomet har ikkje lenger noko signifikant å uttrykke: signifikatet "eksisterer" ikkje. Sjukdommens teikn blir nå berre ei *omskrivning*: Teiknet "er ikkje eit ekspressivt symptom, men noko som er substituert for det fundamentale fråværet av uttrykt i symptomet" (160). Teiknet er i stand til å "traverse, krysse diagonalt, den sjukdomskroppen som er synleg" (160).

Dette er analogt med dei retoriske språkfigurane sine operasjonar i ein tekst; for kva anna er dette enn ei allegorisk omskriving av noko som er uuttryktelege? Kroppen og kroppens sjukdomsteikn blir dermed noko som krev språkfigurleg lesing, der ein tar omsyn til figurens temporale og spatiale differens. Dette teiknet kan altså, seier Foucault, vise berre til ein førekomst av skade, til ein lesjon, men aldri til ein patologisk essens (160f). Og dette teiknet er ikkje eit realistisk, men eit kunstig teikn; det er produsert av legevitenskapen (161).

Lat meg oppsummere dei parallellane som finst mellom teiknets status i klinisk anatomi og hjå Jacques Derrida: Begge stader mistar teiknet værens nærverer, det manglar ekspressivitet, det har karakterer av substruitt, omskriving, det traverserer det synlege på eit "diagonalt" vis som inneber temporale forskyvingar og spatial tilbaketrekking; det set seg imot lesing av "innhald" eller "essensar", det er kunstig, og dets paradoksale vilkår for mening og "liv" er den uomgjengelege døden.⁸ Den kliniske verksemdas semiologi ser i den patologiske anatomen ut til å vere blitt til ein *retorikk*, slik Derrida har lansert sine teoriar om teiknet som merke eller spor "som ikkje betelknar noko, [men som] fyller stillhetens rom innanfor dødens økonomi", som det heiter i "Différance" (4). – Jannfør med Peter Brooks, er det den i vid forstand menings- og kunnskapsundergrarvande temporale metonymiseringa (både i fenomenet og i lesinga av det) som set seg imot den "essensielle" menings medfølgjande krav om metaforisk samanheng og nærverer innanfor ein samtidighet.

Det må leggjast til at Foucault rett nok tilføyer nokre kommentarar om anatomiens "dupliserte blikk". Den patologiske anatomen gav på den eine sida framleis ein viss dominans til det blikket som såg det synlege ("alt" kunne jo bli synleg i

obduksjonen, meinte legane på den tida). Men på den andre sida fanst altså også det blikket som måtte "sjå" det usynlege (som eg har lagt mest vekt på her). Dette dupliserte blikket i klinisk anatomi kallar Foucault for ein dialektikk av usynleg synlighet (165).

Foucaults krintsing om døden og dens kvelande makt som mennesket er underlagt, kjem fram særleg mot slutten av *Klinikkens fødsel*. Her møter vi refleksjonar som blir framsette med den bitre melankolien som også er del av andre av arkeologiane hans, t.d. *Madness and Civilization* (om galskapens historie) eller *Discipline and Punish* (om fengselsvesenets historie). Ein del av poenget hans i desse refleksjonane er at først i det moderne kom individet til seg sjølv, men det skjeddde berre på kosnad av individets fridom: Det vart endegyldig dødsdømt, slik det skjeddde gjennom den klinisk-anatomiske legevitenskapen og dens blikk – eller individet vart fundamentalt og irreversibelt undertrykt og beleira, slik det skjeddde gjennom den absolutte makta alt-gjennomborande blikk, som vi møter som "Panopticon" i *Discipline and Punish*. Likevel er det òg ein del av poenget hans at det berre var denne typen autoritære og/eller dødelege blikk som kunne gjere ein diskurs om individet *mogleg*. Men det er liren tvil om det innslaget av lidning som Foucault sansar i samband med erkjenninga av individets tap av fridom:

[K]unnskapens absolutte auge har allereie konfiskert – og sugd opp att i seg i sin geometri av linjer, overflater og rom – håse eller skingrande røyster, pipeyldar, hjartebank, ru logl mjuk hud, skrik – det er eit overherredømme over det som er synleg, og er desto meir bydande fordi det knyter makt og død til seg. Det som løyner og faldar inn, nattas teppe over sanninga, er paradoksal nok livet; og døden derimot, opnar opp for dagens lys kroppens svarte kiste: dunkelt liv, gjennomslitig død, den vestlege verdas eldste imaginære verdjar kryssar kvarandre her i ein merkeleg vrangkonstruksjon som er sjølvve meininga i den patologiske anatomen [– som] var besett av det absolutte auget som gjer livet til kadaver, og som i liket gjenopppdagar livets skårpelege, avrivne nervetråd (166).

Om den kosnaden det har hatt for språket at innsikta i sjukdommanes individuelle preg er erkjent, seier Foucault at den kliniske anatomiens innsikter ikkje lenger knyter seg til noko

håp om å gjere det sansa semantisk eller betydningberande. Anatomiens innsikter har kunna nåast berre gjennom ei motsetnadsfull verksemd: å "strekke språket fullstendig atrende til det området der det sansa, med dets særdrag, risikerer å falle utanfor ordets form og til slutt å bli umogleg å oppfarte med sansane fordi det ikkje er i stand til å la seg yre". "[Å oppdage] er å skyve språkets skumsløipe grenselinje litt lenger bakover [...] – å føre språket inn i det skuggelandskapet der blikket er fårøva ord" (169).

Liding kan ein òg lese ut av denne passasjen, der Foucault igjen yrar seg om det moderne menneskets paradoks:

Å ha kunnskap om livet er ikkje gitt til andre enn til den læretelege, reduktive og allereie infernalske viten som berre ønskjer livet dødt. Det blikket som faldar inn, kjærteiknar, skil ut i detaljar og atomiserer det mest individuelle stykke kjøt, og reknar opp dets løynde bitar, er det fast fokuserte, vaksame og beint fram oppspilte blikket som – frå dødens høgdedrag – allereie har dømt livet (171).

Desse sekvensane mot slutten av boka er framsette i negasjonens paradoksale språk, som i mangt minner mykje om Maurice Blanchots refleksjonar over det moderne menneskets og språkets motsetnadsfulle konstruksjon – med eit liv gitt på vilkår av ein endeleg død, som jannvel den ikkje kan erfarast i sin essens, men berre på grensa, i ein viss forstrand "utanfrå"? Uran eit heilskapleg, positivitertens liv; utan den totale, altonsluttande død – detre er vilkåra i det moderne. Og det er mulighetsvilkåra for så vel moderne prosafiksjon som den patologisk-kliniske praksisen som styrer helsa vår, og som legevitenskapen har kunna etablere til nå.

Det er ifølgje Foucault berre fordi sjukdom eksisterer i det usynlege, "døde" rommet som er fjerna frå værens nærverare at den kan bringast fram i lyset, framfor blikket – dvs. inn i den synligheten som vi ved å forstille oss sjølv, *førevillier* oss som værens nærverare.

VI

Kva så med Foucaults eigen teikn- og kunnskapsteoretiske posisjon i *Klinikkens fødsel*? Kva posisjon er hans eigen diskurs bygd opp rundt? Er den i samsvar med dei epistemologiske prinsippa

vi finn i klinikkens siste stadium, den patologiske anatomen, som han meiner har hatt så viktige konsekvensar for det moderne mennesket? – Her må vi kaste eit par raske blikk på bokas forord og konklusjon, og på litt av Foucaults øvrige produksjon.

Sjølv om det er kjent at Foucault seinare tok avstand frå at han var strukturalist, skriv han i *Klinikkens fødsel* at den er "ein strukturell studie som set seg føre å greie ut vilkåra for [legevitenskapens] historie ut frå diskursens forretta preg, slik andre av verka mine gjer" (xix). Sjølv meiner eg boka kjem nærmare ein *post-strukturalistisk* praksis, særleg ut frå den måten den behandler forholdet mellom signifikantar og signifikat på. Boka ser dette forholdet som eit spel med indre mooseingar og uoverensstemmelsar – innanfor kvar av dei tre historiske formsjonane Foucault etablerer.

Det er òg kjent at det i debatten kring Foucault er blitt framhalde at han *ikke* arbeider med forholdet mellom signifikant og signifikat i (høg)strukturellistisk forstand, men som ein motsetnad mellom det artikulerbare og det synlege, eller mellom "statements" og "visibilityes". Men i *Klinikkens fødsel* skriv han sjølvt at han studerer forholdet mellom signifikantar og signifikat. Og tar vi med Gilles Deleuze si presisering: at både det synlege og det artikulerbare har så vel ei form som ein substans, og at der ikkje er symbolisering eller kausalitet mellom dei to¹⁰ (noko nyretorikk, dekonstruksjon og post-strukturalisme neppje vil vere usande i) – er det etter mitt syn råd å halde fast ved at det Foucault studerer i denne boka, er forholdet mellom signifikantar og signifikat. Som post-strukturalist. Og kanskje jamvel som dekonstruksjonist.

Sjølvt om han frå *The Archaeology of Knowledge* (1969) av, og i samband med revideringa av *Klinikkens fødsel* i 1972, meinte at "statements" har forrang over "visibilityes", og jamvel om metoden hans går ut på at "statements" må ekstraherast frå det som positivt er sagt av historias aktørar, og "visibilityes" må ekstraherast frå det som positivt er sett – så er det viktigaste å halde fast ved at Foucault meiner at det *ikke* finst isomorfi, samanfali eller konformitet mellom dei to. "Ord" og "ting" fell aldri saman. Dette synet, denne dissemineringa, kjem etter mitt

syn svært nær det Paul de Man snakkar om, når han i drøfinga av figurspråkets to hovudtropar – allegori og ironi – hevdar ein uoverbyggeleg temporal avstand mellom signifikant og signifikat, eller mellom medvit og Natur, som han seier der.¹¹

Mitt syn på at *post-strukturalismens* signifikant og signifikat svarar til Foucaults begrep om det artikulerbare og det synlege, "statements" og "visibilityes", baserer seg på visse parallellar i det som konstituerer dei to begreppara. Mellom begrepa i kvart par finst ei førestilling om avstand eller brot. Det er i begge begreppar aldri snakk om at uttrykket knyter seg fast til ei mening, satt av eit teisk medvit. Vidare er der heller inga symbolisering mellom begrepa i dei to para. Til og med Foucaults syn, etter kvart, om at "statements" har prioritet over "visibilityes", svarar til den forrang som post-strukturalismen og dekonstruksjonen har gitt signifikantens spel over eit eventuelt signifikat.

Godtar vi desse parallellane mellom på den eine sida post-strukturalistisk forståtte signifikantar og signifikat, og på den andre Foucaults "statements" og "visibilityes", kan det hjelpe oss til eit betre innsyn i kva fundamentale innsikter om disseminering som eit mulighetsvilkår for kunnskap som er sett på dagsorden av Foucault. Kunnskap er kombineringa, på ulike nivå av den historiske formasjonen, av signifikantar og signifikat som aldri fell saman (jamvel om dei historisk kan ha vore erfart som samanfallande), men som kan nærme seg kvarandre og fjerne seg frå kvarandre med eit irrasjonelt òp, ein avstand mellom seg.

Men så blir spørsmålet, som Deleuze formulerer: Hvis signifikanten kan bestemme signifikater, hvis "statements" kan bestemme "visibilityes", i eit spel *ad infinitum*, korleis kan då (kunnskaps)objektet hindrast frå å bli *fullstendig* borte? Det er her Foucault innfører ein *tredje* instans, i tillegg til signifikantar og signifikat, som forklarande kan relaterte dei to til kvarandre, og kan kaste nytt lys over forholdet mellom dei, nytt lys over språkets endelausa rørsle mot eit tomrom der tinga ikkje ville kunne nåast lenger. Denne instansen, som finst i *Klinikkens fødsel*, og som for øvrig finst frå dei tidlege 70-åra av i Foucaults produksjon, er *Makta*, og assosiert med den: *Døden*.¹² Dette

måtte nødvendigvis vere ein instrans kjenneteikna ved *fråværet*. Makta til dødelege krefter gjennomstyrer og trugar kunnskapens to former — det synlege og det seielege — og det er den som gjer det klart for Foucault kvifor signifikanten og signifikatet aldri fell saman. Maktas og dødens krefter leverer den *endeligbet*, den *finalitet*, som trengst som mulighetsvilkår for etablering av mening og kunnskap under kampen mellom "statement" og "visibilitet". Men med innsikta i Dødens Makt forsvinn samstundes eitkvart håp om eit "meningsfullt" liv i daglegdags forstrand. Og med tilvising til Peter Brooks, er heller ikkje den mening og kunnskap som dødens finalitet gir vilkår for, noko som kan gripast varande og nært. Mening og liv blir undergravne av sine trugande motpolar.

I hans eigen sjølvrefleksjon over metoden i *Klinikkens fødsel*, ser ein at Foucault er høgst klar over følgjene av det aldri avsluttra spelet mellom signifikant og signifikat: at det aldri kan stoppast i eit nærvere av full mening. For når han reflekterer over paradoksa i *den kritiske kommentaren* (han meiner det er kritisk kommentar han sjølv som lesande utfører i denne boka), fell synet hans saman med dekonstruksjonens syn: At den kritiske kommentaren, når den freistar å seie kva som ein gong vart sagt, paradoksal nok må seie på ny det som aldri vart sagt; at kommentaren går ut frå at dette usagte finst sovande i talen, på samme tid som kommentaren paradoksal går ut frå at signifikanten har gitt stemme til eit innhald som aldri vart eksplisitt betelkna. Det finst altså alltid tilbake noko som kommentaren må få la lov til å tale, medan signifikanten, som fungerer med ei uspesifisert meningsoverflod, alltid får oss til å spørje kva den betyr. Slik blir både signifikant og signifikat autonome storleikar. Signifikanten blir belasta med signifikat som den ikkje kan kontrollere. Når kommentaren så skal oversetje det kommenterte, blir overseiinga(ane) berre til (metonymiske) substitutt i ein endelaus, open serie av diskursive repetisjonar (xvi f.). Her er Foucault heilt på linje med Paul de Man, som ser kommentaren som allegori i tydinga endelaus repetisjon og substitusjon, der kvar lesing står overfor signifikat som endelaust fjernar seg bak signifikantane, utan kontroll. — Det einaste som kan etablere totaliserande, samanhengande (metaforisk) mening og

kunnskap, er (med Benjamin og Brooks) eit satt endepunkt, ein terminus av "dødens" merke — men også dén gev grunnen under den nådde meninga ved å gjere den terminert, "forbi", om inkje.

Men: Når Foucault så skal antryde det konkrete grunnlaget for sin eigen arkeologi, prøver han merkeleg nok teoretisk å *umgå* spelet mellom signifikant og signifikat. Her vender han seg bratt imot si eiga nyss uttrykte innsikt: "Er det ikkje mogleg å gjennomføre ein strukturell diskursanalyse som ville unngå kommentarens lagnad ved å anta at det ikkje fanst noko tilbake, og ikkje fanst noko ut over det som er blitt sagt, men berre det faktum som finst i den historiske ovringa? Diskursens fakta måtte då behandlast — ikkje som autonome kjernar for uavgrensa signifikasjon, men som hendingar og funksjonelle segment som gradvis kom saman for å danne eit system" (xvii). I dette tilfellet ville "statement" *ess* mening *ikkje* vere noko skjult, meiner han, men vil vere definert av "den forskjellen som artikulere det mot andre reelle eller moglege "statements" som er samtidige med det, eller som det står i opposisjon til gjennom tidas lineære seriar". Slik vil Foucault etablere "ein systematisk historie av diskursar" (xvii).

Det problematiske i desse avsnitta av den sjølvrefleksive kommentaren hans, er at han *nå*, etter å ha lagt for dagen innsikter parallelle med post-strukturalisme og dekonstruksjon på sidene før, brått førestiller seg eit meir uproblematisk "studieobjekt", som skulle kunne vise — ikkje heterogenitet, men homogent samanfåll mellom signifikantar og signifikat. — Her må det kunne innvendast at i det minste er Foucault sjølv og hans egne kritiske kommentarar fjerna i tid og rom, ved ein uoverbyggelige avgrunn, frå det samanfallet mellom historiske signifikantar og signifikat som han her førestiller seg. Korleis kan medvitret hans om denne differensen her få han til å sjå bort frå ein tilsvarende differens mellom dei "statements" og "visibilities" han forsøker å utforske? Når i tillegg heile studien hans nettopp leggs vekt på og konsekvent framhevar denne differensen?

Når Foucault i desse merkelege avsnitta meiner seg å tru at han i studien sin ser bakanfor til "eit område der 'tinga' og 'orda' ennå ikkje er blitt sklida frå kvarandre", til "den talte

strukturen av det som er sansa" (xi), då *seier* han at han gjer éin ting, medan heile boka elles er eit argument for at han gjer noko heilt anna. For, som vi hugsar, har han i kvert historisk paradigme, i kvar historisk formasjon i utviklinga av klinikken og legevitenskapen, gjennomgåande lagt vekt på å få fram i lyset motsetningane mellom "statements" og "visibilities", dei indre konfliktane, som har gjort at epistemologien har blitt invertert, igjen og igjen. Og desse motsetningane har han jamvel peikt på også der trua på samanfll mellom signifikantar og signifikat historisk sett var på det mest lukkelege, som i den eigentlege klinikken.

Mitt eige syn er at Foucault faktisk, i praksis og i sjølvkritisk teori, bortsett frå dei merkelege avsnitta eg nettopp har kommentert, held seg til dei epistemologiske grunnprinsippa som han viser fram i samband med oppkomsten av dei moderne i og med den kliniske anatomen. Desse epistemologiske grunnprinsippa opererer med spatiale figurar og differensielle relasjonar som viktige aksiom, mao. med språkets og sansingas figuraltet, og bryt med strukturalismens (men ikkje Saussures!) førestillingar om eit sentrum i teiknet og i strukturen. Slik blir òg Foucaults eigen "semiotologi" til ein "retorikk", som i det minste på nokre punkt eg har dvelt ved, set han på linje med Derrida og de Man.

Avslutningsvis bør det kanskje framhevast at ein del av styrken ved studien hans, er at han viser kortleis dei moderne sitt frambror og sjølvmedvit inntreffar om lag hundre år tidlegare enn det har vore vanleg å meine. Dette synet har han felles med ei rekke forskarar som har levert sine modernitetsstudiar etter Foucault. Foucault var svært tidleg ute med dette synet.

Desutan gir han positivismen ei radikal ny vurdering. Når han "les" positivismen vertikalt, i dens forskjellige strata, får han fram element i den tidlege delen av den, som ein før meinte høyrde til humanvitenskapane berre frå *slutten* av forrige hundreår.

Den moderne erfaringa han dveler så mykje ved i samband med den kliniske anatomen, knyter han altså til erkjenninga av *Døden* og til *Lova om finaltet*, og til *Makta*. Uan denne erkjenninga, ville modernitets-erfaringa neppe ha vore det den er. Mennesket er altså ikkje blitt "fritt" eller "friare" i dei moderne,

snarare tvert om: det er blitt beleira og dødsdømt. Men etter kvart som denne innsikta har festna seg i dei moderne mennesket, kan ein kanskje seie at erkjenninga av den paradoksale måten som kunnskap blir til på i dei moderne, moglegvis òg har gjort mennesket betre rusta til å bekjempe den autoritære undertrykkinga som det blir halde fast i av dei kursane som framleis i dag hevdar at mennesket er "fritt".

NOTAR:

- 1 Tekstgrunnlaget for dette essayet er Michel Foucault, *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, trans. A.M. Sheridan Smith, Vintage, New York, 1975. I sitata i det følgjande er omsetjingane mine. - Opphavleg vart Foucaults studie utgitt som *Naissance de la Clinique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- 2 Maurice Blanchot, "Literature and the Right to Death", *The Gaze of Ophelus' and other Literary Essays*, ed. P. Adams Sitney, Station Hill, Barrytown, 1981, ss. 21-62; og "The Outside, The Night", *The Space of Literature*, UNP, Lincoln and London, 1982, ss. 163-170.
- 3 Peter Brooks, *Reading for the Plot. Design and Intention in Narrative*, Vintage, New York, 1985.
- 4 Eit understøttande sitat frå Peter Brooks: "Den enkle overtydinga mi er difor at det å fortelje har noko å gjere med avgrensing i tid, og at ploret er den indre logikken i dødelighetens diskurs. // Walter Benjamin har slått fast dette poenget på den enklaste og den mest ekstreme måten ved å hevde at det vi søljer i narrativedøden som skriv *finis* til livet og slik tilfører det meininga si" (22).
- 5 M.a. i ei lesing av Balzacs roman *La Peau de chagrin* finn Brooks "figurert fortellingas kontradiktoriske begjer, rettinga framover mot den slutten som både ville vere forteljings destruksjon og dens meining, utstrekt langs dei metonymiske skinnene som rettar seg mot den slutten utan nokon gong heilt å bli i stand til å seie sluttpunktet" (58).
- 6 Jf. t.d. Jacques Derrida, "Différance", *Margins of Philosophy*, UCP, Chicago, 1982, ss. 1-27; og Paul de Man, "The Rhetoric of Temporality", *Blindness and Insight*, UMP, Minneapolis, 1983, ss. 187-228.
- 7 Foucault utdypar ytterlegare klinikken praksis og hevdar at klinikken var berar av ein myre om eit Reint Blikke som ville vere Reint Språk: eit *talende øye* (114). Kunnskapen, meinte klinikarane, vart etablert ved at ein ytra det ein såg. Her låg det mao. ei problematisk realistisk-nominalistisk holdning som gjekk ut på at ein trudde at alt synleg var seieleg, og at det var synleg fullt ut fordi det var seieleg (115). Myten om transparens mellom det synlege og det seielege hindra klinikkarane i å problematisere den bakanfølgjande oppfanninga si av språket, som mynen i sin tur bygde på (117).
- 8 Jf. Jacques Derrida, "Différance", *op.cit.*
- 9 Jf. Blanchot, *op.cit.*
- 10 Gilles Deleuze, *Foucault*, UMP, Minneapolis, 1988, ss. 47-69.
- 11 Paul de Man, "The Rhetoric of Temporality", *op.cit.*
- 12 Deleuze, *op.cit.*, ss. 68f.

Innhold:

INGMAR MELAND
Sartre og saga om "vond tru"

HANS MARIUS HANSTEEEN
Tid, tragedie, ironi
*Imffallsnikken til Den protestantiske etikk
og kapitalismens ånd*

BJARNE MARKUSSEN
Platons *Faidros* og retorikken
Med en omtale av statsministerens Ullensvangsråle

ESPEN J. AARSETH
*Fra I Ching til Gybenpace
Den ikkeklineare tekstens retorikk*

GISLE SELNES
Narrativ kritikk hos Borges og Cortázar

ESPEN J. AARSETH
To tekster søker en narratolog
Hypertekst og eventyrspill som tekstmell subversjon og fornyelse

PER ARNE MICHELSEN
Kort om en korrtreksi

LARS SETRE
Heilskap og forsvinning
*Lesing og andre kunnskapsteoretiske problem i
Michel Foucaults Klinikkenes fødsel*

SPK

Senter for
europæiske kulturstudier

KULTURTEKSTER • 2

ISBN: 82-91320-01-2

Nr. 2 i Retorisk Forums serie

FORTELLINGENS RETORIKK

KULTURTEKSTER • 2



Fortellingens
retorikk

FORTELLINGENS RETORIKK

RED:

GISLE SEINES, ARILD UTAKER, VIDAR WAAG



SENTER FOR EUROPEISKE KULTURSTUDIER

Senter for europeiske kulturstudier, 1993
Boken er satt med 12/13 pt. Garamond
på Universitetet i Bergens trykkeri.
Filmer: Universitetet i Bergen, Edb-senteret
Trykk: A.s Th. Borge Lito-Overtrykk, Bergen

ISBN: 82-91320-01-2

Forsidefoto: Jonas Ekkebørg

Introduksjon

Fortellingens retorikk inneholder sju bidrag av fem forfattere, alle med tilknytning til Retorisk Forums virksomhet. Temaet 'Narrativitet og retorikk' er hentet fra en seminarrekke som ble holdt over to helger høsten 1992 og våren 1993. Herfra er også vel halvparten (fire av sju) av de tekstene som utgjør dette nummeret, hentet.

Dette er tilfelle med de to tekstene som åpner denne boken, Ingmar Melands "Sartre og saga om 'vond tru'" og Hans Marius Hansteens "Tid, tragedie, ironi", som begge ble holdt som innlegg på seminarers første del, i desember 1992. Meland tar for seg eksistensielle aporier i J.-P. Sartres *Væren og intet*, og knytter disse til tidslige aporier slik de finnes omtalt i Husserls fenomenologi og Ricoeurs narrativets-filosofi. En narratologisk analyse av Sartres eksempler (fortellinger) om "vond tru" viser hvordan disse hviler på en "dypsemantikk" der strevet, kjærligheten, vennskapet og døden både er tematiske (filosofiske) og litterære (narrative) størrelser. Meland konkluderer bl. a. med følgende bemerkning om forholdet mellom eksistens og temporalitet: "Handlinga veit at det ikkje er slutt før det er slutt og gløymmer at slutten alltid allerede er der."

I "Tid, tragedie, ironi" tar Hans Marius Hansteen utgangspunkt i "ei av dei eksampleriske framstillingane av moderniteten", nemlig Max Webers *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*. Artikkelen forsøker å synliggjøre hvordan sosiologien preger vår kulturelle og politiske selvtolkning gjennom sine narrative mønstre. Hansteen viser bl. a. hvordan tidsoppfatningen henger sammen både med kapitalismens fremvekst og Webers fremstilling av den, som ifølge forfatteren antar tragiske dimensjoner.

Bjarne Markussens bidrag "Platons *Faidros* og retorikken" er skrevet på bakgrunn av en møterekke om Platons dialoger *Gorgias* og *Faidros*, holdt i 1991. I dialogens form diskuterer Sofus og Frøydís (avbrutt av badevakten) både det synet på språk som tematiseres i *Faidros*, og de retoriske strategier som ligger til grunn for Sokrates' avvísning av retorikken. Hans skille mellom sannhet og sannsynlighet, der filosofen er sann og retorikken bare sannsynlig, holder ifølge Sofus ikke stikk: "Også filosofen er forankret i det sannsynlige på et eller annet (begreps-) nivå." Dialogen avsluttes med en retorisk analyse av Brundtlands såkalte "Ullensvangstale", der det hevdes at mytiske begreper og narrative strukturer "inngår i en beregnende retorikk, innrettet på å usynliggjøre andre perspektiver og fjerne berettiget tvil."

Espen Aarseths første bidrag, "Fra *I Ching* til *Gybenpace*", ble holdt som foredrag høsten 1992. Artikkelen kaster et historisk blikk på den ikke-lineære teksten, som defineres som "en tekst som ikke kan representeres utvetydig som en lang stripe bokstaver, men (...) hvor forskjellige sekvenser realiseres fra lesning til lesning." Dette prinsippet føres helt tilbake til den kinesiske *I Ching* fra ca. år 3000 f. kr. Men det er de nye variantene, muliggjort av datamaskinens alminnelige utbredelse, som her vises størst oppmerksomhet. Ikke-lineariteten er også et av temaene for Gisle Selnes' bidrag "Narrativ kritikk hos Borges og Cortázar", som er en omarbeidet versjon av et innlegg holdt på RFs andre narrativitet-seminar, i mars 1993. Her behandles kritikken av narrativiteten som litterær modus gjennom eksempler fra de to argentinske prosa-forfatterne J. L. Borges og J. Cortázar. De teoretiske implikasjonene av denne kritikken belyses gjennom ulike narratologiske skrifter fra dansk, fransk og angloamerikansk tradisjon. Narratologien står også sentralt i Aarseths andre bidrag, "To tekster søker en narratolog", som ble holdt som innlegg ved samme anledning. Her belyses tekstmediene hypertext og evenyrspill gjennom narratologiens grunnleggende begreper. Aarseth viser hvordan disse vanskelig lar seg fange av en tradisjonell oppfatning av narrativitet, og kontrasterer hypertexten med både klassiske og modernistiske fortellinger.

Per Arne Michelsens "Kort om en korttekst" er et biprodukt av et langvarig arbeid med Dag Solstrads forfatterkap. Michelsen innledet om Solstrads romaner våren 1991. I den teksten som trykkes her, knytter han noen kommentarer til Solstrads korttekst "Moskvå", på en måte som griper inn i den samme tematikken som de to foregående bidragstypene. Michelsen viser hvordan "fortelleren i denne teksten ikke primært vil fortelle", og han konsentrerer seg om det han kaller for "de antifortellende elementene i teksten".

Fortellingens retorikk avsluttes av Lars Sætres artikkel "Helskap og forsvinning", holdt som forelesning høsten 1991. Sætre skriver om Foucaults arkeologiske undersøkelse av "det medisinske blikket" slik det blir fremstilt i boken *Klinikkens fødsel*. Artikkelen er en grundig gjennomgang av de ulike "forståelseskategoriene" som Foucault opererer med i sin historiske utlegning, samtidig som disse problematiseres mht. Foucaults egen fremstilling. På denne måten tematiseres både Foucaults og legevitenskapens oppfatning av sykdommens symptomer som *tegn*, og ifølge Sætre viser disse en slående overensstemmelse med poststrukturalistiske teorier. Med den økende bevisstheten om et manglende (temporalt) sammenfall mellom symptom og sykdom (signifikant og signifikat), gis sykdommens kropp (og lesningen av den) også en narrativ dimensjon.

Retorisk forum redigerte i 1991 *Agoras* temanummer om retorikk (4/91). Dette nummeret kan leses som fortellingen om RFs virksomhet i perioden 1989-1991. *Fortellingens retorikk* blir da et nytt kapittel i denne historien, der handlingen føres frem til fortellingens nåtid, dvs. sommeren 1993.

G. S. og V. W.