

ČÁST II.

SOCIÁLNÍ IATROGENEZE

2. MEDICINALIZACE ŽIVOTA

Politický přenos iatrogenního onemocnění

Až donedávna se medicína pokoušela podpořit a posílit některé přirozené procesy. Starala se, aby se rány hojily, krev srážela a bakterie byly zneškodňovány přirozenou imunitou. Nyní se snaží uskutečnit sny rozumu. Například perorální antikoncepce je předepisována, aby „zabránila normálním dějům u zdravých osob“. Různé terapie nutí organismus do interakce s molekulami nebo s přístroji způsobem, který v dosavadním vývoji nemá obdobu. Transplantované tkáňové štěpy vyžadují úplnou likvidaci určité části geneticky programované imunitní obrany. Vztah mezi zájmem pacienta a úspěchem každého specialisty, který manipuluje některým z jeho „stavů“, nemůže být nadále považován za samozřejmost; musí být prokázán a příspěvek medicíny ku prospěchu společnosti ovlivněním nemocí musí být ověřen, a to nezávisle, mimo lékařskou profesi. Jakékoliv obvinění medicíny z klinického poškození je jen prvním krokem poukazujícím na patogenní medicínu. Udupaná cesta v obilí je pouze připomínkou větších škod, které šlechtic vesnici napáchal při svém honu.

Sociální iatrogenze

Medicína ohrožuje zdraví nejen přímou agresí proti jedincům, ale také dopady svých sociálních organizací na celkové prostředí. Tam, kde je medicínské poškození zdraví jedince tvořeno cestou sociálního a politického šíření, budu mluvit o „sociální iatrogenzi“. Tento pojem označuje všechna postižení zdraví, ke kterým došlo v důsledku socioekonomických transformací, které se staly dostatečně přitažlivými, dostupnými či nezbytnými díky institucionálnímu formování skutečností ve prospěch zdravotní péče.

Sociální iatrogenese popisuje kategorii příčin, které mají mnoho podob. Získává je tehdy, když medicínská byrokracie vytváří nezdravé prostředí zvyšováním stresu, posilováním zneschopňující závislosti, vytvářením nových trapných potřeb, snižováním úrovně tolerance bolesti a nepohody, omezováním manévrovacího prostoru trpícím lidem a nakonec zrušením práva na samostatnou péči o sebe. Sociální iatrogenese se ujímá moci, když se zdravotní péče změní ve standardizovanou položku, ve zboží; když všichni trpící musí být „hospitalizováni“, a domovy přestávají být pohostinným místem, kde lze rodit, trpět a umírat; když se jazyk, jímž lidé popisují své tělesné pocity, mění v byrokratickou hatmatilku nebo kde je utrpení, truchlení a hojení mimo patientskou roli označováno za deviaci.

Monopol medicíny

Stejně jako její klinická sestra také sociální iatrogenese může z náhodného případu přerůst v nedílnou součást a charakteristiku medicínského systému. Když intenzita biomedicínských zákroků překročí kritickou mez, klinická iatrogenese se změní z omylu, nehody či chyby v neléčitelnou perverzii medicínské praxe. Stejným způsobem se stává sociální iatrogenese hlavním produktem medicínské organizace, když profesionální autonomie degeneruje v radikální monopol a lidé přestanou být schopni přiměřeně zacházet se svým okolím. Radikální monopol jde hlouběji než monopol jakékoliv korporace či jakékoliv vlády. Nabývá mnoha podob. Jsou-li města budována s ohledem na automobily, znehodnocují přirozenou chůzi; když školy brání samostatnému učení, devalvují autodidakty; když nemocnice naberou všechny lidi v kritickém stavu, vnucují společnosti novou formu umírání. Běžné monopoly vymezuje trh; radikální monopoly zabraňují lidem konat přirozeným způsobem a dělat věci po svém. Komerční monopol omezuje pohyb zboží; zákeřnější sociální monopol paralyzuje pohyb netržních hodnot. Radikální monopoly ovlivňují stále více svobodu a nezávislost. Předstírají, že poskytují celospolečenskou náhradu užitečných hodnot přestavěním podmínek prostředí a „přiměřenou úpravou“ těch obecných charakteristik, které lidem zajišťovaly schopnost postarat se o své záležitosti. Intenzivní vzdělávání mění autodidakty v nezaměstnatelné osoby, intenzifikované zemědělství farmářům ničí možnost obživy a masivní nasazení policie podřívá ve společenství možnosti vlastní kontroly. Malígní rozšíření medicíny má srovnatelné výsledky: proměňuje samoléčbu

a vzájemnou péči v přestupky a zločiny. Stejně jako se klinická iatrogenese stává neléčitelnou, když dosáhne kritické intenzity, a může být zrušena jedině vyhlášením úpadku celého podniku, může být sociální iatrogenese zrušena jedině politickou akcí, která omezí profesionální dominanci.

Radikální monopol žije sám ze sebe. Iatrogenní medicína posiluje nemocnou společnost, v níž se sociální kontroly populace podléhající medicínskému systému mění v zásadní ekonomické aktivity. Slouží k legitimizaci sociálních úprav do podoby, která není přizpůsobena většině lidí. Značuje handicapované jako neschopné, a pěstuje tak nové kategorie pacientů. Lidé, kteří jsou rozhořčeni, vyčerpáni a poškozováni charakterem průmyslové práce a průmyslovým způsobem odpočinku, mohou utéct jen do života pod medicínským dohledem a zde jsou buď svedeni, nebo diskvalifikováni z politického boje za zdravější svět.

Sociální iatrogenese není zatím považována za obvyklou příčinu nemoci. Kdyby se stalo zřejmým, že diagnóza často slouží jako prostředek, s jehož pomocí se obracejí politické stížnosti proti narůstajícímu stresu v požadavky na další způsoby léčby, které mají většinou velmi drahé a zatěžující výstupy, industriální systém by ztratil jednu ze svých nejvýznamnějších obran. Uvědomění si toho, v jaké míře probíhá politická propagace nezdravé iatrogenese, by současně mohlo otřást základy medicínské moci daleko podstatněji než katalog plný medicínských technických pochybení.

Je léčení hodnotově neutrální?

Problematika sociální iatrogenese se často směšuje s diagnostickou autoritou lékaře. Lékaři ve snaze zlehčit a popřít tento problém, a ochránit tak svou pověst a pozici, argumentují tím, co je zřejmé: že medicínu nelze praktikovat bez iatrogenního vytvoření diagnózy. Medicína vždy vytváří z nemoci sociální stav. Uznávaný léčitel zajišťuje nemocnému jedinci sociální možnosti pro to, aby se mohl chovat jako pacient. Každá kultura má své charakteristické pojetí nemoci a také svou jedinečnou hygienickou masku. Nemoc získává své charakteristiky od lékaře, který obsazuje herce do jedné z dostupných rolí. Prohlásit lidi za legitimně nemocné patří neodmyslitelně k lékařově moci, stejně jako patří jedovatý potenciál k léku, který je účinný. Medicinman vládne jedům a kouzlům. Jediný řecký název pro „lék“ – *farmakon* – nerozlišoval mezi účinkem, který léčí, a účinkem, který zabíjí.

Medicína představuje morální počínání, a proto nutně poskytuje prostor pro dobro i zlo. V každém společenství medicína, stejně jako zákony nebo náboženství definuje, co je normální, správné nebo žádoucí. Medicína má pravomoc označit stížnosti a obtíže u jednoho člověka za skutečnou nemoc, druhého vyhlásit za nemocného, přestože si na nic nestěžuje, a třetímu odmítnout sociálně uznat jeho bolest, neschopnost a třeba i smrt. Je to medicína, která dá některé bolesti pečeť „pouze subjektivní“, která označí některou neschopnost za simulaci a některá úmrtí – a jiná zase ne – za sebevraždu. Soudce rozhoduje o tom, kdo je v právu a kdo je vinen. Kněz prohlašuje, co je svaté a kdo porušil tabu. Lékař rozhoduje, co je jen obtíž a kdo je nemocný. Je morálním podnikatelem vybaveným inkvizitorskou mocí dovolující mu dopátrat se v některých špatnostech naprosté správnosti. Medicína, stejně jako všichni křižáci vytváří novou skupinu outsiderů ve chvíli, kdy vytváří novou diagnostickou nálepkou. Morálka je tak vlastní nemocí, jako je vlastní zločinu nebo hříchu.

V primitivních společenstvích je zřejmé, že při výcviku v medicínských dovednostech se uplatňují také morální síly. Nikdo by se neobrátit na medicínmana, dokud by si nebyl jist, že je to člověk, který má schopnost rozlišit zlé a dobré duchy. Ve vyšší společnosti se tato moc rozrůstá. Zde je medicína oblastí specialistů, kteří ji provozují na plný úvazek a kteří prostřednictvím byrokratických institucí ovládají rozsáhlé populace. Tito specialisté vytvářejí profese, které uplatňují jedinečné způsoby kontroly nad svou vlastní prací. Na rozdíl od odborů vděčí tyto profese za svou samostatnost tomu, že nabízejí spíše důvěru než vítězství v boji, který vedou. Na rozdíl od cechů určujících pouze, kdo smí pracovat a jakým způsobem, určují tyto profese také to, jaká práce by měla být vykonána. V USA vděčí lékařská profese za svou nesmírnou autoritu reformám lékařských fakult provedeným ještě před první světovou válkou. Lékařská profese je manifestací jednoho konkrétního způsobu vlády nad strukturou třídní moci, kterou získaly elity vzdělané na univerzitách. Jedině lékaři nyní „vědí“, co představuje nemoc, kdo je nemocný a co by mělo být pro nemocného uděláno a také pro ty, kteří se ocitají ve *specifickém riziku*. Západní medicína, která trvala na tom, že uplatňuje svou moc mimo oblasti víry a práva, do nich paradoxně bezprecedentním způsobem zasahuje. V některých industriálních společenstvích je sociální značkování medicinalizováno až tak, že prakticky každá odchylka od normálu má svou medicínskou diagnózu. Zatemnění zřetelné morální složky v medicínské diagnóze tak dodává Aeskulapově autoritě totalitární moc.

Rozvod medicíny a morálky byl obhajován na základě medicínských kategorií, které na rozdíl od práva nebo náboženství spočívají na vědeckých základech, a proto jsou osvobozeny od morálního hodnocení. Soudy a právo obecně, pokud nejsou využívány k posilování Aeskulapova monopolu, se mění ve vrátne v nemocnicích, kteří vybírají mezi svými klienty takové, kteří odpovídají lékařským kritériím. Nemocnice se mění v pomníky narcistní vědeckosti, v konkrétní zhmotnění těch profesionálních předsudků, které byly snad tvůrčí ve chvílích, kdy vznikaly, ale které byly již zastaralé, když se uváděly do praxe. Technické podnikání lékařů si nárokuje hodnotově neutrální moc. Je jasné, že v těchto kontextech je snadné vyhýbat se problematice sociální iatrogenese, kterou se zabývám. Politicky zprostředkované medicínské poškození se tak jeví jako neodmyslitelně patřící k medicínskému mandátu a jeho kritici vypadají jako sofisté snažící se legalizovat laické vstupy do oblastí, které spravuje medicína. A přesně z tohoto důvodu se laická kontrola sociální iatrogenese jeví jako naléhavá. Vyhlášení léčebné kúry a péče za hodnotově neutrální je očividně zhoubný nesmysl, a touto cestou by se oslabil všechna tabu, která zaštiťovala neodpovědnou medicínu.

Medicinalizace rozpočtu

Nejšikovnějším způsobem medicinalizace života je odebrání podílu z typického ročního příjmu a jeho utracení podle příkazu doktorů. Před rokem 1950 tyto výdaje v USA činily méně než měsíční příjem, ale v polovině sedmdesátých let se už jednalo o ekvivalent pěti- až sedmitýdenní průměrné mzdy pracujícího člověka, která byla použita na nákup medicínských služeb. Za zdravotní péči Spojené státy nyní utratí kolem 95 miliard dolarů ročně, což představuje 8,4 procenta hrubého národního produktu z roku 1975; na toto číslo výdaje stouply ze 4,5 procent v roce 1962. Zatímco cenový index v USA stoupl v posledních dvaceti letech o 74 procenta, ceny medicínské péče vzrostly o 330 procent. Mezi roky 1950 a 1971 veřejné výdaje na zdravotní pojištění vzrostly desetkrát, výdaje na soukromé pojištění osmkrát a přímé platby ve zdravotnictví třikrát. Také celkové náklady dalších zemí, například Francie a Německa, se drží po boku výdajů amerických. Ve všech průmyslově rozvinutých zemích – atlantických, skandinávských i ve východní Evropě – je tempo růstu výdajů ve zdravotním sektoru rychlejší než růst hrubého národního produktu. I během

znehodnocující inflace stouply mezi roky 1969 a 1974 federální výdaje na zdravotnictví o více než 40 procent. Navíc medicinalizace národního rozpočtu není privilegiem jen bohatých; v Kolumbii, chudé zemi, která nechvalně upřednostňuje své bohaté, tvoří podíl výdajů na zdravotnictví více než 10 procent, stejně jako v Anglii.

Některé z těchto peněz připadnou na obohacení lékařů, kteří až do Francouzské revoluce vydělávali stejně jako řemeslníci. Několik z nich si žilo vždy dobře, ale mnoho jich zemřelo chudých. Přísloví „Jen málo právníků dobře zemře, jen málo doktorů dobře žije“ má své ekvivalenty ve většině evropských jazyků. Nyní se lékaři dostali na vrchol a v kapitalistické společnosti je vrchol skutečně vysoko. Ale bylo by nepřesné, kdybychom za chamtivost medicínské profese dávali vinu jen inflaci. Mnohem více mají na svědomí správně titulované papírové krysy, které začaly univerzity produkovat v padesátých letech: od těch s magisterskými tituly na supervizi zdravotních sester, s doktoráty na řízení nemocnic až po všechny nižší administrativní pozice, v nichž hledají byrokrati své zdroje. Cena za úřední spravování pacienta, jeho dokumentace, šeky, které vypisuje a které dostává, představuje čtvrták z každého dolaru na jeho účtu. Ještě více peněz míří k bankéřům; v některých případech takzvané „legitimní“ administrativní ceny v medicínském byznysu zdravotního pojištění stouply o sedmdesát procent ve srovnání s cenami v komerční sféře.

Ještě významnější je nová zaujatost pro podporu vysoké ceny nemocniční péče. Od roku 1950 vzrostly v USA ceny za denní pobyt pacienta ve veřejné nemocnici o 500 procent. Platba za péči v univerzitních nemocnicích roste ještě rychleji, a každých osm let se ztrojnásobuje. Ceny za administrativu přímo explodují a od roku 1964 se násobí číslem 7, ceny za laboratorní služby stouply pětkrát, a platy zdravotnických pracovníků dvakrát. Výstavba nemocnic nyní stojí neúměrných 85 000 dolarů za jedno lůžko, z nichž jsou dvě třetiny vybaveny mechanickým zařízením, které bude za deset let zastaralé. Tyto sazby téměř dvakrát převyšují vzestup cen za neméně obsoletní vybavení armády moderními zbrojnými systémy. Ministerstvo školství, zdravotnictví a sociální péče tak předčilo Pentagon. Mezi roky 1968 a 1970 náklady pojistného systému Medicaid narostly třikrát více než počet jeho klientů. V posledních čtyřech letech se finanční zisky nemocnic ze zdravotního pojištění téměř zdvojnásobily a platy lékařů rostly bezmála dvakrát rychleji, než bylo plánováno. V žádném jiném velkém odvětví civilní ekonomiky nebyl zaznamenán obdobný trvalý růst.

Je proto ironií, že se během tohoto jedinečného rozmachu zdravotní péče v USA zrodila další „priorita“. Krátce po startu této konjunktury začala klesat předpokládaná délka života dospělých amerických mužů a v současné době se předpokládá, že bude klesat dál. Úmrtnost amerických mužů mezi pětáctýřiceti a pětádesátými roky je přibližně stejná. Z každé stovky mužů, kteří se dožili pětáctýřicítky, se jenom devadesát dočká pětádesátých narozenin. Ale Spojené státy nyní začínají dohánět Švédsko, Německo, Belgie, Kanada, Francie i Švýcarsko; roste u nich jak úmrtnost mužů vázaná k jejich specifickému věku, tak suma vynakládaná na zdravotnictví.

Fenomenální vzestup cen za zdravotnické služby v USA je vysvětlován různě: někteří obviňují neracionální plánování, jiní zase stoupající ceny nových výmyslů, které lidé vyžadují od nemocniční péče. Nejběžnější současná interpretace se vztahuje k předplácení služeb. Nemocnice registrují dobře pojištěné pacienty, a místo aby zajistily dostupnost starších produktů efektivněji a levněji, jsou ekonomicky motivovány k vyhledávání nových a dražších postupů. Ze vzestupu cen jsou obviňovány měnící se produkty spíše než vyšší cena práce, špatná administrativa nebo nedostatečný technologický pokrok. Z této perspektivy se změna produktů jeví v jasné souvislosti se vzestupem pojistného krytí, což povzbuzuje nemocnice zajišťovat dražší produkty, než zákazník chce, potřebuje nebo by byl ochoten platit přímo. Ceny placené v hotovosti se zdají stále více umírněnější, ačkoliv služby nabízené nemocnicí jsou mnohem nákladnější. Pojištění pro nákladnou péči o těžkého pacienta je tak sebesilující proces, který umožňuje poskytovatelům péče požadovat větší objem finančních zdrojů. Jako prostředek proti takovýmto postupům doporučují někteří kritici jasnou informaci spotřebitelům péče o nákladech na léčbu, jiní, kteří nedůvěřují efektivnosti laické kontroly, doporučují mechanismy, jež by zvýšily úroveň informovanosti o cenách u poskytovatelů. Argumentují tím, že by lékaři ordinovali odpovědněji a méně bezohledně, kdyby byli placeni (stejně jako praktičtí lékaři ve Velké Británii nebo dnes v ČR) na „kapitační“ bázi, což by jim zajistilo pevnou částku za trvalou péči o klienty, spíše než odměnou za poskytnutou službu. Ale podobně jako všechna ostatní taková opatření, kapitace zvyšuje iatrogenní uchvácení *zásobou zdraví*. Lidé jsou ochotni zapomenout i na svoje životy, jen když dostanou takové množství léčby, jaké mohou dostat.

V Anglii se Národní zdravotní služba, i když zcela marně, snažila zajistit, aby inflace cen byla méně zaplevelena jasnými a vědomými podvody. Zákon o poskytování zdravotních služeb (National Health Service Act) z roku

1946 ustavil přístup ke zdravotním službám pro všechny, kteří je potřebují, jako základní lidské právo. Předpokládá se, že potřeba bude konečná a měřitelná, volební urny že budou tím nejlepším místem, kde se rozhodne o rozpočtu, a pak pouze lékařům bude příslušet stanovení zdrojů, které by uspokojily potřeby každého pacienta. Ale potřeby stanovené lékaři v praxi se v Anglii ukázaly být stejně rozsáhlé jako kdekoli jinde. Základ naděje v úspěch anglického zdravotního systému spočívá ve víře ve schopnost Angličanů odhadnout poměr nabídky a poptávky. Až do roku 1972 to šlo, alespoň ze zkušenosti jednoho autora, který sledoval ekonomiku britského zdravotnictví, „pomocí prostředků, které byly téměř hraniční, ale obecně považované za přijatelnější než hraniční schopnost platit“. Až do té doby činily náklady na zdravotní péči méně než šest procent hrubého národního důchodu, což odpovídalo deseti procentům veřejných výdajů. Soukromá praxe se scvrkla z původní poloviny veškeré péče na čtyři procenta. Přímé platby pacientů se držely na mimořádně nízkých pěti procentech celkových nákladů. Ale tento přísný závazek rovného přístupu zabránil pouze ohromujícímu a nesprávnému přesunu zdrojů do nového prestižního přístrojového vybavení, což se v USA stalo záhy výchozím bodem jejich všeobecné kritiky. Z politických a ekonomických důvodů prodělal po roce 1972 britský zdravotní systém traumatické změny. Počáteční úspěch zdravotní péče v kontrastu se současným zmatkem celého systému ukazuje, že tato cesta je nemožná. Odmedicinalizování léčebné péče je zde stejně nezbytné jako všude jinde. Anglie je také jednou z mála průmyslově vyspělých zemí, kde se u mužů předpokládaný věk dožití nesnižuje, ačkoliv chronických onemocnění u nich přibývá, tak jako o desetiletí dříve na druhé straně Atlantiku.

Informace o nákladech na zdravotní péči v bývalém SSSR je obtížné získat. Zdá se, že počet lékařů a počet dnů strávených v nemocnici na jednoho obyvatele se mezi roky 1960 a 1972 zdvojnásobil a náklady v tomto období vzrostly o 260 procent. Hlavní argument převahy tehdejšího sovětského zdravotnictví je stále založen na „profylaxi budované uvnitř samotného sociálního systému“, aniž by bylo jasné, zda tento postup ovlivňuje relativní nemocnost a péči ve srovnání s jinými průmyslovými státy na obdobném stupni rozvoje. Ale teorie, že léčení bude časem chřadnout stejně jako stát, se stala od roku 1932 kacířskou a zůstala jí dodnes.

Odlíšné politické systémy organizují patologie do různých chorob, a tak vytvářejí odlíšné kategorie požadavků, nabídek a neuspokojených potřeb.

Avšak bez ohledu na to, jak je nemoc vnímána, ceny léčení rostou na srovnatelné úrovni. Například Rusové limitují vyhláškou počet duševních poruch vyžadujících hospitalizaci: povolují pouze deset procent všech nemocničních lůžek pro tyto účely. Ale při nakládání s daným hrubým národním produktem vytvářejí všechny průmyslové země tentýž druh závislosti na lékařích a bez ohledu na ideologii a nozologii pokračují dál ve stejném přesvědčení. (Ovšem kapitalismus prokázal, že tak lze činit s mnohem většími sociálními náklady.) V polovině sedmdesátých let byla nutnost redukce nákladů hlavním omezením profesionálních aktivit.

Část národního bohatství, která je odváděna směrem k lékařům a vynaložena pod jejich kontrolou, se liší stát od státu, ale pohybuje se někde mezi desetinou až dvacetinou všech dostupných zdrojů. To však neznamená, že výdaje na zdraví průměrného občana v chudých zemích jsou úměrné k jeho průměrnému platu. Většina lidí nedostane absolutně nic. Devadesát procent veškerých financí určených na zdraví v rozvojových zemích není použito na hygienická opatření, ale na léčení nemocných, s výjimkou peněz určených na ošetření zdrojů pitné vody. Sedmdesát až osmdesát procent celého veřejného rozpočtu pro zdravotnictví směřuje na léčbu nemocných a péči o ně místo na rozvoj veřejného zdravotnictví. *Všude* je tedy většina peněz utrácena za stejné věci.

Všechny země si přejí nemocnice a mnoho z nich je chce mít vybavené neobvyklými moderními přístroji. Čím chudší země, tím vyšší je reálná cena každé položky inventáře. Moderní nemocniční lůžka, inkubátory, laboratoře, respirátory a operační sály stojí mnohem víc v Africe než u kolegů v Německu nebo ve Francii, kde jsou vyráběny: také se v tropech snadněji pokazí, hůře se zde opravují a jsou většinou neužívané. Pokud jde o cenu, totéž platí o lékařích, kteří jsou „dodáváni“ na míru k těmto přístrojům. Vzdělání chirurga operujícího na otevřeném srdci představuje srovnatelnou investici ať už přichází ze školského systému v Mexiku, nebo je synovcem brazilského kapitána poslaným na státní stipendium studovat do Hamburku. Spojené státy mohou být příliš chudé na to, aby zajistily dialyzační léčbu za 15 000 dolarů ročně všem těm občanům, kteří by ji potřebovali, ale Ghana je příliš chudá na to, aby lidem spravedlivě poskytla kontakt s lékaři primární péče. Sociálně kritické maximální ceny za položky, které mohou být rovnoměrně rozděleny, se liší stát od státu. Ale kdykoliv jsou využívány prostředky daňových poplatníků k financování léčebné péče nad kritickou cenu, systém zdravotní péče funguje nevyhnutelně jako

prostředek pro přesun moci od většiny, která platí daně, k těm pár vyvoleným, kteří jsou vybráni kvůli jejich penězům, vzdělání, rodinným vazbám nebo kvůli jejich zvláštnímu zájmu pro experimentujícího lékaře.

Jasnou formou vykořisťování je skutečnost, kdy čtyři pětiny reálných nákladů *soukromých* klinik v chudých latinskoamerických zemích jsou hrazeny z daní určených pro lékařské vzdělávání, veřejné polikliniky a lékařské vybavení. V tomto případě je koncentrace veřejných zdrojů v zařízeních pro několik lidí zjevně nespravedlivá, protože schopnost platit v hotovosti část celkových nákladů na léčbu je podmínkou pro poskytnutí finanční záruky na zbytek nákladů. Ale vykořisťování není o nic menší ani na místech, kde veřejnost zaštitěná národním zdravotním systémem přenechá lékařům absolutní moc rozhodovat o tom, kdo „potřebuje“ jejich druh léčby, a pak plýtvá veřejné finance na ty, na nichž lékaři experimentují nebo praktikují. Všeobecné přijetí lékařského monopolu na určování potřeb tak jenom rozšiřuje základnu, z níž lékaři mohou prodávat své služby.

Nepřímo pak okázalé terapie slouží jako mocné nástroje k přesvědčování lidí, že by měli platit ještě větší daně, aby taková léčba byla dostupná všem těm, které lékaři prohlásili za potřebné. Kdysi prezident Frei v Chile začal stavět jeden palác pro diváky medicínského sportu, jeho následovník, Salvador Allende, byl donucen přislíbit tři další. Prestiž maličkého národního týmu na medicínské olympiádě je využita ke zvýšení celonárodní závislosti na terapeutických vztazích, které jsou patogenní na úrovni daleko hlubší než prostý medicínský vandalismus. Více zdravotního poškození je způsobováno vírou lidí, že si nedovedou poradit se svou nemocí, když nezavolají doktora, než by doktoři mohli kdy způsobit vnucováním své pomoci lidem.

Jedině v Číně – alespoň na první pohled – se zdá, že míří trend opačným směrem: primární péče je zajišťována neprofesionálními zdravotními technikami, kterým v případě potřeby asistují jejich učňové povolání v akutních případech z továrny od své normální práce. Výživa, hygiena prostředí a vedení porodů se nesrovnatelně zlepšily. Tyto úspěchy čínského zdravotního odvětví během konce šedesátých let prokázaly, snad s konečnou platností, že téměř všechny ukázkové léčebné technické postupy mohou být během několika měsíců svěřeny milionům běžných lidí. Navzdory těmto úspěchům může nyní ortodoxní oddanost západním snům o racionalitě v marxistické podobě zničit to, čeho dosáhla politická slušnost kombinovaná s tradičním pragmatismem. Význam odklonu technologického pokroku od centralizace

je patrný také ve výsledcích dosažených v profesionální sféře. Čína má nejen paramedicínský systém, ale také lékařské osobnosti, jejichž vzdělanostní a vědecké standardy jsou hodnoceny ostatními jako jedny z nejkvalitnějších na světě a liší se jen nepatrně od špiček ostatních zemí. Zdá se, že většina investic v posledních čtyřech letech směřovala právě k této vysoce kvalifikované a velmi ortodoxní medicínské profesi, což by mělo zvýšit její autoritu a pomoci definovat zdravotní cíle pro celý národ. „Bosonohá medicína“ ztrácí svůj provizorní, napůl nezávislý zemětý charakter a začíná být přiřazována do jednotné technokraticky řízené zdravotní péče. Univerzitně vzdělané osoby učí, kontrolují a doplňují místně vyvolené léčitele. Tento ideologicky podporovaný vývoj profesionální medicíny v Číně by měl být v blízké budoucnosti vědomě omezován, pokud má zůstat vyváženým doplněním tradiční péče spíše než překážkou vysoce rozvinuté sebestaršiny. Bez srovnatelných statistik zůstávají prohlášení o čínské medicínské ekonomice neurčitá. Ale není důvod se domnívat, že by v Číně rostly náklady na farmaceutickou, nemocniční a profesionální medicínu méně než v ostatních zemích. Zatím je možné argumentovat tím, že moderní medicína byla v zemědělských oblastech dosud natolik vzácná, že současný vzestup výdajů je způsoben především zajišťováním její lepší dostupnosti.

Ve všech zemích vede medicínalizace státního rozpočtu k dobře patrnému vykořisťování uvnitř třídní struktury. Není pochyb o tom, že dominance oligarchie kapitalistů v USA, nadutost nových mandarínů ve Švédsku, servilita a etnocentrismus moskevských profesionálů a lobby amerických medicínských a farmaceutických společností spolu s novým vzestupem moci odborů představují skutečně impozantní překážky spíše pro rozdělení zdrojů v zájmu nemocných než v zájmu jejich samozvaných pečovatелů. Ale hlavní důvod, proč považovat tuto nákladnou byrokracii za lži popírající zdraví, není ukryt v její instrumentálnosti, ale v její symbolické funkci: všichni zdůrazňují hlavně význam udržování služeb a plynulé dodávky oprav lidských součástí průmyslového megastroje a kritizují ty, kteří prohlašují, že lepší a dostupnější dodávky jenom posilují sociální závazek udržet lidi zaměstnané v jejich odporné práci. Zápas mezi navrhovateli neomezeného celonárodního pojištění a těmi, kdo se berou o udržení národního zdraví, stejně jako mezi těmi, kdo brání soukromé praxi, a těmi, kdo na ně útočí, odklání pozornost veřejnosti od škod, které páchají lékaři chránící destruktivní společenský řád, ke skutečnosti, že lékaři dělají pro obranu konzumní společnosti méně, než se očekává.

Po určitém zásahu do rozpočtu spustí peníze, které rozšiřují medicínskou kontrolu nad prostorem, rozvrhy, vzděláváním, stravou nebo designem přístrojů a zboží, „noční můry stvořené z dobrých úmyslů“. Peníze mohou vždy ohrozit zdraví. Příliš mnoho peněz ho zkazí. Za určitou hranicí omezuje prostor svobodně vybraného „života“ to, co může přinášet peníze, a to, co se za ně dá koupit. Nejen výroba, ale také spotřeba klade důraz na nedostatek času, prostoru a výběru. Proto musí prestiž medicínských produktů podryvat kultivaci zdraví, které v rámci daného prostředí do značné míry závisí na přirozené a vrozené bojovnosti. Čím více času, dřiny a obětování populace stráví vyráběním medicíny jako zboží, tím větší bude vedlejší produkt, a to klamná představa, že společnost má uzamčenou zásobu *zdraví*, která může být vytěžena a dodána na trh. Negativní funkce peněz pak spočívá v tom, že představují indikátor devalvace zboží a služeb, které se nedají koupit. Čím vyšší cena, za kterou si lze přivlastnit blahobyť, tím větší politickou prestiž přinese vyvlastnění osobního zdraví.

Farmaceutická invaze

Doktoři nemají zapotřebí *medicinalizovat* léky společnosti. Kultura se může i bez příliš mnoha nemocnic a lékařských škol stát kořistí farmaceutické invaze. Každá kultura má své jedy, své léky, placebo a rituální uspořádání pro jejich správu. Většina z nich je určena spíše zdravým než nemocným. Účinné léky snadno ničí historicky zakořeněný vzorec, který pasuje každé kultuře k jejím jedům; obvykle způsobují více škody než užitku pro zdraví a nakonec zavádějí nový názor, podle něhož je tělo vnímáno jako stroj poháněný mechanickými a manipulovatelnými spínači.

Ve čtyřicátých letech dvacátého století mohlo být jen málo z léků předepsaných v Houstonu nebo Madridu k dostání v Mexiku, s výjimkou *Zona Rosa* v Mexico City, kde vedle butiků a hotelů vzkvétaly mezinárodní lékárny. Dnes vesnické lékárny v Mexiku nabízejí třikrát tolik věcí jako lékárny ve Spojených státech. Mnoho léků, které jsou jinde zastaralé nebo představují nelegální přebytek nebo zmetky, je v Thajsku a v Brazílii prodáváno do lékáren za dumpingové ceny výrobců, kteří se plaví pod mnoha vlajkami podle práva výběru. V posledním desetiletí, zatímco několik bohatých zemí začalo kontrolovat škodu, odpad a vykořisťování způsobované *zákonnými* léky protlačovanými pacientům jejich lékaři, měli lékaři v Mexiku, Venezuele, a dokonce i v Paříži větší potíže než kdykoliv

předtím se získáváním informací o vedlejších účincích léků, které předepisovali. Teprve před deseti lety, kdy byly léky v Mexiku relativně vzácné, lidé byli chudí a většina nemocných lidí byla navštěvována babičkou nebo herbalistou, se objevila také léčiva s popisem na přibalovém letáku. Dnes je léků mnohem víc, jsou účinnější a jsou nebezpečnější; jsou prodávány v televizi i v rozhlase; lidé, kteří navštěvovali školu, se stydí za svou přetrvávající důvěru v aztécké léčitele; a leták s popisem byl nahrazen standardní poznámkou, která praví „na lékařský předpis“. Výmysl o možnosti vymítání léků medicinalizací je ve skutečnosti pouze matením kupujícího. Varování, že by měl navštívit lékaře, má kupujícího přivést k víře, že je nekompetentní dát na sebe pozor. Ve většině zemí světa lékaři jednoduše nejsou dost dobře rozptýlení, aby předepisovali léky mající i negativní stránky pokaždé, když jsou indikovány, a většinou nejsou sami připraveni, nebo jsou neznalí, předepisovat je s náležitou opatrností. Důsledkem toho je, že lékařova úloha, zejména v chudých zemích, se stala banální; mění se v rutinně pracující stroj na recepty, který se stává terčem posměchu. Většina lidí dnes užívá tytéž léky stejně nahodile, ale bez jeho souhlasu.

Chloramfenikol je dobrým příkladem toho, jak spolehnout se na předpis může být pro ochranu pacientů naprosto bezúčelné, a dokonce může vést ke zneužití. Během šedesátých let byl distribuován jako Chloromycetin firmou Parke-Davis, které přinesl přibližně třetinu z celkového zisku. Již tehdy bylo několik let známo, že lidé užívající tento lék mohou zemřít na neléčitelnou krevní nemoc, aplastickou anémii. Břišní tyfus je téměř jediná nemoc, při které existuje oprávnění použít k léčení této látky. Na konci padesátých a na začátku šedesátých let Parke-Davis, bez ohledu na významné klinické kontraindikace, věnovali velké částky na propagaci svého vítězného přípravku. Lékaři v USA předepisovali chloramfenikol téměř milionu pacientů ročně, léčili jím akné, bolesti v krku, nachlazení, a dokonce takové triviálnosti jako záněty nehtového lůžka. Protože je tyfus v USA vzácným onemocněním, ne více než jeden ze 400 těch, kterým byl lék podáván, tuto léčbu skutečně „potřeboval“. Na rozdíl od thalidomidu, který zmrzačí plod, chloramfenikol zabíjí: odstraní z dohledu své oběti, stovky z nich tak v USA zemřely bez diagnózy.

Profesní sebekontrola v těchto věcech nikdy nefungovala a medicínská paměť se ukazuje jako zvlášť krátká. Nejlepší kontrola je v Holandsku, Norsku a Dánsku, poněkud méně kvalitní je ve Francii, Itálii nebo v Německu a američtí lékaři mají určitý druh zařízení pro přiznání k předešlým

chybám a naskočení na novou módní tendenci. Ve Spojených státech v padesátých letech byla úroveň kontroly léků regulačními orgány na bodu mrazu a sebekontrola byla minimální. Během šedesátých let po zásahu novinářů zahájili politici a lékaři kampaň, která odhalila faktickou podřízenost lékařů i státních úředníků farmaceutickým firmám a popsala některé nejčastější způsoby kriminality úředníků v medicíně. V dalších dvou měsících po tomto odhalení při slyšení v Kongresu se v USA významně snížila spotřeba chloramfenikolu. Firma Parke-Davis byla přinucena uvést výrazné varování o rizicích a doporučení k opatrnosti při užívání do každého balení léku. Tato varování se ale nevztahovala na vývoz. Lék byl dále bez jakýchkoliv omezení používán v Mexiku nejen pro samoléčbu, ale také na lékařský předpis, čímž vznikl kmen tyfových bacilů rezistentní vůči léku, který se nyní šíří ze Střední Ameriky do celého světa.

Jeden lékař z Latinské Ameriky, který byl současně státníkem, se pokusil zastavit farmaceutickou invazi politickou cestou, což považoval za účinnější než jen získat lékaře, kteří ji učiní serióznější. Během svého krátkého působení v prezidentské funkci v Chile Dr. Salvador Allende celkem úspěšně mobilizoval chudé k tomu, aby správně rozpoznali své skutečné zdravotní potřeby, a již méně úspěšně apeloval na lékaře, aby se více zaměřili na základní potřeby než na ty přinášející zisk. Navrhoval zakázat léky, pokud nebudou vyzkoušeny na platících pacientech v Severní Americe nebo v Evropě, po takovou dobu, po kterou bude běžet patentová ochrana. Oživil program zaměřený na redukování národní *farmakopéy*⁵ na několik desítek položek, víceméně na totéž, co nosí bosonohý čínský doktor ve své košatině. Během jednoho týdne po tom, co se chilská vojenská chunta chopila 11. 9. 1973 moci, byla zavražděna většina otevřených zastánců chilské medicíny, která je založená na potřebách veřejnosti spíše než na dovozu a konzumaci léků.

Nadměrné užívání léků samozřejmě není omezeno pouze na oblasti, kde je málo lékařů a kde jsou lidé chudí. Objem lékového byznysu v USA v průběhu tohoto století vzrostl stonásobně: během roku se zkonsumuje 20 000 tun aspirinu, což odpovídá téměř 225 tabletám na osobu. V Anglii je každý desátý noční spánek navozován hypnotikem a každý rok užívá devatenáct procent žen a devět procent mužů anxiolytika⁶. Obchod s léky působícími na centrální nervový systém patří k nejrychleji rostoucímu odvětví

5 Úředního seznamu schválených léků. Pozn. red.

6 Přípravky na uklidnění a zmírnění úzkosti. Pozn. red.

farmaceutického trhu v USA, nyní přináší 31 procent z celkového prodeje. Závislost na předepsaných anxiolyticích vzrostla o 290 procent od roku 1962, zatímco v tomtéž období vzrostla spotřeba alkoholu jen o 23 procent a odhadovaná spotřeba ilegálních opioidů o 50 procent. Ve všech zemích lze získat značné množství „povzbuzovačů“ i „uklidňovačů“ bez lékařského předpisu. Medicinalizovaná závislost v roce 1975 přerostla všechny vybrané nebo slavnostnější druhy závislosti vyvolávající pocit blaha.

Stalo se módním obviňovat nadnárodní farmaceutické firmy z nárůstu zneužívání medicínsky předepisovaných léků; jejich zisk je vysoký a jejich kontrola trhu jedinečná. Zisky farmaceutického průmyslu (počítané jako procento z prodeje a čistý zisk společnosti) za patnáct let enormně vzrostly, a předčily zisky všech ostatních průmyslových odvětví registrovaných na burze. Ceny léků jsou regulované a manipulované: tatáž lahvička léku, která je prodávána v Chicagu nebo v Ženevě – kde je vyráběna, ale kde také čelí velké konkurenci – za dva dolary, stojí v chudých zemích, kde tato omezení neexistují, dvanáct dolarů. Navíc zvýšení ceny je značné: jakmile je diazepam za 40 dolarů stlačen do pilulek a zabalen pod názvem Valium, je prodáván za sedmdesátinásobnou cenu fenobarbitalu, který má podle názoru většiny farmakologů stejné indikace, účinky i stejná rizika. Jako zboží se předepsané léky chovají poněkud jinak než většina ostatních položek patřících do této kategorie: jsou to produkty, které si jejich poslední konzument pro sebe zřídka vybírá sám. Prodejní úsilí výrobce se zaměřuje na „instrumentálního konzumenta“, na lékaře, který produkt předepisuje, ale neplatí za něj. Na propagaci Valia vydala firma Hoffmann-La Roche během deseti let 200 milionů dolarů a najala okolo 200 lékařů ročně, aby psali vědecké články o jeho vlastnostech. V roce 1973 vydal veškerý lékový průmysl za inzerci a propagaci v průměru 4 500 dolarů na každého praktikujícího lékaře, což je ekvivalent nákladů na jeden rok studia na lékařské fakultě; v tomtéž roce přispěl průmysl méně než třemi procenty do rozpočtu amerických lékařských fakult.

Překvapivá je skutečnost, že předepisování léků – počítáno na osobu – na celém světě jen velmi málo souvisí s komerční propagací; souvisí to převážně s počtem lékařů, a to i v socialistických zemích, kde není vzdělávání lékařů ovlivněno propagací lékového průmyslu a kde je nátlak firem na předpis léků značně omezen. Celková spotřeba léků ve všech průmyslových zemích není v zásadě ovlivňována poměrem položek, které jsou prodávány na lékařský předpis, volně prodejných léků a ilegálně prodávaných.

Nezáleží ani na tom, zda je nákup placen v hotovosti, prostřednictvím předplaceného pojištění nebo ze sociálních fondů. Ve všech zemích lékaři stále více pracují se dvěma skupinami závislých: s těmi, kterým předepisují léky, a s těmi, kteří trpí jejich následky. Čím bohatší společenství, tím větší procento pacientů, kteří patří do obou skupin.

Obviňovat lékový průmysl z toho, že způsobuje závislost na předepsaných lécích, je proto stejně irelevantní jako obviňování mafie z užívání nedovolených drog. Současný model nadměrné spotřeby léků – ať jsou účinným řešením, nebo je jejich účinek nevýrazný; předepsaná položka, nebo součást každodenní stravy; volně dostupný, na prodej nebo kradený – může být vysvětlen pouze jako výsledek víry, která se dosud vyvinula v každé kultuře, kde trh pro konzumní zboží dosáhl kritického objemu. Tento vzorec je shodný s ideologií jakékoliv společnosti orientované na pevně nevyomezené obohacování bez ohledu na to, zda byl průmyslový produkt zamýšlen pro distribuci z rozhodnutí plánovačů, nebo pomocí sil trhu. V takovém společenství lidé začnou věřit, že ve zdravotní péči, stejně jako v ostatních oblastech snažení může být technologie využita k tomu, aby změnila lidské podmínky téměř podle jakéhokoliv plánu. Následkem toho je na penicilin a DDT pohlíženo jako na předkrmy, po kterých následuje doba obědů zdarma. S nevolností, která je výsledkem každého následujícího chodu zázračných jídel, se vypořádává tak, že je servírován ještě další chod léků. Tak se v nadměrné konzumaci odráží společensky schválené sentimentální dychtění po včerejším pokroku.

Věk nových léků začal aspirinem v roce 1899. Předtím byl nejvýznamnějším léčebným prostředkem nepochybně sám lékař. Kromě opia, jediné široce používané látky, která by prošla všemi testy na účinnost a bezpečnost, zde bylo očkování proti neštovicím, chinin proti malárii a ipeca proti dysenterii. Po roce 1899 stoupal během dalšího půlstoletí příval nových léků. Jen málo z nich se ukázalo být bezpečnějšími, účinnějšími a levnějšími než dobře známé léčebné stálice, jejichž počet se zvyšoval daleko pomalejším tempem. Když v roce 1962 americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) začal zkoumat 4 300 předepisovaných léků, jež se objevily po druhé světové válce, zjistil, že jen dva z pěti jsou skutečně účinné. Mnoho z nových léků bylo nebezpečných a jen u několika z nich se prokázalo, že jsou jednoznačně lepší než ty, které měly nahradit. Méně než 98 procent těchto chemických látek představuje cenný příspěvek do lékového inventáře využívaného v primární péči. Ten zahrnuje některé novější léky,

například antibiotika, ale také starší léčiva, jejichž účinku jsme v průběhu doby porozuměli natolik, že je lze bezpečně a účinně podávat: digitális, reserpin a belladonna mohou sloužit jako příklad. Pokud jde o aktuální počet užitečných léků, názory se liší: někteří zkušení kliničtí lékaři věří, že méně než dva tucty základních léků představují vše, co by mohlo kdy být žádoucí pro 99 procent pacientů z celé populace; jiní se domnívají, že až čtyři tucty položek jsou optimální pro 98 procent pacientů.

Věk velkých objevů ve farmakologii je za námi. Podle současného ředitele FDA začal příliv léků klesat již v roce 1956. Opravdu nové léky se začaly objevovat ve stále menším počtu a mnoho z těch, které přechodně zazářily v Německu, Anglii nebo ve Francii, kde jsou standardy méně přísné než v USA, bylo brzy zapomenuto nebo jsou vzpomínány s rozpaky. Nezbylo mnoho oblastí ke zkoumání. Novinkami jsou „balíčky“ – kombinace se stálými dávkami – nebo „já taky“ předepisované lékaři především proto, že mají velmi dobrou reklamu. Sedmnáctiletá patentová ochrana daná zákonem v tuto chvíli pro většinu nováčků končí. Nyní je může vyrábět kdokoliv tak dlouho, dokud nepoužije původní názvy, které jsou po dobu neurčitou chráněny ochrannou známkou. Rozsáhlý výzkum v USA nezjistil žádné podezření, že by tyto léky pod jinými generickými názvy byly méně účinné než jejich originální protějšky, které jsou třikrát až patnáctkrát dražší.

Falešná představa, že je společnost navždy polapena v lékovém věku, patří mezi jedno z dogmat, kterým je zatížena tvorba zdravotní politiky; to se hodí člověku průmyslové éry. Naučil se zkoušet *koupat* vše, co se mu zalíbí. Nedostane se nikam bez dopravních prostředků nebo vzdělání; jeho prostředí mu znemožňuje normální chuži, učit se a cítit kontrolu nad svým tělem. To, že bere léky – jedno jaké a z jakého důvodu, je jeho poslední šance na ujištění se, že ovládá sám sebe, že může zasahovat do svého organismu a nedovolit, aby do něj zasahovali jiní. Farmaceutická invaze ho vede k léčbě, buď sebe samotného, nebo s pomocí jiných, která snižuje jeho schopnost poradit si s tělem, o které může stále pečovat.

Diagnostický imperialismus

V medicinalizované společnosti se vliv lékařů rozšiřuje nejen na peněženku a na domácí lékárníčku, ale také na kategorie, do kterých budou lidé zařazeni. Medicínský byrokrat dělí lidi na ty, kteří smějí řídit auto, na ty, kteří mohou zůstat doma a nejit do práce, na ty, kteří musí být pod

zámkem, kteří se mohou stát vojáky, kteří smějí překročit hranice, vařit nebo provozovat prostituci, na ty, kteří nemohou kandidovat na viceprezidenty Spojených států, na ty, kteří jsou mrtví, na ty, kteří jsou schopní spáchat zločin, a na ty, kteří jsou za to odpovědní. Císařovna Marie Terezie vydala 5. 11. 1766 dekret vyžadující, aby soudní lékař potvrdil dostatečnou schopnost provinilce podstoupit mučení, aby byla zajištěna zdravá, tedy „správná“ výpověď; byl to první zákon mandatorně požadující lékařské osvědčení. Od té doby vyplňování formulářů a podpisování zpráv ubírá čím dál tím více lékařova času. Každý druh certifikátu zaručuje jeho držiteli specifický status založený spíše na medicínském než na občanském názoru. Užívaný mimo léčebný proces způsobuje tento medicinalizovaný status dvě zjevné skutečnosti: 1) osvobozuje držitele od práce, vězení, vojenské služby nebo manželských pout; a 2) dává ostatním právo zasahovat proti držitelově svobodě tak, že ho umístí do nějaké instituce nebo mu zakáží práci. Rozšíření lékařských potvrzení navíc může nadat školu, zaměstnání a politiku příležitostmi pro nové terapeutické funkce. Ve společnosti, kde je většina lidí certifikovaná jako devianti, se prostředí pro takové deviantní většiny začne podobat nemocnici. A strávit svůj život v nemocnici je zjevně špatné pro zdraví.

Když už je společnost organizovaná tak, že medicína může proměnit lidi v pacienty, protože jsou nenarození, novorození, menopauzální či v jiném „rizikovém věku“, populace nevyhnutelně ztrácí něco ze své autonomie volit si vlastní léčitele. Ritualizace životních období není ničím novým, co je nového, je její intenzivní medicinalizace. Kouzelník nebo medicinman – spíše než zlovlná čarodějnice – dramatizoval vývoj příslušníka zandského kmene od jednoho stadia zdraví k dalšímu. Tato zkušenost mohla být bolestivá, ale rituál byl krátký a sloužil celé společnosti ke zdůraznění jejích vlastních regeneračních sil. Celoživotní lékařský dohled je něco jiného. Mění život v riziková období, z nichž každé potřebuje opatrovnickví specifického typu. Od kolébky po kancelář, od klubu Méditerranée po nemocniční oddělení pro umírající, každá věková skupina je podmíněna prostředím, které definuje zdraví pro ty, kteří k ní patří. Hygienická byrokracie zastává rodiče před dveřmi školy, nezletilé před vraty soudu a staré lidi bere z domovů. Jakmile se cokoliv stane specializovaným místem, škola, pracoviště nebo domov, je to vyhlášeno za nepříslušné pro většinu lidí. Nemocnice, moderní katedrála, vévodí nad tím vším hierarchickým prostředím naplněným zdravím oddanými lidmi. Od Stockholmu po Sydney

věže léčebných center vyvolávají v krajině dojem příslibu velkolepého závěrečného objetí. Pro bohaté i chudé se mění život v putování od kontroly ke kontrole, mezi klinikami, zpět na oddělení, na kterém začal. Život je tak redukován na „interval“, na statistický ukaz, který, pro dobré i zlé, musí být institucionálně naplánován a vymezen. Tento životní interval je uveden do existence prenatální kontrolou, kdy lékař rozhodne, zda a jak se má plod narodit, a končí záznamem v chorobopisu, který oznamuje: v resuscitaci nepokračovat. Tento ranec biomedicínské péče mezi narozením a koncem nejlépe odpovídá městu, které je vystavené jako mechanická děloha. V každém stadiu svých životů jsou lidé specificky postižení. Nejviditelnějším příkladem je stáří: lidé se stávají oběťmi léčení zaměřeného na neléčitelné stavy.

Většina zdravotních obtíží sestává z nemocí, které jsou akutní a benigní – tedy buď odejdou samy, nebo vyžadují péči spočívající v několika desítkách běžných zákroků. V celé řadě případů jsou na tom ti, kteří jsou léčeni nejméně, pravděpodobně nejlépe. „Pro nemocné,“ říká Hippokrates, „co nejméně je to nejlepší.“ To nejlepší, co může vzdělaný a svědomitý lékař pro nemocného udělat, je přesvědčit ho, že může žít i s tímto postižením, ujistit ho o možném uzdravení nebo o dostupnosti morfinu v době, kdy ho bude potřebovat, udělat pro něj to, co by udělala jeho babička, a jinak se podvolit přírodě. Nové triky, které se tak často používají, jsou tak jednoduché, že poslední generace našich babiček by se je snadno naučila již dávno, nebýt toho, že byla medicínskou mystifikací zatlačena mezi nekompetentní osoby. Skautský výcvik v první pomoci, Zákon dobrého samaritána a povinnost vozit vybavení pro poskytnutí první pomoci by zabránilo mnoha úmrtím na dálnicích daleko lépe než celá letka helikoptér. Ty ostatní zákroky, které patří do kompetence primární péče a které, ačkoliv vyžadují práci specialistů, se ukázaly být účinnými na lidském základu, mohou být použity efektivněji, pokud se každý občan cítí být zodpovědný za to, že rozpozná, kdy jsou potřeba, a že poskytne první ošetření. Pro akutní onemocnění je léčba natolik komplikovaná, že vyžaduje specialistu, léčba je však často neúčinná a ještě častěji nedostupná, nebo dostupná příliš pozdě. Po dvaceti letech socializované medicíny v Anglii a Walesu stále platí, že lékař se k nemocnému s akutní koronární příhodou dostane až čtyři hodiny po začátku příznaků, ale v této době je 50 procent pacientů již po smrti. Skutečnost, že medicína začala být velmi účinná při léčení některých příznaků, neznamená, že začala být užitečnější pro zdraví pacientů.

Po dosažení určité kvalifikace nemusí specialista uplatňovat přísná pravidla léčby jen na stavy, které jsou dlouhodobě za nemoc považovány – například revmatismus, apendicitida, srdeční selhání, degenerativní onemocnění, infekční choroby – ale daleko drastičtěji také na ty, které na rozkaz medicínské péče právě vznikají. Jedním z příkladů je stáří, které bylo zatím považováno buď za pochybné privilegium, nebo politováníhodný konec života, ale nikdy za chorobu, nyní však bylo přesunuto pod správu lékařů s jejich příkazy. Požadavky na péči o stáří vzrůstají nejen proto, že přibývá lidí, kteří se jej dožívají, ale také proto, že jich stále více požaduje, aby jejich stáří bylo léčeno.

Věk maximálního dožití se sice nezměnil, ale průměrný věk dožití ano. Průměrný věk dožití počítaný od narození enormně vzrostl. Přežívá mnohem více dětí bez ohledu na to, jak jsou postižené a jaké speciální podmínky a speciální léčbu potřebují. Předpokládaný věk dožití mladých lidí stále stoupá, a to i v chudých rozvojových zemích. Ale v bohatých zemích se předpokládaný věk dožití u osob mezi patnácti a pětácti lety stabilizoval, pravděpodobně kvůli nehodovosti a novým nemocem, které zabíjejí ty, kteří dříve umírali na pneumonii nebo na jiné infekce. Všude kolem nás je relativně mnoho starých lidí, kteří jsou stále více náchylní k nemocem, nepatřičnosti, bezmoci. Bez ohledu na to, kolik léků užívají a jak kvalitní péči mají, se průměrný věk za poslední století nezměnil. Medicína zatím ještě neumí moc udělat s nemocemi, které doprovázejí stáří, a ještě méně se stáří samotným a s procesem jeho prožitku. Nemůže léčit kardiovaskulární nemoci, většinu nádorů, artritidu, pokročilou cirhózu a nakonec ani nachlazení. Je štěstí, že některé bolesti, kterými staří lidé trpí, umíme zmírnit. Většina zákroků u starých lidí bohužel nejen zhoršuje stávající bolesti, ale často, přestože je jinak úspěšná, vyvolává nové.

Stáří bylo medicinalizováno přesně v tom historickém okamžiku, kdy se stalo častějším úkazem v demografických údajích. Dvacet osm procent amerického rozpočtu na zdravotnictví je určeno deseti procentům populace nad pětadesát let. Tato menšina přerůstá zbytek populace v ročním poměrném tříprocentním zvýšení, přičemž náklady vynaložené na jednu osobu rostou o 5–7 procent rychleji než u zbytku populace. Čím více práva na medicínskou péči staří lidé získávají, tím více klesají možnosti prožití nezávislé stáří. Mnozí hledají útočiště v různých institucích a zařízeních. Čím více starých lidí zahajuje léčbu pro úpravu neupravitelných stavů nebo pro léčení neléčitelných nemocí, tím více přibývá – a nabaluje se jako

sněhová koule – nesplněných požadavků na služby pro staré lidi. Jestliže se staré dáme začne zhoršovat zrak, její stav nebude rozpoznán, dokud nenavštíví „zařízení pro osoby se slábnoucím zrakem“ – některou z osmi set agentur v USA, které nabízejí tyto specializované služby, původně přednostně určené pro mladé lidi, kteří mohou být rehabilitováni a mohou se vrátit do práce. Protože není ani mladá ani zaměstnaná, dostane se jí pouze nevrleho uvítání; v té době ale bude mít také obtíže nalézt přiměřenou pomoc v zařízení pro staré. Bude tedy jen nepatrně medicinalizovaná, a to hned dvakrát: jednou v zařízení pro rehabilitaci zrakově postižených, a podruhé ji budou medicinalizovat pro její věchost.

Čím více starých lidí se stane závislými na profesionálních službách, tím více lidí bude odesíláno do nejrůznějších specializovaných institucí pro staré, zatímco nejbližší okolí bude čím dál tím více nevládné k těm, kteří na tom závisí. Tyto instituce se jeví jako současná strategie pro umístění starých lidí, kteří jsou v mnoha kulturách institucionalizováni mnohem poctivěji a pravděpodobně méně ohavným způsobem. Míra úmrtnosti během prvního roku umístění v takovéto instituci je významně vyšší než u těch, kteří zůstávají v prostředí, na něž jsou zvyklí. Separace od domova přispívá k výskytu a smrtelnému průběhu mnoha chorob. Někteří staří lidé volí instituci jako prostředek, který má zkrátit jejich život. Závislost je vždy bolestivá a ve stáří ještě víc. Výsady nebo chudoba v dřívějším životě dosahují vrcholu v moderním stáří. Jedině velice bohatí a velice nezávislí lidé mají možnost vyhnout se medicinalizaci konce života, které se chudí musí podřídit a která se stává stále univerzálnější, přestože společnost, v níž žijí, bohatne. Přeměna stáří na stav vyžadující profesionální služby obsazuje staré lidi do role menšiny, v níž se budou cítit bolestně okrádání navzdory relativnímu daňovému zvýhodnění a jiným finančním úlevám. Ze starých slabých lidí, někdy nešťastně a zahořkle zklamaných nezájmem se stávají certifikovaní příslušníci nejsmutnější věkově naprogramované konzumentské skupiny, kteří nikdy nemají dost. To, co medicínské značkování provádí s koncem života, dělá stejně tak s jeho počátkem. Stejně jako je v lékařově moci potvrdit vysoký věk a nakonec zasáhnout ve prospěch předčasného důchodu nebo klimakteria, jeho autorita na porodním sále je stejná; datuje se od poloviny devatenáctého století a postupně se šíří do dětského pokoje, do školky a do školních tříd, kde medicinalizuje celé dětství i pubertu. Jestliže se však stává přijatelným omezit eskalaci nákladné péče o staré lidi, limity takzvané medicínské investice do dětství jsou tématem, které

se zatím zdá být tabu. Rodiče z povolání nucení vyrábět pracovní sílu pro svět, který nikomu nevyhovuje, rodiče, kteří nebyli drceni a utváření šestnáctiletým vzděláváním, se cítí neschopni pečovat o své potomky, a proto je v zoufalství nechají doslova sprchovat medicínou. Návrhy na snížení zdravotních výdajů Spojených států z jejich současné úrovně, která činí 100 miliard dolarů, na původních 10 miliard z roku 1950 nebo na uzavření lékařských fakult v Kolumbii se nikdy nestaly kontroverzním tématem, protože jejich autoři byli velmi brzy zdiskreditováni jako bezcitní propagátoři zabíjení novorozeňat nebo masového vyvražďování chudých. Inženýrský přístup k výrobě ekonomicky produktivních dospělých jedinců udělal ze smrti dítěte skandál, postižení způsobené dřívější nemocí vyvolává veřejné rozpaky, na nenapravitelnou vrozenou vadu je nesnesitelný pohled a z možnosti eugenické kontroly porodnosti se v sedmdesátých letech stalo preferované téma mezinárodních kongresů.

Co se týče dětské úmrtnosti, ta nepochybně klesla. Průměrný věk dožití se v rozvojových zemích zvýšil z pětatřiceti let v osmnáctém století na dnešních sedmdesát let. A to hlavně díky poklesu dětské úmrtnosti v zemích jako je například Anglie a Wales, kde počet dětských úmrtí na 1 000 živě narozených dětí klesl ze 154 v roce 1840 na 22 v roce 1960. Ale bylo by zcela nesprávné připisovat více než jednomu ze „zachráněných“ životů léčebný zásah, který předpokládá něco jako lékařův výcvik, stejně tak by bylo klamem připisovat míru dětské úmrtnosti v chudých zemích, která je v některých případech desetkrát vyšší než v USA, nedostatku lékařů. Jídlo, antiseptika, stavebnictví a nad tím vším nově rozšířené společenské odsouzení za smrt dítěte, bez ohledu na to, jak slabé nebo deformované bylo; to jsou mnohem významnější faktory, a představují změny, které jen vzdáleně souvisejí s lékařským zákrokem. Zatímco v hrubých číslech uvádějících dětskou úmrtnost se Spojené státy řadí na sedmnácté místo mezi národy, dětská úmrtnost mezi chudými je mnohem vyšší než mezi skupinami s vyššími příjmy. V New Yorku je dětská úmrtnost mezi černošskou populací dvojnásobná ve srovnání s populací obecně a pravděpodobně je i vyšší než v mnoha nerozvinutých oblastech, jakými jsou třeba Thajsko nebo Jamajka. Trvání na tom, že je třeba více lékařů k prevenci dětské úmrtnosti, tak může být chápáno jako způsob vyhýbání se příjmovému vyrovnání a zároveň vytváření dalších pracovních míst pro odborníky. Stejně unáhlené je tvrdit, že ty změny v obecném prostředí, které mají příčinný vztah k přítomnosti lékařů, představují pro zdraví kladný zůstatek. I když

byli lékaři průkopníky antiseptiky, imunizace a potravinových doplňků, podíleli se také na přechodu ke krmení z lahve, které přeměnilo tradičního kojence v moderní nemluvně a zajistilo průmyslu pracující matky, které jsou zájemkyněmi o průmyslově vyráběnou kojeneckou výživu.

Škody, které tato změna páchá na mechanismech přirozené imunity, která je podporována mateřským mlékem, a fyzický a emoční stres způsobený krmením z lahve jsou srovnatelné, ne-li větší než výhody, které může populace získat ze specifických imunizací. Daleko vážnější je příspěvek krmení z lahve k hrozbě celosvětové proteinové malnutrice. Například v roce 1960 kojilo 96 procent chilských matek své děti do jednoho roku, někdy i déle. Pak prošly chilské ženy v průběhu jedné dekády intenzivním politickým výcvikem, a to jak ze strany pravicových křesťanských demokratů, tak ze strany nejruznějších levicových stran. A tak již v roce 1970 kojilo pouze šest procent matek po celý první rok dítěte a 80 procent odstavilo své děti před koncem druhého měsíce. Výsledkem je, že 84 procent potenciálního mateřského mléka zůstává nevyprodukováno. Na chilské vypasené pastviny bylo dodáno dalších 32 000 krav, aby nahradily chybějící mléko, jak je jen možné. Jak se kojenecká lahev stávala symbolem, spolu s ní se mezi dětmi, jimž byl odepřen mateřský prs, objevily nové nemoci. A protože matky postrádaly tradiční zkušenost, jak zacházet s nekojenými dětmi, staly se tyto děti novými konzumenty léčebné péče a jejich rizik. Je obtížné porovnat škody, které vznikly náhražkou prodávané dětské výživy za mateřské mléko, s výhodami získanými z léčebného lékařského zásahu do dětské nemocnosti a z chirurgické nápravy vrozených defektů od rozštěpu po srdeční vady.

Je pochopitelně možné argumentovat tím, že medicínská klasifikace věkových skupin podle jejich potřeby zdravotních služeb a zboží nevytváří nemoc, ale pouze reflektuje zdraví popírající rozklad rodiny jako ochranného obalu, sousedství jako sítě dárkových vztahů a prostředí jako úkrytu místní samozásobitelské komunity. Je nepochybně pravda, že medicína zvaná sociální vnímání odráží realitu, která je určená organizací komunit, lovně náročné produkce, a že to je odpovídající sociální vzorec nukleárních rodin, sociálních agentur a znečištěné přírody, která znehodnocuje domov, sousedství a prostředí. Ale medicína jednoduše neodráží realitu; posiluje ji a obnovuje postup, který ničí sociální kokony, uvnitř kterých se člověk vyvinul. Medicínská klasifikace ospravedlňuje imperialismus standardních komodit, jakými jsou dětská výživa proti mateřskému mléku a domovy

důchodců proti vlastnímu koutku ve vlastním domově. Tím, že mění novorozence v hospitalizované pacienty, kteří nemohou být propuštěni, dokud není prokázáno, že jsou zdraví, a definuje babiččin stesk jako cosi, co vyvolává potřebu léčení spíše než trpělivé úcty, medicínské podnikání vytváří nejen biologicky formulovanou legitimitu člověka-konzumenta, ale také nové tlaky na eskalaci medicínské megastroje. Genetický výběr těch, kteří odpovídají potřebám tohoto stroje, je dalším logickým krokem medicínsko-sociální kontroly.

Preventivní stigma

Zatímco se léčebné úsilí stále více zaměřuje na podmínky, za kterých je neúčinné, drahé a bolestné, medicína začala prodávat prevenci. Pojem nemocnosti byl rozšířen, aby pokryl předpovídaná rizika. Spolu s péčí o nemocné se zdravotní péče stala zbožím, čím si, za co člověk raději platí, spíše než tím, co dělá. Čím vyšší plat společnost vyplácí, tím vyšší postavení její *aparátčik* má a tím více peněz bude utraceno na udržení tohoto cenného soustrojí v dobrém stavu. Servisní ceny za vysoce kapitalizovanou lidskou pracovní sílu jsou novým typem ocenění pro ty, kteří se dostali na vyšší příčky žebříku. Lidé „drží krok s Jonesovými“⁷ napodobováním jejich „check-ups“, anglické přísloví, jež se dostalo do francouzského, srbského, malajského i maďarského slovníku. Lidé se mění v pacienty, aniž by byli nemocní. Medicinalizace prevence se tak stává dalším podstatným symptomem sociální iatrogenese. Přiklání se k přeměně osobní odpovědnosti za mou vlastní budoucnost v řízení mých záležitostí nějakou agenturou.

Nebezpečí rutinní diagnózy obvykle vyvolává méně obav než nebezpečí rutinní léčby, ačkoliv sociální, fyzické a psychologické delikty způsobené medicínskou klasifikací nejsou ani v nejmenším dokumentovány. Diagnóza stanovená lékařem a jeho pomocníky může definovat pacientům buď jejich přechodnou, nebo trvalou roli. U každého případu totiž přiřazuje k biofyzickému stavu také sociální zhodnocení vytvořené předpokládaným autoritativním zhodnocením. Když veterinář diagnostikuje u krávy virózu, neovlivní to většinou pacientčino chování. Když totéž diagnostikuje lékař

7 Z anglického „keeping up with the Joneses“ – idiom odkazující na srovnávání se s něčím sousedem jako ukazatelem společenské třídy nebo na hromadění hmotných statků; nedržení kroku s Jonesovými je vnímáno jako důkaz socioekonomické nebo kulturní méněcennosti. Pozn. red.

u člověka, jeho chování to ovlivní. V takových případech, kdy je lékařovou úlohou léčit a on shledá člověka nemocným, z toho nemocnému plynou určitá práva, povinnosti a úlevy, jež mají podmíněnou a omezenou platnost, která končí s jeho uzdravením; většina nemocí nezanechává ani stín poskvrny z deviace nebo narušeného chování na pacientově pověsti. Nikoho nezajímají ex-alergici, ex-apendektomovaní pacienti, stejně jako si nikdo nevzpomene na ex-zraněného z pouliční nehody. Na druhé straně v jiných případech jedná lékař primárně jako pojistný matematik, a jeho diagnóza může očernit pacienta a někdy i jeho děti na celý život. Přilepením nezvratně degradující přípony k pacientově identitě ho navěky označuje přetrvávajícím stigmatem. Objektívni stav může již dávno vymizet, ale iatrogenní nálepka drží. Stejně jako ex-kriminálník také bývalý psychiatrický pacient, pacient po infarktu, bývalý alkoholik, nositel genu srpkovité anémie a (dodnes) ex-tuberák se ve svých životech změni v outsidersy. Stačí jen profesionální podezření, aby legitimizovalo stigma navzdory tomu, že popisovaný podezřelý stav nikdy neexistoval. Medicínská nálepka může ochránit pacienta před trestem, ale jedině za podmínek, že bude časově neomezeně podrobován různým instrukcím, léčbě a diskriminaci, která negativně postihne jeho možné profesionální zařazení a prospěch. V minulosti medicína značkovala lidi dvěma způsoby: na ty, kterým by mohla být léčba prospěšná, a na ty, kteří jsou za hranicí možné pomoci, jako leprózní, zmrzačení, malformovaní a umírající. Ať tak či onak, diagnóza mohla vést ke stigmatizaci. Medicinalizovaná prevence nyní vytváří třetí cestu. Proměňuje lékaře v oficiálně licencovaného čaroděje, jehož prorocství je schopné zmrzačit i toho, kdo odolal jeho lektvarům. Diagnóza může vyloučit nenarozené dítě se špatnými geny z knihy živých, jinému zabránit v povýšení a třetího vyloučit z politického života. Masový hon na zdravotní rizika začíná policejním zátahem určeným k ulovení všech, kdo potřebují speciální ochranu: prenatální lékařská vyšetření; kliniky správné péče pro kojence; školní a táborové kontroly a předplacené zdravotní schéma. Čerstvě byly přidány „konzultační“ služby pro genetiku a krevní tlak. Spojené státy hrdě vedly svět při organizování honu na choroby a později také při zpochybnění jeho užitku.

V minulém desetiletí vstoupilo automatizované multifázické testování zdraví do operativní fáze a bylo doporučováno jako výtah chudého člověka do výšin Mayo Clinic a Massachusetts General Hospital. Tyto procedury na montážních linkách komplexního biochemického a klinického vyšetření

mohou být prováděny paraprofesionálními techniky za překvapivě nízkou cenu. Chce nabídnout nespočetné miliony více sofistických záchytů skrytých terapeutických potřeb, než jich bylo dostupných v šedesátých letech pro „nejvznešenější“ potentáty v Moskvě nebo v Houstonu. Na prostá absence kontrolovaných studií na počátku tohoto testování dovolila prodejcům této masově produkované prevence vyvolat nepodložená očekávání. (Nyní jsou již k dispozici srovnávací kontrolované studie populačních skupin, které měly profitovat z trvalé služby a včasné diagnózy; dvě desítky těchto prací ukazují, že tyto diagnostické procedury – a to i tehdy, jestliže byly následovány vysoce kvalitní léčbou – neměly pozitivní vliv na předpokládaný věk dožití.) Ironií celého projektu bylo, že závažné asymptomatické nemoci, které screening dovolil zachytit mezi dospělými, jsou většinou neléčitelné a snahy o jejich léčení vedly ke zhoršení celkového stavu pacientů. V každém případě tento postup proměnil zdravé lidi v pacienty úzkostně očekávající svůj verdikt.

Při detekci chorob dělá medicína dvě věci: „objevuje“ nové nemoci a připisuje tyto nemoci konkrétním jedincům. Objev nové kategorie nemoci je důvodem k hrdoosti lékaře-vědce. Připsat tuto patologii nějakému Tomovi, Dickovi nebo Harrymu je první povinností lékaře pracujícího jako člen konzultačního týmu. Je veden k tomu, aby „něco dělal“, a vyjádřením svých snah se cítí být aktivní a efektivní, když může nemoc diagnostikovat. Třebaže teoreticky při prvním setkání lékař nepředpokládá, že je jeho pacient zachvácen nějakou nemocí, vychází z principu možného selhání, a proto obvykle myslí, že přiřknout pacientovi nemoc je bezpečnější než ji přehlédnout. Pravidla medicínského rozhodování ho nutí hledat bezpečné rozhodnutí tak, že raději diagnostikuje nemoc než zdraví. Klasickou ukázkou tohoto zkreslení je pokus provedený v roce 1934. V souboru 1 000 jedenáctiletých dětí z veřejných škol v New Yorku bylo zjištěno, že 61 procent z nich je po tonzilektomii. „Zbývajících 39 procent bylo vyšetřeno skupinou lékařů, kteří z nich vyčlenili 45 procent jako kandidáty tonzilektomie a 55 procentům tento zásah nedoporučili. Tyto děti byly znovu vyšetřeny jinou skupinou lékařů a 46 procentům z nich byla tonzilektomie doporučena. Když byly tyto děti vyšetřeny potřetí, bylo k tonzilektomii doporučeno podobné procentuální množství z nich, ale ne týchž, takže nakonec bez doporučení tonzilektomie zůstalo jen pětadesát dětí z celého vzorku. Ty už nebyly dále vyšetřovány, protože už nebyli k dispozici další lékaři, kteří by to provedli.“ Test byl proveden na klinice s bezplatnou péčí,

takže nelze podezírat žádné skryté finanční zájmy, které by tuto chybu podmiňovaly či vysvětlovaly.

Diagnostické zkreslení ve prospěch pozitivní diagnózy nemoci se kombinuje s častými diagnostickými omyly. Medicína nejenže s inkvizitorským nadšením vnáší sporné kategorie, dělá to navíc s takovou mírou zmetkovitosti, že by to žádný soud nemohl tolerovat. V jednom případě pitvy prokázaly, že více než polovina pacientů, kteří v britských univerzitních nemocnicích zemřeli s diagnózou specifického selhání srdce, zemřela ve skutečnosti na něco zcela jiného. V jiném případě byla tatáž sestava rentgenových snímků plic předložena témuž týmu specialistů, který ji posuzoval poprvé, při tomto druhém hodnocení byla ve dvaceti procentech případů vyhodnocena jinak. A do třetice: stejný počet pacientů řekl doktoru Smithovi, stejně jako doktoru Jonesovi, že trpí kašlem, že vykašlávají sputum nebo mají křeče v žaludku. Více než čtvrtina jednoduchých vyšetření provedených v nemocnici přinesla zásadně odlišné výsledky, než dodaly dvě původně využitá laboratoře. Jak se zdá, ani přístroje nejsou spolehlivé a neomylné. Při soupeření diagnostických přístrojů a lidí v bádání nad 83 případy doporučenými k pánevní chirurgii patolog prokázal, že jak lidé, tak přístroje rozhodli správně ve 22 případech; ve 37 případech počítač správně zavrhnul lékařskou diagnózu; v jedenácti případech lékař prokázal, že se počítač zmýlil, a v deseti případech byla chyba na obou stranách.

Na doplnění k diagnostickým zkreslením a omylům je třeba říci, že zde panuje bezohledná agrese. Katetrizace srdce, používaná ke stanovení diagnózy kardiomyopatie, nepochybně není prováděna rutinně – stojí 350 dolarů a zabíjí jednoho pacienta z padesáti. Navíc zde nejsou důkazy, že *diferenciální* diagnóza vycházející z jejích výsledků zvyšovala pravděpodobnost delšího přežití nebo pohodu pacienta. Většina vyšetření je méně vražedných a jsou také mnohem častěji běžně prováděna, ale mnoho z nich v sobě skrývá riziko jak pro jedince, tak pro jeho potomky, riziko dost značné na to, aby převážilo hodnotu jakékoliv informace, kterou lze touto cestou získat. Mnoho rutinně prováděných rentgenových a fluoroskopických vyšetření u mladých lidí, injekční nebo perorální podávání různých reagensů a kontrastních látek a použití Ritalinu při diagnostice hyperaktivity u dětí – to jsou jen některé příklady. Navštěvování veřejných škol, v nichž jsou učitelé vázáni postupy na ně delegované medicínské moci, představuje pro děti významné zdravotní riziko. Třeba jednoduché a jinak neškodné vyšetření se může zvrhnout v riziko, je-li prováděno opakovaně

a v násobcích. Jestliže je jedno vyšetření spojeno s několika dalšími, má mnohem větší možnost poškodit organismus, než když je provedeno samostatně. Vyšetření se často stanou návodem pro terapii. Bohužel když se mění v mnohem komplexnější a další a další, jejich výsledky se stávají vodítkem pouze pro volbu postupu umožňujícího pacientovo přežití, ale který mu nutně nemusí pomoci. Ze všeho nejhorší je, že pokud mají lidé žít s komplexní laboratorní diagnózou, zranění či nezranění, vzniká riziko, že budou podrobeni léčbě, která je odporná, bolestivá, mrzačící a drahá. Není tedy divu, že lékaři oddalují mnohem déle než prostí laici návštěvu svého doktora a že jsou také v daleko horším stavu než laici, když se k němu dostanou.

Rutinní provádění časných diagnostických testů na velkých populacích zajišťuje medicínskému vědci širokou základnu, z níž lze vybírat případy, které nejlépe odpovídají existujícím léčebným postupům nebo jsou nejúčinnější pro dosažení výzkumných cílů, ať už jsou vhodné pro léčebné kúry, rehabilitaci či konejšení, nebo ne. Během tohoto procesu jsou lidé utvrzováni ve víře, že jsou stroje, jejichž životnost závisí na návštěvách údržbářské dílny, a jsou tak nejen zavázáni, ale přímo tlačeni k tomu, aby platili výzkumnému trhu a za další aktivity medicínského establishmentu.

Sdělení diagnózy znamená vždy stres, protože ustanovuje neschopnost, vnucuje inaktivitu a zaměřuje pozornost směrem k nezvratnosti, nejistotě a závislosti na dalších lékařských nálezech, které budou směřovat ke ztrátě autonomie a sebeuplatnění. Také staví postiženého do osamělé role, vyděluje jej z množiny zdravých a požaduje na něm, aby se podřídil autoritě speciální osoby. Když už je jednou společnost zorganizovaná k preventivnímu honu na choroby, rozděluje diagnózy způsobem šířící se epidemie. Tento konečný triumf terapeutické kultury proměňuje nezávislost průměrně zdravé osoby v neúnosnou formu deviace.

V dlouhodobé perspektivě vede hlavní aktivita tohoto vnitřně řízeného systému k děsivé proměně předpokládané délky života ve zboží. Položením rovnítka mezi statisticky průměrného a biologicky jedinečného člověka vznikly neukojitelné požadavky po konečných zdrojích. Jedinec je podřízen vyšším „potřebám“ celku, preventivní procedury se stávají povinnými a právo pacienta odstoupit od dohody o vlastní léčbě vymizelo; jak prohlašuje káravě lékař, vše se musí podříditi diagnóze, protože společnost si nemůže dovolit zatížení léčebných procesů, které by byly třeba ještě dražší.

Terminální ceremoniály

Terapie dosáhla svého vrcholu v tanci smrti prováděném kolem umírajícího pacienta. Za cenu mezi 500 až 2 000 dolary denně modloslužebníci v bílém a modrém zahalují to, co v antiseptickém oděru zbylo z pacienta. Čím exotičtější je hranice a na ní obětované kadidlo, tím více se smrt vysmívá ministrantům. Religiózní použití medicínských technologií začíná převládat nad jejich léčebným významem a hranice oddělující lékaře od patologa se rozmazala. Lůžka jsou obsazena těly, která nejsou ani živá ani mrtvá. Čarující doktor sám sebe vnímá jako manažera krize. Základním způsobem poskytuje každému občanovi v jeho poslední hodině setkání se společensky umrtvujícím snem nekonečné moci. Stejně jako krizový manažer banky, státu nebo jako kouč plánující sebeporážející strategie si přivlastňuje zdroje, které se ve své neúčinnosti a zbytečnosti jeví stále grotesknější. V posledních chvílích života slíbí každému pacientovi nárok na absolutní prioritu toho, co pro sebe většina lidí považuje za nezajímavé.

Ritualizace krize, hlavní zaměření morbidní společnosti, přináší zdravotním funkcionářům tři věci. Uděluje jim povolení, na která mají nárok pouze armádní složky. Pod stresem vzniklé krize může profesionál, který věří, že je velitel, snadno počítat s imunitou při porušení běžných pravidel spravedlnosti a slušnosti. Ten, kdo byl povolán, aby ovládl smrt, přestává být normální lidskou bytostí. Stejně jako u šéfa třídícího komanda také u něj je zabíjení politicky kryté. Ještě významnější je fakt, že veškeré jeho počínání je obklopeno auroou krize. Protože je součástí týmu příhraničních čarodějů, kteří tak úplně nepatří do tohoto světa, časové intervaly a vyčleněný prostor nárokovaný medicínským pokrokem je stejně posvátný jako čas a prostor u jeho nedotknutelných náboženských a armádních protějšků. Medicinalizace terminální péče nejenže ritualizuje makabrozní sny a rozšiřuje profesionální povolení obscénním snahám; eskalace terminální péče také snímá z lékaře povinnost prokazovat technickou účinnost zdrojů, které si naporoučel. Neexistují žádná omezení jeho moci požadovat více a ještě více. Nakonec pacientova smrt odsune lékaře někam mimo oblast možné kontroly a kritiky. Z posledního pohledu pacienta a celoživotní perspektivy těch, kdo jsou „morituri“, zde není naděje, ale pouze lékařovo poslední očekávání. Orientace jakékoliv instituce na „krizi“ ospravedlňuje její neuvěřitelnou standardní neúčinnost.

Smrt v nemocnici nabyla endemických rozměrů. V posledních pětadvaceti letech vzrostlo procento Američanů, kteří umírají v nemocnici, o třetinu. Procento nemocničních úmrtí v jiných zemích roste ještě rychleji. Smrt bez přítomnosti lékaře se stala synonymem romantické umíněnosti, privilegia nebo katastrofy. Cena posledního dne každého občana vzrostla odhadem o 1 200 procent, mnohem více než cena veškeré léčebné péče. Souběžně s tím, alespoň ve Spojených státech, se ceny pohřbů stabilizovaly; náklady na ně rostou souběžně s obecným konzumním cenovým indexem. Nejrozpracovanější fáze terminálních obřadů se nyní soustřeďuje na umírajícího pacienta a byla – pod lékařskou kontrolou – oddělena od posmrtných obřadů a pohřbu toho, co zůstalo. Přesunem enormních výdajů za pohřeb na oddělení terminální péče a současně s přihlédnutím k tomu, jaká hrůza umírání bez lékařské pomoci je, si pojištěnec vlastně předplácí účast na vlastních pohřebních obřadech. Strach z nemedicalizované smrti nacházíme poprvé u příslušníků elit v osmáctém století, kteří odmítali náboženské provázení a zavrhlí víru v posmrtný život. Nová vlna tohoto strachu nyní zachvátila bohaté i chudé a v kombinaci s rovnostářským patosem vytvořila nový druh zboží: pacienty, kteří jsou „terminálně“ natolik sešlí, že mohou být zrekvírováni lékařem a umístěni do drahých síní smrti. K distribuci tohoto zboží se vynořuje množství nového typu právnické i etické literatury pojednávající o otázkách zařazení a vyloučení některých osob, výběru jiných a oprávnění možností použití život prodlužujících technologií a dalších způsobů, jak učinit smrt pohodlnější a přijatelnější. Jako celek vypráví tato literatura zajímavou historii o duši a rozumu současných právníků a filosofů. Většina autorů se vůbec neptá, zda technologie zahrnuté do jejich spekulací skutečně prokázaly, že jsou schopné prodloužit život. Naivně obcházejí tuto skutečnost naplnění bludem, že když je to drahé, musí to být také užitečné. Tímto způsobem právo a etika posiluje víru v hodnotu politiky regulující politicky neškodné medicínské rovnostářství až do bodu smrti.

Moderní strach z nehygienické smrti způsobuje, že život vypadá jako závod až ke konečnému finiši a svým jedinečným způsobem zcela rozbil osobní sebedůvěru. Uvedl k nám víru, že člověk již dnes ztratil svou autonomii rozpoznat, kdy nastal čas jeho odchodu a kdy vzít smrt do svých vlastních rukou. Lékařovo odmítání uznat, že se ocitnul v bodu, kdy končí jeho úloha léčitele, a odstoupit, když vidí v pacientově tváři smrt, z něj dělá agenta vytáček nebo úplné přetvářky. Pacientova neochota zemřít

svým vlastním způsobem ho činí pateticky závislým. Ztratil víru ve vlastní schopnost zemřít, konečnou podobu, kterou může mít zdraví, a vytvořil hlavní problém z práva být profesionálně zabit.

V kulturní orientaci o umírání v nemocnicích je vpleteno několik neřešených očekávání. Lidé si myslí, že hospitalizace sníží jejich bolest a že v nemocnici pravděpodobně přežijí déle. Nic z toho se nepodobá pravdě. Z těch, kteří jsou do běžných britských nemocnic přijímáni ve fatálním stavu, zemře deset procent v den příjmu, do 30 procent do týdne, do 75 procent do měsíce a 97 procent do tří měsíců. V hospicích jich zemře 56 procent do týdne od přijetí. V terminální fázi rakoviny není rozdíl v délce přežití mezi těmi, kteří zemřou doma, a těmi, kteří v nemocnici. Jenom čtvrtina terminálně nemocných pacientů s rakovinou umírajících doma potřebuje speciální péči sestry, a to vesměs až v posledním týdnu života. Více než polovinu lze zmírnit utrpení na pouhý pocit slabosti a diskomfortu, bolesti se většinou dají utišit. Ale tím, že zůstanou doma, se vyhnou pocitu vyhnanství, osamění a všemu, co narušuje jejich důstojnost, což je jinak – kromě zcela výjimečných zařízení – čeká. Zdá se, že chudí černoši tohle vědí, a narušují nemocniční rutinu tím, že své umírající odvázejí domů. Opiáty nejsou dostupné na vyžádání. Pacienti trpící těžkými bolestmi celé měsíce, či dokonce roky mohou vykazovat známky návyku, a opiáty jim pravděpodobně nebudou poskytnuty v nemocnici, stejně jako doma, protože by podporovaly zvyšování závislosti při jejich neléčitelné, ale ne smrtelné nemoci. Nakonec lidé také věří, že hospitalizace zvýší jejich šanci přežít krizi. Kromě několika jasně definovaných výjimek, kdy je to reálné, se v tomto názoru častěji mýlí. V kritickém stavu umírá nyní více lidí, protože krizová intervence je soustředěna do nemocnic, kde může být pacient zachráněn díky špičkovým technologiím, které může nemocnice poskytnout. V chudých zemích zemřelo v posledním desetiletí mnoho dětí na cholera nebo jiná průjmová onemocnění, protože nebyly zavodněny jednoduše v pravý čas tekutinou, která by jim byla podána sondou; péče se soustředila na sofistikovanou nitrožilní infuzní léčbu dostupnou jen ve vzdálené nemocnici. V bohatých zemích se počet úmrtí způsobených nabídnutou, ale jen částečně dostupnou výjezdovou službou rovná přibližně počtu takto zachráněných životů. Nemocniční „bohoslužby“ se nevztahují na nemocniční výkony.

Stejně jako jakýkoliv jiný rozvíjející se průmysl, také zdravotní systém směřuje se svými produkty tam, kde jsou neomezené požadavky: do obrany

před smrtí. Stoupající procento z nově získaných daňových zdrojů směřuje k životu prodlužujícím technologiím pro umírající pacienty. Byrokratický komplex licoměrně vybírá pro náhradní dialyzační léčbu jednoho ze šesti, nebo jednoho ze tří Američanů ohrožených selháním ledvin. Výběr pacientů vychází z toho, že je jenom málo příležitostí k umírání při tak hezkém mučení. Když lékař sleduje účty za tuto léčbu, zjišťuje, že mnoho času a úsilí směřuje na prevenci sebevražd během prvního a někdy také druhého roku, které umělá ledvina umí přidat k životu. Ve společnosti, kde většina lidí umírá pod kontrolou nějaké veřejné autority, se vážnost, která obklopovala dříve legální zabíjení neboli popravy, stává ozdobou oddělení pro terminálně nemocné. Luxusní způsoby léčby komatózních pacientů se tak dostaly na místo poslední snídaně odsouzenec v jiných kulturách.

Všeobecné okouzlení špičkovou technologií použitou při péči o smrt může být chápáno jako hlubinná potřeba inženýrského zvládnutí zázraků. Jednotka intenzivní péče není nic než veřejná bohoslužba organizovaná kolem medicínských kněží bojujících proti smrti. Ochota veřejnosti financovat tyto aktivity vyjadřuje touhu po netechnických funkcích medicíny. Kardiologické jednotky intenzivní péče jsou velmi zviditelňované, přičemž nevykazují statisticky zřetelný zisk v péči o nemocné. Vyžadují trojnásobek vybavení a pětinašobek personálu, než je třeba pro standardní péči o nemocné; dvanáct procent všech kvalifikovaných zdravotních sester v USA pracuje v tomto odvětví heroické medicíny. Toto barnumské podnikání je podporováno, stejně jako starší liturgie, vyděračskými daněmi, vyzváním k sponzorským darům a získáváním obětí. K porovnání mortality a úzdravy pacientů z těchto zařízení a těch, kteří zůstali v domácí péči, slouží velké soubory náhodně vybraných pacientů. Zatím se však neprokázaly žádné výhody. Pacienti postižení srdečním infarktem by sami dali přednost domácí péči; nemocničním prostředím jsou spíše vystrašení a v krizi by chtěli být nablízku lidem, které znají. Pečlivá statistická sledování potvrdila jejich intuici: vyšší úmrtnost těch, kteří měli užitek z nemocniční mechanické péče, je většinou připisována strachu.

Černá magie

Technologické zásahy do tělesného nebo biochemického make-upu pacienta nebo jeho prostředí nejsou a nikdy nebyly jedinou funkcí medicínských institucí. Odstranění patogenů a podání léčiv (úspěšně, či neúspěšně)

nejdou v žádném případě jediné cesty mezi člověkem a jeho nemocí. I za těch okolností, že je lékař natolik technologicky vybaven, že může sehrát technickou roli, na kterou aspiruje, současně neodmyslitelně vykonává také náboženské, magické, etické a politické funkce. V každé z těchto funkcí je současný lékař patogennější než léčitel nebo jen analgetikum.

Magie nebo uzdravování pomocí obřadů je pochopitelně jedna z významných tradičních funkcí medicíny. V magii léčitel manipuluje jak nejbližším uspořádáním, tak celou scénou. Jakýmsi neosobním způsobem založí ad hoc vztahy mezi svou osobou a skupinou dalších osob. Magie funguje, jestliže se úmysly pacienta a mága shodují, nicméně vědecké medicíně trvalo nemalou dobu, než připustila, že její vlastní praktici jsou na částečný úvazek také mágové. Termín „placebo“ byl vytvořen s cílem rozlišit lékařovo profesionální počínání v oblasti bílé magie (a současně z něj sejmout obvinění ze šarlatánství). Kdekoliv funguje cukrová pilulka podaná lékařem, je tato pilulka označena jako placebo. Placebo (z latinského „potěším“) potěší nejen pacienta, ale také lékaře, který je podal.

V rozvinutých kulturách je religiózní medicína oblast jasně oddělená od magie. Velká náboženství oceňují a posilují rezignaci na rány osudu a nabízejí jejich racionalizaci: osobní styl a spolu s ním společenské uspořádání, které oceňuje zvládnutí tohoto utrpení. Možnosti nabízené přijetím utrpení mohou být vysvětleny různě v každé z velkých tradic: jako karma nahromaděná během minulých inkarnací; jako pozvání k islámu, odevzdání se Bohu, nebo jako příležitost bližšího spojení se Spasitelem na kříži. Velká náboženství povzbuzují osobní odpovědnost k uzdravování, posílají své vyslance s někdy pompézními, ale někdy také účinnými útechami, nabízejí svěťce jako model a většinou poskytují rámec pro praktikování lidové medicíny. V našem typu sekulární společnosti je náboženským organizacím ponechána jen malá část jejich dřívější těšitelské role. Z osobní modlitby může získat posilu jen několik zbožných katolíků, některé marginální skupiny čerstvě přichozích do São Paula mohou ještě rutinně léčit své vředy v afrolatinských tanečních kultech a Indové v údolí Gangy stále nalézají zdraví při zpěvu véd. Ale tyto postupy jsou pouze vzdálenou paralelou toho, co se odehrávalo ve společenstvích, která nevěděla nic o hrubém národním produktu. Mýtotvorné ceremonie v těchto industrializovaných společnostech řídí sekulární organizace.

Navzájem oddělené kultury edukace, transportu a masové komunikace vytvářejí pod nejrůznějšími názvy tytéž sociální mýty, které Voegelin

popisuje jako současnou gnózi. Gnostickému pohledu na svět a jeho kultům je společných šest charakteristik: 1) je praktikován členy hnutí, kteří jsou nespokojeni se světem, protože je vnitřně špatně organizován. Jeho příznivci jsou 2) přesvědčeni, že spasení tohoto světa je možné, 3) přinejménším pro vyvolené, a 4) může přijít již v této generaci. Gnostici dále věří, že spasení závisí 5) na technických aktivitách, které mohou být k dispozici 6) těm zasvěceným, kteří si dokážou monopolizovat speciální formule k jejich ovládnutí. Všechny tyto prvky náboženské víry leží v základech sociálních organizací technologické medicíny, která pro změnu ritualizuje a oslavuje ideály pokroku devatenáctého století.

Mezi významnými netechnickými funkcemi medicíny je ta třetí spíše etická než magická, spíše sekulární než religiózní. Není závislá na spiklenectví, které uzavírá čaroděj se svým učněm, ani na mýtech, jimiž kněz vytváří formu, ale je závislá na podobě, kterou dává medicínská kultura mezilidským vztahům. Medicína může být organizována tak, že motivuje společnost pojednávat více či méně osobním způsobem o křečkových, sešlých, přecitlivělých, zmrzačených, depresivních nebo manických osobách. Zavedením určitého typu sociálního charakteru může medicína ve společnosti efektivně snížit utrpení nemocných tak, že přidělí aktivní úlohu spočívající v soucitné toleranci a neosobní pomoci slabým všem členům společnosti. Medicína by mohla řídit společenský dar vztahů. Kultury, v nichž se ve značném rozsahu vyvinul soucit s nešťastnými, vlídnost ke zmrzačeným, starost o nešťastné a úcta ke starým, integrují většinu těchto osob do každodenního života.

Léčitelé mohou být kněžími bohů, tvůrci zákonů, mágové, senzibilové, lazebníci-farmaceuti nebo vědeckí poradci. Do čtrnáctého století neexistoval v Evropě pojem, který by třeba jen přibližně odpovídal dnešnímu významu pojmu „doktor“. Ve starém Řecku se především o otroky starali „napravovači“, kteří neměli status lékaře-filosofa, byli často osvobozenými bývalými gymnasty bez jiných škol a své dovednosti pouze odpozorovali. Republikánský Řím považoval specializované léčitele za pochybné existence. Jako zcela dostatečné se jevily zákony týkající se zdrojů vody, drenáží, odpadků a vojenského výcviku spolu se státním kultem léčících bohů; žádnému zájmu se netěšili ani vojenští sanitáři ani babiččiny byliny. Dokud v roce 46 př. Kr. neudělil Julius Caesar občanství první skupině Asklepiadů, bylo toto privilegium odepřeno řeckým lékařům i léčícím kněží. Arabové si lékařů vážili; Židé ponechali léčebnou péči kvalitě ghetta,

nebo se špatným svědomím vyhledávali arabské lékaře. Několik různých funkcí medicíny se kombinovalo různými způsoby v různých rolích. První povolání, které si začalo monopolizovat zdravotní péči, je povolání lékaře konce dvacátého století.

Paradoxní je, že čím více se pozornost soustřeďuje na technologické zvládnání nemocí, tím výraznější se stává netechnická a symbolická funkce tvořená medicínskou technologií. Čím méně je jistoty, že více peněz investovaných do určitého způsobu léčby rakoviny zvyšuje míru přežití, tím více peněz odchází do tohoto odvětví na vybavení speciálních operačních sálů. Pouze cíle, které vůbec nejsou ve vztahu k léčení, jako pracovní místa specialistů, rovný přístup pro chudé, symbolická útěcha pacientů nebo pokusy na lidech, mohou vysvětlit expanzi plicní chirurgie pro karcinom během posledních pětadvaceti let. Nejen bílé kabáty, ústenky, antiseptika a ambulantní sirény, ale všechna odvětví medicíny jsou dále financována, protože je třeba investovat do netechnické, obvykle symbolické moci.

Moderní lékař je tak chtě nechtě tlačěn do symbolických a netechnických rolí. Netechnické funkce převládají v odstraňování adenoidní vegetace: více než 90 procent tonzilektomií provedených ve Spojených státech je technicky zbytečných, nicméně 20–30 procent všech dětí tuto operaci podstoupí. Jedno z tisíce zemře přímo v důsledku operace, šestnáct z tisíce trpí vážnými komplikacemi. Všechny přijdou o cennou část vlastních imunitních mechanismů. Všechny jsou obětmi emoční agrese: jsou uvězněny v nemocnici, oddělené od svých rodičů a častěji seznámeny s neospravedlnitelnou a pompézní krutostí medicínského establishmentu než ušetřeny této zkušenosti. Dítě dostane lekci: je vystaveno technikovi, který v jeho přítomnosti užívá neznámý jazyk, v němž pronáší soudy o jeho těle; naučí se, že jeho tělo může být napadeno neznámými tvory z důvodů, které znají jen oni; a má být hrdé na to, že žije v zemi, kde je iniciace, medicínské uvedení do reality žití, hrazena ze sociálních fondů.

Přímá fyzická účast na rituálech není nezbytnou podmínkou pro iniciaci do mýtu, který má organizace rituálem vytvořit. Také lékařští sportovní fanoušci vytvářejí mocná kouzla. Byl jsem v Riu de Janeiro i v Limě v době, kdy tam přicestoval Dr. Christiaan Barnard. V obou městech byl schopen dvakrát denně naplnit velký fotbalový stadion davu, které hystericky oslavovaly jeho makabrozní čin: výměnu lidského srdce. Zákraky medicínských postupů tohoto druhu mají celosvětový dopad. Jejich odciuzující účinek dosáhne k lidem, kteří nemají možnost přístupu na nejbližší

polikliniku, tím méně do nemocnice. Poskytne jim ale abstraktní ujištění, že spása prostřednictvím vědy je možná. Zkušenost ze stadionu v Riu mě připravila na důkaz, který mi byl předložen krátce nato, důkaz o tom, že brazilská policie byla úplně první, která použila prostředky prodlužující život při mučení vězňů. Tak extrémní zneužití medicínských technologií groteskně souzní s dominantní ideologií medicíny.

Neúmyslné netechnické ovlivnění celkového zdraví společnosti může být pochopitelně také kladné. Zcela zbytečná injekce penicilinu může magicky navrátit důvěru i chuť k jídlu. Provedení kontraindikované operace může vyřešit manželské problémy a redukovat chorobné příznaky u obou partnerů. Nejen lékařovy cukrové pilulky, ale také jeho jedy mohou být mocným placebem. Ale to není převažující výsledek netechnických vedlejších účinků medicínských technologií. Je tedy možné prohlásit, že právě v těchto specifických oblastech, v nichž se cenově náročná medicína stává specifičtěji účinnou, začínají její symbolické vedlejší účinky zcela popírat zdraví: tradiční bílá magie podporující pacientovo vlastní úsilí se tak mění v černou.

V širších souvislostech může být sociální iatrogenese vysvětlována jako negativní placebo – tedy *nocebo* – efekt. Netechnické vedlejší účinky biomedicínských technologií představují nesmírnou a významnou škodu na zdraví. Intenzita vlivu černé magie medicínských procedur nezávisí na jejich skutečné technické efektivitě. Výsledný účinek *noceba*, stejně jako placebo je z větší části nezávislý na tom, co lékař dělá.

Medicínské praktiky se stávají *černou magií*, když místo podpory a mobilizování sebeúzdavných procesů transformují nemocného člověka v mrzáka a zmateného diváka své vlastní léčby. Medicínské procedury se stávají *chorobným náboženstvím*, když jsou prováděny jako rituály soustředující veškeré očekávání nemocných směrem k vědě a jejím funkcionářům, místo aby je povzbuzovaly k hledání poetických interpretací jejich nesnází a hledaly obdivuhodné příklady lidí – dávno zemřelých nebo v nejbližším sousedství – kteří se naučili trpět. Medicínské procedury zmnoužují nemocí cestou *morální degradace*, když izolují nemocného v profesionálním prostředí, místo aby poskytly společnosti motivy a kázeň, které by zvýšily společenskou toleranci k postiženým. Magická spoušť, náboženské zraňování a morální degradace vytvářejí pod pláštíkem biomedicínského sledování všechny podstatné mechanismy sociální iatrogenese. A jsou propojeny medicinalizací smrti.

Když doktoři poprvé začali provozovat svůj obchod mimo chrámy, v Řecku, Indii a v Číně, přestali být medicinmany. Když vyhlásili nad nemocemi racionální vládu, společnost ztratila vědomí komplexu osobnosti s její schopností integrovat léčení tak, jak to zajišťoval šaman nebo léčitel. Medicínské uzdravování přenechalo své velké tradice a zázračné kúry kněžím a králům. Kasty, které byly „zadobře“ s bohy, mohly žádat o jejich pomoc. Ruce, která ovládala meč, byla připsána také moc podrobit si nejen nepřátele, ale i ducha. Až do osmnáctého století vkládali angličtí králové ruce na své poddané postižené kožní tuberkulózou, které lékaři nevyléčili. Epileptici, jejichž záchvaty neustoupily ani po dotyku rukou Jeho Milosti, nalézali útočiště v léčivé síle vycházející z rukou kata.

Se vzestupem medicínské civilizace a léčebných cechů se lékaři distancovali od šarlatánů i kněžích, protože znali limity jejich umění. Dnes je na tom lékařský stav tak, že je blízko požadavku na právo dělat zázraky. Medicína si dělá nárok na svého pacienta i v případě, že etiologie jeho obtíží je neznámá, prognóza nepříznivá a léčba na experimentálním základu. Za těchto podmínek může být pokus o „medicínský zázrak“ pojistkou proti selhání, protože v zázraky lze pouze doufat, a nemohou tedy být, podle definice, očekávány. Radikální monopol lékaře na léčebnou péči, který nyní požaduje, ho nutí, aby znovu přijal kněžské a královské funkce, jichž se jeho předkové vzdali, když se specializovali jako technologičtí léčitelé.

Medicinalizace zázraků nabízí další vhléd do sociální funkce terminální péče. Pacient je připoután a kontrolován jako astronaut a to vše se zobrazí v televizi. Tyto heroické výkony slouží pro miliony diváků jako dešťové tance, jako liturgie, v níž jsou realistické naděje na autonomní život přetvořeny v blud, že lékař dodá zdraví z vesmíru.

Pacientské většiny

Kdykoliv medicínská diagnostická moc zmnoužuje počet nemocných do nepřiměřeně velkých čísel, vkládají medicínští profesionálové tento přebytek jako investici do managementu nemedicínských živností a povolání. Prostřednictvím dumpingu se medicínští lordi zbavují zátěže, péče s nízkou prestiží a nabízejí ji policistům, učitelům nebo personalistům s velkou dušností poskytovatelů léna. Medicína si ponechává nekontrolovatelnou autonomii v definování toho, co konstituuje nemoc, ale přenechá jiným úkoly spočívající ve vypátrání nemocných a zajištění jejich léčby. Jenom

medicína ví, co tvoří nemoc zvanou závislost, ale současně předpokládá, že policisté budou vědět, jak ji kontrolovat a řešit. Jedině medicína umí definovat, co to je poškození mozku, ale dovolí učitelům stigmatizovat a řídit zdravě vypadající mrzáky. Pokud je potřeba převelení medicínských cílů diskutována v lékařské literatuře, nabývá v současnosti charakteru plánovaného dumpingu pacientů. Proč by nemohli novorozenci a umírající, lidé s etnickými problémy, sexuálně nedostačiví, neurotici a další nezajímavé a časově náročné oběti diagnostického šílení být hozeni přes hranice medicíny a přetvoření v klienty nemedicínských dodavatelů terapie: sociálních pracovníků, televizních programátorů, psychologů, personalistů a sexuálních koučů? Rozmnožení pracovních příležitostí jen reflektuje prestiž medicíny a vytváří zcela nová prostředí pro roli nemocného.

Každá společnost ke své stabilitě potřebuje úředně potvrzenou deviaci. Lidé, kteří vypadají divně a chovají se nesprávně, působí podvrtně, dokud jejich společné charakteristiky nejsou formálně pojmenovány a jejich zneklidňující chování utříděno do srozumitelných škatulek. Tím, že dostanou jméno a roli, jsou tajuplné a děsivé zrůdy zkroceny, stanou se předvídatelnými výjimkami, které mohou být hýčkány, kterým je třeba se vyhnout, které je nutné potlačit nebo vyhnat. V každé společnosti jsou určití lidé, kteří stanovují role těm odlišným; podle převládajících sociálních předpisů to jsou obvykle ti, kteří mají speciální znalosti o podstatě deviace; ti pak určují, jestli je deviant posedlý duchem, řízený bohem, intoxikován jedem, trestaným za své hříchy nebo obětí pomsty seslané čarodějem. Agent, který toto značkování provádí, nemusí být nutně srovnatelný s medicínskou autoritou; může vládnout právní, náboženskou nebo vojenskou mocí. Pojmenováním ducha, který je odpovědný za deviaci, podřídí autorita devianta kontrole jazyka a zvyklostí a změní jej z ohrožujícího ve stabilizující prvek sociálního systému. Etiologie tohoto počínání je sociálně sebenaplňující: jestliže je svatá nemoc považována za navštívení boha, potom epileptik při záchvatu hovoří božím hlasem.

Každá civilizace má své vlastní nemoci. Co je onemocnění v jedné, může být v jiné chromozomální abnormalita, zločin, svatost nebo hřích. Každá kultura vytváří svou odpověď na nemoc. Pro tentýž symptom kompulzivních krádeží může být člověk popraven, do smrti léčen, vyhoštěn, hospitalizován nebo může dostávat almužny či sociální příspěvky. Tu musí zloději nosit speciální oblek, tam jdou do vězení, onde přijdou o prst nebo mohou být napravováni pomocí magických praktik či elektrických šoků.

Stanovit pro všechny společnosti stejný specifický způsob „nemocné“ deviace, třeba jen s minimem společných charakteristik, je hazardní počínání. Současné vyznačení role nemocného je zcela jedinečný případ. Vyvinulo se jen o něco málo dříve než jednu generaci předtím, než je Henderson a Parsons analyzovali. Defínuje deviaci jako speciální legitimizované chování oficiálně vybraného konzumenta v industriální společnosti. I když je tu cosi, co svědčí pro myšlenku, že ve všech společenstvích jsou někteří lidé – lze to tak říci – staženi ze služby a hýčkání, dokud nejsou opraveni, souvislosti, ve kterých se někde toto osvobození uskutečňuje, nemohou být srovnávány se sociálním státem. Když moderní lékař *přiradí* status nemocného svému klientovi, může si přitom počínat způsobem podobným způsobům čaroděje nebo sboru starců; ale protože současně patří do vědecké profese, která *vynalézá* kategorie, jež při konzultacích přiřazuje, je moderní lékař naprosto odlišný od léčitele. Medicinmani vykonávající povolání léčitelů provozují umění rozlišovat jednoho zlého ducha od druhého. Nejsou ale takoví profesionálové, aby dokázali vynalézat nové duchy. Aktivující profese na svých výročních shromážděních vytvářejí chorobné role, které pojmenovávají.

Role dostupné jedincům byly vždy dvojího druhu: ty, které jsou dány kulturními tradicemi, a ty, které jsou výsledkem činnosti byrokratické organizace. Všechny inovace vždy vedly k relativnímu vzestupu těch druhých, racionálně vytvářených rolí. Není pochyb o tom, že vytváření nových rolí může být obohaceno tradicí. Není také pochyb o tom, že stanovit jemné rozlišení mezi dvěma typy rolí je obtížné. Ale vcelku platí, že role nemocného byla až dosud spíše tradičního typu. Nicméně v posledním století se proporce změnily tím, co Foucault nazval novým klinickým pohledem. Lékař stále více opouští svou roli moralisty a vyhlašuje se za osvíceného interpreta vědy. Zproštění nemocných viny a odpovědnosti za jejich nemoc se stalo hlavní povinností, a pro tyto potřeby bylo třeba vytvořit novou kategorii nemoci. Lékařské fakulty a kliniky vytvářejí lékařům atmosféru, v níž se nemoc – viděno jejich očima – stává úkolem pro biologické a sociální technologie; jejich pacienti na těchto odděleních se dosud drží náboženských a kosmických interpretací, stejně jako se v kostele při nedělních bohoslužbách laici drželi svých sekulárních zájmů. Ale role nemocného popsaná Parsonsem bude vyhovovat moderní společnosti jen tak dlouho, dokud se lékaři budou tvářit, že je jejich léčba účinná, a dokud bude veřejnost sdílet tento jejich pohled růžovými brýlemi. Role nemocného

uprostřed dvacátého století je nedostatečná pro popis toho, co se stane v medicínském systému vyhlášením svou autoritu nad lidmi, kteří nejsou nemocní, lidmi, u nichž není předpoklad, že se jejich stavlepší, a těmi, pro něž lékaři nebudou mít dost účinnou léčbu, až nebude moci nabídnout nic více než rady poskytované tetičkami a strýčky. Způsobem stabilizace industriální společnosti byl expertní výběr několika málo vyvolených k institucionálnímu hýčkání; zahrnoval jednoduše regulované nároky nenormálních na abnormální množství veřejných financí. Na počátku dvacátého století tento systém hýčkání deviantů, držený v určitých limitech, „posiloval“ soudržnost industriální společnosti. Ale za kritickým bodem sociální kontrola prováděná prostřednictvím diagnózy neomezených potřeb zničila svou vlastní základnu. Dokud občan není prohlášen za zdravého, předpokládá se, že je nemocný. V triumfálně terapeutické společnosti se může každý stát terapeutem, stejně jako kdokoliv jiný jeho klientem.

Nyní se lékařská role stala rozmazanou. Zdravotní profesionál v ní má kombinovat klinickou službu s inženýrským řízením veřejného zdravotnictví a vědeckou medicínou. Lékař jedná s klienty, kteří při každém setkání s medicínským establishmentem simultánně obsazují hned několik rolí. Mění se v pacienty, které medicína vyšetřuje a léčí, v registrované občany, jejichž zdravé chování řídí medicínská byrokracie, a v morčata, na kterých dělá medicínská věda své pokusy. Aeskulapská moc udělení role nemocného byla předstíráním dodávky totální zdravotní péče zcela rozmělněna. Zdraví přestalo být vrozeným darem, předpokládaným vlastnictvím každého člověka, který není označen za nemocného, a stalo se stále unikajícím cílem, kterého může být dosaženo na základě sociální spravedlnosti.

Oplátkou za celý konglomerát medicínských profesí se patientská role stala nekonečně pružnou. Lékařské potvrzení nemoci bylo nahrazeno byrokratickým předpokladem zdravotního manažera, který organizuje lidi podle stupňů a kategorií terapeutických potřeb, a medicínská autorita rozšířila své působení na dohled nad zdravotní péčí, časným záchytem, preventivními terapiemi a stále více nad léčením neléčitelného. Dříve moderní medicína kontrolovala jenom omezenou část trhu; nyní na tomto trhu zmizely veškeré hranice. „Nenemocní“ lidé přicházejí a stávají se závislími na profesionální péči ve jménu svého budoucího zdraví. Výsledkem je morbidní společnost, která vyžaduje univerzální medicinalizaci a medicínský establishment, který potvrzuje univerzální chorobnost.

V chorobné společnosti panuje víra, že definovaná a odborně diagnostikovaná choroba je nekonečně výhodnější formou negativní nálepky než jiná, eventuálně žádná nálepka. Je lepší než kriminální nebo politická deviace, lepší než lenost, lepší než svévolná absence v práci. Čím dál více lidí podvědomě tuší, že jsou otráveni a unaveni ze svého zaměstnání a ze své pasivity ve volném čase, ale chtějí slyšet lež, že tělesná nemoc je osvobozuje od sociální a politické odpovědnosti. Chtějí, aby jejich doktor pracoval současně jako advokát a kněz. Jako advokát omlouvá doktor pacienta z jeho normálních povinností, a umožňuje mu čerpat sociální dávky z fondů, které byl nucen vytvářet. Jako kněz se stává pacientovým komplicem při tvorbě mýtu, že je nevinnou obětí biologických mechanismů, spíše než že je líný, chamtivý a závistivý dezertér ze sociálních zápasů za kontrolu nad mechanismy produkce. Sociální život spočívá v poskytování a přijímání léčby: medicínské, psychiatrické, pedagogické nebo geriatrické. Požadovat přístup k léčbě se stává politickou povinností a lékařská potvrzení mocným prostředkem sociální kontroly.

S vybudováním sektoru terapeutických služeb v ekonomii vzrostl počet všech lidí vnímaných jako odchylovící se od některých požadovaných norem a z těch se stávají klienti, kteří nyní mohou být podrobeni léčbě, která je přivede blíže k požadovaným standardům zdraví, nebo umístění do speciálního prostředí vybudovaného s ohledem na jejich deviaci. Basaglia poukázal na to, že v první etapě tohoto procesu byla nemoc legitimním důvodem pro omluvu z produkce. V dalším stadiu industriální expanze se přišlo na to, že deviantní a potřebná péče je vlastně většina. Když se tak stalo, vzdálenost mezi nemocnými a zdravými se znovu zmenšila. V rozvinuté industriální společnosti byli nemocní navíc shledáni schopnými určité úrovně produktivity, která jim byla upřena v časných obdobích industrializace. Nyní, když každý touží být alespoň v nějakém ohledu nemocný, námezdní práce získala terapeutické charakteristiky. Celoživotní zdravotní výchova, konzultace, vyšetření a chronické léčení, to vše je zabudováno přímo v továrnách a kancelářích. Terapeutické závislosti pronikají produktivními vztahy a zabarvují je. *Homo sapiens*, který se ve svém kmeni probudil k mýtu a vyrostl v politice jako občan, je nyní zacvičován na celoživotního chovance industriálního světa. Medicinalizace industriální společnosti dovedla svůj imperiální charakter do konečného uskutečnění.