

Vtělené jednání, zjednávaná těla

Příklad hypoglykémie

Annemarie Mol, John Law

Překlad: Zdeněk Konopásek



Abstrakt:

Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia

We all know that we have and are our bodies. But might it be possible to leave this common place? In the present article we try to do this by attending to the way we do our bodies. The site where we look for such action is that of handling the hypoglycaemias that sometimes happen to people with diabetes. In this site it appears that the body, active in measuring, feeling and countering hypoglycaemias is not a bounded whole: its boundaries leak. Bits and pieces of the outside get incorporated within the active body; while the centre of some bodily activities is beyond the skin. The body thus enacted is not self-evidently coherent either. There are tensions between the body's organs; between the control under which we put our bodies and the erratic character of their behaviour; and between the various needs and desires single bodies somehow try to combine. Thus to say that a body is a whole, or so we conclude, skips over a lot of work. One does not hang together as a matter of course: keeping oneself together is something the embodied person needs to do. The person who fails to do so dies.

Přeloženo z originálu:

Biograf

Časopis
(nejen) pro
biografickou a reflexivní
sociologii

ISSN 1211-5770
Reg. pod č. MK ČR E 8364

Biograf aktuálně vychází dvakrát ročně v tištěné verzi i jako online časopis. Publikuje empirické, metodologické i teoretické příspěvky věnované kvalitativnímu výzkumu.

E-mail:

casopis@biograf.org

Website:

<http://www.biograf.org>

Rok 2003, číslo 31

TEXTY

© Časopis Biograf 2003

MOL, Annemarie / LAW, John (2004): Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & Society*, 10 (2): 43-62

Citujte takto:

MOL, A. / LAW, J. (2003): Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie. *Biograf* (31): 53 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3102>

Živoucí těla

1.

Všichni to víme: živoucí tělo je jak objektem, tak subjektem.[1]

2.

Víme, že tělo je *objektem* lékařského poznání. Když ho pozorujeme pouhýma očima nebo s pomocí mikroskopu, počítačové tomografie a dalších zobrazovacích zařízení, tělo je objektem.[2] Jako objekt ho různými způsoby měříme, ať už počítáme puls nebo určíme krevní hladinu hemoglobinu, kreatininu či kalcia. A tělo-objekt lze také cítit: když ruce doktora nahmatávají zhmožděninu nebo, při operaci, nějaké orientační body.

3.

Avšak živoucí tělo je také *subjektem*. Je námi, jsme to my: neboť lidmi jsme právě jako tělesné bytosti. Takže tělo z masa a krve vytváří podmínky pro různé způsoby našeho života – nebo lépe, tělo tyto způsoby do „masa a krve“ situuje. Jako živá těla zakoušíme bolest, hlad nebo muka, stejně jako spokojenost, extázi či potěšení. A zatímco tělo-objekt je ukazováno a veřejně vystavováno, tělo-subjekt je soukromou věcí, která přesahuje jazyk nebo mu vlastně předchází.

4.

Kdokoli chce psát o živoucích tělech, měl by asi začít právě tady, u téhle *danosti*, podle níž nějaké veřejné tělo-objekt *máme* a zároveň nějakým soukromým tělem-subjektem *jsme*. Této danosti si už všimli ve filosofii, antropologii a sociologii, a také v lékařství.[3] Znovu a znovu se objevuje ve svědectvích o skutečných životních zkušenostech. Všichni

ji dobře známe. Možná je ale načase z téhle samozřejmosti uniknout. Možná je načase začít si uvědomovat něco jiného. Nebo vědět nějak jinak.

5.

Tělo nebylo objektem/subjektem vždycky. Michel Foucault (1976) má toto pojetí za *tropus*, který se objevil začátkem devatenáctého století. Předtím byly nemoci opravdovými jsovcy, seříděnými v nosologických tabulkách. Pacienti, kteří se chtěli uzdravit, popsali svoje zdravotní potíže a lékaři pak z toho usuzovali, kteráže nemoc to obývá tělo pacienta... a co z toho asi bude. Aby se nemoci staly *stavem* lidského těla, muselo napřed dojít k výraznému epistemickému posunu. Po tomto posunu už pravdu o nějaké nemoci nešlo odhalovat tak, že lékař prostě naslouchal tomu, co mu pacient říkal. Místo toho bylo zapotřebí dobře vycvičeného pohledu na tělesné tkáně. Vzhledem k tomu, že chorobné tkáně jsou obvykle skryty pod povrchem kůže, bylo možné je spolehlivě poznat teprve po smrti dotyčného. A tak se ustavilo dnešní rozlišování na tělo-objekt a tělo-subjekt. Slovy Marka Sullivana (1986: 344):

Subjekt a objekt lékařské práce nebyly pro Bichata dvě různé věci uvnitř téhož individua, ale dva různí jednotlivci: jeden živý, druhý mrtvý. Poznávající a poznávané se proti sobě epistemologicky staví spolu s tím, jak pro sebe lékař vyhrazuje postavení poznávajícího a pro pacienta/mrtvolu status poznávaného.

6.

Sullivan tvrdí, že právě tento rozkol vyvolává zásadní *dualismus*, se kterým se moderní lékařství musí složitě vyrovnávat. Není to ale tentýž dualismus, který připisujeme Descartovi: mezi dvěma různými podstatami, tělem a myslí. Spíš jde o rozlišování mezi podstatou a aktivitou:

Spíš než jsovcno nějaké mentální substance je potom z těla vytlačena *činnost* sebe-interpretace a sebe-poznávání. Tělo, které moderní medicína zná a léčí, si není vědomo samo sebe. (Sullivan 1986: 344)

7.

Sullivan a mnozí další chtějí lidské sebe-vědomí do moderního lékařství znovu začlenit. [4] Ale jak? Většina autorů myslí, že je třeba něco přidat: *vedle* studia patologie tkání, a vlastně *nad to*, by lékaři měli svým pacientům otevírat prostor pro sebe-vědomost. Medicína prý nemá jenom pozorovat, ale také poslouchat. Přiznat pacientům jejich život, a *přitom* je studovat, jako kdyby byli mrtví.

8.

Na první pohled je těžké nesouhlasit se Sullivanem v tom, jak se přimlouvá za takové lékařství, které se stará nejen o orgány pacientů, ale také o jejich vědomí sama. Je s tím však jedna potíž: toto pojetí si vůbec nevšimá *způsobů poznávání a vědění*. Na jedné straně předpokládá objektivní, veřejný a vědecký způsob poznávání těla zvenčí. Na druhé straně pak subjektivní, soukromé a osobní uvědomování si těla zevnitř. Právě tyto způsoby poznávání se ustavily za časů Bichatových. Foucault líčí jak je moderní epistém (jejíž jsou součástí) svázána se *zrodem kliniky*. Moderní lékařství a *pohled* na mrtvé chorobné tkáně se objevily ruku v ruce se zvláštním druhem nemocnic, se zvláštním systémem lékařského vzdělávání a se zvláštním souborem léčebných postupů. Společně pak daly poslední slovo patologii, zatímco se rozvíjela celá řada technik, s jejichž pomocí pohled proniká pod kůži živých těl (od rentgenu po laboratorní chemii). A právě v mezích takto uspořádaného lékařského poznávání se sebe-vědomí pacientů stalo soukromou věcí.

[5]

9.

Protože od začátku devatenáctého století už uteklo mnoho let, rádi bychom Foucaultovu práci využili nikoli jako nějaký završený popis „modernosti“, ale spíš jako inspiraci pro otázku, zda stále ještě žijeme v rámci jedné a té samé moderní epistém. Chtěli bychom se zabývat tím, jaké způsoby vědění lze nalézt v současných lékařských postupech, jak je dnes tělo poznáváno. Avšak vyjádřit se takhle je vlastně zavádějící, protože to pak vypadá, jako že nám jde v první řadě o *vědění*. Abychom se tedy vyhnuli takovému předpokladu, zeptejme se trochu jinak: *co je tělo* – na začátku jedenadvacátého století a s ohledem na současné podmínky? Formulovat to takhle je ovšem riskantní. Je tu nebezpečí, že odpověď na takovou otázku prostě zopakuje, co už jednou bylo odborníky na biomedicínu a/nebo pacienty řečeno: a to by sotva byl nějaký opravdový příspěvek. Stejně tak marné by bylo rozšiřovat nebo opravovat znalosti odborníků a pacientů pouze na základě etnografického studia, které jsme provedli. Kdepak, žádné „lepší poznatky“ nemáme. Ptát se, „*co je tělo*,“ má smysl kvůli něčemu docela jinému: *posouvají se tak základy*, od nichž lze odvozovat otázky po realitě těl. A dostáváme se k bodu, ve kterém shromažďování *poznatků* – ať objektivních nebo subjektivních – není už ceněno jako ten nejdůležitější způsob vztahování se ke světu a pobývání v něm.

10.

Všichni *máme* těla a *jsme* těly. Z téhle podvojnosti však lze uniknout. V rámci toho, čím se běžně a dennodenně zabýváme, (*svoje*) *těla také děláme*. Vlastně je zjednáváme.[6] Jestliže tělo, které *máme*, je po naší smrti předmětem poznání patologů a tělo, kterým *jsme*, poznáváme skrze vědomí sama sebe, jak je to potom s tělem, které *děláme*? Co lze o něm zjistit a říct? Je možné tělo, které *děláme*, nějak prozkoumávat? A jaké důsledky to vůbec má, když takhle upřednostňujeme činy před poznatky? Abychom se v tomhle všem

trochu lépe vyznali, budeme se dále věnovat několika příběhům o *hypoglykémii*, které pocházejí z probíhajícího výzkumu o životě s cukrovkou.[7]

Poznávání hypoglykémie v praxi

11.

Takže co *je* hypoglykémie? Tohle pochází z lékařské učebnice:[8]

U lidí bez diabetes mellitus dosahuje hladina plazmaglukózy 3-8 mmol/l, v závislosti na čase, který uběhl od posledního jídla. U pacientů s diabetem je kritériem pro hypoglykémii hladina cukru v krvi pod 3,5 mmol/l.[9]

12.

V téhle definici je tedy hypoglykémie umístěna *pod povrchem kůže* a je významným stavem tekuté tělesné tkáně, krve. Je hladinou krevní glukózy pod 3,5 mmol/l. V tomto smyslu jde o definici orientovanou na objekt, která je poplatná patologické tradici – vykresluje tělo-které-máme. Jenže tatáž kniha zasazuje hypoglykémii i jinam:

Hypoglykémie je častou potenciálně vážnou komplikací při léčbě diabetes mellitus. (tamtéž)

13.

Léčení diabetes mellitus neprobíhá v těle, ale v nemocnicích, v informačních brožurkách a v lidských domovech. Dochází k němu v *každodenním životě* lidí, kteří diabetem mellitus trpí. A v každodenním životě je hypoglykémie něco, co se může přihodit, stát, vyvolat. Může se stát vážnou komplikací.

14.

V lékařských učebnicích a vědeckých článcích takovéhle věty najdeme snadno – věty, které daný jev představují jako součást praktik, které ho doprovázejí.[10] Ale ne kdekoli. Praktičnosti mají sklon objevovat se zejména v těch částech odborných prací, které jsou věnovány *použitým datům a metodám*, nikoli závěrům. Spíše je najdeme v klinických prezentacích, než v epidemiologických přehledech. Přitom platí, že poznatky o tělech-která-máme a poznatky o tělech-která-děláme se často střídají a doplňují. Zde navrhovaný posun v pohledu na věc je tedy docela prostý, byť má dalekosáhlé důsledky. Jde o to, udržet po celou dobu všechny praktičnosti v popředí. Protože náš etnografický popis nikdy nejde zkratkou předpokladu, že „hypoglykémie“ je skryta kdesi v těle či pod povrchem těla, můžeme důsledně sledovat praktické postupy a uspořádání, v nichž se dělá.

15.

Takže *jak* se hypoglykémie dělá? V první řadě opravdu tak, že o ní něco *víme*. Vědění, poznávání, je praxe: mluvit o „hladině cukru v krvi pod hranicí 3,5 mmol/l“ je možné jenom díky tomu, že někdo propíchne něčí kůži, odebere krevní vzorek a změří hladinu cukru. To se obvykle odehrávalo v laboratoři. Laborant napíchl žílu, nabral do malé zkumavky trochu krve, tu vložil do přístroje a přečetl výsledek. Vlastně se tak děje stále, ale dnes se k tomu přidává ještě jiný měřicí postup. Protože potřebné přístroje byly miniaturizovány, lidé s cukrovkou je mohou nosit u sebe a měřit si hladinu cukru v krvi sami. Píchnou se do bříška prstu a vymáčknou kapku krve na papírový měřicí proužek. Proužek se zasune do otvoru v měřidle a za pár vteřin zobrazí přístroj číslo. Nic z toho však není snadné. Píchnutí do prstu může dost bolet, číslo se na displeji objeví až po chvíli – a tak dál. Měření je náročné a v praxi je někdy nemožné to zvládnout. Zde jeden internista v rozhovoru říká:

To naprosto chápu, že to není vždycky lehké. Třeba ten můj pacient, co pracuje na silnicích. Sedíte tam někde v příkopu, všude kolem vás špína a prach, ruce máte zamazané, nikam se neschováte. Taky bych si to nezměřil být na jeho místě.

16.

Špinavé škarpy jsou tedy problém. Ale měřit si krevní cukr není snadné ani na pracovní poradě, ze které se nelze ani na minutu omluvit. Nebo když s přáteli nakupujete ve městě; nebo když zrovna učíte ve třídě plné děti. Je ovšem možné si změřit hladinu cukru v krvi třeba v čisté kuchyni nebo v koupelně – tedy na místech, jejichž podmínky lze kontrolovat a ovlivňovat stejně dobře jako prostředí laboratoře. Hypoglykémie pak skutečně může být *zjednaná* jakožto hladina krevního cukru pod hranicí 3,5 mmol/l.

17.

Sullivan a mnozí další kritici tvrdí, že medicína by měla poznávat živoucí těla nějakým bohatším způsobem, než jak lze poznávat těla umlčená. Měla by docenit, že pacienti mohou jednat. Jenže chtít po lidech s cukrovkou, aby fungovali jako laboranti, to není ono: z takových lidí se leda stanou patologové sebe sama. Takhle se dualismu mezi poznávajícím/vědoucím doktorem a pacientem, jehož tělo je poznáváno či věděno, nezbavíme; jenom tím hranici mezi obojím prostě trochu posuneme, takže nyní povede napříč každým jednotlivcem. Abychom se mohli hlásit k nejen k tělu, které *máme*, ale také k tělu, kterým *jsme*, potřebujeme poznávat/vědět zevnitř. Pozoruhodné je, že v každodenním životě s cukrovkou je *vědomí sebe sama* alespoň tak důležité, jako měření. Protože když je někdo zevnitř citlivý vůči vlastnímu tělesnému stavu, může přicházející hypoglykémii („hypku“) vycítit a krevní hladinu cukru si zase nějak zvýšit. Jenže být si vědom sebe sama není žádná samozřejmost. Neumí to každý, nehledě na to, zda je

v daném případě na takovou citlivost medicína zvědavá. Někdo je v tom zkrátka dobrý, jiný ne. Jak říká jedna zdravotní sestra:

Někdy máme lidi, co nikdy nic necítí. Prostě jen dělají, co mají předepsáno. Takže se jim to snažíte předepsat dobře, říct jim, co kdy mají dělat, a snažíte se je vést k tomu, aby se kdyžtak měřili trochu častěji. Pokud se ale přihodí něco neočekávaného, dostávají se tihle lidé do problémů. No jenže jsou i jiní, a ti mi říkají, že se kromě jednoho nebo dvou kontrolních dnů snad vůbec neměří, a přitom nikdy žádné „hypo“ nehlásí. Prostě nějak cítí, když se to blíží.

18.

Tato zdravotní sestra pracující s diabetiky věří, že lidé, kteří „prostě nějak cítí, když se to blíží“, jsou ve výhodě, protože se snáze přizpůsobují různým podmínkám a mohou vést svobodnější život. Lépe mohou čelit neočekávané hypoglykémii, která se může dostavit jako následek porušení zaběhaných pořádků. Sestra nadšeně popisuje, jak se účastní programů skupinového výcviku, kde se v sebe-vědomí trénují ti, kterým chybí.[11] Při léčení lidí s cukrovkou pak vědomí sebe sama není medicínou *umlčováno*, ale je jako prostředek využíváno a – kde je to možné – podporováno.[12]

19.

Mezi poznáváním těla objektivně zvenčí a subjektivně zevnitř je možná dualismus. Avšak pokud se zaměříme na praxi, jak navrhujeme, vztahy mezi měřením hypoglykémie a jejím „pocit'ováním zevnitř“ se začnou jevit složitější. Někdy, a pro někoho, je dostatečným důvodem k jednání to, že se necítí dobře. Měření prostě *není nezbytné*. Za jiných okolností se však vnitřní pocit a měření dostávají do *rozporu* a má se pak za to, že to druhé je přesnější. To proto, že cítit se špatně nutně nesouvisí s „hypkou“, ale může jít o důsledek poklesu hladiny krevního cukru z, řekněme, 15 na 8 mmol/l. Tehdy není nutně třeba si hladinu cukru zvyšovat, ale rozhodně je dobré si ji změřit. A některým lidem se zase vůbec „špatně“ nedělá, takže chtějí-li posoudit svou hladinu krevního cukru, musejí *vždycky* sáhnout k měření. Avšak pro etnografa vypadá snad nejzajímavěji vztah mezi objektivitou a subjektivitou tehdy, když se měřicí přístroje používají k *výcviku* vnitřní citlivosti. V takových výcvikových programech mají lidé napřed hladinu krevního cukru zkusit odhadnout, a teprve pak ji měří. Cílem přitom není, aby se z nich stali přesní odhadovači příslušných čísel, ale spíš to, aby se v nejrůznějších situacích učili „vysadit“ a zevnitř naslouchat svému tělu. Takový postup má pacienty přitáhnout k *procvičování* sebe-vědomí.

Vzpírání se, vyhýbání se hypoglykémii... a její vyvolávání

20.

Ale *dělat* hypoglykémii neznamena jí pouze *poznávat* (*vědět* o ní) tak, že jí zvenčí měříme nebo zevnitř cítíme, případně že děláme obojí. Když jsme otázku „co je hypoglykémie“ položili Miriam T., která s cukrovkou žije už léta, vyprávěla nám o něčem docela jiném:

No, když my diabetici jdeme spát a máme zrovna čtyřku [4mmol/l cukru v krvi], pak je jasné, že od jisté chvíle riskujete noční „hypo“, že to je prostě moc málo. Mělo by to být tak šest nebo sedm, ale stane se, že... no, sakra, prostě vstanu uprostřed noci a rozklepu se, třesu se, třesu se a potím, a pak musím vstát z postele a něco sníst. Když jsem hodná holka tak ne, ale když se nestarám, to holt jo, to pak musím z postele.

21.

V tomhle vyprávění jsou čísla (čtyři, šest, sedm) a je tam pocení a třas. Ale Miriam T. mluví také o vstávání uprostřed noci a o tom, jak má sama na sebe vztek, že se nestarala. Ta zásadní věc, kterou musí udělat, je najíst se.

A tak si nadávám, jdu do ledničky, vytáhnu jogurt a přidám do něj trochu cukru. A někdy se svalím na podlahu, sedím a jím, protože to je tak to jediné, čeho jsem v daný okamžik schopná, sedět na studené podlaze v kuchyni a jíst svůj slazený jogurt. No a potom se mi postupně uleví.

22.

Pro lidi s cukrovkou je hypoglykémie běžně a samozřejmě něčím, o čem vědí a co poznávají; jenže jejich údělem není především shromažďovat poznatky, ale zasahovat. To nejzajímavější, co Miriam T. poutá k hypoglykémii, není ani cítění, ani měření, ale *jednání proti* ní, když jí klade odpor. Takže když se Miriam zeptáme, co *je* hypoglykémie, vypráví nám o tom, jak uprostřed noci vstává a dává si slazené jogurty.^[13] Někteří lidé dokonce *dělají* hypoglykémii, aniž by o se ní vůbec dozvěděli. Snaží se jí vyhnout za každou cenu. Zdravotní sestra vypráví:

Máme tady jednu pacientku, starší ženu, která začala být závislá na inzulínu teprve nedávno a která se tolik bojí „hypo“ stavu, že prostě začne jíst, kdykoli se jí udělá špatně. A tak jí a jí. Nerada si měří hladinu krevního cukru, takže se klidně může cítit špatně ne proto, že ho má málo, ale protože jí prostě zrovna poklesl. Třeba ho měla na patnáctce a poklesl na osm, což se právě projeví tak, že se jí udělá špatně, a jak se chce vyhnout „hypo“ stavu, tak jí – a jí, dokud nemá cukr zase na patnáctce. Jenže pak je jí mizerně, víte, protože tloustne.

23.

Být tlustá není žádným „klinickým příznakem“ hypoglykémie, a přesto to může být součástí jednoho zvláštního způsobu, jak ji zjednáváme, totiž toho, jak se jí *vyhýbáme*. Vyhýbání se hypoglykémii tím, že člověk jí, kdykoli se necítí dobře, nevidí zdravotní sestry rády. Dává to nicméně smysl, protože vyhnout se hypoglykémii je dobré. Zde opět mluví Miriam T.:

Když máte inzulín, tak vlastně máte doma smrtící drogu. Lidí na to umírají. Když si to píchnete a nic nesníte, no tak umřete.

24.

V rámci současných léčebných postupů se lidé s cukrovkou učí píchat si inzulín sami, ale jen v malých dávkách. Učí se bránit se hypoglykémii, nebo, ještě lépe, jí docela předcházet – nikoli tak, že by jedli pokaždé, když se jim přitíží – ale tak, že jedí, jen když je to opravdu nutné. Měření nebo cítění představují jenom malou část všech činností, které se po „aktivních pacientech“ vyžadují, a ty ve svém úhrnu nejsou zaměřeny na získávání poznatků. Lidé s cukrovkou vyvažují příjem potravy, cvičí a píchají si inzulínové injekce, a snaží se tak vyhýbat hypoglykémii – ale také hyperglykémii. Musí udržovat hladinu krevního cukru na *přiměřené úrovni*.

25.

Tuto přiměřenou úroveň medicína během posledních několika desetiletí měnila. Ideální hladina krevního cukru je dnes nižší, než bývala, protože když se drží níže, oddaluje to začátek případných druhotných komplikací. Tyto komplikace jsou dost zlé: jak lidé s cukrovkou stárnou, spíše než jiní lidé oslepnou, trpí neuropatiemi, nebo se u nich vyvine ateroskleróza. Proběhly klinické zkoušky, během kterých byli porovnáváni lidé léčení tradičním způsobem (s jedinou inzulínovou injekcí za den a s kontrolním laboratorním měřením průměrné hladiny krevního cukru třikrát za měsíc) a lidé, jejichž krevní cukr byl pečlivě udržován na dolní hladině (tj. usměrňován několika menšími denními dávkami inzulínu a samoobslužnými měřeními, kdykoli to bylo nutné). Ukázalo se, že druhá skupina měla lepší statistické šance na dlouhodobé zdraví. Jak říká jeden internista:

26.

Taková pořádná studie, zda pečlivá regulace opravdu zlepšuje dlouhodobý stav pacientů, byla před dvanácti-patnácti lety ještě možná. Ale dneska už by byla neetická. Už byste takový výzkum dělat nemohli. Získali jsme dostatek důkazů, ačkoli ne všechny zkoušky, které proběhly, podle mne splňovaly kritéria dobrých léčebných programů.

27.

Dnešní léčebný přístup tedy zdůrazňuje přísnou regulaci, kdekoli je to možné. Statisticky

to zlepšuje dlouhodobý zdravotní stav, ale nevýhodou je, že hypoglykémie se vyskytuje častěji. Jestliže jsou doporučené hodnoty posazeny níže, je pochopitelné, že vzrůstá četnost takových stavů, ve kterých je hladina krevního cukru *příliš nízká*. Takže zatímco se jednotliví pacienti učí hypoglykémii vyhybat a co nejrychleji se jí bránit, nedávne klinické zkoušky (a standardy, které z nich vyplývají) aktivně hypoglykémii *vyvolávají*. To samozřejmě není cílem, ale nutným nepříjemným doprovodem oddalování dlouhodobých komplikací. Ukazuje se tedy, že ani medicínská praxe není prvořadě zaměřená *poznáváním/věděním* hypoglykémie. Profesionálové se klinickými postupy snaží zvyšovat schopnost svých pacientů vyhybat se hypoglykémii nebo jí čelit, zatímco zavádějí nejnovější léčebné programy, které *způsobují* celkový nárůst „hypoglykemických událostí“ – jakožto *vedlejší efekt*.

Inkorporace a exkorporace

28.

Zeptali jsme se, „co je hypoglykémie“ a zjistili jsme, že může být: *měřená* jako hladina krevního cukru pod úroveň 3,5 mmol/l; *pocitovaná* jako pocení a třas nebo jako celkový nepříjemný stav; *potíraná* jako něco, co reaguje na příjem cukru v jídle; *předcházená* ze strachu z komatu, ba hůř, smrti; a ovšem také *vyvolávaná* jakožto nepříjemný vedlejší důsledek odkladu dlouhodobých komplikací. Cukrovka, která je všemi těmito způsoby dělaná, všemi těmito věcmi také je. [14] Ale co tyto věci znamenají pro *tělo*? Odpověď: dvě věci. Při tom, jak je hypoglykémie zjednávána, těla především řadu věcí *dělají*: těla *jednají*. A za druhé, když se hypoglykémie měří, když se pocítuje, když se jí čelí, když se jí předchází a když se vyvolává, tělo je samo *zjednáváno*, děláno. Vlastně ne, je to ještě komplikovanější. Protože jednání a zjednanost nejdou oddělit. Lze se tedy ptát: jak je tělo utvářeno, když jedná? Téhle otázce se nyní budeme věnovat.

29.

Patologové, kteří studují mrtvá těla, nebo lékaři, kteří pomocí přístrojů nahlíží pod kůži živým pacientům, se hlavně dívají. Foucault ostatně právě takhle popsal „klinický pohled“, vlivný lékařský přístup k poznání a věděni, který se zrodil začátkem devatenáctého století. Tělo lékaře je při pohledu aktivní, ale jen částečně. Jsou to hlavně oči, které zírají. Technologie, s jejichž pomocí lékaři „nahlíží dovnitř“ živého těla, ovšem mohou zaměstnávat také jeho uši, případně hmat, nebo dokonce čich – i tak ale hlavní modus poznání zůstává vizuální. [15] Když Sullivan a ostatní chtějí, aby sebevědomí pacienta bylo doceněno, zdůrazňují význam dalšího smyslu, totiž vnitřního *pocitu* dosažení určité tělesné pohody. Poznávání těla tedy zahrnuje všechny smysly. [16] A praktické poznávání vyžaduje od těla ještě víc – třeba obratné ruce, které se tolik netřesou. Když hypoglykémii zjednáváme ještě dalšími způsoby, potřebujeme nejenom ruce, ale

také ústa plná zubů, dobře trávicí střeva a cukerný metabolismus každé jednotlivé buňky. Zjednávaní hypoglykémie si žádá celé tělo. *Toto tělo však není nějakým daným celkem:* není uzavřené, ale má polopropustné hranice.

30.

Začněme u měření. To se rozhodně neobejde bez očí, které musí odečítat ze zobrazovacího políčka na měřidle. Ale ještě před očima musí něco vykonat ruce. Napichují a jsou napichovány. Miř dobře, hned vedle špičky prstu, ale ne přímo do ní: jestliže někdy později oslepneš, budeš si to muset umět nahmatat. Jedna ruka z té druhé vymáčkne kapku krve. A jsou to zase ruce, které papírek s nabranou krví zasouvají do otvoru v měřicím zařízení. Dosud jde všechno dobře. Zdravotní sestra:

Někdy průmyslu nerozumím. Podívejte, jen si to zkuste: otevřete tuhle lahvičku? Mě to skoro nejde. A přitom spousta lidí s cukrovkou, když zestárnou, má s rukama potíže. Nebo jak se starým lidem klepou ruce, sotva mohou zasunout nějaký tenký proužek do úzké štěrbině, no a podívejte se na tenhle přístroj, vidíte? Nemožné! Prodávají se také měřidla, která mají tak malý displej, že přečíst čísla na něm bude mít potíže kdokoli, natožpak někdo se špatnými očima. Jenže zase kdybyste měli něco velkého a bytelného, co může používat každý, nelíbilo by se to mladým lidem. Ti chtějí něco malého, co s sebou mohou všude brát. A taky fešáckého, aby se s tím mohli ukazovat.

31.

Ruce jsou při měření hypoglykémie v pohybu, ale nejednají samy. Spolupracují s přístrojem. Úspěch téhle interakce přitom závisí na tom, do jaké míry jsou ruce a ta mašinka navzájem přizpůsobené a přizpůsobitelné. Některé věci lze udělat jen tehdy, když je na ně tělo náležitě vycvičené – s jinými věcmi to neklape, když přístroj není dobře nastavený na tělo, kterému má sloužit. Stroje se stávají nástroji jenom tehdy, pokud je tělo může ovládat a začlenit je do toho, co dělá.[17] Měření tedy vyžaduje spíš tělo otevřené, než izolované. Tělo, které aktivně měří, splývá s příslušnými měřicími přístroji. A co ono tělo, které cítí? Miriam T., uprostřed rozhovoru:

Jo, promiňte. Musím do kuchyně, musím si dát jablko nebo něco.

32.

Miriam T. cítí blížící se hypoglykémii a jde si pro jablko (nebo něco), aby jí zabránila. Hladinu krevního cukru si přitom neměří: nerada se píchá do prstu a, když může, vyhýbá se tomu.[18] Zároveň se ale její pocity netýkají izolovaného a dobře ohraničeného těla – zahrnují mnohem víc.

No pokud jde o mne, já znám svoje tělo docela dobře a kdybych se teď bodla a změřila se, tak vím, že to mám zrovna docela nízko, protože cítím takovou, no, musím sníst něco navíc, protože jsem si toho píchla moc. Měli jsme totiž dneska večer chilli a to je s fazolema, což je plno karbohydrátů, a to si pak obvykle píchám o dvě až tři jednotky víc, takže to nejede tolik nahoru, jenže teď jsem dělala něco na zahradě, takže, hmm, musím sníst ještě něco dalšího, jinak by mi nebylo dobře. Ale teď bychom si mohli dát trochu oříšků, to si můžu dovolit, jó, moje oříšky.

33.

V tom, jak Miriam T. sama sebe oceňuje, že „to má teď docela nízko“, jsou zahrnuty: tabulky karbohydrátových hodnot a její osobní zkušenost s měřicími přístroji; chilli, které snědla; jednotky inzulínu, které si píchla; její zahradničení; a dokonce slíbené oříšky. Inkorporuje, co ji obklopuje – začleňuje to do svého těla. Tělo, které si uvědomuje sebe samo, má polopropustné hranice. Avšak nejenom, že to, co bylo mimo tělo (jeho vnějškem), se stává jeho součástí (jeho vnitřkem); ono dochází také k opačnému pohybu. Některé tělesné činnosti se odehrávají za hranicemi, které jsou vymezeny povrchem kůže. Tak například Josef, manžel Miriam T., umí velmi dobře odhalit hypoglykémii své ženy:

To se na mne podívá a řekne: „nemyslíš, že by sis radši měla něco dát“? Nebo se ani nepodívá, ale zjistí to z toho, jak reaguju. Jsem třeba zvláštním způsobem podrážděná nebo mrzutá. A hned ví, kolik bije, co se děje. A obvykle se neplete.

34.

Josef později během rozhovoru přišel do pokoje a s jistou pýchou potvrdil, že opravdu často cítí, když se Miriam T. dělá zle. Skutečně, nemluvil o tom, že to *vidí*, ale že to *cítí*. Zatímco tedy prakticky chápané tělo může do sebe inkorporovat prvky svého okolí, může také – jak to říci – některé činnosti ex-korporovat, umístit mimo sebe sama. Samotná aktivita niterného pociťování se může odehrávat mimo vlastní tělo dotyčného.

35.

Fyzická činnost je zapotřebí nejenom tehdy, když se hypoglykémie měří a cítí, ale také když se proti ní něco dělá. Aby něco udělala s tím, že se cítí „nízko“, musí Miriam T. kousat, žvýkat a polykat. To musí dělat sama, nikdo to za ni neudělá. Ale nemůže to dělat samotná. Potřebuje jablko (nebo něco jiného), aby to snědla. Jestliže tedy mají lidé hypoglykémii fyzicky čelit, jejich okolí musí být připraveno k činu. Miriam T. říká:

Nikdy nechodím z domu bez jídla. Nikdy. Bez inzulínu v kabelce, bez glukózy, nikdy. A ať se děje, co se děje, vždycky mám kabelku u sebe.

Protože když někde jsem, když někde trčím, a musím něco sníst, tak kdybych s sebou nic neměla, nemám co.

36.

Miriam tedy s sebou všude bere nějaké jídlo a pečlivě okolo sebe rozmisťuje glukózu a sušenky. Má je v přihrádce v autě, v brašně na kole, nahoře v ložnici.

Tohle se stalo samozřejmostí, patří to ke mně. To jsem já.

37.

My bychom to řekli takhle: kromě dotyčného těla musí být k činu připravené i okolí dotyčného. Také ale můžeme navázat na Miriam, když poznamenává, že dobře připravené okolí se stává částí aktivního Já, *nás samých*, což znamená, že v sobě zahrnujeme mnohem více, než jenom vlastní tělo.

38.

Když se zjednává hypoglykémie, těla jednají. Ale tato činorodá těla nejsou izolovaná. Jejich hranice jsou naopak děravé. Těla jednají v součinnosti se svým okolím, interagují s ním a někdy s ním částečně splývají. To je zvláště výrazné tehdy, když někdo na měření a cítění zapomene a začne jednat příliš pozdě. Protože jakmile se hypoglykémie opravdu zhorší, tělo ztrácí schopnost samo o sobě náležitě jednat. Při velmi nízké hladině krevního cukru se člověk začne chovat divně, agresivně, jako opilý. Miriam T. svoje kolegy varovala:

Tak jsem jim řekla, že kdykoli se mi tohle přihodí, aby mě odvedli stranou, aby mě vyvedli z obchodu někam do skladu nebo do kanceláře, kamkoli, třeba na záchody, to je jedno, protože to by bylo strašně trapné, kdybych dostala nějakou těžkou „hypku“ přímo v obchodě.

39.

Těžká hypoglykémie vážným způsobem zneschopňuje. Tělo se napřed stane nespolehlivé a obtížné; později může upadnout do komatu. A v komatu se nenajíte, ani nenapijete, dokonce i když máte po ruce cukr. Místo toho je třeba píchnout injekci glukagonu – hormonu, který v těle uvolňuje některé zásoby cukru do krevního řečiště. Tělo v komatu sice stále ještě může na glukagon zareagovat, ale injekci už musí píchnout někdo jiný. Josef a ještě pár kolegyň ze supermarketu se naučili, jak to udělat. Když ruce a ústa Miriam už hypoglykémii čelit nemohou, musejí jí čelit oni. A potom i tady, stejně jako v případě měření a cítění, jsou hranice prakticky chápaného těla částečně propustné. Aktivní tělo do sebe začleňuje všechno možné z okolního světa, zatímco jeho činy mohou být vysunuty mimo tělo, ex-korporovány.

40.

Jestliže neustále zdůrazňujeme praxi, mění to naše vnímání těla, těla v akci. Pozorující oči neztrácejí na důležitosti (musejí číst čísla na displeji měřidla), ale připojují se k nim rozhybané ruce (které vpichují jehlu a vytlačují krev nebo které podávají cukr do úst). Niterné cítění zůstává podstatné, ale k přežití je snad ještě důležitější jíst a pít. Vzorovou činností takového těla v akci není vlastně pozorovat, ale trávit. Toto konstatování pěkně souvisí s předchozím postřehem, totiž že čínorodé tělo má polopropustné hranice. Tělo, které jen zaznamenává a sleduje, takové hranice nemá: co vidí, je vně, a co cítí, je uvnitř. Očima se díváme okolo, přičemž jedním ze základních předpokladů sebe-vědomí je schopnost rozlišovat mezi námi a druhými, mezi tím, kým je člověk zevnitř, a tím vším mimo něj, čím není.[19] Pro trávicí tělo však vnitřek a vnějšek tak pevné nejsou. Metabolismus se koneckonců týká jedení, pití a dýchání; vyprazdňování, močení a pocení. Trávicí tělo je nemyslitelné bez inkorporace a exkorporace.

Ne/sourodosti

41.

Tělo se aktivně podílí na zjednávání hypoglykémie; (hrozba) hypoglykémie naopak pomáhá zjednávat tělo – dost zvláštním způsobem. Existuje celá řada různých způsobů, kterými jsou těla zjednávaná.[20] Život s astmatem například lidem naléhavě připomíná realitu vzduchu, který dýchají, podobně jako to činí jóga.[21] Lidé, kteří v pozdějším věku oslepli, poskytli působivá líčení temného, překážkami prosyceného prostoru, který je obklopil.[22] Trans-sexualita dává zdrcujícím způsobem pocítit, co to znamená žít v sexuálním těle s pohlavními orgány, které jsou buď nepřiměřené, anebo naopak žádoucí.[23] V tělocvičně lze získat silné svaly, ale stejně tak pocít jejich nepatřičnosti. Ti, kdo se snaží shodit nějaká kila, vstupují do metabolické reality, v níž se jídlo stává kaloriemi a cvičení prostředkem, jak se jich zbavit. A máme-li se vrátit ke každodennímu životu s cukrovkou, i tady je tělo zjednávaná jako metabolický systém – byť o potravě se v takovém případě uvažuje spíš tak, že se počítají karbohydráty, a tělesná cvičení jsou prostředkem, jak spalovat cukr. Jde spíš o krátkodobé vyvažování cukru, než o dlouhodobé hromadění tělesného tuku.

42.

V metabolickém systému, který je podstatný pro život s diabetem, spolu navzájem souvisí řada věcí: jídlo s inzulínem a s cvičením a s hladinou krevního cukru. Pro hladinu krevního cukru jsou zase typické ještě další „fyzičtější“ souvislosti, protože vysoká hladina cukru po čase způsobuje arteriální potíže (kornatění tepen), úpadek zrakových schopností a ztrátu citlivosti kvůli poškození neuronů. Tělo je s cukrovkou, se kterou žije, spojeno tak strašně mnoha způsoby – a přesto to *není jeden celek*. Je naopak souborem

rozporů a napětí. Jsou tu například rozpory mezi zájmy jeho jednotlivých orgánů. Tvrdě usměřňovat krevní cukr může být sice dobré pro tepny, ale není to dobré pro mozek.

Internista:

Opravdu mi to dělá starosti, to vám tedy povím. Poté, co byly tyhle zkoušky publikovány, přísná regulace se stala až moc populární. Moji mladší kolegové do toho obvykle jdou, jen tak, aniž by je zajímalo, jestli se na to lidi opravdu cítí, jestli vydrží takhle nízko bez toho, aby příliš často sklouzávali do hypo-stavů. Je to přece v literatuře, je to „vědecké“! Čím méně zkušenosti lékaři mají, tím víc jsou zamilovaní do všeho „vědeckého“. Jenže my jsme se začali pacientů na jejich hypoglykemické události trochu víc ptát, vedeme je k tomu, aby si psali deníky a tak, a čísla, která udávají, jsou šokující, mnohem vyšší, než jsme odhadovali. A trochu jsem se díval do literatury, protože postupem času existuje o hypoglykémii víc a víc výzkumů, a jedna výzkumná zpráva vedle druhé upozorňuje na to, že hypo-stavy poškozují mozek. Nikdo zatím neví, jak moc.

43.

Přísná regulace není dobrá nebo špatná pro *tělo* jako celek. Některým částem těla prospívá a jiným škodí. Jsou tu tedy rozpory, a to jak v tělech, tak v každodenním životě lidí. Jaká volba je ta nejméně špatná? Smířit se s vyšší hladinou krevního cukru a riskovat za nějakých dvacet let aterosklerózu, slepotu nebo ztrátu nervové citlivosti? Nebo ji držet níž, ale riskovat hypoglykémie, které jednoduše znamenají, že pro člověka začne být nebezpečné řídit auto nebo brát s sebou někam děti, protože neustále hrozí koma? Který život si vybrat, a které tělo? To, které ztrácí soudnost a třesou se mu ruce, ale které může vnímat a cítit? Anebo to s ucpanými tepnami, osleplé a bez citu, zato však alespoň s jasnou myslí? Před touto volbou lidé s diabetem stojí.[24]

44.

Ale ne, je vlastně zavádějící mluvit o nějaké volbě. Protože kdyby měl někdo skutečně na výběr, tak by bylo jasné, co chtějí: ideálně vyváženou kombinaci. Úzkostlivé usměřňování, nízkou hladinu cukru, *a zároveň* rychlé odhalování hypoglykémie a včasnou protiakci. Takový ideál je ovšem nereálný. Není možný bez toho, aniž by byl člověk schopný neustále, neúnavně, okamžik za okamžikem sledovat vlastní hladinu krevního cukru, počítat hodnoty toho, co jí, a zvažovat energetické náklady fyzické činnosti. Ba víc. Snad nejmučivější by na celém takovém snažení bylo, že ani veškeré to úsilí by nezaručovalo jistý výsledek. Miriam T.:

Nikdy nevíte, co za tím je. Typicky je to těžké s emocemi, hrozně. Ty mohou brát plno energie, s tím nic nenaděláš, trochu se zasměješ nebo si pobřečíš,

šup a jsi nízko. Ale na druhou stranu také mohou uvolnit veškerý cukr, který má tělo v zásobě. Když se pak měřím, divím se: nejedla jsem nic celé hodiny. Tak proč třináct, *třináct*?

45.

Vyvážené hodnoty cukru jsou součástí metabolického systému: takhle řečeno to vypadá na uzavřený okruh, jenže některé proměnné vždycky chybí. Chovají se nepředvídatelně nebo jsou neznámé. Snaha o neustálou kontrolu s sebou tedy nese hrozbu nečekaného selhání. *A nikdy nevíš, co za tím je.* To samé se týká dlouhodobých komplikací. Jistě, nižší předepsané hladiny cukru mají zabránit druhotným komplikacím, jenže i ti, kteří dodržují přísný režim, mohou těmto komplikacím podlehnout. Internista:

A pak se na mne lidi obracejí, a řeknou třeba: „bože, doktore, v čekárně jsem viděl jednoho člověka a ten měl amputovanou nohu. To mě děsí, to mě k smrti děsí. Když se budu správně kontrolovat a budu se držet pod desítkou, jak mám, slíbíte mi, že se mi to nestane, že mi nebudou muset uříznout nohu?“ Chtějí ujištění. Jenže já jim samozřejmě nic slíbit nemůžu. Rád bych, ale nemůžu.

46.

Statistické korelace jsou jasné: přísně regulovaná rovnováha krevního cukru nevede v pozdějším životě k tolika komplikacím jako vysoká nebo kolísavá hladina cukru. Avšak co se stane jednotlivcům, to je nepředvídatelné. Oči oslepnou, anebo ne. Tepny mohou rychle začít kornatět, anebo ne – a když ano, pak se tepny v nohách mohou zhoršit natolik, že amputace je nakonec jediný způsob, jak zastavit bolest nebo zabránit gangréně a smrti. Rozvinutá neuropatie se může opozdit, nebo ne. A tohle je tedy druhý rozpor, který sužuje tělo žijící s cukrovkou: napětí mezi kontrolou a nevypočitatelností. Ať člověk počítá jakkoli, stejně se hladina jeho krevního cukru bude chovat nevyzpytatelně. I kdyby se člověk kontroloval sebelépe, stejně na něho čekají hrozivá překvapení. Moderní postupy léčby cukrovky vyžadují, aby pacienti neustále skládali účty ze všeho, co se jejich těl týká, dokonce i když to vypadá, že se nakonec na tato těla stejně nemohou spolehnout.

47.

Třetí rozpor pramení z toho, jak musejí být nejrůznější nutnosti a potřeby pohromadě ztělesňovány – takříkajíc v jediném těle. Diabetické tělo v sobě skrývá řadu rozporů, ale lidé s cukrovkou nejsou jen tak „lidé s cukrovkou“. Mohou mít astma, dělat jógu, být slepí nebo trans-sexuálové, chodit do tělocvičny nebo zkoušet hubnout. Mohou pracovat v příkopech, na schůzích správní rady nebo ve školních třídách. Mohou se zamilovávat i odmilovávat, mít deprese nebo podléhat chřipkám, jezdit na dovolenou, pracovat na zahradě, chodit na nákupy nebo dělat zkoušky. Zvláštnosti a jednotlivosti, které se týkají

ostatních způsobů, jimiž lidé žijí svá těla, je třeba nějak spojovat s těmi, které se týkají cukrovky. Cecílie H.:

Bývala jsem skutečný sportovec. Ráda jsem běhala, plavala, jezdila na kole, hrála volejbal a tenis, spoustu věcí. Takže tyhle věci mne nejvíc zajímaly, když jsem se dozvěděla svou diagnózu a že se téhle části svého já budu muset vzdát. A ze začátku jsem se opravdu cítila hrozně, myslila jsem, že se po zbytek svého života budu cítit slabá jak list. Ale postupně jsem to přemohla, vrátila jsem se a začala zase docela sportovat. Prostě jsem chtěla. Hrozně jsem to chtěla. A dokázala jsem to. Lehké to ale nebylo, a ani teď to není lehké. Protože jde o to, že když vaše svaly spotřebují tolik energie, můžete dostat hypku nejen v tu chvíli a přímo na místě, bezprostředně, ale třeba i za pár hodin, mnohem později. Takže když si jdete ráno zaběhat, riskujete hypo-stav pozdě večer.

48.

Tělo sportovce a tělo cukrovkáře jsou vzájemně v rozporu. Energetické dávky jednoho nejdou dobře dohromady s úzkostlivým vyvažováním energie druhého. To vytváří obtížné napětí. Některým lidem se tahle neustálá chuze na hraně nože daří a žijí tak řadu let. Ti, kteří to nezvládnou, musejí se „části sebe samých“ vzdát. Jestliže někdo nezvládá noční hypo-stavy, možná bude muset přestat sportovat. Ale jestliže u sportu setrvá a bude zkoušet, co vydrží, pak riskuje, že jednoho dne to přežene a zemře.[25] Tohle vše znamená, že předpoklad, že *máme* koherentní tělo nebo že *jsme* nějakým celkem, je založen na velkém množství nepřiznané práce. A tu musí někdo *udělat*. Člověk nemá tělo-držící-pohromadě nějak přirozeně, není sám od sebe takovým tělem. Držet sama sebe pohromadě jako jeden celek je celoživotním úkolem. Taková celistvost nám není dána, ale je třeba jí dosahovat, jak pod povrchem našeho těla, tak mimo ně, a to prakticky.

Co z toho plyne

49.

„Tělo“ je v západní teoretické tradici pojímáno jako ukázkový příklad toho, co znamená, když je něco *celkem*. Výraz „organický celek“ proto dokonce vyznívá jako tautologie.[26] Toto pojetí odpovídá chápání těla jako něčeho, co *máme*, a něčeho, čím *jsme*. Vystavené pohledu pozorovatele někde na vyšetřovacím stole, nepřesahuje tělo-které-máme okraje tohoto stolu. Pasivně zůstává „ve své kůži“. Úkolem pozorovatele je pochopit, *jak* drží pohromadě: systémová soudržnost těla-které-máme je nezpochybnitelná. Avšak jakýmsi celkem je – nebo by mělo být – i tělo-kterým-jsme. Lidé, jejichž tělesná podoba není koherentní, kteří svoje těla necítí celistvě, jsou považováni za devianty. A moderní

medicína, která se rozpadá na celou řadu odborných specializací, je kritizována za to, že není schopná uvědomovat si naši celostnost. Jestliže *jsme* celky, namítají kritici, tak proč podle toho nejsme léčeni?

50.

Pokud však důsledně stavíme do popředí praktické otázky toho, jak se vyrovnáváme se skutečností, „organická celostnost“ přestává být samozřejmá. To samozřejmě neznamená, že tělo, které *děláme*, je fragmentované, jako opak celostné existence. Kdybychom svoje těla *dělali* tak, aby se rozpadala, to by na sebe smrt nenechala dlouho čekat. Těla, které *děláme*, tedy nejsou ani celostná, ani fragmentovaná. Spíš jsou komplexně uspořádaná.

[27] Okolo těl, která *děláme*, existují hranice: je to Miriam T., kdo se klepe, když má v noci hypo, a nikoli její manžel Josef. Jenže tyto hranice jsou polopropustné: Josef může cítit hypo svojí ženy místo ní a toto hypo může zastavit sladký jogurt. Pokud se zrovna nerozpadá, drží tělo-které-děláme pohromadě. Je však plné rozporů a napětí. Jsou tu napětí mezi zájmy jeho různých orgánů. Tenze mezi kontrolováním a nevypočitatelností. A také rozpory mezi tím, co je zapotřebí k tomu, abychom život s cukrovkou nějak zvládali, a ostatními potřebami a touhami. V každodenní praxi *dělání* těl se těmito tenzím nevyhneme. Ať se nám to líbí, nebo ne, musíme se s nimi nějak vypořádat.

51.

Tělo-které-děláme *není* celkem. Udržovat se pohromadě je životním údělem. A z toho pak také vyplývá, co od medicíny očekáváme nebo co od ní chceme. Sullivan požadoval, aby medicína ke svému patologicky založenému pohledu přidala sebe-vědomí pacientů. My navrhujeme něco jiného. Medicína snad ani nemusí svoje vědění rozšiřovat o nějakou další vrstvu, ale měla by sama sebe trochu jinak chápat. Měla by důsledněji rozpoznat, že nejde o to nabízet znalost izolovaných těl, ale spíš nejrůznější diagnostické a terapeutické zásahy do živoucích těl, a tedy do každodenního života pacientů. Dokonce ani onen patologicky založený pohled není pouze *pohled*, a zahrnuje určitou manipulaci. Lékařské postupy se vždycky týkají jak toho, co je uvnitř těla, tak toho, co je vně. Když se tedy medicína vyslovuje o způsobech svojí práce a když zvažuje důsledky své činnosti, jenom by jí prospělo, kdyby se přitom stavěla ke své tragické povaze čelem: lékařské zásahy budou stěžít kdy znamenat holé zlepšení, a případně pár nešťastných „vedlejších důsledků“; to spíš vždycky půjde o zavádění proměnlivého souboru rozporů.

52.

Takhle to vypadá, jako bychom navrhovali, aby medicínská sebe-reflexe prodělala nějaký etnografický obrat. No ano, navrhujeme. [28] Zajímavé ovšem je, že etnografické postupy, které upřednostňují praktické konání a které do jediného příběhu vtahují na první pohled neslučitelná jsoucna, nejsou v medicíně nic nového. V těch oddílech vědeckých článků, které jsou věnovány „materiálu a metodám“, se nejrůznější praktičnosti úzkostlivě

vypočítávají (okolnosti příslušného zásahu, použitá technika, pacientovy charakteristiky atd.). To pouze v závěru jako by se na tyhle věci zapomnělo. A zaposlouchejte se do *klinického rozhovoru*: doktor se ptá, *jak se máte?* Nebo *co pro vás mohu udělat?* A očekává, že mu pacient bude vyprávět o událostech každodenního života, v nichž se objevují a navzájem střetávají nejrůznější jsoučna (fazole, krev, příruční tabulky, auta, jehly, cukr). Proč podobné příběhy nevyprávět také o medicíně?[29]

53.

Současné sebe-chápání medicíny je poplatné epidemiologickému přístupu. I epidemiologie samozřejmě svádí dohromady různorodá jsoučna, ale její *analyticko-objasňovací* metoda každou jednotlivou tzv. proměnnou izoluje od všech ostatních a neumí postihnout vztahy a rozpory mezi nimi. Na to je lepší etnografický *popisně-vyprávěcí* přístup, který předkládá silné příběhy živých těl, v nichž medicína je součástí obyčejného života.[30] Jenže hladce plynoucí vypravování, které do událostí vnáší soulad, není pro tyto účely to pravé. Máme-li zachytit tragické stránky rozporného života a zásahů-v-nejlepším-zájmu, pak potřebujeme drsné, nevybroušené příběhy. A ty nás povedou spíš k otevírání otázek, než k nějakým závěrům – v tom je jejich síla. Pochopitelně, i kdyby medicína už nikdy nezapomněla na praktičnosti, které zdůrazňujeme, a pokud by se důsledně zaměřovala na *tělo-keré-děláme*, ani zdaleka by to nevyřešilo veškeré její problémy, natožpak všechny problémy, které trápí nás, její pacienty. Ale i tak má cenu to zkusit.

Poznámky

1) Díky všem lidem, se kterými jsme pro tuto studii dělali rozhovory a které jsme pozorovali: diabetikům a profesionálům, kteří s nimi pracují. Zvláště pak, v Holandsku, „Miriam T.“, Edith ter Braak, Yvonne de la Bijje, Willemovi Erkelens a Haroldovi de Valk; a ve Velké Británii pak personálu a pacientům z jedné nejmenované ordinace ve zdravotním obvodu severozápadní Anglie. Děkujeme Claar Parlevliet za provedené rozhovory, Alici Stollmeijer za její analýzy otázek kolem jídla a výživy, Jeannette Pols, Dicku Willemsovi a Ingunn Moser za řadu rozprav o fyzičnostech a subjektivitách a Bernardu Kruithofovi za poznámky k předchozí verzi článku. Tato předchozí verze byla probírána také na semináři o Teorii těla v Paříži – děkujeme všem účastníkům, hlavně Madelein Akrich, Marc Bergovi a Pascale Brouet a především Lise Kvande.

2) Poznámka redakce: Anglická verze tohoto textu *Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia* vyjde v některém z nejbližších čísel časopisu *Body & Society*. Časopis *Biograf* děkuje nakladatelství SAGE Publications, Inc. za laskavé svolení k publikaci tohoto českého překladu. Copyright © 2003 Sage Publications, Inc.

3) Tento (dnes již běžný) poznatek už byl nejrůznějším způsobem formulován v řadě klasických textů. Viz například Merleau-Ponty (1962), jehož analýza podnítila dobovou neurologii, aby začala uvažovat o tom, jak subjekty vnímají svá těla; nebo Wittgenstein (1953), který se věnoval tomu, jak těžké je mluvit o bolesti a dalších tělesných počítčích.

4) Viz například filosoficky podloženou argumentaci Toombse (1992). Nebo sociálně-antropologické úvahy Gooda (1994). Spíš než sebe-vědomí těla se někdy v literatuře zdůrazňuje zájem o příběhy různých životních událostí. V tomto textu však nebudeme tuto cestu následovat a všimát si budeme Sullivanových obav, totiž že *tělo, které zná moderní medicína, není sebe-vědomé*.

5) Ve foucaultovském duchu tedy nepředpokládáme, že vnímání sebe sama zevnitř – tak, jak ho známe dnes – tu bylo odjakživa a že ho pak jenom „kolonizovala“ nebo vytlačila moderní medicína. Subjektivní vědění a objektivní vědění se spíš objevily jedno s druhým, společně. Krásné pojednání, které čtenářům umožňuje nejen pochopit, ale také „osahat si“, jak jinak lidé kdysi obývali svoje těla, napsala Duden (1991).

6) Poznámka překladatele: Ne zcela běžné české slovo „zjednat“ je sociologicky přesným překladem anglického slova *enact*; přívlastek „zjednaný“ pak odpovídá pojmu *enacted*. Zjednat zde znamená ustavit, uskutečnit, uvést do praxe, a to nějakým jednáním, skutkem. Jako sociologové víme, že takové jednání je obvykle sdílené více aktéry. Je inter-akcí. Z toho hlediska by se mohlo zdát pohodlnější použít trochu více zavedené slovo „sjednat“, resp. „sjednaný“. Tedy dohodnout, vyjednat něco (dohodnutý, vyjednaný) mezi více stranami. Avšak takový překlad by zcela postrádal performativní a „radikálně realistický“ náboj, na který sami autoři upozorňují v poznámce 20: zjednávaní těl vysvětlují též jako „vykonávání těl“ (*performing bodies*). Nejde o to – na základě dohody a shody – vzít na vědomí nějakou „verzi“ skutečnosti, nějaká slova. Nejde o to skutečnost společně vnímat, intersubjektivně chápat, jak nás tím často – někdy bezděčně, někdy úmyslně – moří sociální konstruktivisté. Jde o to, že nějakými společnými činy, interaktivně, skutečnost vytváříme. *Uskutečňujeme, chcete-li*. Zjednávaná těla jsou těla uskutečňovaná. A vtělené jednání, když už jsme u toho, jsou takové činy, které důsledně pojímáme jako skutky nějakých těl. Prakticky, neabstraktně.

7) Pro tento výzkum sbíráme a studujeme nejrůznější „materiály“: lékařské učebnice; vědecké časopisy; časopisy pro pacienty a informační letáky; reklamu; autobiografické texty. Provádíme také etnografická pozorování ve zdravotnických zařízeních pro lidi s cukrovkou a pořizujeme s těmito lidmi a s příslušnými odborníky rozhovory. V tomto textu se zaměřujeme především na léčbu lidí s diabetem 1 (velmi záhy začínající cukrovka, která vždy vede k závislosti na inzulinu) – tato forma je mnohem obtížněji zvladatelná než diabetes 2. Diabetes 1 také častěji vede k poklesu hladiny cukru, k

hypoglykémii. Citace použité v tomto článku nemají čtenáře informovat o zvláštních situacích *lidí*, kteří jsou citováni. Spíš mají zpřístupnit *praktické postupy* zvládnání cukrovky – praktiky, které jsou tak rozptýlené, že je hrstka výzkumníků, co nemají moc času, jen těžko může etnograficky studovat (tím spíš, pokud nechtějí druhým lidem dlouhodobě vstupovat do života a trávit s nimi dny a týdny). Bereme tedy odborníky a lidi s diabetem jako opravdové (*laické*) *etnografy* a sami se ujímáme zejména výběru, výkladu, vzájemného kombinování a konfrontování jejich příběhů.

8) Léčebné postupy nejsou v případě cukrovky vůbec universální, ba ani v „západním světě“ všeobecně platné. Někdy později chceme v našem výzkumu provést mezinárodní srovnání. Protože terénní výzkum a rozhovory použité pro tento článek jsou především z Holandska, odkazujeme v tuto chvíli na holandskou učebnici.

9) Citace je z van Haeften (1995), ze strany 142.

10) Díky studiím vědy jsme se za posledních dvacet let naučili mimo jiné to, že výzkum je *praxí*. Chápání laboratoře jako souboru praktických činností a uspořádání, kterého se tu dovoláváme, vychází především z práce Latoura a Woolgara (1979). Dosud snad nejkrásnější vysvětlení a obhajobu tohoto přístupu lze však najít v knize *Pasteurizace Francie* (Latour 1988). Praktičnosti každodenního života samozřejmě rozplétá celá řada studií. A některé z nich, jako ta naše, při tom přesouvají svou pozornost z místa na místo. Viz též soubor pojednání ve sborníku *Objekty v akci: Z domova do laboratoře* (Les Objects... 1993).

11) Tato možnost má nejvíc cenu pro ty, kteří onemocněli teprve nedávno: schopnost *vyčítit* přicházející hypoglykémii se v důsledku cukrovky může také zhoršovat.

12) Na tělesném sebe-vědomí pacientů je západní medicína závislá v mnoha ohledech. Aby lékaři mohli náležitě použít svoje diagnostické nástroje, pacienti musejí napřed odpovědět na otázky jako co cítíte, kde to bolí a kdy, svědčí to nebo řeže to, a podobně. V kritických ohlasech proti tomu, jak medicína *sebe-vědomí* pacientů zanedbává, se zatím této závislosti nedostalo mnoho pozornosti. Výjimkou je např. Strauss et al. (1985) a jejich studium *praktické artikulace*, na které se podílejí pacienti stejně jako lékaři.

13) Jedení se na druhou stranu k tělu váže nejrůznějšími způsoby, které dalece přesahují problém „vzpírání se hypoglykémii“. Studium takových obyčejných sociálně-fyzických činností může osvětlit velké množství nejrůznější stránek života – to je patrné například ze zajímavého Suttonova (2001) výzkumu, který byl zaměřen na prolínání *jídla a paměti*.

- 14) Viz Mol (2002) pro hlubší rozbor rozmanitosti medicínských objektů, se zvláštním ohledem na aterosklerózu.
- 15) Veškerá poznávací praxe je závislá na aktivním tělesném poznávání, a to navzdory veškerým snahám o to, aby byl význam těla v některých oblastech poznávání zcela potlačen – to platí zejména pro tu oblast poznávací praxe, které říkáme „věda“. O historii tohoto potlačování, stejně jako o nepotlačitelné mnohovýznamnosti vědění-dělajících-těl, pojednávají eseje v Lawrence a Shapin (1998).
- 16) Což platí i pro jiná poznávání a vědění, včetně etnografie – viz např. Stoller (1989).
- 17) V návaznosti na to by bylo zajímavé analyzovat zdravotnickou techniku s takovým teoretickým aparátem, který se rozvinul v antropologii při výzkumech *materiální kultury*. Viz např. Arnoldi et al. (1996).
- 18) Otázka toho, nakolik je měření bolestivé, je sama o sobě zajímavá. Někteří naši informátoři říkají, že *je to* nebolí. Jeden člověk poznamenal, že ho to nebolelo, protože mu nevadí měření – má totiž dojem, jako by bolest rostla spolu s nechutí k měření. Jenže když někdo bolest necítí vůbec, tak to také není dobře: může to naznačovat počínající neuropatii, která postihuje citlivost.
- 19) Viz například experimentální zkoumání toho, jak je rozdíl mezi Já a tím ostatním ustavován v samotných začátcích života (Butterworth 1995).
- 20) V trošku posunutém smyslu můžeme také mluvit o „vykonávání těl“ (*performing bodies*). „Performativní obrat“ ve filosofii jazyka, se zaměřením na nejrůznější způsoby *dělání* rozdílů mezi pohlavími, obhajuje Butler (1993).
- 21) Viz Willems (1998), pokud jde o astma.
- 22) Viz například Golledge (1997).
- 23) O pohlavním těle, které je nahlíženo prizmatem trans-sexuality, pojednává Hirschauer (1993).
- 24) Více o koexistenci různých norem v medicíně píše Mol (1998).
- 25) Jeden z internistů, se kterými jsme spolupracovali, skutečně zmínil případ pacienta, který se nechtěl vzdát závodního potápění – sportu, který je pro člověka s cukrovkou nesmírně nebezpečný, protože v případě náhlého hypo-stavu vás z něho ostatní

nedostanou. Pro někoho může být život na hraně tak důležitý, že se ho nechce vzdát. O spojení nebezpečných sportů a tělesného postižení píše Moser (2003).

26) Ve svém skvělém výpadu proti tomu, jak „západní myšlení“ vytrvale zapomíná na „tělo“, prozkoumávají Lakoff a Johnson (1999) mnoho okouzlujících metafor týkajících se těla, mezi jinými právě „organickou celostnost“. Slabinou jejich úsilí však je, že se s kritizovanou tradicí tak docela nerozešli. Tělo sice dostali do našeho zorného pole, avšak stále jako tělo, které *máme* nebo kterým *jsme*. Jejich „tělo“ zůstává tělem, které registrujeme či vnímáme, ale *neděláme* ho; není metabologické.

27) Různé přístupy ke komplexitě představují jednotlivé příspěvky v Law a Mol (2002).

28) Sebe-pojetí, podle kterého je medicína souborem technik zjednávaní těl, pomáhá také jinde, například při pochopení hlubokých rozdílů mezi různými lékařskými tradicemi, a také podmínek jejich koexistence. Viz např. Kuriyama (1999) o „západní“ a „čínské“ tradici.

29) Příklad takové analýzy, která ukazuje, jak konkrétně by mohl výzkum drobností a podružností klinické praxe přispět k vylepšení kliniky způsobem, o kterém se epidemiologii může leda zdát, podávají Lettinga a Mol (1999).

30) Poté, co se patientským vyprávěním docela dlouho podrobně zabývala sociologie medicíny (viz např. Frank 1995), dostává se jako slibný prostředek do zorného úhlu klinických lékařů (úvod do této problematiky poskytují Greenhalgh, Hurwitz 1998). A tento zájem má reálný základ. My však navrhuje nejen naslouchat vyprávěním *pacientů*, ale také se více zabývat možnostmi vyprávění jako prostředku pro reflexi *medicíny samotné*.

Literatura

ARNOLDI, M.J. / GEARY, Ch. / HARDIN, K. (1996) eds.: *African material culture*. Bloomington: Indiana University Press

BUTLER, J. (1993): *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. New York and London: Routledge

BUTTERWORTH, G. (1995): An ecological perspective on the origins of self. In: José Luis Bermúdez, Anthony Marcel, Naomi Eilan, eds.: *The body and the self*. Cambridge, Mass.: MIT Press. Str. 87-106

- DUDEN, B. (1991): *The woman beneath the skin: A doctor's patients in eighteenth century Germany*. Cambridge, Mass: Harvard University Press
- FOUCAULT, M. (1976): *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. London: Tavistock
- FRANK, A. (1995): *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago and London: The University of Chicago Press
- GOLLEDGE, R.G. (1997): On reassembling One's life: Overcoming disability in the academic environment. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15: 391-409
- GOOD, B.J. (1994): *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press
- GREENHALGH, T. / HURWITZ, B. (1998) eds.: *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: British Medical Journal Books
- HIRSCHAUER, S. (1993): *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt: Suhrkam
- KURIYAMA, S. (1999): *The expressiveness of the body and the divergence of Greek and Chinese medicine*. New York: Zone Books
- LAKOFF, G. / JOHNSON, M. (1999): *Philosophy of in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books
- LATOUR, B. (1988): *The Pasteurization of France*. Cambridge Mass.: Harvard
- LATOUR, B. / WOOLGAR, S. (1979): *Laboratory life: The social construction of scientific facts*. Beverly Hills and London: Sage
- LAW, J. / MOL, A. (2002) eds.: *Complexities: Social studies of knowledge practices*. Durham, N. Ca.: Duke University Press
- LAWRENCE, CH. / SHAPIN, S. (1998) eds.: *Science incarnate: Historical embodiments of natural knowledge*. Chicago and London: Chicago University Press
- Les Objets dans l'action. De la Maison au Laboratoire (1993): *Raison Pratique*, 4, spécialné číslo

LETTINGA, A. / MOL, A. (1999): Clinical specificity and the non-generalities of science: On innovation strategies for neurological physical therapy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20: 517-535

MERLAU-PONTY, M. (1962): *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul

MOL, A. (1998): Lived reality and the multiplicity of norms: A critical tribute to George Canguilhem. *Economy and Society*, 27: 274-284

MOL, A. (2002): *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, N. Ca., and London: Duke University Press

MOSER, I. (2003): Living after traffic accidents: On the ordering of disabled bodies. PhD, University of Oslo, Submitted

STOLLER, P. (1989): *The taste of ethnographic things: The senses in anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press

STRAUSS, A. et al. (1985): *Social organisation of medical work*. Chicago and London: University of Chicago Press

SULLIVAN, M. (1986): In what sense is contemporary medicine dualistic? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10: 331-350

SUTTON, D. (2001): *Remembrance of repasts: And anthropology of food and memory*. Oxford/New York: Berg

TOOMBS, S.K. (1992): *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer

van HAEFTEN, T.W. (1995): Acute complicaties – hypoglykemische ontregeling. In: E. van Ballegooie, R.J. Heine, eds.: *Diabetes mellitus*. Utrecht: Bunge

WILLEMS, D. (1998): Inhaling drugs and making worlds: A proliferation of lungs and asthmas. In: Marc Berg, Annemarie Mol, eds.: *Differences in medicine: Unravelling practices, techniques and bodies*. Durham, N.Ca. and London: Duke University Press. Str. 105-118

WITTGENSTEIN, L. (1953): *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell

Annemarie Mol

Annemarie Mol působí jako profesorka antropologie těla na Amsterdamské univerzitě. Je autorkou knih *The body multiple* a *Logic of care* a koeditorkou sborníků *Differences in medicine*, *Complexities* a *Care in practice*. Ve svých textech zkoumá lidská těla, fluidní stroje, sociální topologie a nepřeložitelná slova. V současné době se díky grantu Evropské rady pro výzkum a Spinozově cenně spolu se svým týmem věnuje otázkám jídla a/nebo normativit.

Působíště: University of Twente

E-mail: A.Mol@uva.nl

John Law

John Law je ředitelem Centra pro vědní studia a profesorem na katedře sociologie Lancaster University ve Velké Británii. Zabývá se nesourodostmi, asymetriemi, materialitami (tělesnostmi) a subjektivitami více či méně trvanlivých uspořádání, a to na příkladech technologických projektů a systémů, vědeckých laboratoří nebo zdravotní péče. V současnosti spolupracuje zejména s Annemarie Mol a s Vicky Singleton (zvládání života s diabetes a s alkoholickým poškozením jater), a také s Ingunn Moser (výzkum života fyzicky postižených osob). Mezi poslední publikace, které připravil, patří: *Actor network theory and after* (Blackwell, 1999 - editor spolu s John Hassardem) a *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices* (Duke UP, 2002 – editor spolu s Annemarie Mol). Je autorem knihy *Organizing modernity* (Blackwell, 1994) a nejnověji také monografie *Aircraft stories: Decentering the object in technoscience* (Duke UP, 2002).

Působíště: Lancaster University

E-mail: j.law@lancaster.ac.uk

Website: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/jlaw.html>

Zdeněk Konopásek

Zdeněk Konopásek působí jako sociolog vědy v Centru pro teoretická studia UK a AV ČR. Zabývá se zejména vztahy mezi vědou a politikou, expertízou a demokracií. Dlouhodobě sleduje využívání počítačů v kvalitativní analýze. Psal také o komunismu nebo zbožnosti. Publikoval knihu *Estetika sociálního státu: O krizi reprezentace (nejen) v sociálním zabezpečení* (GplusG 1998) a editoval knihu *Otevřená minulost: Autobiografická sociologie státního socialismu* (Karolinum 1999). Je zakladatelem časopisu *Biograf* a dlouho jej vedl jako šéfredaktor. Bubnuje.

Působíště: Centrum pro teoretická studia při UK Praha a AV ČR

E-mail: zdenek@konopasek.net

Website: <http://zdenek.konopasek.net>

Poděkování

Anglická verze tohoto textu *Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia* vyjde v některém z nejbližších čísel časopisu *Body & Society*. Časopis *Biograf* děkuje nakladatelství SAGE Publications, Inc. za laskavé svolení k publikaci tohoto českého překladu.

© Biograf 2003 - <http://www.biograf.org>; casopis@biograf.org
Publikování tohoto textu kdekoli jinde je možné pouze se souhlasem editora Biografu.
Správci webu: Jakub Konopásek a Zdeněk Konopásek
Design a koncepce: Zdeněk Konopásek; grafika Rudolf Šmíd