

Biblioteka Zodijak objavljuje dela i izabrane tekstove bez obzira na vreme njihovog nastanka ako doprinose razvoju savremene ljudske misli. Kao što ni sam čovek nije jednostran, tako se ni **Biblioteka Zodijak** ne ograničava samo na jednu oblast aktivnosti ljudskog duha, već prikazuje ljudsku misao u svoj raznovrsnosti njenih istraživačkih napora. Kako nijedna ljudska zajednica nije više bespomoćno usamljena i izdvojena, kako se na svim područjima ljudske delatnosti ostvaruje jedinstvo savremenog čovečanstva i svet sve više teži da postane nerazdvojna celina, tako se i **Biblioteka Zodijak** obraća delima i autima svih vremena i svih naroda da bi pružila panoramu svetskih ideja koje zaokupljaju savremenog čoveka. **Biblioteka Zodijak** ne pravi razliku između oprečnih shvatanja i ubedenja, ona ne daje prednost nijednom kulturnom kruštu, već podrazumeva da se kulture međusobno prožimaju i da su one opšte dobro i neotudiva svojina svakog čoveka. **Biblioteka Zodijak** objavljuje drevne spise i dela najpozvanijih savremenih autora o bitnim problemima ljudskog saznanja iz oblasti filozofije, politike, sociologije, etike, psihologije, estetike, muzike, književnosti, istorije, arhitekture, likovnih umetnosti, pozorišta, filma i televizije. **Biblioteka Zodijak** prvi put objavljuje dosad neprevedena dela svetskih autora kao i originalna dela domaćih autora pisana isključivo za **Biblioteku Zodijak**. Ona će takođe objavljivati izabrane tekstove iz prirodnih nauka, koji na dostupan način saopštavaju rezultate savremenih istraživanja. **Biblioteka Zodijak** uvrštiće u svoju seriju i ona dela koja su plod mašte i neobičnog duha ako svojim, poetskim, misaonim i buntovnim dejstvom imaju uticaja ili su simptomatična za sredinu i vreme kada su nastala.

IVAN ILIĆ

MEDICINSKA NEMEZIS



Naslov originala:

IVAN ILIĆ: MEDICAL NEMEZIS

© Ivan Ilić 1975.

PREDGOVOR

Grčka boginja Nemezis slična je Usudu iz naših narodnih priča. Ona povlači konce čovekove sudbine, određuje sreću i nesreću, zdravlje i bolest, život i smrt, i čini to po zasluzi čovekovoj. Vremenom, počeli su je smatrati boginjom osvete, a osveta je oruđe primitivne pravde, koje ispravlja iskrivljeno, kažnjava zločince i, kao pretnja, bdi nad poretkom stvari, opominjući ljude da se drže svojih mera i svojih granica.

Nemezis u naslovu ove knjige Ivana Ilića jeste osveta otuđene medicine, ili pretnja osvetom. Čovek se udaljio od prirode i od prirodnih obaveza prema sebi samom, među koje spada i obaveza da se odgovorno stara o sopstvenom životu i zdravlju. Umesto toga, moderni čovek industrijskog društva preneo je svoju odgovornost i svoju obavezu institucionalizovanoj i profesionalizovanoj medicinskoj službi, slepo je stavio svoju sudbinu u njene ruke i postao zavisan od nje, kao narkoman od droge, postao je objekt medicinske zaštite i kad je zdrav i kad je bolestan. „Samo društvo se pretvorilo u kliniku — kaže Ilić — i svi građani su postali pacijenti“.

Za prekoračenje prirodnih odnosa, međa i htenja usledila je osveta te industrijalizovane i otuđene medicine. Ova knjiga kazuje porazne stvari o njoj. Ona optužuje medicinu za sedam smrtnih grehova i ne čini to napamet, već na osnovu moćne dokumentacije, prikup-

ljene na pravom mjestu — u rezultatima medicinskih i socioloških istraživanja. Ilič nije lekar, njegovo nepoverenje prema lekarima ide dотle da sam kazuje kako, pišući ovu knjigu nije uvek poslušao medicinskog konsultanta, koga je, razume se, sam izabrao. On optužuje medicinu da više razboleva nego što leči, da više ranjava nego štovida, da čoveku skraćuje vek, umesto da ga produžava, da bezumno rasipa sredstva, da obmanjuje, da se lažno kune u humanizam. Optužuje je — takođe — da od odgovornog čoveka i građanina stvara pacijenta, objekat, sirovinu za moćne žrvnjeve medicinske industrije, koji dobrim delom melju da bi mleli, a ne da bi čovekov život učinili lepšim, snošljivijim.

Ova knjiga je nemilosrdna. Po njoj, medicina je kriva i za to što proglašava bol, bolest i smrt za neprirodne pojave. Ilićevo shvatanje je drukčije: „Svestan stav prema bolnim čuvtvima, prema oronulom zdravlju i, konačno, prema smrti, deo je čovekove borbene sposobnosti. Integralni elementi ljudskog zdravlja jesu sposobnost za pobunu i istrajnost, za trpljenje i rezignaciju“. On vojuje protiv uverenja koje je raširila medicina da je bolest nenormalna, a zdravlje normalno i tu vidi jedno od ishodišta potčinjanja čoveka medikalizaciji. U verziji naše civilizacije, bol, bolest i smrt postali su industrijalizovani i supermedifikovani. Poput vatre i vode u narodnoj poslovici, medicina je dobar sluga, a rđav gospodar. Ova knjiga tvrdi da je medicina, u stvari, i postala taj rđavi gospodar nad našim življenjem i našim životima, da nas vodi stranputicom, umesto da nam služi. Time što nas oslobađa odgovornosti za sopstveno zdravlje, ona nas ne čini zdravijim, ali nas čini manje autonomnim. Piter Sedžvik, na koga se Ilič poziva u ovoj knjizi, veli: „Budućnost pripada bolesti: obolevacemo od sve većeg broja bolesti, jer će naša očekivanja u pogledu zdravlja bivati sve zamašnija i sve izopačenija“.

Ivan Ilič je naše gore list. Poreklom je sa Brača, rodio se 1926, u porodici inženjera. Školovao se u Beču i u Rimu, studirao je prirodne nauke i teologiju. Ima dva doktorata. Govori osam jezika, među kojima i srpsko-hrvatski, na pet jezika s lakoćom piše. Svoje beleške najčešće vodi na latinskom i biće da ima nešto od klas-

ične latinštine u njegovom načinu razmišljanja — kako je to nedavno primetio jedan njegov kritičar (Marion Denhof u nemačkom listu „Di Cajt“). Proveo je izvesno vreme na visokoj rimskoj diplomatskoj školi, gde se već pet stotina godina školju velikodostojnici katoličke crkve. Otvarala se pred njim karijera u crkvenoj hjerarhiji, ali izgleda da on toj hjerarhiji i toj karijeri nije bio sklon. Snažan intelekt i nemiran duh, sklon radikalnoj kritici, napustio je Rim kada je imao dvadeset i pet godina i postao sveštenik u jednoj siromašnoj četvrti Njujorka, nastanjenoj pretežno Portorikancima. Tu se zainteresovao za nerazvijeni svet Latinske Amerike i njegove probleme. Pet godina kasnije, njujorški kardinal Spellman, čiju je podršku uživao, mada se sve više udaljavao od Vatikana, poslao ga je na Katolički univerzitet u Portoriku, gde je bio prorektor. Tu se i dogodio njegov otvoreni razlaz s crkvom. Crkvenoj organizaciji, a osobito njenoj centralnoj birokratiji, prigovorio je da crkvu tako vode kao da je ona sama sebi cilj. Jedan od neposrednih razloga za taj razlaz bio je njegov stav prema kontracepciji, koji je odudarao od crkvenog stava (Hju Hebert u mančesterskom „Gardijanu“, 28. septembra 1974). Napustio je sveštenički poziv, mada nije napustio crkvu.

Neko vreme krstario je Latinskom Amerikom. Godine 1960. papa Ivan XIII poslao je u Latinsku Ameriku veliki broj misionara da pomažu modernizovanje katoličke crkve u tom delu sveta, po uzoru koji se može naći u njihove razvijenije severnoameričke braće. Sustina ovoga posla bila je — suzbiti revolucionarne tendencije u ovom delu sveta, koje su bile okrilatile posle Kastrove pobede na Kubi. Ilič se tome planu oštrotu suprotstavio. U tekstu „Slavljenje svesnosti“ on piše: „Prenošenje američkog načina života i mišljenja može samo da spreči neophodne revolucionarne promene i nisu u pravu oni koji Bibliju stavlaju u službu kapitalizma ili bilo koje druge ideologije... Nameravani krstaški rat mora se sprečiti“.

Godine 1961. Ilič dolazi u Meksiku i u gradu Kuernavaki sa dvojicom saradnika osniva Centar za kulturnu dokumentaciju — CIDOC. Stručnjaci i crkveni ljudi koji se spremaju da rade u ovom delu sveta tu se „dejenki-

zuju“, dobijaju osnovna znanja španskog jezika, latinsko-američke kulture, istorije i politike, navukavaju se na misao da evropski pogled na svet nije jedini i da, pored ostalog, sadrži predrasude o Latinskoj Americi, kojih se valja oslobođiti. Vremenom se ovaj centar u Kuernavaki pretvorio u neku vrstu otvorenog univerziteta. Vatikan je neko vreme zabranjivao katoličkim sveštenicima i redovnicima da pohađaju Iličeve kurseve, ali je kasnije skinuo zabranu.

Iz Kuernavake Ilič putuje po svetu, nastojeći da dejstvo svojih knjiga ojača ličnim prisustvom, predavanjima, intervjuima. On očigledno nema ambicije pukog teoretičara, nego žestoko želi da menja stvari koje mu se čine opakim. Objavljuvanje njegovih knjiga u pojedinih zemljama, po pravilu, praćeno je žustrim javnim polemikama oko njegovih stavova i sudova. To su dela pokraj kojih se ne može proći na miru, mogu se odbacivati, ali se moraju uzeti u obzir.

Od svih Iličevih knjiga „Medicinska Nemezis“ izazvala je najveću buru, posebno u razvijenim zemljama Zapada, gde su, uostalom, posledice „medikalizacije života“, kako to Ilič kaže, najjače izražene. Svet ne prihvata lako Iličovo tvrđenje da je medicina uglavnom mnogo manje sposobna da mu pomogne nego što se veruje i nego što ona sama tvrdi. Čovek se teško miri s neminovnim. Bol, bolest i smrt jesu neminovnosti čovekovog života. Na tom nemirenju medicina je izgradila svoj iracionalni, okultni status. Pri tom ništa uspešnija nije bila no što su bili врачи i popovi u stara vremena „Epidemije su dolazile i prolazile, proklinali su ih i jedni i drugi, mada jednakо uzalud“, tvrdi Ilič i dodaje: „Obredi koji se vrše na medicinskim klinikama nisu modifikovali bolesti ništa odlučnije no čin isterivanja zlih duhova uobičajen u verskim svetilištima“. U eventualnom poboljšavanju zdravlja i produžavanju života medicina u užem smislu reči učestvovala je malo, ili nije nimalo. Presudnu ulogu u tome igraju opšti životni uslovi: ishrana, stanovanje, rad, ali medicina sebi pripisuje tuđe rezultate. Tamo gde doista pomaže, ona je jednostavna i jeftina. Njeni skupi spektakli, kao što je presadrđivanje srca, pokreću moćan publicitet u slavu dr Bernara i njegovih sledbenika, ali s čovekovim zdravljem

nemaju nikakve veze. Iliču su draži kineski bosonogi lekari nego hromirana magija skupe opreme, koja neuporedivo manje daje nego što košta, draži su mu jeftini lekovi od skupih, jer nisu ništa manje efikasni. On kaže da je dr Salvador Aljende, počivši predsednik Čilea, inače, lekar po struci, „za sada jedini latinskoamerički državnik, koji je pokušao da obuzda progresivno zloupotrebljavanje lekova... Ogorčena većina čileanskih lekara usprotivila se ovom predlogu svog predsednika; mnogi među manjinom koji su pokušali da njegove ideje praktično programski sprovedu u život, pobijeni su u roku da jedne sedmice pošto su pukovnici preuzezeli vlast...“

Bezumna medikalizacija života, naslikana ovde nebrojenim podacima, umnožila je „jatrogene bolesti“, to jest, bolesti koje prouzrokuju lekar i lečenje. I kada jednom rukom daje, medicina drugom uzima. Svaka dobrobit ima svoju cenu. Ilič u ovoj knjizi upravo to tvrdi: savremena profesionalizovana, institucionalizovana, industrijalizovana medicina više uzima nego što daje. Zaključak je tvrd, beskompromisan, apsolutan. To je, možda, više u skladu s autorovim temperamentom, nego s ukupnom rezultantom raspoloživih činjenica. Valja imati u vidu relativan značaj pojedinih činjenica. Bezbrojne zastrašujuće pojedinosti koje je Ilič prikupio iz nesumnjivo kompetentnih izvora, cela ta jatrogeneza, na jednoj strani terazija, ko zna da li preteže, mereno „količinom života“ i „količinom smrti“, nad jednom zlatnom medaljom moderne medicine, na drugoj strani terazija, nad antibioticima, na primer. U sferi navijanja „za“ i „protiv“, neka svako proceni u okviru sopstvenog životnog i zdravstvenog iskustva, da li su antibiotici za ove tri-četiri decenije, koliko su u masovnoj upotrebi, spasli više ljudskih života, mada su poneke i ugasili, nego što ih je cela jatrogeneza „posekla“. Ti zloupotrebljavani, kompromitovani, osporavani, ali neizostavni antibiotici!

Reč je, svakako, o direktnim posledicama jatrogenih bolesti, o nevoljama koje su lekari i lečenje neposredno prouzrokovali. Što se tiče posledica drugog i trećeg reda, to je teško procenjivati. Jedan organizam naviknut na to da mu ma kakva mehanička (hirurška), hemijska ili biohemijska intervencija — ukratko, intervencija medicin-

skog arsenala — pomaže prilikom svake funkcionalne teškoće — neće li trajno demobilisati sopstvene odbrambene snage! I ne nalazili se savremeni gradski čovek u koži dr Fausta — pošto je medicinskom đavolu prodao svoju ličnost, svoju odgovornost, za obećanje o dugoj medikamentnoj mladosti, koja se, uostalom, ne ostvaruje!

Ova vrsta umekšavanje krajnjih zaključaka Ilićeve analize ne namerava da umanji njenu originalnost, njenu prodornost i, što je najvažnije, njenu svrshishodnost. Ako se čovek i ne složi s uzvikom: smrt profesionalnoj medicini, koji se čuje svaki put kada šušne stranica ove knjige dok je prevrčete, lako će se složiti s tvrđenjem da su jatrogena oboljenja u porastu i da predstavljaju ozbiljnu pretnju savremenom čoveku, sve ozbiljniju pretnju! Medicina ubija osim što leči. Ona je uvek i ubijala. Sudeći po Ilićevoj knjizi, danas ubija više nego ikad, a ubuduće će to činiti još više ako je savremeno društvo na neki način ne obuzda.

Zajednički činilac većine savremenih pesimističkih analiza svetskih tokova — a i Ilićevo je takva — kao da leži u jednom otrežnjavanju. Pogled „odozgo“ na te tokove kazuje da se svet kretao od goreg ka boljem, od manjeg ka većem. Još do pre nekoliko decenija, ta kosa uzlazna linija evidentna u prošlosti proglašena je, bez kolebanja, u budućnost. Otprilike od vremena atomske i hidrogenske bombe, od vremena kada je čovek stvorio sredstva kojima u jednom trenutku može da zbrishe svoju civilizaciju, pa i opstanak svoje vrste da dovede u pitanje, u krugu svetske humanističke elite javila se jeretička zebnja: a šta ako budućnost bude gora od sadašnjosti?

U tom kritičkom talasu apsolutna reč progres stavljena je pod znak pitanja. Velike pretnje iz prošlosti, biološke, kao srednjovekovna kuga, fizičke, kao zemljotresi, poplave, suše, na neki način su dolazile „spolja“, izvan ljudskih aktivnosti i ostajale su izvan ljudskih moći. Velike pretnje sadašnjosti rađaju se u krilu čovekovog ponašanja, aktivnosti i načina života: populaciona eksplozija, neograničeni rast, zagađivanje životne sredine, raubovanje prirodnih bogatstava, sve brži tempo promena svake vrste, koji nadilazi sposobnost prilagođavanja čoveka kao pojedinca (ne kao vrste).

U tome je razlika, u tome je, takođe, razlog da se upozoravanja na rizik da budućnost sveta bude gora od sadašnjosti ne odbacuju olako. Čovek se našao pred zadatkom da zauzda ili pripitomi nemani koje je — slučajem ili istorijskom neminovnošću, svejedno — pustio iz Pandorine kutije.

Svest o „unutrašnjim uzrocima“ današnjih nevolja podstiče mnoge mislioce na to da osvetle njihovu prirodu, uzroke i eventualne posledice, koje doista upozoravaju na to da bi budućnost mogla biti gora. Ilić pripada tom krugu savremene zabrinute i kritičke svesti sveta, tim kritičarima industrijske civilizacije, to jest, zapadne civilizacije, koja već nekoliko vekova čini maticu svetskog razvijenja. Njegov je pristup specifičan, kao i njegova optika. On stavlja pod lupu institucije savremenog društva jednu po jednu, konstatujući da su se izrodile.

Stramputica medicine prvenstveno je u tome što se ona razvijala i što se tako razvija da sve manje služi čoveku, a sve više samoj sebi. To je specifičan, originalan i dalekometan motiv u Ilićevom delu, koje se odnosi ne samo na medicinu nego i na druge institucije u modernom društvu. Koliko god da su se one razvile iz čovekove, iz društvene potrebe, po prirodi stvari teže da se oslobole te pupčane veze s ishodištem i da same sebi postanu svrha. Ilić je to svoje otkriće, ako se tako može reći, načinio u knjizi „Dole škole“ (bukvalni prevod naslova bio bi „raškolovavanje“), prevedenoj u nas. Raščlanjavajući smisao i funkcionisanje savremenog školstva u svetu, a osobito na američkom kontinentu, on je došao do zaključka da škola guta ogromna sredstva, i sve veća, (nema kraja povećavanju zahteva), ali da je „output“ srazmerno sve manji, koliko se „input“ povećava. Drugim rečima, sipa se u vreću bez dna i samo skroman deo onoga što se sipa stvarno služi svrsi; ostalo se troši na „gojenje“ institucije, na njen autonomni rast, koji, u krajnjoj liniji, nije u bitnoj vezi s kvantitetom i kvalitetom usluge koju pruža društvu i zbog koje u principu i postoji.

U pozadini tih pogibeljnih zastranjivanja Ilić vidi prauzrok: hiperindustrializovanost, koja previše specijalizuje ljudske aktivnosti i ne ostavlja prostora za autonomnu proizvodnju i autonomno ponašanje. „Ljudi se

pre svega obučavaju za potrošnju, a ne za akciju", kaže on.

Složenost sveta u kome živimo, u vremenu u kome živimo, velika je njegova prednost i valjda najveća njegova slabost. Složenost shvaćena u kvalitativnom smislu predstavlja naličje, posledicu specijalizovanosti. Industrijsko društvo postalo je strahovito složeno, razvijajući svoje nebrojene specijalnosti — a razvijalo ih je u interesu efikasnosti. Međutim, s porastom složenosti, porasla je i ranjivost. Ako bi među dvadesetinom ljudi s nekog broda na pučini specijalizovanost, u interesu efikasnosti, bila dovedena do tog nivoa da onaj koji se stara o pripremanju hrane ne ume da odredi ni strane sveta, a onaj koji kontroliše rad motora nema pojma o pripremanju hrane, onda bi ta ekipa u svemu imala savršenu efikasnost mašine, ali bi zato izbacivanje iz stroja ma i jednog člana, jednog jedinog točkića mašinerije, značilo propast i ekipe i ploviljbe. Složenost i ranjivost jednog sistema su, dakle, u pravoj razmeri. Glistu možemo preseći na dva dela — svaki će otici svojim putem i uskoro će to biti dve cele gliste mesto jedne. Znatno složeniji organizam čovekov, pogoden s nekoliko grama olova u čeličnoj košuljici, obično će zauvek biti isključen iz pogona. Jedan od najdragocenijih i najhumanijih doprinosova našeg samoupravljanja sastoji se u tome da radniku „na nivou preduzeća“, to jest, u upravljanju, vraća integralnost proizvođača, izgubljenu na radnom mestu, na traci, gde ga zahtev tehnološke efikasnosti osuđuje da bude visoko specijalizovan produžetak mašine.

Iličeva kritika modernih institucija dolazi sleva ne samo po svojoj radikalnosti nego i po tome što ne previda klasnu suštinu društva. Neki ga proglašavaju anarhistom, jer u tom njegovom krstaškom pohodu protiv institucija industrijskog društva, protiv njihovog besmisla, njihove opakosti, njihovog kancerognog bujanja, vide negiranje institucije po sebi. U svakom slučaju u njegovo delo ugrađena je svest o prevelikom čovekovom udaljavanju od prirode i od svoje prirode. Cela njegova misao na zgrada počiva na tom temelju. Ali Ilič je suviše moderan, suviše čovek ovog sveta i ovog vremena, da bi se dao uhvatiti u klasičnu zamku te prastare teme, u žal za nekakvom idilom minulih vremena, kakve, u stvari,

nikada i nije bilo. Više je to prizivanje budućnosti, zasad još neuobičene u jasnu viziju, u kojoj će čovek, da bi preživeo svoj civilizacioni razvod s prirodom, ipak s njom morati da nađe jednu bolju, dublju, višu saglasnost.

Samo isključivci mogu da pomere s mesta stvari koje su se vremenom veoma uležale, veoma ukopale u sistem ponašanja, navika i vrednosti, koji čini okvir čovekovog društvenog bitisanja. U savremenom svetu lekari, medicina, uživaju takav ugled da se kritika ne može izreći normalno, artikulisanim glasom. Jednostavno, svaki bi je prečuli. Ilič ovoj knjizi više na sav glas. On kaže: medicina ne vredi ništa — da bi nas naterao da protrljamo oči i da shvatimo da u toj svetoj medicini, tom božanstvu novog vremena, doista toliko toga ne vredi mnogo, to jest, da počesto nanosi štetu umesto da pomaže.

Ma koliko razorna bila, Iličeva analiza medicine, bola, bolesti i zdravlja neće neposredno razoriti savremene modele, okoštale odnose i neprikosnovene statuse. Najzad, to je sudbina svih novih prodora u sagledavanju stvarnosti, sagledavanja u novoj svetlosti, iz novog ugla, na nov način. Ali, knjiga posredstvom autorovog stransnog uverenja, brilljantne argumentacije, i neoporecive logike, stavlja čitaocu „bubu u uvo“. Posle ove knjige u taj svet bolesti i zdravlja, u kome svi živimo, uvlači se crv sumnje, kritičnost i rezervisanost. Posle ove knjige, beli mantil ne može biti onako beo, kakav je bio pre nje. Oreol naučnosti, humanizma, kojim se moderna medicina tako raskošno i tako svetački ukrasila, pobudiće sumnju: nije li to obojeni lim umesto zlata.

Knjige, to jest ideje u njima, same po sebi ne menjaju svet. Za to je potrebna organizovana i uporna ljudska delatnost, svesna ciljeva koje želi da postigne. Knjige samo poseju seme. Ako je seme pravo i ako dođe na pogodno tle, može da nikne akcija. Može — a nemora. U većine čitalaca pogled na savremenu medicinu, posle čitanja ove knjige, neće biti kakav je bio pre-

Zvonko Simić

PRETHODNA NAPOMENA

Ovaj esej je okvirni tekst za seminar koji će držati 1975. godine u CIDOC-u u Kvernavaki kao i nacrt za knjigu koja se još uvek, uprkos tome što se pojavljuje u ovom obliku, nalazi u toku pisanja. Fustote odslikavaju dvostruku prirodu mojih redova: potkrepljuju činjenice, i upućuju potencijalne čitaoce na srodnna pitanja koja potom valja da istraže, istovremeno nudeći onu vrstu bibliografskog putokaza na kakvu sam ja želeo da nailazim kada sam, kao laik, počeo da kopam po temi: briga o zdravlju.

Ovaj radni ogled je napisan za seriju IDEJE U TOKU STVARANJA koja mu utire put do čitalačke publike, kako bi pored mojih kolega u ogledu sude-lovao i običan čitalac, dok će se ja i dalje boriti za ko-načno uobličavanje svojih ideja.

Svoje mišljenje o medicinskim institucijama izgra-divao sam tokom niza godina u povremenim rasprava-ma sa Džonom Maknajtom i Roslin Lindhajm. Mak-najt trenutno radi na knjizi posvećenoj takvim političkim metama koje bi omogućile da zdravstvene in-stitucije postanu bezopasne, a da ih društvo nijednog trenutka ne bude lišeno. Roslin Lindhajm, po struci arhitekt, sprema se da ovih dana u ediciji IDEJE O TO-KU STVARANJA objavi svoju kritiku bolničkog sme-štaja.

Žan Pjer Dipi i Rik Karlson još su dva učesnika u našim razgovorima. Uskoro izlazi iz štampe Dipijeva

knjiga čija je okosnica medikalizacija droga u Francuskoj, dok Karlson u svojoj kritici američke medicine posvećuje veliki prostor neuobičajenim alternativama današnjoj prevalentnoj medicinskoj ideologiji.¹ Kako smo čitali rukopise jedan drugog u nekoliko faza, moji sagovornici će nalaziti svoje ideje i formulacije na ovim stranicama, čak i kada ih ja ne budem doslovno navodio. Abraham i Irena Diaz Gonzalez, Daglas Rajt, Džon Bradli, Andre Gorz, Sjuzan Hamt, Džozef Kanin i V. Ramalingasvami pružili su mi kritičku i opipljivu pomoć. Džon S. Bradšo, moj savetnik za medicinska pitanja, vršio je ispravke u toku probnih otisaka. Isključivo sâm snosim odgovornost što nisam usvojio sve njegove primedbe.

Ovaj esej nikada ne bi bio napisan bez sudelovanja Valentine Boremas. Valentina Boremans je niz godina strpljivo prikupljala dokumentaciju na kojoj je esej zasnovan, i svojim istrajnijm kritikovanjem oplemenjivala moje sudove i ublažavala moj način izražavanja. Poglavlje o industrijalizaciji smrti sažeto je izlaganje beležaka koje je ona sakupila za svoju knjigu o liku smrti.

Ivan Ilić
Kvernavaka
23. avgust 1974.

¹ LINDHEIM, Roslin: *The hospitalization of space*. Treba da objave „Calder i Boyars“ 1975. godine. Delovi radnih tekstova mogu se naći u CIDOC DOC. I/V 74/73 i 74/74. DUPUY, Jean-Pierre i KARSENTY, Serge: *L'invasion pharmaceutique*. Treba da objavi „Ed. Du Seuil“ oktobra 1974. CARLSON, Rick: *The end of medicine*, skica u rukopisu, Santa Barbara, Kalifornija, januar 1973, pojavlje se 1974, a preštampaće se u CIDOC Antologija A3.

UVOD

Medicinski sistem ozbiljno je počeo da ugrožava zdravlje. Zavisnost od stručne zdravstvene nege pogoda sve društvene slojeve. U bogatim zemljama je gospodarenje medicine dostiglo takve razmere da je ljudsko zdravlje dovedeno u pitanje, dok siromašne zemlje ubrzano idu stopama bogatih. Ovaj proces, koji će nazvati „medikalizacijom ljudskog života“, zaslužuje da ga političari jasno uoče. Medicina tek što nije postala prvorazredno značajna meta političke akcije čija je svrha da se izvrši prevrat u industrijskom društvu. Jedino će oni ljudi koji su povratili sposobnost da se staraju sami o sebi i jedni o drugima koristeći se savremenom tehnologijom, biti spremni da suzbiju industrijski način proizvodnje i u ostalim značajnim oblastima života.

Savremeni zdravstveni sistem, zasnovan na principu profesionalca lekara, prevazišao je podnošljive okvire i poguban je po zdravlje iz tri razloga: neminovno prouzrokuje kliničke štete koje pretežu nad potencijalnim korisnostima; neizbežno zamučuje političke prilike tako da društvo biva nezdravo; i, napokon, teži da pojedincu oduzme moć da se sam leči i sam oblikuje svoju sredinu. Medicinski i para-medicinski monopol na metodologiju i tehnologiju higijene drastičan je primer političke zloupotrebe naučnih dostignuća čiji je

cilj da se industrijski razvoj osnaži na račun ličnog razvijanja. Takva medicina prosto služi kao sredstvo da se ljudi zasićeni i zamorenji društвom ubede da su oni sami bolesni i nemoćni i da im je neophodna tehnička intervencija. O ovim trima kategorijama nezdravog delovanja medicine raspravljaću u prva tri dela.

Bilans medicinskih ostvarenja iznosim u prvoj glavi. Medicina je već mnoge bacila u brigu i jedino su im neophodni podaci kako bi ovaplotili svoje zle slutnje. Lekari uveliko osećaju potrebu za osnaženjem povernja u sopstveni rad, jer zahtevaju da se niz danas ustaljenih medicinskih postupaka zvanično stavi van zakona. Restrikcije u medicinskoj praksi, koje profesionalci takođe smatraju opravdanim, često su toliko radikalne da su neprihvatljive za glavninu političara. Neefikasnost skupe i veoma rizične medicine činjenica je sa kojom počinjem, a ne ključni ishod stvari kojom se bavim.

Drugi deo sačinjavaju tri poglavlja. U njima su iznesene neke društvene pojave koje proishode iz medikalizacije zdravlja i koje su protumačene kao zlo svojstveno preterano industrijalizovanoj civilizaciji, i najzad se raspravlja o pet vrsta političkih reakcija koje su sve jalove.

Treći deo usredsređen je na eksproprijaciju zdravlja i transformaciju bola, na propadanje ljudskog organizma i smrt, pri čemu se ličan izazov pretvara u tehnički problem. U završnom odeljku razgraničavaju se dva načina na koja se jedinka odnosi prema svojoj sredini, odnosno prilagođava njoj: a to su autonomna (što će reći samosvojna) borbenost, i heteronomno (to jest administrativno) održavanje zdravlja i rukovođenje njime. Odeljak se završava dokazima da jedino takav politički program čija je namena organičavanje profesionalne medicine, omogućuje ljudima da povrate moć negovanja sopstvenog zdravlja.

I DEO

KLINIČKA JATROGENEZA

1. EPIDEMIJA MODERNE MEDICINE

Bolesti koje napadaju zapadno društvo pretrpele su dramatične izmene. Tokom jednog veka iščezlo je toliko uzročnika masovne smrti, da se danas dve trećine ukupnog broja umrlih dovode u vezu sa bolestima starenja.¹ Pojedinci koji umiru mladi najčešće su žrtve nesrećnih slučajeva, nasilja i samoubistava.²

Ove promene zdravstvenog statusa obično se poistovjećuju sa progresom i pripisuju razgranatijoj i boljoj medicinskoj nezi. U stvari, nema dokaza o bilo kakvom neposrednom odnosu između te mutacije bolesti i takozvanog napretka u medicini.³ Štaviše, sve

¹ Smrtnost odojčadi se mora izuzeti. U svim evropskim zemljama ona premašuje ukupan broj ostalih uzroka smrti do tridesete godine života. LONGONE, P.: *Mortalité et morbidité* u „Population et Sociétés. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques, Sociales“, No. 43, January, 1972.

² LALONDE, Marc: *A new perspective on the health of Canadians*, radni dokument kanadske vlade, Otava, april 1974. Ovaj dvojezični izveštaj za francusko-englesko područje sadrži podatke o pomeranjima u mortalitetu kanadskog stanovništva propraćene nizom grafičkona. Za Francusku vidi: LONGONE, P.: *Les maux de la richesse. Morts violentes et surmortalité masculine* u „Population et Sociétés. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques, Sociales“, No. 11, February, 1969, i *La surmortalité masculine* u „Population et Sociétés. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques, Sociales“, No. 59, 1 June, 1973. U Francuskoj, ističe pisac, u saobraćajnim nesrećama strada 66% muškaraca i 39% žena između 15. i 34. godine starosti, zatim 50% dečaka u uzrastu od 5. do 14. godine i 33% od ukupnog broja dece preminule između 1. i 4. godine života.

³ DUBOS, René: *Mirage of Health. Utopias, progress and biological change*, New York, Anchor Books, 1959, prvi je ukazao da je zabluda o stvaranju „boljeg zdravlja“ opasna infektivna

veći raspon novih bolesti koje napadaju ljudе za poslednjih petnaest godina, doslovno je posledica medicinske intervencije kod pojedinaca koji su stvarni ili potencijalni bolesnici. (1) Nemoć medicinskih grana da produže ljudski vek, (2) najčešće zanemarljiv uspeh savremene kliničke nege pri lečenju bolesti, (3) ogromna šteta koju medicina nanosi zdravlјu i (4) jalovost medicinskih protivmera u otklanjanju rđavih terapijskih posledica, sve je to, očigledno, bogato dokumentovano — ali i dobro prikriveno.

Lekarska efikasnost — iluzija

Studije o evoluciji pojedinih bolesti sadrže dokaze da tokom poslednjeg stoljeća lekari nisu nimalo uspešnije delovali na takve spregove no što je to sveštencima polazilo za rukom u ranja vremena. Epidemije su dolazile i prolazile, prokljinjali su ih i jedni i drugi, mada jednako uzalud. Obredi koji se vrše na medicinskim klinikama nisu modifikovali bolesti ništa odlučnije no čin isterivanja zlih duhova uobičajen u verskim svetilištima.⁴ Stoga bi bilo svrsishodno da rasprava o budućoj zdravstvenoj nezi otpočne tom konstatacijom.

Infektivne bolesti koje su preovladavale početkom industrijskog razdoblja ilustruju kako je medicina stečala svoj ugled. Tuberkuloza je, na primer, dostizala vrhunac u rasponu dve generacije. Od ove bolesti u Njujorku je smrtnost bila veoma visoka 1812. godine, da bi se svela na 370 umrlih od 10 000 obolelih lica

bolest koju podržava medicina, McKEOWN, Thomas i McLACHLAN, Gordon, eds.: *Medical history and medical care: a symposium of perspective*, Oxford Univ. Press, 1971, prvi raspravljaju o sociologiji medicinskog pseudoprogressa. POWLES, John: *On the limitations of modern medicine* u "Science, Medicine and Man", Vol. I, str. 1–30, Great Britain, Pergamon Press, 1973, daje kritički izbor najnovije literature na engleskom jeziku u prvom odeljku prve glave. CARLSON, vidi belešku 1, pravnik je po struci. Njegov eseji je „na empirijskim principima zasnovan ogled teorijske prirode“. Za svoju optužbu američke medicine odabro je one oblasti za koje je imao potpune dokaze i čiju je prirodu dobro poznavao. DUPUY-KARSENTY, vidi fusnotu 1, daje bogatu dokumentaciju uz opsežno empirijsko istraživanje na polju efikasnosti savremene medicine.

⁴ DUBOS, René: *The dreams of reason, science and utopia*, N. Y., Columbia University Press, posebno str. 66.

1882. godine, kada je Koh odnegovao i izdvojio prvi njen bacil. Smrtnost od sušice spala je na 180 pošto je 1910. godine otvoren prvi sanatorijum, iako je ova bolest i dalje zauzimala drugo mesto na tabelama umrlih. Posle drugog svetskog rata, a pre nego što će antibiotici ući u upotrebu, tuberkuloza je skliznula na jedanaesto mesto sa brojkom smrtnosti 48. Slično tuberkulozi, kolera, dizenterija i tifus dostigli su vrhunac i povukli se mimo medicinske kontrole. Kada se ušlo u trag njihovoj etiologiji, odnosno kada je njihovo lečenje postalo specifično, ove bolesti su u znatnoj meri već bile izgubile svoju virulentnost.⁵ Ukupan postotak umiranja od šarlaха, difterije, velikog kašlja i ospica između 1860. i 1965. godine kod dece do 15 godina starosti, pokazuje da je gotovo 90% celokupnog opadanja smrtnosti u tom periodu okončano pre uvođenja antibiotika i opšteg cepljenja protiv difterije.⁶ Objašnjenje se delimično može naći u smanjenju virulencije mikroorganizama i u boljim stambenim uslovima, pa ipak je najvažniji činilac bio veća otpornost obolelih lica zahvaljujući boljoj ishrani. Danas se u siromašnim zemljama dijareja i infekcije gornjeg dela disajnih organa javljaju češće, traju duže i dovode do veće smrtnosti tamo gde je ishrana loša, bez obzira na to da li je medicinska nega dostupna u velikoj ili maloj meri.⁷ Sredinom XIX veka u Engleskoj su epidemije infektivnih bolesti zamenili značajni sindromi loše ishrane, među koje spadaju rahitis i pelagra. Ove boljke su, takođe same od sebe, dostigle najvišu tačku i isčezle, da bi ih smenila oboljenja ranog detinjstva i potom čir na dvanaestopalačnom crevu kod sasvim mlađih osoba. Pošto su se i ove bolesti povukle, njihovo mesto su zauzele moderne epidemije: koronarna srčana oboljenja, em-

⁵ DUBOS, René: *Man adapting*, New Haven, Yale Univ. Press, 1965, naročito VII glava o evoluciji mikrobskih bolesti i bibliografija uz tu glavu.

⁶ PORTER, R. R.: *The contribution of the biological and medical sciences to human welfare*. Predavanje održano prilikom Porterovog izbora za predsednika Britanskog udruženja za unapređenje nauke, na sastanku u Svonsiju, 1971, izdanje Udrženja, str. 95, 1972.

⁷ SCRIMSHAW, N. S., TAYLOR, C. E. i GORDON, John E.: *Interactions of nutrition and infection*, World Health Organization, Geneva, 1968.

fizem, bronhitis i gojaznost, povišen krvni pritisak, rak, i to osobito rak pluća, artritis, dijabetes i takozvani mentalni poremećaji. Nijedno objašnjenje geneze ovih promena ne zadovoljava, uprkos intenzivnim istraživanjima.⁸ Pa ipak, dve su stvari pouzdane: ne može se pripisati u zaslugu lekarskoj profesionalnoj praksi da je odstranila stare oblike smrtnosti, kao što je ne treba ni okrivljavati što čovek produženo vreme svog trajanja provodi pateći od novih bolesti.

Iz analize tendencija bolesti izvodi se zaključak da je sredina primarna odrednica opštег zdravstvenog stanja svake ljudske zajednice.⁹ Ishrana, stambene prilike, radni uslovi, gustina naseljenosti, pored kulturnih mehanizama koji omogućavaju određenoj populaciji da sačuva stabilnost, igraju presudnu ulogu u tome kako će se zdravi odrasli ljudi osećati i u kom dobu će pretežno umirati. U onoj meri u kojoj starije patogene pojave isčezavaju, nov tip loše ishrane prerasta u savremenu epidemiju koja uzima maha najvećom brzinom: jedna trećina čovečanstva održava se u životu u stanju pothranjenosti kakva bi ranije prouzrokovala smrt, dok sve veći broj ljudi unosi otrove i mutagene materije zajedno sa hranom.¹⁰

⁸ CASSEL, John: *Physical illness in response to stress*, 32 stranice umnožene na matrici. CIDOC I/V NEM. 06.

⁹ WINKELSTEIN, Warren Jr.: *Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources* u „International Journal of Epidemiology“, Vol. I, No. I, Oxford Univ. Press, 1972. Pisac ističe da su engleski lekari još pedesetih godina prošloga veka uočili da je sredina primarna odrednica zdravstvenog statusa svakog stanovništva. On upućuje posebno na E. Cadvika (E. CHADWICK), 1842, i L. Setaka (L. SHATTUCK), 1850. Takođe pogledaj LAVE, Lester B., i Seskin, Eugene P.: *Air pollution and human health* u „Science“, Vol. 169, No. 3947, 21 August, 1970, str. 723–733.

¹⁰ Do sada su se u svetu glad i loša ishrana povećavali naporedo sa industrijskim razvojem. SAHLINS, Marshall: *Stone age economics*, Chicago, Aldine Atherton, 1972, str. 23 ... „smatra se da jedna trećina do jedne polovine stanovnika na zemlji svake večeri odlazi u postelju gladna. U kameno doba je taj broj morao biti daleko manji. Živimo u veku nevidene gladi. Danas, kada je tehnička moć na vrhuncu, gladovanje se pretvorilo u instituciju.“ DAVIS, Adelle: *Let's eat right to keep fit*, revidirano i dopunjeno izdanje, N. Y., Harcourt Brace, 1970. U svom bogato dokumentovanom izveštaju pisac govori o kvalitativnom opadanju ishrane u Sjedinjenim Državama koje prati porast industrijalizacije i o tome kako se to opadanje odražava na zdravlje američkih građana. HARMER, Ruth Mulvey: *Unfit for human consumption*, Prentice Hall, N. J., 1971, tvrdi da je Svetska zdravstvena organizacija neo-

Neki savremeni tehnički postupci, čijem su razvoju često doprinosili i lekari, postupci koji najsnažnije deluju kada postanu deo svakodnevnog života ili kada se masovno primenjuju, takođe izazivaju promene u opštem stanju zdravlja, mada u manjem stepenu. U ovu kategoriju spadaju kontraceptivna sredstva i takve vanmedicinske zdravstvene mere kao što su tretman vode i izmeta, zatim sapun i makaze kojima se služe babice, cepljenje odojčadi protiv malih boginja, neke hemikalijske za uništavanje bakterija i insekata. Širokom zastupljenosću ovih postupaka i izuma mogu se objasniti najnovija pomeranja u oblasti mortaliteta od mlađih ka starijim godinama života.

Za razliku od prirodne sredine i savremenih mada neprofesionalnih zdravstvenih mera, specifično medicinsko lečenje ljudi nigde i nikada nije bilo značajno povezano s povlačenjem pojedinih vrsta bolesti, odnosno sa produženjem ljudskog veka.¹¹ Ni postotak lekara u odnosu na broj stanovništva, ni klinički instrumenti kojima raspolažu, ni broj bolničkih postelja nisu kauzalni činioci upadljivih promena nastalih u sveukupnim spregovima bolesti. Nove tehničke mogućnosti za postavljanje dijagnoze i lečenje takvih oboleljena, kao što su perniciozna anemija i povišen krvni pritisak, odnosno za korigovanje urođenih deformacija putem hirurških zahvata, samo na drugi način definišu bolest, ali je ne smanjuju. Činjenica da postoji veći broj lekara na mestima gde su se izvesne bolesti proredile, ima nezнатне veze sa njihovom stručnošću da obu-

bčno zainteresovana, i to zbog sopstvenih opštih zdravstvenih programa, da se otrovni pesticidi i dalje upotrebljavaju. WELLFORD, Harrison: *Sowing the wind*, izveštaj napisan za Centar Ralfa Nadera za „The Study of Responsive Law of food safety and the chemical harvest“. Uvod iz pera Ralfa Nadera (NADER, Ralph), New York, Bantam paper ed., 1973, jedan od saradnika Ralfa Nadera raspravlja o koncentraciji pesticida u svakodnevnoj ishrani. Pogrešno korišćenje pesticida čak ozbiljnije pogoda poljoprivrednika nego gradskog stanovnika: oni mu uništavaju zdravije, dižu cene njegovim proizvodima i teže ka smanjenju dugoročnih prinosa.

¹¹ STEWART, Charles T. Jr.: *Allocation of resources to health* u „The Journal of Human Resources“, VI, I, 1971. Autor ovako razvrstava načine za održavanje zdravlja: lečenje, preventiva, informisanost i istraživanje. U svim nacijama sa zapadne hemisfere preventiva (pijača voda) i obrazovanje usko se povezuju sa dužinom ljudskog veka, dok se to ne čini ni sa jednom „varijablim lečenja“.

zaju ili odstrane ta oboljenja.¹² To, jednostavno, znači da se lekari raspoređuju po svom nahodenju, i to u većem stepenu no ostali stručnjaci, i da se rado okupljaju tamo gde je klima zdrava, voda čista, gde ljudi imaju posla i mogućnosti da im plate učinjene usluge.

Uzaludno medicinsko lečenje

Medicinska tehnologija, koja uliva strahopoštovanje, udružila se sa retoričkim tiradama o jednakosti da bi stvorila opasnu opsenu o izuzetnoj efikasnosti savremene medicine. Savremenu medicinsku praksu, izgrađenu na toj pogrešnoj prepostavci, može da ospori svako ko je obavešten o medicini.¹³

Tokom poslednje generacije ograničen broj stručnih intervencija doista je urođio plodom. Oni postupci koje je mogućno primenjivati u suzbijanju rasprostranjenih bolesti obično ne iziskuju velike materijalne izdatke: sem kada profesionalci imaju na njih monopol, od pojedinaca zahtevaju najmanju meru stručnosti, zatim neznatna materijalna sredstva i bolnički smeštaj. Suprotno tome, glavnina astronomski visokih materijalnih troškova u medicini predviđena je za dijagnostiku i lečenje oboljenja bez ikakve efikasnosti ili sa sumnjivim rezultatima. To se najbolje može uočiti ako se povuče razlika između infektivnih i neinfektivnih bolesti.

Hemoterapija igra značajnu ulogu u kontrolisanju zapaljenja pluća, gonoreje i sifilisa. Smrt od zapaljenja pluća, nekadašnjeg „priatelja starih ljudi“, godišnje je opadala između 5 i 8 procenata otkada su se sulfona-

¹² STALLONES, Reuel A.: *Environnement, écologie et épidémiologie* (texte abrégé de la quatrième conférence du Cycle de Conférences Scientifiques OPS/OMS, Washington, 30 September, 1971). Autor pokazuje da u Sjedinjenim Državama postoji duboka pozitivna korelacija između velikog postotka lekara u odnosu na broj stanovnika uopšte i visokog procenta koronarnih obolenja, dok je takva uzajamna veza izrazito negativna kada je rec o cerebralno-vaskularnim oboljenjima. On ističe da to ništa ne kazuje o eventualnom uticaju lekara na bilo koji od ova dva slučaja. Morbiditet i mortalitet su nerazdvojni delovi čovekove sredine i ne stoje u vezi sa naporima u obuzdavanju bilo koje odredene bolesti.

¹³ Za sada, čini se, uzornu studiju o tom pitanju napisao je COCHRANE, A. L.: *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

midi i antibiotici pojavili na tržištu. Malaria, tifus, sifilis i malinaste boginje leče se bez pô muke. To što se broj veneričnih bolesti povećao treba pripisati novim vrstama oboljenja, a ne lošoj medicini. Malaria se povratila zato što su se razvile nove vrste komaraca otpornih na pesticide, a ne stoga što ne postoje novi lekovi protiv malarije. Dečja paraliza, bolest bogatih zemalja, gotovo da je zbrisana imunizacijom. Vakcisanje donekle utiče na smanjenje broja obolelih od velikog kašla i malih boginja. Neosporno je, bar za sada, da delovanje medicine na ove infektivne bolesti osnažuje popularno verovanje u „napredak medicine“. Kod većine ostalih infektivnih bolesti, međutim, medicina nije u stanju da ostvari ni približne rezultate. Lečenjem medikamentima svakako je umanjena smrtnost od tuberkuloze, tetanusa, difterije i šarlaha, ali je u ukupnom opadanju mortaliteta, odnosno broja obolelih lica od ovih bolesti, hemoterapija odigrala manju, čak možda i neznatnu ulogu. Malaria, lajšmanioza i nesanica ustuknule su za izvesno vreme pred navalom i napadima hemikalija, ali su sada opet u porastu.¹⁴

Čak je pod još većim znakom pitanja uspešnost medicinske intervencije pri savlađivanju ostalih, neinfektivnih bolesti. Osetan napredak svakako je ispoljen kod nekoliko oboljenja: mogućno je delimično sprečiti karijes fluorisanjem vode, mada po cenu koja nije u potpunosti opravdana. Odgovarajućom terapijom ublažavaju se neposredne posledice dijabetesa, ali samo za kratko vreme. Zahvaljujući intravenoznom hranjenju, transfuzijama krvi i davanju kiseonika,¹⁵ veći broj ljudi preživljava traumatična stanja. Dokazana je dijagnostička vrednost analize vaginalnog razmaza poznate pod nazivom Papanikolau i, ukoliko se ovi testovi dovoljno

¹⁴ Vidi belešku 47.

¹⁵ UNIVERSITIES GROUP DIABETES PROGRAM: *A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. II. Mortality results, 1970*, u „Diabetes“, 19, suppl. 2. KNATTERUD, G. L., MEINERT, C. L., KLIMT, C. R., OSBORNE, R. K., MARTIN, D. B.: *Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes*, 1971, u „Journal of American Medicine Association“, 217, 6, 777. Kohrein, vidi belešku 13, komentariše ove dve studije u kojima se izražava mišljenje da je potpuno bespredmetno davati tolbutamid i fenoformin pri lečenju dijabetesa u odmakloj fazi i da primanje insulina nema nikakvih prednosti nad dijetom.

često ponavljaju, pravovremenom intervencijom kod raka na grliću materice produžava se život za pet godina. Rak kože se leči veoma uspešno. Ne raspolažemo jasnim podacima o efikasnosti lečenja svih ostalih vrsta kanceroznih oboljenja.¹⁶ Rak dojke je najčešći oblik ove bolesti. Približno 50% bolesnica produži sebi vek za pet godina, bez obzira na učestalost medicinskih kontrola i na vrstu lečenja kome se podvrgavaju¹⁷. Nema dokaza o tome da se ove brojke razlikuju od ukupnog broja slučajeva nelečenog raka.¹⁸ Iako su kancerolozi skloni da ističu značaj ranog otkrivanja i lečenja ove vrste raka, pored još nekoliko drugih vrsta, epidemiolozi počinju da se pitaju može li se ranom intervencijom produžiti život.¹⁹

Primenom hirurgije i hemoterapije kod retkih urodenih i reumatskih srčanih oboljenja povećavaju se izgledi za aktivan život nekolicine onih osoba koje pate od ove bolesti.²⁰ Međutim, medicinskim tretmanom običnih kardiovaskularnih²¹ i srčanih oboljenja²² postiže se samo delimičan uspeh. Medikamentozno lečenje viso-

¹⁶ MCKINNON, N. E.: *The effects of control programs on cancer mortality* u „Canadian Medical Association Journal“, 82, June 25, 1960, str. 1308—1312.

¹⁷ BREAST CANCER SYMPOSIUM: *Points in the practical management of breast cancer*, 1969, u „Breast Journal Surg.“, 56, 872.

¹⁸ LEWISON, Edwin F.: *An appraisal of long-term results in surgical treatment of breast cancer* u „Journal of the American Medical Association“, 186, Dec. 14, 1963, str. 975—978.

¹⁹ SUTHERLAND, Robert: *Cancer: the significance of delay*, London, Butterworth and Co., 1960, str. 196—202. Zatim ATKINS Hadley et al.: *Treatment of early breast cancer: a report after ten years of clinical trial* u „Brit. Med. Journ.“, 1972, 2, str. 423—429, kao i str. 417.

²⁰ KUTNER, Ann G.: *Current status of steroid therapy in rheumatic fever* u „American Heart Journal“, 70, August, 1965, str. 147—149. THE RHEUMATIC FEVER WORKING PARTY OF THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL OF GREAT BRITAIN AND THE SUBCOMMITTEE OF PRINCIPAL INVESTIGATORS OF THE AMERICAN COUNCIL ON RHEUMATIC FEVER AND CONGENITAL HEART DISEASE, AMERICAN HEART ASSOCIATION: *Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children: A Cooperative Clinical Trial of ACTH, Cortisone and Aspirin*, u „British Medical Journal“, I, 1955, str. 555 — 574.

²¹ BREST, Albert N.: *Treatment of coronary occlusive disease: critical review* u „Diseases of the Chest“, 45, January, 1964, str. 40—45. LINDSAY, Malcolm I., SPIEKERMAN, Ralph E.: *Re-evaluation of therapy of acute myocardial infarction* u „American Heart Journal“, 67, April, 1964, str. 559—564. CAIN, Harvey D. et al.: *Current therapy of cardiovascular disease* u „Geriatrics“, 18, July, 1963, str. 507—518.

²² MATHER, H. G., PEARSON, N. G.: Read, K. L. et al.: *Acute myocardial infarction: home and hospital treatment* u „British Medical Journal“, 1971, str. 3. i 334—338.

kog krvnog pritiska efikasno je kod malenog broja teško obolelih pojedinaca, a događa se da nanese teške ozlede licima sa lakšim oboljenjem.²³

Povrede koje nanosi lekar

Na nesreću, jalovost medicinske nege najmanja je među krivdama kojima sve rastuća medicinska industrija ugrožava društvo. Svojim dejstvovanjem medicina našeg doba izaziva jednu od epidemija najbržih po rasprostiranju. Bol koji nanosi moderna medicinska industrija poremećaji funkcija organa, invalidnost i nervni poremećaji²⁴, teži su danas od broja nastradalih u saobraćajnim nesrećama i na poslu, pa čak od posledica rata. Jedino neishranjenost daleko prednjači u našem modernom svetu.

Jatrogeneza, tehnički naziv za ovu novu epidemiju bolesti koje izaziva lekar, složenica je i sastoji se od grčkih reči „doktor“ (*iātros*) i „poreklo“ (*genesis*). Pod jatrogenskom bolešću isključivo se podrazumeva poremećaj koji ne bi nastupio da je primenjeno zdravo i stručno propisano lečenje.²⁵ Na osnovu te definicije pacijent ima pravo da sudski goni svog lekara ukoliko ovaj tokom lečenja nije upražnjavao preporučeni tretman i time rizikovao da njegov pacijent oboli.

U jednom opštijem i šire prihvaćenom smislu, pod kliničkim jatrogenskim oboljenjima podrazumevaju se sva ona klinička stanja među čije patogene prouzrokovane, odnosno agense „koji izazivaju bolest“, spadaju lekovi, lekari i bolnice. To zasićeno obilje terapijski sporednih efekata nazvana kliničkom *jatrogenezom*.²⁶

²³ COMBINED STAFF CLINIC: *Recent advances in hypertension* u „American Journal of Medicine“, 39, Oct. 1965, str. 634—638.

²⁴ SHEY, Herbert H.: *Iatrogenic anxiety* u „Psychiatric Quarterly“, Vol. 45, 1971, str. 343—356.

²⁵ Standardni priručnik: MOSER, Robert H.: *Diseases of medical progress: a study of iatrogenic disease*. Analiza savremenih oboljenja koja prouzrokuju lekovi i ostali terapijski postupci. Saставljao predgovora ADAMS, F. Denette, Springfield, USA, Charles C. Thomas, 1969.

²⁶ Još su Arapi proučavali kliničku jatrogenezu. Al-Razi (865—925) bio je upravnik bolnice u Bagdadu. Al-Nadim u svom delu *Fihrist*, glava VII, odeljak 3, tvrdi da se Al-Razi bavio medicinskim proučavanjem jatrogeneze. Za Al-Nadimovog života, 935 godine n.e., još uvek su postojale tri knjige i jedno pismo o tom

Medicina je oduvek bila potencijalna trovačica, ali se njena neželjena sporedna dejstva povećavaju sa njenom efikasnošću i rasprostranjenom primenom.²⁷ Svakog 24 časa do 36 časova, između 50 i 80 procenata odraslih lica u Sjedinjenim Državama i Velikoj Britaniji proguta po jednu hemikaliju prema lekarevom uputstvu. Jedni uzimaju pogrešan lek, drugi kontaminiran ili sa isteklim rokom važnosti, treći krivotvoreni,²⁸ četvrti više opasnih lekova odjednom²⁹ ili u ne povoljnim kombinacijama, peti primaju injekcije pomoću nepropisno sterilisanih špriceva i igala. Neki lekovi dovode do navike, drugi do osakaćenja, treći su mutagene prirode, iako možda isključivo u sadejstvu sa prehrambenim bojenim materijama i insekticidima.³⁰ Kod nekih bolesnika antibiotici menjaju normalnu bakterijsku floru i izazivaju superinfekcije, dopuštajući rezistentnijim mikroorganizmima da se razmnožavaju i osvajaju organizam. Ima ih i takvih koji podstiču razvitak bakterijskih loza otpornih na lekove.³¹ Tako pritajene vrste trovanja uzimaju maha čak brže nego

pitanju. „Greške lekarskih ciljeva“, „O preuranjenom davanju na čišćenje obolelima od groznice“, „O razlozima zbog kojih neškolovani lečnici, obični ljudi i žene iz gradašta postižu veći uspeh no učenjaci pri lečenju izvesnih bolesti i čime to lekarji pravljaju“, dok se u pismu objašnjava „Zbog čega vešt lekar nije moćan da leči sve bolesti? Prosto stoga što je to van granica mogućeg“.

²⁷ DUPUY, J. P., FERRY, J., KARENTY, S., WORMS, H.: *La consommation de médicaments approche psycho-socio-économique*, Paris, CEREBE, 1971, „Rapport principal“ 244. str., aneksi 757. str., umnoženo na matrici.

²⁸ KREIG, Margaret: *Black market medicine*, N. J., Prentice-Hall, 1967, 304. str. Pisac izveštava i dokazuje da među artiklima koje prodaju ovlašćeni stručni farmaceuti raste postotak beskorisnih i krivotvorenenih lekova koji se po pakovanju i prezentovanju ne mogu razlikovati od ostalih odobrenih proizvoda. Sve ih je teže otkrivati, dok je sudsko gonjenje mafije koja stoji iza takve crne berze u upliva postojećih pravosnažnih institucija.

²⁹ MINTZ, Morton: *By prescription only*. Izveštaj o zadacima odeljenja za ishranu i lekove Sjedinjenih Američkih Država, Američkog medicinskog društva, farmaceutskih proizvođača i ostalih tela povodom nerazložne i masovne upotrebe medikamenta na recept koji mogu biti lišeni svakog dejstva, štetni, pa čak i smrtonosni. Boston, Houghton Mifflin, 1967. (Drugo, revidirano i dopunjeno izdanje, ranije objavljeno pod naslovom *The therapeutic nightmare*.)

³⁰ SAX, Irving: *Dangerous properties of industrial materials*, New York, Van Nostrand, 1968. MEYLER, L.: *Side effects of drugs*, Williams & Wilkins, 1972.

³¹ BEATY, Harry N. i PETERSDORF, Robert G.: *Iatrogenic factors in infections disease* u „Annals of Internal Medicine“, Vol. 65, No. 4, October, 1966. str. 641–656.

zaprepašćujuća raznolikost i sveprisustvo medikamenta.³² Nepotrebna hirurška intervencija je ustaljena pojava.³³ Ne-bolesti koje onesposobljavaju čoveka posledica su stručnog lečenja nepostojećih oboljenja i nalaze se u usponu: broj dece iz Masačusetsa osakaćene srčanim ne-bolestima premašuje broj one dece sa srčanim manama koje se uspešno leče.³⁴

Trpljenje bola i slabljenje organizma, za šta krivicu snose lekari, odvajkada su sastavni deo medicinskog

³² Milion ljudi — a to iznosi između 3% i 5% ukupnog broja hospitalizovanih bolesnika — prima se godišnje u bolnicu prvenstveno zbog rđavog reagovanja na lekove. WADE, Nicholas: *Drug regulation: FDA replies to charges by economists and industry* u „Science“, 179, February 23, 1973, str. 775–777.

³³ VAYDA, Eugene: *A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales* u „The New England Journal of Medicine“, Vol. 289, No. 23, Dec. 6, 1973, str. 1224–1229. Iz ovog upoređenja proizlazi da je u Kanadi (1968. godine) operisano 1,8 puta više muškaraca i 1,6 puta više žena nego u Engleskoj. Broj diskrecionih operacija, među koje spadaju tonsilektomija, adenoidektomija, hemoroidektomija i ingvinalna herniorhapija povećao se za dva, pa i više puta. Postotak holecistektomija skočio je za više od pet puta. Glavni razlozi za to mogu biti razlike u cennama zdravstvenih usluga, kao i broj bolničkih postelja, odnosno hirurga. LEWIS, Charles E.: *Variations in the incidence of surgery* u „The New England Journal of Medicine“, 281 (6): 880–884, 16th October, 1969. Preštampano u *CIDOC Antologija A8*. Autor zaključuje da se učestalost šest najčešćih hirurških zahvata razlikuje tri do četiri puta u pojedinim oblastima Sjedinjenih Država. Pri tom je visina postotka raspoloživih hirurga značajan pokazatelj broja hirurških zahvata. Takođe vidi DOYLE, James C.: *Unnecessary hysterectomies*. Studija obuhvata 6248 operacija izvršenih u trideset pet bolница tokom 1948. godine, a objavljena je u J.A.M.A., Vol. 151, No. 5, January 31, 1953. Preštampana je u *CIDOC Antologija A8*. DOYLE, James C.: *Unnecessary ovarianectomies*. Ova studija je zasnovana na činjenici da je odstvranjeno 704 normalnih jajnika kod 546 bolesnika, a štampana je u J.A.M.A., Vol. 148, No. 13. March 29, 1952, str. 1105–1111. WELLER, Thomas H.: *Pediatric perceptions. The pediatrician and iatric infectious disease* u „Pediatrics“, Vol. 51, No. 4, April, 1973. Zatim vidi BRANDIS, C. V.: *Arst und Kunstfehlerwurmf*, Goldman, Wissenschaftliches Taschenbuch, 1971.

³⁴ MEADOR, Clifton: *The art and science of non-disease* u „New England Journal of Medicine“, 272, 1965, str. 92–95. Lekaru naviknutom da se isključuju bavi patološkim pojavama, takav izraz kao što je „entitet ne-bolesti“ ili „ne-bolest“ stran je i teško razumljiv. Ova studija sadrži klasifikaciju ne-bolesnih stanja, po red važnih terapijskih principa zasnovanih na takvom shvatanju. Jatrogenske bolesti se javljaju, verovatno, kao posledice lečenja ne-bolesti podjednako često kao i zbog lečenja stvarnih bolesti. BERGMAN, Abraham B., STAMM, Stanley J.: *The morbidity of cardiac non-disease in school children* u „The New England Journal of Medicine“, Vol. 276, No. 18, May 4, 1967. U članku je opisan poseban primer koji spada u ona „mučna stanja zbog kojih pojedinac veruje da boluje od neke nepostojeće bolesti ili drugi to o njemu misle. Loše posledice koje prate neke ne-bolesti jednake su po drastičnosti posledicama koje izazivaju njima odgovarajuće prave bolesti... Smatra se da je broj onesposobljene dece koja pade od kardijalnih ne-bolesti veći no broj dece oboljele od pravih srčanih oboljenja.“

tretmana.³⁵ Profesionalna grubost, nemar i čisto neznanje vekovni su oblici rđave prakse.³⁶ Kada se doktor, najpre zanatlija koji je upražnjavao određenu veštinu na svojim poznanicima, preobrazio u tehničkog stručnjaka koji primenjuje naučne floskule na kategorije bolesnika, rđava praksa je stekla nov anoniman, gotovo neprikosnoven status. Ono što se ranije smatralo zloupotrebljivom poverenja i moralnim propustom, danas se obično tumači kao slučajno otkazivanje tehničke opreme i operatora. U izvesnoj tehnološki kompleksnoj bolnici nemar se objašnjava kao „usputna ljudska greška“, neosetljivost kao naučno odstojanje, a neznanje kao „nedostatak specijalizovane opreme“. Depersonalizacija dijagnoze i terapije preobratila je rđavu praksu od etičkog u tehnički problem.

Između 12 000 i 15 000 sudskih sporova povodom loših posledica medicinske prakse vođeno je po američkim sudovima 1971. godine. Lekari, međutim, mogu zakonski odgovarati samo pod optužbom da su delovali suprotno medicinskom kodeksu, zatim kada su okrivljeni za neznačajko izvršavanje propisanog lečenja, odnosno kada krše pravila svoje struke iz gramzivosti ili

³⁵ Klinička jatrogeneza ima dugu istoriju, PLINIUS SECUNDUS: *Naturalis Historia* XXIX, 19. „Ne postoji zakon koji bi nas zaštitio od lekara neznačice i nijedan primer takve smrte kazne. Lekari se uče izlažući nas opasnosti, eksperimentuju i ubijaju sa suverenom nepriskosnovenošću; neosporna je činjenica da je jedino lekarima dopušteno da ubijaju. Oni idu još dalje: sopstvenog pacijenta proglašavaju odgovornim i njega okrivljuju što je podlegao.“ Pa ipak je tačno da se već u rimskom zakonu nalaze izvesne odredbe protiv medicinski nanesenih povreda, „damnum injuria datum per medicum“. Rimsko pravosuđe je lekara smatralo dužnim da pred zakonom odgovara ne samo zbog svog neznanja i nemara već i zbog nadmenosti. Lekar koji je operisao roba, a nije ga kako valja doveo do potpunog ozdravljenja, morao je platiti cenu tog roba i njegovom gospodaru nadoknaditi zaradu izgubljenu zbog produženog bolovanja. Rimski građani nisu bili obuhvaćeni ovim odredbama, ali su mogli pojedinačno preuzimati korake protiv lekara koji bi rđavo postupio.

³⁶ MONTEQUIEU: *De l'esprit des lois*. Livre XXIX, chap. XIV, b., Paris, Bibl. de la Pléiade, 1951. Rimski zakon je propisivao da lekar koji zanemaruje svoj poziv ili mu nedostaje stručnost, da podleže kazni (Kornelijanski zakoni De sicariis, Inst. IV, tit. 3, de lege Aquila 7). U takvim slučajevima jedina kazna za lekara koji je raspolagao bilo kakvom imovinom ili položajem bila je progonstvo, dok je lekar slabog imovnog stanja osudivan na smrtonosnu, dok je lekar sasvim drukčijim okolnostima no što su naše: u Rimu doноšeni pod sasvim drukčijim okolnostima no što su naše: u Rimu se svaka neznačica i samozvanac bavio lekarstvom, za razliku od njih savremeni doktori su obavezni da se redovno školjuju i steknu diplome, te se samim tim i prepostavljaju da se razumeju u svoju struku.

zbog lenjosti. Najveći broj oštećenja koja izaziva savremeni lekar ne spadaju ni u jednu od ovih kategorija.

Ona se javljaju u svakodnevnoj praksi iskusnih stručnjaka koji su naučeni da se pridržavaju vladajućeg profesionalnog rasuđivanja i postupka, čak i kada znaju (ili bi mogli, odnosno bili dužni da znaju) kakvo zlo čine.

Statistički podaci Ministarstva zdravlja Sjedinjenih Američkih Država svedoče da sedam procenata svih bolesnika trpi posledice oštećenja stečenih za vreme bolničkog lečenja, pa ipak jedva šačica njih preuzima neke korake povodom toga. Štaviše, prosečna učestalost registrovanih nesrećnih slučajeva po bolnicama veća je no u svim industrijskim granama, izuzev u rudnicima i visokoj gradnji. Iz jednog američkog statističkog pregleda vidi se da su nesrećni slučajevi značajan uzročnik smrti dece u Sjedinjenim Državama, i da se ti nesrećni slučajevi češće događaju po bolnicama negoli bilo gde drugde.³⁷ Jedno od pedesetoro hospitalizovane dece stradalo je u bolnici zbog neke nezgode koja je nastala zbog specifičnog lečenja. Univerzitet-ske klinike su po svojoj prirodi relativno patogenije ili se, prostim jezikom rečeno, u njima izazivaju nepotrebna oboljenja. Utvrđeno je da se jedan na svakih pet bolesnika primljenih na neku tipično istraživačku kliniku razboljeva od izvesnog jatrogenog oboljenja, pokatkad bezopasnog, obično takvog da iziskuje posebno lečenje, a kod jednog na svakih trideset slučajeva oštećenje dovodi do smrti. Polovina takvih epizodnih bolesti nastaje zbog komplikacija medikamentozne terapije; zapanjujući je podatak da je jedno od deset oboljenja posledica dijagnostičkog postupka.³⁸ Uprkos dobrim namerama i izjavama da se sve to čini na dobrobit zajednice, svako vojno lice sa sličnim rezultatima rada bilo bi smenjeno sa komandnog položaja, a policija bi zatvorila svaki takav restoran ili zabavni centar.

³⁷ LOWREY, George H.: *The problem of hospital accidents to children*, preštampano iz „Pediatrics“, 32 (6): 1064–1068, December, 1963.

³⁸ McLAMB, J. T. i HUNTLEY, R. R.: *The hazards of hospitalization* u „Southern Medical Journal“, Vol. 60, May, 1967, str. 469–472.

Bespomoćni bolesnici

Nepoželjna sporedna dejstva takvih tehničkih intervencija u okviru medicinskog sistema koje mogu biti ustaljene, pogrešno ili grubo izvedene, odnosno kontraindicirane, predstavljaju tek prvi stepen patogene medicine. To je „klinička jatrogeneza“.⁴⁹ U tu kategoriju svrstavam ne samo ona oštećenja koja nanose lekari sa intencijom da leče ili eksplatišu svog pacijenta, no i sve ostale krivde koje su posledica njihovog nastojanja da preduprede bolesnikovu eventualnu tužbu zbog pogrešnog lečenja. „Rizična rđava praksa“, kojoj lekar pribegava da bi zaobišao parnice i sporove, pričinjava danas veću štetu no bilo koji drugi sličan jatrogeniski uzrok.⁵⁰

S druge strane, medicinska praksa zaštićuje bolest snažeći jedno nezdravo društvo, koje ne samo što industrijski konzervira svoje nesposobne članove no i otvoreno neguje potražnju za ulogom pacijenta. S jedne strane, ostaje u životu sve veći broj invalidnih osoba koje su jedino u stanju da opstanu pod bolničkom negom, dok se, s druge strane, na osnovu izvesnih medicinski utvrđenih simptoma ljudi oslobađaju svog destruktivnog rada za platu i daje im se prilika da se ne bore za izmenu društva u kojem žive. Ta jatrogeneza drugog stepena nalazi izraza u raznovrsnim simptomima preterane medikalizacije društva.⁵¹ To drugostepeno

⁴⁹ AUDY, Ralph: *Man-made maladies and medicine* u „*California Medicine*“, November, 1970, 113–115, str. 48–53. Autor ističe da su jatrogenske bolesti samo jedna vrsta oboljenja koja izaziva sam čovek. Zavisno od njihove etiologije, one se razvrstavaju u nekoliko kategorija. Jedne se javljaju kao posledica pogrešne dijagnoze ili nepravilnog lečenja, druge proističu iz socijalnih i psiholoških stavova i situacija, a treće su ishod programa koje stavlja čovek u cilju kontrolisanja i iskorenjivanja bolesti. Pored jatrogenih kliničkih entiteta, pisac izdvaja i druga oboljenja koja imaju medicinsku etiologiju.

⁵⁰ Lično mišljenje s kojim je sam Dr Quentin Joung upoznao autora.

⁵¹ Izraz „medikalizacija“ upotrebljavam u smislu koji mu je dao Dupuy. GREENBERG, Selig: *The quality of mercy. A report on the critical condition of hospital and medical care in America*. Predgovor je napisao Robert Ebert, N. Y., Atheneum, 1971. Autor koristi ovaj izraz u drukčijem značenju. Za njega je društvo „preterano medikalizovano“ stoga što suviše troši na sticanje novih medicinskih saznanja i na nova tehnička sredstva, a pre malo na njihovo popularisanje.

dejstvovanje medicine nazvana *socijalnom jatrogenezom* i o toj temi će raspravljati u II odeljku.

Kao treće, tako zvane zdravstvene struke duboko podrivaju zdravlje u strukturalnom smislu time što razaraju moć pojedinca da na ličan i autonoman način ovlađava svojom ljudskom slabošću, ranjivošću i individualnošću.⁵² *Strukturalna jatrogeneza*, koju će pretresati u III odeljku, krajnje je negativna strana higijenskog napretka i sastoji se u paralizovanju zdravog odnosa prema patnji.⁵³ Ona stupa na pozornicu kada čovek pristane da drugi rukovode njegovim zdravljem — kada pristane da bude rukovođen prema koncepciji tehnološkog uzora — kada postane saučesnik u nastajanju da se izgradi ono što se naziva „boljim zdravljem“, a što neizbežno dovodi do heteronomnog, dirigovanog održavanja života na visokom stepenu subteltnog bolesnikovanja. Taj krajnje unazađujući element medicinskog „napretka“ mora se jasno razlikovati i od kliničke i od društvene jatrogeneze.

Uzdam se da će dokazati da je ova troslojna jatrogeneza postala medicinski nesavladljiva. Neželjeni fizioški, sociološki i psihološki nuzprodukti dijagnostičkog i terapijskog progresa stekli su rezistentnost na medicinska sredstva za lečenje. Novi pronalasci, pristupi i organizacioni aranžmani, koncipovani kao lek za savla-

⁵² HOKKE, Bob: *Healths and healthing: beyond disease and dysfunctional environments*, predavanje održano na godišnjem sastanku Američkog društva za unapređenje nauke, Washington D. C., 29 December, 1972, 15 str. Rezime ovog predavanja objavljena je u „Ekistics“, 220, March, 1974, str. 169–172. Bolest je neizbežna komponenta ljudskog života, te je zdravlje shvaćeno kao odsustvovanje bolesti apstraktan i nedostilan ideal... Nerazumno je misliti da je zdravlje čovekovo obeležje *per se*. Zato što čovek i njegova sredina obrazuju jedan spreg, zdravlje se svodi na proces interakcije čovek-sredina u okviru posebnog ekološkog konteksta... stoga što se pretpostavlja da je uspešno saobraćavanje sa sredinom ili prilagođavanje sredini jedini presudan činilac po zdravlje, neka „normalna“ zbijanja, kakva su stareњe ili sazrevanje, svrstavaju se među „bolesti“, umesto da se shvataju kao faze ili vidovi življenja koji se mogu prebroditi na zdrav način... Mogućno je i samu bolest živeti na zdrav način.

⁵³ Bolesnik koga u čvrstom stisku drži savremena medicina nije ništa drugo do simbol ljudskog roda pod snažnom stegom sopstvene tehnike. „Das Schicksal des Kranken verkoerpert als Symbol des Schicksals der Menschheit im Stadium einer technischen Weltentwicklung“. JAKOB, Wolfgang: *Der kranke Mensch in der technischen Welt*. IX. Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, 1971. Werbe- und Vertriebagesellschaft Deutscher Apotheker mbH. Frankfurt/Main.

đivanje kliničke i društvene jatrogeneze, sami po sebi se često pretvaraju u patogene agense i doprinose još većem širenju te nove epidemije. Tehnički i menadžerski zahvati koji se preduzimaju u cilju da se tokom lečenja pacijentu ne bi nanelo neko zlo, teže da stvore drugu vrstu jatrogeneze analognu razornoj eskalaciji koju rađaju izumi za sprečavanje zagađenja čovekove sredine.⁴⁴

Ovu omču koja se sama steže i koja je simbol negativnog i unazađujućeg dejstva medicinske institucije, nazvaću njenim starogrčkim ekvivalentom: *medicinska Nêmezis*. Grci su prirodne sile doživljavali kao bogove. Pod nemezom su podrazumevali božansku osvetu koja sustiže svakog smrtnika kad posegne za onim pravima što ih bogovi ljubomorno za sebe čuvaju. Nemza označava neizbežnu kaznu koja sleduje čoveku za nedopustiv pokušaj da umesto ljudskog bića radije bude heroj. Poput većine grčkih apstraktnih imenica, i Nemzis je uzela na sebe božanski oblik. Ona simbolizuje odgovor prirode na drski čin, odgovor upućen oholom pojedincu kada se drzne da sebi prigrabi božanska obeležja. Naše savremeno prekoračenje prava u oblasti higijene dovelo nas je do novog sindroma, do medicinske nèmeze.⁴⁵

Pozajmljujući ovaj grčki izraz, želim da podvučem da se shvatanje koje njemu odgovara ne uklapa u paradigmu kojom današnji inženjeri, lekari i ideolozi na-

⁴⁴ Već se pojavljuje sukob između dva oprečna pristupa problemu degradacije koju vrši sredina. S jedne strane, postoje ljudi koji kao QUINN, James E.: *Next big industry: environmental improvement* u „Harvard Business Review“, 49, Sept–Oct., 1971, str. 120–130, veruju da mera za poboljšanje čovekove sredine otvaraju niz dinamičnih i unosnih tržišta u korist industrije, da se ta tržišta sama isplaćuju i da će znatno doprineti dohotku i ukupnoj nacionalnoj proizvodnji. S druge strane, ima stručnjaka kao DALY, Herman E.: *Toward a steady state economy*, Freeman Co. 1973, koji razlikuju dve oblasti u ukupnoj nacionalnoj proizvodnji. Jednu od njih predstavlja vrednost neposredno potrebnih dobara i usluga koji su na tržištu, dok drugu čine neophodni izdaci za odbranu i zaštitu društva od tako stvorenih vrednosti. Daljevo je mišljenje da se čovekova sredina može spasti jedino radikalnim smanjenjem industrijske proizvodnje. U medicini još uvek nadmoćno preovlađuje tendencija da se ljudima pruža više lečenja, mada možda u manje rizičnom obliku. O potrebi za radikalnim smanjenjem ukupnih industrijski proizvodnjenih usluga, još uvek se, uglavnom, ne raspravlja u oblasti zdravstva, obrazovanja i društvene zaštite.

⁴⁵ DAUMIER, Honoré (1810–1879): *Némésis médicale*. BLOCK, Werner: *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhundertern*, Stuttgart, Enke Verlag, 1966.

stoje da daju objašnjenje za rasulo u antiekonomici, antiutilitarnosti i u kontraintuitivnom ponašanju velikih sistema. Evocirajući mitove i pradedovska božanstva, želim da bude jasno da je okvir moje analize tekućeg kraha medicine oprečan svakoj industrijski determinisanoj logici i etosu.

Medicinska Nemezis je rezistentna na medicinsku negu. Njena premoć se može oboriti jedino ako neupućeni povrate sposobnost da se staraju jedni o drugima i o sebi samima i ukoliko im se zakonski, politički i institucionalno prizna to pravo na samostaranje. Moja poslednja glava naznačuje putokaze kako da se obuzda medicinska Nemezis i predlaže merila na osnovu kojih je izvodljivo da se medicinska institucija zadrži u zdravim okvirima. Ona ne sadrži predloge za bilo kakav oblik negovanja zdravlja ili lečenja bolesti, jer ja ne raspravljam o alternativama bilo koje pojedinačne medicinske tehnike, doktrine ili organizacije, nego o alternativi ovog celokupnog društvenog poduhvata i o birokratijama i iluzijama povezanim sa njim.

II DEO
SOCIJALNA JATROGENEZA

2. MEDIKALIZACIJA LJUDSKOG ŽIVOTA

Bilo bi nemogućno 1960. godine pridobiti ičije uvo za tvrdnju da su poduhvati medicine, koja se tada nalazila u punom naponu, sami po sebi loša pojava. Nacionalna zdravstvena služba Velike Britanije baš je u to vreme bila dosegla visok stepen u svom razvoju. Britansko zdravstveno osiguranje organizovano je prema koncepcijama zdravlja koje su preovladivale tridesetih godina. Ta shvatanja su podrazumevala da postoji strogo „ograničen broj bolesti“ i da će se, ukoliko se one leče, ubuduće smanjivati učestalost oboljenja. Stoga se očekivalo da će godišnji rashodi za zdravstvenu službu opadati u razmeri u kojoj efikasna terapija bude smanjivala broj obolelih lica.⁴⁶ Nije se očekivalo da će se definicijom rđavog zdravlja proširiti raspon medicinske nege i da će prag tolerancije prema bolestima opadati istom brzinom kojom bude opadala i čovekova sposobnost za staranje o sopstvenom zdravlju, odnosno da će se pojaviti nove bolesti kao ishod istog onog procesa kroz koji je medicina i postigla svoj delimičan uspeh.

Međunarodnom saradnjom ostvarene su Pirove pobeđe nad nekim tropskim bolestima. Tada se još nije ni slutilo kakvu će ulogu odigrati privredni i tehnološki razvoj u širenju i pogoršavanju nesanice, bilha-

⁴⁶ OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: *Prospects in health*, OHE, 162 Regent Street, London, WR 6DD, 1971, 24. str.

rioze, pa čak i malarije.⁴⁷ Sablast novih vrsta endemske gladi po selima i gradovima zemalja u „razvoju“ još uvek je bila prikrivena. Opasnosti od zagodenja čovekove sredine još uvek nisu bile primetne za široku javnost. Građani Sjedinjenih Država pripremali su se da se suoče sa astronomskim cenama medicinskih usluga, sa neprirodno velikim lekarskim povlasticama, sa neravnopravnom dostupnošću medicinskih službi.⁴⁸ Nacionalizacija, odnosno zamenjivanje ovlašćenog preduzeća zakonski regulisanim monopolom i dalje je izgledalo kao rešenje stvari.⁴⁹ Vera u neogramičen progres svuda je još uvek bila nepokolevana, a pod napretkom u medicini podrazumevao se istrajan napor da se pravi ljudsko zdravlje, odstrani bol, iskoreni bolest i čoveku produži vek korišćenjem većno novih tehnoloških postupaka. Presadivanje organa, dijaliza, kriogenika i genetska kontrola još uvek su više budili nadu nego li strah. Lekar se nalazio na vrhuncu svoje uloge heroja kulture. Predlog da modernu medicinu valja koristiti na deprofesionalizovan način još uvek se smatrao suludim.

Mnogo šta se izmenilo do 1975. godine. Čovek je shvatio da zdravlje zavisi od životne sredine, ishrane i radnih uslova, i da se ovi činioci, zajedno sa ekonomskim razvojem, mogu pretvoriti u opasnost po zdravlje, osobito kod siromašnih.⁵⁰ Pa ipak su ljudi i danas ubedeni da će se stepen njihovog zdravlja i dalje

⁴⁷ Pregled literature o bolestima koje su posledica mera povezanih sa delatnostima društvenog razvoja, daju HUGHES, Charles C., i HUNTER, John M.: *Disease and "development" in Africa*, u "Social Science and Medicine", Vol. 3, No. 4, 1970, str. 443–448.

⁴⁸ Kao što Edvard Kenedi nije predložio da federalna vlast preuzme ulogu osiguravajućeg društva za celokupnu naciju, i da pri tom podmiruje sve medicinske, stomatološke i psihijatriske troškove bez ikakvih odbitaka ili postavljanja gornjih stranica — vidi KENNEDY, Edward M.: *In critical condition: the crisis in America's health care*, N. Y., Simon and Shuster, 1972 — tako se ni njegovi protivnici nisu založili za stvaranje jedne sveobuhvatne „Organizacije za očuvanje zdravlja“. Rezime potraži kod ROY, William R.: *The proposed health maintenance organization of 1972*, Washington, "Science and Health Communications Group", Sourcebook Series, Vol. 2, 1972.

⁴⁹ EHRENREICH, Barbara and John: *The American health empire: power profits and politics*. Izveštaj „Health Policy Advisory Center“, N. Y., Random House, 1970.

⁵⁰ O povezanosti siromaštva i rđavog zdravlja u Sjedinjenim Državama, vidi KOSA, John et al. eds.: *Poverty and health a sociological analysis*. A Commonwealth Fund Book, Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press, 1969.

popravljati srazmerno novcu koji budu trošili na medicinske usluge, da je veći broj medicinskih intervencija poželjniji i da lekari najbolje znaju kakve te usluge valja da budu.⁵¹ Ljudi još uvek imaju poverenja u lekara koji poseduje ključ za medicinski kabinet i za njih još uvek ima vrednost sve što se u kabinetu nalazi, pa ipak se njihova mišljenja sve više razilaze u pogledu načina na koji lekare treba organizovati i proveravati njihov rad. Da li lekara treba da plaća pojedinačno iz sopstvenog džepa ili to valja činiti putem osiguravajućih, to jest poreskih fondova? Treba li lekari da rade pojedinačno ili grupno? Da li od njih zahtevati da polažu račun za održavanje zdravlja ili za popravljanje zdravlja? Ko treba da određuje politiku zdravstvenih sedišta, profesionalci ili zajednica? U svakom slučaju, suprotne strane, iako različitim putevima, još uvek streme istom cilju, daljoj medikalizaciji zdravlja. Krivica za tekuće poražavajuće rezultate svaljuje se na premali broj, i to pogrešnih vrsta, društvene kontrole nad lekarskim kadrom, nad istraživačkim radom u medicini, nad bolnicama i nad sistemom zdravstvenog osiguranja.⁵²

U međuvremenu, opšta očekivanja brže rastu od sredstava namenjenih zdravstvu. Ukupno trpljenje nastoji sa povećanjem lečenja. Ukupan broj oštećenja zdravlja izrazito se proširuje sa poskupljenjem medicin-

⁵¹ STRICKLAND, Stephen P.: *U. S. health care: what's wrong and what's right*, N. Y., Universe Books, 1972, 127, str. Na osnovu ispitivanja javnog mnenja izvučen je zaključak da su 61% stanovnika i 68% lekara u Sjedinjenim Državama svesni neophodnosti korenitih izmena u organizaciji američke medicine. Medicinski kružovi ovako postavljaju te probleme: visoka cena medicinskih usluga, nedovoljan broj lekara, sudski sporovi zbog nepravilnog lečenja koji ometaju rad medicine, nepotrebna hospitalizacija, ograničeno zdravstveno osiguranje, sve veći zahtevi i neuobičajenost građanstva. Zamerke javnosti su: mali broj lekara, skupo i komplikovano zdravstveno osiguranje, nepotrebljivo lečenje i odbijanje lekara da dolaze u kućne posete. Mogućnost da se smanji sveočista medikalizacija čak se i ne pominje u tim pitanjima i odgovorima.

⁵² Radi provere ovog sažetog izlaganja o postojanju opšte težnje da se, bar u Sjedinjenim Državama, raspravi to pitanje, vidi MARIEN, Michael: *World institute guide to alternative futures for health*, bibliokritički pregled tendencija, previdanja, problema, predloga, projekata, „World Institute Council“, N. Y., July, 1973. Reč je o bibliografiji propraćenoj beleškama koja sadrži ocene 612 knjiga, članaka i izveštaja o zdravstvenoj politici u najširem smislu. Ovaj vodič je uglavnom posvećen američkoj literaturi o američkim temama objavljenim ili preštampanim za vreme poslednjih deset godina. Za Francusku vidi MATHE, C. i G.: *La santé est-elle audessus de nos moyens?*, Paris, Plon, 1970.

skih usluga. Lekari sve češće govore svojim pacijentima da im je prethodno lečenje naškodilo i da je sadašnji tretman uslovjen posledicama tog prethodnog postupka, kojem se u nekim slučajevima pribegavalo da bi se čoveku spasao život, a mnogo češće da bi se savladala gojaznost, povišen krvni pritisak, grip ili ujet komaraca. Najdogovorniji čovek u Ministarstvu za zdravlje Sjedinjenih Američkih Država mogao bi da izjavи da 80% svih materijalnih sredstava koja prolaze kroz njegovu ustanovu ni na koji opipljiv način ne doprinose zdravlju, dok se veliki deo preostale svote troši na otklanjanje jatrogenskih posledica. Ekonomisti bi mogli reći da opadajuća marginalna korist od medicine izgleda kao patuljak u poređenju sa narastajućim marginalnim negativnostima koje proizvodi medicina u svojim poduhvatima. Uskoro će tipičan pacijent doći do saznanja da je prinuđen da plaća više, ne prosto za manju uslugu, nego za veću krivdu, za zlo i nevolju čija je žrtva on sam — za „proizvodnju zdravlja“, ma kako dobre namere bile posredi. Za sada, kad god ljudi imaju rđavo iskustvo sa medicinskim sistemom, još se veruje da je reč o izuzecima. Oni bogati smatraju da su bili loše sreće, a siromašni da je zdravstvo nepravedno. Međutim, samo je pitanje trenutka kada će većina pacijenata uvideti ono što epidemiološko istraživanje već otkriva:⁵³ za njih bi najčešće bilo bolje da svoju boljku sami odboluju, ne obraćajući se za pomoć medicini. Kada to saznanje bude osvojilo zbog gubitka poverenja, današnje medicinsko preuzeće može da se uzdrma bez nade da će se ikad oporaviti.

Stav studenata prema svojim profesorima izmenio se tokom poslednjih nekoliko godina. Odigralo se to sasvim iznenadno kada su studenti, otplike 1968. godine, jedan drugom izrekli nešto što su oduvek znali:

⁵³ DINGLE, John H.: *The ills of man* u „Scientific American“, 229, No. 3. Sept. 23. 1973, str. 77—82. Postoji saglasnost mišljenja da je medicina neefikasna. Ljudske tegobe različito posmatraju i definišu široke mase, lekar, pacijent koga vodi lekar i pacijent koga vodi statističar životnih podataka. Sva ova četiri gledišta svode se na to da su glavne bolesti od kojih ljudi boluju, bar brojčano, ona akutna i benigna oboljenja koja sama od sebe prolaze. Međutim, kako je sve više dugovečnih ljudi, hronične, degenerativne bolesti naglo postaju dominantan uzrok ne samo smrti nego i nesposobnosti. I u tome se ove četiri potpuno različite kategorije ljudi slažu.

a to je da uče iz knjiga i priručnika, da bubaju za ispite i da retko kad dolaze u neposredan dodir sa nekim profesorom, a to obično i nije njihov predmetni nastavnik. Otada mnogobrojni studenti svesno pokazuju ne-pokornošću prema onom nastavniku koji se činovnički odnosi prema svom pozivu. A sam nastavnik je uviđeo da je izgubio svoj ugled, osim u retkim trenucima kada bi ispadao iz uloge birokrate. Stoga ne iznenađuje činjenica da je, bar u Sjedinjenim Državama i Francuskoj, među nastavnim osobljem nastalo ogromno osipanje.

Kada kriza poverenja bude nastupila u medicinskom sistemu, ona će imati dublje dejstvo no kriza u školstvu. Učenici znaju da će jednoga dana završiti školu i da će im izgledi biti blistaviji što se duže budu školovali. Suprotno tome, nekim bolesnicima se dešava da osećaju kako se možda nikada neće iščupati iz lekarskih šaka pošto su jednom postali pacijenti. Oni studenti koji cinično gomilaju diplome, uvećavaju sebi mogućnosti na tržištu zaposlenja bez obzira na to koliko malo znanja imali. Pacijenti će s razlogom osetiti da svojim prvobitnim tegobama dodaju ne samo nove bolesti no i nova lekarska uverenja koja potvrđuju njihovu radnu nesposobnost.

Mogućno je već danas predvideti takvu naglu križu u svesti o zdravlju. Milionima žrtava medicinske nege koji imaju mutnu intuiciju, nedostaju jasne koncepcije da svoje naslućivanje zgusnu u moćnu silu. Kada široka javnost postane svesna jatrogenskog dejstva medicine, bez intelektualnih koordinata lako bi zapala u stanje jalovog gneva koji bi pripadnici ove profesije usmerili tako da čak još više osnaže vladavinu medicine.⁵⁴ No ukoliko se dosad stečeno rđavo iskustvo siste-

“ HOFFMAN, Allan, INGLIS, David Rittenhouse: *Radiation and infarcts*. Prikaz napisao STERNGLASS, Ernest J.: *Low level radiation* u „Bulletin of the Atomic Scientists“, December, 1972, str. 45—52. Prikazivači predviđaju mogućnost da će u bliskoj budućnosti javno mnenje ustati protiv antinaučnog unazadivanja i da će se to dogoditi kada ona vrsta dokaza koje daje Sternglas postane opšte poznata. Ljudi će tada shvatiti da su ih u osećanje sigurnosti uključivali zagovarači naučnih institucija svojim neosnovanim optimizmom u pogledu opasnosti od niskostopenih radijacija. Prikazivači se zalažu za politiku istraživanja, kako bi se sprečilo takvo unazadivanje, odnosno kako bi se naučna zajednica zaštitala od takvih posledica. Tvrdim da napad na medikalizaciju nije ništa manje neminovan i da će imati takva obeležja po kojima će se

matizuje u takve jasne, čvrsto zasnovane i jednostavno obrazložene kategorije kakve bi bile korisne u političkim raspravama, mnogim ljudima bi se ulila nova hrabrost da povrate sposobnost za negovanje sopstvenog zdravlja.

Dokazi neophodni za pokretanje tužbe protiv sadašnjeg medicinskog sistema nisu tajna: moguće ih je naći po uglednim medicinskim časopisima i u istraživačkim izveštajima.⁵⁶ Neosporno je da ih do sada političari nisu koristili, i to stoga što su dokazi nasumce sakupljeni, što su neprecizno klasifikovani i što su izkazani medicinskim rečnikom. Prvi zadatak će biti da se izdvoji više kategorija takvih oštećenja zdravlja koje su posledica specifičnih oblika medikalizacije. U svakoj od tih oblasti prekomerne medikalizacije, uobraženosti profesionalca i lakovernost običnog čoveka dostižu stepen koji ozbiljno ugrožava zdravlje.

Zavisnost od zdravstva

Jedno prosto i očigledno merilo medikalizacije ljudskog života jeste činjenica da se sve veći deo nacionalnog dohotka troši na zahtev lekara. Sjedinjene Države danas odvajaju 90 biliona dolara godišnje za negu zdravlja. Ta svota iznosi 17,14 procenata od ukupnog nacionalnog dohotka.⁵⁷ Ali država ne mora biti bogata da bi medicini doznačivala sve veći postotak svojih ukupnih prihoda. Nova Gvineja, Nigerija i Jamajka su zemlje u kojima je budžetska stavka namenjena medikalizaciji nedavno prešla 10 procenata.

jasno razlikovati od reagovanja na visoko energetsku tehnologiju. Siroka javnost će odmah uočiti posledice sadeštva raznovrsnih jatrogenskih pandemija; ove posledice će se pojavljivati u mnogo kraćim vremenskim razmacima no posledice mutagene radijacije različitih stepena, i neposredno će uticati na kvalitet posmatračevog života, pre negoli na život njegovih potomaka.

⁵⁶ BROOK, Robert: *Quality of care assessment: choosing a method for peer control* u "New England Journal of Medicine", Vol. 288, 1973, str. 1323. Na osnovu ovog metoda je ocenjeno da je od 1,4 do 63,2% pacijenata uživalo adekvatnu medicinsku negu.

⁵⁷ MAXWELL, R.: *Health care: the proving dilemma; needs versus resources in Western Europe, the US and the USSR*, McKinsey & Co., N.Y., 1974.

Za vreme proteklih dvadeset godina, dok je u Sjedinjenim Državama indeks cena porastao za oko 74 procenata, nadoknade troškova za zdravstvene usluge skočile su za 330 posto.⁵⁸ Glavnina ovog povećanja namirvana je povećanjem poreza; nisu se, međutim, samo plaćanja u gotovom utroštučila no su i državni izdaci za zdravlje nepojamno porasli. Osim lekara, i bankari su se obogatili zamašnim delom te svote; takozvani administrativni troškovi društva zdravstvenog osiguranja popeli su se na 70 procenata od sume koju ubiraju njihovi inkasanti.

Toliku stopu povećanja moguće je objasniti skokom cena za bolničke usluge. Dnevni iznos za opskrbu jednog bolesnika u oblasnoj bolnici u Sjedinjenim Državama uvećao se za 500 procenata od 1950. godine. Račun za medicinsku negu pacijenta u nekoj od velikih bolница postao je čak i veći: za osam godina se utrostručio. Administrativni troškovi su i na ovom području najbrže rasli: od 1964. godine uvećali su se za sedam puta, a laboratorijski izdaci za pet puta.⁵⁹ Izgradnja bolničkog prostora po jednoj postelji danas staje najviše 85 000 dolara, s tim što dve trećine te svote otpada na tehničku opremu koja se rashoduje ili otpisuje kao

⁵⁸ FELDSTEIN, Martin S.: *The medical economy* u „Scientific American“, 229, No. 3, Sept. 1973, str. 157–159, veruje da nepojaman porast cena zdravstvenih usluga u Sjedinjenim Državama treba pripisati sve češćem plaćanju unapred. Zbog takvog plaćanja bolnice se usmeravaju ka sve skupljim i novijim načinima vođenja svog poslovanja, umesto da efikasnije i jeftinije koriste stara sredstva. Menjanje proizvoda, a ne podizanje plata, rđavo poslovanje, odnosno nepostojanje tehnološkog procesa, prouzrokovali su takav porast cena. Jedan od glavnih razloga zbog kojih se menjaju proizvodi jeste uvećano osiguravajuće pokriće koje podstiče bolnice da nabavljaju proizvode skuplje no što potrošać stvarno želi da plati. Svota koju on daje u gotovom izgledu sve skromnija, čak uprkos činjenici što su bolničke usluge sve skuplje. Zbog toga visoke cene bolničke nege same po sebi rastu. COHEN, Viktor: *More hospitals to fill: abuses grow* u „Technology Review“, Oct.–Nov. 1973, str. 14–16, pretresa pitanje najnovije sumanute gradnje bolnica u Sjedinjenim Državama kao posledice tog stanja. Kako u modernim bolnicama prazne bolničke postelje staju i do 66% zauzetih, njihovo popunjavanje postaje osnovna briga sve veće administracije. Zbog toga se udvostručavaju aparati i uludo gomila kompleksna oprema koju pacijenti nisu u stanju da koriste. Stručno osoblje se proređuje. Medicinski standardi su se snizili da postelje ne bi ostajale prazne, dok nepotretna hospitalizacija dovodi do izlišnih hirurških zahvata. Takođe vidi LEE, M. L.: *A conspiratorial production theory of hospital behaviour* u „Southern Economic Journal“, July, 1971, str. 48–58.

⁵⁹ KNOWLES, John J.: *The hospital* u „Scientific American“, 229, No. 3, Sept. 1973, str. 128–137.

suvišna u roku od deset godina. Ne postoji primer za slično povećanje u bilo kojoj značajnoj grani civilne privrede. Stoga je ironičan podatak da se za vreme tog jedinstvenog buma u Sjedinjenim Državama odigrao još jedan događaj, takođe bez presedana u bilo kojem industrijskom društvu: dužina života odraslog američkog građanina se smanjila i očekuje se još veće opadanje.⁶⁰

Predstavnici nacionalne zdravstvene službe u Engleskoj su se postarali da očigledne budalaštine ne deluju u toj meri na inflacioni porast cena te iste vrste. Strogo se pridržavajući ideje o jednakosti, oni su sprečili da se neumesno i radi čistog prestiža izdvajaju astronomske svote za nabavku aparatura, što se u Sjedinjenim Državama nudi javnoj kritici kao prirodna polazna tačka. Zahvaljujući najstrožem sprečavanju budžetiranja pogrešnih stvari, javna kritika zdravstva u Ujedinjenom Kraljevstvu nije toliko šarolika. Mada se dužina života odraslih stanovnika Engleske još uvek nije smanjila, hronična oboljenja sredovečnih Engleza već se nalaze u porastu sličnom onom kakav je zapažen deceniju ranije na drugoj strani Atlantika. U Sovjetskom Savezu se broj lekara i bolničkih dana po glavi takođe više nego utrostručio, dok su cene zdravstvenih usluga skočile do trista nasto za poslednjih dvadeset godina.⁶¹ U svim političkim sistemima stvara se jedna te ista zavisnost od lekara, mada kapitalizam nameće daleko više cene.

Jedino u Kini, bar na prvi pogled, izgleda da se taj tok stvari odvija u suprotnom pravcu: tamo prvu pomoć ukazuju neprofesionalni tehničari uz asistenciju medicinskih učenika; oni napuštaju svoje redovne poslove u fabriki kad god ih pozovu da pomognu nekom

⁶⁰ Ta tendencija ne postoji samo u Severnoj Americi: LONGONE, P.: *Mortalité et morbidité*, beleška f. Cetiri činioča karakteristišu mortalitet i pojavu bolesti u današnjoj Evropi: smrtnost odraslih muškaraca stagnira ili se povećava: u poređenju sa ženama, relativna dužina života muškaraca se smanjuje, nesrečni slučajevi su sve češći uzrok smrti, 30% začeća prekida se fetalnom i perinatalnom smrću. Zatim, istraživanja u toj oblasti su žalosno mala. Broj nesrečnih slučajeva na 100 000 ljudi nije se izmenio od 1900. godine, ali je postao značajniji stoga što su ostali uzroci smrti opali.

⁶¹ FIELD, Mark: *Soviet socialized medicine*, N. Y., Free Press, 1967.

članu svoje brigade.⁶² Pa ipak se činjenica da su se i Kinezi opredelili za ideologiju tehnološkog progresa iskazuje kroz profesionalna dostignuća medicinskog lečenja; jer Kina ne raspolaže samo para-medicinskom službom nego i takvim medicinskim stručnjacima za koje se zna da su na najvišem nivou i da ni po čemu ne zaostaje za svojim kolegama širom sveta. Poslednjih nekoliko godina najveći deo investicija odvajan je za dalje usavršavanje tih vrhunski kvalifikovanih i krajnje ortodoksnih medicinskih profesionalaca; „bosonoga medicina“ sve više gubi svoje narodsko i polunezavisno obeležje, postajući sastavni deo jednog jedinstvenog sistema zdravstvene zaštite. Posle kratkotrajnog medenog meseca sa radikalnom deprofesionalizacijom zdravstva, taj sistem se od zdravstvenog centra u susedstvu, prošavši kroz nekoliko etapa sa sve složenijim bolnicama, razvija neobičnom brzinom. Uveren sam da će takav razvoj tehničko-profesionalnog vida medicinske službe u Kini morati da bude svesno ograničen u svim bliskoj budućnosti ukoliko se želi da medicina ostane skladna dopuna, a ne prepreka samonezi na visokom stepenu.

Deo nacionalnog bogatstva kojim se budžetiraju lekari i koji se troši pod njihovom kontrolom različit je od jedne zemlje do druge i iznosi između jedne desetine i jedne dvadesetine svih raspoloživih finansijskih sredstava. To znači da prosečni izdaci za zdrav-

⁶² HORN, Joshua: *Away with all pests. An English surgeon in People's China, 1954–1969*, „Monthly Review Press“, 1969. SIDEL, Victor: *The barefoot doctors of the People's Republic of China* u "The New England Journal of Medicine", June 15, 1972. SIDEL, Victor, SIDEL, Ruth: *The delivery of medical care in China*. Glavno obeležje kineskog zdravstvenog sistema jeste integrisana mreža domova zdravlja koji se nalaze u međusobnoj blizini i obavljaju zadatke preventivne medicine, vrše osnovne terapijske intervencije i povezani su sa većim središтima. O tome vidi "Scientific American", Vol. 230, No. 4, April 1974, str. 19–27. SELDON, Mark: *China: revolution and health*. Health PAC Bulletin, No. 47, Dec. 1972, str. 20. (Objavio "Health Policy Advisory Center", 17 Murray Street, New York, N. Y. 10007.) DJERASSI, Carl: *The Chinese achievement in fertility control*. Jednoj trećini žena sposobnih za rađanje dozvoljeno je da kontrolišu začeće. Vidi: "Bulletin of the Atomic Scientists", June 1974, str. 17–24. FOGARTY INTERNATIONAL CENTER, John E.: *A bibliography of Chinese sources on medicine and public health in the People's Republic of China: 1960–1970*. DHEW Publication No. (NIH) 73–439. LIN, Paul T. K.: *Medicine in China* u "The Center Magazine", May/June, 1974. LIANG, et al.: *Chinese health care. Determinants of the system* u "American Journal of Public Health", Vol. 63, No. 2, str. 102 ff. February 1973.

stvenu zaštitu po glavi variraju od faktora jedan do faktora hiljadu: počev od približno 320 dolara u Sjedinjenim Državama preko 9,60 u Jamajki do 0,40 dolara u Nigeriji.⁶³ Širom sveta se glavnina ovog novca troši na iste vrste stvari. Međutim, što je zemlja siromašnija, to je, po pravilu, jedinica cene veća. Savremene bolničke postelje, inkubatori, laboratorijske i respiratorne opreme skuplji su u Africi nego u Nemačkoj ili Francuskoj gde se proizvode; lakše se kvarе u tropskim predelima, teško se servisiraju i češće se nalaze van upotrebe. To isto važi i za investiranje sredstava za obučavanje i školovanje lekara koji rukuju tako neobično skupocenim aparatima. Školovanje jednog kardiologa predstavlja ulaganje kapitala u pravom smislu, bilo da on svoje obrazovanje stiče u socijalističkom školskom sistemu, ili je, budući sinovac nekakvog industriјalca iz Brazila, kao državni stipendista poslat na studije u Nemačku. Što je neka zemlja siromašnija, to je veća koncentracija sve većih medicinskih izdataka. Iznad određene tačke, koja je obično različita u različitim zemljama, intenzivno lečenje pacijenta zahteva da se na okupu steknu ogromne svote novca iz zajedničkih fondova, kako bi se šačici ljudi obezbedile sumnjive povlastice koje raspodeljuju lekari. Takva koncentracija materijalnih dobara očigledno je nepravedna kada se ima u vidu da je platežna sposobnost malenog udela u ukupnom iznosu lečenja uslov za dobijanje ostatka koji se podmiruje iz poreskih fondova. Očito je reč o jednom obliku eksploracije, jer se na privatnim klinikama u siromašnim latinskoameričkim zemljama oko 80% efektivnih troškova nadoknađuje iz poreskih fondova predviđenih za školovanje lekara, za rad zdravstvenih domova i kao novčana pomoć pri nabavci medicinske opreme. U socijalističkim zemljama društvo daje lekaru jedino pravo da odlučuje kome je „potrebna“ takva vrsta ekskluzivnog lečenja, kao i da rezerviše bogata zajednička materijalna sredstva za pojedince na kojima će eksperimentisati ili vršiti svoju praksu. Priznavanjem sposobnosti zdravstvenom struč-

njaku da utvrđuje potrebe, samo se proširuje osnova na kojoj on može da prodaje svoje usluge.⁶⁴

Takvo svesrdno favorizovanje ove profesije ipak ne predstavlja najznačajniji vid pogrešne raspodele finansijskih dobara. Zbog toga što su materijalna sredstva koncentrisana na jednoj klinici za rak u Sao Paolu, lišavaju se desetine sela u Mato Grosu svakog izgleda da dobiju malu bolnicu, mada se time ne podriva sposobnost ljudi da se sami brinu o svom zdravlju. Podrška zajednice na uspostavljanju terapijskih odnosa u nacionalnim razmerama, patogena je pojava na jednom mnogo dubljem nivou, mada se to obično ne shvata. Ubeđenost ljudi da u nesposobnosti za borbu sa bolešću bez posredovanja medicine, nanosi više štete zdravlju ne lekari koji svoje usluge naturaju pacijentima.

Autori priručnika koji se bave jatrogenezom pretežno se usredstređuju na raznovrsnost klinika. Oni u lekaru vide patogenog uzročnika isto kao i u raznim vrstama otpornih bakterija, u rešenju bolničkih hodnika, u otrovnim pesticidima i u loše konstruisanim automobilima. Još uvek se ne shvata da nije samo preterano obilje medicinskih ustanova, ma kako smisljeno i dobro projektovane one bile, začetnik izvesnog društvenog patogenog procesa. Suvršna medikalizacija pretvara čovekovu adaptivnu sposobnost u disciplinovanost pasivnog medicinskog potrošača.

Možda će jedno upoređenje sa saobraćajnim sistemom razjasniti pojam opasnosti od suvišne medikalizacije koja se tako izrazito odslikava u budžetu. Nema sumnje da su automobili opasni. Oni ubijaju preko jedne četvrtine američkih građana koji umiru do šezdesete godine starosti. Međutim, kada bi vozači sticali bolju obuku, zakoni bili efikasnije primenjivani, vozila bolje konstruisana i putevi bolje projektovani, manje ljudi bi gubilo živote u automobilskim nesrećama. To isto se može reći i za lekare: opasni su. Ali kada bi se lekari drugačije organizovali, kada bi sami bolje upućivali svoje pacijente, njih radi i zajedno sa njima, kada bi se bolnički sistem bolje planirao — smanjio

⁶³ BRYANT, John H.: *Health and the developing world*, „Ithaca“, London, Cornell Univ. Press 1971.

⁶⁴ FUCHS, Victor: *The contribution of health services to the American economy* u „Milbank Memorial Fund Quarterly“, Vol. XLIV, 4, Part II, October 1966, str. 65—103.

bi se broj nesrećnih slučajeva koji se danas dešavaju kada se pojedinci obrate za pomoć zdravstvenom sistemu.

Pa ipak, razlog zbog kojeg se u današnjem saobraćaju ogromnih brzina događaju nesreće dublji je no vrsta kola koja ljudi voze, čak je dublji i od čovekove odluke da se pri kretanju iz mesta u mesto uglavnom radije služi automobilom negoli autobusima ili vozovima. Čovek je svoje kretanje od zdrave aktivnosti pretvorio u takav oblik trošenja koji šteti zdravlju, i to ne izborom vozila, no svojim opredeljenjem da moderno društvo organizuje na principu saobraćaja sa velikim brzinama. Bez obzira na to koliko je vozilo dobro konstruisano ili pista dobro programirana, na izvesnoj tački ubrzanja ritam motora će uništiti ritam života. Na izvesnoj dатој tački akceleracije mašine, stvari i ljudi kaiševima vezani za njih počinju da se kreću u jednom iskonstruisanom vremensko-prostornom kontinuumu biološki antitetičnom onom kontinuumu za koji je ljudska životinja evoluirala. U meri u kojoj ovaj prenaseljen svet bude ubrzavao svoj tempo, traume će nužno bivati sve češće, kao posledice nezdravih susreta, naglih razdvajanja i enervantne napetosti. Prevozna sredstva počinju da ugrožavaju zdravlje stoga što prnuđuju ljude da brzaju. Saobraćaj ne deluje loše na zdravlje zbog specifične konstrukcije vozila ili zbog čovekovog opredeljenja za privatan automobil umesto za gradski autobus, nego zbog same brzine i intenziteta korišćenja prevoznih sredstava.

Taj vid rđavog dejstva velikih brzina u saobraćaju na zdravlje uglavnom se ne uzima u razmatranje kada se raspravlja o opasnostima saobraćaja po zdravlje. U bibliografiji čiji naslov glasi *Saobraćajna medicina*⁶⁵ i koja ima 6 000 jedinica, nisam našao ni jedan jedini primer o delovanju akceleracije na ljudsko zdravlje. To isto važi i za bibliografije jatrogenskih bolesti. Svake godine pod tim nazivom objavljuje se preko hiljadu jedinica u *Standard Index Medicus*. Možda se ljudima sa porivom za grotesku pruža prilika da uživajući krvave pojedinosti, ali zato neće naći

⁶⁵ HOFFMAN, Herman: *Ausgewählte internationale Bibliographie 1952–1963 zur Verkehrsmedizin*, München, Lehman 1967.

ni pomena o tome da sve veća zavisnost od medicinske nege ostavlja tragove na zdravlju.

Ogroman broj medicinskih radnika štetan je po zdravlje ne samo i ne prvenstveno zato što lekari izazivaju specifične funkcionalne, odnosno organske lezije, nego stoga što razvijaju osećanje zavisnosti. A ta zavisnost od profesionalne intervencije teži da osiromašuje nemedicinske vidove održavanja zdravlja i lečenja bolesti u okviru društvene i fizičke sredine, a zatim, skljona je da kod običnog čoveka smanjuje organsko-fiziološku sposobnost za borbu. Savremeni stanovi postaju sve nepodesniji za negovanje bolesnika, te često članove porodice obuzima strah pri pomisli da se od njih može zahtevati da se staraju o svom bolesnom srodniku.⁶⁶

Zavisnost od lekova

Lekari nemaju potrebe da podstiču čovekovu vezanost za medicinu. Siromašne zemlje koje nisu u stanju da obezbede masovnu zavisnost od medicinskih stručnjaka, ipak proizvode bolest tako što prisiljavaju ljude da uzimaju lekove na recept. Pre dvadeset godina, kako u meksičkim tako i u severnoameričkim apotekama, prodavalо se upola manje vrsta lekova. Zahvaljujući američkom zakonu iz 1962. godine, prema kojem je svaki proizvođač morao da dokaže ne samo da je njegov lek efikasan no i bezbedan, pojavilo se tušta i tma medicinskih proizvoda sa nekakvom vrstom odobrenja. Danas u Meksiku, kao i u Sjedinjenim Državama, kruži u prodaji četiri puta više lekova: oko 80 000 različitih artikala, čije je pakovanje nemogućno opisati, nalazi se u prometu. Do pre deset godina svaki lek je, osim omota, zadržavao i opisni listić sročen na medicinskom jeziku nerazumljivim za većinu seoskog

⁶⁶ Medikalizacija zdravstvene nege ostavlja snažan pečat na strukturi savremenog prostora koji stvara čovek. Imperija zdravstvenih struka čvrsto je ugrađena u moderno društvo. Roslyn LINDHAIM je to dokazati u svojoj predstojećoj knjizi (Calder and Boyars, 1975). Za sada konsultuj: LINDHEIM, Roslyn: *New environment for births*, Manuscript at CIDOC, 1971. *Humanization of medical care: an architect's view*. Third draft. April 1, 1974. *Environments for the elderly Future-oriented design for living?* Febr. 20, 1974, umnoženo matricom.

stanovništva kome stoga nije ostajalo ništa drugo do da se pouzda u sopstvenu intuiciju. Međutim, lekovi su tada bili retki, a narod siromašan, te se veliki broj ljudi i dalje obraćao za pomoć svom travaru. Današnji lekovi su brojniji, delotvorniji i opasniji, tako da su ljudi iole većih prihoda naučili da se stide svog poverenja u acteškog travara i u njegova pravila o dijeti. Opisni listić koji je nestao zamenila je stereotipna fraza na insulinskim kapsulama, na boćicama sa vitamima, na kutijama sa pilulama za spavanje ili kontrolu rađanja: „uzimati isključivo pod nadzorom lekara“. Takođe savet je, razumljivo, samo lep gest, jer u Meksiku nema dovoljno lekara da prepišu antibiotike za svaki pojedinačan slučaj salmoneloze, niti dovoljno apoteka koje izdaju lekove samo na recept. Sa pojavom efikasnih hemijskih agensa uloga lekara opšte prakse u zemljama u razvoju postaje sve beznačajnija, jer on najveći deo radnog vremena provodi u ispisivanju recepata, a da prethodno nisu izvršene kliničke analize.⁵⁷ On se mora osećati nesvrishodnim čak i u toj trivijalnoj ulozi, budući svestan da će sve veći broj njegovih pacijenata uzimati tu istu vrstu leka ne samo bez analiza no i bez njegovog odobrenja. Kako u zakonskom i tehničkom smislu lekovi sve više postaju oruđa rezervisana za lekara, ljudi su sve skloniji da sami sebe truju lekovima, dobijenim na recept ili bez recepta. Činjenica je da medikalizacijom lek postaje još opasniji. Dobar primer za to je hloromicetin: on se tokom cele decenije prepisivao protiv tifusa pod okolnostima u kojima je bilo neizvodljivo pratiti promene u bolesnikovoj krvi, zbog čega je veoma često nastupala aplastična anemija. U isti mah, zbog nepostojanja jasnog ukazivanja na opasnosti od toga leka, bolesnici su ga uzimali na svoju ruku, čak i kada bi neko drugo sredstvo bilo podjednako uspešno. Tako su lekari i pacijenti udruženim snagama razvili nove vrste bacila otpornih na lekove i oni se danas iz Meksika šire po celom svetu.⁵⁸

⁵⁷ ALDAMA, Arturo: *Establecimiento de un laboratorio farmacéutico nacional* u „Higiene, Organo Oficial de la Sociedad de Higiene“, Vol. XI, No. 1, Enero-Febrero de 1959.

⁵⁸ SCHREIER, Herbert and BERGER, Lawrence: *On medical imperialism*. Pismo u LANCET-u, 1974, v. I, p. 1161, „Pod pritiskom odeljenja za ishranu i lekove Sjedinjenih Država, Park Dejvis

Dr Salvador Aljende, počivši predsednik Čilea, inače lekar po struci, za sada je jedini latinskoamerički državnik koji je pokušao da obuzda progresivno zloupotrebljavanje lekova.⁵⁹ Naime, dr Aljende je predložio da se u Čileu zabrani uvoz novih lekova, izuzev onih preparata koji su prethodno isprobavani na severnoameričkom stanovništvu najmanje sedam godina i ukoliko ih Odeljenje za ishranu i lekove Sjedinjenih Američkih Država nije povuklo iz upotrebe. Povrh toga, on je predložio da se nacionalna proizvodnja lekova svede na nekoliko desetina jedinica, manje ili više na one iste lekove koje sobom nosi svaki kineski „bosonogi lekar“. Ogomorna većina čileanskih lekara usprotivila se ovom predlogu svog predsednika; mnogi među manjinom koji su pokušali da njegove ideje praktično programski sprovedu u život, pobijeni su u roku od jedne sedmice pošto su pukovnici preuzeli vlast 11. septembra 1973. godine.⁶⁰

Suvišna potrošnja medicinskih preparata nije ograničena na područja na kojima su lekari malobrojni. U Sjedinjenim Državama medicinska sredstva koja deluju na centralni nervni sistem čine na farmaceutskom tržištu sektor sa najbržim razvojem i iznose 31% ukupnog prometa.⁶¹ Zavisnost od sedativa izdavanih na rezbiljno skreće pažnju na opasnost i ukazuje da se treba obazrije odnositi prema indikacijama za korišćenje lekova u Sjedinjenim Državama. Njegove opomene ne važe za iste lekove koji se prodaju u inostranstvu.

⁵⁹ WAITZKIN, Howard and MODELL, Hilary: *Medicine, socialism and totalitarianism: Lesson from Chile*, „New England Journal of Medicine“, 291: 171–177, 1974.

⁶⁰ JONSEN, Albert, et al.: *Doktors in Politics: a lesson from Chile* u „New England Journal of Medicine“, August 29, 1974, str. 471–472. „Lekari su identifikovali i denuncirali one svoje kolege koje su smatrali politički neprihvatljivim. Spiskovi su se sastavljali širom zemlje i verovatno da je zbog njih izgubilo živote petnaestinu lekara. Oko 300 lekara je uhapšeno i dugo zadržano u zatvoru bez sudske presude. Mnogi su fizički mučeni. Nacionalna zdravstvena služba i danas drži na spisku imena 2100 zdravstvenih radnika, od kojih su 130 lekari. Njihova profesionalna budućnost je pod ozbiljnim znakom pitanja. Ceni se da je 250 lekara pobeglo iz Čilea posle državnog udara jer su njihovi politički pogledi bili nepoželjni.“

⁶¹ GODDARD, James L.: *The medical business* u „Scientific American“ 229, No. 3, sept., 1973, str. 161–166. Godard daje razdane grafikone i karte koji prikazuju prodaju lekova u Sjedinjenim Državama, prema kategorijama, na recept i bez recepta, od 1962. do 1971. godine; u dolarima je izraženo opadanje prodaje medicamenata u sedamnaest vodećih farmaceutskih kuća 1968. godine, naznačeno je uvođenje novih lekova i načini njihovog kombinovanja i doziranja od 1958. do 1972. Autor zatim razgraničava osam vrsta lekova na recept. Samo u kategoriji „lekova na-

cept porasla je za 290 procenata od 1962. godine, dok je u tom istom razdoblju potrošnja alkohola po glavi skočila za samo 23%, a prema aproksimativnoj oceni, upotreba zabranjenih opojnih droga za 50%.⁷² Medikalizovana vezanost prerasla je sve oblike samoizbora.

Preterano izdavanje lekova na recept u kapitalističkim vrstama privrede⁷³ omiljen je argument onih pojedinaca koji žele da isprave krvde medicine zalažući se za to da zajednica kontroliše industriju lekova kojom bi rukovodili lekari. Prema tvrđenjima ovih kritičara, zbrka medikalizacije u Sjedinjenim Državama ili u Francuskoj najbolje se može objasniti pritiskom koji farmaceutske firme vrše na prezaposlene kliničare. Oni ističu da u Sjedinjenim Državama najveću količinu lekova za intenzivnu kliničku terapiju lekari dobavljaju preko zastupnika hemijske industrije. Ova industrija je 1972. godine na svakog od 350 000 aktivnih lekara potrošila 4 500 dolara za reklamu i unapređenje svog posla.⁷⁴ Iznenaduje, međutim, činjenica da potrošnja sedativa dobavljenih na recept po glavi srazmerno odgovara nacionalnom dohotku po stanovniku širom sveta; to važi čak i za socijalističke zemlje, gde se stalno obaveštavanje lekara o novim lekovima ne može uporediti sa „publicitetom“ u privatnoj industriji. Lekar sve češće ima posla sa dvema grupama ljudi koji su stekli na-

menjenim nervnom sistemu“ proizvede se preko bilion vrsta godišnje. Svaka od naredne tri kategorije zastupljena je sa oko pola biliona, a ostale četiri imaju ispod 350 miliona. Broj recepata po glavi povećao se za 150% tokom deset godina. EVINSON, Charles: *Valium zum Beispiel. Die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie*, Rowohlt Taschenbuch, 1974. Levinson je prikupio podatke iz programa za politiku cena i tržišta u industriji lekova. YURICK, Sol: *The political economy of junk* u „Monthly Review“, Dec. 1970, str. 22–37. Jarik je prvi nagovestio da se od lekova na koje se stvara navika obrazovala ogromna infra-ekonomija na koju država troši neuporedivo više no sami narkomani.

“NATIONAL COMMISSION ON MARIJUANA AND DRUG ABUSE: *Marijuana: a signal of misunderstanding*. First report of the Commission. Washington, U.S. General Printing Office, 2 vols. Ovaj izveštaj nikada nije prodrio do javnosti. Po svemu sudeći, završava se zaključkom da sve veća sklonost ka alkoholu predstavlja najozbiljniji problem među sličnim vrstama poroka.

“BALTER, Mitchell, et al.: *Cross-national study of the extent of anti-anxiety/sedative drug use* u “New England Journal of Medicine”, April 4, 1974, str. 769–774, sadrži dokaze o veoma jednoobraznom korišćenju ovih sredstava u Sjedinjenim Državama i u još devet evropskih zemalja.

“PEKKANEN, John: *The American connection*, Follet Publishing Co. Chicago, 1973, iznosi podatke o izdacima američkih proizvođača lekova za reklamu.

viku na izvesne lekove: onima iz prve grupe sâm prespisuje narkotike, dok leći pacijente iz druge grupe koji pate od posledica drogiranja.⁷⁵ Ukoliko je zajednica bogatija, utoliko je veći procenat bolesnika koji istodobno pripadaju obema grupama.⁷⁶

Medikalizacija ljudskog veka

Medikalizacija ljudskog života svodi se na to da zdravstvo prisvaja budžetska sredstva, na zavisnost pojedinca od stručne nege i na sticanje navike na medicinske lekove. Medikalizacija se isto tako iskazuje i kroz jatrogensko etiketiranje raznih razdoblja u čovekovom životu. Takvo etiketiranje postaje sastavni deo jedne kulture kada laici prihvate kao trivijalnu istinu da čovek još neroden, novorođenče, dete, klimakteričan ili star — ne može opstati bez rutinske medicinske intervencije. Kada se stvari tako shvate, život se, umesto da bude niz različitih zdravstvenih faza, pretvara u seriju razdoblja od kojih svako zahteva drukčiju terapiju. I potom, svako to doba iziskuje svoju zdravstveno-proizvodnu životnu sredinu: počev od kolevke, preko radnog mesta, do staračkog doma i bolničkog odeljenja za samrti. Svuda i na svakom mestu ljudi se prinudno pridržavaju posebne medicinske rutine. Ta specijalizovanost degradira vrednost doma, škola, ulice i trga. Lekareva vlast nad životom otpočinje mesečnim prenatalnim kontrolama, prilikom kojih lekar odlučuje da li će se i kako će se fetus roditi, a okončava se njezином naredbom da se prekine sa daljim oživljavanjem. Uobičajilo se da se na životnu sredinu gleda kao na nekakvu mehaničku matericu, a na zdravstvenog

⁷⁵ FREEDMAN, Alfred M.: *Drugs and society: an ecological approach*, u „Comprehensive Psychiatry“, Vol. 13, No. 5, Sept.–Oct., 1972, str. 411–420.

⁷⁶ FORD FOUNDATION: *Dealing with drug abuse: a report to the Ford Foundation*, N. Y., Praeger, 1972. Izveštaj se završava zaključkom da će lekovi na koje se može stetiči navika neminovalno biti zastupljeni u sve većoj raznovrsnosti. Pokušaj da se ova sredstva zabane ili da se suszbije njihovo neovlašćeno korišćenje, svakako mora dovesti do još žešćeg uzimanja lekova, dok će se izdavanjem tih medikamenata na recept neizbežno povećati mogućnost za njihovu zloupotrebu.

profesionalca kao na birokratu koji određuje svakom svoj čošak.

Boljke od kojih čovek najviše pati, bar brojčano, jesu akutna i benigna oboljenja, koja nestaju ili sama od sebe, ili ih suzbija nekolicina rutinskih intervencija. Bolest, po svojoj prirodi, najčešće sama jenjava.⁷⁷ Kada se ima u vidu veliki raspon životnih uslova, pojedinci najmanje podvrgavani medicinskom lečenju verovatno se najbrže oporavljavaju. Najviše što savestan lekar gotovo u svakoj prilici može preduzeti jeste da ohrabri svog pacijenta rekavši mu da je u stanju da živi sa svojom boljkom, možda da ga uteši izgledom na eventualan oporavak, da učini ono što je za njega nekada činila njegova baka, a da se u svemu ostalom osloni na prirodu. Činjenica da savremena medicina postiže izuzetno velike uspehe u lečenju specifičnih simptoma, ne znači da je postala i blagotvornija po bolesnikovo zdravlje.

Sve ovo važi i za takva stanja koja se odavno smatraju bolestima, kao što su kijavica, reumatizam i mnogobrojna tropnska oboljenja. U kojoj meri je to istina, pokazalo se kada su se nedavno izvesna takva stanja podvrgla medicinskom lečenju. Starost, na primer, nije bolest u doslovnom smislu, pa ipak je u poslednje vreme medikalizovana. Prosečan ljudski vek se produžio. Sve veći broj dece ostaje u životu, bez obzira na bolešljivost i neophodnost posebne institucionalne nege. Povećali su se izgledi mlađih da dožive starost uprkos visokoj stopi smrtnosti u nesrećnim slučajevima, jer lako preboljevaju zapaljenje pluća i ostala infektivna oboljenja. Pa ipak je maksimalan ljudski vek ostao potpuno neizmenjen. Star svet sve više poboljeva. Ma koliko lekova ljudi uzimali i ma kakva nega im se pružila, dužina čovekovog života ostala je praktično neizmenjena tokom proteklog stoljeća. Medicina ne može mnogo postići kada je reč o bolestima povezanim sa starenjem, a još manje kada je u pitanju sam proces starenja. Medicini ne polazi za rukom da izleči kardiovaskularne poremećaje, većinu kanceroznih oboljenja, artritis, od-

maklu cirozu jetre, pa čak ni običnu prehladu.⁷⁸ Istina je da se neki bolovi od kojih pati star svet pokatkad mogu ublažiti. Na nesreću, najveći broj tretmana primenjivanih kod starih ljudi kojima je potrebna stručna intervencija, ne samo što često uvećava bol nego ga, ukoliko je lečenje uspelo, još i produžava.⁷⁹ Kompenzovanje jednog vitalnog organa često utiče da se ispolji neki nezgodniji ili bolniji poremećaj.

U Sjedinjenim Američkim Državama živi deset procenata stanovnika iznad 65 godina starosti. Na tu manjinu otpada 28 posto zdravstvene nege. Štaviše, ta manjina nadrasta ostatak stanovništva godišnjom stopom od 3 procenata, dok se iznos za njihovo lečenje po glavi penje stopom od 5 do 7 procenata brže no proseček zdravstvenog osiguranja po stanovniku.⁸⁰ Naporedo sa medikalizacijom starosti, i upravo zbog toga, smanjuju se mogućnosti za prirodno starenje. Prekvalifikacija starosti u gerijatrijski „problem“ nametnula je starim ljudima ulogu manjine čiji se pripadnici moraju mučno osećati lišeni osnovnih potreba na bilo kojem stepenu relativne povlašćenosti.⁸¹ Sve ono što medikalizacija

⁷⁷ EXTON-SMITH, A. N.: *Terminal illness in the aged*, u „Lancet“, 2, 1961, str. 305. U jednom gerijatrijskom odeljenju podvrgnutom ispitivanju 82% lica obolelih od neizlečivih bolesti umrlo je u roku od tri meseca po prijemu na odeljenje.

⁷⁸ U starački domovima bol se često ublažava po cenu skraćivanja života: JUTMAN, David: *The hunger of old men* u „Transaction“, No. 12, 1971, str. 55–66. Stopa smrtnosti za vreme prve godine življena u staračkom domu znatno je viša od stope smrtnosti lica koja ostaju u svojoj svakidašnjoj sredini. PATTON, R. G., GARDNER, L. I.: *Growth failure in maternal deprivation*, Springfield, III., Charles C. Thomas, 1963. Neki stari ljudi opredeljuju se za starački dom da bi sebi prekratili život: MARKSON, Elizabeth: *A hiding place to die*, u „Transaction“, Nov. 12, 1972, str. 48–54. Cin odvajanja od porodice i oporavljanje u nekoj zdravstvenoj instituciji sam po sebi doprinosi utisku da se radi o ozbiljnoj bolesti, kakve su astma, rak, kongestivna srčana anomalija, diabetes mellitus, rasprostranjeni lupus erythematosus, funkcionalno materično krvarenje, Rejnoova bolest, reumatoidni artritis, trotoksikoza, tuberkuloza i ulcerativni kolitis, Bibliografiju svakog od ovih oboljenja daje BAKAN, David: *Disease, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering*, Boston, Beacon Press, 1971. Bolest koja se razvije zbog odvajanja od svojih ili je povezana sa takvom situacijom, često ima natprosečnu stopu smrtnosti.

⁷⁹ FORBES, W. H.: *Longevity and medical costs*, u „New England Journal of Medicine“, July 13, 1967. MORISON, Robert S.: *Dying*, u „Scientific American“, 229, No. 3, Sept., 1973.

⁸⁰ BEAUVOIR, Simon de: *La vieillesse*, Gallimard, 1970. Sociologiju starenja i bibliografiju o tome potraži kod BIRREN, James E., TALMON, Yonina, CHEIT, Earl F.: *Ageing. I. Psychological aspects. II. Social aspects. III. Economic aspects*, u „International Encyclopedia of Social Sciences“, 1968, Vol. I, str. 176–202. ROEHLAU, Volkmar, ed.: *Wege zur Erforschung des Alterns*, Vol. 189 u „Wege

⁷⁷ GINZBERG, Eli: *Men, money and medicine*, N. Y., Columbia University Press, 1969.

čini za star svet, sa podjednakim zaloganjem čini i za trudnice, uživače heroina i metadona, za žene koje prolaze kroz menopazu, ili za alkoholičare. Ti ljudi obrazuju posebnu klijentelu i često idu od jednog do drugog specijaliste. Samim time što je široka javnost prihvatala jatrogensku deobu čovekovog života na razdoblja, pacijenti se brže umnožavaju no što lekari, ili medikamenti stižu da ih medikalizuju.

U siromašnim zemljama medikalizacija razdoblja čovekovog života često se eufemistički naziva „processom modernizacije“.⁸² Godine 1960. 96 odsto čileanskih majki dojilo je svoju odojčad duže od godine dana. Oko 1970. to je činilo samo šest procenata, dok je samo 20 procenata sopstvenim mlekom hranilo svoje bebe ciglo dva meseca. Čileanke su, očigledno, prošle kroz period intenzivne političke indoktrinacije čiji su zagovornici bili i hrišćanski socijalisti desnog krila, i partie levog krila. Ishod te modernizacije jeste činjenica da 84 процента potencijalnog ljudskog mleka ostaje neiskorišćeno. Neophodno je dobaviti mleko 32 000 čileanskih kralava da bi se nadoknadio taj gubitak, čije su posledice nova briga za majčino zdravlje i muka da se detetu obezbedi odgovarajuća formula mleka koju je odobrio lekar.⁸³ Kada je boca s mlekom postala simbol društvenog statusa, iskazala se potreba za novom medicinskom pažnjom, jer su se pojavile nove bolesti kod dece kojoj je majčino mleko uskraćeno, a i zbog toga što majke ne znaju kako da se ophode sa svojom decom koja se drukčije ponašaju no bebe odgojene na dojci.⁸⁴

der Forschung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft“, 1973. To je reprezentativan izbor od trideset najnovijih radova na nemačkom jeziku iz oblasti gerijatrije. AMERY, Jean: *Über das Altern. Revolte und Resignation*, Stuttgart, Ernest Klett Verlag, 1968. Izuzetna fenomenologija starenja, GUILLEMARD, Anne-Marie: *La retraite une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton, 1972. Sociološko-ekonomска studija kojom se dokazuje da je klasna diskriminacija izraženija po čovekovom odlasku u penziju.

“ BERG, Alan: *The nutrition factor: its role in national development*, Washington, Brookings Institution, 1973. Dete koje doji dve godine primi nutricioni ekvivalent 461 litara kravljeg mleka, što iznosi koliko i prosečan godišnji prihod jednog Indijanca.

“ Iz jedne studije koja se nalazi u arhivi CIDOC.

“ Savremena rđava ishrana male dece odražava se na dva načina: pošto se čileanske bebe odbiju od dojke i predu na hranjenje iz boćice, izlažu se endemskoj potkrpanjenosti, dok zbog iste takve promene britanske bebe počinju da pate od posledica isuviše jakе hrane. O tome vidi: OATES, R. K.: *Infant feeding practices* u „British Medical Journal“, 1973, 2, str. 762–764.

Medikalizacija preventive

Kako se medicina sve više usredsređuje na stanja čije je lečenje neuspešno, skupo i bolno, prevencija bolesti putem održavanja čovekove kondicije postala je opsesija. Posle tretmana bolesti, nega zdravlja se tako pretvorila u robu, u nešto što čovek sebi pribavlja, umesto da to bude nešto što čini sam. Što veću platu neka ličnost prima od svoje kompanije, odnosno što viši položaj zauzima neki funkcioner, utoliko će se više plaćati da se tako dragocen zubac društvene mašinerije održava u dobro podmazanom stanju. Potrošnja zdravstvene nege postala je nov simbol društvenog statusa za srednje klase. Današnji građanin neće da izostane za svojim susedom te se podvrgava doslovno istom broju lekarskih „kontrola“. Ta engleska reč „kontrola“ postala je danas sastavni deo svakodnevnog govora na francuskom, španskom, malajskom ili mađarskom jeziku. Proširivanje stručne kontrole i na negu zdravih ljudi još je jedan izraz medikalizacije čoveka. Ljudi su se pretvorili u pacijente mada nisu bolesni.⁸⁵ Preventivna medikalizacija četvrti je značajan simptom društvene jatrogeneze.

Tokom poslednje decenije izvestan broj lekara je najavljuvao revoluciju u medicini koja će masama ljudi dati nove metode stručnog održavanja zdravlja. Oni su našli na podršku ne samo među državnicima odmaklih godina no i među popularnim političkim vođama kojima je iz ljubomore bilo stalo do povlastice dosad rezervisane samo za bogate. Nastala je moda da trudnice svakog meseca odlaze lekaru, zatim da se relativno zdrava mala deca smeštaju na klinike, da se vrše kontrole po školama⁸⁶ i u kampovima, kako bi se

⁸⁵ DUPUY, Jean-Pierre: *Relations entre dépenses de santé, mortalité*, Paris, CEREBE, April 1973. „Pojam obolelosti jednostavno se proširio, te obuhvata i takva stanja koja nemaju nikakve veze sa rđavim zdravljem u strogom smislu, no prosto sa verovatnoćom da se bolest može ispoljiti u nekom datom vremenskom roku... Pacijent koji se obrati svom lekaru zbog tegoba koje samo izgledaju abnormalne, „bolestan“ je u istoj meri kao i bolesnik koji se svom lekaru požali na simptom neke prave bolesti“. Str. 31.

⁸⁶ YANKAUER, Alfred, LAWRENCE, Ruth A.: *A study of periodic school medical examinations*, u „American Journal of Public Health“, 45, Jan., 1955, str. 71–78. Takve kontrole nemaju nikakve značajne vrednosti.

na osnovu unapred plaćenih medicinskih aranžmana, pored preventivne terapije⁸⁷, omogućavala i rana dijagnoza.

U pojavi automatizovanog multifaznog testiranja zdravlja neki ljudi vide opšti lek. Sam taj postupak, koji se sastoji iz određenog niza složenih hemijskih i medicinskih analiza, može da vrši i neprofesionalno tehničko lice po iznenađujuće niskoj ceni. A sve to jedno znači da se nebrojenim milionima nudi neka viša vrsta detekcije skrivenih potreba za terapijom kakva je šezdesetih godina jedva bila dostupna čak i nekolici u izuzetno „dragocenih“ ličnosti iz Hjustona ili Moskve. Nepostojanje kontrolnih studija u trenutku kada je takvo testiranje počelo da se primenjuje, omogućavalo je trgovcima prevencijom da u ljudima podstiču varljive nade. Kontrolna uporedna proučavanja grupa stanovnika koji su koristili usluge takve službe za održavanje zdravlja i rano dijagnoziranje, tek su odnedavno postala dostupna. Za sada, uvid u dvadesetak sličnih studija pokazuje da dijagnostičke procedure te vrste — čak i kada su praćene medicinskom terapijom visokog kvaliteta — nemaju nikakvog dejstva na dužinu života.

Istina je da rana dijagnoza pretvara ljude koji se osećaju zdravim u anksiozne bolesnike.⁸⁸ Odmah na početku valja reći da neki dijagnostički postupci izlažu pacijenta ozbiljnim opasnostima. Kardijačnom kateterizacijom, testom kojim se utvrđuje da li pacijent boluje od kardiomiopatije — naravno, ukoliko se kateterizacija ne obavi rutinski — ubija se jedan od pedesetoro ljudi na kojima se taj test vrši.⁸⁹ Kardijačna kateteriza-

⁸⁷ WYLIE, C. M.: *Participation in a multiple screening clinic with five year follow-up*, u „Public Health Reports“, 76, July, 1961, str. 596–602. Rezultati su razočaravajući.

⁸⁸ SIEGEL, G. S.: *The uselessness of periodic examination*, u „Archives of Environmental Health“, 13, Sept., 1966, str. 292–295. CLOTE, Paul D.: *Automated multiphasic health testing*. Kritički prikaz. Posebnu studiju o tome napisao je John McKnight, Northwestern University, 1973, koja je preštampana u CIDOC Antologia A8, Cuernavaca, 1974.

⁸⁹ Takav postupak daje isto onoliko podataka koliko bi se dobitilo i kada bi se bolesniku izmerio krvni pritisak jednom u životu ili kada bi mu se mokraća podvrgavala analizi svakih dvadeset godina. Takva praksa je smešna, apsurdna, izlišna... i nema savršeno nikakvog značaja pri postavljanju dijagnoze ili utvrđivanju lečenja. PAPPWORTH, Maurice: *Dangerous head that may rule the heart*, u „Perspective“, str. 67–70.

cija staje 350 dolara po pacijentu, uprkos tome što za sada ne postoje dokazi da se diferencijalnom dijagnozom zasnovanom na rezultatima takve provere bolesniku produžava život, niti da se njegova bolest na taj način čini snošljivijom. Većina analiza je rizična po život, mada mnoge od njih, svakako, daju putokaz za izbor terapije. Ali kada se analize udruže sa ostalim testovima, svaka u tom sklopu ima veću moć da nanese zlo nego kad se vrši pojedinačno. Čak i kada ljudi dobiju pozitivnu laboratorijsku dijagnozu, a da im se pri tom ne dogodi nikakva nevolja, izlažu se veoma velikoj opasnosti da potom budu podvrgnuti odurnoj, bolnoj, osakačujućoj i skupoj terapiji. Ironična je činjenica da su teški asimpomatični poremećaji, koji se samo ovom vrstom postupka mogu otkriti, često neizlečive bolesti kod kojih rano lečenje otežava bolesnikovo fizičko stanje.

Rutinsko obavljanje ranih dijagnostičkih analiza na velikom broju stanovnika, obezbeđuje medicinskom naučniku široku osnovu na kojoj može odabratи one slučajeve koji najbolje odgovaraju postojećim terapijskim sredstvima ili su najpodesniji za ostvarivanje njegovih istraživačkih ciljeva — bez obzira na to da li takva terapija leči i rehabilituje bolesnika i ublažava bolest ili ne. Dok prolaze kroz takve procese, ljudi stiču sve dublje uverenje da su slični mašinama čije trajanje zavisi od toga koliko će puta svratiti u radnju za održavanje zdravlja, i da su obavezni da podmiruju troškove tržišnog istraživanja i prodajne mreže medicinske industrije.

Preventivna medikalizacija ide u prilog zbrici koju čine prevencija i zdravstveno osiguranje. Kada neka stvar nema nikakve druge vrednosti do one izražene dolarom, mogućno je primeniti definiciju „osiguranja“ navedenu u jednom američkom rečniku: „osiguravamo se kako bismo se zaštitili od gubitaka“. Činjenica je da nas nijedno osiguravajuće društvo ne može zaštititi od gubitka automobila, kuće, zdravlja ili života. Predstavnik osiguravajućeg društva nije u stanju da spreči bilo šta od toga. On jedino može pomuditi da se oštećenome isplati izvesna svota ukoliko pretrpi gubitak.

Šofiranje ne biva ni malo bezbednije zato što se isplaćuje premija. Čak i kada bi bilo istine u mitu da je skupo medicinsko lečenje u stanju da čoveku povrati zdravlje ili produži život, osiguranje nas ne bi moglo zaštititi od bolesti ili smrti. Pa ipak, kao što to pokazuje jedna anketa sprovedena u Čikagu, svi oni koji su proveli duži niz godina u školi, sa više strasti brane tezu da će biti zdraviji ako se osiguraju.⁹⁰

Uspeh zdravstvene zaštite zavisi od samostaranja: ova činjenica se neprestano obznanjuje kao da je reč o nekakvom otkriću. Isto tako, rano otkrivanje onih nekoliko degenerativnih bolesti čije se tegobe bolesniku mogu olakšati zahvaljujući ranoj medicinskoj intervenciji, većinom se svodi na to da je sam pacijent kod sebe zapazio potencijalan simptom neke ozbiljne bolesti. Godišnji izveštaji medicinskih kontrola u cilju što ranijeg otkrivanja kanceroznih oboljenja prekasno stižu zato što se sačinjavaju u suviše velikim vremenjskim razmacima.⁹¹ Ljudi kojima njihovi lekari govore da im je srce u dobrom stanju i time ih hrabre da nastave svoj nezdrav ritam života, verovatno su brojniji od pojedinaca kojima lekar pomaže savetom kada se nađu u nevolji. Medikalizacija rane dijagnoze ne samo što ometa i unazađuje preventivnu zdravstvenu negu već i eventualnog pacijenta stavlja za vreme lečenja u položaj pomoćnika sopstvenog lekara.⁹² On uči da zavisi od medicinskog radnika i kada je bolestan i kada je zdrav, pa se tako pretvara u doživotnog pacijenta.

⁹⁰ Pisac je ovaj podatak dobio lično od Džona Meknajta povodom jedne ankete sprovedene na Nortvesternskom univerzitetu u Evanstonu, u državi Illinois.

⁹¹ Vidi belešku 82, Clote, Paul D.

⁹² COOPER, Joseph: *A non-physician looks at medical utopia*, u „Journal of American Medical Association“, Aug. 29, 1966, str. 105–107. Pisac novinarskim stilom formuliše posledice jednog apsolutnog medicinskog programa u nekom sistemskom društvu u kojem bi sveobuhvatna zdravstvena služba mogla postati glavna delatnost iznutra vodene nacije. Izjednačavanjem statističkog čoveka sa biološki jedinstvenim bićem stvara se izvesna nezasnita potražnja za određenim materijalnim sredstvima. Pojedinac mora da se povuče pred višim potrebama zajednice. Preventivne mere postaju obavezne, a pravo pacijenta na pristanak da se podvrgne lečenju sve se više gubi pred argumentom da društvo nije u mogućnosti da se optereti skupljim vrstama lečenja.

Medikalizacija nadanja

Slično svakoj drugoj razvijenoj industriji, zdravstveni sistem upućuje svoje proizvode tamo gde se čini da je potražnja neograničena: u odbranu od smrti. Medikalizacija velikih rituala predstavlja peti značajan simptom društvene jatrogeneze. Sve veći postotak tek osnovanih poreskih fondova odvaja se za tehnologiju produženja života koja se primenjuje kod bolesnika na umoru.⁹³ Lekarski „konzilijum“ licemerno odabira jednog od pet Engleza koji pate od otkazivanja rada bubrega, i stvara takvu atmosferu da bolesnik zaželi tu retku povlasticu da umre na otegnutim mukama dijalize. Mnogo vremena i napora tokom tog lečenja troši se na sprečavanje bolesnika da ne izvrši samoubistvo u prvoj, a ponekad i u drugoj godini lečenja, za koliko veštački bubreg u nekim slučajevima produžava život.⁹⁴

Odeljenja za intenzivno lečenje srčanih oboljenja spadaju među ostale izmišljotine sa sjajnim izgledom i nedokazanim prednostima u lečenju obolelih. Njima je za redovnu negu bolesnika potrebna utostručena oprema i petorostruku brojnije osoblje. U Sjedinjenim Državama u takvim jedinicama danas radi 12 procenata od ukupnog broja diplomiranih medicinskih sestara. Takva oprema je za sve narode sveta postala simbol mirnodopskog progresa još otkada su Nikson i Brežnev potpisali sporazum o saradnji u osvajanju vavionskog prostora, kao i u borbi protiv raka i srčanih bolesti. Slično liturgijama iz starih vremena, i ta razmetljiva nega bolesnika živi od poreza, darova i žrtava.⁹⁵ Široko i nasumice odabirani primeri korišćeni su

⁹³ Bibliografiju o tome potraži u belešci 227.

⁹⁴ CALLAND, G. H.: *Iatrogenic problems in end stage renal failure*, u „New England Journal of Medicine“, 287–334, 1972. Ovo je autobiografski prikaz lekara koji leti bolesnike u poslednjoj fazi otkazivanja rada bubrega.

⁹⁵ Možda duboko ukorenjene razloge za postojanje takvog mučenja u našem društvu pre valja potražiti u simboličkoj negi u medicinskoj ili prostu ekonomskoj potrebi. HENTIG, Hans von: *Vom Ursprung der Henkersmahlzeit*, Tübingen, Mohr, 1958, enciklopedijska je studija poslednjeg obeda osuđenika na smrt u krajnje raznolikim kulturama. Svuda je prisutno duboko osećanje potrebe da se pokloni izuzetna pažnja licu osuđenom da umre pod okriljem zajednice. Takav obed je obično bogat, dok se u našem veku često svodi na poslednju cigaretu. Savremeni vojnik, za koga je tačnije reći da uči da ubija, a ne da se bori, prvi je dželat koji se ne sreće sa svojom žrtvom kao sa jedinkom. Lečenje

za upoređivanje stope smrtnosti i oporavljanja kod pacijenata lečenih u tim jedinicama sa onim bolesnicima koji su se lečili kod kuće. Za sada koronarne jedinice nisu pokazale nikakvu prednost. Ljudi koji su pretrpeli srčani infarkt radije se opredeljuju za kućnu negu. Boje se bolnice i u trenutku krize više vole da budu uz svoje. Podrobni statistički nalazi daju za pravo njihovoj intuiciji.⁹⁶ Neki pacijenti lečeni u koronarnim jedinicama s razlogom zapadaju u akutne psihoze.

Peti simptom intenzivne medičkalizacije naše kulture jeste čjenjica da je javnost zaslepljena „medicinskim uspesima“, supertehnološkom negom i umiranjem pod medicinskom kontrolom. Taj simptom se najbolje može shvatiti kao čovekova duboko usađena potreba za čudesnim izlečenjem. Supertehnološka medicina naj-svećaniji je deo rituala kojim se slavi i osnažuje mit o herojskoj borbi lekara sa smrću.⁹⁷ Spremnost javnosti da finansira takve izdatke udovoljava čovekovoj potrebi za netehnološkim funkcijama medicine.⁹⁸

bolesnika na umoru depersonalizovano je u ratu kao i u medicini. Ritualno izvršenje smrte kazne ne mora imati samo vid zakonskog ubistva nego i prekidanja terminalne medicinske intervencije. Prema tome, sam impresivan cin lečenja bolesnika u komi ima isti značenje kao i poslednji obed osudjenika na smrt.

* MATHER, H. G., PEARSON, N. G., READ, K. L. G. et al.: Acute myocardial infarction: home and hospital treatment, u "British Medical Journal", 3, 1971, str. 334-338. LOCKWOOD, Howard J. et al.: Effects of intensive care on the mortality rate of patients with myocardial infarctions u "Public Health Reports", 78, Aug. 1963, str. 655-661.

" Strah od nemedicinalizovane smrti postaje sasvim ubočajena pojava. U većini zapadnih zemalja posle I svetskog rata broj ljudi koji su završili život u bolnici iznosio je jednu trećinu svih umrlih, dok se danas popeo iznad dve trećine. Covek je sklon mišljenju da će vrlo verovatno dugo poživeti u bolnici pre no što nastupi smrt i da će mu se tamo ublažiti muke. Cinjenice ne daju za pravo takvom uverenju. HINTON, John: *Dying*, „Penguin Books“, 1974. Na univerzitetskim klinikama koje je pisac ispitivao, 10% bolesnika primljenih u kritičnom stanju preminulo je prvo dana provedenog u bolnici, 30% je izdahнуlo u toku naredne sedmice, 75% po isteku mesec dana, dok su gotovo svi 97%, poumirali u roku od tri meseca. Život 40% svih neizlečivih bolesnika, sem onih koji su bolevali od raka, ugasio se za sedam dana po stapanju u bolnicu. U centrima za ljude na umoru 56% bolesnika umire tokom prve sedmice po prijemu.

"POWLES, John, vidi belešku 48. Sam čovek je krivac za ogroman i sve veći raspon savremenih bolesti; strategiskom primenom aparata pri lečenju obolelih lica ne postiže se veliki napredak. Insistiranje na njima isključivo se može opravdati ukoliko se ovi ne upotrebljavaju u tehničke svrhe. To što medicina sve manje daje, specifičan je primer za jednu širu kruznu odnosa između industrijalizovanog čoveka i njegove sredine.

Tehnička intervencija u samom fizičkom i biohemiskom sastavu bolesnika ili u njegovoј životnoj sredini svakako nije, i nikada nije bila, i isključiva uloga medicinskih institucija. Daleko od toga da je jedini način posredovanja između čoveka i njegove bolesti prepisivanje lekova koji mogu imati ili nemati dejstva. Magija, odnosno lečenje delovanjem ceremonijala, sigurno je jedna od nekoliko značajnih funkcija kojima se medicina služi. Magija dejstvuje zato što se naum bolesnika i vrača podudaraju.⁹⁹

Religiozna medicina je, opet, nešto posebno. Velike religije su odvajkada iz društvenih razloga gajile osećanje mirenja sa nesrećom, nudeći racionalno opravdavanje i stil za dostojanstvenu patnju. Patnja se, na primer, objašnjava kao Karma akumulirana nekom prošlom inkarnacijom, ili joj se pridaje dragocen smisao tako što se tumači kao blisko povezivanje sa Spasiteljem na krstu. Treća značajna netehnička uloga medicinskih postupaka jeste obučavanje zajednice u ophodenju sa bolesnikom. Dodeljivanjem aktivne uloge pripadnicima izvesnog društva, može se umanjiti bolesnika kova patnja. Kulture u kojima su vrlo razvijeni saosećanje prema nesrećnim, gostoljubje prema bogaljima i trpeljivost prema duševno obolelima, u velikoj meri su sposobne da u svakodnevni život uključuju i bolesne.

Među tim mnogim ulogama medicine jedna je nedavno bacila u zasenak sve ostale. Reč je o pokušaju da se sve bolesti tretiraju posredstvom opsenarskih intervencija. Paradoks je, pa ipak, ukoliko se veća pažnja poklanja tehničkom ovladavanju bolešću, utoliko više raste značaj simboličkih i netehničkih funkcija koje vrši medicinska tehnologija. Beli mantili, antiseptična sredina, kola hitne pomoći i osiguranje zdravlja, sve to ima magijske i simboličke uloge koje utiču na zdravlje. Dejstvo simbola, mitova i rituala u oblasti zdravlja jasno se razlikuje od efekta koji te iste pojave ostvaruju.

" GOODE, William J.: *Religion and magic*, u „Religion among the primitives“, Free Press, 1951, str. 50-54. Magija se jasno razlikuje od religije po tome što uspostavlja stvarniji, manipulativniji, nekako bezličniji ad hoc odnos između isceitelja koji stvara atmosferu i pojedinca koji će imati koristi od učešća u obredu koji on rukovodi.

ju u čisto tehničkom smislu. Nepotrebno ubrizgan penicilin ili injekcija posle koje su usledile ozbiljne komplikacije, ipak mogu imati moćno placebo dejstvo. Ukoliko lekovi postaju efikasniji, utoliko njihovi simbolički sporedni efekti dublje ugrožavaju zdravlje. Drugim rečima, tradicionalna bela medicinska magija koja je podržavala bolesnika u njegovim ličnim naporima, danas je postala crna. Umesto da mobiliše bolesnikove snage u smislu samolečenja, moderna medicinska magija preobražava pacijenta u mlitavog i mistificiranog voajera.

Svi rituali imaju u osnovi jedno zajedničko obeležje: povećavaju trpeljivost prema saznajnoj disonanci. Učesnici u nekom ritualu bivaju sposobni da kombinuju nerealistično nadanje sa nepoželjnom stvarnošću.¹⁰⁰ Na primer, ljudi koji redovno i dugo upražnjavaju ritual školovanja, skloni su da prihvate društveni mit o tome kako država obezbeđuje tobož podjednake šanse svojim građanima, mada se sami istodobno, svakog trenutka, preslišavaju da ne zaborave kojoj građanskoj klasi tačno pripadaju. Što veći broj škola postoji u jednom društvu, to će više ljudi na neki način steći veru u progres, iako se pokazalo da se glavni efekat škole sastoji u tome da većinom proizvodi neuspeli dake.¹⁰¹ Slično tome, rituali medicinske zaštite nameću ljudima uverenje da se njihovo zdravlje čuva lečenjem, čak uprkos činjenici što najveći broj ljudi gubi borbenu sposobnost.

Slučajno sam se zadesio i u Rio de Žaneiru i u Limi kada je dr Kristijan Bernard tamo bio na turneji. U oba ova grada dr Bernard je dva puta u toku jednog dana uspeo da napuni veliki futbalski stadion gomilama ljudi koji su histerično pozdravljali njegovu mraćnjačku sposobnost da razmenjuje ljudska srca. Povest o čudima medicine odjekuje širom sveta, a njihova otuđujuća dostignuća dopiru do svesti ljudi koji nemaju nikakvog izgleda da budu primljeni ni u susednu bol-

¹⁰⁰ GLUCKMAN, Max: *Politics, law and ritual in tribal society*. Aldine, 1965. TURNER, Victor M.: *The ritual process. Structure and anti-structure*. London, Penguin Books, 1969.

¹⁰¹ Illich, Ivan: „Ritualizacija progrusa“, u *Deschooling society*, London, Calder & Boyars, 1971, str. 34–51.

niciu, a kamoli u neki sanatorijum. Oni tako stiču apstraktno uverenje da „nauka“ zaista postiže „napredak“ od kojeg će jednog dana i sami imati koristi. Ubrzo potom došla su mi do ruku bogato dokumentovana svedočanstva o činjenici da je brazilska policija, za sada prva, primenjivala tehnička i druga sredstva za produženje života u čelijama za mučenje. Medikacija neminovno postaje ritual u čijem je središtu smrt kada medicinsku negu ili lečenje preuzmu organizacije, odnosno mašine.

Za врача bi bila uvreda kada bi ga neko nazvao pretkom modernog lekara. U stvari, njegovi potomci su pripadnici svih naših savremenih profesija. Vrač je kombinovao i prevazilazio funkcije koje se danas smatraju tehnikom, religijom, pravom i magijom. Izgubili smo termin koji bi označavao tako složenu ličnost.¹⁰²

Savremena društva se zavaravaju verujući da se svaki posao može specijalizovati kako se hoće. Profesionalci se često ponašaju kao da se rezultati njihovog rada mogu poistovetiti sa rezultatima čije se dejstvo proverava operacionim putem. Lekari leče, nastavnici predaju, inženjeri prebacuju ljudе i stvari s mesta na mesto. Ekonomisti daju donekle jednoobrazno objašnjenje rada svih stručnjaka tako što ih sve nazivaju „proizvođačima“. Oni su pripadnicima slobodnih profesija, i to mahom protiv njihove volje, nametnuli svest o tome da su neka vrsta „radnika“. Sociologima, međutim, za sada nije pošlo za rukom da u tim istim stručnjacima probude jednaku svest o zajedničkom ritualu i magijskoj funkciji koju vrše. Upravo onako kao što svi radnici doprinose razvitku opšte nacionalne proizvodnje, tako i svi stručnjaci stvaraju i podržavaju varku o postojanju progrusa.

Savremeni lekari se ponašaju kao sveštenici, vraci i zagovornici političkog ustrojstva, svejedno da li to čine namerno ili nenamerno. Kada lekar otklanja adenoide nekom detetu, on ga u trenutku odvaja od njegovih roditelja, izlaže ga pogledima medicinskih tehničara koji govore nekim nerazumljivim jezikom, iza-

¹⁰² ACKERKNECHT, Erwin H.: *Problems of primitive medicine*, u „Bulletin of the History of Medicine“, XI, 1942, str. 503–521.

ziva u njemu osećaj da njegovo telo mogu osvojiti nepoznati iz samo njima znanih razloga, i budi u njemu ponos što živi u zemlji koja obezbeđuje socijalno osiguranje za takvo medicinsko uvođenje u život.¹⁰³

Kada su ispred hramova u Grčkoj, Indiji ili Kini lekari otvarali svoje ordinacije, prva misao im je bila da jednoj racionalnoj sili daju potvrdu nad bolešću, a da čudesna izlečenja prepuste sveštenicima i kraljevima. Isceliteljske moći od iskoni su se pripisivale religioznim i svetovnim vlastima. Kasta koja je imala svog „predstavnika“ pred bogovima, mogla bi ih pozvati da pokažu svoju moć u njenim hramovima. Sve do osamnaestog veka engleski kralj je jednom godišnje polagao svoje ruke na ponekog od onih nesrećnika koje lekari nisu mogli da izleče. Epileptičar čije bi zlo odolelo Njegovom Veličanstvu, potražio bi isceliteljsku moć u dodiru sa osuđenikom na smrt.¹⁰⁴ Ruka koja je baratala nožem imala je snagu da izgoni ne samo neprijatelja no i bolest. Današnja medicinska institucija ponovo zahteva da joj se prizna pravo na vršenje čudesnih izlečenja. Naši savremeni врачеvi — lekari podvlače svoju vlasnost nad pacijentom čak i kada im je etiologija njegove bolesti neizvesna, prognoza nepovoljna, a terapija eksperimentalne prirode. Obećanje medicinskog čuda najbolji je zaklon u slučaju neuspeha, jer je mogućno nadati se čudu, ali se na njega, po definiciji, ne može računati. I tako su u ovoj našoj medikalizovanoj kulturi lekari prisvojili od sveštenika i vladara čin raskošnih obreda kojima se izgoni bolest. Medicinska „dostignuća“ imaju za cilj da savremenom lekaru bar delimično povrate врачеvu ulogu. Heroji medicine, kada se prikazuju na televiziji, za milione ljudi

¹⁰³ U Sjedinjenim Državama nepotrebno se izvrši 90 do 95% od ukupnog broja operacija vađenja krajnika, pa ipak se 20 do 30% dece podvrgava takvoj hirurškoj intervenciji. Jedno od hiljadu dece neposredno umire zbog posledica operacije, dok kod šesnaestoro dece od hiljadu nastupaju ozbiljne komplikacije. Sva izgube taj dragoceni imunitetni mehanizam. Sva se izlažu emocionalnoj agresiji stoga što ih zatvaraju u bolnicu, razdvajaju od roditelja i dovode u situaciju da zavise od besmislene i neobično pompezne svireposti medicinske institucije. Vidi LIPTON, S. D.: *On psychology of childhood tonsillectomy*, u „*Psychoan. stud. child.* 17 (1962)“, str. 363–417. Preštampano u *CIDOC Antologija A8*. Takođe vidi BRANSON, Roy: *The doctor as high priest*, u „*Hastings Center Studies*“, 1973.

¹⁰⁴ DANCKERT, Werner: *Unehrlische Leute. Die verfehlten Berufe*, Bern, Francke Verlag, 1963.

znače isto što i obredna igra kojom se doziva kiša, isto što i liturgija u kojoj se realističke nade na autonomni život preobraćaju u zavaravanja da će lekari najzad ljudskom rodu obezbediti takvo zdravlje koje se večno obnavlja.

Pacijenti su u ogromnoj većini

Šesti simptom socijalne jatogeneze jeste beskrajno umnožavanje bolesničkih uloga. Ljudi čudnog izgleda ili nastranog ponašanja prete svakom društvu sve dok se njihovim nesuvišlim osobenostima formalno ne odredi naziv, a njihovo neuobičajeno ophođenje ne svrsta u neku prepoznatljivu vrstu. Pošto im se nadene imena i utvrđeni uloga, ti čudaci što su izazivali jezu i nemir postaju pripadnici jasno definisanih i ustaljenih kategorija. U industrijskom društvu se abnormalan čovek pretvara u posebnog potrošača. Medicinsko etiketiranje povećalo je broj ljudi sa svojevrsnim potrošačkim statusom do te mere, da su pojedinci bez terapijske oznake postali izuzetak.

Svako društvo ima svoje opunomoćenike čiji je zadatok da otkrivaju prirodu devijacije: oni odlučuju da li se u određenog člana tog društva naselio zao duh, ili se na njega okomio neki bog, ili ga nagriza neki otrov, ili pak ispašta zbog svojih grehova, ili je žrtva osvete nekog neprijatelja, a možda i veštice. Opunomoćenici koji tako razvrstavaju ljude mogu biti predstavnici zakonodavnih, verskih, vojnih ili medicinskih vlasti; u savremenom društvu to mogu biti i prosvetni, odnosno društveni radnici ili partijski ideozofi. Putem razvrstavanja vlast stavljaju devijante pod kontrolu jezika i običaja, te tako oni prelaze na stranu društvenog sistema umesto da ga ugrožavaju. Pošto se jednom izrekne da je nekog epileptičara zajahala duša druge preminule osobe, svaki njegov sledeći napad potvrđuje tu teoriju i svaki njegov nastran postupak nesumnjivo će je dokazati. Etiketiranjem se društvena kontrola proširuje i na prirodne sile i tako se smanjuje uzne-mirenost društva.

Definicija devijacije različita je u različitim kulturama. Svaka civilizacija stvara svoje bolesti.¹⁰⁵ Pojava koja se smatra bolešću u jednoj kulturi, može biti zločin, svetinja ili greh u drugoj. Odnos prema nenormalnom čoveku isto je tako različit u različitim kulturama. Zbog jednog istog simptoma neko može biti kažnjен smrtnom kaznom, prognan, izvrnut ruglu, zatvoren ili poslat u ludnicu, ili mu se, suprotno tome, može ukazati izuzetno poštovanje, dati milostinja ili novčana nagrada.¹⁰⁶ Tako su za lopove postojali propisi da nose specijalno odelo, naredba da se pokaju, običaj da im se odseku prsti na rukama ili da se podvrgnu nekavom magijskom obredu, odnosno tehničkom tretmanu, u zatvoru ili u nekom prihvatalištu za kleptomane.

Sredinom ovoga veka, posebno u Sjedinjenim Državama, uloga bolesnika gotovo je potpuno izjednačena sa ulogom pacijenta. Oboljelo lice je zbog svoje bolesti rasteraćivano svojih glavnih dužnosti. Smatralo se da od njega ne treba tražiti objašnjenje o uzroku njegove bolesti, niti očekivati da je sposobno samo da se oporavi. Njegovo zdravlje razrešavalо ga je društvenih zadatka i obaveza i dozvoljavalo mu da ne učestvuje u redovnim aktivnostima. Dodeljivanа mu je uloga zakonitog devijanta: udaljavanje takve osobe sa uobičajenih dužnosti tolerisano je sve dok bi ona svoju bolest smatrala nepoželjnim stanjem i dok bi se za stručnu pomoć obraćala zdravstvenom sistemu. Prema tom „modelu bolesti“ iz pedesetih godina ovoga veka — pozajmimo izraz Tolkota Parsons-a — bolest je oboleloj osobi nametnula obavezu da se pokorava lekarima iz servisa za popravku zdravlja, kako bi se što skorijeg datuma mogla vratiti na posao; radnik se, uz to, proglašavao nemoćnim da se sam izleći. Tim izjednačavanjem uloge bolesnika sa ulogom pacijenta, izvršena je industrijalizacija bolesti.¹⁰⁷ Parsonska „uloga bolesnika“

¹⁰⁵ TROELS, Lund: *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten*, Leipzig, 1901. Davno napisana studija o promenljivosti granica bolesti u različitim kulturama.

¹⁰⁶ SIGERIST, Henry E.: *Civilization and disease*. University of Chicago Press, 1970.

¹⁰⁷ Istorijat shvatanja uloge bolesnika iznesen je u sledećim delima: MALINOWSKI, Bronislaw: *Magic, science and religion and other essays*, N. Y., Doubleday, Anchor, 1954 (orig. 1925). Pisac ističe da moralne i religiozne pobude čine osnovu za objašnjenje bolesti u svim kulturama. HENDERSON, Lawrence J.: *Physician and pa-*

uklapa se u moderno društvo jedino ukoliko se lekari ponašaju tako kao da lečenje, po pravilu, uspeva i ukoliko je široka javnost voljna da deli to njihovo ružičasto gledište. Međutim, takvo shvatanje uloge bolesnika iz sredine ovoga veka postaje neadekvatno kada treba objasniti šta se to zbiva u medicinskom sistemu koji polaze pravo na još uvek zdrava lica, zatim na one ljude koji se iz opravdanih razloga ne mogu nadati ozdravljenju, i na one pojedince za koje lekari raspolažu istim terapijskim sredstvima kakva im mogu pružiti njihove supruge ili tetke.

Danas je uloga lekara postala maglovita.¹⁰⁸ Zdravstvena struka je uspela da spoji kliničku službu, opštu zdravstvenu službu i naučnu medicinu. Lekar ima posla sa klijentima kojima se istovremeno dodeljuje više uloga prilikom svakog dodira sa zdravstvenom organizacijom. Oni se pretvaraju u pacijente na kojima medicina vrši svoje analize i čije loše zdravlje popravlja, postaju rukovođeni građani čijem zdravstvenom ponašanju medicinska birokratija određuje putokaze, bivaju zamorčad na kojima medicinska nauka neprestano eksperimentiše. Eskulapovska moć dodeljivanja bolesničke uloge je raščinjena uz pretencioznu tvrdnju da je obezbeđena opšta zdravstvena zaštita. Zdravlje je prestalo da bude prirodan dar za koji se prepostavlja da ga svaki čovek poseduje sve dok se ne dokaže da

tient as a social system, u „New England Journal of Medicine“, Vol. 212, 1935, str. 819—823. Henderson je među prvima nagovestio da lekar razrešava bolesnika moralne odgovornosti za sopstvenu bolest. PARSONS, Talcott: *Illness and the role of the physician* (orig. 1948). KLUCKHORN, Clide., MURAY, Henry eds.: *Personality in nature, society and culture*. U obnovljenom izdanju Knopfa, 1953, nalazi se klasična formulacija moderne uloge bolesnika koji je gotovo oslobođen moralne obaveze. FOX, René: *Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown*, Glencoe, III, Free Press, 1959, proučava beznadeno obolela lica koja su pristala da se na njima vrše medicinski eksperimenti. Uprkos klasičnom i racionalnom objašnjenju njihovog stanja — objašnjenju koje preovlađuje u njihovoj okolini — i oni sami se rvu sa sopstvenom bolešću u religioznom, kosmičkom i osobito u moralnom smislu. ROBINSON, David: *The process of becoming ill*, London, Routledge and Kegan Paul, 1971. Pisac odbacuje shvatanje da se samim izlaganjem simptoma pred stručnim licem obrazuje ona prepoznatljiva tačka na kojoj otpočinje bolest. Reč je o tački na kojoj se obolelo lice pretvara u pacijenta. Ljudi većinom nisu pacijenti tokom najvećeg dela svog bolovanja.

¹⁰⁸ CHRISTIE, Nils: *Law and medicine: the case against role blurring*, u „Law and Society Review“, 5 (3), Febr., 1971, str. 357—366. Studija jednog sporaa povodom sukoba dve monopolističke profesionalne imperije.

je bolestan, i postalo je ono večno daleko obećanje na koje čovek ima pravo po definiciji društvene pravde.

Zbog pojave takvog konglomerata u zdravstvenoj struci, uloga pacijenta je postala beskrajno elastična. Lekareva potvrda da je izvesno lice bolesno, zamenjena je birokratskom pretpostavkom zdravstvenog menadžera koji raspoređuje ljude prema stepenu i vrsti nijihovih terapijskih potreba. Medicinska vlast se proširila i sada se pod njenim nadzorom nalaze zdravstvena zaštita, rana detekcija, preventivne vrste terapije, i sve više lečenje neizlečivih. Javnost je zdravstvenim stručnjacima priznala to novo pravo da se mešaju u živote ljudi, i to u ime njihovog sopstvenog zdravlja. U bolesnom društvu životna sredina se tako preraspoređuje da je glavnina ljudi najvećim delom lišena moći i volje da bude sama sebi dovoljna, te konačno prestaje da veruje u svrshodnost autonomne akcije. Moderna medicina je ranije imala kontrolu jedino nad veličinom tržišta, a to tržište je danas izgubilo svaku granicu. Zdrava lica su počela da zavise od stručne zdravstvene nege da bi ostala zdrava i u budućnosti. A ishod svega je bolesno društvo koje zahteva sveopštu medikalizaciju i takvo medicinsko ustrojstvo koje daje potvrdu sveopštoj nezdravosti.¹⁰⁹

U bolesnom društvu preovlađuje uverenje da je definisano i dijagnozirano rđavo zdravlje nešto što je beskrajno poželjnije od bilo kojeg drugog oblika negativnog određenja. Bolje je no zločinačka ili politička zastranjenost, bolje je no lenjost, bolje je no odsustvanje sa posla po sopstvenom izboru.¹¹⁰ Sve su brojniji ljudi koji podsvesno znaju da su iscrpeni i zamorenji svojim poslom i svojim zabavama u dokolici, pa ipak čeznu da im se govore laži i da im se tvrdi da su zbog

¹⁰⁹ Činjena da postoji sve veća potražnja za medicinskim uslugama tumači se sve dubljim razilaženjem između stvarne i uobražene bolesti. Kako zdravlje postaje heteronomno stoga što pojedinac zavisi od lekara, raste čovekova nesigurnost, a sa njom i osećanje nezdravosti. O tome vidi DUPUY, J. P. (1974), beleška 10.

¹¹⁰ Bolest je počela da se povezuje sa visokim životnim standardom i velikim očekivanjima. Za vreme prve polovine 1970. godine u Britaniji je izgubljeno pet miliona radnih dana zbog trzavica u industriji. Odsustovanje sa posla premašeno je za cigo dve godine od opštег štrajka iz 1926. Poredjenje radi valja navesti da je preko 300 miliona radnih dana izgubljeno na osnovu medicinski verifikovanih bolevanja. OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: *Off sick*, London, OHE, 1971, 23. str.

fizičke bolesti oslobođeni društvenih i političkih odgovornosti. Oni žele da se njihov lekar prema njima ophodi kao pravnik i kao sveštenik. U ulozi pravnika, lekar rastereće pacijenta redovnih dužnosti i omogućuje mu da naplati novac sa polise zdravstvenog osiguranja koju je bio prinuđen da otvori. U ulozi sveštenika, lekar biva saučesnik svog pacijenta u stvaranju mita da je on nevina žrtva bioloških procesa, a nikako lenj, pohlepan ili zavidljiv dezterter društvene borbe za ovladavanje oruđima proizvodnje. Socijalni život postaje neka vrsta terapijskog uzimanja i davanja — medicinskog, psihijatriskog, pedagoškog ili gerijatrickog tipa. Zahtevati pravo na lečenje postaje politička dužnost,¹¹¹ a bolesnički karton močna domišljatost društvene kontrole.¹¹²

Sa nastankom terapijskog sektora u okviru privrede, počinje da se smatra kako uopšte uzev, ima sve više ljudi koji odstupaju od neke poželjne norme, te postaju klijenti. Oni se ili mogu podvrgnuti terapiji koja bi ih približila tom utvrđenom merilu zdravlja, ili pak koncentrisati na nekom posebnom mestu izgrađenom sa ciljem da se tu rešava pitanje njihove devijacije. Basalja¹¹³ ističe da se u prvoj fazi privrednog razvoja obolela lica oslobađaju proizvodnje. U narednoj etapi industrijske ekspanzije većina takvih osoba

¹¹¹ SEDGWICK, Peter: *Illness, mental and otherwise*, deo je knjige Pitera Sedžvika posvećene psihopolitici koju će „Harper & Row“ objaviti u „Hastings Center Studies“, Vol. 1, No. 3, 1973, str. 19–40. Sedžvik raspravlja o politizaciji medicinskih ciljeva i tvrdi da bez koncepta bolesti nećemo biti u stanju da zahtevamo usluge zdravstvene službe društva u kojem živimo. „Budućnost pripada bolesti: obolevacemo od sve većeg broja bolesti, jer će naša očekivanja u pogledu zdravlja bivati sve zamašnija i sve izopačenija.“

¹¹² KARIER, Clarence: *Testing for order and control in the Corporate Liberal State*, u „Educational Theory“, Vol. 22, No. 2, Spring 1972, govori o ulozi koju je odigrala Karnegejeva fondacija pri razradi obrazovnih materijala za testiranje koje je predviđeno da se eventualno koristi u cilju društvene kontrole pod okolinostima u kojima škole ne budu u stanju da same obave taj zadatak. Karijer smatra da oni testovi koji se daju van škole pružaju veće mogućnosti za pravljenje razlike no testovi u izvesnoj pedagoškoj situaciji. Na isti način može se tvrditi da medicinsko testiranje biva sve moćnije sredstvo za klasifikaciju i vršenje diskriminacije među građanima, jer je sve više lica čiji rezultati dobijeni na osnovu analiza isključuju mogućnost za bilo kakvo ozbiljno lečenje. Pošto jednom uloga pacijenta postane univerzalna, medicinsko etketiranje se pretvara u oruđe totalne društvene kontrole.

¹¹³ BASAGLIA, Franco: *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*. Torino, Nuovo Politecnico 43, Einaudi, 1971.

se definiše kao većina koja odstupa od nekih zdravstvenih normi i kojoj je potrebno lečenje. Kada se to dogodi, rastojanje između bolesnih i zdravih ponovo se smanjuje. U razvijenom industrijskom društvu opet se smatra da bolesni poseduju izvestan stepen produktivnosti, koji bi im u nekoj ranijoj fazi industrijalizacije bio uskraćen. Danas, kada svaki čovek teži da postane pacijent u nekom smislu, rad pod platom dobija terapijske karakteristike. Zdravstveno obrazovanje koje se stiče celog života, higijenski saveti, podvrgavanje analizama i čuvanje zdravlja sastavni su deo fabričkog i kancelarijskog rutinskog rada. Medicinski odnosi uvlače se u sve proizvodne relacije i daju im boju. Medikalizacija industrijskog društva osnažuje njegov imperialistički i diktatorski karakter.

3. MEDIKALIZACIJA KAO SPOREDAN PROIZVOD PREKOMERNO INDUSTRIJALIZOVANOG DRUŠTVA

Medikalizacija ljudskog života samo je jedan vid destruktivne prevlasti industrije u našem društvu. Upravo je preterana medikalizacija osobito bolan primer za poražavajuću prekomernu proizvodnju. Opasnost od nesrazmerno velike ekspanzije počinje da se ispoljava; ali se za sada uočavanje te opasnosti svodi na preteran razvoj onih industrijskih delatnosti koje proizvode ogromne količine energije. Logična zaokupljenost potrebom da se ograniči dalji razvoj robnog sektora u privredi, odvlači pažnju od opasnosti kojom preti suvišno razgranjavanje raznih službi. U stvari, većina pristalica ograničavanja privrednog bujanja zalaže se da se kadrovi i finansijska sredstva iz metalne industrije prenesu u prosvetu, zdravstvo i ostale oblike društvene zaštite. Ukoliko se njihove preporuke budu usvojile, sadašnja kriza će se još više pogoršati.

Živimo u epohi u kojoj se sticanje znanja programira, stanovanje urbanizuje, saobraćaj motorizuje, a komunikacije kanališu, u epohi u kojoj prvi put gotovo jedna trećina svih prehrambenih proizvoda koje konzumira čovečanstvo prelazi preko međuregionalnih tržišta. U tako prekomerno industrijalizovanom društvu ljudi su se našli u položaju da sebi pribavljaju stvari,

umesto da ih prave. Oni radije pristaju da ih drugi produžavaju, prevoze, leče ili vode, umesto da sami uče, leče se i iznalaze svoj put. Glagol „lečiti se“ sve više se upotrebljava u prelaznom smislu, bez „se“. „Lečenje“ prestaje da se smatra aktivnošću bolesnika i sve više postaje dužnost medicinskog radnika. U bliskoj budućnosti može se dogoditi da se lečenje od lične usluge preobrazi u produkt nekakve agencije. Prema tome, preterana medikalizacija i njeni neželjeni sporedni produkti deo su duboke i opšte krize koja pogoda sve naše osnovne institucije.

Škole proizvode obrazovanje, motorna vozila kretanje, medicina kliničku negu. Ovi produkti su artikli sa svim osobenostima robe. Ukupna cena jedne milje koju prevali putnik, ukupna cena visokoškolskog obrazovanja ili operativnog otvaranja čmara je manje-više ista, bilo da je potrošač plaća na slobodnom tržištu, bilo kao zajedničko dobro. Proizvodni troškovi ove robe mogu se oduzeti od ukupnog nacionalnog dohotka ili mu se dodati; zastupljenost te robe meri se njenom marginalnom vrednošću, a cena utvrđuje kurentnom monetom. Ona se javlja u različitim kvantumima, hijerarhijski aranžirana, dok njen kvalitetnije i skuplje pakovanje obično pretpostavlja da je potrošaču prethodno bio omogućen pristup na jednom nižem nivou sistema. Univerziteti su dostupni isključivo svršenim učenicima gimnazije, oblasne klinike bolesnicima koji imaju uput mesne bolnice, a avionska sedišta licima kojima je zajednica uz to obezbedila i prevoz do aerodroma. Neki ljudi će pribaviti mnogo veće količine izvesnih dobara no što je to ostalima dostupno, iako svi moraju platiti proizvodnju. Diploma jednog peruvijanskog lekara staje šest hiljada puta više no što se potroši na prosečno školovanje jednog peruvijanskog seljaka. Samim tim što se toliko novca izda za obrazovanje jednog jedinog čoveka, njegov kapital znanja će se ceniti i štititi. Njegovo sudelovanje u međunarodnom fondu znanja daće mu pravo da podjednako nesrazmerno često putuje u inostranstvo i tamo usavršava svoju struku. Industrijski proizvodi se ne samo pakuju i opremanju no i veoma krupne pošiljke često dospevaju na mali

broj istih adresa. Školsko obrazovanje, motorizovan prevoz i klinička nega produkti su proizvodnje sa intenzivnim ulaganjem kapitala. Svaki od tih proizvoda nadmeće se sa netržišnom upotrebom vrednosti u kojima je čovek oduvek uživao na izvestan autonoman način. Ljudi uče posmatrajući i radeći; kreću se po svojoj volji, leče se i staraju o sopstvenom zdravlju i po zdravlju drugih. Većina tako proizvedenih upotrebnih vrednosti ne uklapa se u zakone tržišta. Najveći deo stečenog znanja, samostalnog kretanja ili lečenja ne iskazuje se u ukupnoj nacionalnoj proizvodnji. Reč je o onim upotrebni vrednostima koje su prilično ravnomerno raspodeljene među stanovništvom u celini. Ljudi uče svoj maternji jezik, kreću se na svojim nogama, rađaju decu i odgajaju ih, nameštaju slomljenu kost tako da opet može da služi, pripremaju sebi hranu — i sve to čine sa manje ili više istim osećanjem nadmetanja i uživanja. Sve su to dragocene, mada na ličnost ograničene aktivnosti, koje ljudi, uglavnom, neće i ne mogu obavljati za novac.¹¹⁴

Prilikom ostvarivanja svakog krupnog društvenog cilja, dva osnovna zakona, ponuda i potražnja, međusobno se dopunjavaju. U naše doba, međutim, oni sve češće dolaze u raskorak. Pošto se bilo domaćim, bilo opštlim proizvodnim vidom podmiri glavna potreba većine ljudi, proces između očekivanja i zadovoljenja obično je uzak i postojan. Učenje, kretanje ili nega bolesnika rezultati su krajnje decentralizovanih inicijativa, autonomnog ulaganja i samoograničavajućih totalnih doprinosa. Pod takvim uslovima opstajanja, oruđa korišćena u proizvodnji određuju potrebe koje primena tih istih oruđa takođe može zadovoljiti. Ljudi, recimo, znaju šta mogu očekivati kada se razbole. Čoveku koji živi na selu ili u susednom gradu poznata su sva sredstva za lečenje koja su se upotrebljavala u

¹¹⁴ O delotvornosti prekapitalističke proizvodnje vidi: CHAYNOV, A. V.: *Theory of peasant economy*. Irvin je još 1966. godine dokazao da se „produkтивan intenzitet obrnuto odnosi prema produkтивnom kapacitetu“. Raspravljajući o proizvodnji kućne radnosti, SAHLINS, Marshall: *Stone age economics*, Aldine, Chicago 1972, kaže: „Tokom većeg dela ljudske istorije rad je bio značajniji od oruđa, inteligentni napori proizvodaca presudniji od njegovih jednostavnih alatki.“ On to pitanje pretresa na 81. strani, potkrepljujući svoje mišljenje citatima iz MARX, Karl: *Grundrisse*. 1857.

prošlosti, a izvan njih za njega postoji natprirodno i nedokućivo carstvo čuda. Do pred sam kraj devetnaestog stoteča, čak i u zapadnim zemljama, bolesnici su se uglavnom lečili u porodici na poznate načine. Svaki pojedinac je sam ili u okviru svoje porodice, odnosno u ataru svoga sela, sticao najveći deo svoga znanja, sam se kretao i sam lečio.

Autonomna proizvodnja obično se dopunjava industrijskim produktima. Ako se koriste takva industrijska oruđa kao što su bicikli, knjige i antibiotici, autonomna proizvodnja će istodobno biti efikasnija i decentralizovanija. Ali se ona, isto tako, može unazaditi, obezvrediti i zakočiti ako se društvo do kraja prerasporedi u prilog industriji. Takva njegova preraspodela je dvojaka: ljudi se, pre svega, obučavaju za potrošnju, a ne za akciju, dok se istovremeno obim njihove akcije sružava. Struktura oruđa otuduje radnika od sopstvenog rada. Kvalifikovan električar je nesrećan što mu je bicikl potisnut sa druma, a oboleli pojedinac zbog toga što bakin lek može dobiti isključivo na recept. Rad pod platom i klijentski odnosi se razgranavaju, dok autonomna proizvodnja i odnosi zasnovani na obdarenosti menjavaju.¹¹⁶

Uspešno postizanje društvenih ciljeva zavisi od stepena na kojem se ova dva vida proizvodnje međusobno dopunjavaju ili unazađuju. Da li će ljudi dobro upoznati datu fizičku i socijalnu sredinu i ovladati njome, zavisi od njihovog obrazovanja, od spoljnih mogućnosti i njihove motivisanosti da sami uče. Efikasnost saobraćaja zavisi od sposobnosti ljudi da brzo i udobno stignu tamo gde su naumili. Efikasnost nege bolesnika određuje se stepenom na kojem bol i poremećena funkcija bivaju snošljiviji, a oporavljanje izvesnije. Uspešno zadovoljenje tih potreba mora se jasno razlikovati od efikasnosti sa kojom se industrijski proizvodi stvaraju i prodaju. Kriterijumi na osnovu kojih se ceni da li su određene potrebe uspešno zadovoljene nisu sglasni sa merilima za ocenjivanje proizvodnje i tržišnog prometa industrijskih dobara.

¹¹⁶ SAHLINS, Marshall, *Ibid.* O prirodi obdarenosti, vidi str. 149. ff, kao i belešku 114.

Kada u jednom društvu preovlada industrijski način proizvodnje, merila kojima se odmerava njen rast obično zanemaruju vrednosti postizane autonomnim radom.¹¹⁷ Statistika o pismenosti daje podatke o broju ljudi koji grupno stiču znanje u školi, ali ne i o ljudima koji pojedinačno nauče da čitaju od učitelja ili sami, a najmanje o onima koji čitaju iz istinskog zadovoljstva. Putnici i vozači meksičkih autobusa mogu poslužiti kao primer za to. Za njihovim volanima obično ne sede profesionalni vozači. Pokadkad su oni koji voze kola i koji znaju da čitaju to naučili u školi. Ali većina odraslih lica, čitajući sa jednostranim interesovanjem, uglavnom zabada nos u neku svojevrsnu knjigu ili pamphlet: u poučno-politički humoristički tekst kakav su *Supermachos* ili *Agachados*, ili u nekakvo štivo sentimentalnije vrste. To su pretežno ljudi koji uopšte nisu pohađali školu ili nemaju završeno obavezno petogodišnje školovanje. U statističke tabele uneseni su kao nepismeni. Statistike ne beleže koliko je naučio više, a koliko manje. Saobraćajne statistike na isti način daju podatke o pređenim miljkama. Ponekad sadrže i takve informacije kao što su veličina vozila, adresa, prihodi i starost njegovog vlasnika. Međutim, saobraćajne statistike ne pokazuju koliko danas pešači više, a koliko manje: ne kazuju koliko je rob, a koliko gospodar saobraćaja.

Takva merila, samim tim što prelaze preko autonomnog vida doprinosa ukupnim rezultatima bez kojih se ne postiže nijedan veliki društveni cilj, ne mogu ni iskazati da li se ti ukupni rezultati povećavaju ili smanjuju. Tehnička merila su još manje u stanju da naznače koliko dobija, a koliko gubi u industrijskom razvoju. Ko je ona šačica ljudi što dobija više i može više, a ko to predstavlja većinu čiji se marginalan pristup industrijskim proizvodima plaća gubitkom autonomnog dejstvovanja.¹¹⁷

¹¹⁶ Ova merila su ad hoc utvrđena za vreme poslednje generacije. Vidi SPENGLER, Joseph: *Quantification in economics: its history*, i LERNER, Daniel, ed.: *Quantity and Quality*. The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept. Free Press, 1959, str. 129–211.

¹¹⁷ O neefikasnosti današnjeg društva takođe vidi: SCHWARTZ, Eugene S.: *Overskill: the decline of technology in modern civilization*, Chicago, Quadrangle Books, 1971.

Prema tome, logično je što najugroženiji nisu oni najsiromašniji u novčanom smislu. Siromašni ljudi u Meksiku i Indiji naučili su da se održavaju u životu probijajući se na svoj način, i u stanju su da opstanu jednostavno zato što ih njihova sredina još uvek ne ometa u nastojanju da se sami snalaze. Najviše su pogodene izvesne kategorije potrošača za koje ostareli Amerikanci mogu poslužiti kao dobar primer. Oni su naviknuti da pred njih iskrsavaju hitne potrebe i ne mogu se nadati relativnoj povlašćenosti bilo kojeg stepena da bi rešili svoju nevolju; oni su, u isti mah, izgubili sposobnost da se staraju o sebi samima, dok su društveni oblici koji dopuštaju takvu autonomiju praktično iščezli. Ti ljudi su primer savremenog tipa siromaštva stvorenog preteranim industrijskim razvojem.

Stari ljudi u Sjedinjenim Državama samo su ekstremni primer patnje koju pojačava visoka cena lišavanja. Kako su naučeni da starost smatraju pojmom srodnog bolesti, oni razvijaju neogramičene ekonomске potrebe, što će reći da plaćaju beskrajno duga i obično neuspešna lečenja, često ponižavajuća i bolna, terapije koje često zahtevaju oporavak u specijalnoj sredini.

Pet obeležja industrijski modernizovanog siromaštva deluju kao karikature koje predstavljaju imućne penzionisane ljude što kenjkajući vode neki poseban život: prvo, raste učestalost hroničnih oboljenja, jer manje ljudi umire u mladosti; drugo, veći broj lica pati od kliničkih povreda koje nastaju kao posledica zdravstvenih mera; treće, medicinske službe se sporije granaju u poređenju sa širenjem i urgentnošću potražnje; četvrto, ljudi u svojoj sredini i kulturi ređe nalaze puteve i načine koji im mogu pomoći da izađu na kraj sa svojim mukama, pa su prinuđeni da u sve većem obimu zavise od medicinskih službi kada ih sustignu trivijalnije tegobe; i peto, ljudi su izgubili sposobnost da zauzmu pravilan stav prema svom pogoršanom zdravlju ili bolu, te se, kad god osete neku „nelagodnost“, obraćaju stručnom licu da ih vodi. Kumulativno dejstvo preterane ekspanzije zdravstvene industrije izopćilo je čovekovu moć da se hvata ukoštač sa izazovima i da se prilagođava promenama u svom organizmu i u svojoj okolini. Politička predrasuda još jače osnažuje gubitak au-

tonomije. Zdravstvena politika istrajnje stavlja poboljšanje medicinske nege iznad onih činjenica koje bi mogle da pojačaju i učine ravnopravnom čovekovu sposobnost da se na moderan način sam stara o svom zdravlju.

Vođeni političkom predrasudom, današnji reformatori usredsređuju svoju kritiku na pet nedostataka medicinske industrije. Prvo, proizvodnja lekova i medicinske službe dobili su vid samousluge. Zdravstveni potrošači „moraju“ prisiliti lekare da unaprede svoju službu. Drugo, isporuka lekova i dostupnost zdravstvenih domova su nejednake i proizvoljne; zavise ili od pacijentovog džepa i položaja ili od predrasude zbog koje se društvo radije zalaže za lečenje srčanih oboljenja no za rešavanje pitanja gladi. Nacionalizacijom svih zdravstvenih službi „mora“ se staviti pod kontrolu ona nevidljiva sila koja upravlja klinikom. Treće, organizacija medicinskog esnafa do unedogled favorize ne-dejstvenost i povlastice i iz čiste predrasude celom društvu nameće jednu školu lekara. Ovo poslednje predstavlja četvrti nedostatak koji se, poput prethodnih, „mora“ odstraniti tako što će veći broj ljudi van zdravstvene struke učestvovati u izboru kandidata za medicinske škole i u izgrađivanju medicinske politike. Konačno, najveća briga današnje medicine jesu bolesni pojedinci, veća no narodno zdravlje. Gotovo da svi zainteresovani predlažu povećanje planskog regulisanja zdravlja. Sva ova politička rešenja navedenih nedostataka imaju jednu zajedničku osobinu: teže da još više osnaže medikalizaciju. A samo se bitnim smanjenjem totalne medicinske industrije može odnegovati autonomija u oblasti zdravlja i nege bolesnika i samo tako zdravstvo može postati delotvorno.

4. JALOVE POLITIČKE PROTIVMERE

Potrošačka zaštita robova navike

Ljudi su postali svesni svoje zavisnosti od medicinske industrije, ali veruju da se ona ne može preinaćiti. Kao i u slučaju saobraćaja ili stambene izgradnje, oni govore o neophodnosti potrošačke zaštite, osećajući da je politička vlast u stanju da ograniči nadmoćnost medicinskih proizvođača. Pa ipak je žalosna istina da kontrola cena, kao i kontrola kvaliteta, ne garantuju da će se lekari aktivno založiti za zdravlje.

Kada se potrošači udruže da bi prisili Kompaniju Dženeral Motors da proizvodi jedan pristupačan tip automobila, osećaju se pozvanim da zavire u tuđu kuću i pri tom imaju svoja merila za određivanje cena izvěnim novinama. Kada se, međutim, udruže da bi dobili bolju medicinsku negu, nađu se u drukčijem položaju. Pogrešno su ubeđeni da nisu pozvani da odlučuju šta treba učiniti za sopstveni organizam, te se u tom pogledu slepo poveravaju lekaru.

Titmas¹¹⁸ je sačinio sažet pregled teškoća pri vođenju knjigovodstva cena i koristi u medicini, naročito danas kada medicinska nega gubi osobenosti koje je

¹¹⁸ TITMAS, Richard M.: *The culture of medical care and consumer behaviour*, u: POINTER, F. N. L. ed. *Medicine and Culture*, 1969, glava 8, str. 129—135.

ranije imala i kada gotovo bez ostatka svodila na ličan odnos lekar—pacijent. Medicinske usluge su neizvesne i nepredvidljive: mnogi njeni potrošači ih ne žele, ne znaju da li su im stvarno potrebne i ne mogu unapred izračunati koliko će ih one stajati. Nisu u stanju da uče iz iskustva. Jedino im preostaje da se pouzdaju u snabdevača koji će im reći jesu li kako valja usluženi, a isključuje se mogućnost da uslugu vrate prodavcu ili da zahtevaju popravku. Medicinske službe se ne reklamiraju slično ostaloj robi i njihov proizvođač se protivi takvim poređenjima. Pošto jednom kupi uslugu, potrošač ne može da se predomisli usred lečenja. Medicinski proizvođač uživa pravo da odabira svoje potrošače i da tržištu isporučuje neke proizvode koje će potrošač ako ustreba, biti prisiljen da kupuje i pod policijskom prinudom: proizvođači su u mogućnosti da prodaju čak i prinudno interniranje za onesposobljena lica ili mesto u azilu za mentalno zaostale.

Normalan potrošač medicinskih usluga jednostavno ne postoji i ne može postojati. Nema tog čoveka koji je u stanju da utvrdi količinu zdravstvene nege vrednu njegovog novca i bola. Povrh toga, niko ne zna da li mu onaj najpovoljniji oblik staranja o zdravlju valja dobavljati preko medicinskih proizvođača, putničkih agencija, ili time što će odbiti da radi u noćnoj smeni. Ekonomika zdravlja je čudna disciplina, na neki način u tradiciji prodaje oproštajnica grehova, koja je cvetala pre Lutera. Vi možete da izbrojite novac koji božja braća sakupljaju, da vidite hramove koje izgrađuju, dopušteno vam je da učestvujete u liturgijama koje vrše, ali kada je reč o tome šta će trgovina oproštajnicama i ulaznicama za čistilište učiniti za vašu dušu posle smrti, jedino vam ostaje da nagadate. Obrasci stvorenji da bi se još više podstakla spremnost oporezovanih građana da plaćaju sve veće medicinske račune, postavljaju sličnu sholastičku zagonetku o novoj medicinskoj crkvi koja osvaja svet. Evo jednog primera: zdravlje je mogućno uporediti sa trajnim ulaganjem kapitala koji treba da obezbedi takozvano „dobro zdravlje“.¹¹⁹ Svaki po-

¹¹⁹ GROSSMAN, Michael: *On the concept of health capital and the demand for health*, u: „Journal of Political Economy“, 80, March—April, 1972, str. 233—255.

jedinac nasleđuje početnu glavnici svog zdravlja koja se može uvećati investiranjem u zdravstvenu kapitalizaciju: pribavljanjem zdravstvene nege, odnosno pravilnom ishranom i dobim stambenim uslovima. „Dobro zdravlje“ je roba koja se traži iz dva razloga: u svojstvu potrošačkog artikla ona za pojedinca ima neposrednu utilitarnu funkciju, a sem toga, ljudi, po pravilu, više vole da budu zdravi no bolesni. Ona se, zatim, pojavljuje na tržištu kao investicioni element. U toj funkciji „dobro zdravlje“ određuje koliko vremena pojedinac može provesti radeći i zabavljajući se, zarađujući i odmarajući se. Pojedinčevo „dobro zdravlje“ se, prema tome, može smatrati odlučujućim pokazateljem njegove lične vrednosti za zajednicu kao proizvođača.¹²⁰ Time se prosti na okolišan način kazuje ono što svaki meksički zidar zna: samo u dane kada je dovoljno zdrav da radi on može obezbediti pasulj i tortili svojoj deci, i sa svojim prijateljima popiti čašicu teki. Pa ipak, takva očigledna vrednost zdravlja ne pomaže ni zidaru ni ekonomisti zdravlja¹²¹ da odredi kakvu ulogu igraju medicinski izdaci da bi čoveka održali sposobnim za rad.

Ljudi koji žive u modernom društvu ubedeni su da moraju zavisiti od medicinske industrije, samo ne znaju u koju to svrhu. Različiti politički pristupi su korisćeni da bi se ozakonilo dotiranje lekarske delatnosti iz poreskih fondova. Socijalističke države su prihvatile princip finansiranja celokupnog zdravstvenog osiguranja i prepustile medicinskim radnicima da sami odrede Šta im je potrebno, kako se njihova služba mora obavljati, koliko treba da košta i ko će biti korisnik njenih

¹²⁰ O ostalim „teologijama“ vidi BERKOWITZ, Monroe, JOHNSON, William G.: *Towards an economics of disability: the magnitude and structure of transfer and medical costs*, u „Journal of Human Resources“, 5, Summer, 1970, str. 271–297. Berkovic prekušava da u dolarima izrazi vistnu ekonomskih gubitaka pretplaćenih slučajevima onesposobljavanja radnog čoveka u Sjedinjenim Državama. Tu spadaju medicinski izdaci za lečenje onesposobljenih, invalidske naknade i penzije, poređ gubitaka zbog neprizvedenih invalidske usluge koji su posledica invalidnosti. DOWIE, J. A.: *Valuing the benefit of health improvement*, u „Australian Economic Papers“, 9, June, 1970, str. 21–24, daje konceptualno novu formulaciju koristi od nege zdravlja i prevencije smrti.

¹²¹ ENTERLINE, Philip E.: *Social causes of sick absence*, u „Archives of Environmental Health“ 12, April, 1966, str. 467.

usluga. Neke druge zemlje zakonima i sugestijama intervensi prilikom organizovanja sopstvenog zdravstvenog sistema. Jedino su Sjedinjene Američke Države izradile nacionalnim zakonom potvrđen program koji garantuje kvalitet zdravstvenih usluga ponuđenih „slobodnom tržištu“ i u svemu prepustile predstavnicima medicinske struke da odlučuju o tome šta se podrazumeva pod dobrom zdravstvenom negom.

Pred kraj 1973. godine predsednik Nikson je potpisao Javni zakon broj 92-603 kojim se (na osnovu stručnih merila organizacije za superviziju zdravstva) daje ovlašćenje za kontrolu cena i kvaliteta dotiranoj medicinskoj industriji, koja od 1970. godine zauzima drugo mesto po veličini, i to jedino iza vojno-industrijskog giganta. Lekarima je zaprećeno visokim novčanim sankcijama ukoliko odbiju da otvore svoja dosjea državnim inspektorima koji tragaju za dokazima o preteranom iskorisćavanju bolnica, o proneverama i nesavesnom lečenju. Taj zakon nalaže medicinskoj struci da utvrdi smernice za postavljanje dijagnoza i za lečenje dugog niza povreda, oboljenja i zdravstvenih stanja. To je u svetu najskuplji program za medikalizaciju zdravstvene proizvodnje putem ozakonjene potrošačke zaštite. Taj novi zakon garantuje kvalitet svakog pojedinačnog medicinskog artikla. Međutim, on ne postavlja pitanje da li isporuka takvog artikla ima veze sa narodnim zdravljem.¹²²

Svi pokušaji da se uspostavi racionalna politička kontrola nad proizvodnjom savremene medicine propadali su jedan za drugim. Razlog za to leži u prirodi produkta koji se danas shvata kao „medicina“. A taj produkt je paket čiji sadržaj čine hemikalije, aparati, zgrade i stručnjaci, i on se u vidu medicine isporučuje klijentu. Nabavljač, a ne njegovi klijenti ili politički bos određuje veličinu tog paketa. Pacijent se svodi na predmet koji se opravlja; on više nije lice kome se pomaže da ozdravi. Ukoliko mu se i dozvoli da sam uzme učešća u takvom reparacionom postupku, određuje mu se i uloga poslednjeg šegrtu u toj hijerarhiji

¹²² WELCH, Claude, PSRO's-pros and cms, u „The New England Journal of Medicine“, Vol, 290, str. 1319 ff.

opravljača.¹²³ Čak mu se obično ne ukazuje ni toliko poverenja da sam uzme pilulu, no je dobija od medicinske sestre. Medicinska struka je za sebe izdejstvovala povlasticu da veliki deo savremenih naučnih ostvarenja primenjuje u zdravstvu. Tvrđnja da institucionalna zdravstvena nega (terapijska ili preventivna) iznad izvesne tačke prestaje da stoji u vezi sa daljim „opravljanjem“ zdravlja, može se zloupotrebiti tako da se klijenti čvrsto vezani za lekara pretvore u klijente neke druge servisne hegemonije. Potrošač je ohrabren da se upita šta će na kraju biti sa zdravstvenim službama i koje bi druge društvene službe odlučnije poboljšale zdravstveno stanje, bilo njegovo lično, bilo njegove uže zajednice.¹²⁴ Ono što u početku biva potrošačka zaštita, brzo se pretvara u krstaški rat za preobražavanje, i to po svaku cenu, nezavisnih ljudi u klijente. Svaki oblik zavisnosti postaje prepreka za autonomnu i uzajamnu negu, za borbenost, prilagođavanje i lečenje; i, što je još gore, pretvara se u sredstvo pomoću kojeg se ljudi ometaju u nastojanju da izmene one uslove na poslu i kod kuće koji ih doista teraju u bolest. Kontrola nad proizvodnom granom medicinskog kompleksa može dejstvovati ka poboljšanju zdravlja jedino ukoliko dovede do veoma energične redukcije njene ukupne delatnosti, umesto da se prosti svede na tehničko poboljšavanje artikala koji se nude.

Ravnopravnost u izlaganju krivdama

Kada se zdravlje posmatra kao političko pitanje, obično se tvrdi da zdravstvena nega treba da bude svi-

¹²³ DEWAR, Tom: *Some notes on the professionalization of the client Cuernavaca*, CIDOC, 1973. I/V 73/37. Licenca je ključ medicinske moći. Lekari su u stanju da određuju uslove za sopstveno školovanje, ponašanje i praksu. Mogu da propisuju merila za školovanje svih lica koja im pomažu u radu, za kvalitet svih organizacija i aparata kojima se služe. Prema tome, posedovanjem neograničenog ovlašćenja uklonjene su sve granice medicinskoj moći. Kako ona dejstvuje u Američkom lekarskom društvu, upečatljivo je opisao RAYACK, Elton: *Professional power and American medicine: the economics of the American Medical Association*, Cleveland, World Publishing Co., 1967.

¹²⁴ HAGGERTY, Robert J.: *The boundaries of health care*, u „The Pharoë“, July, 1972, str. 106—111.

ma jednako dostupna.¹²⁵ Političke partije poistovećuju želju za zdravljem sa planiranjem medicinske tehnologije. One ne dovode u pitanje ono što proizvodi medicinski sistem, no ističu da njihovi birači imaju pravo na sve što on stvara za bogate. Svaki nagoveštaj da ukupna novčana sredstva namenjena zdravstvenim službama treba smanjiti, smesta rada misao da će to najpre pogoditi siromašne. O problemu kontrolisanja raspona medicinske industrije može se raspravljati jedino ako se ispovesti da medicinska hiperprodukcija jednako pogoda siromašne i bogate. Političari su skloni da iznose dve jasno razgraničene postavke: prvo, da se siromašnim pruža manje medicinske nege no bogatima; i drugo, da su siromašni ljudi lošijeg zdravlja, te im je potrebno više pomoći. Oba ova iskaza zahtevaju analizu.

U većini zemalja siromašni ljudi imaju manji pristup medicinskim službama no bogati. U svim latinsko-američkim državama, izuzev Kube, najsistemašnija petina stanovnika su oni među kojima će tek jedno od četrdesetoro dece završiti obavezno petogodišnje školovanje, dok se otprilike isti postotak stanovnika leći u bolnicama kada se razboli. Bogatih je samo 3%, a to su ljudi sa diplomama u džepu, njihove porodice, radnički vođi i viši funkcioneri svih političkih partija. Njih leče lekari koje oni biraju, koji gotovo istom listom potiču iz njihovih sopstvenih redova i koji su svoje obrazovanje stekli na visini međunarodnih merila, uz državnu stipendiju.¹²⁶

¹²⁵ HIRSHFIELD, Daniel S.: *The lost reform: the campaign for compulsory health insurance in the United States from 1932 to 1943*, Cambridge, Harvard Univ. Press, 1970, daje dokaze o tome da, bar u SAD za poslednjih šezdeset godina, javne političke rasprave o nezi zdravlja ni u jednom trenutku nisu prevazišle industrijsku paradigmu medicine kao tehnološkog potvata. Ova knjiga raspolaže izvrsnom bibliografijom.

¹²⁶ „Uveren sam da je veoma štetna tendencija državnih zdravstvenih službi u Latinskoj Americi da svoju pažnju usredstvuje na medicinsku negu. U Venecueli, recimo, jedna bolnička postelja godišnje staje oko deset puta više no prosečan prihod u zemlji.“ GABALDON, Arnoldo: *Health services and socio-economic development in Latin America*, u „The Lancet“, April 12, 1969, str. 739—744. Takođe vidi NAVARRO, Vicente: *The under-development of health or the health of under-development, an analysis of the distribution of human resources in Latin America*. Johns Hopkins University. Clanak zasnovan na izveštaju podnesenom na „Pan American Conference of Health Manpower Planning“, Ottawa, Canada, September 10—14, 1973.

Uprkos postojanju nejednakih mogućnosti da se dođe do lekara, bilo bi pogrešno tvrditi da je dostupnost medicinske službe uvek povezana sa ličnim prihodom. U Meksiku 3% stanovništva uživa usluge sistema društvene zaštite koja drži svetski rekord u pogledu usavršenosti nege bolesnika i prvorazredne stručnosti. Ovu nekolicinu srećnika čine državni službenici koji se doista jednako leče, pa bili ministri ili kuriri.

Pripadnici te manjine mogu računati sa medicinskom negom visoke kakvoće prosto stoga što su deo demonstracionog obrasca. Hirurzi koji ih operišu ne zaoštaju za svojim kolegama u Teksasu. Zahvaljujući tome, novinski listovi su u stanju da obaveste školskog upravnika u nekom udaljenom selu kako meksička hirurgija raspolaže boljim kadrovima čak i od čikaških bolnica. Kada visoki državni činovnik dospe u bolnicu, desi se da se nelagodno oseća jer prvi put u svom životu spava pored radnika, ali se on, isto tako, i ponosi visokim stepenom demokratičnosti koji pokazuje njegova nacija obezbeđujući iste uslove za rukovodioca i običnog čuvara. Pacijenti obe ove vrste skloni su da previde da su obojica povlašćeni eksplotatori. Da bi se njima stavile na raspolaganje postelje, medicinski instrumenti, administracija i tehnička nega, jedna trećina sredstava namenjenih zdravstvu čitave zemlje mora se odvajati za ovu šačicu ljudi. A da bi se svim siromašima omogućio jednak pristup medicini jednoobraznog kvaliteta, morala bi se ukinuti većina sadašnjih delatnosti u zdravstvu.

Sjedinjene Američke Države zauzimaju među svetskim nacijama sedamnaesto mesto po smrtnosti odojčadi. Obično se pretpostavlja da je takvo rangiranje povezano sa društvenim i političkim činiocima, a osobito sa stopom umiranja male dece među najsiromašnjim slojevima, gde je ona osetno viša no u srednjim. Smatra se da se jedna petina Amerikanaca nalazi u ekonomski nezavidnom položaju i da stopa smrtnosti kod njihove odojčadi premašuje neke takozvane nerazvijene zemlje u Africi i Aziji. Opštevažeće objašnjenje je da siromašni ljudi mogu manje novca da troše na zdravstveni paket. Suprotno široko prihvaćenom uverenju, to

je u biti netačno. Korišćenje lekarskih usluga u Sjedinjenim Državama nije neposredno povezano sa prihodom. Naprotiv, porodice sa niskim primanjima uživaju više medicinske nege no sloj koji se po prihodu nalazi neposredno iznad njih.¹²⁷ Ti srednji Amerikanci sa niskim dohotkom suviše su siromašni da bi lekara platili iz svog džepa, a dovoljno imućni da imali prava na one posebne fondove koji se izdvajaju za povereno siromašne. Činilac koji doprinosi visokoj stopi smrtnosti kod odojčadi, čak i među onim najsiromašnjim građanima Sjedinjenih Država, u sasvim malom stepenu proizlazi iz nedovoljnosti terapijske potrošnje.

Verovatnije je tumačenje da se vrsta terapijske potrošnje u Sjedinjenim Državama nalazi iznad nivoa na kojem se većim izdacima može povećati lično dobro. Kada dete ove zemlje preživi postnatalnu medicinsku negu, koju je sve manje i manje u stanju da izbegne ma kako siromašno ili gladno bilo, već je doživelio oštećenja, ne samo u svojoj sredini no i u dodiru sa preterano tehnologiziranim medicinskim sistemom.¹²⁸

Razlike u postotku smrtnosti između pojedinačnih društvenih slojeva moraju se danas pripisivati činocima sredine i kulture koji postaju značajniji prognostički pokazatelji no dostupnost medicinskim uslugama.¹²⁹ Prejedanje, napetost, putovanja, gutanje prevelikih kolичina lekova, pored drugih činjenica udruženih sa visokim primanjima, skraćuju život bogatom odraslomu licu, dok prenaseljenost, zagađenost, zločin, diskriminacija i drugorazredne usluge zdravstvenog sistema više

¹²⁷ GLAZER, Nathan: *Paradoxes of health care*, u „The Public Interest“, str. 62–77.

¹²⁸ BIRCH, Herbert T., GUSSOW, Joan Dye: *Disadvantaged children: health nutrition and school failure*, N. Y., Harcourt, Brace and World, 1970. Mada su pisci ovih studija ubedeni u vrednost veće medicinske nege u korist siromašnih, smatraju da najvažnije pitanje nemas veze sa lečenjem, nego sa diskriminacionim činocima prema zdravljiju siromašne dece.

¹²⁹ Odnos između smrtnosti, s jedne strane, i medicinske nege i različitih sredina, s druge, naknadnom analizom ispituje AUSTER, Richard et al.: *The production of health, and exploratory study*, u „Journal of Human Res.“, 4, Fall 1969, str. 411–436. Ako se uzmu u razmatranje obrazovanje i medicinska nega, izlazi da je visok prihod povezan sa visokim mortalitetom. To je verovatno odraz nepravilne ishrane, nedostatka kretanja i psihološke napetosti imućnijih slojeva. Nepovoljni činoci povezani sa rastućim prihodima mogu poništavati blagotvorna dejstva medicinske nege intenzivnije i po kvantitetu i po kvalitetu.

ugrožavaju život siromašnog deteta. Intenzivnija terapija današnje vrste, povećava, u celini, negativno dejstvo koje siromašna sredina ima na zdravlje siromašnih ljudi. Manja pristupačnost savremenog zdravstvenog sistema, suprotno propovedanju političkih oratora, na sreću je siromašnog čoveka.

U društvu u kojem pojedinac može doći do medicinskih službi jedino preko društvenih posredničkih tela, otklanjanje jatrogenih intervencija ne predstavlja nikakvu političku dilemu, bar u teoriji. Država je u stanju da podjednako zaštićuje svakog svog građanina. Čim se ustanovi da se nekim medicinskim metodom ne postiže nikakav ili se dobija negativan rezultat, država prosto može odlučiti da ukine takav postupak. U zemljama koje nemaju centralizovano finansiranje, planiranje i kontrolisanje zdravstvenih službi, takva mera predstavlja krupnu političku dilemu. Čak i kada bi se skupim zdravstvenim službama uskratio novac iz poreskih fondova, bilo bi neizvodljivo da se one ukinu ili da se njihov ugled umanji. Nepobitna je činjenica da ove službe pružaju veoma malo u odnosu na svoju cenu, da predstavljaju stvarnu opasnost za dobrobit svog klijenta i da se njihova štetna dejstva mogu odraziti na zajednicu. Pa ipak je istina da će siromašni ljudi biti pošteđeni razočaranja i neposrednog stradanja, kao i nekih vidova devalviranja svoje zajednice, zahvaljujući manjem broju intervencija. Imajući na umu isključivo tehničke funkcije medicine, čini se opravdanim da vlast treba zaustaviti u trošenju novca na sistem čiji je cilj da se omogući jednak pristup potencijalno štetnim medicinskim procedurama. Ali stvar nije tako prosta kao što izgleda, jer medicina nije samo tehnička služba no i simbol društvenog standarda. Simbolična satisfakcija postala je velika svrha trošenja na medicinske usluge i njena uzdarja su priznata. Ljudi su stekli uverenje da odlazak u bolnicu, podvrgavanje analizama, lekovi i psihoterapija znače povlasticu i da su ogromne svote novca koje na to troši imućni pojedinci najbolji dokaz o poželjnosti te povlastice. U slobodnom društvu, sve dok bude preovladavala sadašnja predrasuda u korist medikalizacije, vlast će biti prinuđena da za medicinu

odvaja novčana sredstva prema zahtevima javnosti, čak i ako ta sredstva ne budu u potpunosti ispunjavala njenе želje. Pod takvim okolnostima, politička kontrola službi za isporuku zdravlja mora, po prirodi stvari, jačati uticaj njihovih proizvođača.

Ukoliko veći broj ljudi bude počeo da zavisi od dostupnosti modernih servisnih institucija, utoliko se čini važnjim da se utvrdi šta se to podrazumeva pod pravičnom dostupnošću. Da li se pravičnost ostvaruje kada se jednak broj dolara stavi na raspolažanje i bogatima i siromašnima za njihovo školovanje? Ili, da li je neophodno da se taj novac bukvalno jednak troši? Ili, da li pravičnost zahteva da siromašni stiću isto „obrazovanje“, mada će se mnogo više novca morati izdati za njih kako bi postigli jednak rezultate? Ta bitka za pravičnost, odnosno za jednakost u pogledu uživanja institucionalnog medicinskog staranja, bitka koja se već vodi u oblasti prosvete, sada otpočinje i na polju medicinske nege.¹³⁰ Ma ko izašao kao pobednik iz nje, i školski i medicinski sistem biće osnažen stoga što sporna pitanja nisu obrazovanje i zdravlje, no jednak pristup stručnoj nezi, iluzijama i krivdama.

Javnom kontrolom medicinsko-industrijskog giga-
anta usmerenog ka daljem razvoju, proširiće se njegova ekspanzija u smislu ugrožavanja zdravlja. Već smo videli da će do takve paradoksalne posledice doći posle uspostavljanja javne kontrole, ukoliko njena svrha bude planiranje i isporuka zdravlja. Monopol industrije nad zdravstvenom negom moraće da raste sve dok javnost bude organizovala svoje snage u smislu pravičnije raspodele bolje robe. Samo negativna stopa rasta medicinskog kompleksa može dovesti do jednakosti dostupnosti zdravstvene nege.

Društvena kontrola nad medicinskom mafijom

Treća vrsta javne politike, naime pokušaj da se kontroliše unutrašnja organizacija medicinske struke, ima podjednako rđave posledice po zdravlje.

¹³⁰ FEIN, Rashi: *On achieving access and equity in health care*, u „Milbank Memorial Fund Quarterly“, Oct., 1972, Vol. 50 : 34.

Izbegavao sam da bacam krivicu bilo na proizvodnju zasnovanu na samousluzi, bilo na nejednak tretman koji lekari primenjuju iz čiste pohlepe. Praksom usmerenom na ličnoj dobiti ne objašnjava se ni jedno ni drugo. Oba problema postoje i dalje, bilo da lekari samsi sebi određuju honorare, bilo da drugi to čine umesto njih, odnosno da svi lekari postanu državni činovnici. Društvena jatrogeneza se, u osnovi, ne javlja zbog individualnog ponašanja bilo kod broja lekara, nego zbog radikalnog monopola koji je sama medicinska struka sebi pribavila.

U nekim zemljama, doduše, većina lekara se bogati. To je znak ekonomске eksploatacije, ali ne i objašnjenje za nezdrave posledice medicinske prakse. Na nesreću, mnogobrojni kritičari američke, odnosno francuske medicine, ubeđeni su da bi se učinio krupan korak ka zdravijim odnosima kada bi lekari jednostavno radili pod platom. A verovatno je da bi bilo obrnuto: zatvaranjem procepa između prihoda kliničkih lekara i lekara opšte prakse, i postavljanjem plafona za njihove zarade, javno rukovođena medicinska struka, u celini, neminovno bi dobila u povezanosti i ugledu, te bi odmah postavila zahtev da joj se određuje veći postotak nacionalnog dohotka kako bi proširila svoje redove i uvećala svoju snagu. Medicinski esnaf se oduvek služio ukazivanjem na šačicu šarlatana ili derikoža da bi do prineo svom ugledu: žigosanjem njihovog nedostojnjog ponašanja, tipičan lekar opšte prakse u stanju je da ljuje ljude da ne bi videli kako zdravstvena struka, uopšte, eksploatiše zajednička dobra. Javna kontrola radi sprečavanja bogaćenja nekolicine pojedinaca lako bi mogla postati moćna domišljatost za ozakonjenje još intenzivnije medikalizacije čovekovog života.

Pored toga što zamera lično bogaćenje, široka javnost postavlja i pitanje hijerarhijske strukture zdravstva. Smatra se da lekari uzdižu svoju organizaciju nad zdravstvene nege, a da svom pomoćnom osoblju nadređuju sporedne zadatke. Međutim, gotovo sve predložene alternative idu naruku integraciji zdravstvene

industrije i „uvećavaju efikasnost pomeranjem stručnih kadrova naviše, a prenošenjem odgovornih zadataka na niže“.¹³¹ Postavka da današnji lekari čine ono što bi medicinske sestre bolje uradile, iziskuje raznovrsnije profile nižih profesionalaca¹³² i povećanje broja stručnih organizacija, kongresa i sindikata. A povećavanjem broja nižih stručnjaka smanjuje se mogućnost za onaj vid pomoći koju su ljudi u stanju da pružaju jedni drugima ili sebi samima.

Lekari opšte prakse, vesti vidari i slobodni apotekari radili su u Sjedinjenim Državama nezavisno jedan pored drugog sve do pre stotinak godina.¹³³ Prvi od njih je bio neka vrsta gospodina, drugi zanatlja, a treći trgovac. Otprilike pre šezdeset godina lekar sa univerzitetskom diplomom nametnuo je svoj uticaj. Sa njegovom pojavom nezavisnost prakse apotekara, babice, raznih veštaka u nameštanju kostiju, vađenju zuba i pružanju prve pomoći, zajedno sa bakinim medicinskim znanjima, počela je da opada. Smanjiva se broj ljudi koji se bavio veštinom lečenja. Upućivanje većeg broja zdravstvenih radnika u Harlem, slanje više bolničara u Baku, odnosno zavođenje propisa o stručnjoj obuci i o nadgledanju rada kineskih bosonogih lekara, daleko su od toga da znače korake ka deprofesionalizaciji zdravstva; naprotiv, to su političke mere koje donose veću vlast gospodarima, a ne narodu.¹³⁴

¹³¹ RUSHMER, Robert F.: *Medical engineering: projections for health care delivery*, N. Y., Academic Press, 1972: „efikasnost se povećava prebacivanjem kadrova naviše, a odgovornih dužnosti naniže“.

¹³² GLSF Oscar, editor: *Health manpower and the medical auxiliary. Some notes and an annotated bibliography*, Intermediate Technology Development Group, London, 1971.

¹³³ SNYROCK, Richard Harrison: *Medicine and society in America: 1660–1860*. „Ithaca“, N. Y., Great Seal Books, 1962.

¹³⁴ Srednji medicinski kadar stalno se proređuje. Niske nadležnosti, sve preziriviji stav prema poslovima sličnim onima koje obavljaju posluغا i domaćice, porast hroničnih bolesnika (zbog čega ova nega biva sve dosadnija) i nove mogućnosti da se žene zapošljavaju na drugim stranama, sve to doprinosi nedovoljnosti ovog osoblja. U Engleskoj 70% ukupnog broja najnižeg bolničkog kadra pristiže s druge strane mora. Slični procenti sreću se u Nemačkoj i Francuskoj, dok u SAD te poslove obavljaju Portorikanci, Meksikanci i Crnci. Iznaženje novih rangova, titula, programa, uloga i specijalista lek je sumnjivog dejstva. Bolnica jednostavno zadržava kadrovsku ekonomiju u visoko tehnološkom društvu: specijalizacija na vrhu, nov subproletarijat na dnu i progresivna profesionalizacija klijenta. O postojećoj krizi američkog srednjeg medicinskog kadra vidi: NATIONAL COMMISSION FOR THE STUDY OF NURSING AND NURSING EDUCATION. *An abstract for action*. N.Y., McGraw-Hill, 1970.

Sve dok isključivo lekari budu odlučivali o tome šta se podrazumeva pod dobrom zdravstvenom službom, neće im se moći određivati koliko će medicinske usluge stajati; u najboljem slučaju može im se saopštiti kolika je lična primanja javnost voljna da im dâ. Sve dok lekari budu odlučivali ko može dobro da vrši lekarsku praksu, u najboljem slučaju mogućno im je naložiti da odrede izvesnu kvotu lekara crne kože i da podstiću Portorikance u Sjedinjenim Državama i Uzbekistane u Rusiji da se bave fizioterapijom: tokom samog procesa takva terapija će početi više da liči na profesionalnu službu, a manje ostati opšta veština.¹³⁵

Za petnaest godina broj specijalnosti koje priznaje Američko lekarsko društvo više se nego udvostručio i danas obuhvata šezdeset sedam oblasti. U okviru svake te oblasti razvila se organizacija feudalnog tipa koja raspolaze priznatim medicinskim sestrama, tehničarima, novinama, kongresima, a pokratkad i povezanim grupama pacijenata koji vrše pritisak tražeći od zajednice veći budžet za zdravstvo. Cena usklađivanja lečenja jednog istog pacijenta koga leči više specijalista, izrazito skače sa proširivanjem broja kompetentnih stručnjaka; ali ne raste samo cena no i opasnost od grešaka i verovatnoća u smislu nanošenja povreda zbog nepredvidljivih posledica sadejstva različitih terapija. Svaki građanin priželjuje da postane pacijent nekolikih specijalista. Broj pacijentskih odnosa veći je od broja ljudi. Sve dok se javnost bude mirila sa činjenicom da monopol stručnjaka određuje ulogu bolesnika, ona neće moći da obuzda povećavanje broja pacijenata.

Pomoć iz poreskih fondova svim medicinskim sektama

Medicinska struka je, uglavnom, prestala da teži ka ciljevima udruženja zamatlija koji se oslanjaju na tradiciju, stručnost, znanje i intuiciju, i preuzeila je ulogu koja je ranije pripadala sveštenstvu, koristeći se

¹³⁵ DAVIS, K.: *The role of technology demand and labour markets in the determination of hospital costs.* „Communication à la Conférence sur l’Economie de la Santé et des Soins Médicaux“, Tokyo, April, 1973, umnoženo matricom.

naučnim principima kao svojom teologijom, a tehnolozima kao svojim đakonima. Lekari se više ne bave praktičnom veštinom lečenja izlečivih, nego izbavljenjem ljudskog roda iz okova bolesti, narušenog zdravlja, pa čak i iz nužnosti umiranja. Medicinska struka više nije esnaf u pravom smislu čiji se članovi povinuju odredbama ustanovljenim da bi se njima rukovodili majstori jedne praktične veštine za dobro uistinu obolelih lica. Medicinska struka se pretvorila u ortodoksnu partiju birokrata i administrativaca koji primenjuju naučne principe i metode na cele kategorije medicinskih slučajeva. Drugim rečima, medicinska nauka je nadvladala kliniku.¹³⁶ Za lekara „naučnika“ medicina je nauka, a lečenje svakog pacijenta znači da se eksperiment još jednom ponavlja sa statistički definisanom verovatnoćom na uspeh. Kao pri svakoj operaciji koja iziskuje primenu nauke u doslovnom smislu, podbačaj u naučnoj medicini mora se pripisivati nekoj vrsti neznanja: nepostojanju naučnog poznавања zakona koji se primenjuju u određenoj eksperimentalnoj situaciji, odsustvu lične kompetencije samog eksperimentatora koji se služi određenim postupcima i principima, ili pak njegovoj nemoći da ovlađa onom migoljastom varijabilom koja se zove pacijent. Što se pacijent doslednije podvrgava kontrolama, to ishod lečenja u takvoj vrsti medicine biva predvidljiviji.

Od medicinske nauke koju primenjuju medicinski naučnici očekuje se da pravilno leči, bez obzira na to da li će posle toga pacijent ozdraviti, umreti ili se ništa neće dogoditi. Takav postupak je ozaknen statističkim tabelama koje matematički predviđaju sva ta tri ishoda. Lica koja se bave takvom naukom obrazuju u organizacionom smislu birokratsko udruženje, a ne esnaf. Individualan lekar, nasuprot tome, ne duguje prirodi i pacijentu ništa manje zahvalnosti no što pacijent duguje njemu ako je postigao uspeh primenjujući svoje znanje. Stručnjaci lekarske veštine mogli bi na neki način da kontrolišu jedan drugog i da štite interes jav-

¹³⁶ Medicinskim tehnokratima je više stalo do interesa nauke, nego do potreba društva. Ovo gledište je ubedljivo obrazložio LEACH, Gerald: *The biocrats: implications of medical progress.* New York, McGraw-Hill, 1970: Baltimore, Penguin Book, revised ed., 1972.

nosti ukoliko bi se udružili u esnaf, pa makar i najliberalnije vrste.

Za sada, medicinska organizacija zadržava pravo da definiše zdravlje i da određuje koji to terapijski metodi zaslužuju da ih zajednica finansira. Zdravstvo ustaje protiv jeretičkih stavova i u stanju je da pojedince koji ih zastupaju lišava javne pomoći, ako ne i prava na praksu. Od početka ovoga veka medicinski korpus ima značaj zakonom ustanovljene crkve. Još jedna vrsta radikalne politike nastoji da izvrši napad na ovu ideologiju koju je nametnula birokratija.

Legalne mere predlagane da se razbije taj kvazi-crkveni monopol imaju svoje istorijske presedane. U prošlosti postoje crkve koje su razvlašćene. Prilikom takvog razvlašćivanja javljaju se četiri modela. Prvi favorizuje tradiciju. Papa koji se silovito okonio na nekog jeretika lišavao bi se svetovne pomoći. Pri tom je i dalje u celosti zadržavao ovlašćenja za prikupljanje poreza u novcu, kao i pravo da određuje zakon o braku. U nizu savremenih država taj stepen liberalnosti još uvek nije dostignut na polju medicine. Pojedinci danas dopadaju zatvora ukoliko su, prema merilima medicinske dogme, žigosani kao nadrilekari. Drugi način razvlašćivanja sprovodi se tako što se jednakе povlastice daju dvema crkvama ili te povlastice uživa više crkava. Katolici i luteranci imaju ista ovlašćenja za prikupljanje poreza u Saveznoj Republici Nemačkoj. Na polju medicine, to bi značilo da bi po komad poreskog kolača dopao ne samo ovlašćenim profesionalcima no i homeopatima i hiropraktičarima. Treći uzor je američki model strogog odvajanja crkve od države. Razvlašćivanje u tom slučaju znači uskraćivanje svake neposredne potpore iz poreskih fondova, ali ne i zadiranje niti sumnjanje u ciljeve kojima teži crkva. Takođe uzor smatra da su crkve verovatno potrebne, ali svakako neizbežne institucije. Razvlašćivanje medicine na osnovu tog uzora postiglo bi se kada bi se medicinskoj instituciji ukinula svaka neposredna finansijska pomoć. Četvrti oblik razvlašćivanja je trpeljivost prema crkvama po ruskom uzoru: crkve se smatraju nezdravim, nad njima se vrši nadzor i oporezuju se. Niko pri-

zdravoj pameti ne bi predložio takav obrazac za oduzimanje zakonskih prava zdravstvenoj instituciji.

Svi predlozi čiji je cilj da se obezbedi veća jednakost pred zakonom i da se daju alternativni modeli zdravstva, na svoj način teže ka razvlašćivanju medicinske „crkve“. Oni bi se, najpre, mogli svrstati u drugi obrazac jednakih povlastica. Krajnji ishod ove vrste terapijskog pluralizma lako bi mogao uroditи još čvršće organizovanim zdravstvom. Akupunkturisti, bramanski sveštenici Ajurvedi, homeopati i veštice verovatno bi tada dobili svoje odeljenje u nekoj svetskoj bolnici za doživotne bolesnike. U terapijski usmerenom društvu pruža se mogućnost svakovrsnim eskulapovcima¹³⁷ da uzmuh učešća u monopolističkom dodeljivanju pacijentskih uloga; međutim, što je više različitih klika u stanju da lišava bolesnike njihovih normalnih dužnosti, to je manje ljudi koji mogu samostalno da odluče i o svom položaju i o načinu lečenja. Ukoliko razvlašćivanje medicinskog korpusa ne pruži pojedincu veću mogućnost za samolečenje, ono će pre pojačati no smanjiti negativna dejstva medikalizacije.

Paracelzus savetuje da se bol ublažava previjanjem trava na ranu, a akupunkturista tvrdi da se bol umanjuje ubodima igala. Ajurved proglašava čoveka odgovornim za svaku bolest, poučava ga kako da zaboravi svoj bol i tegobu, i propoveda da iz ljubavi prema bogu valja podneti oboje. Savremena medicina pati od jedne obmane po kojoj se razlikuje od svih prethodnih. Prepostavlja da svako zlo treba lečiti, ma kakav se ishod predviđao. Ta terapijska manija je, na nesreću, zarazna, i osakatila je tradicionalnu veštinu nege bolesnika. Raspon profesionalnih medicinskih delatnosti toliko se proširio da je izdavanje dozvola za samokontrolu ove struke postalo besmisleno i svakako beskorisno.

¹³⁷ Ovo mišljenje zastupaju SIGLER, Miriam i OSMOND, Humphry: *Aesculapian authority*, u „Hastings Center Studies“, Vol. 1, No. 2, 1973. str. 41–52. Eskulapovski autoritet prvi put spominje PATERSON, T. T.: *Notes on Aesculapian authority*, neobjavljeni rukopis, 1957. Eskulapovski autoritet je spoj tri komponente: autoriteta koji običava mudrost i ima pravo da savetuje, poučava i rukovodi; moralnog autoriteta, koji medicinskim postupcima daje smisao ispravnih, a ne samo dobrih stvari; i harizmatičnog autoriteta, zahvaljujući kojem se lekar može pozvati na neku vrhunsku silu i koji često prenebregava pacijentovu savest i *raison d'état*.

Kinezi su prvi „ustrojili“ svoju medicinu kada su osnovali carske koledže na kojima se ova nauka predavala i carske certifikate kojima su svakih pet godina proveravali da li lekar i dalje održava svoje znanje na visini. Mandarini su prvi pokušali da produže život pomoću naučno spravljenih eliksira. Stolećima su vodili dragocene beleške o njihovim otrovnim dejstvima, ne prestajući da eksperimentišu. Današnji medicinski mandarini u Kini prvi su udružili medicinsku veština tradicionalnih iscelitelja sa industrijskim principom, imajući za cilj beskonačno napredovanje tehnološke medicine. Ostaje da se vidi koliko će se dugo upražnjavati tradicionalan tip lečenja, mada je ono za sada obuhvaćeno terapijski usmerenim sistemom.

Današnja nega zdravlja skupo se i nejednako raspoređuje, dok sve veće mnoštvo zdravstvenih stručnjaka samo povećava broj simptoma, terapija i zahteva. Lekarska kontrola nad proizvodnjom medicinskih dobara čini da se oni proređuju. Povećanim budžetskim stavkama, racionalnijom proizvodnjom većom javnom kontrolom nad distribucijom, smanjenjem medicinskih povlastica i napuštanjem naučne medicine u korist kliničkog lečenja umanjili bi se troškovi, dostupnost medicinskih usluga postala bi pravičnija, a lečenje uspešnije. Pa ipak, postojeći nedostaci imaju i jednu veliku prednost. Ograničenost medicinskih beneficija istodobno znači i ograničavanje jatrogenskih nuzprodukata. Kada bi se medicinske usluge povećale, ciljevi racionalnije kontrolisali, a dostupnost medicinskih intervencija postala pravičnija, sadašnji medicinski sistem bi produbio svoje nezdravo dejstvovanje i još više smanjio područje samolečenja.

Projektovanje plastične materice

Do sada sam razmatrao četiri tipa kritike upravljene protiv institucionalne strukture medicinsko-industrijskog giganta. Svaka ponaosob je povod za specifičnu vrstu političke intervencije, a sve zajedno jačaju zavisnost ljudi od medicinske birokratije, jer zdravstvenu negu smatraju jednim vidom planiranja i te-

hnologije.¹³⁸ One određuju strategiju hirurških, hemijskih i biheviorističkih intervencija u životu bolesnih ljudi ili onih kojima preti bolest. Peti tip kritike odbacuje takve težnje. Ne napuštajući shvatanje medicine kao tehnološkog pothvata, ovi kritičari zastupaju gledište da medicinske strategije omanjuju stoga što se sa previše napora usredsređuju na bolest, a premalo se trude da izmene sredinu zbog koje se ljudi razboljevaju.

Većina istraživanja u iznalaženju alternativa kliničkoj intervenciji upravljena je ka programskoj izgradnji profesionalnih sistema čovekove društvene, psihološke i fizičke sredine. „Determinante zdravlja van zdravstvene službe“ uglavnom se bave planiranim intervencijom u okviru čovekove sredine uopšte.¹³⁹ Terapijski inženjeri prebacuju udar svojih intervencija sa potencijalnog ili stvarnog pacijenta na jedan veći sistem čiji je on zamišljeni element. Umesto da rešavaju pitanje bolesnika, oni iznova konstruišu čovekovu sredinu ne bi li obezbedili zdravije stanovništvo.¹⁴⁰

¹³⁸ DUNAYE, Thomas M.: *Health planning: a bibliography of basic readings*, Council of Planning Librarians: Exch. Bibliography, 1968. Ova bibliografija je umnožena na geštetneru, a izdanie je ponovljeno u CIDOC, *Antologija A2*. Pisac kaže: „Toliko su brojni izvorni materijali na temu planiranja zdravlja, da je izrada potpune bibliografije dobila elefantske razmere. Ova teškoća je delimično prebrođena spajanjem zasebnih bibliografija... od kojih su mnoge obuhvaćene... [ovom]... objedinjenom zbirkom osnovnih tekstova namenjenih... čitaocu kome je nepoznato ovo polje.“ Takode vidi: SANGSTER, R. P.: *Ecology, a selected bibliography*. Council of Planning Librarians: Exchange Bibliography. January, 1971.

¹³⁹ Primer za takvo gledište potraži kod: LERNER, Monroe., BRENNER, Harvey, CASSEL, John., et al.: *The non-health services' determinants of health levels: conceptualization and public policy implications*. Izveštaj jednog potkomiteta koji ima Karnegijevu subvenciju i radi u okviru Sekcije za medicinsku sociologiju pri Američkom sociološkom društvu., 29. avgust 1973, umnoženo geštetnerom. Suočen sa potrebom da utvrdi granice svog radnog polja, Komitet je izvukao nekoliko svršisodnih zaključaka: 1) bavite se činocima koji deluju na stepen zdravlja ili se tako smatra, a ne konceptima i merenjem stepena zdravlja, odnosno njegovim spoljašnjim vidovima, u cilju poboljšanja socijalno-kulturnih nivoa; 2) potom će se baviti činocima koji dejstvuju na stanovništvo uz selektivan rizik; 3) zatim prevencijom, održavanjem zdravlja i prilagođavanjem hroničnim bolestima i invalidnostima, ali jedino ukoliko se ove kategorije ne shvataju kao zdravstvene mere; 4) takođe će se baviti i nenamernim oštećenjima zdravlja koja su posledice rada sistema za negu pojedinčeva zdravlja.

¹⁴⁰ ILTIS, Hugh., LOUCKS, Orie., ANDREWS, Peter: *Criteria for an optimum human environment*, u „Science and Public Affairs Bulletin of the Atomic Scientists“ January, 1970, str. 2–6. ENGEL, George L.: *A unified concept of health and disease*, u „Perspectives in Biology and Medicine“, Summer 1960, str. 459–485.

Zdravstvena nega shvaćena kao tehnološko rešenje higijenske sredine dejstvuje u okviru kategorija različitih od kategorija kliničkog naučnika. Njena meta je čovekov opstanak, a ne bolest; ona snagu svog dejstva upravlja na celokupno stanovništvo, umesto da specifične agense primenjuje na pojedince; usredsređuje se na odnos ljudskog kosmičkog bića prema vrstama posred kojih je ono evoluiralo, a ne na odnos između ciljeva ljudi, s jedne strane, i njihove sposobnosti da ih ostvare, s druge.¹⁴¹

Ukratko, ljudi su pre produkti svoje sredine, no genetskog nasledja. Ljudski rod je do sada pokazao neobičnu sposobnost prilagođavanja. Čovek je opstao po cenu veoma visokog stepena subletalnih padova. Dibo¹⁴² strahuje da li će čovečanstvo biti u stanju da se prilagodi stresovima druge industrijske revolucije i prenase-

¹⁴¹ ANTONOVSKY, Aaron: *Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine*, u „Social Science and Medicine“, Vol. 6, 1972, str. 537—544, zalaže se za uvođenje četvrte kategorije konceptualnih oruđa savremene medicine, za otkrivanje opasnosti po život. Medicina je do sada razvila tri velika koncepta za kontrolisanje bolesti. Prvo, otkriveno je da se bolest može spreći zavodenjem javnih zdravstvenih mera koje se moraju primenjivati na čovekovu sredinu, a naročito kontrolisanjem snabdevanja hranom i vodom. Drugo, sa konceptom imunizacije, odnosno pripremanjem individue za rezistenciju, nastao je preokret. Oba ova stava su zasnovana na slikovitoj predstavi o opasnim agensima. Treći, nov moment je nastupio kada je uočena višezačna uzročnost: bolesnik podleže datoj bolesti kada se dati agens udruži sa datim neprijateljskim činocem u dатој sredini: zadatak medicine je da otkriva i otklanja *te date*. Po mišljenju Antonovskog, čak ni Dibo ne ide eksplicitno dalje od koncepta višezačne uzročnosti, uprkos tome što ističe potrebu za jačanjem čovekove sposobnosti prilagođavanja stresu kojim mu prete specifične bolesti. Antonovski predlaže ovaj naknadni koncept životne opasnosti i daje jednu definiciju koja ukazuje na to kako da se taj globalni koncept sprovodi u stvarnosti. U tu svrhu on predlaže četiri specifikovana aspekta zajednička svim bolestima: 1) bol za vreme bolesti može biti odsutna, blag, umeren ili jak; 2) tegoba može biti odsutna, nepriјатна, umerena ili jača; 3) ona se može svrstati u šest kategorija povezanih sa akutnim ili hroničnim karakterom oboljenja (bez akutnog ili hroničnog stanja; blago hronično, ali ne i degenerativno stanje; akutno stanje bez opasnosti po život; ozbiljno hronično, ali ne i degenerativno stanje; ozbiljno hronično degenerativno stanje; akutno stanje uz opasnost po život); i 4) medicinski stručnjak može smatrati da bolest, zavisno od mesta na kojem se javlja, ne iziskuje nikakvu intervenciju, nadgledanje niti terapiju. Na taj način je utvrđeno 288 mogućih vrsta dekompozicije, tj. ugroženosti života. Prema piščevom mišljenju, „pokreće se jedno potpuno novo pitanje: kakva je etiologija dekompozicije? Postoji li neka nova konstelacija činilaca koja je nepobitan predznak dekompozicije?“

¹⁴² DUBOS, René: *Man and his environment: biomedical knowledge and social action*. Pan American Health Organization. Scientific Publication No. 131, March, 1966.

ljenosti, isto onako kao što je preživelo nalete gladi i kuge i ratove u prošlosti. On sa zebnjom govori o toj vrsti opstanka, misleći na čovekovu moć prilagođavanja, koja je, pored toga što je uslov za održavanje u životu, i težak hendikep: najčešći uzroci bolesti postavljaju adaptivne zahteve. Takva organizacija zdravstvene nege, nimalo ne vodeći brigu o osećanjima ljudi i o njihovom zdravlju, jednostavno se usredsređuje na konstruisanje sistema koji svodi zdravstvene padove na najmanju meru.

Dve predvidljive i zlokobne posledice napuštaju medicine usmerene ka pacijentu u prilog medicini usmerenoj ka sredini jesu izgubljen osećaj za granice između kategorija nedvosmislene devijacije i nova legitimnost koju je steklo totalno lečenje. Medicinska nega, reeduksacija i psihičko preustrojavanje, sve su to samo drukčiji nazivi za čovekovo projektovanje kojim se razne vrste stanovništva uklapaju u razne sisteme. Kako sistem za isporuku zdravlja neprestano omanjuje u rešavanju zahteva koji mu se postavljaju, stanja koja se danas svrstavaju među bolesti uskoro mogu dobiti vid kriminalističke devijacije ili asocijalnog ponašanja. Bihevioristička terapija koja se primenjuje u Sjedinjenim Američkim Državama i smeštanje političkih protivnika u duševne bolnice u Sovjetskom Savezu, ukazuju na pravac kojim integracija terapijskih struka može krenuti: a to je jače zamućivanje granica među terapijama koje se određuju na osnovu medicinskih obrazovnih ili drugih ideoloških postavki.

Kucnuo je čas ne samo za donošenje javne ocene medicine no takođe i za javno raščišćavanje sa svim onim čudovištima rođenim iz snova o izgradnji čovekove sredine.¹⁴³ Ukoliko je cilj savremene medicine da stvori takve uslove u kojima bi ljudima bilo nepotrebno da osećaju i da se leče, ekomedicina im obećava da će zadovoljiti njihovu otuđenu želju za plastičnom matericom.

¹⁴³ O kritičkoj oceni ekološki usmerene medicine vidi: COCHRANE, beleška 13, McLACHLAN, Gordon, McKEOWN, Thomas, eds., beleška 3.

III DEO

STRUKTURALNA JATROGENEZA

5. UNIŠTAVANJE MEDICINSKIH KULTURA

Ljudski rod je jedina živa vrsta čiji su pripadnici svesni svoje krhkosti, svoje delimične načetosti, svesni da idu u susret potpunom krahу, što će reći smrti. Što je svest o tome jasnija, to je veća potreba za simbolizovanim odnosom prema tom neizbežnom činu. Osećanje sreće muškarca ili žene povećava se sa njihovom sposobnošću da preuzmu ličnu odgovornost za svoj bol, oronulo zdravlje i za svoj stav prema smrti. Kultura i zdravlje samo su dva naziva za program po kojem živi jedna društvena zajednica sa ciljem da do savršenstva doveđe sposobnost svojih članova da se uhvate ukoštač sa opasnostima od elementarnih nepogoda i od drugih ljudi.

Stoga, da bih pokazao da su kultura i zdravstveni program jedno te isto, poslužiću se razrađenim idejama Kliforda Gerca.¹⁴⁴ Kada govorimo o kulturi, moramo izbegavati klopke u koje su padali antropološki evolucionisti tragajući za čovekom sa velikim Č iza svake svojstvenosti pojedinačnog običaja, i to u istoj meri u kojoj moramo izbegavati one kulturne relativiste koji utapaju čoveka u svaku datu kulturu. Čovek koga nisu izmenili određeno mesto i društvo jednostavno ne postoji. On nikada nije ni postojao u tom ogoljenom sta-

¹⁴⁴ GEERTZ, Clifford: *The impact of the concept of culture on the concept of man*, COHEN, Yehudi A., ed., u „*Man in adaptation: the cultural present*“, Chicago, Aldine 1968.

nju, niti bi zbog same prirode svog slučaja mogao takav opstati.¹⁴⁶ Ali da bi se shvatilo u kom smislu je kulturna ona neophodna „čaura“ za čovekovu borbenu sposobnost, moramo zaći iza njenih proizvoda i usredsrediti svoju pažnju na njenu funkciju. U tom smislu kultura se najbolje sagledava ne kao složeni sklop određenih

¹⁴⁵ Osnovna bibliografija za proučavanje medicinskih kultura
DUNN, F. L.: *Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems*. Sapirografisan tekst od 14 str. Dan ukaže na značajno predubedenje sadržano u većini objavljenih istraživačkih radova u medicinskim kulturama. On tvrdi da je 95% etnografske (kao i antropološke) literature o nastojanjima da se ojača zdravlje i o uverenjima povezanim sa tim pitanjem posvećeno lečenju, a ne određivanju i poboljšanju zdravlja. ACKER-KNECHT, Ervin, H.: *Naturel diseases and rational treatment in primitive medicine*, u „*Bulletin of the History of Medicine*, Vol. XIX, No. 5, May, 1946, str. 467-497, daje zastareo, ali još uvek izvrstan pregled literature o funkcijama medicinskih kultura. On iznosi konvergentne podatke o tome da medicina igra društvenu ulogu i da u primitivnim kulturama ima holističko i unitarističko obeležje koje savremena medicina nije u stanju da pruži. POLGAR, Steven: *Health and human behaviour: areas of interest common to the social and medical sciences*, u „*Current Anthropology*“, 3 (2) April, 1962, str. 159-205, daje kritičku ocenu svakog pitanja i reagovanja velikog broja stručnjaka za ovu oblast na njegovu ocenu. Takode vidi POLGAR, Steven: *Health*, u „*International Encyclopedia of the Social Sciences*“, Vol. 6, str. 330-336. Medicinska kultura se posmatra iz sužene perspektive jednog bilihistoriste. PEAR-SALL, Marion: *Medical behavioral science: a selected bibliography of cultural anthropology, social psychology and sociology in medicine*. University of Kentucky Press, 1963, 136 str. SELIGMANN, S.: *Die magischen Heil und Schutzmittel aus der unverbüten Natur mit besonderer Berücksichtigung der Mittel gegen den bösen Blick. Eine Geschichte des Eine Geschichte des Amulettenswesens*. Stuttgart, der Strecker und Schroeder, 2 Vols., 1922, and SELIGMANN, S. *Der böse Blick und Verwandtes. Ein Beitrag zur Geschichte des Abergläubens aller Zeiten und Völker*, Berlin, 1910, 2 Bde. Seligmanova dela pravi su koveceži s blagom. Takode vidi JAYNE, Walter Ad-dison: *The healing gods of ancient civilizations*, N. Y., University Books, 1962. GRABNER, Elfriede: *Volksmedizin. Probleme und Forschungs-geschichte*, Darmstadt, Wiss. Buchg., 1974, sastavljač je antologije kritičkih studija o istoriji etnomedicine. JAKOBOWITS, Immanuel: *Jewish medical ethics. A comparative and historical study of the Jewish religious attitude to medicine and its practice*, N. Y., Bloch Pub. Co., 1959, third ed., 1967. PREUSS, Dr. Julius: *Biblisch-talmudische Medizin. Beitrag zur Geschichte der Heilkunst und der Kultur überhaupt*, 3 Aufl. Berlin, 1923, 735 str. ULLMANN, Manfred: *Die Medizin im Islam*, Leiden, E. J. Brill, 1970. LECLERC, Lucien: *Histoire de la médecine Arabe. Exposé complet des traductions du Grec. Les sciences en Orient, leur transmission à l'Orient par les traductions latines*, 2 tomes. N. Y., Burt Franklin, 1971 (original, 1876). Projs. Ulman i Leklerk uvođe čitaoca u severoameričku medicinu. O etnomedicini u Južnoj Americi vidi: ACKER-KNECHT, Erwin H.: *Medical Practices* kod STEWARD, Julian Haynes: *Handbook of South American Indians*, Vol. 5: *The comparative ethnology of South American Indians*, U. S. Bureau of American Ethnology, Bull. 143, str. 625-643. O severnoameričkim prastarošedincima vidi str. 339-342 kod MILLER, Genevieve, ed., *Bibliography of the history of medicine of the United States and Canada, 1939-1960*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1964. POYNTER, F. N. L.: *Medicine and culture*. Zapisnik sa istorijskog simpozijuma koji su zajedno organizovali Wellcome Institute of the History of Medicine, London, i Wenner-Gren Foundations for Anthropological

obrazaca ponašanja, među koje spadaju običaji, načini postupanja, tradicije ili skupine povezanih navika, nego kao celinu kontrolnih mehanizama: planova, propisa, pravila i uputstava kao sve ono što određuje ponašanje. Čovek je životinja koja je izgubila svoj nagon i očajnički zavisi od takvih vangenetskih, spoljnih kontrolnih mehanizama bez kojih se ljudskim ponašanjem ne može upravljati niti ljudska ravnoteža dostići. Kultura je, drugčije rečeno, poseban oblik opstanka, borbenosti i životne sposobnosti u jednoj dator ljudskoj zajednici; a to, u stvari, znači da se kultura izjednačava sa *Gestaltom* zdravlja određene zajednice. Ona nije nešto što se dodaje izvesnoj, uistinu dovršenoj ljudskoj životinji, no jedan od bitnih elemenata pri uobičavanju te životinje. Pristajući da ih vode simbolički posredovani programi koji određuju artefakta koja valja proizvoditi, način na koji društveni život treba organizovati i izražavati u kategorijama i emocijama, muškarac i žena determinišu, ma kako nesvesno to činili, onu vrhunsku etapu svoje biološke sudsbine. Determinišući svoje zdravlje, oni izgrađuju sopstveno fizičko biće isto onako kao što u jednom opštijem smislu, determinišući svoju kulturu, kreiraju sebe same.

U svom tumačenju kulture kao programa, Gerc ističe da prosvećena i klasična antropologija promašuju bitnu stvar. Obe one nastoje da izgrade sliku o čoveku kao uzoru, arhetipu, platonском idealu ili aristotelском obrascu. Dok prosvećena antropologija raskida amove kulture ne bi li razotkrila „prirodnog čoveka“, klasična antropologija na činioce razlaže običnost dater kulture i dolazi do onog što je ostalo od „refleksnog čoveka“, a obe zajedno stvaraju osnovu za postojeću viziju zdravlja kao normalnosti, dok na bolest gledaju kao na odstupanje od izvesne teorijske norme. Obe

Research, N. Y., London, Wellcome Inst., 1969. O sukobu između metropolske medicine i raznih tradicija širom svih kontinenata vidi kod Pointera. O takvom istom sukobu u Latinskoj Americi vidi: RUBEL, Arthur: *The role of social science research on recent health programmes on Latin America*, u "Latin American Research Review", Vol. 2, 1966, str. 37-56, ZSCHOCK, Dieber: *Health planning in Latin America: review and evaluation*, u "Latin American Research Review", Vol. 5, 1970, str. 35-56. Najbolji uvod u medicinsku literaturu daju BLAKE, John B., ROOS, Charles ed.: *Medical reference works 1679-1966*, odabrama bibliografija, Chicago, Medical Library Association, 1967.

proglašavaju individualnu ekscentričnost i samosvojstvenost devijacijom, skretanjem i bolešću, ističući da je fundamentalan, nepromenljiv, normativan tip čoveka formalan predmet naučnog istraživanja. Osnovna razlika između životinjskog i ljudskog zdravlja strana je za ova dva obrašta.

Da bi jedinke naše vrste postale ljudska bića, odvuk su morale da iznalaze nekakav određeni program kojim bi se rukovodile u svojoj borbi sa prirodom i susedom. Iz tog rvanja one su često izlazile kao pobednice, ali su oružje, pravila i stil za svoju borbu nalazile u kulturi u kojoj su rasle. Svaka kultura na svoj jedinstven način razvija i definiše obrazac šta je čovek ili šta je zdravlje. Kôd svake zajednice poklapa se sa datim genetskim sastavom, datom istorijom, datim geografskim položajem i nužnošću suočavanja sa datom skupinom drugih kultura. Kôd svake zajednice menja se prema takvoj sveukupnosti sredine. Naporedo sa kulturom ljudi evoluiraju i svaki ponaosob uči kako da se održi u životu u toj zajedničkoj čauri.¹⁴⁶ Ne samo da svaka kultura propisuje uputstva kako valja obradivati zemlju i boriti se no isto tako daje i izvestan skup pravila sa kojima se jedinka miri uz bol, narušavanje zdravlja i smrt. Kako tumačiti ove tri najprisnije i najopasnije pretnje i kako se odnositi prema ostalim licima sa kojima se one sučeljavaju — suštinski je deo svake kulture sposobne da opstoji. Čovekov osećaj sopstvenog tela dar je njegove kulture.¹⁴⁷

¹⁴⁶ GEERTZ, vidi belešku 143. Stanovnici Jave bez okolišenja tvrde: „Biti čovek znači biti Javanac.“ Za malu decu, prostake, glupake, umno poremećene ili izrazito nemoralne ljude kaže se „ndurung djawa“ (da nisu Javanci). „Normalna“ odrasla osoba koja se vlada prema pravilima visoko razvijenog sistema lepoti ponašanja, koja ima istančan estetski smisao za muziku, igru, dramu i za šare na tkaninama, koja je osetljiva na suptilne podstreke božanstava što obitava u tistini ka sebi okrenute svesti svakog pojedinca jeste „ampun djawa“ (već Javanac). Biti čovek ne znači prosto disati, no isto tako upravljati svojim disanjem posredstvom izvesne tehnike slične jogi, kako bi se u udisajima i izdisajima mogao čuti pravi glas Boga koji izgovara sopstveno ime: hu Alah.

¹⁴⁷ GREVERUS, Ina-Maria: *Der territoriale Mensch. Ein literaturanthropologischer Versuch zum Heimatphänomen*, Frankfurt am Main, Athenaeum, 1972. MUHLMANN, W. E.: *Das Problem der Umwelt beim Menschen*, u „Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie“, XLIV, 1952, str. 153–181. GEHLEN, Arnold: *Die Seele im technischen Zeitalter. Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft*, Hamburg, Rowohlt Taschenbuch, 1957. BERGER, P., BERGER, B., KELLER: *The homeless mind*, N. Y., Vintage Books 1974. PLUGE, Herbert: *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen,

Savremena kosmopolitska medicinska civilizacija odbacuje potrebu da čovek prihvati bol, bolest i smrt. Medicinska civilizacija je isplanirana i organizovana tako da ubija bol, odstranjuje bolest i da se bori protiv smrti. To su novi ciljevi, kakvi nikada ranije nisu bivali putovođe u društvenom životu. Bol, bolest i smrt, nekada bitna iskustva sa kojima svako od nas valja da se nagodi, medicinska civilizacija je preobrazila u nesrećne slučajevi koji od ljudi zahtevaju da se za pomoć obraćaju medicini. Ciljevi medicinske civilizacije su, prema tome, antitetični svakoj pojedinačnoj kulturi sa kojom se ona sučeli kada se, budući integralni deo industrijskog progresa, nađe usred takozvanih nerazvijenih zemalja.

Tradicionalna kultura vrši svoju higijensku funkciju doslovno tako što ima moć da osposeobi pojedinca da podnosi svoj bol, shvata bolest, a susretanje sa smrću, koje traje celog njegovog života, osmisli. Tradicionalno staranje o zdravlju ponajčešće je značilo skup pravila o spavanju, jelu, vođenju ljubavi, radu, igri, snovima, o pevanju i o patnji.¹⁴⁸ A lečenje se uglavnom svodilo na tradicionalan način pružanja utehe bolesnika i staranje o njima, na prihvatanje, trpeljivost pa i odbacivanje unesrećenih.¹⁴⁹ „Kulturu“ i „zdravstvene

Max Niemeyer Verlag, 1967. BUYTENDIJK, Frederik, J.: *Mensch und Tier*, Tübingen, Rohwolt. BUYTENDIJK, Frederik J.: *Prolegomena einer anthropologischen Physiologie*, Salzburg, Otto Müller.

¹⁴⁶ GUBSER, A. W.: *Ist der Mittagsschlaf schädlich?*, u „Schweizerische Medizinische Wochenschrift“, Band 97, Nr. 7, 1967, str. 213–216. WISWE, HANS: *Kulturgeschichte der Konchukunst. Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden und einem, lexikalischen Anhang zur Fachsprache von Eva HEPP*. München, 1970. VAN GULIK, Robert: *La vie sexuelle dans la Chine ancienne*, Paris, world, Oxford Univ. Press, 1930. MICHLER, M.: *Das Problem der westgriechischen Heilkunde*, u Sudhoff Archiv, 46., 1962. SIGERIST, Henry E.: *Disease and music*, u „Civilization and disease“, Univ. of Chicago Press, 1943, glava XI, str. 212 ff.

¹⁴⁷ SIGERIST, Henry E.: *A history of medicine. I. Primitive and archaic medicine*, N. Y. Oxford Univ. Press, 1967. ACKER-KNECHT, E. H.: *Primitive medicine and culture pattern*, u „Bulletin Hist. Medicine“, 1942, Vol. 12, str. 545–574. Sidžerist tvrdi: „Kultura, bilo da jeste ili nije primitivna, uvek ima izvesnu konfiguraciju... Medicina je jedan od izraza kulture i ne može se do kraja shvatiti ako se odvojeno proučava. Akerknecht dokazuje tu povezanost kulture i medicine na primerima ova tri plemena: Cejen, Dobuan i Tonga. Klasičan opis takve povezanosti daje EVANS-BRITCHARD: *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, London, Oxford Univ. Press, 1951, deo IV, 3.

programe“ u stanju su da raspoznačaju samo oni naučnici društva koji „medicinsku kulturu“ izjednačuju sa negom bolesnika; njih poglavito zanimaju sredstva za čišćenje, nameštanje polomljenih kostiju, isterivanje duhova, vađenje zuba, operacija otvaranja lobanje i rđanje; a rađanje svrstavaju u bolesna stanja isključivo stoga što njihove supruge osećaju muku za vreme bremenitosti. U stvari, taj vid kulture, kojim se akademsko istraživanje uglavnom bavi, doista je malen deo njene sveukupne brige za zdravlje. Kultura je bila okvir za navike kojih čovek može postati svestan služeći Higijinoj vrlini; medicinska civilizacija je kôd preko kojeg se pokoravamo lekarskim uputstvima.

Samim tim što medicinska institucija rukovodi patnjom, smanjuje se lična odgovornost za *moju* i *tvoju* patnju.¹⁵⁰ Autonomno zdravstveno ponašanje koje reguliše kultura biva ograničeno, osakaćeno i paralisan zbog ekspanzije organizovane medicinske nege. Efikasnost pojedinca i primarnih zajednica u samostaranju o zdravlju potisnula je takmičarska industrijska proiz-

¹⁵⁰ Tvrdim na ovom mestu da zdravlje i sposobnost da ostam odgovoran za svoje ponašanje dok patim stoje u uzajamnoj vezi. Oslobodenje od te odgovornosti u uzajamnoj je vezi sa opadanjem zdravlja. SCHUTZ, Alfred: *Some equivocations in the notion of responsibility*, u „Collected papers, II, Studies in social theory, The Hague, Nijhoff, 1964, str. 274—276, nagoveštava jednu važnu razliku u pogledu shvatanja „odgovornosti“: čovek je odgovoran za ono što je učinio; s druge strane, on je odgovoran prema nekomu, to jest prema pojedinцу, grupi lica ili pred vlašću koja ga proglašava odgovornim, odnosno obaveznim da opravda svoj postupak. Isključivo ako se osećam subjektivno odgovornim za ono što sam učinio ili propustio da uradim, a da za to ne snosim odgovornost (ili ne moram da opravdam svoj postupak) pred nekom drugom osobom, neće uslediti prekor, kritika, osuda ili neki drugi oblik kazne koju mi odreduje drugo lice, već žaljenje, griža savesti ili pokajanje. Teološkim terminima rečeno, uslediće pogruženost, a ne kajanje iz straha od kazne. Nastalo stanje tuge, jada ili potištenosti znaci su istinskog osećanja greha koje se fenomenološki potpuno razlikuje od osećanja krivice u psihanalitičkoj terminologiji. Ta razlika koju je povukao Suc je fundamentalna, ukoliko nam je stalo da izbegnemo zbrku u svakodnevnoj stvarnosti tradicionalnog tipa. Ona nam isto tako omogućuje da naglasimo izvestan vid u kojem je etika „industrijalizovane“ društvene stvarnosti nova. U industrijalizovanoj društvenoj stvarnosti i moj opstanak i ciljevi moje uže zajednice zavise od destruktivnog funkcionalisanja oruđa, institucija i instrumenata koji konačno dovode do potpune propasti one u čijoj se službi koriste. Pojedinac snosi odgovornost prema svojoj zajednici za dejstvovanje tih destruktivnih instrumenata. Etičke kategorije tradicije zahvata paučina greha i tuge iz koje se one ne mogu izbaviti. Takvo izdvojeno iskustvo jedva da se može podneti, dok se u postojećem političkom kontekstu ne može podeliti sa članovima izvesne akciione grupe. Jedino odgovaraće reagovanje jeste odricanje koristi, što istodobno znači i izgnanstvo iz zajednice.

vodnja supstitucione vrednosti. Institucionalna ravnoteža između dva oblika komplementarnog delanja je iskošena i na kraju će se sasvim poremetiti zbog samojačajuće organizovane dominacije medicine.

Sve veće vezivanje za lečenje i pokoravanje lečenju takođe utiču na društveni karakter jednog naroda. Došlo se dotle da se idolopoklonički zahtev za manipulisanjem poistovećuje sa negom zdravlja i da zamenjuje autonomno poverenje u biošku snagu, u mudrost tradicionalnih pravila i u susedsku saosećajnost.¹⁵¹ Kada zavisnost od stručnog vođenja bola, bolesti i smrti premaši izvesnu tačku, moć isceljenja u bolesti, strpljenje u patnji i srčanost pred licem smrti moraju opasti. Te tri regresivne pojave simptomi su jatrogeneze trećeg stepena, a njihov zajednički ishod jeste medicinska nemeza. U naredne tri glave pojedinačno će razmatrati istorijski fenomen svakog od ovih simptoma.

¹⁵¹ Bolesnikova zavisnost od te anonimne institucije, na izuzetno bolan način razgoličuje strukturu koju ima klasni sukob u današnjoj etapi industrijskog razvoja. O tome raspravlja M. Fuko. Vidi: FOUCAULT, Michel et LES MEMBRES DU G.I.S. Groupe Information Santé: *Médecine et lutte des classes*, u LA NEF, „Vers une antimédecine?“, Paris, Tallandier, No. 49, 29th year, October—December 1972, str. 67—73.

6. UBIJANJE BOLA

Kad god kosmopolitska medicinska civilizacija zaspodne neku tradicionalnu kulturu, ona preobražava doživljaj bola. Medicinska civilizacija nastoji da bol pretvori u tehnički problem, te samim tim lišava patnju suštinskog ličnog značenja. Ljudi se obučavaju da prihvataju patnju kao neizbežan deo svoje svesne borbe sa stvarnošću i svako žiganje tumače kao znak da se za pomoć valja obratiti toj primjenjenoj nauci. Kultura se sučeljava sa bolom, devijacijom i smrću tako što ih objašnjava, dok ih medicinska civilizacija proglašava problemima koji se rešavaju otklanjanjem. Kulture su sistemi značenja, kosmopolitska civilizacija je sistem tehnika. Kultura čini bol podnošljivijim na taj način što ga kao sastavni deo unosi u jedan osmišljen sistem, kosmopolitska civilizacija izdvaja bol iz svakog subjektivnog ili međusubjektivnog konteksta kako bi ga uništila.¹⁵²

Milioni različitih vrlina izražavaju različite vidove duhovne moći kojom je tradicija ospozobljavala ljude da primaju bolne senzacije kao izazove i da potom oblikuju sopstveno iskustvo. Strpljenje, uzdržanost, hrabrost, rezignacija, samosavlađivanje, istrajnost i krotkost, pojedinačno izražavaju drukčije obojena reagovanja.

¹⁵² Fridman F. je ovu misao saopštio Ivanu Iliću u pismu napisanom u Minhenu 26. juna 1974. godine.

nja kojima su se bolne senzacije primale, preobražavale u doživljaj patnje i preživljavale. Dužnost, ljubav, općenjenost, rutina, molitva i saosećanje samo su nekoliko načina koji su pojedincu omogućavali da dostojanstveno podnese bol. Tradicionalne kulture su svakog čoveka proglašavale odgovornim za sopstveni postupak pod dejstvom fizičkog osećanja ili žalosti. Bol je shvatan kao neminovan deo subjektivne stvarnosti sopstvenog organizma u kojem svako neprestano iznalazi sebe i koji se stalno oblikuje zavisno od subjektovih svesnih reakcija na njega samog. Patnja je značila autonomni čin pod dejstvom senzacija ili duševne patnje. Ljudi su znali da se sami moraju snalaziti sa svojom migrenom, fantomskim bolovima u odsečenoj nozi ili sa svojom neuralgijom. Kultura je određivala njihovu sposobnost da se sažive sa sopstvenim sećanjem na ranije povrede i sa izvesnošću da će do kraja ostati ranjivi.¹⁵³

Bogato tkanje reakcijskih spletova na postojeće zlo i univerzalnu pretnju danas se zgusnulo u zahtev za tehničkim vođenjem senzacije, iskustva i nadanja. Bol je nekada davao podstreka za stvaranje jednog kulturnog programa, pa su, zahvaljujući tom programu, pojedinci mogli da se postave prema stvarnosti u onim situacijama u kojima su tu stvarnost doživljavali kao neprijateljsku prema toku svog života. Bol se danas pretvara u političko pitanje koje ohrabruje potrošače anestezije da sve češće postavljaju zahteve za veštački izazvanom neosetljivošću, neprimećivanjem, pa čak i nesvesnošću.

Sve dok je bol prvenstveno značio iskustvo sa kojim se čovek mora suočiti i koje mora otpatiti, njegova politička funkcija se svodila na postavljanje granica ljudskim zlodelima koja čovek čini čoveku, kada bi ona postajala nepodnošljiva. Danas sve veći postotak ukup-

¹⁵³ Jedan od načina da se rekonstruiše doživljavanje bola u prošlim ephama jest da se prati izražavanje fizičkog bola kakav je dat u umetnosti. BRAUER, Ernest Hannes: *Studien für Darstellung des Schmerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Italiens*, Breslau, 1934, Diss. Univ. Halle, 1934. GARNAUD, F.: *La douleur dans l'art*, u „Aesculape“, 1957, str. 40 ff SHERER, Wilheld: *Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in den mittelhochdeutschen Dichtungen der Blütezeit*, Diss. Strassburg, 1908. 75. S. ALBERT, Christine Ottilie H.: *Leiderfahrung und Leidüberwindung in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Diss. München, 1936.

nog bola izaziva sam čovek, kao sporedan efekat sopstvenih strategija u cilju industrijske ekspanzije. Bol se više ne shvata kao „prirodno“ ili „metafizičko“ zlo. On je postao društveno prokletstvo, te da bi se „mase“ sprečile u prokljanju društva kada ih spopadne bol, industrijski sistem reaguje tako što im isporučuje medicinska sredstva za ubijanje bola. Na taj način se bol pretvara u potražnju za sve većim količinama lekova, bolnica, medicinskih centara i ostalih proizvoda korporativnog, bezličnog zdravstva, kao i u političku podršku daljem razvoju ove korporativne institucije, bez obzira na njenu ljudsku, društvenu ili ekonomsku ocenu.

Sve kulture na neki način propovedaju da je patnja veština koja ospozobljava pojedinca da u dubokoj osami savlada onu vrstu fizičkog bola koji je neizbežan. Medicinska civilizacija uči da je bol izlišan, jer ga je moguće tehnički eliminisati.¹⁵⁴ Dokazaće da takvo tehničko rukovođenje fizičkom patnjom nužno rađa jednu novu kategoriju strahote.

Toj problem jasnije se shvata kada se društvena situacija u kojoj se javlja bol obuhvata objašnjenjem bola.¹⁵⁵ Iskustvo bola kao ishoda bolnih poruka koje prima mozak zavisi, u pogledu kvaliteta i kvantiteta, najmanje od četiri činioца izvan prirode i intenziteta nadražaja, naime od kulture, anksioznosti, pažnje i tumačenja. Sve ove činioce uobičjavaju društvene determinante, ideologija, ekomska struktura i društveni karakter. Kultura propisuje da li će majka ili otac, ponekad oboje, stenjati dok se dete rađa.¹⁵⁶ Okolnosti i navike određuju stepen anksioznosti lica koje pati,

¹⁵⁴ Navod sam uzeo iz predgovora studije POYNTER, F.N.L., editor, *Medicine and culture*, London, Wellcome Institute of the History of Medicine, 1969, str. 2–3. „Hrišćanski zapad je vekovima, oslanjajući se na versku učenja i uverenja, prihvatao patnju kao nužan deo duhovne discipline; međutim, danas su je svi odbacili. Državnom organizacijom medicinske službe takvo odbacivanje dobića formalno strukturalan vid... Možda se naučni racionalizam odrekao oslonca koji je mogao imati u tradicionalnim običajima i shvatanjima, pre no što je išta pripremljeno da popuni njihovo mesto? Sta se zbilo sa ostalim društvinama koja su podsticala hedonizam među polupismenim masama i skepticizam za sve ostale? Sumnjam da postoji takav presedan.“

¹⁵⁵ SZASZ, Thomas S.: *Pain and pleasure*, New York, Basic Books, 1957. (London, Tavistock, 1957.)

¹⁵⁶ DICK-READ, Grantly: *Childbirth without fear*, Dell Paperback, 1962, (orig. 1944) bavi se delovanjem kulture na intenzitet straha i odnosom između straha i doživljavanja bola.

kao i pažnje koju ono poklanja svojim telesnim čuvtvima.¹⁵⁷ Vaspitanje i ubedjenje određuju značenje koje se pridaje telesnim senzacijama i uticu na visinu stupnja na kojem se bol doživljava.¹⁵⁸ Dobro je poznato da na bojnom polju oni vojnici koji svoju osakaćenost smatraju srećnim završetkom sopstvene ratničke karijere odbijaju injekcije morfijuma, kojih se nikako ne bi odrekli da ublaže svoje muke ukoliko bi ih u operacionoj sali spopali bolovi slični bolu pri ranjavaju.

Kako se kultura medikalizuje, tako se društvene determinante bola izvitoperavaju. Dok kultura definiše bol kao suštinsku, intimnu i nesaopštivu bolest, medicinska civilizacija na prvom mestu tumači bol kao sistematsku reakciju koja se može proveriti, izmeriti i regulisati. Isključivo bol percipiran u tom objektiviziranom obliku omogućuje postavljanje dijagnoze koja zahteva specifičan tretman. Takvom objektivizacijom i kvantifikacijom bola ide se tako daleko da se u medicinskim raspravama govori o bolnim bolestima, operacijama ili stanjima čak i u slučajevima kada pacijent tvrdi da ne oseća nikakve tegobe. Bol zahteva da lekar primenjuje metode kontrole, umesto da licu obrvanom bolom pristupi tako što će mu pomoći da preuzme odgovornost za to svoje iskustvo.¹⁵⁹ Medicinska profesija

¹⁵⁷ BEECHER, Henry K.: *Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs*, New York, Oxford University Press, 1959. Opojna sredstva prvenstveno dejstvuju na psihološki pritisak koji stvara bol, a ne na izazivača bola koji se prenosi nervnim sistemom. Ona snižavaju intenzitet anksioznosti. Placebom se postiže isti efekat kod mnogih ljudi. Jaki bolovi posle operacije mogu nudi tabletu šećer ili soli. Kako se kod samo 75% bolesnika ublažava bolovi velikim dozama morfijuma, može se smatrati da se kod 50% postiže placebo-efekat. Takođe vidi: HILL Harris et al.: *Studies on anxiety associated with anticipation of pain: I. Effects of morphine*, u „Archives of Neurology Psychiatry“, 67, 1952, 612–619.

¹⁵⁸ WEBER, Leonhard M.: *Grenzfragen der Medizin und Moral*, u „Gott in Welt“. Festgabe für Karl Rahner, Band II, 1964, str. 693–723. BRENA, Steven: *Pain and religion: a psychophysiological study*. C. C. Thomas, 1972. GONVEGNI DEL CENTRO DI STUDI SULLA SPIRITUALITÀ MEDIEVALE. *Il dolore e la morte nella spiritualità secoli XII–XIII*, OH 7–10. 1962. Todi, Acad. Tudealina, 1967.

¹⁵⁹ O stanju na tom polju obaveštiti se kod: HARDY, James D. et al.: *Pain, sensations and reactions*, 1967. Preštampano Haferovo izdanje iz 1962. WOLF, Harold G., WOLF, Stewart: *Pain*, 2nd ed. „American Lecture Physiology series“, 1958. C. C. Thomas. CRUE, Benjamin L. Jr.: *Pain and suffering. Selected aspects*. C. C. Thomas, 1970.

presuđuje¹⁶⁰ koji su bolovi autentični, koji imaju fizičku, a koji psihičku osnovu, koji su uobraženi, a koji simulirani. Društvo priznaje i potvrđuje takav profesionalan sud. Saosećanje se pretvara u staromodnu vrlinu. Lice koje je spopao bol zapada u stanje sve suženijeg društvenog konteksta koji bi osmislio to iskustvo što je ovladalo njime.

Istorijska medicinska teorija ni do danas nije napisana. Nekoliko naučnih monografija posvećeno je zbijanjima za vreme poslednjih 250 godina tokom kojih se stav lekara prema bolu izmenio,¹⁶¹ a takođe se mogu naći i dve-tri istorijske napomene u studijama koje se bave savremenim stavovima prema bolu.¹⁶² Egzistencijalistička škola antropološke medicine, koja je prikupila dragocene podatke za osvetljavanje razvitičkih modernog bola, istodobno prati menjanje percepiranja čovekovog tela u ovoj tehnološkoj eri.¹⁶³ Odnos između medicinske industrije i anksioznosti od koje pate njeni pacijenti izučavaju psihijatri¹⁶⁴ i pokatkad lekari opšte prakse, ali je veza između korporativne medicine i telesnog bola, u strogom smislu, još uvek netaknuto istraživačko tlo. Jedna od teškoća sa kojom će se istoričar bola susresti jeste duboki preobražaj koji je pretrpeo odnos bola prema ostalim mukama od kojih čovek obično pati. Bol je izmenio svoj položaj u odnosu na tugu, krivicu, greh, agoniju, strah, glad, narušavanje zdravlja i na nelagodnost. Ono što nazivamo bolom u nekom hirurškom deljenju ili u jedinici za rak, pojava je za

¹⁶⁰ SZASZ, Thomas S.: *The psychology of persistent pain. A portrait of l'Homme Douloureux*, u SOULAIRAC, CAHN, CHARPENTIER. Pain. 1968, str. 93–113.

¹⁶¹ TOELLNER, Richard: *Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen*, u „Med. Historisches Journal“, 6, 1971. SAUERBRUCH, Ferdinand, WENKE, Hans: *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*, Berlin, Junker und Dünhaup, 1936. KEYS, Thomas: *History of surgical anesthesia*. Obnovljeno izdanje, New York, Dover, 1963.

¹⁶² KEELE, Kenneth D.: *Anatomies of pain*, Oxford, C. C. Thomas, 1957. BUDDENSIEG, H.: *Leid und Schmerz als Schofermacht*. Heidelberg, 1956.

¹⁶³ BUYTENDIJK, Frederick Jacobus Johannes: *De la douleur. Bibliothéque de Philosophie Contemporaine*, P.U.F. 1951. GEBSATTEL, Victor E. von: *Imago hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie*. 2. Aufl. Otto Müller, Salzburg.

¹⁶⁴ REIK, Theodor: *Lust und Leid* Witz: *six psychoanalytic studies*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien tische Studien. Wien 1929/1930.

koju ranije generacije nisu imale poseban naziv. Izlazi da je danas jedino bol onaj deo ljudske patnje kome je medicinska struka u stanju da nametne svoju kompetenciju, odnosno da ga kontroliše.

Prema tome, osnovna prepreka pri pisanju istorije telesnog bola je pitanje jezika. Tehničko značenje koje savremena medicina ima na umu kada se služi terminom bola, čak ni danas nema jednostavan ekvivalent u svakodnevnom govoru. U većini jezika odgovarajući termin koji su lekari prihvatali obuhvata osećanja tuge, žalosti, učveljenosti, stida i krivice. Engleska reč *pain* i nemačka reč *Schmerz* još uvek se relativno lako upotrebljavaju u takvom smislu kojim se, uglavnom, mada ne isključivo, iskazuje fizičko značenje. Većina indogermanskih sinonima pokriva šire polje značenja.¹⁶⁵ Telesni bol takođe iskazuju termini koji označavaju „normalan rad“, „argatovanje“, „ispashtanje“, „tortura“, „trpljenje“, „kaznu“ ili, još opštije, „mučenje“, proširujući svoje značenje i takvim rečima kao što su „bolest“, „umor“, „glad“, „oplakivanje“, „povreda“, „žalost“, „tuga“, „nevola“, „zbrka“ i „potištenost“.

Ova litanija ni blizu nije iscrpena: ona pokazuje da je jezik u stanju da razlikuje mnoge vrste „zala“ i da svako od njih ima izvesnu telesnu primenu. U nekim jezicima telesni bol je pre svega „zlo“. Kada francuski lekar pita tipičnog Francuza gde oseća *douleur*, on će pokazati određeno mesto i reći „j'ai mal là“. U drugoj prilici Francuz će reći „je souffre dans toute ma chair“, i istovremeno će saopštiti svom doktoru „je n'ai mal nulle part“. To što je koncepcija telesnog bola pretrpela evoluciju u medicinskom žargonu, ne znači da se on može jednostavno shvatiti promenom značenja bilo kojeg pojedinačnog termina.

Druga prepreka koja iskršava pri pisanju istorije bola jeste njegov izuzetan aksiološki i epistemološki

¹⁶⁵ BUCK, Carl Darling: *A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages. A contribution to the history of ideas*, Chicago/London, Univ. of Chicago Press, 1949. Bak definiše sledeća četiri semantička polja: bol-patnja 16. 31; j-d-tuga 16.32; emocija-osećanje 16.12; stradanje 16.13. Takođe vidi: FRENZEN, W.: *Klagebilder und Klagegehärden in der deutschen Dichtung des höfischen Mittelalters*, Würzburg, Diss. Bonn, 1938, 85 S. ZAPPERT, Georg: *Über den Ausdruck des geistig en Schmerzes im Mittelalter*, u Denkschriften d.K. Akad. d. Wiss. Wien Phil. hist. Kl. 5, 1854, str. 73–136.

status u odnosu na vrednosne sudove i u pogledu našeg poznavanja bola. Telesni bol jeste suštinsko obezvredovanje o kojem postoji svojevrsna pouzdanost.¹⁶⁶ Budući suštinsko obezvredovanje, bol se jasno razlikuje od svakog nesuštinskog ili sistematskog obezvredovanja. Drugim rečima, moje saosećanje nije isto prema licu koje samo kaže da fizički pati, kao prema nekoj drugoj osobi za koju se kaže da pati; a jedva da išta osećam povodom izjave da neki nedefinisani pacijenti imaju migrenu. Bol o kojem je potrebno napisati istoriju jeste ono pravo, suštinsko, personalizovano iskustvo označeno izrazom *moj bol*. Niko nikada neće razumeti *moj bol* u smislu koji ja podrazumevam ukoliko ne doživi istu glavobolju, a to je nemoćno jer je on druga osoba. U tom smislu *bol* označava nemogućnost da se povuče jasna razlika između organizma i sredine, između nadražaja i reakcije.¹⁶⁷ On ne predstavlja neku kategoriju iskustva koje tebi i meni dopušta da uporedimo svoje glavobolje; još manje označava izvestan fiziološki ili medicinski entitet, klinički slučaj sa pouzdanim patološkim znacima. Nije reč o „bolu u sternokleidomastoidnom smislu,“ koji medicinski naučnik shvata kao sistematsko obezvredovanje.¹⁶⁸

O toj izuzetnoj vrsti obezvredovanja koje jeste bol, postoji jedna izuzetna vrsta pouzdanosti. Isto onako kao što „*moj bol*“ na jedinstven način pripada samo meni, tako sam ja potpuno sam sa njim. Ne mogu ga ni sa kim podeliti. Ni najmanje ne sumnjam u stvarnost doživljaja bola, pa ipak nisam u stanju da bilo kome zaista

¹⁶⁶ HARTMAN, Robert S.: *The structure of value: foundations of scientific axiology*, Carbondale, Southern Illinois University Press, 1967, str. 255 ff.

¹⁶⁷ BAKAN, David: *Disease, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering*, Chicago, Beacon Press, 1968. Pisac smatra *bol* krahom *telosa* i *distantisa*. „Gotovo da se za bol, budući da je isključivo lociran u svesnom egu, doslovce može reći da je cena kojom čovek plaća što poseduje svesni ego... Tamo gde nema živog i svesnog organizma, ne postoji ništa što bi bilo opravданo nazvati bolom.“

¹⁶⁸ BEECHER, H. K.: *The measurement of pain*, u „*Pharmacological Reviews*“, 9, 1957, str. 59, daje pregled 687 napomena. Autor zaključuje da je nemogućno definisati bol na zadovoljavajući način, sem ukoliko ga svaki čovek introspektivno za sebe ne definise. Evo još nekoliko korisnih pregleda literature o bolu: NOORDEN-EVO, W.: *Pain: problems pertaining to the transmission of nerve impulses which give rise to pain*, New York, Elsevier Publishing Co., 1959, i: MERKSEY, H., SPEAR, F. G.: *Pain: psychological and psychiatric aspects*, London, Bailliere, Tindall and Cassell, 1967.

saopštim šta to doživljavam. Slutim da drugi ljudi imaju svoje bolove, čak uprkos tome što ne mogu da pojmem šta oni podrazumevaju kada mi govore o njima. Siguran sam da njihov bol postoji, jer sam siguran u svoje saosećanje prema njima. Pa ipak, što je moje saosećanje dublje to je dublja i moja uverenost u krajnju osamljenost tog drugog lica pri takvom iskustvu. I doista, prepoznajem znake koje daje osoba obrvana bolom, čak i kada to iskustvo prevazilazi moju moć da joj pomognem ili da je zapravo shvatim. Ta svesnost krajnje usamljenosti samosvojnost je saosećajnosti koja se u nama javlja povodom telesnog bola i to iskustvo je potpuno drukčije od bilo kojeg drugog iskustva, od saosećanja prema ucvejenima, tužnim, omalovaženima, prema stranima ili sakatima. U izvesnom ekstremnom smislu, telesnom bolu nedostaje odstojanje između uzroka i iskustva, kao što to, recimo, postoji u drugim vidovima patnje.

Uprkos nemogućnosti da se telesni bol saopšti, to što ga neka druga osoba percepira, toliko je fundamentalno ljudska reakcija, da se ne može staviti između zagrada.¹⁶⁹ Pacijent nije u stanju da pojmi da je njegov doktor stvorene nesvesno njegovog bola, kao što ni žrtva ne može to isto da shvati o svom mučitelju. Pouzdanost da sa drugima delimo svoje iskustvo bola spada u jednu doista posebnu kategoriju; ta pouzdanost je veća od pouzdanosti da sa drugima delimo ljudsku prirodu. Bivalo je pojedinaca koji su se prema svojim robovima odnosili kao prema pokretnoj imovini, ali su čak i takvi shvatali da je taj njihov imetak u stanju da *pati* od bolova. Robovi su nešto više no psi, jer se psima može naneti povreda, ali oni ne mogu patiti. Nikada nijedan robovlasnik nije bio u stanju da svoje robe smatra bićima lišenim moći da zlonamerno nanesu bol svom gospodaru, da čine nešto što pas nikada ne bi mogao učiniti. Vigenštajn je dokazao da naša posebna, nedvosmislena izvesnost o postojanju bola kod drugih ljudi, može naporedno postojati sa nerazmrsivom teškoćom da se objasni kako je mogućno sa drugima podeliti tu jedinstvenu pojavu.

¹⁶⁹ WITTGENSTEIN, Ludwig: *Philosophical investigations*, Oxford, 1953, str. 89 ff.

Moja teza je da telesni bol doživljen kao suštinsko, intimno, nesaopštivo obezvređivanje uključuje i našu svesnost i društvenu situaciju u kojoj se nalaze lica koja pate. Karakter društva do izvesnog stepena ubličava ličnost onih osoba koje pate i tako određuje način na koji će one iskusiti sopstvene fizičke reakcije i povrede kao stvaran bol. Kada je reč o tome, trebalo bi da postoji mogućnost za istraživanje progresivne transformacije iskustva bola koja prati medikalizaciju društva. Čin trpljenja bola uvek ima izvesnu istorijsku dimenziju.

Kada ja trpim bol, svestan sam da se pokreće jedno pitanje. Istorija bola najpodesnije se može proučavati ako se pažnja usredstavi na to pitanje. Nevažno je da li je bol moje lično iskustvo ili ja samo vidim pokrete drugoga lica koje mi kazuje da ga je zahvatio bol, ta percepcija će uvek u sebi sadržati znak pitanja. Taj upitnik je u istoj meri nerazlučiv deo fizičkog bola kao i usamđenosti. Bol je znak za nešto što nema svog odgovora; on se odnosi na nešto otvoreno, na nešto što odmah sledećeg trenutka nastavlja da pita: Šta je po sredi? Koliko će još trajati? Zašto sam prinuđen, zašto moram, zašto treba, zbog čega mogu da patim? Zbog čega postoji ova vrsta zla i zašto me je sustiglo? Posmatračima slepim za taj referencijski vid bola preostaće samo refleks ili nagonske reakcije. Oni će proučavati zamorče umesto ljudskog bića. Kada bi lekar mogao da izbriše to pitanje bremenito vrednošću, to pitanje koje izbija iz žalbi njezivog pacijenta, možda bi shvatio bol kao simptom izvesnog specifičnog telesnog poremećaja, ali se ne bi približio patnji koja je nagnala njegovog bolesnika da mu se obrati za pomoć.

Na nesreću, razvijanje te sposobnosti objektiviziranja bola jedan je od rezultata lekarevog univerzitetetskog obrazovanja. Zahvaljujući prirodi svog školovanja, lekar se često usredstavlja na one aspekte telesnog bola određene osobe na koje je lice sa strane u stanju da deluje, i to nadraživanjem perifernog nervnog sistema, transmisijom, reagovanjem na nadražaj, ili čak menjanjem stepena bolesnikove anksioznosti. Lekareva briga se ograničava na rukovođenje sistematskim entitetom.

Način na koji se izvodi većina eksperimenata sa bolom, ukazuje na taj pravac. Životinje se koriste za isprobavanje delovanja sredstava za „ubijanje bola“ prilikom farmakoloških ili hirurških intervencija, a opažanja na miševima potom se proveravaju na ljudima.¹⁷⁰ Sve dok se ljudi koriste kao eksperimentalni subjekti i ispituju pod eksperimentalnim okolnostima, u maksimalno sličnim uslovima u kojima su miševi prethodno bili testirani, isti preparati za ubijanje bola daju manje ili više uporedljive rezultate. Međutim, efekti tih postupaka najčešće dolaze u potpun raskorak sa rezultatima čija je vrednost utvrđena u eksperimentalnim situacijama, kada se ti isti lekovi primenjuju ili operacija vrši na ljudima koji stvarno pate. Drugim rečima, isključivo kada je sposobnost za patnju, za prihvatanje bola umrтvljena, sredstvo za ubijanje bola dejstvuje prema očekivanjima. Kada je preparat dobijen na recept i namenjen ubijanju bola poremeti osećaj za neminovnost patnje, osećaj koji je umrтvlen zahvaljujući slobodnom pristupu analgeticima, čovek se odučava od savlađivanja svog bola. „Izuzmi opijum, koji, čini se, sam Tvorac propisuje, jer često vidimo skerletni mak kako raste usred žitnog polja, kao da je narečeno da gde god bude gladi koju valja hraniti, mora biti i bola koji valja ublažavati; izuzmi nekoliko posebnosti koje veština našeg doktora nije otkrila; izuzmi vino koje je jedna vrsta hrane, i izuzmi isparenja što stvaraju čuda u anesteziji — i čvrsto verujem, kada bi se celokupna *materija medica* kakva se danas primenjuje potopila na dno mora, da bi to bilo daleko bolje za čovečanstvo — ali daleko gore za ribe.“¹⁷¹

Živeći u društvu koje ceni anesteziju, ne samo lekari no i njihovi potencijalni klijenti prevaspitani su tako da sa lakoćom brišu onaj suštinski upitnik koji sadrži bol. Pitanje koje pokreće prisno doživljen bol preobražava se u mutnu anksioznost koja se može lako umanjiti opojnim sredstvima. Pacijenti se vaspitavaju da na sopstven bol gledaju kao na klinički objektivno stanje koje se

¹⁷⁰ SOULAIRAC, A., CAHN, J., CHARPENTIER, J., editors: *Pain, Proceedings of the International Symposium organized by the Laboratoire of Psychophysiology, Faculté des Sciences, Paris, April 11–13, 1967*, posebno str. 119–230.

¹⁷¹ HOLMES, Oliver Wendell: *Medical essays*, Boston, 1883, navod Rika KARLSONA.

može podvrgnuti tretmanu. Bol uzmiče našoj moći poimanja; čak mu se možemo predati, a da ne patimo. Pacijenti nad kojima je izvršena lobotomija ekstremni su primer takve eksproprijacije bola: oni „se spuštaju na nivo domaćih invalida ili kućnih ljubimaca“. Postaju „kućne mačke, i to pre drage i mile mace, no razdražljive i preplašene sijamske“. Lice nad kojim je izvršena lobotomija i dalje oseća bol, ali je izgubilo sposobnost da pati zbog njega; iskustvo bola svedeno je na neugodnost i steklo je svoj klinički naziv.

Da bi se iz iskustva izrodila patnja u pravom smislu, ono se mora uklopiti u okvire neke kulture. Tačnije, samim tim što kultura obezbeđuje izvestan oblik organizovanja tog iskustva, ona obezbeđuje i jedan značajan uslov za negu zdravlja: dopušta pojedincima da savlaju svoj sopstveni bol. Kultura uobičjava čin patnje pitanjem koje se može postaviti i podeliti sa drugima. Kultura obezbeđuje sredstva za izražavanje bola: zvukove i pokrete kojima se on saopštava i olakšava. Sem toga, ona nudi gramatiku koja pomaže da se bol shvata kao izazov koji valja dostojanstveno podnosi: potreba da se čovek ponaša na određen način odvlači njegovu pažnju od čuvstva koja bi ga inače u potpunosti zaokupila. Konačno, kultura daje mit kojim se tumači bol: nudi ono što su kismet za Muslimana, karma za Indijca, oproštaj grehova za hrišćanina, ono što neki tumače kao osvetu, kaznu, kao zlo oko ili jednostavno kao misteriju.

Medikalizovana kultura određuje ulogu ne samo obolevlom licu no i lekaru suočenom sa čovekom koji je zaočkupljen bolovima. Iako raspolaže rezonskim opravdanjem koje mu omogućuje da sačuva svoje dostojanstvo i kada prizna nemoć suočen sa izvesnim vrstama bola, medicinski naučnik će biti nesposoban da primi k znanju pitanje pokrenuto paćenikovim bolom. Takav lekar devalvira pacijentove bolove svodeći ih na spisak tegoba koje se mogu ubeležiti u dosije, a on sam ostaje pošteđen da saoseća sa licem koje trpi bol.

Jedan od korenova evropskog stava prema bolu svakako potiče iz klasične Grčke. Grci čak nisu ni razmišljali o uživanju u sreći, a da istodobno nisu uzimali u obzir i bol. Za njih je bol značio evoluciono iskustvo

duše. Ljudsko telo je sastavni deo nepopravljivo načete vasionе, a osećanja duša, prema Aristotelovom postulatu potpuno koegzistira sa telom. Takva shema je isključivala potrebu za razlikovanjem između čuvstva i iskustva bola. Jer telo još uvek nije bilo razvedeno od duše, kao što ni bolest nije bila razvedena od bola. Sve reči koje su se odnosile na telesni bol, podjednako su se mogле primenjivati i na duševne patnje.

Hipokratovi¹⁷² učenici su razlikovali svakojake dis-harmonije, a svaka od njih je prouzrokovala sopstvenu vrstu bola. Tako je bol postao korisno oruđe za postavljanje dijagnoze. On je lekaru otkrivao koju to harmoniju njegov bolesnik valja da povrati. Bol može nestati tokom lečenja, ali to svakako nije bio prvi cilj lekareve brige. Začuđujuće je da anestezija, budući suprotnost utehe koju pružaju molitva, vino ili mak, uopšte nije zastupljena u grčkoj medicinskoj praksi, čak ni u popularnim nadanjima. Za razliku od Kineza koji su veoma rano nastojali da bolest leče otklanjanjem bola, ništa se slično tome ne zapaža na klasičnom Zapadu. Imajući u vidu naše grčko nasleđe, bilo bi potpuno pogrešno verovati da mirenje sa bolom treba isključivo pripisivati jevrejskim, odnosno hrišćanskim uticajima. Trinaest posebnih reči na hebrejskom jeziku zamjenjene su jednim jedinim grčkim nazivom za „bol“ kada je dvesta Jevreja u drugom veku pre naše ere prevelo Stari zavet na grčki jezik.¹⁷³ Bilo da su Jevreji smatrali bol oruđem božanske kazne ili nisu, za njih je on uvek značio prokletstvo. Ni u Bibliji, a ni u Talmudu, nema nijednog nagoveštaja shvatanja bola kao poželjnog iskustva.¹⁷⁴ Istina je da su ljudi onoga vremena znali da bol zahvata sasvim određene organe, ali su oni te organe u isti mah shvatali i kao sedišta krajnje određenih emocija, te stoga moderna kategorija medicinskog bola mora biti potpuno

¹⁷² Iscrpuju studiju dijagnostičke vrednosti bola u hipokratskoj literaturi napisao je: SOUQUES, A.: *La douleur dans les livres hipocratiques. Diagnostics rétrospectifs*, u „Bull. Soc. Franc. Hist. Med.“, 1937, 31, str. 200–204; 279–309; 1938, 32, str. 178–186; 1939, 33, str. 37–38; 131–144; 1940, 34, str. 53–59; 78–93.

¹⁷³ Telesni bol i patnju u Bibliji svestrano je proučio KITTEL, Gerhard: *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*, Stuttgart, 1933. Zatim pogledaj sledeće članke: BULTMANN: type; STAHLIN: asthenés; MICHAELIS: pascho; OEPKE: nosos.

¹⁷⁴ JAKOBOWITZ, Immanuel: *Attitude to pain*, u „Jewish medical ethics“. New York, Bloch Publ. Co. 1967, str. 103.

strana ovoj hebrejskoj knjizi. U Novom zavetu je iskazano mišljenje da je bol tesno isprepleten sa grehom. Dok prema shvatanju klasičnog Grka bol mora da prati zadovoljstvo, za hrišćanina je on posledica čovekovog podavanja radosti.

Istorija bola u evropskoj kulturi ne bi smela da traži samo za tim klasičnim i semitskim izvorima da bi otkrila ideologije koje su se zalagale za lično prihvatanje bola. Neoplatonista je tumačio bol kao ishod ne-kakvog poremećaja u nebeskoj hijerarhiji. Za manihejca bol je bio posledica krajnje rđavog postupka nekakvog zlog demijurga ili tvorca. Za hrišćanina bol znači gubitak prvobitnog integriteta, što je posledica Adamovog greha. Nevažno je do koje su se mere ove religije uzajamno anatemisale, jer je za sve njih bol gorak ukus kosmičkog zla, bilo da se ono smatra manifestacijom prirodne slabosti, dijaboličnom voljom, bilo doista zasluženim božanskim prokletstvom. Takav stav prema bolu predstavlja objedinjuće izrazito obeležje mediteranskih postklasičnih kultura sve do odmaklih godina sedamnaestog stoljeća. Poslužimo se rečima jednog lekara alhemičara iz 16. veka: „Bol je gorki sastojak koji se dodaje penušavom varu semena ovoga sveta.“ Svako se rađa sa zovom da nauči da živi u dolini bola.

Ta zajednička ideološka komponenta inače oprečnih religija utrla je put načinu doživljavanja bola. Ljudi su uočavali da preko svog ličnog bola postaju svesni gorkog ukusa stvarnosti ovoga sveta. Neoplatonista je tumačio gorčinu kao nepostojanje savršenstva, Katar (Katari — jeretička hrišćanska sekta čije se dualističko učenje o borbi dobra i zla održalo u Bogumilskoj religiji) kao razobličavanje, hrišćanin kao ranu za koju se sam smatra odgovornim. Razmišljajući o životu u njegovojoj celosti, o životu koji nalazi jedan od svojih osnovnih izvora u bolu, ljudi su uspevali da se usprave u herojskom prkosu, ili da se stočki odreknu potrebe za olakšavanjem; bili su u stanju da dobrodošlicom pozdrave priliku za očišćenje, pokajanje ili žrtvovanje, i da nevoljno trpe ono neizbežno, trudeći se da ga ublaže. Opijum i alkohol se od davnina upo-

trebljavaju. Jedan pristup bolu je ipak bio nezamisliv: ubijanje ili gušenje samoga bola.

Telner spominje tri razloga zbog kojih je ideja o ubijanju bola bila tuđa svim evropskim civilizacijama. Prvo: čovek je kroz bol doživljavao venčanje sa vasionom, a ne mehaničko otkazivanje funkcije u jednom od njenih podsistema. Značenje bola je kosmičko i mitsko, a nikako individualno i tehničko. Drugo: bol je znak kvarnosti prirode, a sam čovek je deo te celine. Jedno bez drugog ne može se odbaciti: bol se ne može shvatiti kao pojava jasno odvojena od bolesti. Lekar je u stanju da ublaži tegobe, ali odstraniti bol značilo bi uništiti i bolesnika. Treće: bol je iskustvo duše, a duša je prisutna u čitavom telu. Bol je neposredovano iskustvo nekog nedostatka ili zla. Izvor bola ne može postojati potpuno odvojeno od samoga bola.

Prema Dekartovom shvatanju, borba protiv bola nastajala bi jedino kada bi se telo i duša razvenčali. Dekart je posredstvom geometrije, mehanike i principa za pravljenje časovnika zamislio telo kao konstrukciju, kao neku mašinu koju mehaničar može da opravlja. Telo je postalo aparat u posedu i pod rukovodstvom duše, ali sa jednog gotovo beskonačnog odstojanja. Iskustveno živo telo (na koje misle Francuzi kada kažu „la chair“, a Nemci „der Leib“) svedeno je na mehanizam koji duša nadgleda.

Za Dekarta je bol predstavljao signal kojim telo reaguje da bi u samoodbrani zaštito svoj mehanički integritet. Ta reagovanja na opasnost prenose se do duše koja ih prepoznaje kao bol. Bol je tako sveden na korisnu napravu koja služi za razaznavanje: ona poučava dušu kako da ubuduće izbegava oštećenja svog tela. Lajbnic sažeto izlaže ovaj novi pogled, navodeći, uz saglasnost, jednu rečenicu Režisa, koji je i sam bio Dekartov učenik: „Veliki graditelj vaspone načinio je čoveka što je moguće savršenijim i ne bi bio u stanju da pronađe bolji način za njegovo održavanje, no kada ga je obdario osećanjem bola.“¹⁷⁵

¹⁷⁵ LEIBNITC, Gottfried Wilhelm: *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*. Paris, Garnier-Flammarion, 1969. No. 342.

Lajbnicov komentar te rečenice je instruktivan. On najpre kaže da bi, u principu, bilo bolje da se Bog poslužio pozitivnim umesto negativnim odbrambenim sredstvom, da je nadahnuo čoveka osećanjem zadovoljstva kad god umakne vatri koja ga je mogla uništiti. On zaključuje, međutim, da bi Bog imao uspeha u takvoj strategiji jedino kada bi izvodio čuda, a kako, opet u principu, Bog izbegava čuda, „bol je nužan i izvanredan pronalazak koji čoveku obezbeđuje njegovo bitisanje“. Bilo je potrebno da prođu samo dve generacije od Dekartovog pokušaja da stvori naučnu antropologiju, pa da bol bude proglašen korisnim. Umesto da preko njega čovek doživljava egzistencijalnu neizvesnost, bol mu je postao pokazatelj njegovih specifičnih padova.

Krajem prošlog veka bol se pretvorio u regulator telesnih funkcija koje se povicaju zakonima prirode i koje ne iziskuju potrebu za metafizičkim objašnjenjem.¹⁷⁶ Više nije zasluzivao nikakvo mistično uvažavanje, već je podvrgavan empirijskom proučavanju sa ciljem da se najzad raščisti sa njim. Nepun vek i po pošto je bol shvaćen kao prost fiziološki branik, prvi preparat sa naznakom „ubija bol“ proizведен je u La Krosu, u Viskonsinu, 1853. godine.¹⁷⁷ Tako se razvio novi senzibilitet kojim čovek izražava nezadovoljstvo sa svetom, ne stoga što je ovaj turoban ili grešan, što mu nedostaje prosvećenost ili što mu prete varvari, no stoga što je zasićen patnjom i bolom. Progres civilizacije postao je sinonim za smanjenje ukupne sume patnje. Od tog trenutka je shvaćeno da zadatak politike nije prvenstveno u tome da uzdigne sreću do maksimuma, no da na minimum svede patnju.¹⁷⁸ Ishod svega je tendencija da

¹⁷⁶ RICHET, Charles: *Douleur*, u „*Dictionnaire de physiologie*“, Vol. V, str. 173–193, Paris, Félix Alcan, 1902. U pet tomova svog standardnog fiziološkog rečnika pisac tumači bol kao fiziološku i psihološku činjenicu, a da pri tom ne razmatra mogućnost za njegov tretman, kao što se ne bavi ni njegovim dijagnostičkim znacenjem. Na kraju izvodi zaključak da je bol suvereno koristan (*souverainement utile*) jer nam ukazuje na opasnost. Za svako prekoračenje smesta smo kažnjeni bolom čiji je intenzitet izrazito veći od zadovoljstva koje nam je pružilo prekoračenje.

¹⁷⁷ MATHEWS, Mitford M. editor. *A dictionary of Americanisms on historical principles*, Univ. of Chicago Press, 1966.

¹⁷⁸ MINOGUE, Kenneth: *The liberal mind*, Methuen, London, 1963.

se bol shvata kao suštinski pasivno zbivanje koje muči bespomoćne žrtve, jer im je nedostupna torba sa instrumentima medicinske korporativne institucije.

U tom kontekstu današnji čovek smatra racionalnim da beži od bola, umesto da se suočava sa njim, čak i po cenu odričanja od intenzivnog života. Čoveku se čini razumnim da odstranjuje bol, čak i po cenu gubitka nezavisnosti. Čini mu se prosvećenim da oduzme legitimnost svim netehničkim pitanjima koja pokreće bol, čak i kada to znači preobražavanje bolesnika u kućnu životinju. U meri u kojoj raste veštački izazvana neosetljivost na bol, čovekova sposobnost da doživi jednostavne životne radosti i zadovoljstva podjednako je opala. On oseća potrebu za sve jačim nadražajima kako bi u ovom anestetizovanom društvu iole osetio da je živ. Drogе, nasilje i užas preostaju mu kao jedini nadražaji kojima je još uvek u stanju da izazove doživljaj sebe. Sa rasprostiranjem sredstava za ubijanje bola raste potražnja za bolnim uzbudnjima.

Samim tim što je prag fiziološki posredovanog iskustva podignut, a to je karakteristika medikalizovanog društva, danas je neobično teško u sposobnosti za patnju opaziti neki mogući simptom zdravlja. Gotovo da je neizvodljivo podsećati potrošače, za koje se zadovoljstvo i zavisnost od industrijskih proizvoda podudaraju, da je patnja odgovorna aktivnost. Izjednačavajući sa „mazohizmom“ svako lično učešće u neizbežnom bolu, oni opravdavaju svoj pasivan životni stil. Dok, s jedne strane, odbacuju da prihvate patnju proglašavajući je mazohizmom, potrošači anestezije često nastoje, s druge strane da dožive stvarnost kroz sve jače senzacije. Skloni su da traže smisao svog života i moć nad drugima na taj način što trpe bolove za koje se ne može postaviti dijagnoza i što pate od tegoba kojima medicina nema leka, što čeznu za grozničavom karijerom poslovognog čoveka, što postaju strasni gledaoci filmova užasa ili što sebi doslovno zajuđaju telesni bol.

Takvom društvu predložiti ideal samorukovođenja onim neizbežnim bolovima koje je zasnovano na principima kulture i minimalnog pribegavanja sedativima i anestezijama *in extremis*, pogrešno bi se protumačilo kao morbidna žudnja za bolom.

Najzad, time što bi rukovodio bolom čovek bi izbegao novu vrstu užasa koja zamenjuje patnju: iskustvo bolesnika veštački oslobođenih bola. Lifton, koji je proučavao ljude zatećene u blizini zaražene zone u Hirošimi, opisuje kako je masovno umiranje delovalo na preživele.¹⁷⁹ On zaključuje da su oni pojedinci koji su se kretali među povređenima i umirućima jednostavno prestali da osećaju; zapadali su u stanje emocionalnog mrtvila, izgubili su emocionalna reagovanja. Lifton izražava uverenje da je posle izvesnog vremena to mrtvilo prelazilo u depresiju koju će ti svedoci, dvadesetih godina posle pada bombe, izražavati kroz osećanje krivice ili sramote što su preživeli, a da nisu iskusili nikakav bol u vreme eksplozije. Ti ljudi žive u beskonačnom susretanju sa smrću koja ih je poštedela i pate zbog strahotnog gubitka vere u jednu veliku ljudsku matericu koja znači potporu u životu svakom pojedincu. Doživeli su svoj anestetizovani prolazak kroz taj događaj kao nešto jednako umiranju ljudi oko njih, kao suviše mračan i suviše nadnesen bol da bi mu pristajao znak pitanje.¹⁸⁰

Ono što je bomba učinila u Hirošimi moglo bi nam biti putokaz za razumevanje kumulativnog efekta jednog društva u kojem je bol medicinski „ekspro-

prisan“. Bol gubi svoje smisalo značenje ako se namereno otupi, a kao ostatak tog čina rađa se nem, besmislen užas. Patnja radi koje su tradicionalne kulture izmislice strpljenje, ponekad je prouzrokovala nepodnošljivu agoniju, kletve zbog mučenja i sumanuta bogohuljenja, ali je i to imalo svoje granice. Novo iskustvo koje je zamenilo dostojanstvenu patnju jeste veštački produženo, zamućeno, depersonalizovano životarenje. Sredstva za ubijanje bola sve više pretvaraju ljudе u ravnodušne posmatrače raspadanja sopstvenog ja.

¹⁷⁹ LIFTON, Robert J.: *Death in life-survivors of Hiroshima*, New York, Random House, 1969.

¹⁸⁰ DES PRES, Terence: *Survivors and the will to bear witness*. Ovaj odломak je uzet iz knjige koja uskoro izlazi iz štampe: *The survivor*, Oxford Univ. Press, 1974, u „Social Research“, Vol. 40, No. 4, Winter 1973, str. 668–690. Pisac konstruktivno kritikuje Roberta Liftona. Po njegovom mišljenju, ljudi koji su preživeli koncentracione logore nose u sebi potrebu da pridaju značaj bezimenom stečenom iskustvu: krajnjoj neosjetljivosti na bol. Des Pres smatra da je njihova poruka duboko uvredljiva, jer je od sredine XIX veka odnos prema patnji drugih stekao moralnu vrednost. Kirkegar propoveda spasenje putem bola, Niče slavi bezdan, Marks zgažene i potlačene. Ljudi koji su preživeli katastrofu iznudenu zavist zbog svoje patnje i istodobno potvrđuju da bol može ceniti samo povlašćena nekolicina. Predlažem alternativno objašnjenje: preživelog izbegavaju stoga što je prinuđen da skreće pažnju na sve veći i krajnje besmislen bol koji se u industrijskom društvu podnosi, a ne pati.

7. PRONALAZAK I OTKLANJANJE BOLESTI

U francuskoj revoluciji rodila su se dva velika mita: prvi, da lekari treba da zamene sveštenike, i drugi, da će se sa političkim promenama u društvu vratiti stanje prvobitnog zdravlja. Bolest je tako postalo javno pitanje. U ime progrusa prestala je da bude briga obolelih.¹⁸¹

Tokom nekoliko meseci 1792. godine Nacionalna skupština u Parizu pokušavala je da doneše odluku kako da one lekare koji su za sebe izvlačili korist negujući bolesnike, zameni terapeutskom birokratijom sa zadatkom da upravlja zlom kojem je sa dolaskom jednakosti, slobode i bratstva suđeno da nestane. Taj novi sveštenički stalež trebalo je da se finansira iz sredstava oduzetih od crkve. Dužnost mu je bila da povede naciju putem militantnog preobraćanja u zdravi život u kojem bi se smanjila potreba za medicinskom negom bolesnih. Svaka porodica bi ponovo mogla da se brine o svojim članovima, dok bi se svako selo staralo o svojim inokosnim bolesnicima. Nacionalna zdravstvena služba bila bi zadužena da se stara o zdravlju i nadgleda sprovođenje u delo zakona o ishrani i odredaba kojima se građani obavezuju da svo-

¹⁸¹ U ovoj glavi slobodno koristim podatke iz dokumenta koje je u svojoj izvrsnoj studiji sakupio FOUCAULT, Michel: *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, P.U.F., 1972.

je nove slobode koriste za štedljiv život i zdrava zadovoljstva. Medicinski službenici bi nadzirali da li se građanstvo vlada saobrazno zakonu, dok bi medicinske sudije predsedavale zdravstvenim tribunalima, štitći narod od šarlatana i eksploratora.

Predlozi jednog potkomiteta za ukidanje prosaćenja bili su još radikalniji. Po sadržini i stilu oni podsećaju na neke manifeste Crvene garde i Crnih pantera, jer zahtevaju da se kontrola nad zdravljem vrati narodu. Prva pomoć, tvrde oni, zadatak je suseda. Najbolji način korišćenja sredstava predviđenih za negu bolesnika jeste da se njima dopunjavaju prihodi obolelih. Bolnice, ukoliko se oseti potreba za njima, treba da budu specijalizovane: za stare, neizlečive, umno poremećene i za nahočad. Bolest je simptom političke nezdravosti i ona će se iskoreniti čim se vlast bude pročistila.

To što su se bolnice obično izjednačavale sa prihvatilištima za kužne, lako se može objasniti.¹⁸² One su bile milosrdne institucije i starale su se o bezpri-zornima. Niko nije odlazio u bolnicu da bi povratio zdravlje. Oboli, umno poremećeni, osakaćeni, epileptičari, neizlečivi, nahočad i pojedinci kojima su neposredno bili amputirani neki delovi tela, i to svih doba starosti i ova pola, trpani su zajedno; amputacije su se vršile po hodnicima između kreveta. Tim nesrećnicima je pružano nešto hrane, obilazio ih je kapelan, ali su ih obilazili i pobožni svetovnjaci da bi im pružili utehu, pored lekara koji su činili milosrdne vizite. Na lekove je otpadalo manje od 3% oskudnog budžeta. Preko polovine se isplaćivalo za bolničku supu, dok su se kaluđerice prehranjivale mršavim manastirskim obrocima. Slično zatvorima, bolnice su važile za

¹⁸² O istoriji bolnica vidi RISLEY, Mary: *House of healing. The story of the hospital*, Garden City, N.Y., Doubleday, 1961. IMBERT, Jean: *Les hopitaux en France*, Paris Edicija „Que suis-je?”, P.U.F., 1958. STEUDLER, F.: *Le système hospitalier. Evolution et transformation*. Paris, Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, 1973. Sapirografisano. FERRY-PIERRET, Janine, KARSENTY, Serge: *Pratiques médicales et système hospitalier*, Paris, CEREBE, January 1974. JETTER, Dieter: *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden, Steiner Verlag, 1966. Südhoff Archiv, Beihete, Heft 5: ova istorija je zamišljena u više posebnih i potpunih, naglašeno arhitektonski concepovanih tomova. BURDETT, Henry: *Hospitals and asylums of the world: their origin, history, construction, administration... and legislation*, 4 vols., London, 1893. Monumentalno klasično delo.

poslednje pribedište; niko ih nije smatrao mestima u kojima se lečenjem popravlja stanje obolelih.¹⁸³ Razumljivo je što su montanjari stavili prigovor na preporuke komiteta za prosjačenje. Neki od njih su zahtevali da se smesta ukinu sve bolnice, tvrdeći da su to „po prirodi stvari stecišta bolesnih i da ne samo što radeju bedu no i žigošu bolesnika. Ukoliko društvo i dalje budu potrebne bolnice, biće to znak da je njezina revolucija omanula“.

Rusovljev uticaj izbija iz te želje da se bolesnik povrati u svoje „prirodno stanje“: da se društvo vrati „divljoj bolesti“ koja sama od sebe jenjava, koja se može podnositi sa vrlinom i stilom i lečiti u domovima siromašnih isto onako kao što su se ranije lečili oboleli bogataši. Bolest postaje složena, nepodatna lečenju i nepodnošljiva jedino kada eksploracija razbije porodicu. Ona stiče zločudno i unižavajuće svojstvo sa pojavom urbanizacije i civilizacije. Bolest koja se sreće po bolnicama izaziva sâm čovek isto kao i ostale oblike društvene nepravde, ona cveta među samopopuske tlijivima i među ljudima koje su urbanizacija i civilizacija osiromašili. „Bolest se u bolnici potpuno izopači, pretvara se u zatvorsku groznicu za koju su karakteristični grčevi, povišena temperatura, loše varenje, bleda mokraća, poremećeno disanje, dok konačno ne nastupi tri-smrт — ako ne osmog ili jedanaestog, onda svakako tri-naestog dana.“ Iskazana tom vrstom jezika, medicina je prvi put postala političko pitanje. Planovi za zdravljenje društva počeli su da se kuju zajedno sa pozivom na obnovu društva kojom bi se odstranile zlosti civilizacije. Ono što je Dibo nazvao vizijom zdravlja, otpočelo je kao politički program.

Tokom poslednje decenije XVIII stoljeća u javnom besedištvu nema ni traga ideji o primeni biomedicinskih intervencija na stanovništvo ili u čovekovoj sreštini. Tek je sa restauracijom zadatak eliminisanja bođini. Tek je sa restauracijom zadatak eliminisanja bođini.

¹⁸³ O istoriji rešavanja problema putem zatvaranja ljudi u bolnice vidi ROTHMAN, David: *The discovery of the asylum*, Boston, Little Brown and Co., 1971. KOTLER, Milton: *Neighborhood government: the local foundations of political life*, New York, Boobs Merton, 1969, pruža korisne podatke o Bostonu. Takođe vidi CARLILL Co., 1969, pruža korisne podatke o Bostonu. Takođe vidi SON, Rick J.: *There are no cures in cages*, The Center Magazine, Santa Barbara, May-June 1974, str. 27-31.

lesti vraćen medicinskoj struci. Posle Bečkog kongresa broj bolnica je počeo da raste, a medicinske škole da cvetaju. To isto se događalo i sa otkrivanjem bolesti. Bolest je i dalje, na prvom mestu, čuvala svoju netehničku prirodu. Godine 1770. opšta praksa je za malo drugih bolesti znala, osim za kugu i velike boginje,¹⁸⁴ ali su do 1860. godine i običnom građaninu bila poznata medicinska imena desetine bolesti. Iznenadnu pojavu lekara kao spasioca, kulturnog heroja i čudotvorca ne treba pripisivati dokazanoj efikasnosti novih tehniki, po potrebi za magijskim ritualom koji će i izgraditi poverenje u ovu profesiju sa kojom politička revolucija nije imala uspeha. Ako „bolest“ i „zdravlje“ polazu prava na javna materijalna sredstva, onda se takve koncepcije moraju energično sprovesti. Tegobe se moraju pretvoriti u objektivne bolesti. Vrste oboleđenja valja klinički definisati i proveriti, kako bi odgovoran aparat mogao da ih rasporedi po bolničkim odeljenjima i unese u istoriju bolesti, budžete i muzeje. Cilj medicinskog lečenja, koji je odredila nova, mada neformulisana politička ideologija, stekao je nov status entiteta koji egzistira potpuno odvojeno i od lekara i od pacijenta.

Skloni smo da zaboravimo da su tek nedavno stvoreni entiteti bolesti. Jedna misao koja se pripisuje Hipokratu još uvek se, uz odobravanje, navodila sredinom XIX veka: „Ne možete otkriti nijedan ozbiljan oslonac, nijedan oblik ili računica na koje ćete se pozvati kada donosite sud o zdravlju i bolesti. U medicinskoj veštini ne postoji ništa u šta se lekar može pouzdati, sem u sopstvena čula.“ Bolest je i dalje bila lična patnja odražena u ogledalu doktorovog viđenja.

¹⁸⁴ MILLEPIERRES, François: *La vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, Paris, Hachette, 1964.

¹⁸⁵ O istoriji medicinskih testova konsultuj ovu dvojicu autora: WOLF, Harry, editor: *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences*, Bobbs Merrill, 1961, and LERNER, Daniel: *Quantity and quality. The Hayden Colloquium on scientific method and concept*, New York, Free Press of Glencoe, 1961. Naročito obrati pažnju na studiju SHYROCK, Richard H.: *The history of quantification in medical science*, WOOLF, Harry ed., str. 85-107. O primenjivanju merenja na nemedicinske aspekte čoveka, vidi STEVENS, S. S.: *Measurement and man*, u *Science*, vol. 127, No. 3295, 21 February, 1958, str. 383-389, i STEVENS, S. S.: *Handbook of experimental psychology*, New York, John Wiley & Sons.

Preobražavanje takvog medicinskog portreta u klinički entitet, za medicinu znači događaj koji odgovara Kopernikovom otkriću u astronomiji: čovek je kao iz topa izbačen i prognan iz središta svog svemira.

Tri veka pripreme je bilo potrebno da bi se odigralo tako naglo izbijanje bolesti. Nada da će se i u medicini ostvariti savršenstvo koje je Kopernik dao astronomiji datira iz Galilejevog doba. Dekart je povukao koordinate za izvođenje tog projekta. Njegova zamisao je efektno pretvorila ljudsko telo u časovnik i utvrdila novo rastojanje ne samo između duše i tela no isto tako i između pacijentovih žalbi i doktorovog oka. U takvim mehanicističkim okvirima bol se pretvorio u crveno svetlo, a bolest u mehaničku tegobu. Otvorila se mogućnost za novu vrstu taksonomije bolesti. Kao što se minerali i biljke mogu rasporediti u vrste, tako i lekar taksonomista izdvaja bolest i smešta je na odgovarajuće mesto. Postavljen je logički okvir za jednu novu svrhu medicine. Bolest, stavljen u središte medicinskog sistema, moguće je podvrgnuti: (a) operativnoj proveri merenjem, (b) kliničkom proučavanju i eksperimentisanju, i (c) ocenjivanju prema utvrđenim normama.

Galilejevi savremenici su prvi primenjivali merenja na obolelim ljudima,¹⁸⁵ ali su u tome imali malo uspeha. Još otkada je Galen učio da mokraću neposredno izlučuje *vena cava* i da je njen sastav neposredan pokazatelj prirode krvi, lekari su kušali i mislili urin, posmatrali ga prema svetlosti i sunca i meseca. Alhemičari XVI stoljeća naučili su da utvrđuju njegovu specifičnu težinu sa znatnom preciznošću, podvrgavajući urin obolelih svojim metodama. Desetak svojevrsnih i različitih značenja pripisivano je promenama u specifičnoj težini mokraće. Kada su ova merenja prvi put izvršena, lekar je počeo da iznalazi dijagnostička i terapijska značenja u svakom novom merenju koje je naučio da vrši.

Primena merenja ljudskog tela utrla je put uverenju u stvarno postojanje bolesti i u njihovu autonomiju, uverenju koje su sada delili i lekar i pacijent. Korišćenje statistike potkreplilo je to uverenje. Ono

je pokazalo da su bolesti prisutne u čovekovoj sredini i da svakog trena mogu krenuti u napad i zaraziti ljude. Prve kliničke statističke analize, izvršene u Sjedinjenim Državama 1721. godine, a objavljene u Londonu 1722. pružile su pouzdane podatke o činjenici da velike boginje prete Masačusetsu i da su cepljeni stanovnici zaštićeni od udara ove bolesti. Analizom je rukovodio doktor Koton Mater, bolje poznat po svojoj inkvizitorskoj ulozi u suđenju salemškim vešticama, no po toj nadahnutoj zaštiti od velikih boginja putem cepljenja.

Lekari XVII i XVIII veka često su smatrali šarlataнима one svoje kolege koje su primenjivale mereњa na bolesnim ljudima. Engleski lekari su još uvek, za vreme francuske revolucije, nepoverljivo gledali na kliničko merenje temperature. Ono će, kao i rutinsko merenje pulsa, postati ustaljena klinička praksa tek oko 1845. godine, trideset godina pošto je Lenek upotrebio stetoskop.

Istovremeno kada je lekar svoje interesovanje sa bolesnika prebacio na bolest, i bolnica se pretvorila u muzej bolesti. Bolnička odeljenja su bila prepuna ubogih koji su nudili svoja tela za spektakularna eksperimentisanja svakom lekaru voljnom da ih tretira.¹⁸⁶ Shvatanje da je bolnica prirodno mesto za proučavanje i upoređivanje raznih „slučajeva“ razvilo se krajem XVIII veka. Doktori su posećivali bolnice u koje su trpani svakojaki bolesnici i izvežbali su se u odbiranju nekoliko „slučajeva“ iste bolesti. Razvijali su sposobnost „bolničkog viđenja“ ili kliničkog oka. Za vreme prvih decenija XIX stoljeća medicinski stav prema bolnicama pretrpeo je još jednu promenu. Pre toga su

¹⁸⁵ Kada je bolest postala entitet koji se može odvojiti od čovekovih aspekata mogli razlučivati, koristeći i prodavati. Senke je tipičan književni motiv XIX veka. (A. V. CHAMISSO, *Peter Schlemihls wundersame Geschichte*, 1814). Lekar demon u stanju je da čoveka liši sopstvenog lika u ogledalu (E.T.A. HOFFMAN, 1815: *Die Geschichte vom verlorenen Spiegelbild*, u Die Abenteuer einer Sylvester nacht). W. HAUFF (*Das steinerne Herz*, u Das Wirtshaus im Spessart, 1828), priča je o čoveku koji zamenjuje svoje srce kamennim kako bi se spasio od bankrotstva. Tokom dve naredne generacije u književnosti su se počele obradivati teme kao što su prodaja apetita, imena, mladosti i sećanja. Vidi FRENZEL, Elizabeth, Schlemihl, u Stoffe der Weltliteratur, Stuttgart, Kroner Verlag, 1970, str. 667–669. Obratiti pažnju na to da se tipična „prodaja“ XIX veka jasno razlikuje od starog faustovskog motiva, prema kojem duša posle smrti pripada davolu. DEDEYAN, Charles: *Le thème de Faust dans la littérature européenne*, 4 vols., Paris, 1954–1961.

mladi lekari obično sticali svoje znanje na predavanjima, demonstracijama i raspravama. Sada se bolesnik umesto u svojoj postelji lečio na klinici, gde su budući lekari imali prilike da vide i raspoznačaju bolesti. Iz kliničkog pristupa bolesti rodile su se dve stvari: nov jezik kojim se o bolesti govorilo iz perspektive bolničke postelje, i reorganizacija bolnice zasnovana na bolesti radi prikazivanja bolesti studenima.

Bolnica, koja je na samom početku XIX veka postala mesto za postavljanje dijagnoze, sada je vršila ulogu učilišta. Ubrzo će prerasti u laboratoriju za eksperimentisanje tretmana, a pred kraj prošlog stoljeća u lečilište.¹⁸⁷ U tom međuvremenu se prihvatališe za kužne preobrazilo u radionicu za opravku zdravlja izdeljenu na odeljenja.

Sve se to odigralo u etapama. Tokom XIX veka bilo je uobičajeno da se na klinikama okupljaju kličonoše zaraza, a bolesti identifikuju i popisuju. Medicinsko percipiranje stvarnosti zasnovalo se na principu bolnice mnogo ranije no medicinska praksa. Specijalizovana bolnica, koju su zahtevali francuski revolucionari na dobrobit bolesnika, sada je sprovedena u život, jer je lekarima bilo potrebno da klasifikuju bolesti. Tokom celog XIX veka patologija se prvenstveno svodila na klasifikovanje anatomskih anomalija. Tek će pred kraj stoljeća učenici Kloda Bernara, uz ostalo, početi da daju nazive i da katalogiziraju patološke poremećaje funkcija.¹⁸⁸ Pored bolesti, zdravlje je takođe steklo klinički status kada je shvaćeno kao odustvo kliničkih simptoma. Kliničko stepenovanje normalnosti počelo je da se povezuje sa imovinskim stanjem.¹⁸⁹

¹⁸⁷ BERGHOFF, Emmanuel: *Entwicklungs geschichte des Krankheitzbegriffes*, Wien, Maudrich, 1947.

¹⁸⁸ GRMEK, Mirko D.: *La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard*, u KOYRE, Alexandre: *Mélanges Alexandre Koyré*, *L'avanture de la science*, Vol. I, str. 208—227, Paris, Hermann, 1964.

¹⁸⁹ GANGUILHEM, Georges: *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., 1972; ova teza iz istorije shvatanja normalnosti u patologiji devetnaestog veka završena je 1943. godine, a pogovor joj je dodat 1966. Istoriju „normalnog“ u psihijatriji, videti kod FOUCAULT, Michel: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961. Engleski prevod: *Madness and civilization*, New York, New American Library.

Bolest se nikada ne bi dovela u vezu sa abnormalnošću da tokom prethodnih dve stotine godina ljudi nisu bili počeli da uočavaju vrednost univerzalnih normi, i to redom na svim poljima. Takvi utvrđeni standardi, koji su se primenjivali u životu, stekli su značaj sa širenjem nacionalnih država. Jezik je bio prvi oblik ponašanja koji je standardizovan. Godine 1635, na traženje kardinala Rišeljea, francuski kralj je obrazovao Akademiju od četrdeset, po prepostavci, najistaknutijih predstavnika francuske književnosti sa zadatkom da čuvaju i usavršavaju francuski jezik. U stvari, oni su nametnuli jezik tadašnje buržoazije na usponu koja je ovladavala i sve brojnijim oruđima proizvodnje. Jezik ove nove klase kapitalističkih proizvođača postao je normativan način izražavanja za sve ostale klase. Državna vlast je prekršila statutarni zakon da bi regulisala sredstva izražavanja. Građani su tako naučili da priznaju normativnu snagu određene elite u oblastima do tada netaknutim crkvenim kanonima i državnim građanskim i civilnim zakonicima. Posle toga su ogrešenja o kodifikovane zakone francuske gramatike za sobom povlačila odgovarajuće sankcije: pojedinac je na osnovu načina izražavanja svrstavan na svoje mesto — naime, lišavan je povlastica. Dobar francuski se ravnao sa akademskim standardima, kao što će se uskoro dobro zdravlje izjednačavati sa kliničkim normama.

Norma na latinskom jeziku znači pravougli lenjir, drvodeljski lenjir. Do tridesetih godina XIX veka engleska reč *normalan* označavala je onog koji stoji pod pravim uglom. Tokom četrdesetih godina njeno značenje je počelo da obuhvata pojmove koji se saobražavaju izvesnom tipu. Za vreme osamdesetih godina prošloga veka u Americi je reč *normalan* počela da se odnosi na obična stanja ili okolnosti, i to povezana ne samo sa stvarima no i sa ljudima. Tek je u našem veku uobičajeno da se ona upotrebljava pri vrednovanju ljudi. U Francuskoj je, međutim, ova reč uzeta iz geometrije primenjena na društvo vek ranije. „Ecole Normale“ je bila škola u kojoj je nastavno osoblje Kraljevstva sticalo znanje. Toj reči je prvi put

medicinsku konotaciju dao Ogist Kont oko 1840. godine. On je izrazio nadu da će ljudi moći da se bave komparativnim proučavanjem patologije čim budu otkrili zakone koji određuju normalno stanje organizma.

Za vreme poslednje decenije XIX veka norme i odrednice postale su osnovni kriterijumi za utvrđivanje dijagnoze i terapije. A da bi se to dogodilo nije bilo potrebno da se sve abnormalne osobnosti proglaše patološkim: bilo je dovoljno da se sve patološke osobnosti smatraju abnormalnim. Shvatanje bolesti kao odstupanja od norme obezbeđuje medicinskoj intervenciji legitimnost tako što joj daje orientaciju za terapiju.

Koncept bolesti kao skretanja od normi danas po treći put menja odnos između lekara i bolnice.¹⁰⁰ Uveren sam da se nalazimo usred takvog preobražaja. Koton Mater se prvi poslužio statistikom da bi opisao prirodu jedne bolesti. Današnja medicina se njome sve više koristi pri utvrđivanju dijagnoze i terapije. Reč *klinika*, koja označava bolesničku postelju i čiji je proširen smisao obuhvatilo i pojam lekarevog posmatranja bolesnika sa odstojanja, sada znači mesto na koje ljudi odlaze da bi doznali treba li uopšte da se smatraju bolesnim. Samo društvo se pretvorilo u kliniku i svi građani su postali pacijenti čiji se krvni pritisak neprestano prati i održava „u okviru“ normalnih granica.

Doba bolničke medicine, koje od uspona do pada nije trajalo duže od veka i po, privodi se kraju.¹⁰¹ Za-

¹⁰⁰ OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: *Efficiency in the hospital service*, OHE publications, Studies on Current Health Problems, No. 22, London.

¹⁰¹ Istoriju medicinskih shvatanja u XIX veku potraži kod LAIN ENTRALGO, P.: *La medicina Hippocratica*. (Revista de Occidente), Alianza, 1970. LEIBRAND, Werner: *Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin*, Freiburg/br., Alber Verlag, 1953. HARTMANN, F.: *Der ärztliche Auftrag. Die Entwicklung der Idee des abendländischen Arztums aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit*, Göttingen, 1956. MERLEAU-PONTY: *L'oeil de l'esprit*, u „Les Temps Modernes“ No. 184–185, Paris, 1961, str. 193 ff. MERLEAU-PONTY: *Phénoménologie de la perception*, Paris, 1945. LEIBRAND, Werner: *Spekulative Medizin der Romantik*, Hamburg, 1956. FREYER, Hans: *Der Arzt und die Gesellschaft*, u Der Arzt und der Staat, Leipzig, 1929. FULOP-MILLER, René: *Kulturgeschichte der Heilkunde*, Bruckmann, Munich, 1937. ROTSCHUH, K. E. Hrag.: *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung, Wege der Forschung*, Vol. CCCLXII. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Ukupno ima osamnaest istorijskih značajnih kritičkih priloga epistemologiji

oštreni problemi radne snage, finansijskih sredstava, raspoloživosti usluga i kontrole, koji bolnice dovode u nezgodu širom sveta, mogu se protumačiti kao simptomi nove krize u shvatanju bolesti. Reč je o pravoj krizi, jer problem dopušta dva oprečna rešenja, dok oba čine današnje bolnice zastarelim. Prvo rešenje je dalja destruktivna medikalizacija zdravstvene nege koja bi još više proširila kontrolu medicinske proseksije nad zdravim ljudima. Drugo rešenje je kritičko, naučno zdravo shvatanje demedikalizacije bolesti.

Medicinska epistemologija je mnogo značajnija za zdravo rešenje ove krize i od medicinske biologije i od medicinske tehnologije. Takva epistemologija moraće da razjasni logički status i društvenu prirodu dijagnoze i terapije, prvenstveno u slučaju fizičkih bolesti, za razliku od mentalnih. Svaka bolest je društveno kreirana stvarnost. Šta ona znači i kakva reagovanja izaziva, ima svoju istoriju. Proučavanjem te istorije ospozobljavamo se da shvatimo do kojeg smo stepena zarobljenici medicinske ideologije u čijem smo duhu odgojeni.

Izvestan broj autora nedavno je pokušao da opovrgne status mentalne devijacije kao „bolesti“. Paradoksalno zvuči, ali palo im je teže da istu vrstu pitanja postave o bolesti uopšte. Svi redom, Lajfer, Gofman, Zaz, Leng i ostali, zanimaju se za političku genezu mentalnih oboljenja i za njeno korišćenje u političke svrhe.¹⁰² Svi oni, da bi potkrepili svoju tezu, suprotstavljaju „nerealnu“ mentalnu bolest „realnoj“ fizičkoj bolesti.

Prema njihovom mišljenju, jezik prirodnih nauka, koji se danas upotrebljava za sva stanja koja proučava lekar, u biti odgovara samo fizičkim bolestima. Fi-

bolesti iz XIX i XX veka, među koje spadaju i studije C. W. HUFELAND, R. VIRCHOW, R. KOCH, F. ALEXANDER, TOELNER. R. Oni će paralelno objaviti *Erfahrung und Denken in der Medizin*.

¹⁰² SZASZ, Thomas: *Myth of mental illness: a comparative study of the inquisition and the mental health movement*, Harper and Row, 1970. LEIFER, Ronald: *In the name of mental health: social functions of psychiatry*, Science, 1969. GOFFMAN, Erving: *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Doubleday, 1973, (orig. 1961). LAING, R. D., ESTERSON, A.: *Sanity, madness and the family*, Penguin, 1970.

zička bolest je ograničena na telo i javlja se u anatomskom, fiziološkom i genetskom kontekstu. „Stvarno“ postojanje ovih stanja obično se potvrđuje merenjem i eksperimentom. Takva operativna provera „stvarne“ bolesti vrši se, bar teorijski, potpuno nezavisno od sistema vrednosti. Sve to ne važi za mentalne bolesti: njihov status u smislu „bolesti“ isključivo zavisi od psihijatrijskog suda. Psihijatar dejstvuje kao agens u društvenom, etičkom i političkom milijeu. Merenja i eksperimenti u slučajevima tih „mentalnih“ stanja vrši se isključivo u okviru ideoloških koordinata, čiju konzistentnost obezbeđuje psihijatar svojim opštim društvenim predubeđenjem. Za rasprostranjenost bolesti okrivaljuje se život u otuđenom društvu; međutim, mada je političkom reformom izvodljivo eliminisati veliki broj psihičkih oboljenja, njome bi se jedino postigao bolji i pravičniji tretman fizički obolelih lica. Taj antipsihijatrijski stav, koji daje legitimnost nepolitičkom statusu fizičkih oboljenja tako što mentalnoj devijaciji oduzima karakter bolesti, gledište je manjine na Zapadu koje se čini bliskim zvaničnoj doktrini u modernoj Kini, gde se mentalna bolest tumači kao politička akcija. Maoističkim političarima poverava se staranje o psihotičnim devijentima. Berman¹⁹³ izveštava da se Kinezi protive revizionističkoj praksi Rusa da vrše depolitizaciju političke devijacije klasnih neprijatelja tako što ih zatvaraju u bolnice i što se prema njima odnose kao da boluju od neke bolesti analogne zarazi. Stav maoista je da samo suprotan pristup može uroditи plodom: a to je intenzivno političko prevaspitanje ljudi koji su trenutno, možda nesvesno, klasni neprijatelji. Zahvaljujući samokritici, klasni neprijatelji će postati politički aktivni, što znači da će ozdraviti. I u ovom slučaju insistiranjem na prvenstveno nekliničkoj prirodi mentalne devijacije jača uverenje da je ona druga vrsta bolesti materijalni entitet.¹⁹⁴

¹⁹³ BERMANN, Gregorio: *La Santé mentale en Chine*. Traduit de l'Espagnol par A. Barbaste, Paris, François Maspero. 1974. Titre original: *La salud mental en China*. Ed. Jorge Alvarez, Buenos Aires, 1970.

¹⁹⁴ SEDGEWICK, Peter: *Illness, mental and otherwise. All illnesses express a social judgement*, u „Hastings Center Studies“, Vol.

Industrijsko društvo ne može da funkcioniše, a da svojim članovima ne pruža mnoge prilike za dobijanje dijagnoze da pate od neke stvarne, suštinske bolesti koja predstavlja poseban entitet. Preterano industrijalizovano društvo nezdravo deluje, a znak te nezdravosti jeste to da se ljudi ne uklapaju u njega. I doista, oni bi se pobunili protiv takvog društva kada im lekari ne bi postavljali dijagnoze koje objasnjavaju njihovu nesposobnost za borbu kao poremećaj zdravlja. Dijagnozom se razlog za slom pojedinca prebacuje sa veštačke životne sredine na organizam koji se u nju uklapa. Tako bolest dobija svoju supstančnu *telu* osobe. Doktor u ime svog pacijenta uobičjava tu supstanču i definiše je. Klasifikacija bolesti (nosologija) kakvu društvo usvaja, odslikava njegovu institucionalnu strukturu, dok se bolest koju rada ta struktura tumači pacijentu jezikom koji su stvorile institucije. Industrijalizovani ljudi osećaju potrebu za društvenim poreklom entiteta bolesti da bi tako svoje institucije razrešili odgovornosti. U meri u kojoj ljudi veruju da im je neophodno više lečenja, manje će biti u stanju da se pobune protiv industrijalnog razvoja.

Sve dok se bolest shvata kao organska ili bihevioristička abnormalnost, za pacijenta nema nade da će što on danas vidi prazan je pogled računopolagača zadubljenog u izračunavanje „izlaza“ i „ulaza“.¹⁹⁵ Bolesniku je oduzeta njegova bolest i pretvorena u sirovinu nekakvog institucionalnog pothvata. Njegovo stanje se tumači u duhu niza apstraktnih pravila jezika koji on nije u stanju da razume. Upućuje ga u neke nepoznate entitete koje njegov lekar savlađuje, ali samo u meri u kojoj to ovaj smatra neophodnim da bi obezbedio pacijentovu saradnju pri svom projektovanju intervencija i okolnosti. Lekari se služe svojim

I, No. 3, 1973, str. 19–40, ističe da dogadaji ugrožavaju zdravlje i izazivaju bolesti jedino pošto ih čovek oboje proglaši devijacijom (stanjima podvrgnutim društvenoj kontroli). Pisac obećava da će postaviti epistemološko pitanje o obolelosti uopšte u jednoj svojoj knjizi koju treba da objavi Harper and Row.

¹⁹⁵ ISRAEL, Joachim: *Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin*, u „Neue Gesellschaft“, 1974, str. 397–404.

jezikom: obolelom licu su uskraćene osmišljene reči o njegovim mukama, čime se još više povećava lingvistička mistifikacija.

Jatrogeneza proistekla iz lekareve kontrole nad jezikom fizičke patnje, jedan je od glavnih bedema profesionalnih povlašćenosti. Čim se efikasnost medicine izrazi običnim rečima, istog časa se ispostavi da većina uspešno postavljenih dijagnoza i izvedenih lečenja ne prevazilazi moć razumevanja bilo kog laika. Daljom upotreboru specijalizovanog jezika deprofesionalizacija medicine ostaje tabu.¹⁹⁶

Pretežna većina onih dijagnostičkih i terapijskih intervencija koje, sudeći po dokazima, čine više dobra no što nanose štete, imaju dve karakteristike: materijalna sredstva potrebna za njih neobično su skromna i svode se na zapakovane lekove namenjene samostalnoj upotrebi ili ih bolesnicima mogu davati članovi njihovih porodica. U kanadskoj medicini cena preparata koji znatno poboljšava zdravlje toliko je niska, da bi novac koji se danas rasipa u Indiji na modernu medicinu bio dovoljan da se njime zadovolje potrebe celog potkontinenta. S druge strane, većina onih dijagnostičkih i terapijskih pomagala koja se najčešće koriste iziskuju toliko jednostavnu veština u primeni, da bi ih ljudi kojima je do toga stalo pažljivim proučavanjem uputstava verovatno uspešnije i odgovornije upotrebili no što je to medicinska praksa u stanju da ikada izvede. Većinu preostalih intervencija nesumnjivo bi bo-

¹⁹⁶ Literaturu o istoriji reči koje se odnose na zdravlje, lečenje, bolest i telesne poremećaje potraži kod DORNSEIF, Franz: *Der deutsche Wortschatz nach Sachgruppen*, Berlin, De Gruyter & Co., 1970, odelici 2.16—2.22 i 2.41—2.45. Rečnik indogermanskih si- nonimova izradio je BUCK, Carl D.: *A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages*, Chicago and London, Univ. of Chicago Press, 1949, 3rd impression, 1971, odelici 483—484. MOLL, Otto E.: *Sprichwörter-Bibliographie*, Frankfurt Am Main, Vittorio Klostermann, 1958. Pisac nabroja 58 zbirki poslovica na raznim jezicima koje se odnose na „zdravlje, bolest, medicinu, higijenu, glupest i lenjost“, str. 534—537. STEUDEL, Johannes: *Die Sprache des Arztes. Ethymologie und Geschichte medizinischer Termini*. Ovo delo je istorija medicinskog jezika. GOLTZ, Dietlinde: *Krankheit und Sprache*, u Sudhoff's Archiv 53, 3, 1969, str. 255—269. Autor upoređuje jezik Vavilonaca, Grka i nemačkih medicinskih Autor upoređuje jezik Vavilonaca, Grka i nemačkih medicinskih lečnika. Birokratski žargon kojim se služe lekari kada govore o bolestima sve se više udaljava od svakodnevнog jezika kojim obolela lestimu svoje tegobe. Takođe vidi BARGHEER: *Krankheit, lica, iskazuju svoje tegobe*. Takode vidi „Handwörter des deutschen Aberglaubens“, Band V., str. 377—378.

lje obavio „bosonogi“ amater zahvaljujući svojoj dušbokoj ličnoj zainteresovanosti, no lekar profesionalac, psihijatar, stomatolog, babica, fizioterapeut ili okulista.

Kada se raspravlja o dokazima koji govore o jednostavnom i uspešnom primenjivanju moderne medicine, medikalizovani ljudi obično stavljaju ovakve primedbe: bolesni ljudi su preplašeni i emocionalno nesposobni za racionalno samolečenje; čak i lekar poziva svog kolegu da mu leči bolesno dete; zlonamerni amateri svakako bi se brzo organizovali u monopolističke čuvare znanja. Sve su te zamerke na mestu ako ih stavi društvo u kojem potrošačeva očekivanja utiču na uobličavanje stavova prema zdravstvenoj službi, u kojem se medicinski preparati namenjeni bolničkoj upotrebi smišljeno pakuju i u kojem preovlađuje mitologija medicinske efikasnosti. A jedva da bi imali vrednosti u svetu koji stremi ka racionalnosti.

Dobar primer za deprofesionalizaciju bioloških intervencija svakako nudi nedavni problem abortusa. Testiranje bremenitosti predstavlja danas vrhunski tehnološki proizvod koji se u vidu paketića stavlja laiku na ličnu upotrebu. Metodom vakuumskog odstranjivanja ploda trudnoća se prekida na bezbedan, jeftin i jednostavan način. Obilje tehnoloških sredstava obe-smislilo je legalnu zabranu abortusa, isto onako kao što je to bio slučaj i sa puritanskim zakonima Nove Engleske donošenim protiv masturbacije. Današnji zakoni koji lekarima daju monopol na legalan abortus podjednako su sumnjivi kao i stare crkvene odredbe koje su tolerisale preljubu samo kada se vršila u javnim kućama sa certifikovanim prostitutkama.

Pod deprofesionalizacijom medicine ne podrazumeva se nestanak stručnih lekara, obezvređivanje pravog znanja i suprotstavljanje javnoj kontroli i raskrinkavanju loše prakse, niti treba shvatiti da se pisac ove knjige za to zalaže. Ali se pod deprofesionalizacijom svakako podrazumeva čvrst stav protiv mistifikovanja javnosti, protiv uzajamnog opunomoćivanja lekara koji sami sebi dele položaje, protiv pružanja javne potpore medicinskom esnafu i njegovim institucijama i protiv legalizovane diskriminacije od strane i u ime ljudi

koje pojedinci i zajednice biraju i imenuju za svoje lekare. Deprofesionalizacija medicine ne znači ukidanje opštih finansijskih sredstava za potrebe lečenja, ali svakako znači neslaganje sa bilo kakvim isplaćivanjem takvih sredstava prema uputstvima i pod kontrolom članova medicinskog esnafa. Deprofesionalizacija ne znači eliminaciju moderne medicine. Ona znači da nijedan profesionalac ne sme imati moć da na bilo kog od svojih pacijenata rasipa paket medicinskih proizvoda veći no što bi neko drugi imao pravo da zahteva za sebe. I najzad, deprofesionalizacija medicine ne znači previđanje izuzetnih potreba koje iskrasavaju pred čoveka u posebnim trenucima njegovog života: kada se rađa, slomi nogu, kada se osakati ili se suoči sa smrću. Odbijanje da se lekarima daju povlastice ne znači da javnost neće ceniti njihove usluge, no da će vrednovanje njihovog rada, umesto njihovih kolega, efikasnije vršiti obavešteni klijenti. Odbijanje da se neposredno finansiraju skuplje vrste tehničkih pronalazaka medicinske magije ne znači da država treba da pruža zaštitu pojedincima kako ih ne bi eksplorativi vršioi medicinskih kultova; to, jednostavno, znači da se sredstva iz poreskih fondova neće koristiti za ustanovljavanje bilo kog obreda te vrste. Deprofesionalizacija medicine znači razvrgavanje mita u čije ime tehnički progres zahteva povećavanje specijalizovanog kadra, sve zakućastije manipulacije i sve veću zavisnost ljudi u pogledu prava na dostupnost bezličnim medicinskim institucijama, umesto da se gaji uzajamno poverenje.

8. SMRĆU PROTIV SMRTI

Dominantna predstava o smrti određuje osnovno shvatanje zdravlja u svakom društvu.¹⁹⁷ Takvu predstavu — kulturom uslovljenu anticipaciju izvesnog događaja koji će se odigrati neizvesnog datuma — oblikuju institucionalne strukture, duboko ukorenjeni mitovi i opšte društveni karakter. Svako društvo svojom predstavom o smrti razotkriva stepen nezavisnosti svog naroda, međusobnu povezanost njegovih pripadnika, njihovu samodovoljnost i životnost.¹⁹⁸ Gde god je me-

¹⁹⁷ OLSON, Robert G.: *Death*, u „Encyclopaedia of Philosophy“, Vol. 2, 1967, str. 307—309, New York, Macmillan, na kratak i lucidan način uvodi čitaoca u ono što je pozнато o smrti i o strahu od smrti. FEIFEL, Herman, editor: *The meaning of death*, New York, McGraw Hill, 1959, da je zamah psihološkim istraživanjima problema smrti u Sjedinjenim Državama. FULTON, Robert: *Death and identity*, New York, Wiley Inc. 1965, značajna je antologija kratkih priloga koji prikazuju stanje u ovoj istraživačkoj oblasti na engleskom jezičkom području tokom 1965. godine. LANDSBERG, Paug: *Essai sur l'expérience de la mort, suivit de problèmes moraux de suicide*, Paris, Le Seuil, 1951, klasična je analiza. ECHEVERRIA, José: *Réflexions métaphysiques sur la mort et le problème du sujet*, Paris, J. Vrin, 1957, na lucidan način pokušava da izradi fenomenologiju smrti. FERBER, Christian von: *Soziologische Aspekte des Todes. Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie*, u „Zeitschrift für Evangelische Ethik“, Vol. 7, 1963, str. 339—360, ubedljivim argumentima se zalaže za ponovno pokretanje pitanja smrti kao ozbiljnog društvenog problema. Pisac iznosi uverenje da se, kada se smrt suzbija, ekspropriše i prepusti profesionalcima, samo pojačava eksploratorska klasna struktura društva. Veoma značajan prilog. Takođe vidi: JANKELEVITCH, Vladimir: *La mort*, Paris, Flammarion, 1966, i MORIN, Edgar: *L'homme et la mort*, Paris, Le Seuil, 1970.

¹⁹⁸ U sledećim delima proučena je antička predstava smrti u opštem značenju: GARRISON, Fielding H.: *The Greek cult of the*

tropolitska medicinska civilizacija prodrla, tamo je nova predstava o smrti uhvatila korena. Ta predstava, ukočno je zasnovana na novim tehnikama i na njima srodnom etosu, supranacionalna je po svom obeležju. Same tehnike, međutim, nisu neutralne u kulturnom smislu, već uzimaju određen oblik u okviru zapadnih kultura i izražavaju zapadnjački etos. Predstava o smrti kakvu ima beli čovek, i koja se rasprostranila sa medicinskom civilizacijom, dejstvuje kao snažna sila pri kulturnoj kolonizaciji.

Predstava o „prirodnoj smrti“, o takvoj smrti koja treba da nastupi pod medicinskom negom i da nas zatekne u dobrom zdravlju i dubokoj starosti, skorašnji je ideal.¹⁹⁹ Tokom proteklih pet stotina godina ta predstava je prošla kroz pet različitih faza i sada se nalazi pred šestom mutacijom. Svaka faza je imala svoj ikonografski izraz: 1. u XIV veku bila je to „igra mrtvih“; 2. u doba renesanse je takožvana „igra smrti“ otpočinjala na mig čoveka skeleta; 3. prizor staroga pohot-

dead and the chthonian deities in ancient medicine, u „Annals of Medical History“, 1917, I, str. 35–53. WALTON, Alice: *The cult of Asklepios*, „Cornell Studies in Classical Philology“, No. III, New York, Johnson Reprint Corp., 1965 (orig. 1894). BENZ, Ernst: *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart, Kohlhammer, 1929, Tübingen Beiträge zur Altertumswiss. 7. WACHTER, Ludwig: *Der Tod im alten Testament*, Stuttgart, Calwer Verlag, 1967. TOYNBEE, Jocelyn Mary Catherine: *Death and burial in the Roman world*, London, Thames and Hudson, 1971. SAUER, K.: *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-romischen Geschichtsschreibung*, Frankfurt, 1930. KROLL, J.: *Tod und Teufel in der Antike*, Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen, 56, 1926. BLUMMER, Hugo: *Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst*, u Neue Jahrbücher des klassischen Altertums, 1917, str. 499–512.

¹⁹⁹ U ovoj glavi pisac koristi veliki broj podataka iz izvrsnih eseja Filipa Ariesa. ARIES, Philippe: *Le culte des morts à l'époque moderne*, u „Revue de l'Academie des Sciences morales et politiques“, 1967, str. 25–40. ARIES, Philippe: *La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales*, u „Archives Européennes de Sociologie“, VIII, 2, 1967. ARIES, Philippe: *La vie et la mort chez les français d'aujourd'hui* u „Ethnopsychologie“, 27 (I), March 1972, str. 39–44. ARIES, Philippe: *La mort et le mourant dans notre civilisation*, u „Revue Français de Sociologie“, XIV, 1, January–March, 1973. ARIES, Philippe: *Les techniques de la mort*, u „Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle“, Paris, Le Seuil, 1971, str. 373–398. Rezime na engleskom jeziku ARIES, Philippe: *Western attitudes towards death: from the Middle Ages to the present*. Aries je ovo predavanje održao na Univerzitetu Džonsa Hopkinsa, a prevela ga je Patricija Ranum (Patricia Ranum), Johns Hopkins University Press, 1974. Tekst *La mort inversée* objavljen je pod naslovom *Death inside out* u izdanju „Hastings Center Studies“, May 1974, Vol. 2, No. 2, str. 3–18 (bibliografija nije data uz prevedeni tekst).

ljivca u spavaćoj sobi simbolizuje *Ancien Régime*; 4. u XIX veku lekar se hvata ukočac sa lelujavim avetima sušice i zaraznih bolestina; 5. doktor iz sredine dvadesetog veka isprečio se između pacijenta i njegove smrti; i 6. smrt pod intenzivnom bolničkom negom. U svakoj etapi svog razvoja predstava o prirodnoj smrti izazivala je drukčiji sklop reagovanja koja su sve više sticala medicinski karakter. Istorijat prirodne smrti jeste istorijat medikalizacije borbe sa smrću.²⁰⁰

Pobožna igra mrtvih

Još od IV veka crkva se borila protiv paganskog običaja ljudi da na groblju igraju nagi razmahujući sabljama u ludom zanosu. Često ponavljanje crkvenih zabrana neosporno dokazuje da se njima malo postizalo, te će hrišćanske crkve i groblja ostati pozornica za igru narednih hiljadu godina. Smrt je nudila priliku za obnavljanje života. Igranje sa pokojnicima na njihovim grobovima čoveku je pružalo mogućnost da potvrdi svoju radost što je živ i značilo izvor mnogih erotskih pesama i stihova.²⁰¹ Čini se da se odnos pre-

²⁰⁰ U ovoj glavi prvenstveno me zanima predstava o „prirodnoj smrti“. Pribavio sam termin „prirodna smrt“ stoga što nazivam da se on često помиње između XVI i početka XX veka. Suprotstavljam ga izrazu „primitivna smrt“, jer u tom slučaju smrt nastupa usled delovanja nekakvog magičnog, sablasnog, natprirodног ili božanskog činioča; suprotstavljam ga i izrazu „savremena smrt“, kojim se smrt ponajčešće označava kao posledica društvene nepravde, ishod klasne borbe ili imperialistička dominacija. Zatim me predstava takve prirodne smrti i evolucija te predstave tokom četiri stoljeća u kojima se ona ubičajila u zapadnim civilizacijama. Ideju za takav pristup mojoj temi dugujem FUCHS Werneru: *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1969. O mom neslaganju sa piscem vidi Šku 233.

²⁰¹ OHM, Thomas: *Die Gebetasgebärden der Völker und das Christentum*, Leiden, Brill, 1948, str. 372 ff, naročito str. 389–390, prikuplja podatke o ritualnim igrama na grobljima i o borbi koju su protiv takvog običaja vodile crkvene vlasti. Medicinsku istoriju istočne religiozne horeomanije napisao je BACKMAN, E. L.: *Religious dances in the Christian church and in popular medicine*, Stockholm, 1948; delo je na engleskom jeziku preveo E. Classen, London, Allen and Unwin, 1952. Bibliografiju verskih aspekata igre spiritalité. Fase. XVIII–XIX, str. 21–37. SCHIMMEL, A.: *Tanz. I. Religionsgeschichtlich* u „Die Religion in Geschichte und Gegenwart“, Tübingen, 1962, Vol. 6, str. 612–614. Istorijom ritualne igre u hrišćanskim crkvama i oko njih bave se: GUAGAUD, L.: *La danse dans les églises*, u „Revue d'Histoire Ecclésiastique“, t. 15, 1914, str. 5–22 i 229–245. BALOCH, J.: *Tanze in Kirche und Kirchho-*

ma takvima igrama izmenio pred kraj XIX veka:²⁰² susret između živih i nedavno preminulih preobrazio se u medikativan, introspektivan doživljaj. Prva „Igra mrtvih“ naslikana je na zidu jednog pariskog groblja 1424. godine. Originalan rad „Cimetière des Innocents“ je propao, ali nam dobre kopije omogućuju da ga rekonstruišemo: svi redom, kralj, seljak, papa, pisar i devojka igraju sa po jednim mrtvacem. Svaki par međusobno savršeno liči po odeći i crtama lica kao lik u ogledalu. U obliku svog tela svako nosi svoju smrt i igra sa njom kroz život. U doba kasnog srednjeg veka ta smrt koja obitava²⁰³ u čoveku licem će stati pred njega; svaka smrt dolazi sa simbolom društvenog položaja svoje žrtve: kralju donosi krunu, a seljaku vile. Ljudi su najpre igrali sa svojim mrtvima precima na njihovim grobovima, da bi zatim predstavljeni svet u kojem svako kroz život igra u zagrljaju sa sopstvenim nestankom. Više nisu predstavljeni smrt u antropomorfnom obliku, već kao mračnu samosvesnost, kao stalno prisutno saznanje razjapljenog groba. To još uvek nije bio čovek-skelet koji će se pojavit u narednom stoljeću i uz čiju će muziku i muškarac i žena zaigrati u jesen srednjega veka, no pre ono svačije ja što stari i truli.²⁰⁴ U to vreme ogledalo je postalo važan

*jen u „Niederdutsche Zeitschrift für Volkskunde“, 1928. SPANKE, H.: Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters, u „Neuphilosophische Mitteilungen“, 31, 1930. O germanским ritualnim igrama koje su prethodile hrišćanskim igrama na grobljima vidi, WOLFRAM, R.: *Schwertanz und Männerbund*, Kassel, 1937. (Tekst je samo delimično štampan.) DANCKERT, Werner: *Totengräber* u „Unehrlische Leute. Die Verfehlten Berufe“, Bern, Franck Verlag, 1963, str. 50–56.*

²⁰² HUIZINGA, Jan: *La vision de la mort u Le déclin du moyen age*, Paris, Payot, 1932, glava XI, str. 164–180.

²⁰³ LADNER, Gerhart B.: *The idea of reform. Its impact on Christian thought and action in the age of the Fathers*, Harvard Univ. Press, 1959. O vremenu strujama u samoj crkvi u pogledu odnosa smrti prema prirodi počev od četvrtog veka, vidi str. 163. Pelagius smatra da smrt nije kazna zbog greha i da bi Adam umro i da nije zgrešio. U tome se on razilazi sa Avgustinom, prema čijoj je doktrini Bog dao Adamu besmrtnost kao izuzetan dar; još dublje se razilazi sa onim grčkim crkvenim ocima koji tvrde da je Adam pre zgrešenja imao duhovno telo, odnosno „telo sa sposobnošću uskršnjuća“.

²⁰⁴ Do tog doba pokojnik je na grobnom spomeniku prikazivan kao vanvremsko biće, a potom nalik na truli leš. TRICOT-ROYER: *Les gisants macabres du Boussu, Bruxelles, Vilvorde, Strasbourg, Beanne, Troyes, Enkhuyzen*, u „Bull. Soc. Franc. Hist. Med.“, Vol. 20, str. 85–99; 199–205. HORNUNG, J. P.: *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*. Diss. Freiburg, 1902. Susretu između živih i mrtvih pridaje značaj jedan nov književni žanr, GLIXELLI, Stefan: *Les cinq poèmes des trois morts et des trois viifs*, Paris,

predmet u svakodnevnom životu, tako da u tom čvrstom stisku „smrti odražene u ogledalu“ život dobija izvesnu halucinantnu reskost. Sa Čoserom i Vijonom smrt postaje prisna i senzualna podjednako kao i zadovoljstvo i bol.

Primitivna društva su smrt shvatala kao ishod mešanja nekog странog aktera. Za njih smrt nije imala osobine ličnosti. Naprotiv, smrt je bila posledica nečije zle namere. A taj neko, taj uzročnik smrti, mogao bi biti sused koji te je iz zavisti pogledao zlim okom, a možda i vestica, ili jedan od predaka prispeo da te sobom odvede, ili crna mačka koja ti je prešla put.²⁰⁵

1914. EGILSRUD, S. J.: *Le dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise*, Paris, 1934. KAULFUSS-DIESCH: *Totentgespräche*, u „Reallexikon der Deutschen Literaturgeschichte“ 3, str. 379 ff. Nov vizuelan izraz ovoj temi dali su: KUNSTLE, ROTZLER, Willy: *Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten*, 1908. Toten. Ein Beitrag zur Forschung über mittelalterliche Verganglichkeitsdarstellung, Winterthur, Keller, 1961. MICHAULT, Pierre: *Pas de la mort*, ed. Jules Petit, „Soc. des Bibliophiles de Belgique“, 1869. FREYBE, Albert: *Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksgläubigen, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge*, Gotha, 1909. To što oko 1500. godine smrt dobija čist oblik skeleta i novu anatomiju ne znači da ona nije oduvećima antropomorfnog obelježja, ako ne u likovnoj umetnosti, onda svačije kako u legendi i poeziji. GEIGER, Paul: *Tod. 4. Der Tod als Person* „Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens“. Vol. VIII, str. 976–985.

²⁰⁵ Savremenu bibliografiju radova o stavovima prema smrti Tod. *Wandlungen des Todesbildes in Mythos und in den Traumen heutiger Menschen*, Zurich, 1960. (Engleski prevod: *Psyche and death*, Putnam, 1967.) Smrt se uvek shvata kao posledica mešanja nekog činioča. Za cijevje moje teze nevažna je priroda tog činioča. Mada je ovaj rad zastareo, HERTZ, Robert: *Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort*, u „L'Année Sociologique“, 10, 1905/1906, str. 48–137, još uvek je najbolji izvor starije literaturice o tom pitanju. Dopuni podacima iz HARTLAND, LANGDON, DE LA VALLEE POUSSIN, et al.: *Death and disposal of the dead*, u „Encyclopaedia of Religion and Ethics“, Vol. IV, str. 411–511. MOSS, Rosalind: *The life after death in Oceania and the Malay Archipelago*, 1925. Reprod. „University Microfilms“, Ann Arbor, 1972; ovaj mikrofilmovan tekst pokazuje da načini na koje se ljudi sahranjuju često odražavaju verovanja u pogledu uzroka smrti i prirode zagrobнog života. KELSEN, Hans: *Seele und Recht*, u „Aufsätze zur Ideologiekritik“, Neuwied am Rhein und Berlin, 1964. Kelsen iznosi mišljenje da se zbog univerzalnog straha od predaka-ubica pojačava društvena kontrola. Takođe konsultuj: FRAZER, James George: *Man God and immortality*, London, Macmillan, 1972. FRAZER, James George: *The belief in immortality and the worship of the dead*, Vol. I, Verovanje u besmrtnost i obožavanje mrtvih postoji kod australijskih domorodaca, u zemljama oko Trosskog moreuza u Novoj Gvineji i Melaneziji. London, Macmillan, 1913. FRAZER, James George: *Fear of the dead in primitive religion*, London, Macmillan, 1936. LEVI-STRAUSS, Claude: *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962, osobito str. 44–46 i 314–333. FREUD,

Hrišćani i muhamedanci su u srednjem veku i dalje gledali na smrt kao na ishod promišljenog mešanja samoga boga. Pored samrnikove postelje ne sreće se lik „bilo koje“ smrti, no se jedino andeo i đavo rvu o dušu što čili iz usta žene na izdisaju. Tek će tokom XV veka sazreti okolnosti za izmenu te predstave²⁰⁶ i za pojavu onoga što će se docnije nazvati „prirodnom smrću“. Igra mrtvih očituje tu pripravnost. I tako je sazrelo vreme da smrt postane onaj neminovni, suštinski deo ljudskog života, a ne odluka nekog nepoznatog uzročnika. Tako smrt stiče autonomnost i kao nezavisan činilac tri veka bivstvuje napored sa besmrtnom dušom, sa božanskim proviđenjem, sa anđelima i demonima.

Dance macabre

U moralitetima²⁰⁷ smrt se javlja u novom ruhu i ulozi. Krajem XV stoljeća ona prestaje da bude odraz u ogledalu i preuzima vodeću ulogu među „četiri poslednje stvari“, četiri prethodnice strašnoga suda, neba i pakla.²⁰⁸ Zatim, smrt nije više prosto jedan od četvorice jahača Apokalipse sa romanskih reljefa, ni Megera nalik na slepog miša koja skuplja duše po groblju u Pizi, ni običan glasnik i izvršilac božjih naređenja. Smrt izrasta u nezavisno obličeje koje dolazi po svakog muškarca, ženu i dete, najpre kao božji zaslanik, da bi se ubrzo potom pozivala na sopstvena suverena prava. Hans Holbajn Mlađi²⁰⁹ je 1538. godine sačinio prvu slikovnicu posvećenu smrti, i o ovo delo ljudi će se grabiti: bili su to drvorezi pod naslovom *Danse ma-*

Sigmund: *Toten und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, Frankfurt am Main und Hamburg, 2. Aufl. 1961.

²⁰⁸ BOSSUAT, Robert: *Manuel bibliographique de la littérature française du moyen age. Danse macabre*, Nos. 3577–3580; 7013.

²⁰⁹ O evoluciji „Jederman“ motiva vidi kod LINDNER, H.: *Hugo von Foffmansthalis „Jederman“ und seine Vorgänger*, Diss. Leipzig, 1928.

²¹⁰ TENENTI, Alberto: *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento?*, Torino, Einaudi, 1957. TENENTI, Alberto: *La vie et la mort à travers l'art du XVIe siècle*, Paris, Colia, 1962.

²¹¹ HOLBEIN, Hans the Younger: *The dance of death. A complete facsimile of the original 1538 edition of Les simulachres et histoires faces de la mort*, New York, Dover Publ., 1971.

cabre.²¹⁰ Sada su igrači sa kojih je pootpadalo gnjilo meso postali goli skeleti. Prikazivanje čoveka uhvaćenog u mrežu sopstvene smrtnosti preobrazilo se u

²¹⁰ REHM, Walter: *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik*, Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1967. Rem pruža dokaze o velikoj promeni predstavljanja smrti u književnosti oko 1400. godine i zatim ponovo oko 1520. Takode vidi DUBRUCK, E.: *The theme of death in French poetry of the middle ages and the Renaissance*, The Hague, 1964 i KURTZ, L. P.: *The dance of death and the macabre spirit in European literature*, New York, 1934. O novom poimanju smrti srednjih klasa koje su se nalazile na usponu krajem srednjeg veka, vidi HIRSCH, Erna: *Tod und Jansets in Spätmittelalter. Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Burgherrums*, Berlin, 1927, XIII, Diss. Univ. Marburg. O igri smrti posebno raspravlja ROSENFELD, Hellmut: *Der mittelalterliche Totentanz. Entstehung, Entwicklung, Bedeutung*, Münster Köln 1954, Bonhau Verlag IX, sa ilustracijama. (Beihefte zum Archiv für Kulturgeschichte H. 3.) Besprechung bei Frederick P. Pickering. ROSENFELD, Hellmut: *Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien*, u „Littérature Moderne“, 5, 1954, str. 62–80. Rozenfeld daje nenadmašan uvod u proučavanje ovog polja, pored bogate bibliografije najnovijih radova. Dopunski podaci o staroj literaturi nalaze se kod MASSMAN, H. F.: *Literatur der Totentänze*, Beitrag zum Jubeljahr der Buchdruckerkunst. Aus dem Serapeum besondert abgedruckt, Leipzig, T. O. Weipel, 1840. Takode vidi BUCHHEIT, Gert: *Der Totentanz, seine Entstehung, und Entwicklung*, Berlin, 1926. STAMMLER, Wolfgang: *Die Totentänze des Mittelalters*, München, 1922, i CLARK, James M.: *The dance of death in the middle ages and the Renaissance*, 1950. Kozakjeva tri toma: KOZAKY, Stephen P.: *Geschichte der Totentänze*, I, Lieferung: Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems, 2. Lieferung: *Danse macabre* (sa 27 ilustracijom). Einleitung: Die Todesdidaktilk der Vortotentanzzeit, 3. Lieferung: *der Totentanz von heute*, Budapest 1936, 1941, 1944. Bibliotheca Humanitatis Historica I, V, VII, pravi su majdan podataka i citata iz drevnih tekstova, a sem toga sadrže i blizu 700 slika sa temom igre smrti sve do drugog svetskog rata. SAUGNIEUX, J.: *L'iconographie de la mort chez les graveurs français du XVIe siècle*, 1974, i SAUGNIEUX, J.: *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*, Fasco, XXX, Bibl. de la Faculté des Lettres de Lyon. Paris, Les Belles Lettres, 1972. BRIESENMEISTER, Dietrich: *Bilder des Todes*, Unterscheidheim 1970. Verlag W. Elf. Reprodukcije su veoma jasne i razvrstane su prema različitim temama. WARTHIN, Alfred Scott: *The physician of the dance of death*. Pet odlomaka objavljenih u „Annals of Medical History“, New series. Vol. II, No. 4, July 1930, str. 351–371; Vol. II, No. 5, Sept. 1930, str. 453–469; Vol. II, No. 6, Nov., 1930, str. 697–710. Vol. III, No. 1, January 1931, str. 75–109; Vol. III, No. 2, March 1931, str. 134–165, isključivo se bave lekarom kakav je prikazan u igri smrti. BLOCK, Werner: *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart, Enke Verlag, 1966, proučava susret između lekara i smrti, bilo u formalnoj igri, bilo na neki drugi način. Vidi standardne ikonografije o zapadnoj hrišćanskoj umetnosti: KUNSTLE, Karl: *Ikonographie der christlichen Kunst*, Freiburg, Herder, 1926–1928, 2 vols., i MALE Emile: *L'art religieux à la fin du moyen-age en France. Etude sur l'iconographie du moyen-age et sur ses sources d'inspiration*, glava II, str. 346, *La mort* (takode pogledaj ostala tri toma o religioznoj umetnosti u Francuskoj). Uporedi sa pravoslavnom ikonografijom (Sveti gora), DIDRON, M.: *Manuel d'Iconographie chrétienne, grécoise et latine*, za koju je Didron napisao uvod i beleške na prevod jednog vizantijskog rukopisa. „Le guide de la peinture“ napisao je P. Durand, Paris, Imprimerie Royale, 1845. BOASE, T. S. R.: *Death in the middle ages. Mortality, judgement and remembrance*, London, Thames and Hudson, 1972.

mahnito iscrpljivanje u stisku nekakve prirodne sile. Onaj prsnii lik u ogledalu koji su nemački mistici obojili „novom pobožnošću“, zamenila je pravična sila prirode, izvršilac zakona, što svakog zakovitla i na kraju pokosi. Umesto susreta dugog kao i život, smrt se sada preobrazila u trenutno zbivanje.

Tako se smrt preobrazila u tačku u kojoj se okončava linearne vreme časovnika i na kojoj večnost sačekuje čoveka, za razliku od poimanja smrti u srednjem veku, kada je večnost, zajedno sa božjom prisutnošću, bila immanentna u istoriji. Svet je prestao da bude sveta tajna te prisutnosti, da bi se sa Luterom pretvorio u poprište poroka od kojeg čoveka spasava bog. Proizvodnja velikog broja časovnika simbolizuje takvu promenu svesti. Kada je svetom ovladao pojam o serijalnom vremenu, kada se ispoljila briga da se ono precizno meri i kada je opažena simultanost događaja, stvoren je nov okvir za poimanje ličnog identiteta. A identitet ličnosti se prvenstveno tražio u njenom odnosu prema izvesnom redosledu događaja umesto u zaokupljenom ljudskom veku. Smrt prestaje da bude kraj jedne celine i postaje prekidanje tog niza.²¹¹

Ljudi-skeleti se gotovo isključivo javljaju na nalogovima stranicama drvoreza tokom prvih pedeset godina rada u ovoj tehnici, kao što danas nage žene preovlađuju na koricama magazina. Smrt drži u ruci peščani sat ili udara u zvono na časovniku.²¹² Nije jedno klepalilo oblikovano u vidu kosti. Ne samo što ta nova naprava i danju i noću deli vreme na jednakе dužine

²¹¹ Vidi, PLESSNER, Helmuth: *On the relation of time to death*, kod Campbell, J., editor, „Man and time“, 1951. Zatim pogledaj članke iz „The Eranos Yearbook“, Boilingen series XXX, „Pantheon Books“, 1957, str. 233–263, a posebno str. 255. O doživljavanju vremena na predstavljanje smrti u Francuskoj vidi, GLASLOVANJU VREMENA NA PREDSTAVLJANJE SMRTI U FRANCUSKOJ, Richard: *Time in French life and thought*, preveo G. G. Pearson, Manchester Univ. Press, 1972, osobito obrati pažnju na str. 158 i glavu 3, „The concept of time in the later middle ages“, str. 70–132. O sve snažnijem delovanju svesti o vremenu na doživljavanje skončavanja i smrti, vidi: HAHN, Alois: *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung*, Stuttgart, Enke Verlag, 1968, osobito str. 21–84. KEERLOO, Joost A. M.: *The time sense in psychiatry*, kod Fraser, J. T., editor, „The voices of time“, New York, George Braziller, 1968, str. 235–252 i 242–252. GIEDION, Sigfrid: *Space, time and architecture. The growth of a new tradition*, 4th. rev. ed. Harvard, 1962.

²¹² BALTRUSAITIS, Jurgis: *Le moyen age fantastique. Antiquités et exotisme dans l'art gothique*, Paris, A. Colin, 1955.

nego i sav ljudski rod potčinjava takvom zakonu. Sa pojmom reformacije zagrobni život više nije idealizovani nastavak ovozemaljskog trajanja, no stiće vid strahotne kazne pakla ili potpuno nezasluženog božjeg darovanja neba. Samo vera mogla je da zameni sušinsku milost. I tako se tokom XVI veka smrt više ne shvata prvenstveno kao prelazak na drugi svet, no se akcenat stavlja na kraj ovoga života.²¹³ Otvoren grob je mnogo više razjapljen no što su odškrinuta vrata neba ili pakla, a susret sa smrću postaje izvesniji no besmirtnost, pravedniji od kralja, pape, pa čak i od samoga boga. Umesto da bude životni cilj, susretanje sa smrću postalo je kraj života.

Konačnost, immanentnost i prisnost lične smrti nisu samo činili deo tog novog doživljavanja vremena nego su, isto tako, označavali pojavu novog osećanja individualnosti. Na svom hodočasničkom putu od Militantne crkve na zemlji do Trijumfalne crkve na nebesima, smrt se u velikom stepenu doživljavala kao događaj koji se tiče obe ove institucije. Sada je svaki čovek morao da stane licem u lice pred sopstvenu i konačnu smrt. Pošto je smrt jednom postala takva prirodna sila, razumljivo je što su ljudi poželeti da zagospodare njome učeći se umetnosti, odnosno veštini umiranja. *Ars morendi*, jedan od prvih štampanih priručnika na principu „učini sam“ koji se ikada pojavio na tržištu, u raznorodnim verzijama ostaće bestseler tokom nadne dve stotine godina. Mnogo je ljudi naučilo da ga čita odgonetanjem. Rukovođen mišlju da čoveku dâ putokaz kako se postaje „savršen džentlmen“, Kekston je 1491. godine u Vestminsterskoj štampariji objavio knjigu *Umetnost i veština znati dobro umreti*. Štampam lepim gotskim slogom ovaj priručnik je postao neobično popularan. Sačuvanim drvenim blokovima i pokretnim slovima obnavljana su njegova izdanja više od sto puta do 1500. godine. Malo folio izdanje bilo je šastavni deo jedne serije posvećene umeću sticanja lepog ponašanja, otmenosti i bogobojažljivosti: počev od toga kako se rukuje nožem za stolom, pa do načina na koji se vodi razgovor; od toga kako valja plakati

²¹³ LUTHER, tumačenje psalma 90 WA 40/III, 485 ff.

i useknjivati se, pa sve do veštine igranja šaha i od-laska na onaj svet.

Ta knjiga nije pripremala čoveka za neku daleku smrt upućujući ga na život pun vrlina, niti je čitaoca podsećala na neminovan tok propadanja njegovih fizičkih snaga ni na stalu opasnost od smrti. Bila je to u modernom smislu knjiga pouka „kako postupiti“, besprekoran vodič za posao umiranja, i nudeći nauk kojim čovek valja da ovlada dok je još u dobrom zdravlju i koji treba da ima u malom prstu kako bi ga primenio u onom neizbežnom času. Ta knjiga nije bila namenjena kaluđerima ni asketama, već „sladostranicima i svetovnjacima“ kojima je sveštenikova uteha bila nedostupna. Ta knjiga je služila kao uzor za sastavljanje sličnih uputstava kakva su često, u mnogo manje činjeničnom duhu, pisali i takvi ljudi kao što su Savonarola, Luter i Džeremi Tejlor. Čovek se osetio odgovornim za izraz lica sa kojim će dočekati smrt.²¹⁴

U vreme kada je kopnjenje tela poimano kao nova vrsta konačnosti, u evropskoj umetnosti su se pojavili prvi verodostojni portreti kraljeva, jer se htelo da

²¹⁴ Usvajanjem „prirodne“ smrti čovek je iz osnova preobrazio svoje ponašanje u času umiranja. Savremenu literaturu o tome nači češ kod O'CONNOR, Mary Catherine: *The art of dying well. The development of the Ars Moriendi*, New York, AMS Press, 1966. KLEIN, L.: *Die Bereitung zum Sterben. Studien zu den evangelischen Sterbebuchern des 16. Jahrhunderts*, Diss. Göttingen, 1958. O običajima vidi, BERGER, Placidus: *Religiöser Brauchkum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland*, u „Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft“, V. 48, str. 108–248. ARIES, Philippe: *La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales*, u „Archives Européennes de Sociologie“, Vol. VIII, No. 2, 1967, str. 169–195, str. 175: „...L'homme du second moyen age et de la Renaissance (par opposition à l'homme du premier moyen age, de Roland, qui se survivit chez les paysans de Tolstoï) tenait à participer à sa propre mort, parce qu'il voyait dans cette mort un moment exceptionnel ou son individualité recevait sa forme définitive. Il n'était le maître de sa vie que dans la mesure où il était le maître de sa mort. Sa mort lui appartenait et à lui seul. Or, à partir du XVIIe siècle, il a cessé d'exercer seul sa souveraineté sur sa propre vie et, par conséquent, sur sa mort. Il l'a partagée avec sa famille. Auparavant sa famille était écartée des décisions graves qu'il devait prendre en vue de la mort, et qu'il prenait seul.“ Takođe vidi, BAMBECK, Manfred: *Tod und Unsterblichkeit. Studien zum Lebenegefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsard*, (MS), 177, VI, B1. Diss. Univ. Frankfurt am Main, 1954. REIFSCHEIDER, Hildegard: *Die Vorstellung des Todes und des Jenseits in der geistlichen Literatur des XII Jh.* (MS) 177, 76 B1. Tübingen, Diss. 1948. KLASS, Eberhard: *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos, Ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte*. Oderberg (Mark) 99 S. Diss. Univ. Greifswald, 1931.

individualna, vanvremenska ličnost pokojnog vladara prisustvuje njegovom sopstvenom pogrebu. Humanisti su čuvali u sećanju svoje pokojnike ne u vidu duhova jli duša, svetaca ili simbola, no u smislu neprekinute istorijske prisutnosti.²¹⁵

U pobožnom puku razvila se nova vrsta ljubopitstva za zagrobnji život. Količina priča strave i užasa o mrtvacima i broj umetničkih predstava čistilišta veoma su se povećali.²¹⁶ Groteskan način obradivanja aveti i duša podvlači sve izraženiju uznenamirenost u kulturnom svetu XVII veka, za koji je tačnije reći da se suočavao sa pozivom smrti, no sa božjim sudom.²¹⁷ Na raznim stranama hrišćanskog sveta igra smrti je postala uobičajena dekoracija iznad ulaza u parohijsku crkvu. Španci su sa sobom doneli obliće čoveka-skeleta u Ameriku, gde se ovo obliće sjedinilo sa actečkim idolom smrti. Njihov će potomak²¹⁸ Mestico, pošto prispe u Evropu, uticati na uobličavanje predstave o smrti širom habsburške imperije sve od Holandije do Tirola. Posle reformacije, evropsko shvatanje smrti dobiće i sačuvaće sablastan prizvuk.

Istovremeno su se razvili mnogobrojni narodni načini lečenja i svi su bili koncipovani tako da pomognu ljudima da kao pojedinci dostojanstveno dočekaju smrt. Stvorene su nove sujeverne domišljatosti koje su omogućavale čoveku da razazna da li njegova bolest zahteva od njega pomirenost sa predstojećom smrću ili podvrgavanje nekakvom lečenju. Ako cvet bačen u fontanu svetilišta potone, uzalud mu je trošiti novac

²¹⁵ KUNSTLER, Gustav: *Das Bildnis Rudolf des Stifters, Herzogs von Österreich, und seine Funktion*. Odložci o prvom portretu te vrste uzeti su iz „Mitteilungen der Österreichischen Galerie 1972“.

²¹⁶ VOVELLE, G. and M.: *La mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des ames au purgatoire. XV e–XX siecles*, u „Annales, Economies, Sociétés, Civilisations“, 1969, str. 1602–1634. PATCH, H.: *The other world according to description in medieval literature*, Harvard, 1950.

²¹⁷ O „sudjenju mrtvima“ opisanom u istoriji religija vidi: SOURCES ORIENTALES. *Le jugement des morts*, Le Seuil, 1962. KRETZENBACHER, Leopold: *Die Seelenwaage. Zur religiösen Idee von Jenseitgericht auf der schicksalwaage in Hochreligion*, Bildkunst und Volksgläube, 1958.

²¹⁸ FORSTER, Merlin H. editor: *La muerte en la poesía mexicana. Prólogo y selección de Merlin Forster*, Mexico, Editorial Diogenes, 1970. RODRIGUEZ MONEGAL, Emir: *Death as a key to mexican reality in the works of Octavio Paz*. Yale Univ., umnoženo na matrici.

na lekove. Ljudi su ulagali truda da pripravni dočekaju smrt, da dobro uvežbaju korake za tu poslednju igru. Lekovi protiv bolova i muka su se umnožili, ali se većina njih i dalje uzimala prema svesnom uputstvu umirućeg koji je sada igrao novu ulogu, i to svesno. Deca bi pomagala majci ili ocu da izdahnu jedino ako ih ne bi zadržavala plačem. Od samrtnika se očekivalo da dâ znak kada želi da ga sa postelje spuste na zemlju koja će ga uskoro primiti i kada valja da otpočnu molitve. Prisutna lica su znala svoju dužnost da vrata drže otvorena, jer je samo tako smrt mogla lako ući, da ne prave buku kako smrt iz straha ne bi ustuknula i, najzad, da s dužnim poštovanjem skrenu pogled sa čoveka na izdisaju, jer je trebalo da bolesnik ostane sam za vreme tog najličnijeg događaja.²¹⁹

Pod tipičnom smrću XV i XVI veka podrazumevalo se da ni sveštenik ni lekar ne treba da priskaču u pomoć unesrećenima. Pisci medicinskih tekstova navode, u principu, dve oprečne usluge koje lekar može da pruži u takvom trenutku. On ili nastavlja sa lečenjem ili pomaže da nastupi laka i brza smrt. Dužnost mu je nalagala da odgonetne „facies Hypocratica“²²⁰ one posebne crte na licu koje kazuju da li se bolesnik već nalazi u smrtnom zagrljaju. Svejedno da li se lekar opredeljivao za lečenje ili za povlačenje, bilo mu je stalo da se prema prirodi ophodi u rukavicama. O pitanjtu da li će medicina ikada moći čoveku da „produži“ život, žučno se raspravljalo u medicinskim školama Palerma, Feca, pa čak i Pariza. Arapski i jevrejski lekari listom su bez dvoumljenja pobijali tu moguć-

"Ti običaji i danas žive u poljoprivrednim krajevima. VAN GENNEP, Arnold: *Manuel de folklore français contemporain*, prvi tom, I i II poglavje. Du berceau à la tombe, Paris, Cicard, 1943/1946. KRISS-RETTELENBECK, Lenz: *Tod und Heilsverwaltung*, u "Bilder und Zeichen religiösen Volksgläubens", München, Verlag Georg Callwey, 1963, str. 49-56. Vidi članke o "Sterbegelöute, Sterben, Sterbender, Sterbekerze, Tod, Tod ansagen, Tote (der), Totenbahre", iz pera GEIGER, Paulin: *Handworterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin 1936/1937, Vol. VIII. FREYBE, Albert: *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung, 1909.* "Plenumen der Leichlichkeit in der

²²⁰ SCHMID, Mangus: Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike dargestellt an der „Facies Hippocratica“, u. „Sudhoff Arch.“, 1966, Beihet 7, str. 168-177. SYDHOFF, Karl: Eine kleine deutsche Todesprognostik, u. Arch. Gesch. Med., 1911, 5, str. 240. SUDHOFF, Karl: Abermal eine deutsche Lebens- und Todesprognostik, u. Arch. Gesch. Med., 1911, 6, str. 231.

nost, proglašavajući bogohuljenjem takav pokušaj mešanja u prirodni red stvari.²²¹

Paracelzusovi spisi nedvosmisleno odišu profesionalnom revnošću koja je ublažena filozofskom rezignacijom.²²² „Prirodi su znane granice sopstvenog puta. U skladu sa rokom koji joj je samoj dat, ona svakom svom stvorenju propisuje poseban životni vek, te mu se tako snaga istroši za vreme proteklo između trenutka njegovog rođenja i časa njegovog unapred određenog skončanja... Čovekova smrt nije ništa drugo do kraju njegovog svakodnevnog posla, izdisaj vazduha, nestanak njegovog telesnog balsama koji poseduje moći samolečenja, gašenje racionalne svetlosti prirode, i veliko razdvajanje trojstva: tela, duše i duha. Smrt je povratak u matericu.“ Ne isključujući transcendenciju, smrt je postala prirodan fenomen koji više nije zahtevaо da se za to okrivi nekakav zločinitelj.

To novo poimanje smrti doprinelo je da se ljudsko telo svede na predmet. Do tog vremena leš se smatrao kao nešto što ni po čemu ne podseća na ostale stvari: ljudi su se prema njemu odnosili bezmalo kao prema osobi. Zakon mu je priznavao status: dešavalo se da neki pokojnik pokrene sudski spor, a i da živi njega optuže, i da se vode krivični postupci protiv umrlih bila je obična stvar. Leš pape Urbana VIII., koga je otrovaо njegov naslednik, otkopan je, papa je svečano optužen da je trgovao crkvenim položajima, odsečena mu je desna ruka, a telо potom bačeno u Tibar. Ako je neko bio obešen kao lopov, još uvek mu se moglo desiti da naknadno bude proglašen izdajnikom i da mu odseku glavu. Zatim, mrtvi su pozivani i kao svedoci. Udovica je mogla da se razvede od svog preminulog supruga tako što bi mu na mrtvački kovčeg bacila nje-gove ključeve i novčanik. Egzekutor čak i danas istupa u pokojnikovo ime, i još uvek govorimo o „obesve-ćenju“ nekog groba, odnosno o sekularizaciji izvesnog javnog groblja kada se ono pretvori u park. Pojava

²² LEIBOWITZ, Joshua O.: A responsum of Maimonides concerning the termination of life, u. "Koroth. A quarterly Journal devoted to the History of Medicine and Science", Jerusalem, Vol. 5, 1-2, September, 1963.

²² PARACELSUS: *Selected writings*, prevo Norbert Guterman, Princeton Univ. Press, Bollingen series XXVIII, 1969.

prirodne smrti bila je nužna da bi se leš lišio glavnine svog zakonskog statusa.²²³

Uz to, dolaskom prirodne smrti utrven je put novim pogledima na smrt i bolest koji će se ustaliti pred kraj XVII stoljeća. Za vreme srednjeg veka ljudsko telo je smatrano svetim, a sada je leš postao dostupan lekarevom skalpelu. Za humanistu Gersona seciranje je imalo smisao „svetogrđa i profanacije, besciljne svireposti koju živi iskaljuju na mrtvima“.²²⁴ Ali u isto vreme kada se personifikovana smrt svakog čoveka počinje javljati u moralitetima, leš će prvi put poslužiti kao učilo u amfiteatru renesansnog univerziteta. Kada su 1375. godine gradski oci Monpeljea odobrili da se izvede prvo javno seciranje, ta nova naučna delatnost je proglašena skarednom i nije se mogla ponoviti nekoliko sledećih godina. Narednoj generaciji je bilo dozvoljeno da se jedan leš godišnje secira u okviru granica nemačkog carstva. I na bolonjskom univerzitetu je jedan leš godišnje seciran uoči samog božića, a trodnevna ceremonija povodom tog čina otpočinjala je procesijom propraćenom isterivanjem zlih duhova. Za vreme XV veka leridski univerzitet u Španiji je svake treće godine uživao pravo na telo jednog pogubljenog zločinca i ono je bilo secirano u prisustvu izaslanika koga je imenovala inkvizicija. Fakulteti raznih engleskih univerziteta dobili su ovlaštenje 1540. godine da od izvršioca vešanja mogu zahtevati četiri leša godišnje. Mišljenja su se tako brzo menjala, da je 1561. godine venecijanski senat izdao naređenje egzekutoru vešanja da se za uputstva obraća doktoru Filopijušu, kako bi ga snabdevao leševima pogodnim za „anatomisanje“. Rembrant je 1632. godine naslikao svoje platno „Čas

²²³ BRUNNER, Heinrich: *Deutsche Rechtsgeschichte*, Vol. I, Berlin, Von Duncker und Humboldt, 1961, osobito str. 254 ff. FISCHER, Paul: *Strafen und Sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht*, Düsseldorf, 1936. FEHR, H.: *Tod und Tzufel im alten Recht*, u „Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte“, 67, Germ. Abt. 1950, str. 50–75. GEIGER, Paul: *Leichthe*, u „Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens“, Berlin, 1932/1933. Band V. KONIG, Karl: *Die Behandlung der Toten in Frankreich im späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350–1550)*. XVII, 94 S. (MS). Diss. Univ. Leipzig, 1921. HENTIG, Hans von: *Dernekrotropie Mensch: vom Totenglauben zur morbiplen Totennähe*, Stuttgart, 1964. DOLL, Paul-J.: *Les droits de la science après la mort*, u „Diogene“, No. 75, July–September 1971.

²²⁴ BARIETY, Maurice, COURY, Charles: *La dissection*, u „Histoire de la médecine“, Paris, Fayard, 1963, str. 409–411.

doktora Tulpa“. Javno seciranje je postalo omiljena slikarska tema, a u Holandiji uobičajen deo karnevala. U naše doba su prve hirurške operacije izvedene na televiziji i filmu. Savremeni lekar, čije se znanje iz anatomije poboljšalo i okretnost razvila, u stanju je da prikazuje svoju veština, ali je, nasuprot tome, nesrazmerno slabo unapredio svoju sposobnost lečenja. Ne-kada su medicinski rituali pomagali da se strah i agonija, izazivani smrću shvaćenom kao sablast, usmere, priguše ili ublaže. Vezalijusova anatomija nadmetala se sa Holbajnovim platnom *Danse macabre* kao što se danas, na donekle sličan način, naučni popularni priručnici posvećeni seksu takmiče sa časopisima *Playboy* i *Penthouse*.

Buržoaska smrt

Smrt u doba baroka razradila je polifoniju aristokratski organizovanog neba.²²⁵ Na crkvenim svodovima često je slikan strašni sud sa odvojenim poljima namenjenim neotesanom puku, plebejcima i aristokratima, dok je ispod te dekoracije slika *Igra smrti* prikazivala Kosaca što kosi ne hajući za ičiji položaj ili titulu. Upravo stoga što je jednakost pred smrću umanjivala ovozemaljske povlastice ona ih je istovremeno u većoj meri ozakonjivala.²²⁶ Međutim, sa usponom buržoaske porodice došao je kraj jednakosti pred smrću²²⁷: svako

²²⁵ BAUER, Hermann: *Der Himmel in Rokoko: das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrhundert*, Pustet, 1965.

²²⁶ Smrt u literaturi XVII i XVIII stoljeća obradio je: SEXAU, Richard: *Der Tod in deutschem Drama des 17. und 18. Jahrhunderts* (von Griphius bis zum Sturm und Drang). Berlin, 1906. Volkstümliche Dissertation, No. 9 von „Untersuchungen zur neueren Sprach- und Literatur Geschichte“, Bern, 1907. WENTZLAFF-EGGEBERT, Friedrich-Wilhelm: *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*. Erster Hauptteil und Schluss Palaestra 171. Untersuchungen und Texte aus der deutschen und englischen Philologie, Leipzig, 1931. THOMPSON, W. M.: *Der Tod in der Englische Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Breslau, 1935.

²²⁷ ARIES, Philippe: *La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales*, u „Archives Européennes de Sociologie“, Vol. VIII, No. 2, 1967, str. 169–195. Ovu studiju je nedavno preveo na engleski jezik Bernard Murchland (Bernard Murchland) u „Hastings Center Studies“, May 1974, Vol. 2, No. 2, pod naslovom *Death inside out*: „... U kasnom srednjem veku (za razliku od ranog srednjeg veka), Rolanovog doba, koje nastavlja da živi među Tolstojevim sejzacima), kao i za vreme renesanse, čovek je zahtevao da učestvuje u sopstvenoj smrti, jer

ko je raspolagao materijalnim sredstvima nastojao je da novcem odgodi smrtni čas.

Fransis Bekon je prvi rekao da je produženje života nov zadatak lekara. On je medicinu podelio na tri delatnosti: „Prva je očuvanje zdravlja, druga lečenje bolesti, a treća produženje života.“ Veličao je „treću dužnost medicine povezani sa produženjem života: to je nova i nerazvijena oblast, ali najplemenitija od sve tri“. Medicinski stručnjaci, međutim, čak nisu ni pomisljali da pristupe tom novom zadatku sve dok se, otprilike sto pedeset godina docnije, nisu pojavile gomile klijenata kojima je bilo neobično stalo da finansiraju njihove opite. Reč je o novom tipu bogataša koji se nije mirio da umre živeći pred kraj po strani života, nego je želeo da ga smrt odnese u času prirodne iscrpenosti i još uvek na radu. Pristajao je na smrt pod jednim uslovom: da ga zatekne u dobrom zdravlju i u aktivnoj starosti. Prvi se Montenj izrugivao takvim ljudima, nazivajući ih neobično sujetnim: „Govori se o smrti u poslednji čas i u najdubljoj starosti... kakva koještarija i uobraženost nadati se da smrt može nastupiti usled propadanja snage koje je posledica najdublje starosti i da naš životni rok može trajati do posletka... Kao da se kosi sa prirodom ako čovek padne i slomi vrat, ako se udavi u brodolomu, ako ga odnese zapaljenje plućne maramice ili kuga... Prirodnom valja da nazivamo onu smrt koja je najčešća, uobičajena i univerzalna.“²²⁸ Takvih ljudi kao Montenj bilo je malo u njegovo doba. Oko 1830. godine njihov broj je porastao. Propovednik koji se nadao da će otići na nebo, filozof koji je opovrgavao postojanje duše i trgovac koji je priželjkivao da mu se kapital još jednom udvostruči — svi su se slagali u tome da je jedino

je ona za njega bila izuzetan trenutak — trenutak koji njegovoj individualnosti daje konačan oblik. Postajao bi gospodar svog života jedino ukoliko bi zagospodario svojom smrću. Njemu, isključivo njemu je pripadala sopstvena smrt. Od XVII veka naovamo on je počeo da se odriće svog apsolutnog suvereniteta nad životom, te prema tome i nad smrću. Delio ga je sa svojom porodicom koja je ranije bila izuzeta iz donošenja takvih ozbiljnih odluka: nekada je čovek na umoru odlučivao o svemu, sam i sa punom sveštu o predstojećoj smrti“. (Navod iz fusnote 209 na francuskom jeziku.)

²²⁸ Essays, Book I, glava 57.

u skladu sa prirodom ona smrt koja će ih zateći za predikaonicom, za radnim stolom ili za tezgom.²²⁹

Do sredine XVII veka ne postoje dokazi o povećanju prosečnog ljudskog veka, koji je tada iznosio oko šezdeset godina, ali je van sumnje da je nova tehnologija omogućavala stariim i bogatim ljudima da životareći čine isto što su radili i u srednje doba svog života. Pojedinci oronula zdravlja mogli su i dalje da ostanu na svom poslu, jer su se poboljšali životni i radni uslovi. U vreme industrijske revolucije počele su da se otvaraju mogućnosti za zaposlenje slabim,bolešljivim i stariim ljudima. Rad za stolom, pre toga doba redak, uzeo je maha.²³⁰ Preduzimačko poslovanje i kapitalizam išli su naruku poslodavcu koji je imao na raspolaganju dovoljno vremena da nagomila kapital i iskustvo. Stanje drumova se popravilo, te je sada general oboleo od kostobolje mogao da komanduje bitkom iz svojih kola, a oronuli diplomata da putuje iz Londona u Beč ili Moskvu. U centralizovanim nacionalnim državama osećala se veća potreba za činovništvom i brojnijom buržoazijom. Nova i mala kasta starača imala je više izgleda da sebi produži vek, jer je život u kući, na ulici i na poslu zahtevao od starih ljudi manje fizičkog napora. Duboka starost je postala vid kapitalisanja života. Godine provedene za stolom — bilo za tezgom, bilo u školskoj klupi — počele su da se cene na tržištu. Deca pripadnika srednje klase, bez obzira na darovitost, tada su prvi put slata u školu, što je stariom omogućavalo da i dalje ostanu na poslu. Oni predstavnici buržoazije koji su imali načina da eliminišu „društvenu smrt“ izbegavanjem da se po-

²²⁸ PEIGNOT, G.: *Choix de testaments anciens et modernes remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 vols., Paris, Renouard, 1929. VOVELLE, Michel: *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris, „Archives Gallimard-Julliard“, 1974. VOVELLE, Michel: *Pièce baroque et déchristianisation en Provence au XVIIIe siècle: les attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, Paris, Plon, 1974. POLLOCK and MAITLAND: *The last will, u „The history of English law“*, Cambridge Univ. Press, 1968, Vol. 2, glava VI, str. 314–356.

²²⁹ ARIES, Philippe: *Les techniques de la mort, u „Histoire des populations françaises et leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle“*, Paris, Seuil, 1971, str. 373, (prvo izdanje 1948).

vuku u penziju, izmislili su „detinjstvo“ da bi svoju decu držali pod kontrolom.²³¹

Naporedo sa ekonomskim statusom starih ljudi skočila je vrednost i njihovim telesnim funkcijama. U XVI veku „mlada žena je značila smrt za starca“, a u XVII veku se smatralo da „starci koji se zabavljaju sa mlađim devojkama igraju sa smrću“. Na dvoru Luja XIV ostareli razvratnik je bio predmet ismejavanja, ali mu je u vreme Bečkog kongresa okolina zavidela. Umreti uz udvaranje naložnici sopstvenog unuka postala je opšta potajna želja.

Stvoren je novi mit o društvenoj vrednosti starih ljudi. Među primitivnim lovcima, skupljačima hrane i nomadima vladao je običaj da se stari ljudi ubijaju, a seljaci su stare ljude sklanjali u neku zabitu prostoriju;²³² suprotno tome, sada je starina postao književni ideal. Mudrost mu je pripisivana upravo zbog njegovih odmaklih godina. U početku se smatralo podnošljivim, a zatim prikladnim da se na svečanostima pojavljuju stari ljudi uz brižnu i neophodnu potporu drugih da bi se održali na nogama. Još uvek se u njihovoj pratičnji nije nalazio lekar da preuzeće taj zadatak, još uvek je to bilo van kompetencije apotekara i travara, berberina i vidara, univerzitetski obrazovanog doktora i putujućeg nadrilekara. Ali je upravo ta neobična potražnja doprinela da se izgradi nova vrsta samosvesnog lekara.²³³

²³¹ ARIES, Philippe: *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon, 1960, glava II, str. 23 ff. La découverte de l'enfance.

²³² Ubijanje starih ljudi donedavno je bio rasprostranjen običaj. KOTY, John: *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, 1934. (Forschgn. z. Volkerpsychologie und Soziologie, Hrag. v. Thurnwald 13.) PEUCKERT, Will-Eich. (Ed.) *Altentötung*, u „Handworterbuch der Sage. Namens der Verbandes der Vereine für Volkskunde“, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1961. WISSE, J.: *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, 1933. Cedomorstvo je bilo toliko često da je uticalo na razvoj stanovništva sve do IX stoljeća. COLEMAN, Emily R.: *L'infanticide dans la Haut Moyen Age*, sa engleskog jezika preveo A. Chamoux u „Annales, Economies, Sociétés, Civilisations“, Paris, Armand Colin, No. 2 March—April 1974, str. 315—335.

²³³ ACKERKNECHT, Erwin H.: *Death in the history of medicine* u „Bulletin of the History of Medicine“, Vol. 42, 1968. Smrt će ostati periferan problem u medicinskoj literaturi počev od starih Grka pa sve do Đovanija Marije Lančizije (Giovanni Maria Lancisi, 1654—1720), to jest od prvih decenija osamnaestog veka, kada je „pred znacima smrći“ počeo da se pridaje izuzetan značaj. U doba prosvjetenosti ljudi je sasvim neociklano obuzeo strah od prividne smrći, koju su smatrali velikim zlom. AUGENER, Margot: *Scheintont*

Prethodno su jedino kralj i papa imali obavezu da ostanu na svojim rukovodećim položajima do smrtnog dana. Samo su se oni obraćali za medicinski savet učenim ljudima: Arapima iz Salerna u srednjem veku, odnosno učenjacima iz Padove i Monpeljea u doba renesanse. Krunisane ličnosti držale su dvorske lekare da obavljaju one iste poslove koje su u narodu obavljali berberi: pored toga što su kraljevima puštali krv i davali sredstva za čišćenje, štitili su ih i od otrova. Kraljevi nisu nastojali da žive duže od ostalih, niti su od svog ličnog lekara očekivali da će njihovim odmaklim godinama dati posebno dostojanstvo. Suprotno njima, novostvorena kasta staraca videla je u smrti apsolutnu cenu za apsolutnu ekonomsku vrednost.²³⁴ Oronuli polagač životnih računa tražio je takvog lekara koji bi bio u stanju da odagna njegovu smrt. A kada bi se približic taj čas, on je želeo da ga njegov lekar formalno „ostavi na miru“ i da mu se prinene poslednji obed sa specijalnom bocom sačuvanom za tu priliku. Tako je stvorena uloga bolešljivog čoveka, a s njom i ekomska moć savremenog lekara.

Mogućnost da se duže živi, čovekovo odbijanje da se pre smrti povuče u penziju i njegovo traženje medicinske pomoći stvorili su udruženim snagama novo shvatanje bolesti: bila je to ona vrsta zdravlja kakvoj se starost mogla ponadati. Za doba koje je neposredno prethodilo francuskoj revoluciji karakteristično je

als medizinisches Problem in 18. Jahrhundert, u „Mittelungen zur Geschichte der Medizin“, Kiel, Nos 6 and 7, 1967. Čak je i manjinu onih filozofa koji su odlučno tvrdili da duša ne može nadživeti tejo, zahtavilo osećanje svetovnog straha od pakla u koji bi otisli ako bi bili sahranjeni prividno mrtvi. Filantropi, koji su se borili za ljude izložene opasnostima od prividne smrти, osnivali su društva sa zadatom da pružaju pomoći daviljenicima ili ljudima zahvaćenim pozarom; zatim su ustanovljeni ogledi za proveravanje da li je nastupila prava smrt. THOMSON, Elizabeth: *The role of the physician in human societies od the 18th century* u „Bull. Hist. Medicine“, 37, 1963, str. 43—51. Jedan od takvih ogleda bio je duvanje trubom u uvo mrtvaca. Hiliterija povezana sa prirodnom smrću prestala je sa francuskom revolucijom isto onako naglo kao što se i pojavila u osvit toga veka. Lekari su počeli da se bave ozivljavanjem sto godina pre no što će se roditi nada u moguće produženje života stariim ljudima. Takođe vidi, STEINGIESER, Hildegarde: *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten. Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften. Univ. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, Greifswald, 1936.*

²³⁴ ADORNO, Theodor W.: *Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Suhrkamp, 1970.

zdravlje bogatih i moćnih; tokom jedne generacije hronične bolesti su postale pomodne među mladim i pretenциозним svetom, tragovi sušice²⁸⁵ na licu označavali su prevremenu mudrost, a putovanja u tople krajeve potrebu genija. Medicinska nega dugotrajnih boljki, čak i kada bi one dovodile do preuranjene smrti, bila je znak otmenosti.

Suprotno se može zaključiti o oboljenjima od kojih su patili siromasi, a nevolje od kojih su oni oduvek umirali mogu se definisati kao netretirane bolesti. Savršeno je nevažno da li se lečenjem koje su lekari bili u stanju da pruže iole moglo popraviti stanje bolesnika; ali je nepostojanje takvog lečenja počelo da znači da su ti ljudi osuđeni da umru neprirodnom smrću, i ta se ideja uklapala u buržoasku predstavu o siromahu kao neobrazovanom i neproduktivnom građaninu. Oтада je sposobnost da se umre „prirodnom“ smrću bila rezervisana za pripadnike jedne društvene klase: za one koji su bili dovoljno imućni da bi umrli kao pacijenti.

Zdravlje je postalo privilegija svedena na čekanje pravovremene smrti, bez obzira na to kakve su medicinske usluge bile potrebne da bi se to postiglo. U jednoj ranijoj epohi smrt je sa sobom nosila peščani sat. Na drvorezima, kada žrtva odbija da ode na onaj svet, jednak je se cere i smrt-skelet i posmatrač. Sada se srednja klasa dočepala časovnika i zakupila doktore da oni smrti odrede čas dolaska. U doba prosvećenosti ljudi su lekaru pripisivali novu moć, iako nisu bili u stanju da provere da li je on uopšte stekao bilo kakav uticaj na ishod opasnih bolesti.

Klinička smrt

Francuskom revolucijom je označen kratak prekid u medikalizaciji smrti. Njeni ideozozi su bili ubedjeni da nepravovremena smrt neće udariti na društvo iz-

²⁸⁵ EBSTEIN, E.: *Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur*. Zs. f. Büherfreunde, 5, 1913. WEISFERT, J. N.: *Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman*, u „Deutscher Journalistenspiegel“, 3, 1927.

građeno na trostrukom idealu. Međutim, kada je lekar progledao svojim kliničkim okom, osmotrio je smrt iz nove perspektive. Dok su trgovci XVIII veka, zajedno sa šarlatanima koje su zapošljavali i plaćali, određivali odnos prema smrti, sada su kliničari počeli da usmeravaju poglede javnosti. Videli smo kako se smrt od božjeg poziva preobratila u „prirodni“ događaj, a kasnije u „prirodnu silu“; posle sledeće mutacije pretvorila se u „nepravovremeni“ događaj, izuzev kada bi dolazila po ljudi koji su ne samo zdravi no i stari. Sada je postala ishod specifičnih bolesti čiju je dijagnozu potvrdio lekar.

Smrt je izbledela u metaforičnu figuru, a njeno mesto su zauzele bolesti-ubice. Opšta sila prirode, nekada slavljena kao „smrt“, preobratila se u mnoštvo specifičnih uzročnosti kliničkog prestanka životnih funkcija. Mnogobrojne „smrti“ danas lutaju svetu. Na izvesnom broju fotografskih negativa koji se čuvaju u bibliotekama lekara s kraja XIX veka, doktor je prikazan kako se guša sa personifikovanim bolestima kraj postelje svog pacijenta. Lekareva nada da će ovladati ishodom specifičnih bolesti potaknula je stvaranje mita o vlasti lekara nad smrću. Te nove moći pripisivane ovoj profesiji dale su podstrek za pojavu novog statusa kliničara.

Dok se gradski lekar pretvorio u kliničara, seoski lekar je najpre postao stručnjak vezan za svoju ordinaciju, da bi se potom svrstao među pripadnike lokalne elite. Za vreme francuske revolucije još uvek je pripadao sloju putujućih zanatlija. Kada su se Napoleonovi ratovi završili, prekobrojni vojni hirurzi sa ogromnim iskustvom vratili su se u domovinu tražeći zaradu. Ta vojna lica obučena na bojnom polju ubrzalo će u Francuskoj, Italiji i Nemačkoj postati prvi stalni lekari. Prost narod nije imao mnogo poverenja u njihove veštine, a i varošani su se zgražavali zbog njihovog grubog ponašanja; pa ipak su ovi lekari nalazili klijente zahvaljujući svom medicinskom znanju. Svoje sinove su slali u nove medicinske škole koje su nicale po gradovima, a po završetku školovanja ta nova generacija će izgraditi ulogu provincijskog dok-

tora koja će ostati neizmenjena sve do drugog svetskog rata. Stalne prihode su ostvarivali radeći kao porodični lekari pripadnika srednje klase koji su imali dovoljno sredstava da ih plaćaju. Neki od velegradskih ili varoških bogataša obezbedivali su sebi prestiž time što su postajali pacijenti slavnih kliničara. Međutim, početkom XIX veka gradski lekar je još uvek imao mnogo ozbiljniju konkureniju u onim starinskim medicinskim stručnjacima — babcama, zubarima, veterinarima, berberima, a pokatkad i dadijama. Oko sredine XIX veka evropski provincijski lekar je postao član srednje klase uprkos novini svoje uloge i otporu koji su podjednako pružali i niži i viši slojevi. Pristojno je zarađivao izigravajući lakeja nekog malog plemića, bivao je porodični prijatelj ostalih uglednih ljudi, povremeno je odlazio u vizite siromašnim bolesnicima, a komplikovane slučajeve upućivao svom kolegi kliničaru u grad. Dok „pravovremena“ smrt vuče koren iz pojave buržoaske klasne svesti, „klinička“ smrt vodi poreklo iz nastanka profesionalne svesti novog tipa naučno obrazovanog lekara. Otuda je pravovremena smrt sa kliničkim simptomima postala ideal lekara srednje klase, ideal koji će sindikati ubrzo svrstati među svoje društvene ciljeve.

Sindikati zahtevaju prirodnu smrt

U našem veku je smrt hroničnog bolesnika pod tretmanom lekara sa kliničkim iskustvom prvi put shvaćena kao građansko pravo. U sindikalne ugovore unose se stavke o medicinskoj nezi u starosti. Povlastica kapitaliste da od iscrpenosti umre prirodnom smrću dok još uvek sedi u direktorskoj fotelji ustupila je mesto zahtevu proletera da se i njemu obezbedi zdravstvena nega i po odlasku u penziju. Nadu buržuja da će kao bedan starac i dalje raditi u svojoj kancelariji, potisnuo je san o aktivnom seksualnom životu u nekom povučenom mestu uz staranje društva. Iz prava na doživotnu negu svakog oboljenja koje nameće potrebu za kliničkim tretmanom, ubrzo se izradio kategoričan zahtev za uživanjem prirodne smrti. Tako se

doživotna institucionalna medicinska nega pretvorila u obavezu koju društvo duguje svakom svom članu.

Definicije „prirodne smrti“ pojavile su se u savremenim rečnicima. U jednoj velikoj nemačkoj enciklopediji takva smrt je objašnjena na principu kontrasta: „Abnormalna smrt suprotna je prirodnoj smrti stoga što je posledica bolesti, nasilja, odnosno mehaničkih i hroničnih poremećaja.“ U jednom uglednom rečniku sa filozofskim koncepcijama tvrdi se da „prirodna smrt nastupa bez prethodne bolesti, bez specifičnog uzroka koji je mogućno definisati“. Upravo se taj koncept sa-blasne i halucinantne smrti isprepleo sa konceptom društvenog napretka. Pravosnažnim polaganjem prava na jednakost pred kliničkom smrću rasprostranila su se kontradiktorna shvatanja o buržoaskom individualizmu među radničkom klasom. Pravo na prirodnu smrt formulisano je kao pravo na jednaku dostupnost medicinskih službi, a ne kao oslobođenje od zala industrijskog rada, niti kao nova sloboda i sposobnost za samčlečenje. Prema tome, ta sindikalizovana koncepcija „kliničke smrti jednake za svakog“ predstavlja obrnut ideal onome koji su revolucionari predložili Nacionalnoj skupštini u Parizu 1792. godine: reč je o idealu svestrane medikalizacije.

Na prvom mestu, tim novim poimanjem smrti ozakonjuju se viši stepeni društvene kontrole. Društvo je steklo obavezu da sprečava smrt svakog čoveka: dešava se da se lečenje, bez obzira na njegov uspeh, proglašava dužnošću. Svako gašenje života koje je nastupilo bez medicinske intervencije sadrži mogućnost da postane slučaj za islednika. Susret sa doktorom postaje gotovo jednako neumitan kao i susret sa smrću. Poznat mi je slučaj jedne žene koja je bezuspešno pokušala da izvrši samoubistvo. U bolnicu je prenesena u besvesnom stanju sa dva metka zaglavljena u kičmi. Ulažući herojske napore hirurg joj je spasao život i njen slučaj smatra dvostrukim uspehom: živa je i potpuno nepokretna, tako da on više nema brige hoće li ikad ponovo pokušati da se ubije.

Naša nova predstava o smrti podudara se i sa industrijskom etikom. Dobra smrt je nepobitno postala

smrt standardnog potrošača medicinske nege. Doslovno onako kao što su oko 1900. godine svi ljudi definisani kao đaci kojima je, jer su rođeni u iskonskoj gluposti, neophodno osmogodišnje školovanje da bi uopšte pristupili proizvodnom životu, tako se danas ljudi od samog rođenja žigošu kao pacijenti kojima su neophodna svakovrsna lečenja ukoliko želete da svoj život pravilno vode. Baš kao što se potrošnja obaveznog školovanja počela koristiti u smislu izuma za vršenje diskriminacije na poslu, tako je medicinska potrošnja postala sredstvo za ublažavanje nezdravih radnih uslova, gradske priljavštine i saobraćaja koji uništava nervni sistem.²³⁶ Kakvog smisla ima lupati glavu o nekakvoj manje ubistvenoj sredini kada je industrija opremila lekare za ulogu spasilaca života!

I konačno, „smrt pod prinudnom negom“ ide na ruku ponovnom vaskrsavanju onih najprimitivnijih obmana o uzrocima smrti. Kao što smo videli, primitivni ljudi ne umiru sopstvenom smrću, ne nose konačnost u sopstvenim žilama i još uvek im je bliska subjektivna besmrtnost zverinja. Primitivni ljudi su oduvek osećali potrebu za izvesnim natprirodnim objašnjenjem smrti, za nekom ličnošću na koju će se svaliti krivica: za kletvom nekakvog neprijatelja, za činima nekog врача, za pređom što se pokidala u Parkinim rukama ili za andelom smrti koga je otposlao bog. U igri sa smrću čiji se lik odražavao u ogledalu, evropsko shvatanje smrti izraslo je u događaj nezavisan od tuđe volje, u nekaku nepotkuljivu silu prirode sa kojom svako na svoj način mora da se suoči. Predstojanje bliske smrti izvanredno je i neprestano podsećalo čoveka na krhkost i ranjivost života. Za vreme kasnog srednjeg veka otkriće „prirodne“ smrti postalo je jedno od glavnih izvorišta evropske lirike i drame. Suprotno tome to isto predstojanje bliske smrti, kada je shvaćeno kao nesuštinska opasnost kojom priroda preti pretvorilo se u veliki izazov za inženjera koji se tada pojavio. Ako je mirnodopski in-

ženjer naučio da ukroćuje zemlju, a vaspitač i budući prosvetni radnik da ovlađavaju znanjem zbog čega onda lekar biolog ne bi zagospodario smrću? Onoga časa kada se lekar snašao da zakorači između ljudskog roda i smrti, smrt je izgubila trenutnost i prisnost koju je bila zadobila četiri stotine godina ranije. Promenjen odnos između lekara i smrti prikladno je ilustrovan sledećim istorijatom ikonografske obrade ove teme.²³⁷ U doba *Igre smrti* lekari su bili retki; na jednoj slici, do koje sam bar ja došao, na kojoj se smrt ophodi sa lekarom kao sa svojim kolegom, ona je jednom rukom uhvatila nekakvog starca, dok u drugoj drži bocu sa urinom i kao da od lekara traži potvrdu svoje dijagnoze. U doba *Igre smrti* najoštiriju žaoku svojih šala smrt-skelet upućuje doktoru. U ranijem periodu, dok je smrt na sebi još uvek imala nešto puti, zahtevala je od lekara da odrazu sopstvenog lika u ogledalu kaže sve što misli da zna o čovekovim unutrašnjim organima. Docnije, kada se smrt bude preobratila u goli skelet, kinjiće lekara zbog njegove nemoći, zbijaje šale na račun njegovog honorara ili će ga odbacivati, nudeći lek ništa manje otrovan no onaj koji je lekar propisao. Jednom rečju, ponašaće se prema lekaru baš kao prema svakom drugom običnom smrtniku, uvlačeći i njega u igru. Čini se da se u doba baroka smrt neprestano nameće i meša u doktorove poslove, ruga mu se dok on prodaje svoju robu po vašarima, prekida ga u deljenju saveta, njegove boce sa lekarijama pretvara u peščane satove ili seda na njegovo mesto prilikom posete nekom kužnom domu. U XVIII veku pojaviće se jedan nov motiv: ne samo što smrt pecka lekara zbog njegove pesimističke dijagnoze već i uživa odustajući od onih bolesnika za koje je doktor rekao da im nema spasa. Sve do XIX veka smrt se uvek bavi bilo lekarem bilo obolelim licem i pri tom obično ona ima inicijativu. To dvoje parničara stoji na suprotnim stranama bolesničke postelje. Tek pošto su se klinička bolest i klinička smrt znatno razvile, nailazimo na prve slike na kojima doktor preuzima inicijativu i postavlja se između svog pacijenta i

²³⁶ GIEDION, Siegfried: *Mechanization takes command: a contribution to anonymous history*, New York, Norton, 1969, 743 str. O mehanizaciji i smrti vidi str. 209—240.

²³⁷ Posebno konsultuj: BLOCK, Werner, WARTHIN, Alfred Scott i BRIESEMEISTER, Dietrich. Vidi fusnotu 205.

smrti. Morali smo se strpeti da prođe prvi svetski rat pa da po prvi put ugledamo lekara kako se rve sa smrću-skeletom, grabi kosu iz njenih ruku i čupa mlađu ženu iz njenog zagrljaja. Oko 1930. godine čovek u belom mantilu i ozaren osmehom okomljuje se na učveljeni skelet i gnjeći ga kao muvu sa dva toma Marlovog *Leksikona terapije*. Na drugim slikama doktor je digao uvis jednu ruku naredujući smrti da se ukloni, dok hvata za ruke mlađu ženu koju je smrt ščepala za stopala. Maks Klinger predstavlja lekara kako podseca perje nekakvom krilatom džinu. Na nekim slikama lekar zaključava smrt-skelet u zatvorsku ćeliju ili je čak nogom udara u koščatu zadnjicu. Sada se češće umesto pacijenta lekar boriti sa smrću. Kao što biva u primitivnim kulturama, opet se neko može okriviti kada smrt odnese pobedu i opet taj neko nema lica, ali zato raspolaže jednom zvaničnom privilegijom: pojedinac nije pojedinac, već klasa.

Danas, kada je odbrana od smrti obuhvaćena socijalnim osiguranjem, zločinitelj vreba iz zasede u samom društvu. A taj zločinitelj bi mogao biti klasni neprijatelj koji radniku uskraćuje punu meru medicinske nege, doktor koji odbija noćnu posetu, nekakav multinacionalni koncern koji je povisio cenu medicinskih usluga, kapitalistička vlada koja je izgubila kontrolu nad medicinskim radnicima, ili pak neki visoki birokrata koji lekare delimično školuje na delhijskom univerzitetu, da bi ih potom otposlao u London. Tradicionalan lov na veštice povodom smrti nekog poglavice doživljjava modernizaciju. Za svaku preuranjenu ili klinički nepotrebnu smrt moguće je okriviti neko lice ili neku pojavu koja je neodgovorno odgodila ili spričila izvesnu medicinsku intervenciju.

Progres društvenog zakonodavstva za vreme prve polovine XX veka uglavnom ne bi bio sprovedljiv bez revolucionarne primene takve industrijski oblikovane predstave o smrti. Bilo bi neizvodljivo obezbediti podršku za agitovanje u korist takvog zakonodavstva, i dovoljno snažno osećanje krivice da bi se ostvarilo njegovo ozakonjenje. Povrh toga, i zahtev za jednakopravnom medicinskom predohranom u cilju postizanja

ravnopravne vrste smrti poslužio je da se učvrsti zavisnost naših savremenika od industrijskog sistema čijevo ekspanziji nema granica.

Smrt pod intenzivnom negom

Mi nismo u stanju da u potpunosti shvatimo duboko ukorenjenu strukturu savremene društvene organizacije sve dok u njoj ne sagledamo mnogoliko isterivanje svih oblika opake smrti. Naše osnovne institucije obrazuju džinovski odbrambeni program i u ime „ljudskog roda“ vode rat protiv onih činilaca i klasa koji zadaju smrt.²³⁸ Reč je o totalnom ratu. Pored medicine, u toj borbi učestvuju i društvena zaštita, međunarodni fondovi za pomoć i programi za razvoj. Ideološki usmerene birokratije svih boja pridružile su se ovom krstaškom poduhvatu. Revolucija, represija, pa čak i građanski i međunarodni ratovi opravdavaju se pod izgovorom da treba naneti poraz onim diktatorima ili kapitalistima koji snose krivicu za obesno stvaranje bolesti i smrti i za trpeljivost prema njima.²³⁹

²³⁸ KALISH, Richard A.: *Death and dying. A briefly annotated bibliography*, u BRIM, Orville, et al., editors. *The dying patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1970, str. 327–380. Kalish daje bibliografski pregled literature na engleskom jeziku sa temom umiranja i uglavnom se ograničava na pitanja posvećena savremenim stručnim delatnostima i tehnologiji. SOLLITO, Sharmon, VATCH, Robert: *Bibliography of society, ethics and the life sciences*, The Hastings Center, 1973. Bibliografija sadrži ocene date sa etičkog gledišta. McKNIGHT je sačinio bibliografiju od 225 brojeva u kojima navodi teološki koncipovane radove posvećene uzrocima smrti u modernom društvu. Na deset stranica umnoženih na matrici pisac nabraja savremene hrišćanske studije o smrti u industrijskom društvu. KUTCHER, Austin H. Jr. and KUTSCHER, Austin H.: *A bibliography of books on death, bereavement, loss and grief: 1935–1968*, New York, „Health Sciences Publishing Corp.“, 1969. EUTHANASIA EDUCATIONAL FUND: *Euthanasia: an annotated bibliography*, New York, 250 West 57th street, NY 10019. RILEY, John Jr. and HABENSTEIN, Robert W.: *Death. 1. Death and bereavement. 2. The social organization of death*, u „International Encyclopedia of the Social Sciences“, Macmillan, Vol. 4, 1968.

²³⁹ FUCHS, Werner, u fusuoti 195 opovrgava tvrdnju da je smrt suzbijana u modernom društvu. GORER, Geoffrey: *Death, grief and mourning*, New York, Doubleday, 1965. Fuks smatra neosnovanom i pogrešnom Gorerovu tezu da je smrt, kao glavni tabu, zauzela mesto seksa. Tezu o represiji smrti obično zastupaju ljudi izričito antiindustrijskih uverenja, ciljujući na to da dokažu apsolutnu bespomoćnost industrijskog potvhvata pred licem smrti. Rasprave o represiji smrti, na kojima se insistira, koriste se da bi se iskonstruisala opravdanja za boga i zagrobnji život. Cinjenica da ljudi

Čudno, smrt je postala neprijatelj koga valja potući tačno u trenutku kada megasmrt stupi na pozornicu. Nije nova samo predstava o „nepotreboj“ smrti nego je isto tako novo i shvatanje kraja ovoga sveta.²⁴⁰ Smrt — taj kraj *moga* sveta, i apokalipsa — kraj *celoga* sveta, tesno su povezane. Jasno je da atomska situacija ima dubok upliv na naš stav prema obema. Apokalipsa nije više prosti mitološko nagadjanje, no je postala stvarna i verovatna. Umesto da se Armagedon pripisuje božjoj volji ili čovekovom grehu, to jest zakonima prirode, dat mu je smisao moguće posledice čovekove neposredne odluke. Između atomske i kobaltne bombe postoji izvesna nedokućiva analogija: obe se smatraju potrebnim za dobro ljudskog roda, obe čoveka naoružavaju efikasnom moći da uništiti život. Medikalizovani društveni rituali predstavljaju jedan vid društvene kontrole posredstvom samoporažavajućeg rata protiv smrti.

Malinovski²⁴¹ tvrdi da smrt u svesti primitivnih naroda ugrožava njihovu koheziju, pa samim tim i opstanak celokupne zajednice. Ona raspaljuje eksploziju straha i iracionalnih odbrambenih stavova. Jednodušnost zajednice spasava se tako što se ovaj prirodnog događaj pretvara u društveni ritual. Stoga smrt jednog pripadnika biva prilika za izuzetnu svečanost.

Dominacija industrije raskida i često razara glavninu tradicionalnih veza solidarnosti. Bezlični rituali Industrijalizovane Medicine stvaraju lažno jedinstvo čovečanstva. Pomoću njih se svi pripadnici ljudsog roda povezuju u jedan identičan kalup „poželjne“

moraju umreti uzima se kao potvrda teze da oni nikada neće moći samosvojno da vladaju stvarnošću. Sve teorije koje poriču vrednost smrti Fuks proglašava ostacima primitivne prošlosti. On smatra naučnim jedino one postavke koje se uklapaju u njegovu ideju o modernoj društvenoj strukturi. Fuksova predstava savremene smrti proizašla je iz njegovog proučavanja jezika koji se upotrebljava u nemačkim posmrtnim oglašima. Fuks je ubeden da je ono što se naziva „reprešijom“ smrti posledica nepostojanja energitičnog prihvatanja sve zastupljenijeg verovanja u smrt kao nesumnjiv i konačan kraj.

²⁴⁰ To što jedno društvo pribegava iracionalnom pristupu kada treba da se postavi prema smrti, odraz je njegove nesposobnosti da odredi svoj stav prema apokalipsi. KOCH, Klaus: *Ratlos vor der Apokalyptik*, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, 1970.

²⁴¹ MALINOWSKI, Bronislaw: *Death and the reintegration of the group*, u „Magic, science and religion“, New York, „Doubleday“ 1949, str. 47—53.

smrti na taj način što se kao cilj privrrednog razvoja predlaže smrt u bolnici. Mitom o takvom progresu u kojem bi svi ljudi skončavali istom vrstom smrti, umanjuje se osećanje krivice „onih koji imaju“ i koji tvrde da su ružne smrti od kojih umiru „oni koji nemaju“ posledica trenutne privredne nerazvijenosti i da je za to jedini lek dalja ekspanzija medicinskih institucija.

Razume se, medikalizovana²⁴² smrt ima drukčiju funkciju u visokoindustrijalizovanim društvima no kod pretežno poljoprivrednih naroda. U okviru industrijskog društva medicinska intervencija u svakodnevnom životu ne menja osnovnu predstavu o zdravlju i smrti, naprotiv, ide joj u prilog. Medicinska intervencija širi među masama shvatanje smrti medikalizovane elite i reproducuje ga za buduće generacije. Međutim, kada se „prevencija smrti“ upražnjava van kulturnog konteksta i kada se potrošači bogougodno spremaju za bolničku smrt, razvojem medicine zasnovane na principu bolnice neminovno se obrazuje izvestan oblik imperijalističke intervencije. Ljudima se namče jedna socio-politička predstava o smrti; oni se lišavaju svoje tradicionalne vizije onoga što sačinjavaju zdravlje i smrt. Predstava o sopstvenom „ja“ koja daje koheziju njihovoj kulturi razbijena je, dok se atomizirane jedinke mogu sjediniti u internacionalnu masu visoko „socijalizovanih“ zdravstvenih potrošača. Priželjkivanje medikalizovane smrti udica je na koju se hvataju bogati ljudi da bi neograničeno plaćali zdravstveno osiguranje, i mamac siromašnima da se sami uhvate u pozlaćenu smrtolovku. Kontradikcije buržoaskog individualizma nalaze oslonac u nesposobnosti ljudi da umiru sa bilo kakvim izgledom na realistički stav prema smrti.²⁴³ Jedan carinik na pograničnoj straži Gornje Volte prema Maliju objasnio mi je kakav značaj ima smrt u odnosu na zdravlje. Želeo

²⁴² CASSEL, Eric J.: *Dying in a technical society*, u „Hastings Center Studies“, Vol. 2, No. 2, May 1974. str. 31—36. „Nastalo je pomeranje i smrt je sa moralnog prebačena na tehnički plan... Ne verujem da su ljudi bili bitno moralniji u prošlosti kada je moralni odnos prevladao nad tehničkim.“

²⁴³ MORIN, Edgar: *L'homme et la mort*, Paris, 1970, izveo je taj zaključak.

sam da doznam na koji način se stanovnici duž Nige-
ra međusobno sporazumevaju, kada gotovo svako selo
govori drukčijim jezikom. Po njegovom mišljenju, re-
kao je, sporazumevanje nema nikakve veze sa govo-
rom: „Sve dok oni drugi budu sunetili svoje sinove
onako kako mi to činimo i dok našom smrću budu
umirali, odlično ćemo ih razumevati.“

Imao sam prilike da vidim, i to ne u jednom mek-
sičkom selu, šta se zbiva kada tamo stigne socijalno
osiguranje. Prva generacija ne odustaje od svojih ra-
dicionih uverenja, zna kako da se postavi prema
smrti, umiranju i žalosti. Nov medicinski tehničar i
doktor, misleći da to bolje znaju, drže predavanja o
Panteonu zlih kliničkih smrти, o tome da se svaka od
njih može odagnati uz izvesnu cenu. Umesto da mo-
dernizuju narodno znanje o oblasti samonege, oni
propovedaju ideal bolničke smrti. Svojim službova-
njem podstiču zemljoradnike da neprestano traže onu
dobru smrt sa međunarodnim opisom, a tim traženjem
postiže se to da doveka ostanu potrošači.

Slično svim ostalim velikim ritualima industrijs-
kog društva, i medicina u praksi uzima oblik društvene igre. Glavna lekareva funkcija jeste da bude
presuditelj. On je zastupnik, odnosno predstavnik
društvenog organizma i dužnost mu je da proverava
da li svaki pojedinac učestvuje u igri prema pravili-
ma.²⁴⁴ A ta pravila, razumljivo, zabranjuju da se igra
napusti i da se umre na bilo koji drugi način do na

²⁴⁴ Industrializovan čovek oseća potrebu za lečenjem od ko-
levke do bolničkog odeljenja u kojem će umrijeti. Elizabet Kubler-
-Ros je uočila pojavu nove vrste lekara koji leči ljudе na umoru. KUBLER-ROSS, Elizabet: *On death and dying*, New York, Mcmilan, 1969. Ona zaključuje da samarnici prolaze kroz nekoliko faza i da je mogućno olakšati taj proces odgovarajućim lečenjem i pravilnim vodenjem „morituri“. RAMSEY, Paul: *The indignity of death with dignity*, u „Hastings Center Studies“, Vol. 2, No. May 1974, str. 47–62. Počev od pre nekoliko godina moralisti se sve više slažu da se smrt mora nanovo prihvati i da jedino što možemo učiniti za čoveka na izdisaju jeste to da ostanemo pored njega u njegovim poslednjim trenucima. Međutim, ispod takve sа-
glasnosti mišljenja postoji jedno sve više mondansko, naturalističko i antihumanističko tumačenje ljudskog života. MORISON, Robert S.: *The last poem: the dignity of the inevitable and necessary. Commentary on Paul Ramsey*, u „Hastings Center Studies“, Vol. 2, No. 2, May 1974, str. 62–66. Morison kritikuje Remzijev zaključak da svako ko nije u stanju da govori u duhu hrišćanske etike, ipak mора biti neka vrsta „hipotetičkog običnog vernika“.

onaj koji je sudija propisao. Jedino postoji ona smrt koja predstavlja samoispunjavanje proročanstvo čoveka iz medicinske struke.²⁴⁵

Medikalizacijom smrti zdravstvena nega se pretvorila u monolitnu svetsku religiju²⁴⁶ čiji se kanoni predaju u obaveznim školama i čije se etičke postavke koriste za birokratsko preustrojavanje čovekove sredine: seksualno vaspitanje je postalo predmet u osnovnoj školi, govore nam da iz higijenskih razloga ne treba pozajmljivati svoju kašiku. Borbu protiv smrti, koja dominira životnim stilom bogatog sveta, društvene sile pretvaraju u ime razvoja u skupinu pravila koja će siromahе na Zemljinoj kugli nagnati da se pristojno vladaju.

Isključivo je ona kultura koja se razvila u visoko-industrijalizovanim društvima mogla dovesti do takve komercijalizacije shvatanja smrti kakvu sam maločas opisao. Danas je „prirodna smrt“, u svom ekstremnom vidu, ona tačka na kojoj ljudski organizam od-

²⁴⁵ LESTER, David: *Voodoo death: some new thoughts on an old phenomenon*, u „American Anthropologist“, 74, 1972, str. 386–390.

²⁴⁶ DELOOZ, Pierre: *Who believes in the hereafter*, u GODIN, André, editor: „Death and presence“, Brussels, Lumen Vitae Press, 1972, str. 17–38, pokazuje da su izvesni ljudi, poznati u savremenoj francuskoj javnosti, sa uspehom odvojili verovanje u boga od verovanja u zagroženi život. DANBLON, Paul, GODIN, André: *How the people speak of death?*, Godin André, editor, ibid, str. 39–62, Danblon je proučio šezdeset intervjuja sa javnim ličnostima koje govore francuski Prosećane verske sličnosti sadržane u njihovom načinu izražavanja, osećanjima i stavovima prema smrti, mnogo su izrazitije od razlika proisteklih iz njihovih raznih religioznih uverenja i postupaka. FLETCHER, Joseph F.: *Anti-dysthanasia: the problem of prolonging death* u „The Journal of Pastoral Care“, Vol. XVIII, 1964, str. 77–84. Pišući sa stanovišta bolničkog kapelana, Flečer osuđuje neodgovorno produžavanje ljudskog života: „Slažem se sa Pijem XII i bar sa dvojicom kenterberijskih arhibiskupa, Langom i Fišerom, koji su poklonili pažnju ovom pitanju, da lekarevo tehničko znanje, njegova „stručna predviđanja“ i iskustvo treba da budu osnova za rešavanje problema o postojanju ma kakvih „opravdanih nada“. Laik nije pozvan da odlučuje o tome... Ukoliko se, međutim, utvrdi da je bolesnikovo stanje beznadeno, ne mogu se složiti da je razborit, odnosno častan postupak prema lekarima — jer su i oni naša braća — da isključivo na njih svalimo breme odlučivanja o tome da li pacijenta treba prepustiti njegovoj sudbinji.“ Ova teza je opšta. Ona dokazuje da čak i crkve podržavaju stručnu ocenu. Ta praktična konvergencija hrišćanskog i medicinskog postupka u potpunosti je raskorak sa stavom prema smrti u hrišćanskoj teologiji. BOROS, Ladislau: *Mysterium mortis. Der Mensch in der letzten Entscheidung*. Freiburg Br., Walter Verlag, 1962. RAHNER, Karl: „Zur Teologie des Todes“, Herder, Freiburg, 1963.

bija da prihvati svako dalje lečenje. Ljudi²⁴⁷ umiru onda kada elektroencefalogram označi da su se njihovi moždani impulsi sveli na ravnu liniju: ne zato što su ti ljudi poslednji put udahnuli vazduh, niti stoga što im je srce stalo. Smrt kakvu društvo odobrava nastupa onda kada čovek postane nekoristan, i to ne samo kao proizvođač no i kao potrošač. U pitanju je tačka na kojoj se potrošač, čija je obuka veoma skupo stajala, konačno mora otpisati kao definitivan gubitak. Prema tome, smrt je postala ekstremni oblik prestanka čovekove potrošačke uloge.²⁴⁸

Tradicija govori da se licu koje je društvo osudilo na smrt obezbeđuje najbolja zaštita od smrti. Jer društvo oseća da mu preti opasnost da se čovek koji je već krenuo putem smrti može obesiti o sopstvenu kravatu. Mogućnost da on sebi oduzme život pre određenog roka, može biti izazov upućen vlasti. Lice na koje se danas najviše motri da samo sebi ne bi učinilo kraj jeste bolesnik u kritičnom stanju. Društvo koje dejstvuje preko medicinskog sistema donosi odluku kada će i posle kojih poniznjenja i sakraćenja bolesnik umreti.²⁴⁹ Medikalizacijom društva okončana je epoha

²⁴⁷ MAGUIRE, Daniel: *The freedom to die*. Kada bi se postupalo stvaralački i na dosad neslućene načine, odeljenje za samrti i teško obolele moglo bi terapijski delovati na društvo. „Commonweal“, 11 August, 1972, str. 423–428. ROBITSCHER, Jonas B.: *The right to die. Do we have a right not to be treated?*, u „Hastings Center Report“, Vol. 2, No. 4, September 1972, str. 11–44.

²⁴⁸ BRIM, Orville, FREEMAN, Howard, LEVINE, Sol, SCOTCH, Norman, editors: *The dying patient*, New York, „Russel Sage Foundation“, 1960. Autori se najre bave spektrom tehničke analize i doношења odluke, onim pitanjima koja rešavaju zdravstveni stručnjaci kada treba da utvrde okolnosti pod kojima valja da se odigra smrt nekog pojedinca. Oni daju niz preporuka o tome šta se može učiniti da bi taj iskonstruisani proces bio „donkle manje grub i manje neprijatan za bolesnika, za njegovu porodicu i, na prvom mestu, za bolničko osoblje“. U ovoj antologiji se sve mrtvacko pretvara u jednu novu vrstu stručno vodene skarednosti. Takođe vidi: SUDNOW, David: *Dying in a public hospital*, kod BRIM, Orville et al., ibid, str. 191–208.

²⁴⁹ SUDNOW, David, ibid, piše u svojoj studiji o društvenoj organizaciji: „...Primećeno je kako jedna medicinska sestra dva do tri minuta uporno pokušava da zatvori kapke nekoj bolesnici. Objasnila je da žena umire i da ona nastoji da joj kapke zadrži u spuštenom položaju. Posle više neuspehlih pokušaja medicinskoj sestri je pošlo za rukom da ih zatvori, te je uz uzdah olakšanja rekla: „Sad su kako treba.“ Kada su je upitali zbog čega to čini, odgovorila je da se posle smrti pokojniku obavezno zatvaraju oči da bi podsećao na usnuvu osobu. A to je teže postići, dodala je, kada mišići i koža počnu da se koče. Ona se uvek trudi da ih zatvori, rekla je, pre smrti. Time se ubrzava posao osoblju koje treba da uvije leš. Čini to iz obzira prema onim radnicima kojima je stalo da što manje dotiču mrtvaca.“ Pp. 192–193.

prirodne smrti. Čovek na Zapadu izgubio je pravo da vodi glavnu reč za vreme sopstvenog čina umiranja. Zdravlje, odnosno autonomna borbenost, ekspropisano je do poslednjeg daha. Tehnička smrt je odnela pobjedu nad umiranjem.²⁵⁰ A mehanička smrt je savladala i uništila sve ostale smrti.

²⁵⁰ BRILLAT-SAVARIN: *Méditation XXVI, De la mort*, u „Physiologie du gout“. Brila-Savarena je dvorio svoju devedeset trogodišnju tetku koja se nalazila na samrti. „Vladala je svim svojim funkcijama i čovek ne bi primetio u kakvom se stanju nalazi da joj se apetit nije smanjio i glas oslabio. „Jesi li tu, sinovče?“ „Jesam, tetka, stojim ti na raspolaganju i imam jedan sjajan predlog: gučni malo ovog dobrog starog vina.“ „Daj mi ga, sinko, tečnost uvek ide nanize.“ Naterao sam je da popije pola čase mog najboljeg vina. Odmah je živahnula i upravivši prema meni svoje nekada divne oči rekla: „Hvala ti za tu poslednju ljubaznost. Ako doživis moje godine, uvidećeš da smrt postaje neophodna kao i san.“ To su joj bile poslednje reči i pola časa docnije zaspala je zauvek.“

IV DEO
POLITIKA ZDRAVLJA

9. POVRAĆAJ ZDRAVLJA

Sam čovek je oduvek bio prouzrokovač mnogih patnji. Sačuvani su zapisi o namernom zlu koje je čovek nanosio čoveku. Istorija je jedan dug spisak porobljavanja i eksploatacije o kojima se pripoveda u epovima osvajača ili peva u elegijama žrtava. Rat je u srcu te povesti, rat praćen otimačinama, glađu i boleštinama. Rat između država i klasa donedavno je bio glavna pokretačka snaga bede koju stvara čovek. A danas se neželjene fizičke, društvene i psihološke sporedne posledice takozvanih mirnodopskih poduhvata po svojoj razornoj silovitosti nadmeću sa ratnim pustošenjima. I o svemu tome se brižljivo vode statistike.

Čovek je jedina životinja čija je evolucija uslovljena prilagođavanjem na više planova. Ukoliko nije stradao od razbojnika i prirodnih sila, bivao je prinudjen da se rve sa ostalim pripadnicima svoga roda koji su ga iskorišćavali i zloupotrebjavali. Tokom te borbe sa elementarnim nepogodama i susedom, čovekov karakter i njegova kultura su se ubrili, a njegovi nagoni usahli.

Životinje se prilagođavaju evolucijom, reagujući na promene u svojoj prirodnoj sredini. Jedino je čovek u stanju da svesno doživi izazov, dok njegove reakcije na neprijateljska lica i opasne situacije dobijaju

vid racionalnog istupa i svesne navike. Čovek je u stanju da planira svoje odnose sa prirodom i susedom i sposoban je da opstane čak i kada njegov pothvat delimično omane. On je životinja koja ume strpljivo da podnosi iskušenja i da uči razumevajući ih. On je jedino biće koje ume i zna da mora da se miri sa ograničenjima kada ih jasno uvidi. Svestan stav prema bolnim čuvtvima, prema oronulom zdravlju i konačno prema smrti deo je čovekove borbene sposobnosti. Integralni elementi ljudskog zdravlja jesu sposobnost za pobunu i istrajnost, za strpljenje i rezignaciju.

Priroda i sused, međutim, samo su dve od tri pogranične linije na kojima čovek mora da se bori. Treći front sa kojeg mu preti propast oduvek mu je bio znan. Čovek mora da prevaziđe svoj san koji je mit ne samo uobičio no i kojim vlada. Društvo se po sili prirode hvata ukoštač sa iracionalnim željama svojih pripadnika. A to znači da će mit ispuniti svoj zadatak ukoliko običnog čoveka uveri u bezbednost na toj trećoj granici, pod uslovom da dela u okviru omeđenog prostora. Katastrofa jedino preti onoj nekolicini koja nastoji da nadmudri bogove. Običan čovek strada zbog slabosti ili zbog nasilja. Jedino buntovnik protiv ljudskog položaja pada kao Nemezin plen, kao plen zavisti bogova.

Industrijalizovana Nemezis

Prometej je bio heroj, a ne Svako. Podstaknut vrhunskom pohlepotom (*pleonexia*) prekoračio je ljudske mere (*aitia i mesotes*) i pobuđen bezgraničnom ohološću (*hubris*) sa neba je ukrao vatru. Stoga je neminovno protiv sebe navukao Nemezinu omrazu. Bačen je u lance i prikovan za kavkasku stenu. Preko celog dana kraguj mu kljuca drob, dok ga bezdušni bogovi-iscelitelji održavaju u životu obnavljajući mu jetru svake noći. Nemezis mu je zadavala onu vrstu bola koji je bio namenjen polubogovima, a ne ljudima. Svojom beznadežnom i beskrajnom patnjom ovaj junak večno opominje na neminovnost kosmičke odmazde.

Danas se Nemezina društvena priroda izmenila. Sa industrijalizacijom čovekovih želja i planiranjem njegovih ritualnih reakcija, oholost je uzela maha. Cilj svakog čoveka postao je beskonačan materijalni progres. Industrijska arogancija razorila je mitski okvir u oblasti iracionalnog i fantastičnog. Mašina je materijalizovala mit, tehnologiziranim odgovorima na lude snove dala je tim snovima racionalan vid, a umeće koje proizvodi destruktivne vrednosti preobratila u zaveru nabavljača i potrošača. Danas Nemezis za ljudske mase znači neizbežno unazađivanje u koje ih tera industrijski progres. Ona je materijalni monstrum rođen iz pretencioznog industrijskog sna. Rasprostrla se na sve strane poput opšteg obrazovanja, masovnog saobraćaja, plaćene industrijske radne snage i medikalizacije zdravlja. Ta krilata božica, to oličenje prirodne samoodbrane, stiže do nas u ovo naše doba preko televizijske mreže, preko auto-strada, supermarketa i klinika. Nasleđeni mitovi prestali su da određuju akcione granice. Ukoliko je ljudskoj vrsti stalo da preživi gubitak svojih tradicionalnih mitova, mora naučiti da se racionalno i politički hvata ukoštač sa svojim snovima kojima su pečat dali zavist, gramzivost i lenjost. Ograničenja industrijskog razvoja ustanovljena posredstvom politike, moraće da zauzmu mesto mitoloških međa. Granice industrijskog načina proizvodnje moraće da se utvrde putem političkog istraživanja i pronaalaženja materijalnih uslova neophodnih za ostvarivanje pravičnosti i dejstvenosti.

Endemska Nemezis

Nemezis je stekla strukturalan i endemski karakter. Beda koju sam čovek sve više stvara sporedan je produkt onog poduhvata čija je svrha bila da se obični ljudi zaštite u borbi sa okrutnom životnom sredinom i sa nepravdom koju im iz obesti nanose odabranii. Plansko, mada ne i namerno haranje, postalo je glavni izvor bola, onesposobljavanja i smrti. Naše česte boljke, naša bespomoćnost i nepravda kojoj smo

izloženi, uglavnom su sporedna dejstva onih strategija što teže ka većem i boljem obrazovanju, boljim stambenim uslovima, boljoj ishrani i boljem zdravlju.

Društvo koje planiranu nastavu stavlja iznad autonomnog učenja, nužno mora propovedati ljudima da se drže svog propisanog mesta. Društvo koje problem kretanja prvenstveno rešava dirigovanim saobraćajem, mora opet činiti isto. Iznad izvesne količine energije koju pojedinac utroši da bi ostvario veliku brzinu u saobraćaju, transportna industrija počinje da imobiliše i porobljava glavninu bezimenih putnika, obezbeđujući prednosti samo odabranima. Ne postoji ni novo gorivo, ni tehnologija, ni javna kontrola, koji bi bili moćni da društvo čije brzine kretanja rastu, zaustave u stvaranju sve većeg ubrzanja, programirane paralizovanosti i nejednakosti. Doslovno to isto važi i za poljoprivrednu. Iznad izvesnog stepena ulaganja kapitala u uzgajanje i tehnološku obradu hrane, pogrešna ishrana, odnosno pothranjenost, moraju se ispoljiti.²⁵¹ Tada napredovanje zelene revolucije nemi-

²⁵¹ TEUTEBERG, Hans J., WIEGELMANN, Günter: *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1972. Tojteberg i Vigelman prikupljaju detaljne podatke za istoriju delovanja industrializacije na navike u ishrani. Sa pojavom nacionalne države, vojne potrebe su pretvorile staranje o proizvodnji hrane i o valjanoj ishrani regрута u državno pitanje. U antičko doba i za vreme srednjeg veka smatralo se da je osnovna stvar pridržavati se pravila o ishrani, jer se samo tako može očuvati zdravlje i produžiti zdrav život. HEISCHKEL-ARTELT, Edith: *Grundzüge der menschlichen Ernährung im Altertum und Mittelalter*, u „Proceedings of the 7th International Congress of Nutrition“, Hamburg, 1966, Vol. 4. Braunschweig, 1967. Upoređivanjem stotine kuvara iz raznih epoha, autor ukazuje na to da je osnovna svrha racionalno koncipovanog obroka određivanje zdravlja, a ne ukus jela. Većina namirnica koje su trošili stanovnici evropskih gradova pre francuske revolucije proizvođena je u neposrednoj okolini mesta stanovanja. Usevi su se gajili na poljima sa kojih su do gradskih trgovina dosegivali za nekoliko časova, ili su uzgajani u povrtnjacima iza kuće. Mnogo brojne opštinske naredbe kojima se ograničava prisustvo svinja i živine na varoškim ulicama, dokaz su da se u gradu proizvodio deo potrebnih namirnica. Odveć malen broj ljudi bio je u stanju da bira sebi vrstu hrane, dok su neuobičajene namirnice smatrane nezdravim. Prehrambeni standard u poljoprivrednim oblastima pre industrijske ere varirao je zavisno od atmosferskih prilika. Glad na selu, umesto periodične sudbinske nužnosti, pretvorila se u tehnički i finansijski događaj kojim se može manipulati. Neophodnost da se radnici dobro hrane da bi bili produktivni, otkrivena je oko sredine XIX veka. A potreba da se zajednica stara o njihovoj ishrani uočena je gotovo u isto vreme kada su obrazovanje i medicinska nega prvi put bili dovedeni u vezu sa njihovom produktivnošću. Oko 1860. godine nemački vojni stručnjaci zvanično su konstatovali neophodnost pravilne ishrane male dece. U to

novno počinje da razara potrošačevu jetru, i to uspešnije od Zevsove grabljivice. Iznad te tačke svako bioško planiranje postaje nemoćno da spreči pothranjenost i trovanje hranom. Ono što se događa u subsaharskom Sahelu tek je generalna proba za glad koja predstoji svetu. Reč je samo o primeni jednog opštег zakona. Kada se industrijskim načinom proizvede roba van izvesnog opsega vrednosti, životne delatnosti bivaju paralisane, pravična raspodela se gubi, a totalno zadovoljenje potreba u nekoj određenoj oblasti smanjuje. Drugim rečima, iznad izvesnog stepena industrijske arogancije Nemezis neminovno stupa na pozornicu.

Zaprepašćujuća je činjenica do koje mere javnost ne obraća pažnju na blisku opasnost od gladi. Od drugog svetskog rata naovamo, 1972. je bila prva godina u kojoj je opala proizvodnja ribe, te značajne sirovine za proizvodnju đubriva, stočne i ljudske hrane, i to uprkos povećanim finansijskim i organizacionim ulaganjima u riblju industriju. U zemljama u razvoju proizvodnja poljoprivrednih artikala po glavi spala je na nivo iz perioda od 1961. do 1965. godine, to jest na stepen pre no što će „zelena revolucija“ dostići svoj vrhunac. U tim zemljama je tržišna proizvodnja hrane izgubila korak sa porastom stanovništva, dok tokom proteklih petnaest godina sve veći broj ljudi napušta poljoprivredni sektor i počinje da zavisi od tržišta. U to vreme su se prvi put posle rata kapitalni stokovi žitarica na svetskom tržištu iscrpli. Prvi put otkada je železnica omogućila da se stvari pravo svetsko tržište hrane, svetsko stanovništvo je počelo da zavisi od tekuće proizvodnje; drugim rečima, od atmosferskih prilika i od politike.

U ranijim periodima, kada bi ljude zadesila nestaćica hrane, pitanje takve oskudice jednostavno je

vreme je nova vrsta industrijske pothranjenosti već bila počela da deluje, tako da se moralno odbijati približno 40% regрута. Vidi HELLWING: *Über die Annahme der Kriegsstüchtigkeit in der Mark Brandenburg*, u „Mitteilungen des Kgl. Preussischen Statistischen Bureaus 1860“, Nr. 9, 10 und 16. Takođe vidi ABEL, Wilhelm: *Agrarkrisen und Agrarkonjunktur. Eine Geschichte der Land- und Ernährungswirtschaft Mitteleuropas seit dem hohen Mittelalter*. 2. Aufl. Hamburg/Berlin, 1966. MARSHALL, C.: *Health and nutritional consequences of selected developmental programmes*, prvi je odeljak izdanja FARVAR, T.: „The careless technolog“, National History Press, N. J., 1972.

rešavao njihov broj. Obilje namirnica danas izaziva novu i brutalnu podelu na stanovnike koji se hrane mesom i na one koji jedu žitarice. Za ishranu jednog Amerikanca potrebna je tona žita; međutim, od toga on u obliku cerealija utroši samo oko 75 kg, dok preostali deo otpada na ishranu stoke koja mu daje jaja, meso i mleko. Meksikanski seljak će ne samo dobro jesti već i hraniti stoku ukoliko bude imao sreće da raspolaže sa oko 160 kg žita godišnje.

Ono što se 1973. godine dogodilo sa gorivom, ponoviće se 1976. sa proteinima: svetsko tržište kupaca preobraća se u tržište prodavaca. Dve krize su se sustigle: kriza goriva i kriza hrane. Za svaki kilogram đubriva, tj. za njegovu obradu i transport, potrebno je između pet i šest kilograma čvrstog goriva. Sa porastom cena goriva smanjuje se količina vode koju su ljudi u stanju da iscrpu. Veliki postotak nedavnog skoka cena u prehrambenoj industriji treba pripisivati povećanim izdacima za proizvodnju i korišćenje ogromnih količina skupih đubriva. Minulo je vreme kada je zelena revolucija²⁵² možda mogla dovesti do širenja i prihvatanja mera za kontrolu rada. Danas glad reguliše razvoj stanovništva. Međutim, u pitanju je nova vrsta gladi. Nije reč o sporadičnoj gladi koja je nekada pratila suše i ratove,²⁵³ niti o povremenim nestaćicama hrane koje su se ublažavale dobrom voljom i hitnim isporukama. Glad na pomolu je nuzprodukt neizbežne koncentracije industrijalizovanih poljoprivrednih dobara u bogatim državama i u plodnim oblastima siromašnih zemalja. Paradoksalna je činjenica da pokušaj sprečavanja gladi putem daljeg razvijanja industrijski efikasne poljoprivrede samo proširuje obim katastrofe, jer slabi učešće zemalja sa nerentabilnom proizvodnjom. Glad će se povećavati sve dok se tendencija ka kapitalistički intenzifikovanoj prehrambenoj

²⁵² BORGSTROM, George: *The green revolution*, u „Focal Points“, Macmillan, 1973, deo II, str. 172–201. Izdanje je ponovljeno u CIDOC DOC I/V 74/67. Pisac analizira i ocenjuje desetinu iluzija o zelenoj revoluciji; međunarodne institucije, svojim izjavama koje navode ljudе na pogrešan put, permanentno pothranjuju mnoge takve obmane.

²⁵³ LEBRUN, François: *Les hommes et la mort en Anjou aux 17e et 18 siècles, Essai de démographie et de psychologie historiques*. Paris, Mouton, 1971. Svestrana sociološko-istorijska studija.

proizvodnji siromašnih u korist bogatih ne zameni novom vrstom regionalne poljoprivredne autonomije zasnovane na intenzivnoj radnoj snazi.²⁵⁴

Zagovornici industrijskog napretka su ili slepi ili korumpirani kada pretenduju na sposobnost da izračunaju cenu takvog progresa. Štete koje Nemesis pričinjava ne mogu se nadoknaditi, proračunati, niti likvidirati.²⁵⁵ Ulaganje kapitala u industrijski razvoj

²⁵⁴ HEIERLI, Urs: *Energiekrise und Entwicklungsstrategie. Dezentralisierte Entwicklung als Konsequenz der Energieverknappung*, 1974, 38 strana umnoženih na geštetneru.

²⁵⁵ Predstojećoj svetskoj krizi, koja će nastupiti kao posledica nove vrste loše ishrane, doprinose najmanje četiri posebna činioča. Prvi je prosti opadanje kvantiteta namirnica dostupnih na bilo kojem mestu i koncentracija proteina životinjskog porekla među manjinom svetskog stanovništva. Bogataši, u izvesnom smislu, monopolisu Sunčevu energiju na svojim trpezama. Drugi činilac je porast nezdravih dodataka hrani, među koje spadaju tragovi pesticida, fungicida, odnosno hemijskih sredstava za ubrzavanje raščenja proizvoda koje farmer isporučuje trgovcu na veliko, pa sve do ostataka obojenih materija, konzervansa i ostalih sporednih produkata pakovanja kakvo zahteva moderno tržište. Treći činilac je povećanje mikotoksina; o tome vidi TAINSH, Ramsay A.: *Secondary mycotoxicosis*, 10 str., Nov. 22, 1973, CIDOC. Reč je o gljivičnim otrovima. Gljivice se obavezno razvijaju kada žitarice i uljano semenje veoma dugo leže na skladištu ili kada se transportuju kroz različita podneblja. Cetvrti činilac je porast kulturnog, genetskog i fiziološkog disparitetata između hrane proizvedene za potrošnju i potrošača.

Povećanje mikotoksina, treći maločas spomenut činilac, proučava naš saradnik Artur ALDAMA u CIDOC-u Kvernavaki. Ukoliko se njegove bojazni u pogledu zastupljenosti i količine mikotoksika pokazuju tačnim, ispostavice se da od nje čovečanstvu preti veća opasnost nego li od povećanja stepena radijacije.

Sekundarna mikotoksikoza je postala doista krupan problem tek kada su ljudi počeli da se ishranjuju preko svetskog tržišta. Manje od jednog procenta ukupne količine namirnica koje su stanovnici trošili, pristizalo je izvan njihovog atara. Tek će posle drugog svetskog rata većina ljudi postati zavisna od dobara prijavljenih izvan njihove okoline, i to u rastućem postotku u odnosu na ukupan utrošak hrane. Ta relativno nova situacija pokazuje da se glavnina artikala, a osobito žitarica koje čine osnovnu hrancu siromašnog sveta, dugo drži uskladištena i da se transportuje kroz više podneblja. Zbog takvih okolnosti postoji veća verovatnoća da će se hrana izložiti mnogostrukoj gljivičnoj zarazi. U sporama se razvijaju mikotoksični, koji se, posto se jednom obrazuju, ne mogu otkloniti nikakvim procesom prečišćavanja, te tako ulaze u životinjski i ljudski prehrambeni lanac. Na svetskom tržištu hrane vladaju takvi uslovi da se gotovo svakog časa može razviti nekakva nova vrsta gljivice. Teško je ući u trag subletalnim dozama mikotoksina. Kada bi to bilo izvodljivo, morala bi se staviti zabrana na korišćenje ogromnih količina hrane na savremenom tržištu. Mikotoksični su, verovatno, kumulativni otrovi koji prvenstveno ošteteju moždane ćelije i remete njihovu funkciju, da bi potom napali i ostale vitalne organe. Dokazana posledica sekundarne mikotoksikoze je smanjena sposobnost varenja, tako da lica koja pate od subletalnog gljivičnog trovanja unose u svoj organizam veće količine namirnica. Jedna od predviđivih posledica razvijeta mikotoksikoze jeste naglo opadanje stanovništva u svetu. Razložno je pretpostaviti da je to bio uzrok što su u doba neolita bez traga

možda može ubedljivo zvučati, pa ipak, otplate sa složenom interesnom stopom na proširenu proizvodnju danas izazivaju nevolje koje prevazilaze svako poimanje mere, odnosno cene. Čak ni otkupnina ne bi za to bila prikladan termin, jer umesto da otplaćivanja oslobađaju čoveka vuku ga u još dublje ropstvo.

Na izvesnoj tački institucionalne ekspanzije, i podstaknut težnjom ka perifernim dobrima, „homo economicus“ se preobražava u „homo religiosus“ zato što samog sebe prinosi na žrtvu industrijskoj ideologiji. Taj preobražaj nastaje kada se od članova jednog društva konstantno zahteva da plaćaju sve više cene industrijski definisanih potrepština i to uprkos dokazima da sa svakim artikлом kupuju veću patnju. Na toj tački društveno ponašanje počinje da se izjednačava sa ponašanjem narkomana. Očekivanja bivaju iracionalna i fantazmagorična. Količina patnje koju čovek samom sebi zadaje preteže nad štetom koju mu pričinjava priroda, kao i nad svim onim nepravdama koja mu nanosi sused. Hubris je motiv samouništavajućeg ponašanja ljudskih masa. Klasična Nemezis je kažnjavala čoveka za drsko prisvajanje božanskih povlastica. Industrijska Nemezis mu se sveti zbog poslušnog uljuljkivanja u takve snove koje ne ukreću ni tradicionalna mitologija, ni neko novo razumsko sa-moovladavanje.

Rat i glad, bolestine i prirodne katastrofe, razna mučenja i ludila ostaju čovekovi saputnici, ali ih je savremena Nemezis, nadvisivši ih, uobličila u jedan novi *Gestalt*. Naporedо sa ekspanzijom ekonomskog progresa u svakoj zajednici, jača i uloga industrijske Nemeze koja zadaje bol, ruši zdravlje, vrši diskriminaciju i prouzrokuje smrt. Ukoliko se čovek više oslanja na tehniku koja proizvodi zavisnost, utoliko raste stopa arčenja, degradacije i patogeneze, te se ovim pojavama moraju suprotstaviti još drugčije tehnike i pojačana radna dejstvenost da bi se rasklonilo đubre, nadoknadila pustošenja i lečili oni ljudi koje je progres učinio suvišnim. Disciplinovanim proučavanjem

nestajali mnogi narodi. Latinskoameričke planine prepune su velikih kulturnih središta koja su ljudi napuštali u roku od jedne generacije.

Nemeze moguće je doći do granice razumevanja razvitka onih aktivnosti čiji je zadatak odbrana od neželjenih sporednih produkata industrijski motivisanih vrednosti. To treba da bude ključno istraživačko polje za one kojima je stvarno stalo do zdravstvene nege, lečenja i pružanja utehe.

Medicinska Nemezis

Kralja Tantala bogovi su pozvali na Olimp da sa njima obeduje. On im je tada ukrao ambroziju, božanski napitak koji je bogovima obezbeđivao večan život. Kaznili su ga tako što su ga učinili besmrtnim, ali u Hadu. Osuđen je da pati od neutoljive gladi i žeđi. Kad god se sagne ka reci u kojoj stoji, voda mu uzmakne; i kad god posegne za voćkom iznad svoje glave, grane se povuku uvis van njegovog domašaja. Eto lozi bi zaključili da ga je Medicinska Nemezis programirala za prinudno kontraintuitivno ponašanje.

Žudnjom za ambrozijom danas je obuzet i običan smrtnik. Dve euforije, naučna i politička, udružile su se u propagiranje te sklonosti. Da bi joj dao potporu, ustrojen je izvestan tantalovski sveštenički kor koji posredstvom medicine nudi neograničeno poboljšavanje ljudskog zdravlja. Članovi ove gilde proglašavaju se učenicima Eskulapa, mada su u suštini obični torbari koji krčme ambroziju. Ishod te zavisnosti od ambrozije jeste Medicinska Nemezis.

Medicinska Nemezis označava više no sve kliničke jatrogeneze uzete zajedno, više no skupina rđave prakse, nemarnosti, profesionalne grubosti, politički nepravilne raspodele vrednosti, medicinski dijagnozirane nesposobnosti i svih loših posledica medicinskih opita i grešaka. Nemeza se svodi na eksproprijanje čovekove borbene sposobnosti preko službe za brigu o njegovom zdravlju, koja čoveka održava u napregnutom stanju da bi njime raspolagao industrijski sistem.

Kliničku jatrogenezu valja shvatiti kao zlo koje zahteva da se na optuženičku klupu postave lekari, farmaceuti, bolnice i društveni planeri. Moguće je, makar

delimično, društvenu jatogenezu pripisati ovladavaju privatnih interesa nad javnim interesima koji upravljaju zdravstvenim profesijama. Strukturalna jatogeneza ne zna ni za jednog optuženika koji se može pozvati na odgovornost. Ona se razmnožava zahvaljujući jednoj malignoj obmani o životu, a ispoljava se kada takva varka prožme određenu kulturu. Ona je simptom smrtonosne bolesti medicinske civilizacije. Bez obzira na to koliko se medicinsko-industrijski gigant svestrano kontrolisao, pa čak i kresao, neizvodljivo je takvim ograničavanjem ove moćne industrije obuzdati industrijsku nèmezu. Jedino se može dogoditi to da se društvena kontrola koju danas vrši medicina prebaci na neku drukčiju hegemoniju. Preokret bi se mogao ostvariti isključivo korenitom promenom sveukupnog rasta društvene stope na polju tržišnih roba i službi. Ali to ne znači da je medicinska profesija manje krucijalna meta za sprovođenje korenitog preustrojavanja: kada bi se u političkom smislu postigla saglasnost o mogućem drastičnom smanjenju medicinske industrije i kada bi se to učinilo u interesu boljeg zdravlja, tada bi bilo izvodljivo da se preduzme krušan korak u otkrivanju potreba za analognim prevratima na ostalim velikim industrijskim poljima. Ali kako je medicina sveta krava, njeno ubijanje bi imalo „vibraciono dejstvo“: tada bi ljudi sposobni da podnesu patnju i smrt bez posredstva враћeva i mistagoga bili slobodni da ustanu i protiv ostalih oblika eksproprijacije koju danas vrše nastavnici, inženjeri, pravnici, sveštenici i partijski funkcioneri.

Nemezis pod velom

Pogrešno se prepostavlja da je Industrijska Nemezis, danas rasprostranjena u raznovrsnim oblicima, oduvek bila sastavni deo ljudske subbine. Takva trivializacija nèmeze dovodi čoveka u stanje očajne nesposobnosti da uvidi njeno industrijsko poreklo i da traži njeno zbacivanje u okvirima negativnog razvoja industrijskog i menadžerskog sistema koji nas drži u svojim okovima.

Sva reagovanja na predstojeći krah i dalje uzimaju vid poboljšavanja nastavnih programa, povećavanja broja službi za održavanje zdravlja ili izgradnje efikasnih i manje zagadjujućih prenosnika energije. Rešavanje pitanja nèmeze još uvek se traži u poboljšanom ustrojavanju industrijskih sistema. Čoveku je poznat sindrom izazvan nèmezom, pa ipak on i dalje traga za njegovom etiologijom u tehnološki rđavom rešavanju problema koje je udruženo sa menadžerstvom na principu samoposluge, bilo pod kontrolom Vol Strita, bilo pod kontrolom stranke. Ni danas se ne shvata da nèmeza predstavlja materijalizaciju društvenog odgovora na san koji sanjaju pohlepnici, zavidljivci i lenjivci. Još uvek se ne uviđa da je nèmeza galamđijska obmana koju pothranjuje netehnička ritualna struktura naših velikih industrijskih institucija. Baš kao što su Galilejevi savremenici odbijali da kroz teleskop bace pogled na Jupiterove mesece jer su se plašili da će se njihov geocentrični pogled na svet uzdrmati, tako isto naši savremenici odbijaju da se susreće sa nèmezom, osećajući se nesposobnim da u središte svojih socijalno-političkih tvorevina, umesto industrijskog načina, stave autonomni način proizvodnje.

Od nasleđenog mita do postupka dostojnog poštovanja

Oduvek je među primitivnim narodima, kao i tokom pisane istorije, priznavana moć izvesne simboličke dimenzije; ljudi su sebe doživljavali kao bića kojima prete opasne, strahopoštovanja dostojne nadzemaljske sile. Ta dimenzija nije omeđivala vlast samo nekakvom kralju ili врачу nego i zanatliji i proizvođaču. I doista, Malinovski tvrdi da još nijedno društvo do našeg nije dopustilo da se bilo koje raspoloživo oruđe koristi do one svoje krajnje dejstvenosti. Sve do našeg vremena priznavanje takve neprikosnovene dimenzije bila je neophodna osnova svake etike.²⁵⁶

²⁵⁶ JONAS, Hans: *Technology and responsibility: reflections on the new task of ethics*, u „Social Research“, 1972, str. 31–54.

Posle nekoliko generacija zaborava pojam o kratko-večnosti prirode nanovo se uvlači u našu svest. Smatram da bi u ovom trenutku krize bila ozbiljna greška postaviti granice ljudskim akcijama na osnovu nekakve materializovane ekološke ideologije koja bi modernizovala mitsku svetost prirode. Jedino će se saganosću mnogih u pogledu postupka koji postindustrijskom čoveku može pravično garantovati autonomiju, doći do uočavanja neophodnih granica ljudskom delovanju.

U svetu u kojem tehnologija određuje norme, čovekova akcija se preobratila u nešto drugo no što je po svojoj prirodi bila. Pretpostavka da se ljudski čin vrši u okvirima ljudske uslovjenosti bila je zajednička svim etikama. Kako su razni etički sistemi, sve jedno da li prečutno ili eksplicitno, prepostavliali da je ljudska uslovjenost manje-više data jednom zauvek, obim ljudskog delovanja je bio usko omeđen. Priroda je, uglavnom, smatrana neranjivom: ukoliko bi se njenne granice prekoračile, osveta bi sustizala prekršitelja, ma bio on Ikar, Edip, Prometej, pa čak i Kserks. Oruđa koja su ljudskom rodu nekada podarili bogovi i koja su dejstvovala u skladu sa određenim kosmičkim ustrojstvom, jasno su bila razgraničena od ostalih vrsta naprava, kao što su krila koja je načinio Ikar ne bi li nadvisio mudrost takvog ustrojstva sila. „Techne“ — veština kojom je stvoren prototip oruđa — označavala je meru danka nuždi, a ne put koji je ljudski rod odabralo za ostvarivanje svoje akcije. I muškarci i žene upirali su pogled ka bogovima kojima su pripisivali svrhu, i na taj način uočavali celishodnost sopstvenog delanja onakvog kakvog su ga omeđile i osmisile nameru tog višeg reda stvari.

Nasuprot tome, u ovoj našoj industrijalizovanoj epohi nije nov jedino objekt već i sama priroda ljudskog delanja. Umesto da licem stanemo pred dejstvujuće bogove, mi se sučeljavamo sa slepim silama prirode, i umesto da se okrenemo ka dinamičnim granicama svemira koji, evo, počinjemo da upoznajemo, mi postupamo tako kao da se te granice nisu preobrazile u kritične pragove po ljudsko delovanje. U tradicio-

nalmu smislu, kategorički imperativ je uspevao da omeđi i učini pravovaljanom određenu akciju upravo stoga što je doista ljudska; neposredno propisujući granice čovekovim akcijama, on je zahtevao poštovanje slobode jednakе za sve. Posredno, kategorički imperativ je naznačivao granice akcijama određenim ljudskom uslovljenošću. Gubitkom izvesne normativne „ljudske sudbine“ ne samo što se jedna novina uvodi u ljudski čin već i u ljudski stav prema okviru u kojem pojedinač delja. Ukoliko je neophodno da ta akcija ostane ljudska, a budući da je njen okvir lišen obeležja svetosti, neophodna joj je izvesna priznata etička osnova u granicama jednog novog tipa imperativa. A taj imperativ je mogućno sažeti samo na sledeći način: „Postupaj tako da dejstvo tvoje akcije bude u skladu sa trajnošću nepatvorenog ljudskog života.“ U krajnje određenoj primeni ova formulacija bi značila: „Ne povećavaj stepen radijacije dok ne utvrđiš da li će se takav tvoj postupak osvetiti tvom unučetu.“ Takav imperativ je, očigledno, nemogućno formulisati sve dok se pod „nepatvorenim ljudskim životom“ podrazumeva jedan beskrajno elastičan koncept.

Da li je izvodljivo, bez obnavljanja kategorije nepričekanosti, dostići etiku koja bi jedina omogućila ljudskom rodu da prihvati vrhunsku disciplinu kakvu nameće taj novi imperativ? Ukoliko to nije izvodljivo, racionalizacija bi morala propratiti svaki čovekov rđav rad: „Zbog čega se stepen radijacije ne bi povisio? Naša unučad će i inače steći naviku na nju!“ Neki primjeri pokazuju da strah doprinosi očuvanju minimalne razboritosti, ali se to zbiva samo kada postoje izrazito iminentne posledice. Možda se retorta za odgajivanje živih bića neće sprovesti u život iz bojazni da je mafija već naredne godine ne iskoristi za svoje otimačine. Činjenica je da se jedino strahopoštovanje pred nepričekanom silom i pred njenim nepredvidljivim vetom dosad pokazalo nezavisnim od računica svetovnog ličnog interesa i jedino je ono pružalo utehu u slučaju nekih dalekih neizvesnih posledica; i najzad, mogućno je da se ono danas ponovo oživi s ciljem da nametne onaj imperativ koji kaže da pravi ljudski život zaslu-

žuje poštovanje, kako sada, tako i u budućnosti.²⁵⁷ U stvari, put pribegavanja nepriskosnovenom zaprečen je u ovoj današnjoj krizi. Traženjem utočišta u religiji mogli bi naći izlaz oni koji veruju, ali se na taj način ne može zasnovati etički imperativ, jer vere ima ili nema; ukoliko ona ne postoji, vernik ne može da okriviljuje nevernika. Najnoviji istorijski događaji su pokazali da su tabui tradicionalnih kultura irelevantni za savladavanje preterano ekstenzivne industrijske proizvodnje. Efikasnost tih tabua, u kranjem smislu, bila je povezana sa vrednostima jednog posebnog društva i sa njegovim oblikom proizvodnje; i upravo su takvi tabui nepovratno izgubljeni u procesu industrijalizacije. Zasnivati ograničavanje industrijskih društava na jednom opštem sistemu supstantivnih uverenja koja bi u život morala sprovoditi policijska sila u cilju zajedničkog dobra, nije nužno, verovatno je neizvodljivo i sva-kako je nepoželjno. Moguće je iznaći potrebnu osnovu za ljudsko etičko delovanje, a da čovek pri tom ne zavisi od zajedničkog priznavanja bilo kojeg danas posmodnog ekološkog dogmatizma. Takva alternativa neke nove ekološke religije ili ideologije zasnivala bi se na sporazumu o bazičnim vrednostima i proceduralnim pravilima.

Moguće je dokazati da se iznad izvesne tačke u ekspanziji industrijske proizvodnje na bilo kojem značajnom polju vrednosti, nužno gubi pravična raspodela marginalnih potrepština i da istovremeno nastaje opadanje sveukupne efikasnosti. Ukoliko se industrijski način proizvodnje proširi izvan određenog obima i nastavi da potiskuje autonomni oblik proizvodnje, povećavaće se lična patnja, dok će u društvu nastupiti raslojavanje. U međuvremenu, to jest od tačke optimalnog sadejstva između industrijske i autonomne proizvodnje do tačke maksimalne snošljive industrijske hegemonije, javlja se potreba za preduzimanjem političkih i zakonskih mera u cilju preinačenja industrijske

²⁵⁷ RAMSEY, Paul: *Fabricated man: the ethics of genetic control*, New Haven, Yale Univ. Press, 1970. Ima stvari koje činimo mada ih ne bi trebalo činiti. Neophodan uslov za čovekovo spasenje, da ga tehnologija ne bi potpuno srozala, jeste da prestane da čini takve stvari.

ekspanzije. Ukoliko se te mere sprovode u duhu pravećenog samointeresa i želje za opstankom, kao i uz pravičnu raspodelu društvenih proizvoda i pravičnu dostupnost društvenoj kontroli, iz takvog postupka svakako će se roditi svest o nosećoj sposobnosti sredine i o optimalnom međusobnom dopunjavanju industrijske i autonomne akcije koja je neophodna za uspešno ostvarivanje ličnih ciljeva. Političke mere upravljene ka ostvarivanju vrednosti opstanka u smislu distributivne i participacione pravičnosti, jedini je racionalan odgovor na rastuće i totalno menadžerstvo u senci ekološke ideologije.

Tako će povraćaj lične autonomije značiti ishod one političke akcije koja snaži izvesnu etičku budnost. Ljudi će zaželeti da ograniče saobraćaj, jer će hteti da se efikasnije, slobodnije i pravičnije kreću; ograničiće obrazovanje, jer će hteti da ravnopravno dele mogućnost, vreme i interesovanje za znanje, učeći u životu, a ne o životu; ljudi će ograničiti medicinske vrste lečenja zato što će hteti da sačuvaju priliku i svoju moć da se izleže. Uvideće da se samo disciplinovanim ograničavanjem sile može obezbediti pravično sudelovanje u zadovoljstvu.

Povraćaj autonomne akcije neće zavisiti od novih specifičnih ciljeva za koje se ljudi budu opredeljivali, no od toga kako će se koristiti zakonske i političke procedure koje će pojedincima i zajednicama omogućiti da razreše sukobe proistekle iz zastupanja različitih ciljeva. Bolje kretanje neće zavisiti ni od kakve nove vrste saobraćajnog sistema, već od uslova koji ličnu mobilnost pod ličnom kontrolom čine dragocenijom. Bolje mogućnosti za učenje neće zavisiti od bolje raspodele većeg broja podataka o svetu, već od ograničavanja proizvodnje na bazi intenzivnog ulaganja kapitala radi stvaranja zanimljivih radnih uslova. Bolja zdravstvena nega neće zavisiti ni od kakvog novog terapijskog standarda, već od stepena spremnosti i kompetencije pojedinca da se prihvati samonege. Povraćaj te moći zavisice od toga da li ćemo postati svesni svojih sadašnjih obmana.

Pravo na zdravlje

Na svim životnim poljima savremena industrijska ekspanzija ostavlja za sobom rastuće i nenadoknadive štete. U medicini se takve štete javljaju u vidu jatrogeneze. Jatrogeneza je klinička kad su bol, oboljenje i smrt posledice medicinske intervencije; jatrogeneza je društvena kad zdravstvena politika osnažuje industrijsku organizaciju koja narušava zdravlje; jatrogeneza je strukturalna kad ponašanje i obmane koje potvrhanjuje medicina suzbijaju vitalnu čovekovu autonomiju, podrivajući njegovu sposobnost da slobodno odraste, da se brine o sebi i o svom bližnjem i da stari; jatrogeneza je strukturalna i ona kada medicinska intervencija osakuće čovekova lična reagovanja na bol, invalidnost, oronulo zdravlje, agoniju i smrt.

Većina rešenja koja današnji društveni planeri i ekonomisti predlažu u cilju smanjenja jatrogeneze podrazumevaju dalje jačanje profesionalnih medicinskih kontrola. Iz tih takozvanih „medicinskih rešenja“ radiju se drugostepena jatrogena zla u svakoj od tri navedene kritične oblasti.

Najporaznija jatrogena dejstva medicinske tehnosstrukture ishod su njenih netehničkih funkcija, preko kojih ona podržava rastuću institucionalizaciju vrednosti. Tehničke i netehničke posledice institucionalne medicine sjedinjuju se da bi rodile jednu novu vrstu patnje: anestetizovano, impotentno i usamljeničko životarenje u svetu koji se preobratio u bolničko odeljenje. Medicinska nèmeza je iskustvo onih ljudi koji su, poglavito, lišeni svake autonomne sposobnosti da se uhvate ukoštač sa prirodnom susedom i snovima, i koji se posredstvom tehnike održavaju u okviru sredinskih, društvenih i simboličkih sistema. Nemogućno je izmjeriti medicinsku nèmezu, ali je svakako mogućno sudejovati u doživljavanju njenih posledica. Intenzitet kojim će je pojedinac iskusiti biće srazmeran njegovoj nezavisnosti, životnosti i povezanosti sa sebi bližnjima.

Percipirajući nèmezu čovek mora da izvrši izbor: ili će prirodne okvire ljudskog poduhvata ocenjivati, uočavati i prevoditi u politički determinisane limite,

ili će pak prihvati alternativu satiranja kao prinudni opstanak u planiranom i tehnološkom paklu. Donedavno taj izbor između politike dobrovoljnog siromaštva i sistemskog pakla društveni inženjer nije unosio u jezik naučnika ili političara. Naše sve veće iskustvo sa Medicinskom Nemezis daje nov značaj sledećoj alternativi: društvo mora ili da se opredeli za iste stroge granice u čijem okviru svi njegovi članovi nalaze garanciju za jednaku slobodu, ili da prihvati nezapamćene hijerarhijske kontrole.

Današnja javnost u više zemalja spremna je da revidira svoj sistem zdravstvene nege. Postoji ozbiljna opasnost da će predstojeća debata osnažiti sadašnju poražavajuću medikalizaciju života i time opet uzvisiti Nemezu.

Ta rasprava bi se još uvek mogla spasti ukoliko se pažnja usredsredi na Medicinsku Nemezis, ukoliko središnje pitanje postane obnavljanje lične odgovornosti za zdravstvenu negu i ukoliko osnovni cilj zakonodavstva bude ograničavanje profesionalnog monopolija. Umesto da limitira novčana sredstva namenjena medicinskim radnicima i institucijama koje ih zapošljavaju, takvo zakonodavstvo bi profesionalcima propisivalo medicinsku tehnologiju, sve dok se oni izumi i sredstva kojima bi bio u stanju i laik da barata, istinski ne nadu na raspolažanju svakom ko bude želeo da dođe do njih. Umesto da povećava broj specijalista pozvanih da neku od raznorodnih bolesničkih uloga određuju onim pojedincima koji su se, u stvari, razboleli zbog svog načina rada i života, novo zakonodavstvo bi ljudima garantovalo pravo da se povuku i organizuju jedan manje destruktivan oblik života u kojem bi imali veći uticaj na svoju sredinu. Umesto da ograničava pristup morfinističkim, opasnim i nekorisnim lekovima i tretmanima, takvo zakonodavstvo bi pun teret odgovornosti za njihovu upotrebu prebacilo na obolelog i njegovog najbližeg srodnika. Umesto da fizički i mentalni integritet građana potčinjava sve većem broju nadziratelja, takvo zakonodavstvo bi svakom čoviku priznавalo pravo da definiše sopstveno zdravlje — podređujući čoveka samo onim ograničenjima koja ga

obavezuju da uvažava prava svog suseda. Umesto da se oslanja na stručnu ekspertizu u cilju proveravanja onih vrednosti kojima će se pojedinac rukovoditi i da jača monopolističku silu specijalista i državnih institucija, novo zakonodavstvo bi za običnog čoveka predviđalo mogućnost da odabranim lekarima određuje posao u zdravstvu koje se finansira iz poreskih fondova. Umesto da se delatnost medicinskih radnika podvrgava stručnim nadzornim telima, novo zakonodavstvo bi nalašalo da ih ocenjuje zajednica kojoj oni služe. Takvim garancijama usmerenim protiv podrške koju medicina daje industrijskom sistemu sa negativnim posledicama po zdravlje, omogućilo bi se da čuvanje zdravlja postane vrlina.

Higijena kao vrlina

Pod zdravljem se podrazumeva izvestan adaptivan proces. Prilagođavanje ne proishodi iz nagona, nego iz autonomnog, ali i kulturom oblikovanog reagovanja na kreiranu društvenu stvarnost. Pod zdravljem se podrazumeva čovekova sposobnost da se prilagođava promenljivim sredinama, raščenju i starenju, lečenju kada mu se naruši zdravlje, patnji i smirenom očekivanju smrti. Zdravljje takođe obuhvata i budućnost, te samim tim uključuje i bol i unutrašnju snagu da se sa njim živi.²⁶⁸

Pod zdravljem se podrazumeva izvestan proces koji svakom pojedincu nameće odgovornost prema drugima, mada je ta odgovornost samo delimična. Biti odgovoran može imati dvojako značenje. Čovek je odgovoran za ono što je učinio i odgovoran je prema nekoj drugoj osobi ili grupi lica. Jedino kada se oseća subjektivno odgovornim ili obaveznim da položi račune nekom drugom licu, posledice njegovog neuspeha neće biti pokuda, kritika, osuda ili kazna, nego žaljenje, griža savesti i iskreno kajanje. Posledična stanja, odnosno tuga i potištenost, znaci su oporavljanja i izle-

²⁶⁸ BERGER, Peter: *The social construction of reality: a treatise on the sociology of knowledge*, N. Y., Doubleday, 1966.

čenja, i fenomenološki se potpuno razlikuju od osećanja krivice koja se obično opisuju u psihanalitičkoj literaturi. Zdravlje je dužnost, i kao takvo ne može se uporediti sa fiziološki uspostavljenom ravnotežom divljih životinja. Uspeh u tom ličnom zadatku velikim delom zavisi od samosvesti, samodiscipline i od unutrašnjih snaga pomoću kojih svaka jedinka upravlja svojim dnevnim ritmom, svojom aktivnošću, svojom ishranom i svojim seksom. U znanje o zdravlju spadaju i poželjne aktivnosti, kompetentno delanje, postupci kojima će se poboljšati zdravlje drugih — sve ono što se uči na primerima istogodišnjaka ili starijih. Kultura u kojoj odrasta pojedinac oblikuje i uslovljava te lične aktivnosti: stil rada i dokolice, svetkovanja i spavanja, proizvodnje i spravljanja hrane i pića, porodičnih odnosa i politike. Karakteristike dugo oprobavanih zdravstvenih obrazaca, kakvi pogoduju određenom geografskom položaju i tehničkoj situaciji, u velikoj meri zavise od političke autonomije dugoga trajanja, a zatim i od rasprostranjenosti odgovornog stava prema zdravim navikama i socijalno-biološkoj sredini. Odnosno, zavise od dinamične stabilnosti date kulture.

Tradicija nalaže da se kultura prvenstveno brine o zdravlju svojih pripadnika. Kako su kulture sebi postavljale i druge ciljeve, staranje o zdravlju je postalo povlastica odabranih. Izgradnja piramide, osvajanje Svetе zemlje ili iskrcavanje na Mesec, podjednako odvlače pažnju od zdravstvenosnažećeg integriteta određenog društvenog sistema. Potreba za specijalizovanom, profesionalnom zdravstvenom negom koja je prešla izvesnu tačku, može se shvatiti kao znak nezdravih društvenih ciljeva i tendencija. Kada identitet kulture i održavanja zdravlja podlegne datoj civilizaciji strukturalno orientisanoj prema neograničenom progresu, sâmo održavanje zdravljia sve više postaje pitanje vrline, što će reći svesno oblikovane navike. Biti zdrav, zadatak je prosvetlenog čoveka. Taj zadatak se, međutim, može preobratiti i u antisocijalnu aktivnost. Nezdravo društvo se oslanja na nezdrave ljude, ljude čiji opstanak, disciplinu i funkcionisanje garantuju svojim radom neophodne terapijske službe.

Nivo zdravlja izvesne zajednice odgovara stepenu na kojem su sredstva i odgovornost za savlađivanje bolesti raspoređeni među celokupnim stanovništvom. Tu borbenu sposobnost mogu osnažiti, ali je nikada ne mogu zameniti, medicinska intervencija vršena tokom ljudskog života, kao ni higijenska svojstva sredine. Društvo sposobno da profesionalnu intervenciju svede na najmanju meru, izgradiće najbolje zdravstvene uslove. Ukoliko pojedinac raspolaze većim potencijalom autonomnog prilagođavanja prema samom sebi, prema drugima i prema svojoj okolini, utoliko će rukovođenje spolja njegovim prilagođavanjem biti manje potrebno, odnosno manje podnošljivo.

Svet optimalnog i sveopštег zdravlja očigledno je svet minimalne i tek povremene medicinske intervencije. Zdravi ljudi žive u zdravim domovima i imaju zdravu ishranu; sredina u kojoj provode život jednako je podesna za rađanje, raščenje, rad, lečenje i umiranje. Takva sredina nalazi potporu u kulturi koja osnažuje njihov stav da svesno prihvataju ograničavanje naseљenosti, proces starenja, nepotpuno oporavljanje i večno blisku smrt. Zdravim ljudima je nepotrebno bilo kakvo birokratsko posredovanje da bi sklapali brakove, stvarali porod, delili ljudsku sudbinu i umirali.

Čovekova svesno doživljavana krhkost, individualnost i povezanost sa bliskim ljudima deluju tako da njegovo iskustvo bola, bolesti i smrti postane integralni deo njegovog života. Čovekova sposobnost da se samostalno bori sa ovim trima pojavama, fundamentalna je za njegovo zdravlje. Čim čovek počne da zavisi od nečijeg rukovođenja njegovim unutrašnjim bićem, čim se odrekne svoje autonomije, njegovo zdravlje se *mora* narušiti. Pravo čudo moderne medicine je dijabolično. Ono se ne svodi samo na to da se pojedinci održavaju u životu na nehumanu niskom stepenu ličnog zdravlja, nego i čitavi slojevi stanovništva. Činjenicu da zdravlje nužno opada sa povećavanjem delatnosti zdravstvenih službi jedino ne uviđaju zdravstveni menadžeri, i to doslovno stoga što su njihove strategije posledica njihovog slepila za neotuđivost života.

SADRŽAJ

Zvonko Simić: Predgovor	— — — — —	5
Prethodna napomena	— — — — —	15
Uvod	— — — — —	17

I DEO

KLINIČKA JATROGENEZA

1. EPIDEMIJA MODERNE MEDICINE	— —	21
Lekarska efikasnost	— — —	22
Uzaludno medicinsko lečenje	— — —	26
Povrede koje nanosi lekar	— — —	29
Bespomoći bolesnici	— — — — —	34

II DEO

SOCIJALNA JATROGENEZA

2. MEDIKALIZACIJA LJUDSKOG ŽIVOTA	41	
Zavisnost od zdravstva	— — — — —	46
Zavisnost od lekova	— — — — —	53
Medikalizacija ljudskog veka	— — —	57
Medikalizacija preventive	— — —	61
Medikalizacija nadanja	— — — — —	65
Pacijenti su u ogromnoj većini	— — —	71

3. MEDIKALIZACIJA KAO SPOREDAN PROIZVOD PREKOMERNO INDUSTRIJALIZOVANOG DRUŠTVA	— — — — —	77
4. JALOVE POLITIČKE PROTIVMERE	—	84
Potrošačka zaštita robova navike	— — — — —	84
Ravnopravnost u izlaganju krivdama	—	88
Društvena kontrola nad medicinskom mafijom	— — — — —	93
Pomoć iz poreskih fondova svim medicinskim sektama	— — — — —	96
Projektovanje plastične materice	— — — — —	100

III DEO

STRUKTURALNA JATROGENEZA

5. UNIŠTAVANJE MEDICINSKIH KULTURA	107	
6. UBIJANJE BOLA	— — — — —	114
7. PRONALAZAK I OTKLANJANJE BOLESTI	— — — — —	132
8. SMRĆU PROTIV SMRTI	— — — — —	147
Pobožna igra mrtvih	— — — — —	149
Dance macabre	— — — — —	152
Buržoaska smrt	— — — — —	161
Klinička smrt	— — — — —	166
Sindikati zahtevaju prirodnu smrt	— — — — —	168
Smrt pod intenzivnom negom	— — — — —	173

IV DEO

POLITIKA ZDRAVLJA

9. POVRAĆAJ ZDRAVLJA	— — — — —	183
Industrijalizovana Nemezis	— — — — —	184
Endemska Nemezis	— — — — —	185
Medicinska Nemezis	— — — — —	191
Nemezis pod velom	— — — — —	192
Od nasleđenog mita do postupka dostojnog poštovanja	— — — — —	193
Pravo na zdravlje	— — — — —	198
Higijena kao vrlina	— — — — —	200

BIBLIOTEKA ZODIJA

1. Karl Marks: BIROKRATIJA I JAVNOST
2. Seren Kjerkegor: OSVRT NA MOJE DELO
3. Salvador Dali: AUOBIOGRAFIJA
4. Ežen Jonesko: POZORIŠNO ISKUSTVO
5. Nikola Milošević: NEGATIVNI JUNAK
6. Iz Starog zaveta: ŽENA I LJUBAV
7. Rajt Mils: ZNANJE I MOĆ
8. Igor Stravinski: MOJE SHVATANJE MUZIKE
9. Etiambl: POZNAJEMO LI KINU
10. Žan Rostan: LJUBAV U ŽIVOTINJA
11. Bogdan Bogdanović: URBANISTIČKE MITOLOGEME
12. Iz Kur'ana časnog: SVETU CELOM OPOMENA
13. Moris Merlo-Ponti: OKO I DUH
14. Spiro Kulisić: NEOBICI OBIČAJI
15. Rober Eskarpi: OTVORENO PISMO BOGU
16. K. G. Jung: LAVIRINT U ČOVEKU
17. Đorđe Petrović: TEORETIČARI PROPORCIJA
18. Vatsjajana: KAMA SUTRA
19. Mao Ce Tung: KINESKA REVOLUCIJA
20. Andrija Krešić: KRITIKA KULTA LIČNOSTI
21. Danko Grlić: KO JE NICE
22. Pavle Jakšić: SAVREMENI RAT, I
23. Pavle Jakšić: SAVREMENI RAT, II
24. Konrad Lorenz: O AGRESIVNOSTI
25. Bronislav Malinovski: NAUČNA TEORIJA KULTURE
26. Zoran Gruščević: MIT, KNJIŽEVNOST I OTUĐENJE
27. Živojin Turinski: BOJE, VEZIVA, TEHNIKE SLIKANJA
28. Đuro Sušnjić: OTPORI KRITIČKOM MIŠLJENJU
29. Žorž Bataj: EROTIZAM SUZE EROSOVE
30. Sreten Petrović: ESTETIKA I IDEOLOGIJA
31. A. Alvarez: OKRUTNI BOG
32. Martin Hajdeger: UVOD U METAFIZIKU
33. Orel David: POTČINJENA MISAO

U pripremi:

ESTETIKA MODERNOG POZORIŠTA
(priredili D. Rnjak i R. Lazić)

Alister Hamilton: FAŠISTIČKE ILUZIJE

Cedomir Veljačić: TRAGOM BUDE

Oktavio Paz: LUK I LIRA

Martin Buber: JA I TI

Kuznjecov i Lebedev: PSIHOLOGIJA I PSIHOPATOLOGIJA USAMLJENOSTI



IZDANJE

VUK KARADŽIĆ, BEOGRAD, 1976.

Tiraž: 2000 primeraka

Prvo izdanje