

Kritika „kulta zdravlja“ iz hermeneutičko–etičkog motrišta

Iris Tićac*

Sažetak

Fenomenu zdravlja pristupa se iz dva nadopunjujuća motrišta: hermeneutičkog i etičkog, i to u dva koraka. U prvom, hermeneutička promišljanja slijede ideje i inspiracije Hans–Georg Gadamera kako su izložene u njegovu djelu O skrivenosti zdravlja, zbirci tekstova koja sadržava predavanja i članke u kojima se Gadamer posvećuje pitanju zdravlja, te Klaus Dörnera, renomiranog njemačkog socijalnog psihijatra koji preuzima Gadamerov govor o „skrivenosti zdravlja“, te ga dalje razvija i pokazuje kakvo je njegovo značenje u kliničkoj praksi. U drugom koraku, promišljaju se konsekvencije koje odatle proizlaze za politiku prevencije bolesti i promicanja zdravlja. Kritika se ne usmjerava na razboritu, nego „pretjeranu brigu“ oko zdravlja, koja često postaje „kult zdravlja“.

Ključne riječi: „skrivenost zdravlja“, bolest, Hans–Georg Gadamer, Klaus Dörner, prevencija bolesti, promocija zdravlja

Uvod

Zašto je danas potrebno jedno eminentno filozofijsko novo promišljanje zdravlja? Riječ je o jednom »preopterećenom pojmu« (Fröhlich, 2008, 25), što se vidi već iz činjenice da smo danas suočeni sa raširenim mentalitetom prema kojemu je najvažnije „biti zdrav“. O konjunkturi problema zdravlja svjedoče zahtjevi za zdravim životom, preventivni apeli „više učiniti za svoje zdravlje“. Dostatan je orijentacijski uvid u literaturu kako bi se vidjelo da su mnogi autori na to već ukazali. Govori se o »megatrendu zdravlja« (Kickbusch, 2006), o zdravlju kao »opsesiji« (Stross, 2005, 33–47), »fetišizaciji zdravlja« (Will, 1987), »religiji zdravlja« (Lütz, 2015, 73). U Sjedinjenim Američkim Državama stvoren je termin *healthism* (Kühn, 2013, 27–30) kojim se označava stav prema zdravlju kao najvišoj vrijednosti. Pritom ne postoji suglasnost oko toga što zapravo valja razumijeti pod zdravljem. Za zdravlje vrijedi ono što je Augustin rekao o vremenu. Čini se da svatko zna što je zdravlje sve dok ga se ne pita što je to. Zdravlje nam

* Prof. dr. sc. Iris Tićac, Sveučilište u Zadru, Odjel za filozofiju. Adresa: Obala kralja Petra Krešimira IV. br. 2, 23000 Zadar, Hrvatska. E–pošta: iticac@unizd.hr

se čini nečim samorazumljivim. No, pokušamo li pojasniti pitanje zdravlja tada »nitko zapravo ne zna što je zdravlje« (Lütz, 2015, 25). Sve nas to potiče da se iznova posvetimo starim pitanjima: Što uopće znači biti zdrav? Koji je smisao zdravlja? Što ono znači za čovjeka i kulturu? Središnje značenje koje je zdravlje zadobilo u našoj kulturi moguće je, prema Fritzu Simonu objasniti iz činjenice da je »zdravlje pojam kojemu ne odgovara nijedno konkretno razlikovno obilježje« (Simon, 1995, 187). Nije moguće »posve jednoznačno odrediti razliku između zdravlja i bolesti«, jer je riječ o pojmovima koji »opisuju životne fenomene« (Gadamer, 1993, 211).

Fenomenološki rečeno zdravlje je »nesvodljiva datost« (Seifert, 2002, 109). Iako zdravlje izmiče definiciji, to ne znači da o njemu ne možemo smisleno govoriti. Gadamer i Dörner nisu istaknuli samo ne-znanje o odgovoru na upit što je zdravlje, nego su u tome našli poticaj iznova misliti zdravlje i iznova postaviti pitanje o smislu zdravlja. Izbor autora nije slučajna. Obojica se zalažu za neredukcionistički pristup zdravlju.¹

Gadamer i Dörner pokazuju u svojim analizama da se zdravlje ne može razumjeti „samo u terminima medicinskih datosti“, nego i u terminima „biti u svijetu“, „biti–s–drugim“. Drugim riječima, pitanje o značenju zdravlja treba postaviti u širi kontekst pitanja o čitavom životnom svijetu čovjeka. Nakana je rada pokazati ne samo što ti autori sadržajno kažu o zdravlju, nego i kako misle zdravlje, odnosno ukazati na posebnu primjerenost fenomenološke i hermeneutičke metode za analizu i osvjetljavanje onih aspekata zdravlja koji nisu dostupni promatramo li zdravlje isključivo iz prirodoznanstvenog motrišta.

1. Hermeneutičko–etički pristup zdravlju: Hans–Georg Gadamer i Klaus Dörner

U hermeneutičkoj perspektivi najprije se nameće pitanje kako razumjeti zdravlje. Gadamer se odgovoru na to pitanje približava u više koraka, uzimajući kao polazište iskustvo. Gadamerovo polazišno pitanje glasi: »Što je zapravo zdravlje, to tajanstveno nešto, što svi poznamo, a ipak upravo gotovo ne poznajmo, jer je tako čudesno biti zdrav?« (Gadamer, 1993, 141). Dörner poziva da »zauzmemo fenomenološki stav«, sve apele i zahtjeve za zdravim životom zagradi-mo i postavimo pitanja: »Što je moje vlastito iskustvo u svakodnevnom životnom svijetu sa zdravljem? Kada i kako sam zdrav?« (Dörner, 2004, 11).

1 Kao primjer redukcionističkog pristupa pitanjima zdravlja i bolesti često se navodi „biostatistički model“ ili „biomedicinski model“ Christophera Boorsea. Prema njemu »zdravlje kao sloboda od bolesti jest statistička normalnost funkcije, to znači sposobnost izvoditi sve tipične fiziološke funkcije sa barem tipičnom učinkovitošću« (Boorse, 1997, 542). Tomu modelu prigovora se zanemarivanje subjektivnih i socijalnih aspekata zdravlja (Nordenfelt, 1993, 277–285). (Ovaj i sve ostale citate u članku koji su u izvorniku na stranom jeziku, prevela je autorica članka).

1.1. Zdravlje kao „skriveno dobro“

Prema Gadameru zdravlje spada u „čudo samozaborava“ (Gadamer, 1993, 126). Kao uvjet mogućnosti našeg oblikovanja života zdravlje ostaje skriveno, što znači da je ono »stanje u kojem čovjek zaboravlja da je zdrav«. U svakodnevnom životu ne moramo reflektirati o stanju zdravlja, ono nije u fokusu, nego je prisutno kao pozadina. Na fundamentalnu poteškoću koja leži u tematiziranju netematskog zdravlja ukazuje Martin Schnell kada ističe kako »ne postoji ništa neupadljivije u životu osim zdravlja«. Ta »neupadljivost ne znači puku neprimjetljivost, nego neshvatljivost, drugost« (Schnell, 2006, 344). Orijentirajući se prema Gadamerovu govoru o „skrivenosti zdravlja“, Schnell ističe kako je zdravlje »neodredljiva drugost koja u izvršenju egzistencije ima svoje tiho mjesto« (Schnell, 2006, 344).

Gadamer ističe kako se zdravlje, unatoč skrivenosti, manifestira na način „biti dobro“ i »još više u tome da smo odvažni, otvoreni za spoznaju, sebe zaboravljamo i pritom jedva osjećamo naprezanje i napore« (Gadamer, 1993, 143–144).

Ali što znači „biti-dobro“? Prema Gadameru to upravo znači »ne biti na to usmjeren, nego nezapriječeno otvoren i spreman za sve«. Tu pregnantno dolazi do izražaja da je kod Gadamera riječ o specifičnom iskustvu. Fascinirajuće zdravlja sastoji se prema Gadameru u tome da nam ono daje mogućnost »zaborava sebe“ i »pustiti drugo da u potpunosti bude tu« (Gadamer, 1993, 99). Drugim riječima, zdravlje je „samozaboravno predanje“ različitim izvršenjima života. Nastavljajući se na Gadamera, Dörner zastupa shvaćanje da »zdravlje postoji samo kao stanje«. Riječ je o stanju »u kojem svaki čovjek zaboravlja da je zdrav«, to znači, u Gadamerovoj terminologiji, o stanju „zaborava sebe“ i „predanju drugomu“. Zdravlje izmiče definiciji, ono ostaje skriveno. I ono skriveno jest dano, ali na način skrivenosti, ili Dörnerovim riječima, ono može samo kao »odsutno prisutno« biti tu (Dörner, 2004, 11).

U vezi s našom temom valja ukazati i na nužno pojmovno diferenciranje između „zdravlja“ i „biti-zdrav“. Oba autora pozornost usmjeravaju na „biti-zdrav“ kao pojavnu formu sebstva koja ukazuje na životni stil čovjeka, na »način egzistencije čovjeka«. Zdravlje je »biti-tu, biti u svijetu, biti-s-drugim, biti djelatno i radošću ispunjen vlastitim zadaćama života« (Gadamer, 1993, 144). Kada smo zdravi, budni smo, otvoreni, prijemčljivi za »‘drugo’ privatnih i društvenih izvršenja života« (Dörner, 2004, 13). Zdravlje nije moguće odrediti apstraktno, ne postoji „zdravlje po sebi“, nego je pitanje o zdravlju potrebno postaviti u širi kontekst životnog svijeta osobe. Sukladno tomu nameće nam se kao smisleno Dörnerovo pitanje »ne bi li trebalo biti upravo točno onoliko zdravlja koliko postoji ljudi« (Dörner, 2004, 12).

Zdravlje ostaje „nepoznanica“. Kako temu zdravlja učiniti dostupnom? Kako znamo da je zdravlje skriveno? Sučelice raširenom uvjerenju da je zdravlje moguće „proizvesti“, naši autori ističu da zdravlje ima karakter dara i tek »zagonetka bolesti svjedoči veliko čudo zdravlja, da svi živimo i da nam je svima uvijek iznova darovana sreća zaborava, sreća biti-dobro i lakoća življenja« (Gadamer, 1993, 115). Iako zdravlje nije moguće reducirati na odsustvo ili izostanak simptoma

bolesti, značenje zdravlja otvara nam se tek u odnosu na iskustvo bolesti. Pokušajmo, slijedeći Gadamera i Dörnera, istražiti kako nam se u iskustvu bolesti pokazuje „ono skriveno“.

1.2. *Iskustvo bolesti i „zagonetka zdravlja“*

Kao polazište Gadamer uzima iskustvo osobe koja je bolesna. Bolesan čovjek „iskustveno spoznaje svoju bolest u tome da mu nešto nedostaje“ (Gadamer, 1993, 74). S tim u vezi on se pita »nije li to posebna stvar da nam nedostatak nečega, o čemu ne znamo što jest, jamči čudesno postojanje zdravlja« (Gadamer, 1993, 99–100). Pitanje koje nam se postavlja, želimo li se približiti zagonetki zdravlja prema Gadameru, sljedeće je: »Što bolest govori bolesnoj osobi?« (Gadamer, 1993, 102). Gadamer tu govori o »uvidu u bolest«. Što znači »uvid u bolest«? Odgovor je različit, ovisno o tome je li riječ o liječničkoj znanosti ili samouvidu pacijenta. U prvom slučaju bolest znači »opisano stanje stvari«. Iz medicinske perspektive bolest je predmet medicinskog znanja i moći, ona se odvaja od osobe i postaje „predmetom“. U drugom slučaju, kao životni fenomen, uvid u bolest očito »nije primarno onaj utvrditi nalaz kojeg medicinska znanost deklarira kao bolest, nego iskustvo trpećeg s kojim se on, kao i sa svakom smetnjom pokušava obračunati« (Gadamer, 1993, 77). Na sličan način Dörner opisuje iskustvo osobe koja je bolesna: »Kada sam ozbiljno bolestan, gotovo je s mojim ‘predanjem’, nisam više izručen drugomu, nego bačen natrag k sebi, kod sebe samog, samoodnosan. [...] U svakom slučaju bolest je ta koja [...] mi onemogućava poslužiti se svojim zdravljem« (Dörner, 2004, 14). Bolest kao gubitak zdravlja za bolesnu osobu znači »vrstu isključenosti iz ‘života’« (Gadamer, 1993, 78). Ona pogada način na koji se ophodimo prema drugima, kako doživljavamo sebe, način na koji smo uključeni u socijalne odnose, u relevantne životne svjetove kao što su obitelj, susjedstvo, prijateljstvo, svijet rada. Stoga uvid u bolest predstavlja problem koji »pogada čitavu osobu, a ni u kojem slučaju slobodan čin inteligencije koja zauzima distancu spram sebe i obraća se opredmećujući sebi samoj i iskušanoj smetnji« (Gadamer, 1993, 78).

U tim Gadamerovim i Dörnerovim analizama otvara nam se razlikovanje između predmetnog i doživljajnog svijeta. Na to ukazuju i terminološke razlike. U engleskom jeziku terminom *disease* označava se bolest kao objektivan fenomen, i znači »loše fiziološko ili duševno funkcioniranje, prema statistički standardiziranim normama«, a terminom *illness* označava se »subjektivan osjećaj osobe« (Pessini, 2004, 47), odnosno »posebno subjektivno iskustvo«.

Mnogi autori ukazali su na probleme s kojima se suočava pokušaj određivanja objektivnog kriterija zdravlja, odnosno na neadekvatnost kriterija statističke normalnosti. Tu nas posebno zanima Gadamerova argumentacija. On otklanja kao »neprimjeren« pokušaj da se zdravlje mjeri prema statističkim vrijednostima. To ne znači da se »ne mogu utvrditi standardne vrijednosti za zdravlje. Ali kada bi se htjele nametnuti zdravomu čovjeku, učinile bi ga prije bolesnim« (Gadamer, 1993, 138). Gadamer poseže za izrazom »neprimjerenost« kako bi posvijestio da »primjene pravila temeljem mjernih vrijednosti nisu prirodne«,

nego se »služe konvencijom« (Gadamer, 1993, 138). Pored mjerenja koje se služi konvencijom postoji »naravna mjera koju stvari imaju u sebi samima«. Zdravlje se opire objektiviranju i ne može se mjeriti jer je ono »stanje nutarnje primjerenosti i suglasja sa samim sobom« (Gadamer, 1993, 138). Time naš autor ujedno ukazuje i na potrebu osvješćivanja granica objektiviranja, odnosno mjerenja. Naš autor zastupa koncept zdravlja kao „prirodne ravnoteže“. Bolest kao „gubitak ravnoteže“, ne znači samo »medicinsko–biološko stanje stvari, nego životnopovijestan i društveni proces« (Gadamer, 1993, 62). Sukladno tomu, Gadamer ističe kako se zadaća liječnika ne sastoji u tome „činiti zdravim“, nego u pružanju pomoći prirodi da uspostavi izgublenu ravnotežu. Slično Gadameru, i Dörner ističe kako se cilj tretmana koji služi zdravlju sastoji u ponovnoj uspostavi onog »stanja zaborava sebe« i predanja uobičajenim izvršenjima života koje je »pacijent znao uživati kao svoje zdravlje« (Dörner, 2001, 56).

No, složenija je situacija kod kroničnih bolesnika. Postavlja se pitanje što u takvim slučajevima znači zdravlje? Tu očito nije moguće govoriti o uspostavljanju „starog poretka“ u smislu »ponovo ‘biti zdrav’«. U prilog tomu Dörner navodi činjenicu da biološke datosti nakon oboljenja, primjerice imunosni sustav, nisu iste. Okrenemo li se od predmetnog svijeta biomedicinskih datosti prema subjektivnomu iskustvu osobe, njezinu doživljajnomu svijetu, tada se pokazuje da bolest, »doživljena kao oboljenje i sa strahom«, zahvaća i životnu povijest osobe, te vodi do toga da ni osoba sebe nakon bolesti ne doživljava kao istu (Dörner, 2001, 86). Što bi u tom slučaju trebalo značiti zdravlje? Za osobu oboljelu od kronične bolesti, zdravlje bi prije trebalo značiti »naučiti prihvatiti bolest, živjeti s bolešću koliko joj ona to dopušta« (Gadamer, 1993, 103).

Dörneru se, kao i Gadameru, nameće pitanje kako »ono što se otvara znanstvenomu pristupu, tehnički ovladivo«, koje osobu reducira na objekt, »integrirati u okvir koji je ‘primjeren’ subjektivitetu pacijenta« (Dörner, 2001, 36).

Kako bi se izbjegli mogući nesporazumi, valja naglasiti da tu nije riječ o kritici medicine. Kao što primjećuje Dörner, medicinu se nerijetko nepravedno kritizira u smislu »primjene medicinske tehnike kao ‘reparature tijela’, kao ‘medicinu bez duše’« (Dörner, 2001, 88). Gadamer i Dörner svoju pozornost usmjeravaju na medicinsku praksu. Gadamer je upozorio na opasnost da se znanstveno–medicinski legitimna »metodička redukcija« čovjeka na objekt medicinskog znanja i moći, kojoj medicina duguje mnoge svoje uspjehe, ne prenese nekritički na medicinsku praksu, odnosno umijeće liječenja. Dörner ističe kako »to ne znači da moderni biotehnički model suzbijanja bolesti treba nadomjestiti«, ali ga se mora integrirati u »biografski model praćenja« (Dörner, 2004, 77–78).

Ako se zdravlje ne može razumjeti samo u terminima biomedicinskih datosti, nego i u terminima „biti–u–svijetu“, „biti–s–drugim“, tada liječnik treba, pored znanstvene stručne kompetencije, razviti i umijeće razumijevanja. Medicinska praksa shvaćena je kao »posebna forma hermeneutike« (Svenaeus, 2005, 169–185).

1.3. *Medicinska praksa kao “forma hermeneutike”*

Koja je uloga umijeća razumijevanja, odnosno hermeneutike u liječničkoj praksi? U čemu se sastoji hermeneutička zadaća liječnika? Što ona zahtijeva od liječnika?

Kako bismo osvijetlili odgovore na te upite, najprije ćemo pozornost posvetiti Gadamerovoj raspravi naslovljenoj *Tretman i razgovor* (Gadamer, 1993, 159–175). Naš se autor posvetio analizi tih pojmova ne samo zato što oni »karakteriziraju iskustveno područje liječničkog umijeća«, nego i s nakanom da ukaže na koji je način izbor te teme povezan s njegovim promišljanjem „skrivenosti zdravlja“. Gadamer propituje riječ *tretman* na način da ponajprije ukazuje na podrijetlo riječi *palpatio*. Tretirati oboljelu osobu znači »*palpare*, odnosno rukom (palpa) oprezno i tankočutno dodirivati tijelo pacijenta kako bi se primijetile napetosti koje možda potvrđuju ili korigiraju pacijentovo subjektivno lokaliziranje boli« (Gadamer, 1993, 139). Dodir ruku predstavlja posebnu vrstu djelovanja. Kao što je svaki govor također djelovanje, tako i tu ne bi trebalo previdjeti „govor“ ruku. Dörner ukazuje na to kako su ruke liječnika »posredovatelji odnosa«. S jedne strane, one su »senzori za tjelesno i duševno stanje drugoga«, s druge strane, kao izraz stava liječnika, one »signaliziraju dotaknutost nevoljom drugog« (Dörner, 2001, 85).

Obojica autora ukazuju na to da riječ *tretman* uključuje mnogo više i upućuje na nešto što nadilazi liječničku situaciju. Nekoga ispravno tretirati znači »drugoga ispravno osloviti, ne vršiti nasilje, ništa mu ne nametati«, riječju »priznati ga u njegovoj drugosti« (Gadamer, 1993, 140).

Za Gadamera i Dörnera liječnički tretman predstavlja »meduljudski susret«. Ako se medicinska praksa interpretira kao susret pacijenta i liječnika, to pred liječnika postavlja zadaću u dijalogu s pacijentom pomoći pacijentu ponovo zadobiti onu »skrivenu harmoniju« u kojoj »u konačnici leži čudo rekonvalescencije i tajna zdravlja« (Gadamer, 1993, 148). U području medicinske prakse shvaćene kao »posebne forme hermeneutike«, razgovor (dijalog) nije puki uvod ili priprema tretmana, ni samo anamneza, nego, i sam »spada u tretman«, kako to ističe Gadamer. Kao personalan susret, susret »dvaju različitih stavova i životnih svjetova, liječnika i pacijenta — različitih horizonata razumijevanja« (Svaneaus, 2005, 175), razgovor zahtijeva »usmjerenost na osobu kao cjelinu«, on »ostaje postojani korektiv« objektivacije osobe, njezina reduciranja na biološke datosti i na »slučaj« (Zwierlein, 2007, 19). Budući da je odnos liječnika i pacijenta odnos asimetrije, zadaća je razgovora, prema Gadameru, doprinijeti „humanizaciji“ tog odnosa. Svaneaus vrednuje kao najvažniji Gadamerov uvid da »medicinska praksa nije primijenjena znanost, nego interpretacija kroz dijalog u službi pacijentova zdravlja« (Svaneaus, 2005, 178).

Budući da je oboljenje uvijek oboljenje konkretne pojedinačne osobe, kada se pred liječnika postavlja zadaća drugoga razumijeti, tada to razumijevanje ne uključuje samo razumijevanje bolesti, nego i osobe u njezinoj „individualnoj biografiji“. Budući da čovjek nije »samo prirodno biće, nego je također sebi i drugima tajanstveno tuđ, kao osoba, kao sučovjek« (Gadamer, 1993, 202), liječnik

je suočen s nerazumljivim. Gadamer uvijek iznova ističe potrebu osvještavanja »granica vlastitog razumijevanja«, no te granice nisu zapreka za razumijevanje, jer težnja za razumijevanjem uključuje otvorenost i priznanje nesvodljive drugosti drugoga. Upravo je neshvatljivost izazov za priznanje. Pojam priznanja tu ima dublje značenje, to je etičko držanje čovjeka (liječnika). S osloncem u fenomenologiji B. Waldenfelsa Dörner govori o pacijentu kao „strancu“, kako bi ukazao na neraspoloživost i neprevladivu drugost drugoga.

U okviru ovog rada nije nam moguće ući u dublje promišljanje odnosa hermeneutike i etike. Priklanjamo se onim autorima koji ističu kako se Gadamerova filozofska hermeneutika ne može razumijeti bez etike (Di Cesare, 2009). Gadamerova hermeneutika posvećuje pozornost etičkim temeljima dijaloškog odnosa što se »temelji na hermeneutičkoj svijesti da je egzistencijalno iskustvo neprevladivosti drugosti ontološka temeljna pretpostavka razumijevanja« (Lee, 2009, 6). Upravo se u tom pravcu kreće i Dörnerovo razmišljanje.

Dörner promišlja na koji način naći držanje koje je primjereno situaciji prvog susreta liječnika s pacijentom. S tim u vezi on ističe kako je potrebno kultivirati temeljno držanje liječnika na način da ono može izraziti liječnikovu intenciju kojoj nije primaran cilj »razumijeti drugog«, nego polazeći od drugog »oblikovati odnos na način da drugi bolje razumije sebe« (Dörner, 2001, 83). I za Gadamera »razgovor samo premješta drugog u mogućnost [...] probuditi svoju vlastitu nutarnju aktivnost koju liječnik naziva 'su-činjenje'« (Gadamer, 1993, 172). To pretpostavlja najprije priznanje neraspoloživosti drugoga. Tek potom moguće je »riskirati blizinu i drugoga štiti«. Takav stav i iskustvo pacijenta kao „stranca“ i „drugoga“ pokazuje da je praktična znanost medicine najprije »znanost odnosa, tek nakon toga znanost djelovanja i — u tim okvirima— također prirodna znanost« (Dörner, 2001, 63).

Primjereno liječničko držanje u odnosu liječnik–pacijent odvija se, prema Dörneru u tri dimenzije: relaciji subjekt–objekt, što odgovara klasičnomu paternalističkomu držanju, relaciji subjekt–subjekt, koju se obično označava kao „partnersku“, i relaciji objekt–subjekt koja »polazište ima u zahtjevu drugoga« (Dörner, 2001, 71–77). Iako Dörner priznaje da relaciju objekt–subjekt nijedan čovjek ne može trajno živjeti, ističe kako tek tim držanjem uspijeva »šutnja i nečinjenje«, što je pretpostavka mogućnosti primjerenog govora i djelovanja. Razumijevanje počinje slušanjem, šutnjom. To pretpostavlja »pasivnost [...] koja me postavlja u odgovornost, skrb za drugoga kojemu se izručujem« (Dörner, 2001, 81). Jedno od najzahtjevnijih umijeća liječnika sastoji se u spremnosti »staviti se u službu, [...] dati se korigirati od strane pacijenta, a ne postati mu podložan« (Dörner, 2004, 87).

Pod utjecajem Waldenfelsa, Dörner ističe kako u »odgovoru na zahtjeve drugoga« nije on kao liječnik »gospodar odgovora«, nego slijedi »responzivnu logiku, koja nije *ego-*, nije ni *dia-*, nego alterologična« (Dörner, 2001, 90). Kultiviranje takvog stava i odnosa ima pozitivan učinak na samog liječnika, jer ga oslobađa od zarobljenosti rutinom, štiti od formalizma i favoriziranja aktivizma.

Inspiriran Levinasovom etikom i medicinskom antropologijom Viktora von Weizsäckera, Dörner zahtijeva od liječnika temeljno držanje brige i djelovanje »polazeći od drugoga«, i to ne bilo kojeg drugoga, nego »zadnjega«. Ne želi li medicina biti »obrt, nego služenje«, ne želi li liječnik biti transformiran u »administrativnog službenika«, morao bi poći od zadnjega, a to znači »najslabijega« (Dörner, 2001, 97–107).

Na koji se način temeljno držanje u ophođenju sa zadnjim, najslabijim, drugim, konkretizira, ilustrirat ćemo na Dörnerovu promišljanju odnosa prema kroničnim bolesnicima. Kronični bolesnik »predstavlja granicu tehničkoj moći«, jer tu više nije riječ samo o dijagnostičko–terapeutskom suzbijanju akutne bolesti, nego o »umijeću cjeloživotnog praćenja«, što od liječnika zahtijeva da »kroničnomu bolesniku bude kronični liječnik« (Dörner, 2004, 88), a od medicine da bude više »ideografska, nego nomotetička« (Dörner, 2001, 112). Liječnik koji želi odgovoriti toj zadaći, ne može se osloniti jedino na prirodoznanstvene objektivirajuće nalaze. On treba svoju pozornost usmjeriti na osobu u cjelini, njezin doživljajni svijet, a ne samo na njezinu bolest. To zahtijeva od liječnika promjenu perspektive, pasivno i strpljivo samoograničenje na praćenje i slušanje, što je pretpostavka da pacijent pronade svoj put i pokuša ispričati svoju povijest iznova, a ne da bude izručen osamljenosti i »nutarnjemu monologu«.

Sve to govori u prilog da dijagnoze i tehnike, iako važne, nisu dostatne. Liječničko umijeće ukazuje na praktičke ciljeve koji se ne mogu postići jedino primjenom dijagnostičkih postupaka i tehnika. Dörner ističe kako njegova »trodimenzionalna shema« ni u kojem slučaju ne znači obezvrjeđivanje, nego upravo suprotno »služi opravdanju primjene medicinskih tehnika« (Dörner, 2001, 87). Jedan od najsnažnijih argumenata za utemeljenje etičke dužnosti liječnika stalnog usavršavanja svojih znanstvenih i tehničkih kompetencija ne sastoji se, prema Dörneru, u tome da on time povećava svoj uspjeh i svoju učinkovitost, nego u tome da mu tek optimiranje znanja, ovladavanje znanjem i tehnikama omogućava slobodu u odnosu na tehnike koje su mu potrebne, kako bi u konkretnoj situaciji našao »ispravnu odluku za ispravnu mjeru tehnike« (Dörner, 2001, 87). Unatoč znanstvenomu tehnolojskomu napretku, medicina zahtijeva praktičko znanje i odluku liječnika. Donijeti ispravan sud i praktičnu odluku o tome što je primjereno i dobro učiniti za konkretnu osobu u konkretnoj situaciji, umijeće je koje nije moguće naučiti, nego postupno razvijati u dugom procesu vlastitog praktičnog iskustva. Stoga Gadamer naglašava važnost rasudne moći, a *phronesis* kao »obilježje dobrog hermeneutičara« postavlja »u srce (medicinske) hermeneutike« (Svenaesus, 2005, 178). Time se ujedno posvješćuje da je etička dimenzija sastavnica medicinske prakse, a ne tek puki „dodatak“.

Orijentirajući se prema Gadamerovu i Dörnerovu poimanju zdravlja kao skrivenog dobra, želimo slijedeći Dörnerove smjernice ukazati na razloge koji otežavaju »samozaboravno predanje« različitim izvršenjima života, i propitati kakve to ima posljedice za programe prevencije bolesti i promicanja zdravlja. Kritika se ne usmjerava na programe prevencije kao takve, nego na »pretjeranu brigu oko zdravlja« koja »ponekad uvire u kult zdravlja« (Baltes, 2013, 11).

2. Smisao zdravlja kao „skrivenog dobra“ i implikacije za programe prevencije

Koje konsekvencije proizlaze iz naših razmišljanja za politiku prevencije zdravlja? Zašto je, prema Dörneru, u programima prevencije smisao zdravlja kao skrivenog dobra prije izgubljen?

Iako zdravlje izmiče definiciji i ne može se namjerno uspostaviti, to ne isključuje da ne možemo puno toga za nj učiniti. »U skrivenosti zdravlja« leži „tajna naše životnosti« (Gadamer, 1993, 146). U tom smislu mogli bismo reći da je zdravlje aktualizacija života. Budući da je zdravlje »neposredno povezano sa životom«, ne čudi čovjekova razborita briga za svoje zdravlje. No, danas nije moguće ne uočiti trend ka precjenjivanju i apsolutizaciji zdravlja. S tim u vezi Dörner govori o »slučaju zdravlje«, kojega, za razliku od zdravlja, možemo definirati. »Slučaj zdravlje« sastoji se prema Dörneru u tome da se »u sustavu medicine najradije još govori jedino o zdravlju, jedva o bolesti« (Dörner, 2004, 7). Kritizirajući komercijalizaciju medicinskog sustava, on primjećuje kako »čitav svijet rasprodaje zdravlje kao najviše dobro, kako bi se tom kamuflažom uspješnije sve ono zdravo u našim životnim svjetovima preobrazilo u bolesno i time potrebno tretmana« (Dörner, 2004, 7).

Zdravlje se promatra kao »makroekonomski čimbenik«, a kronični bolesnici predstavljeni su kao »rizik, nepodnošljivi trošak« za medicinski sustav (Dörner, 2004, 80). Kronični bolesnik sebe vidi izručenim »socijalno i moralno ničijoj zemlji«, što u njemu stvara osjećaj suvišnosti i suočava s upitom »nisam li postao preskup za pomoć koja mi se još nudi, smijem li uopće s obzirom na društveno idealiziranje neovisnosti biti ovisan, potrebit njege« (Dörner, 2001, 105). S tim u vezi nameće nam se pitanje ne leži li »bolest današnje kulture« u široko rasprostranjenom precjenjivanju kulta uspjeha, ljepote, mladosti, vitalnosti, zdravlja? Jesmo li oboljeli od »socijalno–moralne atrofije«?

Sučelice tomu Dörner zastupa tezu da se zdravlje kao javno dobro »uskraćuje isplativosti«. Zdravlje nije „stvar“ koju se može posjedovati, nije „konzumno dobro“, nego „javno dobro“. Analogno, bolesna osoba nije »konzument, korisnik, potrošač, kupac ili klijent, on je prije čovjek u nevolji, upravo pacijent, u pravilu pun straha, u jednoj iznimnoj situaciji, dakle manje sposoban za ugovor, a više potrebit povjerenja i odgovornosti« (Dörner, 2004, 50). Dörner formulira jednu vrstu kategoričkog imperativa prema kojemu bi se orijentiralo liječnikovo djelovanje u socijalnom prostoru: »Djeluj u svojem području odgovornosti tako da zalogom svih svojih resursa (osjetljivost, vrijeme, snaga, ljubav, pozornost) uvijek počinješ od zadnjega, tamo gdje se najmanje isplati« (Dörner, 2004, 52).

U *strategijama javnog zdravstva* među primarnim ciljevima nalazi se promocija zdravlja i prevencija bolesti. Prijedlozi preventivnih programa počivaju na pretpostavci da su oboljenja uvjetovana stilom života i bitno ovise o prehranbenim navikama i navikama kretanja. Promicanje zdravlja uključuje promicanje pravilne prehrane, tjelesne aktivnosti, suzbijanje pušenja, pretilosti. Nepravilna

prehrana, tjelesna neaktivnost, pušenje i, pretilost dijagnosticirani su kao glavni čimbenici rizika za zdravlje (NSRZ, 2012, 5–6).

Takve mjere nerijetko se pokazuju kao paradoksalne intervencije, što ilustrira Fritz Simon u svojoj knjizi *Druga strana zdravlja* na jednom tragičnom primjeru: »Dr. Fix [...] bio je inicijator nacionalnog sporta Jogging u SAD-u i kasnije svjetski poznat. Proklamirao je redovito treninge trčanja kao sredstvo protiv srčanog infarkta. Za vrijeme trčanja preminuo je od srčanog infarkta. Kao često citirani protuprimjer navodi se Churchill, koji je na upit o tajni njegove vitalnosti i njegova duga života odgovorio jednostavnom formulom: No sports!« (Simon, 1995, 188).

Kada Dörner izriče tvrdnju kako bi medicina bila više u službi zdravlja kada se ne bi ograničavala na puke kampanje za zdravu prehranu ili protiv alkohola i pušenja, tada to čini kako bi naglasio potrebu da se i u programima prevencije vodi računa o nužnoj »skrivenosti zdravlja«, što je moguće tek pod pretpostavkom da ti programi uključe životni svijet čovjeka.

Koji su to razlozi zbog kojih »čak i uspješan program prevencije, ne htijući, može trajno ugroziti zdravlje«? Kada i sama prevencija može postati »rizikom«?

U odgovoru na taj upit slijedit ćemo Dörnerovu argumentaciju. To se događa ako je »rezultat hipohondrijska pretjerana pozornost na sebstvo« (Dörner, 2004, 16), a ne »zaborav sebe“ i „predanje drugomu“. Jedan »permanentno zdravlja svjestan život« bio bi, prema Dörneru, »mrtav život“ jer ne bi bio spojiv sa »zaboravom sebe i predanjem drugomu«. (Dörner, 2004, 13)

Pretjerana usredotočenost na zdravlje i njegovo održanje reducira čovjeka kao osobu na *homo preventicus* i rezultira zanemarivanjem drugih dimenzija ljudskog bivstvovanja, tako da »zaborav sebe u predanju drugomu«, što čini vitalno zdravlje, »jedva još možemo živjeti« (Dörner, 2002, 450).

U tom smislu valja razumjeti i Dörnerovo uvjerenje kako u preventivnim apelima »učiniti više za svoje zdravlje« ne pomaže instrumentalizacija sporta, jer baviti se ustrajno sportom moguće je pod pretpostavkom da ga se voli i eventualno zajedno s tim usputno uzima i njegovo značenje za zdravlje. Time Dörner pozornost usmjerava na „biti-zdrav“ kao pojavnu formu sebstva koja ukazuje na životni stil čovjeka. Drugim riječima, naš autor želi naglasiti da »samo one djelatnosti ili načini ponašanja uistinu služe zdravlju koji su trajno integrirani u svakodnevnicu i nesvjesno suživljeni« (Dörner, 2004, 43).

Čak i dobar program prevencije može ugroziti zdravlje ako se polazi od pretpostavke da je »zdravlje moguće racionalno planirati«. Postoji rašireno uvjerenje da se »vrijednostima koje su znanstveno posve korektne može postaviti opće važeći plan zdravlja« (Dörner, 2004, 12). Sučelice tomu valja s Dörnerom naglasiti kako »za svakog čovjeka postoji samo njemu primjereni stil života, tako da kada on svoje ponašanje prilagodava znanstvenomu poopćavanju, iz toga proizlazi suprotnost zdravlju. Ono što statistički vrijedi za sve, ne da se primijeniti na pojedinog čovjeka bez međustupnjeva« (Dörner, 2004, 12–13).

S tim u vezi Dörner opominje kako se pritom ne smije previdjeti da programe prevencije nije moguće »propisati«, jer »zdravlje nije produkt«, ne može se »pro-

izvesti“, ne da se iznuditi, ono izmiče našem raspolaganju. I Gadamer uvijek iznova ukazuje na to da zdravlje posjeduje dimenzije koje se opiru ovladavanju. Prema njemu, smisljeno je još reći »kako se ovladalo određenim bolestima«, ali »svakako nema smisla kaže li se kako se ovladalo zdravljem. [...] Tajna zdravlja ‘pri’ kojemu jesmo za nas upravo nije predmet« (Gadamer, 1997, 22–23), nego »ostaje skrivena«.

Nerijetko se uz programe prevencije veže uvjerenje kako će se time pomoći ljudima da žive duže, zdravije i sretnije. Bez daljnjeg problematiziranja prihvaća se poistovjećivanje pitanja o zdravlju s pitanjem o sreći i uspjelom životu. Doživljajni svijet čovjeka, njegovo ophođenje s tugom i, strahom, interpretira se kao faktor rizika. Dörner zastupa tezu da se »ne može imati zdravlje bez boli« (Dörner, 2004, 23). Suvremena medicina raspolaže sve boljim sredstvima za ublažavanje boli, a istovremeno se smanjuje otpornost čovjeka i na najmanji intenzitet boli. Jednako vrijedi za ophođenje sa smetnjama spavanja, strahom, smetnjama pozornosti i dr. Dörner, referirajući se na Pascal Brucknera (Bruckner, 1997, 162–165) ukazuje kako na razloge tako i na posljedice jedne posvemašnje medikalizacije života: »Što manje riskiramo biti izvan sebe, drugima se predati i u tome trpjeti, to više osjećamo da trpimo u sebi, ‘odakle sklonost, da suočeni s teškoćama posegnemo za lijekovima i svaku neugodnost isključimo pomoću tableta’« (Dörner, 2001, 287).

Sučelice tomu, Dörner zastupa tezu prema kojoj »naš uspješan život treba opterećenje«. Teza se ponajprije odnosi na to da se ono »‘lako’, ‘usrećujuće’, što (etimologijski) odzvanja u ‘uspješnom’ i što želimo za naš život, ne može ‘čisto’ postići, nego samo uživati, ako se nalazi u polju napetosti s ‘teškim’« (Dörner, 2004, 125). Drugim riječima, potrebna je ravnoteža između uživanja i predanosti, jer u protivnom »samouživanje postaje čista samoodnosnost, a time i stanje bolesti« (Dörner, 2004, 137). Inspiriran Gadamerovim govorom o »skrivenosti zdravlja« i Matthias Möhring–Hesse nužni uvjet zdravlja vidi u tome da se zdravlje uživa u »modusu zaborava« i da mu se kao intendiranomu dobru ne teži opsesivno (Möhring–Hesse, 2007, 155). Zdravlje jest „dobro“ osobe, ali nije najviše dobro. Ono pretpostavlja predanje dobrima koje transcendiraju zdravlje, kao što su spoznaja, prijateljstvo, ljubav (Seifert, 2002, 138).

Nije teško zamijetiti da danas dominira ideal zdravlja koji se orijentira prema standardima mladog, vitalnijeg čovjeka, tako da je »većina ljudi bolesna«, ili Dörnerovim riječima »život se procesualizira kao vitaliziranje bez kraja, pri čemu se samo jedno izbjegava: da se čovjek u određenom vremenskom trenutku jednostavno smatra zdravim« (Dörner, 2004, 43).

»Samozaboravno predanje drugomu« otežava i sklonost ljudi ne samo ka optimiranju zdravlja, nego i uvjerenje o mogućnosti beskonačne maksimizacije zdravlja. S tim u vezi nameće nam se pitanje može li i težnja za zdravljem biti „bolesna“?

Zahvaljujući razvoju biotehnologije i njezinim mogućnostima, javlja se težnja za nekom vrstom „drugog zdravlja“, ili *antropotehničkog zdravlja* (Lanzerath, 2002, 319–336). Umjesto o liječenju, riječ je o perfekcioniranju ljudske prirode.

Pod krilaticom *human enhancement* raspravljaju se medicinske intervencije koje se ne odnose na terapiju bolesti, nego na poboljšanje, osnaživanje, optimiranje tjelesne i mentalne konstitucije. Sučelice tomu, Gadamer i Dörner suglasni su u tome da sposobnost »prihvatiti ograničenja«, sposobnost moći nositi i podnositi teret, prihvatiti život s kroničnom bolesti, i u konačnici prihvatiti kontigentnost ljudske egzistencije i smrt, spada u „zdravi pojam“ zdravlja.

Sve rečeno ukazuje na to kako je potrebno uvijek iznova orijentirati se prema Gadamerovu poimanju zdravlja, prema kojemu biti-zdrav nije sačinjivo, nego »samozaboravno predanje« različitim izvršenjima života i izmiče u onoj mjeri u kojoj se ljudi pretjerano rasterećuju od napora i brige za druge. Dörnerova se misao može tumačiti kao pledoaje za društvo služenja. On u »savezu građana i liječnika, socijalnog društva i medicinskog sustava« vidi put izlaska iz »slučaja zdravlje« i time put ka očuvanju zdravlja kao »samozaboravnog predanja drugomu«.

Literatura:

- Baltes, Dominik (2013). *Heillos gesund? Gesundheit und Krankheit im Diskurs von Humanwissenschaften, Philosophie und Theologie*. Freiburg: Verlag Herder.
- Boorse, Christopher (1997). Health as theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–573.
- Bruckner, Pascal (1997). *Ich leide, also bin ich — die Krankheit der Moderne. Eine Streitschrift*. Berlin: Aufbau Taschenbuch Verlag
- Di Cesare, Donatella (2009). *Gadamer: Ein philosophisches Porträt*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Dörner, Klaus (2001). *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft.
- Dörner, Klaus (2002). Gesundheitssystem: In der Fortschrittsfalle. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (10), 449–453. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=33941>
- Dörner, Klaus (2004). *Das Gesundheitsdilemma: Woran unsere Medizin krankt: Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*. Berlin: Ullstein Verlag
- Fröhlich, Günter (2008). Kritik der Gesundheit: Philosophische Überlegungen zu einem überstrapazierten Begriff. U: Thorsten Kingreen i Laux Bernhard (ur.), *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs* (str. 25–43). Berlin — Heidelberg: Springer Verlag.
- Gadamer, Hans-Georg (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Gadamer, Hans-Georg (1997). *Nasljede Europe*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kühn Hagen (1993). *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U. S. A.* Berlin: Edition Sigma.
- Janzerath, Dirk (2002). Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisation der Lebenswelt? — Ein Werkstattbericht. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 7, 319–336.

- Lee, Kyeong–Bae (2009). *Anerkennung durch Dialog: Zur ethischen Grundlage des Verstehens in Gadamer's Hermeneuthik*. Kassel: Kassel University Press.
- Lütz, Manfred (2015). *Užitak života: Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa*. Split: Verbum.
- Möhring–Hesse, Matthias (2007). Gesollte Unverantwortlichkeit: Einige Erkundungen zum altemeinem Gut Gesundheit. U: Hans Richard Reuter i Torsten Meireis (ur.), *Das Gute und die Güter: Studien zur Güterethik* (str. 129–159). Berlin: LIT Verlag.
- Nordenfelt, Lennart (1993). Concepts of health and their Consequences for health care. *Theoretical Medicine*, 14 (4), 277–285.
- NSRZ = Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. –2020. *Narodne novine*, 116/2012, 22. 10. 2012.
- Pessini, Leo (2004). *Distanzija: Do kada proizužavati život?* Rijeka: Adamić — Medicinski fakultet Rijeka.
- Seifert, Josef (2002). What is Human Health? Towards Understanding its Personalist Dimensions. U: Paulina Taboada, Kateryna Fedoryka Cuddeback i Patricia Donohue–White (ur.), *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health* (str. 109–143). Dordrecht — Boston — London: Kluwer Academic Publishers.
- Simon, B. Fritz (1995). *Die andere Seite der “Gesundheit”: Ansätze einer systemischen Krankheits— und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl–Auer–Systeme Verlag.
- Schnell, Martin W. (2004). Ärztliche Ethik — Against Interpretation? Zum Verhältnis von Hermeneutik und Ethik. U: Hans Friesen i Karsten Beer (ur.), *Angewandte Ethik im Spannungsfeld von Begründung und Anwendung* (str. 327–342). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schnell, Martin W. (2006). Die Unfasslichkeit der Gesundheit. *Pflege&Gesellschaft*, 11 (4), 344–350.
- Svenaesus, Fredrik (2005). Gadamerian Hermeneutics of Medicine: A Phenomenology of Health and Illness. U: Andrzej Wiercinski (ur.), *Between Description and Interpretation: The Hermeneutic Turn in Phenomenology* (str. 169–185). Toronto: Hermeneutic Press.
- Svenaesus, Fredrik (2003). Hermeneutics of Medicine in the Wake of Gadamer: The Issue of Phronesis. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24 (5), 407–431.
- Will, Herbert (1987). Fetisch Gesundheit. *Kursbuch*, 88, 7–22.
- Zwierlein, Eduard (2007). *Medizinische Ethik*. Würzburg: Königshausen&Neumann.

A Critique of the Health „Cult“ from the Hermeneutical–Ethical Perspective

Iris Tićac*

Summary

*The purpose of this paper is to examine the phenomenon of health from two complementary vantage points: hermeneutics and ethics. The hermeneutic analysis pursues the ideas of Hans–Georg Gadamer, especially as presented in his work, *The Enigma of Health*, and also of Klaus Dörner, the renowned German social psychiatrist who appropriated Gadamer’s rhetoric on the “enigma of health”, further developing it so as to demonstrate its significance in clinical practice and its implications in preventive health programs. Gadamer and Dörner each in his own way contributed to the demystification of the utopian concept of health. Contrary to the tendency to absolutise health, which reduces its value, both authors argue for the “enigmatic nature” of health and raise awareness of the fact that being healthy is not “makeable”, but rather involves the capacity for “self-effacing surrender” in regard to various tasks in life. It eludes one to the extent to which one distances oneself excessively from investing an effort on behalf of and in caring for others. Both authors demonstrate that the meaning of health should be seen in the broader context of the issue of the whole living world. The phenomenological and hermeneutical methods prove to be particularly appropriate for this analysis and the illumination of those aspects of health which are not possible when health is seen exclusively from the perspective of the natural sciences. Both authors indicate that health evades us, even develops into its opposite, when upheld as the highest of social values and when equated with happiness in the sense of fulfillment in life. A discussion on health and illness is at the same time a discussion on self-understanding and the meaning of being human.*

Key words: “enigma of health”, illness, H. –G. Gadamer, K. Dörner, disease prevention, promotion of health

* Iris Tićac, Ph.D., Full Professor, University of Zadar, Philosophy Department. Address: Obala kralja Petra Krešimira IV. br. 2, 23000 Zadar, Croatia. E-mail: iticac@unizd.h