

Академик проф.
др Владета Јеротић

Богословски факултет, Београд

Етика у медицини

Спас света зависи само од индивидуе чији је она свет. Свака индивидуа мора тако да постоји као да читава будућност света и самог човечанства зависи од ње. Све друго је избегавање одговорности и дехуманизирајућа сила, јер све друго ојачава појединца у његовој представи да је само појава у некој драми коју је написала анонимна моћ.

Joseph Weizenbaum

на отварању једног научног конгреса 1975. године

Питање порекла етике, да ли је оно друштвено или метафизичко, старо је питање које је мучило човека кроз векове, а ни до данас није одлучно решено. Не помажу нам довољно ни исти симболи, присутни у митологији свих култура, који указују на везу између суштине живота и вредности врлине. Амерички психолог *Хоган* пише да је моралност природни феномен, резултат и биолошке и културне еволуције, да се њоме доводи у ред друштвено понашање, мада је јасно да су њене основе „ирационалне“, и додаје да је моралност „адаптивна реакција“ на притиске еволуције, нека врста „методологије“, и да разумевање моралног понашања зависи од познавања човекове биолошке и психолошке природе.

Студије америчког психолога *Лоренса Колберга*, истраживача људске моралности, показују да се у различитим културама могу наћи исти облици „моралног мишљења“. Избор зреле јединке почива на „логичној универзалности и конзистенцији“, каже Колберг, што би требало да значи да су појмови о добром „културне универзалије“. Насупрот субјективизму и етичком релативизму натуралистичке етике, која све етичке феномене своди на емоционална стања, *Колбер* и остали психолози хуманости, моралност траже у целокупној хуманој природи,

а то није пролазно стање нити навика која се може условити.

Да бих унео више разумевања у често збуњујуће не-разликовање морала и етике, послужићу се дефиницијама које је предложио савремени француски филозоф *Алгре-Конт Спонтвил*. Морал је „нормативан и императиван разговор који проистиче из супротности Добра и Зла, посматраних као апсолутне и трансцендентне вредности: то је целина наших дужности. Морал одговара на питање: Шта треба да чиним? Тежи врлини и врхунац му је светост“. Етика је по Спонтвилу „сваки нормативан, не и императиван разговор који проистиче из супротности добар и лош, узетих као релативне вредности. Етика одговара на питање: Како живети? Тежи срећи и врхунац јој је у мудрости“.

При свему, није престало да нас мучи питање да ли је моралност стечена учењем или је наслеђена, односно у каквом су динамичном односу ове две врсте моралности. Ближе нам је схватање нерелативистичког тумачења моралности, по коме дете доноси собом на свет неке „хумане основе“, из којих се, уз подршку родитеља, васпитача и шире средине, помоћу природних процеса „сазревања, трансформације, проширења ега“, *К. Г. Јунг* би рекао

„индивидуационог процеса“, могу остварити врлине и вредности.

Овај теоријски увод о моралности човека, биће нам користан у прилажењу практичним проблемима етичке одговорности лекара у раду с различитим пацијентима са којима је свакодневно у додиру. Један од првих етичких принципа у медицини је да је лекар-терапеут спреман да слуша. У активној концентрацији слушања, као и будног посматрања пацијента, природно је присутно одрицање. Одрицањем од сопственог причања, својих физичких тегоба и психичких криза, терапеут постиже саосећавање у патње другог човека и у разумевање његове конфликтне ситуације.

Две су чињенице од којих морамо да пођемо у нашу расправу о одговорности лекара у односу на његовог пацијента: неједнакост односа и општепозната сугестибилност човека. У нормалним и зрелим људским односима један субјект стоји према другом субјекту у приближно равноправном положају. Да наши међусобни односи ипак нису равноправни, сви то добро знамо*.

Нешто од наше анимистичке, а и анималне прошлости, која инстинктивно мери и одмерава снагу или слабости другог, још увек преовлађује у међусобним људским односима у цивилизацијама и културама најразличитијег степња. Људи најчешће или стрепе од јачег, или се намећу слабијем. Сенка није препозната, рекао би Јунг, феномен пројекције је доминантан. Друга чињеница позната из свакодневног искуства општења са људима, као и из изучавања психологије као науке, јесте силна моћ сугестије и ауто-сугестије у човека, често непотребно пејоративно оцењивана. Јунг је сугестибилност дефинисао као способност (могућност) да се прими и стави у дејство нека идеја „интонирана осећањима“. Сваки човек просечне интелигенције и релативно психички здрав, подложен је сугестији. У стањима физичког и психичког умора, уочи спавања, под утицајем лекова, сугестибилност се појачава.

Ако, дакле, као лекари имамо стално у виду феномен сугестије и сугестибилности, као општељудски феномен, изражен у појачаној мери код наших пацијената, као и феномен неједнакости између људи, такође у појачаној мери манифестован у односу терапеут-пацијент, проблем етичке одговорности лекара поставља се у свој тежини и озбиљности.

На етички став лекара директно утичу следећи ставови, који делимично одговарају конституционалним типовима лекара: анксиозно-несигуран, емотивно-болећив, интелектуално-објективан (тип *hyūalnice*), агресивно-сатистички и ауторитативно-омнипотентни тип терапеута. Два последња типа терапеута нарочито озбиљно угрожавају етичку одговорност лекара у односу на пацијента.

Ма на који начин размишљали о етици у медицини, није могуће избећи суштинско питање одговорности. Али шта је уопште одговорност, да ли смо тако сигурни да је можемо брзо и лако дефинисати. Димитрије Миловановић у књизи „Етика у медицини кроз векове“ сматра

* Николај Берђајев сматра да је неједнакост услов за развитај културе, ово је за њега, аксиом.

да је одговорно оно лице које може да се конфронтира са реалношћу, које не тражи изговоре, не одаје се инфантилним жељама и потребама, успева да испуни своје обавезе и задатке онако како одрасла лица то треба да чине у складу са прописима, друштвеним нормама и правилима понашања људи заједнице“. Сложио бих се са оваквим одређењем појма одговорности, уз упозорење да је дан овакав профил одговорног лица (у нашем случају лекара) захтева знатно већу меру тзв. *психолошке зрелости*.

Како данас изгледа стање етичке одговорности у медицини, код нас и у свету? На измаку патријархалног доба, које је трајало више хиљада година у историји човечанства, а које немамо разлога да прецењујемо, још мање да потцењујемо, јер је хришћански Крст са својом водоравном и хоризонталном страном релативно успешно уравниотежавао биолошку људску природу са његовом духовном саставницом, налазимо се данас у тзв. прелазном периоду који води свет од патријархата према непознатом. Пошто су основне вредности хришћанског патријархата, у које треба унети: веру у Бога и у бесмртност душе, морално и етичко владање у породици и у друштву, свест о архетипској важности греха, кривице и кајања, дубоко уздрмане – о њима се мало или нимало не пише и у озбиљним часописима и књигама, психолошке, социолошке, политиколошке, чак и теолошке природе – није могуће очекивати у овоме, вероватно временски веома дугом периоду транзиције, ни од људи разних занимања друкчије понашање које није далеко од оног испољавања нашег несвесног живота које је Сигмунд Фројд назвао аморалним и асоцијалним. Да ли такво жалосно владање у друштвеној и државној заједници једног народа мора да важи и за лекара? Увек се изнова сећајући незаборавне и непролазне Хипократове заклетве за лекаре, енергично се противимо свакој релативизацији морала и етике у свакодневном животу и свакодневној пракси лекара.

Само ћемо успут, сада, моћи да додирнемо нека практична питања лекарске праксе која су у директној вези с питањем етичке одговорности лекара. Желео бих најпре, у најкраћим цртама, да као психијатар и психотерапеут подстакнем лекаре опште медицине да се више баве психосоматском медицином, чији је напредак у другој половини 20. века видан, а још бољи развој се предвиђа и у 21. веку. Да нека физичка болест утиче на душевно стање човека, знао је свако из сопственог искуства, али да наша душевна нездрава стања која трају месецима и годинама – реч је нарочито о непознатим конфликтима у којима емотивна стања дуготрајног страха, беса, мржње, очајања, стварају нездраво душевно стање – могу да утичу пресудно на појаву физичке болести, све од грипа до рака, драгоцено је искуство савремене психосоматске медицине. Убедљиви су резултати у психонендокриноимунологији која пружа све више доказа у прилог тзв. *холистичке медицине*, која заступа гледиште о јединственом функционисању нашег целокупног душевно-духовног и телесног живота.

Човек данашњице све је више, скоро бих рекао принуђен да се одлучи како ће схватити болест, нарочито те-

шку, која га је обузela. Да ли је та његова болест бесмислица и апсурд, или је можда опомена, изазов, одлучно питање **смисла живота**. На питање о смислу или апсурду сваке болести, односно смислу живота, треба најпре да одговори сваки лекар самом себи, јер ће од његовог одговора на ово питање, свесно или несвесно, зависити и његов став према пацијенту. У коме смислу?

Мноштво је свакодневних проблема који од лекара очекују не само његово солидно медицинско знање, већ и његов моралан став. Тако је у сваком нашем прилажењу болесном човеку: у дијагнози, у којој треба избегавати ризичне поступке, а претходно тражити добровољни пристанак пацијента за њих; у прогнози, водећи рачуна које лекове прописујемо пацијенту како у погледу њихових успешности, тако и њихове цене, увек пазећи да не прекорачимо одређену дозу лека. Можда је најтежи задатак који се од етички освешћеног лекара очекује, а и тражи – када је реч о етици у медицини – да се уздржи, односно контролише свој емоционални став према пацијенту. Емпатичан однос према сваком пацијенту без обзира на субјективно лекарево доживљавање симпатије или антипатије према пацијенту, дужност је сталног неговања лекарске културе лекара.

Остало је још низ значајних проблема у лекарској пракси директно скопчаних са моралним ставом лекара, односно у ширем смислу, са његовим личним *погледом на свет*, који подразумева осмишљавање или обесмишљавање живота. У ове значајне проблеме спада став лекара према сутаназији, активној и пасивној; храброст је, али и морална обавеза лекара да призна почињену грешку, било у дијагнози, терапији и/или прогнози, срдачан, или бар коректан однос лекара према лекару, лишен завидљивости, оговарања, супарништва или надметања, професионални однос лекара према медицинским сестрама, и обратно, што подразумева искључивање сексуалног злостављања или присиљавања. Наравно да се овакво искључивање подразумева када су у питању односи лекара и пацијента оба пола.

Да споменемо још, никако за крај или као споредан проблем, однос лекара према абортусу. Застаршујуће велики број побачаја који се изврши у нашој земљи у току једне године, поставља пред целокупну нашу медицину витални проблем преживљавања нације. Познавајући одавно став званичне медицине, свуда у свету, да су по-

бачаји биолошко-медицински, психолошки, религиозно и социјално штетни, да су медицинске индикације за прекид трудноће строго одређене и релативно ретке, произилази нужност забране побачаја која се не остварује, најжалост, првенствено у православним земљама света. Разуме се да је превентива и у овој области медицинске патологије најважнија и да је она уско повезана са просвећивањем народа које такође у нас озбиљно храмље.

Закључак

Човек није само реактивно, већ и активно биће. Човеково морално понашање, као манифестације његове свести (хришћанство), Над-ја (Фројд) или категоричког императива (Кант), порекла је и спољног, реактивно-срединског (васпитни утицај родитеља од самог рођења условљавањем и идентификацијом), али и унутарњег, априорног и спонтаног. Човек се не понаша морално само зато што **мора**, или што му такво понашање доноси пријатност, већ и зато што **хоче** и **треба** да буде моралан, што човек постигне тек онда када његов хетерономни морал постане аутономан.

Етичка одговорност лекара неоспорно је велика, а произилази из пет разлога:

- опште слабости и немоћи човека
- недокучиве тајанствености његовог психичког живота
- сугестије и сугестибилности свих људи, а нарочито ментално поремећених особа
- због тежње човека за владањем и моћи
- због природне неједнакости људских односа

Сигуран сам да ће појам *добар лекар*, под којим се разуме: одмерен, пажљив, стручан, емпатичан колико и рационалан однос према болеснику – и у будућности бити највише цењен у медицини. Верујем да ћете се сложити са мном да би у будућем програму наставе на Медицинском факултету требало дати више места предавањима из етике у медицини али и предавањима о психосоматској медицини, која управо поставља психосоматичару одсутна питања о односу тела, душе и духа у сложеној психичкој структури људског бића.