

Pörcki Zsuzsanna

**Autonómia versus felelősség a bioetikában
és az egészségügyben**

Doktori (PhD) értekezés

témavezető: Dr. Kállai János

Pécsi Tudományegyetem

Általános Orvostudományi Kar

ELMÉLETI ORVOSTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

Vezetője: Prof. Dr. Lénárd László

Viselkedéstudományok program

2013

Édesapámnak, dr. Pörcki Józsefnek

Tartalom

Bevezető	4
1. A modern állam szerepvállalása és az egészségügy /gondoskodás versus öngondoskodás, jóléti állam versus neoliberalizmus	10
1.1 Jóléti állam és neoliberalizmus – az állami szerepvállalás átalakulása.....	11
1.2 Magyarországi folyamatok.....	19
2. Az egészségügyi átalakítások folyamata bioetikai szempontból (értékválasztás és alternatívák)	24
2.1. Kornai János közgazdasági elemzése.....	26
2.2 Az átalakítás alternatívái.....	29
3. A bioetika története és útkeresése (a bioetika fenomenológiai megközelítése)	31
3.1 A bioetika rövid fejlődéstörténete.....	33
3.2 A bioetika új európai alapelvei /principalizmus és fenomenológia/.....	40
3.3 A bioetika előtt álló kihívások.....	43
3.4 A moralitás szociológiai megközelítése.....	49
3.5 Emmanuel Levinas filozófiájának bioetikai alkalmazása.....	52
4. A proximitás etikája a gyakorlatban - példák a sebezhető betegcsoportokra (idősek, romák)	67
4.1 Az idősek és az etika.....	67
4.2 Cigányok – idegentapasztalat és gyógyítás.....	79
5. A rezponzivitás, mint attitűd jelentősége a gyógyító folyamatban..	95
5.1 Reszponzivitás, mint attitűd	95
5.2 A bioetika lehetősége.....	98
Irodalomjegyzék	
Publikációk	

Bevezető

„Természetesen a terápia így továbbra is fizikális, kémiai, valamint biológiai adottságokra utalt, ám ezekben nem lel elégséges feltételeket arra nézvést, hogy akárcsak megnevezze, mi az, hogy betegség. Ez azt tükrözi, hogy az egyoldalú módon természettudományosan orientálódó orvoslás saját tájékozódásának és kezelési elveinek mértékeit önmagából kiindulva még hozzávetőlegesen sem képes igazolni. A medicina olyan rendre támaszkodik, amely a döntő tekintetben éppoly különdleges marad számára, mint a zenei rend az akusztika számára. Az orvoslás újkori tudományok segítségével elért sikerének ára ezek szerint egy normatív vákuum, amely máig a nyugtalanság fészke ebben az egyébként jól megalapozott és hagyományokban gazdag diszciplínában.” (Bernhard Waldenfels) [1]

Autonómia és/vagy felelősség

Jelen dolgozat a filozófiában és azután a bioetikában is nagy szerepet kapott fogalomkör, az ember sebezhetőségének elemzését és alkalmazhatóságának indokoltságát vizsgálja. A sebezhetőség jelen munkában az emberi élet iránti tiszteletként és annak védelmében értelmeződik. Arra vonatkozik, hogy az élet sérthető, sebezhető és kioltható. E szerint az értelmezés szerint, a sebezhetőség a *conditio humana* alapvonása. A sebezhetőség védelme az általam képviselt bioetikai megközelítés szerint „hidat teremthet a pluralista társadalom morális idegenjei között, s ezért a sebezhetőség tisztelete alapvető kell, hogy legyen a modern jóléti állam politikai döntéseiben”. [2] A sebezhetőség védelmének elve a szolidaritás és a felelősség tágabb kontextusában tárgyalandó. Ez a megközelítés jelentős hangsúlyeltolódást jelent az alapvetően az individuum autonómiáját kiemelő megközelítéshez képest, amely az öngondoskodó személyt tekinti a társadalom alapegységének, akivel szemben legfontosabb kötelességünk, hogy azon akadályokat elhárítsuk az útjából, amelyek autonómiája gyakorlásában gátolhatják. Fontos továbbá, hogy a sebezhetőség elvét a mindennapi emberi életvilág konkrét fenomenológiai valóságában értelmezzük, az emberi együtt-létben, az interszubjektív viszonyok közepette. Ez az álláspont egyben az emberi lény méltóságának primátust szán a tudományos fejlődéssel szemben. A fenti irány az elmúlt a 21. század bioetikájában egyre nagyobb teret nyer, mi sem bizonyítja ezt jobban, mint a Barcelonai Deklaráció (1998), amely a korábbi 1. és 2. Helsinkai Deklarációkat követően (1964, 1975) talán a legjelentősebb nemzetközi bioetikai állásfoglalás. A Barcelonai Deklaráció a

sebezhetőség alapelvét a 4 legfontosabb etikai elv közé emeli, és hangsúlyozza jelentőségét az európai etikai és jogi kultúrában. A dolgozatban részletes elemzését kívánom megadni a sebezhetőség fogalmának és lehetséges alkalmazásának a bioetikában és a biomedicinában. Kitérek a fogalom filozófiai alapjaira, és azon fogalomtörténeti előzményekre, amelyeket a téma szempontjából legmeghatározóbbnak vélek. Mindezt a bioetika tudományfejlődésének folyamatában kívánom elhelyezni. Az ily módon közelbe hozott fogalmat azután konkrét potenciális betegcsoportok példáján mutatom be, a dolgozat második felében. Háttérként a disszertáció első része azzal a tágabb társadalmi, politikai kontextussal foglalkozik, amely különösen indokoltá teszi a sebezhetőség tárgyalását korunkban, a globális piaci viszonyok korában. Ezen globális piacon belül a biomedicina és a biotechnológia magasan kompetitív globális üzletet (is) jelent. A piaci viszonyok több szinten érvényesülő exklúziót jelentenek, amelyet demokratikus deficitként kell látnunk, amelyben a hátrányos helyzetben lévők szerte a világon, a legkülönbébb szinteken, kívülrekednek. Számos más, a későbbiekben tárgyalandó szempont mellett, többek között ez az egyik meghatározó indoka annak, hogy az emberi sebezhetőség ma egyike a legaktuálisabb és legadekvátább kérdéseknek. A Barcelonai Deklaráció megfogalmazói azzal a reménnyel emelték be a sebezhetőség alapelvét az Európai Bizottság számára is megfogalmazott javaslatuk közé, hogy a deklaráció előkészítéseként végzett kutatásban résztvevő 22 partner ország döntéshozói minél nagyobb mértékben vegyék ezt figyelembe döntéshozatali folyamataikban.

Mindeközben természetesen nem cél az autonómia elvének, értékének gyengítése, csak a két érték utóbbi időkben tapasztalható aránytalan megjelenésének korrekciója, annak figyelembevételével, hogy egyre többen közülünk nem képesek autonómiájukkal élni. Az önrendelkezés is egyre többen számára elérhetetlen privilégium csupán. Másrészt viszont a huszadik század második felének legkülönbébb filozófiai irányai hívják fel a figyelmünket arra a triviális, ám a társadalomtudományokban évszázadokig erősen mellőzött tényre, hogy az ember alapvetően „társas lény” azaz, az emberi lét interszjektív létezés.

1. A tudományok, esetünkben a társadalomtudományok felelőssége

A tudományos kutatás, a „tudománycsinálás” folyamatában nem feledkezhetünk meg arról, hogy vajon kitűzött feladataink milyen célt szolgálnak, szolgálják-e azok érdekeit, akik számára relevanciával bírnak. A bioetika tudományának gyakorlóit tehát felelősséggel tartoznak mindazokért a szereplőkért, akik a gyógyítás, a medicina érintettei, tehát elsősorban a betegekért, illetve potenciális betegeként tekintve a társadalom valamennyi tagjáért. Miközben a modern medicina gyakorlatának egyes kérdéseit vizsgáljuk, értékeket elemzünk

és javaslunk. Normatív munkát végzünk, mindezt azért, hogy hatással lehessünk a tényleges folyamatokra, amelyek országunkban, társadalminkban zajlanak. A felelős tudománycsinálásnak aktualitása is van. Esetünkben ez az aktualitás a magyar társadalom jelenlegi folyamataiban értelmezendő, a globalizáció világában egy a modern, fejlett Európához csatlakozó ország, néha zűrzavaros és állandóan alakulóban lévő helyzete. Ezt az állapotot markánsan jellemzi az is, hogy „rendszerátalakítást követő állapotban van”, alapvető rendszereit alakítja át, áttérni próbálván a demokratikus szisztémára, amely szisztémának korábbi történelmében nem volt komoly hagyománya. Ebben az időszakban szűkebb területünkön, az egészségügyben is sorsdöntő kérdések dőlnek el, válaszolódnak meg, amelyeknek következményei felmérhetetlenek. A kérdések megválaszolásában való részvétel etikailag megtagadhatatlan és kikerülhetetlen. Amennyiben komolyan vesszük a demokrácia alapértékeit, úgy mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy társadalmunk sorsát érintő kérdésekben hozzásegítsük a demokrácia szereplőit ahhoz, hogy az őket érintő kérdéseket a hatalom gyakorlóit ne a fejük fölött, hanem információk birtokában a társadalom tagjainak aktív közreműködésével hozzák meg.

2. Az uralkodó gazdasági, társadalmi paradigma kudarca mentén megfogalmazódó kockázatok és lehetőségek

A 2008-as pénzügyi világválság jelentősége ma még felbecsülhetetlen. A konkrét, az egyes országok gazdaságát érintő súlyos problémák, az állampolgárok életében azonnal jelentkező és nagy valószínűséggel hosszú távon jelenlévő egzisztenciális következmények mindannyiunk számára ismertek. Válságok mindig voltak, mi több, a válságok elkerülhetetlenségét az elmúlt száz év közgazdasági különféle elemzésekkel bizonyították. Miben tér el akkor ez a válság a korábbiaktól? Összefoglalva az e témában megjelent számos gazdasági illetve társadalomkritikai elemzés tanulságát azt mondhatjuk, hogy az az elképzelés bukott meg végérvényesen, amely szerint a piac önszabályozó módon működik, és ennek következtében az állami beavatkozás jelentősége minimálisra csökkenthető. Érdekes módon, a legkülönbözőbb fórumok, többek között az *Economist* c. folyóirat több, a válság következményeit és a kilábalás esélyeit elemző cikke is azt veti fel, hogy vajon létezik-e a kapitalizmusnak olyan formája, amely egyfajta állam-kapitalizmusként működik, azaz amelyben az állam jelentős szabályozó és kontroll szerepet vállal éppen a piac által nem szabályozható területek biztosítása céljából. (*Economist*, 2012 január 13. szám). Azonban ennek a gondolatnak az igazi jelentése lefordítható úgy is, hogy vajon meddig finomíthatjuk

az adott társadalmi berendezkedést, hogy még mindig ugyanarról a formációról beszélhessünk, azaz, az államilag irányított kapitalizmus vajon kapitalizmus-e még.

Tovább haladva e gondolat mentén és felidézve az elmúlt évek egyik „mérőföldkőnek” tekinthető filozófiai sloganjét, vajon mit kezdhünk ma azzal a gondolattal, hogy a történelem a végéhez ért a liberális demokrácia feltalálásával. A gazdasági elemzés helyett témánk szempontjából inkább arra szeretnék utalni, hogy az elmúlt időben különféle szakmai fórumokon megkerülhetetlen témaként merült fel, vajon mire következtessünk a válság kiterjedtségét és erősen kérdéses kezelhetőségét tekintve arra nézve, hogy vajon az a társadalmi berendezkedés, ami kivívta magának az "optimális" címet, továbbra is számot tarthat-e ezen babérokra. Egyszerűbben fogalmazva, amikor Francis Fukuyama filozófus, politikai közgazdász 1992-ben megjelent világhírű művében (Y.F. Fukuyama: *A történelem vége és az utolsó ember*, 1992) a történelem végéről beszélt, azt azon gondolatmenet mentén tette, miszerint az emberiség a liberális demokrácia „feltalálásával” eljutott a fejlődés azon pontjára, ahonnan már nem vezet út előre, a történelem vége azt jelenti, hogy valamiképp célba értünk [3]. A kommunista rendszer összeomlását követően úgy látta, hogy a történelmi haladás, az ideológiák közti harc véget ért és a liberális demokrácia uralma következik. A kapitalizmus, mint ezen társadalmi berendezkedés működtetője hosszú évtizedeken keresztül az egyre növekvő társadalmi jólét lehetőségét jelentette, amely - válságok ide vagy oda - mégiscsak képes volt egyfajta töretlen gazdagodást és javulást elérni. A keleti blokk országai, köztük Magyarország is ehhez az ideálhoz kívántak tartozni, amikor a rendszerváltással a nyugati demokráciák, a kapitalista gazdaságok táborához való csatlakozási szándékukról tettek tanúbizonyságot. Bár ez a váltás vér nélkül zajlott, békés körülmények között (sokak szerint túl nagy volt a béke, és ennek negatív következményei sem alulbecsülendők), a csatlakozásnak igen nagy ára van. Arról nem beszélve, hogy mire észbe kaptunk, a kapitalizmus legdrámaibb válságának kellős közepén találtuk magunkat, és pillanatok alatt e válság legnagyobb áldozatai közé sorolódtunk (nem lévén nagy gyakorlóit sem a demokráciának, sem pedig a vadkapitalizmusnak, például a nyugati bankok hitelezési ambíciói gyakorlatilag gát nélkül érték el a magyar piacot, a fiskális katasztrófa több százezer család eladósodását jelentette és jelenti ma is.). Miközben alapvető strukturális átalakításokat kellett végeznünk a szocialista tervgazdaságból a piacgazdaságba való átállás okán, ezen strukturális átalakításoknak immáron számolnia kellene azokkal a tényezőkkel is, amelyek a válság következtében váltak elkerülhetlenné. Hogyan érinti mindez az egészségügyet, és mennyiben indokolja a bioetikai reflexiót?

A gazdasági válság a költségvetési kiadások csökkentését, a lakosságra háruló terhek növelését jelenti. Az állam – Európa valamennyi állama – egyre súlyosabb megszorításokat kénytelen bevezetni, és szinte minden esetben hozzá kényszerül nyúlni a szociális, jóléti kasszához. A magyar egészségügy működésének feltételei a rendszerváltást követően soha nem voltak rózsásak. Mára azonban, amikor Európa valamennyi országa radikális lépések megtételére kényszerül az egészségügyi finanszírozás terén, kétséges, hogy meddig húzza még a magyar medicina gyakorlata.

A válság szerte a világon, különösen pedig Európában egyéni és költségvetési megszorításoknak teszi ki az egészségügyi rendszereket. Az egészségügyi rendszerek jelenleg olyan finanszírozási krízissel néznek szembe, ami negatívan befolyásolja az egészség mutatókat. A magas munkanélküliség és a kilábalás lassú üteme tovább gyengítették a közszektort és azon képességét, hogy minőségi egészségügyi szolgáltatást nyújtson. Ez a trend Európán kívülre is terjed, más földrajzi régiókba, beleértve az USA-t is, mivel a gazdaságok a világon sokkal inkább egymásra utaltak mint valaha. A jelenlegi pénzügyi válság akut formája annak, ami valószínűsíthetően krónikussá fog válni sok nyugati gazdaságban. A kihívás mértéke nemcsak olyan megoldásokat követel, amelyek rövidtávon hatékonyak, de radikális lépéseket is szükségessé tesz közép- és hosszú távon.

A gazdasági hanyatlás és az ennek következtében a közpénzek elosztására nehezedő nyomás jelentős hatással van az egészségügyi költségvetésre Európában és Észak-Amerikában. A felépülés jeleinek ellenére, a gazdasági környezet továbbra is törékeny maradt, komoly esély van arra, hogy egyes országok további megszorító intézkedéseket fogadosítanak annak érdekében, hogy stabilizálják pénzügyi helyzetüket. Ez várhatóan jelentős hatással lesz a közfinanszírozású egészségügyi rendszerekre. Sok országban az egészségügy kiterjesztett megszorító intézkedések korszakába lép.

3. A bioetika és az egészségügyi szakemberek speciális felelőssége

A fentiekben alapján az egészségügy rendszerének átalakítása különleges felelősséget ró a medicinával foglalkozó szakemberekre. Mindez röviden a következő feladat elé állít bennünket: az egészségügy átalakításának tervezett illetve részben megvalósult lépései vajon összhangban állnak-e azon etikai alapelvekkel, amelyeket ma a tudományos gyakorlatban igazolhatónak tartunk. A dolgozat foglalkozik a bioetikában használatos alapelvekkel és a későbbiekben elemzésre kerül az autonómia, illetve a másikért való felelősségből levezetett sebezhetőség fogalmainak bioetikai jelentősége. Az utóbbi évtizedben, főként a piacorientált társadalmi folyamatok felerősödésének, a globalizáció hatásainak következményeként, a

bioetikában egyre több szó esik az ún. *sebezhető társadalmi csoportokról*, arról az egyre szélesedő rétegről, akik a modern kapitalista társadalmak veszteseinek számítanak. Azokról, akik egyre határozottabban kikerülnek a „társadalmilag hasznosként” számon tartott állampolgárok köréből, akiknek részvétele szinte már nem is számít, bizonyos szempontból feleslegessé váltak. [4] (Sem mint aktív résztvevők, sem mint fogyasztók nem képesek funkcionálni, és egyre inkább „kezelendő problémaként”, teherként nehezednek a gazdasági nyereség élvezőinek egyre szűkebb rétegére). A szegények és elesettek tábora valamennyi fejlett országban egyre gyarapodik, Magyarországon azonban az adatok megdöbbentőek. Belegondoltunk-e abba, hogy a kutatások szerint közel 10 milliós összlakosságunkból 4 millió ember tekinthető szegénynek, azaz – a folyamatok fennmaradásával illetve prognosztizálható felerősödésével – nemsokára lakosságunk fele szegénynek számít majd. [5] Számolnunk kell tehát az ő sorsukkal, főként egy olyan időszakban, amikor az egészségügy rendszerét a politika nemrég piaci alapokra készült helyezni. És bár nem győzik hangsúlyozni a „szolidaritás” érvényesítését, sok szakember a piacon versengő biztosítók közepette a lakosság mintegy felét kitevő szegények jövőbeli helyzetét meglehetősen kilátástalannak látja. Vajon garantálható-e valóban, hogy az egészségügyi ellátáshoz való jog ne csorbuljon, hogy az állam, a társadalom továbbra is felelősséget vállaljon a jövőben az elesettekért, azokért, akik nem képesek az öngondoskodásra. Azokért, akik nem képesek autonómiájukkal élni. A bioetikus szakmai közösség felelőssége kiállni az ő érdekeik mellett, emlékeztetve az alapvető értékekre, a gyógyítás *morális hivatás* jellegére.

Amennyiben az ellátó rendszer az igazságosság alapelveivel egyeztethető módon működik, tehát az ellátásból nem szorulnak ki azok, akik nem tudják azt megfizetni, akkor és csak akkor beszélhetünk annak a felelősségnek a komolyan vételéről, amellyel az egyes beteggel szemben tartozunk. A gyógyító folyamat, mint *interszubjektív, szemtől szembe viszony* kerül morális elemzésre továbbá a dolgozatban. A gyógyító szakember felelőssége kerül hangsúlyozásra, amellyel már eleve „tartozik” betegének, aki a bajban, a szenvedésben és rászorultságában hozzá fordul, hozzá folyamodik. A gyenge segítése előíró, parancsoló jelleggel jelenik meg ebben a viszonyban, amely különösen hangsúlyos akkor, ha bármely okból kifolyólag a beteg nem pusztán betegségéből, hanem bármely más egzisztenciális ok folytán eszköztelenebb, mint mások. A sebezhető, esendő, rászoruló betegekkel kapcsolatos etikai elemzés szükségességét és gyakorlati lehetőségét mutatja be a disszertáció utolsó fejezete, az idősek, az etnikai kisebbséghez tartozók helyzetét vizsgálva az egészségügyben. A sebezhető csoportok között természetesen más betegcsoportok is (nők, fogyatékosok, gyermekek) megjelennek, ez azonban további munkák tárgyát kell, hogy képezze.

1. A modern állam szerepvállalása és az egészségügy /gondoskodás versus öngondoskodás, jóléti állam versus neoliberalizmus/

A bioetikai útkeresése szempontjából fontosnak tartom egy olyan összetevő vizsgálatát, amelyet a bioetika korábbi módszereinek kritikai szemlélete nem tárgyal megfelelő súllyal. Miközben a bioetikában pontos leltárát kapjuk a jelenségeknek, folyamatoknak, amelyek aggodalomra adnak okot, nagyon kevészer találkozunk azzal az igénnyel, hogy mindezeket a problémákat egy szélesebb kontextusban láttassuk. Azzal a megközelítéssel, hogy utánajárjunk, vajon önmagukat generáló problémákról van-e szó, avagy egy átfogóbb társadalmi - gazdasági-politikai folyamat lecsapódásaival találkozunk.

Magyarország jelenlegi átalakulásai közepette az egyik kardinális kérdés, amely gyakorlatilag a társadalom folyamatainak összességét döntően befolyásolja az, hogy *mekkora szerephez jut, mekkora szerepe marad az államnak* az állampolgárokról való gondoskodás területén. Különösen érdekes és ugyanakkor komplex kérdés ez azért is, mivel a szocializmus évtizedei alatt –ennek az ideológiai háttérét most figyelmen kívül hagyva – az állam univerzális gondoskodóként lépett fel, számos területen soha korábban nem tapasztalható biztonságot teremtve . Hosszú időn keresztül a szocializmus időszaka alatt létrehozott és működtetett társadalmi intézményeket és rendszereket distinkció nélküli elutasítással kezelték. Mára azonban egyértelműen erősödnek azok a hangok, amelyek figyelmeztetnek az ilyen jellegű megkülönböztetés hiányából eredő – időnként a problémához nem illő, érzelmileg fűtött – visszasságokra. A rendszerváltást követő értékelések, elemzések gyakran elmulasztják feltenni azt a kérdést, hogy vajon voltak-e olyan területek, olyan megoldások, amelyek bár a szocializmus időszakában születettek, továbbvihetők, bizonyos módosításokkal jelenleg is a megoldandó problémák optimális kezelési módszerét adhatják. „A múlt differenciálatlan elutasítása kevésbé volt legitim a szociálpolitikában, mint más területeken. Ennek ugyanis volt egy sor „európai” eleme, amelyektől kár (volt) megszabadulni. Az iskola, az univerzális egészségügy vagy a társadalombiztosítási nyugdíj már akkor is játszottak némi társadalomintegráló szerepet, amely demokratikus körülmények között felerősödhetett volna, és jó néhány olyan értéket, mint az akárcsak kényszerű szolidaritás, vagy a szélsőséges társadalmi egyenlőtlenségek elutasítása.” [6] Kornai János világhírű közgazdász szerint a reformról szóló vita egyik központi kérdése az, hogy a jóléti szektor tevékenységei közül mi maradjon állami fennhatósága alatt, s mi kerüljön ki alóla. Más szóval: pontosan milyen szférát fogjon át a „jóléti állam”. Egyéni választás és szolidaritás c. könyvének bevezetőjében írja, „...Noha a fejtegetések előterében mindvégig a jóléti szektor egyetlen ágazata, az

egészségügy áll, a mondanivaló egyes elemei vonatkoztathatóak a jóléti szektor egészére, illetve annak más ágazataira is.”

1.1 Jóléti állam és neoliberalizmus – az állami szerepvállalás átalakulása

1.1.1 Nemzetközi háttér

Az út, amelyet Magyarország bejár sok szempontból párhuzamba állítható a nyugat-európai demokráciák által bejárt úttal, és számos döntő különbség ellenére vannak azonos problémák, amelyeknek megoldása is hasonló. Az egyik ilyen azonos probléma pedig éppen az állam szerepvállalásának problémája.

Az 1950 és 80 közötti évtizedek a jóléti állam fénykorát jelentették Európában. A jóléti intézmények kialakítása együtt járt az állam részéről a társadalmi folyamatokba történő széleskörű beavatkozással (intervencionalista állam), a felülről vezérelt piaci viszonyokkal (keynesianus tervgazdálkodás). Hozzá tartozott a jóléti modellhez a vegyes, jelentős állami részesedéssel működő tulajdonrendszer, a teljes foglalkoztatottság és a bölcsőtől sírig tartó gondoskodás (szocialista elemek). A társadalomtudósok és a politikusok meggyőződéssel hirdették, hogy sikerült felépíteni egy olyan társadalmi modellt, amely kiállja az idő próbáját, hosszú távon stabilitást és nyugalmat teremt a kontinensen, és ami ezen időszakban különös jelentőséggel bírt – igazi alternatívát sikerült felmutatni a szocialista modellel szemben. A '70-es évek közepétől mutatta első válságjeleit a jóléti állam. A piaci viszonyok átalakulásával megjelenő és növekvő munkanélküliség a teljes foglalkoztatottság illúzióját rombolta szét, az állami tulajdon fenntartása és működtetése egyre mélyebb hatékonysági problémákat vetett fel, a korporativista szemlélet egyenes következményeként túlbujánzó bürokratizmus a fejlődés gátjává vált” Az államilag kieroszakolt kényszerszolidaritás elve kudarcot vallott a gyakorlatban. A „szabadság, egyenlőség, testvériség” hármasszavából a szabadság került előtérbe. Értjük ez alatt a szabadságjogok intézményesülésének folyamatát – akár a betegjogi viszonyok fejlődésére gondolunk, akár az állampolgári jogok kiszélesítésére, vagy a szabadság kulturális interpretációjának megváltozására és annak társadalmi intézményrendszerekre gyakorolt hatásaira (gyermekjogi jogai, fogyasztóvédelem, melegek jogai stb.). Egyúttal megkezdődött a jóléti állam hosszú agóniája. Az univerzális, gondoskodó állam konceptusát és gyakorlatát fokozatosan felváltó liberális szemlélet által előtérbe került az öngondoskodó, jogaival és kötelességeivel tisztában lévő egyén felszabadítása, a liberalizáció, a versenyre épülő piacgazdaság, az alanyi jogon járó juttatások helyett a rászorultsági elv hangsúlyozása, a „minimális állam” libertárius koncepciója a jóléti államokat

sújtó legfontosabb problémákra kínált gyógyírt. A jóléti állam válságának hatására megtörtént a **neoliberalizmus térnyerése** a demokratikus világ egyetlen országát sem hagyta érintetlenül. A vegyes tulajdonú gazdasági rendszerekben megindult az állami vagyon nagyiramban történő kiárusítása, ami együtt járt a közszolgáltatások magánkézbe adásával. Szocialista és konzervatív kormányok egymást túllicítálva alkalmazzák a kiadáscsökkentő költségvetési fogyókúrákat, antiinflációs politikákat és a munkanélküliség kapcsán inkább a flexibilitást hangsúlyozzák a segélyezés helyett.

Ebben a helyzetben tört ki – látszólag váratlanul – a háborút követő években sorrendben az első nemzetközi pénzügyi válság 1997 nyarán. A neoliberalizmus defenzívába került, és sokan a végét jósolták. "Az amerikai modellt mindenhol támadások érik, ahogy a szabadpiaci rendszer visszaszorul. A szabadpiaci rendszert egyre inkább a növekedés ellenségének tekintik, és egyre több nemzet szakít vele" – írja a liberális Business Week (1998. szeptember 14.) Többen – és nem csak baloldaltól - ma már a **jóléti állam eszményeihez való visszatérést javasolják**, élesen kritizálva a neoliberalizmus általuk kétségesnek vélt eredményeit. Érvelésüket azzal támasztják alá, mint pl. Eric Hobsbawm, hogy (idézet Hobsbawm-tól): „Rövid aranykora alatt, 1950-től 1973-ig úgy tűnt, a kapitalizmus elérte a lehetetlent. Gyakorlatilag felszámolta a munkanélküliséget, a gazdasági recessziókat és – a fejlett országokban – az igazi szegénységet. Élvezte a folyamatos és gyorsuló gazdasági növekedés előnyeit, még a lassabban fejlődő országokban is, dolgozó osztályának pedig megadta a folyamatosan javuló anyagi helyzet reményét és valóságát. Ám az 1970-es évektől mindez megszűnt. A kapitalizmus újra kitermelte a tömeges munkanélküliséget, a szegénységet, de még az éhséget és a hajléktalanságot is, még a nagyon gazdag országok gazdagságának körülményei között is. Azonos szinten maradó vagy akár csökkenő jövedelmeket és komoly gazdasági visszaeséseket hozott.” [7] A 2008-as válságot követően rövidesen újból előkerültek a kritikai hangok. Egy a számos kritika közül: „A válság emberek számára okozott kárai a okozzák a legnagyobb gondot: az egyre növekvő, elfogadhatatlan számú éhhalált halt és megelőzhető megbetegedésekben elhunyt nő, gyermek és férfi, az oktatáshoz való hozzáférés radikális csökkenése, és a társadalmi konfliktusok elkerülhetetlen növekedése, talajvesztettség inség és nyomor.” [8]

A baloldali kritika másik vonulata a tények felől támadja a neoliberalizmust, annak társadalmi és gazdasági sikereit próbálja kétségbe vonni. Azt állítva például, hogy a jóléti államokban soha nem látott alacsony munkanélküliségi ráták voltak, a munkanélküliséget valójában a neoliberalizmus termelte ki. Mások szerint éppen a piacnak szabad utat engedő államok (USA, Nagy Britannia) értek el látványos sikereket a munkanélküliség terén. A

neoliberalizmus kritikája rendkívül hasznos útmutatóul szolgálhatna Magyarországon is a nagy társadalmi rendszerek, így az egészségügy átalakításakor, azonban be kell látnunk, hogy sem az eszme, sem a megvalósítás módjának kritikusai egymással sem tudnak közös alapra helyezkedni. Sok esetben ennek nem pusztán az elméleti, tudományos pluralizmus a legfőbb oka, hanem a kérdés rendkívüli aktualitása, amely a vitát a politikai mezőben tartja. Ennek következtében politikai összecsapások talán igen, azonban valódi társadalmi vita annál kevésbé tud kibontakozni ezekkel a kérdésekkel kapcsolatban, ugyanakkor a mindenkori döntéshozók ezen ideológiák mentén teszik meg különleges társadalmi jelentőségű reformlépéseiket. Nehéz nem észrevenni, hogy a hazánkban néhány évvel ezelőtt bevezetni kívánt egészségügyi reform legfontosabb vezérfonalául a neoliberalizmus és módszere, a racionalizáció szolgáltak. Mindez szinte természetes, hiszen például Francis Fukuyama szerint, a 'liberális forradalom' hatására az egyetlen 'ringben maradt' ideológia, amely potenciálisan univerzális érvényességgel bír a liberális demokrácia, az individuális szabadság és a népi szuverenitás doktrínája [2].

Bizonyos kérdések feltevésének elmulasztása azonban több veszélyt rejt, mint az, hogy a politikában már napirendre került kérdésekre nem tudjuk megadni a választ. A racionalizálás az egyik legfontosabb eleme a jelenlegi folyamatoknak. Módszer és cél, mely algoritmusok tömegeit alkotja és vezérli, mindennapjainkat befolyásolva. Azonban a fejlődés nem feltétlenül követ a racionalizálás irányába vezető egyetlen ösvényt. A gazdaság és társadalom között fennálló ellentétek már a XX. századot megelőzően is foglalkoztatták a gondolkodókat, már a tizenkilencedik század végén, a huszadik század első felében Max Weber, akit Durkheim és Marx mellett a modern szociológia alapító atyjaként tartanak számon jelentős figyelmet fordított erre a problémakörre. A gazdasági és társadalmi racionalitás közti egyensúly kialakítása napjainkra pedig az egyik legsürgetőbb feladattá vált.

Természetesen az egészségügyben tapasztalható strukturális problémák és interperszonális szinten zajló mindennapi (morális) konfliktusok igen nagy része - amint ezt a későbbiek során közelebbről is vizsgáljuk - a kétfajta racionalitás alapvető konfliktusában gyökereznek. Zygmunt Bauman például a "Posztmodern Etika" című könyvében használja az *ambivalencia* fogalmát az ehhez hasonló korunkat jellemző konfliktusok és kettős jelenségek tárgyalása során [9]. A globalizáció számos erőteljes hatásmechanizmusa közül két olyan kérdést szeretnék vizsgálni, amely véleményem szerint a medicinában tapasztalható morális krízishez hozzájáruló faktor. Ezzel természetesen nem arra szeretnék utalni, hogy más szempontok kevésbé jelentősek lennének, azonban témaválasztásunk az alábbi két szempont bevonását indokolja elsősorban.

Az első a globalizáció és a *piac orientáltság*, amely azt a kérdést veti föl, hogy vajon csökkenthető-e a piac orientáltság érvényesülésének következményei ebben a szektorban akkor, amikor az *állam szociális védelmi funkciójának* csökkenése a *globalizáció* egyik alapvető következménye. Ha elfogadjuk Zygmunt Bauman könyvének egyik alapgondolatát, miszerint a globalizáció éppolyan erőteljes mértékben választ szét mint egységesít, továbbá, hogy hatására a *marginalizált* rétegek, a deprivációba szoruló rétege rohamosan növekszik, komolyan kell foglalkoznunk a következő, nem pusztán elméleti szempontból fontos kérdéssel: vajon a társadalom morális lelkiismerete képes-e feldolgozni, hogy egyre nagyobb lesz azoknak a száma, akik nem jutnak hozzá alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz. Mindeközben nem feledkezhetünk meg arról, hogy a jövedelem, a foglalkoztatottság, az oktatáshoz való hozzáférés, a lakáskörülmények és a társadalombiztosítás szintjeivel mérhető jólét minimálisan elfogadható szintjét a társadalomtudósok az „emberi biztonságban” határozták meg.

A másik jelenség gyökerei ugyanakkor a modern állam kialakulására nyúlnak vissza, a modern állam önmeghatározásából következnek, és itt arra keresünk választ, hogy a globalizáció milyen módon erősíti fel azokat a folyamatokat, amelyek egyértelmű morális krízist okoznak. Itt a modern államot a modernitás alapegységeként fogjuk fel. A modern állam két olyan jellegzetességét kell kiemelnünk, amelyek hatásának komoly etikai következményei vannak: *a bürokrácia és a technokrácia*. Mindkét jelenség radikális formában átalakította a medicina gyakorlatát, és meglátásunk szerint ezen a területen legfontosabb következménye az lett, hogy megszüntette a *proximitást* a gyógyító szakember és a beteg között. Azt a proximitást, amelyet a Bauman-i elmélet alapján kívánjuk bemutatni, még hozzá a morális viszonyulás előfeltételeként. A bürokrácia és a technokrácia is a személyes felelősség erodálásának irányába hatnak, állítja Bauman. Ugyanez érvényesül az üzleti szervezetekben is, ahol az egyének viselkedése szigorúan regulált, és különböző módokon kontrollált (pl. bürokratikus és kulturális eszközökkel), hiszen a cél, a profit kitermelése miatt együttes, összehangolt cselekvésre van szükség. A szervezeti kontroll és kényszer, több helyen az uniformitás ellehetetleníti az etikai felelősségvállalást és morális érzékenységet az egyén részéről. Lényegében az üzleti szervezet intézményesült formában rombolja le és száműzi az egyéni lelkiismeretet és moralitást. Miképpen nevezhetjük ezt a jelenséget etikusnak?

Dr. Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai* című. könyvében kitér az orvoslásban az életek megmentéséről való döntésben meghatározó statisztikai, illetve személyesen ismert életek megmentése közötti konfliktus elemzésére is: "... Az előtte álló

beteg konkrét szenvedése - pszichológiailag érthető módon - sokkal nagyobb hatást gyakorol rá (az orvosra), mint az általa nem látható többi beteg szükségletei. Mindez természetesen megmagyarázza, miért részesítjük előnyben az ismert szenvedést a statisztikainál, a kurációt a prevenciónál, de semmiképpen sem indokolja azt. Racionális döntéshozónak mindig figyelembe kell vennie a statisztikai szenvedéseket is, és arra kell törekednie, hogy ezek ugyanolyan súllyal szerepeljenek a döntésében, mint az ismert egyéni életek." [10] Ezen kijelentés helytállóságát nem vitatva pusztán két dologra szeretném felhívni a figyelmet, méghozzá az ésszerűség totális szerepvállalásának illusztrációjaként. Az első, hogy magától értetődő a racionalitás prioritásának megkérdőjelezhetetlensége, abszolút szabályként követjük azt, legyen szó életünk szinte bármely területéről. Másrészt nem ismeretlen számunkra a közgazdasági elméletek elmúlt évtizedben tapasztalható elbizonytalanodása, amint egyik alapkategóriájuk, a racionális fogyasztó/döntéshozó gyakorlati megjelenéséről kell számot adniuk.

A modernitás, a modern állam vizsgálata tehát azért válik fontossá, mert bizonyos általános jelenségei vizsgálódásunk területén, a bioetikában talán különösen drámai módon jelentkeztek. A piacgazdaságba vetett töretlen hit megalapozása lényegében Milton Friedmannál és az ő általa megalapított iskolánál kezdődik, aki Adam Smith utódjának vallotta magát ám sokak szerint hiányzott belőle az a morális tudatosság, amely az egész életében morálfilozófiát oktató Smith-ben megvolt. Adam Smith 18. századi gondolkodó, a kapitalizmus teoretikusainak egyik legfontosabb korai képviselőjeként *A nemzetek gazdasága* c. műve mellett *Az erkölcsi érzelmek elmélete* c. munkájában vizsgálta a kapitalista etika lehetőségét. Véggövetkeztetése, hogy a gazdasági haszonszerzés indítéka nem önálló többé, hanem az elismerés iránti vágy eszköze csak. Ugyanezen az alapon azonban a nem gazdasági jellegű indítékok, bármilyen erősek is, a gazdaságiakat táplálják és erősítik. Friedman és utódai nézete szerint az emberi lények alapvetően önérdükük által vezéreltek, és az önérdük megvalósításának legfontosabb eszköze a pénz. „Egy szabad piacgazdaságon alapuló társadalomban elegendő, hogy az embereknek van pénzük.” [11] Ez az a filozófia, ami az amerikai üzleti életet már jó ideje meghatározza. Azonban az emberi lényekről, mint autonóm érdekmaksimalizálókról gondolkodni annyit jelent, hogy egy olyan igazságról feledkezünk meg, amellyel legtöbb társadalom tisztában volt: mégpedig, hogy az emberek nem autonóm atomok, hanem kapcsolatokban és intézményekben és azokon keresztül léteznek, vagy nem léteznek egyáltalán. [12] A probléma összetett és több szinten is megjelenik. Jürgen Habermas két fajta intézményt jelöl meg a társadalomban, amely személytelen formában működik, valamilyen módon döntéseket hoz helyettünk, vagy bizonyos döntések felelősségét

leveszi a vállunkról. Ez a két mechanizmus a piac, és az, amit Habermas néha államnak hív, bár többről van szó [13]. A második mechanizmust „bürokratikus eljárásokként, illetve bürokratikus szabályok mentén való eljárásokként definiálhatjuk. Habermas azt állítja, hogy ezek erőteljes irányító mechanizmusok, mivel leveszik a döntés súlyát a vállunkról. Dahrendorf szavaival „A bürokrácia másik álöltözete a jóléti állam...A bürokrácia a szociális állam legnagyobb ellentmondása. Azt jelenti, hogy akiknek másokkal kellene törődniük, mint az ápolónőknek és a tanároknak, elmerülnek a papírmunkában” [14].

Valamilyen értelemben, az elmúlt század egyik uralkodó ideológiájának politika filozófiai háttéréül szolgáló marxizmus egyik kitüntetett célja az volt, hogy túllépjünk a piacon, hogy visszavegyük ezen külső irányító mechanizmustól a döntéseket arra nézve, hogy mit kell megtermelni, azt hogyan kell megosztani és elosztani. Az illúzió abban állt, hogy ezeket a döntéseket visszavegyük a piactól, és kollektíve hozzuk meg őket az állam valamiféle tervező autoritásán keresztül. Amint totális formában próbálták megvalósítani, ez katasztrófát idézett elő. Ennek eredményei látszanak ma is. Egyértelművé vált, hogy a piac valamilyen formában esszenciális része a modern társadalmaknak. A modern ipari és posztindusztriális társadalmakban hatékonyságra van szükség, és ez teszi nélkülözhetlenné a piacot. A leegyszerűsítő elutasítás helyett a problémára való rákérdezés jelenti tehát az egyik legnehezebben megoldható feladatot, és ebben számíthatunk a filozófiai gondolkodás segítségére. Pierre Bourdieu szavaival: „Látható tehát, hogyan lesz a neoliberais utópiából a megvalósulás folyamatában egyfajta pokoli gépezet, melynek szükségessége mintegy rákényszerül az uralmon lévőkre. Mint más korokban a marxizmus, mellyel ebben a tekintetben sok közös vonása van, ez az utópia is egy félelmetes meggyőződést kelt életre: a szabad kereskedelem mindenhatóságába vetett hitet...” [15].

1.1.2 Önjáró piaci mechanizmusok – újfajta totalitás

OECD becslések alapján fejlett gazdaságokban az egészségügy GDP százalékában kifejezett összköltsége valószínűsíthetően átlagosan 3%-kal fog nőni az elkövetkezendő 20 évben. Ez a növekedés nagyobb, mint a 2008 előtti 28 évben (1990-2008 között), amely időszakban csak hat ország növekedése volt 2,5%-nál magasabb, és voltak olyan országok, ahol ez jelentősen kisebb mértékű volt. A helyzet az USA-ban a legaggasztóbb, ahol várhatóan az egészségügy költségei további 5%-kal fognak nőni az elkövetkezendő húsz évben. Amerikában a legnagyobb a világon az egészségipar. 1960-ban a GDP 5 %-át tette ki, 1995-re ez az arány drámaian megemelkedett 14%-ra. 2009-ben ez már a GDP 17 százalékánál is magasabb. Az egészségiparban az 1970-es évek végén, valamint a 80-as

években végighúzódo rendkívül erős infláció következtében, amikor az alkalmazottak egészségügyi biztosítása 20 % -kal emelkedett évente, a „managed care” lett a de facto egészségpolitika az Egyesült Államokban. Az ellátás forradalma az alábbi statisztikában is tükröződik: 1987-ben a munkaadójuk által biztosított Amerikaiak 95%-a gyakorlatilag teljes ellátást kapott az általa választott orvos illetve kórház vonatkozásában. Ma az alkalmazottak fele elveszítette ezen szabadságát, és most már egészségügyi szolgáltatóktól kapják ellátásukat, amelyet munkáltatójuk választ ki a számukra. Huszonöt évvel ezelőtt a költségmegtakarítás és a források elosztása idegen volt az egészségügyi szervezetektől. A medicina üzlet. Valaha kis- és középvállalkozások keretében működött. Ma leginkább nagyvállalati dimenziókat öltött, és az idősök gondozásának vagy az egészségügy egyéb szolgáltatásainak eladási mechanizmusai hasonlatosakká váltak a mindennapi fogyasztási termékek eladásához. Ugyanakkor, egyre inkább tarthatatlanná válik az az elképzelés, miszerint a piac mindenható, és világossá vált, hogy legalább oly kevésbé értelmes a doktrína, mely erre a premisszára épült, mint az a fentebb érintett marxi-lenini gondolat, hogy a piacokkal nincs mit kezdeni, a piaci mechanizmusokat ki kell iktatni. A kihívás ma leginkább abban áll, hogy a piacot és a bürokráciát megfelelő formában ötvözzük. Amint arra Dahrendorf is felhívta a figyelmet, „... a demokrácia egy nyereségirányult játszma, amely vesztesre áll, amint a gazdasági haszon nem felmutatható.” [16] Valamivel radikálisabb megfogalmazását találjuk az előbb tárgyalt folyamatok következményeinek Baudrillardnál: „Amikor a dolgok, a jelek, a cselekedetek megszabadulnak az ideájuktól, a koncepciójuktól, lényegüktől, az értéküktől, a referenciájuktól, a kezdetüktől és a végüktől, akkor ... a dolgok tovább működnek, amikor az eszméjük már régen eltűnt. Tovább működnek, ügyet sem vetve a saját tartalmukra. És az a különös, hogy annyival jobban működnek. Ekképpen a haladás eszméje eltűnt, a haladás azonban mégis folytatódik. A gazdaságnak a termelést megalapozó ideája eltűnt, de a termelés annál inkább folyik. Ráadásul úgy gyorsul, ahogyan egyre közömbösebbé válik eredeti célja iránt.” [17] Meglepően ismerősen hat ez a helyzetábrázolás.

Az ésszerűség, racionalitás oltárán azonban túlságosan becses kincset áldoztunk fel, és ez sokáig elkerülte figyelmünket. Úgy tűnik, a moralitás szférája fokozatos, ám nyomon követhető eljárások (mint például a külső irányító mechanizmusokkal – piac, bürokrácia - kapcsolatos eljárások) során háttérbe szorult, jobban mondva elvesztette az őt megillető helyet. Feltételezésem szerint, ha a mai bioetikában érzékelhető fragmentálódás helyett, nagyobb hangsúlyt fordítanánk a modern, illetve posztmodern „conditio humana” morális szempontú jellegzetességeinek elemzésére, akkor talán felismerhetnénk, hogy számos probléma, amivel a medicina gyakorlatában szembenézünk, átfogóbb folyamatok

következtében lép fel. Ezek között azonosíthatóak a kontrolálhatatlan elemek, azonban feltárhatóvá válik - optimista meglátásom szerint - az a terület, ahol olyan potenciálok mozgósíthatók, amelyek jótékony hatással lehetnek az emberi érintkezés gyakorlatára.

1.1.3. Ismeretlen utakon

Hogy mik a válság hatására végrehajtott megszorító intézkedések várható következményei, még nem tudjuk. Egy dolog biztos, a növekvő szükségletek és a csökkenő lehetőségek nyilvánvalóan olyan intézkedések foganatosítását teszik szükségessé, amelyek a pénz felhasználásának más módjával próbálják kezelni a helyzetet. Ennek módszerei az alábbiak lehetnek: csökkentik a lakosság rendelkezésére álló szolgáltatásokat, például egyes szolgáltatások térítésének megszüntetésével, a várakozási idő megnövelésével, a generikumok alkalmazásával, és egészségügyi technológia értékelő módszerek bevezetésével. Továbbá, olyan intézkedéseket is foganatosíthatnak, melyek következtében a betegeknek a költségek egy részét vállalniuk kell. Csökkenthető a biztosított populáció mérete, például a magas keresetűeket magánbiztosítás megkötésére kötelezhetik. Az ilyen és ehhez hasonló intézkedések az elemzők szerint kockázatosak, és könnyen vezethetnek ahhoz, hogy a betegek nem jutnak időben kezeléshez, és növekednek az egészségügyi egyenlőtlenségek. (A pénzügyi megszorító intézkedések, amelyek azt célozzák, hogy csökkenjenek az egészségügy finanszírozásának költségei negatív hatással lehetnek a közegészségügyi ellátásra. Miközben bizonyos intézkedések a költségek csökkentését célozzák, az ellátás minőségének fenntartása mellett, kockázatot jelenthetnek, negatívan befolyásolva az egészségmutatókat illetve a lakosság státuszát. Például, miközben az ellátás költségeinek megosztott finanszírozása (cost sharing), illetve a betegektől bizonyos ellátások, szolgáltatások térítésének megkövetelése járhat a szolgáltatások ésszerűbb igénybevételével, ugyanakkor csökkentheti a sebezhető csoportok (mint az alacsony jövedelműek, krónikus és komplex állapotú betegek) által szükséges szolgáltatások igénybevételét is. Mindezek alááshatják a szolidaritás elvét, amely minden társadalombiztosítási, adó-alapú rendszer alapja. Az egészségügyi egyenlőtlenségek növekedése tehát azt eredményezi, hogy a sebezhető betegcsoportok nem jutnak hozzá, vagy a kelletténél alacsonyabb határfokkal jutnak hozzá a szükséges kezelésekhez.

A liberális kapitalizmus országaiban, piaci viszonyok között állandó kérdésként merül fel a szabadság és a szolidaritás értékeinek prioritása. A fentiekben leírtak szerint a liberális kapitalizmus társadalmi formájának legutóbbi válsága, a 2008-ban kezdődött pénzügyi válság, mint minden válság és annak következményei a szociális ellátórendszerekre előtérbe hozzák a fenti értékválasztás dilemmáját. a gazdasági elemzők szerint ezen legutóbbi válság nem

pusztán egy, a kapitalizmus működésébe kódolt válságok közül, hanem akut formája annak a helyzetnek, ami valószínűsíthetően krónikussá fog válni az említett társadalmakban. A tanulságok között szerepel annak a következtetésnek a komolyan vétele, hogy a piaci viszonyok nem önszabályozóak, azaz, bizonyos területeket nem engedhetünk át a piaci szabályozás önkényének. Ezek közül az egészségügy talán az egyik legkiemeltebb, hiszen egy populáció egészségi állapota, az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei alapvetően minősítik a társadalmi igazságosság mértékét (Nem véletlen, hogy a Barack Obama által tervezett egészségügyi reform, ami a lakosság általános hozzáférését célozza a korábbi milliók ellátatlanságát eredményező struktúra helyett igen nagy figyelemre tart számot jelenleg.) A fentiekben vázolt nehézségek miatt azonban a legtöbb szakértő számára nyitott kérdés, hogy Európa tagállamai mennyiben lesznek képesek az egészségügy növekvő költségeit és a szűkülő források problémáját olyan módon kezelni, hogy a sebezhető csoportok ellátása jelentős mértékben ne sérüljön. A kilátások nem túl biztatóak. [18]

1.2 Magyarországi folyamatok

1.2.1 Az államszocialista periódus

A szélesebb perspektíva létrehozása lehetővé teszi, hogy akár a válság következtében felmerülő vagy az egészségügyet érintő átfogó szerkezeti átalakítás útjának kijelölésekor figyelembe vegyük a magyarországi előzményeket is. A hazai és nemzetközi társadalmi-gazdasági változás szociálpolitikára gyakorolt hatását szociológia szempontok alapján kritikával illető szociológus, Ferge Zsuzsa munkái lesznek segítségünkre. „És mi lesz, ha nem lesz?” c. írásában az állam szerepének elemzése kapcsán megvizsgálja, hogy mennyiben érvényesültek civilizációs folyamatok Magyarország huszadik századi történelmében. A civilizációs folyamat és a habitusok átalakulása a társadalmi feltételek változásához való alkalmazkodás parancsa.” írja [19]. Témánk szempontjából indokoltnak tűnik e folyamatokat közvetlenül a II. világháborút megelőző időktől kezdődően nagyvonalakban áttekinteni az elemzés nyomán, figyelemmel a jóléti állam funkcióinak előzményeire. Az integratív – kollektív intézmények ebben az időben kezdtek el kialakulni, ugyanakkor például az iskolarendszer igen lassan bővült és nagyon differenciáltan működött. A társadalombiztosítás a II. világháború előtti utolsó évben is csak a társadalom alig egynegyedét fogta át. A szociálpolitika jelentős részben elmaradott, szegényes, kirekesztő és megosztó szegénypolitikát jelentett. A civilizációs folyamat tehát – legalább részben – a munkásság felső rétegét érthette el, akik megtapasztalták a szerződéses és tárgyalásos viszonyokat, az

egymásrautaltság köreit, az önfegyelem fontosságát, a társadalombiztosítás jövőtudatosító kezdeteit, de ennél alacsonyabb társadalmi rétegekben aligha válhattak belsővé a nagy számban létező külső kényszerek. Valószínűsíthető, hogy ugyanazon vagy hasonló folyamatok mentek végbe, mint a Nyugaton. A II. világháború előtt kevésbé hatották át a társadalmat, mert az (másutt részben az állam által is generált) integráló intézmények szűkebb csoportokra terjedtek ki, a vertikális társadalmi távolságok pedig sokkal nagyobbak voltak.

A háborút követő politikai-történelmi folyamatok ismertek, mégsem árt felidézni a történetek szociális aspektusát. A háború utáni időszakban Ferge Zsuzsa szerint egyfajta államszocialista civilizációs folyamat zajlott le, erről így ír: „...a fokozatosan mindenkit átfogó, kötelező, nagy állami rendszerek, a mindenkire kiterjedő egységes óvoda és általános iskola, a növekvő befogadóképességű közép- és felsőfok, az egységes egészségügy és a társadalombiztosítás, a munkaviszonyok jelentős átalakulása. Ezekhez járult a lakáshelyzet, az utak stb. érdemi javulása; a monetarizálódás terjedése. Mindezek az intézmények számos pozitív és negatív vonásukban hasonlítottak a nyugati megfelelőikhez, azzal az alapvető különbséggel, mely a rendszer politikai lényegéből fakadt, hogy a rendszer az ellátásokat a pártállam „ajándékaiként” állította be.

Bár a folyamatok társadalmi hatása első megközelítésben kézzelfogható volt, témánk szempontjából különös figyelmet érdemel a változások civilizációs, integrációs hatása, összehasonlításban a nyugati jóléti államokban tapasztaltakkal. Ferge leírja, hogy a hatás több okból gyengébbnek bizonyult. Mindenek előtt az antidemokratikus politika miatt sokkal kevesebb volt az oda-vissza csatolás az intézményt létrehozó állam és a használók között. Továbbá túl rövid ideig tartott az az időszak, amikor a nyugdíj vagy egészségügy ténylegesen a köz által hozzáférhetővé vált. Nagyjából 1975 után jutott el a legtöbb rendszer a közel univerzalitásig. Nem utolsó sorban pedig épp a II. világháború előtti helyzet miatt a társadalom legalján elhelyezkedők és az elvárt civilizációs normák között túl nagy volt a távolság. [20]

Ferge hangsúlyozza, hogy ennek ellenére a változásoknak mégis jelentős civilizációs hatása volt. A jóléti intézmények kialakítása nem érte az embereket „sokkszerűen”. Egy sor intézménynek volt valóságos előzménye is, vagy politikai követelésekben megjelenő előképe. Az iskolát, a kórházat, egészségügyi ellátást, nyugdíjat, fizetett szabadságot, tisztas család pótlékot nem idegenkedve és ellenségesen fogadták (mint az egypártrendszer vagy a beszolgáltatást), hanem régi vágyak megvalósulásaként. Összefoglalva azt állítja, hogy az „államszocializmus” legegységesebb pozitív hozadéka a Nyugat-Kelet közötti civilizációs szakadék csökkentése, a „lent” valamelyes felzárkóztatása a „fenthez”. Ebben óriási szerepe

volt az állami rendszereknek, intézményeknek, a foglalkoztatáspolitikától az óvodán keresztül a nyugdíjig. Többek között ezért sem osztja a koraszülött jóléti államról szóló tézist, amelyet gyakran hangoztatnak neoliberais reformerek intézkedéseik mellé, fájdalomcsillapító gyanánt. Soká, talán évtizedekig fog még tartani, amíg valamilyen objektív mérleg készülhet az államszocializmus működésének előnyeiről és hátrányairól, káiról és hasznairól, s egyáltalán arról, hogy létrehozott-e egyáltalán bármi maradandót „...– annál inkább, mert a több évtizedes elnyomásokra és elfojtásokra való visszahatásként ma már a bűnök és a torzulások vannak előtérben.” [21] Úgy tűnik azonban, hogy a háború utáni első években a „szociális gazdaság” (alacsony bérek, az alapvető megélhetési cikkek alacsony árai) volt az egyetlen eszköz arra, hogy a többség legalább az alapszükségleteit ki tudja elégíteni. A későbbiekben az előzőeket kiegészítő kényszerű teljes foglalkoztatásnak és a társadalombiztosítás kiterjesztésének volt még többek között jelentős szerepe a háború előtti tömeges és súlyos szegénység enyhítésében.

Valóban úgy tűnik, hogy a szociálpolitika (vagy társadalompolitika) volt az előző rendszerben az a terep, amely nem csak negatívumokat hozott. Ennek alapján, mielőtt politikai döntés nyomán teljes leváltásukra sor kerülne, érdemes lenne megvizsgálni, hogy lehet-e bennük valami megőrzendő, több mint amennyit a „múltat végképp eltörölni” kívánó politikák elfogadnak. Nem beszélve arról, hogy társadalombiztosítási ellátások nagy többségét általában a II. világháború előtt bevezették, olykor már a bismarcki időkben. Mindez persze a totalitárius rendszer által eltorzítva intézményesult, túlzott központosítás és bürokrácia mentén, mélyen antidemokratikus működés mellett. A rendszerváltást és részleges paradigmaváltást követően talán a szociálpolitika és gazdaság egymástól való elszakadása volt a legszembetűnőbb változás. A demokrácia kiépítése nem jutott el a szociálpolitikáig. Bár az egészségügy egész szerkezete átalakult (1997-ben lépett hatályba 1997. évi CLIV. törvény. az egészségügyről), ugyanakkor a - sok okból illuzórikus, illetve korlátozott „szabad orvosválasztáson” kívül – más, valóban demokratikus intézményes elem nem épült be a rendszerbe. A régi ideológiától valóban sikerült megszabadulni. Ám újabb ideológiai kötöttségek keletkeztek: a kormányban, illetve a parlament egészében meghatározó konzervatív és neoliberális eszmerendszerek a szociálpolitikára is hatnak.

Néhány szemléltető adat: 1992-re kialakult a növekvő munkanélküliség, hajléktalanság, szegénység. A Tárki adatai szerint 1992-ben a lakosság 25%-a létminimum alatt élt, az egyenlőtlenségek folyamatosan és gyors ütemben nőttek. Jellemzővé vált az abszolút, léthatár alatti szegénység növekedése, a korábban elfogadható helyzetű rétegek megingása és lecsúszása. Ez akkor azt jelentette, hogy két és fél milliónyi romló helyzetű és

tovább növekvő számú szegény élt az országban. [22] Ferge Zsuzsa 2012-ben azt nyilatkozta, hogy becslése szerint közel négymillióan élnek ma Magyarországon a létminimum alatt. A szegénység ilyen mérvű növekedése soha nem tapasztalt, példátlan tragédia. A szakembereket ugyanakkor ez nem érte váratlanul, a KSH utolsó 2010-es mérése azt mutatta, hogy akkor a lakosság 37 %-a, azaz 3,7 millió ember élt a létminimum alatt. „A KSH a létminimum összegét úgy határozza meg, hogy „az biztosítja a folyamatos életvitellel kapcsolatos szerény szükségletek kielégítését”, azaz valamivel a léthatár fölött van. E számítás azonban arra mindenképpen alkalmas, hogy világosan jelezze: egyre lejjebb csúsznak a középosztályhoz tartozó családok, a szegénység mélyül. Ferge Zsuzsa szerint a számok azt is mutatják, „hogy a középosztálynak is mind nagyobb része küzd elemi megélhetési gondokkal”. [23] A fentiekben kifejtett differenciálatlan elutasításra hívja fel a figyelmet a világhírű közgazdász Kornai János is, az egészségügyi reformmal foglalkozó megkerülhetetlen munkájában, amikor azt írja, hogy az egészségügyről világszerte folyó vita résztvevői sajnálatos módon nem merítenek a szocializmusról folyó elméleti vitákból, ahogy írja „mintha minden kérdést és minden választ újra fel kellene fedezniük.” [24]

1.2.2 A decivilizációs folyamat

A fentiekből is talán kiderül, hogy a rendszerváltást követő, napjainkig is tartó változások szociálpolitika szintjén jelentkező következményei már nem tekinthetők olyan egyértelműen pozitívnak, mint a demokratikus fejlődés más eredményei. A neoliberális modell számos kritikus szerint nem kizárható egy újabb decivilizációs folyamat bekövetkezése – akár egyes nemzetállamok szintjén, akár globális szinten (az USA-ban már egy ideje ennek lehetünk szemtanúi). Feltételezésük szerint, ha a „globalizációs posztmodern világprojekt” tovább hódít, illetve, hogy mások mellett Magyarország is követi a sokak által javallt neoliberális receptet a hazai és nemzetközi piac korlátainak lebontásáról, s egyben az állam civilizáló funkcióktól való visszavonulásáról, ez egyfajta decivilizációhoz vezethet. Ez nem jelenti az állam eltűnését, esetleg még gyöngülését sem. Inkább alapvető funkcióváltás megy végbe, egy történelmi folyamat megfordításával. A változás részeként az állam korai „rendőri” és szabályozó szerepe az új feltételek mellett is megmaradhat, sőt erősödhet, hiszen a tartós munkanélküliséggel, a „kiilleszkedéssel”, a jóléti rendszerekből való kiszorulással, az egyenlőtlenségek növekedésével szaporodnak a „rászorulók”. Talán nem véletlen, hogy az egészségügyi reform egyik fő kérdése, hogy mi is legyen az ún. „potyautasokkal”. Azaz azokkal a jelentős számú csoportokkal, akiket az új finanszírozási rendszer jogosulatlan kedvezményezettként kívánt meghatározni (hasonló megoldások jellemezték máig pl. az

USA-t is). A kérdés különös hangsúlyt kap, ha követjük a neoliberális modell baloldali, szociológiai kritikáját, hiszen ezen elképzelés szerint a jelenleg zajló tendenciák következményeképp nem is olyan hosszú távon a szegények, rászoruló, nyomorultak száma nő. A hipotézis szerint a rászoruló gondjainak enyhítését célzó segélyezés ugyanakkor kifejezetten atomizáló és a szegényeket egymással szembe is fordító társadalomtechnika – ellentétben a szolidarisztikusabb társadalombiztosítással, ami ellen viszont hazánkban frontális támadás indult az elmúlt évtizedben. A poszt-szocialista szociálpolitikai maradványok elleni heves kritikával a bevezetni kívánt egészségügyi reform oly kevés kézzelfogható eleme között valóban gyakran találkozhatunk. A társadalmi szolidaritás ellen ható, annak intézményesülését gyakorlatilag ellehetetlenítő folyamatok során további problémaforrás, hogy a szegények a korábbinál jobban elszigetelhetők társadalmilag és területileg is. A gazdagok negyedei messze a nyomornegyedektől, a kollektív intézmények – iskola, kórház – szegregálódnak. A társadalmi folyamatok egyre többeket szorítanak ki a piacról munkavállalóként is, vásárlóként is. Munkavállalóként nem kellenek senkinek. Szaporodik azok száma, akikre – ahogy Castel felidézi – „nincs szüksége a világnak”. [25]

Ferge Zsuzsa szavaival: „...Ha valami igazság van abban, amit a civilizációs folyamatról végiggondoltunk, továbbá abban, hogy e folyamathoz hatékonyan hozzájárult a csak rendőrállamból újraelosztást és jóléti szolgáltatások biztosítását is felvállaló közhatalom, *akkor a folyamat megfordításának következménye nehezen lehet más, mint egy decivilizációs folyamat.* Ez azonban - legalábbis kezdetben – nem a társadalom egészét, „csak” a leszakadásra ítélt 30-50 százalékát fogja érinteni, őket viszont mélyen és sok oldalról. Lehetséges, hogy e folyamat csak a társadalom rosszabb helyzetű felét érintse? Ferge szerint „...Azt hiszem igen is, meg nem is. ... Ha a fent lévők a növekvő szegénységgel és decivilizáltsággal egy országban (vagy egy földtekén?) fognak élni, akkor érzelmi háztartásuk súlyos eldurvulása, decivilizálódása várható. Olyan habitusoknak kell a privilegizáltak szűkebb vagy szélesebb rétegeinél kialakulni, amelyek révén rezzenéstelenül elviselik a hajléktalan, éhező, ellátatlan beteg látványát, a sötét és hideg lakásokban élők tudatát, a bevándorlókkal-menekültekkel szembeni durván nem civilizált eljárásokat, s mindezt természetesnek, megváltoztathatatlanak, alkalmasint a szegények saját hibájából-bűnéből adódónak tartják. A mások szenvedése iránti önfelmentő érzéketlenség lesz a civilizált lét feltétele. Nem biztos, hogy ez az európai civilizáció igazi öröksége.” – írja. [26]

A civilizáció szociológiai értelemben vett lényegét tekintve leginkább a társadalmi együttéléstről szól, arról, hogy hogyan tudhatunk egymással és egymás mellett élni egy adott társadalomban, ezt tartja Ferge a legfontosabbnak Elias de Swan és talán legegységértelműbben

Braudel gondolatrendszeréből. [27] Ebből a nézetből természetesen minden valamennyire is tartós társadalom kialakított egy civilizációt – magatartási, érintkezési és erkölcsi szabályokkal, s ezek kikényszerítését segítő eszközökkel. Ezek mind részévé válnak a társadalom önmagáról alkotott képének. Az adott társadalmon belül identitást formálnak és összeköthetnek, egyben pedig a „másként civilizáltakkal”, a „barbárokkal” szembe is fordítanak. Legnagyobb kérdése és fokmérője egyben az Ferge szerint, hogyan jönnek létre a civilizációhoz való adaptációt lehetővé tevő feltételek azoknál, akiknél nem adottak a gazdasági és kulturális tőke minimumai. Miképp biztosíthatók a szükséges minimális források ahhoz, hogy egy-egy civilizációs ciklus „végén” többek feleljenek meg az adaptációs feltételeknek, azaz többek kapcsolódjanak be minél jobban a civilizáltak körébe. Egy adott társadalom uralkodó normáinak megfelelő „jobb civilizáltság” azt is jelenti, hogy az egyén jobban ismeri a játékszabályokat; jobban tud igazodni a társadalmi elvárásokhoz; jobban el tudja magát fogadtatni; az adott lehetőségeket jobban ki tudja használni; és a változó feltételekhez jobban tud alkalmazkodni. Ezen gondolatmenet alapján könnyebb élni és „túlélni” egy adott társadalomban, ha az egyén vagy a csoport jobban „civilizált”, ha a társadalom jobban integrált. Ha a civilizációs folyamat sokakat nem vagy csak részlegesen ér el, akkor a kimaradók óhatatlanul „lent” maradnak, vagy lecsúsznak. Ferge gyakran hivatkozik a hajléktalanná válókra és a cigányokra, akik jelentős része ma nem tud lépést tartani a változásokkal, kiszorodnak a történelmi időből, és ez társadalomból való kiszorulásukhoz vezet. Dolgozatom későbbi, cigányok helyzetével foglalkozó részében ezen decivilizációs folyamat következményeivel kapcsolatban felmerülő etikai kérdések is mélyebb megvilágításba kerülnek.

2. Az egészségügyi átalakítások folyamata bioetikai szempontból (értékválasztás és alternatívák)

A korábban tárgyalt decivilizációs folyamatok, mint a leszakadó rétegekkel kapcsolatos felelősségvállalás problematikájának időszerű esemény-mezői különösen érzékeltetik hatásukat az egészségügyben. Emiatt tehát megkerülhetetlenné teszik az etikai következtetések végiggondolását. Kornai János könyvében jól megvilágítja a racionalizálással kapcsolatos döntések mögött meghúzódó, a gazdaságin túlmutató kérdéskört:

„Talán nincs még egy területe az emberi életnek, amelyben a közgazdaság alapkérdése, a szűkösség ennyire drámai módon vetődne fel, mint az egészségügyben. A tudomány és a technika óriási léptekkel halad. Még a leggazdagabb és egészségügyre

legtöbbet költő országokban is eredményesen használhatnának fel sok, eddig másra költött többletforrást arra, hogy az emberek szenvedését enyhítsék, életet mentsenek, vagy hosszabbítsanak meg. Minden döntés nem csak ad, de ki is zár. Közvetlenül vagy közvetve megszabja, hogy ki az, akit bizonyos egészségügyi szolgáltatásoktól megfosztanak. Elég így megfogalmazni a dilemmát, hogy érzékeljük, milyen nagy a kérdés hordereje. Kinek van felhatalmazása annak eldöntésére, hogy mikor mennyi erőforrást kell és szabad egészségügyi célra felhasználni, kire és mikor kell azt fordítani”

(Kornai János- Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás [28])

A reformfolyamatokra jellemző központi döntési folyamatok magukban hordozzák a veszélyt, amivel Bauman globalizációs írásában [29] a politikai szuverenitás jövőjével kapcsolatban foglalkozik. Az intézményesített döntéshozatal birodalma, valamint azon világ között fennálló növekvő diszrepanciáról számol be, ahol a döntésekhez s megvalósításukhoz szükséges forrásokat megteremtik, elosztják, elsajátítják és felvonultatják. Szerinte a globalizáció bénító hatással van az állami kormányzatok döntéshozó kapacitására. A társadalomtudományok számára mindez újabb kényszerítő erő lehet a fontosabb társadalmi kérdések elméleti alapon nyukvó, gyakorlati vizsgálatára.

A modern bioetika által tárgyalt alapkérdések közé tartoznak az igazságosság problematikája az egészségügyben, az elosztás különböző szintjei, a szűkös források elosztásának etikai dilemmái. Az egészségügyi rendszerek elemzésére való reflexió nélkül ma nem lehet bioetikát művelni. Mivel a medicina szociális rendszere adja meg az individuális orvosi prakszis szükséges keretét, a társadalom által választott egészségügyi rendszer-típus kritikusan fontos a gyakorlat mind technikai mind pedig etikai megfontolásai szempontjából. Nehéz, ha nem lehetetlen etikusan praktizálni, amennyiben a rendszer, amelyben az ember praktizál nem etikus” - írja a világ orvosi és egészségügyi képző intézményeiben előszeretettel használt egészségügyi etika tankönyvében Dr. Erich H. Loewy és hozzáteszi: „Az Egyesült Államokban ma a társadalom számos tagja nem rendelkezik hozzáféréssel az egészségügyi szolgáltatásokhoz, és továbbiak pusztán inadekvát hozzáféréssel bírnak.” (Ez elemzések szerint kb. 40 millió embert jelent - 2004.) [30] Ez (sokunk számára) túrhetetlen helyzet, amely az egyéni praktizálást is ellehetetleníti, és a könyvünkben tárgyalt számos kérdést egyfajta „a gazdagok etikájává” alakítja: olyan problémákká és megfontolásokká, amelyek csak azok esetében merülhetnek fel, akik megengedhetik maguknak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.”

Ebből pedig az következik, hogy a bioetika által felvetett és vizsgált legtöbb kérdés és elemzésük csak annyiban nem tekinthető pusztán elméleti tevékenységnek, amennyiben a

társadalom túlnyomó része számára aktuális. Különben abban az abszurd helyzetben találjuk magunkat, hogy a bioetika egyfajta osztályhoz, társadalmi réteghez köthető tudományos relevanciával bír csupán.

Fentiek indokolják számomra azt, hogy ma Magyarországon a bioetika legfőbb feladata az, hogy **reflektáljon a mindenkori változtatási elképzelésekre, hozzájáruljon az értékválasztás folyamatához, és kritikai tudományként szerepeljen, vállalva társadalmi felelősségét.** A bioetikai alapelvek, a medicinában lehetséges értékválasztás kérdése ma Magyarországon különösen aktuálisnak tűnik. A rendszerváltás óta bekövetkezett reform erőfeszítések közül talán az egészségügy elindított reformja volt az, amely nemcsak a gyógyító tevékenység mindennapjait, a betegek ellátásának gyakorlatát kívánta radikálisan megváltoztatni, de megvalósulásának módja majdnem döntő meghatározójává vált a társadalmi igazságosság érvényesülésének hazánkban. Bár a reformról nem állt a megfelelő időben rendelkezésünkre kellő részletességű háttéranyag, az világosnak tűnt, hogy az alap irány a liberalizmus magyarországi képviselőinek ízlése és választása szerint való. A fentiekkel nem kívánok politikai elemzésbe bocsátkozni. Pusztán arról van szó, hogy valamennyi komolyan vehető szakember hangsúlyozza a téma kapcsán, hogy **az egészségügyi modell kiválasztása elsősorban és legelőször is értékválasztás.** Ebben közgazdászok, és társadalomtudósok is egyetértenek. Szűkebb értelemben tehát bioetikai, valójában azonban etikai-filozófiai gyökerű kérdés, melynek megalapozása igényli mind a filozófiába (etika), mind a különböző határtudományokba való kitekintést (szociológia, közgazdaságtan stb.)

2.1 Kornai János közgazdasági elemzése

Az egészségügyi reformmal kapcsolatos szakirodalom talán legjelentősebb műve Kornai János: *Egyéni választás és szolidaritás* című műve, amely elsősorban a poszt-szocialista Kelet–Európa országainak (Albánia, Bulgária, a Cseh Köztársaság, Horvátország, Lengyelország, Macedónia, Magyarország, Románia, Szlovákia és Szlovénia) egészségügyi szektorban tapasztalható súlyos problémái megoldásához kíván javaslatokat tenni. 1998-ban jelent meg a szerző *'Az egészségügyi reformról'* című. könyve, ezt a rövid magyar nyelvű tanulmányt dolgozta át a későbbiekben Karen Eggleston amerikai egészségügyi közgazdással, és ez a revideált és kibővített változat jelent meg azután először angol nyelven, 2001-ben a Cambridge University Press kiadásában, majd hamarosan lefordították lengyelre, kínaira és vietnámira. Az angol nyelvű kiadás pozitív fogadtatásához hozzájárult, hogy a megfogalmazott ajánlásokat általános etikai elvekből vezetik le a szerzők. Kornai könyvének „*Az etikai posztulátumok*” című fejezete már kiindulópontként tisztázni kívánja, hogy az

értékválasztás meg kell, hogy előzze a gazdasági megfontolásokat. Természetesen a mű címe is ezt hivatott hangsúlyozni: két alapvető etikai posztulátumban, az egyéni választás (szuverenitás) illetve a szolidaritás fogalmaiban látja összefoglalandónak a reformmal kapcsolatos közgazdasági elemzést. Ezt a két etikai elvet tekinti gondolatmenetük kiindulópontjának, és a reformereknek is ezek követését javasolja.

2.1.1. Az egészségügy átalakításának elvei, szuverenitás és szolidaritás

Meg kell jegyeznem, hogy miközben a téma szempontjából példaértékűnek tekintem a szerző által kijelölt elemzési terepet, eldöntendő és erősen vitatható problémának tartom, hogy vajon a két etikai elv egyeztethető-e a reformfolyamat megvalósításában olyan módon, ahogy az Kornainál megjelenik. A szerző maga is leírja, hogy a jóléti állam, s ezen belül az egészségügy reformjáról szóló irodalom jelentős része a „méltányosság versus hatékonyság” dilemmát állítja az elemzés középpontjába, és hozzáteszi, hogy nem kívánja ezt a tradíciót követni. A két jelentős elvet egyrészt az etikai elv, illetve az instrumentumok közötti különbségtétellel (szolidaritás vs hatékonyság előmozdítása), másrészt pedig annak hangsúlyozásával kívánja együttesen szerepeltetni, hogy szemben a matematika axiómarendszerével, amelyektől ellentmondás mentességet várnak el, az etikai alapvető posztulátumai között ellentmondások léphetnek fel. [31] Véleményem szerint azonban, a reform alapvető irányának kijelölésekor vannak olyan kardinális területek, amelyek esetében döntenünk kell, hogy az egymással ellentmondásba léphető elvek közül melyiket tartjuk elsődlegesnek. A prioritás mindenképpen meghatározódik, a kérdés csak az, hogy ez a döntéshozók tudatos és vállalt szándéka szerint, vagy lépéseik utólagos értékelésében válik egyértelművé. Fontos következtetés lehet minden esetleges további reform előkészítése során ezen premisszák következetesebb átgondolása.

Tekintsük át röviden, milyen módon értelmezi Kornai a szolidaritást etikai elvként. Először is fontos, hogy elhatárolódik a libertáriánus etikától, amely elveti az állami redisztribúció minden formáját, továbbá a kötelező biztosítás gondolatát. Ugyancsak szemben a libertáriánus állásponttal úgy látja, hogy a szolidaritás nem bízható rá kizárólag az egyéni jótékonyagra, mert akkor a támogatottak köréből kimaradhatnak olyanok, akik arra valóban rászorulnak. Törvényeknek kell előírniuk, hogy az állam köteles segíteni a szenvedőknek, a bajbajutottaknak és a hátrányos helyzetűeknek. Javaslatában a szolidaritás és az egyéni szuverenitás egyaránt fontos elveinek egészségesebb és hatékonyabb kompromisszuma akkor jön létre, ha minimális kötelező biztosítást hozunk létre, önkéntes biztosítást a minimum felett. Nem akkor, ha univerzális jogosultságot biztosítunk, és ahogy írja az „egész biztosítási feladatot áttereljük a paternalista állami redisztribúció csatornáiba.”

Az eddig említett két etikai elv mellett Kornai további ötöt sorol még fel. Ezek az alábbiak:

3. elv (verseny): Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma, Legyen verseny különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között.

4. elv (ösztönzés): Olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.

5. elv (az állam új szerepköre)

6. elv (átláthatóság): látható kapcsolat az állam jóléti szolgáltatásai és azok adó vonzata között

7. elv (a program időigénye): időt kell engedni a jóléti szektor új intézményeinek evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.

Az alábbiakban a 6. és a 7. elv jelentőségére térnek ki, mivel témánk szempontjából ezek talán a leginkább relevánsak.

2.1.2. Az egészségügy átalakításának elvei, átláthatóság és a program időigénye

A bioetika sajátos felelőssége a fentiek szerint is vitathatatlan, hiszen épp ez a tudományterület hivatott arra, hogy a kérdés normatív tartalmának megfelelően mindent megtegyen azért, hogy az egyes alternatívák lehetséges következményeinek etikai elemzését megadja. Be kell mutatnunk, hogy a tervezett intézkedések hivatkozási alapjaként azonosított értékválasztás ténylegesen megvalósulhat-e a konkrét lépések hatására. Elő kell segítenünk azt, hogy a sokat emlegetett társadalmi diskurzus kialakulhasson, és a demokrácia elveinek megfelelően az állampolgárok valóban dönthessenek preferenciáik vonatkozásában, mindenekelőtt arról kellene döntenünk, hogy

1. a szolidaritás mely értelmezését fogadjuk el
2. a szuverenitás és a szolidaritás ellentmondásba kerülése esetén milyen prioritást kívánunk meghatározni
3. mekkora szerepet szánunk a jövőben az állami gondoskodásnak szemben az egyén öngondoskodásával

A bioetikusok felelőssége továbbá az is, hogy folyamatosan emlékeztessenek arra, legyenek bár a gazdasági szempontból elkerülhetetlen megszorító intézkedések bármilyen fontosak is, amikor az egészségügyi ellátásról döntünk, elsősorban a társadalmi igazságosság szempontjait kell szem előtt tartanunk. Ehhez arra lenne szükség, hogy a témáról szóló vitákban a társadalomtudományok képviselői a jelenleginél jóval nagyobb mértékben

vegyenek részt. Minél szélesebb fórumokon bemutassák az ezzel kapcsolatban rendelkezésre álló adatokat, és felsorakoztassák az elemzést megkövetelő kérdéseket.

2.2 Az átalakítás alternatívái

Az egészségügyi rendszerek reformfolyamatai a világ szinte valamennyi országában terítéken vannak. Európa nem egységes a működtetett egészségügyi rendszerek vonatkozásában. Nehéz az egyes alternatívák csoportosítása többek között azért is, mivel az egyes országok általában nem homogén rendszereket működtetnek. A számos lehetséges csoportosítás közül az alábbiakban kövessük Orosz Éva erre vonatkozó elemzését. [32]

Orosz Éva bemutatja a 80-as évek közepe óta Magyarországon jelen lévő két elképzelést a reform alapvető irányára vonatkozóan. Ezek az alábbiak:

2.2.1. Közfinanszírozáson alapuló rendszer

Egy alapjában közfinanszírozáson (kötelező társadalombiztosításon és költségvetési finanszírozáson), a szolgáltatások terén vegyes tulajdoni viszonyokon alapuló egészségügyi rendszer, amelyben a magánbiztosítás kiegészítő szerepet játszik. A reform fő kérdése: a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészségügyi rendszernek a gazdaság jövedelemtermelő képességével összhangban álló finanszírozhatóságának a biztosítása, a közfinanszírozású egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése, és az esélyegyenlőség biztosítása a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben. Ez az irányzat fontosnak tartja a kiegészítő biztosítások szerepét, továbbá megfelelően körülhatárolt körben javasolja a térítési díjak bevezetését is, de nem ezt tartja a reform fő kérdéseinek. Orosz Éva szerint ez a koncepció áll összhangban az európai egészségügyi reformokkal. [33]

2.2.2. Magánfinanszírozáson alapuló rendszer

A másik irányzat szerint a reform fő iránya a közkiadások csökkentése. Ennek megfelelően egyre inkább (ill. radikálisan) a magánfinanszírozás (a magánbiztosítás, a közvetlen térítési díjak) szerepének növelése a cél, miközben a közfinanszírozásnak/társadalombiztosításnak a szolgáltatások csökkenő (ill. minimális) körének a nyújtására, és a szegények ellátására kell szorítkoznia.

Orosz szerint : *„A két irányzat közötti választás nem tudományos, hanem politikai kérdés, mindenekelőtt értékválasztás.”*[34] „Mindkét modell megvalósítható. Az első modell, amelynek az a kiindulópontja, hogy az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférés nem függhet az egyének jövedelmi helyzetétől, az európai egészségügyi rendszerek értékrendjét követi. A második koncepció az európaiktól alapvetően eltérő amerikai jóléti modellhez áll közel, amelyben a fogyasztói szuverenitás áll a középpontban. Kérdés, hogy melyik az a

reformirány, amely legjobban szolgálja a magyar gazdaság fenntartható fejlődését, a társadalom egészségének jólétét, beleértve az egészségi állapot javulását és a társadalmi kohézió, biztonság, közbiztonság megfelelő fokát is.”

Természetesen Orosz Éva is hangsúlyozza, hogy a jóléti államok második világháború utáni kiépülésével markáns különbség alakult ki az amerikai és az európai egészségügyi rendszerek között. Ám ez nem pusztán a konkrét szervezeti jellemzőkben (pl. a finanszírozás módjában), hanem az alapvető politikai és etikai elvekben is megmutatkozik. A valóságos egészségügyi rendszerek nem tisztán csak az egyik vagy a másik modell (a piaci ill. közegészségügyi [35]) jellemzőivel bírnak. A különbséget az jelenti, hogy melyik modell értékrendszere, strukturális jellemzői a dominánsak. A közegészségügyi modellen alapuló nyugat-európai egészségügyi rendszerekben is vannak piaci elemek (pl. magánbiztosítás), és a piaci modellen alapuló amerikai egészségügyi rendszerben is részben megtalálhatók a közegészségügyi rendszer elemei.

A piaci modell

A liberális értékrendszeren alapuló piaci modell az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást ugyanazokra az elvekre alapozza, mint az egyéb javakhoz való hozzájutást. A legitim módon szerzett jövedelem és gazdagság lehetővé teszi az egyének számára, hogy az elérhető javak és szolgáltatások egy bizonyos részét megvásárolják, azaz ebben a modellben alapvetően az egyének preferenciája és fizetőképessége határozza meg az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást is. Ezen irányzat szerint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában a kormány által játszott szerep indokolatlanul korlátozná a páciensek és az orvosok szabadságát. Az állami beavatkozás által megvalósított kényszer (vagy másképp fogalmazva az állami gondoskodás) gyengíti a személyes felelősséget, mivel az egyének nem munkával szerzett javakhoz jutnak. (Ez egyben gyengíti a munkára ösztönzést is, ami a gazdasági jólétre károsan hat.) A piaci modellben a fogyasztói szuverenitás alapelvéből következően a magánbiztosítás és a páciensek általi közvetlen fizetés jelenti a finanszírozás fő formáját. Az egészségügyi szolgáltatásokat előállító intézmények magántulajdonban vannak. A szolgáltatók javadalmazását a piaci viszonyok alakítják ki. A piaci modell nyilvánvaló előnye a fogyasztói szuverenitás, a fizetőképes keresettel rendelkezők számára a szolgáltatások minősége. A hátránya pedig az, hogy a biztosítással rendelkezők között is jelentős különbségek vannak az ellátáshoz való hozzájutásban (a munkáltató által nyújtott biztosítások ill. az egyének jövedelmi helyzete között); továbbá azok a rétegek, amelyek nem rendelkeznek megfelelő fizetőképes keresettel, kiszorulnak a biztosításból. A hátrányok ellensúlyozására az állam bizonyos lakossági rétegeknek biztosítást nyújt (pl. az USA-ban a

szegények egy részének biztosítást nyújtó Medicaid és az időskorúakat biztosító Medicare programok).

A közegészségügyi modell

A másik modell az esélyegyenlőség értékrendjén alapuló közegészségügyi modell: az alapvető egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást állampolgári jognak tekinti, hasonlóan a választójoghoz vagy a törvény előtti egyenlőséghez, ami nem függhet az egyének jövedelmi vagy vagyoni helyzetétől. Azonban az, hogy milyen ellátást tud nyújtani a rendszer, nyilvánvalóan függ a társadalom egészének gazdagságától. A szabadság fontos érték ebben a modellben is, de eltérő értelemben. Az egészségügy területén a szabadság korlátozása – a biztosítás kötelezővé tétele – hozzájárulhat, hogy a társadalom alacsony jövedelmű tagjai, jobb egészségi állapotuk következtében, a munkaerőpiacon nagyobb szabadságot élvezzenek.

A közegészségügyi modell meghatározó alapelve a társadalom egészségi állapotának javítása, ennek érdekében az egyenlő hozzáférés biztosítása az alapvető egészségügyi ellátáshoz, függetlenül az egyének jövedelmi helyzetétől. Ebből következően az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában a közfinanszírozás játssza a meghatározó szerepe. A modell nyilvánvaló előnye, hogy a társadalom egésze számára biztosítja a hozzáférést az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz. A magasabb jövedelműek számára hátrányt jelent, hogy az adózás vagy a kötelező biztosítás kényszeríti őket, hogy az alacsonyabb jövedelműek, nagyobb kockázatúak ellátásának a finanszírozásához hozzájáruljanak. A másik hátrány, hogy az a minőség, amihez a közfinanszírozású rendszeren belül hozzájutnak, gyengébb, mint amit maguk számára a piaci modellben meg tudnának vásárolni (ugyanazért a pénzért, amit adó, ill. járulék formájában befizetnek). Ennek a hátránynak az ellensúlyozására szolgál a magánbiztosítás. Heterogenitásuk mellett ami az alapvető modelleket megkülönbözteti az az, hogy a fogyasztói szuverenitás illetve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének értékei közül melyik kap prioritást.

3. A bioetika története és útkeresése (a bioetika fenomenológiai megközelítése)

A háború utáni, illetve a közelmúlt egyes társadalmi és globális jelenségeinek vizsgálata mentén talán sikerült rávilágítani ezen folyamatok egyik központi, az etikai és bioetikai megközelítés kardinális jelentőségű szempontjára, az *értékválasztás* kérdéskörére. A vizsgált folyamatok (elosztórendszerek átalakítása, reformelképzelések) vonatkozásában

megkerülhetetlenül dolgunk van vele, és feltétlenül indokolttá teszi mind a szociológiai, közgazdasági és etikai szempontok együttes alkalmazását, közelítését. Egy másik, hasonlóan fontos perspektíva is kínálkozik a bioetikai szempontok valós, társadalmi dimenziókban történő érvényesítésére. A bioetika tudományának konkrét, társadalmi és egyéni következményeket is lehetővé és szükségessé tévő alkalmazására, az egyes tárgyalt és felmerülő viszonyok jogi szabályozási kereteinek kialakításakor.

Az új egészségügyi törvény Magyarországon sokak számára megnyugtató módon rendezett egy sor olyan orvosetikai kérdést, amelyek a mai demokratikus országokban központi jelentőségűek, és ennek megfelelően az elmúlt évtizedek e területre vonatkozó szakirodalmában is meghatározóak. Soha nem feladható és folyamatos aktualításra jogot formáló feladata a bioetikának a medicina praxisához kötődő – *jogalkotással* szembeni és azzal kapcsolatos kritikai - álláspont kidolgozása. Mind a létező jogszabályok felülvizsgálata, mind a jövőben megfogalmazandóak kidolgozásában való lehető legaktívabb részvétel, beleértve a reformfolyamatokat is. Bizonyára sokan vannak, akik szerint amennyiben ezt sikerül megtennie, tulajdonképpen már be is töltötte feladatát, hiszen ezzel kapcsolatos mindaz, ami egy alkalmazott etikai terület tényleges célkitűzése lehet, a többi valahol úgy is csak „szócséplés”. (A filozófus filozofáljon a bioetikus foglalkozzon a betegjogokkal.) Talán sokan érzik ugyanakkor azt is, hogy a jogszabályok előtt és után (meggyőződésem szerint közben is) vannak olyan kérdések, amelyekben nem feltétlenül hozhatunk létre - ki-ki saját morális elkötelezettségének megfelelően persze - egyértelmű válaszokat, mivel feladatunk egészen más. Azokra a kérdésekre szeretnék utalni, amelyek döntően a meta-etika területéhez tartoznak, az alkalmazott etikák innen merítenek a konkrét gyakorlatok elemzése során. Ezen kérdések tárgyalásának ugyanakkor aktualitása is van. Meglátásom szerint - pusztán tudomány-ökonómiai okokból is - akkor juthatnak nagyobb szerephez, ha a jogszabályok szintjén viszonylagos „rend” uralkodik. Természetesen egy pillanatra sem hagyjuk figyelmen kívül, hogy a jogszabályok megalkotása és azok érvényesülése között óriási szakadék van, és ez, számos tényező miatt Magyarországon különösen összetett kérdés. Jelen tanulmány azonban nem ilyen jellegű konkrét, szorosan a szabályozáshoz kötődő kérdésekkel foglalkozik, hanem olyan témával, amely *metaetikai* jellegű felvetések alkalmazott etikai funkcióját vizsgálja. Röviden tehát, arra szeretnék rámutatni, hogy létezik más, *elméletibb természetű megközelítése* a bioetikának, amelynek azonban döntő gyakorlati relevanciái lehetnek, különösen az egészségügyi rendszer egészére ható központi folyamatok során, beleértve többek között a jogi szabályozást is. Az alábbiakban szeretnék felvázolni bizonyos szempontokat, amelyek indokolttá tehetnek egy ilyen megközelítést. Ezt követően pedig egy

gondolatkísérletet mutatnék be, amely egy a fenomenológiai filozófia területén megjelent gondolkör lehetséges alkalmazásából áll. Mindezekhez talán hasznos lehet egy rövid „etika-geográfiai” emlékeztető.

Az alábbiakban a **bioetika történetének** huszadik század második felében induló történetét szeretném röviden ismertetni. Fontos szempont, hogy kirajzolódhasson, milyen következményei vannak a tudományterület korunkban és kultúránkban megillető megváltozott szerepkörének. Ennek kapcsán pedig szeretném bemutatni, hogy a legutóbbi időszak fejlődése egyre markánsabban kiemeli a tudomány születését és első virágkorának otthont adó angolszász terület, illetve az európai régió eltérő jellegzetességeit, értékválasztási különbözőségét. Annál is inkább fontosnak tűnik ez utóbbi folyamat bemutatása, mivel Magyarországon egyre sürgetőbb indokok mutatnak rá arra, hogy a társadalmi preferenciák kialakításában a bioetika hazai képviselőinek muszáj útmutatással szolgálniuk. A bioetika eltérő amerikai illetve európai fejlődésének hangsúlyozásával reményeim szerint az is világossá válhat, hogy miért tartom indokoltnak ezen tudományág útkeresési próbálkozásai közepette az európai tradícióban rejlő szellemi örökség erőteljesebb jelenlétének szorgalmazását hazánkban.

3.1 A bioetika rövid fejlődéstörténete

Röviden összefoglalva - hiszen a fenti folyamat kimerítő bemutatása számos magyar nyelvű munkában is megtalálható (Izd. például Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai* című könyvét) - a **huszadik század második fele egyrészt történelmi fordulópont a hagyományos orvosi etikától** a bioetika felé való elmozdulás vonatkozásában, másrészt egy olyan minőségileg eltérő tudományos fejlődés időszaka, amely sok szempontból nem mutat szerves összefüggés saját múltjával. Mit is értünk ezen? A medicina robbanásszerű fejlődése a hatvanas- hetvenes évektől kezdődően olyan radikálisan megváltoztatta a medicina funkcionálásának tartalmát és kereteit, valamint az egészségügyben dolgozók illetve a betegek kapcsolatának kontextusát, hogy sok szempontból egy új tudományról kell beszélnünk. Ebben az időszakban zajlott az a folyamat, amelynek következtében a hagyományos orvosi etikát egyre erősebb mértékben felváltotta a bioetika, ami jóval szélesebb kereteket jelölt a tudományos diskurzus hatáiraiként. A korábban nagyrészt orvosok által tárgyalt témák köre jelentős mértékben kiszélesedett, és az új tudomány meghatározó módon multidiszciplináris természetű lett. A folyamat jelentőségét már a nyolcvanas évektől kezdődően Magyarországon is felismerték az akkor még úttörőnek számító kutatók. Losonczy Ágnes 1986-ban megjelent „A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben” [36] című

munkájában az alábbiakat olvashatjuk erről: ”Ez a század többet fedezett fel az orvostudomány – gyógyítás, diagnosztika, technika, gyógyszerek – terén, mint a megelőző évszázadok összessége. Mégis az orvostudomány válságáról beszél nemcsak a nyugat-európai – különösen amerikai – radikális kritikai irodalom, de még a tudományos igénnyel mélyebben vizsgálódó orvosszociológiai munkák egy része is.” – írja.

Ugyanakkor a második világháború után következő időszak polgárjogi mozgalmi hatására a liberalizmus értékrendjének társadalmi folyamatokat alakító szerepe is a korábbiakban nem tapasztalható változásokat eredményezett. Ez utóbbi folyamat, főként az Egyesült Államokban meghatározó volt a születőben lévő „új tudomány” alapszemléletének kialakulásában. S mivel a tudomány születése és első virágkora is nagyban kötődik az amerikai kontinenshez, (Európában később és meghatározó mértékben angolszász befolyás alatt született és fejlődött a terület) a **bioetika alapelveinek kialakulását is** a fenti folyamatok határozták meg. A hetvenes évek végén kidolgozott „alapelvek” a *Georgetown Mantra*, a következő négy bioetikai alapelvet rögzíti: *jótekonyság, ne árts, autonómia és igazságosság*, ezek közül döntő szerephez – mint arról a későbbiekben még szó lesz – az autonómia jutott. A medicinában az etikai és morális kérdéseket hosszú időn át ezek mentén kezelték.

3.1.1 A bioetika múltja és jelene

A modern medicina második világháborút követő drámaian megnövekedett technológiai kapacitása meglehetősen ironikus módon, éppen abban az időszakban következett be, amikor a tudományos világnak (is) szembesülnie kellett azzal a ténnyel, hogy a náci Németország működésének részeként a medicina részt vett a humanitás sokak szerint legborzalmasabb „projektjében”, a zsidók, cigányok, fogyatékosok és más „alacsonyabbrendűnek” tekintett emberi lények millióinak kínzásában és kiirtásában. A nürnbergi per szimbolikus eseménnyé is vált, jelentősége túlmutat a per konkrét tartalmán, valamilyen módon a „gonosz legyőzésének” eseménnyé lett, amelyben milliók érezhették azt, hogy bár a megtörténtekeket nem lehet semmissé tenni, valamiféle elégtétel mégiscsak létrejöhet az ítéletek meghozatalakor. A per egyben a bioetika születésének is meghatározó eseménye. A nürnbergi perben napvilágra került az is, hogy a hatalom eszközeivel a medicinát az emberi személy méltóságának porba tiprására és az emberi élet kioltásának érdekében is fel lehet használni. Az is világossá vált, főként mikor a borzalmak végrehajtói nyilatkoztak, hogy legtöbben közülük a tudományos cél érdekében hajtották végre tetteiket, végezték el gyilkos kísérleteiket, hogy a medicina nem rendelkezik olyan etikai támpontokkal, amelyek akár

gátként jelentkezhetek volna a történetek szabad lefolyásában. Ez a felismerés volt többek között az, ami a bioetika kezdeteiként is számon tartott nürnbergi kód kidolgozását eredményezte, amely az első olyan dokumentumnak tekinthető, amelyben a modern medicina gyakorlatának etikai szabályozására kísérlet történik. Magától értetődően a nürnbergi kód és az ezt követő további kezdeti szabályozások is az autonómia, az önrendelkezés fontosságát emelik ki, hiszen az emberi méltóság semmibevétele az autonómia megtagadásával ment végbe a táborokban és a kórházakban. (Ezen dokumentumok ellenére az embereken végzett kísérletek etikai igazolhatósága szerte a világon még évtizedeken keresztül erősen kérdéses maradt, de ennek részletei meghaladják jelen dolgozat kereteit.)

David C. Thomasma. a bioetika ezen szakaszát „Ide-süss” (Lookey-Here Ethics) [37] etikának nevezte el, mivel ahogy összefoglalóan leírja, a korai szakaszban megjelent bioetikai tárgyú írásokban domináltak az olyan cikkek, melyek retorikai kérdéseket vetettek fel egy-egy felmerülő nehéz probléma kapcsán. Ezek között szerepeltek például a következők: Istent játszunk? Ki döntsön? Hogyan kell megoldásra jutnunk? Milyen értékeket kell feláldozni?. 1960 és 1970 között ezeket a kérdéseket eleinte igen távan azonosították, társadalmi problémákként [38]. Azután következtek csak a specifikusabb kérdések, hasonlóan ahhoz, ahogy napjainkban a genetika általánosabb problémáitól eljutottunk a genetikai manipulációk (gene mapping, a leukémia alteráló génterápiája stb.) specifikus kérdéseire.

„Az alkalmazott etikai fordulat”

A fejlődés második, az „idesüss etikát” követő szakaszában a bioetika nyitott a filozófiai etika diszciplinájára felé, egyre határozottabban vont be neves filozófusokat az egészségügyben dolgozó szakemberek mellé bizonyos kérdések kapcsán. Innen datálható a terület tényleges multidiszciplinaritásának kialakulása. (Thomasma leírja, hogy a gyakorlatban ez sokszor úgy zajlott, hogy egyetemeken bölcsészkaráról filozófusokat hívtak meg, és kerekasztal beszélgetéseket folytattak orvosok részvételével. Ezen találkozásokról számos fontos szakmai együttműködés született, amelynek eredményeképp kreatív, interaktív interdiszciplináris írások láttak napvilágot. Így teremtődtek meg a későbbi mélyebb elemzések alapjai.) Ebben az együttműködésben nem csak filozófusok vettek részt: irodalmárok, szociológusok, antropológusok, jogászok, orvos történészek, és más társadalomtudomány-területek szakemberei is hozzájárulásukkal gazdagították a medicinát és az orvosképzést. Ezzel párhuzamosan egyre több orvos szerzett kapcsolódó területeken diplomát, ismeretekre tették szert az etika és az orvostudomány összefüggéseiről, és hozzájárultak a filozófiai medicina egyre terebélyesedő tudományához (Engelhardt, 1986 [39]). Ennek a tevékenységnek a

kezdetre 1969 tájára tehető, amikor a Penn State Orvosegyetemen létrehozták a Humán Orvostudományok Tanszéket. Ezt követően a hetvenes években óriási lendületet vett a fejlődés.

„Legitimáció”

A diszciplína kibontakozásában egy újabb hatalmas lépés volt az, hogy nagy nevek kezdtek el érdeklődést mutatni a kérdések iránt. Nagyhirű tudósok, mint például Alasdair MacIntyre (MacIntyre, 1981, 1988) a filozófiai megközelítésre összpontosítottak. Két jelentős folyóirat is született, a *The Journal of Medicine and Philosophy* valamint a *Theoretical Medicine*, az etikai elemzésen túl mélyebb filozófiai elemzések kidolgozását is támogatva.

Ugyanakkor vannak, akik ennek az iránynak a veszélyeire is felhívják a figyelmet. A kritikusok szerint sokszor valamiféle mesterséges, deduktív, racionalisztikus szemlélet születik, mivel az elméleti filozófusok nem foglalkoznak a klinikai gyakorlattal. Mindenesetre ebben az időszakban kezdett a bioetika elméleti, filozófiai megközelítése komoly teret nyerni, és ez részben annak volt köszönhető, hogy mind a diszciplína gyakorlói, mind a „kívülről jövők” számára egyértelművé vált, hogy a biomedicina és a kialakuló biotechnológia korunkban döntő egzisztenciális és társadalompolitikai tényezővé válik. (Gondoljunk arra, hogy például a géntechnológia vagy a reprodukciós technológiák létezése mennyiben alakítja át az emberi természettel vagy a *conditio humana*val kapcsolatos korábbi elképzeléseinket.)

„Megegyezés az alapelvekről”

A morálfilozófiai háttér kezelhetővé alakításának kísérleteként jelent meg az alapelvek használata a bioetikában. Létrejöttükkel az volt a cél, hogy átvezessenek a bonyolult elméletek világából a konkrét válaszadás területére. Legkidolgozottabb formájukban olyan fegyvertárat hivatottak alkotni, amellyel sortűz alá vehetők a megoldhatatlannak tűnő erkölcsi dilemmák. A négy alapelv (*autonómia, jótékonyosság, Ne árts!, igazságosság*), először a hetvenes évek végén került kidolgozásra. Az elképzelés az volt, hogy az adott dilemma megoldását egy vagy esetleg több alapelv felhasználásával tárjuk fel, így eljutva egy etikailag igazolható állásponthoz. Iránymutató, értékjelölő segédeszközként működtek az alapelvek, a válaszok kidolgozásának alapjául szolgáltak.

A 70-es évek végén kialakult alapelvek azután az 1980-as években meghatározóvá váltak. Beauchamp és James Childress először 1973-ban a *Belmont Jelentésben* és egy elnöki jelentésben (*President's Commission for the Protection of Human Subjects* - National

Commission,1979) körvonalazták őket, majd végső formájukat az azóta már három kiadást megért *A biomedikai etika alapelvei* című művükben nyerték el.

3.1.2 A principalizmus és az autonómia alapelve, erősödő kritikák

A **principalizmusként** emlegetett, azóta a bioetikában rendszeres és alapvető támadásoknak kitett irányzat az alábbi alapelveket jelölte meg az egészségügyben folyó munka etikai értékelésének támpontjaiként:

1. A beteg autonómiájára tiszteletének az elve
2. A „Ne árts!” elve
3. A jótékonyosság elve
4. Az igazságosság elve

A fenti alapelvek közül aránytalanul nagy szerephez jutott az autonómia tiszteletének elve, – és ez a principalizmust ért kritikák között a számunkra legérdekesebb – amely ugyanakkor üdvözlendő módon hozzájárult a betegjogok fejlődéséhez és megszilárdításához. Egyben szerepet játszott abban a negatív folyamatban is, melynek eredményeképp a beteg egzisztenciálisan összetett leírhatóságával szemben egy meglehetősen uniform, autonóm, döntés képes személyként jelenik meg a gyógyítási folyamatban. Ez a hangsúly eltereli a figyelmet arról, hogy a gyógyítás alanya sokszor és sok szempontból kiszolgáltatott, sebezhető és rászoruló személy, továbbá minden esetben egzisztenciálisan sebezhető, azon egyszerű okból, hogy az orvostudomány minden ezt megváltoztatni igyekvő erőfeszítése ellenére, halandó lény.

A későbbi időszakban a kezdeti sikerek után az alapelveket komoly kritikák érik, azonban úgy tűnik, a kritikai álláspont által felvetett érvek ellenére, a bioetika ragaszkodik ezek megtartásához. Bár sokan elismerik, hogy kizárólagos alkalmazásukkal nem garantált az etikai válaszadás sikere, ám továbbra is kiindulópontként fontosnak tartják őket. A kritikai álláspont vonatkozásában meghatározó munkának K. D. Clouser és B. Gert: „*A principalizmus kritikája*” [40] című írását tekinthetjük. Állításuk szerint az alapelvek jelentős szerephez juttatása nem pusztán téves, hanem sajnálatos gyakorlati és elméleti következményekkel is jár. Ezen sajnálatos következmények közé tartozik például az, hogy a gyakorlatra vonatkozó morális érvelésekben az alapelvek mintegy kizárólagos döntőbírákként funkcionálnak. Szerepüktől szinte tökéletesen megfosztva azokat az etikai elméleteket amelyekből állítólagosan származnak, gyakran kiüresednek. Ezzel kapcsolatos további jelentős probléma például az is, hogy ezen alapelvek rendszereikből kiragadva, a legváltozatosabb módon jelennek meg egymás társaságában: „...mintha lehetnék egyszer

kantiánus, egyszer utilitarista, máskor pedig valami más, anélkül, hogy azon kellene aggódnom, hogy az elmélet, amit valamelyikük használ adekvát vagy sem.”. [41]

„*Várjunk csak egy percet*” - A diszciplína természetes fejlődésének következő állomását Thomasma a „kezdeti sikereket követő alkalmazkodás korszakának” [42] nevezi. Azok, akik ténylegesen a medicina mindennapjaiban dolgoztak, tiltakozni kezdtek a principalista etika túlzott strukturalizmusa ellen. *Ez a tiltakozás leginkább az autonómia elvének túlhangsúlyozása ellen irányult.* James Childress a nyolcvanas évek elején úgy fogalmazott, hogy az autonómia minden más értéket kiüt a nyeregből [43]. Az autonómia-alapú bioetika gyengéi között sorolták fel például azt, hogy a beteg autonómiájának tisztelete elv túlhangsúlyozásával előfordulhat, hogy az orvosi találkozás egyik alapvető szereplőjét, az orvost hagyjuk ki.

A kezelés visszautasításának törvény adta joga nagyon mélyen a privátszférához kapcsolódó jogokban gyökerezik. Ennek a törvény adta jognak nagymérvű elfogadása egybeesett azokkal a társadalmi és politikai trendekkel, amelyek azt célozták, hogy a részvételi demokráciát, az autoritások iránti bizalmatlanságot, valamint a morális pluralizmust a társadalmi működés más szféráiban is megvalósítsák. Az eredmény, különösen az elmúlt két évtizedben az lett, hogy mindez aláásta a 2500 éves Hippokratészi orvos modellt, amely a jóindulatú, autoriter, paternalista döntéshozót mintázta, aki teljes felelősséget vállal betege jólétéért. Ebben a tradícióban szó sem esik a beteg elképzeléseiről. Valójában az orvos és a beteg közötti kapcsolatot egy helyen így írja le: „kapcsolat két ember között, akik közül az egyik utasít, és a másik engedelmeskedik”. [44]

A betegjogok térnyerésének a tradicionális orvosi paternalizmusra gyakorolt hatása igen gyakran megalapozott. Ezek hatására a beteg klinikai döntésekben való részvételének előretörése egyértelmű fejlődésnek tekinthető. Ami elgondolkodtató - és amely a bioetika mind individuális, mind pedig társadalmi megjelenése szempontjából jelentős - az a növekvő konfliktus, amely az autonómia morális kötelezettsége és a jótékonyág morális kötelezettsége között lép fel. Ennek eredménye az a szinte automatikus feltételezés bizonyos etikusok, valamint a betegek körében arról, hogy az autonómia *mindig elsődleges. Az autonómiának elsőbbséget ítélni a jótékonyággal szemben időnként azonban azt jelenti, hogy magára hagyjuk a beteget szükségleteiben.* Egyetértünk Casell-lel, (ld fent) hogy a medicina feladata az autonómia elvének tiszteletben tartása, és az autonómia elvét a betegség betegre gyakorolt hatásával együtt kell alkalmaznunk. Ugyanakkor, mind az autonómián alapuló, mind pedig a paternalista modellnek megmutatkoznak a gyengéi, amint egy olyan komplex

viszonyban értelmezzük őket, mint ahogyan a medicinában megjelennek. A paternalizmus a beteg méltóságát és emberi mivoltát áthatja alá, az autonómia pedig aláássa annak fontosságát, hogy segítenünk kell egymáson. Különösen akkor, ha egy olyan csoporthoz tartozunk, amelyet a társadalom kifejezetten arra jelölt ki, hogy a betegségként definiált sajátos emberi állapotban segítséget nyújtson. Egyre gyakrabban találkozunk már olyan kritikai álláspontokkal is, amelyek nemcsak metodológiai fenntartásokkal élnek, hanem eleve kérdésessé teszik az alapelvek szelekciójának jogosságát. Egy ilyen kritikai álláspont jelenik meg Arthur L. Caplan 1998-as könyvében, [45] amely vitatja, hogy ténylegesen minden más megfontolásnál döntőbb szerep juthat-e az autonómia tisztelete elvnek a bioetikában. A könyv, amelynek címe: *Őrzője vagyok-e az én testvéremnek?* - egy más megközelítésnek próbál helyet teremteni, amelyben a bizalom, a másik segítése, a másikért vállalt felelősség jutna prioritáshoz. Érdeemes elgondolkodni azon a szellemi közegen, amelyben a címben megfogalmazott kérdésre adott egyértelmű „igen” válasz ad támpontokat.

Az autonómia tiszteletének elvével igen sokat foglalkozik a szakirodalom, hiszen a legdöntőbb szerephez ez az elv jutott. Ez a szerep pedig fokozatosan egyre csak erősödött, különösen a klinikai medicinában. Csak a felsorolás szintjén szeretnék bemutatni bizonyos érveket e döntő szerephez juttatás ellen: az autonómia hívei feltételezik, hogy a megfelelő kockázat/haszon arány elemzésének birtokában, a döntéshozatal egyfajta abszolút értelemben „szabad”. Ugyanakkor maga a „szabad választás” is társadalmilag létrehozott és szituált (gondoljuk csak meg, mennyi korlát nehezíti az individuális szabadságot, amely a ténylegesen autonóm döntéshozatalhoz szükséges.). [46] Jelentős számban képviseltetik ma magukat az autonómia támadói között a szocialista és kommunitáriánus táborhoz tartozók, akik a liberalizmus egyik legfőbb kritikájaként a közösség semmibe vételét tekintik döntőnek, az ember mások iránti elkötelezettségét és felelősségét hangsúlyozzák. [47] Susan Wolf szerint, empirikus vizsgálatok is alátámasztják, hogy az autonómia elvének központi szerepe ellenére jelentős számban vannak azok, akik nem kívánják önmaguk meghozni döntéseiket (pl. a családi döntéshozatal preferálása miatt). [48] Ilyen és hasonló érvek alapján úgy tűnik, hogy a bioetika döntően az alapelvek használatára építő formájáról, a principalizmusról megállapítható, hogy egy sajátos időben és történelmi kontextusban létrejött forma, amely egy fontos időszakban közös nyelvet és módszertant biztosított a bioetikának a problémák konceptualizálása terén. Az alapelvek használatával kritikusan kell bánni, azaz önmagukban elégtelenek az egyre sokasodó dilemmák megoldásának munkájában, azonban rendszeres felülvizsgálattal és újrafogalmazással az adott korban jelentkező problémák kezelésének

adekvát kiindulópontjaiként szolgálhatnak. Fontos, hogy ne szakítsuk ki őket abból a filozófiai háttérből, amelyből származnak, és amely tartalmukat meghatározta.

3.2 A bioetika új európai alapelvei (principalizmus és fenomenológia)

A bioetika a legutóbbi tudományos éra gyermeke, megszületése a 20 század közepére tehető. Tulajdonképpen a tradicionális orvosi etika „jogutódja”, fejlődéséhez és igen intenzív növekedéséhez nagyban hozzájárult a medicina modernizálódása, tudományos és technikai fejlődés következtében végbement forradalmi átalakulása. A nyolcvanas években Beauchamp és Childress amerikai bioetikusok világhírű munkájukban [49] adták közre azokat az alapelveket, amelyeket a gyógyítói gyakorlat során felmerülő etikai kérdések, dilemmák kezeléséhez ajánlottak vezérfonalul. Ezeket az alapelveket azóta már számos támadás érte, azonban az továbbra is általánosan elfogadott, hogy hasznos eszközei lehetnek a problémák elemzésének és a helyes cselekvési alternatívák kidolgozásának. Az is bizonyos, hogy alapelvek kijelölésével - belátva azok használatának korlátait- felvázolhatjuk, hogy mely értékeknek szánjunk alapvető szerepet morális döntéshozatalainkban.

A fenti alapelvek újragondolására vállalkozott az Európai Bizottság támogatásával BIO-MED II projekt néven a következő nagyívű kezdeményezés (“*Alapelvek az európai bioetikában és bio-jogban*”). Az elsősorban angol-szász eredetű tudomány, a bioetika kezdetinek tekinthető alapelveire mintegy válaszul, 22 európai ország etikusai részvételével 1998-2002 között lezajlott kutatási project alternatív alapelveket javasolt, amelyek az európai hagyományt és értékrendet még egyértelműbben fejezik ki, illetve alkalmasak azok védelmezésére. A kutatás arra vállalkozott, hogy áttekintse, vajon melyek lennének azon alapelvek, amelyek megfelelőbben képesek reflektálni a medicina és az egészségügy legújabb kori működésére, gyakorlatára. Másként fogalmazva, melyek lennének az etikailag leginkább szükséges alapelvek, amelyek mentén korunk e területen jelentkező dilemmáira leginkább válaszolni vagyunk képesek. A bioetika európai megközelítése az alábbi témákra helyezi a hangsúlyt: a sebezhető beteg megértése az orvosi szakmában, az orvos-beteg kapcsolat jelentősége, a szolidaritás és a társadalmi igazságosság a jóléti államban.[50] Javaslatuk célja az, hogy bizonyos eljárások és gyakorlatok vonatkozásában egységes bioetikai állásfoglalások jöjjenek létre, melyek idővel a jogalkotásban és a gyakorlatban is érvényesülhetnek. A munkacsoport munkájuk befejeztével javaslatot terjesztett elő az Európai Bizottsághoz, azon céllal, hogy az általuk meghatározott és elemzett alapelveket minél szélesebb körben alkalmazni lehessen a jövőben. Munkájuk eredményeként adták ki az úgynevezett *Barcelona Deklarációt*.

A BIO_MED II által elemzett alapelvek az alábbiak:

1. autonómia
2. integritás
3. méltóság
4. sebezhetőség

A kutatás egyik legfontosabb szempontja az volt, hogy ezen etikai posztulátumok segítségével a bioetika megfelelőbb módon legyen képes reagálni a medicina aktuális problémáira, illetve, hogy hangsúlyosabbá tegyék azon eltéréseket, amelyek az amerikai és az európai hagyomány között jelen vannak, és amelyek háttérbe szorulása veszteséget jelenthet az európai kultúrában.

Vegyük szemügyre a bioetika új európai alapelveit közelebbről!

- *Autonómia* - Az autonómia alapelve megalapozza a pluralizmus elismerését.

Hangsúlyozza az emberi személy képességét arra, hogy életére vonatkozóan önálló elképzeléseket és célokat hozzon létre, hogy morális belátással rendelkezzen, döntéseket hozzon külső kényszer hiányában, személyes felelősséget vállaljon. Megalapozza a tájékozott beleegyezés képességét.

Számolnunk kell azonban az autonómia alapelvek korlátozottságával. Nem lehet a bioetika és a biojog kizárólagos vezérfonala, nem tekinthető elégséges normatív konceptusnak. Figyelembe kell vennünk, hogy a személy szituált szubjektum. Strukturális korlátai miatt pusztán ideál maradhat, ha nem vesszük figyelembe az emberi dependencia lehetőségét külső tényezők, információ hiány, az ésszerű érvelés csökkent képessége stb. miatt. Önmagában az autonómia alapelve nem alkalmas számos szubjektum (pl. kiskorúak, komás betegek, mentálisan betegek stb.) etikai és jogi védelmének biztosítására.

- *Méltóság*

Utal az ember kiváltságos helyére az univerzumban valamint arra, hogy a személy védelmének megalapozása nem szűkíthető le az autonómia fogalmára, ahhoz a védelem más dimenziói is szükségesek. A személyt *interszubjektív* viszonyrendszerében kell tiszteletben tartani (a szűkebb és tágabb közösségének részeként). Az ember érték a társadalom számára, aki nem tehető árucikké. Tiszteletben kell tartani morális cselekvőként, aki képes saját sorsát alakítani. Az interszubjektív viszonyrendszerben olyan fogalmakkal kell számolnunk, mint az önbecsülés, a büszkeség, a szégyen, a kisebbség vagy a megalázottság. A méltóság elve intervencióink lehetséges korlátozását kell, hogy jelentse, un. „tabuhelyzetekben”. Ugyancsak ez vonatkozik minden ember alapvető egyenlőségének értékére.

- *Integritás*

Megalapozza a személy védelmét az alábbi területeken: fizikai-pszichika integritás, a mesterségesen nem változtatott genetikai szubsztancia öröklésének joga, a személyes identitás, a jövő generációk genetikai öröksége, a személy társadalmi-gazdasági integritása, a személyes információ. A személy társadalmi és gazdasági integritásának védelme okán hangsúlyozza a sebezhető és gyenge társadalmi csoportok jogát ahhoz, hogy minimális társadalmi és gazdasági védelmet kapjanak.

- *Sebezhetőség*

Felhívja a figyelmet az emberi lét sebezhetőségére (a *condicio humana* megértésének alapja: annak sebezhető antropológiai természete). Normatív elvként előírja, hogy a gyengék, és az erősek közötti aszimmetrikus egyensúlytalanság okán az erőseknek védelmeznie kell a gyengéket, hangsúlyozza az egyén felelősségét a másikért, az empátia szükségességét a másikkal szemben. Cselekedeteinkben megalapozza az emberi állapot fragilitásának figyelembevételét, annak felismerését, hogy az emberi élet időbeni és véges természetű, és mindannyian halandók vagyunk.

Az elmúlt évtizedben igencsak elszaporodtak a bioetika megújulásának szükségszerűségét hangsúlyozó írások. Szinte beláthatatlan már azon különböző felvetéseknek az áttekintése, amelyek a megújulás szükségszerűségének okait elemezve annak mikéntjére tesznek javaslatokat. A sokféle irányzat, amely megjelent a bioetikai irodalom palettáján, egy *hangnem* kereséséről tanúskodik. Találunk-e olyan hangnemet, amely ténylegesen *reszponzív* a kortárs *orvoslás* működésének kontextusában, és rendelkezik megfelelő erővel ahhoz, hogy egy radikális *paradigmaváltáson* túli világban beszéljen az érintettek számára *releváns* módon. Jelen munka az útkeresések azon csoportjába tartozik, amelyek szerint vissza kell térnünk az interperszonális viszonyok territóriumára, és egy megváltozott struktúrában az emberi tényezőnek kell nagyobb hangsúlyt szereznünk.

Láthatjuk, hogy az etika területein sajátos útkeresési folyamat zajlik. Az alkalmazott bioetika, poszt-principialista szakaszba érve, keresi saját ön-azonosságát, különféle alternatívákat vet fel arra nézve, hogy milyen új alapokra is kellene a tudománynak helyezkednie. Vannak, akik szerint az egyes eseteket kellene döntő figyelemben részesíteni. Ezt az irányt az angol nyelvű szakirodalomban a '*casuistry*' kifejezéssel említik, és fő meglátása szerint, amennyiben rendkívül nagy számban sikerülne eseteket feldolgoznunk, úgy kijelölhetnénk olyan prototipikus eseteket, amelyek a hasonló előforduló helyzetekben támpontul szolgálhatnak.[51] Egy másik, igen jelentős irány az úgynevezett egységes *klinikai*

etika elmélete. Ez egy érdekes kísérlet, amely az orvostika teoretikus filozófiától és a medicinától való kapcsolatnélküliségében látja a legfőbb problémát. A probléma-azonosítás szempontjából igen hasonló, a medicina és az etika *hermeneutikai* karakterét hangsúlyozó irányzat célkitűzése egy egységes „új” elméletet kidolgozása. [52] Igen érdekes mindezek mellett a *narratív* bioetika iránya, amely az egészségügyben megjelenő esetek narratív természetére helyezi a hangsúlyt, tehát arra, hogy az egyes eset-elemzések speciális karaktere az „elbeszélés” tényéből adódik. [53] Mindezek mellett számos más kezdeményezés is nyomon követhető, amelyek fontos szempontokat felvetve, növelhetik egy egységes elmélet megszületési esélyeit. Ilyen kezdeményezésnek tekinthető a fenomenológia segítségül hívása a bioetika önértelmezésében, amelynek lehetséges változatáról a jelen tanulmány 4. fejezete részletesebb képet kíván adni. A megközelítés megalapozásaként bemutatva Emmanuel Levinas francia fenomenológus elméletének bizonyos alapvetéseit, és ezek lehetséges bioetikai interpretációjának kiindulópontjait. [54]

3.3 A bioetika előtt álló kihívások

Mielőtt a bioetika fenomenológiai megközelítését tárgyalnánk részletesebben, előbb foglalkoznunk kell még egy olyan szemponttal, amely egyrészt a bioetika útkeresésének motivációját is döntő részben meghatározza, és amely választ adhat továbbá arra a kérdésre is, hogy miért is tűnik alkalmasnak Levinas etika értelmezése a bioetika huszadik század végén zajló útkeresésében. Hatalmas irodalom foglalkozik a medicina technológiai forradalma kapcsán megfogalmazható morális kérdésekkel. Ennek egyik legszebb megfogalmazását Zygmunt Bauman-nál olvashatjuk, aki úgy látja, hogy sorozatos „határátlépései” közepette a biológiai forradalom olyan területekre téved, ahol egyáltalán nem rendelkezik morális támpontokkal, holott a következmények, amelyeket fejlődése során előidéz kiszámíthatatlanok. [55] A medicinának fejlődése ugyanakkor nemcsak a technológiai robbanással adta fel a lapot a bioetikának, hanem intézményrendszerének átalakulásával. Valamint azzal, hogy az egészségügy a modern liberális társadalom részeként funkcionál, amelyeknek alapegysége az állampolgár, a piac meghatározta fogyasztó, aki személyes szabadságán túl a pluralizmus közömbösségében nem képes támogató szolidaritásra, olyan felelősségvállalásokra, amelyek a szolidaritást biztosítanák. (Erre vonatkoznak a piac dominálta liberalizmus szocialista, komunitárianus kritikái. [56]) Természetesen a pluralizmus bizonyos káros jelenségeinek kritikája nem a pluralizmus *per se* támadását jelenti. A biológiai forradalom, az orvostudomány fejlődése, intézményrendszerének

átalakulása közvetlen hatással vannak az egészségügyben folyó tevékenységekre. Dr. Edmund D. Pellegrino orvosetikus, az Amerikai Orvoskollégium által kiadott *Etika Kézikönyv* negyedik kiadása kapcsán így ír:

„Hármincöt évvel ezelőtt, az orvosetika előreláthatatlan változások korába lépett be. E változás gyorsaságát tükrözi az a tény is, hogy az Orvosok Amerika Kollégiuma Etika Kézikönyvének immár negyedik kiadása jelenik meg alig több mint egy évtized alatt.Aminek nem szabad megváltoznia, az az orvostudomány morális magva, az, ami a szakma etikai azonosságát adja - a beteg jólétének elsődlegessége. A változás összetettebb ma, mint a múltban.....Függetlenül attól, hogy mi zajlik a társadalmi, politikai, vagy kulturális miliőben, a betegség kategóriájának univerzális valósága kötelezettségeket ró mindenkire, aki gyógyító hivatást vállalt. Történelmi, kulturális, és nemzeti dimenzióin át a beteg ember mindig sebezhető, kiszolgáltatott, zaklatott, félelmekkel teli, és kihasználható. (Annals of Internal Medicine, 1998) [57]

Pellegrino szavai több egymással összefüggő szempontból is megfontolandóak. Az egyik a pluralizmus egészségügyben való megjelenésének kérdése, a másik a jog és a gazdaság térnyerése a betegágy mellett. Majd az a következtetés, miszerint az orvos beteg kapcsolat alapegységének szintén az etikai vizsgálódások fókuszában kell állnia.

3.3.1 Az orvos-beteg kapcsolat megváltozása

Az elmúlt két évtizedben több változás zajlott le az orvos etikában, mint 2500 éves történelme alatt valaha. A hippokratészi tradíció teljes felépítménye megrázkódott, és bizonyos részei darabokra hullottak. Belépünk a poszt-hipokratészi korba, amelynek jövője bizonytalan, és amelyben alapvető kérdésként merül fel, hogy vajon az orvosi szakma valaha képes lesz-e még közös morális elkötelezettségek felvállalásával egységgé alakulni.

A szakma előtt álló feladat ma a rekonstrukció - új etika kidolgozása a múlt még elérhető és érvényes elemeinek felhasználásával, és olyan elemek elvetésével, amelyek aktualitásukat veszítették. A jótékony-ság-bizalom (*beneficence-in-trust*) elve, amely a korábban tárgyalt principialista bioetika meghaladása céljával kidolgozásra került, (Pellegrino, Beauchamp) megadhatja az alapokat olyan elkötelezettségek megfogalmazásához, amelyek konzisztensek a hippokratészi tradíció legértékesebb elemeivel, ám eközben korunk társadalmi kérdéseire is reagálnak.

Minden rekonstrukciós kísérletnek figyelembe kell venni azokat a dekonstrukciós erőket, amelyek jelen vannak a nyugati társadalmakban legalább a Felvilágosodás óta. Ezek közül a legjelentősebb a morális konszenzus valamint a vallási intézmények morális

autoritásának megszűnése. Az ebből származó morális diverzitást számos országban felerősítették még más erők is - a közoktatás színvonalának emelkedése, a morális problémák és a medicina fejlődésének megjelenése a médiában, a fogyasztói társadalom és a részvételi demokrácia elterjedése, az autoritások és a szakértőkkel szembeni általános bizalmatlanság, és szomorú tény, bizonyos orvosok tagadhatatlan morális hiányai.

Ennek eredményeképp a betegek és az orvosok el sem tudják képzelni, hogy közös morális értékekkel bírjanak - különösen olyan alapvető kérdésekben, mint az emberi élet forrása, értelme és célja. Talán e helyett, akkor, amikor a legsorsdöntőbb döntések meghozatalára kerül sor, úgy érzik, hogy morális ellenfelek. Napjainkban a legalisztikus és nem bizalmi atmoszféra dominál az orvos-beteg kapcsolatok legnagyobb részében. A pereskedés és a bírósági döntések válnak az etikai viták elrendezésének terepévé, legalábbis tőlünk nyugatabbra (USA, Kanada, Nagy-Britannia) ez már mindennapos gyakorlat.

Ugyanezek a folyamatok persze a gyógyító szakma tagjait is megosztják. A medicinában a hippokratészi eskü szinte valamennyi tételét megkérdőjelezték, és nyíltan áthágták (abortusz, titoktartás, eutanázia, stb.). Támadják a jóindulatúan paternalista orvos képét, amely oly igen jellemző a hippokratészi ethoszra. A hagyományos orvosi etikát is sokan egyszerűen olyan mechanizmusnak tekintik, amelynek célja a szakmai hatalom és kiváltságok megőrzése.

További tendencia térdnyerésének lehetünk napjainkban tanúi, mely szintén a társadalmi racionalitás szülötte. Aggasztó jelenség, amely a jogban már gyökeret vert, hogy az orvosok ellátási kötelezettségeit olyan módon alakítják át, hogy felöleljék a költséghatékonyság megkövetelte döntéseket is (pl. a gyógyszerrendelés korlátozásai). Joga van-e a betegnek tudni előre azt, hogy egy klinikai döntést gazdasági és nem szigorúan orvosi alapon hoztak meg? Felelősnek tekinthető-e az orvos olyan károkért, amely abból ered, hogy az országos egészségügyi politika irányelveinek megfelelően járt el? Illetve felelős-e azért, hogy azt nem szegte meg akkor, amikor ő potenciálisan kárt okozhatott a betegnek? Milyen szankcióban részesül akkor, ha a beteg iránti lojalitását a köz illetve a fiskális politika iránti elkötelezettsége elé helyezte? Morálisan védelmezhető-e a társadalom akkor, ha az orvost ilyen etikai s jogi dilemmák pergőtüzébe állítja?

Vajon a jövőben a betegtájékoztatásnak része kell-e legyen azon tény feltárása, hogy a gazdasági és szociális szempontok módosíthatják a tudományos kritériumok, illetve a beteg szükségletei alapján hozott döntéseket? Vajon az élő végrendeletnél figyelembe kell-e venni ezt a tény, illetve az orvost olyan módon kell-e irányítani, hogy használjon gazdasági kritériumokat, amikor életmentő vagy más beavatkozások beindításáról illetve

megszüntetéséről dönt? Ilyen és hasonló jogi kérdések bonyolítják a korábban kifejtett etikai dilemmákat az orvosok közszféra kapujában teljesített szerepeivel kapcsolatosan. Egy ilyen, a litigációban már előkerült probléma a „gazdasági áthelyezés” gyakorlatának kérdése. Mikor egy beteg felvételére kerül sor, megbiztosítási helyzetét és fizetőképességét is felméri egészségügyi állapota mellett. Ha a beteggel kapcsolatban felmerül, hogy gazdasági kockázatot jelent, akkor egyes országokban, pl. az USA-ban közkórházba vagy egyházi fenntartású intézménybe helyezhetik át. Ezeket az áthelyezéseket akkor végzik el, ha a beteg feltehetően „stabil” állapotban van. Ugyanakkor, a stabilitás definíciója orvosról orvosra jelentősen változhat, és ennek eredményeképp sok beteg szenvedett már fizikai kárt, nem beszélve az emocionális traumától. Tény, hogy a „stabil állapot” definícióját a gazdasági megfontolások módosíthatják, amikor az orvos alkalmazottja egy adott intézménynek.

Az érdekkonfliktus ebben az esetben nyilvánvaló. Egyértelmű, hogy az orvos primer morális felelőssége a beteg iránt áll fenn. Jelentős kockázatnak - jogi és morális kockázatnak - teszi ki magát, amikor hozzájárul egy gazdasági szempontok alapján történő áthelyezéshez. Itt újra annak a paradoxonnak lehetünk tanúi, hogy a gazdasági és piaci elvek mentén szerveződő és működő rendszer kihasználja az orvos „ön-érdekét”, a közösség elvárásai pedig arra irányulnak, hogy az orvos a beteg érdekeinek megfelelően járjon el. Sem a szakma, sem az emberek számára nem lehetséges mindkettő egyszerre: az orvos vagy a beteg érdekeit szolgálja mindenek előtt, vagy pedig a szociális és fiskális politika eszközévé válik. Az orvos felelős az ország egészségügyre fordított kiadásainak közel háromnegyedéért. Olyan „frontember”, aki különböző egészségügyi intézményekben korlátozhatja, illetve elősegítheti vizsgálatok elvégzését, konzultációkat, és a felvételt. Három fő módon funkcionálhat az orvos ebben a szerepben: az egyik morálisan kötelező a másik morálisan kérdéses, a harmadik morálisan védhetetlen.

3.3.2. Etikai zavar, bizonytalanság

Összefüggés van a morális gyakorlat kétértelműségei és az etika, a morálteória nehéz helyzete között: a *morális* krízis *etikai* krízisben tükröződik. Az etika - morális kódex, amely a morális kódexé akar válni, azzá az egyetlen kölcsönösen koherens elv-gyűjteménnyé, amelyhez minden morális személynek alkalmazkodnia kell - az emberi utak, és ideák pluralitását kihívásnak tekinti, és a morális döntések ambivalenciáját olyan helyzetnek, amely kiigazításra szorul. A morálfilozófusok erőfeszítései a modern korban mindvégig azt célozták, hogy csökkentjen a pluralizmus és elüldözzék a morális ambivalenciát. Hozzánk hasonlóan a

modern etika is kiutat keresett abból a nehéz helyzetből, amelybe a modern moralitás a mindennapok gyakorlatában jutott.

Bauman posztmodern etikájában az etikai kódok nélküli intuicionista álláspont jelenik meg. Jellemző rá egyfajta visszatérés ahhoz, ami Kant esetében a bennünk lévő morál misztériumaként írható le. Bauman azt állítja, hogy míg a modernitás morális felfogását és gyakorlatát „az a meggyőződés mozgatta, hogy lehetséges egy nem-ambivalens, nem-aporetikus etikai kód létrehozása”, a posztmodern megközelítésében „a hitetlenség egy ilyen lehetőséggel szemben” [58]. A moralitással kapcsolatos posztmodern elképzelés szerint, egy olyan korban, amikor a morális választások és tetteink következményei sokkal nagyobb horderejűek, mint valaha, képtelenek vagyunk egy univerzális etikai kódra támaszkodni, amely egyértelműen jó megoldásokhoz vezetne. „Az emberi valóság zavaros és bizonytalan - és így a morális döntések is, nem úgy, mint az absztrakt etikai elvek, ambivalensek. Ilyen fajta világban kell élnünk... Tudva, hogy ez az igazság... az a posztmodern. A posztmodernitás, mondhatnánk, az illúziók nélküli modernitás.” [59]

Bauman az emberi valóság bizonytalanságára adott válasza azon elgondolásán alapul, hogy morális kapacitásunk az, amely alapvetően meghatároz minket, emberi lényeket. Míg Kant kategorikus imperatívusza „Cselekedj úgy, hogy cselekedeted maximája mindenkor általános törvényhozás elveként érvényesülhessen” univerzalizmust sugall. Bauman szerint – és ez igen közel áll a deontológiai etikához - ha kétségeink vannak, konzultáljunk lelkiismeretünkkel. A posztmodern etika szinte leírható egyfajta intuicionista deontológiaként: persze nem annyira deontológikus mint Kant klasszikus kijelentése, mivel Bauman lelkiismeret-vezérelt moralitása érzékenyebb egy sajátos (alapvetően a bizonytalanság által meghatározott attitűdből adódó) dilemma kontextusra, mint Kant transzcendentális pozíciója. Bauman álláspontja szerint pre-rationális és pre-szociális morális kapacitásunk az, ami alapvetően meghatároz bennünket, emberi lényeket, a morális kapacitás intuitíve mindannyinkban megvan, ám nincs jelen azokban az univerzálisan alkalmazott etikai kódokban, amelyek teljesen rajtunk kívüliek.

Az intuicionista álláspont háttérében az a feltételezés áll, hogy tiszteljük önnön és mások méltóságát, amely mintegy előfeltétele a saját és mások morális pozíciójába fektetett bizalomnak. Ennek az elkötelezettségnek a vállalása hajlandóságot tételez fel arra, hogy felelősséget vállalunk a morális döntésekért, amelyeket meghozunk. Miközben arra törekszünk, hogy folyamatosan növekedjünk morálisan, e cél felé haladva felelősséget vállaljunk a döntéseinkért és tiszteljük önnön és mások méltóságát. Ez az amit „integritás etikájának” nevez: egy olyan élet, amelyet az integritás felé való fejlődés elkötelezettsége

határoz meg, egy olyan élet, amely kikerülhetetlenül felelősséget vállal a morális választásokért.

Bauman kijelenti, hogy a morális alany „morális proximitás, felelősség s az egyediség - pótolhatatlanság - hármasságot alkotnak, nincsenek meg egymás nélkül. Számára a „Másokért lét a sarokköve minden moralitásnak”, és a „morális felelősség a legszemélyesebb és legelidegeníthetlenebb morális tulajdon” [60]. Tehát az autentikus létezés nem lehetséges anélkül, hogy elismerjük a rajtunk kívülről eredő morális elvárásokat, éppúgy, mint mások iránti elkötelezettségünket is.

Központi kérdés a morális intuíciók eredetének problémája, hiszen ezek a morális érvelés alapvető adatai lesznek. Ezzel kapcsolatosan felmerül a „velünk születtség” elképzelése, van, akik szerint ez a morális jelenségek megfigyelésének módja, van, akik szerint kulturálisan formálódik. Ha az utóbbi lenne igaz, a morális relativizmus vitathatatlan álláspont lenne. Ám Bauman szerint a morális intuícióra támaszkodni nem szükségképpen vonja maga után a relativizmust. Az etikai kódok közötti verseny a paradigmaticus státusz elnyeréséért, és nem morális intuíciónk az, amely a relativizmus létrejöttét előidézi. Bauman szerint a modernitás etikai projektjeit a bizonyosság utáni vágy motiválja egy nem-ambivalens, és nem – aporetikus kód után.

3.3.3 Szociális proximitás és morális felelősség

A distancia szociális létrehozása

A felelősség, minden morális viselkedés alapköve, a másik proximitásából emelkedik ki. A proximitás felelősséget jelent, és a felelősség proximitás. A felelősség elhallgattatik ha egyszer a proximitás elpusztul. Bauman gondolatmenetében végül elfoglalhatja a helyét a megbánás (resentment), ha egy embertársunk Másikká alakul.

A morális „drive” ezen tulajdonsága úgy tűnik független a szociális rendtől, amely az interakció keretét megadja. Ami ezen a kereten múlik azonban, az a morális predispozíciók pragmatikus hatékonysága. Azon kapacitásuk, amely az emberi cselekedeteket kontrollálva határt szab a másikkal okozott bántalmaknak, valamint, amely kijelöli a paramétereket, amelyek között valamennyi érintkezés lezajlik. A morális indifferencia jelentősége - és veszélye - különösen akuttá válik modern, racionalizált technológiailag kifinomult társadalmunkban. Ennek oka, hogy az emberi cselekvés hatékony lehet távolról is, és ez a távolság egyre növekszik, ahogy a tudomány, a technológia és a bürokrácia fejlődik. Egy ilyen társadalomban, az ember hatásköre a morális látóhatáron messze túl ér. A morális

‘drive’ vizuális kapacitása, amelyet a proximitás elve korlátoz, állandó marad, míg az a távolság, amelyből az emberi cselekvés hatékony és konzekvenciákkal bírhat, gyorsan növekszik, és ezzel együtt azok száma is, akikre hatással vannak ezen cselekedetek.

A modern civilizáció sikerét azon a téren, hogy racionális kritériumokra cserélt minden más kritériumot, valamint az irracionális kritériumok modern definícióját (amelyek között igen nagyszámban szerepelnek morális kritériumok) a ‘távírányítás’ fejlődése határozta meg jelentős mértékben. Azaz annak a fejlődése, hogy növekvő távolságból képes az emberi cselekvés hatást elérni, kiváltani. A cselekvés távoli, alig látható célpontjai azok, amik morális értékeléstől mentesek. És így az ezen célpontokra ható cselekvés megválasztása is megszabadult azoktól a korlátoktól, amelyeket a morális ‘drive’ jelölt ki. Stanley Milgram az autoritásnak való engedelmesség/ellenállás tárgyában közel ötven évvel ezelőtt lefolytatott kísérletei is drámai módon demonstrálják, a morális késztetés elcsendesítése és a morális ösztönök elnyomása pontosan azáltal valósul meg, hogy a cselekvés valódi (bár a cselekvő számára gyakran nem ismert) célpontjait ‘távolivá és alig láthatóvá’ alakítják. Nem pedig valamiféle morál-ellenes keresztes hadjárat, vagy olyan következetes átnevelés hatására, következne be a változás, amelynek célja a régi morális rendszer felváltása alternatív szabályokkal. A modern fegyverek a legnyilvánvalóbb példái annak a technikának, amellyel az áldozatok látótéren kívül helyezésével, azok a morális értékelés számára elérhetetlenné válnak.

Alone again, ethics after certainty című 1994-es rövid írásának [61] egyik mottójául Bauman *Max Frisch*-t idézi: „*Most megtehetjük amit csak akarunk, az egyetlen kérdés az, mit akarunk? Fejlődésünk végére érve ott állunk, ahol Ádám és Éva állt valamikor: az egyetlen dolog, amivel szembetaláljuk magunkat a morális kérdés.*” Majd később ehhez az alábbi kommentárt fűzi: „*Az értelem-vezérelte társadalom felé tett hosszú, modern menetelésünk végén, ami a koegzisztenciánkat illeti, mindennapi morális választásainkban visszaterelődünk jó öreg forrásainkhoz, a morális érzékhez és az embertársi-érzésekhez.*” Ennek a „visszatérésnek” az elméleti szférában való megjelenését jelentené a korábban vázolt megközelítések mellett az az alternatíva, amely Emmanuel Levinas filozófiájából építkezik.

3.4 A moralitás szociológiai megközelítése

Bauman a modern éthoszt vizsgálva keresi a morális viselkedés alternatív szociológiai elméletét, mivel úgy látja, hogy a moralitás ortodox szociológiája alapvető revízióra szorul. Hiszen azok az elképzelések, amelyek szerint a morális viselkedés a társadalomból születik

(társadalmi termék), és a társadalmi intézmények működése tartja fenn, nem állták ki az emberiség huszadik században zajlott történetének próbáját. Mi az tehát, ami revízióra szorul? Először is, a domináns szociológiai narratíva a moralitás és az ehhez kapcsolódó jelenségek témájára nem tér ki, azt a társadalmi valóság elkülönülő faktoraként kezelve, másodlagos és derivatív státuszt jelöl ki számára. Azaz, követi a tudományos diskurzus szabályait, annak emancipációs törekvéseivel azonosulva. Követve a mintát, amely eredeti emancipációs törekvéseitől kezdődően igen nagy erőfeszítést tett, hogy a szándék, vagy akarat szerű nézeteket kerülje. A fenti típusú narratíva döntően sokat köszönhet a Durkheim által kidolgozott elméletnek.

Durkheim azt állította, hogy minden társadalom olyan moralitással bír, amilyenre szüksége van. A társadalom „intelligens ereje” segítségével, annak szárnyainak védelmében képes az ember megszabadulni a „vak, nem gondolkozó fizikai erőktől”. Durkheim szerint a társadalmat összetartó „valami” korántsem ragadható meg olyan közvetlen módon, mint ahogyan azt a legtöbben feltételezték, és az önérdek köré szőtt teóriáikban ecsetelték. Erről így ír „A társadalmi munkamegosztás” c. művében: „Az, hogy az érdek közelebb hozza egymáshoz az embereket, csupán a pillanat műve. Ez csak külső köteléket teremthet közöttük...A lelkek csupán felületi kapcsolatba kerülnek; nem hatolnak egymásba...minden érdekharmónia egy látens vagy háttérbe szorított konfliktust hordoz magában...minthogy az érdek az, ami a legkevésbé állandó a világon.” [62] Bauman értelmezésében e nézet szerint minden moralitás a társadalomból ered, a társadalom egyfajta moralitás-t termő növényként képzelhető el, amely támogatja a szabályozott morális viselkedést, míg marginalizálja, elnyomja és megakadályozza az immoralitást (az alternatíva: állati ösztönök). Ehhez a moralizáló misszióhoz a mintát természetesen nem a „társadalom mint olyan” absztrakt kategóriája szolgáltatta, hanem a modern Nyugati társadalom. Ebből volt csak levezethető az a magabiztosság, amely a szabályok kikényszerítését humanizáló folyamatként volt képes feltűntetni. A magabiztosság fontos következményekkel járt a moralitás interpretációja tekintetében. Nevezetesen, hogy a pre-szociális vagy aszociális motívumok per definíciót nem lehettek morálisak, mitöbb, ebből a perspektívából elképzelhetetlen volt, hogy bizonyos a humán egzisztenciális módban megjelenő morális kényszereket ellentétes szociális erők bizonyos körülmények között semlegesíthetnek, vagy elnyomhatnak. Még kevésbé volt elképzelhető, hogy a társadalom, akár a társadalom egésze által javasolt cselekvések lehetnek immorálisak. Ugyanakkor a második világháborút követően a jogi gyakorlat és így a morális teória szembe kellett hogy nézzen azzal a lehetőséggel, hogy a moralitás megjelenhet a társadalmilag fenntartott elveknek alárendelten, olyan cselekvésben, amely nyíltan szembenáll

a társadalmi szolidaritással és konszenzussal. Ez pedig azt jelenti, hogy a morális autoritás társadalmi alapjainak kérdése morálisan irreleváns, hiszen a szociálisan kényszerített morális rendszerek egy közösség által megalapozottak és támogatottak és így egy pluralista, heterogén világban jóvátehetetlenül relatívak. A szociológiai elméletben jelenik meg maga a gondolat, hogy a morális viselkedés alapjai pre-szociálisak. Ez szükségessé teszi a morális normák, valamint ezek kényszerítő erejének radikális újraértelmezését, és a morális kapacitás fogalmának tisztázását. Végre kell hajtánunk a moralitás re-lokációját, amely szerint a morális kapacitás jelenlétéért felelős faktorokat, tehát a szociális szférában kell keresnünk. A morális viselkedés csak a koegzisztencia kontextusában, a „másokkal létben” azaz, a szociális kontextusban gondolható el.

A szociálisnak az egzisztenciális modusa ritkán került a szociológiai figyelem középpontjába. (boldogan engedték át a filozófiai antropológiának). A „másokkal lét” jelentése, tapasztalati tartalma, és viselkedésbeli következményei vonatkozásában nincs szociológiai konszenzus. A legáltalánosabb szociológiai gyakorlat nem ruházza fel a „másokkal létet” speciális státusszal vagy jelentőséggel. A cselekvés mezején a másik ember technológiai kihívásként jelenik meg. Nyilvánvalóan nem könnyű a másik feletti hatalom megszerzése, a célszerű tevékenységben a másik kiszámítható és manipulálható faktorrá redukálása. Azonban a bevett perspektívából, a másik jelentősége tökéletesen kimerül abban, hogy milyen hatással van a cselekvő céljainak elérésének esélyeire nézve. A cselekvőnek olyan helyzetet kell biztosítania, amelyben a másik nem számít, és akár ki is hagyható. E viszonyban a másikkal szemben szerepelhetnek olyan jelzők mint a hatékony-nem hatékony, racionális - nem racionális, a helyes-helytelen Jó és rossz azonban nem. Az elképzelés szerint tehát a másik zavaró tényező, teher, vagy, legjobb esetben kihívás. Ezen elképzeléseknek a bemutatását azért tartottam szükségesnek, mert ezek mellett, és ezekkel szemben jelenik meg a „másokkal lét” egzisztenciális kondíciójának döntően a huszadik század derekán jelentkező leírása, amely kiindulópontot jelenthet a moralitás egy ténylegesen más és eredeti szociológiai megközelítése számára. Amely egyben alkalmas a modern társadalom a moralitás ortodox megközelítések által láthatatlanul hagyott aspektusainak feltárására.

3.5 Emmanuel Levinas filozófiájának bioetikai alkalmazása

Természetesen nem lehet célunk Levinas filozófiájának átfogó bemutatása. Jelen tanulmány olyan elemeket vázol fel, amelyek első megközelítésben a bioetika elméleti hátterének kidolgozására alkalmasnak tűnnek.

Emmanuel Levinas francia fenomenológust a huszadik század második felének legnagyobb gondolkodói között tartják számon. Kiinduló alaptézise a következő: a filozófiának az etikánál kell elkezdődnie, ez az etika pedig az én másikért való felelősséggel határozható meg. Felelősségetikáról beszélünk, a kifejezés azonban nem köthető egyetlen korábban e kifejezéssel leírt gondolatrendszerhez sem. A felelősség, amelyről Levinas beszél az én másikért vállalt felelőssége, tehát nem saját tetteimre illetve előttem álló feladatokra vonatkozik. [63] Ezt a felelősséget, ami nem vállalt, nem valamifajta „kellés”-ként működő kötelesség, hanem egy eredendően fennálló alapállapot a másikkal való találkozásban, szemtől szembe kerülve, a másik arca váltja ki belőlem. Nincs szó kölcsönösségről, az etikai alaphelyzet asszimetrikus. Levinas maga nem tartotta feladatának egyfajta etika kidolgozását, azonban ő maga úgy látta, hogy az általa kidolgozott alapvetések alapján ez végrehajtható. [64]

A kérdés tehát az, hogy hogyan kell elképzelnünk a moralitás színterét, tehát azt a terepet, ahol a morális dilemmák felmerülnek, vagy egészen egyszerűen az emberi cselekvés zajlik, aminek jól tudjuk értékjellege van. Egyik megközelítés szerint a modern liberális társadalmak tekinthetők autonóm, egymástól „tisztes távolságban” önmegvalósító individuumok között zajló eseménysorozatnak. Más megközelítésben, alapvetően a másikkal való interakcióból kiindulva, és ez az interakció azután a „harmadik félben” a társadalmi szinten is kibontakozik. A világban, amelyben élünk hozzászokhattunk már ahhoz a képhez, amelyben a „modern” orvos és betege közötti interakció a szolgáltató és az ügyfél szerepeiben valósul meg. (Nemrég, egyik kollégám előadását hallgatva adalékokat kaphattam a téma átgondolásához, amikor a „kétfajta szerződés van a polgárjogban, az egyik a „vállalkozási szerződés”, ami valamely eredmény létrehozására irányul, a másik a „megbízási szerződés”, ami valamely ügy ellátására szól, - vajon melyik típusba tartozik a gyógyítási alaphelyzet-kérdésre a hallgatók különösebb fontolgatás nélkül, az eredmény mellett döntöttek).

3.5.1 A Másik

Visszaulva a plurális társadalmak kritikájáról korábban mondottakra, Levinas úgy látja, hogy az emberiség lényegét immár nem a szabadságban, hanem egyfajta

összetartozásban találhatjuk meg. Az etika annak az eseménynek a feldolgozásával jár, ami egy individuális szubjektum és egy másik személy között fellép, és egyfajta elkötelezettséget jelent, amely nem vállalt, hanem valamiféle már eleve adott feleletkényszer. [65] Ebben látja ő az etika jelentését, és ebben a találkozásban, ebben a szemtől- szembe kerülésben látja az egyedüli esélyét annak, hogy a másik ne névtelen, arctalan kollektivitás részeként jelenjen meg számomra. (Nem nehéz továbbvinni ezeket a gondolatokat az egészségügyben zajló interszubjektív viszonyokra. A jogszabályok mintegy védőhálót biztosítanak alapvető jogok, az individuális autonómia, szabadság gyakorlására. Ám az ember mindig több, jóval több mint az, ami számára a jogok szintjén biztosítható.) Ugyanakkor mégsem meglepő számunkra, hogy az orvos-beteg kapcsolatot orvosi egyetemi hallgatók többsége ettől a fajta mélyebb, morálisan meghatározott interszubjektív megközelítéstől távolabbi, eredmény-viszonyként definiálják. Vizsgáljuk meg néhány további elemét ennek az igen gazdag, szinte kimeríthetetlen gondolatkörnek. Talán egyre inkább világossá válik, hogy igencsak alkalmas lehet arra, hogy vizsgált területünkön „működésbe léptessük”. Nyilvánvalóan kellő óvatossággal, hiszen bizonyos szintek nem lefordíthatók. Amikor Levinas a szemtől szembe viszonyban, a másik közelségéről (*proximitás*) beszél, az ő egyediségében, belép egy olyan elem, ami példátlan a morálfilozófiák világában. Azt mondja, hogy a másik egyfajta morális autoritást tud a magáénak, és ezt az ő sebezhetősége fedi fel. Levinas szándékosan az empirikus szintet hangsúlyozza mindebben. A másik *éhségét, fázását* kell csillapítanom. Nélkülözésében jön hozzám, nem egyenrangúként, hanem „mester”-ként (úr-ként), aki elrendeli, hogy foglalkozzam a sorsával. [66] A sebezhetőség tehát, az autoritás, amely - Levinas szavaival - „kérdőre von”, egyfajta közvetlen módon materiális törődésre készítet a másik jólétével kapcsolatosan. A helyenként költőien elkötelezett nyelvezet szerint, amit Levinas használ, „a másik éhségét az ember saját böjtölésével csillapítja”. [67] Amikor Pellegrino szavait idéztem, szerettem volna előrevetíteni, hogy mélyen osztom véleményét. Talán nem mond újat, csak kimond valamit, ami legyen bár szinte közhelyszerűen egyszerű, keresi a szavak mögött szinte tartalmatlanná vált eredeti jelentést. Jogaink védelme, a betegeké és az orvosoké is, olyan feladat, amelynek jelentőségét senki nem vitathatja. Levinas emlékeztet bennünket arra, hogy etikai pozíciójában, az „én” különbözik mind az állampolgártól, aki a Városból lép elő, és az egyéntől is, aki az ő természetes egoizmusában megelőz minden rendet. Zygmunt Bauman erről így ír : „*A Város egyenlőséget biztosít: az állampolgárok egyenlőségét. Az állampolgár az, aki olyan, mint bárki más. Ugyanazokat a jogokat és kötelességeket birtokolja mint amelyeket mindenki más élvez, vagy szenved meg, és az állampolgárok eme minden- megkülönböztetést-feloldó hasonlatosságban ő a „nem számít*

ki”. Jogosan követelhet meg magának mindent, amelyben mások részesülnek, és ugyanezen oknál fogva nem nevezhet meg egyetlen kötelességet, egyetlen feladatot, egyetlen küldetést, egyetlen felelősséget, amely kizárólagosan az övé. Mint állampolgár, a legmesszebbmenőkig helyettesíthető abban, amit csinál, csinálhat, illetve csinálni szeretne. Az ‘ állampolgárság ’ az állampolgárban az, ami közös. Csak amikor az etikus én szintjére emelkedik, az individualitás akkor nem jelent magányt, és a az együttlét nem jelent elnyomást.” [68]

Az állampolgárok a Városban élnek. A jogok biztosítása a társadalom szintjén jelenik meg elsődlegesen, amelyet mai formájában joggal kezelünk komoly fenntartásokkal. Ki kell tudnunk azonban indulni az (etikus) *én* szintjéről is. Képesnek kell lennünk arra is, hogy arról a szintről dolgozzuk ki a moralitás alapkérdéseire adott válaszokat, ahol a beteg nem egy névtelen, jogokkal rendelkező individuum. Aki akkor viselkedik adekvátan, az elvárásoknak megfelelően, ha gyakorolja a számára biztosított autonómiát. Hanem az a Másik, aki valami eleve adott felelősségre készlet, autoritásként jelenik meg a maga kiszolgáltatottságában, hiszen a sorsa múlhat minden egyes lépésünkön. Nem lehetetlen, hogy a mai plurális társadalmak éppen a „regionális” (vagy alkalmazott) etikákban kidolgozott eredményektől várhatnak megoldási javaslatokat. Erre a feladatra pedig különösen alkalmas lehetne a bioetika, amely sajátos pozíciót tudhat magának az alkalmazott etikák körében. Hiszen az egészségügy szereplői folyamatosan az étellel, halállal kapcsolatos kérdések között tevékenykednek, így számos olyan kérdés merül fel munkájuk során, amely rendkívüli jelentőségre tesz szert. Bizonyosan olyan területe ez az etikának, ahol a tét óriási. Felelősségünk pedig azt jelenti, hogy „a Másik sorsa most azon múlik, amit én teszek. Létezőm számít, következményei vannak, több mint egy újabb epizód a fajok önreprodukciójának monotonijában.” [69]

3.5.2 Felelősség és proximitás

Levinas szerint a „másokkal lét” az emberi létezés legprimerebb és legelmozdíthatatlanabb attribútuma, és legelső sorban **felelősséget** jelent. Amely nem függ tárgyának kvalitásaira vonatkozó előzetes ismeretektől, sem a tárgyra irányuló intenciótól, ezeket megelőzi. A felelősség a **proximitás** morális attribútuma. A szociális távolság morális attribútuma a morális viszony hiánya. A felelősség morális parancsának (tehát a szabadságnak) birodalmát Lévinas proximitásnak hívja. És itt a kifejezésnek, bár térbeli konnotációi vannak egyáltalán nincs köze a térbeliséghez, egész bizonyosan nem a fizikai értelemben, és még csak a szociális tér értelmében sem. A proximitás közelsége nem utal a távolság lerövidülésére, arra, ahogy két lény egymás karjaiba kerül, vagy arcuk egymáshoz ér

(szó szerint vagy metaforikusan), vagy az azonosságok szomszédosságára vagy egybeolvadására. Nem utal semmi viszonylagosra, amelyet mérni vagy tervezni lehet. ‘A proximitás az etikai helyzet egyedi minőségére utal - amely elfelejti a reciprocitást, mint a szerelemben, ami nem várja el, hogy viszonozzák.’ A proximitás nem nagyon kis távolság, még csak nem is a távolság legyőzése vagy megtagadása - pusztán (de egyáltalán nem egyszerűen) ‘a távolság elnyomása’ :

„A proximitás viszonyát nem lehet a távolság vagy a geometriai közelség bármely modalitására lecsökkenteni, sem embertársunk egyszerű „reprezentációjára”. Már eleve kijelölés, rendkívül sürgető kijelölés - elkötelezettség, időszerűtlenül minden elkötelezettséget megelőzően. Ez az anterioriság régebbi, mint az a priori”. [70]

A proximitás ‘abszolút és tényleges’ jelentése, egyszerűen (vagy egyáltalán nem egyszerűen) ‘a humanitást feltételezi’. [71] A proximitás ‘túl van az intencionalitáson’. [72] Az intenció már eleve mért teret, távolságot tételez fel. Ahhoz, hogy intenció legyen, először szeparációnak (távolságnak) kell lennie, időnek az elgondolkodásra és a fontolgatásra, az elhatározásra, a kijelentésre és a közlésre. A proximitás minden intenció talaja, anélkül, hogy ő maga intencionális lenne. Maurice Blanchot azt vetette fel, hogy a Másikkal való viszony ‘az odafigyelés’.

„Az odafigyelés várakozás [*L’attention est L’attente*]: nem erőfeszítés, feszültég, sem a tudás mobilizációja egy bizonyos dolog körül, amellyel az ember foglalkozik. Az odafigyelés várakozik. Várakozik sietség nélkül, üresen hagyva, ami üres, és elkerülve a sietséget, a türelmetlen vágyat, és ami még több, az üresség rettenetét, amely arra sarkall bennünket, hogy túl korán betöltsük az ürességet.” [73]

A proximitás nem az áthidalt távolság, sem olyan távolság, amely megköveteli, hogy áthidalják. Nem az azonosulás vagy az összeolvadás bevezetése, amely, a gyakorlatban, csak a lenyelés és a beszívás aktusa. A proximitás beéri azzal, ami - proximitás. És fel van rá készülve, hogy az is marad: az állandó odafigyelés állapota, történjék bármi. Soha be nem teljesített, ki nem merített felelősség, ami soha nem múlt. Várakozás a Másikra, hogy gyakorolja parancsadási jogát, azt a jogot, melyet semmilyen már kiadott parancs, vagy olyan, amelynek már engedelmeskedtek nem szüntethet meg.

Azonban a feltétlen követelés lefegyvereztetik, ha egyszer a proximitás helyét átveszi az ész-közvetítette távolság. Ekkor figyelmetlenség váltja fel az odafigyelést, és türelmetlenség a várakozást. Itt lépünk be a ‘lét’ birodalmába, a *másképp mint a moralitás*-ba, a lényeg és a szabályok királyságába. Ugyancsak belépünk a *konfliktusok* birodalmába,

amelyek megoldást remélnek, és *megoldást* keresnek - győzelemmel vagy kompromisszummal, és azzal, hogy a játékot a *szabályok betartásával játsszák*.

A Másikra mint egy-másra való odafigyelés, mint az a törekenység, amely kiváltja az én erőmet, a másik jelenléte, a tudás előtt jön. Valójában véget is ér abban a pillanatban, amikor a tudás megérkezik, de legalábbis a tudás fellépésével felismerhetetlenségig megváltozik: most már indokolt döntés és nem impulzus, magyarázatokat követel és garanciákat. Holott a tudás-előtti-odafigyelés volt az, ami elindított a tudáshoz vezető úton, és ez adta meg az első lökést. A Másikért-lét azt jelenti, hogy meghallgatom a Másik parancsát. Ez a parancs kimondatlan (ezért van, hogy a felelősségem határtalan), de az én érte-létem megköveteli, hogy én hangját hallassam. Ez a proximitás igazi apóriája. Nincs a szemünk előtt jó megoldás. Ha nem cselekszem annak alapján, ahogy én értelmezem a másik jólétét, nem vagyok-e bűnös közömbösségem miatt? És ha megteszem, meddig kellene elmennem abban, hogy megtöröm a Másik ellenállását, mennyit vehetek el az ő autonómiájából? Hajszál vékony vonal választja csak el a gondoskodást az elnyomástól (zsarnokságtól), és a nemtörődés csapdája várja azokat, akik tudják és óvatosan haladnak előre, óvakodva a birtokháborítástól.

A felelősség elhallgattatik, ha egyszer a proximitás megszűnik. Ez a szociális szeparáció, amelyet a modern racionális társadalom technológiai és bürokratikus teljesítménye tett lehetővé. Ebben a másik ember az absztrakt másik kategóriájában, neutralizált viszonyban jelenik meg pusztán, és ez, szemben az'általam ismert másikkal' nem tartozik a moralitás birodalmába. A *távolság* megjelenése több szinten következik be. A modernitás a szakértelem autoritásával is képes létrehozni pszichológiai távolságot, még ha fizikai vagy funkcionális távolság nem is áll fenn. (Mikor a cselekvők pusztán az ismeret ágensei, a know-how hordozói, a személyes felelősség feloldódik a technikai know-how absztrakt autoritásában.) A lényeg az, hogy mivel nyilvánvalóan a morális tilalmak például nem működőképesek távolból, az ember fokozatosan hozzászokik a morális közömbösség állapotához, és a deperszonalizációhoz. A távolság (a proximitás hiánya), és az ennek nyomán fellépő közömbösség a közös elem a modern ipari társadalmak és a Holocaust folyamataiban. Ez a közömbösség különösen akut manapság, technológiailag képzett társadalmunkban, hiszen ebben az emberi cselekvések távolról is hatékonyak. A távolságból, amely a tudomány, a technológia és a bürokrácia fejlődésével állandóan növekszik. Amíg valaki nem látja cselekedeteinek praktikus hatásait, nem valószínű, hogy a morális konfliktus megjelenik, illetve valószínűleg csak tompított formában. A morális drive vizuális kapacitása pedig állandó. Egy ilyen társadalomban az emberi cselekvés hatásai messze túljutnak a morális

láthatóság „távlatpontján”. A modern állam ígérete (nagy gondolkodók elképzelése pl. Hobbes és Locke) szerint az egyén általában a társadalomra támaszkodik (nemzet állam) külsődlegesen és instrumentálisan. A szociális intézmények pedig „azért vannak, hogy megőrizzék, óvják és védjék az egyének önérdekeit.” [74] Ezen elképzelés azonban felszabadította az embereket a más emberekkel szembeni mindennemű kötelezettségeik alól (kivételek azok, amelyeket az egyetlen törvényalkotásra alkalmas hatalom, az ország törvénye irt elő, és juttatott érvényre). Simmel összefoglalásában:

„Minden viszony másokkal így véglegesen puszta állomás csak azon az úton, amelyen az ego megérkezik énjéhez. Ez akkor is így van, ha az ego alapvetően azonosnak érzi magát ezekkel a másokkal, mivel még mindig szüksége van erre a támogató meggyőződésre, miközben egyedül áll önmagában saját hatalmával, akár ha elég erős ahhoz, hogy elviselje a magányt annak minőségében, és a sokaság csak azért van ott, hogy az egyes egyének használhassák összehasonlíthatatlanságuk és saját világuk individualitásának mértékéül.” [75]

Az ember tehát magányos *monász*, az őt körülvevő emberek sokaságában, akik bár mellette vannak, ám végtelenül távoliak és elidegenedettek, és minden érintkezésben csak azt keresik, hogy tudják saját önazonosságukat erősíteni. A modern társadalom létrehozta publikus térben nincs helye morális proximitásnak. A proximitás az intimitás és a moralitás birodalma; a távolság az elidegenedés és a *Törvényé*, ahol az én és a másik közötti távolságot kizárólag a jogszabályok strukturálják. Az én és a másik között, pusztán jogszabályok által strukturált távolságnak kellett lennie - semmi spontán és kiszámíthatatlan nem fejthette ki romboló hatását, nem volt helye olyan erőknél, amelyek az egyetemes törvénykezés számára oly megbízhatatlanok és annak olyan ellenállóak, mint a szeszélyes (kiszámíthatatlan) morális impulzus. A remény pedig az volt, hogy a jogszabályoknak engedelmeskednek, amíg azok az engedelmességre felszólítottak *ön*-érdekeinek megfelelnek, és a legjobb illetve lehető legjobb szolgáltatást ígérnek: a jogszabályok arra valóak, hogy segítség és bátorítsák az individuumokat annak keresésében, ami legjobban megfelel önérdeküknek. Azt is ígérték, hogy megmutatják, ezt hogyan tehetik meg. A jogilag meghatározott egyének olyan érdekei voltak, amik nem mások érdekei. Az „*én és a másik közötti távolság a kollízió kockázatán túl terjedt a szeparáció és (mindig lehetséges) konfliktus által, ami az egyéni érdekek között fönnáll.*” [75] Mindennek részben megtervezett, részben előre nem látott hatása egyfajta „másodlagos morális analfabetizmus”, amelyben az emberek már nem igazán tudnak mit kezdeni a másik jelenlétével, sem annak rájuk gyakorolt hatásával. A modern etikában a Másik volt maga a megtestesült ellentmondás, és a legfélelmetesebb akadály az én beteljesedésének útjában.

Ha a posztmodern visszatérés azokból a zsákutcákból, ahová a modernitás radikálisan végrehajtott ambíciói vezettek, egyik legígéretesebb reménye az lehetne, hogy újra bevezeti a Másikat mint embertársat. Mint a *közelít* a morális én legbensőbb részéhez, a kalkulált érdekek pusztájából, ahová száműzetett, és rámutat a proximitás morális jelentőségére. Arra, hogy a Másik sorsdöntően fontos szereppel bír abban a folyamatban, amelynek során a morális én önmagává válik. Alain Renaut javaslatában, ahhoz, hogy „a modern etikai filozófia gondatlanságait helyrehozzuk, az új etikának az inter-szubjektivitásra kellene összpontosítania, amely a monadologikus individualizmusra kivetett korlátozás” [76] lenne. Ebből a perspektívából tekintve Emmanuel Lévinas is posztmodern filozófus, Marc-Alain Quakin szavaival, ‘Levinas etikája ‘a Másik ember humanizmusa’, hiszen

„a nyitás stratégiája mozgatja, amely megtörni hivatott a monászi immanenciát, és a szubjektumot rábírní arra, hogy egy lépést kilépjen önmagából. Lévinas számára a szubjektum létrejövetele az inter-szubjektivitás feltárulása, és nem fordítva.” [77]

A posztmodern etikában a Másik a morális élet „kapuőre” lenne, írja Bauman. tehát az orvos-beteg kapcsolatban ezen megközelítés alapján semmiképpen sem az eredmény típusú vállalkozási szerződés (illetve ezen viszonyt konstituáló társadalmi viszonyok) jelentik a felelősség alapvető forrását. Ennek alapján a felelősség ezen társadalmilag, jogilag struktúrált elköteleződöttséget megelőzően, az interszubjektivitás mezején, a Másik által életre hívott morális állapot következménye.

Lévinas saját szavaival: „az ember humanitása, a szubjektivitás, a másikért való felelősség, rendkívüli sebezhetőség. Az énhez való visszatérés véget nem érő kitérő (terelőút, kerülő)...” És amiről ezek a szavak beszélnek, az a Másikért való felelősség, amely még azelőtt megérkezik, hogy a Másiknak magának lenne ideje bármit követelni. Felelősség amely „korlátlan mivel nem elkötelezettségekben mérhető, amelyekhez a felelősség feltételezései is visszautasításai tartoznak.” [78] Felelősség, mielőtt az elkötelezettségekbe belépünk.

3.5.3 Az Én - Te asszimetriája

A modern etika alapelveinek drámai átfordításában, Lévinas a Másiknak olyan prioritást ad, amely valaha megkérdőjelezhetetlenül az énhez kötődött. Ha feltesszük, hogy valóban indokolható a moralitás forrásának, a morális drive-nak azonosítása a duális viszonyban, akkor érdemes egy kicsit alaposabban megvizsgálnunk ennek Levinas által nyújtott elemzését. A morális drive olyan forrásait keressük, amelyek nem szociálisan illetve társadalmilag létrehozott állapotokban gyökereznek, hanem a pre-szociálisban, annál is

inkább, mivel úgy tűnik, a modern társadalom gyakran teszi lehetővé az immorális viselkedést sőt, elősegíti azt.

Levinas nem tekinti az etikát a filozófia egyik ágának a többi közt. Életműve inkább az etika jelentőségének kutatásaként tekinthető. A kérdésre akkor tudjuk megadni a választ, ha némi bepillantást nyerünk a levinasi gondolatkör néhány alapvető kérdésébe. Levinas gyökereiben forgatja fel a nyugati filozófia munkamódszerét. Mi az, ami számára alkalmatlannak tűnik ebben a tradícióban? Eológia - ez kritikájának lényege. Számos kulcsszót kellene még ennek kapcsán megemlítenünk: az Azonos, az Egység, az ontológia elsődlegessége. A mindent maga alá gyűrő, mindent birtokolni akaró tudás, amely azt képzei magáról, hogy a tudat különféle megnyilatkozásaival betölthet minden űrt, feloszthat, tematizálhat mindent maga körül. A Descartes-i varázs: a *cogito ergo sum* az, amit kérdőre von, szembeállítva ezzel az „Itt vagyok” bibliai kijelentését. Azt állítja, hogy történik (vigyáznunk kell ezzel a szóval is, hiszen ez a történés a legteljesebb passzivitás is ugyanakkor) valami az én és a Másik között, ami nélkül nem lenne lehetséges még az én énné válása sem. A Másikkal való viszonyból kiindulva válik a szubjektum szubjektummá, kap az értelemteremtés, értelemkeresés értelmet, válik lehetségessé az etika, és így a filozófiai gondolkodás is. Levinas a Husserli fenomenológiából indul ki, és fontos emlékeznünk rá, hogy a fenomenológia atyja késői korszakában maga is szembesül az interszubjektivitás problémájával, a Másik megismerésének kérdésével. Levinas számára azonban nem megfelelő az *alter egoként* értelmezett Másik, amikor tehát viszonyunkat az határozza meg, hogy a Másik egy másik olyan, mint én. Levinas az alteritást tekinti a lényegnek. Nem azt keresi tehát, hogy mi az, ami a Másikban közös, mi az, ami Ugyanaz, hanem éppen azt, ami Más. A lényegileg és levezethetetlenül mást, valamint azt feltételezve, hogy a tematizálás eszközeivel soha nem fogom tudni a Másikat a „magamévá tenni”, saját tudásommal, saját gondolkodásommal „helyre rakni”, lokalizálni. A Lét és Idő *Miteinandersein*-jét, egymás mellett élését kell szembeállítva látnunk a szemtől szembe viszonyban megmutatkozó *másikért* léttel. Azzal, hogy a Másik Arca által a hívásban jelenik meg, abban a pillanatban, amikor az etikum megjelenik. Ez a közelség, proximitás Levinas kifejezésében. Ezen azonban nem szabad a távolság fokozatosan kisebbedő megszűnését értenünk, nem hiány itt a közelség, hanem többlet. Tehát az Arc ebben a közelségben a maga csupasz, kiszolgáltatott sérülékeny mivoltában jelenik meg és ezzel szembesülve olyan eredendő reszponzivitást ró ránk, amely nem intenciónk, szándékunk vagy döntésünk szintjein érhető tetten. Itt kellene elérnünk egy olyan pontra, amelyről világossá válik, hogy a levinasi üzenet származási helye merre is keresendő. Egy biztos, nem ott, ahol a deontológia és a teleológia találkozhatnak,

szembekerülhetnek. Egy bizonyos szempontból leegyszerűsítő javaslat, de ha arra gondolunk, mikor egy szépen levezetett érvelés végighallgatása, elolvasása után, bár szinte valamennyi elemet racionálisan, igazolható alapelvek vagy ideákkal kipárnázva találunk, mégis valami lényegi elégedetlenség és hiányérzet vesz úrrá rajtunk. Ha volt már ilyen érzésük, ennek az érzésnek a megszületését találhatják talán ott, abban az alapvető viszonyban, amelyet Levinas feltételez a Másikkal szembekerülve. Egészen máshonnan is megérthetjük ezt az állapotot. Ha van kedvük megjeleníteni magukban: az a hely, vagy pillanat, amelyben a Másik halála számunkra lehetőségként felmerül, mikor a Másikat féltjük, de nem úgy, hogy közben magunkat. Mikor az anya a gyermekét mondja Levinas, vagy barátot a barát. Amikor világossá válik számunkra, hogy nem hagyhatjuk meghalni egyedül, mikor ilyen gondolatok elől még nem bújunk el, bravúrosan felépített rendszereink mögé. Mikor az éhezöket látván a TV-ben még nem kezdjük el keresni saját indifferenciánk indokait. Mikor még erre nem dolgozunk ki érveket. Mert ez a pillanat létezik, természetesen mondhatunk rá nemet - ez Levinas számára is nyilvánvaló - de létezik.

A Másikat segíteni, ha éhes, ha fázik, ha hiányt szenved valamiben, ha szenved, és nem hagyni egyedül meghalni. A levinas-i kifejezések gyakran körülírással és a túlzás eszközeivel ragadják meg tárgyukat. A Másikért vállalt felelősség magyarázatában olyan képek bukkannak fel, mint a *helyettesítés*, a *megszállottság*, az *üldözöttség*, sőt a *túsz*, a Másik túszává válás. Ez a szokatlan etika felfogás ugyanakkor a felelősség radikális *aszimetriáját* hangsúlyozza, amely mindig is az enyém, még szabadságomat megelőzően is. Az én, akinek individuációja a felelősségben történik meg, aki pótolhatatlan, helyettesíthetetlen, kiválasztott erre a felelősségre. „Ím itt vagyok” ha a szenvedő Másikkal szemben mást nem is tehetek. Aszimmetria és a reciprocitás tagadása- az én dolgom, az én ügyem az én felelősségem a Másikért. Levinas gyakran idézi Dosztojevszkij, mikor erről beszél: Mindenki felelős a másikért, de én mindenkinél jobban felelős vagyok.

„Az inter-szubjektív viszony nem-szimmetrikus viszony. Ebben az értelemben, felelős vagyok a Másikért nélkül, hogy várnék viszonzásra, még ha meg is halok. A reciprocitás az ő ügye...Felelős vagyok a teljes felelősségért, amely minden másikért felelős és mindenért a másokban, még az ő felelősségükért is. Az ennek mindig eggyel több felelőssége van mint mindenki másnak.”[79]

3.5.4 Interszubjektivitás

A szubjektivitás lényege abból áll, hogy elindulok a másik felé anélkül, hogy azzal foglalkoznék, ő felém elmozdul-e. Vagy, pontosabban, abból áll, hogy olyan módon

közelednek felé, amely minden reciprok viszonyon túl és azt meghaladva, amelyek folyamatosan képződnek köztem és embertársaim között, én mindig egy lépéssel többet teszek meg felé. Embertársam minden feltételezés, minden vállalt és elutasított elkötelezettséget megelőzően foglalkoztat engem. Olyan, mintha kívülről rendeltek volna, „traumatikusan parancsba kaptam volna, anélkül, hogy az autoritást, aki a parancsot adja reprezentációk vagy fogalmak által interiorizálnám. Anélkül, hogy feltennem magamnak a kérdést: Mi dolgom van nekem ezzel? Honnan veszi a jogot, hogy parancsoljon? Mit tettem azért, hogy már kezdetektől fogva adós legyek? Embertársam arca megcáfolhatatlan felelősséget jelent számomra, amely megelőz minden beleegyezést, minden paktumot, minden szerződést.” [80]

Bauman több művében is foglalkozik a Levinas-i etikával. Egyik szempontunkból legérdekesebb ilyen hely *Mortality, Immortality and other life strategies* c. 1992-es művében [81] található, ahol társadalmi kérdések tárgyalása kapcsán jönnek elő a francia fenomenológus gondolatai. Hogyan lehetséges ez? A Levinas-szal foglalkozó irodalom egyik kitüntetett témája, hogy ez a két személyt érintő viszony, az én és a Másik szemtől szembe viszonya, amely többes számban nem képzelhető el, amelyben a Másik soha nem válhat a genus részévé, az ugyanazzá, eggyé a többi közül, hiszen épp egyedisége, épp mássága az, ami felelősségemet kiváltja. Hogyan bírhat ez a duális viszony univerzális mondanivaló hordozójává. Ahogy Fabio Ciaramelli írja, [82] megtalálhatjuk az univerzalitás dimenzióját, amely azonban „...nem a fogalom absztrakt karakteréből fakad, hanem a folyamodás előíró erejéből...”. Ennyiben teszi hozzá, mindannyiunkat, mindig és mindenütt érint. Abszolút kötelezettség, amelynek autoritása önmagában van, olyan értékkel bír, amelynek univerzalitása nem a logosból származik, hanem az ethos transzcendentális orientációjából. [82] Az absztrakt ego felemelkedése „énné”. Itt az etikum konkrét morális tapasztalatban gyökerezik.” Ciaramelli szerint éppen abban láthatjuk az etikai diskurzus paradoxonát: hogy csak akkor fog rendelkezni univerzális és abszolút jelentéssel (értelemmel), ha a transzcendenciára adott saját személyes válaszom extrém partikularitásában (egyediségében) gyökerezik. Azonban ez az univerzalitás tettenérésének csak egyik momentuma. Ugyanakkor Levinas nem feledkezik meg arról, hogy az Én számos, megszámlálhatatlan Másikkal találkozik és felvetődik a kérdés, ki a Másik és mi az etikai értelmezés lehetősége a multiplicitás szintjén. Levinas azt mondja, hogy ha egy lakatlan szigeten élnék a Másikkal, ha rajtunk kívül nem létezne más, akkor felelősségem végtelen lenne. A *Harmadik* fellépése azonban korlátozza ezt a végtelen felelősséget. Rögtön hozzá kell azonban tennünk, hogy ez a két esemény semmiképpen sem képzelhető el múlt, jelen, jövő hármában tételezett

idődimenzióban. Nem egymásra következnek. Nem követik egymást az időben. Mielőtt azonban meghatároznánk egymáshoz való viszonyukat válaszoljunk az imént feltett kérdésre. Hogyan jelenik meg tehát a Harmadik fellépésekor az etikum? A Harmadik megjelenése az *Igazság* pillanata. Mivel össze kell hasonlítanom az összehasonlíthatatlant, össze kell mérnem az összemérhetetlent, tökéletesen privát „kalandom” társadalmi dimenzióval egészül ki. Bauman *Ethics begins at home. Can there be a Levinasian Macro-ethics* című írásában [83] erre az etikum és a politikum szintjeinek megkülönböztetésével utal.

Vizsgáljuk most ezt egy kicsit alaposabban. Nyilvánvaló, hogy társadalmi koegzisztencia lehetővé tétele az, ami az igazságot szükségessé teszi és legitimizálja az állam, mint az igazság reprezentációjára hivatott világi autoritás létrejöttét. Most tehát az a kérdés, elképzelhető-e egy Levinas-i társadalomfilozófia kidolgozása. Amennyiben a Másik végtelen felelősséget vált ki belőlem, lehetséges-e egyáltalán reflektálnunk a többi emberre, a társadalomra, az emberiségre. A tradicionális társadalomfilozófia a társadalmat autonóm, egyenlő jogokkal rendelkező egyének sokaságaként tekinti. Azonban Levinas minden erejével tiltakozik a teória, a Gondolkodás tematizáló, egységesítő jellege ellen. Ez számára az erőszak egyik formája. Mindenben a Másikat hangsúlyozza, azt, hogy szemben azokkal a dolgokkal, amelyeket a világból megismerünk, amikor a Másik emberrel találkozunk, őt nem vagyunk képesek megismerni, leírni, definiálni, mert olyan többletként jelentkezik, amellyel ténylegesen csak a minden tudatosságot megelőző, és annak feltételét jelentő felelősség kapcsán kerülhetek érintkezésbe. A Másikban tehát nem az emberi genus egyik elemét látom, hiszen ő egyedülálló, senkire nem hasonlít, nem kategorizálható. Mivel nincs ennél a viszonynál elsődlegesebb és alapvetőbb, csak innen vezethetem le a társadalomfilozófia „elveit”, ebből az aszimmetrikus kapcsolatból. Ugyanakkor már az 1961-ben megjelent *Totalitás és Végtelen című munkában is* olyan kijelentéseket találhatunk, amelyek szerint a Másikban megjelenik számomra a Harmadik is. Hogyan születhet meg a másikkal való eredeti viszonyból az, hogy én valamennyi lehetséges másikkal viszonyba kerülök? A társadalom és politika dimenziói tehát az interszubjektivitás aszimmetrikus viszonyából emelkednek ki, amely, eredeti kapcsolatként, megelőzi az univerzalitás és a közösség minden formáját. Az én másikkal szembeni elkötelezettsége talál rá az egymásmellett-létre (*Miteinandersein*), a Mi-re és nem fordítva. Az én felelősségem a másikkal szemben - aki itt és most szemben áll velem - nem korlátozódik pusztán őrá (tehát nem a barátság vagy intimitás dimenziójában ragadunk meg), ugyanakkor nem is általános normát alkalmazok egyedi esetben. Mivel a Másik arcában és azon keresztül jelenik meg számomra a Harmadik, ebből következik, hogy meg kell osztanom energiámat, figyelmemet, gondoskodásomat. Megtört a Másik monopóliuma. És itt rejlik az

igazság eredete, amely feltételezi a logikai és ontológiai univerzalitás struktúráit: azért, hogy igazságot tehesünk mindenki másnak - és ne hagyjunk figyelmen kívül egyetlen egyet sem közülük - olyan politikai, gazdasági, jogi, és társadalmi rendszert kell létre hoznunk, amely legalább a másik jelenléte által kifejeződő abszolút követelmények minimumát garantálja. Ugyanakkor, a harmadiknak, mint univerzális másoknak a megjelenése *alárendelt* momentuma a Te megjelenésének.

Az én és te aszimmetriája összefügg az etikai szubjektumok fundamentális egyenlőségének végtelen elkötelezettségével (mások szolgálatának végtelen feladata), de Levinas hozzáteszi, hogy ez az összefüggés posterior és nem - mint Heidegger-nél a *Mitsein* - anterior az én másikért való elkötelezettségéhez képest. És mi mondható el tehát az interszubjektivitás két szintjének, azaz az én és a Másik, illetve a Harmadik viszonyáról? Kölcsönös függőség áll fenn a politikai és az etikai rend között. Csak a szemtől szembeni viszonyból kiindulva beszélhetünk az állam legitimitásáról, azonban szükséges az Észhez való visszatérés, mert ez garantálja egyben az etikai megvalósulását. Az interhumán perspektíva túlélheti a város politikai rendjét és a Törvényt, ám el is veszhet abban, hiszen az Igazság többféle módon hűtlen lehet etikai eredetéhez, újra és újra meg kell méretnie magát az etikaihoz képest. Az igazság sajátja, hogy állandóan elégedetlen magával, az igazság az igazság állandó revízióját jelenti, és egy jobb igazság elvárását. Az igazságot a jótékonyság, könyörület, hívja elő. Jótékonyság, amely az igazság előtt és az után is jelen van. [84]

3.5.5. A medicina filozófiája

Ebben a keretben találok érdemesnek végiggondolni a medicina filozófiájának feladatait. Amikor azt állítom, hogy keresnünk kell, nyilvánvalóan problematikusnak látom a jelen helyzetet. A medicina filozófiája elsődlegesen az etikai kérdésekből indulna ki, amennyiben követjük a levinasi gondolatot. Kortárs bioetikán gondolkozva igen találónak érzem Carl Elliot jellemzését mind a jelentős problémák, mind pedig a medicina természetrajzát illetően, ahogy ez *Philosophical Disease* című 1999-es könyvében megjelenik [85]. A medicina változásainak összegzésekor Lantost hívja segítségül: az új medicina olyan szakma, amelyet a tudomány, a technológia, redukcionista etika valamint a közgazdaságtan határoz meg”. Szakma, amely ”rigorózan tudományos és dogmatikusan szűklátókörű”. Kérlelhetetlenül progresszív vállalkozás, lovagi szolgálat Grál nélkül.” A negatív változások okát abban látja, hogy a medicina nem rendelkezik már autoritással, legalábbis általános megegyezés nincs ezzel kapcsolatosan. Nincs közös megegyezés a medicina célját tekintve, mivelhogy (ami abból következik) nincs az élet célját és jelentőségét tekintve sem. Ebben a

felállásban a mai orvos és beteg idegenként találkoznak egymással, és ebben a hezitáló találkozásban az egyetlen segítséget a bürokratikus struktúra képes biztosítani. A bürokratikus struktúra egyik alapvető jellemzője pedig a személytelenség (tehát, hogy a szerep a fontos a kapcsolatban és nem az, hogy ki játssza). Ez a negatív kép tehát egy olyan medicinát vázol fel, amelyet valójában gazdasági megfontolások dominálnak, tudományos aspirációk és technológiai attitűd. Amelyben a tradicionális orvos alakja kihalóban, az orvos beteg pedig idegenek személytelenségével egy bürokratikus struktúrában találkoznak egymással. Ami pedig a medicinában és a bioetikában közös, a törekvés egy pártatlan tárgyilagosságra, az általánosra, a faktuálisra. A bioetikában az idegenek közötti viszonyok jelentik a paradigmát morális beszédünk számára. Anonimitás, amely megfosztatott attól, ami emberként egyediségünket jelentheti. Elliott könyve megírásának motivációját így fogalmazza meg: „...feltegyük a kérdést, mi történik az emberekkel - önértelmezésükkel, másokkal való kapcsolataikkal, az egészségügy intézményeivel való viszonyukkal - ha az objektivitás kutatásából elmozdulnak, a szolidaritás kutatása felé” [86].

Bauman szociológiai meglátásainak mentén Levinas fenomenológiáján át próbáltam bemutatni a moralitás olyan értelmezését, amelyről azt gondolom, hogy jótékony hatással lehetne a medicina filozófiájának mai munkájára. Mint már az írásom elején is jeleztem, ennek egyik magától értetődő okát abban látom, hogy a medicina valósága egy vetülete a mai modern demokráciák globális működésének. Emiatt a medicináról való gondolkodás nem lehetséges a tágabb keretek elemzése nélkül. Megállapításaink érvényessége leszűkül. Szeretnék egy másik érvet is felsorakoztatni, hogy a figyelmet méginkább ebbe az irányba tereljem.

Legyünk bár szkeptikusak a modernség kritikája valamint a pesszimista kórrajzok tekintetében, egy dolog bizonyos. A medicinában is érezhető az a krízis, ami az alapvető emberi viszonyok területén nyomasztóan jelen van. Megindokolhatjuk az atmoszféra gyökeres átalakulását, levezethetjük igen racionális tényezők mentén. Ám kétséges, hogy akár a legradikálisabban tisztánlátó elemző is hitegetheti magát azzal, hogy jogszabályok betartásával, illetve bizonyos alapelvek nagyobb körben való elterjedésének hatására, azaz kidolgozottabb metodológia következtében visszarendezhetővé válik valami, ami mára úgy tűnik, elveszett. Mások arra az álláspontra helyezkednek, hogy felesleges olyan dolgokon siránkozni, amelyeken nem változtathatunk, azaz, a medicina már nem az a hivatás, amely korábban volt, és ezt ideje lenne tudomásul vennünk. Ebből a nézőpontból abban is kételkednek, hogy egyáltalán a morális aspektusok jelentős szerephez jutása indokolt-e területünkön. Egyébként ezzel a típusú érveléssel rendkívül gyakran találkozom egyetemünk

orvostanhallgatói körében, főként a nyugati demokráciákból jött angol nyelvű képzés keretei között. A hideg objektivitással nem igazán okos stratégia az ember spirituális természetét szembehelyezni. Nem gondolom tehát, hogy meg kellene tudnunk győzni a fenti típusú érvek képviselőit. Ugyanakkor, meggyőződésem, hogy a betegek legnagyobb része, a szenvedő, segítségre szoruló, sérülékeny és kiszolgáltatott emberek hiányolnak egy olyan hangot, amely ontológiailag leírhatatlan effektivitással csökkenti izolációjukat akkor, amikor ennek elviselése számukra a legnehezebb. És lássuk be, autonómak vagyunk, ha nagyon muszáj, vagy ha ezzel biztosíthatjuk magunknak, hogy úgy történjenek a dolgok, ahogy mi szeretnénk. De ha a fausti történethez hasonlóan autonómiánk ára magunkra hagyottságunk lenne, sokan mégsem kötnének alkut. Értelmezésem szerint a humán medicina nem megvalósítható humanisztikus fragmentumok kurrikulumba csempészésével. Talán nem muszáj önmagunk falai közé zárva élni. Tegyük fel, hogy alapvetően a Másikkal szemtől szemben kezdődik az etika, és a filozófia, és az életünk, valamint annak kritikus helyzetei is.

A levinasi gondolatmenet alapján a medicinában a moralitás primer megjelenése és jelentése az orvos-beteg, nővér-beteg, azaz a gyógyító és a beteg közötti szemtől szembe viszonyban van. Felelős vagyok a másikért, amely felelősségem inherens módon nem a kontraktuális viszonylatban értelmezendő. A beteg emberrel szemben felelősségem korlátlan, hiszen ő szenved, elvár tőlem valamit, segítségre hív fel. Mindenekelőtt arra, hogy válaszoljak. Válaszoljak őrá, arra a személyre, aki alapvető másság kell hogy maradjon számomra, akit itt és most, nem saját ítéleteim tükrében látva, akit nem tekinthetek a beteg genus egyik elemének. (elegendő ilyenkor a szokásos „betegek általában” című mondatkezdetekre gondolnunk....) Nem a szent gyógyító képének beemelése a célom (helyette esetleg gondoljunk arra, hogy a pap, a tanár és az orvos voltak a korábbi emberi életközösségek kardinális figurái, talán nem véletlenül). Nem kell szentnek lenni azonban ahhoz, hogy a jó értékének fontosságát belássuk. A moralitás medicinában való alapvető, inherens megjelenésének esélyei akkor növekednének meg, ha valamilyen formában sikerülne a proximitást visszaállítanunk a területen. (Nyilvánvalóan ez bizonyos területeken könnyebb – orvos-beteg kapcsolat - mint másutt - finanszírozás).

Továbbgondolva a levinasi gondolatot, felelősségem csak akkor lenne korlátlan, ha nem lépne be a színre a Harmadik. Számptalan Harmadikkal kell találkoznom. Egy orvosnak, nővérnek sok-sok ezer beteggel van dolga. Ideje, élete, energiája korlátozott. Ezen a ponton, az Igazság pillanatában lép be a társadalom intézményeinek szerepe, a jogok biztosította garancia, az állampolgári biztonság, amely mindenkit egyenrangúnak tekint (ám ne feledjük, semmiben sem különbözönnek, mint bárki). Itt kell igazságos, fair döntéseket hoznunk, itt kell

mérlegelnünk, itt kell visszatérnünk az ésszerűséghez. Itt kalkulálhatunk, tisztázhatjuk az elosztás kérdéseit és a többi. Csak azért nem sorolom tovább mert nagyon sokáig tartana akár csak felsorolni is, annyi a dolgunk. Azon kell dolgoznunk, hogy az igazság, amelyet megpróbálunk megvalósítani mindig egyre jobb legyen. És mindeközben soha, egyetlen percre sem szabad megfeledkeznünk a jótékonyaságról, amely az igazság előtt és után is jelen kell hogy legyen.

Talán azért lenne érdemes e szférákat, egymásbaérő szinteket egymástól elkülönülve is meglátnunk, hogy amikor a morális kérdéseket tárgyaljuk a medicinában, pontosan tudjuk, mi a dolgunk. A szenvedővel szemben morálisan nem elfogadható a felelősség elhárítása, ha pedig valaki hivatásául a Másik szenvedéseinek enyhítését választja, tegyünk meg mindent azért, hogy ennek gyakorlása közben ne kelljen mérlegelnie, kalkulálnia,...Nem az a dolga.

Álljon itt végül egy történet: Ulla bar Koshev-et a kormány el akarta fogni. Rabbi Joshua ben Levi at Lod-tól kért menedéket. A kormányerők megérkeztek és körülvették a várost. Azt mondták: Ha nem adod át őt nekünk, elpusztítjuk a várost. Rabbi Joshua elment Ulla bar Koshev-hez és meggyőzte, hogy adja fel magát. Illés korábban megjelent Rabbi Joshua-nak, de ettől a perctől kezdve többé ezt nem tette. Rabbi Joshua sok napon át böjtölt, és végül Illés megmutatkozott előtte. 'Hát meg kell nekem jelennem az árulóknak? Kérdezte. Rabbi Joshua azt mondta: „Csak a törvénynek engedelmesskedtem.’ Illés visszavágott: „De a törvény a szenteknek való-e?’ „A szentek azért szentek, mert nem bújnak el a Törvény széles vállalai mögött. Tudják, vagy érzik, vagy úgy cselekszenek, mintha éreznék, hogy nincs törvény, legyen bár akármilyen nagyvonalú és humánus, amely kielégítené a morális kötelességet, radikálisan keresztülvinné a ‘másikért-lét’ következményeit, egészen az élet-és halál végső döntéséig.” [87] Ez nem azt jelenti, hogy ahhoz, hogy morálisak legyünk szentté kell váljunk. Azt sem jelenti, hogy a morális döntések mindig, naponta, élet-halál kérdések: az élet legnagyobb része úgy zajlik, hogy biztonságos távolságban vagyunk a rendkívülitől és a végső döntésektől. Azt azonban jelenti, hogy a moralitás ahhoz, hogy a nem heroikus, világi életben hatékony legyen, a szentek heroikus méreteihez kell igazodjon, vagyis inkább, a szentek szentségét kell egyetlen horizontjának tekintenie. A morális gyakorlatnak csak *gyakorlatiatlan* alapjai lehetnek. Ahhoz, hogy morális gyakorlattá váljon olyan standardokat kell magának felállítania, amelyeket nem érhet el. És soha nem engesztelheti ki magát azzal a magabiztossággal, vagy arról próbálván meggyőzni magát, hogy a standardokra vonatkozó elvárásoknak eleget tett. Mert ez morálisan nem elegendő.

4. A proximitás etikája a gyakorlatban - példák a sebezhető betegcsoportokra (romák, fogyatékosok, idősek, haldoklók)

„Ha a természeti világot a sors és a szerencse vezérli, a technikai világot a racionalitás és az entrópia, a szociális világot csak úgy jellemezhetjük, mint ami félelemben és rettegésben létezik. (Daniel Bell)

4.1 Az idősek és az etika

A modern bioetika BIOMED II projekt során előhívott (és a korábbiakban tárgyalt) alapelveinek segítségével a következőkben bemutatandó konkrét bioetikai problémák megértését segíthetjük elő. Az alapelvek ismerete és használata abban segíthet, hogy konkrét kérdések megválaszolásakor megadják a kereteket, amelyek mentén az egyes etikai problémák kezelendők. Különösen alkalmasak az új európai alapelvek az idősek egészségügyi ellátásának megközelítésére vonatkozóan. Többek között azért, mert a legutóbb felsorolt és részletezett alapelv, a sebezhetőség alapelve a bioetika legújabb kezdeményezéseiben normatív elvként megalapozza azon megkülönböztetett figyelem szükségességét, amellyel a társadalom bizonyos csoportjainak helyzetét kell követnünk. Azon tagjait, akik valamely okból az ún. „sebezhető populációk” közé tartoznak, és akikkel szemben morális felelősségünk fokozottan kell, hogy érvényesüljön. Gyakran a sebezhető populációk azonosak azon társadalmi csoportokkal, akiket valamilyen megkülönböztetéssel szemben védenünk kell. Az „ageism”, a kor szerinti megkülönböztetés jelensége arra vonatkozik, amikor az idős ember érdekei, jogai azért sérülnek, mert idős. Az idősekkel szembeni diszkrimináció gyakran tapasztalható, és globális társadalmi folyamatokkal áll összefüggésben, amelyeket a későbbiekben tárgyalunk.

Az idősek egészségügyi ellátásának kérdésköre olyan speciális terület, amelynek etikai szempontjai csak egy tágabb kontextuson belül, azaz, az idősekkel kapcsolatos etikai megfontolások felvázolásával tárgyalhatóak. Ennek a *tágabb diskurzusnak* vannak társadalmi, gazdasági, kulturális, filozófiai vetületei is. Mindezekről képet kell alkossunk ahhoz, hogy a korunkban az idősek helyzetére vonatkozóan mélyebb megértésre tegyünk szert. Néhány a *legfontosabb megválaszolendő kérdések* közül:

- Hogyan változott meg az *idősek helyzete* az elmúlt évtizedekben, és ez milyen összefüggésben áll a medicina 20. században végbement radikális fejlődésével, átalakulásával?
- Milyen *konkrét bioetikai kérdéseket* kell felvetnünk? Milyen etikai alapelvek mentén kezelhetjük ezeket a modern orvostudomány kontextusában? Hogyan alakul ezen problémák jogi kezelése Magyarországon
- Mivel járulhat hozzá a *filozófia, illetve a filozófiai thanatológia* az öregség, a haldoklás és a halál jelenségének mélyebb megértéséhez korunkban? Milyen szerepe van az idősekkel és az idős betegekkel kapcsolatos *társadalmi attitűdnek* abban, hogy az idősellátás gyakorlata alapvető etikai alapelvek mentén történjen? Milyen kulturális meghatározottságokkal kell számolnunk? Mit kell tudnunk a *medikalizációról* és ennek következményeiről az idősekre nézve?

4.1.1. Az idősek helyzetének megváltozása

A medicina 20. század második felében végbement fejlődése radikális következménnyel jár a fejlett országok társadalmi-gazdasági helyzetére és perspektívájára. Milyen változásokra kell itt gondolnunk? Mindazon lehetőségek megvalósulására, amelyek hatására a várható élettartam a 20. század eleje óta gyakorlatilag megkétszereződött (míg az USA-ban például a századfordulón az átlagéletkor valahol a 40-es életevek táján volt, ez mára a 70-e, 80-as életevekre tolódott ki, ehhez hasonlóan alakultak át az európai viszonyok is). Természetesen ez a növekedés az országok fejlettségétől is függ, és Magyarországon hírhedten rossz adatokkal kell számolnunk.

Az idősgyógyítást érintő legsúlyosabb probléma, hogy a populációk öregedése a medicinában végbement ún. költségrobbanás egyik legfontosabb oka. A további jelentős okok (a medicina fejlődése, a betegségstruktúra megváltozása) is összefüggésben állnak a kiadások radikális emelkedésével. Az egészségügyre szánt források elosztásának kérdése, az ún. *allokáció* pedig manapság a bioetika egyik legnehezebb és legtöbbet tárgyalt fejezete. Milyen etikai szempontokat kell figyelembe vennünk, illetve érvénybe léptetnünk akkor, mikor az egészségügyre fordítható szűkös erőforrásokat kell elosztanunk? Az allokációnak több szintjét is tárgyalja a bioetika (a felső szintű illetve alsó szintű allokáció), a GDP-ből egészségügyre fordítható összeg meghatározásán keresztül, az egészségügy különböző szegmensei közötti elosztáson át egészen az egyéni betegek közötti szelekció kérdéséig. Globális problémáról van szó, nincs olyan ország, amelyben az egészségügy illetve a ráépülő gazdasági rendszerek egyre növekvő étvágya kielégíthető lenne. Tudnunk kell, hogy az idősek esetében nem

pusztán számbeli növekedésükkel kell számolnunk, hanem azzal is, hogy az idősök gyógykezelésének költsége többszöröse a társadalom más korcsoportjainak. A hosszú távú, nem-kuratív természetű ellátások nagy költségigényűek, és az idősök esetén igen gyakran van rájuk szükség. A szűkös források megfelelő elosztása nem tűnik megoldhatónak, csak azt remélhetjük, hogy a probléma kezelése minél inkább az etikai megfontolások mentén zajlik majd, és nem pusztán a gazdasági racionalitás határozza meg, hogy kinek milyen ellátásban lesz része, ki milyen mértékben részesedhet az egészség ajándékából.

4.1.2. *Betegtájékoztatás, tájékozott beleegyezés és az idős beteg*

Orvosi beavatkozásba való beleegyezés vagy annak elutasítása csak cselekvőképes személyeket megillető jog. Cselekvőképesnek általában a jog pedig azokat tekinti, akik ügyei viteléhez szükséges belátási képességgel rendelkeznek. A tájékoztatás módja és minősége meghatározó jelentőségű lehet a gyógyítás teljes folyamata szempontjából. Kutatások bizonyítják, hogy a gyógykezelésükbe bevont, tájékoztatott betegek együttműködési készsége sokkal jobb, és így a siker esélye is jelentősen megnő. A tájékoztatás ugyanakkor pszichésen is elengedhetetlen, hiszen a beteg ezáltal azt érezheti, hogy valóban őrá szól, ami vele történik, és nem pusztán problémáját kezelik, hanem őt magát. A tájékoztatás gyakorlatában valamennyi a korábbiakban leírt alapelvnek érvényesülnie kell, hiszen elsősorban az *autonómia alapelve* az, ami tájékoztatási kötelességünket előírja, azonban ennek minőségét az fogja meghatározni, hogy mennyiben tudjuk tiszteletben tartani a beteg méltóságát, integritását és vesszük figyelembe sebezhetőségét. Idős betegek esetében a tájékoztatás során különösen figyelniünk kell arra, hogy kommunikációnk adekvát módon, számára is érthetően történjen. Őt tájékoztassuk, és ne hozzátartozóit, még akkor is, ha ez számunkra nehezebbnek, időigényesebbnek tűnik, és valódi kommunikációs helyzetet hozunk létre, amelyben ő is résztvevő, nem pusztán az információ befogadója.

A cselekvőképesség szürke zóna, kompetencia kérdése. A cselekvőképesség jogi kategória, amelynek filozófiai megfelelője az autonómia. A beteg autonómiájának tisztelete, mint alapelv előírja, hogy a saját életére, gyógykezelésére vonatkozóan ésszerű gondolkodásra képességének birtokában mindenki maga hozhasson döntéseket. Az autonómia alapelve könnyen sérülhet azonban, ha a gyógyítási folyamatban az idős beteget *eleve* nem tekintjük önálló, önrendelkező személynek, és a gyógyítására vonatkozó kérdésekben a döntési kompetenciát részben vagy teljesen másra ruházzuk át. Érzékeny területről van szó, ugyanis az időskor valóban járhat a kompetencia csökkenésével, egyes esetekben megszűnésével, ezt azonban nem tekinthetjük általánosnak, és nem szolgálhat sztereotipizálás

alapjául. Bizonyos demens folyamatok nagyobb arányú jelentkezése időskorban nem jelenti azt, hogy pusztán kora miatt valakitől egy ilyen alapjogot tagadjunk meg nyíltan vagy burkoltan. Gyermekként kezelve, infantilizálva betegünket, hozzátartozóihoz és nem hozzá fordulva elsőként stb., már az autonómia alapelvének sérülését mutatják. Felmerül a veszélye annak, hogy a statisztikai adatok miatt olyan beteget is megfosztunk autonómiájától, aki teljes mértékben képes a szükséges döntések meghozatalára, tisztában van helyzetével, tettei súlyával és következményeivel. A *sztereotipizálás* veszélye sok idős ember utolsó életszakaszát keserítheti meg, sokakat foszthat meg méltóságától. A fentiekben leírt problémák ugyancsak összefüggésben állhatnak a méltóság alapelvének sérülésével.

A geriátriai beteg esetében is elsődleges etikai norma, hogy a gyógyító a betegéért viseli a felelősséget, személyének háttérbe szorulása csak rendkívül indokolt esetben engedhető meg. Kizárólag akkor, ha az így érvénybelépő másik alapelv, a jótékonyág mentén igazolhatóak lépéseink. A szakirodalom gyakran foglalkozik egy olyan eshetőséggel is, amikor a gyógyító a részleges kompetencia problémájával kerül szembe. A beteg adott esetben nincs tisztában alapvető matematikai műveletekkel, nem képes az önmagáról való gondoskodás rutinjára, illetve nem ismeri fel szükségességét. Azonban tökéletesen tisztában van helyzetével, átfogó megértéssel bír élete, betegsége, illetve halála vonatkozásában, ezekkel összefüggő döntéseiben koherens, konzekvensen gondolkodik. A részleges kompetencia problémájára a bioetika számos esetet feldolgozott.

4.1.3. *A kezelés visszautasítása és az idős beteg*

A kezelés visszautasítása terminális állapotú betegek esetén merül fel leggyakrabban, ezen betegek nagy része pedig idős korú, ennek következtében a téma tárgyalása a geriátriai etikában súlyozottan kell hogy szerepeljen. Az 1997-es egészségügyi törvényt megelőzően Magyarországon az életfenntartó életmentő beavatkozások visszautasítására a betegek nem voltak jogosultak. Ezzel kapcsolatban jelentős változást hozott az új egészségügyi törvény, amely lehetővé teszi, hogy bizonyos esetekben, a terminális állapotú beteg, akinek halála kezelés mellett is, rövid időn bekövetkezik, visszautasítsa az életmentő/életfenntartó kezelést. Lássuk a törvény ide vonatkozó passzusát: „A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, mely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátással is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.” [88] Felmérések azt mutatják, hogy ezzel a lehetőséggel a betegek nagy része ma még nincs tisztában. Gyanítható, hogy ennek részben az az oka, hogy a gyógyító

személyzet körében is meglehetősen nagy a tisztázatlanság, sokan ragaszkodnak a korábbi törvényi helyzet általi értelmezéshez. Természetesen a kezelés visszautasításának kérdésköre gyakran összekeveredik az eutanázia manapság igen sokat tárgyalt kérdéskörével. Itt kell felhívni rá a figyelmet, hogy a fentiekben idézett egészségügyi törvény különös jelentőséget tulajdonít annak, hogy az eutanázia minden formáját tiltsa, holott a kezelés visszautasítása sok esetben a passzív eutanázia egy bizonyos formájaként értelmezhető.

4.1.3.1. A mesterséges táplálás és folyadékpótlás és az idős beteg

A mesterséges táplálás és folyadékpótlás meg nem kezdésének illetve felfüggesztésének kérdésköre a korábban tárgyalt „kezelés visszautasítása” témakörhöz tartozik. Tekintettel arra, hogy a szakirodalom különös figyelmet szentel a problémának mi is önállóan szerepeltetjük. A bioetikai szakirodalom a kérdés tárgyalását általában azzal indítja, hogy vajon a fenti kezelés típus eltér-e más, a gyógyításban alkalmazott életfenntartó, életmentő kezelésektől morális státuszában. A vita általában azzal kapcsolatban bontakozik ki, hogy egyes etikusok szerint [89], a beteg „halálra éheztetése” morálisan nem elfogadható, hiszen ebben az esetben alapvető emberiesség parancsát szegnék meg. Ugyanakkor semmilyen racionális érv nem hozható ezen állítás igazolása mellett, mitöbb, gyakran felesleges szenvedések forrása lehet ennek a hibás megkülönböztetésnek a fenntartása, anélkül, hogy terápiás haszonnal járna a beteg számára. Erről a kérdéstről Kovács József meghatározó bioetikai összefoglaló munkájában így ír: „Mások arra mutatnak rá, hogy sokszor éppen az sérti az emberi méltóságot, hogy olyan haldokló, demenciódott betegeket táplálnak mesterségesen, akiknek már nincs éhség és szomjúságérzetük, így maguktól nem esznek, a táplálás fontosságát megérteni már nem képesek, és le kell őket kötni a mesterséges táplálás biztosításához, hogy ne tépjék ki magukból a szondát vagy a kanült. Ilyen esetekben – szól az érvelés – a mesterséges táplálás antihumánus, sérti az emberi méltóságot, túl terhes a beteg számára, és ezért adása morálisan nem kötelező.” [90] A fent idézettek alapján egyértelmű, hogy a beteg méltóságának tiszteletben tartása mint alapelv kell, hogy döntéseinket, megfontolásainkat hasonló helyzetben vezérelje.

4.1.3.2 Az eutanázia és az idős beteg

Talán a legdivatosabb és legközismertebb bioetikai téma. Az eutanázia jó halált jelent (a görög eu illetve thanatos kifejezésekből származik), és arra a problémakörre vonatkozik, hogy haldokló beteg esetén, morálisan igazolható-e, etikailag elfogadható-e a beteg halálba segítése. Már a „halálba segítés” szóval is problémák adódhatnak, hiszen az eutanáziának

több formáját is ismerjük, ezekből a két legalapvetőbb az aktív illetve a passzív eutanázia. Mivel a passzív eutanázia bizonyos kezelések elmaradására vonatkozik, azokra az esetekre, amikor a beteg kérésére bizonyos kezeléseket nem kezdenek el, vagy felfüggesztik azokat. Ezért a halálba segítés kifejezés aktív jellege már eleve kérdéses a passzív eutanázia esetén.

Tudnunk kell, hogy a világ országaiban eltérő az eutanázia különböző formáinak törvényi szabályozása. Hollandia és Belgium legális kereteket biztosít a betegek aktív halálba segítésének, a legtöbb európai ország ezt nem engedi meg. A passzív eutanázia, a kezelés visszautasítása valamilyen formában, szigorúbb illetve megengedőbb törvényi feltételek mellett Európában általánosnak tekinthető.

Miért jelentkezik az eutanázia problémája egyre sürgetőbb és aktuálisabb kérdésként napjainkban, és különösen az idős betegek esetén? Fel kell idéznünk azt, amit a korábbiakban a medicina fejlődése kapcsán leírtunk, illetve azt hogy ennek milyen következményei vannak. Az egyik súlyos következmény az, hogy minél inkább jeleskedik a medicina az emberi élet meghosszabbításában, annál inkább kell azzal számolnia, hogy sok esetben ezzel kitolja az utolsó időszak, a haldoklás, élet és halál közötti átmenet időszakát. Ezzel gyakran a szenvedés időszaka is meghosszabbodik. A szenvedés sok formában jelentkezik, fizikai és lelki szenvedés, megalázottság, magány, izoláció és sorolhatnánk mindazokat a súlyos egzisztenciális terheket, amelyekkel adott esetben az embernek halála előtt szembe kell néznie. Mindeközben a *méltóság* kérdéséről sem szabad megfeledkeznünk, hiszen a szenvedés ellenére is az emberi méltóság olyan kincs, amihez legtöbbször ragaszkodni szeretnének a legvégsőig is. Mit nyújthatunk azokban az esetekben, mikor a szenvedés elhúzódik, esetleg éppen a medicina sikeres gyakorlása következtében? Van-e jogunk az élet értékét a kitolható hónapok, hetek, napok tükrében nézni? Kinek van joga ahhoz, hogy eldöntse, az élet minősége vagy időtartamban mérhető mennyisége a nagyobb érték? Sok válasz még várat magára, azonban bizonyos, hogy a gondoskodásnak a betegről kell szólnia. Nem csaphat át ádáz küzdelembe a halál ellen akkor, ha ez a beteg ellenében történik. Az is bizonyosnak tűnik, hogy a legtöbb joga magának az egyénnek van arra, hogy élete értékét megítélje. Bár az aktív halálba segítés gyakorlata etikailag vitatható, az, hogy senkire ne lehessen a kezelést ráerőszakolni igen kevésbé. Etikailag arra kell törekednünk, hogy a betegnek minél nagyobb teret hagyjunk arra, hogy eldöntse: mi az, amit elfogad a medicina által kínált lehetőségek közül, hiszen ennek következményeit is neki magának kell viselnie. És nem szabad megfeledkeznünk arról, mindannyian mások vagyunk. Kinek-kinek magának kell tudnia dönteni arról, hogy mennyi szenvedést képes elviselni, élete folytatásáért milyen árat hajlandó fizetni. És még egy elsődleges megfontolás: mindent meg kell tennünk azért,

hogy ne a gondoskodás hiánya, esetünkben az idős beteg ember magára hagyása és izolációja, társadalomból való kizártsága előli menekülés legyen a halálra való vágyakozás!

4.1.3.3. Az idős beteg autonómiájának fenntartása a cselekvőképtelenség esetére

Idős betegeinknél számolnunk kell azzal, hogy akár fizikai és szellemi leépülés, akár a betegség lefolyása miatt bekövetkezhetsz az az idő, amikor a személy már ténylegesen nem képes döntési jogát gyakorolni élete felett. A modern jogalkotás azonban mára már Magyarországon is különböző lehetőségeket kínál arra nézve, hogy miként biztosíthatjuk, hogy gyógyításunk folyamata úgy történjen, ahogy azt tiszta tudatállapotunkban elterveztük. Olyan döntések születhessenek, amelyek megfelelnek az értékrendnek, amelynek mentén életünket éltük. Erre nyújt lehetőséget az ún. élő végrendelet dokumentumának elkészítése, illetve a tartós meghatalmazott megnevezése. Az új egészségügyi törvény mindkettőt lehetővé teszi már hazánkban. [91] Ezen lehetőségek arra szolgálnak, hogy az idős beteg autonómiája kompetenciájának elvesztése után is érvényesülhessen.

4.1.3.4. Az inkompetens idős beteg

Mi történik azokban az esetekben ha a beteg nem készített élő végrendeletet, és nem jelölt ki tartós meghatalmazottat? Ilyen esetekben a családja és hozzátartozói közül valaki, mint törvényes képviselő kell hogy a döntést meghozza. Ezekben az esetekben nincs meg a közvetlen lehetősége annak, hogy a beteg autonómiája érvényesülhessen. Ideális esetben a törvény által előírt sorrend olyan hozzátartozót hoz döntéshelyzetbe, aki valóban tisztában van a beteg korábbi preferenciáival, azzal, hogy milyen értékrend mentén élt, és helyette képes dönteni. Gyakran azonban nem ez a helyzet. Ezekben az esetekben nem az autonómia alapelve lesz a meghatározó, hanem sokkal inkább a sebezhetőségé, a beteggel kapcsolatos döntések meghozatalában különös gonddal kell figyelni arra, hogy felelősen, valóban az ő érdekében cselekedjünk. Ez egyes esetekben nehéz feladatot ró az egészségügyi szakemberekre, akik azt tapasztalhatják, hogy a hozzátartozó döntése nem a betegért van. (Itt természetesen gazdasági és pszichés érdekek egyaránt érvényesülhetnek. Vannak olyan esetek, mikor a hozzátartozó azt kéri, hogy a terminális állapotú betegért tegyenek meg mindent, ami lehetséges még akkor is, ha ezzel felesleges további szenvedésre ítéli. Gyakran ezekben az esetekben a hozzátartozó számára sem világos, hogy ezt nem azért teszi, mert „annyira szereti” a beteget, hanem mert ő nem képes elengedni.

4.1.4 *Filozófiai, thanatológiai megfontolások, az idősokkal kapcsolatos társadalmi attitűd alakulása*

A geriátria a 65 év felettek gyógyításának szakterülete, tehát az emberi élet utolsó szakaszába lépő személyekkel foglalkozik. Szükséges tehát ennek a sajátos és egzisztenciális értelemben különös jelentőséggel bíró életszakasznak az alaposabb megértése ahhoz, hogy a felmerülő konkrét etikai kérdésekre válaszolhassunk. Különös jelentőséggel bír ez az időszak több szempontból is, ezek közül kiemelendő azonban, hogy ezen időszakban közeledünk életünk vége felé, az emberi végesség tudata talán a korábbiaknál is nagyobb szerepet kap. Az idős beteg gyógyítása sokszor a halállal való szembesülés mentén zajlik, és ezért a felmerülő etikai kérdések nagy része is ezzel hozható összefüggésbe.

Látunk kell tehát, hogy hogyan viszonyulunk az idősökhöz, általában az idős korhoz, ahhoz az állapothoz, amely a betegségek egyre gyakoribb megjelenésével jár, illetve az idős kort lezáró életeseményhez, a halálhoz kapcsolódik.

4.1.4.1 Az idősök napjainkban – filozófiai megfontolások

Sajnos be kell látnunk, nincs okunk túlzott büszkeségre korunk idősökkel kapcsolatos attitűdje vonatkozásában. A modern ipari társadalom működése nem kedvez a társadalom azon tagjainak, akik valamely okból kiszorulnak funkcionális tereiből. Ezek a társadalmak a teljesítményelvre épülnek, és azok a személyek, akik, „hasznosítása” kérdéses vagy nem „mérhető”, nagyon könnyen elveszíthetik a pozíciójukat (vagy szert sem tesznek rá, mint például a fogyatékkal élők). Tovább ronthat helyzetükön, hogy egy másik lehetséges részvételi terepen is gyakran „kudarca vannak ítélve”: ez pedig a fogyasztás szférája. A mai társadalmak tagjainak legitimitását legtöbbször az teremti meg, hogy mennyiben képesek részt venni a fogyasztásban, mennyire tudnak azonosulni a fogyasztói szereppel. Az idősök számára pedig gazdasági körülményeik általában nem teszik lehetővé, hogy aktívan részt vegyenek a fogyasztói magatartás gyakorlásában. Tehát sem munkaerőként, sem a piaci fogyasztó szerepében nem képesek önmaguk igazolására, és így meglehetősen rövid idő alatt kiszorulnak a legfontosabb részvételi fórumokról, „társadalmi értékük” úgymond drasztikusan lecsökken. A családi struktúrák megváltozása miatt a fiatalabb generációk életében is nehezebben találják meg helyüket, mint a korábbi társadalmi berendezkedésekben, ahol több generáció együttélésekor természetes volt részvételük az utódok gondozásában, a család sorsának alakításában. Sajátosan jellemző probléma továbbá a poszt szocialista országok társadalmában, hogy a szocializmus időszakában a családi szerepek radikális átértelmezése zajlott le, ami tovább bonyolította a generációk egymáshoz való viszonyát.

Hozzátehetjük, mivel a funkcionalitásra és a teljesítményre épülő társadalmakban az ideál a „résztvevők” mintájára és az ő igényeik maximális kielégítése mentén formálódik, nem csoda, hogy korunk diagnózisa méltán alakulhat az alábbi leírás szerint: „szimbolikájában, gesztusaiban, reklámpreferenciáiban stb. eredendően öregségellenes” [92], továbbá azt is, hogy az „öregség stigmatizálódott”. Mindezeknek természetesen súlyos következményei vannak az emberi élet egésze szempontjából, hiszen annak egy igen jelentős időszaka, egy igen fontos szereppel bíró útszakasza rendül meg, bizonytalanodik el. Ahogy Csejtei írja: „az emberi élet mai szerkezete nem a „négy évszak” mentén szerveződik meg; nemcsak a „tél” tűnik el belőle, hanem már az „ősz” nagy része is” [93].

Ez utóbbi szimbolikus megfogalmazás arra utal, hogy a modernitás társadalma nem pusztán a betegséget, a haldoklást és a halált kezeli mint „oda nem illőt” , tabuként és hátrítandóként, hanem már az idős kort, az ezekhez vezető életszakaszt is (a fizikai halál előtt fellépő „szociális halál” jelensége).

4.1.4.2 Napjaink halál- tagadása, a halál mint tabu

A halállal és hozzá vezető úttal, a haldoklással foglalkozik az elmúlt évszázadban megjelent új tudomány, a thanatológia. A filozófiai thanatológia számos olyan megfontolást nyújthat számunkra, amelyek segítségével jobban megérthetjük a mindenki számára elkerülhetetlen folyamatot, illetve eseményt. Az elmúlt évtizedekben a thanatológia egyik legfőbb célkitűzése volt, hogy „megtörje a halált kísérő csendet”, azaz ellensúlyozni próbálja azokat a folyamatokat, amelyek következtében a halál nem kívánatos idegenné, számkivetetté vált, akinek említése is veszélyes lehet. Mit is értünk ez alatt?

Sokat hangoztatott megállapítás, hogy a halál az élet természetes része, azonban mára ez a kifejezés tartalmatlan frázissá lett. Korunkra ugyanis éppen az jellemző, hogy mindent megtesz azért, hogy a halált az életen kívül helyezze, attól elkülönítse, izolált, rejtett eseményként a lehető legtovább megfeledkezzen róla. Ez azonban azzal jár, hogy sokak számára a halál egyszerűen bekövetkezik, anélkül, hogy méltóságteljes befejezésévé válhatna egy értelmes életnek. Ebben pedig a medicinának igen komoly szerepe van. Ez a szerep annak a folyamatnak a tükrében érthető meg, amely egyre nagyobb hangsúlyt kap az elmúlt évtizedek szakirodalmában, ez pedig a medikalizáció.

4.1.4.3 A medikalizáció

A fenti kifejezés arra vonatkozik, hogy a medicina egyre nagyobb teret követel, és hódít meg az emberi egzisztenciában, olyan területeket értelmez, amelyek „jog szerint nem illetik meg”, azaz, illetéktelen területeken uralomra tör. A medikalizáció jelenségének részeként kell látnunk a halál és a haldoklás medicina általi kisajátítását is, amelynek következményeként súlyos veszteséggel kell számolnunk, a saját, hiteles halál lehetőségének elvesztésével. „Ha a világban egy kultúra medikalizálódik, akkor az erkölcsök és a szokások hagyományos ágait, melyek a higiéné erényébe való személyes begyakorlásként tehetők tudatossá, egy mechanikus rendszer, orvosi kódex révén egyre növekvő mértékben elfojtják, ami az egyénektől megköveteli, hogy vessék alá magukat a higiéné felvigyázók utasításainak. A medikalizálódás egy burjánzó bürokratikus program, ami annak az emberi szükségszerűségnek az elutasításán nyugszik, hogy szembesüljön a fájdalommal, a halállal és a betegséggel. (...) A medikalizált civilizációt úgy tervezik és szervezik, hogy a fájdalmat kiirtsa, a betegséget megszüntesse s a szenvedés és a halál művészete iránti szükségleteket megsemmisítse.” [94] A medikalizáció jelenségének megértéséhez hozzásegíthet a következő kommentár, amelyet Csejtei Dezső fűz a fentiekhez: „Miről is van itt valójában szó? Alapjában véve arról, hogy a halál *eltüntetésének*, láthatatlanná tételének programja, ami párhuzamosan halad annak *technicizálódásával* végső kiteljesedését egy olyan berendezkedésben leli meg, ami nemcsak a betegséget és a halált, hanem az ún. egészséges világot is valamely orvosi szemléletmód lehetséges tárgyává teszi.” [95] Mi tette azonban lehetővé azt, hogy korunkban a halál kikerüljön a személy egzisztenciális hatásköréből? A kérdés megválaszolása igen komoly elemzést tenne szükségessé, amelyre itt most nincs módunk, csak bizonyos főbb tényezőket emelnénk ki.

A modernitás harcot indított a természet ellen abban a reményben, hogy maga alá rendelheti a természet erőit, és képes lesz irányítani a racionalitás eszköztárának felvonultatásával egy sor, mindaddig számára uralhatatlan folyamatot. Ebben a harcban a számtalan siker mellett egy kudarccal mindvégig számolni kellett, ez pedig a legnagyobb ellenfél, a halál legyőzhetetlensége. Csejtei idézi Werner Fuchs-ot, aki szerint a halál „a legkeményebb természet reprezentánsa. Bizonyos szempontból úgy is mondhatjuk, hogy a természet mára bizonyos értelemben a halálba húzódott vissza.” [96] és hozzáteszi: „..... a halál jelenségében a tudományos racionalitással felvértezett ember épp a természet e gyémántkeménységű magjának üzent hadat... Ebbe az állapotba kerül az a páciens, akinek az életéért „harc indul”. Ez a harc pedig gyakran nem a páciensért, hanem inkább a harcért

magáért folyik. Gyakran olyan áron folytatódik, ami etikailag erősen megkérdőjelezhető, egyfajta konokság, düh lesz jellemző ilyenkor a kezelést végzőkre.

Miért kell a fentieket veszteségnek tekintenünk? Miért jelenthet komoly gondot, ha az élet utolsó szakasza értelmét veszti, és nem kapja meg az őt megillető helyet? Mint minden folyamat utolsó szakaszának, így a legfőbb folyamatnak, az életnek is az egész szempontjából van meghatározó el-rendező szerepe. Az idős kor jó esetben egy értelmesen leélt élet zárásaként jelenik meg, amelyben ki-ki alkalmat kap arra, hogy mindent újra átgondoljon, hogy egzisztenciális értelemben „véghez-vigyen”, megvalósítson olyan célokat, amelyek véghez vitelére, megvalósítására rendeltetett. Az idős kor az, amelyben halálunk elkerülhetetlen bekövetkezésének egyre erősebben jelentkező realitása egyfajta szembesülést hoz(hat) magával, végességünk felismerését. Ideális esetben természetesen ez a fajta szembesülés már életünk korábbi szakaszaiban is velünk van, az idős kornak azonban ez mintha feladata is lenne. A modern filozófiában jelenik meg a hiteles és a hiteltelen, a saját és az idegen halál fogalmainak szembeállítása. Ezen fogalom párok azt sejtetik, nem mindegy, hogyan végezzük be életünket, és azt, hogy ebben nekünk magunknak van komoly felelősségünk. Hiszen az, hogy hitelesen tudunk-e meghalni, rajtunk is múlik. Sören Kierkegaard szavaival: „Meghalni (...) meglehetősen közpszerű művészet; jól meghalni tudni viszont mindenképp a legmagasabbrendű életbölcseesség.” [97] Rajtunk is múlik, múlik azonban a társadalmon, gyakran pedig a medicinán is.

4.1.5 *Haldoklók*

Élet és halál szétválasztása, az egészség illetve a betegség technicizálása nem szolgálja az emberi személy érdekeit, hiszen nem veszi figyelembe annak integritását. Élet és halál, egészség és betegség szerves egészet alkotnak az emberi személy élettörténetében, amelyhez hozzátartozik az út is, amely egyiktől a másikig átvezet. Ennek az átvezető útszakasznak gyakran meghatározó résztvevője a medicina. Gyakorlói azonban úgy kell végezzék tevékenységüket, hogy nem feledkeznek meg arról: a betegség, a haldoklás és a halál egzisztenciális események betegek életében, dolguk nem pusztán elromlott funkciók, leamortizálódott masinák megjavítása, hanem ezen életeseményekben való együttérző, segítő részvétel. A gyógyítás az élet értékének, a személy méltóságának tiszteletéről szól legelőször is.

Ebben szintén a segítségünkre lehet a korábbiakban tárgyalt etikai megközelítés, ami az interszubbektivitás paradigmáján keresztül a szemtől-szembe viszonyra helyezi a hangsúlyt. A személy méltóságának tiszteletéhez a Másikkal - nem mint alter-ego, hanem mint valóban

más – megteremtődő proximitás szükséges. Ez a proximitás – amely a felelősség drive-ja, képes lehet legyőzni a halállal szembeni, a haldoklásban szociálisan keletkeztetett medikalizáció által a medicinában is eluralkodó távolságot.

Az idősekkel, haldoklókkal kapcsolatos kérdések tárgyalása jól illusztrálja azt a lehetőséget, hogy a medicina filozófiájának morális alapokon történő újragondolásában komoly szerepe van a látókör kiszélesítésének, a kialakult struktúrákon túli, minden morális viszonyban fellépő azonosság felfedezésének. Összekötve a haldoklás egzisztenciális jelentőségét, a Másik sebezhetőségét az emberi méltóság tiszteletének morális parancsával.

4.2 Cigányok *, idegentapasztalat és gyógyítás

„A romák egészségügyi helyzetét, betegségeiknek a népesség körében megjelenő arányait, azt a kérdést, hogy milyen könnyen vagy nehezen jutnak közvetlenül, lakóhelyükön egészségügyi ellátáshoz, valamint az egészségügyi ellátásban milyen személyes viszonyulásokkal, attitűdökkel találkoznak – egyaránt és mélyen két faktor határozza meg: a szegénység, illetve az etnikai másság.” [98]

A bioetikai alapelvek közül a morális megközelítés terét az interszubjektív perspektívából leginkább megnyitó sebezhetőség kapcsán egy további betegcsoporttal foglalkozunk, a cigányokkal. A cigányok külön szerepeltetését több tényező is indokolhatja (társadalmi helyzet, kulturális eltérések, egészségügyi rendszerrel való nem konfliktusmentes interakciók stb.), ugyanakkor a cigányokkal kapcsolatban a morális dimenzióban felbukkanó speciális helyzetek kapcsán szeretném felhívni a figyelmet a medicina filozófiájának már tárgyalt, etikai és határokon átlépő megközelítésének lehetőségére. A cigányság helyzetének fenomenológiai alapú vizsgálat módszerével történő tárgyalása a bioetika kereteit mintegy szétfeszítve megkívánja a kérdés egyes társadalmi aspektusainak érintését is.

Nem kétséges, hogy a mai magyar közhangulatban van bizonyos szintű tartózkodás a cigányokat érintő kérdések végiggondolásában. A cigány lakosság egészségi állapota visszatérő vitatéma, de ugyanakkor konfrontációs terület is. A médiában a cigányok helyzetének bemutatása egyre gyakoribb, a kormányok is bizonyítani igyekeznek, hogy hatékony eszközeik vannak a problémák megoldására. Az emberi létezés gyakorlatilag minden területén rengeteg a gond. A lakosság ezen csoportját érintő szegénység és nélkülözés együtt hat a szociális rendszer diszfunkcióiból, valamint a társadalomban tagadhatatlanul érzékelhető előítéletességből származó következményekkel.

Jelen fejezetben arra teszünk kísérletet, hogy az elmúlt években igen nagy visszhangot nyert fenomenológiai fogalom együttes, az ún. „idegentapasztalat”, „interszubjektivitás”, „interkulturalitás” segítségével olyan lehetőséget vázoljunk fel, amely alkalmas alternatívát kínál az együttélés nehézségeinek *megértésére*. A bemutatásra kerülő *értelmezési keret*, értelmezési alternatíva, reményeink szerint *a készülő egészségügyi reform kidolgozói számára*

* Rögtön a fejezet elején jelezni szeretném, hogy a cigány/roma elnevezéseket felváltva alkalmaztam, ezzel mintegy azon álláspontomat szeretném kifejezni, hogy az elnevezés fölötti vita nem mehet a téma rovására. A cigányok kifejezés mellett szól az, hogy a roma elnevezés nem egyértelműen vonatkozik a nép valamennyi csoportjára (Diósi, 2001). Ugyanakkor a cigány népnév negatív konnotációja miatt érthető, hogy vannak, akik ennek használatát kerülendőnek tartják. Vajon láthatunk-e ebben a kérdésben tisztán?

is hasznosítható „tapasztalat” formájában bővítheti a látóteret, azzal, hogy nem tagadva a probléma probléma voltát, olyan megértéshez segít hozzá, amely túllép az egymásra mutogatás kevésbé konstruktív szintjén. Ezzel lehetőséget teremtenénk arra, hogy a gyógyító-segítő praxis során az egyén és az intézmény szintjén csökkentsük a jelentkező konfliktusokat, oldani legyünk képesek a jelentkező feszültségeket, javítani problémakezelési képességünket, és nem utolsósorban felhívjuk a figyelmet a cigány népesség, mint *sebezhető* csoport egészségügyi ellátással, hozzáféréssel kapcsolatos problémákra.

4.2.1 A romákkal szembeni attitűd és az egészségügy

Hazánkban a romák átlagosan tíz-tizenöt évvel rövidebb ideig élnek, mint az európai viszonylatban egyébként sem hosszú életű nem roma honfitársaink, derül ki az Egészségügyi Minisztérium 2001-es vizsgálatából. [161] Mára szembesülnünk kell a ténnyel, hogy Magyarországon létezik egy etnikailag is körülírható csoport, amely egészségi állapota jelentősen rosszabb az országos átlagnál. A tehetetlenség természetesen összefügg a magyar egészségügy 1980-as évektől folyamatosan elmélyülő válságával, de azzal is, hogy a romák rossz, sőt romló egészségi állapota úgy tűnik, a megoldhatatlan, reménytelen problémák közé került. Egy népcsoport egészségi állapota szoros összefüggésben áll annak társadalmi helyzetével. A rossz szociális körülmények között élőknek az egészségi állapota is rosszabb.

A magyarországi cigányok/romák többsége ma *környezet-egészségügyi szempontból veszélyeztetett* területeken él. Elsősorban az ország keleti, északkeleti régiójában, ahol az extenzív iparosítás a legtöbb kárt tette.

Gyukits György 1999-ben jelentette meg tanulmányát, a *Romák egészségügyi ellátásának szociális háttere* címmel. A szerző cikke elején kifejti, hogy a téma fontosságát a romák egészségügyi állapotának és szociális helyzetének alakulása mellett további fontos okok is indokolják, tekintsük át most ezeket. Orvos-szociológiai, orvos-antropológiai kutatások bizonyítják, hogy a *rosszabb helyzetű társadalmi csoportok tagjai az egészségügyi ellátás területén is hátrányban* vannak (például a fehér bőrű középosztálybeli orvosok hosszabb időt fordítanak az ugyancsak fehér, középosztálybeli páciensekre, mint az alsóbb társadalmi csoportok és/vagy a színes bőrűek ellátására) (Helman, 1994 [99]). Ennek hátterében egyrészt kulturális különbségek állhatnak, másrészt állhat a háttérben *etnikai megkülönböztetés* is. A szerző emlékeztet arra, hogy „Magyarországon a legelutasítottabb etnikai kisebbségi csoport a cigányság. Igen erős ellenszenv mutatkozik velük szemben a többségi társadalom részéről, egy szociológiai felmérés eredményei szerint e tekintetben a cigányokat csak a homoszexuálisok, a kábítószer fogyasztók és a bőrfejük előzik meg”

(Erős, 1998). Ugyanakkor az is fontos, hogy a romák gyakran *zárt közösséget* alkotnak, sajátos normákkal és szokásokkal, amelyek fenntartásához erősen ragaszkodnak. Ennélfogva az egészségügyi ellátás során a problémát a roma betegek *kulturális különbsége* okozza. A fő kérdés ebben az esetben az, hogy az egészségügyi személyzet mihez tud kezdeni ebben a szituációban (Gyukits, 1999) [100].

A cigányok egészségügyi ellátásával kapcsolatos problémák a legtöbb kutatás szerint (Gyukits, 1999) visszavezethetőek az egészségügyi képzés hiányosságaira. Hiányzik a romákkal kapcsolatos ismeretek oktatása, pedig mára már közhely, hogy az előítéleteknek igen sok közülük van az ismeretek hiányához. Ahogy Gyukits írja, „Az orvosi egyetemekről kikerülő orvosok az oktatás hiányossága miatt csak a praktizálás során szembesülnek azzal a ténnyel, hogy vannak roma betegek is. Felkészületlensége következtében előre megjósolhatatlanul hogyan reagál az orvos a cigány betegek megjelenésére, de minden bizonnyal nagy mértékben befolyásolja az a cigánysággal szemben előítéletes társadalmi közeg, amelyből származik.”

Az ismeretek hiánya mellett fontos tanulság még az is, hogy a képzésből ugyancsak hiányzik azon *kommunikációs készségek* elsajátítási lehetősége, amelyekkel az egészségügyben dolgozók és a betegek közötti interakciók mindkét fél számára gyümölcsözőbbé válhatnak. A képzés hiányosságainak pótlására már mutatkoznak biztató jelek, például a SOTE Magatartástudományi Intézetében választható speciálkollégium keretében a hallgatók megismerkedhetnek az interetnikus orvoslás alapjaival. A fenti intézetben ezen speciálkollégium mellett más kezdeményezések is történtek ebben az irányban (pl. filmklub). Hasonló szeminárium vagy előadássorozatok azonban más orvostudományi egyetemeken még váratnak magukra.

Szeretném kiemelni ezen ismeretek pótlásának fontosságát. A problémák megoldásának sürgető mivolta talán megtöri az oktatásban e területen megmutatkozó merev struktúrát. A fenti ismeretek és készségek azonban szemléletváltást is feltételeznek. Bár riasztó a cigányokkal kapcsolatos ismeretek hiánya, ezek pótlása önmagában valószínűleg nem lesz képes komoly változásokat okozni az attitűd megváltozása terén. Az attitűd megváltoztatásának sarokköve talán éppen az, hogy miként is viszonyulunk valamihez, ami más, ami eltér a sajáttól, ami „idegen”. A fentiek alátámasztására meg kell említenünk egy kutatást, amelynek eredményei, illetve már maga a kutatás lefolytatása is komoly vihart kavartak 2003 őszén. Az egészségügyi tárca által támogatott, az Országos Alapellátási Intézet és a Delphoi Consulting Társadalomtudományi Kutatóműhely által végzett felmérésben kérdőíves módszerrel az egészségügyi alapellátás dolgozói körében többek között azt

vizsgálták, hogy befolyásolja-e a cigányokkal kapcsolatos előítéletesség mértéke az általuk nyújtott szakmai szolgáltatásokat, valamint azt, hogy az egyes szolgáltatások milyen célcsoportokat érnek el kevésbé vagy jobban (Babusik, 2005). [101] Vizsgálták a kutatók a cigányellenes attitűdöket az egészségügyben. A cigányellenességet komplex attitűdrendszernek tekintve három elemet mértek fel: a cigányokkal kapcsolatos negatív sztereotipizálást, a cigányokra irányuló diszkriminatív nézetekhez való viszonyt, illetve a cigányokkal kapcsolatos érzelmileg színezett távolságtartást. Három csoport körében folytatták le a vizsgálatokat: azon háziorvosok, illetve védőnők körében, akik olyan településen dolgoznak, ahol a romák aránya meghaladja az egy százalékot, illetve a magyarországi orvosegyetemek hallgatóinak körében. A kutatók jelzik, hogy a cigányellenesség mérésének ilyen felfogása nemzetközi és hazai vizsgálatokon alapul. Az eredmények közül témánk szempontjából az alábbiakat tartom fontosnak megemlíteni: A vizsgáltak körének 6,3%-a erősen elutasít mindenfajta cigányellenességet, 21% nem cigányellenes, illetve 23,8% nem hajlamos a diszkriminációt elfogadni. Ennek megfelelően 56% nem jellemezhető semmilyen cigányellenességgel.

A vizsgáltaknak tehát kevesebb, mint felére érvényes a cigányellenesség valamely fokozata. A vizsgáltak közül 14,1%-ra mondhatjuk azt, hogy erősen cigányellenes, harminc százalék pedig hajlamos a cigányellenességre. Fontos eredmény továbbá, hogy a cigányellenesség a háziorvosok és védőnők között, tehát azok körében, akik aktívan üznek segítő foglalkozást, kevésbé van jelen, mint az egyetemisták között.

A kutató a fenti eredmények tükrében az alábbi megállapításokat közli: „A cigányellenességre való hajlam az oksági elemzések fényében meglehetősen mélyen gyökerező a társadalomban, egyúttal a fiatalabb generáció tagjai körében elterjedtebb, mint az idősebeknél. A vizsgált kör a társadalom elitjéhez tartozik, egyúttal segítő foglalkozású, vagy arra készül tanulmányai során. A cigányellenesség mértéke, erős gyökerei és a fiatalok között való nagyobb elterjedtsége épp ezért riasztó képet festenek.” (Babusik, 2005) [102]

Fontos megemlíteni, hogy ugyancsak a fenti kutatás eredményei alapján megállapították, hogy „a cigányellenesség okai alapvetően nem az ismeretek hiányából fakadnak, hanem szocializált értékekből, ezért a cigányellenesség csökkentése elsősorban nem oktatási kérdés. Olyan peremfeltételeket kell teremteni – megfelelő szabályozóeszközökkel és propagandával – amely feltételek a mindennapi életben, illetve a társadalmi megnyilvánulások terén egyaránt szalonképtelenné teszik magát a cigányellenességet.” (Babusik, 2005). [103] Ezen legutóbb tárgyalt vizsgálat tehát meglehetősen eltérő konklúziók levonására készítette a kutatókat, mint a korábban tárgyalt vizsgálatok, amennyiben nem elsősorban az ismeretek

hiányára vezeti le az egészségügy szereplői és a cigányok között fennálló problémákat. Ez azonban csak első látásra adódó ellentmondás. Azt gondolom, hogy mindkét megközelítés jogos, és mindkettőre figyelmet kell fordítanunk.

Ennek a többirányú helyzetelemzésnek kitűnő összegzését adja Neményi Mária, amely „Többszörös hátránytól sújtva” címmel jelent meg a LAM 2003/13. számában: „Viszonylag kevés szó esik viszont arról a nemzetközi szakirodalomban szintén sokat hangoztatott állításról, miszerint sem a genetikai adottságok, sem a kulturális másság, sem pedig a szegénység önmagában nem magyarázza az egyes etnikai csoportok eltérő egészségi esélyeit, hanem mindezek a többségi társadalmon belüli kisebbségi helyzettel is szorosan összefüggnek. Azok az etnikai kisebbségek, amelyek tagjai bőrszínükkel, külső megjelenésükkel, sajátos történeti szerepükből és marginális szociális helyzetükből is fakadó hagyományaikkal a többség számára a szociálpszichológiai értelemben vett *másikat* jelentik – azaz alkalmasak a sztereotip megítélésre –, előítéletek, bűnbakképzés, diszkrimináció áldozatai lehetnek. Az ilyen csoportok peremre szorulása, rossz gazdasági helyzete, oktatási és munkavállalási hátrányai nem a csoport belső tulajdonságaival magyarázhatóak, hanem sokkal inkább azzal a viszonyal, amely a többség és kisebbség között hosszú időn keresztül kialakult. Ez a viszony egyébként nemcsak aktuálisan, a mindennapi érintkezésben hat hátrányosan a kisebbségi csoportok tagjaira, hanem mélyen beépült identitásukba, a kisebbségi csoportok tagjainak szocializációját is áthatja.” [104]

Eredményeket pedig akkor várhatunk, ha mindkét irányban kezdeményezővé válunk. Az ismereteket pótolnunk kell, azonban a szemléletváltoztatás, az attitűdváltoztatás terén is komoly teendőink vannak. A továbbiakban ez utóbbi területhez kívánok egyfajta keretet javasolni, mégpedig azáltal, hogy a kortárs társadalomtudományok, elsősorban a fenomenológia segítségével elemzem a *másikkal való viszony*, mégpedig az *idegen*, a más, az eltérő másikkal való viszony kérdéskörét az *interszubjektivitás* fogalomköréhez kapcsolódóan.

4.2.2. Interszubjektivitás, idegentapasztalat

4.2.2.1. Az interszubjektivitás fenomenológiája

Az *interszubjektivitás fenomenológiájának* alapjait Edmund Husserl német filozófus fektette le, azon írásaiban, amelyekben az én és a másik kapcsolatát vizsgálja. A hangsúly arra a felismerésre helyeződik, hogy „az élet sohasem kinek-kinek a saját élete pusztán, hanem mindig egyúttal „együttes élet” is: együttes észlelés, mások ítéletéhez csatlakozó ítéletalkotás, közös vélekedés – és hasonlóképpen együttes szenvedés, közös vágy, egyesült akarat is”.

Tehát már eleve megosztjuk a világot másokkal, a Másikkal, az azonban, hogy az ő hozzánk képesti másságát hogyan tudjuk megközelíteni, milyen tapasztalatot szerezhethetünk róla, illetve, hogy vele való kapcsolatunknak milyen etikai konzekvenciái, etikai meghatározottságai vannak, további problémákat vet fel. Husserl eleinte arra kereste a választ, hogy az Én milyen módon ismerheti meg a Másikat, mit tudhatunk arról a banális, ám ugyanakkor meghatározó tényről, hogy már eleve egy közös világ lakói vagyunk. A korábbi elképzelésekhez képest új abban kristályosodik ki, hogy mind az énről, mind pedig az én interakcióiról a másikkal való eleve adott „közösség” által meghatározottként kell beszélnünk inkább, mintsem hogy az ént egyfajta sajátságos magába záródottságként, elszigetelt monásként látnánk. Persze a kérdésre, hogy az idézőjelbe tett közösség ténylegesen miként valósulhat meg, illetve hogy megvalósulhat-e egyáltalán, már eltérő válaszokat találunk. (Emlékeztetnénk arra, hogy ennek a folyamatnak a szubjektum szerepének megváltozása áll a háttérben, amellyel kapcsolatban Waldenfels megjegyzi, „az ember, aki hosszú időn át a világ középpontjának tekintette magát, elveszíti uralkodó pozícióját”, az a szubjektum, „amely mindennek, ami van, alapjául szolgált, és önmagát az ésszerűség helyének és hordozójának tekintette”.) [105]

Husserl rámutat arra, „hogy a másik nem pusztán tárgya az én megismerésének, hanem egyszersmind maga is megismerő alany: *társszubjektum*.” [106]. Azonban ez az ismeretelméleti megközelítés nem bizonyult alkalmasnak arra, hogy elvezessen a másik tulajdonképpen *mátságának* megértéséhez, hiszen „a társszubjektum *alter ego* marad, egy másik én,” (Tengelyi, 1998). Akkor még úgy látja, hogy a „másikat fenomenológiailag önmagam *modifikációjának* kell tekintenem”. Ez a gondolat fenomenológiai körökben igen határozott, ám termékeny ellenállást váltott ki, mint azt Tengelyi László leírja, maga Husserl is késői feljegyzéseiben mindinkább más irányokat keres: „[...] az énből, ha azt akként gondoljuk el, amint én más volnék, még nem lesz másik.” [107]

Az interszubjektivitás tehát az én és a másik viszonyát leíró fogalom, az én és a másik interakciójára vonatkozik, arra keresi a választ, hogy mennyiben képes az én a Másik megértésére, a vele való kapcsolatba lépésnek milyen módjai képzelhetőek el. Az egyik legfontosabb eredmény ezen a téren annak rögzítése, hogy az én a Másikat soha nem képes teljességgel megérteni, el-sajátítani. Ennek az el-sajátíthatatlanságnak a kifejezésére alkalmazzák egyes filozófusok az *idegen-tapasztalat fogalmát*, (Husserl, Buber, Levinas, Gadamer, Merleau-Ponty) a másik Énhez képest felfogott mássága „idegen – saját” viszonyában értelmezhető. *Az én modifikációjából meg nem születő másik tapasztalata az, amit idegentapasztalatként írunk le*, amelyben az „idegen” kifejezés annak bemutatására szolgál, hogy itt valami radikális eltérésről beszélünk, amelynek megtapasztalása mintegy

kilendíti, kihívja az ént a sajátból. A szubjektum és a társszjektum közötti viszonyban ez két ember között zajlik, a társadalom szintjén pedig – és erre Husserl a saját világ és az idegen világ kontrasztját állítja – például két kultúra találkozásában értelmezhető.

4.2.2.2. „*Idegen ante portas*” - Az idegen fenomenológiai értelmezése

„A saját és az idegen viszonylatának feszültsége mélyen beleszövődött az európai történelembe. Az emberi kommunikáció formáiban ismételten átéljük a közelség és a távolság ritmusát, amely rávetül az egyéni és a kollektív élet tengelyére. Ki az, aki számunkra megjeleníti az idegenség tapasztalatát? Ki az idegen: aki más nyelvet beszél, vagy másfajta szabályt követve él, vagy aki másfajta kötődésformákhoz kapcsolódik? Az, aki kizökkent bennünket az önmagunkba való elmélyülés élvezetéből? Aki időről időre lehetetlenné teszi, hogy maradéktalanul hozzáférközzünk önmagunkhoz? Az idegenség észlelése kétségtelenül *egzisztenciális* jellegű, valamint a társadalom önszerveződését meghatározó mozzanat... Z. Bauman az „*idegen ante portas*” [108] felkiáltással azt érzékelteti, hogy miközben az idegen folytonosan megszólít bennünket, úgy identitásképző stratégiáinkat, kultúraalakító normáinkat vagyunk kénytelenek ismételten megfontolni.

Az idegen fogalma, illetve a „másik” a „Te” kérdése a társadalomtudományok széles körében fontossá válik a huszadik század folyamán, a filozófia, szociológia, irodalomtudomány, történettudomány, a művészettörténet, az etika és az esztétika területén egyaránt népszerűvé lesz. Az idegentapasztalat régóta fenomenológiai alaptéma (Husserltől, Schelertől, Heideggertől és Schützötől kezdve egészen Sartre-ig, Merleau-Pontyig, Levinasig és Derridáig). Az idegen kérdésének mai diskurzusa alapvetően interdiszciplináris jellegű. Egy a témában megjelent kitűnő szöveggyűjtemény bevezetőjében, a szerkesztő, Biczó Gábor joggal állítja, hogy „az idegen problematikája egyike korunk intellektuális kulcskérdéseinek”. [109]

Az idegen fogalma, kérdése, jelentése már a görög kultúrában is igen jelentős helyet foglalt el, Jacques Derrida segítségével felidézhetjük, hogy Platón dialógusaiban is lényegi szerepet kap (*Szofista, Az Államférfi, Szókratész védőbeszéde*). Derrida *Az idegen kérdése: az idegentől jött* című 1996-os előadásában [110] sorra veszi a legjelentősebb helyeket, és emlékeztet arra, hogy a dialógusokban gyakran az idegen (*xenos*) az, aki felteszi a kérdéseket. Fontos szerep jut neki, hiszen mint írja: „Az idegen megrendíti az atyai logosz fenyegető dogmatizmusát... Mintha az idegennek azzal kellene kezdenie, hogy vitatja a főnök, az apa, a családfő, a „házi úr” tekintélyét...” Az idegen tehát már a görög gondolkodásban is a rendhez,

a rendszerhez képest jelentkező differencia potenciálját hordozza. Nem illeszkedik bele, megkérdőjelezi a fennálló struktúrát.

Korunkban, a globalizáció társadalmában a végletes (és egyben végzetes) idegenség alapvető egzisztenciális tapasztalat is, ugyanakkor éppen a globalizáció folyamatának következményeként, már nem a távol élő „másokról” van szó – többek között az etnológia tárgyaként sem – hanem az itt élő másokról.[111] A fogyasztói társadalom olyan társadalmi viszonyokat teremt, amelyek szakadékszerű különbségeket hoznak létre egyes társadalmi rétegek, csoportok között. Úgy tűnik, a modern társadalmi berendezkedés az idegentapasztalat számos aspektusát hozza létre, erősíti fel, amelyek között vannak sajátosan modern és kevésbé modern jelenségek. A távolságok feletti új keletű uralom miatt pedig az idegen igen közel kerül. Idegen a más vallású, más gondolkodású, más anyanyelvű, más bőrpigmentációjú, de a hajléktalan, a beteg is egyre idegenebb. A témánk szempontjából meghatározó kérdés: vajon miért van az, hogy a cigányok idegensége határozott és makacs státuszú volt a múltban, és manapság is az.

Az idegentapasztalat elemzéséhez Bernard Waldenfels német fenomenológus munkái nyújtanak további segítséget, aki szerint az idegen témája a modern, poszt- és hipermodern világ legaktuálisabb problémái közé tartozik, és nem pusztán azért, mert az egyre nagyobb mérvű multi- és interkulturalitás szimptomájaként is tekinthető. Az alábbiakban tekintsük át az idegentapasztalat néhány lényegi szintjét.

4.2.2.3 *Önmagunkban hordozott idegenség*

Már Husserlnél megjelenik az a gondolat is, hogy az idegenség, az énhez képesti másság nem is feltétlenül kötődik a Másik megjelenéséhez, hiszen már *maga az én is magában hordoz* egyfajta idegenséget, amennyiben például saját múltja nem hozzáférhető számára „minden további nélkül”. Ez a felismerés is igen döntő utakat nyit meg a továbbiakban, hiszen Husserl felveti, hogy az én saját múltjához való viszonyát az idegentapasztalat mintájára kell felfognunk. „Tulajdon múltbeli létem különböző jelenekben a mindenkori jelen elevenen ható horizontjától függően más és más színben tűnik fel előttem, a maga részéről más és más szemléleti tartalmat hordoz ...amely a jelen függvényében nyílik meg és marad fenn.” [112] Itt a múlt részleges hozzáférhetetlenségére és elvi uralhatatlanságára derül tehát fény Tengelyi szerint. A jelenbeli és a múltbeli én viszonya hasonlóan képzelendő el tehát az én másikkal való viszonyához, mintegy annak mintájára kell elképzelnünk. „Nem pusztán a másokkal való közösségben, hanem „az önmagammal való közösségben” is olyan idegenszerűségre bukkanok, amely megkérdőjelezi önazonosságom magától értetődőnek vélt

megbonthatatlanságát.” (Tengelyi, 1998) A Másik tapasztalata, az Idegentapasztalat az én önkonstitúciójához is hozzájárul (az „önmaga határai közé zárt” én kiszabadulása), a Másikkal való kapcsolatba lépés eseményé válik az én életében. A gondolat komolyan vételével Husserl olyan utat nyit meg, amelyen haladva mintegy felnyílik a szemünk, érzékenyebbé válunk az idegenség jelenlétére, ugyanakkor felszabadít abból a kötöttségből, amely az ént saját azonosságának mocanthatatlanságához köti. Talán megengedhető az a kifejezés, hogy az ént merev rögzítettségéből felszabadítja ez a felismerés, és lehetővé válik, hogy mind önmagában mind a Másikban újszerűségekre, eddig elzárt világokra bukkanjon.

Ennek a lehetőségnek a negatív megfogalmazása is igen fontos. Waldenfels arra hívja fel a figyelmünket, hogy az önmagunkban lakozó idegenség felismerésének képtelensége az „új” tapasztalatának akadályává válik: „Aki nem ismeri ezt az idegenséget, amely benne magában lakozik, az mindenütt ugyanazt, mindenütt önmagát találja csak újra meg, akárhány földet és tengert járjon is be.” [113]. Az *interszubsztivitás* mellett tehát számolnunk kell az *intraszubsztivitás* tapasztalatával is.

Annak az idegenségnek a bemutatásához, amely bennünk kezdődik Waldenfels a japán költő, Basho haikuját hívja segítségül: „Kyotóban lakom, és a kakukk hangjára Kyotóba vágyom”. Bármilyen ismerős is a kakukk hangja, újra meg újra kiszakíthat bennünket abból, amihez hozzászoktunk...” [114]

4.2.2.4. Az idegenség megtapasztalásának további lehetőségei

A kiazmus fogalma Merleau-Ponty-nál, együttműködés a különböző nézőpontok, az én világa és a másik világa között

Ugyanezen írás további részében beszél Merleau-Ponty a *kiazmus* (hasadék) fogalmáról, amely az én belső nézőpontja és a külső nézőpont közötti különbségre vonatkozik. Ennek kapcsán fejti ki, hogy az „én világom” és a „más világa” egyfajta egyesülése valósul meg a kiazmus által (ban), amely egy közös világot tesz hozzáférhetővé mindannyiunk számára. A Lét egysége kifejezést is használja a szerző, amely úgy valósul meg, hogy a kiazmus mintegy közvetít én és a másik között. Ez azért igen jelentős gondolat, mert egyfajta meghaladását nyújtja az én/másik elhatárolódásának, együttműködést tesz lehetővé a két nézőpont között. „Mínta egyetlen test részei volnának.” Írja Merleau-Ponty. A kiazmus lényegét bemutató hasonlat pedig a két szem működésére vonatkozik, ahogy azok együtt teszik lehetővé a látást. Az idegentapasztalatra példákat láthattunk a fentiekben, ahogy az „tetten érhetővé válik” az énben magában, vagy a gyermek másságában. esetünkben a cigányok kapcsán lényeges szerephez juthat az etnológia tudomány is. Az etnológia és az etnográfia is sajátos viszonyban

áll az idegen kérdésével, hiszen ezen tudományokban éppen az idegen az, amelyet kutatunk, és meglehetősen specifikus fajtáját, a kulturálisan idegent, mellyel idegen etnikumokban találkozunk. [115]

4.2.2.5. Az idegenség, mint minden rend határaiba ütközése

Az idegentapasztalat mezejét tovább szélesítve végül eljuthatunk Waldenfels-vel annak belátásához, hogy „az idegenség... mindenütt fellép, ahol az egyes rendek a határaikba ütköznek”, vagy másutt részletesebben: „Minden rend, a maga elkerülhetetlen korlátozottsága révén létrehozza az idegenség többletét, amely az adott renden belül nem talál helyet magának, és egyben megakadályozza, hogy a rend maga megnyugvásra leljen.” [116]

4.2.4. A Másikkal való találkozás etikai jelentősége

A következő lépésben azt kell megvizsgáljunk, hogy a Másikkal való találkozásban, a szemtől szembe viszonyban mi megy végbe, hogyan is érinti az ént a Másik idegenségének tapasztalata. A fenomenológiai filozófiában igen jelentős annak az iránynak a jelenléte, amely én és a másik viszonyának etikai jelentőségét hangsúlyozza. Ennek az etikai karakternek az elemzéséhez ad fontos támpontot Emmanuel Levinas felelősség fogalom köré épülő elgondolása illetve Bernard Waldenfels ún. reszponzivitás elmélete, amelyek jelentősen hozzájárultak az interszubsztívitás fenomenológiájának mai értelmezéséhez.

Bernard Waldenfels szerint az idegentapasztalatban olyan *idegen igény* támad velünk szemben, amelyre *felelnünk* kell. Ez a feleletadás „arra a sajátos módra utal, ahogyan azzal, ami idegen egyáltalában véve szembesülünk”. Idegenség és válasz összetartoznak, még hozzá oly módon, hogy az, ami idegen, kihívást jelent számunkra, mert kivonja magát a megközelíthetőség köréből, és még megértésünk határain is túllép” (Waldenfels, 1996). Tehát, az idegenség igényt támaszt velünk szemben, ezzel válaszra késztet, azonban megközelíthetetlen marad és megértésünk határain is túllép. Megjegyezzük azonban, hogy ez a válaszadás nem korlátozódik a mondás tartományára, a verbális kifejezésekre, „minden szó – és végső soron minden tett is – a válaszadás jellegét ölti” (Tengelyi, 1998).

Waldenfels az idegentapasztalat kapcsán úgy gondolja, hogy az csak akkor vesz radikális formát, amikor saját bőrünkön tapasztaljuk meg, és saját énkben éljük meg. Van tehát valami személyes átéltséghez kötődő az idegentapasztalatban. Az én a Másikkal szembekerülve megtapasztalja, hogy a saját rend a határaiba ütközik. „a másik idegensége

az általunk neki tulajdonított értelemmel – szóban, arcjátékban és taglejtésben – olyan értelmet tud szembehelyezni, amely nekünk idegen, neki viszont sajátja” Tengelyi ezen a helyen Emmanuel Levinast idézi. (Tengelyi, 1998)

Feleletigény

A Másik tehát mint idegen jelenik meg az interszubjektív térben, amelyen természetesen az idegen kategóriája nézőpont kérdése. (Én éppúgy idegen vagyok a Másik számára, mint ő nekem.) Emmanuel Levinas szerint a Másik az ént *végtelen felelősséggel* ruházza fel, azaz megjelenésével kiváltja az én felelősségét, amely az ő filozófiájában nem alapul reciprocitáson, tehát nem a kölcsönösség határozza meg. Levinasnál tehát én és a másik viszonyát a husserli ismeretelméleti megközelítés helyett erkölcsi kapcsolatként fogjuk fel. „Így próbál közelebb jutni a másik másságának megértéséhez – ahhoz tehát, amit röviden *alteritásnak* nevezhetünk.” (Tengelyi, 1998). Olyan elemi kapcsolatot (relációt) állít az én és a másik között, amely minden egyébre visszavezethetetlen és végső kapcsolat, amelynek meghatározása lesz egy a céljainknál és kötelességeinknél is elemibb, ún. *elementáretika* legfontosabb feladata. Ennek az etikának központi eleme az a *feleletigény*, ami a másikkal való szemtől szembe viszonyban velünk szemben támad, és amely elől nem térhetünk ki. Ismét előbukkan az a lényeges gondolat, hogy a másik idegenségének megértéséhez nem juthatunk el pusztán a saját tapasztalatainkon alapuló értelemadással, azaz, a másik idegensége nem kényszeríthető a sajátból eredő értelmezések alá. A másik különbözik az általunk neki tulajdonított értelemtől. Levinas a másik megszüntethetetlen idegenségét említi, és ezzel az idegenséggel találkozáskor kerülnünk *kell* a Másik elsajátítását, és e helyett annak idegenségben való megtartására *kell* törekednünk. Itt tehát már egyértelműen megjelenik a *kell*, tehát a felhívás arra, hogy a másik idegenségét miként *kell* és hogyan nem szabad fogadnunk. „...a Másikban van valamilyen megérinthatetlen és elévülhetetlen idegenség, amelynek eltüntetése az erőszak gyakorlását feltételezi.” [117].

Waldenfels rezponzív etikájában a másik által kiváltott feleletigény azt jelenti, hogy választ *kell* adnom. A felelet válaszadást jelent abban az értelemben, hogy minden a másikkal kapcsolatos cselekedetemre vonatkozik (szavaimra, tetteimre, hallgatásomra és passzivitásomra is). Mindennel felelek, mert nem tudok nem felelni. Ahhoz pedig, hogy a másiktól jövő igénynek meg tudjak felelni, szükség van arra, hogy mintegy zárójelbe tegyem minden olyan „intenciómat”, amellyel az adott, általam tételezett rendhez próbálnám meg kötni, ahhoz képest meghatározni, abba integrálni. Feladom azon szándékomat, – vagy eleve más szándékkal lépek fel, – hogy az általam tételezett egészben helyezném el. (Nem árt most felidézni a derridai szöveget arról, hogy az idegen miként kérdőjelezi meg az atyai logosz

uralmát.) „A rend sokoldalú megkérdőjelezése ez, amely mindenekelőtt azt hivatott megakadályozni, hogy „a mondott hatalmába kerítse a mondást” (Tengelyi, 1998). (Sem a logosz rendteremtő elve sem az ego önazonosságot teremtő elve nem hajthatja uralma alá a mondás birodalmát.) A feleletigény és a válasz összetartoznak, és létrejön Waldenfels szerint a kapcsolódás (az egyik beszélő feleletigényt hall ki a másik szavaiból, és megkísérel ennek az igénynek megfelelni). Waldenfels hangsúlyozza azonban, hogy kapcsolódásról és nem összekapcsolódásról van szó, ezzel rávilágít arra, hogy valamiféle hiátus áll fenn az egymásra következő megnyilatkozások között (nem jön létre egész). Nem jöhet létre a saját és az idegen egyesítése feleletigény és válasz összetartozásában. Esetről esetre változó kapcsolódások jellemzik tehát azon idegen vonatkozás sajátos természetét, amely a másikkal való találkozás során kialakul.

Felelősség

Levinas olyan felelősségről beszél, amelyet a nélkül viselünk, hogy valaha vállaltuk volna, tehát eleve adott. Ezt az eleve adott – az ember emberségét jelentő – felelősség a másik sebezhetősége váltja ki, és hatóköre az ő szenvedéseinek enyhítésére terjed ki, nincs összefüggésben azzal, hogy ő mit cselekedett, méltó-e rá, igazolható-e, indokolható-e. Aszimmetrikus, nem reciprok, nem írja elő törvényt. A válaszmegtagadás lehetősége fennáll, de ilyenkor a cselekvő adós marad.

Kétségkívül, és ezt Levinas maga is hangsúlyozza többször, a felelősség gyökerei valahol a platóni jó ideájában keresendők. Waldenfels a rezponzív racionalitás koncepciója kapcsán „nyelvi és látásmódbeli változtatást” tart szükségesnek. „Az idegen megtapasztalását és ábrázolását éppen az jellemzi, hogy saját tapasztalataink és ábrázolásaink másutt kezdődnek. Az idegent éppoly kevésbé érhetjük utol, mint saját születésünk ősi múltját, amely már eleve az idegenség jegyében áll. Feleleteknek (Antworten) nevezem ezt a *másutt kezdődő látást, hallást, vágyat, beszédet és cselekvést*”. [118].

Foglaljuk most össze röviden, hogy a fentiekben megadott fenomenológiai elemzésnek mik voltak a legfontosabb szintjei, hogy azután ezeken végighaladva gondolkísérletünkben gyakorlativá próbáljuk meg váltani az elméletet.

1. *Interszubjektivitás* – Az ember ember mivoltának lényegi meghatározottsága, hogy már eleve másokkal együtt él, világát megosztja másokkal.

2. *Idegentapasztalat* – a másikkal való kapcsolat lényegi meghatározottsága, hogy feltárul saját – idegen kettőssége, az idegen pedig az a radikálisan más, ami nem integrálható

a sajátba. Az Én által teljességében el nem érhető ugyanakkor önmagán belül is megtalálható, *ennyiben beszélünk intraszubjektív idegenségről.*

3. *Etikai felelősség / feleletadás* – másik megjelenése feleletigényt hoz, amelyre válaszolnom kell. Az én felelőssége eleve adott, nem szimmetrikus és nem korlátozza jog és törvény. Az én felelősségem mindig több/nagyobb, mint másoké. Minden tettem és megnyilvánulásom válaszadás, feleletadás. A másik alteritásáról Merleau-Pontynál azt tudtuk meg, hogy egyfajta „oldalról megragadásban” tapasztalhatjuk meg, ami intencionális átlépést jelent. A feleletadásról pedig Waldenfelstől tudhatjuk, hogy az „másutt kezdődő látást, hallást, vágyat, beszédet és cselekvést” jelent.

4.2.8. Interszubjektivitás és gyógyítás

Amennyiben belátjuk annak fontosságát, hogy a gyógyító folyamatban a kapcsolat, a másikkal (a beteggel) kialakított viszony hangsúlyozása elengedhetetlen, amennyiben elfogadjuk, hogy a gyógyítás nem maradhat meg a szakmai tudás alkalmazásának szintjén, hogy a beteg betegségtapasztalatának, történetének helye van a gyógyítás folyamatában, a következőkben ennek a viszonynak a kialakulását, lehetséges kiépülését kellene felvázolnunk. Azt állítottuk, hogy az énből a másik kiváltja a felelősséget, hogy válaszoljon azokra az igényekre, amelyek hozzá érkeznek. Ezek az igények, ez a megszólítottóság sajátos módon jelennek meg akkor, mikor a Másik betegként áll velünk szemben, és betegségéből következően sebezhetősége alapvető egzisztenciális meghatározottságon túli mélységekből jelenik meg benne. Ez a sebezhetőség arra készíti tehát, hogy a viszonyban, amely közöttünk kialakul, megpróbáljuk enyhíteni szenvedését, segíteni abban, hogy betegségtapasztalatát integrálni legyen képes saját élettörténetébe.

Az igazi nehézség azonban éppen itt kezdődik el, hiszen miközben elfogadjuk a másikkal való viszonyteremtés szükségességét, nem számoltunk még azzal, hogy ez a viszonyteremtés esetenként sokkal nehezebb, mint szeretnénk, képzelnénk, mindenképpen nehezebb azonban, mint ami a felszínes gondolkodás számára adódó egyfajta „mézes-mázos”, közhelyszerű édeskés frazeológia mentén lehetséges. Ugyanis csak annyiban beszélhetünk a kialakítandó kapcsolat szükségességéről, ha ennek dimenzióját megfelelően találjuk el. Semmiképpen nem arról van tehát szó, hogy gesztusokat teszünk, hogy kialakítunk egyfajta kapcsolati rituálét, megtanuljuk melyik szituációban mi az a három mondat, amellyel reagálnunk kellene. Hogyan kell néznünk, hogyan kell bölintanunk „együttérzően”, mikor kell hallgatnunk és mikor beszélnünk, mikor kell úgy válaszolnunk, hogy válaszuknak ne legyen információtartalma, stb. Sajnos gyakran veszélyesen félreértelmezik a gyógyító-beteg

viszony, (kommunikáció) javításának lehetőségét, amikor ennek megvalósítását egyfajta minden helyzetre ráhúzható eszközrendszer „elsajátítására” redukálják. (Példa lehet erre, mikor egyes amerikai orvosi egyetemek kommunikáció kurzusain a hallgatók az „empatikus bölintést” gyakorolják.) Milyen módon képzeljük akkor el a kapcsolat létesítését és gyakorlását, ha azt állítjuk, hogy ez nem azonos a kommunikációs illetve interakciós panelek szintjével? (Bár gyakran számolnak be arról a betegek, hogy a magánrendelőben tapasztalható felvett viselkedésminták a gyógyító szakemberek részéről, még ha neutrális és távolságtartó udvariasság szintjén, időnként egyfajta „imitált” kedvességként tapasztalhatók is, elviselhetőbbek, mint az a durva, tárgyiasító kommunikációs helyzet, ami ma Magyarországon sajnos még bevett gyakorlat.)

A fenti sematikus szint „meghaladása” röviden és egyszerűen nem más, mint ténylegesen szemtől-szembe viszonyt teremteni azzal a beteggel, akivel dolgunk akad. Ez azonban komoly nehézségekbe ütközhet, hiszen az interszjektív viszony egyik legfontosabb meghatározottsága az, hogy az Én és a másik ember viszonya mindig a saját és a más, a saját és az idegen viszonyaként értelmezhető.

4.2.9. A modern medicina - Idegenség és gyógyítás

A medicina megváltozott formájában, egyre égetőbb szükségszerűségként merül fel, hogy újra értelmezzük a személyes viszonyt, az emberközi kommunikáció és interakció lehetséges formáit. A modern medicina technológiaorientáltsága és intézményes formáinak radikális átalakulása követeli ezt meg leginkább a globalizált világ országaiban. Szaporodnak azok a kezdeményezések, amelyek eltérően a bioetikai irodalomban domináns autonómia konceptusra épülő leírásoktól, sokkal inkább a gyógyítói szakma hivatásjellegére próbálják visszaterelni a hangsúlyt, és a felelősség fogalmának az autonómia fogalmával való szembeállítását tekintik kiindulópontnak. Mindezek a kezdeményezések a leggyakrabban a korábban már említett fenomenológiai filozófia főbb eredményeit hasznosítják.

Idézzük fel, amit a fenomenológia interszjektivitás elemzéséről a korábbiakban mondtunk, és alkalmazzuk most a gyakorlatban a gyógyító beteg viszonylatra, annak is arra a specifikus esetére, amikor cigány beteggel van dolgunk. Középponti kérdés az, hogy milyen módon ismerheti meg az Én a Másikat, és milyen módon képes vele viszonyt teremteni. Husserl még azzal próbálkozik, hogy a Másikat alter egóként képzelje el, és ily módon az én egyfajta analógia mentén tudná belátni, hogy „ki is a másik”, mi zajlik benne, azaz, azt próbálja átgondolni, hogy a Másik olyan mintha én ő lennék. Ez a megközelítés azonban korlátokba ütközik, mert nem ad magyarázatot arra a jelenségre, hogy a Másik mint idegen

jelenik meg az én számára, tehát mindig marad valami hozzáférhetetlen, elérhetetlen a Másikban, amit az én nem képes pusztán a sajátból/a saját alapján értelmezni. Hasonló okok indokolják azt is, hogy az empátia fogalmának szerepe a legújabb fenomenológiai/filozófiai elméletekben háttérbe szorult. Az empátia ugyanis azt feltételezi, hogy az én képes beleélni magát abba, ami a Másikban lezajlik, benne megtörténik. Ez pedig azt feltételezi, hogy akadálytalan átjárás van a saját és a másik között. Meg kell vizsgálnunk alaposabban a másik másságának kérdését, a másik énhez képest idegenségét, és azt, hogy ennek az idegenségnek a megértése nélkül nem képzelhető el tényleges kapcsolatba lépés a Másikkal. Ennek tudatosítása különös jelentőségre tesz szert akkor, amikor a Másik sebezhető, beteg, kiszolgáltatott és segítségre szorul. Tovább nehezedik a helyzet, ha a beteg, sebezhető másik idegensége sajátos tartalommal telítődik meg azáltal, hogy kulturális, etnikai idegenséget is hordoz. Ez gyakran úgy jelenik meg, hogy idegenség tapasztalata radikális anomáliaként adódik a gyógyítói viszonyban, mikor a Másik olyan mértékben „idegen”, hogy mintegy bezárulnak előtte (közöttünk) azok az ajtók, amelyeken át bármifajta átjárhatóság lehetővé válhatna. Így gyakran az idegentapasztalat romák és az egészségügyben dolgozók között nem teszi lehetővé az interszjektív viszony adekvát kialakulását. Talán mondhatjuk azt is, hogy az idegenség „érintetlen” marad, nem teszi lehetővé én és a Másik közeledését egymáshoz. Ennek oka igen sokrétű lehet, amelynek teljes körű elemzése nem jelen írás feladata, azonban a legfontosabbnak tekinthető okok között bizonyosan szerepel az, amire Neményi is felhívja a figyelmet: az egészségügyben dolgozók keveset tudnak a magyarországi romákról, nem ismerik sem kultúrájukat, sem szociális helyzetüket, ami annál is komolyabb probléma, mivel ez utóbbi döntő mértékben meghatározza egészségi állapotukat. Az idegentapasztalat fogalmát használva, leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy a romák idegenek maradnak, és az, hogy nem rendelkezünk a szükséges ismeretekkel az idegenség értelmezéséhez, félelmet és elidegenedést von magával. (Ez pedig gyakran agressziót vált ki belőlünk). Természetesen nem állítjuk, hogy a fenti probléma kizárólag az egészségügyben dolgozók és a romák közötti kapcsolatrendszerre vonatkozik, azonban ezen problematika kiemelt szerepe megkérdőjelezhetetlen.

4.2.10. A fenomenológia által felvetett lehetőségek

Világossá tettük tehát, hogy a másik idegensége a romák esetében milyen sajátos tartalommal telítődik meg, és vizsgálatokkal támasztottuk alá, hogy ez akadálya lehet a hatékony gyógyítói munkának. Végül arra a kérdésre szeretnénk választ adni, hogy miért is jelentkezik számunkra adódó feladatként ennek az idegenségnek az „oldása” (nem feloldása, hiszen nem a másik magunkhoz hasonlóvá tétele lenne a cél, hanem a vele való viszony

létrehozása). Feleletadásnak neveztük azt, ahogy ahhoz viszonyulunk, ami idegen. Ebben a gondolatban „idegenség és válasz összetartoznak, még hozzá oly módon, hogy az, ami idegen, kihívást jelent számunkra, mert kivonja magát a megközelíthetőség köréből, és még megértésünk határain is túllép”. [119] Velünk szemben támadó, nekünk szóló idegenigényről van szó, amellyel szemben mindig adósok maradunk. Legfontosabb talán annak megértése és gyakorlatban való megvalósítása, hogy válaszképesé kell válnunk, mivel felelősségünk van a maga sebezhetőségében hozzánk forduló beteg embertársunkkal szemben.

Miért lenne fontos az idegenség oldása, illetve pontosabban szólva az idegennel, mint az én másikkal való interakció fejlesztése? Lehetünk pragmatisták, és mondhatjuk azt, hogy ezzel – konkrét témánknál maradva – megkönnyíthető lenne a mindennapi gyógyítói munka. Felmerül azonban a „hasznosítás” ennél tágabb tere is. Remélhetjük azt is, hogy a Másikkal való kapcsolat általában gazdagodhat, gazdagíthatja életünket, ha képessé válunk a köztes terek nagyobb lélegzetű feltárására. (Azaz, mi magunk is tartalmasabb kapcsolatok létesítésére és fenntartására válhatunk képessé.) Tehetünk azonban szigorúan normatív kijelentést is erre vonatkozóan, mikor azt állítjuk, hogy kötelességünk a Másikkal való viszonyban hivatkozni, amikor az ő kiszolgáltatottsága, egzisztenciális helyzete a velünk szemtől szembe való viszonyban hívásként megjelenik.

A fentiekben tárgyalt betegcsoportok mellett, a sebezhetőség alapján számos további társadalmi csoport elemezhető a medicina kontextusában. Ezen elemzések hozzásegíthetnek ahhoz, hogy a medicina korunkban betöltött szerepértelmezését, gyakorlatának etikai alapjait konstruktív módon tehesük diskurzus tárgyává. Ez a disszertáció jelen kereteit meghaladná, további elemzések szükségesek azonban a témában az alábbi szempont komolyanvétele okán. Ilyen és hasonló elemzésekkel ellensúlyoznunk kell a modern medicina gyakorlatának technológia és finanszírozás determináltságát, amelyben a beteg egyén, az individuum – ezt kompenzáló erőfeszítés híján – tárgyasul, és így a huszadik század orvostudományának nagy felfedezése, a psziché és a szoma egységéről, amely azonban tudásként már az ókori görögök óta a „humanitás” birtokában van nyomtalanul vész el a gyógyító hétköznapiakban, vagy jobb esetben szegregált ismeretként, száműzetik a pszichiátria, pszichológia domíniumába.

Példaként említeném a reprodukciós medicina által felvetett etikai kérdések tükrében a női sebezhetőség elemzését, amely hamarosan angol nyelven megjelenik, illetve például a szegények, a fogyatékkal élők, mint sebezhető betegcsoport tematizálását. Ezen témák tárgyalása meghaladná e dolgozat kereteit, ezekkel külön írásaimban foglalkozom (ld.: Pörzsi

Zsuzsanna : *Az idősek és az etika*, In: Gerontológia-Geriátria. 2007; Pörzsi Zsuzsanna: *Vulnerable Women*, *Women's Studies an Inter-disciplinary Journal*, Routledge - megjelenés alatt).

A marginalizált csoportokhoz tartozó másik idegensége emlékeztet talán leginkább arra, hogy felelnem kell, választ kell adnom. Az idegen igény itt egy sajátságos sebezhetőség, rászorultság kontextusában jelenik meg, és megmutatja, hogy módomban áll sebezhetőségét csökkenteni. Módomban áll szenvedésén enyhíteni, rászorultságában mellé állni és ez a lehetőség egyben olyan kényszer, amellyel „adósságomat törleszthetem” és egyben generációk adósságát is, akik feleletadás helyett további kölcsönöket vettek fel, mert némák és süketek maradtak olyan hívásokra, amelyek az övéktől különböző ajkáról szakadtak fel.

5. A rezponzivitás, mint attitűd jelentősége a gyógyító folyamatban

5.1 A rezponzivitás, mint attitűd

A jelen értekezés mottójául is választott szavak Bernhard Waldenfels német fenomenológustól származnak, aki a korábbiakban már idézett "A normalizálás határai" című művének egyik témánk szempontjából meghatározó VI. fejezetében azt boncolgatja, hogy vajon a modern medicina éppen fejlődésének speciális iránya miatt, hogyan képes továbbra is a beteget személyként, és nem a betegség hordozójaként tekinteni a gyógyító folyamatban.

Waldenfels fenomenológiai elemzésében így ír: *„Természetesen a terápia így továbbra is fizikális, kémiai, valamint biológiai adottságokra utalt, ám ezekben nem lel elégséges feltételeket arra nézvést, hogy akárcsak megnevezze, mi az, hogy betegség. Ez azt tükrözi, hogy az egyoldalú módon természettudományosan orientálódó orvoslás saját tájékozódásának és kezelési elveinek mértékeit önmagából kiindulva még hozzávetőlegesen sem képes igazolni. A medicina olyan rendre támaszkodik, amely a döntő tekintetben éppoly külsődleges marad számára, mint a zenei rend az akusztika számára. Az orvoslás újkori tudományok segítségével elért sikerének ára ezek szerint egy normatív vákuum, amely máig a nyugtalanság fészke ebben az egyébként jól megalapozott és hagyományokban gazdag diszciplínában.”* [120] Mint ahogy a fenti szavakból is kiderül, Waldenfels azt állítja, hogy eltérően a medicina eredeti működési rendjétől, amikor is a gyógyítás és a filozófia elválaszthatatlanul összedolgozva és együttműködve tekintettek a beteg ember segítségének lehetséges módjainak kidolgozására, a modern medicina, alapvetően természettudományként való öndefiníciója azzal a következménnyel jár, hogy saját tevékenységének elveire és gyakorlatára való reflexió

készségét elveszíti. Ez hozza létre a normatív vákuumot, amiről beszél. Jelen munka e normatív vákuum tudatosításának kísérlete. Abból az előfeltevésből indul ki, hogy gyógyítás elveinek kidolgozásában a medicinának erősebb mértékben kell támaszkodnia a filozófiára, és ennek lehetséges irányából mutat be példákat.

A normatív vákuum következményei elsődlegesen a gyógyító szakember és a beteg közötti kapcsolatban mutatkoznak meg. Ez az a terület, ahol a gyógyítás mint szakma illetve a gyógyítás mint hivatás között feszültség keletkezik. E feszültség is abból ered, hogy mivel a modern medicina alapvetően természettudományosan orientált, e terület természeténél fogva alkalmatlan arra, hogy a „megbomlott rend” visszaállításában segédkezzen, a fizikai tünetek kezelésén túlmenően. Ugyanakkor a beteg ember így kívülreked saját gyógyítási folyamatán, ebbe – jobb híján csak a testét „delegálja”. Érdekes módon ugyancsak a medicina fejlődése világított rá azonban arra, hogy a betegség keletkezése, lehetséges kezelése menyiben határozódik meg a beteg személy, a beteg élete által. Úgy tűnik azonban, hogy az ezzel kapcsolatos tudományos ismeretek izoláltan, a szomatikus panaszok kezelésétől elkülönülve jelennek csak meg. Jelen disszertáció a beteg személy gyógyító folyamatba való organikusabb integrációjának lehetőségét keresi, a gyógyító szakember és a beteg szemtől szembe viszonyának filozófiai elemzésével. A beteg bevonása, beengedése a gyógyító folyamatba csak akkor válik lehetségessé, ha a gyógyító szakember szakmailag releváns aktussorozatnak tekinti a beteggel való kapcsolatát. Amennyiben nem testét, hanem őt magát tekinti a gyógyítás céljának. Mivel a beteg nemcsak szomatikus panaszok hordozója, hanem „olyasvalaki, akinek fáj valamije, aki szenved valakitől, aki elpanaszolja szenvedését, és annak csillapítását keresi”. [121] A fenti megfogalmazás Bernard Waldenfels már idézett írásából származik. Waldenfels felhívja a figyelmünket arra, hogy természetesen a fentieket a medicinában senki nem vonja kétségbe, az igazi kérdés írja azonban az, hogy ennek milyen helyi értéket biztosítanak a betegség rendszerében és diskurzusában, annak érdekében, hogy a betegségtörténet több lehessen izolált orvosi látteleteknél és operációknál, és sokrétű módon összefonódjon az egyén élettörténetével, valamint a másikkal fűződő kapcsolatával. Ezt mint írja, semmilyen objektív vizsgálat vagy kezelés nem helyettesítheti. [122]

A modern medicina ugyanakkor túl gyakran az „orvostudományt és az orvosi technikát teszi meg a betegség meghatározásának és kezelésének egyedüli vonatkozási rendszerévé. Hiszen végül is csak az orvos szakértők számára biztosított a hozzáférés e vonatkozási mezőhöz. A beteg, aki ily módon pusztán laikussá érzi magát lefokozva, beszélgetőpartnerként csupán akkor jöhet szóba, amennyiben *nem beteg*.” [123]

A beteg ily módon való kirekesztésén úgy változtathatunk, ha sikerül a szakember-laikus viszonyt *kliens* viszonyra alakítani. Ha a beteg személy, testén kívül a gyógyító szakember szemében mással is rendelkezik, beteg emberi lényként. Ha valódi viszony alakulhat gyógyító és beteg között, annak érdekében, hogy a szakember segíteni tudjon a *rászorulón*. A viszony kialakításának legalapvetőbb terepe pedig a kommunikáció, ez az a terep, amely alkalmas a beteg személy re-integrálására. Bernhard Waldenfels „reszponzív etikájában” a legelemibb etikai kötöttséget abból származtatta, hogy a másik emberrel való találkozás során *elháríthatatlan feleletigény* támad velünk szemben. Ennek témánk szempontjából kiemelhető lényege az, hogy a másikkal való interakcióban mintegy „idegen igény” támad velem szemben: „Ez az igény két dolgot foglal magába: egy felhívást, amely *valakihez* intéződik, és egy kívánalmat, amely *valamire* vonatkozik. A velem szemben támadó, nekem szóló igényben, amelyet felfogok, egyszersmind olyan igény fogalmazódik meg, amely kíván tőlem valamit. Ez a mindig az adott helyzetben fellépő igény minden morális vagy jogi igényt megelőz” [124]

A felelet, amelyről a német fenomenológus beszél, nem az a felelet, amely a kérdésre érkezik válaszul, tehát nem pusztán kérdés-felelet viszonylatban kell gondolkodnunk. Ahhoz, hogy megértsük, magunk mögött kell hagynunk a nyelvi kommunikáció területét, azért, hogy valami sokkal szélesebb mezsgyére juthassunk el: „A felelet megadása nem merül ki abban a feleletben, amelyet adunk. A feleletet, amelyet adunk, bizonyos körülmények között egy olyan feleletautomata is rendelkezésünkre bocsáthatja, amely megfelelő módon föltett kérdésre megfelelő módon tud reagálni. A felelet megadásával viszont nem ez a helyzet, hacsak nem egy előre gyártott párbeszéd esetére gondolunk, amelyben a kérdések a feleleteket kiváltják avagy lehívják. Egy olyan automata, amely fölmondja a szolgálatot, nem követ el szolgálatmegtagadást.” [125] Ez a felelet, valamiféle igénynek betöltése, annak való megfelelés, feleletadás, olyan esemény (cselekvés vagy nem cselekvés, hiszen „...egy kérdésre kérdéssel is felelhetek, holott ez a felelet nem adja meg a másik által keresett vagy kért tudástartalmat. Mint ismeretes, azzal is felelünk, ha nem felelünk.), amely „hiányt szüntet meg”, és egyben „...a másik ajánlataira és igényeire érkezik válaszként”. Ezen tágran értelmezett rezponzivitás szerint tehát: „Az a feleletadás, amely idegen igényre érkezik válaszként, semmiképpen sem merül ki nyelvi megnyilatkozásokban”. [126]

Waldenfels elméletének alapján azt állítjuk tehát, hogy a rezponzivitás szerint kell értelmeznünk a gyógyító személyzet és a betegek interakciójával szemben támasztott legfontosabb követelményt. Így értelmezve a kommunikáció is a lehető legtágabban értelmezendő, nyelvi és meta kommunikáción túl magában foglal minden olyan eseményt,

amely feleletadásként értelmezhető. Ezzel az értelmezési kerettel elkerülhetjük azt, hogy pl. egy diagnózis 3 percben való közlésével, egy „hogya tetszik lenni”-vel, egy empatikusnak szánt mosollyal etikailag „letudottnak” tekintsük a betegekkel szembeni kötelezettségeinket.

A rezponzivitás azt a nyitottságot jelenti, amely alkalmassá teheti a gyógyító szakembert arra, hogy a betegségében sérülékennyé vált beteg személyt egész emberként, és ne pusztán mint betegség hordozóját tekintse. Hogy az embert akarja gyógyítani és ne a betegséget. Alkalmassá válik arra is, hogy különbséget tegyen beteg és beteg ember között, és ez a különbség a lefolytatott interakciókban is meghatározó lehessen. Azaz, hogy például a kommunikáció verbális része – mondjuk a tájékoztatás során – egyénre szabottan történjék, hogy ki-ki a maga iskolázottságának és háttérének megfelelően érthetően közölt információkat kapjon. [127] Része ennek a rezponzivitásnak a *kulturális másság* felismerése és tiszteletben tartása is. Példaként megemlíthetjük, hogy a magyarországi romák bizonyos csoportjai, illetve egyének, akik őrzik a hagyományt, esetleg másként élik meg hozzátartozójuk betegségét, halálát, más lehet a gyász megélésének módja, vagy a születés körüli szokások és még számos egyéb magatartásforma. Ilyenkor nem fordulhat elő, hogy a gyógyító szakember saját kultúrája, a többségi társadalom elterjedtebb mintái alapján ítéli, illetve megítéli (diszkriminálja) betegét, az elfogadás, a tolerancia helyett. *„Az egészségügyi ellátás során nem szabad a betegek között bőrszínük, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, koruk, családi állapotuk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, betegségük vagy fizetőképességük alapján hátrányos megkülönböztetést tenni.”* [128]

5.2 A bioetika lehetősége

A rendszerváltást követően Magyarországon felgyorsult a társadalom különböző rétegeinek, csoportjainak egymástól való eltávolodása. Radikálisan megnőtt a létminimum alatt vagy közvetlenül a létminimumon élők rétege, az *elszegényedés*. Kutatások bizonyítják, hogy a *hátrányos helyzetű csoportok* tagjai jelentősen rosszabb egészségi állapotban vannak, illetve, hogy *hozzáférésük az egészségügy szolgáltatásaihoz is rosszabb*, mint jobb módú társaiké. Ez etikailag természetesen elfogadhatatlan, mi sem bizonyítja ezt jobban, mint hogy a megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog a legalapvetőbb betegjog, minden más betegjog alapja, és ezt a jogot mind az ENSZ, mind a WHO számos deklarációja rögzíti. Ennek a hozzáférésnek egyik meghatározó eleme a kommunikáció. Etikailag elfogadhatatlan, hogy valaki társadalmi helyzetének megfelelően részesüljön az egészségügy szolgáltatásaiban, annak megfelelő elbánásban részesüljön, illetve témánkra vonatkozóan, szegényesebb kommunikáció jusson osztályrészéül.

A magyar egészségügy köztudottan igen súlyos finanszírozási problémák közepette működik. Jóllehet az egészségügy eltartása minden országban – fejlettebb és kevésbé fejlett országokban egyaránt – rendkívül komoly probléma, ami a demográfiai átalakulások illetve a medicina fejlődése következtében egyre csak súlyosbodik. Magyarországon ez a helyzet a rendszer működéséből adódóan, illetve a társadalmi-gazdasági átalakulásokat követő átalakítások elmaradása miatt is, a működésképtelenség határait súrolja. A reformfolyamatok, illetve a teljes finanszírozási struktúra átalakításával kapcsolatos különféle elképzelések egy valamiben közösek: a jelenlegi helyzet nem tartható fenn. Hogy lesz-e több pénz az egészségügyre, nem tudhatjuk. A pénzhiánnyal azonban nem magyarázhatjuk a betegellátás problémái közül azt, hogy emberségesen bánnak-e a beteg emberrel, ennek pedig meghatározó eleme a kommunikáció módja. Semmi sem indokolja az egészségügyi szakember etikailag elfogadhatatlan magatartását, a gyatra minőségű kommunikációt illetve a kommunikáció hiányát. Nem állíthatjuk, hogy ha rendesen meg lennének fizetve... Elképzelhető, hogy tisztességesebb fizetésekkel, jobb munkakörülmények között az egészségügyben dolgozók attitűdje is javulna, ez azonban nem azt jelenti, hogy ennek hiányában „indokolható”, elfogadható lenne a humánus viselkedés hiánya. Pénz, posztó hiányában is tiszteletben kell tartanunk az emberi méltóságot, és a rászorulókat iránti kötelességeinket különösképpen segítő szakmák gyakorlóiként. Ebben lehet segítségünkre a fenomenológiai bioetika, a medicina területén zajló interperszonális viszonyok elemzésével, elsősorban a sebezhetőség kérdéskörének a diskurzusba történő beemelésével, a lehetséges válaszok közül a felelősség filozófiai, bioetikai megalapozásával a proximitás és rezponzivitás fogalmai mentén. Az elméleti alapok kidolgozását követően elengedhetetlen lesz az eredmények gyakorlatban való alkalmazása, amelynek legfontosabb terepe az egészségügyi képzés újragondolása, a leendő egészségügyi szakemberek szemléletformálása. Ennek alapvető iránya lehet a szakma öndefiníciójának tágítása olyan módon, hogy a medicina területén végzett tevékenység mind a szakember, mind a betegek számára nagyobb megelégedettséggel járhasson, a hivatás dimenzió megerősödjék, elsősorban az interperszonális viszonyokkal szembeni felelősebb attitűd következtében.

A bioetikának azonban meggyőződésem szerint alapvető feladata, ha nem a legalapvetőbb, hogy folyamatosan felhívja a figyelmet az ellátás minőségének és mennyiségének etikai vonatkozásaira. Ha tetszik, ellensúlyozza a fiskális szemléletet, amely a piaci társadalmakban egyre erőteljesebben meghatároz minden egzisztenciális teret. Miközben az orvoslás modernizálódása nyilvánvalóan átalakítja a szakma gyakorlatát, a hivatás alapvetéséből semmilyen gazdasági racionalitás nevében nem engedhetünk. A piacorientált

fogyasztói társadalmakban ebből a bioetika számára az következik, hogy azok érdekeit kell elsődlegesen képviselnie, akik a piacok leggyengébb szereplői, a fogyasztóiség legkevésbé potens gyakorlóit, egzisztenciális vagy bármilyen más okból kiszorulókat. Bármit hozzon is a gazdasági politikai jövő, a humanitás mibenléte az adott korban mindig megköveteli a rákérdezést és az újradefiniálást. Meggyőződésem szerint ez a humanitásértelmezés ma az ember sebezhetőségének tudomásulvételével kezdődik. Julia Kristeva beszél erről gyönyörűen egy a fogyatékosok ügyének kapcsán írt írásában, nem kisebb dimenziót adva a sebezhetőség fogalmának, amikor a felvilágosodástól örökölt és a modernkori demokráciák alappilléreiként szolgáló nagy hármast, a szabadság-egyenlőség-testvériség-eszméi mellé negyedikként javasolja a sebezhetőség felvételét. Ennek a javaslatnak a forradalmi ambícióival ő is tisztában van:

„...meggyőződésem, hogy a humanizmus – amely mindig is kereste önmagát, megjelenésétől kezdődően a múltban, krízisein és revitalizációin keresztül egészen a mai napig, és az elkövetkezendő időkben is, esélyt kaphat arra, hogy a fogyatékosok méltóságáért folytatott harcokban revitalizálja magát, és létrehozza, amivel fájdalmas módon még mindig nem rendelkezik: a megoszthatatlan sebezhetőség iránti tiszteletet. Az én ambícióm, az én utópiám az abbéli hitből áll, hogy a sebezhetőség, amely a fogyatékos emberben tükröződik mélyen alakít bennünket, ha tetszik, tudat alatt, és hogy ennek eredményeképp, megosztható. Lehet, hogy ez a humanizmus lesz az a kulturális forradalom, amellyel létre tudjuk hozni a proximitás demokráciáját, amire ennek a posztmodern kornak oly nagy szüksége van?” [129]

IRODALOMJEGYZÉK

1. Bernard Waldenfels: A beteg, mint idegen. In: A normalizálás határai. Tanulmányok az idegen fenomenológiájáról. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 2005. 159.
2. The Barcelona Declaration on Policy Proposals to the European Commission on Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1998
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/barcelona.html>
3. Fukuyama, Francis, A történelem vége és az utolsó ember, Európa Könyvkiadó 1994 105.o.
4. Ulrich Beck: Risk society. Towards a new modernity. Subkramp Verlag, Frankfurt AM 1986, p.89.
5. Ferge Zsuzsa: Struktúra és szegénység (2006) In: Kovách Imre (szerk.) Társadalmi metszetek érdekek és hatalmi viszonyok, individualizáció . Napvilág Kiadó. 479-500.o.
6. Kornai János -Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás, Budapest, 2004, Nemzeti Tankönyvkiadó 28.o.
7. Hobsbawn: Civilizációs válság, Lettre International 19. szám, 1995 tél
8. Prof. John Langmore : The Global Financial Crisis: Opportunity for Transformation? Address to Social Policy Connections and the Yarra Institute for Religion and Social Policy Box Hill VIC September 2009
9. Zygmunt Bauman: 1993: Postmodern Ethics. Cambridge, MA: Basil Blackwell. p.45.
10. dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai, Medicina 1997. 181.o.
11. Milton Friedman: Kapitalizmus és szabadság; Akadémiai Kiadó, 1996; p.: 21.
12. Robert N Bellah: Understanding Caring in Contemporary America in The Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions, Georgetown University Press, 1994 p. 34.
13. Jürgen Habermas: The new obscurity: the crisis of the welfare state Philosophy Social Criticism.1986; 11: p.1-18
14. Ralph Darendorf: A modern társadalmi konfliktus.Gondolat, 1994. 211.o.
15. Pierre Bourdieu: A neoliberalizmus lényege, Esély, 98/6
16. Ralph Darendorf: A modern társadalmi konfliktus.Gondolat, 1994 262.o.
17. Jean Baudrillard: A Rossz transzparenciája;Balassi, 1997; 11.o.
18. KPMG INTERNATIONAL Issues Monitor, Acute or chronic: the impact of economic crisis on healthcare and health July 2012, Volume Nine <http://www.kpmg.com/DK/da/nyheder-og-indsigt/nyhedsbreve-og-publikationer/brancher/healthcare/Documents/IssuesMonitor-July2012.pdf>
19. És mi lesz ha nem lesz? Az állam és a civilizációs folyamat / Ferge Zsuzsa In: És mi lesz, ha nem lesz? Tanulmányok az államról a század végén. szerk. Gombár Csaba, Hankiss Elemér, Lengyel László Budapest : Korridor Politikai Kutatások Központja : Helikon Kiadó, 1997 41.o.
20. Ferge Zsuzsa: Elszabaduló egyenlőtlenségek, Budapest : Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2000 45.o.
21. Ferge Zsuzsa: Magyar szociálpolitika, 1992 in: Elszabaduló egyenlőtlenségek, Budapest, 2000, 150.o.
22. Szívós Péter-Tóth István György: A jóléti támogatások és a szegénység Magyarországon, 1992-1997, TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 5. Budapest, 1998
23. <http://nol.hu/belfold/20120525-negyemillioan-a-letminimum-alatt>
24. Kornai János -Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás, Budapest, 2004, Nemzeti Tankönyvkiadó, 14.o.
25. Robert Castel: 2002: From Manual Workers to Wage Laborers: Transformation of the Social Question) p. 112-115
26. Ferge Zsuzsa: Elszabaduló egyenlőtlenségek, Budapest : Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2000 49.o.
27. Ferge Zsuzsa: Elszabaduló egyenlőtlenségek, Budapest : Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2000 53.o.
28. Kornai-Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004. 12.o.
29. Zygmunt Bauman: Modernity and The Holocaust. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press 1989 p.168.
30. Erich H. Loewy—Roberta Springer Loewy (2004): Textbook of Health Care Ethics 2nd edition. Dordrecht—Boston—London: Kluwer Academic Publishers p. 86

31. Kornai-Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004. 24.o.
32. Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások – Magyarország 2015. UMK, 2006. 190-220.o.
33. Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások – Magyarország 2015. UMK, 2006. 212.o.
34. Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások – Magyarország 2015. UMK, 2006. 219.o.
35. Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások – Magyarország 2015. UMK, 2006. 220.o.
36. Losonczy Ágnes: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben, Magvető 1986. 202.o.
37. Thomasma, David C.: Toward a New Medical Ethics: Implications for Ethics in Nursing. in: Interpretative Phenomenology, Embodiment, Caring and ethics in Health and Illness, 1994 sage Publications ed. Patricia Benner .85-99. o.
38. Callahan, Daniel: Bioethics as a discipline, 1973, Hastings Center Studies p. 66-73.
39. Engelhardt, H.T. Jr.: The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press 1986
40. Clouser K. D, Gert, B: A Critique of Principlism, The Journal of Medicine and Philosophy 15:219-236, 1990
41. Beauchamp, T. L., and Childress, J.F.: 1983, Principles of Biomedical Ethics, second edition, Oxford University Press, New York
42. Thomasma, David C : Toward a New Medical Ethics: Implications for Ethics in Nursing. in: Interpretative phenomenology, embodiment, caring and ethics in Health and Illness, 1994 sage Publications . ed.Patricia Benner .85 -99. o.
43. Childress, James F. (1982). Who Should Decide?: Paternalism in Health Care. Oxford University Press. p. 34.
44. Childress, James F. (1982). Who Should Decide?: Paternalism in Health Care. Oxford University Press. p. 56.
45. Caplan, Arthur L., Am I my Brother's Keeper? The Ethical Frontiers of Biomedicine (Medical Ethics Series), Indiana University Press, 1998
46. Wolpe, P.W.: The Triumph of Autonomy in American Bioethics: A Sociological View. In: Bioethics and Society, ed. DeVries, R., and Subedi, J., 1997, Prentice Hall
47. Buchanan, Allen E. 1989. „Assessing the communitarian critique of liberalism.” Ethics 99: 852-882
48. Wolf, Susan M. 1994. „Shifting paradigms in bioethics and health law: The rise of a new pragmatism.” American Journal of Law and Medicine 20:395-414.
49. Tom L. Beauchamp and James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics 6th Edition, 2008 Oxford University Press,
50. Schotsmans, P.T. : Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies. Acta Bioethica vol. XI, no.001m
51. Jonsen, R.A.(1991), ‘Casuistry as Methodology in Clinical Ethics’, Theoretical Medicine, 12,pp.295-307
52. Ten Have, H. (1994), ‘The Hyperreality of Clinical Ethics: A Unitary Theory and Hermeneutics’, Theoretical Medicine, 15, pp.113-31
53. Hunter, K.M., (1996), ‘Narrative, Literature, and the Clinical Exercise of Practical Reason,’ Journal of Medicine and Philosophy 21 (3): 303-320
54. Tiemersma, D., „Ontology and Ethics in the Foundation of Medicine and the Relevance of Levinas’ View. Theoretical Medicine: An International Journal for the Philosophy and Methodology of Medical Research and Practice 8 (1987): 127-133
55. Zygmunt Bauman: Biológia és modernitás: keresztshadjárat az egészségért, Lettre Internationale, 1988/89 tél
56. Daniel Callahan, ‘Communitarian Bioethics: A Pious Hope’ The Responsive Community, 6 (4) 26-33, 1996
57. Annals of Internal Medicine, 1998, 128:569-571
58. Zygmunt Bauman: Biológia és modernitás: keresztshadjárat az egészségért, Lettre Internationale, 1988/89 tél
59. Mark Mason: In defence of a Dialectical Ethic Beyond Postmodern Morality University of Cape Town, Journal of Philosophy of Education 1997
60. Zygmunt Bauman Modernitás és a Holocaust 2001. Budapest: Új Mandátum, 45.o
61. Zygmunt Bauman: Alone again, ethics after certainty, Demos 1994

62. Albert O. Hirschmann: „Versengő nézetek a piaci társadalomról” Józsoveg Műhely, Budapest 2000 128.o.
63. Heller, Ágnes: Általános etika, Cserépfalvi Kiadó, Budapest 86-104.o.
64. Levinas, E, Éthique et infini. Paris: Fayard,1982 in English: Ethics and Infinity. Trans. Richard A. Cohen. Pittsburgh: Duquesne UP,1985 p. 196
65. Tengelyi László, Élettörténet és sorseseemény, Atlantisz Könyvkiadó, Budapest, 1998 136.o.
66. Levinas, Emmanuel, Totality and Infinity, An Essay on Exteriority. Translated by Alphonso Lingis. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1969 pp.75
67. Levinas, Emmanuel: Otherwise than Being or Beyond Essence, translated by Alphonso Lingis (Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 1981), p. 139.
68. Zygmunt Bauman: Mortality, Immortality and Other Life Strategies, 1992 Polity Press, in association with Blackwell Publishers, Cambridge p .56.
69. Zygmunt Bauman: Mortality, Immortality and Other Life Strategies, 1992 Polity Press, in association with Blackwell Publishers, Cambridge p .202.
70. Zygmunt Bauman: 1993: Postmodern Ethics. Cambridge, MA: Basil Blackwell 87.p.
71. Lévinas, Otherwise than Being, pp. 82, 100-1, 81
72. Emmanuel Lévinas, ‘Language and Proximity’, in Collected Philosophical Papers, p. 119
73. Maurice Blanchot, L’Entretien infini (Paris, Gallimard, 1969) pp. 102-103
74. Jean Bethke Elshtain, ‘Liberal Heresies: Existentialism and Repressive Feminism’, in Liberalism and the Modern Polity: Essays in Contemporary Political Theory, ed. Michael J. Grass McGrath (New York: Marcel Dekker, 1978), p.35. idézi Bauman Postmodern Ethics p.83
75. Zygmunt Bauman: 1993: Postmodern Ethics. Cambridge, MA: Basil Blackwell p.83-84.
76. Zygmunt Bauman: 1993: Postmodern Ethics. Cambridge, MA: Basil Blackwell p. 84 - Alain Renaut, L’Ere de l’individu (Paris:Gallimard,1989).
77. Marc-Alain Quakin. Méditations érotiques (Paris:Balland,1992), p.129
78. Emmanuel Lévinas, ‘No identity’, in Collected Philosophical Papers, trans. Alphonso Lingis (The Hague: Martinus Nijhoff, 1987), p.149)
79. Emmanuel Lévinas, ‘Ethics and Infinity: Conversations with Philippe Nemo, trans. Richard A. Cohen (Pittsburgh: Duquesne University Pres, 1985), p.98-99
80. Emmanuel Lévinas, Otherwise than Being, or Beyond Essence, trans. Alphonso Lingis (The Hague: Martinus Nijhoff,1981), p.84,87,88
81. Zygmunt Bauman: Mortality, Immortality and other life strategies, 1992 Stanford University Press, p.129
82. Fabio Ciaramelli, "Levinas's Ethical Discourse Between Individuation and Universality," in Bernasconi and Critchley (eds.), Re-Reading Levinas (Bloomington: Indiana University Press, 1991), pp. 85-105
83. Zygmunt Bauman: Ethics begins at home. Can there be a Levinasian Macro-ethics? Bauman, Zygmunt (1997b): “in Jodalen, Harald & Arne Johan Vetlesen (eds.): Closeness – An Ethics. Oslo: Scandinavian University Press
84. Zygmunt Bauman: Ethics begins at home. Can there be a Levinasian Macro-ethics? Bauman, Zygmunt (1997b): “in Jodalen, Harald & Arne Johan Vetlesen (eds.): Closeness – An Ethics. Oslo: Scandinavian University Press.
85. Carl Elliot: Philosophical Disease, Routledge 1999 London, p.141
86. Carl Elliot: Philosophical Disease, Routledge 1999 London, p.149
87. Zygmunt Bauman: 1993: Postmodern Ethics. Cambridge, MA: Basil Blackwell p.81.
88. 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről. 20.§ (3) bek.
89. Raj Mohindra: Obligations to treat, personal autonomy, and artificial nutrition and hydration Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, Clin Med 2006 May-Jun; 6(3)p. 271.
90. Dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999 p. 444 (hivatkozik: Beauchamp, T. L., Childress J.F. (1989) (ed) :Principles of Biomedical ethics. (3rd.ed) New York-Oxford, Oxford University Press (p.169)
91. 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről. 22.§ (1) bek. illetve (2) bek
92. Csejtei Dezső: Filozófiai metszetek a halálról, Pallas Stúdió, Budapest, 2002. p476
93. Csejtei Dezső: Filozófiai metszetek a halálról, Pallas Stúdió, Budapest, 2002. p477
94. Illich Ivan: Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars; 1976. p. 174.
95. Csejtei Dezső: Filozófiai metszetek a halálról, p. 482, Pallas Stúdió, Budapest, 2002
96. W. Fuchs:Todesbilder inder modernen Gesellschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: 1969 p.71.

97. Sören Kierkegaard: Egy sírnál. In: Filozófiai etűdök a végességre. Veszprémi Humán Tudományokért Alapítvány, Veszprém: 2001. 269-307.o.
98. Babusik F.: Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon. Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában. Budapest, 2005, L'Harmattan Kiadó 47.o.
99. Helman, G. Cecil: Culture, Health and Illness. Butterworth Heinemann, Oxford, 1994 p. 65.
100. Gyukits György (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In.: Cigánynak születni, Szerk.: Horváth Ágota – Landau Edit – Szalai Júlia. Aktív Társadalom Alapítvány/Új mandátum, Budapest
101. Babusik Ferenc Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon, Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában L'Harmattan 2005 Budapest, 81.o.
102. Babusik Ferenc Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon, Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában L'Harmattan 2005 Budapest, 121.o.
103. Babusik Ferenc Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon, Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában L'Harmattan 2005 Budapest, 123.o.
104. Neményi Mária „Többszörös hátránytól sújtva” LAM 2003/13
105. Bernhard Waldenfels: the Question of the Other, University of Hong Kong, 2007. p.25.
106. Tengelyi László: Élettörténet és sorseseemény, Atlantisz Könyvkiadó, 1998, 45.o.
107. Tengelyi László: László: Élettörténet és sorseseemény, Atlantisz Könyvkiadó, 1998, 47.o.
108. Zygmunt Bauman: Life in fragments, Essays in Postmodern Morality, Blackwell 1995 p. 136
109. Biczó Gábor (szerk): Az idegen. Variációk Simmeltől Derridáig, Csokonai, Debrecen, 2004 6.o.
110. Derrida, J.: A. Dufourmantelle et. Derrida, Del'hospitalité. Paris, 1997, Calman-Lévy. (magyarul megjelent in: Az idegen. Lásd fent)
111. Schiffauer, W.: Félelem a különbözőségtől. In: Az idegen. Variációk Simmeltől Derridáig. (A fordítás alapjául szolgáló eredeti mű: Schiffauer, Werner: Die Angst vor der Differenz. Zu neuen Strömungen in der kultur- und Sozialanthropologie. In: uő.: Fremde in der Stadt. Frankfurt am Main, 1997, Suhrkamp, S. 157-171. p.)
112. Tengelyi László: Élettörténet és sorseseemény, Atlantisz Könyvkiadó, 1998, 85.o.
113. Bernard Waldenfels: Felelet arra, ami idegen. Gond, 99/20. (Előadásként elhangzott 1996 novemberében Budapesten (Bernhard Waldenfels professzor a Magyar Filozófiai Társaság meghívására érkezett Budapestre, és "az év előadását" tartotta meg). Megjelent a Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden I (Frankfurt am Main, 1977, Suhrkamp) című kötetben
114. Bernard Waldenfels: Az idegenség etnográfiai paradoxonjainak ábrázolása. (In.: Az Idegen. pp. 91-117. A fordítás alapjául szolgáló eredeti mű: Waldenfels, Bernhard: Paradoxien ethnographischer Fremddarstellung. In: Fremderfahrung und Repräsentation, Hg. Von Iris Därmann und Christoph Jamme. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft 2002, s. 150-182.)
115. Christoph Jamme: Létezik-e az idegenséget vizsgáló tudomány in Az Idegen — Variációk Simmeltől Derridáig. Ford. Teller K., valamint Boros J. és Orbán J. Csokonai Kiadó. Debrecen, 2004.
116. Bernard Waldenfels.: Az idegenség etnográfiai paradoxonjainak ábrázolása. (In.: Az Idegen. pp. 91-117. A fordítás alapjául szolgáló eredeti mű: Waldenfels, Bernhard: Paradoxien ethnographischer Fremddarstellung. In: Fremderfahrung und Repräsentation, Hg. Von Iris Därmann und Christoph Jamme. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft 2002, s. 150-182.)
117. Losoncz A.: Európa dimenziók. Újvidék, 2002, Fórum Könyvkiadó.
118. Bernard Waldenfels: Felelet arra, ami idegen. Gond, 99/20. (Előadásként elhangzott 1996 novemberében Budapesten (Bernhard Waldenfels professzor a Magyar Filozófiai Társaság meghívására érkezett Budapestre, és "az év előadását" tartotta meg). Megjelent a Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden I (Frankfurt am Main, 1977, Suhrkamp) című kötetben.
119. Bernard Waldenfels: Az idegenség etnográfiai paradoxonjainak ábrázolása. (In.: Az Idegen. pp. 91-117. A fordítás alapjául szolgáló eredeti mű: Waldenfels, Bernhard: Paradoxien ethnographischer Fremddarstellung. In: Fremderfahrung und Repräsentation, Hg. Von Iris Därmann und Christoph Jamme. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft 2002, s. 150-182.)
120. Bernard Waldenfels: A beteg, mint idegen. In: A normalizálás határai. Tanulmányok az idegen fenomenológiájáról. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 2005. 159.o.
121. Bernard Waldenfels: A beteg, mint idegen. In: A normalizálás határai. Tanulmányok az idegen fenomenológiájáról. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 2005. 162.o.
122. Bernard Waldenfels: A beteg, mint idegen. In: A normalizálás határai. Tanulmányok az idegen fenomenológiájáról. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 2005. 162.o.

123. Bernard Waldenfels: A beteg, mint idegen. In: A normalizálás határai. Tanulmányok az idegen fenomenológiájáról. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 2005. 170.o.
124. Bernard Waldenfels : Felelet arra, ami idegen. Egy rezponzív fenomenológia vázlata
125. Bernard Waldenfels: Felelet arra, ami idegen. Egy rezponzív fenomenológia vázlata
126. Bernard Waldenfels: Felelet arra, ami idegen. Egy rezponzív fenomenológia vázlata
127. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13§ (8) bek.
128. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7§ (4) bek.
129. Julia Kristva: Hatred and Forgiveness, (Columbia University Press, New York 2010) p. 30

Publikációk

A disszertáció tárgyát képező ahhoz közvetlenül kapcsolódó publikációk:

Pörcki Zsuzsanna (1999): *Szemtől szemben a bioetikával*, in: LAM 9: (12) pp. 985-990.

Pörcki Zsuzsanna (2000): *Responsibility and the philosophy of Emmanuel Levinas*. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10-2000, Volume 3, Issue 3, Kluwer Academic Publishers. 2000; 376-378.

Pörcki Zsuzsanna (2005): *Két birodalom határán*, in: LAM *Lege Artis Medicinae*, 15: (10); pp.788-789.

Pörcki Zsuzsanna (2007): *Romákkal kapcsolatos attitűd, diszkrimináció, másság és gyógyítás*. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. pp. 439- 467 Szerk. Kállai J., Varga J., Oláh A. Medicina Könyvkiadó Zrt., Dokumentum típusa: könyvfejezet/tankönyv,

Pörcki Zsuzsanna (2007): *Az idősek és az etika*, In: *Gerontológia-Geriátria*. 46-61 Szerk.: Hazafi Klára, Székely M. PTE Egészségtudományi Kar. Felelős Kiadó: Prof. Dr. Bódis József. Dokumentum típusa: könyvfejezet/felsőoktatási tankönyv

Pörcki Zsuzsanna (2008): *Etika az egészségügyi kommunikációban*
In: *Kommunikáció az egészségügyben*. pp.189-197 Szerk.: Sélleyné Gyuró Mónika. Dokumentum típusa: könyvfejezet/tankönyv), PTE ETK.

Pörcki Zsuzsanna (2010): *Gyógyítóművészet vagy testmérnöklés. Ember vagy háztartási gép*. LAM *Lege Artis Medicinae*, 20: (12); 860-864.

Pörcki Zsuzsanna: *Vulnerable Women*, (*Women's Studies an Inter-disciplinary Journal*, Routledge - megjelenés alatt, megjelenés várható időpontja 2013)

Pörcki Zsuzsanna- dr. Kállai János: *A nő sebezhetősége*. *Hét Hárs*. 12. évfolyam 1-2 sz. 10-26 (megjelenés alatt, megjelenés várható időpontja: 2013 június)

Egyéb publikációk

Cikkek:

Pörcki Zsuzsanna (2003): *Ami személyes, és ami nem*, in: LAM *Lege Artis Medicinae*; 13:(5); pp. 358-359.

Pörcki Zsuzsanna (2012): *Óvodások távirányítóval*, (Antalóczy Tímea- Vaskuti Gergely társszerzőkkel) *Kultúra és közösség*, 3. évf. 1-2. sz. / pp.143-162

Fordítások:

folyóiratcikkek:

Hall Mary Harrington: „Beszélgetés Polányi Mihállyal.” *Polányiana* 2: (3). pp. 21-34 (1992).

Derrida J.: „Levél egy japán barátához.” *Nappali Ház* 4:(3-6) pp.124-128 (Takács Ádámmal) (1992)

Gilles Deleuze-Felix Guattari: *Mi a filozófia?* *Nappali Ház* 4: 59-65 (Takács Ádámmal) (1993)

Heller Ágnes : A társadalomtudományok hermeneutikája. Magyar Tudomány 1994/2 szám, 39. (101.)
kot. pp. 143-162 (Takács Ádámmal)

Könyvfejezetek:

Heller Ágnes: A társadalomtudományok hermeneutikája. in: Életképes-e a modernitás? (Latin Betűk,
1997) pp.39-76

Könyvek:

Bernie S. Siegel: Életet a napoknak. Csodákat tesz a szeretet hatalma. Budapest: Édesvíz Kiadó, 1995.
241p (New Age. Új Kor; 19)

Shakti Gawain: Az átalakulás útja. A tudat utazása a jövőbe./Tudatosság és spiritualitás. Budapest:
Édesvíz Kiadó,1996. 200 p. (New Age- Új Kor)

Lektorálás:

Szebik Imre (2004): *Egy szomatikus génterápiás protokoll kudarcának tanulságai.* Lege Artis
Medicinae 14. (10) 721-6