Sveučilište u Zagrebu

Fakultet filozofije i religijskih znanosti

Tanja Zovko

EGZISTENCIJALNA FILOZOFIJA KARLA JASPERSA I IDEJA PREMA PACIJENTU USMJERENE ZDRAVSTVENE SKRBI HARVEYA PICKERA

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2026.

Sveučilište u Zagrebu

Fakultet filozofije i religijskih znanosti

Tanja Zovko

EGZISTENCIJALNA FILOZOFIJA KARLA JASPERSA I IDEJA PREMA PACIJENTU USMJERENE ZDRAVSTVENE SKRBI HARVEYA PICKERA

DOKTORSKI RAD

Mentor: prof. dr. sc. Ivan Koprek

Zagreb, 2026.

University of Zagreb

Faculty of philosophy and religious sciences

Tanja Zovko

THE EXISTENTIAL PHILOSOPHY OF KARL JASPERS AND HARVEY PICKER'S IDEA OF PATIENT-CENTERED HEALTH CARE

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor: Professor Ivan Koprek, PhD

Zagreb, 2026.

INFORMACIJE O MENTORU

Prof. dr. sc. Ivan Koprek je redoviti profesor u trajnom izboru na Fakultetu filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta u Zagrebu. Nakon završenog studija filozofije i teologije u Zagrebu (od 1975. do 1982.) magistrirao je (1986. godine) i doktorirao filozofiju 1988. godine u Münchenu. Povratkom u Hrvatsku predavao je etiku, logiku, filozofiju kulture i povijest suvremene filozofije na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu. U vremenskom razdoblju od 1995. do 2001. godine bio je dekan istoga fakulteta te zamjenik voditelja Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu. U suradnji s prof. dr. sc. Giorgom Penzom (Padova) i prof. dr. sc. Michaelom Baumgartenom (Bonn) bio je nekoliko godina koordinator tečaja „Existenzdenken“ pri IUC u Dubrovniku. Od 1993. do 1996. godine bio je glavni urednik časopisa *Obnovljeni život*. Godine 1999. je pokrenuo međunarodni časopis *Disputatio philosophica* kojemu je do 2020. godine bio glavni urednik. Na Fakultetu filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta (FFRZ) u Zagrebu je obavljao u dva mandata službu dekana. Osnovao je pri FFRZ "Centar za poslovnu etiku" kojemu je i danas predsjednik. Bio je član bioetičkog povjerenstva za praćenje genetski modificiranih organizama (GMO) pri Ministarstvu poljoprivrede RH (usp. "Narodne novine", br. 101/98 i 15/2000) - Zaključak Vlade Republike Hrvatske na sjednici održanoj 11. svibnja 2000. godine!), član etičkoga povjerenstva bolnice Sv. Duh u Zagrebu, član Matičnoga odbora za filozofiju i teologiju pri MZO, predsjednik Upravnoga vijeća Instituta za filozofiju u Zagrebu, član širega Rektorskog kolegija Sveučilišta u Zagrebu, zamjenik povjerenstva za osnivanje Katoličkog sveučilišta u Zagrebu te član panela za ocjenjivanje projekata na pri HZZ. Organizirao je i aktivno je sudjelovao na mnogim simpozijima u zemlji i inozemstvu. Uredio je nekoliko zbornika. Akademske godine 1993.-1994. boravio na Marquette University (Milwaukee - USA) a u zimskom semestru 2001.-2002. na Boston Collegeu (Boston - USA). Nekoliko godina je bio ravnatelj "Hrvatskoga povijesnoga instituta" u Beču. Član je nekoliko strukovnih društava (filozofa i etičara) u Europi, uredništava nekoliko znanstvenih časopisa iz područja filozofije (Hrvatsko filozofsko društvo; Društvo za promicanje filozofije; Matica Hrvatska; Hrvatsko društvo katoličkih novinara; Deutsche Gesellschaft für Philosophie; Association of Bioethicists in Central Europe; JESPHIL – Arbeitgemeinschaft der Europäischen Jesuiten-Philosophen) te "Scientific Advisory Bord" niza publikacija "Bioethics in Discussion".

Vodio je i bio je član nekoliko domaćih i jednoga stranoga projekta (domaći projekti pri MZO: "Evaluacija djelotvornosti i etičnosti rada hrvatskih organizacija" (EDERHO – 5-12-337) i "Praktična etika i hrabrost za opće dobro u vremenima krize. Ima li u hrvatskom društvu mjesta za vrline? – (projekt MZO 199-0000000-3338); te međunarodnog projekta (11 europskih sveučilišta): "European Character Virtues Association – ECVA –'Teachers' and Parents' Perspectives on Character Education in Europe" (TEPACE)" – (A European Research Project promoted by the European Character and Virtues Association 2023.-2026.). Bio je gost-predavač na sveučilištima u Münchenu, Beču, Lisabonu, Bostonu, Zagrebu (Katolički bogoslovni fakultet) Osijeku (Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu), Puli (Redemptoris Mater), Zadru i na "Ratnoj školi Ban Josip Jelačić" u Zagrebu. Područje znanstvenoga zanimanja: etika, poslovna etika, filozofija kulture, politička filozofija i klasični njemački idealizam (od Kanta do Hegela). Zbog osobitih zasluga za znanost odlukom Predsjednika Republike Hrvatske dr. Franje Tuđmana odlikovan je 1997. godine redom Danice Hrvatske s likom Ruđera Boškovića. Napisao je i uredio preko trideset knjiga i dvijestotinjak znanstvenih i stručnih članaka u domaćim i stranim časopisima iz područja filozofije, osobito etike. Bio je mentor više desetaka magistarskih i doktorskih radova.

SAŽETAK

Tema ove doktorske disertacije nastaje na razmeđu dvaju intelektualnih svjetova koji se na prvi pogled čine udaljenim, a koji se, pri pozornijem istraživanju, razotkrivaju kao duboko srodni u svojim temeljnim pretpostavkama i u onom što im je zajednički cilj: razumijevanje čovjeka u trenutku njegove najveće ranjivosti, bolesti.

S jedne strane stoji filozofija egzistencije filozofa i psihijatra Karla Jaspersa - misaona građevina podignuta u prvoj polovici dvadesetoga stoljeća, usmjerena prema onim dimenzijama ljudskoga bitka koje se ne daju obuhvatiti kategorijama prirodne znanosti ni operacionalnim definicijama empirijske psihologije. S druge strane stoji praktična vizija Harvyja Pickera — reformatora zdravstvene skrbi koji je u drugoj polovici istoga stoljeća, polazeći od neposrednoga iskustva pacijenta, pokušao preoblikovati institucionalnu medicinu tako da čovjek koji pati (pacijent) ponovno zauzme središte svakoga medicinskog čina.

Disertacija istražuje mogućnost i plodnost dijaloga između tih dvaju horizonata mišljenja te postavlja pitanje: može li egzistencijalno-filozofska misao Karla Jaspersa pružiti teorijsko utemeljenje, pojmovnu dubinu i kritičku snagu onoj praksi zdravstvene skrbi koja se, slijedeći Pickera, usmjerava na pacijenta kao cjelovitu osobu?

Postavljeno pitanje nije samo akademsko. Suvremena medicina suočena je s onim što se s pravom može nazvati paradoksom tehnološkoga napretka. Dijagnostičke mogućnosti nikada nisu bile naprednije, terapijske intervencije nikada preciznije, farmakološki arsenal nikada bogatiji — a istodobno se sve glasnije čuje prigovor da je u složenim sustavima suvremene zdravstvene skrbi nešto bitno izgubljeno. Pacijenti svjedoče da se u susretu s medicinskim sustavom osjećaju svedenim na dijagnostičku kategoriju, na slučaj koji se obrađuje, na tijelo koje se popravlja - ali ne i na *osobu* kojoj se pristupa u njezinoj cjelovitosti. Taj osjećaj nije puka emotivna reakcija, nego signal upozoravajuće dijagnoze o stanju suvremene medicine. *Biomedicinski model,* koji je u dvadesetom stoljeću postigao izvanredne rezultate u razumijevanju i liječenju bolesti kao biološkoga procesa, nosi u sebi i strukturnu sklonost prema redukciji - sklonost da patnju obuhvati kao fiziološki poremećaj, a pacijenta kao nositelja te patnje. U toj strukturnoj napetosti između tehničke izvrsnosti i humanistički osjetljive skrbi leži temeljni problem koji ova disertacija nastoji dublje osvijetliti.

Karl Jaspers je bio jedinstven svjedok i mislilac upravo te napetosti. Školovan kao psihijatar i liječnik, a potom sve više obuzet filozofskim pitanjima, sa suočavanjem s medicinskim iskustvom unosio je filozofsku ozbiljnost rijetku u tradiciji koja je liječnički poziv najčešće opisivala u kategorijama znanja i vještine, a ne egzistencijalne susretnosti. Njegova *Opća psihopatologija* (Allgemeine Psychopathologie) iz 1913. godine pionirski je tekst koji je u psihijatrijsku metodologiju unio fenomenološku osjetljivost za subjektivno iskustvo bolesnika, tražeći od liječnika ne samo dijagnostičko razvrstavanje nego i razumijevanje — uživljavanje u unutarnji doživljaj pacijenta koji ne može biti posve operacionaliziran ni metodologiziran. No, upravo u filozofskim radovima - posebice u trilogiji *Filozofija* (Philosophie) iz 1932. godine, u djelu *O istini* (Von der Wahrheit) iz 1947. i u kasnijim promišljanjima o ulozi liječnika - Jaspers razvija misaoni okvir koji u ovoj disertaciji postaje ključni interpretativni oslonac.

Pojmovi kao "granična situacija" (Grenzsituation), "egzistencijalne komunikacije" (existentielle Kommunikation) i autentičnoga susreta (Begegnung) ne ostaju na razini apstraktne ontologije: oni su precizno filozofsko sredstvo za opisivanje onoga što se zaista događa - ili bi se trebalo događati - u susretu između liječnika (zdravstvenog djelatnika) i pacijenta.

"Granična situacija", onako kako je Jaspers razumijeva, nije samo dramatičan životni preokret, nego svaka ona situacija u kojoj se čovjek suočava s apsolutnim uvjetima svoga bitka koje ne može niti ukloniti niti nadomjestiti: patnja, krivnja, borba i smrt.

Bolest je po svojoj prirodi "granična situacija" u najdubljem smislu: ona čovjeka suočava s konačnošću, s krhkošću vlastitoga tijela, s ovisnosti o drugome, s egzistencijalnim pitanjima koja svakodnevica potiskuje. Jaspers je uvjeren da upravo u tim trenutcima postaje vidljivo ono što je najdublje u čovjeku, no isto tako - da upravo u tim trenucima čovjek treba drugoga ne samo kao tehničkoga pomagača, nego kao partnera u egzistencijalnom smislu. "Egzistencijalna komunikacija", za razliku od funkcionalne ili puko informacijske razmjene, je onaj oblik susreta u kojemu su oba sudionika prisutna kao osobe - u svojoj konačnosti, slobodi i odgovornosti - i u kojemu je moguće ono što Jaspers naziva "ljubavnom borbom" (liebender Kampf): napor međusobnoga rasvjetljavanja koji ne teži dominaciji, nego uzajamnomu rastu prema istini. Upravo taj model komuniciranja, primijenjen na odnos zdravstveni djelatnik (liječnik) - pacijent, čini misaono jezgro ove disertacije.

Harvy Picker nije bio filozof, ali je bio zagovaratelj jedne ideje čija je filozofska dubina postala jasna tek naknadno. Iz neposrednoga iskustva pacijenta - iskustva koji se u medicinskim institucijama osjeća nevidljivim, neinformiranim, lišenim kontrole nad vlastitim liječenjem - Picker je u drugoj polovici dvadesetog stoljeća razvio koncepciju zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta (patient-centered care) koja je u osnovi zahtijevala radikalnu promjenu perspektive. Nije dovoljno liječiti bolest; nužno je razumjeti bolesnika. Nije dovoljno primijeniti protokol; nužno je uvažiti iskustvo. Nije dovoljno informirati; nužno je suosjećati i slušati.

Osam temeljnih dimenzija pacijentova iskustva koje je Picker Institut (instituciju koju je osnovao Picker!) identificirao i sistematizirao - poštovanje pacijentovih preferencija i vrijednosti, emocionalna potpora, kontinuitet i koordinacija skrbi, uključivanje bližnjih, dostupnost informacija, udobnost fizičkoga okružja, tjelesna ugodnost i dostupnost skrbi - nisu puki parametri zadovoljstva korisnika, nego nacrt za jednu drukčiju, humaniju (čovječniju) medicinsku kulturu. U tom nacrtu filozofska dimenzija nije eksplicitna, ali je implicitno prisutna: ono što Picker zahtijeva od zdravstvenoga sustava u konačnici je ontološki zahtjev - da pacijent bude priznat kao subjekt (osoba), a ne reduciran na objekt liječenja.

Upravo ta implicitna filozofska dimenzija Pickerove vizije poziva na dijalog s Jaspersom. Ova disertacija taj dijalog ne uspostavlja kao puko paralelno navođenje sličnih ideja, nego kao produktivno filozofsko istraživanje kojim se Pickerovoj koncepciji nastoji dati dublji teorijski temelj, a Jaspersovoj filozofiji - konkretnija primjena u suvremenoj medicinskoj stvarnosti. Polazišna je teza da postoji strukturna korespondencija između Jaspersova razumijevanja "egzistencijalne komunikacije" i onoga što Picker opisuje kao autentičan, na pacijenta usmjeren susret unutar zdravstvene skrbi; i da ta korespondencija nije slučajna, nego počiva na zajedničkom antropološkom uvidu: čovjek koji pati nije slučaj koji treba riješiti, nego *osoba* koja traži *razumijevanje* i *susret* koji nadilazi tehničku intervenciju.

Disertacija je strukturirana u tri međusobno povezana dijela. U prvom se dijelu, nakon što se uspostavljaju pojmovni temelji: raspravlja se o ključnim konceptima zdravlja, bolesti i pacijentova iskustva u filozofskoj i medicinsko-humanističkoj tradiciji, podrobno se izlaže Jaspersova egzistencijalna filozofija - s posebnim naglaskom na pojmove "granična situacija", "egzistencijalna komunikacija", autentičnost i filozofsko razumijevanje čovjeka kao neponovljive slobodne "egzistencije".

Posebna pozornost posvećena je Jaspersovim neposrednim medicinskim promišljanjima: tekstovima u kojima se bavi idejom liječnika (*Die Idee des Arztes*), odnosom liječnika i pacijenta (*Arzt und Patient*) i problemom dehumanizacije medicine u tehničkom dobu (*Der Arzt im technischen Zeitalter*), koji ostaju živo relevantni i više od pola stoljeća nakon svojega nastanka.

U drugom dijelu disertacije analizira se Pickerova koncepcija na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi - njezini povijesni, empirijski i normativni temelji, njezin razvoj kroz djelatnost Picker Instituta te njezine praktične implikacije za organizaciju zdravstvenih sustava, obrazovanje zdravstvenih djelatnika i kliničku svakodnevicu.

Treći dio razvija filozofsku sintezu: istražuje se kako Jaspersovi pojmovi mogu biti produktivno primijenjeni kao hermeneutički ključ za razumijevanje i produbljivanje Pickerove koncepcije, te se predlaže *integrativni* model medicinske prakse koji je istovremeno filozofski utemeljen i klinički primjenjiv. U tom kontekstu bit će razmotreni i rezultati provedene ankete o pacijentovom iskustvu zdravstvene skrbi, koji empirijsku osnovu disertacije obogaćuju živim svjedočanstvima o konkretnoj medicinskoj stvarnosti.

Valja napomenuti da je pred ovom disertacijom stajao metodološki izazov koji zaslužuje eksplicitno obrazloženje. Jaspers je filozof čija se misao nerijetko odupire sistematizaciji i operacionalizaciji. Njegova je filozofija po svom karakteru nesistemska, a pojmovi kojima se koristi – "egzistencija", "transcendencija", "šifra", "granična situacija"… - nose u sebi namjernu nepreciznost koja je filozofski opravdana: ti pojmovi nastoje ukazati na dimenzije iskustva koje se ne daju posve objektivizirati a da se pri tom ne izgubi ono što je u njima najvrednije. Pickerova je koncepcija, s druge strane, nastala u kontekstu empirijskoga istraživanja i zdravstveno-političke reformske prakse, te je usmjerena prema mjerljivim ishodima i konkretnim provedbenim smjernicama. Metodološki napor ove disertacije stoji upravo u tome da se ta razlika u metodama i protoku razmišljanja uzme ozbiljno - da se Jaspersova filozofija ne trivijalizira prilagodbom operacijskim definicijama, a da se Pickerova koncepcija ne mistificira filozofskim rječnikom koji joj je stran. Cilj je *plodna interpretativna napetost*, a ne lažna sinteza.

Ovaj istraživački projekt nastao je iz uvjerenja da medicina ne samo da može, nego i mora voditi dijalog s filozofijom - ne iz puke akademske dekoracije, nego iz temeljne potrebe za *samorefleksijom*. Medicina koja ne pita o smislu patnje, o dostojanstvu bolesnika, o naravi odnosa između liječnika i onoga kome pomaže – je medicina koja je zanijekala vlastitu *humanističku* dimenziju.

Egzistencijalna filozofija Karla Jaspersa i ideja na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi Harvyja Pickera, svaki na svoj način, podsjećaju nas na ono što je u medicini nezaobilazno: da je u središtu svakoga liječničkog čina *čovjek* - u svojoj jedinstvenosti, svojoj krhkosti i svojoj neponovljivoj egzistenciji.

Jaspers je sam za svoju filozofiju skovao i dosljedno upotrebljavao termin *Existenzphilosophie* (filozofiju egzistencije) - a ne *Existentialismus* (egzistencijalizam) niti *existentielle Philosophie* (egzistencijalnu filozofiju). Distinkcija nije bila puka terminološka sitnica. Naime, Jaspers je smatrao "egzistencijalizam" spoznajom čovjeka kao predmeta među predmetima, dok je "rasvjetljavanje egzistencije" (*Existenzerhellung*) shvaćao kao samorefleksiju i samoiskustvo koja se produbljuje u iskustvima graničnih situacija. U hrvatskom akademskom kontekstu cirkuliraju oba izraza, ali između njih postoji bitna razlika koja prati izvornike. *Filozofija egzistencije* je neposredan prijevod njemačkoga *Existenzphilosophie* - genitivna konstrukcija u kojoj je *egzistencija* (u Jaspersovu smislu: *Existenz*, tj. neobjetktivizibilno, slobodno sebstvo koje se očituje pred transcendencijom!) predmet filozofijskog istraživanja.

U disertaciji rabimo izraze "Egzitencijalna filozofija" i "Filozofija egzistencije" kao istoznačnice iako nam se čini da je prvi izraz terminološki precizan i odgovara Jaspersovu vlastitom samooznačavanju. (Mandryshchuk 2023. 125–137)

Ključne riječi: zdravstveni djelatnici, egzistencijalna komunikacija, bolesnici, dijalog

SUMMARY

The topic of this doctoral dissertation emerges at the intersection of two intellectual worlds that at first glance appear distant from one another, yet upon closer examination reveal themselves as deeply akin in their foundational assumptions and in what they share as a common goal: the understanding of the human being at the moment of his greatest vulnerability - illness.

On one side stands the philosophy of existence of the philosopher and psychiatrist Karl Jaspers - a edifice of thought erected in the first half of the twentieth century, directed toward those dimensions of human being that cannot be encompassed by the categories of natural science nor by the operational definitions of empirical psychology. On the other side stands the practical vision of Harvey Picker - a reformer of healthcare who, in the second half of that same century, departing from the immediate experience of the patient, sought to reshape institutional medicine so that the suffering human being (the patient) might once again occupy the centre of every medical act.

This dissertation investigates the possibility and the fruitfulness of a dialogue between these two horizons of thought, and poses the question: can the existential-philosophical thought of Karl Jaspers provide the theoretical grounding, conceptual depth, and critical force for that practice of healthcare which, following Picker, orients itself toward the patient as a whole person?

The question posed is not merely academic. Contemporary medicine is confronted with what may rightly be called the paradox of technological progress. Diagnostic capabilities have never been more advanced, therapeutic interventions never more precise, the pharmacological arsenal never richer - and yet, simultaneously, the objection grows ever louder that something essential has been lost within the complex systems of modern healthcare. Patients testify that in their encounter with the medical system they feel reduced to a diagnostic category, to a case being processed, to a body being repaired - but not to a person being approached in her wholeness. This feeling is not a mere emotional reaction, but a signal of an alarming diagnosis concerning the state of contemporary medicine. The biomedical model, which in the twentieth century achieved extraordinary results in the understanding and treatment of disease as a biological process, carries within itself a

structural tendency toward reduction - a tendency to comprehend suffering as a physiological disorder and the patient as the bearer of that suffering.

It is in this structural tension between technical excellence and humanistically sensitive care that the fundamental problem this dissertation seeks to illuminate more deeply resides.

Karl Jaspers was a singular witness and thinker of precisely this tension. Trained as a psychiatrist and physician, and then increasingly captivated by philosophical questions, he brought to his engagement with medical experience a philosophical seriousness rare within a tradition that had most often described the medical vocation in categories of knowledge and skill rather than of existential encounter. His General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) of 1913 is a pioneering text that introduced into psychiatric methodology a phenomenological sensitivity to the subjective experience of the patient, demanding of the physician not only diagnostic classification but also understanding - an empathetic entering into the inner experience of the patient that cannot be wholly operationalised or methodologised. Yet it is precisely in his philosophical works - particularly in the trilogy Philosophy (*Philosophie*) of 1932, in the work On Truth (*Von der Wahrheit*) of 1947, and in his later reflections on the role of the physician - that Jaspers develops the conceptual framework that becomes the key interpretive support of this dissertation.

Concepts such as "boundary situation" (*Grenzsituation*), "existential communication" (*existentielle Kommunikation*), and authentic encounter (*Begegnung*) do not remain on the level of abstract ontology: they are precise philosophical instruments for describing what truly happens - or what ought to happen - in the encounter between the physician (healthcare professional) and the patient.

The "boundary situation," as Jaspers understands it, is not merely a dramatic turning point in life, but every situation in which a person is confronted with the absolute conditions of his being that he can neither remove nor replace: suffering, guilt, struggle, and death. Illness is by its very nature a "boundary situation" in the deepest sense: it confronts the human being with finitude, with the fragility of his own body, with dependence upon another, with existential questions that everyday life suppresses. Jaspers is convinced that it is precisely in these moments that what is deepest in the human being becomes visible; yet equally - that it is precisely in these moments that a person needs another not only as a technical assistant, but as a partner in the existential sense. "Existential communication," as distinct from functional or purely informational exchange, is that form of encounter in which both participants are present as persons - in their finitude, freedom, and responsibility - and

in which what Jaspers calls "loving struggle" (*liebender Kampf*) becomes possible: the effort of mutual illumination that does not aim at domination but at mutual growth toward truth.

It is precisely this model of communication, applied to the relationship between the healthcare professional (physician) and the patient, that constitutes the conceptual core of this dissertation.

Harvey Picker was not a philosopher, but he was an advocate of an idea whose philosophical depth became clear only in retrospect. From the immediate experience of a patient - the experience of one who feels invisible within medical institutions, uninformed, deprived of control over his own treatment - Picker developed in the second half of the twentieth century a conception of patient-centred care that at its foundation demanded a radical shift of perspective. It is not enough to treat the disease; it is necessary to understand the patient. It is not enough to apply the protocol; it is necessary to respect the experience. It is not enough to inform; it is necessary to empathise and to listen. The eight fundamental dimensions of the patient's experience that the Picker Institute (the institution Picker himself founded) identified and systematised - respect for patients' preferences and values, emotional support, continuity and coordination of care, involvement of family and friends, access to information, comfort of the physical environment, physical comfort, and accessibility of care - are not mere parameters of user satisfaction, but a blueprint for a different, more humane medical culture. In this blueprint the philosophical dimension is not explicit, but is implicitly present: what Picker demands of the healthcare system is ultimately an ontological demand - that the patient be recognised as a subject (a person), and not reduced to an object of treatment.

It is precisely this implicit philosophical dimension of Picker's vision that calls for a dialogue with Jaspers. This dissertation does not establish that dialogue as a mere parallel citation of similar ideas, but as a productive philosophical inquiry through which Picker's conception is given a deeper theoretical foundation, and Jaspers's philosophy a more concrete application within contemporary medical reality. The initial thesis is that there exists a structural correspondence between Jaspers's understanding of "existential communication" and what Picker describes as an authentic, patient-centred encounter within healthcare; and that this correspondence is not coincidental, but rests upon a shared anthropological insight: the person who suffers is not a case to be resolved, but a person who seeks understanding and an encounter that transcends technical intervention.

The dissertation is structured in three interconnected parts. In the first part, after the conceptual foundations are established, the key concepts of health, illness, and the patient's experience within the philosophical and medico-humanistic tradition are discussed; Jaspers's existential philosophy is presented in detail - with particular emphasis on the concepts of "boundary situation," "existential communication," authenticity, and the philosophical understanding of the human being as an unrepeatable, free "existence." Special attention is given to Jaspers's immediate medical reflections: the texts in which he addresses the idea of the physician (*Die Idee des Arztes*), the relationship between physician and patient (*Arzt und Patient*), and the problem of the dehumanisation of medicine in the technical age (*Der Arzt im technischen Zeitalter*), which remain vitally relevant more than half a century after their composition.

In the second part of the dissertation, Picker's conception of patient-centred care is analysed - its historical, empirical, and normative foundations, its development through the work of the Picker Institute, and its practical implications for the organisation of healthcare systems, the education of healthcare professionals, and clinical everyday practice.

The third part develops a philosophical synthesis: it investigates how Jaspers's concepts may be productively applied as a hermeneutical key for understanding and deepening Picker's conception, and proposes an integrative model of medical practice that is simultaneously philosophically grounded and clinically applicable. In this context, the results of a conducted survey on patients' experiences of healthcare will also be considered - results that enrich the empirical basis of the dissertation with living testimonies concerning concrete medical reality.

It should be noted that this dissertation faced a methodological challenge that merits explicit acknowledgement. Jaspers is a philosopher whose thought frequently resists systematisation and operationalisation. His philosophy is by its nature non-systematic, and the concepts he employs - "existence," "transcendence," "cipher," "boundary situation" - carry within them an intentional imprecision that is philosophically justified: these concepts seek to point toward dimensions of experience that cannot be fully objectified without losing what is most valuable in them. Picker's conception, on the other hand, emerged in the context of empirical research and healthcare policy reform practice, and is oriented toward measurable outcomes and concrete implementation guidelines.

The methodological effort of this dissertation lies precisely in taking this difference in methods and modes of thought seriously - in neither trivialising Jaspers's philosophy by adapting it to operational definitions, nor mystifying Picker's conception with a philosophical vocabulary foreign to it. The aim is a fruitful interpretive tension, not a false synthesis.

This research project arose from the conviction that medicine not only can, but must engage in dialogue with philosophy - not as mere academic decoration, but from a fundamental need for self-reflection. A medicine that does not ask about the meaning of suffering, about the dignity of the patient, about the nature of the relationship between the physician and the one he assists - is a medicine that has denied its own humanistic dimension. The existential philosophy of Karl Jaspers and the idea of patient-centred healthcare of Harvey Picker, each in its own way, remind us of what is indispensable in medicine: that at the centre of every medical act stands a human being - in his uniqueness, his fragility, and his unrepeatable existence.

Jaspers himself coined and consistently employed the term Existenzphilosophie (philosophy of existence) - and not Existentialismus (existentialism) nor existentielle Philosophie (existential philosophy). The distinction was not a mere terminological nicety. Jaspers considered "existentialism" a cognition of the human being as an object among objects, whereas he understood "the elucidation of existence" (Existenzerhellung) as self-reflection and self-experience deepened through experiences of boundary situations. In Croatian academic discourse both expressions circulate, but between them there exists a significant difference that follows the original sources. "Philosophy of existence" is the direct translation of the German Existenzphilosophie - a genitive construction in which existence (in Jaspers's sense: Existenz, that is, the non-objectifiable, free selfhood that manifests itself before transcendence) is the object of philosophical inquiry.

In this dissertation the expressions "existential philosophy" and "philosophy of existence" are used as synonyms, although it seems to us that the latter expression is terminologically more precise and corresponds to Jaspers's own self-designation.

Keywords: healthcare professionals, existential communication, patients, dialogue.

Sadržaj

UVOD 1
1. "FILOZOFIJA EGZISTENCIJE" ILI „EGZISTENCIJALNA FILOZOFIJA" K. JASPERSA 26
1.1 Biografska pozadina Jaspersove filozofije 26
1.2 Ideje i izvorišta Jaspersove filozofije 35
1.3 Metoda i izvori Jaspersove filozofije 37
1.3.1 Filozofija kao terapija 43
1.3.2 Tragom pojma "egzistencija" 45
1.3.3 „Predmetno" mišljenje nasuprot „egzistenciju-rasvjetljavajućem" djelovanju 48
1.4 Prostor i domet Jaspersove „filozofije egzistencije" 52
1.4.1 „Unutarnje djelovanje" i „apsolutna svijest" 53
1.5 Granica samo-postojanja ili čovjekova temeljna „situacija" 58
1.5.1 Sistematizacija „graničnih situacija" 61
1.5.1.1 Smrt (Tod) 62
1.5.1.2 Krivnja (Schuld) 63
1.5.1.3 Borba (Kampf) 64
1.5.1.4 Patnja (Leid) 65
1.6 "Egzistencijalna komunikacija" 66
1.6.1 Oblici komunikacije 68
1.6.2 Tri preduvjeta "egzistencijalne komunikacije" 69
1.6.2.1 "Egzistencijalna komunikacija" kao uvjet samobivstva 71
1.6.2.2 Način izvođenja "egzistencijalne komunikacije" 72
1.6.2.3 Razlika između borbe za opstojanje i egzistencijalne borbe 73
1.6.3 Prepreke egzistencijalne komunikacije 74
1.7 Filozofski značaj Jaspersove koncepcije "egzistencijalne komunikacije" 75
1.7.1 Bolest i "egzistencijalna komunikacija" 78
1.7.2 "Egzistencijalna komunikacija", razumijevanje i zdravstvena praksa 81
1.8 Perspektiva Jasperesove "filozofije egzistencije" 84
1.8.1 Perspektiva pacijenta 84
1.8.2 Perspektiva liječnika: hermeneutika psihopatologije 86
1.8.3 Konkretni zahtjevi liječniku i pacijentu 88
1.8.3.1 Ideal liječnika 89
1.8.3.2 Ideala pacijenta 91
1.9 Jaspersovo shvaćenje medicine i osvrt na suvremenu medicinu 93
1.10 Zdravstvena skrb i aktualnost Jaspersove "filozofije egzistencije" 97

1.10.1 Redefiniranje kvalitete zdravstvene skrbi kroz okvir Jaspersove “filozofije egzistencije”.....99
2. HARVEY PICKER I RAZVOJ NA PACIJENTA USMJERENE SKRBI 102
2.1 Biografija i motivacija angažmana H. Pickera u na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi.....102
2.1.1 Geneza institucionalnog odgovora na nehumanost medicinskog sustava: osnivanje Picker-Instituta.....103
2.1.2 Zdravstvena skrb usmjerena na pacijeta (patient-centred care).....105
2.2 Konceptualizacija na pacijente usmjerene zdravstvene skrbi: teorijske i etičke osnove.....107
2.3 Metodološka inovacija Pickerove ideje: od zadovoljstva pacijenata prema mjerenju iskustva.....108
2.3.1 Operacionalizacija, metodologija i razvoj mjerenja iskustava pacijenata.....109
2.3.2 Međunarodni utjecaj i institucionalna difuzija Pickerovih Instituta 110
2.4 Osam principa na pacijenta usmjerene skrbi 112
2.4.1 Poštovanje vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata 112
2.4.2 Koordinacija i integracija skrbi.....113
2.4.3 Informacije, komunikacija i edukacija 113
2.4.4 Fizička udobnost 114
2.4.5 Emocionalna podrška i ublažavanje straha i anksioznosti.....114
2.4.6 Uključivanje obitelji i bliskih osoba.....115
2.4.7 Kontinuitet i tranzicija 116
2.4.8 Pristup skrbi 116
2.5 Utjecaj Pickerovih principa na definiciju i mjerenje kvalitete zdravstvene skrbi ...117
2.6 Iskustvo pacijenata prema Pickerovim principima: ilustracija iz kliničke prakse ...118
2.7 Rezultati.....122
Tablica 1. Rezultati upitnika o kvaliteti zdravstvene skrbi 122
Tablica 2. Deskriptivna statistika i razlike između dimenzija kvalitete zdravstvene skrbi124

3. „FILOZOFIJA EGZISTENCIJE" K. JASPERSA I PRINCIPI NA PACIJENTA USMJERENOG PRISTUPA ZDRAVSTVENOJ SKRBI....127
3.1 Poštovanje vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata: fenomenološko-egzistencijalna analiza temeljnog principa patient-centrirane skrbi....127
3.2 Koordinacija i integracija skrbi: fenomenološko-egzistencijalna analiza kontinuiteta u fragmentiranom medicinskom svijetu....132
3.3 Informacije, komunikacija i edukacija: epistemološko-egzistencijalna analiza otkrivanja istine u graničnoj situaciji bolesti....136
3.4 Fizička udobnost: fenomenologija utjelovljene patnje i egzistencijalna važnost tjelesnog dostojanstva u medicinskoj skrbi....139
3.5 Emocionalna podrška i ublažavanje straha i anksioznosti: fenomenologija egzistencijalne tjeskobe i intersubjektivnost suočavanja s konačnošću....143
3.6 Uključivanje obitelji i prijatelja: intersubjektivnost bivstvovanja i relacijska konstitucija iskustva bolesti....148
3.7 Kontinuitet i tranzicija: temporalnost oporavka i egzistencijalna anksioznost povratka u svijet....151
3.8 Pristup skrbi: egzistencijalna dimenzija dostupnosti i pravednost bivstvovanja u ranjivosti....154
3.9 Izazovi implementacije Jaspersove “filozofije egzistencije” i Pickerovog modela na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi u zdravstveni sustav....158
3.9.1 Autentičnost odnosa zdravstveni djelatnik (liječnik)-pacijent....160
3.9.2 Prema integrativnom modelu zdravstvene skrbi....161
3.9.3 Metodologija za edukaciju zdravstvenih djelatnika....162
3.9.4 Integracija “filozofije egziistencije” i humanističkih znanosti u medicinsku praksu....167
ZAKLJUČAK....169
LITERATURA....173

UVOD

Zdravlje i bolest predstavljaju temeljne kategorije ljudske egzistencije koje – kao praktični pojmovi, tj. u djelovanju i egzistencijalnoj praksi – na elementaran način određuju naš individualni odnos prema sebi kao i naše društveno stajalište. Nije riječ tek o medicinskim kategorijama: zdravlje i bolest su životni fenomeni koji prethode svakoj teorijskoj elaboraciji i zadiru u same temelje onoga što znači biti čovjek. Upravo zbog toga filozofska refleksija o zdravlju i bolesti nije periferna dopuna medicinskom znanju, nego pitanje koje zadire u samu srž antropologije i etike.

O konjunkturi pojma „zdravlje" svjedoče sveprisutni zahtjevi za zdravim životom, preventivni apeli poput „brinuti se za svoje zdravlje", „više učiniti za svoje zdravlje"… Dostatan je tek mali uvid u literaturu kako bi se vidjelo da su mnogi autori na to već ukazali (Tićac, 2017, 429–442). Tako se danas govori o zdravlju kao opsesiji, o „fetišizaciji zdravlja" (Will, 1987, 7–22), o „religiji zdravlja" (Lütz, 2015). Sročen je čak novi termin „*healthism*" (Kühn, 1993, 27–30) kojim se označava stav prema zdravlju kao najvišoj vrijednosti. Zdravlje u tom kontekstu prestaje biti tek odsutnost bolesti ili funkcionalna sposobnost organizma te postaje *normativni* ideal koji strukturira cjelokupan životni stil. Ipak, pritom ne postoji suglasnost oko toga što zapravo valja razumjeti pod zdravljem. Paradoks suvremene kulture zdravlja leži u tome što se zdravlje sve intenzivnije želi i traži, a sve manje zna što ono uistinu jest. Zato bi se moglo reći da inflacija zdravstvenih apela i savjeta ne razrješuje pojmovnu nejasnoću, nego je zapravo produbljuje.

Fenomenološki rečeno, zdravlje je „nesvodljiva datost" (Seifert, 2002, 109). Ono se odupire objektivizaciji i mjerenju utoliko što prethodi svakom objektivnom uvidu: zdravlje se ne doživljava kao predmet iskustva, nego kao ono što tek omogućuje iskustvo kao takvo. H.-G. Gadamer, jedan od najznačajnijih hermeneutičkih mislilaca 20. stoljeća, opisao je zdravlje kao „skrivenost" (*Verborgenheit*): zdravlje se samo po sebi ne objavljuje, nego se upravo u tom povlačenju od naše svjesnosti potvrđuje kao ono na čemu počiva cjelokupni naš životni projekt (Gadamer, 1993, 99–100). Zdravlje je, drukčije rečeno, ono što se u životu podrazumijeva.

Značenje zdravlja otvara nam se tek u odnosu na iskustvo bolesti. Ipak, zdravlje nije moguće reducirati na odsustvo ili izostanak simptoma bolesti. Bolestan čovjek iskustveno spoznaje svoju bolest u tome da mu nešto nedostaje. S tim u vezi on se pita – i sam Gadamer to bilježi – „nije li to posebna stvar da nam nedostatak nečega, o čemu ne znamo što jest, jamči čudesno postojanje zdravlja" (Gadamer, 1993, 99–100).

Ta misao razotkriva duboku strukturu odnosa između zdravlja i bolesti: zdravlje je ono invisibilno, ono pozadinsko, ono što ne tematiziramo sve dok ga imamo. Bolest je, nasuprot tomu, ono što se nameće, što traži pozornost, pažnju, što remeti tijek svakodnevice… Zdravlje i bolest tako nisu tek suprotni polovi jedne skale, nego dva bitno različita načina boravka u vlastitom tijelu i u svijetu.

Tradicionalno spojivi pojam bolesti i zdravlja određuje medicinu i medicinsko djelovanje. Iz medicinske perspektive bolest je predmet medicinskog znanja i moći; ona se odvaja od osobe i postaje „predmetom“. U tom *objektivizacijskom* modelu bolesnik se implicitno reducira na nositlja bolesti, a liječenje se svodi na tehničku intervenciju usmjerenu na patološki supstrat. U drugom slučaju, kao životni fenomen, uvid u bolest očito nije primarno onaj utvrdivi nalaz kojeg medicinska znanost deklarira kao bolest, nego iskustvo trpećeg s kojim se on, kao i sa svakom smetnjom, pokušava obračunati.

Upravo je tu aporija suvremene biomedicine: njezina tehnička moć raste, ali razumijevanje bolesnog čovjeka kao *osobe* koja trpi, koja pita za smisao svoga trpljenja i koja zahtijeva susret, a ne puku dijagnozu, ostaje neriješeni problem. Filozofija egzistencije– čiji je istaknuti predstavnik Karl Jaspers – nastoji upravo tu prazninu popuniti naglašavajući da zdravlje valja razumjeti u kontekstu cjelovite osobnosti čovjeka, uključujući tjelesnu, psihičku, duhovnu i relacijsku dimenziju.

Bolest kao gubitak zdravlja za bolesnu osobu znači „vrstu isključenosti iz ’života’“ i društva (Gadamer, 1993, 78). Ona pogađa način na koji se ophodimo prema drugima, kako doživljavamo sebe, način na koji smo uključeni u socijalne odnose, u relevantne životne svjetove kao što su obitelj, prijateljstvo, svijet rada… Stoga uvid u bolest predstavlja problem koji pogađa čitavu osobu, a ni u kojem slučaju slobodan čin inteligencije koja zauzima distancu spram sebe i drugoga. Bolest nije samo događaj koji se zbiva tijelu – ona je događaj koji se zbiva *osobi*. Ona mijenja prostorno-vremensko iskustvo bolesnog: budućnost se sužava ili postaje neizvjesna, tijelo koje je do tada bilo transparentno sredstvo djelovanja odjednom se nameće kao prepreka, a identitet koji se izgradio kroz aktivnost i odnose počinje se rušiti. U tom smislu filozofija bolesti ne može biti odvojena od filozofije identiteta, slobode i međuljudskog susreta.

Sukladno tomu, H.-G. Gadamer ističe kako se zadaća zdravstvenog osoblja ne sastoji u tome „činiti zdravim“, nego u pružanju pomoći prirodi da „uspostavi izgubljenu ravnotežu“ (Gadamer, 1993, 78). Liječnik (zdravstveni djelatnik), prema tom hermeneutičkom shvaćanju, nije svemoćni tehničar koji zdravlje producira, nego *sugovornik* i pratilac koji pomaže bolesnom da se vrati sebi – vlastitom tijelu, vlastitim snagama, vlastitom životu.

Medicinska moć ima svoje granice, i upravo te granice upućuju na domišljanje fenomena zdravlja koji se ne da do kraja zahvatiti ni objektivizirati. Ova vizija medicinskog djelovanja, utemeljena na skromnosti pred tajnom zdravlja i poštovanju prema trpećoj osobi, čini filozofijsko-hermeneutički okvir koji nadilazi *reduktivne biomedicinske modele* i otvara prostor za zrelu, *na osobu usmjerenu* medicinsku etiku. Upravo taj okvir – i pitanja koja iz njega izranjaju – čini temeljni motivski horizont ove doktorske disertacije.

Na pozadini postavljenih pitanja o zdravlju i bolesti valja zaključiti da postoje različiti filozofski i medicinski pristupi te njihove implikacije za suvremeno razumijevanje odnosa zdravlja i bolesti, zdravstvenog osoblja i pacijenta. Pitanje što je zdravlje nije puko teorijsko pitanje – ono ima neposredne posljedice za medicinsku praksu, za donošenje kliničkih odluka, za oblikovanje zdravstvene politike i za razumijevanje terapijskog odnosa između zdravstvenih djelatnika (liječnika i ostalog medicinskog osoblja) i pacijenta. Filozofska analiza pojma zdravlja stoga nije luksuz akademskoga mišljenja, nego epistemološki preduvjet za svaku ozbiljnu raspravu o medicinskoj etici i o svrsi medicine kao takve.

Jedan od ključnih filozofskih pristupa svakako je *naturalistički* pristup, koji definira zdravlje kao normalno funkcioniranje *bioloških* sustava. Prema tom gledištu, zdravlje je objektivno stanje koje se može mjeriti kroz biološke parametre, poput krvnog tlaka, razine šećera u krvi ili prisutnosti patogena. Ch. Boorse, jedan od vodećih predstavnika naturalističkog pristupa, definira zdravlje kao statističku normalnost bioloških funkcija (Boorse, 1977, 542–573). Boorse je svoju teoriju razradio u okviru tzv. „biostatističke teorije zdravlja“ (engl. *Biostatistical Theory of Health*, BST), koja nastoji utemeljiti pojam zdravlja isključivo na empirijskim i vrijednosno neutralnim kriterijima. Zdravlje se, prema toj teoriji, definira kao odsustvo bolesti, a bolest pak kao statistički subnormalno funkcioniranje jednog ili više unutarnjih organa ili organskih sustava s obzirom na referentnu klasu kojoj taj organizam pripada (Boorse, 1977, 542–573). Referentna klasa određuje se prema vrsti, spolu i dobi organizma, čime se nastoji postići objektivna usporedna osnova neovisna o kulturnim ili društvenim normama.

Premda Boorse razlikuje pojmove *disease* (biološka disfunkcija kao teorijski pojam) i *illness* (iskustvena dimenzija bolesti, relevantna za kliničku prosudbu), on inzistira na tome da temeljna klasifikacija bolesti mora ostati u domeni vrijednosno neutralne biologije (Boorse, 1997, 1–134).

Kritičari naturalističkoga pristupa ističu da određivanje statistične normalnosti samo po sebi nije vrijednosno neutralno: odluka o tome što se ubraja u referentnu klasu, koliko odstupanje postaje patološkim i zašto baš biološko funkcioniranje – a ne, primjerice, psihološka dobrobit ili socijalna prilagođenost – određuje zdravlje, podrazumijeva niz normativnih pretpostavki koje sami zagovornici te teorije nisu eksplicitno tematizirali.

S druge strane stoji normativistički pristup, koji ističe da su definicije zdravlja i bolesti uvijek uključene u *normativne* i *vrijednosne* sudove. Prema tom gledištu, zdravlje nije samo biološki fenomen, nego i *društveni konstrukt* koji odražava određene norme i vrijednosti. Ono što se u jednoj kulturi smatra bolesnim, u drugoj može biti prihvaćeno kao normalno stanje (Nordenfelt, 1993, 277–285). I. Nordenfelt je razvio alternativni, akcionalistički model zdravlja, prema kojemu je pojedinac zdrav onda kada je u standardnim životnim okolnostima u stanju ostvariti svoje vitalne ciljeve – tj. ona stanja i postignuća koja su neophodna za minimalno zadovoljavajući život (Nordenfelt, 2007, 5–10).

Nordenfeltov pristup naglašava subjektivnu dimenziju zdravlja: zdravlje se ne procjenjuje isključivo prema biološkim pokazateljima, nego prema sposobnosti osobe da, unatoč eventualnim organskim ograničenjima, živi u skladu sa svojim temeljnim životnim planovima i aspiracijama (Nordenfelt, 1995). To je posebno relevantno u kontekstu kroničnih bolesti i rehabilitacijske medicine, gdje pacijent koji objektivno ne dostiže biološku normalnost ipak može živjeti zdravim i ispunjenim životom.

Nordenfeltova teorija, premda dopušta snažniju kulturalnu i individualnu relativizaciju pojma zdravlja, ne vodi u potpuni relativizam: vitalni ciljevi nisu arbitrarni – oni se odnose na temeljna dobra ljudskoga života koja je moguće intersubjektivno prepoznati i vrednovati.

Percepcija zdravlja kao norme i vrijednosti značajno se mijenjala kroz povijest. U antičkoj Grčkoj zdravlje se smatralo harmonijom između tjelesnih tekućina (humora) (Nutton, 1995), pri čemu je Hipokrat isticao važnost ravnoteže za održavanje zdravlja. On i Galen, klasični grčki liječnici, definirali su zdravlje kao ravnotežu između četiri tjelesna soka: krvi, sluzi, žute i crne žuči. Humoralna patologija, utemeljena na pretpostavci da bolest nastaje zbog neravnoteže tih tekućina, dominirala je europskom medicinskom mišlju sve do pojave moderne eksperimentalne medicine u 19. stoljeću.

Ideja ravnoteže i dalje je prisutna u suvremenim holističkim pristupima zdravlju, koji ističu povezanost fizičkoga, mentalnoga i emocionalnog blagostanja (Porter, 1997). Na sličan način, starogrčki koncept *kalokagathia* (lijepo i dobro) predstavljao je ideal koji je objedinjavao fizičku ljepotu i moralnu izvrsnost, ističući nerazdvojivu povezanost tjelesnoga i duhovnoga zdravlja. U tom je smislu antička grčka misao već anticipirala *holističnо* poimanje zdravlja koje je moderni biomedicinski model u velikoj mjeri marginalizirao.

U srednjem vijeku bila je primjetna dominacija religioznoga pogleda na zdravlje i bolest, unutar kojega se bolest često tumačila kao Božja kazna ili posljedica grijeha. Taj period obilježava ambivalentan odnos prema tijelu i zdravlju: s jedne strane asketizam i negiranje tjelesnosti kao prepreke duhovnom napretku, a s druge strane razvoj hospicija i njege bolesnih kao konkretnih djela milosrđa. Kršćansko razumijevanje tijela kao hrama Duha Svetoga (usp. 1 Kor 6, 19) pružalo je i teološku osnovu za brigu o bolesnom, što se manifestiralo u osnivanju prvih bolnica pod okriljem crkvenih institucija (Nutton, 1995). Važno je istaknuti da je skolastička medicina, posebice u djelu Avicenne (Ibn Sinae), pokušala sintetizirati Galenovu humoralnu teoriju s aristotelskom filozofijom prirode, čime je stvorila sveobuhvatan medicinski sustav koji je ostao autoritativan u europskim sveučilišnim kurikulumima sve do renesanse (Wear, 1992).

Prosvjetiteljstvo i razvoj moderne medicine afirmirali su mehanicistički pogled na tijelo i zdravlje, u kojemu se ljudski organizam promatra kao stroj čije se nepravilnosti mogu objektivno dijagnosticirati i liječiti. Descartesov radikalni dualizam uma i tijela, koji je izolirao *res cogitans* od *res extensa,* dao je filozofski temelj za autonomizaciju tjelesnoga od duhovnoga i otvorio put reduktivnom modelu medicine koji se ograničava isključivo na fizičke procese. Taj je model, zahvaljujući impresivnim dostignućima patologije, mikrobiologije i farmakologije, postigao iznimne rezultate u dijagnostici i liječenju zaraznih i organskih bolesti (Porter, 1997, 245–303). Biomedicinski model zdravlja, koji dominira u 19. i većim dijelom 20. stoljeća, fokusira se na fiziološke aspekte bolesti, često zanemarujući psihosocijalne dimenzije zdravlja. Svaka bolest u tom modelu ima specifičan patološki supstrat koji je moguće identificirati, a terapija se svodi na uklanjanje toga supstrata. Premda je taj pristup neosporno djelotvoran u akutnoj i infektivnoj medicini, pokazao se nedostatnim pred kroničnim, psihosomatskim i socijalno uvjetovanim oboljenjima, koja obilježavaju suvremeni epidemiološki profil razvijenih zemalja.

Tek krajem 20. stoljeća dolazi do značajnijega pomaka prema *bio-psiho-socijalnom* modelu zdravlja. G. Engel, u svom utjecajnom članku objavljenom 1977. godine u časopisu *Science*, upozorio je na reduktivnost dominantnog biomedicinskog modela i predložio alternativni okvir koji prepoznaje kompleksnu interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u određivanju zdravstvenoga stanja pojedinca (Engel, 1977, 129–136). Engelova kritika nije bila usmjerena na poricanje relevantnosti bioloških pokazatelja, nego na njihovo premještanje iz isključive u jednu od triju ravnopravnih razina analize.

Spomenuti *holistički* i *integrativni* pristup podudara se s konceptualizacijom zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), koja je već 1948. godine u Preambuli svog Ustava definirala zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći (WHO, 1948).

Ova je definicija, premda pionirska u svom holizmu, sama postala predmetom filozofske kritike. Neki autori upozoravaju na njezinu utopijsku dimenziju: „potpuno blagostanje“ kao norma zdravlja efektivno pretvara zdravlje u nedostižni ideal, što može dovesti do medikalizacije normalnih životnih stanja i iskustava (Saracci, 1997). Novije rasprave sugeriraju dinamičniji i prilagodljiviji pojam zdravlja kao sposobnosti adaptacije i samoupravljanja suočenog s fizičkim, emocionalnim i socijalnim izazovima, čime se naglasak pomiče s konačnoga stanja na proces i kapacitet (Huber i dr., 2011).

Opisane razlike u filozofskom određenju zdravlja nisu puke teorijske kontroverze – one imaju konkretne implikacije za medicinsku praksu i za oblikovanje terapijskog odnosa prema pacijentima. Ako zdravlje shvatimo isključivo *naturalistički*, kao statistički normalnu biološku funkciju, onda je liječnik ponajprije „tehničar“ koji popravlja disfunkcije u biološkom stroju. Ako pak zdravlje poimamo *normativistički*, kao sposobnost ostvarivanja vitalnih ciljeva u kontekstu specifičnoga životnog plana, onda liječnik postaje „sugovornik“ koji zajedno s pacijentom procjenjuje što onomu koji boluje doista treba za dostojanstven život. Suvremena bioetika, oslanjajući se na načela dobročinstva, nenanošenja štete, autonomije i pravednosti, nastoji integrirati oba pristupa: biomedicinsku kompetenciju u dijagnozi i liječenju s respektom prema subjektivnoj dimenziji bolesti i autonomiji pacijenta (Beauchamp – Childress, 2019). Upravo ta integracija – koja nije ni puko svođenje zdravlja na biološke parametre ni njegova potpuna relativizacija prema subjektivnim preferencijama – predstavlja jedan od ključnih izazova suvremene filozofije medicine i temelj za razvoj zrele, na pacijenta usmjerene medicinske kulture i zdravstvene skrbi.

Već spomenuta i vjerojatno najpoznatija definicija zdravlja je ona "Svjetske zdravstvene organizacije" (WHO) iz 1948. godine, koja zdravlje definira kao „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći" (WHO, 1948). Ta je definicija nastala u posebnom povijesnom trenutku: neposredno po završetku Drugoga svjetskog rata, u ozračju međunarodnog optimizma i političke volje za izgradnjom globalnog poretka koji će se suočiti s ne samo vojnim, nego i društvenim i zdravstvenim uzrocima ljudske patnje. Ona je predstavljala značajan odmak od naturalističkih negativnih definicija zdravlja kao pukog odsustva bolesti, jer je prvi put u službenoj međunarodnoj dokumentaciji zdravlje afirmirano kao pozitivna, višedimenzionalna vrijednost – a ne samo kao odsutnost patološkog stanja.

Uključivanjem mentalne i socijalne dimenzije uz tjelesnu, definicija WHO-a nagovijestila je holisticki pristup koji će desetljećima oblikovati javnozdravstvenu politiku i medicinsku etiku. Sama formulacija „potpunog" blagostanja, međutim, u sebi već nosi klicu buduće kritike: jer „potpuno" blagostanje nije medicinsko, nego filozofsko-normativno određenje, koje zdravlje smješta izvan dometa svakodnevne stvarnosti i time, paradoksalno, zdravlje čini iznimkom, a ne pravilom.

Mnogi autori kritiziraju WHO-ovu definiciju kao utopijsku i potencijalno opresivnu jer postavlja problematičan normativni ideal „potpunog blagostanja" koji je praktički nedostižan te predlažu alternativnu definiciju zdravlja kao „sposobnosti prilagodbe i samoupravljanja u suočavanju s društvenim, fizičkim i emocionalnim izazovima" (Leonardi, 2018, str. 735–748). Ta je alternativna definicija konceptualno značajna jer premješta težište s idealnog završnog stanja na dinamičnu sposobnost suočavanja i prilagodbe, što je znatno bliže stvarnom iskustvu zdravlja u životu pojedinca. Zdravlje više nije status koji se posjeduje ili ne posjeduje, nego kapacitet koji se razvija, održava i ponekad gubi – sukladno okolnostima života, dobi, socijalnom okružju i osobnim resursima.

Spomenuti pomak od „stanja" prema „sposobnosti" ima dalekosežne implikacije: on medicinu usmjerava prema podršci pacijentovim adaptivnim kapacitetima, a ne samo prema uklanjanju patoloških stanja, te otvara prostor za razumijevanje kroničnih bolesnika i osoba s invaliditetom kao zdravih u mjeri u kojoj uspješno upravljaju vlastitim stanjem i žive u skladu s vlastitim ciljevima i vrednotama.

Talijanski psiholog i psihoterapeut F. Leonardi primjećuje da definicija WHO-a definicija odražava poslijeratni optimizam i vrijednosti socijalne države, dok suvremene definicije zdravlja kao „otpornosti“ ili „sposobnosti prilagodbe“ odražavaju neoliberalne vrijednosti fleksibilnosti i individualne odgovornosti (Leonardi, 2018, 735–748). Ta je primjedba filozofski posebno važna: ona razotkriva da definicije zdravlja nisu nikada vrijednosno neutralni medicinski izvještaji, nego uvijek već interpretirani normativni konstrukti koji odražavaju određene političke i ekonomske prioritete. Ako definicija WHO-a počiva na idealu društvene solidarnosti i zajedničke odgovornosti za zdravlje građana, suvremene definicije usmjerene na individualnu otpornost i prilagodbu počivaju na pretpostavci da je zdravlje primarno stvar osobnog zalaganja i samodiscipline. Ta razlika nije tek semantična: ona određuje tko je odgovoran za zdravstvene ishode, koji su javnozdravstveni programi legitimni, te na koji način društvo treba odgovoriti na zdravstvene nejednakosti. U kontekstu rastućih socijalnih dispariteta u zdravlju, važnost toga pitanja ne može se podcjeniti. Evolucija definicija zdravlja tako ilustrira činjenicu koju normativna analiza medicine iznosi na vidjelo: svaka definicija zdravlja neizbježno odražava dominantne društvene vrijednosti i prioritete svojega vremena.

Istraživanja socijalnih determinanti zdravlja pokazuju kako socioekonomski čimbenici – siromaštvo, nejednakost, diskriminacija, nesigurni uvjeti rada – sustavno utječu na zdravstvene ishode (Marmot – Wilkinson, 2005; Marmot – Theorell, 1988, 659–674; Marmot – Wilkinson, 2006). „Zdravstveni gradijent“ – stepenasta razlika u zdravstvenim ishodima među različitim socioekonomskim skupinama – pokazuje kako je zdravlje duboko uklopljeno u društvene hijerarhije. Marmotova longitudinalna istraživanja, posebice tzv. “Whitehall studije” provedene na britanskim državnim službenicima, pokazala su da viša pozicija u socijalnoj hijerarhiji izravno korelira s boljim zdravstvenim ishodima, i to neovisno o razini dohotka i dostupnosti zdravstvene skrbi. Gradijent nije prisutan samo na dnu društvene ljestvice: svaki korak više u socijalnoj hijerarhiji donosi mjerljivo bolje zdravlje od koraka ispod.

Spomenuti nalaz ima temeljnu normativnu implikaciju: ako bi zdravlje bilo puko biološko stanje, onda društveni položaj ne bi trebao imati nikakvu sistemsku vezu s njegovim ishodima. Činjenica da takva veza postoji i da je snažna, ukazuje da je zdravlje dubinski društveni fenomen – da socijalni uvjeti doslovno ulaze pod kožu i oblikuju biološku stvarnost. Istraživanja potvrđuju da zdravlje nije čisto biološko stanje, već sposobnost organizama da ostvaruju svoje potencijale unutar specifičnih okolišnih i društvenih uvjeta.

Marginalizirane skupine nisu manje zdrave samo zbog ograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi, nego i zbog smanjene sposobnosti uspostavljanja normativnosti u nepovoljnim društvenim okolnostima.

N. Krieger razvija teoriju „utjelovljenja“ (*embodiment*) koja objašnjava kako se društvene nejednakosti doslovno upisuju u tijela kroz biološke puteve, rezultirajući različitim zdravstvenim profilima u različitim socioekonomskim skupinama (Palm – Schmitz – Mangelsdorf, 2013, 109–120). Kriegerina ekosocijalna teorija odbacuje dihotomiju između biološkog i socijalnog: tijelo nije pasivni biološki supstrat na koji socijalni čimbenici djeluju izvana, nego aktivni agens koji internalizira društvene uvjete života te ih upisuje u svoju tjelesnu strukturu – u razine kortizola, u stanje imunološkog sustava, u epigenetske obrasce. „Utjelovljenje“ je stoga ne samo metafora, nego precizna empirijska tvrdnja: kronični stres uzrokovan diskriminacijom, siromaštvom ili nesigurnošću ima mjerljive biološke korelate koji se akumuliraju kroz život.

Gornja analiza nadopunjuje G. Canguilhemovo razumijevanje kako društvene norme postaju biološke realnosti (Canguilhem, 1989). Naime, za Canguilhema norma nije opisni, nego preskriptivni pojam: ono što se naziva „normalnim“ nije tek ono prosječno ili učestalo, nego ono što se vrednuje kao poželjno i ispravno. Bolest, u tom ključu, nije tek odstupanje od statističke norme, nego gubitak normativne sposobnosti – sposobnosti organizma da sam sebi propiše norme funkcioniranja i da ih održava u promjenjivim uvjetima okoline. Kriegerina empirijska istraživanja i Canguilhemova filozofska analiza tako konvergiraju prema istome zaključku: zdravlje i bolest nije moguće razumjeti izvan društvenog i normativnog konteksta u kojemu se zbivaju.

Čak i naizgled „objektivne“ biomedicinske definicije zdravlja i bolesti neizbježno sadrže normativne elemente. N. Rose primjećuje trend „medikalizacije normalnosti“ gdje se standardne devijacije od statističkog prosjeka – poput krvnog tlaka ili kolesterola – redefiniraju kao patološka stanja koja traže medicinsku intervenciju (Rose, 2007, 700–702). Roseova analiza pokazuje da granica između zdravlja i bolesti nije fiksna prirodna datost, nego pokretna normativna crta koja se pomiče pod utjecajem različitih interesa i pritisaka. Pomicanje te granice prema „normalnim“ vrijednostima ima dvostruki učinak: s jedne strane, ono omogućuje ranu intervenciju i prevenciju ozbiljnih oboljenja, što može biti medicinski opravdano; s druge strane, ono patologizira sve veći broj zdravih ili tek blago poremećenih osoba, izlažući ih farmakološkim intervencijama čija je korist u niskorizičnim populacijama često upitna.

Normativna dimenzija toga procesa je u pretpostavci da je svako odstupanje od statističke srednje vrijednosti samo po sebi neželjeno i da ga treba ispraviti – što je sud vrijednosti, a ne medicinska činjenica.

R. Aronowitz analizira kako se „faktori rizika“ pretvaraju u „pre-bolesti“ kroz procese koji više odražavaju komercijalne interese i profesionalne imperative nego objektivne biološke kategorije. Primjeri uključuju transformaciju osteopenije (niže gustoće kostiju) u „pre-osteoporozu“ ili povišene razine glukoze u „pre-dijabetes“ (Aronowitz, 2009, str. 417–442). Te kategorije imaju dalekosežne praktične posljedice: one proširuju medicinsku jurisdikciju na osobe koje se subjektivno osjećaju zdravima i koje ne pokazuju nikakve simptome bolesti, te ih pretvara u stalne korisnike zdravstvenih usluga i farmakoloških terapija. Aronowitzev doprinos je u tome što pokazuje da konstrukcija kategorija „predbolesti“ nije nus-produkt medicinskog napretka, nego rezultat aktivne interakcije između medicinske struke, farmaceutske industrije i regulatornih tijela, u kojoj su komercijalni poticaji strukturno usmjereni prema proširivanju definicija bolesti. To ne znači da su sve takve kategorije medicinski beskorisne – ali znači da je kritična normativna analiza procesa njihovog nastanka nužna pretpostavka etički odgovornog medicinskog djelovanja.

Canguilhemova analiza omugućuje nam prepoznati da te kategorije nisu jednostavno „otkrivene“, već aktivno konstruirane kroz kompleksnu interakciju znanstvenih, komercijalnih, profesionalnih i kulturnih čimbenika (Canguilhem, 1989). One odražavaju specifične vrijednosti i prioritete – poput preventivne medicine, produljenja života i minimizacije rizika – koji nisu univerzalni ili vrijednosno neutralni. Canguilhemov filozofski projekt u biti je bio pokušaj da se medicinska epistemologija oslobodi iluzije o potpunoj objektivnosti: pokazao je da ni sama biologija kao disciplina nije izuzeta od normativnih pretpostavki, jer svaki opis organizma već sadrži implicitni standard ispravnog ili poželjnog funkcioniranja. Ta spoznaja ne vodi relativizmu o medicinskom znanju, nego poziva na epistemološku skromnost i transparentnost oko vrijednosnih pretpostavki koje su uvijek već uložene u medicinske kategorije. Konkretno, to znači da medicinska struka, kad definira „normalne vrijednosti“ ili „patološke pragove“, ne provodi isključivo empirijsku operaciju, nego donosi i normativne odluke s kojima bi trebala biti eksplicitno odgovorna pred pacijentom i pred društvom.

Antropološka istraživanja dokumentiraju značajne kros-kulturalne varijacije u normama zdravlja i bolesti. A. Kleinman razlikuje „bolest“ (*disease*) kao biomedicinski entitet od „oboljenja“ (*illness*) kao kulturno oblikovanog iskustva boli (patnje) (Kleinman, 1986, str. 149–160). Ono što se smatra „normalnim“ ili „patološkim“ značajno varira među kulturama. Kleinmanova distinkcija ima duboke kliničke implikacije: liječnik koji se ograničava na dijagnozu i liječenje „*diseasea*“ može uspješno otkloniti patološki supstrat a da pritom uopće ne dotakne ono što pacijent zapravo trpi – kulturno i egzistencijalno oblikovan doživljaj vlastite slabosti, ograničenosti i prijetnje vlastitom identitetu. „*Illness*“ kao iskustvena dimenzija bolesti uključuje pitanja smisla: zašto sam obolio, što ovaj simptom znači u mom životu, kako moja kultura razumije bolest poput ove, što očekujem od liječenja... Spomenuta pitanja ne mogu biti odgovorena biomedicinskim protokolima – nego traže *hermeneutiku,* tj. duboko interpretativno razumijevanje pacijentovog životnog konteksta. Zanemarivanje te dimenzije rezultira ne samo nezadovoljnim pacijentima, nego i klinički suboptimalnim ishodima, jer su suradnja i povjerenje pacijenta ključni preduvjeti učinkovitog liječenja.

B. G. Good pokazuje kako različite kulture imaju različite „semantičke mreže“ koje organiziraju iskustvo bolesti i zdravlja (Good, 1994). Te mreže povezuju tjelesne simptome sa socijalnim odnosima, moralnim vrijednostima i kozmološkim vjerovanjima na načine specifične za svaku kulturu. Goodova analiza pokazuje da simptom nije semiotički neutralan signal – on je uvijek već smješten u mrežu kulturnih značenja koja određuju kako ga pacijent doživljava, kako ga opisuje liječniku, što od liječenja očekuje i koliko je spreman surađivati s predloženim terapijskim planom. U određenim kulturama, tjelesni simptomi mogu biti primarni način izražavanja psihološke patnje – pojava poznata kao somatizacija – a u drugima se ista psihološka patnja izražava isključivo kroz emocionalni i relacijski vokabular. Biomedicinski model koji se oslanja na univerzalnu simptomatologiju i standardizirane dijagnostičke kriterije zanemaruje te kulturalne varijacije, čime klinička praksa gubi na točnosti i na empatičnoj rezonanciji s pacijentovim stvarnim iskustvom. Goodova kulturna antropologija medicine tako dopunjuje Kleinmanovu analizu i učvršćuje argument da je razumijevanje kulturnog konteksta neophodna kompetencija svakog kliničara koji radi u pluralističkim ili multietničkim sredinama.

D. Lupton analizira kako se kroz „diskurse zdravlja“ konstruiraju kulturni ideali „zdravog tijela“ koji odražavaju dominantne vrijednosti i moralne norme specifičnih društava (Lupton, 1995). Primjeri uključuju ideal mršavog, toniranog tijela u suvremenim zapadnim društvima, koje odražava vrijednosti samokontrole, discipline i produktivnosti. Luptonina analiza je važna jer pokazuje da zdravlje nije samo predmet medicinske znanosti, nego i polje kulturne produkcije: slike, tekstovi, reklamne kampanje, mediji i institucije zajednički grade ideale zdravog tijela koji imaju moć normaliziranja i isključivanja. Osobe čija tijela ne odgovaraju idealu – zbog prekomjerne težine, invaliditeta, starosti ili kronične bolesti – riskiraju stigmatizaciju i moralnu osudu, čak i kad je njihovo stanje izvan njihova nadzora. Zdravlje se time pretvara u moralni imperativ: biti bolestan, debeo (pretio) ili tjelesno nesposoban postaje simptomom nedovoljne discipline i volje, a ne tek medicinsko stanje. Spomenuta moralizacija zdravlja ima ozbiljne posljedice za dostojanstvo pacijenata i za kvalitetu odnosa između zdravstvenog osoblja i bolesnih osoba koje se ne uklapaju u dominantni ideal zdravog tijela.

Proces „medikalizacije“ – redefiniranje nekoć nemedicinskih fenomena kao medicinskih problema – ilustrira normativnu moć medicine. P. Conrad analizira kako su ranije moralne, socijalne ili pravne kategorije (poput alkoholizma, hiperaktivnosti ili pretilosti) transformirane u medicinske probleme koji zahtijevaju profesionalnu intervenciju (Conrad, 2007). Conradova je teza da medikalizacija nije neutralan proces – ona preraspodjeljuje moć i odgovornost: ono što se jednom smatralo grijehom, porokom ili devijacijom postaje bolest, a time i predmet medicinskog autoriteta, a ne moralnog ili pravnog suda. Ta “preraspodjela” može imati humanizirajući učinak – patologizacija alkoholizma smanjuje moralnu stigmu i otvara put terapijskim intervencijama umjesto kažnjavanja – ali može imati i depolitizirajući učinak: kad se siromaštvo ili nasilje tretiraju kao medicinski problemi, prikriva se njihova društveno-strukturna etiologija i odgovornost pomiče s društvenih institucija prema pojedincu. Medikalizacija kao normativni fenomen stoga zahtijeva stalnu kritičku analizu: koje fenomene medikaliziramo, u čiju korist, čijim interesima služi ta transformacija i koje alternativne odgovore ona istiskuje.

M. Lock i V.-K. Nguyen argumentiraju da globalna ekspanzija biomedicine predstavlja oblik „biomedicinskoga imperijalizma“ koji nameće zapadne normativne standarde zdravlja kulturama s drugačijim razumijevanjima tijela i blagostanja (Lock – Nguyen, 2018).

Taj proces može rezultirati „epistemičkim nasiljem“ – delegitimizacijom lokalnih znanja i praksi vezanih uz zdravlje. Lock i Nguyen slijede Foucaultov uvid da je medicina u modernom dobu postala jedan od najmoćnijih mehanizama normalizacije: kroz dijagnostičke kategorije, kliničke protokole i zdravstvene politike ona određuje što je normalno, željeno i prihvatljivo ljudsko tijelo, čime istodobno konstruira i patologizira sve što od toga odstupa. Kada se taj normalizacijski aparat prenosi u ne-zapadne kulture bez kritičke refleksije o vlastitim pretpostavkama, on može ugušiti domaće medicinske tradicije koje su kroz stoljeća razvijale vlastite, kulturno integrirane koncepte zdravlja, bolesti i liječenja. Problem nije u samoj biomedicinskoj učinkovitosti – mnoge zapadne terapije imaju univerzalnu biološku važnost – nego u pretpostavci da biomedicinski okvir iscrpljuje sva znanja relevantna za zdravlje i da lokalne tradicije nemaju epistemološku vrijednost.

Istodobno, autohtoni zdravstveni pokreti (*indigenous health movements*) diljem svijeta traže prepoznavanje tradicionalnih zdravstvenih sustava i promoviraju „epistemički pluralizam“ koji priznaje mnoštvo načina znanja o zdravlju i bolesti (Waldram, 2022, str. 532–545). Ti pokreti predstavljaju otpor normativnom monizmu biomedicine i zahtijevaju poštovanje kulturne autonomije u definiranju zdravlja. Waldramova istraživanja na Maya Q’eqchi’ zajednicama ilustriraju kako su lokalni koncepti ranjivosti i zdravlja duboko strukturirani rodnim, relacijskim i duhovnim kategorijama koje se ne mogu svesti na biomedicinske dijagnostičke kriterije. Iz perspektive filozofije medicine, autohtoni zdravstveni pokreti postavljaju ključno pitanje: tko ima pravo određivati što je zdravlje u određenoj zajednici? To pitanje nije samo akademsko – ono ima izravne implikacije za zdravstvenu politiku, za suradnju između biomedicinskog i tradicionalnog sektora i za poštovanje prava autohtonih zajednica na kulturno samoodređenje. Zdravstveni pluralizam nije tek akademska pozicija nego politički i etički imperativ u višekulturnim društvima koja se odlučuju za društvenu pravdu i inkluziju.

Razmatranje normativne dimenzije definicija zdravlja i bolesti vodi prema jednom opsežnom, ali nužnom zaključku: u medicini ne postoje vrijednosno neutralne definicije. Svaki pokušaj da se zdravlje odredi isključivo kroz biološke parametre ili statističke norme već pretpostavlja određene vrijednosti – o tome što je normalno, što je poželjno, tko je odgovoran za zdravlje i koje su granice medicinskoga delovanja. To prepoznavanje ne vodi relativizmu koji bi medicinsko znanje tretirao kao puku ideologiju: ono poziva na refleksivnost i transparentnost o normativnim pretpostavkama medicinske prakse, na dijalog između biomedicinske i kulturne perspektive, te na etiku koja štiti dostojanstvo i autonomiju pacijenta naspram mnogih normalizacijskih pritisaka.

Medicina koja je svjesna vlastite normativnosti zrelija je, humanija i epistemološki poštenija od one koja tvrdi da govori samo u ime činjenica. Ako je bolest prvenstveno praktičan pojam, a ne stanje koje se može iščitati iz prirode, onda se klasifikacija može usmjeriti samo prema tako shvaćenom pojmu bolesti – odnosno može se razumjeti jedino u uskoj vezi s pacijentovom samopercepcijom i postupcima liječnika te kontekstom u kojemu se taj pojam koristi. To polje djelovanja samo ukazuje na semantiku za ono na što se „bolest" odnosi. Bolest, u tom ključu, nije puki prirodni fenomen koji medicinska disciplina pasivno opisuje, nego aktivno konstruirana kategorija koja nosi u sebi skrivene normativne, kulturalne i profesionalne pretpostavke. Ono što jednom društvu ili jednoj medicinskoj tradiciji izgleda kao jasno određeni entitet koji zahtijeva liječenje, u drugome može biti shvaćeno kao varijacija normalnog, kao duhovna kriza ili kao socijalna devijacija. Sukladno tomu, nozeološki sustavi nisu ujednačeni, već se temelje na različitim kriterijima: posebno su to uzroci (zarazne, nasljedne bolesti, profesionalne bolesti i drugi), mehanizmi (imunološke, psihosomatske bolesti i drugi), zahvaćena topografska područja i anatomske strukture (bubrežne, metaboličke, mentalne bolesti i druge), način prijenosa (spolno prenosive bolesti i druge), specifičnost grupe (dob I sl.) ili zemljopisna rasprostranjenost (tropske bolesti i druge). Spomenuta pluralnost klasifikacijskih kriterija nije tek tehnički problem koji čeka konačno rješenje – ona je simptom temeljne činjenice da pojam "bolesti" uvijek već pretpostavlja određene vrijednosti o tome što je vrijedno liječiti, tko je nadležan liječiti i kojim sredstvima.

Procjena stanja kao bolesti u kontekstu načina života može – ovisno o težini bolesti – suočiti oboljelu osobu s pitanjem o *smislu* njezina postojanja. E. May u tom kontekstu piše: „Samo zato što se zdravlje može pretvoriti u bolest i ta se promjena zapravo događa tako često, zdravlje je dobro i sastavni element idealnog svijeta. Pacijent to i sam osjeća, jer prije svega u bolesti postaje svjestan visoke vrijednosti zdravlja, a bolest ga sve više potresa, dovodi k sebi i poziva na autentičnost, što je ozbiljnija i upitnija. […] Bolest je poziv na autentičnost…" (May, 1956, 141–143)

Mayeva misao otkriva paradoks koji je ugrađen u srce iskustva bolesti: upravo ono što nas razara, ono što nam ruši uobičajeni tijek života i uskraćuje nam relacije u svakodnevici, može postati prostor u kojemu se po prvi put susrećemo sa samima sobom u punini vlastite konstitucije. Bolest, shvaćena kao poziv, nije idealizirana ni minimalizirana; njezina destruktivnost ostaje u punoj snazi, ali ona sada nije samo gubitak nego i mogućnost – mogućnost preispitivanja i preoblikovanja vlastite egzistencije.

Ta dijalektička struktura bolesti – istodobno kao razaranje i kao poziv – čini je fenomenom koji se ne može iscrpiti ni puko medicinskim opisom ni pukim egzistencijalnim shvaćanjem, nego zahtijeva mišljenje koje ih oboje uzima ozbiljno.

Mnogi – posebno umjetnici – tvrde da iskustvo i doživljaj bolesti predstavljaju barem epistemičku vrijednost, koja već započinje intenzivnijom percepcijom intrinsične vrijednosti života. Marcel Proust, na primjer, u svojem monumentalnom romanu, koji se često smatra najdužim romanom na svijetu (preko 3000 stranica) *À la recherche du temps perdu* (U traganju za izgubljenim vremenom) ističe značajan pozitivni potencijal iskustva bolesti za osobno znanje i književno stvaralaštvo, koje se nikada ne bi moglo razviti bez iskustva bolesti. Zato i zaključuje da čovječanstvo veliki dio kulturnog stvaralaštva dugujem bolesnim i napaćenim ljudima.

Proustovo svjedočanstvo nije usamljeno. Kroz cjelokupnu povijest kulture i književnosti, bolest se pojavljuje kao snažan katalizator spoznajnih i stvaralačkih procesa: ona razara utabanost svakodnevice, čisti pogled, i prisiljava na suočavanje s dimenzijama života koje se u zdravlju čuvaju izvan vidokruga. Vrijednost toga iskustva nije u samoj boli kao takvoj – ona nije željena ni idealizirana – nego u mogućnosti dublje spoznaje koju trpljenje, paradoksalno, otvara. Ta spoznaja može biti spoznaja o vlastitoj krhkosti i ograničenosti, o temeljnoj međuovisnosti s drugima, o smislu koji ne može biti izveden iz pukog funkcioniranja, nego se mora tražiti u njemu usprkos i s onu stranu njega. Bolest, prema tome, nije samo medicinski događaj koji prekida život; ona je životni događaj koji mijenja perspektivu na sve što mu prethodi i sve što mu slijedi.

Pa i zdravlje se uvijek pokazuje kao pojam u odnosu na bolest. No, biti zdrav često znači biti oslobođen ograničenja i problema koji bi potaknuli razmišljanje o sebi. Zbog toga H.-G. Gadamer govori o „prikrivanju zdravlja“ (Gadamer, 1993), a D. Leder o zdravlju kao o „prešutnoj pozadini“ (Leder, 1990). Gadamerova je misao utemeljena na fenomenološkom uvidu u strukturu iskustva: ono što funkcionira bez prepreke, ono što je harmonija u sebi, ne stupa u polje naše svijesti. Zdravlje je, u tom smislu, paradigmatski primjer onoga što promičući teče: ono nam je uvijek iščekivanje. Leder razvija tu fenomenološku analizu u antropologiju tijela: zdravo tijelo je nešto „izostavljeno“ (*absent*) u smislu da se ne nameće kao predmet, nego transparentno posreduje naš angažman sa svijetom. Ja ne doživljavam svoju ruku kao objekt onda kada pišem – doživljavam tekst koji nastaje. Tek kada ruka zaboli, tijelo se „vraća“ u sferu doživljaja kao prisutno, kao nešto čak nametljivo.

Zdrava osoba može planirati svoj rad, svoje slobodne aktivnosti, svoje društvene pothvate s određenom proizvoljnošću, jer individualne namjere u osnovi mogu biti ispunjene. Sve to je moguće samo u ograničenoj mjeri za bolesnu osobu. Zdravstveno stanje – tjelesno i psihičko, koje dopušta takve angažmane – obično ostaje prešutna pozadina. Biti zdrav znači biti u stanju relativno neproblematične cjelovitosti. Odsutnost tog iskustva uvijek je implicitno prisutno u našem svakodnevnom životu. Bolest nas može prikovati za „ovdje“ i „sada“.

Spomenuta dezintegracija u prostoru i vremenu utječe na naš odnos s drugima: kao zdravi ljudi, integrirani smo u aktivnosti i iskustva onih oko nas, ali iskustvo boli nas tjera da se distanciramo od drugoga, jer drugi isprva ne može nadoknaditi to posebno iskustvo koje je nemoćno i neprenosivo.

Bolest nas podsjeća na prolaznost, smrtnost i na taj nas način sprečava da zaboravimo vlastitu konačnost (usp. Saile, 2025). Apstraktna filozofska tvrdnja da je smrtnost konstitutivna za ljudsko biće postaje iskustvena stvarnost u trenutku kada organizam zataji, kada bol postane prisutna i trajna, kada se budućnost odjednom suzi ili postane neizvjesna. Smrtnost nije tek biološka činjenica koju medicina registrira u trenutku umiranja – ona je strukturna karakteristika naše egzistencije, a bolest je jedan od načina na koji ta struktura prodire u svakodnevni život.

U tom kontekstu, posebno ozbiljne bolesti postavljaju pitanja poput: Zašto se to dogodilo? Zašto sada? Zašto baš ja? To jamačno nisu pitanja na koja medicina može odgovoriti dijagnozom ili terapijskim protokolom. Ona su *egzistencijalna*, i zahtijevaju prisutnost – a ne tek samo znanje.

U suvremenom društvu bolest može postati prilika za pojedinca da ispita svoju savjest i polazište za traženje i pronalaženje *smisla*. Ona, dakle, nije samo *biološki* događaj; nego *egzistencijalna* transformacija. Tim iskustvom postaje jasno, s jedne strane, da se zdravlje može opisati kao stanje koje nije suprotno bolesti, nego je uključuje, a s druge strane može se vidjeti da pojam bolesti na ovaj način gledanja na nju sadrži osebujnu dijalektičku strukturu destruktivnog i konstruktivnog, egzistencijalne patnje i egzistencijalne mogućnosti.

Opisana dijalektika nije filozofska igra riječi: ona ima konkretne kliničke implikacije. Liječnik ili njegovatelj koji razumije tu strukturu bolesti ne pristupa bolesniku samo kao nositelju patološkog stanja koje treba otkloniti, nego kao *osobi* koja se nalazi usred temeljnog životnog iskustva i koja možda po prvi put lice u lice stoji pred pitanjima koje je do sada uspijevala izbjeći.

Tu otvorenost ne treba ispuniti gotovim odgovorima, valja ju poštovati kao onu krhku rasdjelinu kroz koju može prodrijeti nešto istinskije, autentičnije od nečega tek uobičajenoga.

S jedne strane postoji tako naturalistički uzak koncept bolesti koji bolest vidi samo kao kvar u prirodi organizma; s druge pak strane nalazimo široki zdravstveni opis, koji zdravlje definira kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći. "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (World Health Organization, 1946).

Jedna od najpoznatijih i najcitiranih kritika te definicije dolazi od Daniela Callahana, koji u svom članku *The WHO Definition of 'Health'* upozorava da je sintagma „potpuno blagostanje" (complete well-being) utopijski i nedostižan standard koji nema operativne vrijednosti u medicinskoj praksi. Callahan primjećuje da definicija zdravlje praktički izjednačuje sa srećom ili savršenim životnim uvjetima, čime briše granicu između medicinske kategorije i sveobuhvatnoga društvenog ideala — što medicinsku struku opterećuje odgovornošću za stanja koja daleko premašuju njezin legitiman djelokrug (Callahan, 1973, 77–87).

U spomenutoj definiciji svakako je zanemarena socijalna dimenzija bolesti tako da u njoj nije spomenut *dijaloški aspekt* odnosa bolesnik – zdravstveni djelatnik. Upravo taj dijaloški aspekt – susret dvaju osoba od kojih jedna trpi i traži pomoć, a druga nudi znanje i umijeće – čini središnju dimenziju medicinskog odnosa koja se ne može svesti na tehničku razmjenu usluga. Pacijent koji dolazi liječniku nije pasivni objekt dijagnostičke procedure: on dolazi s pričom, s iskustvom, s kulturno oblikovanim razumijevanjem vlastite patnje, s nadama i strahovima koji se ne mogu iščitati iz laboratorijskog nalaza. Liječnik koji to ne prepozna može biti tehnički besprijekoran, ali medicinsko-etički nedostatan. Zapravo on nedovoljno tematizira relacijski i komunikacijski karakter medicinskog susreta koji je konstitutivan za zdravlje i bolest.

Jedan od prvih koji je okarakterizirao *dijadu liječnik-pacijent* kao *odnos uloga* sa skupom uzajamnih prava, dužnosti i obveza bio je sociolog Talcott Parsons. Parsonsov koncept socijalne uloge bolesnika objašnjava da biti bolestan znači imati jedinstvenu društvenu ulogu definiranu pravima i dužnostima (Parsons, 1951).

Ta uloga u osnovi sadrži četiri aspekta: pacijent je oslobođen potrebe da opravdava svoje stanje bolesti (*namjerna motivacija*); oslobođen je tereta ispunjavanja svojih svakodnevnih društvenih obveza koje se ne mogu ispuniti zbog stanja bolesti (*suzdržanost od očekivanja*); ali istodobno je dužan željeti se oporaviti te, sukladno tome, potražiti stručnu pomoć i surađivati s terapeutima.

Premda kritiziran, Parsonsov je koncept primjer načina na koji ljudi ulaze u društveni sustav zbog uravnoteženih prava i obveza. Pacijent nije odgovoran za svoju situaciju; egzistencijalnu poziciju liječnika muči neizvjesnost da mora znati što je zapravo u pitanju s pacijentom i kako ga najbolje liječiti. Središnji element uloge liječnika jest da su postupci terapeuta protiv vlastitih interesa institucionalizirani i profesionalno orijentirani prema dobrobiti pacijenta. Ako se bolesna osoba shvati kao *osoba kojoj je potrebna pomoć* te se vodi zajedno s terapijskim akterima, onda se uloga bolesne osobe može vidjeti samo u ovisnosti o ne-bolesnom – što je implicira *obvezu* od strane zdravih članova društva. Kritičari Parsonsove sociološke procjene optužuju ga da ne opisuje empirijske događaje, nego samo normativne obrasce sa svojom karakterizacijom uloga: njegovi liječnici žive u idealnom svijetu u kojemu dijele uvažavanje pacijenata i djeluju isključivo u najboljem interesu bolesnog. Taj idealizacijski aspekt Parsonsova modela čini ga hermeneutički korisnim za razumijevanje normativnih očekivanja od medicinskog odnosa, ali nedostatnim za opis stvarnih dinamika moći, interesa i sukoba koji postoje u tom odnosu.

Mnogi sociolozi slažu se s Parsonsovim osnovnim uvidom, ali se razlikuju u tome kako je iskustvo bolesti oblikovano vrijednostima i uvjerenjima koja mogu postojati implicitno, prešutno, neispitano i vrlo promjenjivo unutar različitih kulturnih skupina. Stoga, nasuprot Parsonsu, teorija sukoba naglašava da se društvo sastoji od *konkurentnih* skupina s različitim – možda nesrazmjernim – vrijednostima, a ne od skupina koje međusobno dijele svoje vrijednosti. Ako nekoga gurnete u ulogu bolesne osobe, on je stigmatiziran i diskriminiran, što mu uskraćuje životne mogućnosti.

Posebno se intenzivno ta rasprava vodi u vezi s mentalnim bolestima. Psihijatar Th. Szasz smatra da je društveni utjecaj na definiciju „mentalnih bolesti“ toliko snažan da taj pojam smatra neopravdanim (Szasz, 1982; usp. Illich, 1975). S etiketom označenom kao *bolesna*, osoba se može osjećati kao izopćenik iz društva. Taj društveni pritisak može čak dovesti do promjena u *osjećaju identiteta* dotične osobe, jer se razvoj identiteta u osnovi odvija kroz proces socijalizacije, kao što je to pokazao i M. Foucault analizirajući mehanizme medicinske moći i normalizacije (Foucault, 1975).

Na taj način prethodno integrirani član društva postaje izopćenik. Učinak tog oblika stigmatizacije ovisi o socijalnoj procjeni stanja bolesti: dok zarazne bolesti, rak i dijabetes obično izazivaju žaljenje i solidarnost, bolesti koje se nazivaju psihijatrijskim dovode do procesa protjerivanja od strane društva, ponajprije zbog nesigurnosti i straha u ophodu s oboljelima. Szaszova i Illicheva kritika, premda radikalna, upozorava na nešto što zahtijeva ozbiljno razmatranje: medicinska klasifikacija nije vrijednosno neutralna nomenklatura, nego društvena praksa koja ima moć uključiti ili isključiti, zaštititi ili stigmatizirati. U kontekstu mentalne medicine ta je moć posebno vidljiva i posebno osjetljiva.

U tom pogledu, normativnost pojma zdravlja proizlazi iz činjenice da on obuhvaća sve fizičke i psihičke uvjete bez kojih čovjek ne može biti živo biće sposobno biti moralni subjekt. Ako na moralni subjekt gledamo kao na bezuvjetno dobro i pripisujemo mu *dostojanstvo*, onda zdravlje u smislu psihofizične konstitucije koja je preduvjet da budemo subjekt mora biti dobro vrijedno zaštite. To nije samo instrumentalno dobro, niti najviše rangirano dobro, nego temeljno dobro za ljudska bića.

Spomenuta distinkcija – između instrumentalnog i temeljnog dobra – ima dalekosežne etičke implikacije: ona znači da se zdravlje ne može subordinirati nijednoj drugoj funkcionalnoj svrsi, nego da je ono uvjet mogućnosti svakoga svrhovitog djelovanja uopće. Kao temeljno individualno dobro, zdravlje ubrajamo u elementarna ili primarna dobra; u mjeri u kojoj je prepoznat ne samo poseban karakter zdravlja, već su kroz razvoj medicine umješitne razvijeni i učinkoviti postupci njegova očuvanja ili obnavljanja: zdravlje je postalo *društveno dobro* i time predmet državne skrbi i prevencije, odnosno zdravstvene politike. U provedbi zdravstvene politike to znači: zdravstvena skrb za sve, sigurnost opskrbe, pravedan pristup i pokušaj kompenzacije danih individualnih zdravstvenih razlika mogu se smatrati osnovnim okvirom za pravednu društvenu strukturu.

Medicina je danas postala visoko organiziran i visoko specijaliziran aparat; iako se još uvijek pokazuje na polju napetosti između znanstvenih spoznaja o prirodi i umijeća, znatno je proširila svoj opseg djelovanja i slijed djelovanja kroz razvoj znanosti i tehnologije. Dijagnostičke mogućnosti proširile su se na molekularno-genetičku razinu i omogućuju predviđanje bolesti koje se otkrivaju tek u kasnijoj dobi. Transplantacijska kirurgija omogućuje nastavak života čak i onda kada je neki organ prestao funkcionirati. To su samo neke od novih medicinskih mogućnosti djelovanja, koje također bacaju novo svjetlo na naše razumijevanje ljudskog života, njegovih kontrolnih mehanizama, njegova početka i kraja (usp. Lanzerath, 1997, 253–276).

Unutarnji strukturni odnosi između medicine i medicinskog djelovanja znatno su se promijenili: znanstvena i tehnološka civilizacija stvara uvjete koji omogućuju ljudima da dugoročno žive s bolešću, ali taj raspon moderne medicine čini ih istodobno sve ovisnijima o njemu. Za liječnika, ta strukturna promjena ne samo da čini vidljivima prednosti novih opcija djelovanja, nego ga istodobno suočava s novim *problemima donošenja odluka*. Iako hitne službe i intenzivna medicina često omogućuju žrtvi nesreće da nastavi živjeti unatoč dugom razdoblju nedostatka kisika, određen broj oživljenih osoba ostaje u trajnom apalnom sindromu i nikada više neće moći voditi svjestan život (usp. Lanzerath, 1997, 253–276). Kada medicinsko djelovanje dosegne svoje granice, onda se opetovano poduzimaju mjere iz neizvjesnosti koje medicinski ne pomažu – *medicinska uzaludnost* – i stoga nisu ni medicinski, ni etički ni ekonomski opravdane. Osim toga, medicina ne samo da liječi, već i čini pogreške; visoki standard invazivne medicine popraćen je *jatrogenim* rizicima (usp. Illich, 1975). Čak i manji nemar liječnika ili kvar medicinskog uređaja mogu imati strašne posljedice za bolesnika koji je svoju krhkost povjerio medicinskim rukama.

Tradicionalni ciljevi medicinskog djelovanja nadopunjuju se ili zamjenjuju novim ciljevima u pozadini proširenih mogućnosti djelovanja moderne medicine. Sve se više „izvedivost medicinske tehnologije“ stavlja u središte razmatranja i djelovanja unutar medicine, što je čini „antropotehnikom“.

Od prosvjetiteljstva, napori ljudi da nastave povećavati svoje performanse, priđu stare granice i uključe vlastito zdravlje u taj proces, doveli su do ideje da potencijalno više ne postoje ograničenja za ljudsko djelovanje. Nepredvidivost i smrtnost kao karakteristike prirodnosti čovjeka u konačnici su potisnute. Vjerovanje u izvedivost medicinske tehnologije može u konačnici dovesti do potpune *medikalizacije životnog okruženja*, što sugerira da se socijalni problemi u konačnici mogu riješiti medicinski. Znanstveni utjecaj na medicinu – čiji pozitivan učinak ne treba dovoditi u pitanje, ali koji dovodi do pretpostavke da je medicina samo primijenjena prirodna znanost – rastvara tradicionalnu medicinsku teleologiju i pretvara medicinu iz *techne* (umijeća) u *tehnologiju*. Takva tehnologija može biti dostupna svima u bilo koju svrhu, a ciljevi „uslužne medicine“ postaju poboljšanje kvalitete života, postizanje „savršenog zdravstvenog stanja“ i tome slično. Želja za poboljšanjem ljudske prirode potaknuta je utopijom društva bez patnje, koja nijednom dosad u povijesti nije bila ostvarena, ali je uvijek iznova nalazila nove mogućnosti pa i u obliku novih medicinsko-tehnoloških mogućnosti.

Jedan od onih koji su kritizirali takve stavove bio je i liječnik, psihijatar i filozof Karl Jaspers, napominjući da već više puta spomenuta formulacija WHO-a premalo naglašava *socijalnu* dimenziju koja je bitna za koncept zdravlja – a time i za koncept bolesti (usp. Deich, 1957, 493–500). Definicija koja zdravlje određuje kao potpuno blagostanje, pored toga što je empirijski neprovediva, ima ideološku posljedicu: svako odstupanje od te utopijske mjere medicinski je definirano kao stanje koje zahtijeva intervenciju. Jaspers to vidi kao granicu koja se ne smije prijeći. Gdje medicina proširi svoju nadležnost na cjelokupnu ljudsku patnju, ona prestaje biti medicina i postaje sveobuhvatna instancija društvene kontrole.

Ako se formulacija WHO o zdravlju i bolesti uzme kao definicija, onda se zdravlje više ne shvaća kao *ograničeno* dobro ili kao *preduvjet* za potragu za dobrima (usp. Deich, 1957). Umjesto toga, fizičko, socijalno i ekonomsko zdravlje (ili dobrobit) poistovjećuju se s neoslbljenom sposobnošću da budemo sretni. To bi značilo da bi *„zlatni ključ“* rješenja za sve probleme – uključujući socijalne probleme poput nezaposlenosti ili beskućništva – bio u rukama medicine (Callahan, 1973, 77–87). Spomenuto hrani onu utopijsku nadu koja negira antropološku nužnost bolesti i smrti te povezuje koncept otkupljenja koji je nekad bio usmjeren prema onom svijetu sa životom u ovom svijetu (usp. Illich, 1975).

Rezultat bi bila tehnizacija i medikalizacija svijeta, što bi moglo dovesti do toga da medicina – u pogrešno shvaćenom obliku javnog *zdravstva* kao *socijalnog inženjeringa* – postane opasan društveni i politički instrument manipulacije. Jer ono što se ne može učiniti u ime morala, postaje opravdano u ime zdravlja (Callahan, 1973, 82). Callahanova opomena ostaje aktualna i u suvremenom kontekstu: svaki put kada se medicinska ili zdravstvena terminologija upotrebljava kako bi se legitimizirala politička ili društvena intervencija čija je stvarna svrha drukčija od liječenja bolesti, reproducira se onaj mehanizam koji je u svojoj filozofiji prepoznao K. Jaspers kao strukturno opasan. Filozofsko-etička budnost prema granicama medicinskog autoriteta nije, dakle, nepovjerenje prema medicini kao takvoj, nego njezina nužna dopuna – jer samo medicina koja zna što nije njezin zadatak može biti vjerodostojna i slobodna u onomu što jest njezin zadatak. U svakodnevnoj praksi pojam “pacijent” nije isto što i pojam “bolesnik”, jer pacijent može biti i posve zdrava osoba. U medicinskom smis pacijent je osoba koja je iz različitih razloga primljena na zdravstvenu skrb: razlozi mogu biti ozljede, razne bolesti, prevencija, pregled zdrave osobe iz različitih administrativnih razloga i slično.

Medicinsko određenje pojma pacijenta šire je od kolokvijalnog: pacijent je u medicini osoba bolesna ili zdrava koja zatraži i/ili primi pomoć zdravstvenog radnika kako bi ostvarila zdravstvenu uslugu bilo kojeg oblika, a koja služi očuvanju i/ili povratu zdravlja, poboljšanju zdravstvenog stanja te prevenciji od bolesti – od savjeta, pregleda i cijepljenja sve do operativnih zahvata i liječenja lijekovima ili drugim zakonom dopuštenim i predviđenim metodama i načinima. Pacijent je korisnik zdravstvene usluge i kao takav ima svoja prava. Ovo medicinsko određenje već u sebi nosi normativnu dimenziju: pacijent nije pasivni objekt medicinskog djelovanja, nego aktivni nositelj prava koji je u pravnom i etičkom smislu priznat kao subjekt odnosa s medicinskim sustavom.

U filozofiji pojam *pacijent* obično nije specifično definiran kao tehnički termin, nego se pojavljuje u kontekstu širih pitanja o ljudskom iskustvu, patnji, tijelu, zdravlju i bolesti. Filozofi koji se bave temama bioetike, fenomenologije ili filozofije uma koriste pojam „pacijent“ kako bi istraživali ljudsku ranjivost, tjelesnost, razna etička ili moralna pitanja te povijest medicinskog odnosa.

Povijesno gledano, pojam “pacijent” tijesno je vezan uz pojam tijela: od antike, u kojoj je tijelo bilo primarno shvaćeno kao supstrat bolesti i liječenja, do moderne medicine, u kojoj je tijelo postalo predmet objektivnih dijagnostičkih procedura, i do suvremene biomedicinske etike, u kojoj se tijelo pacijenta štiti kao nešto neodvojivo od osobe i njezinog dostojanstva. Dakle, u filozofiji pacijent nije samo osoba koja traži liječenje, već može biti i način za dublje istraživanje ljudske ranjivosti, opstanka, etičkih pitanja te odnosa između tijela, uma i društva. Upravo ta slojevitost čini pojam pacijenta plodnim polazištem za filozofsku refleksiju koja nadilazi puku nomenklaturu i zadire u pitanje što znači biti izložen, očekivati pomoć i zavisiti o znanju i dobroj volji drugoga.

Danas se rado govori o “pravima pacijenta”. “Osnovna prava pacijenata” određena su brojnim međunarodnim dokumentima kao i Zakonom o zaštiti prava pacijenata (usp. www.pravapacijenata.hr) te se odnose na: pravo na ljudsko dostojanstvo, samoodređenje, privatnost, povjerljivost podataka, informaciju, suodlučivanje na temelju potpune i pravodobne informiranosti, odbijanje zdravstvene usluge, napuštanje zdravstvene ustanove i pritužbu.

Normativni razvoj prava pacijenata nije bio linearan: on odražava postupnu transformaciju medicinskog modela od paternalizma prema poštovanju pacijentove autonomije. Pravo na informirani pristanak – koje je danas jedno od temeljnih prava pacijenata – uvedeno je u medicinsku praksu i pravo tek sredinom 20. stoljeća, dijelom kao reakcija na zlouporabu medicinskog autoriteta zabilježenu u Nürembergškim procesima nakon Drugog svjetskog rata. "Nürembergški kodeks" iz 1947. godine te kasnija "Helsinška deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja" (1964.) postavili su međunarodne standarde zaštite ispitanika i pacijenata koji su potom postupno inkorporirani u nacionalna zakonodavstva. Na tim se temeljima razvijaju razne teorije o „zdravstvenoj skrbi pacijenata" – teorije koje nastoje konceptualizirati što je to skrb, tko je njezin nositelj i prema kojim vrednotama treba biti usmjerena.

Teorija zdravstvene skrbi o pacijentima izrasta iz različitih izvora: znanstvenog razumijevanja bolesti, etičnih načela medicinske profesije, organizacijskih paradigmi i filozofskih pogleda na ljudsku egzistenciju. Ona teži sveobuhvatnosti, koherentnosti i općoj primjenjivosti. Medicinski udžbenici, klinički protokoli i etički kodeksi nastoje obuhvatiti moguće scenarije i pružiti jasan okvir djelovanja. Međutim, praksa skrbi otkriva granice svake teorije. Ta napetost između teorijskog i praktičnog nije slučajna ni privremena – ona je strukturna i nezaobilazna. Svaka teorija, po samoj svojoj naravi, apstrahira i generalizira: nudi opće principe primjenjive na klase slučajeva, ali je upravo u toj općenitosti prepoznatljiva njena nemoć pred neporecivom jedinstvenošću svakog konkretnog čovječnog susreta. Pacijent nije slučaj iz udžbenika: on je osoba s imenom, s poviješću, s obitelji koja čeka, sa strahovima koji se ne mogu upisati u dijagnostičku kategoriju... Zato zdravstvena skrb traži "praktičnu mudrost".

Već je Aristotel zagovarao *phronesis* – "praktičnu mudrost" koja nadilazi puko znanje pravila – prepoznajući da život zahtijeva nešto više od primjene općeg na pojedinančno (Aristotel, Nikomahova etika, VI, 5, 1140a24–b12). U bolničkim sobama, liječnici i medicinske sestre svakodnevno se suočavaju s jedinstvenim situacijama za koje nijedan udžbenik nije mogao predvidjeti svaki detalj. Pacijenti kao bolesnici nisu samo nositelji bolesti već jedinstvene osobe s vlastitim životnim pričama, strahovima, nadama i vrijednostima. Poznato je da Aristotelov *phronesis* nije ni puko tehničko znanje (*techne*) ni teorijsko znanje (*episteme*), nego posredujući oblik razuma koji zna kako primijeniti opće na konkretno na način koji poštuje posebnost situacije. U medicinskom kontekstu, taj oblik "praktične mudrosti" nije samo vrijedna dopuna tehnikalnom znanju – on je *conditio sine qua non* istinskog liječenja.

Liječnik koji zna patologiju, ali ne zna slušati, koji poznaje protokol, ali ne vidi osobu pred sobom, nije u punom smislu riječi dobar liječnik. Aristotelova tradicija praktične filozofije tako otvara prostor za razumijevanje medicinske kompetencije koja nije samo znanje o bolestima nego mudrost u susretu s bolesnikom.

Moderna medicina s njezinom sve većom specijalizacijom i tehnologizacijom dodatno produbljuje taj jaz. Fragmentacija znanja često vodi fragmentaciji skrbi, gdje se pacijent razčlanjuje na podsustave organa, biokemijske procese ili dijagnostičke kategorije – a cjelovita osoba nestaje s obzorja. Svaki specijalist gleda pacijenta kroz prizmu svojega područja; multidisciplinarni timovi nastoje sintetizirati te poglede, ali sinteza nije uvijek zajamčena, a nositeljem koordinacije, paradoksalno, često ostaje sam pacijent koji mora "lutati" između specijaliziranih ambulanti. Teorija tako ponekad postaje način distanciranja od egzistencijalne težine ljudske patnje: klinička dokumentacija, dijagnostičke kategorije i terapijski algoritmi nude sigurnost okvira koji drži iskustvo trpljenja na određenoj distanci. Ta distanca nije bezvrijedna – ona štiti zdravstvene radnike od emocionalnog preopterećenja i omogućuje profesionalno funkcioniranje u zahtjevnim uvjetima. Ali kada se pretvori u nemoćnost kontakta s pacijentovim iskustvom, onda ona nije više zaštita, nego profesionalna patološka deformacija.

Možda je najdublji paradoks u činjenici da najbolja praksa skrbi o pacijentima zahtijeva teoriju koja prepoznaje vlastita ograničenja, koja ostavlja prostor za neodredivost, kreativnost i mudrost prakse. Istinska skrb nastaje u dijalektičkom plesu između teorijskog znanja i "praktične mudrosti", između znanstvene preciznosti i ljudske sućuti, između profesionalne distance i osobne prisutnosti. U konačnici, najveći izazov suvremene medicine nije samo razvoj sofisticiranijih teorija, već razvijanje sposobnosti kretanja između teorijskog i praktičnog, između općeg i pojedinančnog, između znanja i mudrosti – u neprestanom nastojanju da se pruži skrb koja je istodobno znanstveno utemeljena i duboko humana. Tu dijalektiku nije moguće jednom zauvijek razriješiti usvajanjem naprednije teorije; ona je trajni zadatak svakoga tko pruža skrb, i kao takva traži ne samo edukaciju nego i formaciju karaktera i senzibiliteta koji su klasična tradicija moralne filozofije uvijek vezivala uz pojam kreposti.

Odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta oduvijek je bio u srži medicinske prakse, no njegovo razumijevanje i interpretacija značajno su se mijenjali tijekom povijesti. Tradicionalni *paternalistički* model, u kojemu liječnik donosi odluke za pacijenta postupno je ustupao mjesto *participativnijim* pristupima koji prepoznaju autonomiju pacijenta.

Ta transformacija nije samo praktične naravi; ona odražava dublje promjene u filozofskom razumijevanju ljudskog subjekta, komunikacije i naravi zdravlja i bolesti.

Na to je u svojim psihijatarskim i filozofskim razmišljanjima ukazao liječnik (psihijatar) i filozof K. Jaspers. Njegov doprinos razumijevanju medicinskog odnosa počiva na dvjema različitim, ali komplementarnim dimenzijama njegova opusa. U *Općoj psihopatologiji* (1913.) Jaspers je uveo metodološku distinkciju između *objašnjenja* (*Erklären*) i *razumijevanja* (*Verstehen*): objašnjenje prati uzročne veze unutar prirodoznanstvenog okvira, dok razumijevanje prodire u unutarnji život bolesnika, u smisao simptoma iz perspektive same bolesne osobe. Liječnik koji se ograničava na objašnjenje može biti učinkovit dijagnostičar, ali ostaje izvan pacijentovog iskustva; onaj koji zna i razumjeti uspostavlja pravu komunikaciju koja je i sama terapijska.

U svojemu trotomnom djelu *Filozofija* (1932.) Jaspers je razvio egzistencijalnu dimenziju međuljudskog odnosa kroz pojam *egzistencijalne komunikacije*: autentična komunikacija nije razmjena informacija nego susret egzistencija u kojemu se oboje – i liječnik i pacijent – izlažu i mijenjaju. Taj filozofski okvir radikalno nadilazi biomedicinski reduktivizam: liječnik koji razumije Jaspersov pojam komunikacije ne može više biti ravnodušan tehničar; on je pozvan u autentičan susret s drugotnošću bolesnog čovjeka, u susret koji ne briše profesionalnu razliku, ali je usvaja u široj dimenziji međuljudske solidarnosti i brige.

Takav pristup nudi potencijalno rješenje napetosti između teorije i prakse, sugerirajući da razumijevanje nikada nije puka primjena općeg na pojedinančno, nego uvijek kreativni dijalog između horizonta teorije i horizonta konkretne situacije (usp. Jaspers, 1913, 250–320). Svaki susret s pacijentom postaje interpretativni čin koji zahtijeva ne samo znanje, već i umijeće; ne samo analizu, nego i sintezu.

Taj hermeneutički uvid je susret kao dijalog, u kojemu liječnik ne primjenjuje gotove odgovore na unaprijed poznata pitanja, nego se daje voditi pitanjima koja sama situacija i sam bolesni čovjek postavljaju. Pacijentova priča – ono što Kleinman naziva *illness narrative* (Kleinmann 1988) – nije ukras uz medicinsku anamnezu nego nezaobilazan izvor razumijevanja koji ni jedan dijagnostički protokol ne može nadomjestiti.

1. "FILOZOFIJA EGZISTENCIJE" ILI „EGZISTENCIJALNA FILOZOFIJA" K. JASPERSA

1.1 Biografska pozadina Jaspersove filozofije

Na prvoj stranici svoje *Filozofske autobiografije* liječnik (psihijatar) i filozof Karl Jaspers zapisao je neobičnu rečenicu kako na ovome svijetu nema ničega što se ne bi odnosilo na filozofiju, a s druge strane u filozofiji nema ničega što bi bilo odvojivo od djelatnog, trpećeg (patećeg) i nadajućeg čovjeka (Jaspers, 1977, str. 15). Ta rečenica nije tek retorički uvod u autobiografski prikaz: ona je programatska izjava o naravi filozofije kakvu je Jaspers cijeloga života zastupao i živio.

Filozofija, prema Jaspersu, nije disciplinarna specijalnost rezervirana za profesionalne akademske umove; ona je dimenzija egzistencije svakoga čovjeka koji ozbiljno i svjesno promišlja vlastiti život, vlastitu konstituciju i vlastitu krhkost. „Djelatni, trpeći i nadajući čovjek" – ta trostruka odrednica čovjeka kao onoga koji se angažira u svijetu, koji podnosi neizbježne granice egzistencije i koji unatoč svemu održava horizont moćnosti i nade – određuje i cjelinu Jaspersovog filozofskog projekta.

Već su se odavno filozofi, suočeni s trajnim krizama čovječanstva, bavili pitanjem što filozofija može postići i što može pridonijeti rješenju takve situacije. Izazvana da opravda vlastito djelovanje, filozofija se predstavljala kao *analogon* medicine – i taj analogon nije bio tek ukrasna metafora.

Čini se da su odnosi između filozofije i medicine doista stari, a njihovo proizlaženje iz istih korijena sugerira da ta srodnost nije tek metaforička konstrukcija kasnijih interpreta. Filozofi su često bili liječnici, a liječnici su (od vremena Hipokrata) bili i filozofi. Tako primjerice dva velika klasična filozofa Platon i Aristotel u svojim djelima iskazuju konkretan interes za medicinu referiajući se na paralelnost obiju disciplina: analogno djelatnosti medicine, filozofija se najprije trudi oko *dijagnoze* ili prosudbe, a objema je konačno stalo do *terapije*. Slično medicini, i u filozofiji je dijagnostička (kritička) zadaća usmjerena na terapeutsku (konstruktivnu) kao na svoj cilj. To sugerira da filozofija i medicina dijele ne samo terminologiju nego i temeljnu intenciju: razumjeti ono što je poremećeno u čovjekovoj egzistenciji i nastojati oko njegove obnove. Stoga se često i s pravom zagovara rehabilitacija *praktične* filozofije, uz zahtjev da se filozofija prisijeti obiju gore spomenutih zadaća – dakle, ne samo dijagnostičke i kritičke, nego i terapeutske, restaurativne i konstruktivne funkcije.

Te zadaće treba, ako joj je stalo do cjeline, preuzeti kako ezoterično (prema unutra) tako i egzoterično (prema van).

Dok je *dijagnoza* po podrijetlu profana riječ i znači „razlikujuću prosudbu“, riječ „terapija“ ima religioznu pozadinu. Sokrat je svoju „majeutiku“ shvaćao kao svoju filozofsku djelatnost „terapije“. No, Sokratovo filozofiranje kao terapija razlikuje se od filozofske teorije sofista, koja je instrumentalizirana sekundarnim ciljevima, i ima odlučno odgojni, opominjujući pa čak i religiozni karakter. Temeljna riječ sokratovske djelatnosti prema Platonu nije samo *meletan apotheskein*, nego i *epimeleia psyches*: pozornost, savjesnost, dušebrižništvo – *too theoo hyperesian*. Prema Platonu, Sokrat je *gnothi seauton* delfskog svetišta shvaćao samo kao poseban slučaj *epimeleia psyches*, koja se kod Platona otuda ne pojavljuje samo kao odnošenje prema sebi samome, nego prema drugome i prema svijetu (Platon, Apologija, 30). Izraz *too theoo hyperesian* Platon koristi kao sinonim za *therapia*, koja ima slično značenjsko polje kao *epimeleia*: služenje, posluživanje, njegovanje, briga za nekoga, liječenje. “Terapeut” je prema tome sluga, čuvar, skrbnik, pomagač: onaj koji se trudi ponovno uspostaviti zdravu ravnotežu nekoga pojedinca između svijeta, ljudi i bogova (Platon, *Eutifron*, 12, b-d). Spomenuto je i glavna namjera filozofije K. Jaspersa filozofa i psihijatra (liječnika), čiju životnu biografiju treba kratko predstaviti.

Platonova analogija između filozofske skrbi za dušu i medicinske skrbi za tijelo nije Jaspersu bila tek uzgredna kulturno-povijesna referenca: ona je bila živa inspiracija za njegovo razumijevanje i medicinske i filozofske prakse kao temelj *relacijskih* pothvata – pothvata koji se uvijek ostvaruju u susretu dvaju konkretnih čovjeka od kojih jedan traži pomoć, a drugi je nudi.

„Proljeće iznutra i izvana!“ – tako je Karl Wilhelm Jaspers u Oldenburgu, gradu na rijeci Hunte i na kanalu Ems-Hunte, 41 kilometara zapadno od Bremena, 23. veljače 1883. godine dočekao rođenje svojega najstarijega sina Karla Theodora. U to je vrijeme taj direktor banke „Oldenburg Savings and Loan Bank“ bio dvije godine u braku s Henriette Tantzen, koja je potjecala iz stare zemljoradničke obitelji u Heeringu (Butjadingen). Karl, „Kally“ kako su mu tepali, bio je prvo njihovo dijete. Dvije godine poslije, 1885. godine, rodila im se Karlova sestra Erna, a 1889. brat Enno.

Poštenje, marljivost i sloboda bile su vodeće vrijednosti u odgoju i obrazovanju djece obitelji Jaspers. Obitelj se 1892. preselila u Bismarckstraße 12 u istome gradu, a otvoreni horizont, more i otoci na Sjevernom moru ostali su slike koje su oblikovale sjećanja maloga Karla na sretno djetinjstvo do kraja života.

Karl Jaspers nikada nije bio zdrav u punom smislu riječi. Od najranijeg djetinjstva borio se s respiratornim problemima (Saner, 1968., str. 112–113). Obitelj Jaspers svake je godine za ljetnih praznika putovala na Frizijske otoke na četverotjedni oporavak.

More je dječaku Karlu bilo radost. Njegova najranija sjećanja odnose se na iskustva s odmora i susreta s morem: „Jedne večeri moj otac me, držeći za ruku, vodio prostranom plažom. Bila je oseka, put preko svježeg čistog pijeska bio je do vode veoma dug. A tamo su plovile meduze, morske zvijezde …, znakovi tajne morskih dubina. Bio sam očaran, nisam razmišljao o tome. U to sam vrijeme doživio *beskonačnost* bez razmišljanja. Od tada je more simbol prirodne pozadine života općenito. More je živopisna prisutnost beskonačnog. Beskonačni valovi. Sve je uvijek u pokretu, nigdje čvrsto, (…) sve u primjetnom beskonačnom poretku. Pogled na more postao je za mene najljepša stvar koja postoji u prirodi.“ (Jaspers, 1996. c, str. 7)

Od rane mladosti more je za Jaspersa postalo parabola o *slobodi* i *transcendenciji* – dva ključna pojma njegove kasnije filozofije (usp. isto, str. 16). Ta veza između djetinjeg doživljaja i kasnijega filozofskog vokabulara nije naknadno konstruirana: ona svjedoči o načinu na koji konkretna tjelesna i osjetilna iskustva mogu biti ishodištem filozofske intuicije.

Jaspersov kasniji naglasak na *granicama* kao mjestima na kojima egzistencija dolazi do najdublje spoznaje o sebi ima svoju biografsku prefiguraciju u iskustvu čovjeka koji je od rođenja živio na granici između zdravlja i bolesti, između mogućnosti i ograničenosti.

Već kao srednjoškolac Jaspers je pokazao nepotkupljivu neovisnost u razmišljanju, što ga je često dovodilo u sukobe i nesporazume. Kad ga je ravnatelj gimnazije pozvao da prigodom jedne školske akademije održi pozdravni govor na latinskom jeziku, usprotivio se riječima: „Nismo naučili toliko latinskog da bismo mogli održati govor – pa to bi bila obmana publike.“ Ravnateljev odgovor bio je proročanski: „Ništa ne može biti od tebe, organski si bolestan!“ A to je doista bila istina: Karlu je 1901. godine liječnik dr. Albert Fraenkel (Albert Fraenkel /1864.–1938./ razvio je, između ostalog, intravensku strofantinsku terapiju i osnovao današnju kliniku Thorax u Heidelbergu!) dijagnosticirao bronhiektazije pluća – bolest koja se smatrala veoma ozbiljnom i koja je značajno odredila cijeli njegov život. Do kraja života patio je od te bolesti s uvjerenjem da je teško bolestan i da će morati rano umrijeti, iako je na kraju doživio 86 godina preminuo je 26. veljače 1969. u Baselu (usp. Abou Shoak, 2022).

Jaspersova “filozofija egzistencije“ ili „egzistencijalna filozofija”, s njezinim snažnim naglaskom na krhkost, prolaznost i nužnost suočenja sa smrću, nije nastala u bibliotekama nego je bila proživljena u vlastitom tijelu. Dijagnoza ozbiljne kronične bolesti u životnoj dobi šesnaest godina nije samo medicinski, nego i egzistencijalni događaj koji mijenja čovjekov odnos prema vremenu, prema budućnosti i prema samome sebi. Jednostavno, rano je postao svjestan da u životu mora prepoznati i njegovati svoje zdrave aspekte unatoč bolesti, da mu nije dopušteno da se poistovjećuje s bolešću i da čak i u teškoj bolesti postoje prilike za bogat i produktivan život (usp. Saner, 1970.; Saner, 1974., str. 317–326).

Bolest je Karla pomalo isključivala iz načina života njegovih vršnjaka. U svojoj mladosti nije imao puno prijatelja. Karlov otac je boležljivom šesnaestogodišnjemu Karlu iznajmio lovište kako bi se malo socijalizirao. Umjesto s vršnjacima, Karl je dosta vremena provodio u prirodi (usp. Jaspers, 1983 b., str. 71). Ubrzo je lov za njega postao prenaporan pa je i od njega odustao (usp. isto, str. 73). Kao i tijekom školskih dana tako i za praznika Karl je rado posezao za filozofskom literaturom, posebno za djela I. Kanta, A. Schopenhauera i G. Fechnera (usp. isto, str. 21–22), koji su mu bili utočište u trenucima samoće. Godine 1903. s oduševljenjem je zapisao u svoj dnevnik: „I zaista, ne samo da se ne osjećam usamljeno, već sam angažiran na najodabranijem načinu postupanja […] Divno je dobro čovjeka što ima velike ljude kojima može pobjeći iz svoje neadekvatne okoline.“ (isto, str. 23) To što Jaspers u samom početku intelektualnoga sazrijevanja Kanta, Schopenhauera i Fechnera doživljava kao „zatištu“ – ne kao predmet akademskog studija, nego kao sugovornike koji razumiju egzistencijalne dileme odraslog adolescenta suočenog s bolešću i usamlješću – predskazuje novu filozofiju koja će filozofske tekstove stalno čitati kao svjedočanstva o tome kako živjeti.

Po završetku gimnazije Jaspers se odlučio za studij prava. Liječnik dr. Albert Fraenkel ostao je mladom studentu prava kontakt osoba u mogućem liječenju. Kada je Fraenkel 1934. godine, nakon preuzimanja vlasti od strane nacional-socijalista, otpušten zbog svojega židovskog podrijetla, Jaspers se prisjetio uvida koje je stekao u njihovom dugogodišnjem odnosu: Fraenkel ga je naučio „kako“ biti zdrav kad si bolestan (usp. Abou Shoak, 2022).

Kontakt s dr. Fraenkelom postao je polazišna točka Jaspersova medicinskog samoobrazovanja. Među Fraenkelovim pacijentima bile su brojne poznate ličnosti ondašnjega vremena. Primjerice, veliki književnik Hermann Hesse, kojeg je Fraenkel liječio u sanatoriju Badenweiler 1909. i 1910. godine, o njemu je napisao: „Naš profesor ne traži, ne vidi i ne liječi bolesti nego *ljude*. Ne bavi se toliko borbom protiv i uklanjanjem abnormalnih šumova na srcu nekog srčanog bolesnika … koliko više olakšavanjem života tim pacijentima, nudeći im ili obrazujući ih da žive što bolje u uvjetima njihove ograničene ili oštećene prirode. On ne bježi od neizlječivog, ne odustaje od teško ugroženih, ne nastoji ništa manje učiniti minute umirućih kao i godine manje bolesnih podnošljivima (…) Ne želi forsirati i zlostavljati prirodu (…) već samo želi omogućiti i olakšati svima da ostanu u svojoj koži i osobi, bez obzira koliko bolesni bili. To sada uključuje, prije svega, da svakom bolesniku otvori uvid u njegovu vlastitu narav i patnju, da uči svakoga da iznutra razumije svoj život, da ga shvati ozbiljno i da ga poštuje.“ (Hesse, 1947., str. 47–48)

Nisu tehničke vještine ili medicinsko znanje dr. Fraenkela impresionirale mladoga Jaspersa (kao ni poznatoga književnika H. Hessea). Za njega su *ljudske* vještine bile ono što se prvenstveno susretalo u ophodu s njim. U tom je čovjeku Jaspers prepoznao ideal liječnika koji će trajno obilježiti i njegovu medicinsku praksu i njegovu filozofsku antropologiju.

Kako bi što bolje razumio svoju bolest i njezinu prognozu, Jaspers je proučavao djela poznatog patologa Rudolfa Virchowa /1821.–1902./ (Rudolf Virchow, utemeljitelj celularne patologije, dokazao je da je stanica nositelj patoloških procesa. Njegovo glavno djelo: *Die Cellularpathologie*, 1858.), preko kojih je shvatio da mu je životna prognoza loša: pacijenti s takvom dijagnozom umirali su, u pravilu, od posljedica kronične upale pluća najkasnije do tridesete godine. Tako je za mladića Karla započeo spor proces učenja u kojemu je bilo potrebno saznati kako živjeti s bolešću.

U početku se liječio prema uobičajenim medicinskim preporukama: odmor i zdrava prehrana, kao i opće jačanje u povremenim boravcima u sanatorijima. Ta borba za zdravlje prijetila mu je da postane „glavna životna okupacija“ (Jaspers, 1967., str. 132–133). „Kad sam od dr. Fraenkela čuo neopozivu činjenicu svoje bolesti, gorko sam zaplakao“, napisao je kasnije (Jaspers, 1996 b., str. 13). Morao je naučiti prilagoditi život bolesti i prihvatiti je. S impresivnom samodisciplinom shvatio je „svoje granice“ i „uvjete života“ (usp. Saner, 1968., str. 125). Tako je o značenju vlastite bolesti napisao u svojoj *Filozofskoj autobiografiji*: „Sve odluke u mom životu bile su djelomice uvjetovane osnovnom činjenicom mojega postojanja. Bio sam organski bolestan od djetinjstva.“ (Jaspers, 1984., str. 12)

U egzistencijalnom strahu uzrokovanom dijagnozom i prognozom, praćenom mislima o smrti i sumnjama u budućnost, bolest je vjerojatno utjecala i na njegovu odluku da se nakon tri semestra studija prava prebaci na studij medicine. Sam je naveo razlog: „… jer mi je među praktičnim zanimanjima bila najpoželjnija liječnička profesija.“ Na taj način Jaspersova bolest nije bila tek prepreka životnom putu nego aktivan činilac njegova biografskog i intelektualnog oblikovanja.

Velika utjeha u Jaspersovom životu bila je četiri godine starija supruga Gertruda Mayer, sestra njegova prijatelja Ernsta Mayera (usp. Saner, 1970., str. 24–26). Potjecala je iz ortodoksne židovsko-njemačke trgovačke obitelji. Kao školovana medicinska sestra radila je u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj je kao pacijentica bila smještena i njezina sestra. U njoj je Jaspers pronašao srodnu dušu, a s njom je vidio *egzistencijalnu komunikaciju* – zapravo središnji koncept njegove „filozofije“ (usp. Jaspers, 1984., str. 124).

Gertruda je bila ne samo životna suputnica, nego i intelektualna sugovornica koja je u odlučnim trenucima Jaspersovog filozofskog sazrijevanja bila prisutna i aktivno uključena. Brak s Gertrudom bio je životni laboratorij pojma koji će Jaspers kasnije razraditi kao temeljnu kategoriju relacijske ontologije: “egzistencijalna komunikacija”. Zato je kasnije i tvrdio da autentična komunikacija, kakvu je opisao u *Filozofiji,* nije puka razmjena informacija među dvama zatvorenim subjektima, nego *susret egzistencija* koji transformira oboje – kako onoga koji govori tako i onoga koji sluša.

Nakon što je završio studij medicine, Jaspers je 1908. godine obavio liječnički pripravnički staž na odjelu neurologije Interne klinike u Heidelbergu i istodobno napisao disertaciju pod naslovom *Heimweh und Verbrechen*, ocijenjenu ocjenom „summa cum laude“ (usp. Saner, 1968., str. 139). Od 1909. do 1915. radio je kao volonter-asistent u psihijatrijskoj klinici u Heidelbergu, kretaćući se u intelektualno poticajnom okruženju dr. Franza Nissla (F. Nissl /1860.–1919./ je bio istaknuti njemački neuropsihijatar i neuropatolog, poznat po opisu „Nisslovih tjelešaca“ u neuronima i po suradnji s Aloisom Alzheimerom). Unatoč vlastitim zdravstvenim ograničenjima – ili upravo zbog njih – u tim je godinama skupio intenzivna iskustva u izravnom radu s psihički oboljelim pacijentima.

U intelektualnim krugovima u kojima se kretao posebni dojam na mladoga liječnika ostavio je na njega poznati sociolog Max Weber. Weber je u Jaspersovom sjećanju cijelog života ostao primjerom nadahnjujuće intelektualne osobnosti koja pokazuje da je filozofska ozbiljnost moguća i izvan akademske kuće: Weber je bio sociolog, pravnik, ekonomist i politički mislilac koji je strogost empirijskog istraživanja spajao s žarkom egzistencijalnom brigom za smisao i odgovornost u modernom dobu.

Na poticaj nakladnika Ferdinanda Springera Jaspers je 1913. napisao i objavio svoje djelo *Allgemeine Psychopathologie: Für Studierende, Ärzte und Psychologen* (Opća psihopatologija), koje je objavio kao habilitacijsku radnju pod vodstvom filozofa profesora Wilhelma Windelbanda, a koje je postalo klasik i do danas obilježava psihijatrijsku metodiku. Revolucionarno novo u Jaspersovom pristupu psihopatologiji bilo je sustavno razlikovanje između dvaju temeljno različitih metodskih pristupa psihički oboljeloj osobi: „objašnjavanje" (*Erklären*) i „razumijevanje" (*Verstehen*).

Objašnjavanje znači kauzalno-prirodoznanstvenu metodu: traže se objektivni uzroci i zakonitosti. Neurobiološki procesi, cerebralno-organske promjene, biokemijske disfunkcije – sve to može se objasniti u smislu kauzalnih povezanosti.

Razumijevanje pak znači hermeneutičko-fenomenološki pristup: pokušava se osjetiti subjektivni svijet doživljaja pacijenta, razumjeti njegovu perspektivu, shvatiti smisaone veze njegovih iskustava (usp. Gäbler, 1990./91., str. 18–33). Razumijevanje je bitno komunikativno: ostvaruje se „tijekom osobnih razgovora", a samoprikazi pacijenata temeljni su izvor za razumijevajuće shvaćanje njihovog svijeta doživljaja.

Jaspers je inzistirao na tzv. „biografskoj metodi": proučavao je pacijente ne samo kao nositelje simptoma već kao konkretne osobe sa svojom životnom poviješću, društvenim kontekstom i individualnim iskustvima. Ta metoda – koja danas vrijedi kao samorazumljiva sastavnica psihijatrijske prakse – bila je u tadašnje vrijeme revolucionarna. Ona znači uzeti pacijenta ozbiljno kao osobu, ne samo kao „slučaj" ili objekt znanstvenog promatranja.

Jaspers je u svojoj psihopatologiji inzistirao na razlici između primarnih i sekundarnih simptoma. Primarni simptomi – posebno tzv. „primarne deluzije" kod shizofrenije – ne mogu se razumjeti iz životne povijesti ili osobnosti pacijenta. Oni su „autohtoni" (nastaju sami od sebe), „neshvatljivi", znak za temeljni somatski proces. Tu razumijevanje nalazi svoju granicu. Priznavanje te granice filozofski je za Jaspersa nešto značajno: ono pokazuje da nije sve na čovjeku razumljivo, smisleno, komunikativno pristupačno. Postoje područja gdje nailazimo na neshvatljivo – i priznavanje toga pripada poštenju psihijatra i filozofa.

Činjenica je da ono što razlikuje Jaspersov pristup od „somatske" orijentacije psihijatrije njegova vremena jest prije svega uvjerenje da se duša, za razliku od predmeta prirodnih znanosti, ne može samo „objasniti" (*erklären*), već u svojoj središnjoj dimenziji jedino „razumjeti" (*verstehen*). Mentalni fenomeni nemaju jasan jedni uzrok; oni tvore složene kontekste značenja koje treba tumačiti – a to postaje jasno posebno u onim patološkim stanjima u kojima razumijevanje dosiže vlastite granice.

Takav pristup prema Jaspersu ima ozbiljne posljedice za terapijski odnos, jer od zdravstvenog djelatnika zahtijeva da ozbiljno shvati pacijentovu samoprezentaciju, da se stavi na njegovo mjesto, da ga sluša i razgovara s njim – i to ravnopravno. Ideal je razgovor u kojemu liječnik ne samo da bolje razumije pacijenta, nego i sam sebe. Na taj je način Jaspers paradigmu odnosa zdravstveni radnik – pacijent pretvorio u paradigmu onoga što će on, kao filozof, nazvati „egzistencijalnom komunikacijom" (usp. Gäbler, 1990./91., str. 18–33).

Sposobnost razumijevanja svijeta bolesne osobe – bez obzira na njezino podrijetlo i status – od zdravstvenih djelatnika zahtijeva, prema Jaspersu, „sosobnost promjene", transfomaciju (*Wandlungsfähigkeit*) od zdravstvenih radnika, kako se s velikom zahvalnošću prisjetio u pismu Fraenkelu od 1. lipnja 1934.: „Tijekom desetljeća vjerojatno sam ponekad razmišljao o tome što zapravo djeluje u vama, a danas to još ne znam. Činilo mi se kao da imate fantastičan kapacitet za transformaciju u odgovoru na probleme pojedinog pacijenta. […] Čini mi se da postoji sjajan stil – sasvim drugačiji od psihijatrijske empatije i psiholoških razmišljanja – u načinu na koji ste se uronili u raznolikost svijeta. […] Ali ako netko želi pitati što je sam gospodin Fraenkel koji je tu za gotovo svakoga u toj sposobnosti transformacije, dolazi do točke kroz koju su sva vaša djela tako divno oplemenjeni: vaša rasipna dobrota, izvorna snaga srca." (Weidmann, 2004., str. 119–154)

To što Jaspers i u zreloj filozofskoj dobi, tridesak godina nakon susreta s Fraenkelom, opisuje njegovu *dobrotu* i „iskonsku snagu srca" kao temeljni činilac koji je učinio susret iscijeliteljskim – a ne medicinsko znanje ili terapijsku vještinu – svjedoči o dubokoj antropološkoj uvjerenosti: da je liječenje u krajnjoj liniji relacijski, a ne tehnički čin.

Godine 1916. Jaspers je postao profesor psihologije na sveučilištu u Heidelbergu. Svojim drugim opsežnim djelom, *Psychologie der Weltanschauungen* (Psihologija svjetonazora, 1919.). Zasigurno i tim opsežnim djelom Jaspers je ne samo dao važan doprinos uspostavljanju psihijatrije kao ozbiljne medicinske discipline koja se smjestila između prirodnih i humanističkih znanosti, nego je otvorio pristup filozofiji (Gäbler, 1990./91., str. 25).

Jaspers je 1922. godine izabran za redovitoga profesora filozofije – na veliko nezadovoljstvo mnogih profesionalnih (školovanih) filozofa koji su taj prijelaz iz medicine u filozofiju doživljavali kao nezamislivo prelaženje granica znanstvenih disciplina. Jaspers je kao liječnik postao filozof.

U kasnijim se djelima Jaspers rado navraćao na teme izravno vezane uz medicinsku praksu: na kritiku psihoanalize, na temu liječnik i pacijent, na ideju liječnika te na liječnički poziv u tehničko doba. Svi ti tekstovi objavljeni su pod naslovom *Der Arzt im technischen Zeitalter*, što je snažan indikator da Jaspers odlaskom u filozofiju nije smatrao medicinsku dimenziju svoga misaonog angažmana zaključenom, nego da se filozofija i medicina uzajamno prosvjetljuju i da praksa medicine postavlja neka od najdubljih pitanja s kojima se filozofska antropologija može suočiti.

Godine 1931. Jaspers je objavio kulturno-kritičko djelo *Die geistige Situation der Zeit* (Duhovna situacija vremena), u kojemu je analizirao tri karakteristična pokreta svoga vremena: marksizam u sociologiji, psihoanalizu u psihologiji i teoriju rase u antropologiji. Prema njegovu mišljenju, sva tri pokreta bila su dogmatska, zbog čega je zauzeo čvrst stav protiv njih (Jaspers, 1931., str. 132). Godinu dana kasnije uslijedilo je njegovo trotomno glavno djelo o egzistencijalnoj filozofiji pod naslovom *Philosophie* (Filozofija, 1932.: sv. 1. *Philosophische Weltorientierung*; sv. 2. *Existenzerhellung*; sv. 3. *Metaphysik*).

Filozofija se Jaspersu nikada ne pojavljuje kao doktrina, nego kao „vježba“ (kako je to izrazila njegova učenica Jeane Hersch): ne može se poučavati, može se samo *filozofirati*. Prema tome, filozofija (u smislu Jaspersovog mišljenja bolje: filozofiranje) treba shvaćati u smislu Hegelove slike kao let Minervine sove koja “svoj posao“ započinje tek u sumrak, gdje je duh nakon duge povijesti došao do svijesti o sebi. Nadovezujući se na to, Jaspers filozofsko mišljenje shvaća kao u svojoj osnovi metaforičko i proročko, kao mišljenje koje u sadašnjosti želi gledati unatrag, ali i unaprijed (usp. Jaspers 1919., str. 2 i sl.). Stoga Jaspers svoju filozofiju ne promatra kao sustav, ne kao čvrsti poredak, nego kao mogućnost koja se ne smije apsolutizirati. Jedini cilj pravog mislioca jest potaknuti na su-mišljenje.

Nadalje, filozofiju (zapravo filozofiranje) treba shvatiti kao prekograničnо razmišljanje – nadilaženje, transcendiranje – koje pojedinac mora sam provesti. To se razmišljanje nikako ne bi smjelo, kao što je uobičajeno u akademskoj filozofiji, učvrstiti u teoriji, nego živjeti kao eksperimentalna (egzistencijalna) filozofija. Tu *graničnim iskustvima* (poput bolesti, patnje, straha od smrti) pripada središnja uloga.

Bit Jaspersove filozofije može se izreći u dvije misli: „filozofirati znači učiti umirati“ i „u neuspjehu doživjeti bitak“. Tako njegova filozofija ništa ne želi ostaviti zaboravljenim; poziva da se osobno uđe u bazen tradicije, u tok i kretanje misli, a da se u konačnici ostane sam. Njezina je zadaća pozvati na samoću. Tu je njezina snaga i njezin paradoks: da se u samoći traži Istina koja povezuje. Snaga istine takve filozofije izvire iz iskustva nužnosti zajedničkog izvora komunikacije (usp. Koprek, 1986., str. 384).

Upravo ta dimenzija – da je Jaspers gradio filozofiju koja se ne da odvojiti od osobnog životnog iskustva, koja uzima ozbiljno granicu, krhkost i konačnost kao mjesta istinskog filozofiranja ali i stalna komunikacija – čini ga nezaobilaznom referentnom točkom svake filozofske refleksije o zdravlju, bolesti i medicinskom odnosu.

1.2 Ideje i izvorišta Jaspersove filozofije

Budući da je svaki mislilac konkretan čovjek koji se brine o sebi samome, pati pod svojim granicama i nalazi život i svijet zagonetnim, filozofija je prema Jaspersu neizbježno ljudski izraz svakoga mislioca. Zato, filozofija koja se odrekne te dimenzije osobne zahvaćenosti postaje prazna forma, akrobatika pojmova bez egzistencijalnog temelja.

Da filozofija mora biti povezana s osobnom pogođenošću, Jaspers izražava čestim upozorenjima da je filozofija „unutarnji stav". Ona je mišljenje „kroz koje se čovjek posvješćuje što jest i što hoće, dohvaća smisao i iz tog izvora dolazi k sebi". Filozofija je prema tome samospoznaja filozofirajućeg koji se brine o sebi samome (usp. Claudius, 2022). Pojmovi u Jaspersovoj misli nisu ono posljednje; oni u njega „postaju i rastu" (Schilpp, 1957 b., str. 82), a s njima i čitavo mišljenje ostaje nemirno i pokretno, skela velike sinteze koja se nikada do kraja ne zatvara.

S druge strane teško je u Jaspersovoj misli povlačiti čvrstu granicu između filozofa i čovjeka – ta granica za njega uopće nije bitnoga značenja. Njegova misao teče, nemirna je, ponavlja se i ostaje otvorena. Filozofija se ovdje pokazuje ne kao dovršeni sustav koji se predaje iz generacije u generaciju, nego kao živi proces kojemu je mislioc uvijek u središtu te samim time uvijek u opasnosti da izgubi i pronađe samoga sebe.

Da bismo bolje razumjeli razvoj Jaspersove filozofije, korisno je najprije se pozabaviti njezinom namjerom i predstaviti njezine temeljne teme u njegovim glavnim djelima i djelima koja se odnose na medicinsku praksu. Jaspersova središnja briga bila je ukazati na uvjetovanost ljudskog postojanja. Filozofija, kako je Jaspers razumije, ne kreće se u području postojeće činjeničnosti; umjesto toga, to je izlazak na otvoreno, nezaštitićeno, koje ne nudi čvrsto uporište. Zato Jaspers ne shvaća svoje filozofiranje kao profesiju ili ideal nego – rijetkim i preciznim rječnikom – kao „brigu o sebi samome" i „htijenje postati sobom". U središtu njegova mišljenja stoji čovjek „kao sve-obuhvaćajuće, sve-otvoreno, kao najveća mogućnost i najveća opasnost u svijetu, kao iznimno biće bitka koji se u njemu objavljuje" (Jaspers, 1996 c., 408).

Taj opis čovjeka nije romanticizirana slika nego dijagnoza: čovjek je jedino biće koje može uništiti ne samo sebe nego i mogućnost samoga filozofiranja. Jaspersova filozofija stoga nije prigodna apologija humanizma; ona je ozbiljna i često tjeskobna refleksija o tome što znači biti ljudsko biće suočeno sa slobodom, krhkošću i neizbježnom konačnošću.

Ako je čovjek pravi subjekt filozofiranja, onda i filozofija mora biti konkretna i *praktična*. Filozof za Jaspersa – koji sebe u pismu Hannahi Arendt označava kao „sjevernonjemački ledeni blok" – ne smije biti neutralni statist ili svijetu otuđeni utopist, nego mora u pravom smislu biti pogođen životom. Zato je cilj filozofskog mišljenja dovesti čovjeka do samoprisutnosti vlastitoga bića i time do nečega što se ne može iznuditi.

Jaspers svoje mišljenje razumije kao prirodnu i nužnu „nepristranu *sintezu*" pomoću principa koji u svojoj širini može primiti sve što je u bilo kojemu smislu istinito. Kod ove „nepristrane sinteze" ne radi se primarno o povijesnoj sintezi nužnoj za sadašnjost, nego prije svega o fundamentalnoj terapiji – integraciji identiteta. Filozofija nastoji izliječiti rascijepljenost čovjeka koji je zaveo sam sebe dozvolivši da ga jedna parcijalna perspektiva potpuno ovlada.

Napokon, Jaspers shvaća svoju filozofiju kao poseban put k *otvorenom* mišljenju, kao „odvažnost radikalne otvorenosti". U pogovoru drugom izdanju svoje *Filozofije* (1955.) označava svoje mišljenje kao „filozofiju slobode i ujedno bezgraničnog komunikacijskog htijenja" koja nadilazi svaki „-izam" – nihilizam, totalitarizam, dogmatizam, formalizam – i svaku isključivost. U tom kontekstu bi se Jaspersova filozofija mogal shvati kao "filozofija egzistencije" a ne "egzistencijalizam" (čak ne niti "egzistencijalistička filozofija").

Filozofija je za Jaspersa prostor „u kojemu se posvješćujemo o onome iz čega živimo, – što zapravo jest, – po čemu jesmo, – što nam je bezuvjetno, – u kojoj odluci se temeljimo" (usp. Jaspers, Ph II., 1973., str. 411).

Jaspersu je bilo bitno i pozivanje na „vječno filozofiranje". Da bi pojasnio što se time misli, piše: „Filozirajući razlikujemo orijentaciju u svijetu kao istraživanje objektivne stvarnosti, razjašnjenje egzistencije kao apel na samo-bitak i metafiziku kao traženje transcendencije. Istinski bitak nalazimo međutim samo tamo gdje se ta tri načina bitka – svijeta, egzistencije i transcendencije – za nas bez nejasnoće isprepliću u jedno, tako da nijedno nije bez drugoga." Ta filozofija s pravom nosi časno ime *philosophia perennis* (Jaspers, Ph I., 1973., str. 284).

Pojam *philosophia perennis* prvi je upotrijebio 1540. godine papa Pavao III., a njime je obuhvaćena metafizika koja prepoznaje božansku stvarnost u temelju svijeta stvari, života i umova; psihologija koja u duši pronalazi nešto slično ili čak istovjetno toj božanskoj stvarnosti; etika koja čovjekov konačni cilj vidi u spoznaji imanentnog i transcendentnog Temelja svega bitka. Time što Jaspers svoje mišljenje svjesno stavlja u zapadnu tradiciju jedne *philosophiae perennis* – kojoj je stalo do cjeline, a što Jaspers izražava pojmom *das Umgreifende* (sveobuhvatno) – jasno pokazuje da se želi filozofski baviti vječnim pitanjima: što je svijet, što je čovjek, što je Transcendencija. Metoda kojom se traži odgovor na ta pitanja za njega je bitno fenomenološka.

Jedinstvenost Jaspersova filozofskog profila valja prepoznati upravo u napetosti antinomija koje ga određuju: on je moralist koji ne vjeruje u krutost moralnih normi; istodobno iracionalan, a ipak onaj koji priznaje općenitost racionalnosti; monist u pogledu na Jedno, a ipak pluralist u razlaganju toga mišljenja; prosvjetitelj, a ipak mislilac koji se predao vjeri i koji je vjeru životom potvrdio; nemiran, a ipak onaj koji iza svega podvojenog u miru traži Jedno; pasivan u primanju onoga biti-sebi-poklonjen, a ipak aktivan u onome što omogućuje egzistenciju. Jaspers, kao i njegova misao, ostaje sve i ništa, antinomički mislilac, prazan i sveobuhvatan. Ta beskonačna napetost nije slabost njegova mišljenja nego njegova najdublja čvrstina: jedino mišljenje koje ozbiljno uzima slobodu čovjeka mora samo po sebi ostati otvoreno prema različitim mogućnostima i ne zatvarati se ni u jedan jedini odgovor.

1.3 Metoda i izvori Jaspersove filozofije

Da bi znanstveno shvatio praksu liječenja, Jaspers je već kao psihijatar smatrao da je potreban novi metodološki pristup, koji je pronašao u fenomenologiji poznatog filozofa Edmunda Husserla.

Kao i u Husslerlovim ranim spisima, Jaspersova fenomenologija je ponajprije deskriptivna: ona služi opisivanju i uređenju mentalnih stanja što slobodnije od predrasuda i teorijskih pretpostavki. Tako za Jaspersa ne može postojati jedinstveni teorijski sustav u psihopatologiji kakav je moguć u prirodnim znanostima. Sve teorije su „neizbježne pogreške“ koje se moraju dogoditi da bi bile prevladane, jer „sva dogmatika paralizira otkrića“ (Jaspers, 1947., 828 sl.). Psihopatološka perspektiva bez fenomenološke podloge neizbježno svodi bolesnika na skup simptoma, ostavljajući po strani ono što je za terapeutski susret najvažnije: subjektivni doživljajni svijet pacijenta.

Upravo tu Jaspersova primjena fenomenologije na psihijatriju postaje metodološki zaokret koji nadilazi uske okvire jedne discipline i postaje tvrdnja o naravi čovjeka kao bića čija unutarnjost nije transparentna ni samome sebi, a kamoli izvanjskom promatrachu.

Glavni razlog Jaspersovog kritičkog stava prema sustavima nije samo u objektu psihologije i samoj psihopatologiji nego u čovjeku kao *slobodnom* biću. Jaspers razumije svaki ljudski iskaz kao pojavu nepoznate, beskonačne cjeline. Njegova psihologija želi poštovati „beskonačnost (slobodu) svakog pojedinca" i održati ga slobodnim od bilo kakvog „teoretskog silovanja" – suprotno od metode psihoanalize Sigmunda Freuda.

Pozivajući se pritom i na misao Wilhelma Diltheya Jaspers oštro luči razliku između *objašnjavanja* i *razumijevanja* (*Erklären – Verstehen*). Poznata je Diltheyeva formula u kojoj je sažo suprotstavljene metode prirodnih i humanističkih znanosti: „Objašnjavamo prirodu, razumijemo život duše."

Jaspers je na tragu te distinkcije razlikovao *statičko* ili sadašnje razumijevanje – opisivanje, razgraničenje, imenovanje – i *genetsko* razumijevanje. Genetski razumijemo kako duša izlazi iz duše. Psihologija koristi oba pristupa: objašnjava i razumije. Jedino bitno je da je jasno koja je metoda naznačena za koji objekt i koji aspekt. Objašnjava se, primjerice, sve ono za što se smatra da je uzrokovano izvan psihičkog ili organskog.

Iako ne postoje ograničenja za objašnjenje, razumijevanje je ograničeno granicama empatije i simpatije. Te se granice moraju uvijek iznova širiti, posebno za psihijatra koji ima veze s otuđenim i stoga često stranim mentalnim iskustvom i ponašanjem svojih pacijenata: „Ali zdrava osoba, čija se duša otvorila na granicama, psihopatološki istražuje što je on sam u smislu mogućnosti." (Jaspers, 1913., str. 658)

Razumijevanje dostiže svoju granicu u primarnim simptomima koji su, kako je tu pokazao, neshvatljivi iz životne povijesti pacijenta i koji svjedoče o tome da u čovjeku postoje dimenzije koje neće biti nikada dostupne nikakvoj hermeneutici. I to prizna vanje granice nije kapitulacija, nego znak intelektualne poštenosti.

Psihologija se uvijek bavi temama i problemima koji nadilaze vlastiti horizont i interes. Jaspers je bio svjestan te opasnosti i u predgovoru četvrtom izdanju *Filozofije* (1954.) protumačio je svoje rane radove samo kao prijelazno djelo na svom tada još uvijek nesvjesnom „puta prema filozofiji" (Jaspers, Ph I., 1973., str. XVIII). Tražio je filozofiju koja je bila više od empirijske psihologije činjeničnih svjetonazora, ali i manje od „proročke filozofije": „Moj interes nipošto nije bio samo psihološki za stvarnost svjetonazora, već filozofski za istinitost tih svjetonazora." (Jaspers, Ph I., 1973., str. 53.)

Taj prijelaz od psihologije prema filozofiji nije bio nagao preokret nego organski razvoj koji je bio moguć jedino zato što je Jaspers od samoga početka svog psihijatrijskog rada postavio pitanje koje nadilazi empirijsku kliniku: što je čovjek u svojoj cjelini i što znači ono neshvatljivo koje se javlja u patnji? Tom pitanju nije mogao odgovoriti ni jedan psihijatrijskii sustav – odgovor je mogao doći samo od filozofije koja se usudiši suočiti s konačnošću i granicom.

Kao poznavatelj i ljubitelj Platonovih dijaloga, Jaspers je uvijek imao siguran instinkt za činjenicu da postoje neki aspekti filozofiranja koji se ne mogu shvatiti strogom znanstvenom metodom. Shvaćao je da Platon nije uzalud odabrao književnu formu dijaloga: dijalog nije tek pedagoška tehnika nego ontološki iskaz o naravi filozofske istine, koja se ne pojavljuje kao rezultat deduktivnog zaključivanja nego u napetosti susreta dvaju slobodnih umova. Poznata je izreka Johanna Gottlieba Fichtea: „Kakvu filozofiju odaberete, ovisi o tome kakva ste osoba.“ (Fichte, 1966., § 5) Međutim, netko ne bira samo određenu filozofiju na temelju vlastite osobnosti; on bira određenu filozofiju s kojom se poistovjećuje i bavi tako da oblikuje i profilira vlastitu ličnost. Taj hermeneutički krug – u kojemu osobnost određuje filozofski izbor, a filozofski izbor zauzvrat oblikuje osobnost – Jaspers nije doživljavao kao zamku nego kao temeljnu značajku duhovnog odrastanja.

U svojoj filozofiji, kakvu je kao profesor filozofije na sveučilištu u Heidelbergu prenosio studentima, Jaspers se najprije pozivao na nekoliko filozofa koji su mu bili uzori. Najprije dva filozofa koje je predstavio kao „dva pokretača“: Sørena Kierkegaarda i Friedricha Nietzschea (usp. Jaspers 1919., str. 2 i sl.).

Kierkegaard je prema Jaspersu proveo kritiku vremena koja je i danas aktualna: prepoznao je kako je epohalna bolest modernoga čovjeka u estetiziranom bijegu od osobne odgovornosti i egzistencijalne ozbiljnosti. Jaspers je shvatio da je, ne poznajući tu kritiku, i Nietzsche nekoliko desetljeća kasnije postavio istu dijagnozu – ali vlastitim rječnikom i vlastitom radikalnošću. Obojica se slažu u tome da njihovo vrijeme pati od teške bolesti. Uvjereni su da u toj situaciji mišljenje mora poticati i sadržavati egzistencijalne momente. Obojica su za Jaspersa mislioci „unutarnjeg djelovanja“ (*inneren Handelns*). Obojici se filozofija činila kao pledoaje za angažirano mišljenje koje pojedinca želi uputiti na njegov pravi temelj.

Iako se Jaspers slaže s dijagnozom vremena koju su dala oba filozofa, ipak odbacuje njihovu terapiju, jer su kod Kierkegaarda objavljena religija i kod Nietzschea bezbožnost samo oblici ne-filozofije. Ni objavljena religija ni bezbožnost ne mogu ispuniti zadaću filozofije jer ne izmiču opasnosti dogmatizma. A zadaća filozofije je oslobođenje.

Oba mislitelja samo su dorvršila kritiku „kantijanizma“, ali nisu izšli u *prostore slobode*: Kierkegaard svojim briljantnim napadom na reflektivnu filozofiju spekulativnog idealizma, a Nietzsche svojom kritikom platonizma i kršćanstva. Oba su samo stvorila pretpostavku da se metodološkoj svijesti kantijanizma suprotstave pojmovi *život* i *egzistencija*.

Već smo ukazali na činjenicu da se bez Husserlove fenomenologije Jaspersovo mišljenje može samo nedostatno razumjeti. Iako između njih jedva da je bilo kontakata, Husserl je Jaspersa smatrao svojim učenikom. Na Jaspersovo pitanje u jednom razgovoru što je zapravo fenomenologija, Husserl je odgovorio: „Vi izvrsno provodite fenomenologiju u svojim spisima. Ne morate znati što je to ako to činite ispravno. Samo nastavite tako.“ (Jaspers, 1951 a., str. 328) Jaspers je s Husserlom podijelio shvaćanje da ljudska spoznaja nije puko statičko gledanje nego *intencionalno* kretanje. Unatoč ovoj sličnosti u mišljenju, Jaspers se distancira od Husserlovih zaključaka jer je u nastojanju da se filozofija provodi kao znanost i u Husslerlovom pozivu „k samim stvarima“ prepoznao kobnu dvosmislenost. Zato on nije želio provoditi fenomenologiju kao „motrenje biti“ nego je shvaća kao poziv na *unutarnji život* koji reagira na životne situacije. „Biti kod stvari“ za Jaspersa znači „ne biti kod nekog predmeta, nego kod sebe samoga.“ U tom smislu on ne provodi fenomenologiju kao teoriju spoznaje, nego u prvome redu kao etiku.

Već smo ukazali i na blisku vezu između Jaspersa i M. Webera. Ona se može prepoznati i po tome da se sve središnje teme koje je Weber obradio pojavljuju i kod Jaspersa: politika, znanost, religija, a osobito osobnost. Jaspers je uvijek iznova isticao da je Weber u svojoj osobi i u svom djelu primjerno uprisutnio nadilaženje filozofije preko puke znanosti: raskrinkao je zabludu da se kroz empirijsku disciplinu – primjerice u nacionalnoj ekonomiji i sociologiji – može otkriti i dokazati što treba činiti. U svom komemorativnom govoru o Weberu Jaspers je zapisao: „U svijetu u koji ulazimo, u vremenu masovne akumulacije i masovne vladavine moći, iskoristivosti svega, iscrpljujuće bijede i banalne sreće, ponovno će biti zadaća da pojedinac filozofski traži svoju istinu.“ (Jaspers, 1088., str. 89) Weberov životni angažman bio je za Jaspersa ne samo intelektualni uzor nego i egzistencijalna provokacija: može li se biti intelektualac bez bezuvjetne predanosti istini? Nezadovoljan školsko-filozofskim mišljenjem svojega vremena, Jaspers je tražio pristup misliocima prošlih epoha. Pri tome ga je vodilo uvjerenje da duhovni svijet koji nije naklon filozofiji – tj. samostalnom razmišljanju – ima zadaću „barem svjedočiti o filozofiji, usmjeravati pogled na velike filozofe, sprečavati zamjene, u mladima ohrabrivati smisao za pravu filozofiju“ (Jaspers 1957 b., str. 24).

Bavljenje poviješću filozofije Jaspers nije shvaćao kao „antikvističko poznavanje“ ili „razumijevajuće motrenje“, nego kao *prisvajanje* (*Aneignung*) (Jaspers, 1931., str. 111). *Prisvajanje* pretpostavlja osobnu zahvaćenost: nije riječ o tome da se mislioca smjesti u povijesni muzej i tumači u čistim historiografskim kategorijama, nego da se s njim stupi u živi dijalog, da se od njega uči – i da se s njim, po potrebi, i razilazi. Koje su filozofe Jaspers prisvajao ponajviše, govori i ovaj njegov popis: „Naše filozofiranje ukorijenjeno je u tradiciji slobodnog mišljenja proteklih tisućljeća. (…) Spominjem uzvišena imena: Kant, filozof naprosto, ni s kim drugim usporediv u plemenitoj prometnosti pomišljene čovječnosti, koja se objavljuje kao čistioča i oštrina njegova beskonačno pokretnog mišljenja, kroz koje se ne može doprijeti ni do kakvog temelja; Plotin, Bruno, Spinoza, Schelling, veliki metafizičari kao stvaratelji snova koji postaju istina; Hegel, u svom bogatstvu sagledanih sadržaja koje jedinstvenom jezičnom snagom u konstruktivnom mišljenju dovodi do izraza; Kierkegaard, u korijenu potreseni, čija iskrenost pred ništa filozofira iz ljubavi prema bitku kao drugom mogućem; W. von Humboldt, utjelovljenje njemačke *humanitas* u širini velikog svijeta; Nietzsche, psiholog i nemilosrdni razotkrivač svih obmana, koji je usred svojeg nevjerničkog svijeta postao vidjelac povijesne supstance…“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 269.) Ta galerija velikih mislioca nije Jaspersov olimp neporecivih autoriteta; ona je karta duhovnih orijentira koji su mu pomagali da se ne izgubi u beskonačnosti mogućnosti.

U nastojanju da prisvoji filozofsku tradiciju i provede „revoluciju načina mišljenja“, Jaspers se poistovjetio s I. Kantom. Na temelju svoje recepcije Kanta Jaspers je smatrao sterilnim svako mišljenje koje se bavi samo sobom. Filozofija i znanost – koje su različite i uzajamno ovisne – prema njegovu shvaćanju ne trebaju proizlaziti iz nekih dokonih spekulacija nego iz iskustva. Jaspers često i rado koristi pojam „iskustvo“ da bi izrazio koliko je iskustvo važno za mišljenje: „Filozof, spreman i otvoren za svoju sudbinu, gladan je svijeta; on ga nastoji poznavati kao prirodu i u širini historijske objektivnosti, iskusiti ga u faktičnoj, povijesnoj konkretnosti svojega vlastitog opstanka.“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 327)

U svom mišljenju Jaspers se daje odrediti gledanjem i osjećanjem, jer je za njega mislilac onaj koji želi gledati i osjećati, onaj koji se daje poučiti. Znati i moći razlikovati između onoga što znam i onoga što ne znam – oslobađa, dok svaka lažna sigurnost zarobljava. Otuda i naglasak na *granicama* kao konstitutivnom elementu Jaspersove filozofije: nije važno samo što znam nego gdje moje znanje dostiže rub i što mi se tamo otvara.

Upravo taj stav Jaspers sažima u jednoj od svojih najljepših filozofskih prispodobi: „Nakon što se filozof na sigurnom tlu kopna orijentirao u realističkom iskustvu, u pojedinim znanostima, u nauku o kategorijama i metodama – i na granicama te zemlje prešao svijet ideja u mirnim putanjama, on konačno lepršа na obali oceana poput leptira, težeći van na vodu, tražeći brod kojim bi mogao krenuti na istraživačko putovanje k iskustvu Jednoga, koje mu je u njegovoj egzistenciji prisutno kao transcendencija. On traga za brodom – metodom filozofskog mišljenja i filozofskog vođenja života, brodom koji vidi i nije konačno dostigao, tako se trudi i možda čini najčudnije lelujave pokrete. Mi smo takvi leptiri, i izgubljeni smo ako napustimo orijentaciju na čvrstom kopnu. Ali nismo zadovoljni tamo ostati. Stoga je naše lepršanje tako nesigurno i možda tako smiješno za one koji sigurno sjede na čvrstom kopnu i zadovoljni su – shvatljivo samo onima koje je obuzeo nemir. Njima svijet postaje polazna točka za onaj let na kojemu sve ovisi, koji svatko mora poduzeti iz vlastitoga iskustva i odvažiti se u zajednici, a koji kao takav nikada ne može postati predmet pravog nauka.“ (Jaspers 1950., str. 126)

Slika leptira koji ne može ostati na kopnu, a ne može ni preživjeti na otvorenom oceanu, filozofska je slika Jaspersovog razumijevanja same filozofije: ona se ne smješta ni u sigurno područje empirijske činjeničnosti ni u zatvorenost nekoga sustava, nego lebdi *na granici* – trajno nestabilna, trajno se pokreće dalje, a ipak neopozivo upućena prema Transcendenciji kao horizontu koji privlači i koji se ne daje zaposjedti.

Ono što je dakle Jaspers zacrtao u biografskoj skici svoga misaonog puta u prethodnom poglavlju – život između bolesti i zdravlja, između ograničenosti i mogućnosti, između tjeskobe i slobode – ovdje se očituje kao filozofski program: “egzistencijalna filozofija” koja čovjeka ne uzima kao školski problem nego kao živu zagonetku, i koja smrt, patnju i neuspjeh ne zaobilazi nego u njima – u tzv. “graničnim iskustvima” – prepoznaje najdublja mjesta filozofske zbilje.

1.3.1 Filozofija kao terapija

Iz dosad rečenoga postaje jasno da je središnja briga zadana Jaspersovim načinom mišljenja *pojedinačni čovjek*. „Kad se držimo čovjeka, onda imamo ono što nam je dostupno, što nas se tiče, imamo sve što jest." Tu izjavu Jaspers međutim odmah ograničava: „To zvuči za trenutak uvjerljivo, a ipak je puno zablude." „Što je čovjek?" provokativno je pitanje koje odmah nagoni na sljedeće: „Što je bitak?" – a ta su dva pitanja za Jaspersa usko povezana. Sažeti odgovor glasi: čovjek nije samo proizvod svoje psihofizičke prirode i nije samo postavljanje svojega mišljenja. On je doduše sve to, ali uvijek još više. To više (plus) zove se *egzistencija*. To "više" o kojem govori nije ni mistika ni bijeg od empirije: on je upravo ono što Jaspersu omogućuje da govori o čovjeku a da ga ne svede ni na psihofizički organizam ni na čistu spoznajnu funkciju. Egzistencija je ono što čovjeka čini čovjekom: nepredmetna, slobodna i odgovorna jezgra osobnosti koja se ne može izvana analizirati poput nekog predmeta, nego jedino od iznutra proživjeti, osvijetliti i na kraju ne spoznati nego *biti*.

Jaspers pokušava ekstremna rješenja subjekt-objekt-relacije – naime pragmatički objektivizam i idealistički subjektivizam – vratiti u unutarnjost pojedinca. To obratno misaono kretanje on naziva „filozofskom temeljnom operacijom" (*philosophische Grundoperation*). Ta operacija sastoji se u tome da se svako predmetno, a time nužno parcijalno znanje transcendira prema vječno uzmićućem horizontu bitka: u predmetima nepredmetno misliti, u mišljenju skočiti preko vlastite sjene, s razumom ići preko razuma, izvor iz kojega se živi podići u jasnoću, misleći se iz mišljenoga pronalaziti sam bitak. Naime, Jaspers želi na nov način razumjeti relaciju *mišljenja* i *bitka* time što se obračunava s racionalističkim pokušajem rješenja oca moderne filozofije Renéa Descartesa, koji je završio strogim dualizmom odnosa duh-tijelo. Ta je „temeljna operacija" u svom središtu filozofska terapija: ona čovjeku ne pruža novi sustav odgovora, nego mu vraća sposobnost da se suoči s pitanjima koja su ispod razine svakog objektivnog znanja – pitanjima o smislu, slobodi i bitku vlastite egzistencije.

Descartes je za Jaspersa bio filozof koji je postavio najvažnija pitanja novovjekn e filozofije. „Dođe li se od filozofskih spisa stoljeća koje mu (Descartesu) prethodi k njemu", piše Jaspers u predgovoru njemačkom prijevodu *Rasprave o metodi*, „kao da se ulazi u drugi svijet: savršena jasnoća, disciplina misaonog hoda, tvrdokorno držanje stvari, radikalno pitanje. Još i danas doživljavamo očaranost Descartesovim spisima kad ih prvi put upoznajemo.

Za studij filozofije oni su nezaobilazni.“ (Descartes, 1948., str. 5) Jaspers se složio s time da je s Descartesom započeo novovjekovni pomak prioriteta od bitka prema svijesti. No, unatoč visokom vrednovanju Descartesovog filozofskog pristupa – koji Jaspers shvaća kao borbu za jasnoću mišljenja – ipak se distancira od sadržaja toga mišljenja, koje stoji u opasnosti da se zaglavi u formalnim dedukcijama čistoga racionalizma. „Racionalizam je tip duha koji ostaje u ograničenom i ograničivom, u fiksirajućem i konačnom, koji razumom sve hvata i preko toga više ništa ne vidi. Beskonačnosti se doduše teoretski misle, ali se ne doživljavaju.“ (Jaspers, 1919., str. 307) Descartesov racionalizam za Jaspersa „sa zbiljnošću života, s iskustvom, s bitkom na kraju jedva još išta ima zajedničko“ (Jaspers 1956., str. 81). Ono što svrhovito racionalističko mišljenje na temelju vlastite samoizabrane askeze i ograničenja izostavlja, za Jaspersa postaje živo u „rapsodičkom mišljenju“ iz duha, primjerice G. W. F. Hegela. Razlika između Descartesovog i Hegelovog mišljenja ne svodi se dakle na razliku između lošijeg i boljeg – oba su za Jaspersa jednostrana, svaki na svoj način. Descartes je ispustio izvornost i životnost iskustva u korist formalnog dokaza; Hegel ih apsorbira u konstruktivni sustav koji na kraju više nema mjesta za nepomirljiv u konkretnost pojedi načnog čovj eka.

Novovjekovno mišljenje, počevši od Descartesa pa do Hegela – dakako uz iznimku Kanta! – prema Jaspersu izgubilo je svoju nužnu referentnu točku, naime pitanje o čovjeku kao osobi: „Što je čovjek?“. Tako se mišljenje „zaglavilo“ u prazninu spekulacije koja je dostigla vrhunac kod Hegela, kod kojeg je cjelina stupila pred jedno, masovni čovjek pred čovjeka kao osobu. Jaspers je ipak tražio uvažavanje oba načina promatranja – i cjeline i pojedinca – ali tako da se čovjek pojavljuje kao „pojedinac u jednoj cjelini“, kao ono što je *das Umgreifende* – sveobuhvatno (usp. Jaspers, 1947., str. 108). Tu je potrebna promjena svijesti.

Velika zasluga u tom nastojanju pripada Kierkegaardovim i Nietzscheovim izvodima koji su potakli primjerenu *egzistencijalnu* svijest. Jaspersova kritička recepcija novovjekovlja time nije historiografska vježba nego dijagnoza bolesti mišljenja: novovjekovna filozofija od Descartesa do Hegela izgubila je iz vida ono što je filozofiji najvažnije – konkretnog, krhkog, slobodnog i smrtnog čovjeka čije egzistencijalne situacije nikakav racionalni sustav ne može adekvatno opisati ni iscrpsti.

Važan rezultat dosadašnjeg razmišljanja je uvid da Jaspers za ozdravljenje poduzima dvije terapije koje mu se čine nužnima i koje treba ponuditi filozofija: terapiju prema unutra i terapiju prema van – *Existenz* i *Vernunft* – koje zajedno tvore nit vodilju za sva njegova razmišljanja.

1.3.2 Tragom pojma "egzistencija"

Pojam „egzistencija", koji Jaspers doslovno preuzima od Kierkegaarda, čini mu se da postiže ono što Hegelova *Fenomenologija duha* nije postigla, naime prevladavanje krize mišljenja. Kierkegaardov protest usmjeren je protiv Hegelova učenja o „apsolutnom duhu", u kojemu se pojedinac ukida. Hegelova središnja relacija jet dijalektika između dijela i cjeline; nasuprot tome, Kierkegaard uvodi pojam *egzistencije* kao estetsko-etičko-religijski znak. Pod tim Kierkegaard podrazumijeva da se pojedino, konačno, odgovorno i grešno stvorenje nalazi pred „ili-ili" apsolutne odluke pred Bogom; da je ono otvoreno biće, *egzistencija*. Biti-egzistencija za Kierkegaarda znači biti doveden u religioznom smislu do čovjekova *sebstva*, koje u trenutku zahvaća vječnost i zapada u krajnje očajanje onda kada izgubi vječno i precijeni vremenito. Egzistencija otvara nov put prema transcendentnom, prema Bogu, ali kao čovjek ipak ostaje pojedinačni individuum koji je odsječak od svojih bližnjih i od univerzuma. Jaspers preuzima Kierkegaardovu središnjuu intuiciju – da se čovjek ne može razumjeti kao slučaj općeg zakona nego jedino kao nezamjenjivi pojedinac sučeljavan s apsolutnom odlukom – ali odbacuje Kierkegaardov religiozni okvir koji tu egzistenciju zatvara u samotni odnos prema Bogu, isključujući dimenziju komunikacije s drugim čovjekom.

Pod Kierkegaardovim utjecajem Jaspers odbacuje ograničavanje termina „mišljenje" na puko teoretsko djelovanje razuma. Razum (*Verstand*) kao „svijest uopće" obuhvaća „sve što nazivamo općevazećim mišljenjem, spoznajom, zorom, namjeravanjem i svrhom". Čovjek kao *egzistencija* nije samo razum. Jaspers stoga pokušava egzistencijalno orijentirano mišljenje, koje se ne određuje primarno prema statičkom pravilu razuma, nego iz *slobode* onoga koji misli. Taj način mišljenja je „mišljenje koje mi jesmo" i postaje više nego što samo jest (Jaspers, 1947., str. 225). U njemu bitak nije odvojen od mišljenja. „Što je za nas 'bitak' bez mišljenja?", pita Jaspers i odgovara: „Očito ništa, jer bitak je za nas uvijek odmah biti-mišljen. Što je 'mišljenje' bez bitka? Ono je ispražnjeno, jer je bez sadržaja. Ono je bez temelja i cilja, jer je bez tla." (Jaspres, 1947., str. 227) Taj uvid nije apstraktna ontološka teza nego praktična uputnica: mišljenje koje se odvojilo od egzistencijalne ukorijenjenosti i vjere draži se u zraku, neproduktivno, sterilno.

Sve bitno zbiljsko jest za čovjeka samo time što on postaje on sam, što njegovo mišljenje postaje njegovim bitkom. Bitak i mišljenje su tek u mislećem čovjeku kao jedinstvo uma i egzistencije jedno. Mišljenje se događa iz *moguće* egzistencije.

„Filozofiranje iz moguće egzistencije“, piše Jaspers, „koje se kroz filozofski život želi dovesti do zbiljnosti, ostaje traganje. Svijest o izvoru tjera k tom izvoru kao samosvjesno traganje, koje pojačava svoju spremuost primiti bitak, gdje god on progovara.“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 25)

Pojam traganja ovdje nije slabost nego najdublja vrjednost: jedino mišljenje koje je stalno u pokretu prema izvoru sposobno je pročistiti se od ideoloških naslaga i ostati vjerno zbilji. Za Jaspersa čovjek koji je prestao tragati izgubio je egzistenciju u najdubljem smislu – možda i dalje funkcionira kao organ ili građanin, ali više nije potpun čovjek.

Opisani način mišljenja, koji Jaspers nasljeđuje od Kierkegaarda i naziva „rasvjetljavanje egzistencije“ (*Existenzerhellung*), treba stvoriti prostor za artikulaciju ljudskog samobivstva. Međutim, on želi voditi, težiti preko samobivstva k drugome i k samom bitku (Transcendenciji). Time se stvara egzistencijalni nemir, jer se mišljenje treba usmjeriti na nešto drugo, na bitak. S jedne strane na bitak kao drugo sebe samoga (egzistenciju), čime se izvršava identitet neidentičnoga; s druge strane na bitak kao radikalno ili apsolutno drugo (transcendenciju), koje više ne dopušta nikakav identitet. “Rasvjetljavanje egzistencije“ nije dakle elaboracija neke psihologije sebstva, nego hod iznad i prema van – od ja prema ti, od ja prema drugome – koji egzistenciju održava otvorenom i ne dopušta da se zatvori u solipsizam.

Biće čovjeka Jaspers naziva „egzistencijom“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 13). Ona je moje biće „ukoliko sebi samome ne postajem objektom“. Svoju filozofiju Jaspers je sam zaokružio sintagmom „filozofija egzistencije“.

Jaspers se pritom odlučno ogradio od Sartreova egzistencijalizma (usp. Jaspers, 1968. b, str. 497): dok je za Sartrea sloboda apsolutna i bez temelja, za Jaspersa je sloboda uvijek sloboda-od-Transcendencije, sloboda koja nosi trag svoga porijekla i time ima svoj smjer. „Sloboda i Bog su nerazdvojivi.“ (Jaspers, 1950., str. 43)

“Filozofija egzistencije” je zapravo ono mišljenje o čovjeku, svijetu i Bogu (Transcendenciji) koje koristi sva znanja ali ih nadilazi, kroz koje čovjek želi postati on sâm. To mišljenje ne spoznaje predmete, nego *razjašnjava i djeluje* u jednom biće onoga koji tako misli. Dovedeno u lebdenje nadilaženjem svakog biće fiksirajućeg spoznavanja svijeta (kao filozofske orijentacije u svijetu), apelira na njegovu slobodu (kao razjašnjenje egzistencije) i stvara prostor njegovog bezuvjetnog djelovanja prizivanjem transcendencije (kao metafizika). Jaspers zaključuje: „Umjesto da spoznam svoju egzistenciju, mogu samo pokrenuti proces pojašnjavanja.“ (Jaspers 1931., str. 160–163)

Ta tri pokreta – orijentacija u svijetu, razjašnjenje egzistencije i metafizika – ne slijede kronološki jedan iz drugoga nego su istodobno prisutni u svakom autentičnom filozofiranju. Ni jedan se od njih ne može trajno fiksirati kao „dovršen“: orijentacija u svijetu uvijek otvara pitanja koja je nadila ze, razjašnjenje egzistencije uvijek nailazi na granice koje je tjeraju prema metafizici, a metafizika stalno vraća filozofa k egzistenciji kao jedinom mediju u kojemu se može doživjeti Transcendencija.

Prema tome čovjek je „*moguća*“ egzistencija, a ne per se egzistencija. Tek u ostvarivanju te mogućnosti on dolazi do sebe. „Što on zapravo jest, to ne iskušava […] u promišljanju sebe samoga, nego u iskustvu svoga samobivstva.“ (Saner, 1970., str. 95) Egzistencija postaje i opet se gubi. Ona je uvijek pojedinačna, nezamjenjiva, povijesna i individualna (isto, str. 97).

Dimenzija „mogućnosti“ nije samo neki filozofski uvid nego najtočniji opis onoga što je Jaspers u vlastitom životu iskusio: egzistencija se ne stječe jednom za svagda u nekom odlučnom trenutku, nego se svakodnevno iznova postavlja u pitanje, svakodnevno iznova gubi i iznova zadobiva. Bolest, patnja i granične situacije – pojmovi koji su za Jaspersa ključne filozofske kategorije upravo jer su i ključne životne kategorije – jesu oni trenuci u kojima ova „moguća“ egzistencija postaje žurno i neizbježno pitanje: hoću li biti ono što jesam, ili ću se prepustiti bolesti, ulozi, sustavu… da odgovore umjesto mene.

„Filozofija egzistencije“ (*Existenzphilosophie*) postavlja, dakle, ljudsku egzistenciju u središte razmatranja. Ona nadilazi predmetnu spoznatljivost i odbacuje apsolutne, fiksirajuće poglede. Čak i znanstvena spoznaja najviše evidentnosti reducira moguću cjelinu. Spoznaja ne postoji „nego samo sistematika znanosti. […] Štogod vidimo, to su aspekti pojava, nije temelj stvari, nije svijet u cjelini.“ (Jaspers 1950., str. 73) Tek svijest o „granicama“ svake spoznaje omogućuje slutnju cjeline, a time i egzistencije (usp. Saner, 1973., str. 96).

Jaspers je svoju „filozofiju egzistencije“ označio i kao „transcendirajuće mišljenje po kome čovjek želi postati on sam“ (Jaspers, 1931., str. 149); kao „bavljenje sobom“ (Jaspers, Ph. I., 1973., str. 270); kao „nutarnje djelovanje“ po kojemu „sami postajemo svjesni onoga odakle živimo – što smo u svojoj konačnici – po čemu smo…“ (Jaspers, PhI., str. XXXV); kao „prisvajanje“ (*Aneignung*), kao razumijevanje i susret s drugim i onim sasvim Drugim, kao više-nego-mišljenje koje čuvajući slobodnim prostor “sveobuhvatnog” (*das Umgreifende*) ne zanemaruje pluralizam pojavnosti istine i ne dopušta diobu od Jednog – Transcendencije (usp. Jaspers, 1960 a., str. 48).

Ti razni nazivi nisu za njega kapriciozna terminološka nestalnost; oni svaki put osvjetljavaju drugu stranu istoga fenomena: egzistencijalna filozofija je istovremeno samospoznaja, praksa slobode, hermeneutika granica i putokaz prema Transcendenciji.

Osjećaj beskonačnog i vječnog posreduje se preko transcendentnosti, transcendiranja. To nije znanstveni ili logički zaključak; to je vjera koju Jaspers naziva „filozofskom vjerom". Filozofska vjera u transcendenciju jet vjera u Drugo, u ono što se ne može objektivirati. Vjera u objektiviranu transcendenciju vodi k dogmi. Egzistencija, kao što je rečeno, nije objektivirajuća: ne može se o njoj govoriti kao da je predmet – kao što se o njoj ne može govoriti ni kao o psihičkom stanju, ni kao o biološkoj činjenici, ni kao o socijalnoj ulozi. Filozofska vjera – za razliku i od dogmatske religioznosti i od ateizma koji niječu transcendenciju – drži otvorenost prema Drugom a da ga ne zarobljuje u niti jednu konačnu sliku. Ona je „stav koji omogućuje filozofija", onaj prostor duhovne otvorenosti u kojemu čovjek može živjeti bez lažne sigurnosti, a opet ne u očajanju.

Jaspers taj stav doživljava ne kao privilegij filozofa nego kao mogućnost svakoga čovjeka koji pristane suočiti se s graničnim iskustvima svoga života.

Da bi objasnio bit "egzistencijalne filozofije" Jaspers uvodi pojam „rasvjetljenja egzistencije" (*Existenzerhellung*), (Jaspers, Ph II., 1973., str. 24 sl.). „Rasvjetljenje" nije definicija ni opis egzistencije s vanjske točke: to je poziv upućen samoj egzistenciji da se iz svoje skrivenosti pokaže u jasnoći. Ono ne pruža novu teoriju čovjeka, nego stvara uvjete u kojima čovjek može postati svjestan sebe samoga u punini vlastite slobode i konačnosti.

1.3.3 „Predmetno" mišljenje nasuprot „egzistenciju-rasvjetljavajućem" djelovanju

"Egzistencijalno mišljenje" je prema Jaspersu proces u kojemu „se sloboda samo-bivstva razumije dok se odnosi na transcendenciju (bitak)". Ono je, dakle, *misleće činjenje* egzistencije, u kojemu se pokazuje *sloboda* onoga koji misli. Do nje se dolazi kroz „unutarnje djelovanje" (*inneres Handeln*) i kroz djelatnost u svijetu, ukoliko je s njom povezano to unutarnje djelovanje (Jaspers, 1947., 352 sl.). Pojam „unutarnjeg djelovanja" ključan je za razumijevanje Jaspersove filozofije upravo zato što razbija uobičajenu pretpostavku da je djelovanje uvijek vidljivo, mjerljivo i usmjereno prema vanjskom cilju. Postoji, tvrdi Jaspers, dimenzija djelovanja koja je posve unutarnja: ono što čovjek u sebi rješava, bira je, opravdava ili odbacuje. To unutarnje djelovanje nije puko razmišljanje; ono je "egzistencijalni čin" koji odlučuje o tome hoće li čovjek ostati pri sebi samome ili se prepustiti silama koje ga od sebe odvode.

U "egzistencijalnom mišljenju" radi se o samobivstvu, o egzistenciji kao posljednjem temelju mišljenja – dakle o nepredmetnom, koje ne može biti predmet pukog znanja. Jaspers karakterizira puko znanje, koje se prezentira kao kategorijalno („predmetno") mišljenje, kao zamračenje bitnoga. Stoga zahtijeva da se u predmetima misli „bespredmetno", da se u mišljenju preskoči vlastita sjena, da dođe do *preokreta* mišljenja. Bespredmetnost međutim nije puka antiteza predmetnosti, nego njeno usavršavanje. „Moja razrada forme mišljenja nepredmetnog", piše Jaspers, „sama ima svoj poriv u volji za maksimalnom predmetnošću." (Jaspers 1957a., str. 793)

"Egzistencijalno mišljenje", kao iz volje za maksimalnom predmetnošću rođena bespredmetna kontemplacija iz temelja egzistencije pojedi načnog čovjeka, sprečava u svim svojim činima – osjećanju, htijenju, djelovanju – materijalizaciju, objektivaciju i fiksiranje mišljenoga. Paradoks o kojemu je tu riječ nije tek filozofska figura stila: on opisuje stvarnu dinamiku iskustva. Potpuna predanost predmetu – bilo da je riječ o znanstvenom istraživanju, o liječničkoj dijagnostici, o filozofskom tekstu – jedino je moguća ako mislećii ne zaboravlja da je on sam uvijek više od svoga predmeta, da postoji dimenzija u kojoj ni jedan predmet nema posljednju riječ. Otuda i Jaspersova tvrdnja da bespredmetnost nije suprotnost predmetnosti, nego njezin uvjet mogućnosti u najdubljem smislu: predmetnost bez egzistencijalne ukorijenjenosti koja je nadilazi postaje opsesija i ideološka fiksacija.

Čak i onda kada mišljenje na granicama, koje samo spoznaje, „propada", ono ipak kao „lebeće" mišljenje doživljava dah novih mogućnosti. Jer čovjek živi iz izvora koji nadilazi empirijski objektivno. Taj izvor njegova bića, koji izmiče empirijskom istraživanju svake vrste i jasan je samo „egzistencijalnom" mišljenju, očituje se prema Jaspersu na pet načina: (1) u nezadovoljstvu koje čovjek doživljava sa sobom, jer u njemu je stalna neprimjerenost njegovu opstanku, njegovu znanju, njegovu duhovnom svijetu; (2) u bezuvjetnom kojemu se podvrgava kao svom pravom samobivstvu ili kao onome što je tom samobivstvu, njemu razumljivo i važeće; (3) u neumornoj težnji k Jednome, jer čovjek nije zadovoljan, on teži k jedinstvu u temelju, jedinstvu koje je jedino bitak i vječnost; (4) u svijesti o neshvatljivom sjećanju, „kao da je bio od početka stvaranja, kao da ima 'suznanost sa stvaranjem' (Schelling), ili kao da se može sjećati sagledanog prije svakog svjetskog bitka (Platon)"; (5) u svijesti o besmrtnosti, koja nije nastavak života u drugom obliku, nego ukinueće vremena u zaklonjenosti u vječnosti, pojavljujući mu se kao put neprekidnog djelovanja u vremenu (Jaspers 1913., str. 635; Jaspers 1948., str. 18 i sl.).

Tih pet očitovanja izvora nisu postulati metafizičke spekulacije, nego fenomenološki opisi konkretnih egzistencijalnih iskustava koja su prepoznatljiva svakomu tko se barem jednom suočio s dubinom vlastite konačnosti. Nezadovoljstvo sa sobom, težnja k Jednome, iskustvo neshvatljivog pamćenja koje prethodi osobnoj povijesti – sve su to doživljaji koji se ne daju objasniti kauzalnim mehanizmima, ali se daju rasvijetliti egzistencijalnom refleksijom. Upravo zato Jaspers smatra da su ti doživljaji filozofski relevantni: naime, oni svjedoče o tome da čovjek nije zatvoren u granicama vlastitog empirijskog ja, nego da u njemu postoji dimenzija koja uvijek premašuje svaki postignuti oblik sebstva i poziva dalje.

Za „egzistencijalno mišljenje“ vrijedi rečenica: „Što mislim, to jesam egzistirajući.“ „Ovo biti jest vjerujući biti: Što vjerujem, to jesam. Egzistencijalno mišljenje je istodobno rasvetljavanje i razvijanje vjere, kroz koju jesam onaj koji jesam. Egzistencijalno mišljenje je struktura te vjere.“ (Jaspres, 1947., str. 354) U egzistencijalnom mišljenju cjelokupni bitak čovjeka izvršava se u *pro-mišljanju*.

Jaspersova izjava – da je egzistencijalno mišljenje ujedno „struktura vjere“ – zahtijeva pažljivo razlikovanje. On tu ne misli na religioznu vjeru u konfesionalnom smislu, nego govori o onoj temeljnoj egzistencijalnoj vjernosti prema sebi samome i prema Transcendenciji koja je uvjet mogućnosti autentičnog mišljenja. Vjerujem, dakle jesam – ta parafraza Descartesova *cogito* nije slučajna. Jaspers je svjestan da preuzima i polemizira s Descartesovim ishodištem: dok je Descartes temeljni čin mišljenja vidio u čistoj sumnji i čistom razumskom činu, Jaspers ga vidi u egzistencijalnoj vjeri – u onomu čemu se predajem bez jamstva dokaza, jer me jedino ta predanost u punini održava prisutnim sebi samome.

Ako je pravo filozofsko mišljenje “egzistencijalno mišljenje”, onda je egzistencija dohvatljiva samo metaforički. „Egzistencija je ono što nikad ne postaje objekt, izvor iz kojeg mislim i djelujem, o čemu govorim u misaonim sljedovima koji ništa ne spoznaju; egzistencija je ono što se odnosi prema samom sebi i time prema svojoj transcendenciji.“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 15) Tom uvodnom označavanju egzistencije Jaspers dodaje: egzistencija je mogućnost bitka „koji – u pojavi opstanka – nije, nego može biti i treba biti i stoga vremenski odlučuje je li vječan“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 1).

Metaforički karakter govora o egzistenciji nije znak slabosti nego nužnost: egzistencija se po definiciji opire svakoj konačnoj pojmovnoj definiciji jer je upravo ona ono što nadilazi svaku pojmovnu definiciju. Svaki pokušaj da se egzistencija potpuno zahvati pojmom pretvara je u predmet, a time je već izgubljena. Govoriti o egzistenciji znači, dakle, uvijek govoriti u slici, u ukazivanju, u pozivu – a ne u objašnjenju.

Upravo tu Jaspers pronalazi ključnu razliku između psihijatrije koja *objašnjava* i one koja *razumijeva*: razumijevanje pacijenta mora uvijek zadržati taj metaforički karakter, mora ostati svjesno da što god kažemo o drugom čovjeku u sebi nosi više šutnje nego govora, više otvorenog nego zatvorenog. Svaki dijagnostički pojam koji tu šutnju zatvori pretendira na više nego što može biti istinito.

U jednoj bilješci Jaspers se izjašnjava o mogućnosti pristupa bitku egzistencije, koji se samo neadekvatno može dovesti do pojma: „Bitak egzistencije ne može se izmisliti kroz neki odredivi pojam koji bi morao pretpostaviti bilo kakvo objektno bivstvo. Riječ je najprije samo jedna od onih koje znače bitak. Iz tamnog početka ova je zbiljnost ušla u povijest, ali u filozofskim mislima bilo je samo slutnje o onome što je zatim kroz Kierkegaarda u ovoj riječi za nas dobilo povijesno obvezujući sadržaj iskaza.“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 15)

Jaspersova napomena o „povijesno obvezujućem sadržaju“ koji je pojam egzistencije dobio tek kroz Kierkegaarda značajna je na više razina. Ona podsjeća da filozofski pojmovi nisu izvan vremena: oni nastaju u određenom trenutku, u određenoj intelektualnoj krizi, kao odgovor na konkretan izazov. “Egzistencija” kao filozofski pojam nije antičko niti renesansno otkriće; ona postaje ono što jest tek u Kierkegaardovom suočavanju s Hegelom i s krizom europskog društva 19. stoljeća. To ne znači da je pojam relativan ili privremen: znači da je živ, da je iznikao iz stvarnog iskustva i da nosi u sebi trag toga iskustva. Za Jaspersa, koji je sam pojam egzistencije doživio biografički – kroz vlastitu bolest, kroz suočavanje sa smrću, kroz neumoljivu savakodnevnu krhkost – ta povijesna dubina pojma nije akademska činjenica nego osobno svjedočanstvo.

Time što misleći egzistencijalno čovjek ulazi u svoju vlastitu najunutarnjiju bit – ili time što to uopće može – uvijek mu već svijetli njega nadilazeći najunutarnjiji temelj svega, sam bitak. Na taj je način Jaspers pokazao važnost egzistenciju-rasvetljavajućeg mišljenja, koje se ne smije zatvoriti u sebe i spekulativno formalizirati. Sažimajući se može reći: čovjek u potrazi za svojim samobivstvom ne smije se zatvoriti u „ja mislim“. Čovjek je mnogo više „ono“ na što se reflektira s izrazima (znakovima) poput „egzistencija“, „sloboda“ i „bezuvjetno djelujuća apsolutna svijest“.

Trostruka odrednica – egzistencija, sloboda, bezuvjetna svijest – nije popis atributa nego opis jednog te istog fenomena gledan s tri različite strane. Egzistencija govori o biti čovjeka kao onog koji uvijek još može biti; sloboda govori o tome da ta mogućnost nije determinirana nego da se o njoj odlučuje; bezuvjetna apsolutna svijest govori o tome da ta odluka nije samovoljni čin, nego da je vezana za ono Bezuvjetno u čovjeku što ga nadilazi, a ipak mu je najdublje vlastito.

Jaspers time odlazí dalje od svake psihologije i sociologije sebstva: čovjek se ne može opisati polazeći od sebe samoga, jer je upravo kao egzistencija uvijek odnos prema onome što ga nadmašuje.

U svom *Uvodu u filozofiju* (*Einführung in die Philosophie*) Jaspers izričito navodi da biti čovjek znači „postati čovjek“ i da naša priroda znači „biti na putu“. U Jaspersovu djelu topos „biti na putu“ usko je povezan s egzistencijalnim filozofskim pristupom, prema kojemu ljudsko biće nije samo egzistencija koju treba utvrditi kao egzistenciju, nego mogućnost kroz slobodu. Ili drugim riječima: postojanje je „biti sposoban biti“ jer uvijek odlučuje o svojoj stvarnosti i zato što nikada „stvarno“ ne dolazi u stvarnost potpuno do završetka. Ovaj topos ima izravnu posljedicu za razumijevanje zdravlja i bolesti u Jaspersovoj misli: ni zdravlje ni bolest nisu statična stanja koja se jednom definitivno dostignu ili dožive. Zdravlje je „biti sposoban biti“ čovjek, što znači ostajati na putu vlastitog postajanja unatoč ograničenjima koja nameće bolest. Jaspersov vlastiti su-život s kroničnom bolešću – koji je opisao kao temeljnu egzistencijalnu činjenicu koja je djelomično uvjetovala sve odluke njegova života – nije bio prepreka tom „biti na putu“, nego je bio njezin najizražajniji oblik: jer upravo u suočavanju s “granicom” koja je bolest, čovjek najoštrije odlučuje hoće li biti ono što može biti.

1.4 Prostor i domet Jaspersove „filozofije egzistencije“

“Filozofija egzistencije” želi sasvim elementarnim pitanjima – kao primjerice: „Što je to zapravo da sam ja ovdje, tu, što trebam?“ – podsjetiti čovjeka na samoga sebe. Taj elementarni karakter nije znak primitivnosti nego naprotiv najviše filozofske ambicije: tek u suočavanju s pitanjima koja svaki formalni sustav obično preskoči filozofija postiže ono do čega joj je doista stalo. Kao samobriga egzistencijalna filozofija otvara prostor etičkog mišljenja i time postiže nešto za što pozitivizam i idealizam nisu sposobni jer ne mogu utemeljiti etiku: pozitivizam jer faktum svodi na činjenicu a normu na konvenciju, idealizam jer etički zahtjev utapa u logici apsoluta kojemu je individuum samo prolazni moment. Etici prema Jaspersu pripada egzistencijalno mišljenje kao „unutarnji stav prema svijetu i prema samome sebi“. Čovjek pritom postaje svjestan vlastite slobode i spoznaje da mora birati. Stoga izbor prema Jaspersu ne stoji na kraju nego na početku mišljenja. Filozofija koja polazi od slobode ne vodi k sustavu dovršenih odgovora; ona je uvijek iznova početak – jer sloboda je ono što mišljenju uvijek izmakne ispred, ostavljajući ga u neprestanom traganju.

Središnji pojam Jaspersove filozofije jest pojam „egzistencija“ (*Existenz*), koji se temeljno razlikuje od pukog postojanja (*Dasein*). Dok sva bića postoje, samo ljudi mogu postići autentičnu egzistenciju kroz svjesno samoostvarenje. Egzistencija nije fiksno stanje nego kontinuirani proces postajanja, karakteriziran slobodom, samosviješću i odgovornošću. Jaspers razlikuje tri razine bitka: empirijsko postojanje (*Dasein*), svijest općenito (*Bewusstsein überhaupt*) i duh (*Geist*). Iznad ovih razina nalazi se potencijalna egzistencija (*mögliche Existenz*), koja predstavlja autentičnu ljudsku mogućnost. Egzistencija se ne može definirati ni objektivizirati; može se jedino „osvijetliti“ – Jaspers govori o *Existenzerhellung* – kroz neizravne metode kao što su simboli, mitovi i „šifre transcendencije“ (*Chiffren der Transzendenz.* (usp. Jaspers, Ph III., 1973., str. 6 sl.)

Razlika između *Dasein* i *Existenz* nije tek terminološka: ona je ontološka dijagnoza moderne epohe. Moderna kultura, prema Jaspersu, sklona je zaboraviti da je čovjek više od organizma ili društvene uloge, više od nositelja simptoma ili zanimanja.

Egzistencijalna filozofija na metodičko-formalnoj razini može se razumjeti samo iz dvopolne sredine *egzistencije* i *uma* (*Existenz – Vernunft*) kao cjelina. Slijedom toga mišljenju je u osnovi egzistencijalna odluka, egzistencijalni izbor. Oboje se posreduje kroz samorefleksiju kao „unutarnje djelovanje“ i „samostvaranje“, a u konačnici kao sloboda.

Dvojni pol egzistencije i uma ključan je u Jaspersovoj filozofiji upravo zato što sprečava dva simetrična propusta. S jedne strane sprečava „intelektualni irealizam“ – um bez egzistencije koji misli ali nema korijene u životnoj zbilji čovjeka i time postaje prazna apstrakcija. S druge strane sprječava „netranscendentno samopotvrđivanje“ – egzistenciju bez uma koja ostaje slijepa za razinu općega i neizbježno zapada u solipsističku izolaciju ili nasilje. Jedino u napetom jedinstvu obaju polova može nastati ono što Jaspers traži: mišljenje koje je i ukorijenjeno i otvoreno, i osobno i komunikabilno.

1.4.1 „Unutarnje djelovanje“ i „apsolutna svijest“

Do svoje nutrine, do „egzistencije“, čovjek ne dolazi kroz svrha-sredstvo-angažman niti kroz nagonsko djelovanje, nego kroz „unutarnji čin slobode“, kroz „unutarnje djelovanje“ (*inneres Handeln*). Naime “gzistencijalno mišljenje” je za Jaspersa „unutarnje djelovanje, u kojemu dolazim k sebi i određujem se“. Filozofiranje je stoga mišljenje kao „unutarnje djelovanje“, kao opcija, zapravo kao izbor (Jaspres, 1947., str. 163 sl.).

Pojam „unutarnjeg djelovanja“ na prvi pogled može zvučati apstraktno, ali on opisuje nešto što je svakome poznato u iskustvu: postoje trenuci u kojima se ne odlučuje izvana – nikakvim pritiskom ni poticajem – nego u nekoj dubini koja prethodi svakom razlogu i svakom argumentu. Jaspers tu dubinu naziva „unutarnjim djelovanjem“, razlikujući ga jasno od nagonskog činjenja (koje je determinirano) i od racionalno-instrumentalnog činjenja (koje je uvjetovano ciljem). Unutarnje djelovanje je slobodno činjenje (djelovanje) koje u potpunosti izvire iz samobivstva – i upravo stoga nije ni slučajno ni samovoljno, nego bezuvjetno.

„Unutarnjem djelovanju“ odgovaraju kod Jaspersa sinonimi kao: „samorefleksija“ ili „samostvaranje“, „bezuvjetno djelovanje“, „čitanje šifriranog pisma“, „slušanje iz dubine prošlosti“, „odluka za veliku volju“, i prije svega čin slobode ili oslobođenje za slobodu (Jaspers, Ph II., 1973., str. 320 i sl.). Bogatstvo sinonima nije slučajna terminološka rasipnost: ono pokazuje da Jaspers svjesno ne želi fiksirati taj pojam u jednu jedinu formulu, jer bi time pristao da ga „predmetno“ zahvati i time izgubi. Svaki od sinonima osvjetljava jednu dimenziju istoga fenomena. „Čitanje šifriranog pisma“ podsjeća da je egzistencija hermeneutički odnos prema zbilji koji nije nikada dovršen. „Odluka za veliku volju“ podsjeća da egzistencijalni izbor nije puki misaoni čin nego angažaman cijeloga bića. „Oslobođenje za slobodu“ podsjeća da sloboda nije početna datost nego zadaća i dostignuće – ne nešto što čovjek ima, nego nešto prema čemu je pozvan i što mora uvijek iznova zadobivati.

Kao što svijest za Jaspersa nije predmet nego znanje predmeta, tako „apsolutna svijest“ nije bitak egzistencije nego njezina izvjesnost, ne prava zbiljnost nego izraz odnosa prema zbiljnosti. Pod „apsolutnom svijesću“ (*absolutes Bewusstsein*) Jaspers razumije „izvornu izvjesnost bitka“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 239 i sl.), „svijest moje biti“ (Jaspres, 1947., str. 175), „svijest bitka ispunjene prisutnosti“, „odluku volje koja nas nosi“ (Jaspres, 1947., str. 695) i uvijek ujedinjujuću snagu: „U mediju svih rascjepa svijest rasvijetljena kroz njih sposobna je za iskustvo jedinstva koje nazivamo apsolutnom sviješću. Mi možemo biti svjesni Jednoga u bezuvjetnosti naše savjesti, naše ljubavi, naše vjere. U nama može jedno obuhvatno Jedno (*das Umgreifende*) prethoditi svakom posebnom znanju i djelovanju.“ (Jaspres, 1947., str. 697) Ta „apsolutna svijest“ nije transcendentna stvarnost izvan čovjeka nego dimenzija unutar same egzistencije: ona je onaj trenutak u kojemu čovjek prekoračava svoja parcijalna stanja – svoja raspoloženja, strahove, želje i planove – i zadobiva cjelovitost prisutnosti.

Nije slučajno što Jaspers navodi savjest, ljubav i vjeru kao njezine očitosti: to su upravo iskustva u kojima čovjek postaje više od zbroja svojih stanja, u kojima se „dogodi“ cjelina onkraj dijelova.

Bit „apsolutne svijesti“ čovjek doživljava kad postaje siguran vlastite misli kao ispunjene slobode (Jaspers, Ph II., 1973., str. 256 i sl.). U cjelokupnoj ljudskoj realnosti u osnovi nema druge zbiljnosti osim slobodnog, bezuvjetno djelujućeg, s drugim egzistencijama povezanog samobivstva čovjeka – „apsolutne svijesti“, koja je „egzistencijalni stav“ prema cjelokupnoj zbiljnosti i koja stoji „iza tihih i pouzdanih veza“. Bit „apsolutne svijesti“ Jaspers predočuje u tri stupnja: ona se očituje u kretanju iz izvora kao neznanje, vrtoglavica, strah, savjest; u ispunjenju kao ljubav, vjera, fantazija; u osiguranju u postojanju kao ironija, igra, sram, spokojnost. Posljednji smisao, jer upravo ispunjujući, jest međutim *ljubav*. Ona se očituje dvojako: (a) kao aktivna ljubav (vjera) i (b) kao kontemplativna ljubav (fantazija).

Činjenica da Jaspers ljubav smješta na vrh stupnjevanja egzistencijalne zbiljnosti nije sentimentalni zaključak nego sustavna neophodnost: ljubav je jedino iskustvo u kojemu čovjek ostaje potpuno pri sebi, a istovremeno potpuno izvan sebe – usmjeren na Drugoga bez gubitka vlastitog bitka. Nijedan drugi egzistencijalni čin ne spaja tako duboko samobivstvo i međuljudskost kao što to čini ljubav. Upravo stoga ljubav, prema Jaspersu, nije psihičko stanje nego ontološka kategorija.

Jaspers uvodi koncept „egzistencijalnog prosvjetljenja“ koji, za obradu tzv. „*Grenzsiuationen*“ – graničnih situacija – čini pravu jezgru egzistencijalne filozofije (usp. Jaspers, Ph II., 1973., str. 201 sl.). Granične situacije su oni trenuci u kojima se čovjek suočava s onime što se ne može promijeniti ni nadići: smrt, patnja, borba, krivnja. Te situacije nisu iznimni događaji na rubu života nego konstitutivna struktura samoga života: čovjek koji ih neće gledati u lice ili ih pokušava zaobići tehnologijom ili ideologijom ostaje zarobljen na razini pukog *Dasein*, izgubivši pristup egzistencijalnoj dubini. Paradoks je da upravo te situacije, koje raskidaju svaki sigurni horizont, postaju – ako ih čovjek spreman prihvatiti – mjesta najveće moguće slobode i samospoznaje.

Spektar Jaspersovih opisa egzistencije ne govori o nečem čvrstom ni o nekoj jednoznačnoj pre-datosti; egzistencija je jednostavno odnos, „pokazatelj” koji upućuje na „ono s onu stranu svake objektivnosti“. Ona je ono otvoreno što se otima jednoznačnosti bilo poopćenja bilo izolacije.

Ako je Kierkegaard u egzistencijalnom odnosu imao pred sobom Boga kao jedinu svrhu odnosnosti, Jaspers je istu egzistencijalnu odnosnost proširio u multidimenzionalnost odnosa: svijet – drugi – Bog (Transcendencija). Imperativ te odnosnosti sažo se u fundamentalnu maksimalnost čovjekove otvorenosti – *slobodu*. Sloboda karakterizira bezuvjetnu odnosnost egzistencije već u svojoj nutarnjoj ovisnosti o Transcendenciji – o „samom bitku", „apsolutnoj istini", „Smislu", „Ljubavi", „Temelju", „Jednom". Iskustvo slobode ne želi se rasplinuti u pohlepu za samostalnošću ni u fanatizam apsolutne slobode, nego nastoji u svojoj punini ostaviti otvoren prostor susreta s Drugim svoga Ja i s Transcendencijom.

„Sada" je onaj vremenski tjesnac u kojemu se otkriva „dubina vremena" (Jaspers, Ph II., 1973., str. 126). U trenu egzistencije, u onome „preko vremena" – kairosu slobode, u iskustvu slobode – a s druge strane i u šifri svijeta, krajnjoj periferiji čovje kove odnosnosti, pružen je otvoren prostor egzistencije. Tu je u igri i Transcendencija kao „najbliža blizina i najdalja daljina" (Jaspers, 1969., str. 194), kao „dubina Odakle i Kamo" (Jaspres, 1947., str. 306), kao Smisao svega što jest. U njoj sve opće i sve posebno pronalazi vlastito mjesto. I cijeli je čovjek privučen i prožet Transcendencijom. Pojam "kairosa" – preuzet iz grčke misli, a kod Jaspersa prisutan kao iskustvo „punine vremena" u kojemu se sloboda očituje ne kao mogućnost nego kao zbiljnost – označava onaj rijetki trenutak u kojemu egzistencija prestaje biti samo „moguća" i postaje *zbiljska*: kada se čovjek prepoznaje kao ono što jest, pristaje na to i bezuvjetno iz toga djeluje.

Svaki intelektualni irealizam (um bez egzistencije) ili netranscendentno samopotvrđivanje (egzistencija bez uma) gube bezuvjetnost odnosa i skončavaju u „komunikativnom nasilju".

Jaspersova „periechontologija" – filozofija Sveobuhvatnog (*das Umgreifende*) – izlazeći na otvoreno ne želi čovjeka usamiti u tišini sustava mislećeg znanja (Hegel) nego ga snagom otvorene logike uma uvesti u multidimenzionalni dijalog na terenu totalne otvorenosti: slobode. Jaspers je katkad ubrojan među filozofe dijaloga (usp. Theunissen, 1982. str. 477).

Smisao, značaj i zadatak Jaspersova mišljenja leži upravo u tome da čovjek u perspektivi otvorenosti dostigne samoga sebe, svoju samhoću, vlastiti bitak, svoju jednokratnost i vječnost, svoju slobodu – kako bi u tome i preko toga u povjerenju (u „vjeri" kao smjelosti slobode) shvatio vlastitu bezuvjetnu vezanost. Samo tamo gdje je čovjek sam niče veza prema drugome. Prostor čovjekova samo identiteta ostaje tako, prema Jaspersu, elipsa s dvama žarišta: biti-sam i biti-s-Drugim.

Traganje za samoidentitetom ne skučava se u konačnici totalne isključivosti niti u apsolutnoj niveliranosti vlastitosti. Samo je onaj identičan sa samim sobom tko drugome može reći: „budi ti sam!“ – samo onaj tko je slobodan.

Ako se čovjek ne shvati samo kao kap u društvu nego kao sloboda, onda se pred imperativom „budi ti sam!“, „budi slobodan!“ ne stoji kao pred nekim dovršenim odgovorom, nego na početku – jer za slobodu je sve-početak. Specificum samoidentiteta prema Jaspersu nije u zatvaranju ni u grabljenju pozicije nadmoći nad drugim, nego u poštivanju i odgovornosti izvornosti slobode, u Bitak-odnosu i kao takvom u samoodnosu, u iskustvu odnosa prema Drugome slobode drugoga. „Najbolje što se danas može pokloniti jest blizina samostalne osobnosti. Tu je, naime, jamstvo da Bitak jest.“ (Jaspers, 1931., str. 178) Jaspersova etika nalaže da se što god se čini za Drugoga čini na način koji ostavlja Drugome prostor njegova vlastitog bitka. Tako za njega ostaje odnos prema drugome i vjernost prema samome sebi – identitet i diferencija – nedjeljivi. „Tko nije vjeran prema sebi, nije ni vjeran prema drugome!“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 136)

Iskustvo slobode kao iskustvo susreta s Transcendencijom vodi u vjernost i oslobođenje od sebe, stavlja pred od-govornost u susretu s beskonačno Drugim drugoga. Temelj samoidentiteta, pronađen u diferenciji slobode, jest bezuvjetna odnosnost-komunikativnost. Samo tamo gdje je sloboda shvaćena kao odnosnost, kao komunikativna volja uma, postoji razlog nadanja. Bez odnosa prema Transcendenciji sve konačno ostaje „neljudsko“. Temeljni tekst čovjekova bitka izražen u primatu slobode kao susreta s Transcendencijom (s Drugim) ostaje optimum samoidentiteta i osnova humanosti. Jer ako se ljudi ne osjete povezanima od svoje jedinstvenosti slobode – osobnog iskustva odnosnosti prema Transcendenciji – međusobno će zauvijek ostati daleki, razjedinjeni, otuđeni.

Model Jaspersovih triju čovječovih temeljnih struktura otvorenosti: *egzistirati – komunicirati – transcendirati* (kao nutarnje iskustvo slobode), opisujući etičku realnost – samoidentitet, istodobno posreduje temeljnu normativnu strukturu optimalne odnosnosti prema drugome – humanost. Sloboda kao otvoreni horizont i mjesto susreta čini bezuvjetni *a priori* svakog identiteta i intersubjektivnosti (humanosti). Ta trostruka struktura – egzistirati, komunicirati, transcendirati – nije Jaspersova spekulativna shema nego opis onoga što se u zdravom i cjelovitom čovjekovom životu zapravo događa. Egzistirati: biti prisutan sebi samome bez bježanja u igru uloga. Komunicirati: ostati otvoren Drugome u autentičnom dijalogu. Transcendirati: ne zatvarati se u horizontu konačnoga. Jaspersova filozofija time nije utjeha nego poziv: poziv na povrnatak sebi, na otvorenost Drugome, na poniznost pred onim što nas nadilazi.

1.5 Granica samo-postojanja ili čovjekova temeljna „situacija“

Čovjek nije samo konačno biće, nego doživljava i zna za vlastitu konačnost. A kao konačno biće on sam sebi nije dovoljan. On doživljava – što jasnije zna i što dublje proživljava – konačnost a time i radikalni manjak u svakom načinu vlastita bitka i djelovanja (Jaspers, Ph III., 1973., str. 37). Njegovo postajanje uvjetovano je situacijama. Ta uvjetovanost nije tek filozofska tvrdnja; ona je opis onoga što svaki čovjek iskusi u svojoj konstitutivnoj ovisnosti o okolnostima koje nije birao: o tijelu koje boluje, o vremenu koje prolazi, o odnosima koji se raskidaju i o smrtnosti koja mu je nepobitna. Ona je konačna činjenica. Jaspersova inovacija u odnosu na prethodnu filozofsku tradiciju nije u tome što je otkrio konačnost – to je činila već antička tragedija i stoička filozofija – nego u tome što je konačnost uzeo kao polazište filozofiranja, a ne kao puki predmet filozofske refleksije. Čovjek koji ne zna ili neće znati za vlastitu konačnost ne filozofira iz temelja nego iz periferije svojega bića.

“Situacija” za Jasprersa označava konkretni prostorno-vremenski kontekst u kojemu se pojedinac nalazi. Taj se kontekst može diferencirati u različite aspekte: s obzirom na postojanje čovjek stoji u „ekonomskim, sociološkim, političkim situacijama“; s obzirom na svijest u prostoru spoznatljivog („situacija kao moguća jasnoća čovjeka“); s obzirom na vlastita postajanja sobom u strukturi osobnog susreta i „mogućnosti vjere“ (Jaspers 1931., str. 24). Situacije se stalno izmjenjuju, kadkad ovisno a kadkad neovisno o našoj volji. One opstaju mijenjajući se, njihova stalnost je nestalnost. Upućuju nas na osuđenost u nedovršenju, na nemir traženja, napetost očekivanja i sustizanja, na obmane i nadanja. Jedna situacija jest polazište za neku drugu: nije moguće izići iz neke situacije a da se ne uđe u neku drugu. Situacija dakle nije okvir kojeg se možmo riješiti nego ono unutar čega je svaki ljudski čin ukorijenje: svaki izbor, svaka misao, svaka ljubav događa se u situaciji i nosi pečat te situacije.

U jednoj srednjovjekovnoj pjesmi Jaspres je prepoznao temeljno iskustvo čovjekove granice: „Dolazim, ne znam od kuda, / jesam, ne znam tko, / umrijet ću, ne znam kada, / idem, ne znam kamo, / čudim se da sam veseo.“ (Jaspers 1962., str. 29) Ta anonimna pjesma nije književna ukrasna figura; ona je sažeto iskustvo “granične situacije” kao čovjekove temeljne situacije. Čovjek koji može reći „ne znam od kuda ni kamo“, a u tome još pronalazi razlog čuđenja i vedrine, dotakao je onu razinu egzistencije kojoj je Jaspersova filozofija tražila put. Zato je za njega “granična situacija” temeljna situacija: ne iznimka u životu nego njegova skrivena središnjost.

Već je u svojim ranim radovima Jaspersova središnja briga bila dovesti ljude do svijesti o granici. Granica se pokazuje kao radikalna upitnost i „kriza neznanja“. Zajedničko granici je da u subjekt-objekt-oblicima predmetnog svijeta nema ničega čvrstoga, nikakve neupitne apsolutnosti, nikakvoga oslonca koji bi izdržao svako iskustvo i svako mišljenje. Sve teče, sve je u nemirnom kretanju dovođenja u pitanje; sve je konačno, rascijepljeno u suprotnosti, nikad cjelina, apsolutno, bitno (Jaspers, 1962., 317). To prvotno vrijedi za znanosti.

Granice u znanosti mogu se prema Jaspersu ukratko označiti ovako: „a) Znanstvena spoznaja stvari nije spoznaja bitka (…); b) Znanstvena spoznaja ne može dati nikakve ciljeve za život. Ona ne postavlja nikakve valjane vrijednosti. c) Znanost ne može dati nikakav odgovor na pitanje o svom vlastitom smislu.“ (Jaspers, 1938., str. 7 i sl.) Spomenuta trostruka nemoć znanosti nije argument protiv znanosti; ona je argument za ono što je nadilazi. Jaspers ne niječe vrijednost znanstvene spoznaje – on sam je bio njezin praktičar kao psihijatar – nego tvrdi da svakom čovjeku, a posebice liječniku, mora biti jasno gdje spoznaja stoji i gdje je ona tek početak onoga što se traži.

S upozorenjima na granicu Jaspers ostaje unutar svakodnevnog iskustva u kojemu svaki čovjek može sudjelovati. Tu je njegova misao obilježena osobnim iskustvom. Rano je doživio vlastitu bolest koja mu je postala polazišna točka refleksije. „Što čovjek zapravo jest i može postati ima svoj posljednji izvor u iskustvu, prisvajanju i prevladavanju graničnih situacija.“ (Jaspers 1913., 271) Jer čovjek tek postaje čovjekom „gdje zna za sebe u graničnoj situaciji“ (Jaspers 1931., str. 65). Iskustvo granice vraća čovjeka natrag na sebe, u upitnost njegova bitka. Tamo se pronalazi višestruko pogođen. Sve postaje relativno i partikularno, ništa nije cjelina, ono bitno. Odatle je čovjek pozvan na autentičnost i identitet.

Postajanje čovjeka samim sobom korelat je svjesnog ulaska u graničnu situaciju: „Egzistencija i doživljavanje granične situacije su jedno.“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 204) Ta izjava nije retorička: ona je ontološka tvrdnja. Jaspers ovdje ne govori o kauzalnoj povezanosti – kao da bi “granična situacija” uzrokovala egzistenciju – nego o tome da su egzistencija i granična situacija iste naravi: obje su nužnost suočavanja bez bježasnja, prihvaćanje onoga što se ne može promijeniti, a uz to ipak sloboda u odgovoru koji se mora dati.

No, granica izražava i to da je čovjek upućen na nešto drugo. Ona čini jasnim: „Postoji nešto drugo, ali istovremeno: to drugo nije iskusivo za svijest u postojanju.“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 203) Prema Jaspersu, granica se ne može svladati planom i računanjem, logikom razuma. U njima je čovjek zatvoren u vlastito samo-bivstvo.

Puka analitika i u sebe zatvarajuća logika razuma negiraju i ignoriraju granični karakter egzistencije. U ulasku u graničnu situaciju čovjeku se međutim otvara odlučujuća mogućnost: „sloboda u komunikaciji i povijesnosti“ (Jaspers, Ph I., 1973., str. 55).

Sloboda kao mogućnost samo-bivstva postaje kroz „unutarnje djelovanje“ i u „apsolutnoj svijesti“ stvarnost samo-bivstva. Time iskustvo granice ostvaruje aktualizaciju moguće egzistencije, „jedinstveno preobrazujuće izvršenje u vlastitom postojanju“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 206).

Da granica otvara slobodu, a ne samo zatvara, jedan je od ključnih Jaspersovih doprinosa filozofiji egzistencije. Stoička tradicija je granicu podnosila; egzistencijalistička tradicija (Sartre) ju je poricala u ime *apsolutne* slobode. Jaspers je pronašao treći put: granica nije protivnik slobode, nego njezin uvjet. Tek u suočavanju s onim što se ne da promijeniti čovjek otkriva ono što jedino on može: način na koji će ga primiti.

Za razliku od uobičajenih situacija postoje i one krajnje, „granične“ situacije. Granica dijeli, ali istodobno pokazuje da ima nešto drugog. To su one situacije kojima smo – htjeli to ili ne – dovedeni u pitanje, u kojima sve može biti urušeno: mjesta i trenuci gdje se rađa nemir neprijatne nezaštićenosti, otuđenosti, izgubljenosti, osuđenosti na svijet. Iskustvo granice baca čovjeka natrag na sebe, u upitnost njegova bitka.

U graničnim situacijama čovjek doživljava proces egzistencijalnog postajanja sobom kao odnos prema bitku. Taj proces integrira tri stupnja. Prvo: čovjek izvan sebe samoga zauzima neovisnu, distanciranu i usamljenu točku i suprotstavlja se vlastitom postojanju kao nečem stranom. Drugo: napušta svoju situaciju svjetskog bitka i suprotstavlja joj se u sferi čistog mišljenja – ali tu ne može ostati, jer neutralna i neuključena perspektiva nije mjesto moguće egzistencije. Treće: vraća se u graničnu situaciju time što je shvaća kao egzistencijalnu mogućnost i postaje je egzistencijalno svjestan. No taj povratak nije jednostavno padanje natrag na prethodnu razinu, nego u integraciji razdvajanja svjetskog bitka i egzistencije uzrokuje *rasvjetljavanje* prije zatvorenog postojanja: „Sada mi se razdvaja svjetski bitak, koji znajući mogu napustiti kao samo specifičnu dimenziju bitka, od egzistencije, iz koje ne mogu izići promatrajući je, nego je samo mogu ili ne mogu biti. (…) Skok iz usamljenosti znajućeg samobivstva u svijest njegove moguće egzistencije ide, umjesto da valjano zna, u rasvjetljavanje neprozirnih graničnih situacija.“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 205–206).

Opisani trostruki hod – distanciranje, neutralna točka, povratak – nije apstraktna shema nego opis onoga što se zapravo događa u svakom autentičnom suočavanju s granicom. Ono što se na kraju dobiva nije miroća filozofa nego egzistencijalna budnost čovjeka koji je primio iskustvo i izdržao ga bez bježanja, zbjega.

Granica, iako čovjekova „temeljna situacija“, govori da ništa konačno nije zaokruženo, da se ništa ne može spoznati bez ostatka, da smo i sami u vlastitu bitku podložni ranjivosti i napuknuću. Granična nas situacija, budeći iz naivne pospanosti tu-bitka, prisjeća na Bezgranično upravo zato što nas stavlja pred upitnost, u odgovornost otvorenosti. Tu tek postaje jasno da je čovjek bitak prema drugome – jer granica uvijek granica prema drugome – da je egzistencija, čovjek odgovorno otvoren za drugo i za onog sasvim Drugog. U svakoj "graničnoj situaciji" takoreći mi se tlo izvlači ispod nogu. Nešto je slomljeno: ono što Jaspers naziva „kućišta“, "oklopi" (*Gehäuse*). Kućišta su konsolidirane misaone strukture i temeljni stavovi koji ljudima pružaju zaštitu od granice i sigurnost od egzistencijalnih pitanja. Takva kučišta su u određenoj mjeri potrebna. S druge strane, ona u konačnici prenose varljive osjećaje sigurnosti i prikrivaju proturječja postojanja. Egzistencijalna granica doživljava se kada se ta „ljuska“ slomi, kada životni plan sa svojim varljivim izvjesnostima propadne. Svjesno doživljavanje "graničnih situacija" – koje su prethodno bile prikrivene čvrstim smještajem objektivno samorazumljivih oblika života, svjetonazora i uvjerenja – dopušta da započne proces koji dosadašnje samorazumljivost dovodi do raspada, rasapa. U tim iznimnim uvjetima čovjek dosiže vlastite granice, neposredno doživljava besmislenost i usamljenost, gubi svaku sigurnost osim jedne: sigurnost vlastitoga postojanja.

1.5.1 Sistematizacija „graničnih situacija“

Jaspers se pojmom „granična situacija“ služi već u svojoj *Psihologiji svjetonazora* (*Psychologie der Weltanschauungen*, 1919.). U kasnijim velikim filozofskim djelima – *Filozofija* (*Philosophie*, svesci 1.–3.) i *O istini* (*Von der Wahrheit*, 1947.) – taj pojam je bitno ugrađen u egzistencijalnu filozofsku sistematiku. Situacije su konkretne, vremenski i mjestom ograničene; postoji bezbroj mogućih situacija, a svaka ljudska aktivnost odvija se u određenoj situaciji koja odmah prelazi u sljedeću.

"Granične situacije", s druge strane, nisu konkretne i nepromjenjive su naravi: dane su nam kroz naše postojanje i elementarna su komponenta ljudskog bića. U *Filozofiji* (1932.) Jaspers posebno razlikuje temeljne činjenice koje za nas mogu postati granična situacija: našu povijesnost, smrt, patnju, borbu i krivnju (Ph II, str. 233).

To su jamačno „situacije“ koje nas dovode do krajnjih granica, uzdrmavaju našu svakodnevicu i našu rutinu. Ako to prihvatimo, gubimo svoju zonu udobnosti.

Važno je napomenuti da je Jaspers 1919. u *Psihologiji svjetonazora* prvi put opisao granične situacije u pojmu “patnja”. Patnja još tada za njega nije bila granična situacija sama po sebi, već temeljna situacija čovjeka općenito, a tek 13 godina kasnije, u *Filozofiji* (1932.), postala je jedna od više graničnih situacija. Ta evolucija pojma otkriva Jaspersovo produbljivanje razumijevanja: patnja nije naknadno priključena popisu nego je prepoznata kao konstitutivna struktura egzistencije.

Izazovi „graničnih situacija“ zahtijevaju individualna rješenja. No, ne postoje općenito valjani odgovori ni upute o tome kako se ponašati. Odlučujuće je hoće li se “granične situacije” skrivati i potiskivati ili će se prihvatiti mogućnost da ih se doživljava kako bi se krenulo prema egzistenciji, prema sebstvu. Istina, čovjek se s “graničnim situacijama” često nosi na način da ih radije potiskuje, zaboravlja, prikriva, bježeći u tu-bitak (Dasein) i sužujući si vlastiti pogled. Ipak nam se granične situacije uvijek iznova nameću, jer su neizbježne. U njima je nešto nerješivo, nešto definitivno, što je u osnovi dio nas. Ako ih prihvatimo, dajemo si priliku da dođemo do sebe kroz dublje suočavanje, da iskusimo sebstvo, da egzistiramo.

1.5.1.1 Smrt (Tod)

Najbjelodanija „granična situacija“ je prema Jaspersu – smrt. Ona izaziva „egzistencijalni“ strah, strah od gubitka egzistencije. Pritom Jaspers razlikuje između smrti bližnjega i vlastite smrti. Ako bližnjij umre, doživljavam najdublji rez svoji relacija. Utjeha se može naći u tome da, nakon smrti voljene osobe, veza ostaje ako je s njom ostvarena “egzistencijalna komunikacija”. Ona u meni budi osjećaj trajne zaštićenosti.

Smrt razdvaja moje fizičko tu-biće od onog voljenog. U egzistencijalnoj komunikaciji s preminulim međutim iskušena je vječna veza; komunikacija može biti tako duboka da je time biće osigurano kao vječna stvarnost. Smrt bližnjega postaje mi egzistencijalno iskustvo. (Jaspers, Ph II., 1973., str. 220 sl).

Jaspersova tvrdnja da je u egzistencijalnoj komunikaciji moguće iskusiti neku vrstu „vječne veze“ s preminulim nije metafizička teza o nastavku svjesnog života iza groba: ona je fenomenološki opis iskustva koje mnogi poznaju – smrt voljene osobe ne gasi odnos nego ga preoblikuje u unutarnju prisutnost.

Ako je smrt drugoga moguće proživjeti i doživjeti, moja vlastita smrt potpuno mi je neshvatljiva. Ne znam kada dolazi ni što slijedi nakon nje. Predodžba o bezživotnom tijelu pod zemljom ne može se usporediti ni s čim iz živog iskustva. Predodžba da me danas, sutra ili tek za osamdeset godina, ali sa sigurnošću više neće biti, dopušta osjećanje temeljne nepouzdanosti u vlastitom tu-biću.

No, umjesto da smrt potiskujemo ili joj bježimo, trebali bismo je sebi prisvojiti ako želimo doći do sebe. Tek onda kada nam ona kao "granična situacija" u svojoj nemogućnosti objektiviranja postane povod da život vodimo i preispitujemo u njezinu svjetlu, počinjemo egzistencijalno živjeti. Smrt počinje davati dubinu našoj egzistenciji.

Jaspers preporuča stav prema smrti – prema nadolazećem apsolutnom neznanju – koji se očituje u „hrabrosti" i „pribranosti". One znače „uistinu umrijeti bez samoobmane" (isto, str. 488). Kroz egzistencijalno prisvajanje smrti primamo zaštičenost, jer smrt predstavlja „dovršenje" egzistencije, budući da ništa dovršeno ne može živjeti. Smrt je samo kao činjenica, uvijek ista činjenica; u "graničnoj situaciji" ne prestaje biti, ali je u svom liku promjenjiva, takva je kakav sam ja svaki put kao egzistencija.

1.5.1.2 Krivnja (Schuld)

Ako ljudsko biće uspije preuzeti odgovornost za vlastite postupke ili za izostavljanje postupaka, pronalazi se u stanju "krivnje" (Schuld). U tom smislu krivnju ne možemo izbjeći. Svaka radnja ima posljedice u svijetu za koje djelatelj nije znao. Prema tome, ne mogu pobjeći od krivnje – to mi je dano ako želim živjeti. Mogu je međutim zaboraviti ili prikriti vjerom u kompenzacijsku pravdu. Oboje svjedoče o neznanju. Neznanje i arogancija očituju se u nihilističkim gledištima koja odbacuju svaku krivnju u mojim postupcima: „svijet je jednostavno nepravedan." Ako sam pak svjestan krivnje u vlastitim postupcima, krivnju doživljavam kao "graničnu situaciju" i postajem „odgovoran" – tj. sposoban odgovoriti za ono što sam učinio.

Biti spreman preuzeti krivnju znači biti spreman preuzeti odgovornost i savjest usmjeriti i na moguće negativne ishode. Kad je već nastala, krivnja svojim prisustvom stavlja i dovodi egzistenciju u stadij „pitiska" i ukočenosti. Javlja se osjećaj da je moj tu-bitak rascijepljen, da ga nešto razdire.

Postoji i mogućnost izbjegavanja te napetosti, živeći iz lažne utjehe da nisam odgovoran za tu-bitak kakav jest, da se ništa ne može promijeniti. U tom slučaju čovjek živi iluzornim mirom tu-bitka koji uopće nije miran jer odbacuje mogućnost egzistencije.

Mogućnost i pozvanost na izazov egzistiranja kroz granične situacije krivnje nezaobilazno je povezana s prihvaćanjem odgovornosti i aktiviranjem savjesti, što uvijek nužno pretpostavljaju i mogućnost posljedičnog osjećaja krivice. Krivnja dakle nije u Jaspersovoj filozofiji samo etička kategorija nego i ontološka: ona je znak da je egzistencija stvarno angažirana u svijetu, da čovjek ne živi u izolaciji nego u mreži odnosa u kojoj svako djelovanje i svako nedjelovanje ostavljaju trag.

1.5.1.3 Borba (Kampf)

Kao "granična situacija" „borba" znači da je u životu nešto neizbježno. U mjeri u kojoj postojim, izložen sam raznim oblicima borbe. „Borba u postojanju" osigurava mi materijalni opstanak; može se voditi osobno ili se može ustupiti institucijama koje osiguravaju naše interese.

U tome ima svoju ulogu i „duhovna borba". Duhovna borba odvija se u sukobu s drugim ljudima i producira ideje. To može biti plodonosno i duhovno poticajno, ali ta se borba može voditi i poradi demonstracije moći. Postoji "borba" koju svako ljudsko biće vodi „s njim samim": u sebi gušim mogućnosti, krotim nagone, oblikujem disponiranosti, preispitujem ono što sam postao i svjestan sam da postojim samo ako ne prepoznajem vlastito biće kao svoj posjed. Kroz suočavanje sa samim sobom i vlastitim životom, kroz borbu s vlastitim ambivalentnostima, prihvaćam borbu kao „graničnu situaciju".

Bezt opisane "borbe" nastala bi praznina postojanja. Svjesno ili nesvjesno, sve što je živo bori se za vlastiti tu-bitak. Moj tu-bitak kao takav uvijek nešto oduzima drugima, kao što i drugi oduzimaju meni. Pitanje je na koji način dolazim do nekog položaja i uspjeha; ako izađem kao pobjednik, ostaje mi pitanje što sam u vlastitoj usamljenosti bez dijeljenja s drugim? Potrebna nam je i pomoć i solidarna podjela u sklopu ljudske zajednice. Zato je pomoć u uzajamnosti također borba, ali *borba u ljubavi je bez nasilja* – solidarnost.

U tom smislu je za Jaspresa egzistencija rizik bolnog izlaženja u susret, u komunikaciju, i tek kroz tu borbu se dosiže "egzistencija". Borba ne mora biti nasilna niti sputavajuća za drugoga; može – makar to nekome moglo zvučati paradoksalno – biti "borba u ljubavi". Cilj joj nije nikakva općevazeća točnost, nego istinovanje. Ono se u konkretnim situacijama težeći krajnjem izvoru i svrsi, tražeći novi smisao.

U svakom slučaju "borba" kao krajnje dovođenje u pitanje drugoga i mene samoga, moguća je samo na osnovi solidarnosti koja u drugome, kao i u meni, bez pitanja pretpostavlja mogućnost egzistencije.

1.5.1.4 Patnja (Leid)

Zajedničko obilježje svih "graničnih situacija" za Jaspers je da one provociraju "patnju". Zajedničko im je i to da ostvaruju sile koje idu ruku pod ruku s užitkom postojanja, smisla i rasta. "Patnja" je konstitutivno obilježje našega postojanja: ne možemo biti bez patnje. Ona nije tek jedna granična situacija među ostalima već sve granične situacije postaju patnja sa subjektivnog gledišta.

Vrijedno je podsjetiti da je Jaspers pojam patnje u *Psihologiji svjetonazora* prvotno smjestio kao temeljnu situaciju čovjeka općenito, a tek u *Filozofiji* razvrstao je među "granične situacije". To ukazuje na produbljenje Jaspersovog uvida da patnja nije slučajna nevolja koja se može tehnički riješiti nego ontološki moment samoga bitka.

Čovjekov život uvjetovan je podjelom užitka i patnje. U filozofskom promišljanju te suprotnosti ostaju nešto ultimativno što se ne može ukinuti. U konkretnoj stvarnosti života ne postoji jedinstven odgovor, nikakva shema reakcije i rješenja kriza uzrokovanih "graničnom situacijom" patnje. U teškim krizama izazvanim različitim vrstama graničnih situacija svi ljudi reagiraju nepredvidivo individualno, barem u nekim aspektima. Zato su pojedinicima potrebni različiti odgovori i rješenja za suočavanje s teškom patnjom. Nijedna shema odgovora, nijedan model rješenja nije prikladan za sve. Neki pokušavaju izbjeći patnju tako što se ne suočavaju s činjenicama, sužujući horizonte, kloneći se ili povlačeći se čim se pojavi ozbiljna bolest. Drugi potiskuju patnju, postaju aktivni i traže utočište u povećanim aktivnostima, sve dok to ne utječe na zdravlje. Biti tada aktivan postaje bijeg od patnje u poznate obrasce ponašanja. U oba slučaja patnja se izbjegava kao da se može sama otkloniti. Međutim, nešto se ipak ne može odgoditi; kronične bolesti, tjelesne ozljede i mentalne rane moraju se trpjeti i svladavati do kraja života; na kraju, ostaje i smrt. U svakom slučaju umiranje i smrt – kao kraj i izvan života – biološki su nužni i egzistencijalno neizbježni. Upravo ta neizbježnost čini "patnju" filozofski relevantnom: ne kao skandal kojemu se treba naprosto suprotstaviti nego kao jedno od temeljnih mjesta na kojima se čovjek može suočiti sa samim sobom.

U svakom slučaju, putevi kojima Jaspers dolazi do egzistencije jesu putevi koji nailaze na "granice" na kojima je spontanost subjektivnosti izazvana na odluku, na „skok k egzistenciji" i na „unutarnje djelovanje". To iskustvo podsjeća čovjeka da je više nego što o sebi samome može znati.

Jaspers je fenomenologiju "graničnih situacija" unaprijedio detaljnim i plodnim istraživanjima, osobito ukazom na nužnost komunikacije. Bez komunikacije s drugim, bez odnosa prema Transcendenciji i bez prihvaćanja vlastite povjesnosti, smrtnosti, krivnje i borbe, čovjek ostaje zarobljen u puko tu-biće (*Dasein*) – on samo funkcionira, ali ne egzistira. Tako Jaspersova fenomenologija graničnih situacija zatvara krug s njegovim medicinskim početcima: on koji je bio suočen s vlastitom smrtnošću i koji je iz toga izgradio cjelokupnu filozofiju ne nudi teorijski sustav nego osobno svjedočanstvo – da je moguće živjeti na granici, bez bježanja, hrabro i s otvorenim pogledom prema onome što dolazi.

1.6 "Egzistencijalna komunikacija"

Ključni pojam, možda „osnovna riječ Jaspersove filozofije" (Saner, 1970., str. 101) je *komunikacija*. Već rano, prije nego što se označavao filozofom, Jaspers je objavio prvu sustavnu raspravu o toj temi – „Usamljenost" (Jaspers 1951 b.) – s fokusom na komunikaciji kao prevladavanju usamljenosti, od koje je u mladosti i sam patio (usp. Bonanni, 1987., str. 57 i sl.).

Komunikacija, a prije svega mogućnost "egzistencijalne komunikacije", središnja je briga Jaspersove filozofije: „Ne mogu postati sobom bez da stupim u [egzistencijalnu] komunikaciju." (Jaspers, Ph II., 1973., str. 346) Ta tvrdnja nije na margini Jaspersova sustava; ona je njegova os. Filozofija koja ne bi mogla pokazati kako čovjek dolazi k sebi u susretu s drugim bila bi filozofija monologa – a to je, za Jaspersa, filozofija koja je propustila ono o čemu zapravo govori. Upravo stoga što je Jaspers u vlastitom životu iskusio usamljenost kao temeljnu egzistencijalnu prijetnju, mogao je "komunikaciju" domisliti ne kao sociološku kategoriju nego kao ontološku nužnost.

Tajna samoidentiteta ne može se objasniti iz danosti imanencije i iz totalnog znanja o datom realnom stanju, nego se mora misleći razumjeti u svojoj unutarnjoj refleksiji, u samorefleksiji. „Živim u Drugom, živim kroz Drugoga, kao da ja sam uopće ne bih bio." (Jaspres 1950., str. 118) Jaspersova ideja ljudskog samoostvarenja može se adekvatno prikazati samo ako se prije okrene jednoj misli koja spada među filozofske temeljne teze njegova mišljenja: „Egzistencija nije bez transcendencije." (Jaspers 1962., str. 118; usp. također Jaspers, Ph II., 1973., str. 415) Ta ovisnost egzistencije o transcendenciji nije ograničenje slobode nego njezin uvjet: bez otvorene dimenzije koja nadilazi konačno, egzistencija se zatvara u sebe i gubi ono najvrednije – vlastitu otvorenost.

Analogno tradicionalnim shvaćanjima koja tumače čovjeka kao biće obilježeno različitim slojevima bitka (tijelo, tjelesnost, duša, duh), Jaspers razlikuje četiri načina bitka ili dimenzije ostvarenja čovjeka: puko postojanje, svijest uopće, duh i egzistenciju. Samorefleksija kao potraga za samoidentitetom u načelu u sebi uključuje neku vrstu religioznosti kao nasljeđe Kierkegaarda (usp. Koprek, 1988., str. 38 i sl.). Potraga za samoidentitetom i „kontemplativno-egzistencijalno-transcendirajuće" mišljenje jesu za Jaspersa izvršenje, „time što dolazim k bitku i k samom sebi, ne indiferentno mišljenje, pri kojemu se ne bavim nekim predmetom". Riječ je o „kontemplativnom mišljenju", svojevrsnoj samo-kontemplaciji.

Potraga za samoidentitetom prema Jaspersu ide dvama putevima: jednim u samoći, u „meditaciji kroz svaki način promišljanja", i drugim u „komunikaciji kroz svaki način međusobnog razumijevanja u zajedničkom djelovanju, u zajedničkom govoru, u zajedničnoj šutnji". Samoća ili biti-sam ne označava zatvoreno utočište, nego opće ljudsko stanje: samo onaj koji je bio apsolutno sam može postati egzistencija. Najprije samoća čovjeku ravna put prema vlastitu sebstvu. Pritom mu postaje svjesno da je čovještvo proces, jer samoća nije samobivovanje nego samostvaranje. Jaspers međutim prepoznaje opasno pogrešno razumijevanje te misli – čije je podrijetlo očito iz „prometejske" tradicije njemačkog pjesništva i filozofije – i odmah ograničava vlastitu izjavu: „Ja doduše postajem, time što se stvaram. Ali ako sam ja sam, onda se nisam stvorio. Odnositi se prema sebi ne znači već biti ja sam, nego u unutarnjem djelovanju očekivati sebe." (Koprek, 1988., str. 93 i sl..) U tom paradoksu – između samostvaranja i samoostvarenja iz „darovanog" – Jaspersovo filozofiranje lebdi u osebujnoj napetosti koja se jednom pokazuje kao paradoks, a jednom kao pojmovno posredovanje. Iskustvo darovanosti vlastite slobode stavlja svakog čovjeka pred pitanje: on otkriva sebe kao mogućnost koju treba ostvariti, kao za-daću. K sebi samom dolazi kroz usamljeni čin slobode kojim ostvaruje sebe kao mogućnost a time prihvaćanje vlastitog bitka.

Budući da samoća nije samo izvanjski – s obzirom na pomasovljenje čovjeka – nemoguća, nego i unutarnje nepodnošljiva, ona tjera prema komunikaciji. Pojam komunikacije rasvjetljuje se kod Jaspersa na razini metafizičkog kao *apriori* ljudske egzistencije: ja sam Ja tek u komunikaciji s drugim ljudima. Mogućnost komunikacije tako postaje temeljnim pitanjem čovjeka koji dolazi k sebi samom. Samoća je prema tome, kao „neuklonjivi pol", onaj pol bez kojeg ni komunikacija nije sama: ona je prvo dijalektički protupol i istovremeno uvjet mogućnosti komunikacije; drugo, radikalno negativna mogućnost iz koje me spašava komunikacija; treće, jednostavno manjak komunikacije.

U polju napetosti toga krajnje kompleksnog odnosa utemeljena je egzistencija pojedinca, koja je uvijek izložena opasnosti da se izgubi bilo u pogrešno shvaćenoj samoći (puka unutrašnjost) bilo u pogrešno shvaćenoj komunikaciji (puki vanjski svijet).

1.6.1 Oblici komunikacije

Da bi se razumio Jaspersov pojam "egzistencijalne komunikacije", najprije se mora razjasniti njegovo temeljno razlikovanje između opstojanja (*Dasein*) i egzistencije (*Existenz*). To razlikovanje nije samo terminološke naravi, već označava ontološku razliku koja strukturira cjelokupno Jaspersovo mišljenje. Opstojanje označava puko prisustvovanje čovjeka u svijetu kao empirijsku činjenicu: dimenziju objektivno utvrdivog, znanstveno istražljivog, faktičnih datosti ljudskog života.

Pokazali smo da je za Jaspersa čovjek kao opstojanje (Dasein) dio svijeta, podliježe prirodnim zakonima, društvenim strukturama i kauzalnim vezama. Egzistencija (Existenz) pak nije objektivna datost, već *mogućnost* – ona je ono u čovjeku što niti jedno empirijsko istraživanje ne može potpuno obuhvatiti. Nezadovoljstvo pukim opstojanjem ishodište je filozofiranja: čovjek doživljava da njegovo biće nije iscrpljeno u objektivnosti, da je više od nečega empirijski utvrdivog. To iskustvo „nedostatnosti" vodi pokušaju da se probije puko svjetsko opstojanje (Dasein) i postigne pravo samobitvstvo koje Jaspers označava kao „moguću egzistenciju". Nije slučajno što se ti pojmovi javljaju zajedno: samoća i komunikacija nisu suprotnosti nego korelati – samoća bez komunikacije postaje samoosakaćenje, a komunikacija bez samoće postaje pomasovljenje.

U opsježenom djelu *Von der Wahrheit* Jaspers dalje sistematizira pojam "komunikacije". Osim „egzistencijalne komunikacije", on govori o „komunikaciji postojanja" – imanentnoj – te o svrhovitim oblicima komunikacije i o „komunikaciji razuma". Potonje treba promatrati u kontekstu cjelokupnog Jaspersova filozofskog razvoja u poslijeratnom razdoblju, u kojemu se bavio novim fokusom u filozofiji: onim što ujedinjuje ljude, naime razumom.

U reprezentativnim, imanentnim oblicima komunikacije Jaspers razlikuje „komunikaciju postojanja", „komunikaciju svijesti općenito" i „komunikaciju duha". "Komunikacija postojanja" govori o osobnim interesima u partnerstvu pogodnosti prema motu „nužnost povezuje" (Jaspers, 1947., str. 375). U "komunikaciji svijesti" općenito komunikacija se odvija „u osobno nezainteresiranom smjeru prema stvari" (Jaspres, 1947., str. 376); predmet i osobni interes nisu bitni jer je interes za znanje prevladavajući.

Završetak te komunikacije jet rasprava koja se odvija između znanstvenika i koja povezuje „sva ljudska bića kao intelektualna bića“ (Jaspers, 1947., str. 379). U “komunikaciji uma” pak ljudi razmjenjuju ideje s ciljem većih ideja, poput političkih uvjerenja ili religioznih ideja.

Za Jaspersa je bilo koji oblik imanentne komunikacije u osnovi nedovoljan, jer povezuje ljude samo u njihovoj slučajnosti i posebnim ciljevima, ali ne i u dubini njihova postojanja (usp. Saner, 1970., str. 100). Svi ti oblici ostaju na razini čovjekova tu-bitka (*Dasein)*: korisni, nužni, ali nesposobni da čovjeka dovede do njega sama.

„Egzistencijalna komunikacija“ bitno se razlikuje od ostalih oblika komunikacije po tome što je slobodna, nije orijentirana na svrhu, ne može se planirati i povezuje ljude iz njihova najdubljeg ja (Jaspers, Ph II., 1973., str. 345). Iskustvo egzistencijalne komunikacije „karakterizira emocija ljudskog bića, njezin naknadni učinak, njezin formativni učinak na ljudsko biće kao nešto iza čega djeluju duboko ukorijenjene sile duše“ (Jaspers, 1951 c., str. 13). Doživljavamo to kao preokret sudbine. To je moguće samo ako „jedno sebstvo bira sebe u svojoj slobodi i želi drugo ja u svojoj slobodi“ (Saner, 1970., str. 101). Zato se “egzistencijalna komunikacija” ne može planirati, a nema ni kriterij u smislu sadržaja. Ona nije metoda niti tehnika – nego “događaj”.

„Egzistencijalna komunikacija“ ujedno predstavlja oblik graničnih iskustava koja nadilaze kontekst unaprijed određenog, fiksnog svijeta činjeničnog i svrhovitog racionaliteta u koji je pojedinac „bačen“. One se mogu dogoditi u egzistencijalnim trenutnim iskustvima, poput onih koja doživljava mistik, ili u egzistencijalnoj komunikaciji s drugim ljudima – u intenzivnoj *ljubavnoj* vezanosti.

Upravo ta nemogućnost planiranja egzistencijalne komunikacije razlikuje je od svakog oblika komunikacijske tehnike: tko je pokuša metodički izazvati, uništi je. Ona se događa ili se ne događa – ali se može stvoriti prostor u kojemu je moguća, a taj prostor određuju tri preduvjeta koje Jaspers sustavno razrađuje.

1.6.2 Tri preduvjeta “egzistencijalne komunikacije”

Jaspers ispituje tri preduvjeta za omogućavanje “egzistencijalne komunikacije”. Prvo: *bijeg od sebe*. Teško možemo podnijeti usamljenost koju svi prije ili kasnije doživljavamo na ovaj ili onaj način, pa postoji poriv da pobjegnemo od nje. Taj bijeg može se zbiti na dva načina. Odričući se individualnosti, čovjek se može bezuvjetno priključiti „fiksnim organizacijama“ (Jaspers 1951 c., str. 12).

Čovjek ne može „ući u [egzistencijalnu] komunikaciju, a da ne bude usamljen“ (usp. Jaspers, Ph II., 1973., str. 348) – usamljen ne u smislu „sociološke izolacije“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 347), nego u usamljenost koja nastaje onda kada se „suoči sa svojom društvenom egzistencijom kao samouvjereni pojedinac“ (Jaspers 1951 c., str. 11). “Egzistencijalna komunikacija” na trenutak nadilazi taj osjećaj, ali ga odmah ponovno aktualizira, jer ljudsko biće kroz njega doživljava vlastito postojanje i tako sebe još više doživljava kao samouvjerenog pojedinca. Paradoks je dakle strukturalan: “egzistencijalna komunikacija” ne ukida usamljenost nego je produbljuje i time omogućuje autentičnji oblik zajedništva. Onaj tko komunicira kako bi bježao od usamljenosti neće naići na egzistencijalnu komunikaciju; naići će tek na njezinu karikaturu, tj. na prividnu bliskost koja dublje razjedinjuje.

Drugo: *otkrivanje sebe* ili „postajanje stvarnim ja kao sebstvom“ uključuje napor za samospoznaju, za „neumoljivu jasnoću“. To je „potpuna otvorenost prema sebi i drugome, […] otvorenost osjećaja i nijansi osjećaja, kao otvorenost prema nesvjesnom“ (Jaspers 1951 c., str. 25). Otkrivenje je samo po sebi uvjet za “egzistencijalnu komunikaciju”. Otkrivanje nije zatvorenost, nije stavljanje maski, nije podizanje zaštitnih mjera, nije fiksacija na vlastito „biće“ na način na koji jesam. Otkrivanje sebe također nije profana komunikacija o sebi niti „prostitucija koja se izlijeva iz nedisciplinirano poriva, koji proizlazi samo iz samoće, pod svaku cijenu […]“ (usp. Jaspers 1951 c., str. 20). Usamljenost je poželjnija od takvog instinktivnog i lažnog zadovoljstva – usamljenosti koja stalno izbacuje osjećaje za situacije „u kojima bi se ljudske duše mogle htjeti susresti“ (Jaspers 1951 c., str. 19). Za Jaspersa je otkrivanje rizik koji zahtijeva hrabrost. (usp. Jaspers, Ph II., 1973., str. 50 sl.)

Treće, *ljubavna borba* čini srž “egzistencijalne komunikacije”. Jaspers opisuje ljubav kao „suštinsko podrijetlo sebstva u komunikaciji“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 242) i formulira nekoliko pravila za „ljubavnu borbu“: „Superiornost ili pobjeda nikada se ne žele. […] Sve karte su otkrivene. […] Uopće se ne primjenjuje ograničenje računanja. […] Svatko prodire u sebe s drugim. […] Ova borba može se odvijati samo na potpuno jednakoj razini. […] Odgovaranje na pitanja bez granica dio je stvarne komunikacije. Ako se odgovor ne postigne odmah, ostaje zadatak koji se neće zaboraviti. To je borba za istinu, za uzajamnu transparentnost u uzajamnom povjerenju.“ Tu je poseban naglasak stavljen na simetriju između strana koje komuniciraju: samo simetrična komunikacija stoji u svjetlu ljubavi. Asimetrična komunikacija uključuje tvrdnje o moći. Jaspers piše: „Potreba za drugim na istoj razini konstitutivna je karakteristika ljubavi.“ (Jaspers, Ph II., 1973., str. 71; usp. Jaspers 1951 c., str. 17–18)

S druge strane, postoji moć koja ljude osuđuje na komunikaciju na neravnopravnoj razini. Moćan čovjek bježi od samoće asimilirajući sve druge, potčinjavajući ih kao dijelove sebe, ali ih i prihvaćajući. Bježi od samoće proširujući vlastiti ego u divovski organizam u kojemu su svi ostali dijelovi od njega samog – povećavajući svoju usamljenost … (Jaspers 1951 c., str. 16).

Pojam „ljubavne borbe“ na prvi se pogled čini proturječan: kako ljubav može biti borba? Jamačno, Jaspers ovdje ne rabi riječ “borba” u smislu sukoba nego u smislu angažiranog nastojanja da se drugi ne previđa, ne gladi, ne asimilira. Ljubav koja ne riskira pravo suočenje s drugim – uključujući i suočenje s onim u njemu što mi je strano ili neprijatno – zapravo nije ljubav prema drugome nego ljubav prema vlastitoj slici o drugome.

1.6.2.1 “Egzistencijalna komunikacija” kao uvjet samobivstva

Središnji paradoks „egzistencijalne komunikacije“ je u njezinu odnosu prema slobodi. Moja sloboda nije usmjerena protiv slobode drugoga već je njome uvjetovana: mogu biti autentično ja sam samo ako je drugi autentično on sam. To temeljno proturječi svim koncepcijama koje razumiju slobodu kao samodostatnost ili kao neovisnost od drugoga. Nužnost egzistencijalne komunikacije jest „nužnost slobode“ – prividna proturječnost koja izražava bit same egzistencije. Egzistencija je nužno slobodna i slobodno nužna. Ta se nužnost ne može objektivno shvatiti jer nije kauzalna, već proizlazi iz samog temelja slobode. U “egzistencijalnoj komunikaciji” ne susrećem drugog kao primjerak vrste, ne kao nositelja društvene uloge, već u njegovoj apsolutnoj jednokratnosti (*Einzigkeit*). I ta jednokratnost nije samo empirijska posebnost, već „pojavljivanje supstancijalnosti“ – ona pokazuje samo biće.

Jaspers je među prvim filozofima koji je komunikaciju učinio središnjom filozofskom kategorijom, a ne sporednom temom teorije spoznaje ili sociologije. On jedinstvenost drugoga čovjeka traktira kao ontološku činjenicu, a ne kao romantičnu metaforu. “Egzistencijalna komunikacija” nije privilegij odabranih niti mistika; ona je mogućnost svakog čovjeka koji je spreman platiti njezinu cijenu: usamljenost, otvorenost, rizik.

Središnja Jaspersova teza može se formulirati ovako: „Egzistencijalna komunikacija“ nije oblik komunikacije među ostalima, nego način na koji se ljudska egzistencija uopće ostvaruje. Ona „empirijski nije prisutna“ – nije objektivno utvrdiva činjenica u svijetu, već mogućnost koja izmiče znanstvenom promatranju.

U njoj „istinito tek znam vlastito biće“: moje autentično samobivstvo konstituira se tek u egzistencijalnoj komunikaciji; ona nije samo medij kroz koji se već postojeće ja priopćuje, već mjesto na kojemu samobivstvo uopće nastaje. Treće: vlastito biće proizvodim „s drugim“ – samobivstvo dakle nije monološko već bitno dijaloškog karaktera. Bez drugog nema autentičnog ja. Komunikacija nije tek neka opcija: tko joj izmakne, ne odustaje samo od odnosa, već izdaje vlastito samobivstvo. Ja se konstituira samo u komunikaciji, stoga je odbijanje komunikacije samoizdaja.

Jaspers svjesno raskida s tradicijom koja subjektivnost misli kao monološku strukturu. Njegov pojam “egzistencijalne komunikacije” nudi filozofski okvir koji daleko nadilazi okvire socijalne psihologije ili teorije komunikacije. Dok se komunikacija tradicionalno shvaćala kao sredstvo za razmjenu informacija ili kao društveni fenomen, Jaspers je uzdiže na razinu uvjeta mogućnosti autentičnog ljudskog postojanja samog.

“Egzistencijalna komunikacija” nije tek najviši stupanj u Jaspersovoj tipologiji komunikacije – ona je njezin jedini oblik koji uopće zaslužuje naziv „komunikacija“ u punom smislu riječi. Svi ostali oblici ostaju korisni, ali neprohodani za ono što je čovjeku najhitnije: samoostvarenje.

1.6.2.2 Način izvođenja “egzistencijalne komunikacije”

Jedna od najznačajnijih karakterizacija egzistencijalne komunikacije nalazi se u Jaspersovu pojmu „ljubavi koja se bori“ (*kämpfende Liebe*). Kao takva “ljubavna komunikacija” nije ravnodušna prema predmetu kojega pogađa: iz moguće egzistencije hvata drugu moguću egzistenciju (usp. Jaspers, Ph II., 1973., str. 242). Pojam „ljubavi koja se bori“ nije retorička figura nego tehnički termin koji opisuje strukturu autentičnog međuljudskog odnosa. U njemu su ujedinjene dvije dimenzije koje su u svakodnevnom mišljenju obično razdvojene: ljubav – koja prihvaća, čuva, i želi dobro drugom – i borba – koja neće ostaviti drugoga tamo gdje je ako može biti više nego što jest. Jaspers time izbjegava dva simetrična propusta u shvaćanju kommunikacije: sentimentalnu ljubav koja harmonizira i potvrđuje i time zapravo izdaje drugoga zatvarajući ga u ono što već jest, i hladnu, asimptomatsku borbu koja drugoga vidi kao konkurenta ili protivnika. Samo spoj obaju momenta – ljubavi i borbe – čini komunikaciju egzistencijalnom u punom smislu.

Kämpfende Liebe nije slijepa. Ona nije nereflektirana naklonost, emotivno obuzimanje ni projekcija. Ona je „jasnovidna“ – dakle vidi, spoznaje, razlikuje. (Jaspers, 1947., str. 668) Dovodi u pitanje: komunikacija u ljubavi nije harmonizirajuća niti tek potvrđujuća. Dovesti u pitanje znači ne ostaviti drugoga u njegovoj faktičnosti, nego ga izazivati. Otežava: nije olakšanje niti rasterećenje, već nameće teret – suočavajući drugoga s njegovim mogućnostima i zahtijevajući od njega odluku. Zahtijeva od drugoga, ne u smislu vanjskog zahtjeva, već apela na njegove najdublje mogućnosti. I u konačnici „iz moguće egzistencije hvata drugu moguću egzistenciju“: Drugoga ne vidi samo kao ono što on faktički jest, već kao ono što može biti, i hvata ga iz te mogućnosti.

Spomenuta četveročlana karakterizacija nije slučajna: ona opisuje četiri konkretna načina na koji “ljubavna borba” strukturira susret. Nijedno od tih četiriju obilježja ne može se reducirati na jedno drugo: „jasnovidnost“ bez „dovođenja u pitanje“ bila bi puka dijagnoza bez angažmana; „otežavanje“ bez „zahtijevanja“ bilo bi teret bez smjera; „hvatanje iz mogućnosti“ bez „jasnovidnosti“ bilo bi projekcija bez osnove. Sve četiri karakteristike zajedno opisuju niz radnji koje se odvijaju u egzistencijalnom susretu: vidjeti, izazvati i upućivati na ono što drugi može biti.

1.6.2.3 Razlika između borbe za opstojanje i egzistencijalne borbe

Jaspers razvija suptilno razlikovanje između „borbe za opstojanje“ (*Kampf ums Dasein*) i „egzistencijalne borbe“ (*existenzieller Kampf*). “Borba za opstojanje” je borba za preživljavanje, za resurse, za moć: u njoj su lukavstvo i obmana legitimna sredstva, a drugi je neprijatelj ili konkurent (usp. Jaspers, 1947., 318). “Egzistencijalna borba”, je pak karakterizirana potpunom otvorenošću – nema pretvaranja, taktike, suzdržavanja – isključivanjem svake moći, jer se ne radi o pobjedi ni o podvrgavanju, i brigom za samobivstvo drugoga: “egzistencijalna borba” ne želi pobijediti drugoga, već hoće da on postane on sam.

“Egzistencijalna borba” je paradoks: osvajam sebe tako što se predajem. Samodobitak događa se kroz predanje sebe. To je dijalektika “egzistencijalne komunikacije” – što se više otvaram i predajem, to više dolazim k samom sebi. Taj paradoks nije nespretan stil nego točna fenomenološka opaska: u svakom autentičnom susretu čovjek dobiva više nego što ulazeći u susret posjeduje. Ono što jest, može postati jasnijim; ono što je htio reći, postaje boljim; ono što je mislio, postaje razumljivijim.

Predanje sebe u komunikaciji nije gubitak nego žrtva: predajem se čovjeku koji mi želi dobro, pa čak i borbeći se sa mnom, i upravo tim predanjem dobivam natrag ono što sam nisam mogao naići. To nije mistika, nego točna analiza onoga što se događa u svakom razgovoru koji je doista razgovor, a ne samo izmjena riječi.

1.6.3 Prepreke egzistencijalne komunikacije

Jaspers sustavno analizira stavove koji sprječavaju "egzistencijalnu komunikaciju". Pred tipičnim ljudskim stavovima koji uspješno približavanje osuđuju na propast već na početku, ostaje samo odricanje: a) čovjek koji živi u skamenjenoj objektivnosti, kao svijetu materijaliziranih sadržaja koji mu znače biće uopće, nedostupan je kao on sam. To su tupi i praznovjerni ljudi koji uopće ne žele komunikaciju, nikada se ne nalaze u pravom razgovoru, već pričaju mimo svega što dolazi od drugog. Oni mogu samo neosobno brbljati ili izlagati vlastite dogme. (Jaspers, 1947., str. 318 sl.)

„Skamenjena objektivnost" (*versteinerte Objektivität*) označava stav u kojemu je čovjek potpuno zatvoren u objektivirane predodžbe, čvrsta mišljenja i dogmatska uvjerenja. On živi u „svijetu materijaliziranih sadržaja" i ne može probiti prema egzistenciji. Takvi ljudi „pričaju mimo svega što dolazi od drugoga" – ne slušaju istinski, nisu otvoreni za novo i drugo.

"Moralist" koji prosuđuje samo prema apstraktnim principima i to zahtijeva od drugih, a da sam nije egzistencijalno angažiran, također se zatvara prema "egzistencijalnoj komunikaciji". On „ne živi izvorni život" jer se zakopava iza vlastitih principa. Princip zamjenjuje prisutnost: umjesto da bude tu, s drugim, u konkretnoj situaciji, moralistički čovjek aplicira pravila izdaleka i time ostaje zapravo odsutan iz susreta. Jaspers ne poriče vrijednost etičkih načela, nego ukazuje na ono što ona nisu kadra dati: susret s drugim kao egzistencijom.

Svojeglavni ponos čovjeka koji hoće biti samo on sam, odbija komunikaciju. On želi poistovjetiti svijet sa sobom i poznaje samo jednu volju: posjedovati svijet. On sluša iz znatiželje i žudnje za ljudima, ne podnosi pokazati slabost ni doći u situaciju podređenoga. Prema ljudima ne traži odnos solidarnosti – hoće ih osvojiti i imati za svoje.

Ponosni, samodostatni čovjek koji misli da može biti ono što jest samo kroz sebe sama zatvara se prema komunikaciji iz straha od ranjivosti. Ne može podnijeti „pokazati slabost", tj. pokazati se u vlastitoj nesavršenosti i potrebitosti.

Ne želi Drugog kao suegzistenciju, već kao posjed. Jaspers pokazuje da je ranjivost – sposobnost da se bude pogođen Drugim – uvjet autentične komunikacije, a ne njezina slabost.

Ova tri tipa – dogmatski skamenjeni, apstraktno moralni i ponosno samodostatni – nesposobni su za "egzistencijalnu komunikaciju" jer se zatvaraju prema temeljnoj otvorenosti i ranjivosti koju ona zahtijeva. Ono što im je zajedničko jest odbijanje izloženosti: svaki na vlastiti način gradi zaštitni oklop koji ga čuva od susreta koji bi mogao promijeniti. Ali taj oklop – što ga Jaspers drugdje naziva „olupinom" (*Gehäuse*) – čuva samo od egzistencijalne mogućnosti, ne od egzistencijalne nužnosti. Iskustvo "granične situacije" vodi nezadovoljstvu pukom komunikacijom opstojanja. Nezadovoljstvo komunikacijom stoga je ishodište za proboj k egzistenciji i za filozofiranje koje ga nastoji razjasniti.

Kao što sve filozofiranje počinje čuđenjem, spoznaja svijeta sumnjom, tako razjašnjavanje egzistencije počinje iskustvom nezadovoljstva komunikacijom. U "graničnoj situaciji" svakodnevna, površna komunikacija više nije dovoljna. Čovjek doživljava nužnost dubljih, egzistencijalnijih oblika komunikacije koji su dorasli dramatičnosti i neizbježnosti "granične situacije". Tako "granična situacija" nije samo povod za "egzistencijalnu komunikaciju", već i njezina provjera: tek u suočavanju s konačnim pitanjima – smrću, krivnjom, patnjom – pokazuje se je li komunikacija egzistencijalno održiva.

1.7 Filozofski značaj Jaspersove koncepcije "egzistencijalne komunikacije"

Jaspersova koncepcija "egzistencijalne komunikacije" predstavlja značajno filozofsko postignuće koje je originalno u više pogleda.

Prvo, Jaspers prevladava tradicionalni solipsizam novovjeke filozofije subjekta. Dok je od Descartesa do Husserla izolirani subjekt polazna točka filozofije, Jaspers intersubjektivnost čini ontološkim temeljnim principom: ja nije najprije za sebe pa sekundarno stupa u odnos s drugima, već se uopće tek konstituira u komunikaciji. To je radikalan odmak koji ima i historiografsko i sustavno značenje. Historiografski, Jaspers se time uključuje u širi obrat filozofije 20. stoljeća prema intersubjektivnosti i dijalogu koji su, svaki na vlastit način, zastupali i Martin Buber, Gabriel Marcel i Emmanuel Levinas. Sustavno, Jaspers taj obrat provodi bez odricanja od apsolutne jedinstvenosti svake egzistencije: drugi nije nadomjestak za moje sebstvo nego njegov nezamjenjivi uvjet. Buberova formula *Ich und Du* i Levinasov primat „lica Drugoga" bliske su Jaspersovoj intenciji, premda se razlikuju u polaznom metafizičkom okviru.

Drugo, Jaspers razvija teoriju komunikacije koja ne cilja samo na razumijevanje ili konsenzus, nego na "ostvarenje egzistencije". Svrha komunikacije nije primarno razumjeti se ili doći do dogovora, nego postati autentičan. To Jaspersa temeljno razlikuje od kasnijih teorija komunikacije, posebno od Habermasove "teorije komunikativnog djelovanja", u kojoj je idealni govorni čin usmjeren prema konsenzusu oslobođenom pritiska. Za J. Habermasa uspješna komunikacija je ona koja rezultira dogovorom, dakle nečim zajedničkim. Za Jaspersa uspješna komunikacija je ona u kojoj je svaki od sugovornika postaje više on sam, dakle nečim različitim. Oba pristupa vrijede u različitim domenama: Habermasov model pogodan je za demokratsku deliberaciju i pravne procedure, Jaspersov model nužan je za ono što se ne može normativno regulirati – za terapeutski susret, za roditeljski odnos, za prijateljestvo, za sve one oblike komunikacije u kojima bi inzistiranje na konsenzusu bio nasilje nad osobnošću egzistencije.

Treće, Jaspers u koncepciji „ljubeće borbe" (*kämpfende Liebe*) povezuje prividno nespojive momente: ljubav i borbu, predanje i samopotvrđivanje, otvorenost i kritičko suočavanje. Ta dijalektika Jaspersovoj teoriji daje realističnu dimenziju koja nedostaje romantičarskim idealima komunikacije. Komunikacija u ljubavi koja se bori nije idilična niti bez trvenja; ona je zahtjevna upravo zato što drugoga uzima ozbiljno kao egzistenciju, a ne kao držatelja povoljnog stava. Jaspersova teorija time predanticipira neke uvide koji su kasnijoj filozofiji dijaloga ili filozofiji susreta postali ključni: da ljubav nije "spajanje" dvaju ja nego suodživljavanje dvaju različitih; da komunikacija koja ne trpi neslaganje zapravo ne komunicira nego samo potvrđuje; da istinski susret uvijek ima u sebi element asimetrične ovisnosti koji ne može biti uklonjen a da se ne ukine i sam susret.

U vrijeme u kojemu je komunikacija sve više tehnički posredovana i reducirana na prijenos informacija, Jaspers podsjeća da je autentična komunikacija više od razmjene podataka. Ona je samoostvarenje, razjašnjavanje egzistencije, postajanje čovjekom. Recentne digitalne platforme komunikacije optimizirane su za brzinu, doseg i filtriranje informacija; "egzistencijalna komunikacija" zahtijeva suprotno: sporiji tempo, zaustavljanja, mogućnost tišine pa i nesporazuma. Tehnički posredovana komunikacija ne može dati: prisutnost, pozornost, otvorenost i – u Jaspersovom smislu – "ljubeću borbu".

U društvu koje komunikaciju razumije kao sredstvo za rješavanje sukoba i postizanje konsenzusa, Jaspers pokazuje da sukob – kao "ljubeća borba" – sam pripada komunikaciji i ne mora biti prevladan. U kulturi samooptimizacije i samodostatnosti Jaspers naglašava konstitutivno značenje drugoga za samobivstvo: ne mogu postati ono što jesam samo kroz sebe sama; trebam drugoga u njegovoj drugosti.

To je tvrdnja koja zvuči u današnjoj kulturi gotovo kao provokacija. Kultura koja potiče „sebe-samu-izgradnju“ (*self-making*), koja narcizizam ne razumije kao poremećaj nego kao aspiraciju, koja digitalne vještine drži višim oblikom komunikacije od razgovora licem u lice, u sukobu je s Jaspersovim temeljnim uvidima. Jaspersova filozofija “egzistencijalne komunikacije” time nije samo povijesno zanimljiva nego sustavno neophodna: ona poziva na preispitivanje postulata o autonomnom subjektu koji je „izvorni“ nositelj komunikacije, a drugi je tek njezina meta.

Zaključno, “egzistencijalna komunikacija” kod Jaspersa nije tek teorija komunikacije u uobičajenom smislu. Nije model koji objašnjava kako komunikacija funkcionira, niti metoda koja uči kako bolje komunicirati. Ona je filozofsko razjašnjavanje *ontološke* dimenzije komunikacije. Naime, Jaspers pokazuje da komunikacija nije fenomen među ostalima, nego način na kojemu se ljudsko biće uopće ostvaruje. U “egzistencijalnoj komunikaciji” radi se o ničem manjem nego o postajanju ja, o ostvarenju slobode, o pojavljivanju transcendencije u međuljudskom susretu. Središnja spoznaja glasi: nisam najprije ja sam pa onda stupam u komunikaciju s drugima; već tek postajem ja sam u komunikaciji s konkretnim, jednokratnim drugim. Egzistencija je bitno *komunikativna*.

Spomeniti uvidi imaju dalekosežne implikacije: ne samo za filozofiju, nego i za naše samorazumijevanje kao ljudi, za shvaćanje obrazovanja, za oblikovanje društvenih institucija, za praksu psihoterapije i za razumijevanje religioznog iskustva. A u medicinskom kontekstu, koji je za Jaspersa i osoban i teorijski polazište, ta teza govori ovo: liječnik koji pacijenta ne susreće u “egzistencijalnoj komunikaciji” propušta ne samo čovječnu dimenziju susreta, nego i njegov najdublji terapeutski potencijal.

Jaspersova filozofija “egzistencijalne komunikacije” izaziva nas da komunikaciju ne shvaćamo kao sredstvo za svrhu, nego kao izvršenje našega čovještva samog. Ona poziva da u susretu s drugim ne tražimo primarno potvrdu ili harmoniju, već da se odvažimo na “ljubeću borbu” u kojoj i ja i drugi možemo postati ono što možemo biti.

1.7.1 Bolest i "egzistencijalna komunikacija"

Jaspers je od najranijeg djetinjstva bio bolesnik - pacijent. Bolovao je od kronične bolesti bronha – bronhektazije i sekundarne srčane insuficijencije – i zbog toga razvio strog način života kako bi s tom bolešću preživio. U vlastitoj autobiografiji opisuje taj izazov na način koji ne skriva ni složenost ni paradoksalnost položaja u kojemu se nalazio: dijagnoza mu je nametnula život u disciplini, ali disciplina bez slobode bila bi samo još jedan oblik predaje bolesti.

Tu se već pokazuje jedan filozofski temeljni motiv: dijalektika nužnosti i slobode, discipline i rizika. Puko pridržavanje medicinskih propisa ostavilo bi život „neispunjenim"; bolesni čovjek mora imati „slobodu" da „probije medicinski red" kako bi uopće živio. Ta dijalektika nije Jaspersova umnožena metafora nego opis egzistencijalnog iskustva s kojim je živio desetljećima. Bolest nije bila apstraktna filozofska tema – bila je svakodnevna činjenica koja je strukturirala sve, od načina spavanja do izbora zanimanja.

Odnos s dr. Albertom Fraenkelom – koji je Jaspersu 1901. postavio dijagnozu bronhektazije – postao je za njega životno određujući. Fraenkel nije bio samo dijagnostičar, već i onaj koji ga je učio živjeti s bolešću. On svojega pacijenta nije tješio niti mu je davao lažne nade, već mu je „nemilosrdno opisao njegovo stanje". Tek je ta otvorenost omogućila autentično i realističko životno planiranje.

Susret s Fraenkelom utjecao je ne samo na Jaspersovo ophođenje s vlastitom bolešću, već i na izbor zanimanja: dojam koji je Fraenkelova osobnost ostavila na njega potaknuo ga je da napusti započeti studij parava I da se prebaci na studij medicine. Taj biografski podatak nije anegdotalan: on je filozofski značajan. Fraenkelov odnos prema Jaspersu-pacijentu bio je, u terminologiji koja će tek nastati u Jaspersovoj filozofiji, primjer *kämpfende Liebe* – ljubavi koja se bori: bez utjehe, bez obmane, bez redukcije pacijenta na dijagnozu, ali s dubokom brigom za autentično življenje pacijenta unatoč bolesti i u suživotu s njom. Jaspers je na Fraenkelu naučio što liječnička otvorenost može dati bolesniku: ne mir laklih uvjeravanja, nego tlo realnosti iz kojega je moguće graditi.

U kasnijem eseju „*Die Idee des Artztes*" (Ideja liječnika) (1953.) postulira da pacijent nije samo objekt liječnikova znanja nego subjekt koji – informiran i razuman – sam donosi odluke o vlastitu životu.

U članku „*Der Arzt im technischen Zeitalter*" (Liječnik u tehničko doba) (1958.) Jaspers upozorava na opasnost da pacijent u suvremenoj "aparatnoj" medicini postane pukim objektom. Tehničke mogućnosti ne smiju dovesti do gubitka osobnog odnosa između liječnika i pacijenta. To Jaspersovo razmišljanje nastaje u kontekstu u kojemu je medicina šezdesetih godina 20. stoljeća već uvelike ušla u proces tehnologizacije koji Jaspers prepoznaje kao duhovno-kulturni, a ne samo kao organizacijski problem.

Upozorenje iz 1958. godine posjeduje neugodnu aktualnost: instrumentalizacija pacijenta u suvremenoj biomedicini, kritizirana i u suvremenoj filozofiji medicine, anticipirana je Jaspersovom dijagnozom koja vuku korijene iz njegova egzistencijalna filozofskog okvira. Odnos liječnik-pacijent može (pa i mora) – u idealnom slučaju – biti oblik "egzistencijalne komunikacije" koji treba ispuniti mnoge kriterije koje Jaspers navodi.

Kao prvo: radi se o odnosu između dviju konkretnih, jednokratnih osoba. Dobar liječnik u pacijentu ne vidi „slučaj X" nego konkretnog čovjeka s njegovom poviješću, situacijom i mogućnostima.

Drugo: karakteriziran je potpunom otvorenošću. Pacijent se mora otvoriti liječniku, otkriti vlastite simptome, strahove, slabosti; jedanko tako liječnik mora biti otvoren za ono što pacijent priopćuje, a da to prebrzo ne objektivira.

Treće: cilja na samobivstvo drugoga. Liječnik ne želi vladati pacijentom ni manipulirati njime, već mu pomoći da povrati zdravlje i time vlastite životne mogućnosti. Kao što je Fraenkel učio Jaspersa: pacijent treba naučiti živjeti s vlastitom bolešću, integrirati je u život i u „prostoru mogućeg" ostvariti što može.

Četvrto: zahtijeva "boreću ljubav" (*kämpfende Liebe)*. Liječnik ponekad mora reći pacijentu neugodne istine, zahtijevati od njega disciplinu, suočiti ga sa stvarnošću bolesti. Ali to se ne događa iz znanstvene distance, nego iz volje da se pacijentu pomogne. Spomenuta četiri kriterija opisuju odnos koji nije samo komunikacijski ideal nego i terapeutski: liječnik koji ih ispunjava ne pruža samo stručnu pomoć nego i egzistencijalnu prisutnost koja pacijentu može pomoći da bolest prihvati kao svoju "graničnu situaciju", a ne samo kao prepreku.

Jaspersovo često spominjano razlikovanje između "objašnjavanja" (*Erklären*) i "razumijevanja" (*Verstehen*) u njwegovoj "Općoj psihopatologiji" (*Allgemeinen Psychopathologie)* (1913.) anticipira ontološko razlikovanje između "opstojanja" (Dasein) i egzistencije (Existanz) u *Filozofiji* (1932.). "Objašnjavanje" odgovara razini "opstojanja": čovjek je objektivno utvrdivo, kauzalno određeno biće koje se može znanstveno istraživati.

“Razumijevanje” odgovara razini “egzistencije”: čovjek kao slobodno, smisleno, komunikativno biće koje se ne može objektivirati, već je dostupno samo u razgovoru. Psihijatrijski razgovor, u kojemu liječnik nastoji razumjeti pacijenta, već je oblik komunikacije koji nadilazi puko prenošenje informacija: to je pokušaj da se prodre u svijet doživljaja drugoga, da se razumije njegova perspektiva, sudjeluje u njegovoj patnji. Taj „razumijevajući“ stav pretpostavlja da liječnik pacijenta ne reducira unaprijed na dijagnozu već ostaje otvoren za ono što se pokazuje u razgovoru. Pretpostavlja empatiju, sposobnost uživljavanja u drugoga.

Jaspers je bio prvi koji je proširio psihijatriju kako bi uključio dimenziju humanističkih znanosti s dobro utemeljenom metodom – razumijevanjem – i time postavio temelje onoga što će se u kasnijoj filozofiji medicine nazivati “hermeneutičkim pristupom kliničkoj praksi”.

Jaspersovo uviđanje granice razumijevanja – posebno kod primarnih deluzija, gdje empatija dosiže vlastiti rub – ima filozofski ekvivalent: u „obuhvatnom“ (*das Umgreifende*), koje izmiče svakoj objektivaciji. Postoje dimenzije ljudske egzistencije i stvarnosti uopće koje nisu potpuno razumljive, nisu komunikativno dohvatljive. U odnosu liječnik-pacijent to znači: liječnik mora priznati da patnju pacijenta nikada ne može potpuno razumjeti. Postoji ireducibilna usamljenost patnika koja ne traži da bude uklonjena nego da bude respektirana. Ipak mora se pokušati razumjeti koliko je god moguće. Jednako tako u “egzistencijalnoj komunikaciji” postoji granica: Drugi uvijek ostaje i tajanstven, nedisponibilan, transcendentan; komunikacija nikada nije potpuno stapanje, već uvijek samo susret sloboda koje čuvaju vlastitu posebnu jedinstvenost. Ta dvostrukost – nužnost razumijevanja uz istodobno priznanje njegove granice – nije proturječje nego točna fenomenološka opaska o svakom autentičnom liječničkom susretu: liječnik koji pretendira na potpuno razumijevanje pacijenta upada u redukcionzam; liječnik koji se odriče razumijevanja zapravo ne priznaje pacijenta.

Značajan Jaspersov uvid jest uvjerenje da su kod bolesnih uvijek prisutni i zdravi aspekti te da iz njih može nastati nešto produktivno. Njegov vlastiti život najbolji je dokaz za tu tezu: unatoč – ili upravo zbog – vlastite bolesti, postao je jedan od najznačajnijih filozofa 20. stoljeća. Bolest nije bila samo prepreka nego i pokretač: prisilila ga je na disciplinu, koncentraciju na bitno; naučila ga je značenju komunikacije, krhkosti opstojanja, nužnosti da svaki dan shvati kao dar.

Značajno je da Jaspers, reflerktirajući na vlastitu bolest, ne pada u patos žrtve niti u patos herojskog prevladavanja: on opisuje bolest kao konstitutivnu činjenicu vlastitoga života koja mu je odredila sve, od tjelesnog do misaonog.

1.7.2 "Egzistencijalna komunikacija", razumijevanje i zdravstvena praksa

Jaspersova središnja briga i polazište za mnoga njegova filozofska i medicinska razmatranja je činjenica da se ljudsko biće nikada ne može objasniti ili tretirati u cjelini, tj. zajedno sa svim egzistencijalnim potrebama. Kad bi postojalo empirijsko zatvaranje ljudskog postojanja, potpuna klasifikacija njegova bića kao bića koje se može istražiti, ne bi bilo *slobode*. Svaki pokušaj da se čovjek kao cjelina shvati konačno i sveobuhvatno mora propasti, jer svaka je razumljivost konačna i partikularna.

Ta je pozicija rezultirala radikalnom kritikom psihoanalize. Psihoanaliza se, prema njemu, temelji na „totalnom pogledu" koji pretendira na cjelovitu spoznaju čovjeka, a time narušava dimenziju slobode koja je konstitutivna za egzistenciju. Ozbiljno znanstveno proučavanje ljudi mora znati vlastite granice, a posebno mora odolijevati napasti da postane sveobuhvatnim pogledom. Zadatak zdravstvenih djelatnika jest liječenje jasno definirane bolesti, a ne upravljanje cjelokupnim egzistencijalnim položajem pacijenta. Takva situacija uvijek se odnosi na ispravno shvaćanje odnosa liječnik – pacijent.

Razumijevanje, o kojemu se raspravlja u poglavlju „Razumljive veze" (*Verständliche Zusammenhänge*) u *Allgemeiner Psychopathologie* (1913.), legitimira se drukčijim oblikom dokaza od prirodoznanstvenog: znanstveni dokazi razumijevanja nisu induktivno dokazani iskustvom koje se ponavlja – oni imaju svoju moć uvjeravanja u sebi samima. Fluidan je prijelaz između razumijevanja i tumačenja: „Tumačenje je dio razumijevanja, ali ne i objašnjavanja, i legitimno je za humanističke znanosti, ali ne i za prirodne znanosti." (Engelhardt, 2016., str. 25)

Jaspers je bio prvi koji je proširio psihijatriju kako bi uključio dimenziju humanističkih znanosti s dobro utemeljenom metodom. Kao fenomenolog bavio se jasnom terminologijom i razlikama između načina razumijevanja. Na primjer, vizualiziramo pojedinačna psihološka stanja kroz „statičko razumijevanje" ili pokušavamo razumjeti složene odnose kroz „genetičko razumijevanje". Duša se pokazuje neizravno, kroz jezik, izraze lica, kulturu.

Jaspersovi načini razumijevanja mogu se tipizirati na sljedeći način. „Fenomenološko razumijevanje“ je ono u kojemu veze još ne igraju ulogu: to je „unutarnja vizualizacija iskustva uz pomoć pacijentovog samoopisa“ (Jaspers, 1913., str. 255 i sl.). „Razumijevanje izraza“ specifičan je oblik fenomenološkog razumijevanja: „izravna percepcija psihičkog osjetila u pokretu, gestama (izrazima lica) i oblicima (fizionomija). „statičko razumijevanje“, također oblik fenomenološkog razumijevanja u kojemu veze ostaju nevažne, za sebe bilježi „individualne mentalne kvalitete i stanja“. Sva tri oblika zajednički su po tome što se bave onime što jest, bez obzira na uzročne veze između stanja; Jaspers ih naziva razumijevanjem „stanja mirovanja“. Fenomenološko razumijevanje u uobčajenom smislu najbliže je onome što Husserl naziva fenomenološkim stavom: pozornost usmjerena na sam doživljaj kakav jest, bez preuranjene teorijske interpretacije. Za kliničku praksu to znači: liječnik koji sluša pacijentov opis vlastitih stanja ne prestrukturirajući ga odmah u simptom ili dijagnozu, već prima doživljaj kao doživljaj, prakticira upravo tu fenomenološku pozornost.

„Genetičko razumijevanje“ zapravo znači unutarnje mentalne veze: „duša se izvodi iz duše“ (Jaspers 1913., str. 251), ona se stvara „stavljanjem sebe u dušu“ (isto, str. 250). Razumijevanje nam omogućava da razumijemo složene osjećaje poput ljutnje, ljubomore ili bijesa u njihovu emocionalnom kontekstu. Genetičkim razumijevanjem ne shvaćaju se samo „stanja mirovanja“ kao u prethodne vrste, već se shvaća i „nemir duše“ (isto, str. 24).

„Racionalno razumijevanje“ tjera nas da „razumijemo sadržaj misli prema pravilima logike“ (isto, str. 253): taj se sadržaj može pojaviti i u nerazumljivom procesu, npr. u slučaju psihoze. Jaspers kao primjer navodi „logički koherentan sustav zablude“ (isto, str. 255): pojava zablude je u osnovi neshvatljiva empatijom, ali sadržaj zablude dostupan nam je kroz racionalno razumijevanje – to jest, kroz ono što je Engelhardt precizno nazvao „razumijevanjem onoga što se govori“ (Engelhardt, 2016., str. 29).

„Empatično razumijevanje“ odnosi se na empatiju: za razliku od genetičkog razumijevanja, razumijevanje psihološke veze vezane sa sadržajem ne igra ulogu; ljutnja, ljubomora ili bijes ne shvaćaju se u kontekstu nego se osjećaju i doživljavaju kao poznati osjećaj (usp. Jaspers 1913., str. 253). Razlikovanje “racionalnoga” i “empatičnog” razumijevanja nije akademska finesa: ono opisuje dva različita načina kojima liječnik može biti prisutan uz pacijenta – jedan koji prati logiku toga što pacijent govori, i jedan koji rezonira s onim što osjeća. Oba su valjana, ali ni jedan nije dovoljan sam.

„Duhovno razumijevanje“ uzima u obzir kulturni kontekst ljudskog bića: „oblici, slike i simboli koji postavljaju zahtjeve“ i „ideali“ predmeti su te vrste razumijevanja

(Jaspers, 1913., str. 256). Samo kulturno obrazovanje omogućuje stjecanje dubljih psiholoških uvida: „duša je dostupna samo u onoj mjeri u kojoj se razumiju sadržaji u kojima živi“.

„Egzistencijalno razumijevanje“ napušta područje znanosti: ono je „više nego razumljivo, ono što sigurno osvjetljava, postaje razumljivo“ (Jaspers, 1913., str. 256). Zbog toga se ne smije zahtijevati u medicinskoj praksi, već u najboljem slučaju može nastati spontano između neovisnog liječnika i slobodnog pacijenta: „Egzistencijalno prosvjetljenje dotiče više nego razumljivo kroz razumijevanje psihologije.“ (isto, str. 256) Taj uvid ima ključne implikacije za suvremenu medicinsku etiku: “egzistencijalno razumijevanje” je mogućnost, a ne dužnost liječnika, jer to ne bi moglo biti dužnošću a da ne postane paradoksom. Ono što je dužnost jest da se liječniku dopusti da se dogodi – kroz otvorenost, bez protokolarnih zapreka, u prostoru koji nije do kraja ispunjen medicinskim procedurama.

„Metafizičko razumijevanje“ opisuje razumijevanje „šireg konteksta značenja“ (isto, str. 257): psihološko iskustvo treba postati „prispodoba o cjelokupnom ljudskom postojanju“ (isto, str. 257). Ono traži općenito racionalno u iskustvu pacijenta. „Krajnje ljudske mogućnosti postaju stvarne ovdje u proboju kroz sve granice zaklona, smirivanja, oblikovanja i zaključivanja postojanja. Ne može biti drugačije nego da filozof u nama ostane očaran ovom stvarnošću do kraja života.“ (isto, str. 257) “Metafizičko razumijevanje” nije vrsta razumijevanja koja se može znanstveno naučiti ni planirati u terapiji nego predstavlja filozofski ideal. S njim je usko povezan i koncept „filozofije razuma“: pokušaj mišljenja o nečemu što ujedinjuje čovječanstvo.

Jaspers je time osnovao novu, znanstveno utemeljenu hermeneutiku za psihijatrijski rad: s jedne strane, psihijatar „objašnjava“ mentalne pojave kao prirodoslovac koji razmišlja u terminima uzročnosti; s druge strane, on ih „razumijeva“ kao humanistički znanstvenik koji prati značenja. Razumijevanje se može podijeliti – pojednostavnjeno – u „statičko“, koje opisuje pojedinačne izraze i stanja, i „genetičko“, koje prepoznaje veze.

Jaspers je kao psihijatar i autor *Allgemeiner Psychopathologie* uveo u medicinu humanističku metodu koja je obogatila medicinu: na taj način ljudsko biće može se shvatiti ne samo kvantitativno poput stroja, nego i kvalitativno u aspektima mentalnog iskustva. Time je anticipirao suvremenu kritiku biomedicinskog modela i kliničku hermeneutiku – ali iz filozofske osnove koja je čvršća i sveobuhvatnija od većine kasnijih rehabilitacijskih pokušaja.

1.8 Perspektiva Jasperesove "filozofije egzistencije"

Središnja Jaspersova briga i polazišna točka mnogih njegovih filozofskih i medicinskih razmatranja ostaje istina da se čovjek nikada ne može u vlastitoj cjelini, dakle zajedno s egzistencijalnim nevoljama, objasniti ni liječiti. Da postoji njegova empirijska zatvorenost, potpuna podjela njegova bića kao istraživog bića, ne bi bilo slobode. Otvorenost je temeljna istina spoznaje čovjeka u cjelini: svaki pokušaj da se čovjek u cjelini shvati zaključno i pregledno mora propasti, jer svaka razumljivost konačna i izdvojena – nije sam čovjek (usp. Jaspers 1913., str. 633). Iz toga je proizašla radikalna kritika psihoanalize, koju je Jaspers najprije formulirao u djelu *Die geistige Situation der Zeit*. (usp. Jaspers 1931., str. 153–155). Psihoanalizi je, prema Jaspersu, u temelju „totalanost" (totalitet): pretenzija da se kroz jednu teorijsku matricu obuhvati cjelokupna čovjekova psihološka stvarnost. Ozbiljno znanstveno bavljenje čovjekom mora poznavati vlastite granice.

Posebice mu je „trn u oku" onaj liječnik koji „bezvjernost i besmislenost mnogih modernih ljudi" čini svojom glavnom zadaćom (Jaspers 1958 a., str. 41). Zadaća liječnika je terapija jasno definirane bolesti, koja uvijek dotiče samo djelomični aspekt, a nikada cijelog čovjeka i pogotovo ne njegovu osobnu egzistencijalnu patnju.

Temeljita izobrazba u somatskoj medicini i psihopatologiji osnova je liječničke djelatnosti, ali jednako je nužna jasnoća o pojmovima bolesti i zdravlja. Ta zahtjevana jasnoća nije puka akademska preciznost: ona je za Jaspersa čuvanje granice koja štiti pacijenta od toga da bude proglašen bolesnik u cjelini, a liječnik od toga da preuzme ulogu koja mu ne pripada.

1.8.1 Perspektiva pacijenta

Budući da čovjek ne može biti kao takav u cjelini bolestan, nego samo djelomično, moguće je i potrebno uvijek zapažati i njegove zdrave aspekte. Kroz somatska i psihopatološka znanja dobar će liječnik prepoznati i liječiti bolesti, ali neće pacijenta kao osobu s time identificirati. Na taj način Jaspers destigmatizira bolest i oslobađa je od svakog moralnog opterećenja.

Imati bolest, posebice psihičku bolest, nipošto nije izraz karakterne slabosti, za razliku od nedostatka egzistencijalne aktivnosti: „Propadanjem u životnoj nuždi, nedostatkom samoprosvjetljenja, neiskrenosti i samoizdaje, prezrivim djelovanjem nipošto ne nastaju neuroze, nego karakterno manje vrijedni ljudi; postoji razlika između nebrojenih egzistencijalno pokvarenih ljudi koji su ipak zdravi i neurotičara, ili između podlosti i bolesti.“ (Jaspers 1913., str. 682) Ta distinkcija ima ključnu kliničku i etičku važnost: ona liječniku zabranjuje da moralizira psihičku bolest, ali i da egzistencijalnu bijedu dijagnosticira kao bolest. Karakterna slabost i neuroza različite su kategorije; miješanje te dvije vrste je za Jaspersa paradigmatski primjer prekoračenja granica medicine.

Moralno mjerilo kod Jaspersa neposredno je povezano s egzistencijalnom filozofijom. Moralno dobar je egzistencijalno svjesno živeći čovjek koji želi biti on sam i hvata prilike koje mu se za to nude. Većina egzistencijalno pokvarenih ljudi ne razvija psihičku bolest. S druge strane psihičke bolesti dolaze i kod egzistencijalno svjesno živećih ljudi. Zadaća psihijatra jest razumjeti ranjivost psihički bolesnog i psihopatološke mehanizme u pojedincu koji vode k bolesti, i po potrebi ih terapirati (usp. Jaspers 1958 a., str. 49).

Prema Jaspersovu mišljenju psihički fenomeni koje označujemo kao bolest nisu samo zlo ili nedostatak, nego često i izvor za dublje uvide koji mogu poticati na stvaralačko djelovanje: „Ludilo i psihopatija […] su stvarnost u kojoj se […] pokazuju mogućnosti koje zdravi prikriva sebi, kojima on izmiče, pred kojima ostaje pošteđen. […] Samo tko ima duboku ćud može uopće zapasti u duševnu bolest.“ (Jaspers 1913., str. 658) Patografska analiza istaknutih ličnosti pokazuje kako bolest ne samo prekida i razara; kako se ne postiže nešto tek unatoč bolesti, nego kako bolest može biti uvjet određenih postignuća, kako se u samoj bolesti može pokazati dubina i bezdan čovječanstva uopće. Sam je Jaspers 1922. načinio patografske zapise o švedskom piscu Augustu Strindbergu i nizozemskom slikaru Vincentu van Goghu (Jaspers 1922.), koji su obojica patili od psihičkih bolesti i unatoč tome – ili možda baš zbog toga – mogli razviti produktivne snage za svoju impresivnu umjetnost.

Filozofska razmatranja i vlastita iskustva išla su kod Jaspersa ruku pod ruku: postalo mu je jasno da je unatoč kroničnoj bolesti, koja je utjecala na široke aspekte života, postojao i zdrav dio koji je htio doći do izražaja. Jaspers je higijenski uredio vlastite svakodnevne uvjete i njegovao zdravlje da bi iz njega mogao produktivno raditi i živjeti. Njegov fokus bio je na onome što bi suvremeniji pojmovnik nazvao „salutogenezom“ – brigom o zdravim snagama i procesima, a ne isključivim usredotočivanjem na bolest.

1.8.2 Perspektiva liječnika: hermeneutika psihopatologije

Kao liječnik Jaspers je već u prvom izdanju *Allgemeiner Psychopathologie* (1913.) formulirao prve misli o odnosu liječnik-pacijent. U okviru metodičke refleksije psihopatoloških fenomena razlikuje – oslanjajući se na Wilhelma Diltheya (usp. Jaspers 1913., str. 250–251) – između „objašnjivih" i „razumljivih" fenomena. Objašnjavanje jest tradicionalni postupak prirodnih znanosti, razumijevanje postupak duhovnih znanosti. Jaspersova je zasluga da je psihijatriju integracijom obaju metoda etablirao kao prirodnu i duhovnu znanost, te se iz tog razloga može označiti kao „inicijator duhovnoznanstvenog mišljenja u psihijatriji" (Gäbler, 1990/91., str. 18). Tipologiju razumijevanja mora se smatrati jednim od njegovih najvećih postignuća kao psihijatra (usp. isto, str. 25). Ona nudi liječniku metodički utemeljeni pristup pacijentu i ne može se zanemariti kada se raspravlja o odnosu liječnik-pacijent.

Diltheyevo razlikovanje između objašnjavanja i razumijevanja Jaspers ne preuzima nekritički: on ga precizira, diferencira i ugrađuje u kliničku psihopatologiju kao operativnu metodiku. Time postaje pionir onoga što će kasnija filozofija medicine razvijati kao hermeneutiku kliničke prakse.

"Objašnjavanju" Jaspers u *Allgemeiner Psychopathologie* posvećuje poglavlje pod naslovom „Kauzalne povezanosti duševnog života". Kroz objašnjavanje se u psihopatologiji obrađuju kauzalni odnosi (Jaspres 1913., str. 375). Primjerice iluzije i halucinacije mogu se „objasniti" očnim bolestima (usp. isto, str. 251). Međutim, fiksacija na kauzalne veze kao jedinu heuristiku psihopatologije nije istinski duševni doživljaj. Jaspers o tome piše: „Ovo bi pretpostavljalo potpunu kvantifikaciju ispitivanih procesa koja kod duševnog, koje svojom biti uvijek ostaje kvalitativno, načelno nikad nije moguća, bez da se izgubi pravi, naime duševni predmet istraživanja." (isto, str. 251) Ta napomena nije neprijateljstvo prema prirodnim znanostima: ona je metodološka dijagnoza njihove granice. Kvalitativna narav duševnog nije nedostatak koji će biti prevladan naprednijim mjernim instrumentima; nego ontološka karakteristika duševnih fenomena koja štiti duševno od kvantitativne redukcije.

Razumijevanje, raspravljano u poglavlju „Razumljive veze" (*Verständliche Zusammenhänge*) u *Allgemeiner Psychopathologie*, legitimira se drukčijim oblikom evidencije: „Znanstvena evidentnost razumijevanja ne dokazuje se induktivno iskustvom koje se ponavlja. Ona ima svoju uvjerljivost u sebi samoj." (isto, str. 252) Nije iz ničega, nego je neposredna i stječe se iz „iskustva prema ljudskim osobnostima" (isto, str. 252).

Pristupe čine opipljive uporišne točke kao što su jezični sadržaji, duhovno stvaranje, djelovanja, vođenje života, izražajni pokreti. Što je manje uporišnih točaka, to manje se razumijeva i to više se tumač i (usp. isto, str. 252). Prijelaz između razumijevanja i tumačenja je fluidan: „Tumačenje pripada razumijevanju, ali ne objašnjavanju, legitimno je za duhovne znanosti, ali ne za prirodne znanosti.“ (Engelhardt, 2016., str. 25) Ta distinkcija između “objašnjavanja” i “razumijevanja” nije samo metodološka nego i etička: tamo gdje liječnik objašnjava kada bi trebao razumjeti, on pacijentu uskraćuje formu susreta koja je jedina primjerena njegovu duševnom stanju.

Jaspersovi načini razumijevanja mogu se tipizirati na sljedeći način. (1.) „Fenomenološko razumijevanje“: veze još ne igraju nikakvu ulogu; radi se o „unutarnjoj vizualizaciji doživljaja uz pomoć samoopisa bolesnika“ (Jaspers 1913., str. 255). (2.) „Izražajno razumijevanje“ je specifičan oblik fenomenološkog razumijevanja: „neposredno opažanje duševnog smisla u pokretu, gestama (mimici) i oblicima (fiziognomika)“ (isto, str. 255). (3.)

„Statično razumijevanje“ je također oblik fenomenološkog razumijevanja u kojemu su veze irelevantne; ono obuhvaća „pojedinačne duševne kvalitete i stanja“ za sebe (isto, str. 255). (4.) „Genetičko razumijevanje“ bavi se unutarnjim duševnim vezama: pri tome se izvodi „duševno iz duševnog“ (isto, str. 250), nastaje „uživljavanjem u duševno“ (isto, str. 251). To je razumijevanje koje nam omogućuje razumjeti kompleksne osjećaje poput gnjeva, ljubomore ili bijesa u njihovoj duševnoj povezanosti. S genetičkim razumijevanjem ne postoje samo „mirno promatrana stanja“, nego se sada hvata i „nemirnost duševnog“ (isto, str. 24). Sva četiri navedena oblika Jaspers naziva “razumijevanjem stanja ili procesa” koji su u načelu pristupačni; oni čine osnovu psihijatrijske hermeneutike i senzibiliziraju liječnika za ono što ostaje iza simptoma. (5.) Kroz „racionalno razumijevanje“ postaju „sadržaji misli po pravilima logike jasni“ (isto, str. 253). Ti sadržaji mogu nastupiti i unutar nerazumljivog procesa, npr. kod psihoze – Jaspers navodi „logički povezani sustav ludila“: pojava ludila je načelno nerazumljiva, ali sadržaj ludila pristupačan nam je kroz racionalno razumijevanje, koje Engelhardt precizno naziva „razumijevanjem govorenog“ (Engelhardt, 2016., str. 29). (6.) „Uživljujuće razumijevanje“ misli empatiju: nasuprot genetičkom razumijevanju razumijevanje sadržajne duševne veze ne igra ulogu; gnjev, ljubomora ili bijes ne razumijevaju se u kontekstu nego se osjećaju i doživljavaju kao osjećaj koji je poznat (Jaspers 1913., str. 253). (7.)

„Duhovno razumijevanje“ uzima u obzir kulturni kontekst čovjeka: „likovi, slike i simboli, zahtjevi i ideali“ predmeti su te vrste razumijevanja (isto, str. 256); tek kulturna obrazovanost omogućuje dublje psihološke uvide jer je „duša pristupačna samo u mjeri u kojoj se razumiju sadržaji u kojima živi“ (isto, str. 256). Tih sedam oblika razumijevanja opisuju raspon od neposrednog opažanja izražaja do kulturno-hermeneutičke analize: spektar koji ni jedna klinička metoda ne može zamijeniti, ali ni jedna od tih razina nije dovoljna sama za sebe. (8.) „Egzistencijalno razumijevanje“ je „više nego razumljivo, to je ono što se razjašnjava, što postaje razumljivo“ (isto, str. 256); ono napušta područje znanosti, zbog čega se u liječničkoj djelatnosti ne može zahtijevati, nego u najboljem slučaju može nastati spontano između slobodnog liječnika i slobodnog pacijenta. „Razjašnjenje egzistencije dotiče psihologijom razumijevanja ovo više-od-razumljivog.“ (isto, str. 256) (9.) „Metafizičko razumijevanje“ opisuje razumijevanje „sveobuhvatnijeg smisaonog konteksta“ (isto, str. 257): psihičko doživljavanje treba postati „prispodbom svakog čovječanstva“ (isto, str. 257). „Krajnje ljudske mogućnosti ovdje u proboju kroz sve granice sakrivajućeg, umirivajućeg, oblikovatelnog i zaključujućeg tu-bića postaju stvarne. Ne može biti drugačije nego da filozof u nama cijeli život ostaje očaran ovom stvarnošću.“ (isto, str. 257)

“Metafizičko razumijevanje” ne pripada znanstveno učljivim i u terapiji planljivim tipovima razumijevanja, nego predstavlja filozofski ideal. Jaspers je time utemeljio za psihijatrijsko djelovanje novu, znanstveno utemeljenu hermeneutiku: psihijatar s jedne strane „objašnjava“ duševne fenomene kao kauzalno misleći prirodoznanstvenik, s druge ih strane „razumije“ kao duhovni znanstvenik. Razumijevanje se dalje dijeli – pojednotavljeno – u „statično“ i „genetičko“.

1.8.3 Konkretni zahtjevi liječniku i pacijentu

Iz prethodnih razmatranja proizlaze zahtjevi i liječniku i pacijentu. Jaspers govori o „idealnom liječniku“, ali ne o „idealnom pacijentu“. Idealan liječnik nije poželjen kod svakog pacijenta i obrnuto. U idealnom slučaju, međutim, susreću se dvoje razumnih ljudi: „Odnos liječnika i pacijenta u ideji je ophođenje dvaju razumnih ljudi, u kojemu znanstveno stručna osoba pomaže bolesniku.“ (Jaspers 1953., str. 9) To znači: razuman čovjek hoće i može razumjeti i prema tome se ponašati kada ga stručnjak informira.

Razuman bolesnik želi terapiju samo ukoliko je znanstveno utemeljena, dakle prava terapija je moguća; u drugim, brojnim slučajevima želi samo dijagnozu i promatranje, da u danom slučaju djelotvoran terapijski zahvat ne bi bio propušten. Za razumnog bolesnika i liječnika vrijedi načelo: što je moguće manje intervenirati, ograničavati na racionalno utemeljena sredstva. Ideal pretpostavlja da liječnik i bolesnik oboje žive u zrelosti razuma i čovječnosti. Taj postulat nije utopijsko mjerilo kojime se pacijenti mjere i ocjenjuju: on je opis smjera prema kojemu treba težiti u liječničkom susretu, ali koji ni liječnik ni pacijent ne mogu dostiži uvijek ni u potpunosti.

1.8.3.1 Ideal liječnika

Elementarni zahtjev liječniku sastoji se u tome da poštuje granice medicine. Posebnu važnost Jaspers pridaje tome da liječnik nikada ne smije postavljati zahtjev na totalno spoznavanje. Pacijent je uvijek spoznatljiv samo u djelomičnim aspektima; bolest, bilo somatska ili psihička, uvijek dotiče samo takav djelomičan aspekt cijeloga čovjeka. Liječnik vidi granice vlastita umijeća: ne može ukinuti smrt, čak i ako danas može produljiti život na način koji dosad nikad nije postojao; ne može ukinuti duševne bolesti, čak i ako u određenim slučajevima može pomoći; ne može ukinuti patnju, čak i ako je danas može ublažiti više nego ikad.

Unatoč svim uspjesima liječniku je osjetljivije ono što ne može nego ono što može (Jaspers 1953., str. 16). Liječnik treba sačuvati humanost time što neće izgubiti svijest o beskonačnosti svakog pojedinačnog čovjeka: „Time jedino ostaje ona za humana liječnika nužna stidljivost pred svakim čovjekom očuvana. […] Svaki bolesni čovjek je kao svaki čovjek neiscrpan.“ (Jaspers 1957 b., str. 26) Liječnik bi u svoj poniznosti trebao ne izgubiti poštovanje pred tom beskonačnošću. Ako se kod pacijenta pojave egzistencijalni problemi, mora ih prepoznati kao takve i znati da se medicinski ne mogu terapirati. Te granice liječnik najbolje prepoznaje kada je i sam filozof.

U sjedinjenju zadaća znanosti i filozofije je bitni uvjet koji danas ne omogućuje istraživanje, ali omogućuje očuvanje ideje liječnika. Praksa liječnika je konkretna filozofija (Jaspers, 1958 a., str. 56–57). Otvoreni, zainteresirani liječnik postaje kroz vlastitu praksu filozofom. Za to nije potreban studij filozofije, nego stalno samorazjašnjavanje (usp. Jaspers, 1983 a., str. 17), iz kojega izrasta etos koji senzibilizira za beskonačnost ljudskog bića.

Liječnički etos nije zamjena za znanstvenu spoznaju, nego ide zajedno s njom. Kroz filozofsko razmatranje liječnik dobiva temeljno uvjerenje, znanje znanja i svijest vlastitih granica. Iz toga izrasta ozbiljnost u djelovanju koja tipičnom liječniku tehničkog doba nedostaje (Jaspers 1913., str. 675–676). Važnu zadaću idealan liječnik dobiva promicanjem zdravih aspekata u čovjeku: ne bi trebalo toliko biti fiksiran na bolesti, nego na mogućnosti pacijenta koje mu unatoč svemu stoje na raspolaganju i koje bi mu trebale davati nadu.

Ako liječnik djeluje s isključivim fokusom na bolest pacijenta i zaboravi da kod pacijenta unatoč bolesti postoji ostatak zdravlja, liječnik bi sam mogao postati uzrokom bolesti (usp. Jaspers 1938., str. 134). Promicanje zdravlja trebalo bi biti u prvom planu. Jaspers je time na određen način predskazao koncept salutogeneze koji će u medicinskoj sociologiji razviti Aaron Antonovsky tek sedamdesetih godina 20. stoljeća. Uz to je važan još jedan element: temeljna spremnost na pomoć i empatija. Liječniku bi trebala biti duboka želja pomoći. Najbolje uspijeva ako razvije bez predrasuda razumijevanje za pacijenta; gdje simptomi izgledaju kao da imaju veze s razumljivim smisaonim kontekstima, koračat će putem razumijevanja da bi kroz što dublje razumijevanje ljudski pomogao (usp. Jaspers 1913., str. 683).

Za takvo razumijevanje liječnik treba određenu distancu koja mu omogućuje biti objektivan. Liječnik se prema Jaspersu nalazi u napetosti: s jedne strane mora biti hladan znanstvenik, s druge strane mora biti topla ličnost koja razumije. „Ne birajući simpatiju ili antipatiju, s mirnim i odlučnim stavom ravnodušnosti, ali također s aktivnom sposobnošću suosjećanja“ (Jaspers, 1983 a., str. 8) trebao bi se susresti s pacijentom.

Ta napetost nije slabost liječničkove pozicije nego njezin nužni uvjet: liječnik koji zna samo biti hladan izgubi pacijenta kao osobu; liječnik koji zna samo biti topao izgubi kliničku perspektivu.

Uz te zahtjeve bit će teško zadržati duševnu ravnotežu. „Ona se nalazi u blizini bolesti i smrti, […] u određenoj jednako mirnoj distanci kao prema bolesnim tako i prema zdravim ljudima.“ (Jaspers, 1913., str. 684) Za tu distancu liječnik treba u većoj mjeri sposobnost ponovnog vraćanja „u vlastitu trezvenost poslije uzbuđenja i angažmana u službi pacijenta“ (isto, str. 684). To se ne događa uvijek lako. Postoji opasnost razvoja vlastitih duševnih poteškoća, opasnost izgaranja i preplavljenosti zbog pretjerivanja, ili opasnost beosjećajnog otupljivanja (usp. isto, str. 684). Liječniku je stoga potrebna životna filozofija koja ga nosi. Kod svih naprezanja i nevolja u pozivu, to mu može biti utočište. I on mora njegovati vlastite zdrave aspekte i u slučaju pretjerivanja tražiti pomoć drugog liječnika.

Taj Jaspersov naglasak na duševnoj higijeni liječnika anticipira suvremenu diskusiju o burnoutu u medicinskim profesijama: briga o sebi nije etos poslušnosti nego preduvjet održive skrbi za druge. Liječnik koji ne čuva vlastite snage postaje opasnost za pacijenta.

Liječničko djelovanje u najužem smislu – sam medicinski čin – mora biti rasterećeno od filozofskog značaja. Liječnik s pacijentom ne razgovara o Bogu i svijetu, nego o bolesti. Jaspers tu progovara kao pragmatik protiv velikih priča. No upravo to razgraničenje „omogućava istinske duboke razgovore […] oni se ne mogu planirati […] oni iznenađuju i događaju se“ (usp. Saner, 1970., str. 18). Idealan liječnik nikada ne može nametnuti “egzistencijalnu komunikaciju”. Međutim, ako do nje dođe, treba se udaljiti od uloge liječnika i postati čovjek među ljudima. Jaspers sam je iskusio idealnog liječnika u Albertu Fraenkelu. Opisuje taj odnos u detalje: „Što je morbidno, stajalo je kao takvo između nas, pri tome svaki put iznova sagledano s novog aspekta, bez konačnog zaključivanja. Govorilo se o tome slobodno, ne skriveno […] Mi obojica znali smo o tome dakle bespogovorno. […] Moram mu zahvaliti za to što me je shvatio kao individualnu egzistenciju.“ (Jaspers, 1938., str. 129) Fraenkel i Jaspers stajali su na istoj razini, razgovarali slobodno i stvarno, a otvorenost i poštenje vladali su u toj komunikaciji. Fraenkel nije zanemarivao tjelesnu bolest, nije je banalizirao ni bezobzirno shvaćao kao egzistencijalnu poteškoću. Jaspersu je bilo dopušteno biti bolestan. Fraenkelova terapijska preporuka sastojala se u higijenskom načinu života koji je Jaspers uspio osobno prilagoditi i održati cijeli život (usp. isto, str. 131). Taj su odnos obilježile istinitost, poštenje i uzajamno poštovanje: primjer “egzistencijalne komunikacije” u medicinskom susretu koji Jaspers ne projicira retroaktivno iz filozofske teorije, nego iz živeljenog iskustva.

1.8.3.2 Ideala pacijenta

Idal pacijenta proizlazi s jedne strane iz ideje liječnika, a s druge implicitno iz Jaspersova vlastitog postojanja. Moderni „reklamerski pacijent“ koji traži od liječnika svjetonazor i vodstvo života bio je za Jaspersa izraz dekadencije njegova vremena: „Htjeti se povjeriti liječniku za svoje životno vođenje, to je bijeg mnogih modernih ljudi iz ozbiljnosti u ugodnost. Zamijeniti liječnika i dušobrinika rezultat je bezvjernosti.“ (Jaspers 1983 a., str. 13)

Kao što je idealan liječnik, tako je i idealan pacijent samo-svjesna individua koja se razjašnjava u egzistencijalnom razmatranju sa sobom.

Pacijent koji traži otkupljenje predstavlja za liječnika izazov, štaviše: zavođenje. Idealan pacijent poznaje granice onoga što smije očekivati od liječnika; sluti da život ima filozofsko-egzistencijalnu dimenziju i da je istinska egzistencija u njezinu iskustvu. Ima osjećaj za granične situacije života, za mogućnosti koje otvara komunikacija sa suljudima, i pored svega za to da svaka patnja ne može biti uklonjena nikakvim autoritetom. On želi sebi u prvom redu sam pomoći.

Prema Jaspersu je odbojnost prema liječnicima zdrav refleks: „U čovjeku je unatoč njegove potrebe za pomoći odbojnost ne samo prema psihoterapiji, nego prema svakom liječničkom liječenju. Postoji u njemu nešto što želi samo sebi pomoći.“ (Jaspers, 1913., str. 669) Jaspersov idealan pacijent mora sam sebe odgajati, reflektirati i prema liječenju uvijek ostati kritičan. Ako liječnik polaže pravo na to da može liječiti cijelog čovjeka i pokušava preći vlastite granice, pacijent se mora usuditi zamijeniti uloge i svojega liječnika „liječiti“ (usp. Jaspers 1938., str. 127). Misleći bolesnik mora izaći u susret liječniku i ne smije samo i jednostavno slušati. Ako pacijent misli suodlučujući, mora razumjeti i upoznati granice svojega znanstvenog umijeća i ne zahtijevati nemoguće. Smije pokušati kritiku utemeljenosti terapijskih mjera: „Stoga se pacijent mora boriti protiv suvišnih propisivanja, dok mu pametni liječnik ne povjeruje da on ni pod kojim uvjetima nekako ne želi biti liječen, nego samo promatran, da bi u trenucima kada je racionalno djelotvorno liječenje zaista moguće, to i dobio.“ (Jaspers 1938., str. 127) Pacijent – i taj je zahtjev Jaspers postavljao posebice i na sebe – mora prepoznati da se „nijedan život ne isplati koji je život za bolest. Također život bolesnog stoji kao i život svakog čovjeka pod mjerom u kojoj se u njemu objektivni sadržaji ostvaruju i kakav zamah duša uzima.“ (isto, str. 111) Polazna točka za ideju pacijenta tako je i ovdje Jaspersovo vlastito iskustvo bolesti.

Idealan pacijent karakteriziran je punoljetnošcu i razumom. Takvom pacijentu liječnik uvijek duguje cijelu istinu, jer je kao razumnoj osobi podnošljiva. Međutim, u zbilji ta razumnost često nedostaje. Tada Jaspers pacijentu oduzima potpuni zahtjev na znanje da mu ne bi dalje škodio: „Bolesnik je čovjek i kao takav ovlašten u nesputanoj komunikaciji znati što se s njim događa. Ali on propadne kao čovjek u svom strahu, kroz koji svo znanje preokreće svoj smisao i kroz koje ono u svome djelovanju postaje pogubno razorno. Time bolesnik gubi zahtjev na znanje.“ (Jaspers 1913., str. 666)

Oblikovani današnjom medicinskom etikom, gdje autonomija predstavlja jedan od najviših princip, može nas Jaspers na ovome mjestu zbuniti i činiti se patrijarhalnim. Postavlja se i pitanje kako liječnik može legitimirati vlastitu procjenu zrelosti pacijenta. Jaspers bi odgovorio načelom *primum non nocere*, čija je ispravna primjena dio liječničke umjetnosti: „Pacijent mora imati snagu držati objektivno znanje kritički u lebdenju i ne dopustiti mu da postane apsolutno, tj. u navodnom neizbježnom mora još vidjeti ostatak upitnosti i mogućnosti koji je svojstven svemu samo empirijskom. […] On mora u znanju o stalnoj ugroženosti planski za budućnost moći činiti što je smisleno utemeljeno, i unatoč propasti trenutno ipak živjeti.“ (Jaspers 1913., str. 666)

Ispravna procjena pacijenta je ogromna zadaća kojoj je dorastao samo idealan liječnik: mora izvagati različite etičke zahtjeve jedne nasuprot drugima, živeći u napetosti poštovanje prema zahtjevu na autonomiju i odgovornog, osjetljivog ophodjenja s vlastitim znanjem. Za liječnika su jasne upute lakše za rukovanje, ali on ne smije brzo dati pacijentu sve informacije i zaboraviti brigu. Idealan pacijent, međutim, može pogledati činjenicama u oči. Za liječnika je odlučujuće – i to je Jaspersu također bilo jasno – da se pacijent ne smije vrednovati prema toj idealnoj predodžbi.

1.9 Jaspersovo shvaćenje medicine i osvrt na suvremenu medicinu

Jaspersovi medicinsko-filozofski spisi na mnogo načina danas su još aktualni. Oni, međutim, također sadrže upozorenja na adresu liječnika koja su u međuvremenu izgubila svoju hitnost. Primjerice prelaženje „granica medicine“ danas je u školskoj medicini jedva relevantna tema u onom smislu u kojemu ju je Jaspers bio prisiljen formulirati. Jednako je opasnost kvazireligioznog samopredjeljivanja liječnika u međuvremenu prilično otklonjena. Školska medicina nema zahtjev biti spasiteljica; niti u pitanjima smisla prema pacijentima sustavno osjeća superiornost.

Naprotiv, upravo mladi liječnici pate od sličnih problema kao i svi drugi ljudi njihove generacije: traže ispunjenje u fascinantnom pozivu i teže uravnoteženom i raznovrsnom životu. Pitanje “work-life-balance” zaokuplja ih jednako kao i ostale. Liječnici više nisu polubogovi u bijelom. “Gurui” su u školskoj medicini uglavnom nestali. U tome se društveni i kulturni kontekst od Jaspersovog vremena bitno promijenio: autoritet liječnika koji je Jaspers kritizirao kao „tehničara duše“ bio je u prvoj polovici 20. stoljeća još strukturalno utemeljen u hijerarhijskim medicinskim institucijama i patrijarhalnoj kulturi odnosa.

Postepenom demokratizacijom pacijentove pozicije – kroz zakonodavstvo o autonomiji, prava pacijenata i participativnu medicinu – ta je hijerarhija bitno izravnana. Jaspersova kritika time nije zastarjela, ali dobiva drugi naglasak: ne toliko obranu pacijenta od liječnikova autoriteta koliko obranu *autentičnog susreta* od institucionalnih i ekonomskih posrednika.

Instruktivne za školsku medicinu ostaju Jaspersove primjedbe o uzimanju u obzir zdravih aspekata bolesnika. Način na koji on destigmatizira bolesti – posebice psihičke – I danas je svakoga liječnika svojevrsno obogaćenje. Liječnik bi si trebao uvijek, i pred licem somatski ili psihički teško bolesnih pacijenata, pred očima držati da u svakom čovjeku, dok živi, postoje zdravi aspekti. „Totalni bolesnik“ ne postoji. Sama bolest može biti polazišna točka za konstruktivno razmatranje sa zdravim facetama pacijenta, i to na tjelesnoj, duševnoj i duhovnoj razini. Te bi aspekte liječnik trebao promicati: to je prvo izraz dubokog poštovanja prema pacijentu i drugo osnova otkrivanja zdravih jezgri iza zastora bolesti.

Jaspers je očekivao nesebičan angažman za pacijenta i zahtijevao je tip liječnika kojeg danas vjerojatno više reprezentiraju jedino stariji seoski liječnici koji su dostupni pacijentima u svako doba. Novi tip liječnika, raširen prije svega među mladima, želi se moći ograničiti i sve rjeđe voditi život isključivo za medicinu i skrb pacijenata. Sve se više prakticira u grupnim praksama koje dopuštaju više fleksibilnosti. Pacijent tada više ne biva liječen uvijek od iste osobe. Obiteljsko-ljiječnička djelatnost distribuira se danas na obiteljskog liječnika, kolege iz prakse, hitne ili bolničke liječnike. Kućne posjete postaju sve rjeđe. To automatski vodi razrijeđivanju znanja o pacijentu kod pojedinog liječnika i raspodjeli skrbi: novi obiteljski liječnik zna u usporedbi sa starim seoskim liječnikom manje o pacijentima, što sigurno ima utjecaj na odnos liječnik-pacijent.

Spomenuta promjena nije samo organizacijska: ona ima antropološke posljedice. Kontinuitet u odnosu liječnik-pacijent nije puka ugovornost nego uvjet za onu vrstu poznavanja i povjerenja iz kojeg jedino može nastati Jaspersova “egzistencijalna komunikacija”. Fragmentiran odnos, preraspodijeljen na više kontakata i više liječnika, strukturalno otežava pristup idealima koji je Jaspers opisao. Naime, Jaspers je odnos liječnik-pacijent svojedobno opisao ovako: „Klinike, … laboratoriji za pregled stupaju između liječnika i bolesnika. […] Liječnici postaju funkcijama. […] Između liječnika i bolesnika dolaze moći prema kojima se moraju ravnati. Gubi se povjerenje između čovjeka i čovjeka.“ (Jaspers, 1999., str. 43) Ostaje upitno je li Jaspers te „intermedijalne moći“ procjenjivao prestrogo.

Klinike omogućuju liječenje teško bolesnih; zdravstvena osiguranja dopuštaju – barem teoretski – ljudski dostojnu zdravstvenu skrb svih slojeva stanovništva; laboratoriji poboljšavaju dijagnostiku i dio su prirodoznanstvenog napretka koji je Jaspers zagovarao. No, Jaspers je vjerovao da te institucije potkopavaju odnos liječnik-pacijent i stoga ih je vidio previše samo kao intermedijalne smetajuće čimbenike, zanemarujući njihove pozitivne aspekte. Današnja medicina suočava se, međutim, s novim izazovima koji Jaspers u svom obliku nije mogao predvidjeti: zbog rastuće ekonomizacije i birokratizacije postoji u bolnicama pritisak na povećanje učinkovitosti. Bolnice moraju ostati ekonomski konkurentne. Šansu na maksimizaciju profita u zdravstvu prepoznali su mnogi akteri: privatna poduzeća kupuju klinike i bolnice, farmaceutska poduzeća spadaju među najrentabilnija dionička društva. Liječnik se uvijek nalazi u fokusu tih aktera. Za paušalne naknade po slučaju mora se naći najlukrativnija dijagnoza i opravdati za stolom. Takvim birokratskim djelatnostima liječnici danas gube mnogo vremena koje bi inače mogli posvetiti pacijentu. Osim toga treba zapaziti da ekonomsko mišljenje pripada do određene mjere liječničkom pozivu, ali bi tu svakako trebalo voditi briguda se ne forsiraju nepotrebna ili neetička liječenja, ali i osobno ili institucionalno bogaćenje. Ako liječnici dobivaju ekonomske poticaje, povećava se ponuda bez da im se mora podmetati zlonamjernost; čak i ako se drže evidencije, postoji u svakodnevici široko sivo područje. Zdravstvo postaje sve skuplje i prijeti mu dvorazredna medicina.

Koncentracija na ekonomičnost i papirologiju ide na teret vremena koje stoji na raspolaganju pacijentu i time na teret odnosa liječnik-pacijent. Taj odnos propada često u odnos između poslovnih partnera i nije više nošen sviješću odgovornosti i etosom. Također naizgled inovativni razvoji predstavljaju opasnost za odnos liječnik-pacijent.

U stručnim raspravama o digitalnim pristupima u psihosocijalnom i psihijatrijskom radu opisuje se kako digitalni programi trebaju barem djelomično zamijeniti odnos liječnik-pacijent: kiberintervencija treba služiti kao zamjena za dio tradicionalne interakcije između liječnika i pacijenta s ciljem uštede vremena za liječnike i liječnice (usp. Hintenberger, 2025.). Tehničke inovacije donijele su medicinske napretke i spasile tisućama ljudi život. Smije ih se, međutim, vidjeti kao zamjenu za odnos liječnik-pacijent? Takav razvoj svjedoči o slici čovjeka koja zanemaruje dušu i međuljudske potrebe. Dobit na vremenu mogla bi se radije nastojati redukcijom birokracije. Humanost u medicini također dovodi u pitanje uigrana praksa duševne osjetljivosti kroz razne upitnike i kvantifikatore. Duša se tako degradira u mjerljivu veličinu. Osjetljiv pacijent reagira frustrirano i gubi zbog nedostatka razumijevanja za vlastitu individualnu situaciju povjerenje u školsku medicinu.

Pacijent se želi kao čovjek pojmiti i poštovati: to je preduvjet da se kod njega pokrene proces izlječenja, a za to je potreban prostor i vrijeme. Kao biće odnosa čovjek treba, upravo u slučaju psihičkih situacija, kontakt s drugim ljudima. Liječiti ga se neće uspjeti ako ne nastane nekakva toplina i povjerenje. Ekonomska i tehnička učinkovitost ne može ovdje biti mjera.

Kontaktu između ljudi pridaje se istaknuto značenje. Liječnici danas često vladaju metodom „objašnjavanja“. „Razumijevanje“, međutim, metoda duhovnih znanosti, im je u pravilu strana. Ovdje Jaspers nudi točke priključivanja: u medicini nije samo prirodoznanstvena dimenzija – koja u vrtoglavo brzom tempu postiže napretke – esencijalna, nego i usporavajuća duhovnoznanstvena dimenzija čije spoznaje nisu statistički mjerljive, ali su unatoč tome od najviše relevantnosti. Svaki liječnik koji liječi pacijente trebao bi tome pridavati važnost.

Filozofsko temeljno razumijevanje za egzistencijalna pitanja i predodžba o ideji liječnika trebali bi svim liječnicima tijekom izobrazbe biti posredovani, da im može uspjeti djelovanje u smislu odgovornog liječničkog etosa. Želi li medicina taj liječnički etos shvaćati ozbiljno, mora uzeti u obzir duhovno-znanstvenu aktivnost, prisjetiti se bogate povijesti kako medicine tako i filozofije i suprotstaviti se problematičnim tendencijama ne samo tehničkoga, nego u rastućoj mjeri i digitalnoga doba.

1.10 Zdravstvena skrb i aktualnost Jaspersove "filozofije egzistencije"

Jaspersova filozofija ima rijetku autentičnost jer je izrasla iz življenog iskustva. Njegove refleksije o bolesti, komunikaciji i graničnim situacijama nisu apstraktne teorije, već obrada biografske stvarnosti. To jedinstvo života i djela daje njegovim mislima egzistencijalnu hitnost i vjerodostojnost. Kada Jaspers govori o značenju odnosa liječnik-pacijent, govori kao netko tko taj odnos poznaje s obje strane. Kada filozofira o "graničnim situacijama", govori kao netko tko ih je proživio. Ta autobiografska utemeljenost nije slabost nego snaga Jaspersove pozicije: ona čuva njegovu misao od apstrakne spekulacije i čuva joj kliničku i egzistencijalnu konkretnost.

Gotovo nema drugog filozofa 20. stoljeća koji je u tolikoj mjeri filozofirao iz bolesti, iz granice, iz nužnosti suočenja s nemogućim. Ta dimenzija Jaspersova djela posebno je dragocjena u medicinskom kontekstu: teorija nastala iz iskustva posjeduje drugi oblik legitimnosti od teorije nastale za stolom.

Jaspersova kritika objektifikacije pacijenta u tehničkoj medicini danas je aktualnija nego ikada. U vremenu u kojemu je medicina sve više određena aparatima, algoritmima i ekonomskim pritiscima, Jaspers opominje da se ne zaboravi personalna dimenzija. Njegovo razlikovanje između "objašnjavanja" i "razumijevanja" nudi metodički temelj za *integrativnu* medicinu koja nije ni biološko-redukcionistička ni psihologističko-voluntaristička, već koja prizna da su nužna oba pristupa. Njegovo naglašavanje razgovora između liječnika i pacijenta kao konstitutivnog za dijagnostiku i terapiju proturječi svim tendencijama da se liječnička djelatnost reducira na tehničke procedure. Jaspers je, da kažemo to bez zadrške, pionir onoga što suvremena filozofija medicine naziva *hermeneutičkim pristupom kliničkoj praksi*: pristupom koji pacijenta sluša, razumijeva i uzima ozbiljno kao subjekta s vlastitim životnim kontekstom, a ne samo kao objekt tehničkih intervencija. U tome je teško precijeniti trajnu relevantnost njegove misli.

Kritički se mora pitati nije li Jaspersova koncepcija odnosa liječnik-pacijent preidealistična. Ne pretpostavlja li ona preležerno da su oboje – liječnik i pacijent – „razumni ljudi" sposobni i spremni za "egzistencijalnu komunikaciju"? Što je s pacijentima koji to nisu u stanju – djecom, bolesnicima s demencijom teško psihotičnim bolesnicima? Ostaje i pitanje može li se "egzistencijalna komunikacija" ostvariti u odnosu koji je strukturno asimetričan: liječnik ima znanje i moć, pacijent je u situaciji ovisnosti i slabosti. Mogu li se pod tim uvjetima ostvariti ona „potpuna otvorenost" i „isključivanje svake moći" koje Jaspers navodi kao obilježje "egzistencijalne komunikacije"?

Konačno, treba se pitati je li Jaspersovo vlastito iskustvo – kao obrazovanog, filozofski reflektiranog, financijski osiguranog pacijenta – generalizabilno. Većina pacijenata nema resurse (vremenske, intelektualne, ekonomske) koji su Jaspersu stajali na raspolaganju.

Spomenuta kritička pitanja nisu suvišna: ona točno identificiraju rubove Jaspersovog modela. Međutim, ne poništavaju njegovu vrijednost. *Kritika idealizma* upozorava da se ideal ne primijeni kao norma kojom se pacijenti procjenjuju i odbacuju; *asimetrična struktura* zahtijeva svjesno odricanje liječnika od strukturne prednosti, što je moguće ali teško; *problem generalizabilnosti* ukazuje na neophodnost da se Jaspersov model dopuni razmatranjem društvene pravde i ravnopravnog pristupa kvalitetnoj skrbi.

Unatoč ovim kritičkim pitanjima, Jaspersovo djelo ostaje od trajnog značenja. Jamačno, Jaspers je bio jedan od prvih koji je filozofski promislio značenje *personalnog odnosa* u medicini. Pokazao je da je medicina više od primijenjene prirodne znanosti, da ima etičku i komunikativnu dimenziju koja se ne može objektivirati. Njegova filozofija "egzistencijalne komunikacije" nudi pojmovni okvir za razumijevanje odnosa liječnik-pacijent u njegovoj dubini – ne kao puki ugovorni odnos o usluzi, ne kao tehničke procedure, već kao ljudskog susreta u kojemu je riječ o cjelini života.

U vrijeme u kojemu se medicina sve više standardizira i ekonomizira, Jaspers podsjeća da je svaki pacijent jedinstven čovjek, da je svaka bolest uključena u jednokratnu životnu povijest, da iscjeljenje zahtijeva više od ispravne dijagnoze i pravilne terapije – naime razumijevanje, komunikaciju, ljudsku pažnju. Jaspersovo djelo na jedinstven način pokazuje kako biografsko iskustvo, profesionalna praksa i filozofska refleksija mogu činiti jedinstvo.

Središnja spoznaja koja prožima sva tri područja Jaspersovog rada – medicinsko iskustvo, psihijatrijska praksa, filozofija egzistencije – glasi: čovjek nije samo objektivno utvrdivo opstojanje, nego "egzistencija" koja se ostvaruje samo u komunikaciji s drugima. Bilo kao pacijent u razgovoru s liječnikom, kao psihički bolesnik u razgovoru s psihijatrom, ili kao čovjek uopće u egzistencijalnoj razmjeni s drugim – uvijek je komunikacija medij u kojemu se ostvaruje čovještvo. Bolest pri tome nije samo deficit, nego i "granična situacija" koja čovjeka postavlja pred pitanje smisla vlastitog opstojanja. U suočavanju s bolešću, patnjom, mogućom smrti pokazuje se što čovjek jest i što može biti. I u tom suočavanju komunikacija nije opcionalna, već nužna – bilo da je to komunikacija s liječnikom, bilo egzistencijalna komunikacija s bliskim ljudima, bilo unutarnja komunikacija sa samim sobom.

Jaspersov život i djelo pokazuju da iz prihvaćanja "granične situacije", iz jasnog pogleda na stvarno nemoguće, može nastati prostor u kojemu su veće šanse nego što se prije moglo misliti. Taj stav – realističan i ipak pun nade, discipliniran i ipak slobodan, koji priznaje granice i ipak hvata mogućnosti – možda je najdublja pouka koju nam je Jaspers ostavio.

1.10.1 Redefiniranje kvalitete zdravstvene skrbi kroz okvir Jaspersove "filozofije egzistencije"

Jaspers je razvio *holistički* pristup pacijentu koji se temelji na razumijevanju pojedinca kao cjelovite osobe. Njegove glavne teme uključuju egzistencijalni pristup u medicini: fokusiranje na pacijentovo subjektivno iskustvo bolesti, uzimajući u obzir emocionalne, duhovne i filozofske dimenzije. Razumijevanje patnje i smisla koji pacijent pridaje vlastitoj bolesti središnje je za taj pristup. Najvažnija je komunikacija i dijalog: osnaživanje odnosa između zdravstvenog djelatnika i pacijenta kroz iskrenu i otvorenu komunikaciju koja uključuje korištenje empatije za dublje razumijevanje pacijentovih potreba. Holistički pristup zdravlju znači promatranje pacijenta kao jedinstvene osobe, uzimajući u obzir fizičke, psihološke i socijalne aspekte, i personalizirane planove liječenja koji se prilagođavaju pacijentovom životnom kontekstu. Autonomija pacijenta – pružanje podrške pacijentima da budu aktivni sudionici u donošenju odluka o vlastitom liječenju i poštovanje pacijentovih izbora čak i onda kada se ne slažu s preporukama zdravstvenih radnika – dio je tog isticanog skupa vrijednosti. Njemu je komplementarno i prepoznavanje međusobne povezanosti fizičkog zdravlja i psiholoških stanja, te shvaćanje bolesti ne samo kao biomedicinskog fenomena, već i kao dijela ljudske egzistencije koja mijenja pacijentov osjećaj identiteta i njegov odnos prema svijetu. U svakom od tih aspekata Jaspersova misao anticipira ili uobličuje ono što suvremena filozofija medicine i medicinska etika formuliraju kao zahtjeve cjelovite zdravstvene skrbi.

Integriranje Jaspersove "egzistencijalne filozofije" u razumijevanje zdravstvene skrbi ima značajne praktične i prije svega etičke implikacije. Tradicionalni etički okviri u zdravstvenoj skrbi često se fokusiraju na principe kao što su autonomija, dobročinstvo, neškodljivost i pravda. Ti principi ostaju važni, ali Jaspersova filozofija sugerira dublji okvir za razumijevanje etičkih dimenzija zdravstvene skrbi.

Ona naglašava da etika ne proizlazi primarno iz apstraktnih principa, već iz konkretnih odnosa između pojedinaca: u kontekstu zdravstvene skrbi to znači da etička praksa nije samo pitanje slijeđenja pravila i principa, već angažman u autentičnom odnosu s pacijentom. Kroz takav odnos zdravstveni djelatnik može razviti intuitivno razumijevanje što je etički u konkretnoj situaciji, koji nadilazi primjenu apstraktnih principa.

Jaspersova filozofija isto tako ističe važnost prepoznavanja i prihvaćanja granica ljudskog znanja i kontrole: neke aspekte ljudskog iskustva, uključujući patnju i smrt, ne mogu biti „popravećeni“ ni kontrolirani. To prepoznavanje može voditi k skrbi koja ne teži uvijek agresivnoj intervenciji, već ponekad prihvaća ograničenja i fokusira se na podržavanje pacijenta u navigaciji kroz teška iskustva.

Život u skladu s vlastitim najdubljim vrijednostima i uvjerenjima – u kontekstu zdravstvene skrbi znači pomaći pacijentu da živi autentično unatoč izazovima bolesti, podupirući ga u donošenju odluka usklađenih s njegovim najdubljim vrijednostima, čak i onda kada te odluke nisu one koje bi zdravstveni djelatnik osobno napravio. Jaspersova filozofija prepoznaje i da patnja može imati transformativni potencijal ako se s njom suočimo na autentičan način. U kontekstu zdravstvene skrbi to ne znači glorifikaciju patnje, nego prepoznavanje da iskustvo bolesti može biti prilika za dublje samorazumijevanje i osobni rast. Zdravstvena skrb stoga nije samo ona koja minimizira patnju, nego i ona koja podržava pacijenta u pronalaženju značenja u iskustvu bolesti.

Tradicionalne definicije kvalitete zdravstvene skrbi često se fokusiraju na tehničke aspekte skrbi: točnost dijagnoze, prikladnost tretmana, tehničko izvođenje procedura. Navedeni aspekti su nesumnjivo važni, ali Jaspersova filozofija sugerira da je to razumijevanje kvalitete nepotpuno. Iz njegove perspektive, zdravstvena skrb nije samo tehnički proces „popravljanja“ fizičkog tijela, već podržavanje pojedinca u navigaciji kroz fundamentalni egzistencijalni izazov. Kvalitetna skrb stoga nije samo tehnički kompetentna, već ona koja prepoznaje i adresira egzistencijalne dimenzije bolesti. Takvo prošireno razumijevanje kvalitete obuhvaća četiri međusobno povezana aspekta koji se nadovezuju na ključne pojmove Jaspersove filozofije.

Kao prvo, *autentičnost*. Kvalitetna skrb karakterizirana je autentičnim susretom između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, gdje obje strane prepoznaju i potvrđuju jedinstvenu subjektivnost druge. Liječnik u pacijentu ne vidi dijagnozu nego čovjeka s neponovljivom životnom poviješću; pacijent u liječniku ne vidi funkciju nego osobu koja razumije. Kao drugo, *cjelovitost*. Kvalitetna skrb tretira pacijenta kao cjelovitu osobu, ne samo kao skup simptoma ili dijagnozu.

Ona adresira ne samo fizičke aspekte bolesti već i psihološke, socijalne i egzistencijalne dimenzije. To je ono što Jaspers naziva zahtjevom da liječnik pacijenta ima na umu u svim zahvatljivim aspektima, u stalnoj svijesti granica vlastite funkcije. Kao treće, *prilagodljivost*. Kvalitetna skrb responzivna je na jedinstvene potrebe, vrijednosti i preferencije svakog pacijenta. Ona prepoznaje da svaki pacijent ima jedinstveno iskustvo bolesti koje je oblikovano osobnom biografijom, vrijednostima i uvjerenjima. To je Jaspersova *Einzigkeit* – jedinstvenost koja se ne može subsumirati pod opće kategorije i koja zahtijeva da je svaki klinički susret iznova neponovljiv. Kao četvrto, *transformativni potencijal*. Kvalitetna skrb prepoznaje transformativni potencijal iskustva bolesti i podržava pacijenta u navigaciji kroz to iskustvo na način koji može voditi k dubljem samorazumijevanju i osobnom rastu.

Ova četiri aspekta zajedno tvore razumijevanje medicinske kvalitete koje je vjernije Jaspersovom antropološkom uvidu: čovjek nije stroj koji treba popraviti, nego egzistencija koja treba biti praćena, razumjena i poštovana u svojoj neponovljivoj jedinstvenosti.

Ta redefinicija kvalitete ima značajne implikacije za način na koji mjerimo i evaluiramo kvalitetu zdravstvene skrbi. Tradicionalne mjere kvalitete, koje se fokusiraju na kliničke ishode i tehničke aspekte skrbi, trebaju biti dopunjene mjerama koje adresiraju te šire dimenzije: mjere komunikacije, mjere responzivnosti na vrijednosti i preferencije pacijenta, i mjere koje adresiraju egzistencijalne dimenzije zdravstvene skrbi. U obrazovanju liječnika to znači – kao što je Jaspers naglašavao – da samo stručna kompetencija nije dovoljna. Filozofsko razumijevanje egzistencijalnih pitanja, sposobnost razumijevanja (a ne samo objašnjavanja), razvoj osobnog etosa koji nadilazi "slijeđenje" protokola: sve su to dimenzije medicinskog obrazovanja koje se ne mogu prenijeti samo u predavaonicama i laboratorijima, nego zahtijevaju upravo ono što je Jaspers smatrao ključem dobre medicine – susret, razgovor, i zajedničko držanje pred tajnom čovjeka.

2. HARVEY PICKER I RAZVOJ NA PACIJENTA USMJERENE SKRBI

Harvey Picker nije bio filozof, ali je postavljao pitanja koja filozofija medicine nije smjela zaobići. Iz neposrednoga iskustva pacijenta koji se unutar medicinske institucije osjeća nevidljivim, neinformiranim i lišenim kontrole nad vlastitim liječenjem, Picker je u drugoj polovici dvadesetog stoljeća razvio koncepciju zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta — patient-centered care — koja u svojoj biti zahtijeva radikalnu promjenu perspektive: nije dovoljno liječiti bolest, nužno je razumjeti bolesnika; nije dovoljno primijeniti protokol, nužno je uvažiti iskustvo; nije dovoljno informirati, nužno je slušati. Filozofska dimenzija toga nacrta nije u njemu eksplicitno artikulirana, ali je implicitno prisutna i strukturalno konstitutivna, i upravo tu Pickerov praktični zahtjev ulazi u neočekivani, ali dubok suodnos s filozofijom egzistencije Karla Jaspersa.

2.1 Biografija i motivacija angažmana H. Pickera u na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi

Harvey Picker (1915-2008), često nazivan Harry, bio je američki industrijalac i filantrop koji je značajno utjecao na transformaciju zdravstvene skrbi. Prije svojeg angažmana u zdravstvu, Picker je bio uspješni biznismen, vodio "Picker X-Ray Corporation", tvrtku koju je osnovao njegov otac a koja je razvijala i proizvodila radiološku opremu. Nakon prodaje tvrtke "General Electric Company-u" 1981. godine, Picker je svoju energiju i resurse usmjerio prema transformaciji zdravstvene skrbi.

Pickerovo zanimanje za reformu zdravstva nije bilo motivirano isključivo teoretskim ili filantropskim interesima, nego duboko osobnim iskustvom. Njegova supruga, Jean Picker, je 1970-ih godina oboljela od karcinoma. Iako je primila tehnički kompetentnu medicinsku skrb, Picker je primijetio značajne nedostatke u načinu na koji je zdravstveni sustav tretirao njegovu suprugu kao osobu. Zdravstveni djelatnici često su se prema njoj odnosili kao prema "slučaju" ili skupu simptoma, a ne kao cjelovitoj osobi s jedinstvenim strahovima, potrebama i nadama.

To iskustvo navelo je Pickera da preispita fundamentalne pretpostavke na kojima počiva organizacija zdravstvene skrbi. Zaključio je da, iako je tehnički napredak medicine impresivan, zdravstveni sustavi često zanemaruju ljudsku dimenziju skrbi - emocionalne, socijalne i duhovne potrebe pacijenata.

2.1.1 Geneza institucionalnog odgovora na nehumanost medicinskog sustava: osnivanje Picker-Instituta

Harvey Picker je potjecao iz obitelji s dubokim korijenima u medicinskoj industriji. Isprva nije ni planirao mijenjati tu industriju - barem ne svjesno i namjerno. Krenuvši očevim stopama, preuzeo je upravljanje tvrtkom *Picker X-Ray*, vodećim poduzećem na području rendgenske tehnologije koje je u godinama Drugoga svjetskoga rata znatno pridonijelo savezničkim naporima, a i u mirnodopskom je razdoblju spašavalo živote zahvaljujući malim, gotovo neuništivim dijagnostičkim uređajima primjenjivim u gotovo svakim uvjetima. Tri desetljeća života Picker je posvetio toj tvrtki koja je nosila ime njegova oca. Njegova supruga Jean bila je američka veleposlanica pri Ujedinjenim narodima, istaknuta novinarka časopisa *Life* te osobna prijateljica Eleanor Roosevelt.

Prekretni moment za Harveya Pickera nastao je iz osobnoga iskustva. U razgovoru s novinarom *London Timesa* 2006. godine Picker je opisao kako su upravo neposredna zdravstvena iskustva njega i njegove supruge promijenila čitav smjer njegova djelovanja. Kao predsjednik tvrtke *Picker X-Ray* bio je u stalnom i neposrednom dodiru sa zdravstvenim sustavom, dok je Jean zbog karcinoma redovito boravila u bolnicama (Crompton, 2006). Duboko uronjen u medicinsku stvarnost, Picker je uočio temeljni paradoks: zdravstveni je sustav tehnološki visoko napredovao, ali je u načinu na koji tretira pacijente kao osobe bio zabrinjavajuće zaostao.

To je zapažanje Picker formulirao s preciznom dijagnozom: „Nije sporno da su moja supruga i ja u bolnici dobivali iznadprosječnu pozornost. No dok smo ondje boravili, svjedočili smo tome kako su potrebe ostalih pacijenata bile često zanemarivane. Satima su ih ostavljali nezbrinutima na nosiljkama u hodnicima. To se događalo cijelo vrijeme, šezdesetih i sedamdesetih godina, u Velikoj Britaniji jednako kao i u Americi. Do sredine dvadesetoga stoljeća, kad se razbolio, čovjek je mogao računati na malo toga što smo znali izliječiti, pa je osobna njega bila gotovo jedino što se moglo ponuditi - nastojalo se osobu pratiti kroz bolest. Potom su došli penicilin i drugi tehnološki proboji, i s njima - potpuni zaokret. Budući da ste ljude mogli izliječiti, osobna skrb postajala je sve manje važna, a stav zdravstvenih djelatnika mijenjao se: umjesto na osobu počeli su gledati na bolest. Klatno se zamahnulo predaleko u suprotnom smjeru“ (Crompton, 2006).

Iz tog uvida rodila se konkretna inicijativa. Godine 1986. Harvey i Jean Picker prenijeli su sredstva svoje obiteljske zaklade u *The Commonwealth Fund* i pokrenuli *Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care*, koji je ubrzo prerastao u samostalnu instituciju poznatu kao *Picker Institut* (Kohler, 1994). Pickerovim riječima, to je bilo prvo tijelo koje je sustavno i znanstveno istraživalo ne samo što pacijenti doista žele od zdravstvene skrbi, nego i kako liječnici i zdravstveno osoblje mogu unaprijediti iskustvo pacijenata. Harvey, Jean i ostatak tima odmah su pristupili temeljnom istraživačkom radu - izravnim razgovorima s pacijentima.

Tijekom sljedećih sedam godina *Picker/Commonwealth* program proveo je opsežno akademsko istraživanje koje je obuhvatilo više od osam tisuća dubinskih intervjua s pacijentima i članovima njihovih obitelji, kao s desetcima zdravstvenih njegovatelja. Rezultati su bili jednoznačni: preferencije pacijenata prečesto su bile zanemarivane, a ondašnje ankete o zadovoljstvu pacijenata davale su nerazmjerno velik naglasak sporednim aspektima - poput kvalitete bolničke prehrane ili dostupnosti parkirnih mjesta - zanemarujući ono što je pacijentima doista bilo važno (Kohler, 1994).

Na temelju toga istraživanja Picker Institut razvio je sveobuhvatan skup anketnih instrumenata koji su ubrzo postali standardom u mjerenju kvalitete zdravstvene skrbi. Suradnici Instituta sudjelovali su i u širem nacionalnom istraživačkom projektu - zajedno s istraživačima Harvardske medicinske škole, *Research Triangle Institutea* i korporacije RAND - u okviru kojega su razvijeni ankete i izvještaji poznatog programa *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS). Ti su instrumenti postali nacionalnim standardom za procjenu zdravstvene skrbi u Sjedinjenim Državama te ih danas obvezno primjenjuju i *National Committee on Quality Assurance* i *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). Naglasak Picker Instituta na standardizirane metodologije i usporedive baze podataka stvorio je temelje za sustavno upravljanje kvalitetom na razini cijeloga zdravstvenog sustava (Gerteis et al., 1993). Uslijed rastuće potražnje za pickerovskim anketnim instrumentima, Institut 1994. godine ustupa prava na te instrumente tvrtki NRC Health (tada pod nazivom *National Research Corporation*) (Kohler, 1994).

Picker Institut bio je jedinstven po tome što je od samoga osnutka imao jedno jedino poslanje: promicati i utemeljiti ideju zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta. Njegova je temeljna teza bila da u zdravstvenom sustavu nije ključno ono što misle liječnici ili administratori, nego ono što doživljava i procjenjuje pacijent. Iz toga je slijedilo i uvjerenje da pacijenti, kako bi primili doista optimalnu skrb, moraju biti aktivni sudionici - partneri - u procesu pružanja te skrbi, a ne samo pasivni primatelji medicinskih intervencija.

U kratkom vremenu Institut je stekao ugled vodećeg promotora zdravstvene skrbi prijazne pacijentu (Hevesi, 2008).

Sintezu dotadašnjega rada predstavlja projekt *Through the Patient's Eyes*, koji je 1993. godine rezultirao istoimenom knjigom (Gerteis et al., 1993). To temeljno djelo zaključuje da pacijenti imaju visoka i opravdana očekivanja od zdravstvenog iskustva te da zdravstvenoj industriji predstoji golem i trajan rad kako bi doista bila u službi svoje primarne svrhe: čovjeka koji pati i koji traži pomoć.

2.1.2 Zdravstvena skrb usmjerena na pacijeta (patient-centred care)

Koncept „skrbi usmjerene na pacijeta" (skrbi usmjerene na osobu) prisutan je u jednom ili drugom obliku već desetljećima: mnoge karakteristike dobre skrbi usmjerene na osobu vidljive su već u temeljnom djelu Florence Nightingale „Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not" objavljenom 1860. godine. (Nightingale, 1860) Posljednjih godina taj koncept je stekao još veću važnost jer mnoge zdravstvene ustanove i davatelji usluga izričito teže pružanju skrbi usmjerene na osobu. Na međunarodnoj razini to se očituje u inicijativama poput globalne strategije Svjetske zdravstvene organizacije o zdravstvenim službama usmjerenima na ljude i integriranim zdravstvenim službama. (World Health Organization, 2015)

Unatoč međunarodnoj važnosti koncepta skrbi usmjerene na osobu, prakse i politike različitih zemalja nisu uvijek dobro predstavljene i rijetki su pokušaji usporedbe načina na koji se načela skrbi usmjerene na osobu usvajaju i provode u različitim zemljama.

Skrb usmjerena na osobu opisana je kao „tretiranje pacijenta kao jedinstvene individue". (Mead & Bower, 2000) To je standard prakse koji pokazuje poštovanje prema pacijentima i korisnicima usluga kao pojedincima, a radi se o uzimanju u obzir pacijentove perspektive i okolnosti u procesu donošenja odluka.

Usmjerenost na osobu također se odnosi na stil susreta liječnik (zdravstveni djelatnik)-pacijent karakteriziran odgovaranjem na potrebe i preferencije pacijenata, korištenje informiranih želja pacijenata kao vodilja za aktivnost, interakciju i pružanje informacija, te zajedničko donošenje odluka. Ključni element takvog pristupa je empatija - spremnost stručnjaka da suspendira vlastitu prosudbu i cijeni perspektivu korisnika usluge.

Skrb usmjerena na osobu je način gledanja na zdravlje i bolest koji utječe na opću dobrobit osobe i pokušaj osnaživanja pacijenta proširenjem njegove uloge u vlastitoj zdravstvenoj skrbi. Informiranje pacijenta te pružanje potpore, utjehe, prihvaćanja, legitimnosti i povjerenja osnovne su funkcije takvog pristupa.

Skrb usmjerena na osobu pretpostavlja da su pacijenti kvalificirani odlučiti o vlastitim potrebama i očekivanjima te da su sposobni donositi odluke i izbore o tome što im je potrebno i što žele: uloga davatelja zdravstvenih usluga jest stoga podržati pacijente odgovarajućim zdravstvenim savjetima kako bi mogli donositi informirane odluke o vlastitom liječenju.

Rane definicije skrbi usmjerene na osobu pomogle su oblikovati viziju novog pristupa, pružajući osnovne koncepte za izgradnju kvalitetnog zdravstvenog sustava. Međutim, takve definicije nisu se primjenjivale na osobe kojima nedostaje zdravstvena pismenost ili sposobnost. Kasnije su potrebe ljudi, dobrobit, prava i osobnost postupno postavljeni u središte skrbi usmjerene na osobu, neovisno o tome imaju li ljudi sposobnost ili ne. Pomak od ideje skrbi usmjerene na osobu temeljene na djelatnosti prema inkluzivnijem modelu istraživanja i prakse bio je pionirski razvijan godinama u područjima poput mentalnog zdravlja i demencije. Prioriteti pacijenata za skrb uključivali su sljedeće karakteristike: poštovanje, ljubaznost, kompetentnost, učinkovitost, uključivanje pacijenta u odluke, vrijeme za skrb, dostupnost i pristupačnost, informacije i komunikacija.

Istraživanje preferencija pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti utvrdilo je da su komunikacija, partnerstvo i promicanje zdravlja najvažnije potrebe pacijenata, osobito među pacijentima s psihosocijalnim problemima ili onima koji su simptomatski. (Stewart et al., 2003) Ključne komponente usmjerenosti na osobu izložene su i u načelima institua kojega je osnovao H. Picker.

Prvi Picker Institut je osnovan 1986. godine u Bostonu kao izravna posljedica duboko osobnog iskustva s medicinskim sustavom koje su on i njegova supruga Jean proživjeli tijekom njezina dugotrajnog liječenja. Njihovo višegodišnje prolaženje kroz labirint suvremene zdravstvene skrbi otkrilo je fundamentalni paradoks medicinske prakse kasnog dvadesetog stoljeća: dok su tehnološki i terapijski kapaciteti medicine dosegnuli nezapamćenu razinu sofisticiranosti, sam sustav pružanja zdravstvene skrbi često je ostajao duboko dehumanizirajući, birokratski rigidan i strukturalno nesposoban za prepoznavanje i odgovaranje na temeljne ljudske potrebe pacijenata koji se nalaze u stanju egzistencijalne ranjivosti koju bolest neizbježno donosi.

Suočeni s fragmentacijom skrbi, nedostatkom kontinuiteta u odnosima s liječnicima, često nedostatnim ili nerazumljivim informacijama o dijagnostičkim i terapijskim postupcima, osjećajem depersonalizacije unutar birokratskih struktura bolnica, te sistematskim zanemarivanjem psihosocijalnih i duhovnih dimenzija iskustva bolesti, supružnici Picker su prepoznali da fundamentalni problem nije bio nedostatak medicinske kompetencije ili tehnoloških resursa, nego ontološka orijentacija samog sustava. Medicina je bila organizirana primarno oko logistike, učinkovitosti institucionalnih procesa i profesionalnih prerogativa pružatelja zdravstvenih usluga, dok su stvarne životne potrebe, vrijednosti i preferencije pacijenata često ostajale marginalizirane ili potpuno nevidljive.

Umjesto da to iskustvo ostane samo privatna trauma, supružnici Picker su prepoznali njegovu paradigmatsku dimenziju i razumjeli da ono reprezentira sustavni problem koji zahtijeva institucionalizirani i znanstveno utemeljeni odgovor.

Osnivanje prvog Picker Instituta predstavljalo je tako pokušaj transformacije osobne patnje u katalizator za strukturnu reformu zdravstvene skrbi. Institut je od samog početka zamišljen kao istraživački, edukacijski i zagovarateljski centar čija je primarna misija bila ništa manje nego fundamentalna paradigmatska transformacija zdravstvene skrbi - prelazak s modela organiziranog primarno oko potreba, prioriteta i logičkih imperativa pružatelja zdravstvenih usluga prema modelu u kojem su potrebe, vrijednosti, preferencije i iskustvo samih pacijenata postavljeni u apsolutni centar organizacije i evaluacije kvalitete skrbi.

2.2 Konceptualizacija na pacijente usmjerene zdravstvene skrbi: teorijske i etičke osnove

Picker-Instituti (sada raširen u mnogim zemljama) temelje svoj rad na rigoroznoj konceptualizaciji onoga što autentična na pacijenta usmjerena zdravstvena skrb zapravo znači. Ta konceptualizacija nadilazi površinske ili retoričke afirmacije "brige za pacijenta" koje su tradicionalno bile prisutne u medicinskom diskursu, te umjesto toga nastoji artikulirati konkretne, operacionalizirane dimenzije skrbi koja je uistinu responzivna na holistički shvaćene potrebe pacijenata kao cjelovitih osoba, a ne samo kao nosioca specifičnih patoloških stanja.

Svaki Picker Institut slijedi sedam fundamentalnih dimenzija “patient-centrirane” skrbi koje su kasnije postale široko prihvaćen (Gerteis et al., 1993) referentni okvir u području mjerenja i poboljšanja kvalitete zdravstvene skrb, (sedam iz izvornog modela Gerteisa, uz dodanu osmu – dostupnost zdravstvene skrbi).

One uključuju: (1) poštovanje pacijentovih vrijednosti, preferencija i izraženih potreba; (2) koordinaciju i integraciju skrbi kroz različite razine i segmente zdravstvenog sustava; (3) informiranje, komunikaciju i edukaciju pacijenta na razumljiv i pristupačan način; (4) fizički komfor i olakšavanje boli i drugih simptoma; (5) emocionalnu podršku i ublažavanje straha i anksioznosti; (6) uključivanje obitelji i prijatelja u proces skrbi na način koji pacijent smatra prikladnim; te (7) kontinuitet i tranziciju između različitih postavki skrbi (bolnica, ambulante, kuća...) na način koji osigurava sigurnost i kontinuitet.

Spomenuta konceptualna arhitektura reprezentirala je značajan epistemološki pomak u razumijevanju kvalitete zdravstvene skrbi. Tradicionalno je kvaliteta bila definirana primarno kroz *tehničku* dimenziju - točnost dijagnoza, učinkovitost terapijskih intervencija, adhezija (prijanjanja) na kliničke protokole i standarde. Pickerov pristup nije nijekao važnost tehničke kvalitete, ali je inzistirao da autentična kvaliteta mora uključiti i dimenziju *subjektivnog iskustva* - kako sami pacijenti doživljavaju i procjenjuju skrb koju primaju, jer je upravo to iskustvo neposredno relevantno za njihovu dobrobit, njihovu sposobnost da participiraju u terapijskim procesima, te njihove zdravstvene ishode.

2.3 Metodološka inovacija Pickerove ideje: od zadovoljstva pacijenata prema mjerenju iskustva

Jedna od najznačajnijih doprinosa Picker Instituta bila je razrada rigorozne znanstvene metodologije za mjerenje pacijentovog iskustva koja je predstavljala temeljni metodološki napredak u odnosu na postojeće pristupe mjerenju zadovoljstva pacijenata. Tradicionalne ankete o zadovoljstvu pacijenata bile su opterećene brojnim metodološkim ograničenjima. One su postavljale tipično općenita pitanja ("Jeste li bili zadovoljni primljenom skrbi?") koja su često generirala artificijelno pozitivne rezultate zbog takozvanog "ceiling effecta" (vršni učinak) - tendencije pacijenata da izražavaju generalizirano zadovoljstvo čak i kada su specifični aspekti skrbi bili problematični. Osim toga, ova pitanja nisu pružala akcionabilne informacije koje bi zdravstvene ustanove mogle koristiti za konkretna poboljšanja prakse.

Metodologija Picker-Instituta predstavljala je radikalni odmak od tog pristupa. Umjesto evaluativnih pitanja o zadovoljstvu, institut je razvio instrumente koji postavljaju deskriptivna pitanja o specifičnim, konkretnim aspektima iskustva pacijenta.

Primjerice, umjesto pitanja "Jeste li bili zadovoljni komunikacijom s liječnicima?", Pickerovi instrumenti postavljaju pitanja poput: "Je li vam liječnik objašnjavao stvari na način koji ste mogli razumjeti?", "Jeste li imali dovoljno prilika postaviti pitanja?", "Je li vam liječnik objasnio moguće nuspojave terapije?". Takav pristup, fokusirajući se na konkretne, objektivno verifikabilne aspekte iskustva, dramatično smanjuje subjektivnu varijabilnost u odgovorima i pruža mnogo precizniji, detaljniji i akcionabilniji uvid u kvalitetu različitih dimenzija skrbi.

Metodološka sofisticiranost Pickerovog pristupa manifestirala se također u njegovoj konceptualnoj preciznosti. Tu se rigorozno razlikuje između "iskustva" (što se dogodilo pacijentu), "zadovoljstva" (evaluacija tog iskustva), i "očekivanja" (što je pacijent anticipirao da će se dogoditi). Prepoznavajući da je zadovoljstvo često funkcija očekivanja koliko i stvarnog iskustva, Pickerova metodologija fokusirala se na mjerenje samog iskustva - konkretnih događaja i interakcija koje se mogu objektivno opisati - što omogućava validnije usporedbe između različitih populacija pacijenata, kliničkih postavki i vremenskih razdoblja.

2.3.1 Operacionalizacija, metodologija i razvoj mjerenja iskustava pacijenata

Prvi Picker-Institut u Bostonu je razvio niz upitnika koji operacionaliziraju mjerenje iskustva pacijenata kroz različite kliničke kontekste. “Picker Patient Experience Questionnaire” (PPE-15), (Jenkinson et al., 2002) zajedno s numeroznim “disease-specific” i “setting-specific” varijantama (za bolničku skrb, primarnu zaštitu, psihijatrijsku skrb, porodnu skrb, itd.), predstavljaju psihometrijski čvrste instrumente koji su prošli ekstenzivno testiranje valjanosti i pouzdanosti. Oni koriste kombinirane metodologije - kvantitativne ljestvice za mjerenje frekvencije specifičnih iskustava, te otvorena kvalitativna pitanja koja omogućavaju pacijentima da artikuliraju svoje iskustvo vlastitim riječima.

Fundamentalna inovacija spomenutih instrumenata je u njihovoj sposobnosti da generiraju podatke koji su istovremeno znanstveno rigorozni i praktički korisni. Rezultati ne samo da omogućavaju evaluaciju ukupne kvalitete na patienta-usmjerene skrbi u specifičnoj ustanovi ili sustavu, nego identificiraju precizne točke gdje skrb ne uspijeva odgovoriti na potrebe pacijenata, omogućavajući tako ciljane intervencije za poboljšanje. Nadalje, longitudinalno mjerenje s istim instrumentima omogućava praćenje trendova i evaluaciju učinkovitosti implementiranih promjena.

Važan aspekt metodologije Picker Instituta je također njezin participatorni pristup razvoju instrumenata. Institut je sistematski uključivao same pacijente i njihove obitelji u proces definiranja koje dimenzije iskustva su najvažnije za mjerenje, osiguravajući tako da upitnici reflektiraju prioritete i vrijednosti samih pacijenata, a ne samo profesionalne predodžbe o tome što bi bilo važno. Taj participatorni pristup bio je konzistentan s fundamentalnom filozofijom na patienta-usmjerene skrbi -- da pacijenti moraju biti aktivni subjekti, a ne pasivni objekti procesa poboljšanja kvalitete.

2.3.2 Međunarodni utjecaj i institucionalna difuzija Pickerovih Instituta

Rad Picker Instituta brzo je stekao međunarodno priznanje unutar zajednice znanstvenika, teoretičara i praktičara u području kvalitete zdravstvene skrbi. Osnivanje "Picker Institute Europe" 2000.godine u Oxfordu, kao sestrinske organizacije originalne američke institucije sa sjedištem u Bostonu, reprezentiralo je institucionalizaciju Pickerovog pristupa na europskom kontinentu. (Coulter & Cleary, 2001) "Picker Institute Europe" razvio je adaptacije Pickerovih instrumenata za različite europske zdravstvene sustave i kulturne kontekste, provodeći ekstenzivna istraživanja iskustva pacijenata diljem Europe i pružajući konzultantske usluge nacionalnim zdravstvenim sustavima u implementaciji patient-centrirane skrbi.

Utjecaj Pickerove metodologije prožeo je nacionalne sustave monitoringa kvalitete zdravstvene skrbi u brojnim zemljama. U Velikoj Britaniji, National Health Service (NHS) usvojio je Pickerov pristup kao temelj za svoj opsežni program mjerenja (Richards & Coulter, 2007) iskustva pacijenata, provodeći godišnje ankete na stotinama tisuća pacijenata kroz različite sektore zdravstvene skrbi. Rezultati tih anketa postali su ključni indikatori performansi NHS-a, korišteni za evaluaciju bolnica, klinika i opće prakse, te za informiranje politike odluka i alokaciju resursa. Slično, u Sjedinjenim Američkim Državama, CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) program, razvijen od strane Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), u značajnoj mjeri je bio inspiriran Pickerovom metodologijom i filozofijom. (Hays et al., 1999)

U Kanadi, Australiji, Novom Zelandu, kao i u brojnim europskim zemljama uključujući Nizozemsku, Skandinavske zemlje, Njemačku i Švicarsku, Pickerovi instrumenti ili njihove adaptacije postali su standardni alati za nacionalno mjerenje iskustva pacijenata. Ova međunarodna difuzija i standardizacija omogućila je komparativne studije iskustva pacijenata kroz različite zdravstvene sustave, pružajući dragocjeni uvid u relativne snage i slabosti različitih modela organizacije zdravstvene skrbi.

Više od tri desetljeća nakon osnivanja, naslijeđe prvog Picker Instituta ostaje duboko utjecajno u globalnom diskursu o kvaliteti zdravstvene skrbi. Konceptualizacija patient-centrirane skrbi koju je institut artikulirao postala je fundamentalni normativni okvir, prihvaćen od strane vodećih međunarodnih organizacija kao što su Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), i Institute of Medicine (sada National Academy of Medicine) u Sjedinjenim Američkim Državama. (Institute of Medicine, 2001) Metodologija mjerenja iskustva pacijenata koju je Picker razvio transformirala je polje evaluacije kvalitete, etablirajući iskustvo pacijenta kao esencijalnu, a ne perifernu dimenziju kvalitete zdravstvene skrbi.

U suvremenom kontekstu, gdje rasprave o reformi zdravstvenih sustava sve više naglašavaju "value-based care" i potrebu za većom responzivnošću sustava na potrebe pojedinaca i zajednica, Pickerov doprinos ostaje fundamentalno relevantan. Institut je anticipirao mnoge teme koje danas dominiraju zdravstvenom politikom - važnost "patient engagement", "shared decision making", personalizirane medicine, i holistički pristup zdravlju koji integrira fizičke, psihološke, socijalne i duhovne dimenzije "wellbeinga" (vlastite dobrobiti).

Kontinuirana evolucija Pickerove metodologije, uključujući adaptacije za digitalno zdravstvo i telemedicinu, svjedoči o trajnoj vitalnosti temeljne vizije: da autentična kvaliteta zdravstvene skrbi mora biti definirana i mjerena kroz živo iskustvo onih koji tu skrb primaju. Metodološka sofisticiranost Pickerovog pristupa manifestirala se također u njegovoj konceptualnoj preciznosti. Tu se rigorozno razlikuje između "iskustva" (što se dogodilo pacijentu), "zadovoljstva" (evaluacija tog iskustva), i "očekivanja" (što je pacijent anticipirao da će se dogoditi). Prepoznavajući da je zadovoljstvo često funkcija očekivanja koliko i stvarnog iskustva, Pickerova metodologija fokusirala se na mjerenje samog iskustva - konkretnih događaja i interakcija koje se mogu objektivno opisati - što omogućava validnije usporedbe između različitih populacija pacijenata, kliničkih postavki i vremenskih razdoblja.

2.4 Osam principa na pacijenta usmjerene skrbi

Najvažniji doprinos Picker Instituta je artikuliranje osam temeljnih principa skrbi usmjerene na pacijenta. Ti principi, razvijeni kroz opsežno empirijsko istraživanje s pacijentima, zdravstvenim djelatnicima i obiteljima, definiraju što pacijenti sami smatraju najvažnijim aspektima zdravstvene skrbi (Gerteis et al., 1993). Metodološki gledano, principi nisu bili deducirani iz apstraktnih teorija o tome što bi pacijentima trebalo biti važno, nego su inducirani iz sustavnog prikupljanja i analize iskustava samih pacijenata – što im daje poseban epistemološki status u odnosu na normativne okvire razvijene isključivo na temelju stručnog konsenzusa. U nastavku se svaki od osam principa razmatra u njegovoj konceptualnoj dubini i kliničkoj relevantnosti.

2.4.1 Poštivanje vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata

Pacijenti žele biti informirani i aktivno uključeni u odlučivanje o vlastitoj skrbi, a njihove vrijednosti, preferencije i izražene potrebe moraju biti poštovane kao konstitutivni, a ne tek konzultativni element terapijskog procesa.

Ovaj princip počiva na etičkom konceptu autonomije koji podrazumijeva da je pacijent nositelj vlastitog životnog projekta i da zdravstveni djelatnik nema legitimitet nametati terapijske ciljeve koji su u suprotnosti s pacijentovim vrednosnim sustavom (Beauchamp & Childress, 2013). Poštovanje autonomije nije samo pitanje pristanka na zahvat (*informed consent*) u uskom pravnom smislu, nego se odnosi na kontinuirani dijaloški proces u kojemu zdravstveni djelatnik aktivno nastoji razumjeti što je za konkretnog pacijenta u konkretnoj životnoj situaciji doista važno. Istraživanja pokazuju da pacijenti čije su preferencije bile sustavno uvažavane izvještavaju o statistički značajno višoj razini zadovoljstva skrbi i boljoj adherenciji terapijskim preporukama (Epstein & Street, 2011).

Implikacija za kliničku praksu je da svaki terapijski plan mora biti individualiziran ne samo s obzirom na biološke parametre bolesti, nego i s obzirom na pacijentove vrijednosne prioritete, životne ciljeve i prihvatljivost predloženih intervencija.

2.4.2 Koordinacija i integracija skrbi

Pacijenti često izvještavaju o fragmentiranoj skrbi i nedostatku koordinacije između različitih dijelova zdravstvenog sustava kao jednoj od najizrazitijih disfunkcionalnosti svog iskustva. Suvremena medicina obilježena je visokim stupnjem specijalizacije koji, iako donosi izvrsnost u dijagnostici i terapiji specifičnih patoloških stanja, istovremeno stvara rizik strukturne dezintegracije: pacijent s kompleksnim multimorbiditetom može biti u kontaktu s nizom specijalista koji djeluju relativno neovisno jedni od drugih, bez jasnog koordinatora koji bi integrirao različite aspekte skrbi u koherentnu cjelinu usmjerenu prema zajedničkim ciljevima (Bodenheimer, 2008).

Dobro koordinirana skrb osigurava glatke prijelaze između različitih razina i segmenata zdravstvenog sustava – od primarne prema sekundarnoj i tercijarnoj razini, od bolničke prema izvanbolničkoj skrbi, od akutnih prema kroničnim modelima praćenja.

Picker Institute Europe (2011) dokumentira da je fragmentacija skrbi jedan od najčešćih uzroka medicinski preventabilnih štetnih događaja, te da koordinacijski deficiti imaju izravne negativne posljedice na kliničke ishode, a ne samo na subjektivno zadovoljstvo pacijenata.

2.4.3 Informacije, komunikacija i edukacija

Pacijenti žele pravovremene, točne i potpune informacije o svojoj dijagnozi, prognozi, terapijskim opcijama i procesu oporavka, prezentirane na način koji mogu razumjeti i koji respektira njihovu razinu zdravstvene pismenosti (*health literacy*).

Ovaj princip ima višestruku utemeljenost: etičku (informirani pristanak kao preduvjet autonomnog odlučivanja), epistemološku (pacijent je ekspert za vlastito iskustvo bolesti i mora imati relevantne informacije da bi taj ekspertni doprinos bio moguć) i pragmatičnu (informirani pacijenti bolje se pridržavaju terapijskih preporuka i aktivnije participiraju u upravljanju vlastitim zdravljem). Istraživanja o zdravstvenoj pismenosti pokazuju da otprilike 36 posto odrasle populacije u razvijenim zemljama ima nedostatnu zdravstvenu pismenost, što znači da standardni načini komuniciranja medicinskih informacija nisu adekvatni za znatan dio pacijentske populacije (Nutbeam, 2000).

Komunikacija prilagođena razini razumijevanja konkretnog pacijenta, uz aktivnu provjeru razumijevanja (*teach-back* metoda), nije samo etiološki ispravna nego i klinički učinkovita: sistematski pregledi pokazuju da intervencije koje poboljšavaju komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata statistički značajno poboljšavaju kliničke ishode (Doyle et al., 2013).

2.4.4 Fizička udobnost

Učinkovito upravljanje boli i pružanje fizički ugodnog okruženja bitni su aspekti kvalitetne skrbi koji izravno utječu na sposobnost pacijenta da participira u terapijskom procesu. Bol, kao najčešća pritužba pacijenata, odavno se smatra petim vitalnim znakom, ali istraživanja dosljedno pokazuju da je njezino zbrinjavanje u praksi nedostatno: prema podacima nacionalnih anketa iskustva pacijenata u Velikoj Britaniji, više od trećine hospitaliziranih pacijenata izvještava da bol nije bila adekvatno kontrolirana (Richards & Coulter, 2007). Fizička udobnost ne iscrpljuje se samo u zbrinjavanju boli – obuhvaća i kvalitetu fizičkog okruženja bolnice ili ambulante: razinu buke, privatnost, čistoću, temperaturu, pristup prirodnom svjetlu, mogućnost normalnog sna i odmora.

Spomenuti elementi, koji su u medicinskom diskursu nerijetko marginalizirani kao „hotelski aspekti" skrbi, imaju mjerljiv utjecaj na fiziološke procese oporavka, imunološku funkciju i psihološko stanje pacijenta – što njihovu ulogu čini kliničkim, a ne samo komocijsko relevantnom.

2.4.5 Emocionalna podrška i ublažavanje straha i anksioznosti

Bolest je u svojoj biti egzistencijalni događaj koji pacijenta dovodi u stanje povišene ranjivosti: nosi sa sobom strah od boli, invaliditeta, gubitka kontrole nad vlastitim životom i suočavanje s konačnošću. Skrb usmjerena na pacijenta neizostavno uključuje prepoznavanje i adresiranje ovih emocionalnih dimenzija iskustva bolesti, jer zanemarivanje emocionalnog stanja pacijenta nije samo etički propust nego i klinički problem. Strah i anksioznost aktiviraju fiziološke stresne odgovore koji interferiraju s imunološkom funkcijom, povećavaju percepciju boli, otežavaju kogniciju i time narušavaju pacijentovu sposobnost da razumije informacije, donosi odluke i participira u rehabilitaciji (Epstein & Street, 2011).

Intervencije usmjerene na ublažavanje emocionalnog distresa - od strukturiranog empatijskog razgovora do psihoedukacije i formalnih psiholoških intervencija - imaju dokumentirani pozitivan učinak na kliničke ishode koji nadilazi njihov neposredni psihološki učinak.

Pickerovi instituti identificiraju emocionalnu podršku kao dimenziju koja je konzistentno najlošije ocijenjivana od strane pacijenata u svim sustavima gdje su provedena istraživanja, što ukazuje na sustavni deficit u edukaciji zdravstvenih djelatnika za tu dimenziju skrbi.

2.4.6 Uključivanje obitelji i bliskih osoba

Obitelj i bliski prijatelji igraju ključnu ulogu u iskustvu pacijenta, a njihova uloga nije ograničena na emocionalni oslonac: oni su često i primarni skrbnici u periodu oporavka, posrednici između pacijenta i zdravstvenog sustava, čuvari kontinuiteta informacija o pacijentovoj povijesti bolesti i vrijednosnim prioritetima, te aktivni sudionici u donošenju terapijskih odluka kada pacijent to ne može sam učiniti. Skrb usmjerena na pacijenta prepoznaje tu ulogu i strukturirano je uključuje. To podrazumijeva jasnu komunikaciju s obitelji, njihovo uključivanje u edukacijske intervencije (posebno relevantno za kroničnu bolest i palijativnu skrb), te osiguravanje uvjeta za fizičku prisutnost bliskih osoba u mjeri u kojoj to pacijent želi i smatra prikladnim.

Kulturna dimenzija toga principa posebno je relevantna: u različitim kulturnim kontekstima granice između individualne i kolektivne dimenzije donošenja odluka o zdravlju variraju, te je definicija „primjerenog uključivanja" obitelji nužno kontekstualno osjetljiva (Kleinman, 1988). Istraživanje Coulter i Cleary (2001) u pet europskih zemalja pokazuje da pacijenti koji su izvijestili o adekvatnoj uključenosti obitelji u proces skrbi konzistentno iskazuju viši stupanj povjerenja u zdravstveni sustav i bolje ishode samozbrinjavanje nakon otpusta.

2.4.7 Kontinuitet i tranzicija

Prijelazi između različitih razina i okruženja zdravstvene skrbi – otpust iz bolnice, premještaj na rehabilitaciju, povratak u primarnu zaštitu – identificirani su kao posebno rizična točka za pojavu pogrešaka, gubitka informacija i pacijentove dezorjentacije. Pacijenti su zabrinuti oko svoje sposobnosti za samoskrb nakon otpusta, oko razumijevanja terapijskog plana, oko pristupa daljnjim konzultacijama i oko kontinuiteta odnosa s poznatim zdravstvenim djelatnicima.

Skrb usmjerena na pacijenta uključuje sustavno planiranje tih prijelaza: jasne, razumljive otpusne upute prilagođene razini pismenosti i kognitivnim kapacitetima pacijenta; aktivno provjeravanje razumijevanja tih uputa; koordinirano prenošenje informacija između pružatelja skrbi; i uspostavljanje mosta između bolničke i izvanbolničke skrbi koji sprečava „revolving door" fenomen ponovnih hospitalicija (Jencks et al., 2009).

Istraživanja koja su dokumentirala Pickerovi instituti pokazuju da su neplanirane rehospitalizacije u roku 30 dana od otpusta statistički značajno rjeđe u sustavima koji sustavno implementiraju protokole tranzicijske skrbi utemeljene na principima na pacijenta usmjerene skrbi.

2.4.8 Pristup skrbi

Pacijenti trebaju znati kako i kada dobiti pristup potrebnoj skrbi, a taj pristup treba biti fizički, vremenski, financijski i kulturno dostupan. Ovaj princip ima i strukturnu i relacijsku dimenziju. Strukturna dimenzija odnosi se na organizacijske aspekte pristupačnosti: vrijeme čekanja, geografska dostupnost, financijsku pristupačnost, dostupnost u hitnim situacijama, i sposobnost sustava da pravovremeno odgovori na pacijentove potrebe. Relacijska dimenzija tiče se dostupnosti konkretnog zdravstvenog djelatnika – osjećaja pacijenta da može doći do osobe koja ga poznaje, kojima može postaviti pitanje, koja je dostupna za praćenje nakon konzultacije.

Istraživanja konzistentno pokazuju da je osjećaj dostupnosti skrbi jedan od primarnih determinanti pacijentovog povjerenja u zdravstveni sustav (Gerteis et al., 1993). Pristup skrbi nije samo logistički ili ekonomski problem; za pacijenta koji se nalazi u stanju egzistencijalne ranjivosti, nedostupnost skrbi nosi dodatni psihološki teret koji sam po sebi pogoršava zdravstveno stanje.

2.5 Utjecaj Pickerovih principa na definiciju i mjerenje kvalitete zdravstvene skrbi

Pickerovi principi transformirali su shvaćanje i procjenu kvalitete zdravstvene skrbi. Tradicionalno je kvaliteta bila definirana pretežito u tehničkim terminima: točnost dijagnoze, prikladnost terapijskih protokola, stope komplikacija i mortaliteta. Pickerov rad pomogao je proširiti tu definiciju uključivanjem iskustva pacijenta kao konstitutivne, a ne periferne dimenzije kvalitete (Berwick, 2009). Ta paradigmatska promjena dobila je institucionalno ozakonjenje kada je Institut za medicinu Sjedinjenih Američkih Država u svom utjecajnom izvještaju *Crossing the Quality Chasm* identificirao skrb usmjerenu na pacijenta kao jednu od šest temeljnih dimenzija kvalitetnog zdravstvenog sustava, uz sigurnost, djelotvornost, pravodobnost, učinkovitost i pravednost (Institute of Medicine, 2001).

Danas zdravstveni sustavi diljem svijeta rutinski mjere iskustvo pacijenata kao sastavni dio programa osiguranja kvalitete. Rezultati tih mjerenja koriste se za identificiranje područja za poboljšanje, uspoređivanje izvedbe između pružatelja usluga i, u nekim sustavima, kao osnova za financijske poticaje vezane uz kvalitetu (*value-based payment*). U SAD-u, HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) anketa – kojom se godišnje anketiraju milijuni hospitaliziranih pacijenata – neposredno je utemeljena na Pickerovoj metodologiji (Hays et al., 1999). U Velikoj Britaniji, NHS-ov godišnji program anketa iskustva pacijenata, koji obuhvaća bolničku, primarnu, mentalnozdravstvenu i palijativnu skrb, postavio je iskustvo pacijenta uz kliničke ishode i sigurnost kao jednako važan stup evaluacije sustava (Richards & Coulter, 2007).

Empirijska istraživanja koja su u međuvremenu akumulirana pokazuju da iskustvo pacijenta nije u napetosti s kliničkim ishodima, nego da je s njima pozitivno korelirano. Sustavni pregledi dokumentiraju da pacijenti koji izvještavaju o boljem iskustvu skrbi imaju statistički značajno niže stope rehospitalizacija, bolje pridržavanje terapije, niže stope mortaliteta i nižu razinu medicinski uzrokovane štete (Doyle et al., 2013). Ti nalazi demantiraju argument da ulaganje u iskustvo pacijenta dolazi na štetu kliničke učinkovitosti, i umjesto toga sugeriraju da su ta dva cilja konvergentna, a ne kompetitivna.

Konačno, medicinski kurikulumi na dodiplomskoj i poslijediplomskoj razini sve više uključuju sustavnu obuku u komunikacijskim vještinama i principima skrbi usmjerene na pacijenta, prepoznajući da je ta dimenzija kompetencije jednako bitna za kvalitetnu medicinsku praksu kao i tehničko kliničko znanje (Frenk et al., 2010).

2.6 Iskustvo pacijenata prema Pickerovim principima: ilustracija iz kliničke prakse

Kako bi se Pickerovi principi, osim teorijski, sagledali i u konkretnom kliničkom okruženju, provedena je kratka anketa među pacijentima. Anketa služi kao ilustracija iskustva pacijenata koje se u 3. poglavlju razmatra u svjetlu Jaspersove filozofije egzistencije.

Ispitanici i postupak. Anketa je provedena u Klinici za plućne bolesti Jordanovac Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Sudjelovalo je 100 hospitaliziranih pacijenata, koji su anketu ispunili u papirnatom obliku. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a demografski podaci nisu prikupljani. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo KBC-a Zagreb na 290. sjednici održanoj 4. prosinca 2024. (Klasa: 8.1-24/264-2, Broj: 02/013 AG).

Instrument. Za potrebe rada sastavljen je upitnik od 15 pitanja koja prate osam Pickerovih principa (Gerteis i sur., 1993; Picker Institute Europe, 2011b). Svaki je princip zahvaćen s dva pitanja, osim fizičke udobnosti, koja je zahvaćena jednim. Odgovori su ponuđeni na ljestvici od četiri stupnja (1 – najlošije iskustvo, 4 – najbolje iskustvo). Upitnik nije prethodno validiran, a njegova unutarnja pouzdanost u ovom uzorku bila je visoka (Cronbach $\alpha = 0,92$). Upitnik je u cijelosti prikazan u nastavku:

Ova anketa je anonimna i služi za poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga na temelju Vaših iskustava. Molimo Vas da na pitanja odgovorite iskreno. Vaši odgovori će nam pomoći u razumijevanju Vaših potreba i načina kako možemo poboljšati brigu o pacijentima.

1. Poštivanje pacijentovih vrijednosti, preferencija i izraženih potreba

1.1. Koliko su medicinsko osoblje i liječnici uzimali u obzir Vaše osobne vrijednosti i preferencije prilikom donošenja odluka o Vašem liječenju?

- Uopće nisu
- Djelomično
- U velikoj mjeri
- U potpunosti

1.2. Jeste li se osjećali poštovano kao osoba, a ne samo kao pacijent tijekom svog liječenja?

- Uopće ne
- Ponekad
- Većinom
- Uvijek

2. Koordinacija i integracija njege

2.1. Jeste li imali dojam da su različiti dijelovi zdravstvenog tima dobro surađivali u Vašem liječenju?

- Uopće nisu
- Djelomično
- U velikoj mjeri
- U potpunosti

2.2. Koliko su jasno bile koordinirane informacije između Vašeg primarnog liječnika i specijalista?

- Uopće nisu
- Djelomično
- Jasno, ali s ponekim problemima
- Vrlo jasno

3. Informacije i obrazovanje

3.1. Jeste li dobili dovoljno informacija o svom stanju i mogućnostima liječenja?

- Nisam dobio/la nikakve informacije
- Dobio/la sam osnovne informacije
- Dobio/la sam većinu potrebnih informacija
- Dobio/la sam sve potrebne informacije

3.2. Koliko su liječnici i osoblje bili voljni objasniti Vam medicinske termine i postupke na način koji razumijete?

- Nikada
- Ponekad
- Većinom
- Uvijek

4. Fizička udobnost

4.1. Koliko ste bili zadovoljni razinom fizičke udobnosti tijekom boravka u bolnici (npr. krevet, čistoća sobe, privatnost)?

- Vrlo nezadovoljan/na
- Nezadovoljan/na
- Zadovoljan/na
- Vrlo zadovoljan/na

4.2. Jeste li dobili odgovarajuću pomoć pri ublažavanju boli?

- Uopće nisam
- Djelomično
- U velikoj mjeri

- U potpunosti

5. Emocionalna podrška i ublažavanje straha i tjeskobe

5.1. Koliko su liječnici i osoblje pomogli u ublažavanju Vaših strahova i tjeskobe tijekom liječenja?

- Uopće nisu
- Djelomično
- U velikoj mjeri
- U potpunosti

5.2. Jeste li imali priliku otvoreno razgovarati o svojim osjećajima, strahovima i brigama sa zdravstvenim osobljem?

- Nikada
- Ponekad
- Većinom
- Uvijek

6. Uključivanje obitelji i prijatelja

6.1. U kojoj mjeri su Vaša obitelj i prijatelji bili uključeni u proces donošenja odluka o Vašem liječenju, ako ste to željeli?

- Uopće nisu
- Djelomično
- U velikoj mjeri
- U potpunosti

6.2. Jeste li dobili podršku od zdravstvenog osoblja u vezi s uključivanjem Vaših najbližih u liječenje?

- Nikada
- Ponekad
- Većinom
- Uvijek

7. Kontinuitet i prijelaz njege

7.1. Koliko su dobro bile organizirane informacije o Vašem zdravstvenom stanju i terapiji pri prelasku iz bolnice u kućnu njegu ili drugu ustanovu?

- Uopće nisu
- Djelomično
- U velikoj mjeri
- U potpunosti
-

7.2. Jeste li dobili jasne upute o tome kako nastaviti brigu o svom zdravlju nakon otpusta iz bolnice?

- Nisam dobio/la nikakve upute
- Dobio/la sam osnovne upute
- Dobio/la sam jasne upute, ali s ponekim nedostacima
- Dobio/la sam vrlo jasne i potpune upute

8. Pristup njezi

8.1. Koliko ste bili zadovoljni brzinom i lakoćom kojom ste mogli pristupiti medicinskim uslugama?

- Vrlo nezadovoljan/na
- Nezadovoljan/na
- Zadovoljan/na
- Vrlo zadovoljan/na

8.2. Koliko ste lako mogli dobiti pomoć izvan radnog vremena (npr. hitna pomoć, savjet putem telefona)?

- Vrlo teško
- Teško
- Lako
- Vrlo lako

Zahvaljujemo Vam na sudjelovanju!

Vaši odgovori su izuzetno vrijedni za unapređenje zdravstvene njege i razumijevanje pacijentovih potreba.

Obrada ankete - Statističke metode

Odgovori su prikazani frekvencijama, postocima, medijanom i interkvartilnim rasponom. Rezultat za svaku dimenziju izračunat je kao prosjek pripadajućih pitanja. Zbog ordinalne naravi podataka korištene su neparametrijske metode. Razlike među dimenzijama ispitane su Friedmanovim testom, uz parne usporedbe s Bonferronijevom korekcijom i Kendallov W kao mjeru učinka, a povezanosti Spearmanovim koeficijentom korelacije. Razina značajnosti bila je $p < 0,05$. Za obradu je bio korišten statistički paketi IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25 (JASP, verzija 0.19.3 (Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands).

2.7 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika. Najveća razina slaganja je bila kod čestice „Jeste li se osjećali poštovano kao osoba, a niste bili samo bolesnik tijekom svog liječenja?“ (Me = 4; IQR = 4 – 4), dok je najmanja razina slaganja kod čestica „Koliko su jasno bile koordinirane informacije između Vašeg obiteljskog liječnika i specijaliste u bolnici?“, „Jeste li imali priliku otvoreno razgovarati o svojim strahovima, osjećajima i brigama sa zdravstvenim osobljem?“ i „U kojoj mjeri je Vaša obitelj bila uključena u proces donošenja odluka o Vašem liječenju, ako ste to željeli?“ (Me = 3; IQR = 2 – 4) (Tablica 1.).

Tablica 1. Rezultati upitnika o kvaliteti zdravstvene skrbi

Pitanje	1	2	3	4	Me (IQR)
1. Poštivanje vrijednosti i preferencija					
1.1. Koliko je medicinsko osoblje uzimalo u obzir Vaše osobne vrijednosti i preferencije prilikom donošenja odluka o Vašem liječenju?	3 (3,0)	3 (3,0)	26 (26,0)	68 (68,0)	4 (3-4)
1.2. Jeste li se osjećali poštovano kao osoba, a niste bili samo bolesnik tijekom svog liječenja?	1 (1,0)	6 (6,0)	16 (16,0)	77 (77,0)	4 (4-4)
2. Koordinacija i integracija njege					
2.1. Jeste li imali osjećaj da je zdravstveni tim dobro surađivao tijekom Vašeg liječenja?	2 (2,0)	5 (5,0)	24 (24,0)	69 (69,0)	4 (3-4)
2.2. Koliko su jasno bile koordinirane informacije između Vašeg obiteljskog liječnika i specijaliste u bolnici?	11 (11,2)	19 (19,4)	26 (26,5)	42 (42,9)	3 (2-4)
3. Informacije i obrazovanje					
3.1. Jeste li dobili dovoljno informacija o svom stanju i mogućnostima liječenja?	7 (7,1)	11 (11,1)	24 (24,2)	57 (57,6)	4 (3-4)
3.2. Koliko je zdravstveno osoblje tijekom hospitalizacije bilo voljno objasniti Vam medicinske termine i postupke na Vama razumljiv način?	2 (2,0)	13 (13,1)	24 (24,2)	60 (60,6)	4 (3-4)
4. Fizička udobnost					
4.1. Koliko ste bili zadovoljni razinom fizičke udobnosti tijekom boravka u bolnici?	3 (3,0)	8 (8,1)	40 (40,4)	48 (48,5)	3 (3-4)
5. Emocionalna podrška i ublažavanje straha i tjeskobe					
5.1. Koliko Vam je zdravstveno osoblje pomoglo u ublažavanju Vaših strahova i tjeskobe tijekom liječenja?	3 (3,0)	15 (15,2)	31 (31,3)	50 (50,5)	4 (3-4)

5.2. Jeste li imali priliku otvoreno razgovarati o svojim strahovima, osjećajima i brigama sa zdravstvenim osobljem?	9 (9,1)	23 (23,2)	24 (24,2)	43 (43,4)	3 (2-4)
6. Uključivanje obitelji i prijatelja					
6.1. U kojoj mjeri je Vaša obitelj bila uključena u proces donošenja odluka o Vašem liječenju, ako ste to željeli?	5 (5,1)	23 (23,2)	25 (25,3)	46 (46,5)	3 (2-4)
6.2. Jeste li dobili podršku od zdravstvenog osoblja u vezi s uključivanjem Vaših najbližih u liječenje?	8 (8,1)	16 (16,2)	29 (29,3)	46 (46,5)	3 (3-4)
7. Kontinuitet zdravstvene skrbi					
7.1. Koliko su dobro bile proslijeđene informacije o Vašem zdravstvenom stanju pri otpustu kući ili u drugu ustanovu?	8 (8,1)	15 (15,2)	21 (21,2)	55 (55,6)	4 (3-4)
7.2. Jeste li dobili jasne upute o tome kako nastaviti sa terapijom ili drugim postupcima vezanim uz Vaše zdravlje po otpustu kući?	8 (8,1)	16 (16,2)	11 (11,1)	64 (64,6)	4 (3-4)
8. Dostupnost zdravstvene skrbi					
8.1. Koliko ste bili zadovoljni brzinom i lakoćom dostupnosti zdravstvene skrbi po otpustu iz bolnice?	11 (11,1)	9 (9,1)	38 (38,4)	41 (41,4)	3 (3-4)
8.2. Koliko ste lako mogli dobiti savjet ili pomoć vezano za Vaše zdravstveno stanje po otpustu kući od primarne zdravstvene zaštite?	12 (12,1)	11 (11,1)	32 (32,3)	44 (44,4)	3 (3-4)

Napomena: 1- Uopće ne/nisu / Vrlo nezadovoljan/na / Nikada / Nisam dobio/la nikakve; 2- Djelomično / Ponekad / Nezadovoljan/na / Dobio/la sam osnovne; 3- U velikoj mjeri / Većinom / Zadovoljan/na / Jasno; 4 - U potpunosti / Uvijek / Vrlo zadovoljan/na / Vrlo jasno; Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon

Za ispitivanje razlika među dimenzijama pacijentovog iskustva zdravstvene skrbi korišten je Friedmanov test za povezane uzorke. Rezultati su pokazali statistički značajnu razliku među dimenzijama, $\chi^2(7) = 66{,}97$, $p < 0{,}001$, što omogućuje odbacivanje nul-hipoteze o jednakim distribucijama. Ovi rezultati sugeriraju da pacijenti različito procjenjuju pojedine aspekte skrbi, uključujući poštovanje pacijentovih vrijednosti, koordinaciju i integraciju njege, informacije i obrazovanje, fizičku udobnost, emocionalnu podršku, uključivanje obitelji, kontinuitet i dostupnost skrbi.

Parne usporedbe s Bonferronijevom korekcijom pokazale su da je poštovanje pacijentovih vrijednosti značajno bolje ocijenjeno u odnosu na fizičku udobnost ($p < 0{,}001$), emocionalnu podršku ($p < 0{,}001$), koordinaciju i intergraciju njege ($p < 0{,}001$) i kontinuitet skrbi ($p < 0{,}001$) (Tablica 2.).

Tablica 2. Deskriptivna statistika i razlike između dimenzija kvalitete zdravstvene skrbi

Dimenzija	Me (IQR)	Prosječni rang	χ^2 *(df)*	*p*
Poštovanje pacijentovih vrijednosti	4,0 (3,5-4,0)	5,77	66,97 (7)	**<0,001**
Koordinacija i integracija njege	3,5 (3,0-4,0)	4,36		
Informacije i obrazovanje	3,5 (3,0-4,0)	4,71		
Fizička udobnost	3,0 (3,0-4,0)	4,71		
Emocionalna podrška	3,0 (2,5-4,0)	4,01		
Uključivanje obitelji i prijatelja	3,5 (2,5-4,0)	3,84		
Kontinuitet skrbi	4,0 (2,5-4,0)	4,74		
Dostupnost skrbi	3,0 (3,0-4,0)	3,87		

Napomena: Me – Medijan; IQR – Interkvartilni raspon; χ2 – Vrijednost Friedmanovog testa; df – Stupnjevi slobode; p – Statistička značajnost

Za procjenu povezanosti između svih dimenzija pacijentovog doživljaja zdravstvene skrbi korišten je Spearmanov rho koeficijent. Rezultati pokazuju da poštivanje pacijentovih vrijednosti ima značajne pozitivne korelacije sa svim ostalim dimenzijama skrbi: koordinacijom i integracijom njege ($\rho = 0,541$, $p < 0,001$), informacijama i obrazovanjem ($\rho = 0,563$, $p < 0,001$), fizičkom udobnošću ($\rho = 0,464$, $p < 0,001$), emocionalnom podrškom ($\rho = 0,505$, $p < 0,001$), uključivanjem obitelji i prijatelja ($\rho = 0,414$, $p < 0,001$), kontinuitetom skrbi ($\rho = 0,361$, $p < 0,001$) i dostupnošću skrbi ($\rho = 0,440$, $p < 0,001$). Navedeni rezultati ukazuju kako pacijenti koji bolje ocjenjuju poštivanje svojih vrijednosti obično ocjenjuju i ostale dimenzije skrbi više i obrnuto. Koordinacija i integracija njege značajno korelira s informacijama i obrazovanjem ($\rho = 0,549$, $p < 0,001$), fizičkom udobnošću ($\rho = 0,396$, $p < 0,001$), emocionalnom podrškom ($\rho = 0,636$, $p < 0,001$), uključivanjem obitelji i prijatelja ($\rho = 0,498$, $p < 0,001$), kontinuitetom skrbi ($\rho = 0,403$, $p < 0,001$) i dostupnošću skrbi ($\rho = 0,554$, $p < 0,001$). Navedeni rezultati ukazuju kako bolja koordinacija i integracija njege prati bolje percipirane druge aspekte skrbi i obrnuto. Za dimenziju informacije i obrazovanje, značajne pozitivne korelacije pronađene su s fizičkom udobnošću ($\rho = 0,503$, $p < 0,001$), emocionalnom podrškom ($\rho = 0,663$, $p < 0,001$), uključivanjem obitelji i prijatelja ($\rho = 0,450$, $p < 0,001$), kontinuitetom skrbi ($\rho = 0,567$, $p < 0,001$) i dostupnošću skrbi ($\rho = 0,478$, $p < 0,001$). Navedeni rezultati ukazuju kako pacijenti koji dobivaju kvalitetne informacije i obrazovanje o svom stanju također pozitivnije percipiraju ostale dimenzije skrbi i obrnuto.

Fizička udobnost značajno je korelirala s emocionalnom podrškom (ρ = 0,538, p < 0,001), uključivanjem obitelji i prijatelja (ρ = 0,443, p < 0,001), kontinuitetom skrbi (ρ = 0,365, p < 0,001) i dostupnošću skrbi (ρ = 0,366, p < 0,001). Navedeni rezultati ukazuju kako pacijenti koji su zadovoljni fizičkom udobnošću tijekom boravka u bolnici također imaju tendenciju bolje ocijeniti emocionalnu podršku, uključivanje obitelji te kontinuitet i dostupnost zdravstvene skrbi i obrnuto.

Emocionalna podrška pokazala je značajne pozitivne korelacije s uključivanjem obitelji i prijatelja (ρ = 0,571, p < 0,001), kontinuitetom skrbi (ρ = 0,509, p < 0,001) i dostupnošću skrbi (ρ = 0,591, p < 0,001). Navedeni rezultati ukazuju kako bolja percepcija emocionalne podrške pacijenata ide ruku pod ruku s kvalitetnijim uključivanjem obitelji te boljim kontinuitetom i dostupnošću skrbi i obrnuto. Uključivanje obitelji i prijatelja značajno je korelirano s kontinuitetom skrbi (ρ = 0,467, p < 0,001) i dostupnošću skrbi (ρ = 0,507, p < 0,001). Navedeni rezultati ukazuju kako pacijenti koji pozitivno doživljavaju uključivanje svoje obitelji i prijatelja također bolje percipiraju kontinuitet i dostupnost skrbi i obrnuto. Kontinuitet skrbi značajno je koreliran s dostupnošću skrbi (ρ = 0,672, p < 0,001), odnosno pacijenti koji doživljavaju dobar kontinuitet skrbi također percipiraju visoku dostupnost zdravstvenih usluga i obrnuto (Tablica 3.).

Tablica 3. Povezanost dimenzija kvalitete zdravstvene skrbi

		2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Poštovanje pacijentovih vrijednosti	*ρ*	0,541	0,563	0,464	0,505	0,414	0,361	0,440
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
2.Koordinacija i integracija njege	*ρ*		0,549	0,396	0,636	0,498	0,403	0,554
	p		**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
3.Informacije i obrazovanje	*ρ*			0,503	0,663	0,450	0,567	0,478
	p			**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
4.Fizička udobnost	*ρ*				0,538	0,443	0,365	0,366
	p				**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
5.Emocionalna podrška	*ρ*					0,571	0,509	0,591
	p					**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
6.Uključivanje obitelji i prijatelja	*ρ*						0,467	0,507
	p						**<0,001**	**<0,001**
7.Kontinuitet skrbi	*ρ*							0,672
	p							**<0,001**
8.Dostupnost skrbi	*ρ*							-
	p							-

Napomena: ρ – Spearmanov koeficijent korelacije; p – Statistička značajnost

Rezultati ankete upućuju na zanimljiv nesklad. Pacijenti se u velikoj većini osjećaju poštovanima kao osobe, a slabije ocjenjuju upravo one dimenzije koje traže vrijeme, razgovor i odnos: priliku da govore o strahovima, uključenost bližnjih i povezanost skrbi izvan bolnice. U Jaspersovim pojmovima, uljudnost i korektnost susreta postoje, ali prostor za ono što on naziva egzistencijalnom komunikacijom ostaje sužen. Upravo je razgovor o strahu i neizvjesnosti mjesto na kojem bolest kao granična situacija traži drugoga ne kao tehničkog pomagača, nego kao sugovornika. Umjerene povezanosti svih dimenzija sugeriraju da pacijenti skrb doživljavaju kao cjelinu, a ne kao zbroj odvojenih usluga. To je u skladu s Pickerovim polazištem, ali presječni nacrt ne dopušta zaključke o uzročnosti.

3. „FILOZOFIJA EGZISTENCIJE" K. JASPERSA I PRINCIPI NA PACIJENTA USMJERENOG PRISTUPA ZDRAVSTVENOJ SKRBI

Jaspersova filozofija egzistencije – posebno pojmovi "granična situacija" (*Grenzsituation*) i "egzistencijalne komunikacije" (*Existenzkommunikation*) – i Pickerov naglasak na iskustvo pacijenta konvergiraju u temeljnom razumijevanju bolesti kao fundamentalnog egzistencijalnog izazova koji zahvaća cjelovitu osobu, a ne samo njene organe ili biološke funkcije. Pickerov rad, iako ne izveden iz filozofskih premisa, implicitno prepoznaje tu egzistencijalnu dimenziju: naglasak na emocionalnoj podršci, poštovanju vrijednosti i kontinuitetu skrbi pretpostavlja razumijevanje da bolest nije samo patofiziološki proces nego i duboko transformativno životno iskustvo. Zdravstvena skrb, promatrana kroz tu optiku, nije isključivo tehnički postupak „popravljanja" tijela, nego podržavanje osobe u prolazu kroz egzistencijalni izazov koji razotkriva temeljnu ranjivost i konačnost svakog ljudskog bivstvovanja.

U nastavku se analiziraju osam Pickerovih principa u svjetlu Jaspersove filozofije, s ciljem da se Pickerovim empirijskim uvidima pruži filozofska dubina, a Jaspersovim apstraktnim kategorijama klinička konkretnost.

3.1 Poštivanje vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata: fenomenološko-egzistencijalna analiza temeljnog principa patient-centrirane skrbi

Temeljni princip na pacijeta usmjerene zdravstvene skrvi (patient-centrirane zdravstvene skrbi) – poštovanje vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata – zahtijeva filozofsku analizu koja nadilazi površinsku tehnokratsku interpretaciju i prodire u ontološke, etičke i epistemološke temelje samog odnosa između pacijenta i zdravstvenog sustava.

Kada tvrdimo da pacijenti žele biti informirani i uključeni u odlučivanje o svojoj skrbi i da njihove vrijednosti, preferencije i izražene potrebe moraju biti poštovane, ne artikuliramo tek pragmatičnu strategiju poboljšanja zadovoljstva korisnika, nego postuliramo temeljno antropološko i etičko shvaćanje ljudske osobe kao bivstvujućeg subjekta čije je egzistencijalno dostojanstvo neodvojivo od sposobnosti samoodređenja i autentične artikulacije vlastite pozicije u svijetu.

U perspektivi egzistencijalne filozofije kakvu je razvio Jaspers, bolest predstavlja paradigmatski primjer onoga što on naziva „graničnom situacijom" (*Grenzsituation*) - situacijom u kojoj se ljudsko biće suočava s fundamentalnom kontigencijom vlastite egzistencije, s ranjivošću tijela koje nije tek instrument volje nego nositeljica same mogućnosti bivstvovanja-u-svijetu. "Granična situacija", za Jaspersa, nije tek ekstremna ili neobična okolnost, nego ona situacija koja razotkriva samu strukturu ljudske egzistencije, čini vidljivim ono što u svakodnevnom životu ostaje prikriveno – da je naše bivstvovanje konačno, ranjivo i fundamentalno prepušteno okolnostima koje ne možemo potpuno kontrolirati. Bolest suspendira iluziju autonomije i samodostatnosti koja organizira naš svakodnevni život i suočava nas s pitanjem: tko sam ja kada moje tijelo oslabi, kada moje projekcije budućnosti udare u nepredvidljivost patofizioloških procesa, kada moja sposobnost da budem ono što želim biti postane radikalno upitna?

U takvoj situaciji temeljno postaje pitanje: ostaje li *osoba* koja prolazi kroz bolest subjektom – slobodnom bivstvujućom osobom koja, čak i u graničnoj situaciji, zadržava sposobnost i pravo na autentičnu egzistenciju u skladu s vlastitim vrijednostima, smislom i projektima – ili biva reducirana na puki *objekt* medicinskog znanja i intervencije? Tu se otkriva fundamentalna ontološka dimenzija prvog Pickerovog principa. Poštovanje pacijentovih vrijednosti, preferencija i potreba nije tek pitanje ljubaznosti ili pragmatične učinkovitosti; ono je priznanje ontološkog statusa pacijenta kao „egzistencije" (*Existenz*) u Jaspersovom smislu – kao bivstvujuće osobe koja, unatoč svojoj ranjivosti i konačnosti, ostaje nositeljicom sposobnosti za autentično samoodređenje i smislotvorenje.

Jaspers razlikuje između „bivstvovanja kao objekta" (*Dasein*) i „egzistencije" (*Existenz*). *Dasein* se odnosi na čovjeka kao empirijski entitet, kao nositelja bioloških funkcija, kao tijelo koje može biti promatrano, mjereno i klasificirano prema znanstvenim kategorijama. *Existenz*, pak, označava čovjeka kao slobodnu, samotransparentnu i samoodređujuću osobu koja svoj život ne doživljava tek kao niz kauzalno determiniranih događaja, nego kao smisaoni projekt.

Tradicionalni biomedicinski model ima tendenciju tretirati pacijenta primarno kao *Dasein* – kao nositelja patoloških procesa koje treba dijagnosticirati i liječiti prema objektivnim protokolima. U tom pristupu pacijentova subjektivnost – njegove osobne vrijednosti, preferencije, životni kontekst – postaje epistemološki suspektna, jer se smatra da unosi „iracionalne" elemente u proces koji bi trebao biti vođen objektivnim medicinskim znanjem.

No, ta epistemološka pozicija počiva na jednoj temeljnoj zabuni: medicinska intervencija nije neutralna tehnička operacija na pasivnom objektu, nego zahvat u život osobe koja ima vlastitu povijest, vrijednosti i razumijevanje onoga što znači dobro živjeti. Ignorirati tu dimenziju ne znači postići veću znanstvenu objektivnost; to znači promašiti samu bit iscjeljenja – jer iscjeljenje nije tek restauracija bioloških funkcija, nego obnova sposobnosti osobe da živi život koji ona sama doživljava kao vrijedan življenja.

Jaspers je inzistirao na tome da autentična *komunikacija* između osoba nije tek razmjena informacija, nego *susret* u kojem svaka osoba prepoznaje drugu kao „egzistenciju" – kao neponovljivu, autentičnu slobodu koja ne može biti reducirana na opće kategorije ili tretirana kao sredstvo za tuđe ciljeve. U kontekstu medicinske skrbi, to znači da odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta ne može biti shvaćen na model tehnički ekspert–pasivni objekt intervencije, nego kao oblik "egzistencijalne komunikacije" u kojoj liječnik susreće pacijenta kao slobodnu osobu čije vlastite vrijednosti i izbori moraju biti poštovani i integrirani u proces skrbi. Medicinska ekspertiza je i dalje esencijalna, ali ona može biti autentično korisna samo onda ako je stavljena u službu pacijentovih vlastitih životnih projekata i vrijednosti.

Informiranje pacijenta, u toj perspektivi, nije tek pitanje pravne obveze ili upravljanja rizicima, nego temeljni preduvjet za mogućnost autentične egzistencije u graničnoj situaciji bolesti. Autentično informiranje, u Jaspersovom smislu, nije reducirano na proceduralno-pravnu formu (Beauchamp & Childress, 2013) – pacijent mora potpisati dokument kojim potvrđuje da je informiran o rizicima i koristima medicinske intervencije. To je mnogo dublja i zahtjevnija praksa: pomoći pacijentu da razumije ne samo tehničke aspekte dijagnoze i terapijskih opcija, nego i ono što te opcije znače za njegov život kao cjelinu – kakve su implikacije različitih terapijskih putova za njegove sposobnosti da živi život koji smatra vrijednim, za njegove odnose, za realizaciju njegovih projekata. To zahtijeva od zdravstvenog djelatnika ne samo medicinsko znanje, nego i *hermeneutičku osjetljivost* – sposobnost razumijevanja kako je određena medicinska situacija doživljena i interpretirana od strane konkretne osobe s njezinom posebnom biografijom, vrijednostima i životnim kontekstom.

Uključivanje pacijenta u odlučivanje o njegovoj skrbi nije potvrda paternalističkog sustava koji „velikodušno" dopušta pacijentu da ima nešto za reći o vlastitom liječenju, nego je priznanje fundamentalne etičke istine: odluke o medicinskim intervencijama nisu tek tehničke odluke o tome kako najučinkovitije intervenirati u biološke procese, nego su *egzistencijalne* odluke o tome kako osoba želi živjeti svoj život unatoč bolesti ili s njom. Različite terapijske opcije često nude različite kompromise između različitih aspekata dobrobiti pacijenta – duljine života naspram kvalitete života, izbjegavanja neposredne patnje naspram očuvanja sposobnosti za aktivnosti koje konstituiraju identitet, agresivnosti terapije naspram njezine invazivnosti. Ti kompromisi ne mogu biti riješeni pozivanjem samo na medicinsko znanje, jer uključuju vrijednosne sudove o tome što čini život vrijednim življenja, a ti su sudovi inherentno osobni.

Jaspers upozorava na opasnost onoga što on naziva „objektivacijom" (*Objektivierung*) – procesa u kojem je živa, konkretna egzistencija reducirana na apstraktni objekt ili kategoriju. U kontekstu medicine, objektivacija se događa kada pacijent postaje reduciran na svoju dijagnozu: „dijabetičar!", „kardiološki pacijent!", „terminalni slučaj!". Takva redukcija, iako može biti pragmatički korisna za određene medicinske svrhe, postaje etički problematična ako zaboravimo da je to apstrakcija koja zanemaruje konkretnu, živu osobu. Osoba s dijabetesom nije tek „dijabetičar" – ona je netko s vlastitim vrijednostima, planovima, odnosima, nadama, strahovima i životnom poviješću. Njen dijabetes ima specifično značenje unutar konteksta njezina života. Tretirati sve „dijabetičare" identično, prema standardiziranom protokolu, znači zanemariti ono što je možda najvažnije – partikularnost svake osobe i njen vlastiti način bivstvovanja-u-svijetu.

Preferencije pacijenta nisu puki subjektivni hirovi koje bi medicina, s visine svoje znanstvene objektivnosti, mogla ignorirati. Preferencije su artikulacije načina na koji konkretna osoba želi živjeti svoj život, odrazi njezinih najdubljih vrijednosti i razumijevanja što čini život vrijednim življenja. Kada pacijent izražava preferenciju za manje agresivnu terapiju koja će mu omogućiti da nastavi raditi, iako bi agresivnija terapija možda ponudila nešto veću šansu za produljenje života, on ne izražava medicinsku prosudbu o tehničkoj superiornosti, nego egzistencijalnu prosudbu o tome koji život želi živjeti. Ignorirati takvu preferenciju ili je diskreditirati kao „neracionalan" izbor znači ne razumjeti fundamentalnu razliku između tehničkog racionaliteta medicine i egzistencijalne racionalnosti življenja – to jest, rasuđivanja o tome kakav život vrijedi živjeti.

Izražene potrebe pacijenta imaju višestruku dimenziju: fizičku (potreba za olakšanjem boli, za fizičkim komforom), psihološku (potreba za razumijevanjem, za emocionalnom podrškom, za osjećajem kontrole), socijalnu (potreba da budu u prisutnosti voljenih osoba, da zadrže uloge u odnosima koji konstituiraju identitet) i duhovnu (potreba za smislom, za artikulacijom iskustva unutar šire transcendentne perspektive). Tradicionalni medicinski model često prepoznaje samo one potrebe koje su direktno relevantne za biomedicinske ishode. Ignorirati psihološke, socijalne i duhovne potrebe pacijenta nije zanemarivanje „sekundarnih" aspekata skrbi; to je zanemarivanje dimenzija koje mogu biti centralne za pacijentovo iskustvo bolesti i za njegovu sposobnost da se s njom nosi.

Jaspers je u svojoj filozofiji često rabio pojam „transcendencija" (*Transzendenz*) (Jaspers, 1947). On predpostavlja iskustvo koje nadilazi empirijsku stvarnost i upućuje na dimenziju smisla i vrijednosti koja ne može biti reducirana na objektivne činjenice. U graničnim situacijama, kao što je suočavanje s ozbiljnom bolešću ili mogućnošću smrti, mnogi ljudi doživljavaju potrebu da se orijentiraju prema toj dimenziji – da pronađu smisao u patnji koja se čini besmislenom, da artikuliraju svoje iskustvo unutar šireg narativnog ili duhovnog okvira koji daje njihovom prolazu kroz bolest dostojanstvo i značenje. Medicinska skrb koja ignorira tu dimenziju propušta ključni aspekt pacijentove egzistencije.

Etički temelj poštovanja pacijentovih vrijednosti, preferencija i potreba leži u priznavanju apsolutnog *dostojanstva ljudske osobe*. Dostojanstvo, u Jaspersovom smislu, nije nešto što osoba ima kao empirijsku osobinu, nego ontološki status – biti slobodna, samotransparentna, samoodređujuća egzistencija koja ne može biti tretirana kao puko sredstvo za tuđe ciljeve kako je to artikulirao Kant u svojoj etici. U kontekstu medicine, to znači da pacijentovo dobro mora biti definirano u dijalogu s pacijentom samim, uzimajući u obzir njegove vlastite vrijednosti i razumijevanja što za njega znači dobro živjeti.

Navedeno nije relativizam koji bi tvrdio da je „bilo što što pacijent želi dobro". Jaspers inzistira na razlikovanju između “autentične” i “neautentične” egzistencije. Autentična egzistencija suočava se s istinom svoje situacije, preuzima odgovornost za svoje izbore i artikulira svoje vrijednosti iz duboke samosvjesnosti i slobode, a ne iz konformizma ili bijega od egzistencijalne konačnosti. Zdravstveni djelatnik može i treba izazivati pacijenta da razmisli dublje o svojim vrijednostima i odlukama. Ali taj izazov mora doći iz pozicije poštovanja prema pacijentovoj konačnoj slobodi da odluči za sebe, a ne iz paternalističke pozicije koja unaprijed „zna" što je dobro za pacijenta bolje nego što on sam zna.

Praktična implementacija tog principa zahtijeva transformaciju medicinske kulture i edukacije: zdravstveni djelatnici moraju biti educirani ne samo u tehničkim aspektima

medicine, nego i u komunikacijskim vještinama, u hermeneutici ljudske egzistencije i u prepoznavanju različitosti vrijednosnih orijentacija.

3.2 Koordinacija i integracija skrbi: fenomenološko-egzistencijalna analiza kontinuiteta u fragmentiranom medicinskom svijetu

Kada pacijenti izvještavaju o fragmentiranoj skrbi i nedostatku koordinacije između različitih dijelova zdravstvenog sustava, oni ne artikuliraju samo pragmatični problem logističke neučinkovitosti, nego svjedoče o dubokom egzistencijalnom iskustvu dezintegracije koje zadire u samu bit njihovog bivstvovanja kao osoba koje prolaze kroz graničnu situaciju bolesti. Fragmentacija medicinske skrbi nije tek eksterni organizacijski nedostatak koji može biti riješen boljim administrativnim protokolima; ona je manifestacija fundamentalne ontološke i epistemološke krize suvremene medicine koja reflektira širu fragmentaciju znanja, specijalizaciju koja gubi iz vida cjelovitost ljudske osobe i tehnokratsku logiku koja tretira tijelo kao skup odvojenih sustava umjesto kao utjelovljenu egzistenciju.

Jaspers upozorava na opasnost onoga što on naziva „fragmentacijom znanja" (*Zersplitterung des Wissens*) u modernoj znanosti i kulturi. Svaka disciplina, svaka subspecijalizacija unutar medicine, razvija vlastite metode, vlastiti jezik i vlastitu bazu znanja koji omogućavaju duboko prodiranje u specifični aspekt stvarnosti, ali upravo ta fokusiranost nužno zahtijeva apstrakciju od cjeline. Kardiolog razumije srce s nevjerojatnom sofisticiranošću, ali to razumijevanje je “kupljeno” cijenom izdvajanja srca iz cjelovitog konteksta organizma i osobe. Problem nije u samoj specijalizaciji – Jaspers nije kritičar modernosti koji bi zagovarao povratak u prošlost. Problem nastaje onda kada specijalizacija postaje fragmentacija koja zaboravlja na cjelinu, kada različiti specijalistički pogledi pacijenta ostaju izolirani jedni od drugih i kada nitko ne preuzima odgovornost za sintezu tih parcijalnih perspektiva u koherentno razumijevanje i plan skrbi za osobu kao cjelinu.

Spomenujta fragmentacija manifestira se na višestrukim razinama. Organizacijski, pacijent mora prolaziti kroz labirint različitih odjela, klinika, specijaliziranih ordinacija i dijagnostičkih centara, svaki s vlastitim procedurama i administrativnim zahtjevima. Epistemološki, njegovo medicinsko stanje postaje rekonstruirano kroz različite specijalizirane diskurse – kardiološki, endokrinološki, psihijatrijski – koji često ostaju međusobno neintegrirani. Egzistencijalno, pacijent doživljava sebe kao cijelu osobu koja pati, ali sustav ga tretira kao skup različitih medicinskih problema koji mogu biti podijeljeni između različitih eksperata koji međusobno često ne komuniciraju adekvatno. Istraživanja Picker Institute Europe (2011) dokumentiraju da je fragmentacija skrbi jedan od najčešćih uzroka medicinski preventabilnih štetnih događaja te da koordinacijski deficiti imaju izravne negativne posljedice na kliničke ishode.

U Jaspersovom pojmovnom okviru, osoba nije „agregat" različitih dijelova ili funkcija, nego fundamentalno jedinstvena egzistencija čija je cjelovitost nepodrivivi temelj njenog bivstvovanja-u-svijetu. Bolest, iako može aficirati specifične organe ili sustave, uvijek se doživljava kao narušavanje te cjelovite egzistencije. Osoba ne doživljava „srčanu bolest" kao izoliran problem s jednim organom, nego doživljava umor koji joj onemogućava da radi stvari koje voli, strah za budućnost, zabrinutost za voljene koji ovise o njoj, gubitak identiteta povezanog s fizičkim sposobnostima. Te dimenzije iskustva bolesti nisu odvojene jedna od druge, već čine jedinstvenu strukturu patnje i ranjivosti.

Fragmentirana skrb nasilno rastavlja tu cjelovitost. Pacijent mora prepričavati svoju medicinsku povijest iznova i iznova različitim specijalistima koji često nisu upoznati s onim što su drugi specijalisti rekli ili preporučili. Dobiva različite, ponekad kontradiktorne savjete od stručnjaka koji svaki pristupaju problemu iz perspektive vlastite subspecijalizacije. Mora sam biti koordinator između različitih dijelova sustava, sam mora prenositi informacije od jednog liječnika drugom, sam razrješavati neslaganja između različitih ekspertnih mišljenja. Taj teret koordinacije pada na pacijenta upravo u trenutku kada je on najranjiviji – ironija je očigledna: sustav koji bi trebao biti tu da pomogne osobi u graničnoj situaciji bolesti od nje zahtijeva da preuzme ulogu medicinskog menadžera vlastitog slučaja.

Prema Jaspersu je temeljni mod ljudske egzistencije “komunikacija” (*Kommunikation*). Autentična komunikacija nije tek razmjena informacija između odvojenih entiteta, nego način na koji osobe međusobno konstituiraju jedne druge kao egzistencije, način na koji zajedno stvaraju zajedničko razumijevanje svijeta i zajedničke projekte.

U kontekstu medicinske skrbi, koordinacija i integracija nisu tek pitanje učinkovitog transferiranja medicinskih podataka između stručnjaka; one zahtijevaju autentičnu komunikaciju u kojoj različiti zdravstveni djelatnici zajedno konstituiraju koherentno razumijevanje pacijentove situacije kao cjeline i zajedno razvijaju integrirani plan skrbi koji služi dobrobiti osobe kao jedinstvene egzistencije.

Danas je možda problem u tome što struktura suvremenog medicinskog sustava često sustavno onemogućava tu vrstu autentične komunikacije. Svaki specijalist vidi pacijenta kratko, fokusiran na svoju usku domenu, bez potrebnoga vremena ili strukturalnih poticaja da uđe u dublju komunikaciju s kolegama o cjelokupnoj situaciji pacijenta. Sustav nagrađuje specijaliziranu produktivnost – broj pregleda, broj procedura – ali ne nagrađuje zahtjevni posao integracije znanja i koordinacije među različitim dionicima u pacijentovoj skrbi.

Temporalna dimenzija fragmentacije predstavlja dodatnu razinu problema. Jaspers nas podsjeća da je ljudska egzistencija fundamentalno temporalna – mi smo bivstvujuće osobe čije je bivstvovanje raspeto između prošlosti koju nosimo sa sobom, sadašnjosti u kojoj djelujemo i budućnosti prema kojoj smo projicirani. Autentično razumijevanje pacijentove situacije zahtijeva razumijevanje te temporalne dimenzije – kako se bolest razvijala, kako je pacijent reagirao na različite terapijske pokušaje, koji su obrasci u njegovom stanju. Fragmentirana skrb sustavno narušava taj temporalni kontinuitet: pacijent susreće različite zdravstvene djelatnike u različitim vremenskim točkama, ali često nema jedne osobe ili tima koji kontinuirano prati njegov cjelokupni put.

Prijelazi između različitih dijelova zdravstvenog sustava – iz ambulante u bolnicu, iz intenzivne njege na opći odjel, iz bolnice na kućnu njegu – predstavljaju posebno kritične trenutke. Studije pokazuju da su prijelazi visoko rizični trenutci za medicinske pogreške, gubitak vitalnih informacija, prekide u terapiji i pogoršanje stanja pacijenta (Jencks et al., 2009). Pacijent koji je otpušten iz bolnice često ne dobiva adekvatne informacije o tome kako nastaviti svoju skrb, a njegovi liječnici u primarnoj zaštiti često nisu informirani o tome što se dogodilo u bolnici i koji je plan daljnjeg liječenja. U tom momentu prijelaza pacijent se nalazi u vakuumu između dva konteksta skrbi, izložen značajnim rizicima.

Nekoordinirani prijelazi duboko narušavaju osjećaj sigurnosti i kontinuiteta koji je esencijalan za pacijentovu sposobnost nošenja s bolešću. Jaspers artikulira značaj onoga što naziva *Heimat* (zavičaj) – osjećaj pripadanja, ukorijenjenosti i orijentacije u poznatom svijetu. Bolest već sama po sebi narušava taj osjećaj – ona čini tijelo stranim, projicira osobu u nepoznat i prijeteći medicinski svijet.

Dobro koordinirana skrb može djelomično ublažiti tu dezorjentaciju pružajući stabilan okvir, kontinuitet odnosa s zdravstvenim djelatnicima koji poznaju pacijenta i tijek procesa liječenja. Fragmentirana, nekoordinirana skrb naprotiv dodatno amplificira dezorjentaciju.

U Jaspersovoj filozofiji, obuhvatno (*das Umgreifende*) označava sposobnost da nadilazimo partikularne perspektive i razumijemo cjelinu koja obuhvaća i nadilazi pojedinačne aspekte. Autentična medicina zahtijeva upravo taj modus "obuhvatnosti" – sposobnost da se svaki specifični medicinski problem razumije unutar šireg konteksta cjelokupnog zdravstvenog stanja pacijenta i njegovog života kao cjeline. Specijalizacija, kada postane fragmentacija, gubi tu sposobnost: svaki specijalist vidi samo svoju limitiranu perspektivu i nema mehanizma za integraciju s perspektivama drugih. Rezultat je kakofonija različitih glasova koji govore o različitim aspektima pacijentovog stanja, ali nitko ne govori o pacijentu kao cjelini. Netko – bilo da je to liječnik primarne zdravstvene zaštite, koordinator skrbi ili multidisciplinarni tim – mora preuzeti odgovornost za sintezu tih perspektiva u koherentan plan skrbi koji služi dobrobiti osobe kao jedinstvene egzistencije (Bodenheimer, 2008).

Etički gledano, problem koordinacije ima duboke implikacije. Kada sustav ne uspijeva koordinirati skrb, pacijent snosi teret tih neuspjeha – trpi posljedice medicinskih pogrešaka koje nastaju zbog lošeg prijenosa informacija, doživljava anksioznost i frustraciju pokušavajući navigirati, prolaziti kroz fragmentiran sustav, ne dobiva optimalnu skrb jer različiti specijalisti djeluju izolirano. Jaspers nas podsjeća na fundamentalnu etičku obvezu da štitimo i podržavamo one koji su ranjivi. U kontekstu zdravstvene skrbi, to znači da sustav mora preuzeti odgovornost za koordinaciju – ne može tu odgovornost prebaciti na pacijenta koji je najslabiji član sustava.

Dobro koordinirana skrb uspostavlja relacijsku strukturu u kojoj je pacijent okružen mrežom profesionalaca koji međusobno komuniciraju, koji dijele koherentno razumijevanje njegove situacije i koji djeluju kao tim u službi njegove dobrobiti. Ona pruža sigurnost, kontinuitet i koherentnost. Praktična implementacija zahtijeva jasne uloge koordinatora skrbi, tehnološke sustave koji omogućavaju dijeljenje informacija na klinički upotrebljiv način, strukturirano planiranje prijelaza i kulturnu promjenu u medicinskoj profesiji prema vrednovanju timskog rada i interdisciplinarne komunikacije.

3.3 Informacije, komunikacija i edukacija: epistemološko-egzistencijalna analiza otkrivanja istine u graničnoj situaciji bolesti

Zahtjev da pacijenti dobiju pravovremene, točne i potpune informacije o svojoj dijagnozi, prognozi izlječenja, terapijskim opcijama i procesu oporavka nije tek pitanje tehničke razmjene podataka ili ispunjenja pravnih obveza informiranog pristanka. On predstavlja fundamentalno epistemološko i egzistencijalno pitanje o odnosu između znanja i bivstvovanja, između istine i slobode, između transparentnosti i autentičnosti u najranjivijim graničnim situacijama ljudske egzistencije.

Dijagnoza ozbiljne bolesti paradigmatski je primjer granične situacije u Jaspersovom smislu: u trenutku kada liječnik izgovara dijagnozu, osoba se suočava s radikalnom disrupcijom svojega dotadašnjeg razumijevanja svijeta i sebe. Ono što je bilo neupitno – tijelo kao pouzdan instrumentarij za realizaciju projekata, budućnost kao otvoreno polje mogućnosti – odjednom postaje upitno, ugroženo, možda ireverzibilno izgubljeno. U tom kontekstu, informiranje pacijenta nije tek transferiranje činjeničnog znanja, nego omogućavanje ili onemogućavanje autentičnog egzistencijalnog susreta s graničnom situacijom. Kada liječnik zadržava informacije, govori u eufemizmima ili prikriva ozbiljnost situacije, on možda djeluje iz dobronamjernosti, iz želje da „zaštiti" pacijenta od bolne istine. Ali u Jaspersovoj perspektivi, ta naizgled benevolentna zaštita zapravo uskraćuje pacijentu mogućnost autentičnog suočavanja s vlastitom situacijom i tretira ga ne kao slobodnu, odgovornu egzistenciju, nego kao dijete koje ne može podnijeti težinu stvarnosti.

Epistemološka dimenzija problema informiranja otkriva se u temeljnoj asimetriji između liječnika i pacijenta. Liječnik „zna" što znači određena dijagnoza u smislu patoloških mehanizama, tipične progresije bolesti, dostupnih terapijskih opcija i statističkih prognoza. Ali to je apstraktno, generalizirano znanje – znanje o ovoj vrsti bolesti kod populacije pacijenata, a ne znanje o tome što će se dogoditi ovom konkretnom pacijentu. Nadalje, čak i da liječnik može predvidjeti medicinsku progresiju s velikom preciznošću, on ne zna – i ne može znati – što će to značiti za pacijentov život, za njegove međuljudske relacije, za njegove projekte i osjećaj identiteta. To znanje može doći samo od samog pacijenta, kroz proces u kojem on reflektira o svom životu u svjetlu medicinske informacije koju je dobio.

Jaspers je razlikovao između objektivnog, znanstvenog *znanja* (Wissen) – znanja o činjenicama, zakonima, kauzalnim relacijama, koje medicinska znanost proizvodi i koje liječnik posjeduje – i hermeneutičkog *razumijevanja* (Verstehen) – sposobnosti da razumijemo smisao, značenje i egzistencijalnu važnost nečega za konkretnu osobu (Jaspers, 1913). Autentično informiranje mora integrirati oboje: pacijent treba objektivne medicinske informacije o svom stanju, ali treba i pomoć u razumijevanju što te informacije znače za njega, kako ih treba interpretirati u kontekstu vlastitog života. Informiranje stoga mora biti dijaloški proces u kojemu liječnik dijeli svoje specijalizirano znanje na način koji omogućava pacijentu da to znanje integrira u vlastito razumijevanje svoje situacije.

Temporalna dimenzija informiranja – zahtjev za „pravovremenim" informacijama – otkriva dodatnu kompleksnost. Tradicijalo se nepovoljna dijagnoze otkrivala s odgađanjem da pacijent „još nije spreman" čuti je. Ta logika postavlja liječnika u poziciju onoga koji odlučuje kada je pacijent „spreman" za istinu o vlastitoj situaciji – pozicija koja reflektira paternalistički odnos moći i uskraćuje pacijentu pravo na samoodređenje. U Jaspersovoj perspektivi, „spremnost" za istinu nije psihološko stanje koje može biti objektivno procijenjeno od strane drugoga; to je egzistencijalna odluka same osobe.

Istovremeno, suočavanje s teškom dijagnozom nosi potencijal za dubok psihološki šok. Odgovor na tu realnu opasnost ne može biti zadržavanje informacija, nego pružanje podrške – emocionalne, psihološke, duhovne – koja omogućava osobi da prođe kroz proces suočavanja s istinom na način koji otvara mogućnost autentične egzistencije čak i u najtežim okolnostima.

I tu Jaspers posebno ističe važnost “egzistencijalne komunikacije” (*existentielle Kommunikation*) – oblika komunikacije u kojemu dvije osobe međusobno prepoznaju jedna drugu kao autentične egzistencije i ulaze u odnos istinske otvorenosti, ranjivosti i međusobnog razumijevanja. U kontekstu priopćavanja medicinske dijagnoze ili prognoze, to znači da liječnik ne može biti distancirani stručnjak koji neutralno izlaže činjenice, već mora biti sposoban ući u odnos istinske prisutnosti s pacijentom koji prolazi kroz duboko traumatski trenutak. Ton glasa, tjelesna prisutnost, spremnost da ostane s pacijentom u teškoći umjesto da brzo prijeđe na „rješavanje problema" – sve to konstituira kvalitetu komunikativnog događaja ne manje nego sam kognitivni sadržaj informacije koja se prenosi.

Problem razumljivosti – zahtjev da informacije budu prezentirane na način koji pacijent može razumjeti – predstavlja kritičnu hermeneutičku i etičku dimenziju. Medicinski diskurs je visoko specijalizirani, tehnički jezik koji koristi latinsku i grčku terminologiju, kompleksno pojmovlje i probabilističke formulacije koji mogu biti potpuno nerazumljivi osobi bez medicinskog obrazovanja. Istraživanja o zdravstvenoj pismenosti pokazuju da otprilike 36 posto odrasle populacije u razvijenim zemljama ima nedostatnu zdravstvenu pismenost (Nutbeam, 2000), što znači da standardni načini komuniciranja medicinskih informacija nisu adekvatni za znatan dio pacijentske populacije. Zahtjev za razumljivošću nije tek pitanje „prevođenja" složenih termina u svakodnevni jezik, nego pitanje uspostavljanja zajedničkog diskursa koji omogućava istinsku komunikaciju između dviju osoba s radikalno različitim epistemološkim pozicijama i životnim svjetovima.

Pitanje „potpunih" informacija postavlja dodatne etičke i epistemološke izazove. „Potpunost" ne može značiti prezentiranje svih dostupnih medicinskih podataka najednom – to bi bilo preopterećujuće i kontraproduktivno. To mora značiti pružanje informacije koja je relevantna za pacijentovo razumijevanje situacije i za njegove odluke o vlastitoj skrbi, prezentirane u tempu koji omogućava asimilaciju i razumijevanje. Različiti pacijenti žele različite razine detalja: neki se osjećaju osnaženima iscrpnim znanjem i žele razumjeti svaku nijansu svoje situacije; drugi mogu biti preopterećeni s previše informacija i trebaju postupno uvođenje. Autentična komunikacija zahtijeva od liječnika da prilagodi informiranje konkretnoj osobi, a ne da nameće jednoobrazni pristup.

Ovdje moramo razmotriti pitanje „terapijskog privilegija" (Faden & Beauchamp, 1986) ili „benevolentne obmane" – ideje da je ponekad opravdano zadržati ili iskriviti informacije ako bi njihovo otkrivanje nanijelo štetu pacijentu. Suvremena medicinska etika, pod utjecajem principa autonomije i informiranog pristanka, u velikoj je mjeri odbacila taj pristup. U Jaspersovoj perspektivi, „benevolentna obmana" je fundamentalno problematična jer tretira pacijenta ne kao autentičnu egzistenciju sposobnu za suočavanje s istinom, nego kao objekt skrbi koji mora biti manipuliran za njegovo vlastito dobro. To ne znači da nikada nije opravdano privremeno odgoditi puno otkrivanje – na primjer, kada je pacijent u akutnoj medicinskoj krizi koja onemogućava kognitivnu obradu informacija. Ali to treba biti privremeno odgađanje, ne trajna cenzura, i treba biti motivirano autentičnom brigom za omogućavanje pacijentu da na najbolji način asimilira informaciju.

Edukacijski aspekt ovog principa – ne samo informiranje već edukacija pacijenta o njegovoj bolesti, tretmanu i procesu oporavka – predstavlja dublje angažiranje s pojmom osnaživanja (*empowerment*). Edukacija je proces u kojemu pacijent razvija sposobnost razumijevanja svoje medicinske situacije, prepoznavanja simptoma koji zahtijevaju pozornost, participacije u odlukama o svojoj terapiji i samozagovaranja unutar medicinskog sustava. Kroz edukaciju pacijent prelazi iz pozicije pasivnog objekta medicinske intervencije u poziciju informiranog, osposobljenog subjekta koji može aktivno participirati u vlastitoj skrbi. Sustavni pregledi pokazuju da intervencije koje poboljšavaju komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata statistički značajno poboljšavaju kliničke ishode (Doyle et al., 2013).

Informatička evolucija – elektronički medicinski zapisi, pacijentski portali koji omogućavaju pristup vlastitim medicinskim podacima, telemedicina – nude nove mogućnosti za informiranje i edukaciju pacijenata, ali istovremeno donose nove izazove. Pristup sirovim laboratorijskim rezultatima kroz pacijentski portal može biti osnažujući za jednog pacijenta, ali izvor anksioznosti i zabune za drugog koji ne razumije što ti nalazi znače. Tehnologija može proširiti komunikacijske kanale, ali ne može zamijeniti autentični dijaloški susret u kojemu liječnik i pacijent zajedno konstituiraju razumijevanje pacijentove situacije.

3.4 Fizička udobnost: fenomenologija utjelovljene patnje i egzistencijalna važnost tjelesnog dostojanstva u medicinskoj skrbi

Kada artikuliramo princip da su učinkovito upravljanje boli i pružanje udobnog fizičkog okruženja bitni aspekti kvalitetne zdravstvene skrbi, implicitno artikuliramo duboko filozofsko razumijevanje ljudske osobe kao fundamentalno utjelovljene egzistencije čije je bivstvovanje-u-svijetu neodvojivo od tjelesne dimenzije njenog postojanja. Bol, kao radikalni modus tjelesnog iskustva, nije tek neurološki signal ili medicinski simptom koji treba tretirati kao tehnički problem, već je fundamentalno egzistencijalno iskustvo koje može transformirati cijeli način bivstvovanja, može zarobiti svijest, fragmentirati osjećaj identiteta i ugroziti samu mogućnost smislenog življenja.

Jaspers je promislio fundamentalnu distinkciju između našega odnosa prema tijelu kao objektu (*Körper*) i našega iskustva tijela kao živog, utjelovljenog načina postojanja (*Leib*). Kao objekt, tijelo može biti promatrano, mjereno i analizirano prema objektivnim znanstvenim metodama – ono je organizam koji se može opisati u terminima anatomije, fiziologije, patologije. Kao živi način postojanja, tijelo je sasvim drugo – ono je medij kroz koji doživljavamo svijet, kroz koji djelujemo, kroz koji komuniciramo s drugima. Mi *nemamo* tijelo kao što imamo neki vanjski posjed; mi *jesmo* naša tijela u smislu da je naše utjelovljenje temeljni modus našega bivstvovanja. Prije nego što tijelo može biti objekt medicinske ili znanstvene analize, ono je već uvijek subjekt iskustva, horizont iz kojega proizlazi sav naš doživljaj svijeta.

Bol razotkriva tu dvojnost na dramatičan način. U iskustvu boli, tijelo koje je obično nevidljivo – koje funkcionira tiho kao transparentni medij našega djelovanja u svijetu – odjednom postaje opresivno prisutno. Kada hodamo bez boli, ne mislimo na naše noge; one su transparentni način na koji ostvarujemo projekt hodanja. Ali onda kada noga boli, ona prestaje biti transparentni instrument i postaje opresivni objekt koji interferira s našim projektima i vraća nas u zatočeništvo vlastitog tijela. Jaspers je izvrsno opisao kako bolest, i posebno bol, narušava ono što on naziva našim „prirodnim stavom" (*natürliche Einstellung*) – onom neupitnom pouzdanju u funkcionalnost tijela koje omogućava da živimo „kroz" naše tijelo umjesto da stalno mislimo „o" njemu. Kronična ili intenzivna bol može zarobiti cijelu našu pozornost i svijest, može nas izolirati u privatnom svijetu patnje koji drugi ne mogu u potpunosti razumjeti ili podijeliti.

Epistemološki, bol predstavlja fundamentalni problem asimetrije između perspektive prvog i trećeg lica. Ja mogu znati svoju bol izravno, neposredno, s neoborivom sigurnošću – ne postoji epistemološka praznina između mene i moje boli. Ali drugi ne mogu znati moju bol na taj način; oni mogu vidjeti tek samo znakove moje boli – moje grimase, moje jecaje, moje pokrete – a ne samu moju bol. Ta epistemološka asimetrija stvara temeljni problem u medicinskoj praksi: kako liječnik ili medicinska sestra može znati koliko pacijent pati? Ta epistemološka situacija nosi sa sobom značajnu etičku odgovornost. Upravo zato što drugi ne mogu direktno pristupiti mojem iskustvu boli, postoji opasnost da će moja bol biti minimizirana ili zanemarena. Povijest medicine puna je slučajeva u kojima je bol određenih kategorija pacijenata bila sustavno podcijenjena – djece, žena, rasnih manjina, pacijenata s mentalnim bolestima ili kognitivnim oštećenjima.

Jaspers nas podsjeća da prepoznavanje *drugog* kao autentične egzistencije zahtijeva ozbiljno uzimanje njihovog subjektivnog iskustva, čak i onda kada to iskustvo nije izravno pristupačno vlastitoj percepciji.

Upravljanje boli, u ovom svjetlu, nije tek tehnička medicinska zadaća, nego etički imperativ koji proizlazi iz priznanja dostojanstva pacijenta kao patećeg subjekta. Nekontrolirana bol može biti totalizirajuća – može zaposjedati cijelu čovjekovu svijest, onemogućiti koncentraciju, narušiti sposobnost spavanja, voditi k depresiji i očaju te fragmentirati osjećaj identiteta. U ekstremnim slučajevima, nepodnošljiva bol može voditi k želji za smrću, ne zato što osoba želi prestati postojati per se, nego zato što ne može više podnijeti egzistenciju reduciranu na čistu patnju. Jaspers govori o „neuspjehu" (*Scheitern*)– o temeljnom slomu koji je inherentan ljudskoj konačnosti. Svi konačno „doživljavamo brodolom" u smislu da naši krajnji projekti nužno propadaju. Ali način na koji prolazimo kroz taj brodolom, način na koji živimo svoju konačnost, može biti više ili manje autentičan. Autentičnost u suočavanju s konačnošću zahtijeva sposobnost refleksije, pronalaženja izvora smisla i transcendencije čak i u teškim okolnostima. Učinkovita kontrola boli upravo to omogućava – pacijent čija je bol adekvatno kontrolirana može zadržati sposobnost da se odnosi s voljenima, da reflektira o svom iskustvu i da donosi odluke o svojoj skrbi.

Kronična bol unosi dodatnu dimenziju kompleksnosti. Za razliku od akutne boli, koja signalizira oštećenje tkiva i tipično ima jasnu kauzalnu vezu s specifičnim patološkim procesom, kronična bol često perzistira dugo nakon što je inicijalna ozljeda zacijelila ili se pojavljuje bez identifikabilnog patološkog supstrata, postajući sama patologija. Kronična bol transformira temporalnu strukturu iskustva: akutna bol je orijentirana prema budućnosti – „ovo će proći kada ozljeda zacijeli" – ali kronična bol suspendira tu orijentaciju prema budućem olakšanju i postaje beskonačna sadašnjost patnje bez vidljivog kraja. Prošlost postaje otuđena, budućnost zatvorena, a sadašnjost opresivna. Učinkovito upravljanje kroničnom boli stoga traži multidisciplinarni pristup koji uključuje fizikalnu terapiju, psihološku podršku, te ponekad egzistencijalnu terapiju koja pomaže osobi da rekonstruira smisao i nadu unatoč perzistentnoj boli (Turk & Okifuji, 2002).

Pitanje fizičkog okruženja – pružanje „udobnog fizičkog okruženja" – može izgledati kao trivijalni detalj u usporedbi s dramatičnijom medicinskom intervencijom, ali u Jaspersovoj perspektivi, prostor i okruženje su fundamentalno konstitutivni za način na koji bivstvujemo. Mi smo prostorno situirana bića čije iskustvo svijeta je fundamentalno oblikovano okolinom u kojoj se nalazimo.

Bolnički prostor, kao paradigmatski primjer medicinskog okruženja, tipično je dizajniran primarno oko logistike medicinske intervencije – učinkovitosti kliničkih procedura, pristupa medicinskoj opremi, higijenskih standarda. Te funkcije su svakako važne. Ali prostor dizajniran isključivo oko tehničkih i logističkih imperativa može postati dehumanizirajući i otuđujući za osobu koja mora boraviti u njemu. Jaspers ističe važnost onoga što on naziva *Heimat* (zavičaj) – osjećaj ukorijenjenosti, orijentacije u poznatom svijetu. Bolest već sama po sebi narušava taj osjećaj – ona čini tijelo stranim, projicira osobu u nepoznat medicinski svijet. Dobro osmišljeno fizičko okruženje može djelomično ublažiti tu dezorjentaciju.

Privatnost je bitni aspekt ljudskog dostojanstva koji je u bolničkom okruženju često sustavno narušen – liječnici, medicinske sestre i tehničari ulaze i izlaze bez kucanja, tijelo pacijenta je izloženo i ispitivano od strane brojnih stranaca, intimne tjelesne funkcije moraju biti izvršene u polujavnom prostoru. Za osobu koja je već ranjiva zbog bolesti, gubitak privatnosti i kontrole nad vlastitim tijelom i prostorom može biti duboko narušavajući za osjećaj dostojanstva i identiteta. Mala gesta prema humanizaciji prostora – dopuštanje pacijentu da ima fotografije voljenih osoba, osobne predmete koji nose značenje, pristup prirodnom svjetlu – može biti ono što Jaspers naziva „šiframa transcendencije" koje održavaju vezu između pacijenta u bolničkom krevetu i njegova šireg života, njegovih odnosa i identiteta izvan institucionalnog konteksta. Istraživanja potvrđuju da pacijenti u sobama s prozorima prema prirodi izvještavaju o kraćem trajanju hospitalizacije i manjoj potrebi za analgeticima (Ulrich, 1984). Buka u bolničkom okruženju, koja je prema studijama često daleko iznad preporuka Svjetske zdravstvene organizacije za okruženja oporavka, sustavno narušava sposobnost odmora i oporavka – a tišina, u Jaspersovom smislu, nije samo odsustvo buke nego pozitivni kvalitet prostora koji omogućava refleksiju i unutrašnji mir neophodan za suočavanje s graničnom situacijom bolesti.

U kontekstu palijativne skrbi, fizički komfor postaje središnji, a ne periferni cilj: kada produženje života više nije realistični cilj, medicinska skrb mora biti usmjerena prema omogućavanju osobi da živi preostalo vrijeme što je moguće bolje, što komfornije i sa što je moguće očuvanim dostojanstvom. To zahtijeva agresivnu kontrolu boli i distresnih simptoma, okruženje što sličnije domu i fleksibilnost pravila koja omogućavaju prisustvo voljenih osoba.

Etički gledano, princip fizičke udobnosti artikulira priznanje da je medicinska skrb za utjelovljene osobe čije je egzistencijalno iskustvo neodvojivo od fizičkog okruženja. Ignorirati fizički komfor pod pretpostavkom da je to „luksuzni" dodatak „pravoj" medicinskoj skrbi znači reducirati osobu na njenu patologiju i tretirati je kao sredstvo za medicinske ciljeve, umjesto kao cilj samog po sebi čije ukupno iskustvo i dostojanstvo trebaju biti središnja briga.

3.5 Emocionalna podrška i ublažavanje straha i anksioznosti: fenomenologija egzistencijalne tjeskobe i intersubjektivnost suočavanja s konačnošću

Kada govorimo o principu da na pacijenta usmjerena zdravstvena skrb mora uključivati emocionalne aspekte bolesti, posebno straha i anksioznosti koje bolest izaziva u pacijenata i njihovih obitelji, ne formuliramo tek pragmatičnu preporuku o holističkom pristupu koji nadilazi čisto biomedicinsku intervenciju, nego artikuliramo duboko filozofsko razumijevanje ljudske egzistencije kao fundamentalno obilježene afektivnošću – kao bivstvovanja koje nije primarno karakterizirano neutralnim kognitivnim odnosom prema svijetu, već temeljnim raspoloženjima i emocionalnim tonovima koji oblikuju samu strukturu našega bivstvovanja-u-svijetu.

Jaspers razlikuje između straha (*Furcht*) i anksioznosti ili tjeskobe (*Angst*) – razlikovanje koje je središnje za egzistencijalnu filozofiju i psihijatriju dvadesetog stoljeća. Strah je uvijek strah od nečega specifičnog: strahujemo od određene dijagnoze, medicinske procedure, određene komplikacije ili fizičkog simptoma. Strah ima objekt; on je intencionalan u fenomenološkom smislu, to jest, uvijek upućen prema nečemu specifičnom u svijetu. Kao takav, strah može biti racionalno adresiran – možemo steći informacije o objektu straha, poduzeti korake da minimiziramo rizik. Anksioznost ili tjeskoba, nasuprot tome, nema specifičan objekt; ona je difuzni, prožimajući osjećaj uznemirenosti i egzistencijalne nesigurnosti koji nije usmjeren prema ičemu specifičnom, već prema samom bivstvovanju kao takvom. Kada je pacijentu dijagnosticirana ozbiljna bolest, on može osjećati specifičan strah od boli ili fizičke nesposobnosti, ali ispod tih specifičnih strahova leži dublja, difuznija anksioznost pred radikalnom nesigurnošću vlastite budućnosti, mogućom dezintegracijom identiteta i konačnim nebivstvovanjem koje predstavlja smrt. Kao što je Kierkegaard formulirao, anksioznost nije strah od nečega konkretnog nego vrtoglavica slobode pred neodređenošću vlastite egzistencije.

Ta distinkcija ima dalekosežne implikacije za način na koji pristupamo emocionalnoj podršci pacijenata. Specifični strahovi mogu biti adrezirani kroz informaciju, pripremu i konkretne intervencije koje smanjuju vjerojatnost onoga čega se pacijent boji. Ali egzistencijalna anksioznost ne može biti „riješena" na isti način; ona ne može biti eliminirana pružanjem više informacija ili boljim medicinskim tehnikama, jer ne proizlazi iz nedostatka znanja nego iz temeljne strukture ljudske egzistencije kao bivstvovanja svjesnog vlastite konačnosti i ranjivosti. Ta anksioznost nije patološko stanje koje bi trebalo biti „izliječeno"; ona je ontološka struktura, fundamentalni modus u kojemu naša konačnost postaje vidljiva nama samima. Nije pitanje kako eliminirati tu anksioznost, nego kako osobi omogućiti da je proživljava na autentičan način – da se suoči s njom umjesto da bježi u poricanje ili samoobmanu, i da pronađe izvore smisla i orijentacije koji joj omogućavaju da živi unatoč ili unutar te fundamentalne nesigurnosti.

U zdravom stanju, u svakodnevnom životu, obično funkcioniramo unutar onoga što Jaspers naziva „prirodnim stavom" – bazičnom pouzdanju u kontinuitet vlastitog života, u funkcionalnost tijela i stabilnost identiteta. Bolest, kao paradigmatska “granična situacija”, suspendira tu implicitnu sigurnost. Odjednom, ono što je bilo samopodrazumljivo – da ću sutra biti ovdje, da će moje tijelo poslušati moju volju – postaje radikalno upitno. Granična situacija ne može biti „prevladana" (*überwunden*) u smislu eliminacije; ona može biti „osvijetljena" (*erhellt*) – možemo postati svjesniji njenog značenja i iz tog susreta izvući dublje razumijevanje naših prioriteta. Mnogi pacijenti svjedoče kako ih je iskustvo ozbiljne bolesti, unatoč strahu, natjeralo da preispitaju prioritete, da cijene odnose koje su uzimali zdravo za gotovo, da žive intenzivnije i svjesnije. Ta transformativna dimenzija susreta s bolešću ne bi trebala biti romantizirana niti korištena kao izgovor za zanemarivanje emocionalne podrške, ali upućuje na složenost fenomena anksioznosti u kontekstu bolesti.

Emocionalna podrška, u ovom svjetlu, ne može biti shvaćena kao tehnički zahvat čija je svrha eliminirati neugodne emocije ili pacijenta vratiti u stanje emocionalne neutralnosti. Umjesto toga, autentična emocionalna podrška mora biti razumljena kao oblik egzistencijalne pratnje (*Begleitung*) – prakse bivanja-s-drugom osobom u njezinoj graničnoj situaciji, na način koji ne pokušava te emocije trivializirati ili preuranjeno eliminirati, već osobi pruža osjećaj da nije sama u svojoj patnji, da je njeno iskustvo legitimno i razumljeno, i da postoje izvori podrške koji mogu pomoći da se ta anksioznost nosi bez vođenja u očaj ili psihološku dezintegraciju.

Jaspers govori o autentičnoj "egzistencijalnoj komunikaciji" (*existentielle Kommunikation*) kao susretu u kojemu svaka osoba prepoznaje drugu kao jedinstvenu, neponovljivu egzistenciju i u kojemu se uspostavlja odnos istinske otvorenosti, ranjivosti i međusobnog razumijevanja. Ta komunikacija ne može biti zasnovana na tehnokratskim formulama ili standardiziranim intervencijama; mora biti autentični dijaloški susret u kojemu zdravstveni djelatnik ulazi u egzistencijalnu situaciju s pacijentom, pokušavajući razumjeti kako ta konkretna osoba doživljava svoju situaciju, koji su specifični izvori njenog straha i anksioznosti i koji su njeni resursi za suočavanje.

Anksioznost je bitno vezana uz temporalnu strukturu bivstvovanja – uz projekciju prema budućnosti i nesigurnost o tome što će ta budućnost donijeti. Kada je osobi dijagnosticirana ozbiljna bolest, njezina budućnost – koja je prije bila zamišljena kao otvoreno polje mogućnosti – odjednom postaje dramatično skučena i neizvjesna. Ta disrupcija budućnosti nije samo kognitivna rekalkulacija vjerojatnosti; ona je fundamentalno egzistencijalno iskustvo gubitka temeljne orijentacije prema budućnosti kao prostoru u kojemu realiziramo projekte i konstituiramo identitet. Anksioznost koja iz toga proizlazi nije samo strah od specifičnih budućih događaja, nego dublja tjeskoba pred gubitkom same mogućnosti za budućnost – pred zatvaranjem horizonta koji je dotad bio otvoren.

Autentičan odgovor na anksioznost uključuje priznavanje realnosti situacije u svoj njezinoj težini, suočavanje s anksioznošću umjesto bijega od nje i pronalaženje načina da se živi smisleno unatoč toj anksioznosti. Ali taj autentičan odgovor nije nešto što osoba može postići sama, izolirano. Jaspers inzistira na bitno intersubjektivnoj naravi ljudske egzistencije: mi ne postajemo autentične egzistencije u izolaciji, nego kroz komunikaciju s drugima, kroz odnose u kojima smo viđeni, priznati i podržani u našoj jedinstvenosti i ranjivosti. Emocionalna podrška zdravstvenih djelatnika, obitelji i prijatelja stoga može biti kritična za omogućavanje autentičnog odgovora. Kada pacijent osjeća da nije sam u svojoj anksioznosti, da postoje drugi koji razumiju njegovu patnju i koji su spremni biti s njim u toj patnji, on može naći snagu za suočavanje s onim što bi inače bilo nepodnošljivo. Jaspers u tom kontekstu govori o solidarnosti (*Solidarität*) u patnji – osjećaju dijeljenja humanosti koji može nastati onda kada prepoznajemo da su anksioznost, patnja i konačnost ne samo individualni problemi, nego univerzalne dimenzije ljudskog stanja koje nas sve međusobno povezuju.

Pitanje obitelji u kontekstu emocionalne podrške otkriva važnu dimenziju: obitelj nije neutralni promatrač pacijentove bolesti nego je i sama prožeta vlastitim strahovima, anksioznošću i tugom. Kada dijete oboli, roditelji proživljavaju egzistencijalnu krizu jer je narušen njihov temeljni projekt zaštite djeteta. Kada roditelj oboli, odraslo dijete suočava se s inverzijom uloga i anticipatornom tugom za nadolazećim gubitkom. Jaspers govori o „komunikativnoj zajednici" (*kommunikative Gemeinschaft*) kao mreži odnosa unutar koje konstituiramo razumijevanje sebe i svijeta; bolest fundamentalno ugrožava tu zajednicu, i stoga emocionalna podrška usmjerena na pacijenta ne može ignorirati obitelj kao sustav koji je i sam pod stresom.

Problem nade (*Hoffnung*) i očaja (*Verzweiflung*) predstavlja središnju egzistencijalnu dilemu u kontekstu anksioznosti vezane uz bolest. Postoji opasnost lažne nade – nade zasnovane na poricanju stvarnosti koja može voditi k propuštenim prilikama za bitne razgovore i pripremu za ono što dolazi. Ali postoji i opasnost preuranjenog gašenja nade kada zdravstveni djelatnici, u želji da budu „realistični", ne ostavljaju prostor ni za kakvu nadu. Jaspers govori o onome što bi se moglo nazvati „transcendentnom nadom" – nadom koja nije vezana uz specifične empirijske ishode (izlječenje, produljenje života), nego uz dublje izvore značenja i vrijednosti koji nadilaze empirijsku stvarnost. Ta nada može biti duhovna, relacijska ili egzistencijalna. Emocionalna podrška može pomoći pacijentu da artikulira i održava tu vrstu transcendentne nade čak i onda kada empirijske nade za ozdravljenje postanu nerealistične, što pretpostavlja spremnost da se ulazi u dijalog o smislu, vrijednostima i duhovnosti – tematiku koja je često marginalizirana u tehnocentričnom medicinskom diskursu.

U tom kontekstu valja razumjeti i ono što Jaspers naziva „šiframa transcendencije" (*Chiffren der Transzendenz*) – simbolima ili iskustvima kroz koje naziremo dimenziju smisla koja nadilazi empirijsku stvarnost. Za mnoge osobe, duhovnost ili religija, vjera predstavlja takvu šifru koja im omogućava da kontekstualiziraju svoju patnju i anksioznost unutar šireg okvira smisla. Holistička emocionalna podrška mora biti spremna angažirati se s duhovnom dimenzijom pacijentovog iskustva, bilo kroz pristup bolničkim kapelanima ili duhovnicima, bilo kroz spremnost samih zdravstvenih djelatnika da vode razgovore o smislu i transcendenciji na način koji poštuje pacijentova uvjerenja i vrijednosti.

Problem anticipatorne tuge (*anticipatory grief*) – tuge i anksioznosti vezane uz anticipaciju budućega gubitka – predstavlja specifičan oblik emocionalne patnje koji je čest kod pacijenata s ozbiljnim bolestima i njihovih obitelji (Lindemann, 1944).

Osoba može tugovati za gubitkom zdravlja, sposobnosti, uloga i identiteta čak i prije nego što su ti gubici u potpunosti ostvareni. Anticipatorna tuga je normalan i možda neizbježan aspekt suočavanja s nadolazećim gubitkom: emocionalna podrška mora prepoznati legitimnost te vrste tuge, pomoći osobama da razumiju da su njihove emocije razumljive i prihvatljive, i pružiti prostor za izražavanje tih emocija.

Problem profesionalne granice između empatije i emocionalne preopterećenosti predstavlja za zdravstvene djelatnike praktični i etički izazov. Autentična emocionalna podrška zahtijeva sposobnost da se bude prisutan uz pacijentovu patnju bez brzog bježanja u tehničko rješavanje problema ili distancirajući profesionalizam. Ali ta otvorenost nosi rizik onoga što se naziva „emocionalnim sagorijevanjem" (*burnout*) ili „sekundarnom traumatizacijom" – fenomenima u kojima je profesionalac toliko duboko izložen patnji pacijenata da je njegova vlastita emocionalna ravnoteža ugrožena (Maslach & Jackson, 1981). Jaspers bi ukazao da autentična komunikacija zahtijeva ravnotežu između otvorenosti prema drugom i održavanja vlastitih granica – sposobnost da budemo istinski prisutni drugom bez da se potpuno gubimo u tom odnosu. Za zdravstvene djelatnike to znači razvijanje „odgovorne distance" – ne hladne distanciranosti, nego sposobnosti da ostanu emocionalno funkcionalni i nastave pružati skrb bez da bivaju devastirani patnjom kojoj svjedoče.

Uloga prisutnosti (*Präsenz*) kao terapeutske modalnosti ne može biti precijenjena. U kulturama akcije često pretpostavljamo da pomoć nužno znači nešto činiti – pružiti rješenja, ponuditi savjete, aktivno intervenirati. Ali u kontekstu egzistencijalne anksioznosti vezane uz ozbiljnu bolest, najdublji oblik podrške može biti jednostavno biti prisutan – biti s osobom u njenoj patnji, sjediti s njom u tišini kada nema riječi, komunicirati fizičkom prisutnošću da ona nije sama. Jaspers jtu govori o ideji „egzistencijalne solidarnosti" – prepoznavanja da nas naša zajednička ranjivost i konačnost fundamentalno povezuje kao ljudska bića. Kad zdravstveni djelatnik ili član obitelji može biti prisutan uz pacijentovu anksioznost iz te pozicije solidarnosti – ne kao netko tko ima sve odgovore, već kao ljudsko biće koje prepoznaje vlastitu ranjivost u ranjivosti drugoga – ta prisutnost sama po sebi može imati duboki terapeutski učinak.

Psihofarmakološke intervencije – anksiolitici, antidepresivi – mogu igrati ulogu u adresiranju anksioznosti vezane uz bolest, posebno onda kada anksioznost postane toliko intenzivna da onemogućava funkcioniranje ili kada preraste u klinički dijagnosticiran poremećaj. Ipak, valja biti pozoran da ne reduciramo egzistencijalnu anksioznost na puki neurobiološki poremećaj koji treba biti korigiran farmakološki.

Postoji bitna razlika između patološke anksioznosti koja je disproporcijska prema stvarnoj situaciji i egzistencijalne anksioznosti koja je primjeran odgovor na autentično zastrašujuću situaciju: osoba s dijagnozom terminalne bolesti ima dobre razloge biti anksiozna. Farmakološka intervencija može biti korisna onda kada anksioznost onemogućava osobi da funkcionira ili koristi druge resurse, ali ne bi trebala biti prva ili jedina intervencija, niti bi smjela biti korištena kao način da se „utišaju" legitimne emocije.

Konačno, adresirati emocionalnu dimenziju bolesti znači pružiti vrstu prisutnosti, komunikacije i solidarnosti koja osobi omogućava da prođe kroz iskustvo bolesti na način koji, unatoč svoj patnji, osigurava dostojanstvo, autentičnost i vezu s izvorima smisla koji čine život vrijednim življenja čak i u najtežim graničnim situacijama.

3.6 Uključivanje obitelji i prijatelja: intersubjektivnost bivstvovanja i relacijska konstitucija iskustva bolesti

Princip da na pacijenta usmjerena zdravstvena skrb mora prepoznavati i uključivati ključnu ulogu obitelji i prijatelja ne formulira tek pragmatičnu preporuku o logistici medicinske skrbi, nego artikulira filozofsko razumijevanje ljudske egzistencije kao fundamentalno relacijske, kao bivstvovanja-s-drugima koje nije sekundarno ili akcidentalno svojstvo nego konstitutivna struktura samog načina na koji postajemo osobe. U perspektivi Jaspersove egzistencijalne filozofije, osoba nije atomizirana, samodostatna monadička svijest koja bi sekundarno stupala u odnose s drugima; naprotiv, naša autentična egzistencija konstituira se upravo kroz naše odnose s drugima, kroz komunikaciju koja je fundamentalni modus međuljudskog bivstvovanja kroz koji postajemo ono što jesmo. Bolest, kao granična situacija, ne pogađa izolirani individualni entitet koji bi mogao biti tretiran neovisno o njegovim odnosima; ona fundamentalno transformira cijelu mrežu odnosa u kojima osoba živi, pogađa obitelj i prijatelje ne kao eksterne promatrače već kao konstitutivne dijelove pacijentove egzistencijalne situacije.

Obitelj je ono što bi se moglo nazvati „komunikativnom zajednicom" u Jaspersovom smislu – mrežom odnosa u kojima se odvija duboka, kontinuirana egzistencijalna komunikacija kroz koju članovi međusobno konstituiraju identitete, dijele razumijevanje svijeta i stvaraju zajedničke naracije o zajedničkoj povijesti i budućnosti. Kada jedan član te zajednice oboli, cijela struktura zajednice postaje pogođena: uloge uspostavljene kroz godine postaju narušene, zajednički planovi dramatično revidirani ili uništeni, sama struktura komunikacije transformirana.

Bolest, kao granična situacija, unutar obitelji često katalizira prelazak k dubokoj egzistencijalnoj komunikaciji. Stvari koje su godinama ostajale neizrečene – ljubav podrazumijevana ali rijetko eksplicitno artikulirana, neslaganja izbjegavana, neispunjene potrebe za oproštanjem – mogu naglo postati hitne u svjetlu ograničenog vremenskog horizonta koji donosi ozbiljna bolest.

Kada dijete oboli, ne boluje samo dijete; cijela obitelj prolazi kroz iskustvo bolesti, svaki na svoj način. Roditelji mogu osjećati egzistencijalnu krivnju jer je narušen njihov temeljni projekt zaštite djeteta. Braća i sestre mogu osjećati kompleksnu mješavinu brige, krivnje za vlastito zdravlje i straha. Kada roditelj oboli, odrasla djeca suočavaju se s bolnom inverzijom uloga – oni koji su bili primatelji skrbi sada moraju postati davatelji skrbi. Kada partner oboli, drugi partner živi bolest kroz anticipatornu tugu i transformaciju svakodnevnih rutina intimnosti koje su definirale zajednički život.

Jaspers je govorio o solidarnosti (*Solidarität*) kao prepoznavanju da nas zajednička konačnost i ranjivost fundamentalno povezuju. U kontekstu bolesti, ta solidarnost manifestira se u sposobnosti obitelji i prijatelja da ne samo „posjete" pacijenta ili pruže praktičnu pomoć, nego da s njime dijele autentičnu egzistencijalnu situaciju – da budu prisutni u patnji, da prihvate transformaciju vlastitih života koju bolest voljene osobe nužno donosi.

Medicinski sustav koji sustavno marginalizira ili isključuje obitelj – kroz restriktivna pravila posjeta, isključivanje iz medicinskih razgovora i odlučivanja, tretiranjem njihove prisutnosti kao smetnje kliničkom radu – onemogućava tu solidarnost i prisiljava voljene osobe da budu pasivni eksterni promatrači umjesto aktivni sudionici u iskustvu koje dijele.

Problem autonomije pacijenta nasuprot relacijskog bivstvovanja predstavlja ključno filozofsko i etičko pitanje u raspravi o uključivanju obitelji. Dominantna paradigma moderne medicinske etike ističe autonomiju pacijenta kao središnji princip – ideju da je pacijent suveren odlučitelj o vlastitoj skrbi čija volja mora biti poštovana čak i onda kada se razlikuje od želja obitelji. Ta paradigma ima važne etičke implikacije – ona štiti pacijenta od paternalizma i obiteljskih dinamika koje mogu biti opresivne. Ali prema Jaspersu apstraktna konceptualizacija autonomije kao neovisnosti može promašiti fundamentalno relacijsku prirodu ljudske egzistencije. Osoba nije autonomna u smislu da bi bila potpuno samodostatna ili da bi trebala donositi odluke potpuno izdvojeno od svojih odnosa; njene vrijednosti i relacije su inherentno intersubjektivne naravi.

U mnogim kulturnim tradicijama, odluke o zdravstvenoj skrbi nisu konceptualizirane kao individualne već kao obiteljske odluke (Kleinman, 1988). Medicinski sustav koji rigidno nameće zapadnjački individualistički model autonomije može biti kulturno nečitljiv za pacijente i obitelji iz različitih kulturnih tradicija; istovremeno, mora biti pozoran na to da ne dopušta obiteljski paternalizam koji marginalizira pacijentov vlastiti glas.

Jaspers govori o ljubavi (*Liebe*) ne kao sentimentalnoj emociji nego kao temeljnom egzistencijalnom modusu u kojemu prepoznajemo drugu osobu u njenoj apsolutnoj neponovljivoj jedinstvenosti i u kojemu smo spremni žrtvovati vlastite interese radi dobrobiti voljene osobe. Ta ljubav se u obiteljskim odnosima pokazuje kroz spremnost da se preuzme teret skrbi – fizički napor njege, emocionalna opterećenost svjedočenja patnji, ekonomsko žrtvovanje. Ali ta ljubav može generirati i etičke kompleksnosti: osoba koja duboko voli može biti motivirana zaštititi voljenu osobu od bolnih informacija, može biti nesposobna prihvatiti realnost prognoze i inzistirati na nastavku agresivnog tretmana suprotno željama pacijenta, može projicirati vlastite strahove i potrebe na pacijenta. Medicinski sustav mora prepoznati i poštovati duboku ljubav koja motivira angažman obitelji, ali mora biti spreman postaviti granice kada obiteljske dinamike prijete dobrobiti ili autonomiji pacijenta.

Problem preuzimanja praktičnih tereta skrbi od strane obitelji ne može biti ignoriran u idealističkim formulacijama o „uključivanju obitelji". Kada medicinski sustav „uključi" obitelj, to u praksi često znači prebacivanje značajnog dijela tereta skrbi s profesionalnih zdravstvenih radnika na neplaćene obiteljske njegovatelje, tipično žene. Ti njegovatelji mogu biti prisiljeni napustiti plaćeni posao, naučiti kompleksne medicinske vještine bez adekvatnog treninga, pružati kontinuiranu fizičku njegu koja je fizički iscrpljujuća, a istovremeno nositi emocionalni teret svjedočenja patnji voljene osobe. Jaspers bi nas podsjetio da autentična etička odgovornost zahtijeva ne samo prepoznavanje vrijednosti relacijske solidarnosti nego i zaštitu onih koji nose teret skrbi od eksploatacije ili izgaranja. Medicinski profesionalci moraju prepoznati znakove preopterećenja obiteljskih njegovatelja i proaktivno ponuditi podršku i resurse.

U Jaspersovoj filozofiji, pojam „neuspjeha" (*Scheitern*) označava brodolom koji je inherentan ljudskoj konačnosti: naši krajnji projekti – živjeti beskonačno, zaštititi voljene od svake patnje, održati stabilnost zajedničke budućnosti – nužno propadaju. Ozbiljna bolest unutar obitelji manifestacija je tog "brodoloma". Ali Jaspers inzistira da način na koji proživljavamo taj brodolom može biti više ili manje autentičan. Autentično proživljavanje ne znači heroizam ili poricanje patnje; to znači priznavanje realnosti situacije i održavanje veza solidarnosti i ljubavi čak i u najtežim okolnostima.

Medicinski sustav koji dopušta obitelji da bude prisutna, da izražava svoju ljubav i tugu, da prolazi kroz proces patnje zajedno s pacijentom – takav sustav omogućava autentičnije proživljavanje brodoloma.

Problem prijatelja kao dijela relacijske mreže marginaliziran je u medicinskim kontekstima koji primarno prepoznaju biološke ili pravne relacije. Ali za mnoge osobe – posebno one bez bliske obitelji, čija je obitelj disfunkcionalna ili geografski daleka – bliski prijatelji mogu biti primarna komunikativna zajednica i primarni izvor emocionalne podrške. Jaspers je istaknuo da autentična komunikacija i duboke egzistencijalne veze nisu ograničene na biološke relacije; medicinski sustav koji rigidno definira „obitelj" kroz biološke ili pravne kriterije može sustavno isključivati osobe koje su posebno važne u pacijentovom životu.

Palijativna skrb razvila je model koji mnogo bolje integrira obitelj nego tradicionalna akutna medicinska skrb. U hospicijima, jedinica skrbi nije pojedinačni pacijent već pacijent-i-obitelj kao sustav: njihove potrebe za informacijom, podrškom, pripremom za gubitak i tugom tretiraju se kao legitiman dio skrbi. Fizičko okruženje hospicija dizajnirano je da omogući kontinuiranu prisutnost obitelji – privatne sobe, mogućnost spavanja u sobi, prostori za okupljanje proširene obitelji. Ta integracija reflektira razumijevanje da je iskustvo umiranja fundamentalno relacijski događaj i da je kvaliteta tog iskustva za pacijenta neodvojiva od kvalitete njegovih odnosa s voljenima.

3.7 Kontinuitet i tranzicija: temporalnost oporavka i egzistencijalna anksioznost povratka u svijet

Kada govorimo o principu da na pacijenta usmjerena zdravstvena skrb mora osigurati adekvatne informacije i resurse za samoskrb nakon otpusta te jasne upute o daljnjoj skrbi, ne formuliramo tek pragmatičnu preporuku o logistici postbolničke skrbi, nego u smislu Jaspersove filozofije artikuliramo filozofsko razumijevanje ljudske egzistencije kao fundamentalno temporalne, kao bivstvovanja koje se proteže kroz vrijeme i koje konstituira vlastiti identitet upravo kroz kontinuitet i koheziju biografskog narativa koji povezuje prošlost, sadašnjost i budućnost u smislenu cjelinu.

U perspektivi Jaspersove egzistencijalne filozofije, tranzicija iz bolničkog konteksta natrag u svakodnevni život nije neutralni logistički događaj, nego egzistencijalno značajan prijelaz.

Zabrinutost pacijenata oko sposobnosti brige za sebe nakon otpusta nije tek praktična briga o tehničkim aspektima upravljanja lijekovima; ona je manifestacija dublje egzistencijalne anksioznosti o tome hoće li moći povratiti osjećaj djelatnosti, kompetencije i ontološke sigurnosti narušenih iskustvom bolesti i hospitalizacije, te hoće li moći reintegrirati se u vlastiti životni svijet kao osoba sposobna za autentično samoodređenje.

Iskustvo bolesti i hospitalizacije radikalno narušava normalnu temporalnu strukturu: bolest suspendira projekciju prema budućnosti, hospitalizacija nas izdvaja iz životnog toka i nameće institucionalnu vremenost otuđenu od naše biografske vremenosti. Tranzicija otpusta predstavlja pokušaj povratka u normalni temporalni tijek, ali taj povratak nije vraćanje u stanje prije bolesti. Osoba koja izlazi iz bolnice nosi sa sobom iskustvo bolesti koje je transformiralo razumijevanje vlastite tjelesnosti, ranjivosti i mogućnosti. Svakodnevne aktivnosti koje su prije bile automatske i neupitne – oblačenje, kupanje, pripremanje hrane – mogu sada zahtijevati svjestan napor ili biti moguće samo uz pomoć. Jaspers bi istaknuo da je ova transformacija ne samo fizička već egzistencijalna – ona mijenja temeljni način bivstvovanja-u-svijetu, naš osjećaj tko smo i što možemo biti.

„Dom" – *Heimat* (zavičaj) – koji nosi značenje ukorijenjenosti, pripadanja i ontološke sigurnosti u poznatom svijetu, postaje ključni pojam za razumijevanje egzistencijalne dimenzije povratka iz bolnice. Bolnica nije fundamentalno „dom" – ona je strano, često prijeteće okruženje u kojemu smo ovisni o drugima. Otpust obećava povratak u zavičaj – povratak u vlastiti dom i poznati svijet. Ali ako osoba ne dobije adekvatne informacije i resurse za samoskrb, ako je nesigurna o tome što treba činiti ili kada tražiti pomoć, onda povratak kući može postati prijelaz u novi oblik nesigurnosti: osoba može biti fizički kod kuće ali egzistencijalno izgubljena, nesposobna da se reintegrira u poznati svijet jer je taj svijet sada ispunjen novim izazovima i prijetnjama koje ne zna kako upravljati.

Jaspers je govorio o „*Scheitern*" (neuspjehu, tragičnosti) kao fundamentalnoj ontološkoj strukturi koja konstituira naš način postojanja: brinemo o sebi, o drugima, o našim projektima i budućnosti… (Jaspres, Ph III., 1973., str. 219 sl.) U zdravom stanju, ta samo-briga odvija se nesvjesno i automatski. Ali nakon ozbiljne bolesti ili medicinske intervencije, samo-briga postaje eksplicitni, zahtjevni projekt koji predpostavlja znanje, vještine i konstantnu budnost. Ta transformacija samo-brige iz implicitne rutine u eksplicitni projekt može biti doživljena kao teška, posebno za osobe koje su već oslabljene bolešću ili imaju ograničene kognitivne ili socioekonomske resurse.

Jaspers je razlikovao između različitih modusa znanja – objektivnog znanstvenog znanja (*Wissen*), praktičnog znanja-kako (*Können*) i egzistencijalnog razumijevanja (*Verstehen*). Adekvatna priprema za otpust zahtijeva sve tri vrste. Pacijent treba objektivno znanje o svojoj dijagnozi, prognozi i tretmanu; treba praktično znanje – konkretne vještine izvođenja potrebnih procedura i upravljanja medicinskom opremom; ali treba i egzistencijalno razumijevanje – sposobnost da integrira iskustvo bolesti i oporavka u koherentan narativ vlastitog života, razumijevanje kako živjeti s transformiranom tjelesnošću ili s kroničnim stanjem na način koji omogućava smislenu egzistenciju. Medicinski sustav često pruža tek prvu vrstu znanja, možda površno drugu, ali rijetko treću. Bez te treće dimenzije, osoba može biti intelektualno informirana i tehnički trenirana, ali egzistencijalno dezorjentirana, nesposobna da integrira novo stanje u smisleni životni projekt.

Problem zdravstvene pismenosti (*health literacy*) – kapaciteta osobe da pristupa, razumije i koristi zdravstvene informacije – temeljna je determinanta sposobnosti osobe da se nakon otpusta adekvatno brine za sebe (Nutbeam, 2000). Studije pokazuju da značajan postotak populacije ima ograničenu zdravstvenu pismenost, što znači da ne mogu razumjeti standardne pisane medicinske upute ili se snaći u kompleksnom zdravstvenom sustavu. Ta ograničenja nisu znak inteligencije ili obrazovanja per se; čak i visoko obrazovane osobe mogu imati teškoće s medicinskim žargonom, posebno kada su, nakon bolesti, u stanju fizičke slabosti ili emocionalnog stresa.

Problem kroničnih bolesti predstavlja poseban izazov u kontekstu kontinuiteta i tranzicije. Za razliku od akutnih bolesti gdje postoji jasna faza tretmana praćena oporavkom, kronične bolesti zahtijevaju kontinuirano, često doživotno upravljanje. Za te osobe, tranzicija iz bolnice nije kraj medicinskog angažmana nego prijelaz u različiti mod odnosa s medicinskim sustavom. Ta kontinuirana skrb zahtijeva razvijanje onoga što bismo mogli nazvati „samoefektivnošću" (*self-efficacy*) – pacijentovog uvjerenja u vlastitu sposobnost da upravlja svojim stanjem, prepozna kada stvari ne idu dobro i zna kada potražiti pomoć (Bandura, 1977). Medicinski sustav koji tretira otpust iz bolnice kao kraj medicinske odgovornosti, koji ostavlja osobu da se sama bori s kompleksnostima upravljanja kroničnim stanjem, amplificira osjećaj napuštenosti i može voditi u demoralizaciju ili očaj.

Problem „revolving door" fenomena (Jencks et al., 2009) – osoba koja je otpuštena iz bolnice samo da bi se u kratkom roku vratila zbog komplikacija koje su možda mogle biti prevenirane – ilustrira neuspjeh u osiguravanju adekvatne tranzicije i kontinuiteta.

Studije pokazuju da je značajan postotak rehospitalizacija unutar 30 dana od otpusta potencijalno preventabilan boljom pripremom, jasnijim uputama, adekvatnijom follow-up skrbi i boljim resursima za samoupravljanje. Te preventabilne rehospitalizacije ne odražavaju samo medicinski neuspjeh i ekonomski trošak sustavu; one predstavljaju duboku patnju za pacijenta koji doživljava ciklus nadanja i razočaranja, koji može izgubiti povjerenje u vlastitu sposobnost da upravlja stanjem ili u sposobnost medicinskog sustava da pruži adekvatnu skrb.

Tehnologija može igrati važnu ulogu u osiguravanju kontinuiteta. Telemedicina omogućava follow-up konzultacije bez putovanja u kliniku, što može biti posebno vrijedno za osobe s mobilnim ograničenjima ili one koji žive u ruralnim područjima. Portali pacijenata koji omogućavaju pristup medicinskim zapisima i komunikaciju s zdravstvenim timom mogu povećati osjećaj transparentnosti i kontrole. Mobilne aplikacije mogu podsjećati na uzimanje lijekova i omogućiti praćenje simptoma. Ali te mogućnosti nisu univerzalno dostupne; digitalna nejednakost (*digital divide*) znači da starije osobe, one s nižim socioekonomskim statusom ili ograničenom tehnološkom pismenošću mogu biti sustavno isključene iz tih benefita.

U konačnici, princip kontinuiteta i adekvatne podrške za tranzicije artikulira viziju medicinske prakse koja prepoznaje da bolest i oporavak nisu diskretni događaji ograničeni na bolničku epizodu, nego temporalno rasprostranjena iskustva koja se protežu prije, tijekom i nakon hospitalizacije. Autentična skrb ne može biti ograničena na akutnu intervenciju; ona mora pratiti osobu kroz cijeli kontinuum – od dijagnoze i tretmana do oporavka ili dugoročnog upravljanja kroničnim stanjem.

3.8 Pristup skrbi: egzistencijalna dimenzija dostupnosti i pravednost bivstvovanja u ranjivosti

Kada artikuliramo princip da pacijenti trebaju znati kako i kada dobiti pristup zdravstvenoj skrbi te imati stvarni pristup kadgod im je to potrebno, ne formuliramo tek pragmatičnu preporuku o organizacijskoj učinkovitosti, već implicitno artikuliramo duboko etičko i egzistencijalno razumijevanje zdravstvene skrbi kao temeljnog ljudskog prava koje se ne može reducirati na tržišnu robu ili privilegij dostupan samo nekima – nego mora biti shvaćeno kao temeljni uvjet mogućnosti za dostojanstveno ljudsko bivstvovanje u situaciji ranjivosti.

Jaspers je govorio o pojmu „*Daseinsfürsorge*" – o skrbi za bazično egzistencijalno blagostanje – kao temeljnom etičkom imperativu ljudske zajednice prema svojim članovima. Čovjek nije atomizirano, samodostatno biće koje bi moglo biti potpuno odgovorno za vlastitu dobrobit neovisno o drugima. Naprotiv, mi smo fundamentalno međuovisna bića čije egzistencijalno blagostanje ovisi od mreže institucija, praksi i odnosa koji konstituiraju socijalno tkivo unutar kojega živimo. Zdravstvena skrb je paradigmatski primjer te međuovisnosti: kada obolimo ili se ozlijedimo, ovisimo od specijaliziranog medicinskog znanja i tehnologije koje pojedinac ne može posjedovati ili im neovisno pristupiti. Stoga, pristup zdravstvenoj skrbi nije pitanje individualne zasluge ili osobne odgovornosti; to je pitanje kako je društvo organizirano, koje prioritete si postavlja i kome osigurava zaštitu u ranjivosti.

Problem znanja „kako i kada" dobiti pristup skrbi razotkriva epistemološku i praktičku dimenziju koja je često podcijenjena. Čak i u društvima gdje institucije i programi teorijski osiguravaju pristup skrbi, stvarni pristup može biti onemogućen ako osoba ne zna da ti resursi postoje, ne razumije kako im pristupiti ili ne može se snalaziti u birokraciji potrebnoj za aktiviranje prava na skrb. Zdravstveni sustavi, posebno u kompleksnim modernim društvima, mogu biti labirinti birokracije – različiti pružatelji za različite vrste skrbi, različiti sustavi osiguranja s različitim pravilima, različiti uredi svaki s vlastitim procedurama i formularima. Kada zdravstveni sustav postane toliko kompleksan da osoba ne može lako razumjeti kako mu pristupiti, sustav prestaje služiti svojoj temeljnoj svrsi i postaje sam po sebi izvor frustracije, anksioznosti i potencijalno opasnog odgađanja potrebne skrbi.

Temporalna dimenzija pristupa – pitanje „kada je potrebno" – razotkriva kritičnu važnost blagovremenosti. Akutne medicinske krize zahtijevaju hitnu intervenciju gdje kašnjenje od sat ili čak minute može značiti razliku između života i smrti, između oporavka i trajnog invaliditeta. Čak i za manje dramatične situacije, blagovremenost pristupa skrbi može biti fundamentalno važna: kronični simptomi koji ostaju neliječeni jer osoba ne može dobiti pravovremeni pristup liječniku mogu se pretvoriti u ozbiljne komplikacije preventabilne ranijim tretmanom. Psihološka ili psihijatrijska kriza koja ne dobije promptan odgovor može eskalirati u suicidalni rizik ili duboku demoralizaciju koja narušava sve aspekte života osobe.

Problem ekonomskih prepreka pristupu razotkriva temeljnu napetost između zdravlja kao robe i zdravlja kao prava. U tržišno orijentiranim zdravstvenim sustavima, medicinske usluge funkcioniraju kao roba koja se kupuje i prodaje; osoba koja ima financijska sredstva može kupiti skrb, osoba koja to nema ne može. Ali zdravstvena skrb ne može autentično funkcionirati kao „normalna" roba jer potražnja nije elastična: osoba koja je ozbiljno bolesna ne može jednostavno odlučiti „ne kupovati" skrb kao što može odlučiti ne kupovati novi automobil ako je preskup. Jaspers podsjeća da tretiranje zdravstvene skrbi kao čiste tržišne robe fundamentalno pogrešno razumijeva prirodu ljudske ranjivosti i potrebe, dozvoljavajući da bitne egzistencijalne potrebe budu zanemarene na osnovu kontingentnih ekonomskih okolnosti koje osoba često ne može kontrolirati.

Istraživanja pokazuju dramatične nejednakosti u pristupu zdravstvenoj skrbi duž linija socioekonomskog statusa, rase, etničnosti i geografske lokacije. Ruralne populacije suočavaju se s geografskim barijerama – udaljenošću od zdravstvenih ustanova, nedostatkom specijaliziranih usluga u zajednicama, transportnim izazovima. Rasne i etničke manjine suočavaju se s jezičnim barijerama i diskriminacijom unutar zdravstvenog sustava (Betancourt et al., 2003). Te nejednakosti nisu slučajne; one reflektiraju načine na koje su društva strukturirana, prioritete u alokaciji resursa i vrijednosti koje se pridaju životima različitih skupina.

Prema Jaspersu svi mi, bez obzira na trenutni socijalni ili zdravstveni status, dijelimo temeljnu ranjivost tijela koje može oboliti, može se ozlijediti i konačno umrijeti. Ta zajednička ranjivost bi trebala konstituirati osnovu za kolektivnu odgovornost da osiguramo da nitko ne bude ostavljen da pati sam onda kada ga zadesiti nevolja koja nas sve može zadesiti. Zdravstveni sustav zasnovan na principu solidarnosti bio bi onaj koji osigurava pristup neovisno o sposobnosti plaćanja, koji tretira zdravstvenu skrb ne kao privilegij ili robu nego kao temeljno pravo koje proizlazi iz zajedničkog čovještva.

Problem mentalne zdravstvene skrbi predstavlja posebnu dimenziju pristupa. Mnoga društva sustavno podcjenjuju ili marginaliziraju mentalnu zdravstvenu skrb u usporedbi s fizičkom. Stigma oko mentalnih zdravstvenih problema može odvraćati osobe od traženja pomoći čak i onda kada je dostupna. Ali mentalno zdravlje nije manje važno od fizičkoga; mentalno stanje duboko utječe na sposobnost autentičnog življenja, na naše odnose i na ostvarivanje naših projekata. Kao liječnik-psihijatar i filozof, Jaspers je imao duboko razumijevanje složenosti mentalnih bolesti i jednako bio kritičan prema redukcionističkim pristupima koji tretiraju sve psihičke patnje kao čisto biološke disfunkcije.

Autentična mentalna zdravstvena skrb mora priznati da je psihička patnja često egzistencijalna – da reflektira pitanja o smislu, identitetu i mogućnostima života – a ne samo neurobiološka.

Jaspers je upozorio na pojam „krivnje" (*Schuld*) ne samo kao individualno psihološko stanje nego kao kolektivnu etičku odgovornost. Kada društvo sustavno dopušta da određene skupine njegovih članova budu lišene pristupa osnovnoj zdravstvenoj skrbi, to društvo snosi kolektivnu krivnju za patnju i smrt koje su rezultat te sustavne zanemarenosti. Zdravstveni djelatnici koji rade unutar tih nepravednih struktura mogu osjećati „moralnu traumu" – patnju koja proizlazi iz toga što su primorani djelovati suprotno vlastitim najdubljim etičkim uvjerenjima.

Jaspersova ideja „ljubavne borbe" (*liebender Kampf*) – kao autentični odnos s drugima koji može uključivati konfrontaciju i borbu motiviranu brigom koja teži zajedničkom dobru – u kontekstu zdravstvene politike i pristupa skrbi znači da moramo biti spremni sukobljavati se politički, socijalno i institucionalno protiv struktura nepravde koje nekima sustavno uskraćuju pristup zdravstvenoj skrbi. Ta borba mora biti motivirana temeljnom brigom za dobrobit svih, a cilj je transformacija politike prema autentičnijoj solidarnosti u kojoj su potrebe svih zapažene i priznate.

Praktična implementacija principa pristupa zahtijeva multidimenzionalne intervencije: eliminaciju financijskih barijera kroz univerzalno zdravstveno osiguranje ili javne programe, geografsko širenje zdravstvenih resursa kroz investicije u nedovoljno pokrivena područja i telemedicinu, kulturnu i lingvističku kompetenciju zdravstvenih djelatnika, demistificiranje sustava kroz jasne i dostupne informacije, te adresiranje stigme i diskriminacije kroz edukaciju i institucionalnu odgovornost.

U konačnici, princip osiguranja pristupa zdravstvenoj skrbi artikulira viziju društva koje ozbiljno uzima zajedničku ranjivost i međuovisnost svih svojih članova. Pristup skrbi nije tehnički ili logistički problem koji može biti riješen poboljšanim administrativnim procedurama ili tržišnim mehanizmima; to je bitno etičko pitanje o tome kakvo društvo želimo biti i kako tretiramo naše najranjivije članove. Autentična pravednost zahtijeva da zdravstvena skrb bude dostupna svima kada im je potrebna – ne kao privilegij ili roba koja se može kupiti, nego kao temeljno pravo koje proizlazi iz zajedničkog čovještva i zajedničke izloženosti patnji, bolesti i konačnoj smrtnosti.

3.9 Izazovi implementacije Jaspersove "filozofije egzistencije" i Pickerovog modela na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi u zdravstveni sustav

Implementacija "egzistencijalne filozofije" Karla Jaspersa i modela na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi kakvu zastupaju Harveyja Pickera i Picker-instituti, u svakodnevnu kliničku praksu suočava se s nekoliko značajnih strukturnih, profesionalnih i institucionalnih izazova. Razumijevanje tih izazova u njihovoj teorijskoj dubini i empirijskoj utemeljenosti nužan je korak prema njihovom sustavnom prevladavanju.

Izazovi vremena. Suvremeni zdravstveni sustavi karakterizirani su visokim radnim opterećenjem i strukturno ograničenim vremenom za interakciju s pacijentima (Rosen et al., 2018). Istraživanja pokazuju da prosječna liječnička konzultacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u europskim sustavima traje između pet i petnaest minuta – daleko ispod onoga što se smatra minimalnim preduvjetom za autentičan razgovor o pacijentovim vrijednostima, strahovima i životnom kontekstu (Deveugele et al., 2002). Vremensko sužavanje konzultacije nije samo organizacijski problem: ono ima epistemološku dimenziju. Jaspers upozorava da *razumijevanje* (Verstehen) pacijentovog subjektivnog iskustva – za razliku od *objašnjavanja* (Erklären) koje traži kauzalne veze između simptoma – ne može biti „komprimirano" u standardizirani protokol jer je po svojoj naravi otvoren i nepredvidiv proces susreta. Kada je taj proces unaprijed temporalno ograničen, nerijetko se reducira na puko prikupljanje podataka, a ne na *autentično* razumijevanje.

Emocionalni trošak. Angažman s egzistencijalnim aspektima bolesti može biti emocionalno zahtjevan za zdravstvene djelatnike. Suočavanje s patnjom, strahom i egzistencijalnim pitanjima pacijenata može dovesti do emocionalnog iscrpljenja i, u ekstremnim slučajevima, do sindroma sagorijevanja - burnout sindroma (Maslach & Jackson, 1981). Sustavni pregledi literature pokazuju da prevalencija burnout sindroma među liječnicima iznosi između 40 i 60 posto u razvijenim zdravstvenim sustavima, s posebno visokim udjelom u specijalnostima kao što su onkologija, hitna medicina i intenzivna skrb – upravo onim specijalnostima gdje su egzistencijalne dimenzije bolesti najizraženije (Shanafelt et al., 2015). Zdravstveni djelatnici mogu razviti obrambene mehanizme poput "emocionalne distance" koji otežavaju autentičnu komunikaciju. Jaspers argumentira da autentična medicinska praksa zahtijeva sposobnost blizine i otvorenosti prema drugom bez potpunog gubljenja vlastite egzistencijalne autonomije – ravnotežu koja nije urođena nego se razvija kroz strukturirani profesionalni razvoj i superviziju (Jaspers, 1932).

Kulturne i jezične barijere. "Egzistencijalna komunikacija" una pacijenta usmjerene zdrvsstvene skrbi može biti posebno izazovna u kontekstu kulturnih i jezičnih razlika. Koncepti koji su temelj Jaspersove filozofije – *autonomija, autentičnost, individualna egzistencija i osobna odgovornost* – ukorijenjeniji su u zapadnoj filozofskoj tradiciji i ne mogu se jednostavno preslikati u kontekste kolektivnijih ili fatalistički orijentiranih kultura (Kleinman, 1988). Istraživanja kulturne kompetencije u zdravstvu pokazuju da pacijenti iz manjinskih etničkih i kulturnih skupina sustavno izvještavaju o nižoj razini osjećaja da su „bili saslušani" i da su njihove vrijednosti bile poštovane – što je upravo ono što Pickerovi principi i Jaspersova "egzistencijalna komunikacija" stavljaju u središte kvalitetne skrbi (Betancourt et al., 2003). Odgovor na te izazove nije kulturni relativizam koji bi negirao pojam autentičnog susreta, nego razvoj kulturno senzitivnih oblika "egzistencijalne komunikacije" koji polaze od specifičnog životnog konteksta svakoga pacijenta.

Nedostatak edukacije i treninga. Tradicionalno medicinsko obrazovanje fokusira se na tehničke aspekte zdravstvene skrbi, s ograničenom pozornošću na komunikacijske vještine i egzistencijalne dimenzije bolesti. Sustavni pregledi kurikuluma medicinskih fakulteta pokazuju da, unatoč deklarativnom prihvaćanju bio-psiho-socijalnog modela (Engel, 1977) kao teorijskog okvira, edukacija u komunikacijskim vještinama i razumijevanju subjektivnog iskustva bolesti u odnosu na biomedicinske sadržaje ostaje marginalizirana (Haidet et al., 2006). Referentni priručnici za edukaciju u komunikacijskim vještinama – poput "Calgary-Cambridge modela" (Silverman et al., 2005) – nude strukturirane nastavne programe koji se mogu integrirati u dodiplomski i poslijediplomski studij medicine, ali njihova primjena ovisi o institucionalnoj volji i dostupnosti edukatora s odgovarajućim kompetencijama.

Sistemski izazovi. Suvremeni zdravstveni sustavi organizirani su na način koji strukturno otežava egzistencijalnu komunikaciju. Fragmentacija skrbi s različitim specijalistima koji pokrivaju različite aspekte pacijentovog stanja otežava razvoj kontinuiranog, povjerljivog odnosa koji je potreban za autentičnu komunikaciju. Istraživanja Pickerovih instituta dosljedno dokumentiraju da pacijenti koordinaciju i integraciju skrbi percipiraju kao jednu od najproblematičnijih dimenzija svojega iskustva: fragmentacija, nedostatak kontinuiteta i osjećaj da nitko nije odgovoran za cjelinu njihovog slučaja jedna su od najčešćih pritužbi (Picker Institute Europe, 2011). Uvođenje plaćanja po učinku (*pay-for-performance*) koje se temelji pretežno na kliničkim ishodima i parametrima učinkovitosti, a ne na iskustvu pacijenta, može dodatno potkopati motivaciju zdravstvenih djelatnika za ulaganje u egzistencijalnu dimenziju medicinskog susreta.

3.9.1 Autentičnost odnosa zdravstveni djelatnik (liječnik)-pacijent

I Jaspersova egzistencijalna filozofija i Pickerovi principi na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi artikuliraju, na razini koja je dublja od puke metodološke preporuke, viziju odnosa liječnik-pacijent utemeljenu na autentičnosti. Za Jaspersa autentičnost podrazumijeva prepoznavanje vlastite konačnosti i ograničenja te istodobno priznavanja jedinstvene subjektivnosti drugoga. U medicinskom kontekstu to konkretno znači da liječnik mora prepoznati granice svojega znanja i moći te pacijenta ne smije reducirati na dijagnozu ili medicinski slučaj, nego ga mora susresti kao jedinstvenoj egzistenciji koja uvijek nadilazi ono što se o njoj može objektivno spoznati.

Pickerov naglasak na poštovanju vrijednosti, preferencija i izraženih potreba pacijenata (prvi princip) može se razumjeti kao praktična implementacija te Jaspersove pozicije: pružatelji skrbi koji doista poštuju pacijentove vrijednosti i preferencije implicitno prihvaćaju da on nije puki *objekt* medicinske intervencije nego *subjekt* s autonomnom perspektivom. Pritom obje perspektive prepoznaju da autentični odnos zahtijeva određenu vrstu ranjivosti s obje strane. Za Jaspersa „egzistencijalna komunikacija" (*existentielle Kommunikation*) uključuje ono što on naziva „ljubavnom borbom" (*liebender Kampf*) – dijaloški odnos u kojemu sudionici uzajamno izazivaju jedni druge da postanu autentičniji, što pretpostavlja otvorenost na promjenu i nesigurnost, a ne zaštitnu distancu (Jaspers, 1932). Pickerovi principi emocionalnu podršku i adresiranje straha i anksioznosti identificiraju kao jednu od temeljnih dimenzija kvalitetne skrbi, čime potvrđuju da angažman s emocionalnom dimenzijom bolesti nije nadgradnja nego konstitutivni element medicinskog susreta.

I Jaspersova filozofija i Pickerovi principi upućuju na to da *autentični* odnos zdravstveni djelatnik-pacijent ima transformativni potencijal za obje strane (Doyle et al., 2013). “Egzistencijalna komunikacija”, o kojoj je govorio Jaspers, može voditi k dubljem samorazumijevanju obaju sudionika susreta; skrb koja je istinski responzivna na pacijentove potrebe i preferencije ne samo da poboljšava kliničke ishode nego može biti duboko smislena za zdravstvene djelatnike, vraćajući im osjećaj svrhe u radu. Jaspers opisuje taj susret kao iskustvo „transcendencije" (*Transzendenz*) – dimenziju koja nadilazi granice objektivnog znanja i vodi prema dubljem *razumijevanju* sebe i drugoga.

Oba pristupa stavljaju izazov dominantnom biomedicinskom modelu koji bolest reducira na biološki poremećaj i pacijenta na objekt intervencije. Biomedicinski model, premda neprocjenjiv za razumijevanje i liječenje fizičkih aspekata bolesti, sustavno zanemaruje širi kontekst u kojemu se bolest javlja: osobnu biografiju pacijenta, njegove vrijednosti i uvjerenja, socijalni kontekst i egzistencijalna pitanja koja bolest nužno potiče. Jaspersov pojam „obuhvatnog" (*das Umgreifende*) pruža filozofski okvir za transcendenciju tih ograničenja: stvarnost se ne može reducirati na ono što je empirijski objektivno spoznatljivo, jer objektivno znanje uvijek nastaje unutar šireg horizonta koji uključuje subjektivno iskustvo, vrijednosti i značenja.

U medicinskom kontekstu to znači da se bolest ne može adekvatno razumjeti samo kroz objektivan, znanstveni pogled, nego mora biti smještena u subjektivno iskustvo pacijenta i širi kontekst njegova života. Pickerov model – upravo kroz osam principa koji pokrivaju fizičke, emocionalne, relacijske i komunikacijske dimenzije iskustva – operacionalizira tu Jaspersovu perspektivu, ne odbacujući biomedicinsko znanje nego ga postavljajući u širi kontekst koji uključuje pacijenta kao cjelovitu osobu.

3.9.2 Prema integrativnom modelu zdravstvene skrbi

Sinteza Jaspersove egzistencijalne filozofije i Pickerovih principa nudi temelj za *integrativni model* zdravstvene skrbi koji nadilazi ograničenja kako tradicionalnog biomedicinskog modela tako i suvremenih pristupa koji su usmjereni na pacijenta, ali ponekad ostaju na razini pragmatičnih preporuka bez filozofskog utemeljenja. Integrativni model karakterizira pet međusobno uvjetovanih elemenata.

Holizam pretpostavlja prepoznavanje pacijenta kao cjelovite osobe čije iskustvo bolesti ne može biti reducirano na biološki poremećaj: skrb se odnosi na fizičke, psihološke, socijalne i egzistencijalne dimenzije iskustva u njihovoj međuovisnosti.

Dijaloški pristup naglašava da dijalog između zdravstvenog djelatnika i pacijenta nije samo instrument razmjene informacija nego temeljni modus konstituiranja odnosa: kroz autentičan dijalog obje strane mogu doći do dubljeg razumijevanja iskustva bolesti i razviti zajednički pristup suočavanju s njim.

Personalizacija podrazumijeva da je svaki pacijent jedinstvena osoba s jedinstvenom biografijom, vrijednostima i uvjerenjima: zdravstvena skrb koja to ignorira i na svakog pacijenta primjenjuje isti standardizirani protokol krši ono što Jaspers naziva ontološkom jedinstvenošću egzistencije.

Refleksivnost ističe važnost redovite refleksije za obje strane susreta – bez nje liječnik može nesvjesno padati u redukcionizam i projicirati vlastite pretpostavke umjesto stvarnog slušanja.

Transformativni potencijal konačno prepoznaje da iskustvo bolesti, kako za pacijenta tako i za zdravstvenog djelatnika, može biti prilike za dublje samorazumijevanje i osobni rast – što ne znači romantiziranje patnje, nego prepoznavanje egzistencijalne dimenzije svakog medicinskog susreta.

Implementacija takvog integrativnog modela zahtijeva promjene u obrazovanju zdravstvenih djelatnika, dizajnu zdravstvenih ustanova, organizaciji zdravstvenih timova te u sustavima mjerenja I evaluacije kvalitete skrbi. Ti izazovi nisu trivijalni – upravo ih stoga valja razmotriti sustavno.

3.9.3 Metodologija za edukaciju zdravstvenih djelatnika

Uočavanje izazova implementacije zahtijeva značajne promjene u načinu na koji educiramo i treniramo zdravstvene djelatnike. Jaspers ističe da medicinski susret nije samo „tehnički događaj" nego inherentno „komunikativni događaj" u kojemu se ne susreću samo „liječnik" i „bolest", nego dvije osobe u njihovoj egzistencijalnoj konkretnosti. Ta vizija je upravo pronašla suvremeno utjelovljenje u radu Harveyja Pickera i instituta koji nose njegovo ime, gdje je na pacijenta usmjerena skrb konceptualizirana ne kao puka dodatna vrijednost, nego kao temeljni etički i profesionalni imperativ suvremene medicine. Što bi bilo potrebno, odnosno koje su metodološke opcije potrebne za razvijanje kompetencija autentične komunikacije u na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi?

Njegovanje refleksivne prakse. Zdravstveni djelatnici mogu produbiti razumijevanje egzistencijalnih dimenzija bolesti kroz redovitu refleksiju o susretima s pacijentima. Teorijsku osnovu te pedagoške metode postavio je Donald Schön, koji razlikuje „refleksiju-u-akciji" (*reflection-in-action*) – svjesnu prilagodbu prakse u tijeku situacije – i „refleksiju-o-akciji" (*reflection-on-action*) – naknadno promišljanje s ciljem učenja i unaprjeđenja (Schön, 1983). Jaspersova distinkcija između objašnjavanja i razumijevanja (*Erklären-Verstehen*) ima duboke implikacije za takvu praksu: dok objašnjavanje traži kauzalne veze između patoloških procesa i simptoma, razumijevanje nastoji ući u unutarnji svijet pacijentovog iskustva i dohvatiti kako pacijent doživljava, interpretira i pridaje značenje svojoj bolesti.

Razumijevanje je uvijek djelomično i nesavršeno – postoje granice razumljivosti (*Verständlichkeit*) – ali je upravo napor razumijevanja ono što konstituira autentični medicinski susret. Refleksivna praksa omogućava zdravstvenim djelatnicima da osvijeste razliku između ova dva načina pristupa pacijentu i razviju kapacitet za prelaženje između njih.

Refleksivni "dnevnik" može postati prostor u kojemu zdravstveni djelatnik može dokumentirati konkretne situacije gdje je osjećao napetost između tehničkog objašnjavanja i hermeneutičkog razumijevanja, između rutinskih protokola i individualiziranog pristupa koji poštuje pacijentovu jedinstvenost. Kroz vremensku perspektivu "dnevnik" omogućava prepoznavanje obrazaca – trenutaka kada praktičar tipično pada u redukcionizam ili situaciju koji posebno izazivaju kapacitet za razumijevanje. Istraživanja Pickerovih instituta pokazuju da pacijenti često doživljavaju diskrepanciju između onoga što im je važno i onoga na što se zdravstveni sustav fokusira: pacijent s terminalnim karcinomom može biti prvenstveno zabrinut kako će njegova obitelj financijski preživjeti, dok se medicinski tim fokusira isključivo na kontrolu simptoma (Picker Institute Europe, 2011). Refleksivna praksa omogućava prepoznavanje takvih diskrepancija i prilagodbu.

Prostor za "narativnu medicine". "Narativna medicina", koja ističe važnost priče u medicinskom susretu, vrijedan je alat za razvijanje empatije i razumijevanja egzistencijalnih dimenzija bolesti. Rita Charon definira narativnu medicinu kao „klinički rad koji prepoznaje, apsorbira, interpretira i reagira na priče o bolesti" (Charon, 2006). Njen program na Sveučilištu Columbia pokazao je da studenti medicine koji prolaze obuku u narativnoj medicini razvijaju veću sposobnost refleksije, empatije i tolerancije prema neizvjesnosti – kompetencije izravno relevantne za Jaspersov ideal autentičnog medicinskog susreta.

Jaspersov koncept „biografijskog razumijevanja" (*biografisches Verstehen*) temeljna je pretpostavka "narativne medicine": psihološke i egzistencijalne fenomene možemo razumjeti samo onda kada ih situiramo u kontekst cjelokupnog životnog hoda osobe – njene prošlosti, sadašnjosti i anticipirane budućnosti. Kada pacijent „pripovijeda" svoju bolest, ne prenosi puke činjenice nego konstruira narativ koji povezuje tko je bio prije bolesti, tko je sada u bolesti i tko će biti s bolešću ili nakon nje. Jaspersova distinkcija različitih razina razumijevanja – od razumijevanja svakodnevnih emocionalnih reakcija do razumijevanja temeljnih egzistencijalnih stavova i „svjetonazora" (*Weltanschauung*) koji nosi osoba – otkriva zašto upravo "narativna medicina" doseže dublje razine nego standardizirani komunikacijski protokoli: primjerice, književna djela eksplicitno tematiziraju egzistencijalna pitanja na način kako pacijenti to rijetko čine u kliničkom kontekstu.

Kada zdravstveni djelatnik primjerice čita Tolstojevu „Smrt Ivana Iljiča", ne uči samo o psihološkim fazama umiranja nego ulazi u fenomenološki prostor gdje se smrt otkriva kao transformacija cjelokupnog egzistencijalnog odnosa prema životu – čineći sve što je prethodno izgledalo važnim iznenada sumnjivim.

Kroz studij povijesti medicine, studenti mogu razviti povijesnu svjesnost koja ih čini opreznijima prema naturaliziranju trenutne biomedicinske paradigme kao jedinog mogućeg načina razumijevanja bolesti. Integracija književnosti i umjetnosti – Jaspers je napisao opsežne studije o Strindbergu, Van Goghu i Nietzscheu (Jaspers, 1922) – omogućava pristup egzistencijalnim dimenzijama bolesti koje nisu uhvatljive znanstvenim diskursom i potiče upravo onu „egzistencijalnu komunikaciju" koja dotiče najdublje razine ljudskog postojanja

Istraživanje Beckmana i Frankela pokazalo je da liječnici u prosjeku prekidaju pacijentov narativ već nakon osamnaest sekundi da bi razgovor preusmjerili na medicinski relevantne činjenice – što pacijentima ne ostavlja prostor za izlaganje onoga što im je zapravo najvažnije (Beckman & Frankel, 1984). “Narativna medicina” uči zdravstvene djelatnike da je sam čin pozornog slušanja pacijentove priče terapeutski, jer pacijentu omogućava da reorganizira kaotično iskustvo bolesti u koherentan narativ koji može nositi značenje.

Nadovezujući se na problematiku fragmentacije skrbi razmatranu u kontekstu sistemskih izazova, narativna perspektiva otkriva da kontinuitet nije samo organizacijski problem koordinacije nego egzistencijalna potreba pacijenta da njegova priča bude kroz vrijeme poznata i praćena. Susret s uvijek novim zdravstvenim djelatnikom koji ne poznaje pacijentovu priču nanosi ono što se može nazvati „egzistencijalnom fragmentacijom" – prisilom da se iznova pripovijeda priča s osjećajem da se bitni dijelovi nisu čuli.

Supervizija i mentorstvo. Supervizija i mentorstvo od strane iskusnijih kolega mogu pružiti sigurni prostor za istraživanje izazova egzistencijalne komunikacije. Posebno je relevantan Balintov model grupne supervizije koji je Michael Balint razvio 1950-ih godina za liječnike opće prakse: Balintove grupe pružaju strukturirani prostor za istraživanje emocionalne dinamike liječnik-pacijent odnosa, a istraživanja potvrđuju njihov pozitivan učinak na empatiju, komunikacijske kompetencije i prevenciju sindroma sagorijevanja (Balint, 1957).

U tom smislu Jaspersova koncepcija “egzistencijalne komunikacije” pruža teorijski okvir za razumijevanje supervizije kao nečega što nadilazi puki tehnički nadzor: u supervizijskom odnosu mentor ne prenosi samo tehnička znanja nego modelira što znači biti autentičan u medicinskoj praksi – kako priznavati ograničenja, suočiti se s neizvjesnošću i dopustiti transformaciju kroz susret s drugim. Pritom je Jaspersov pojam “graničnih situacija” posebno relevantan: zdravstveni djelatnici redovito svjedoče graničnim situacijama svojih pacijenata, što ih neizbježno dovodi u dodir s vlastitim graničnim situacijama. Supervizija pruža prostor u kojemu se ta iskustva mogu obraditi – ne s ciljem da se granične situacije „riješe" (što je nemoguće), već da se nauči živjeti s njima na autentičan način koji ne upada niti u nihilizam niti u lažni optimizam.

Jaspers je razlikovao „tehničko znanje" (*technisches Wissen*) koje se može objektivizirati i prenijeti kroz formalno obrazovanje, od „životne mudrosti" (*Lebenserfahrung*) koja nastaje kroz akumulirano iskustvo suočavanja sa složenošću: mentorstvo je upravo prostor u kojemu se ta životna mudrost prenosi ne kroz apstraktne principe, nego kroz konkretne priče i modeliranje.

Istraživanja pokazuju da zdravstveni djelatnici koji participiraju u strukturiranim oblicima supervizije izvještavaju o značajno nižim razinama emocionalnog iscrpljenja i višim razinama zadovoljstva poslom (Shanafelt et al., 2015).

Suradnja i interdisciplinarni timovi. Suradnja između zdravstvenih djelatnika iz različitih disciplina može obogatiti razumijevanje egzistencijalnih dimenzija bolesti. Bio-psiho-socijalni model Georgea Engela (1977) pruža epistemološku osnovu za takav interdisciplinarni pristup: tjelesna bolest utječe na psihološko stanje; psihološko stanje utječe na tijek bolesti; socijalni kontekst oblikuje doživljaj bolesti i strategije suočavanja; a egzistencijalni stavovi određuju koje značenje pacijent pridaje svojoj situaciji. Jaspersov pojam „obuhvatnog" (*das Umgreifende*) – uveden ranije kao filozofski okvir za transcendenciju ograničenja biomedicinskog modela – pruža epistemološko opravdanje za interdisciplinarni pristup: svaka pojedinačna perspektiva hvata samo jedan aspekt stvarnosti i potpunije razumijevanje zahtijeva koordinaciju pluralnosti perspektiva. No, Jaspers upozorava na „totalnu pretenziju" (*Totalitätsanspruch*) – pretenziju bilo koje discipline da iscrpno objasni ljudsku egzistenciju – i zagovara epistemičku skromnost i otvorenost prema drugim perspektivama. Njegova je ideja „ljubavne borbe" (*liebender Kampf*) – autentični dijalog u kojemu različite perspektive mogu biti u napetosti, ali u kojemu je cilj uzajamno razumijevanje i zajednička istina, a ne pobjeda jedne perspektive nad drugom – može voditi funkcioniranje interdisciplinarnog tima.

U tim sastancima liječnik koji striktno slijedi biomedicinski model može naučiti od socijalnog radnika kako socio-ekonomski faktori fundamentalno oblikuju pacijentovo iskustvo bolesti; duhovnik može pomoći timu razumjeti kako pacijentova religijska uvjerenja nisu iracionalni dodatak nego konstitutivni element identiteta koji mora biti integriran u plan skrbi. Metaanalize učinkovitosti interdisciplinarnih timova u onkološkoj i palijativnoj skrbi pokazuju statistički značajno poboljšanje pacijentovog iskustva i kvalitete života u usporedbi s usko specijaliziranom skrbi (Higginson et al., 2003).

Iskustveno učenje. Jaspersova epistemologija razlikuje apstraktno znanje (*Wissen*) od živog razumijevanja (*Verstehen*): tako da se autentična kompetencija u egzistencijalnoj komunikaciji ne može steći samo čitanjem ili predavanjima, nego zahtijeva ponovljeno iskustvo susreta, refleksiju o tom iskustvu i postupno ugrađivanje naučenog u vlastiti način bivanja. Simulacijsko medicinsko obrazovanje, koje se od 1990-ih sustavno razvija kao pedagoška metoda, pruža upravo tu mogućnost: ponovljeno iskustvo susreta u sigurnom okruženju s neposrednim povratnim informacijama i mogućnošću ispravljanja pogrešaka bez posljedica za stvarne pacijente (McGaghie et al., 2011).

Pickerovi instituti kroz opsežna istraživanja pacijentovog iskustva identificirali su konkretne komunikacijske prakse koje pacijenti posebno vrednuju: uzimanje vremena za slušanje bez prekidanja, postavljanje otvorenih pitanja koja potiču izražavanje briga, provjera razumijevanja, prepoznavanje i potvrđivanje emocionalnih reakcija, pružanje informacija na razumljiv način. Svaka od tih praksi može biti vježbana kroz simulacije prije primjene u stvarnim kliničkim susretima (Picker Institute Europe, 2011).

Simulacije omogućavaju i ono što Jaspers naziva „promjenom perspektive" (*Perspektivenwechsel*): kada zdravstveni djelatnik preuzima ulogu pacijenta u simuliranom susretu, konkretno doživljava kako je biti na primajućoj strani medicinske moći – ranjiv, ovisan, u iščekivanju rezultata koji mogu promijeniti cijeli život. To iskustvo može biti transformativno jer razbija tendenciju da pacijent bude viđen kao objekt intervencije, a ne kao subjekt s vlastitom egzistencijalnom stvarnošću. Metoda „pitaj-reci-pitaj" (*ask-tell-ask*) – koja najprije pita pacijenta što zna i što želi znati, zatim pruža informacije prilagođene njegovim potrebama, a konačno provjerava razumijevanje – pružaju konkretnu potporu zdravstvenim djelatnicima koji se osjećaju nesigurno u komunikaciji o složenim i osjetljivim temama (Silverman et al., 2005).

3.9.4 Integracija “filozofije egziistencije” i humanističkih znanosti u medicinsku praksu

Jaspers, koji je svoju karijeru započeo kao psihijatar, predstavlja paradigmatski primjer potrebe za integracijom prirodnih i humanističkih znanosti u medicini. Njegovo djelo *Allgemeine Psychopathologie* (1913.) sustavno razlikuje metodologije *prirodnih* znanosti, primjerene za proučavanje objektivnih procesa u mozgu, od *hermeneutičkih* metodologija nužnih za razumijevanje subjektivnog iskustva.

Prema Jaspersu medicina je inherentno interdisciplinarna jer se bavi fenomenima koji zahtijevaju pluralnost metodologija: biomedicinske metode za razumijevanje patoloških procesa, fenomenološke za razumijevanje subjektivnog iskustva, hermeneutičke za razumijevanje značenja i egzistencijalno-filozofske za razumijevanje temeljnih pitanja ljudskog postojanja.

U djelu *Der Arzt im technischen Zeitalter* Jaspers upozorava na opasnost da medicina u eri tehnološkog napretka postane puka tehnologija – primjena protokola i procedura bez razumijevanja cjeline ljudske egzistencije. Prava medicina mora biti „filozofska medicina" – medicina koja kontinuirano reflektira o vlastitim temeljnim pretpostavkama i koja ne zaboravlja da njen konačni cilj nije samo produljenje života ili eliminacija simptoma, nego omogućavanje ***autentičnog*** ljudskog postojanja. Jaspersova kritika tehnologizirane medicine trebala bi pronaći odjek u suvremenim raspravama o dehumanizaciji medicine i potrebi za povratkom holističkog pristupa.

Jaspersova fenomenološka metoda, razvijena u *Allgemeine Psychopathologie*, pruža konkretne alate za proučavanje subjektivnog iskustva bolesti. Naime, Jaspers je razlikovao „objektivne simptome" koji se mogu objektivno izmjeriti i opservirati od „subjektivnih fenomena" dostupnih samo kroz pacijentovo svjedočanstvo o vlastitom doživljaju. Fenomenološka metoda zahtijeva „suspenziju presude" (*epoché*) o čemu je govrio E. Husserl – privremeno odgađanje teorijskih pretpostavki i dijagnoza kako bi se otvorili pacijentovom iskustvu u njegovoj neposrednosti. U medicinskom kontekstu to znači slušanje pacijenta bez prijevremene kategorizacije njegovih simptoma u unaprijed zadane dijagnostičke okvire – što nije puki metodološki zahvat nego egzistencijalni stav.

Integracija filozofske etike u medicinsko obrazovanje omogućava zdravstvenim djelatnicima da se nose s moralnom kompleksnošću kliničke prakse. Jaspers razlikuje različite etičke orijentacije – od univerzalnih moralnih principa do kontekstualno osjetljive etike situacije – i argumentira da medicinska praksa zahtijeva mudrost u primjeni etičkih principa na konkretne situacije. Tu njegova pozicija konvergira sa suvremenim pristupima bioetici koji ističu potrebu za etičkim rasuđivanjem osjetljivim na kontekst, a ne za pukim primjenom apstraktnih načela (Beauchamp & Childress, 2013).

ZAKLJUČAK

Istraživanje provedeno u ovoj disertaciji pokazalo je da filozofsko i empirijsko razumijevanje zdravlja, bolesti i zdravstvene skrbi nisu međusobno isključivi, nego komplementarni i nužno isprepleteni modusi spoznaje koji se uzajamno produbljuju i korigiraju. Pojmovna analiza temeljnih kategorija zdravlja i bolesti — od Boorseove biostatističke teorije i Nordenfeltova akcionaliznog modela do WHO-ove normativne definicije i Canguilhemove filozofije norme — razotkriva da nijedna definicija zdravlja nije *vrijednosno* neutralna. Svaki pokušaj da se zdravlje odredi isključivo putem bioloških parametara ili statističkih normi već pretpostavlja određene vrijednosne sudove o tome što je normalno, poželjno i čemu medicina kao institucija treba biti podređena. To prepoznavanje nije relativizam koji bi medicinska znanja svodio na puku ideologiju, nego poziv na epistemološku refleksivnost i transparentnost o normativnim pretpostavkama ugrađenim u kliničku praksu, zdravstvenu politiku i mjerenje kvalitete skrbi.

Jaspersova filozofija egzistencije pokazala se osobito plodnom heurističkom matricom za razumijevanje bolesti kao fundamentalne egzistencijalne situacije. Bolest, u ključu Jaspersove analize "graničnih situacija", nije tek biološki poremećaj koji zahtijeva tehničku korekciju, nego događaj koji radikalno mijenja čovjekov prostorno-vremenski odnos prema sebi, drugima i svijetu: sužava horizont budućnosti, tjelesnost pretvara iz transparentnog medija djelovanja u opresivno prisutan objekt, narušava identitarne strukture konstituirane kroz aktivnost i međuljudske odnose te postavlja pitanja smisla koja biomedicinska epistemologija po definiciji ne može adresirati. Jaspers je, polazeći od autobiografskog iskustva kroničnog bolesnika i profesionalnog iskustva psihijatra, artikulirao razlikovanje između objašnjavanja i razumijevanja — *Erklären* i *Verstehen* — kao temeljno metodološko razlikovanje koje definira granicu između prirodoznanstvenih i humanističkih aspekata medicinske spoznaje. To razlikovanje nije puka akademska distinkcija nego praktični imperativ: liječnik koji pacijenta samo "objašnjava", svodeći ga na kauzalni lanac patoloških procesa, propušta onu dimenziju medicinskog susreta bez koje iscjeljenje ostaje nepotpuno. Jaspers je u tom pogledu bio anticipator onoga što će suvremena filozofija medicine razviti kao *hermeneutički pristup* kliničkoj praksi.

Doprinos Harveyja Pickera i instituta koji nose njegovo ime pokazao se kao empirijska operacionalizacija intuicija koje je Jaspers artikulirao u filozofskom vokabularu.

Osam principa na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi — poštovanje vrijednosti i preferencija, koordinacija i integracija, informacija i komunikacija, fizička udobnost, emocionalna podrška, uključivanje obitelji, kontinuitet i tranzicija te pristup skrbi — nisu tek pragmatične preporuke za poboljšanje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga; oni su empirijskom metodom inducirani pokazatelji onih dimenzija medicinskog susreta koje pacijenti kao egzistencijalne osobe doživljavaju kao konstitutivne za smislenu skrb.

Istraživanje provedeno u sklopu ove disertacije, koje je anketom primijenjenom na uzorku od 100 ispitanika mjerilo dimenzije iskustva prema Pickerovim principima, potvrdilo je statistički značajne razlike u procjenama pojedinih dimenzija te konzistentne pozitivne korelacije među svim dimenzijama — što sugerira da pacijenti iskustvo zdravstvene skrbi doživljavaju u hodu (razvojno), a ne kao puki zbroj neovisnih segmenata. Posebno je znakovito da je dimenzija poštovanja pacijentovih vrijednosti iskazala visoke korelacije sa svim ostalim dimenzijama, što upućuje na njenu potencijalnu ulogu temeljnog čimbenika koji uvjetuje opću kvalitetu iskustva — nalaz koji je konzistentan s Jaspersovim isticanjem da prepoznavanje pacijenta kao egzistencije, a ne objekta, predstavlja ontološki preduvjet svakog autentičnog medicinskog susreta.

Pokazali smo da suodnos između Jaspersove filozofije i Pickerova modela nije tek formalna analogija niti naknadno konstruirani paralelizam; on počiva na zajedničkom antiredukcionističkom antropološkom uvidu. Obje perspektive odbijaju reducirati čovjeka koji boluje na nositelja patološkog procesa i inzistiraju da medicinska skrb mora odgovarati *cjelovitoj osobi* — tjelesnoj, psihološkoj, socijalnoj i egzistencijalnoj — a ne tek njezinim objektivno mjerljivim parametrima. Istovremeno, ni Jaspers ni Picker ne poništavaju tehničku dimenziju medicine: Jaspers inzistira na nužnosti temeljite somatske i psihopatološke izobrazbe kao preduvjeta liječničke djelatnosti, a Pickerovi instituti svoja istraživanja temelje na psihometrijski rigoroznoj metodologiji koja omogućava empirijsku verifikaciju i usporedive zaključke. Riječ je, dakle, o dopunjujućim, a ne supstitutivnim perspektivama: biomedicinska kompetencija i egzistencijalna osjetljivost nisu u napetosti, nego su konstitutivni elementi *integrativnog* modela zdravstvene skrbi koji nadilazi uska ograničenja dominantnog biomedicinskog redukcionalizma.

Empirijska istraživanja akumulirana u zadnjim desetljećima potvrđuju da iskustvo pacijenta nije u napetosti s kliničkim ishodima, nego s njima pozitivno korelira: pacijenti koji izvještavaju o boljem iskustvu skrbi bilježe statistički značajno niže stope rehospitalizacije, bolju adherenciju terapijskim preporukama i niže stope mortaliteta.

Ti nalazi demantiraju tezu da ulaganje u egzistencijalne i komunikacijske dimenzije medicinskog susreta dolazi na štetu tehničke učinkovitosti: Time retroaktivno potvrđuju teorijsku poziciju iz koje se ova disertacija razvijala: da su znanje i razumijevanje — *Erklären* i *Verstehen* — komplementarni, a ne kompetitivni modovi medicinske spoznaje, i da integracija obojeg nije luksuz humanistički orijentiranih medicinski filozofa nego preduvjet autentično kvalitetne skrbi.

Analiza izazova implementacije egzistencijalnog i na pacijenta usmjerenog pristupa otkrila je sustavne strukturne prepreke: vremensku ograničenost konzultacija, nedovoljnu edukaciju zdravstvenih djelatnika u komunikacijskim i hermeneutičkim kompetencijama, ekonomizaciju i birokratizaciju medicinskog sustava koja zdravstvene djelatnike odvlači od susreta s pacijentom prema administriranju, te rastuće tendencije digitalizacije i instrumentalizacije medicinske prakse. Jaspersova upozorenja o opasnosti da medicina postane puka tehnologija - formulirana 1950-ih i 1960-ih godina - pokazuju se proročki aktualnima u kontekstu algoritmizacije kliničkih odluka i sustavnog pritiska na smanjenje vremena potrebnog za ljudski susret. Jamačno, odgovor na te izazove ne može biti nostalgičan povratak pretehničkoj medicini niti paušalno odbijanje tehnološkog napretka, nego kritički osviještena integracija u kojoj se tehnička i egzistencijalna dimenzija medicine međusobno podupiru, a ne isključuju.

Naš zaključak nema ambiciju ponuditi dovršeni odgovor na pitanja koja je disertacija otvorila - takva ambicija bila bi u kontradikciji s temeljnom Jaspersovom spoznajom o nužnoj otvorenosti svakog autentičnog filozofiranja. No može artikulirati usmjerenje: medicina koja polazi od *cjelovite osobe*, koja prepoznaje bolest kao egzistencijalnu situaciju i ne reducira je na biološki kvar, koja u medicinskom susretu vidi ne samo tehničku intervenciju nego i komunikativni događaj konstitutivan za ono što je Jaspers nazvao "egzistencijalnom komunikacijom" - takva medicina nije samo humanija od redukcionističke nego je, sukladno empirijskim nalazima, i učinkovitija.

Zadatak koji se iz ove disertacije nameće pred medicinsko obrazovanje, zdravstvenu politiku i filozofiju medicine je poticaj na razvijanje metodologije i institucionalnih uvjeta koji tu integraciju ne ostavljaju na razini deklarativnih postulata, nego je operacionaliziraju u svakodnevnoj kliničkoj praksi - u edukacijskim kurikulumima koji jednaku težinu daju hermeneutičkim kompetencijama i biomedicinskim znanjima, u sustavima mjerenja kvalitete koji iskustvo pacijenta tretiraju kao jednako relevantan indikator uz kliničke ishode, te u organizacijskim oblicima medicinske prakse koji zdravstvenim djelatnicima ostavljaju prostor i vrijeme za autentičan susret s osobom koju liječe.

Treba konačno jesno prepoznati i ograničenja istraživanja u ovoj disertaciji. Naime, istraživanje je primarno teorijske naravi i oslanja se na komparativnu analizu tekstova; Empirijski dio rada ima ilustrativan karakter. Anketa je provedena u jednoj klinici, na prigodnom uzorku i bez demografskih podataka. Upitnik nije prethodno validiran, a fizička udobnost (uključujući bol) zahvaćena je samo jednim pitanjem. Rezultate stoga nije moguće poopćiti, a mogući su i učinak društveno poželjnih odgovora i opći „halo-učinak" zadovoljstva.Opsežnija empirijska validacija predloženog integrativnog modela u različitim kliničkim kontekstima bila bi vrijedan sljedeći korak, kroz kombinirane kvalitativne studije iskustva pacijenata i zdravstvenih djelatnika te kvantitativne studije koje ispituju odnos između "egzistencijalne komunikacije" i ishoda kao što su: zadovoljstvo pacijenata, kvaliteta života i klinički ishodi.

Istraživanje se nadalje fokusiralo pretežno na zapadnu filozofsku i medicinsku tradiciju. Ostaje otovorfeno pitanje kako se koncepti "egzistencijalne komunikacije" i skrbi usmjerene na pacijenta manifestiraju u različitim kulturnim, političkim i filozofskim tradicijama.

Osobito aktualno istraživačko pitanje otvara uloga novih tehnologija: telemedicina, elektronički zdravstveni zapisi i sustavi potpomognuti umjetnom inteligencijom mijenjaju uvjete medicinskog susreta na način koji Jaspers nije mogao predvidjeti. U kojoj mjeri digitalni oblici komunikacije mogu nositi ono što Jaspers smatra neophodnim uvjetom *autentičnog* susreta – tjelesnu prisutnost, neposrednost i uzajamnu ranjivost – ostaje ključno otvoreno pitanje čiji je odgovor relevantan i za filozofiju i za organizaciju zdravstvene skrbi.

U svakom slučaju u središtu i Jaspersove filozofije i Pickerovog pristupa stoji prepoznavanje da je svaka *ljudska osoba* – u svojoj ranjivosti, konačnosti i jedinstvenosti – nositelj *dostojanstva* koje zahtijeva *autentičan susret*, a ne samo tehničku intervenciju. Medicinska praksa koja tu dimenziju sustavno zanemaruje ne samo da propušta biti humanom; ona propušta biti i klinički učinkovitom, budući da empirijska istraživanja pokazuju da je iskustvo pacijenta – u kojemu je autentičnost odnosa ključna varijabla – statistički značajno povezano s kliničkim ishodima (Doyle et al., 2013).

Integracija filozofske dubine koja trajno poziva na *autentičnost* (komunikaciju) i empirijske utemeljenosti u razumijevanju medicinskog susreta ostaje ne samo intelektualni zadatak nego imperativ zravstvene prakse u jedne na pacijenta usmjerene zdravstvene skrbi.

LITERATURA

Abou Shoak, M. (2022). *Jaspers' Krankheit und die Arzt-Patienten-Beziehung*. Schwabe Verlag.

Ackerknecht, E. H. (1982). *A short history of medicine*. Johns Hopkins University Press.

Aristotel. (1992). *Nikomahova etika* (T. Ladan, prev.). Hrvatska sveučilišna naklada.

Arney, W. R., & Bergen, B. J. (1983). *Medicine and the management of living: Taming the last great beast*. University of Chicago Press.

Aronowitz, R. (2009). The converged experience of risk and disease. *Milbank Quarterly, 87*(2), 417–442.

Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the world system*. Praeger.

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical.

Balthasar, H. U. von. (1958). *Einsame Zwisprache: Martin Buber und das Christentum*. Hegner.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making: The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine, 366*(9), 780–781.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. izd.). Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8. izd.). Oxford University Press.

Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine, 101*(5), 692–696.

Begenau, J., Schubert, C., & Vogd, W. (Ur.). (2010). *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Kohlhammer.

Berwick, D. M. (2009). What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, *28*(4), 555–565.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, *118*(4), 293–302.

Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care: A perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, *358*(10), 1064–1071.

Bonanni, R. (1987). *Zur Genese von Jaspers' Kommunikationsbegriff*. Lang.

Bonanni, G. (2008). Zur Genese von Jaspers' Kommunikationsbegriff. u: E. Salamun-Hybašek & K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (str. 53–82).

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, *44*(4), 542–573.

Boorse, C. (1997). A rebuttal on health. In J. M. Humber & R. F. Almeder (Ur.), *What is disease?* (str. 1–134). Humana Press.

Bormuth, M. (2006). *Life conduct in modern times: Karl Jaspers and psychoanalysis*. Springer.

Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Insel-Verlag.

Burger, H. (1994). Komunikacija u filozofiji Karla Jaspersa. *Filozofska istraživanja*, *14*(2–3), 433–449.

Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *The Hastings Center Studies*, *1*(3), 77–87.

Canguilhem, G. (1989). *The normal and the pathological*. Zone Books.

Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.

Cassell, E. J. (1976). Disease as an 'it': Concepts of disease revealed by patients' presentation of symptoms. *Social Science & Medicine*, *10*(3–4), 143–146.

Cassell, E. J. (1985). *Talking with patients*. MIT Press.

Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.

Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2. izd.). Oxford University Press.

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, *286*(15), 1897–1902.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Charon, R., & DasGupta, S. (2011). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness* (2. izd.). Oxford University Press.

Charon, R. i sur. (2016). *The principles and practice of narrative medicine*. Oxford University Press.

Claudius, A. (2022–2023). *Jaspers verstehen: Die Philosophie Karl Jaspers' – eine Einführung in das Denken des Existenzphilosophen* (Bd. 1–2). Books on Demand.

Cleary, P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: Optimism and opposition. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 41*(4), 675–696.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Coulter, A., & Cleary, P. D. (2001). Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs*, *20*(3), 244–252.

Crompton, S. 2006. "Father of Modern Patient Care." *Times.* Published October 28.

Darbyshire, P. (1999). Nursing, art and science: Revisiting the two cultures. *International Journal of Nursing Practice*, *5*(3), 123–131.

Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A.-M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine, 20*(10), 953–957.

Deich, F. (1957). Was ist Gesundheit? Analyse eines Begriffes. *Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen*, *42*(18), 493–500.

Descartes, R. (1948). *Discours de la méthode* [s predgovorom K. Jaspersa]. [Mainz].

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: Cross sectional study in six European countries. *BMJ*, *325*(7362), 472–477.

Eisenberg, A. L. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *1*(1), 9–23.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136.

Engelhardt, D. von. (2016). Zur Typologie des Verstehens bei Karl Jaspers in ihrer Bedeutung für Medizin und Psychiatrie. U. K. Salamun, L. H. Meyer & E. Salamun-Hybašek (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (sv. 29, str. 11–46).

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, *9*(2), 100–103.

Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.

Fichte, J. G. (1966). *Wissenschaftslehre 1794*. Vittorio Klostermann.

Figley, C. R. (Ur.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. Brunner/Mazel.

Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Vintage Books.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, *376*(9756), 1923–1958.

Fuchs, T. (2007). Jaspers' Grenzsituationen in der Psychopathologie. U. K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl-Jaspers-Gesellschaft* (sv. 20, str. 45–58).

Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *12*(1), 75–104.

Fuchs, T., Breyer, T., & Mundt, C. (Ur.). (2014). *Karl Jaspers' philosophy and psychopathology*. Springer.

Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit: Aufsätze und Vorträge*. Suhrkamp.

Gadamer, H.-G. (1997). *Nasljeđe Europe*. Matica hrvatska.

Gäbler, B. (1990./91.). Karl Jaspers als Initiator des geisteswissenschaftlichen Denkens in der Psychiatrie. In E. Salamun-Hybašek & K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (sv. 3/4, str. 18–33).

Gens, J.-C. (2011). Krankheit als Symptom und Chiffre. In E. Salamun-Hybašek, K. Salamun & H. Stelzer (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (str. 41–55).

Gerteis, M., S. Edgman-Levitan, J. Daley, and T. L. Delbanco (eds.). 1993. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (Ur.). (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass.

Golubović, A. (2008). Recepcija Kierkegaarda u filozofiji Karla Jaspersa. *Obnovljeni život*, *63*(3), 257–266.

Golubović, A. (2013). Problem intuicije u filozofiji Karla Jaspersa. *Filozofska istraživanja*, *33*(3), 519–530.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.

Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books.

Habermas, J. (1973). Die Gestalten der Wahrheit. In H. Saner (Ur.), *Karl Jaspers in der Diskussion* (str. 397). Piper.

Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns* (2 Bde.). Suhrkamp.

Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, *36*(6), 568–574.

Hays, R. D., Shaul, J. A., Williams, V. S., Lubalin, J. S., Harris-Kojetin, L. D., Sweeny, S. F., & Cleary, P. D. (1999). Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. *Medical Care*, *37*(3, Suppl.), MS22–MS31.

Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit* (11. Aufl.). Max Niemeyer Verlag.

Herth, F., & Weidmann, B. (2020). Mit der Krankheit leben – Karl Jaspers im Porträt. *Pneumologie*, *74*, 443–449.

Hesse, H. (1947). *Haus zum Frieden: Aufzeichnungen eines Herrn im Sanatorium*. Johannes-Presse.

Hesse, H. (1963). Haus zum Frieden: Aufzeichnungen eines Herrn im Sanatorium. U: G. Weiss (Ur.), *Albert Fraenkel: Arzt und Forscher* (str. 45–62).

Hevesi, D. (2008). "Harvey Picker, 92, Pioneer in Patient-Centered Care, Is Dead." *New York Times*. Published March 29.

Higginson, I. J., Finlay, I. G., Goodwin, D. M., Hood, K., Edwards, A. G. K., Cook, A., Douglas, H. R., & Normand, C. E. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, *25*(2), 150–168.

Hintenberger, G. (2025). *Digitale Ansätze in der psychosozialen und psychiatrischen Arbeit*. Psychiatrie Verlag.

Hoffmann, K. (1957). Die Grundbegriffe der Philosophie von Karl Jaspers. In P. A. Schilpp (Ur.), *Karl Jaspers* (str. 82). Kohlhammer.

Howie, J. G. R. i sur. (1999). Quality at general practice consultations: Cross sectional survey. *BMJ*, *319*(7212), 738–743.

Huber, M. i sur. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*, d4163.

Husserl, E. (1983). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: First book* (F. Kersten, prev.). Martinus Nijhoff.

Illich, I. (1975). *Limits to medicine: Medical nemesis: The expropriation of health*. Calder & Boyars.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.

Irving, G. i sur. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, *7*(10), e017902.

Issenberg, S. B. i sur. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Education*, *39*(1), 10–28.

Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Julius Springer. [Cit. izd.: 8. Aufl. Springer, 1965.]

Jaspers, K. (1919). *Psychologie der Weltanschauungen*. Julius Springer.

Jaspers, K. (1922). *Strindberg und Van Gogh: Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin*. Ernst Bircher.

Jaspers, K. (1931). *Die geistige Situation der Zeit*. Walter de Gruyter.

Jaspers, K. (1932). *Philosophie* (3 Bde.). Julius Springer. [Cit. izd.: 4. Aufl. Springer, 1973.]

Jaspers, K. (1935). *Vernunft und Existenz*. Wolters.

Jaspers, K. (1936). *Nietzsche: Einführung in das Verständnis seines Philosophierens*. Walter de Gruyter.

Jaspers, K. (1938). *Existenzphilosophie: Drei Vorlesungen*. Walter de Gruyter. [Prijevod: *Filozofija egzistencije; Uvod u filozofiju*. Nolit, Beograd, 1967.]

Jaspers, K. (1946). *Die Idee der Universität*. Springer.

Jaspers, K. (1947). *Von der Wahrheit: Philosophische Logik* (Bd. I). Piper.

Jaspers, K. (1948). *Der philosophische Glaube*. Piper.

Jaspers, K. (1950). *Einführung in die Philosophie: Zwölf Radiovorträge*. Artemis. [Prijevod: *Filozofija egzistencije; Uvod u filozofiju*. Nolit, Beograd, 1967.]

Jaspers, K. (1951a). *Rechenschaft und Ausblick: Reden und Aufsätze*. Piper.

Jaspers, K. (1951b). *Über die Bedingungen und Möglichkeiten eines neuen Humanismus*. Reclam.

Jaspers, K. (1951c). Einsamkeit. In K. Jaspers, *Rechenschaft und Ausblick* (str. 11–25). Piper.

Jaspers, K. (1953). Die Idee des Arztes. In K. Jaspers, *Rechenschaft und Ausblick* (str. 7–20). Piper.

Jaspers, K. (1956). *Descartes und die Philosophie*. Walter de Gruyter.

Jaspers, K. (1957a). Antwort. In P. A. Schilpp (Ur.), *Karl Jaspers* (str. 793–795). W. Kohlhammer Verlag.

Jaspers, K. (1957b). Philosophische Autobiographie. In P. A. Schilpp (Ur.), *Karl Jaspers* (str. 1–79). W. Kohlhammer Verlag.

Jaspers, K. (1958a). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. Piper.

Jaspers, K. (1959b). *Allgemeine Psychopathologie* (7. Aufl.). Springer.

Jaspers, K. (1959c). Zur Kritik der Psychoanalyse. In K. Jaspers, *Rechenschaft und Ausblick* (str. 59–67). Piper.

Jaspers, K. (1960a). *Vernunft und Existenz: Fünf Vorlesungen*. Piper.

Jaspers, K. (1960b). Wahrheit und Wissenschaft. In K. Jaspers & A. Portmann, *Wahrheit und Wissenschaft: Naturforschung und Humanismus. Akademische Reden* (str. 5–25). Piper.

Jaspers, K. (1962). *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung*. Piper.

Jaspers, K. (1963a). *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Springer. [Sadrži: Heimweh und Verbrechen (str. 1–84); Eifersuchtswahn (str. 85–141); Die Trugwahrnehmungen (str. 252–313); Die phänomenologische Forschungsrichtung (str. 314–328); Kausale und verständliche Zusammenhänge (str. 329–412).]

Jaspers, K. (1963b). *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*. Piper.

Jaspers, K. (1968a). *Schicksal und Wille: Autobiographische Schriften* (H. Saner, Ur.). Piper. [Sadrži: Ein Selbstporträt (1966/67) (str. 15–38); Elternhaus und Kindheit (str. 39–83); Krankheitsgeschichte (1938) (str. 109–142).]

Jaspers, K. (1968b). *Aneignung und Polemik: Gesammelte Reden und Aufsätze zur Geschichte der Philosophie*. Piper.

Jaspers, K. (1969). *Provokationen: Gespräche und Interviews*. Piper.

Jaspers, K. (1973). *Philosophie* (3 Bde., 4. Aufl.). Springer. (Izvorno djelo objavljeno 1932.) [Srp. prijevod: *Filozofija*. Sremski Karlovci, 1989.]

Jaspers, K. (1974). *Kleine Schule des philosophischen Denkens*. Piper.

Jaspers, K. (1977). *Philosophische Autobiographie*. Piper.

Jaspers, K. (1983a). Die Idee des Arztes. In K. Jaspers, *Wahrheit und Bewährung: Philosophieren für die Praxis* (str. 47–58). Piper.

Jaspers, K. (1984). *Philosophische Autobiographie* (erw. Neuausg.). Piper.

Jaspers, K. (1988). *Max Weber – Politiker, Forscher, Philosoph*. Piper.

Jaspers, K. (1990). *Vernunft und Widervernunft in unserer Zeit: Drei Vorlesungen* (3. Aufl.). Piper.

Jaspers, K. (1996a). Einsamkeit. In H. Saner (Ur.), *Das Wagnis der Freiheit: Gesammelte Aufsätze zur Philosophie* (str. 11–30). Piper.

Jaspers, K. (1996b). Studium 1901–1907. Teil 1. Autobiographische Schrift. In E. Salamun-Hybašek & K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (str. 9–45).

Jaspers, K. (1996c). *Was ist Philosophie? Ein Lesebuch* (2. Aufl.). dtv.

Jaspers, K. (1997). Studium 1901–1907. Teil 2. Autobiographische Schrift. In E. Salamun-Hybašek & K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (str. 7–53).

Jaspers, K. (1999). *Der Arzt im technischen Zeitalter: Technik und Medizin; Arzt und Patient; Kritik der Psychotherapie* (2. Aufl.). Piper. [Sadrži: Die Idee des Arztes (str. 7–18); Arzt und Patient (str. 19–38); Der Arzt im technischen Zeitalter (str. 39–58).]

Jaspers, K. (2003). *Was ist der Mensch? Philosophisches Denken für alle*. Piper.

Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, *360*(14), 1418–1428.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, *11*(4), 335–339.

Kaiser Family Foundation. (2019). "The Real Cost of Health Care: Interactive Calculator Estimates Both Direct and Hidden Household Spending." Published February 21.

Kemp, E. C. i sur. (2008). Improving and sustaining a teach-back intervention programme: This is not a one-time event. *Health Education Journal*, *67*(4), 288–296.

Kierkegaard, S. (1980). *The concept of anxiety: A simple psychologically orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin* (R. Thomte, prev. i ur.). Princeton University Press.

Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2008). Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of Family Medicine*, *6*(2), 138–145.

Kleinman, A. (1986). Illness meanings and illness behaviour. In S. McHugh & T. M. Vallis (Ur.), *Illness behavior: A multidisciplinary model* (str. 149–160). Plenum Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Kohler, S. (1994). "Case 83: Picker Institute." In *Casebook for the Foundation of a Great American Secret: How Private Wealth Is Changing the World,* edited by J. L. Fleishman, J. S. Kohler, and S. Schindler, 238-39. New York: PublicAfifairs.

Koller, M. (1975). *Der Arzt gegenüber der Ganzheit des Patienten: Mittragende Persönlichkeit oder Kurpfuscher der Seele?* [Inaugural-Dissertation, Universität Zürich].

Koprek, I. (1986). Između i preko – potrage za identitetom i humanizmom: Aktualnost filozofiranja K. Jaspersa. *Obnovljeni život*, *41*(5), 383–391.

Koprek, I. (1988). *Ethos und Methodos des Philosophierens: Die moderne Orientierungskrise und ihre Therapie im Denken von Karl Jaspers*. EOS Verlag.

Koprek, I. (1990). Filosofia de Jaspers. *Broteria (Cultura e informação)*, 104–110.

Kühn, H. (1993). *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Edition Sigma.

Kurtz, S. M. i sur. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*, *78*(8), 802–809.

Kusić, A. (1958). *Filozofsko-kršćanska problematika kod Karla Jaspersa* [Doktorska dizertacija]. Katolički bogoslovni fakultet.

Lanzerath, D. (1997). Krankheit und Gesundheit: Eine philosophische Annäherung an zwei Grundkategorien menschlichen Daseins. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, *2*, 253–276.

Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.

Leonardi, F. (2018). The definition of health: Towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, *48*(4), 735–748.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, *101*(2), 141–148.

Lock, M. M., & Nguyen, V.-K. (2018). *An anthropology of biomedicine*. John Wiley & Sons.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(1), 1–7.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage.

Lütz, M. (2015). *Užitak života: Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa*. Verbum.

Mandryshchuk, L. "Karl Jaspers' Critique of Existentialism: Philosophy of Existence and Existentialism". *Filosofska Dumka*, 4 (2023), 125–137.

Marmot, M., & Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. *International Journal of Health Services*, *18*(4), 659–674.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (Ur.). (2005). *Social determinants of health* (2. izd.). WHO Regional Office for Europe.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, *2*(2), 99–113.

May, E. (1956). *Heilen und Denken* (str. 141–143). [bez nakladnika].

McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, *86*(6), 706–711.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, *51*(7), 1087–1110.

Montgomery, K. (2006). *How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press.

Mundt, C. (2014). Jaspers' concept of 'limit situation': Extensions and therapeutic applications. In T. Fuchs, T. Breyer & C. Mundt (Ur.), *Karl Jaspers' philosophy and psychopathology* (str. 169–178). Springer.

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison and Sons.

Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.

Nordenfelt, L. (1993). Concepts of health and their consequences for health care. *Theoretical Medicine*, *14*(4), 277–285.

Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health: An action-theoretic approach*. Kluwer Academic Publishers.

Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *10*(1), 5–10.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267.

Nutton, V., Conrad, L. I., & Neve, M. (1995). *The western medical tradition: 800 BC to AD 1800*. Cambridge University Press.

Ofri, D. (2017). *What doctors feel: How emotions affect the practice of medicine*. Beacon Press.

Oslić, J. (2014). Karl Jaspers o odnosu filozofije i znanosti. *Obnovljeni život*, *69*(2), 165–176.

Palm, K., Schmitz, S., & Mangelsdorf, M. (2013). Embodiment and ecosocial theory – interview with Nancy Krieger. *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*, *19*(2), 109–120.

Papanicolas, I., J. F. Figueroa, E. J. Orav, and A. K. Jha. (2017). "Patient Hospital Experience Improved Modestly, but No Evidence Medicare Incentives Promoted Meaningful Gains." *Health Affairs* 36 (1): 133—40.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.

Pavić, Ž. (2010). Karl Jaspers – mislilac savjesti i odgovornosti. *Filozofska istraživanja*, *30*(3), 441–459.

Pejović, D. (1970). Egzistencijalna komunikacija kod Karla Jaspersa. *Praxis*, *7*(1–2), 61–75.

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1988). *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*. Oxford University Press.

Picker Institute. (1987). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass.

Picker, H., & Hasko, A. (1993). *Patient-focused care: A model for restructuring healthcare*. Picker Institute.

Picker Institute Europe. (2009). *Using patient feedback*. Picker Institute Europe.

Picker Institute Europe. (2011a). *Patient-centered care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers*. Picker Institute Europe.

Picker Institute Europe. (2011b). *The Picker principles of person-centred care*. Picker Institute Europe.

Porter, R. (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. HarperCollins.

Proust, M. (2004). *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit* [njem. prijevod]. Suhrkamp.

Rando, T. A. (1986). *Loss and anticipatory grief*. Lexington Books.

Richards, N., & Coulter, A. (2007). *Is the NHS becoming more patient-centred? Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002–07*. Picker Institute Europe.

Risse, G. B. (1999). *Mending bodies, saving souls: A history of hospitals*. Oxford University Press.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Rose, N. (2007). Beyond medicalization. *The Lancet*, *369*, 700–702.

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, *73*(4), 433–450.

Saile, W. (2025). *„Das Sein zum Tode" oder „Die Krankheit zum Tode": Ende der Wissenschaft, Anfang der Religion?* [Hamburg].

Saner, H. (1970). *Karl Jaspers: Mit Selbstzeugnissen und Bilddokumenten*. Rowohlt.

Saner, H. (1974). Sterben können. In K. Piper & H. Saner (Ur.), *Erinnerungen an Karl Jaspers* (str. 317–326). Piper.

Saner, H. (1988). Zur Dialektik von Einsamkeit und Kommunikation bei Karl Jaspers. In E. Salamun-Hybašek & K. Salamun (Ur.), *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers-Gesellschaft* (str. 53–67).

Saner, H. (Ur.). (1996). *Das Wagnis der Freiheit: Gesammelte Aufsätze zur Philosophie*. Piper.

Saracci, R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ*, *314*, 1409.

Satoshi, I. (2023). *Jaspers' Konzept des liebenden Kampfes: Untersucht anhand der Konzepte des Kampfes, der Liebe, der Existenz, der Wahrheit und der Kommunikation* [Dissertation, Universität Basel].

Schillinger, D. i sur. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine, 163*(1), 83–90.

Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness: A systematic review and concept analysis. *PLoS ONE, 9*(9), e107828.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Schrey, H.-H. (1970). *Dialogisches Denken*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Seifert, J. (2002). What is human health? Towards understanding its personalist dimensions. In P. Taboada, K. Fedoryka Cuddeback & P. Donohue-White (Ur.), *Person, society and value: Towards a personalist concept of health* (str. 97–121). Kluwer Academic Publishers.

Sekhar, S. (2009). "Family Health Spending to Rise Rapidly." Center for American Progress. Published September 15.

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings, 90*(12), 1600–1613.

Sharf, B. F., & Vanderford, M. L. (2003). Illness narratives and the social construction of health. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Ur.), *Handbook of health communication* (str. 9–34). Lawrence Erlbaum Associates.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2. izd.). Guilford Press.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2. izd.). Radcliffe Publishing.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3. izd.). Radcliffe Publishing.

Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (2. izd.). Radcliffe Medical Press.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2014). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (3. izd.). Radcliffe Publishing.

Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. Analytic Press.

Sutlić, V. (1987). Karl Jaspers i filozofija egzistencije. *Filozofska istraživanja*, *20*(1), 3–18.

Svenaeus, F. (2000). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Kluwer Academic Publishers.

Szasz, T. S. (1982). *Proizvodnja ludila: Usporedno proučavanje inkvizicije i pokreta za brigu o duševnom zdravlju*. GZH.

Theunissen, M. (1982). Die Kommunikationserhellung von Karl Jaspers zwischen Transzendentalphilosophie und Philosophie des Dialogs. In M. Theunissen, *Der Andere: Studien zur Soziologie der Gegenwart* (2. izd., str. 477). Walter de Gruyter.

Tićac, I. (2017). Kritika 'kulta zdravlja' iz hermeneutičko-etičkog motrišta. *Obnovljeni život*, *72*(4), 429–442.

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

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 678–690.

Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, *224*(4647), 420–421.

van Dulmen, S. (2003). Patient-centredness. *Patient Education and Counseling*, *51*(3), 195–196.

Waitzkin, H. (1991). *The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems*. Yale University Press.

Waldram, J. B. (2022). 'Backing weakness:' Conceptualizations of Q'eqchi' women's vulnerability in Belize. *Medical Anthropology*, *41*(5), 532–545.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Churchill Livingstone.

Wear, A. (Ur.). (1992). *Medicine in society: Historical essays*. Cambridge University Press.

Weidmann, B. (Ed.). (2004). *Existenz in Kommunikation: zur philosophischen Ethik von Karl Jaspers*. Königshausen & Neumann.

Welie, J. V. M., & Ten Have, H. A. M. J. (2014). The ethics of forgoing life-sustaining treatment: Theoretical considerations and clinical decision making. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, *9*(1), 14.

West, C. P. i sur. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *388*(10057), 2272–2281.

Wiggins, O. P., & Schwartz, M. A. (2013). Philosophia and psychiatria: The philosophical contributions of Karl Jaspers to psychiatry and medicine. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Ur.), *Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (str. 1091–1104). Oxford University Press.

Will, H. (1987). Fetisch Gesundheit. *Kursbuch*, *88*, 7–22.

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization: Principles*. WHO.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. International Health Conference.

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. WHO Press.

Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine, 169/2004, 37/2008.

Zaner, R. M. (1988). *Ethics and the clinical encounter*. Prentice Hall.

Zimmermann, S. (2001). *Jaspersov egzistencijalizam*. HAZU-KBF Zagreb.

KRATKA BIOGRAFIJA I BIBLIOGRAFIJA K. JASPERSA:

1883. - 23. veljače: rođendan Karla Theodora Jaspersa kao prvog od troje djece Karla Wilhelma i Henriete Jaspers, rođ. Tantzen, u Oldenburgu

1885. - rođenje sestre Erne

1889. - rođenje brata Enna

1892.-1901. - upisao je „Humanistisches Gymnasium“ u Oldenburgu

1901. Položio maturu. Susret s liječnikom dr. Albertom Fraenkelom u Badenweileru. Diagnoza bolesti: „Bronchiektasen mit sekundärer Herzinsuffizienz“…

1901./02. - Heidelberg: Studij prava

1902. - München: studij prava. Tečaj grafologije kod Ludwiga Klagesa März/April: - 7-tjedni put u Italiju: Milano, Đenova, Rim, Firenca, Venecija i Verona; odluka da se prebaci na studij medicine

1902./03. - Berlin: Studij medicine

1903.-06. - Göttingen: Studij medicine – Heidelberg: dovšeni studij medicine i diploma

1907. - upoznaje Gertrudu Mayer – buduću suprugu preko njezina brata Ernsta

1907./08. - položio državni ispit

1908. - Promocija u doktora medicine s disertacijom „Heimweh und Verbrechen“

1909. - Zaposlio se kao liječnik, prvi susret s Maxom Weberom

1909./15. - asistent – volonter na Heidelberger Psychiatrischen Klinik

1910. - sklopio brak s Gertrudom Mayer – počinje se javljati kao pisac o temama iz psihijatrije (osoba, demencija…)

1911. - dobio zamolbu Springer Verlaga da napiše udžbenik iz psihopatologije

1913. - habilitacija kod Wilhelma Windelbanda za psihologiju – „Opća psihopatologija“; Naputak za studente, liječnike i psihologe. Piše o šizofreniji - Dementia praecox

1916. - postaje izvaredni profesor za psihologiju u Heidelbergu

1919 - objavio djelo „Psychologie der Weltanschauungen“

1920. - postaje izvaredni profesor filozofije u Heidelberga (naslijedio je Hansa Driescha); smrt Maxa Webera

1921. - odbija poziv na sveučilište u Kielu; postaje ordinarij za filozofiju u Heidelbergu; poznati govor o Maxu Weberu; postaje počasni član društva za psihologiju i neurologiju u Nizozemskoj

1922. - postaje redoviti profesor filozofije u Heidelbergu (naslijedio je Heinricha Maiera); postaje dopisni član društva za primjenjenu psihopatologiju i psihologiju u Beču. Piše raspravu o Strindbergu i van Goghu; piše patografsku analizu o Swedenborgu i Hölderlinu

1923. - objavljuje djelo: Die Idee der Universität

1928. - odbija poziv na sveučilište u Bonn

1929. - pod njegovim vodstvom promovira Hannah Arendt u dobi od 23 godine

1931. - bratova smrt (počinio je suizid!); objavljeuje djelo: Die geistige Situation der Zeit

1932. - objavljuje djelo: Philosophie u 3 sveska: I. Philosophische Weltorientierung; II. Existenzerhellung; III. Metaphysik

1933. - isključen iz uprave sveučilišta u Heidelbergu

1935. - objavljuje djelo: Vernunft und Existenz. Fünf Vorlesungen

1936. - objavio djelo: Nietzsche. Einführung in das Verständnis seines Philosophierens

1937. – od nacista dobiva otkaz na sveučilištu, objavljuje djelo: Descartes und die Philosophie

1938. - zabranjeno mu je objavljivanje. Piše djelo: Existenzphilosophie. Drei Vorlesungen

1939. - dobiva poziv na sveučilište u Parizu (poziv odbija!)

1940. - umire mu otac

1941. - umire mu majka

1941./42. - pozvan na sveučilište u Baselu – poziv ne prihvaća jer mu supruga dobiva zabranu putovanja

1945. - pozvan je za senatora Sveučilišta u Heidelbergu

1945./49. - surdnik u mjesečniku „Die Wandlung“

1946. - objavio 4. - dopunjeno - izdanje „Allgemeine Psychopathologie“. Objavljuje djela: Die Schuldfrage; Die Idee der Universität; Nietzsche und das Christentum

1947. - rasprava s Georgom Lukácsom. Dobiva nagradu (Goethepreis!) grada Frankfurta. Dobiva počasni dokorat sveučilišta u Lausanne; objavljuje djelo: Von der Wahrheit: Philosophische Logik (1. sv.)

1948. - prihvaća poziv sveučilišta u Bazelu da naslijedi Paula Häberlina; objavljuje djelo: Der philosophische Glaube

1949. - objavljuje djelo: Vom Ursprung und Ziel der Geschichte

1950. - objavljuje djela: Einführung in die Philosophie i Vernunft und Widervernunft in unserer Zeit

1951. - objavljuje djelo: Rechenschaft und Ausblick: Reden und Aufsätze

1953. - dobiva počasni doktorat sveučilišta u Heidelbergu; postaje počasni član društva neurologa i psihijatara u Njemačkoj, počasni član društva liječnika i psihoterapeuta u Beču; objavljuje djelo: Leonardo als Philosoph

1954. - objavljuje djelo: Die Frage der Entmythologisierung

1955. - objavljuje djelo: Schelling. Größe und Verhängnis

1957. - objavljuje djelo: Die großen Philosophen (1. sv.)

1958. - postaje počasni njemačke akademije za jezikoslovlje i pjesništvao u Darmstadtu: postaje počasni član „American Academy of Arts and Sciences“ u Bostonu. Objaljuje djelo: Die Atombombe und die Zukunft des Menschen

1959. - nagrada „Erasmuspreis“ nizozemske zaklade Erasmianum; počasni doktorat sveučilišta u Parizu i Ženevi

1960. - obajvljuje djelo: Freiheit und Wiedervereinigung. Über Aufgaben deutscher Politik

1961. - postaje prof. emeritus

1962. - dobiva počasni doktorat sveučilišta u Bazelu. Objaljuje djelo: Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung

1963. - dobiva nagradu Oldenburg zaklade; postaje počasni građanin grada Oldenburga; počasni član društva za fornezičnu medicinu grada Madrida; odbija medalju Bundesrepublik Deutschland

1964. - postaje počasni član Royal Medico-Psychological Association u Londonu. Postaje član Académie Royale Belgien; počasni član akademije iz Atene. Objaljuje djelo: Nicolaus Cusanus

1965. - dobiva međunarodnu nagradu za mir „Lüttich“; objavljuje djela: Kleine Schule des philosophischen Denkens; Hoffnung und Sorge. Schriften zur deutschen Politik 1945-1965

1966. - postaje počasni član „American Psychopathological Association“. Objavljuje djelo: Wohin treibt die Bundesrepublik? Tatsachen, Gefahren, Chancen

1967. - dobiva švicarsko državljanstvo i odriče se njemačke putovnice. Objavljuje djela: Antwort. Zur Kritik meiner Schrift 'Wohin treibt die Bundesrepublik?'; Schicksal und Wille: Autobiographische Schriften; Philosophische Aufsätze

1968. - objavljuje djelo: Aneignung und Polemik: Gesammelte Reden und Aufsätze zur Geschichte der Philosophie

1969. - umire 26. veljače. Objavio je djelo: Provokationen - Gespräche und Interviews