

Natursyn og grensedragninger: et filosofisk blikk på medisinsk overaktivitet

Michael 2025; 22: 201–211.

doi: 10.56175/Michael.12615

Hvor går grensen mellom god medisin og medisinsk aktivitet som går for langt? Denne artikkelen undersøker medisinsk overaktivitet i lys av et idéhistorisk skifte: fra et syn på naturen – og kroppen – som en levende helhet, til et syn på kroppen som en maskin. Filosofen Hans Jonas' tenkning løftes frem som et alternativ. Han forsøker å vise hva det innebærer at leggekunstens gjenstand – kroppen – er en levende organisme. Blant annet bør døden aksepteres som en del av livet.

I diktet *An Anatomy of the World* fra 1611 sidestiller John Donne (1572–1631) en syk og døende kvinnekropp med en syk og døende verden. Diktet uttrykker en gru og fortvilelse som lå i tiden. Donne levde midt i overgangen fra et organisk til et mekanistisk natursyn. I det gamle bildet var naturen et levende, pulserende kosmos. Den nye naturvitenskapen omgjorde naturen til en livløs ting. «She, she is dead; she is dead», skriver Donne (Merchant 1980, s. 129).

I denne artikkelen vil jeg sette dette motivet i sammenheng med fenomenet medisinsk overaktivitet. Med medisinsk overaktivitet mener jeg medisinsk forskning, utredning eller diagnostisering og behandling som går over grensene for god og velbegrunnet medisinsk aktivitet. Ideen jeg knytter til Donnes dikt, er at overgangen til et mekanistisk syn på den ytre naturen oppstår samtidig med et mekanistisk syn på menneskekroppen – den indre naturen. Og når menneskekroppen i større grad betraktes som et objekt for teknisk ingeniørkunst, oppheves tidligere anerkjente begrensninger for medisinsk aktivitet.

Først vil jeg gi en kort filosofisk undersøkelse av begrepet medisinsk overaktivitet. Deretter gir jeg en grundigere fremstilling av overgangen fra et organisk til et mekanistisk natursyn. Til slutt gjør jeg et forsøk på å trekke

noen grenser for medisinsk aktivitet med arbeidene til filosofen Hans Jonas (1903–1993).

Hvor går grensen?

Hvis begrepet om medisinsk overaktivitet skal gi mening, må det finnes en grense som skiller god og velbegrunnet medisinsk aktivitet fra overaktivitet. Grensen må skille «passe mye» fra «for mye», «hensiktsmessig» fra «uhensiktsmessig», eller simpelthen «god» fra «dårlig». Kanskje er det flere grenser. Kanskje er de uklare. «Du kan ikke se den grense under vann», sa Harald Heide-Steen jr. i rollen som russisk ubåtkaptein. Kanskje ser vi den heller ikke på land, eller på laben, fødestua, fastlegekontoret eller operasjonssalen.

For å sette grensen, trengs en definisjon av legekunstens formål. En enkel, aldrende definisjon er at formålet er å helbrede sykdom og skader, lindre smerter og fremfor alt ikke påføre skade, slik den hippokratiske ed sier. Men den normale medisinske aktiviteten i moderne samfunn går langt ut over denne minimale bestemmelsen. Leger og helsefagarbeidere arbeider ikke bare med å fjerne eller forminske oppståtte onder (sykdommer, skader og smerter). De utfører også kontroller og undersøkelser av (tilsynelatende) friske mennesker, spesielt barn, gravide og gamle; de vaksinerer; de utfører steriliseringer og aborter; de tilbyr kosmetisk kirurgi, og mer til.

Få vil si at alle tilfeller av disse aktivitetene bør regnes som medisinsk overaktivitet. Men flere mener at noen av eksemplene faller i den kategorien – som varianter av kosmetisk kirurgi. Etter mitt skjønn bør kosmetisk kirurgi på friske mennesker, som ikke har til hensikt å gjenopprette en skade på kroppen, regnes som medisinsk overaktivitet.

Jeg kan tenke meg to ulike begrunnelser for det: Man kan mene at aktiviteten ikke egentlig gagnar pasienten. Eller man kan mene at den ikke er bra for samfunnet. Eller begge deler.

For å belegge den første begrunnelsen kan man si at usunne skjønnhetsidealer, formidlet i videoer av opererte og filtrerte kroppar på ymse skjermer, samt press fra dem som tjener penger på den kosmetiske kirurgien, har skapt falske behov hos deler av befolkningen. De utsetter seg for unødvendig skade og risiko – og legene er villige til å utsette dem for det.

For å belegge den andre begrunnelsen kan man si at mye plastisk kirurgi er feil bruk av samfunnets ressurser. Leger med lang utdanning, gjerne finansiert av det offentlige, bør bruke sin faglige kyndighet på samfunnsviktige oppgaver – først og fremst å helbrede syke og skadde. Fremfor å forstørre bryster, lepper og rumpe, suge bort fett og glatte ut rynker, bør de bidra til å kutte ned på ventekøer, unødvendig lidelse, tapt arbeidskraft og i ytterste konsekvens tidlig død.

Basert på disse betraktningene kan vi trekke et generelt skille mellom to typer overaktivitet: Overaktivitet for pasienten selv og overaktivitet i et samfunnsperspektiv. I det ene tilfellet går aktiviteten over grensene for hva som er godt for individet. I det andre går aktiviteten over grensene for hva som er godt for samfunnet som helhet. Dette er en viktig grensedragningslinje for å forstå fenomenet overaktivitet.

En annen innfallsvinkel er å stille spørsmålet slik: Hva bestemmer grensen for medisinsk overaktivitet – er det naturen eller kulturen?

I praksis er grensen alltid delvis et kulturprodukt. For beslutningen om hvilke mennesker og medisinske problemer som skal prioriteres, må alltid tas av mennesker, eller eventuelt overlates til menneskeskapte institusjoner, som staten, rettsvesenet eller markedet. Det er vi mennesker – eller våre systemer – som må avgjøre hvilke aktiviteter som regnes som uhensiktsmessige, skadelige eller unødvendige – og som derfor ikke bør prioriteres når samfunnets ressurser fordeles.

Noen, som Hans Jonas, vil likevel si at legeskunstens mål og målestokk langt på vei er satt av naturen. Evolusjonen har frembragt menneskekroppen slik vi kjenner den. Fra naturens side har kroppen en viss fasong, definerte organer og visse motoriske muligheter og begrensninger. Vi kan ikke fly, ikke puste under vann, ikke se infrarødt lys, men vi kan vanligvis gå på to bein, gripe ting med hendene og lære abstrakt grammatikk, for å nevne noe. Kroppen vår har dessuten en begrenset livslengde, sjelden mer enn 100 år (Jonas 1997, s. 57–58). Er dette en definitiv grense for medisinsk aktivitet? Hit, men ikke lenger?

En innvending kan være at det er uhyre krevende å fastslå hva som er naturlig. Ikke bare det, noen vil si at fasttømrede ideer om menneskets natur er grunnleggende problematiske, fordi de alltid ender opp med å naturalisere oppfatninger som egentlig er kulturavhengige og historisk oppstått. Gjennom historien er forestillinger om naturgitte egenskaper blitt brukt til å undertrykke mennesker som avviker fra antatt naturlige målestokker – enten det er kvinner, fargede, funksjonshemmede, skeive eller andre minoriteter (Soper 1995, s. 6, 149). Betyr det at ideen om naturlige grenser for medisinsk aktivitet dermed bør oppgis fullstendig? Jeg kommer tilbake til det.

Det er ikke sikkert det bare er én grense for medisinsk overaktivitet. Det kan være flere grenser. For eksempel kan man tenke seg at det går ulike grenser innenfor medisinenes tre hovedområder: 1) forskning, 2) undersøkelse og diagnostisering, og 3) behandling.

På alle tre områdene kan man finne eksempler på relativt udiskutabel overaktivitet. Josef Mengeles (1911–1979) forsøk på tvillinger i Auschwitz

var langt over grensen på det første området. Full offentlig kartlegging av DNA for arvelige sykdommer hos alle borgerne av en stat er langt over grensen på område to. Og det å pøse på med cellegift for en kreftpasient i terminalfasen er over grensen på område tre. Men ofte er ikke tilfellene klare. Gråsonene er mange.

Jeg har formulert en tentativ forståelse av fenomenet medisinsk overaktivitet. Mitt forslag innebærer at medisinsk overaktivitet grunnleggende sett dreier seg om grensedragninger: Overaktivitet finner sted når visse grenser for god eller ønskelig medisinsk aktivitet overskrides. Jeg har foreløpig sagt lite om hvor jeg mener de bør gå. Det kommer jeg tilbake til i artikkelens siste del.

Før det vil jeg undersøke noen idéhistoriske grunner til at grensene for medisinsk overaktivitet er blitt vanskelige å identifisere.

Naturens død

Vestlige samfunn har gjennom historien endret sitt syn på naturen betraktelig. Endringer i natursyn kan være relevant for å forstå medisinsk overaktivitet i dag. Det er en stor fortelling jeg vil fortelle: Frem til slutten av middelalderen, på 1500- og 1600-tallet, var det mest utbredte synet på naturen at den var en levende helhet, lik en organisme. Vi finner variasjoner over dette synet i animismen til urfolk og jeger- og sankerkulturer. Vi finner det i Platons *Thimaios* og i Aristoteles' *Om himmelen*, og det gjorde seg gjeldende med ny kraft i renessansen.

Fra de greske og romerske stoikerne og helt frem til Leonardo da Vinci (1452–1519) løper en tradisjon for å betrakte naturen ikke bare som en organisme, men som lik en levende menneskekropp. Elvene var blodårer, morgenduggen svette, og havet et pumpende hjerte (Merchant 1980, s. 23–24). Naturforståelsen var holistisk. Det vil si at hvert landskap, hver art og hver organisme ble forstått som ledd i en levende helhet.

Da naturen ble oppfattet som levende, satte det grenser for menneskers utnyttelse og bruk. Respekten for naturen hadde to motstridende kilder. På den ene siden ble den oppfattet som menneskenes kilde. Den nærret oss, fostret oss, sørget for mat, drikke og ly. Ofte ble naturen fremstilt som en omsorgsfull kvinne, Moder jord. Forestillingene innbød til varsomhet, omsorg og nøkternhet.

På den andre siden kunne naturen også være lunefull, vill, kaotisk og farlig. Lynnedslag, tørke, storm, oversvømmelser og ras kunne ramme uforutsett, som straff fra Gud eller guder. Rovdyr kunne lure i buskene. Den levende naturen var derfor også utenfor menneskers kontroll. Vi måtte ikke tirre den, eller fornærme den, men møte den med ærefrykt.

Ved overgangen til moderne tid, på 1500- og 1600-tallet, møter vestlig tenkning et vannskille. Naturbildet som nå fester grepet, fremstiller naturen som en stor mekanisme, lik et urverk med rullende tannhjul, tikkende visere og pendlende lodd. Denne naturen har ingen luner eller egenvilje, ikke noe eget prosjekt eller formål. Alt som skjer, kan i prinsippet forklares som kjeder av årsaker og virkninger, som driver livløse biter av materie til blind og mekanisk bevegelse. Natursynet er atomistisk, det vil si at naturen forstås som satt sammen av bittesmå byggesteiner, uknuselige biter av materier som er seg selv like, uavhengig av relasjonene til andre deler av naturen.

Det mekanistiske natursynet tilsier at naturen er lik noe vi mennesker selv kunne laget. Naturen har i prinsippet ingen hemmeligheter for oss. Den nye naturvitenskapen, og ikke minst matematikken og geometrien, kan avsløre naturens lover, slik at vi oppnår innsikt og kontroll over naturkreftene. Hvis vi ikke kjenner alle dens virkemåter ennå, skyldes det midlertidige begrensninger i kunnskap og teknologi som kan overvinnes.

Det nye naturbildet fjerner grenser for utnyttelse og bruk. Hvis naturen er lik en mekanisme, er det både tillatt og fornuftig å gjøre alt som står i vår makt, for å bruke kjempemekanismen til vår fordel. Det er ingenting der vi behøver å ta hensyn til eller vise omsorg for. Det passer som hånd i hanske med kapitalismen, som vokser frem på samme tid. En natur som betraktes som en samling døde ting, kan behandles som rene ressurser for produksjon, industri og økonomisk vinning.

Det nye naturbildet slår tilbake på menneskekroppen. I filosofien skjer dette på ulike måter. René Descartes (1596–1650) trekker et skille mellom to sider ved mennesket, vår utstrakte kropp og vår tenkeevne. Den utstrakte kroppen forstår han som et stykke natur – på lik linje med resten av naturen kan den betraktes som en ren mekanisme. Men vi består også av en følende og tenkende del, som bebor den mekaniske kroppen. Thomas Hobbes (1588–1679) går enda lenger. Han mener vi kan kvitte oss med det gjenværende spøkelset i maskinen: Hele mennesket kan betraktes som en mekanisme, også vår vilje og våre begjær, og våre rasjonelle evner.

Begge betraktningsmåtene tilsier at kroppen blir mer lik en gjenstand vi selv kunne laget. Tidligere var det mer nærliggende å forstå kroppen og livet som en gave – gitt og opprettholdt av naturen eller Gud. Nå blir kroppen mer lik en klokke, eller en trykkpresse eller et teleskop. Her går det en linje fram til vår tid, hvor mange forholder seg til kroppen som noe de selv skaper og er ansvarlige for. Kroppen tas ikke for gitt, men behandles som et middel til å uttrykke det som er inni oss – vår identitet. Det som ikke kan fikses med målrettet trening og et strikt kosthold, kan fikses av en kirurg på en privat klinikk – for dem som har penger.

Descartes' oppfatning av mennesket ble mer innflytelsesrik enn Hobbes'. I moderne vestlige kulturer blir det mest utbredte synet at det er en splittelse mellom den utstrakte mekaniske kroppen – naturen i oss – og det tenkende, følende jeget som er setet for vår opplevelse av verden. Vi er immaterielle sjeler i mekaniske legemer. Tenkende, følende, villende og begjærende subjekter inni blinde, mekaniske, utstrakte objekter. I grove trekk blir de medisinske konsekvensene av dette synet som følger: Så lenge sjelen, eller subjektet, ikke tar skade eller gjør anskrik, er det tillatt å skjære i, endre, medisiner og manipulere kroppen – så sant det er i fremskrittets eller subjektets egen interesse.

John Donne er ikke alene om å tolke overgangen jeg har beskrevet som en overgang fra liv til død. Den amerikanske filosofen Carolyn Merchant kaller det mekanistiske natursynets inntog for naturens død (Merchant 1980). Hans Jonas kaller det et skifte fra livets ontologi til dødens ontologi (Jonas 1966).

Disse talemåtene har retorisk slagkraft. Men de dekker over et viktig kjennetegn ved overgangen. Det er bare hvis vi selv inntar det gamle organiske natursynets ståsted, at overgangen til det mekanistiske natursynet fremstår som en dødsprosess. Sett fra det mekanistiske ståstedet, er saken en annen: Naturen har egentlig aldri levd. Derfor kan den heller ikke dø. Den er livløs og har alltid vært det. Menneskene visste det ikke før, men nå er det avslørt. Hele naturen er i dette bildet usårlig, uskadelig, uten egenverdi, og uten egne prosjekter eller formål som kan rammes eller ødelegges. Det mekanistiske natursynet har ikke bare tatt livet av naturen, det har også tatt døden av den.

Det mekanistiske natursynet og medisinsk overaktivitet

Man kan diskutere i hvilken grad det mekanistiske natursynet fortsatt dominerer. For temaet mitt er det viktigst å spørre om det fremdeles gjør seg gjeldende i synet på kroppen, om det kan gjenfinnes i medisinsk praksis, og om det medvirker til medisinsk overaktivitet. Jeg skulle gjerne gitt flere eksempler for å besvare spørsmålet. Jeg kunne ha utdypet hvordan moderne definisjoner av døden – hvor tenkeevne (hjerneaktivitet) sidestilles med liv – eller synet på fødende kvinner som maskiner, uttrykker mekanistiske antakelser (Jonas 1997, kap. 6, Davis-Floyd 1987). Men av plasshensyn nøyer jeg meg med ett eksempel, nemlig inndelingen av moderne sykehus etter kroppens organer: øre-nese-hals, øye og syn, hjernen og nervesystemet, hjertet og kretsløpet, lungene og luftveiene, skjelett, muskler og ledd, mage og tarmer, mannlige kjønnsorganer, kvinnelige kjønnsorganer, og så videre.

Denne inndelingen speiler en medisinsk epistemologi som forstår kroppen som en samling av deler som kan isoleres, repareres og behandles hver for seg. Og den representerer en atomistisk forståelse av kroppen: Den er ikke mer enn summen av kroppsdelene. Selv om det finnes tverrfaglige team og helhetlige behandlingsforsøk, særlig innen lindrende behandling, er organiseringen av moderne sykehus langt på vei uttrykk for en underliggende mekanistisk logikk: Kroppen ligner en maskin, og medisinen grener er spesialiserte teknikker. Denne logikken kan tenkes å drive medisinsk overaktivitet: Behandlinger – kirurgi, medisin – som kan være gunstige for enkelte kroppsdelar, eller for kroppens delsystemer, kan samlet sett bli for mye for kroppen som helhet.

Eksempelet veier ikke veldig tungt alene, men er et lite bidrag til å vise at mekanistiske antakelser fremdeles gjør seg gjeldende i moderne medisin, og kan drive medisinsk overaktivitet. Mekanistiske antakelser er verken totalt dominerende i medisinen, eller nødvendigvis den viktigste drivkraften bak overaktivitet – økonomiske motiver veier antakelig tyngre. Men de gjør seg fortsatt gjeldende i noen grad, og kan være en medvirkende faktor.

Organisk og mekanisk teknikk

Avslutningsvis vil jeg bruke filosofen Hans Jonas til å antyde noen flere grenser for medisinsk overaktivitet. I opposisjon til det mekanistiske synet på naturen og kroppen insisterer Jonas på at det er vesentlig forskjell på teknisk ingeniørkunst og legeskunst. Ingeniører arbeider med livløse stoffer som metall, betong, plast og dødt trevirke. Leger arbeider med levende kropper.

Blant alle teknikker eller kunster – det greske ordet er *technē* – er legeskunsten i en særstilling, mener Jonas. Dens aktivitet består ikke i å fremstille nye objekter, men i å restituere en naturlig tilstand i et legeme som allerede har sin egen form og virkemåte.

Forskjellen er forbundet med formålsrettethet. Levende kropper har ifølge Jonas sitt eget formål i seg. Den levende prosessen som er kroppens liv, har som mål å holde seg levende og sunn. Dette er formålet med kroppens stoffskifteprosesser, og det er derfor den tar til seg næring og skiller ut avfallsstoffer. Formålet er ikke noe endemål, men et pågående prosjekt (Hverven & Netland 2021).

Legeskunstens formål er langt på vei gitt med dette formålet, hevder Jonas: Kroppens liv og funksjonsfriskhet er dens mål – det sammenfaller med kroppens eget mål.

Andre teknikker eller kunster er annerledes. De produserer gjenstander som har et formål utenfor seg selv, og formålet kommer fra den som har

skapt gjenstandene, og dem de er skapt for: Når en ingeniør bygger en bro, har ikke broen et eget iboende formål. Hensikten med broen er at mennesker skal komme seg over en elv eller en avgrunn. Broen er et middel, ikke et formål i seg selv.

Jonas trekker et skille: Ingeniørkunst kan kalles en mekanisk teknikk, mens legekunsten er en biologisk teknikk. For den mekaniske teknikken er bare den «formløse materien» gitt på forhånd, ifølge Jonas. «Planleggingen og fremstillingen er altså total» (Jonas 1997, s. 77). «Biologisk teknikk søker derimot å forandre allerede bestående strukturer. Deres selvstendighet og realitet og allerede fullstendige morfologi – de aktuelle organismer – er gitt på forhånd; ‘planen’ deres (= form, organisasjon) må finnes, ikke oppfinnes» (Jonas 1997, s. 77).

Hvis vi følger Jonas’ tankegang, og aksepterer at legekunsten er en biologisk teknikk, legger det begrensninger på denne kunsten. Den beskjeftiger seg med avgrensede prosjekter: Å avverge og bøte på skader, å helbrede sykdommer, å lindre smerter. Når ondene er fjernet, eller pasienten ikke lenger lever, er legekunstens prosjekt avsluttet.

Hvis kropper derimot betraktes som mekaniske objekter som kan manipuleres med for å tjene ytre formål – og som kan forbedres og optimaliseres utover deres egne iboende formål – så blir legekunsten grenseløs.

Dødelighet

For å forstå Jonas’ tankegang er det imidlertid nødvendig å si noe om dødelighet. Hvis det iboende formålet til levende kropper bare er å leve, og eventuelt å reproducere seg, fremstår døden som den absolutte motstander. Legekunstens ultimate formål blir å avskaffe døden.

Jonas mener derimot det stikk motsatte. Etter hans mening har man misforstått livet hvis man fremstiller døden som dets absolutte motsetning. Hvis legekunsten gjør døden til en absolutt fiende, har den misforstått sitt objekt – den levende kroppen. Jonas skriver:

dødeligheten er en integrert egenskap ved livet og ikke en fremmed krenkelse av det [...] sammen med livet kom også døden [...] dødelighet er prisen som den nye muligheten for eksistens må betale [...]. At livet er dødelig, er riktignok en selvmotsigelse, men hører uatskillelig med til dets vesen og kan ikke tenkes bort fra det. Livet er dødelig ikke selv om, men *fordi* det er liv [...]. (Jonas 1997, s. 173, 187–188)

Jeg leser Jonas slik: Hvis vi fjerner dødeligheten fra menneskekroppen, tar vi livet av den i samme slengen. Bare det livløse er udødelig. Det finnes ikke noe liv uten dødelighet, men der dødeligheten finnes, er det stadig liv.

Det formålet som ligger nedfelt i individuelle organismer – å leve, å opprettholde seg selv – er altså vesentlig et *midlertidig* formål. Det indivi-

duelle livet går over. Det opprettholder seg selv en viss stund før døden må inntreffe. Legekunstens gjenstand er slike forgjengelige liv. Dens oppgave er å forsøke å avverge at døden inntreffer *for tidlig*.

Men når er «for tidlig»? Og når er det *ikke lenger* for tidlig? Jonas gir ikke noe eksakt svar, men han antyder at hans syn er at menneskets livslengde i en viss forstand er bestemt av naturen. Dette svaret leder imidlertid ut i en hengemyr av filosofiske problemer: Er det ikke naturlig at noen mennesker dør unge? Er ikke høy spedbarnsdødelighet naturlig? Eller sikter Jonas til det at den maksimale livslengden til en menneskekropp sjelden overstiger 100 år?

Dette er vanskelige spørsmål som jeg ikke kan gi definitive svar på her. Det er grunn til å problematisere ideen om «naturlige» grenser mer enn Jonas gjør. Likevel vil jeg gi ham rett i at det må være visse grenser, og den ultimate grensen består i at dødeligheten alltid ledsager livet. Livet til en enkelt kropp er begrenset, per definisjon.

Hvis vi godtar Jonas' påstand om dødelighetens nødvendighet, markerer det grenser for medisinsk aktivitet. Én grense gjelder behandling: Leger bør ikke bare vite hvordan de helbreder syke og lindrer smerter, de må også ha klokskapen til å vurdere når det er rett å la syke og gamle få dø. Jonas argumenterer sterkt mot å holde for lenge liv i uhelbredelig syke pasienter som ønsker å dø.

En annen grense gjelder forskning: Medisinsk forskning som forsøker å bremse eller til og med stoppe aldringsprosessen – som gjør selve vår dødelighet til en motstander og et hinder som skal overvinnes – går over sine grenser.

Begrensningens legekunst

Jonas' argumentasjon for begrensningens (lege)kunst vier imidlertid ikke bare oppmerksomhet til individers dødelighet. Han undersøker også dødelighetens eksistensielle betydning på samfunnsnivå, jamfør skillet mellom overaktivitet for individet og overaktivitet i et samfunnsperspektiv. Hva ville skjedd dersom medisinen faktisk lyktes med å begrense aldring betydelig på en jordklode med knappe ressurser, spør Jonas. Jo, vi måtte fått færre barn. Og prisen å betale for det, påpeker Jonas, er en nedgang i alt det barn, barndom og ungdommelighet tilfører menneskeheten. Dette skrev han da han selv var 80 år:

Det å måtte dø er knyttet til å bli født: Dødelighet er bare baksiden av den evigvarende 'fødselskilden'. Forplantning er livets svar på døden [...]. Kanskje er nettopp dette visdommen i den harde skjebne vår dødelighet er: at den tilbyr oss det evig nye løfte som ligger i ungdommens opprinnelighet, umiddelbarhet og energi, sammen med

den stadige tilførselen av annerledeshet som sådan. Det finnes ingen erstatning for dette i en større ansamling av forlenget erfaring: Aldri kan den vinne tilbake det enestående privilegium det er å se verden for første gang med nye øyne, aldri gjenoppleve den forbauselse som etter Platon er filosofiens begynnelse, aldri barnets nysgjerrighet [...]. Dette stadig å begynne på nytt, som vi bare kan få for den pris som ligger i at noe stadig slutter, kan meget vel være menneskehetens håp; dens beskyttelse mot å synke ned i kjedsomhet og rutine; dens sjanse til å bevare livets spontanitet. (Jonas 1997, s. 72)

Jonas formulerer seg vakkert i dette avsnittet. Det er rørende å lese et slikt forsvar for barndom, ungdom og nye begynnelser fra en mann som er innforstått med at han selv nærmer seg livets slutt.

Samtidig leser jeg med uro. Jonas skrev dette i 1983. Er ikke utviklingen han fryktet, allerede et stykke på vei blitt en realitet i vestlige land? Fødselstallene synker, levealderen øker, befolkningen blir eldre. I maktposisjoner sitter eldre menn uten et snev av den omsorgen for barn og fremtidige generasjoner som gjennomsyrrer Jonas' arbeider.

Legekunstens bidrag til denne utviklingen ligger ikke i at den har økt menneskets maksimale levealder i nevneverdig grad. Det medisinen har lykkes med, så til de grader, ikke minst de siste 100 årene, er å sørge for at færre barn og unge dør. Mange flere enn tidligere får leve til de blir 80 og 90 år. Denne utviklingen er overveiende positiv.

Men flere av verdens rikeste og mektigste menn mener i dag at målet for legekunstens videre utvikling bør være å utvide menneskets maksimale levealder. De pøser penger inn i slik forskning. Jonas setter fingeren på hvorfor disse prosjektene risikerer å gå over grenser som ikke bør overstiges. En legekunst som gjør det til sitt prosjekt å bremse aldring, prioriterer i praksis eldre fremfor unge, det bestående fremfor det nye, avverging av avslutninger fremfor nye begynnelser, rutine fremfor nysgjerrighet, og det kjente fremfor det som er annerledes.

Skal vi tro Hans Jonas, er det mer å tape enn å vinne på et slikt prosjekt.

Litteratur

1. Davis-Floyd R. The Technical Model of Birth. *The Journal of American Folklore* 1987; 100: 479–495.
2. Hverven S, Netland T. Projection or encounter? Investigating Hans Jonas' case for natural teleology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2021; 22: 313–338.
3. Jonas H. *The Phenomenon of Life: Towards a Philosophical Biology*. Evanston: Northwestern University Press, 1966.
4. Jonas H. *Teknikk, medisin og etikk: Ansvarsprinsippet i praksis*. Oversatt av Sverre Dahl. Oslo: Cappelen, 1997.

5. Merchant C. *The Death of Nature: Women, Ecology and the Scientific Revolution*. New York: HarperCollins, 1980.
6. Soper K. *What is Nature?: Culture, Politics and the non-Human*. Oxford: Blackwell, 1999.

Sigurd Hverven
sigurd.hverven@gmail.com
Thygebakken 29
3046 Drammen

Sigurd Hverven er filosof, forfatter og forsker i miljøetikk ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo