Scenariusze kultury w komunikacji lekarzy z pacjentami

ALEKSANDER WOŹNY
Uniwersytet Wrocławski

I. SCENARIUSZE KULTURY W KOMUNIKACJI LEKARZY Z PACJENTAMI

Nawet najprostsze scenariusze komunikacji lekarzy z pacjentami zanurzone są w szerszych kontekstach kulturowych, a często także filozoficznych i metafizycznych, bez których nie da się zrozumieć oczekiwań osoby chorej i tego, co dla niej najważniejsze. Dlatego ważne miejsce w tym artykule zajmują rozważania prof. Andrzeja Szczeklika, lekarza-pulmonologa, internisty i twórcy mistrzowskich esejów literacko-medycznych, który jak nikt potrafił łączyć medycynę z filozofią, i który pokazał, że pozbawiony drogowskazów lekarz pobłądzi w świecie odsuwającym pytanie o sens istnienia, i że doznając słabości i cierpienia w chorobie, człowiek zbliża się do prawdy o własnej egzystencji.

Dziś wszyscy mówią o perspektywie pacjenta, wszak to ona ma być podstawą uzyskiwanych przez szpitale certyfikatów akredytacyjnych. Nie mówi się natomiast o tym, że jest to kluczowe pojęcie medycyny narracyjnej, która od ćwierćwiecza, czyli od kiedy została powołana do życia na renomowanym amerykańskimi Uniwersytecie Columbia, nieustannie przypomina lekarzom, że poczucie bezpieczeństwa czy nawet psychicznego komfortu pacjenta zależy przede wszystkim od umiejętności komunikowania się z nim. Nie komunikowania do, jak w marketingu, gdzie często manipuluje się klientem, lecz rozmowy z pacjentem i niezbędnej w komunikowaniu się umiejętności słuchania. Niestety, nie uczy się tego ani na studiach, ani podczas licznych szkoleń zalecanych medykom. Co więcej, często utwierdza się ich w przekonaniu, że stosowane w praktyce osłony komunikacyjne, poczynając od oddzielającego lekarza od pacjenta ekranu komputerowego, są najlepszym sposobem okiełznania niesubordynacji „trudnego pacjenta". Bo pacjenci mają być odbiorcami, natomiast nadawca jest tylko jeden.

W środowisku lekarzy funkcjonuje wiele zawodnych stereotypów. Kiedy mowa o perspektywie pacjenta wielu kojarzy się ona niemal automatycznie z psychologią. A przecież nie chodzi tu o psychologię, lecz naukę o komunikacji, która ma znacznie

bogatsze tradycje, bo sięgające retoryki i Arystotelesa, a w relacji lekarza z pacjentem przyjmuje ona często postać medycyny narracyjnej. Podobnie bywa z psychoterapią, którą wielu lekarzy traktuje jako cudowny środek na każde załamanie, na każdy stres. Bez oporu przyjmują pouczenia psychoterapeutów, które zazwyczaj przybierają postać patocoachingu i sprowadzają się do manipulowania pacjentem. Do budowania strategii obronnych wobec osoby chorej, której wizerunek sprowadza się do pacjenta roszczeniowego, trudnego czy agresywnego.

A przecież człowiek chory to nie „przypadek", a rola lekarza nie może się ograniczać do skwantyfikowania pacjenta, wypisania symbolu choroby i zalecenia terapii. W ten sposób pacjent staje się elementem odgórnej klasyfikacji, zredukowanej, zgodnie z biomedycyną, do poziomu jednostki chorobowej, przypadku.

A przecież można inaczej, czego dowodzi medycyna narracyjna, bowiem przypadki to także — a może przede wszystkim — historie pacjentów, opowieści o chorobach dokumentowane od wieków w sztuce lekarskiej i w literaturze. W początkach dwudziestego stulecia sięgał po nie Zygmunt Freud, spisując indywidualne historie pacjentów w bodaj najgłośniejszej i najbardziej znanej książce „Psychopatologia życia codziennego". Przedstawione w niej opisy choroby i przebiegu terapii to nie tylko historie dokumentujące leczenie duszy pacjenta, którą amerykańscy psychoanalitycy z premedytacją przetłumaczyli jako „mind", stają się one dla samego lekarza świadectwem międzyludzkiego obcowania i samopoznania. Ożywiają odległe tradycje, sięgające poprzez Próby Montaigne'a aż po Wyznania św. Augustyna.

W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, w których odzwierciedla się jego istota .W medycynie stanowi ją spotkanie dwóch ludzi: chorego i lekarzem. Sytuacja spotkania pozostaje ta sama niezależnie od zmieniającej się scenerii: pogotowia, przychodni, gabinetu lekarskiego czy sali szpitalnej. Opisując esencjalną w medycynie sytuację, Szczeklik, będąc sam lekarzem, na pierwszym miejscu nieustannie stawia pacjenta, lekarz jest dopiero na drugim.

Słowo „pacjent" kryje w sobie ciekawą i bogatą historię. Trudno nie zauważyć, że jego trzon powtarza się w wielu językach, także w angielskim (patient), i że do dziś zachowała go polszczyzna w postaci Pasji (od późnołacińskiej formy passio), która oznacza Mękę Chrystusa. W poszukiwaniach źródłosłowu dotarłem do znaczenia, które na pierwszy rzut oka wprawia w zdumienie. Mianem „pacjent" określano jeszcze w XVIII wieku osobę storturowaną, ofiarę kaźni wymierzanej jako kara skazańcom. Starannie skodyfikowane tortury przybierały coraz bardziej wymyślne formy, przeradzając się w barwne widowiska, które przyciągały wielu gapiów. Od opisu tortur, jakim został poddany niedoszły zabójca króla Ludwika XV – Robert François Damiens – rozpoczyna się jedno z najsłynniejszych dzieł francuskiego filozofa Michela Foucaulta, „Nadzorować i karać. Narodziny więzienia". Oto scena, która rozegrała się na placu Grève w Paryżu 28 marca 1757 r. Skazaniec, według zgromadzonych przez Foucaulta dokumentów, miał być „wieziony i doprowadzony na wózku, obnażony, w jednej koszuli, z płonącą gromnicą wagi dwu funtów w ręku"; a potem „w rzeczonym wózku […] szarpany obcęgami w piersi, ręce, uda i łydki; prawica dzierżąca nóż, którym dokonał pomienionego ojcobójstwa, przypiekana siarką, […] a miejsca, skąd będą drzeć pasy, polewane płynnym ołowiem, wrzącą oliwą, […] gorącą żywicą, woskiem i siarką gotowanymi pospołu; następnie ciało rozwłóczone i rozerwane w cztery konie, potem członki i korpus spalone, obrócone w popiół, a popioły rozrzucone na wiatr"[1].

Kaźni przyglądali się nie tylko paryżanie, ale także cudzoziemcy, a pośród nich słynny Casanova, który uznał to przerażające widowisko za tak brutalne, że upodobanie w nim mogły znaleźć jedynie „zatwardziałe serca".

Swoistą odmianę zatwardziałości serca u niektórych kolegów po fachu dostrzegał Antoni Kępiński, psychiatra i filozof. Określał ją mianem „postawy sędziego" i diagnozował u tych spośród lekarzy-psychiatrów, którzy wywoływali

[1] M. Foucault, Nadzorować i karać. Narodziny więzienia, tłum T. Komendant, Warszawa 2009, s. 41.

u pacjentów ostre reakcje obronne, stosując wobec nich podejście wartościująco-oskarżycielskie[2]. Opisywany przez Kępińskiego mechanizm brzmi znajomo dla czytelnika Foucaulta, który przypomina, że metody stosowane wobec „storturowanego pacjenta" były powszechnie akceptowane w postępowaniu sądowym i służyły do wydobycia od podejrzanego przyznania się, a w konsekwencji – wyznania winy. Jednak „pacjent" nie był całkowicie bezbronny. Mógł nawet wygrać w procesie oskarżycielskim, który Foucault przyrównuje do średniowiecznych sadów bożych, tzw. ordaliów, a nawet uniknąć kary śmierci. Wystarczyło jedynie, pomimo nasilających się tortur, nie przyznawać się do winy.

Wspierając mnie w próbach rozwiązania zagadki filologicznej , dotyczącej „pacjenta", prof. Luiza Rzymowska z Uniwersytetu Wrocławskiego odwołała się z kolei do starożytnych źródeł potwierdzanych w wysokospecjalistycznych słownikach[3]. I tak, przenosząc się do świata greki, – poprzez most chrześcijaństwa – wydobyła stamtąd znaczenia zawarte w greckim πάσχω (páscho) i w łacińskim patiens. Wędrówka znaczeń, dokonująca się poprzez wieki, pokazuje, że w polskim słowie „pacjent", które przeszło do nas z języka niemieckiego, pobrzmiewa także – oprócz udręki czy znoszenia tortur ciała, obecnych w starożytnej grece – łacińska pacjencja, czyli cierpliwość, rozumiana przez św. Tomasza z Akwinu jako cnota, która ma chronić i podtrzymywać dobro moralne. Pozytywne znaczenie pacjencji jako cierpliwości, ale też wytrzymałości, zachowane zostało jeszcze w powieściach Henryka Sienkiewicza.

Andrzej Szczeklik mówił do lekarzy językiem kultury: literatury, muzyki i malarstwa, a także filozofii i antropologii. Zabierał ich w świat, w którym

[2] J. Kliszcz, Psychologiczny aspekt jatropatogenii w: Komunikowanie się lekarza z pacjentem, red. m.in. Janusz Barański ,Wrocław 2000, s. 83-84.

[3] Rozbudowaną interpretacje etymologiczną Luizy Rzymowskiej przedstawiam w artykule „Komunikacja z pacjentem z perspektywy hermeneutyczno-orkiestralnej. Rzecz o wciąż słabo rozpoznanej w Polsce medycynie narracyjnej" W: Dziennikarstwo i Media, t.19, 2023

przewodniczką jest Kore[4]. Jak Dantego po Niebie oprowadzała Beatrycze, alegoria wyidealizowanej nieziemskiej miłości, tak lekarza wędrującego po świecie chorób w poszukiwaniu duszy medycyny oprowadza Kore. Bo Grecy wierzyli, że duszę, przyjmującą postać małej dziewczynki, można dostrzec w źrenicy oka, przeczuli, że źrenica jest „okienkiem", przez które możemy zobaczyć to, co jest we wnętrzu człowieka. Ale książka o Kore wskazuje lekarzom jeszcze inną przewodniczkę. Jest nią La Fornarina z portretu Rafaela. Swoją ukochaną malarz przedstawił w pozie zmysłowej i zarazem niewinnej, ukazując za jej plecami mirt, będący alegorią Afrodyty, bogini miłości:

> *„Dłoń kobiety spoczywa na nagiej lewej piersi, palce wskazują na jej boczny owal i pachę.[…] dostrzec by można z brzegu piersi nieco ciemniejsze, o bladoniebieskim odcieniu, przebarwienie. To jednak nie cień, gdyż skora nad nim jest ściągnięta, niby guzowato wybrzuszona, podobnie jak i pacha po tej stronie. […] dla oddania tego fragmentu portretu malarz kładł, jeden na drugim, co najmniej dziewięć kolorów, nieraz o mrocznych odcieniach, podczas gdy po przeciwnej stronie wystarczyły mu dwa: różowy i kremowy. Rozpoznanie lekarskie postawiono po raz pierwszy w 2002 roku. Brzmiało ono: rak piersi lewej z prawdopodobnym przerzutem do węzłów pachowych. Czy wiedział tylko on? Czy ona też? Czy wiedzieli, co TO oznacza?*
>
> *TO może być porównane do nieruchomej twarzy kogoś, kto pojął, że został opuszczony na zawsze. Albo do słów lekarza o nie dającym się odwrócić wyroku. Ponieważ TO oznacza natknięcie się na kamienny mur, i zrozumienie, że ten mur nie ustąpi żadnym naszym błaganiom".*

Wiodąc lekarzy po drogach kultury, Szczeklik zadaje im pytania, o których być może już zapomnieli. Pytania, których dramat ujawnia się w nienazwanym „to",

[4] A. Szczeklik, Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny Kraków 2007.

skrywającym nieruchomą twarz, natknięcie na kamienny mur, niedający się odwrócić wyrok. W tym bolesnym „to" zawarta jest prawda, którą odkrył malarz niemal przed pięcioma wiekami i już nigdy nie dowiemy się, czy ujawnił ją ukochanej. Ale ujawnia ją portret i przemawiająca z niego rozpacz człowieka-artysty, który już wie, a jego diagnoza wyprzedza o 150 lat odkrycie przez medycynę raka piersi.

Nie można nie zgodzić się z opinią literaturoznawcy i filozofa, Tadeusza Sławka, który podejmując refleksję nad słowami Szczeklika o duszy medycyny, ostrzega przede wszystkim przed groźbą redukowania medycyny do technicznych procedur, bo wtedy stanie się ona bez-duszna. Trzeba znaleźć czas, „na przebycie z chorym wspólnej drogi, wiodącej do odsłonięcia prawdy"[5]. Odnajdywanie drogi do duszy medycyny dokonuje się w spotkaniu lekarza z pacjentem, ale tylko wtedy, gdy przybierze ono charakter spotkania osoby z osobą, człowieka z człowiekiem.

W bólu i w cierpieniu, w naszej śmiertelności ukryta jest tajemnica, przed którą zazwyczaj uciekamy. Przywołuję rozważania Byung-Chul Hana[6], jednego z najwybitniejszych filozofów współczesności, bo odkrywam jak on, że niewielu zdaje sobie sprawę, że jedynie tą drogą możemy poznać sens życia, którego tym bardziej potrzebujemy, im bliższy jest jego kres. Wykładający na berlińskim uniwersytecie sztuki koreański myśliciel ubolewa, że oduczyliśmy się sztuki znoszenia bólu, i wyjaśnia, że pozbywając się tradycyjnych szyfrów kultury, poddaliśmy się w XIX wieku władzy fizjologów i anatomów, którzy wyparli się chrześcijańskiej narracji. Redukując życie do biologicznego procesu, dowodzili bezsensu bólu. Panującej dziś powszechnie algofobii, strachowi przed bólem, towarzyszy atrofia narracji, zanik umiejętności opowiadania o chorobie.

Postawionej przez Hana diagnozie ubóstwa naszej kultury, której wymknęła się trudna sztuka opowieści o cierpieniu i bólu, przeciwstawiam dokonania wciąż słabo

[5] T. Sławek, Dusza medycyny, Tygodnik Powszechny, 2007, nr 51-52.

[6] B.-C Han, Społeczeństwo zmęczenia i inne eseje, przeł. R. Pokrywka, Warszawa 2022

rozpoznaj u nas medycyny narracyjnej i jej prekursorów. Należeli do nich Andrzej Szczeklik czy Antoni Kępiński, traktowani jako niedościgłe wzory dla kolejnych pokoleń medyków. Ale przecież ten krąg koniecznie trzeba poszerzać. W każdym pokoleniu, także tym, które jest reprezentowane w raporcie Waneckiego. Tak określam „Zeszyt Historyczny" wydany przed trzema laty przez Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej z okazji setnej rocznicy samorządu lekarskiego w Polsce[7]. Podjęta w nim próba zdiagnozowania największych bolączek i zagrożeń w ochronie zdrowia jest jednocześnie świadectwem troski o przyszłość polskiej medycyny. Niezwykłość tego wydania postrzegam w kilku wymiarach. Przede wszystkim w odważnym stawianiu pytań trudnych i bardzo trudnych. Autorzy nie ograniczają się jedynie do odpowiedzi, ale próbują także nazwać najważniejsze trendy polskiej rzeczywistości medycznej. Formułują pod jej adresem postulaty, wykazując słabości opieki zdrowotnej, niedające się sprowadzić do niedofinansowania. Nie wstydzą się przyznać do własnych błędów i zaniedbań. Taka postawa, dość rzadko ujawniana w środowisku, daje rzetelny obraz lekarskiej sumienności. O randze raportu świadczy także i to, że odpowiedzi udzieliło 100 przedstawicieli różnych środowisk medycznych .

Doktor Magda Wiśniewska, nefrolog, stawia ważne pytanie: „Dlaczego nie umiemy rozmawiać?". To być może jedno z najbardziej doniosłych pytań uczestników debaty toczącej się na łamach raportu. W odpowiedzi lekarka wskazuje na specyfikę własnej profesji, w której monopolizowana jest rola nadawcy, „stąd też tak łatwo odwyknąć nam od roli odbiorcy" . Ale przecież w jej odpowiedzi słychać sarkazm, brak zgody na taką postawę. Podobny ton dominuje w kończącej dyskusję „Epikryzie", w głosie pediatry, doktora Jarosława Waneckiego: „Większość lekarzy nie lubi odpowiadać na pytania. Wolimy, zgodnie z przygotowaniem zawodowym,

[7] 100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce 1921 – 2021. Zeszyt Historyczny. Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2021, grudzień.

pytać innych: pacjentów i polityków, wygłaszając jednocześnie własne poglądy w każdej niemal medycznej specjalności i dziedzinie życia" .

Na uwagę zasługują uwagi chirurga, Pawła Wróblewskiego, czy ginekologa, Artura Płachty, o potrzebie wprowadzania bardziej nowoczesnego modelu zarzadzania opieką zdrowotną. O zaszczepianiu stylu odmiennego od tego, który w wielu środowiskach wciąż jeszcze wydaje się aktualny. Stylu świetnie zilustrowanego w kreślonym przez obrazie młodszych asystentów, którzy kłaniają się starszym asystentom, a ci z kolei pokornie wpatrują się w ordynatora, bo przecież to i tak do niego należy zawsze ostatnie zdanie . Rzecz jasna, nie chodzi tu o przekreślenie rangi autentycznych autorytetów, w które wcale nie muszą obfitować jedynie ośrodki akademickie, bo jest ich wielu także wśród zwykłych prowincjonalnych lekarzy. A poza tym, jak zauważają uczestnicy debaty, nowoczesne technologie w zakresie edukacji medycznej (m.in. filmy instruktażowe, telekonferencje czy symulatory) stwarzają możliwości, których jeszcze nie tak dawno nie można było sobie nawet wyobrazić. Czas zatem, konkludują, żeby sztywne hierarchie i niegraniczną władzę, zarówno w klinikach jak i przychodniach, odesłać do lamusa.

W raporcie często powtarzają się postulaty holistycznych działań w zespołach terapeutycznych, doskonalenia w ich ramach kreatywności i umiejętności współdziałania, oraz budowania partnerskich relacji, także w ramach ekip lekarsko-pielęgniarskich. W przeciwieństwie do obrazu wszechwładnych ordynatorów widać tu propozycję zarządzania demokratycznego.

Raport Waneckiego ujawnia aksjologie wielu lekarzy. W ich wypowiedziach obecna jest problematyka niedostatecznego kapitału zaufania do lekarzy, stanu ich sumienia, ujmowania empatii jako mitu założycielskiego lekarskiej profesji oraz diagnozowania kodów kulturowych, jakimi posługują się medycy. Pojawia się też kwestia niskiej jakości współpracy w zespołach, w których pracują lekarze i pielęgniarki, i niezwykle istotna dla medycyny kwestia komunikowania się

z pacjentami. Raport ten można uznać całościowo za refleksję o kulturowo-społecznym wymiarze, za niezwykle istotny głos w polskiej medycynie humanistycznej i – być może – świadectwo dokonującego się z wolna, także i u nas, zwrotu w stronę medycyny narracyjnej.

Poszerzam kręg wyznawców i zwolenników medycyny narracyjnej także o środowiska, w których nigdy nie słyszano o tej subdyscyplinie medycznej, ale którym bliskie są jej wartości. To dzięki takim lekarzom, jak Paśnik, Wróblewski, Wanecki, Płachta, czy Wiśniewska dochodzi do przezwyciężania panujących w praktyce klinicznej konsekwencji kartezjańskiego rozłamu, który na trzy stulecia oddzielił rozum od wrażliwości, ciało od psychiki, a lekarza od pacjenta. Rozdział ten, zadekretowany przed stu laty w raporcie Abrahama Flexnera, zdominował system nauczania medycyny najpierw w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie, i ostatecznie przyczynił się do upowszechnienia biomedycyny, prowadząc do amputacji człowieczeństwo pacjenta, które jest przecież integralną częścią medycyny. Fleksarianie na dziesięciolecia zawładnęli amerykańską medycyną, a jej duszę złożyli w ofierze na ołtarzu nauki. Niczym Faust Goethego oddali ją za wiedzę[8].

To, o czym tu mowa, może niepokoić medyków, może nawet działać na nerwy, jak wszystko, co narusza stereotypy, co podważa utarte poglądy. Taką reakcję może wywołać opinia, że lekarz tym głębiej odkrywa samego siebie, im mocniej rozpoznaje perspektywę pacjenta. Ale żeby ją rozpoznać, trzeba nauczyć się wysłuchać pacjenta. Tak jak Jarosław Paśnik, pediatra i immunolog z Łodzi, który zdiagnozował u swojej pacjentki niezwykle rzadko występujący zespól Cogana. Stając w obliczu utraty

[8] O raporcie Flexnera piszę obszerniej w artykule pt. „Historyczny Zeszyt Naczelnej Izby Lekarskiej, czyli medyków portret własny na stulecie polskiego samorządu lekarskiego, z raportem Flexnera z 1910 r. w tle" W: Dokonania i wyzwania polskiej historiografii medycznej - Tom I. Referaty Ogólnopolskiego Kongresu Historii Medycyny w setną rocznicę I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny (1924–2024), Filozofia medycyny – 100-lecie „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" – Medycyna wielokulturowa – Eugenika
Pod red. Ewy Baum, Edwarda Białka, Magdaleny Mazurak, Andrzeja Wojnara. Tam tez przedstawiam szerzej aktualną autocharakterystykę środowisk medycznych w Polsce, Wrocław 2024.

słuchu, bezskutecznie odwiedzała ona przez lata gabinety laryngologów, aż w końcu znalazła lekarza, który z nią rozmawiał tak długo, aż wydobył z jej pamięci bolesne i skrzętnie ukrywane przeżycia z dzieciństwa naznaczonego łysieniem plackowatym. Opowieść o objawach z tamtych lat pozwoliła lekarzowi rozpoznać u kobiety, która do tej pory jest krytykiem muzycznym, chorobę autoimmunologiczną. Ale najpierw lekarz podjął dialog i wsłuchał się w jej słowa.

Rozmowę obu stron prof. Rita Charon, twórczyni medycyny narracyjnej z Uniwersytetu Columbia, porównuje do polany wykarczowanej w środku lasu, w którym czają się groza i ciemne siły z mrocznej przeszłości[9]. To gęstwina niedomowień i bezdusznych stereotypów, które nami rządzą: „bo ci lekarze", „bo ci pacjenci". O rosnącej przez wieki przepaści między lekarzami a pacjentami, o oddalaniu się od siebie obu grup o lata świetlne tak pisze dr David H. Newman z Columbia University: „w którymś momencie trwającej dwa tysiące czterysta lat podróży z wyspy Kos w starożytnej Grecji do współczesnych szpitali, gdzie medycynę wspiera nauka i technologia, rozeszły się drogi pacjentów i lekarzy. Obie grupy maja dziś inne oczekiwania i inne cele"[10].

Stosunek wielu lekarzy do pacjentów można przedstawić za pomocą metafory statku kosmicznego, powracającego po jakimś czasie na macierzystą planetę. Po zakończeniu dyżuru lekarz wraca wygodnym samochodem do domu. Tu, gdzie nie ma cierpienia ani lęku przed śmiercią, gdzie można się wreszcie zrelaksować, bo kosmici nie będą już męczyć swoimi problemami. To tu, na własnej planecie, czuje się wreszcie wolny i bezpieczny, bo tam – na tej odleglej i obcej – pozostawił niepewność i dręczące przeżycia, i wspomnienia.

[9] R. Charon, (2017). Creating a Clearing" — Dr. Rita Charon on the power of Narrative Medicine [rozmowa przeprowadzona przez L. Weiler]. https://medium.com/columbia-dsl/creating-a-clearing-dr-rita-charon-on-the-power-of-narrative-medicine-e68bef05eb66.

[10] D.H. Newman , Cień Hipokratesa. Tajemnice domu medycyny, przeł. M Borowski , Kraków 2010.

Na własnej planecie nawet nie mówi się o tym, co tam się wydarzyło, zresztą nikt nie chce tego słuchać. Nieopowiedziane historie z tamtego świata nawarstwiają się latami, a rodziny powtarzają: „Już nie mów o swojej pracy, już mamy dosyć słuchania, o tym, co się dzisiaj wydarzyło w szpitalu. O tym, kto i dlaczego cierpi. O tym, że zawiodły wszystkie środki, i że nie jesteś im w stanie pomóc. Skończ z tym katowaniem siebie i nas. Oderwij się, zapomnij". A ty nie możesz zapomnieć, nie możesz się oderwać. Bo wiesz, że to, co chcesz powiedzieć, jest ważne. Być może stokroć ważniejsze od setek spraw, jakimi bombarduje cię codzienne życie.

Kiedy przed laty prowadziłem szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek zajmujących się opieką paliatywną, okazało się, że niemal każdy z uczestników spotkania miał głęboko ukryte przeżycie, o którym wcześniej nikomu nie powiedział. Były to niewypowiedziane historie o śmierci i cierpieniu pacjentów, jakimi podzielili się podczas warsztatów. Wtedy po raz pierwszy zostały one opowiedziane i po latach przynosiły ulgę.

Relacjom między chorym a lekarzem przygląda się wielu wybitnych humanistów współczesności. Także tych , którzy są lekarzami, jak Atul Gawende[11], który - podobnie jak Han - uważa, że choroba, nawet śmiertelna, nie może przesłonić sensu istnienia. Gawende przeciwstawia się zdecydowanie postawie, która sprowadza się do leczenia ciała bez względu na koszty. Bo najważniejsze jest, aby wspólnie z pacjentem stawić czoła śmiertelności, nie tracąc z oczu sensu życia, i zachować przy tym najbardziej cenną dla niego ludzką godność i najważniejsze więzi uczuciowe.

Medycyna, jak pisze Gawende, amerykański chirurg i założyciel centrum innowacji opieki zdrowotnej, skupiła się na wąskich problemach, a aktywność lekarza została sprowadzona do podreperowania ludzkiego zdrowia, bo już nie liczy się dusza. Wciąż jeszcze jako lekarze, ubolewa autor głośnej książki o „śmiertelnych",

[11] A. Gawende , Śmiertelni. Wyzwania medycyny u schyłku życia, przeł. M. Fiedorek, Wołowiec 2023.

uznajemy, iż to my mamy decydować, jak nasi pacjenci mają przeżyć ostatnie dni własnego życia. Dzieje się tak, bo nauczono nas traktować nawet najtrudniejsze doświadczenia związane z chorobami, starzeniem się i śmiertelnością jako problemy czysto medyczne. A jako pacjenci „poddaliśmy się eksperymentowi z zakresu inżynierii społecznej, oddając los w ręce ludzi cenionych bardziej za techniczną biegłość niż za rozumienie ludzkich potrzeb".

Wskazywanie dróg, które mają doprowadzić do przezwyciężenia bez-dusznej medycyny, staje się dziś jednym z najważniejszych zadań współczesnej filozofii, co widać u takich myślicieli, jak Byung-Chul Han czy Tadeusz Sławek, a także wielu lekarzy-humanistów. Takich, jak doktor Paśnik, który powiada, że dobre leczenie zależy od dobrego skomunikowania się z pacjentem, od nawiązania z nim dobrego kontaktu. To prawda, bo nie wystarczy być lekarzem jedynie informującym, lecz także interpretującym, a wiec takim, który nie tylko ma wyleczyć, ale także pomóc pacjentowi, aby z powodu choroby nie zatracił sensu życia i poczucia własnej tożsamości. Odwołuję się raz jeszcze do Gawendego, który diagnozuje współczesność jako czas gigantycznej transformacji, jako fazę przejściową od medycyny informującej do rozumiejącej, i który poszukuje dla niej wciąż jeszcze nie do końca nazwanych reguł[12]. Wypatrywał ich zarówno Freud, jak i jego uczeń, wiedeński psychiatra i neurolog doktor Wiktor E. Frankl[13], który przeszło pół wieku temu w książce „Lekarz i dusza" pisał o fatalnym zniekształceniu obrazu człowieka, jakiego dokonała psychologia na przełomie XIX i XX stulecia.

Podążam wraz z nimi, wskazując zarazem na szlak, który prowadzi do tego celu. To droga, jaką od ćwierćwiecza kroczy medycyna narracyjna. Szło nią u nas wielu lekarzy, nawet tych, którzy nie byli świadomi, że realizują jej idee. Byli pośród nich tacy, jak Marzanna Magdoń, lekarka, poetyka i uczona, która przez lata pracowała

[12] Ibidem, s. 214.

[13] W,E. Frankl, Lekarz i dusza Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej, przeł. R. Skrzypczak, Warszawa 2017.

w krakowskiej Akademii Medycznej i na Uniwersytecie Jagiellońskim. Dawała ona swoim pacjentom wsparcie, wcielając się nierzadko w role tradycyjnie zarezerwowane dla najbliższych, dla pielęgniarek czy rehabilitantów, i apelowała o współ-niesienie sobą, swoim ciałem ciężaru choroby pacjenta, jego ciała i jego umierania. Oto fragment jej wiersza z tomu „Współodczuwanie w medycynie"[14]:

„Rozpoczęłam rozmowę z pacjentem.
Wzięłam go za ręce,
Popatrz na mnie! Gdzie jesteś!
Poczekaj na syna!
Siadaj!
Wstań!
Chodzimy!
Wzięliśmy chorego pod ręce,
Zaczęliśmy spacerować.
Ciało pacjent rozluźniło się.
W pozycji stojącej rehabilitant wykonał swój masaż
Ojciec żył jeszcze pięć dni".

Pięć dni. Tyle potrzebował pozostający pod opieką doktor Magdoń czyjś ojciec, by przed śmiercią pożegnać się z przebywającym za granicą synem. Aby opóźnić chwilę ostatecznego odejścia, lekarka przejmuje na siebie – dosłownie – ciężar, jaki stanowi ubezwłasnowolnione i wyniszczone chorobą ciało. Wygrywa pięć dni w walce ze śmiercią i czyni możliwym spotkanie ojca z synem. To najważniejsze pięć dni w życiu każdego z nich, ale być może także jej samej.

Do grona filozofów, którym stała się bliska medycyna narracyjna dołączył także ostatnio Bożydar Ivkov, profesor filozofii i socjologii medycyny z Bułgarskiej Akademii Nauk, autor książki „Trajectories of Suffering and Pain". W przesłanym mi

[14] M. Magdoń, Współodczuwanie w medycynie, Kraków 2002, s. 26-27.

liście przyznaje wprawdzie, że medycyna narracyjna jest w Bułgarii niemal zupełnie nieznana, ale podejmowane przez niego działania, w tym także tłumaczone przez niego na język bułgarski artykuły mojego autorstwa, wydane w tym roku w książce zatytułowanej „Aleksander Woźny o medycynie narracyjnej. Wybrane artykuły i wywiady", sprzyjają jej upowszechnieniu. To za jego pośrednictwem nawiązałem kontakt z bułgarskim stowarzyszeniem osób cierpiących na cysty Tarlova, chorobę przewlekłą, rzadką, atakującą przede wszystkim kobiety, i bardzo trudną do zdiagnozowania, która wywołuje niewyobrażalny ból i cierpienie. Jego przewodnicząca, Monika Marinowa, napisała o nas na Facebooku: „chcą spojrzeć oczami cierpiących, chorych ludzi i zrozumieć ich duszę! Dużo więcej – chcą pokazać światu, że istniejemy!".

Jak wielkie zagubienie grozi ludziom chorym, zanim ujawni się im duszę medycyny, pokazuje sytuacja opisana przez Ritę Charon. Oto historia ze szpitalnego korytarza, relacja przypadkowego spotkania dwóch kobiet. Jedna z nich mówi do drugiej „To taka rozległa przestrzeń. Idę o zakład, że z łatwością można się tu zgubić, a ja zawsze musze wiedzieć, dokąd idę". Następnie pyta, jak trafić na radiologię. „Idź prosto — odpowiada druga kobieta — tym korytarzem, potem skręć w lewo, na tym rogu, a następnie zjedź windą na B, stamtąd trafisz na radiologię". To wymiana zaledwie dwóch replik, podsłuchana przez jednego ze studentów – uczestnika jednego kursów medycyny narracyjnej prowadzonych w Columbia University – ale przecież w tym krótkim dialogu, w wypowiedzi pierwszej z kobiet, która najprawdopodobniej rozpoczyna leczenie, czuje się napiętą do granic sytuację, w jakiej się znalazła. Czuje się jej drogę krzyżową, która właśnie się zaczyna, strach, w którym ujawnia się bezmiar otaczającej przestrzeni, trudność w opanowaniu szpitalnych korytarzy, poczucie zagrożenia — zachwianie, brak oparcia. Kobieta nie mówi tego wprost, ale uważny słuchacz bez trudu zrozumie znaczenie słów zagubionej w przestrzeni istoty, ukazuje się ono w postaci zakamuflowanej, ale przecież takiej, która jest do odczytania. Oto jak wobec wołania kobiety ze szpitalnego korytarza, pacjentki

debiutującej na onkologicznej scenie, ustawia się dialogowo Rita Charon, gdy omawia w czasie zajęć warsztatowych jej historię: „Zastanawiam się, czy czujesz się zagubiona, bo nie wiesz przecież jak się leczy raka? Co mogę zrobić, aby zmniejszyć twoje cierpienie?".

Analizowana przez Ritę Charon sytuacja przypominała mi się natychmiast, gdy na korytarzu Dolnośląskiego Centrum Onkologii spotkaliśmy razem z moja córką, Agnieszką, panią Marię. Zamarłem, kiedy z kantorka portierni dobiegły nas jej słowa: „W czym mogę pomóc?". Właśnie w ten sposób, pomyślałem, wita w gabinecie swoich pacjentów dr Charon. Te pierwsze słowa, wypowiedziane w obcej, onkologicznej przestrzeni, słowa dobiegające do pacjentek, wywierały, nie tylko na nas, niezwykłe wrażenie. Były to słowa wypowiedziane ciepło, pomimo że wcześniej pani Maria kategorycznie domagała się od każdej wchodzącej osoby, żeby odkaziła ręce i żeby poprawiła maskę na twarzy, bo nie zakrywa nosa, wszak był to czas pandemii. Każda z zagubionych w nieznanej przestrzeni kobiet kieruje się na dźwięk jej głosu do małego kantorka, zza którego życzliwe spogląda pani Maria. I każda z kobiet jest wdzięczna, że ktoś się nią zainteresował, że ktoś pokieruje do odpowiednich drzwi i na właściwe piętro. Uwagi pani Marii są konkretne: jeśli konsylium, to tu, a jeśli mammografia, to tam. Podawane są numery gabinetów, w których będą przyjmowane pacjentki, a także informacje, że można skorzystać z windy, która jest tam a tam. W głosie kobiet daje się słyszeć wdzięczność: „ktoś pokierował mnie", zdają się mówić, „nie jestem w tej rzeczywistości, tak innej od reszty świata, niezauważana, nie jestem już sama. Ktoś, kto reprezentuje ten świat zauważył mnie i wskazał drogę". A przecież najważniejsze w tej chwili to oswoić otaczającą przestrzeń lęku i zagrożenia. Na pytanie, kto ją tego wszystkiego uczył, pani Maria odpowiada, że nikt. Nikt jej nie szkolili. „No to skąd Pani to ma?" — pytamy. „To się wynosi z domu" — słyszymy odpowiedź. Po czym opowiada, jak znalazła się na tym miejscu, jak złożyła tu podanie, i jak została przyjęta do pracy, bo — jak zaznacza — zaczynała swoją karierę na kolei jako dróżnik. W jej słowach czuje

się dumę, że tu pracuje. A w nas pojawia się żal, że nie każdy medyk wynosi to z domu.

„Spotkać na swojej drodze panią Marię – napisała do mnie w internetowym liście prof. Iwona Kabzińska, etnolog z Polskie Akademii Nauk – o której tak pięknie pan napisał… Szczęście. Dar. Nie musiała szkolić się, by obdarzać ludzi życzliwością, pomagać, wspierać. To Maria, która „obrała lepszą cząstkę". Nie posiłkuje się w kontaktach „profesjonalnym" uśmiechem (wymuszonym grymasem, lepkim od sztuczności), ale kieruje się sercem, autentycznym współczuciem, dobrocią. Ona wie, jak ważne są informacje i sposób, w jaki zostają przekazane. Nikt nie musi jej robić wykładów na ten temat. Nie ogranicza się do suchych wskazówek, jak kobieta, o której pisze Charon, ale towarzyszy chorym, ociera ich twarze, jak Weronika, pomaga dźwigać krzyż (nieprzymuszona, w przeciwieństwie do Szymona!). Prawdziwie Boży człowiek, przynoszący ulgę w cierpieniu, łagodzący lęk, budzący nadzieję. Człowiek, który sprawia, że osoba chora, zalękniona, zrozpaczona, zagubiona, nie czuje się samotna.

Jakże by się chciało spotykać takie Marie jak najczęściej na swoje drodze… Marie, w których tak łatwo odczytać obecność Boga".

Literatura

1. *100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce 1921 – 2021*. „Zeszyt Historyczny. Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej", Warszawa 2021, grudzień.
2. Duffy T.P. , The Flexner Raport – 100 years later, Yale Journal of Biology and Medicine,[online] 2011, Sept. 84(3) s. 269-276. Tryb dostępu:
3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858 (data dostępu 14. 03 2014)
4. Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum T. Komendant, Warszawa 2009
5. Frankl V., *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, przeł. R. Skrzypczak , Warszawa 2017
6. Gawende A.., *Śmiertelni. Wyzwania medycyny u schyłku życia*, przeł. M. Fiedorek, Wołowiec 2023.
7. Han B-C., *Społeczeństwo zmęczenia i inne eseje*, przeł. R. Pokrywka, Warszawa 2022
8. Kliszcz J., *Psychologiczny aspekt jatropatogenii*, w: Komunikowanie się lekarza z pacjentem, red. J.Barański i in.,Wrocław 2000
9. Magdoń M., *Współodczuwanie w medycynie*, Kraków 2002.
10. Newman D. H., Cień Hipokratesa. *Tajemnice domu medycyny*, przel. M Borowski ,Znak, Kraków 2010
11. Sławek T., *Dusza medycyny*, Tygodnik Powszechny, 2007, nr 51-52
12. Szczeklik A., Kore. *O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny,* Kraków 2007
13. Woźny A., *Komunikacja z pacjentem z perspektywy hermeneutyczno-orkiestralnej. Rzecz o wciąż słabo rozpoznanej w Polsce medycynie narracyjnej*, w: *Dziennikarstwo i Media*, t.19, 2023
14. Woźny A. *Historyczny Zeszyt Naczelnej Izby Lekarskiej, czyli medyków portret własny na stulecie polskiego samorządu lekarskiego, z raportem Flexnera z 1910 r. w tle*, w: *Dokonania i wyzwania polskiej historiografii medycznej* - Tom I. *Referaty Ogólnopolskiego Kongresu Historii Medycyny w setną rocznicę I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny (1924–2024), Filozofia medycyny – 100-lecie „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" – Medycyna wielokulturowa – Eugenika*, pod red. E. Baum, E. Białka, M. Mazurak, A.Wojnara, Wrocław 2024.