

EWA KLIMOWICZ

Uniwersytet M. Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

DWIE ODMIANY UNIWERSALIZMU W MEDYCYNIE I ETYCE LEKARSKIEJ¹

Przedstawiciele nauk społecznych, filozofów i etyków od dawna interesował problem uniwersalnego charakteru moralności. Zdaniem Marii Ossowskiej, zagadnienie to pojawiało się w dziejach z nierównym nasileniem; zawsze jednak można było wskazać pewne pozanaukowe przyczyny, skłaniające badaczy do podejmowania tego problemu. W XVIII wieku znaczne zainteresowanie tą sprawą wpływało z tendencji do zakwestionowania monopolu religii chrześcijańskiej na moralność. W czasach współczesnych znowu wraca się do tego zagadnienia z powodów zarówno teoretycznych (chodzi bowiem o rozstrzygnięcie sporu o status logiczny ocen i norm moralnych oraz właściwy etyce sposób uzasadniania²), jak i praktycznych, bowiem „w epoce wielkiego gwałcenia nakazów moralnych pragnie się jakiegos potwierdzenia, że nie są one wzięte z powietrza, lecz są oparte na jakichś powszechnych i głębokich ludzkich potrzebach³”.

Mimo wielu badań i rozpraw poświęconych temu problemowi, trudno twierdzić, że pojęcie uniwersalizmu ma w naukach społecznych, etyce lub filozofii jasną i jednakowo przez wszystkich rozumianą treść. Jest nawet wręcz przeciwnie, gdyż bywa ono używane w charakterze synonimu tak różnych znaczeniowo pojęć, jak: *powszechność*, *obiektywizm*, *prawdziwość*, *jednolitość*, czy nawet *totalność*.

Przedstawiciele antropologii kulturowej i socjologii na ogół skłonni byli utożsamiać uniwersalność z powszechnością, poszukując w różnych kulturach, tak przecież licznych i różnorodnych, pewnych elementów wspólnych. Jednakże rozstrzygnięcie pytania o tak pojmovany uniwersalny charakter moralności wymaga jednak dokładniejszego uświadomienia sobie, o co w istocie się pyta i jakich **wspólnych** elementów

¹ Jest to poszerzona wersja referatu przygotowanego na konferencję organizowaną przez Polski Oddział Międzynarodowego Towarzystwa Uniwersalizmu, Sekcję Etyki Polskiego Towarzystwa Filozoficznego i Wyższą Szkołę Pedagogiczną w Siedlcach w dniach 26-28 września 1994 r. na temat: *Czy jest możliwa etyka uniwersalna?*

² Niektórzy metaetycy (naturaliści) sądzą bowiem, że wykazanie powszechności uznawania jakiejś normy lub oceny moralnej stanowi dowód jej obiektywnej prawdziwości i że np. dowód prawdziwości indukcyjnego uogólniania głoszącego, że ludzie powszechnie uważają oszustwo za złe, jest jednocześnie dowodem prawdziwości twierdzenia etycznego, że oszustwo jest złe.

³ *Zagadnienie powszechnie uznanych norm moralnych*. W: *Socjologia moralności*. Warszawa 1986, s. 164.

ma się poszukiwać. W pracach różnych autorów pytanie to odnosi się bowiem do różnego rodzaju faktów. Tak np. może ono dotyczyć powszechności występowania identycznych zachowań; czasem powszechności uznawanych norm lub wartości; czasem zaś identyczności postaw psychicznych ludzi (np. podobieństw intencji czynów lub reakcji na nie) lub powszechności potrzeb, wymagających takiego samego sposobu ich zaspokajania.

Z kolei etycy i filozofowie, pytając o uniwersalny charakter moralności, niekoniecznie mieli na uwadze powszechność występowania niektórych norm w różnych kulturach. Zagadnienie to najczęściej rozstrzygali „przy biurku” i — utożsamiając uniwersalność z obiektywnością — wywodzili normy moralne z tak czy inaczej interpretowanej, apriorycznie pojętej natury ludzkiej⁴.

W czasach współczesnych pojęcie uniwersalizmu jakby zaczynało nabierać jeszcze innych treści. Tak np. w pracach J. Kuczyńskiego⁵, uniwersalizm jest pewnym postulatem adresowanym do społeczności całego świata — apelem o ingerencję wokół wspólnych wartości reprezentowanych przez ideał człowieka pełnego (*homo totus*) i twórczego (*homo creator*). W rozprawach etyków interesujących się globalnymi problemami ludzkości oraz propagujących idee etyki ekologicznej, uniwersalizm bywa utożsamiany z holizmem i jest zarówno pewnym założeniem teoretycznym, jak i postulatem metodologicznym, nakazującym — dla zrozumienia funkcjonowania części — badać rzeczywistość z punktu widzenia jej całościowych mechanizmów⁶.

Zważywszy na wspomnianą wieloznaczność kategorii *uniwersalizm*, staje przede mną niełatwe zadanie klarownego wyjaśnienia tego, co będę analizować i co nazwałam w tytule „uniwersalizmem w medycynie i etyce lekarskiej”. W charakterze pewnego prowizorium proponuję — zgodnie z etymologią tego pojęcia — przyjąć, że uniwersalizm oznacza pogląd lub stanowisko, poszukujące w danej dziedzinie rzeczywistości jakichś „powszechników”, czyli zjawisk, tendencji lub podstaw, które rozpatrywane jako fenomeny, przejawiają się różnorodnie, będąc w istocie manifestacjami jednej i tej samej całości podstawowej. Powyższe określenie jest, w moim przekonaniu, tak pojemne, że pozwoli objąć swym zakresem różne jego szczegółowe uzasadnienia, przesłanki i zastosowania. Tak więc uniwersalizm w medycynie będzie odwoływał się do jednego, uniwersalnego właśnie, pojęcia zdrowia lub choroby, przyjmując jako swą filozoficzną podstawę istnienie jednolitej — pojętej biologicznie lub „humanistycznie” — natury ludzkiej, która, zdaniem jego zwolenników, pozostaje taka sama, niezależnie od tego, pod jaką szerokością geograficzną lub w jakim czasie żyją poszczególne jej emanacje. Przejawem stanowiska uniwersalistycznego w medycynie będzie też przekonanie, że te same choroby (chodzi zwłaszcza o choroby somatyczne) można leczyć takimi samymi środkami i że lekarz dobrze przygotowany do zawodu potrafi nawiązać kontakt terapeutyczny z pacjentem, niezależnie od różnicy kultur, w jakich obaj zostali wychowani.

⁴ Dobrym przykładem takiego „stylu myślenia” jest współcześnie koncepcja „człowieka produktywnego” E. Fromma, wypływająca z przyjętej przez tego filozofa koncepcji ludzkiej natury nie pozabawionej elementów aprioryzmu.

⁵ Por.: J. Kuczyński: *Uniwersalizm jako metafizologia*. T. 1. Warszawa 1989; T. 2. Warszawa 1990.

⁶ Por. np. H. Rolston: *Values in Nature*. „Environmental Ethics” 1981. vol. 3.

Uniwersalność etyki lekarskiej najczęściej bywa pojmowana jako powszechność i powtarzalność pewnych cech sytuacji terapeutycznych, które determinują zachowania ludzi uwikłanych w tę sytuację i które sprawiają, że normy, regulujące te zachowania, oraz wyrażające się w nich wartości moralne mogą mieć — i często mają — charakter ponadkulturowy. Wypływa to z przekonania, że „rola lekarza, rola medycyny, są niejako ponadczasowe i niezależne od uwarunkowań historycznych. Zawsze bez względu na epokę, choroba i śmierć człowieka były i są niezależne od dziejów”⁷.

Uniwersalizm w wyżej podanym znaczeniu jest tworem wybitnie europejskim. Dlatego ograniczam się tylko do medycyny uprawianej w tym kręgu kulturowym. Występują tu bowiem pewne, związane z uniwersalizmem, trendy kulturowe, których reperkusje można dostrzec także w Polsce. Dadzą się one wyrazić w formie ogólnej konstatacji, że współczesna medycyna tego obszaru przechodzi od jednej, sięgającej XVIII wieku, wersji uniwersalizmu, do wersji innej, ufundowanej na holistycznym podejściu do przyrody i człowieka. Każda z tych odmian uniwersalizmu inaczej wpływała (i nadal wpływa) na praktykę medyczną, powodując pojawianie się odmiennych tendencji terapeutycznych oraz odmiennych sposobów traktowania pacjenta. Rekonstrukcja tych odmian uniwersalizmu oraz prezentacja ich praktycznych konsekwencji jest celem tego artykułu.

1. Uniwersalizm „biologisticzny” i jego konsekwencje

Tradycyjne pojęcie uniwersalizmu w medycynie kształtowało się stopniowo, w miarę tego, jak ona sama stawała się nauką. Przyjmuje się, że dzieje medycyny jako dziedziny wiedzy naukowej zaczynają się w XVIII wieku, wieku Oświecenia i racjonalizmu. Sądzę jednak, że jej metodologicznych i filozoficznych podstaw należy poszukiwać wcześniej, bo w podstawowych paradygmatach filozofii Kartezjusza⁸.

Jak wiadomo, europejska medycyna przedkarterzystańska i prenaukowa opierała się głównie na kontaktach personalnych między leczącym a leczonym, które najczęściej przybierały postać pewnego misterium. Łączyło się to z wiarą w ingerencję sił nadprzyrodzonych zarówno w proces powstawania choroby, jak i leczenia. Przy bardzo wówczas ograniczonej wiedzy i nader wąskich technikach terapii, funkcję najważniejszego *panaceum* pełniła osoba terapeuty. Lekarz był tyleż kapłanem, co uczonym mędrce i biegłym w swym fachu rzemieślnikiem. Nieznajomość rzeczywistych przyczyn choroby skłaniała lekarzy-kapłanów do interesowania się przede wszystkim sferą ducha pacjentów. W tym ujęciu zarówno egzorcycmy, jak i pokuta były logicznymi następstwami prób usunięcia przyczyn choroby. Szczególnie wyraźnie można to dostrzec w praktykach stosowanych wobec „obłąkanych”⁹.

⁷ R. Sikorski: *Program studiów lekarskich w Polsce*. W: *Uniwersalizm i medycyna*, pod red. K. Imielińskiego. Warszawa 1992, s. 131.

⁸ Często zapomina się bowiem o wielkim odkryciu Kartezjusza, jakim było zbadanie mechanizmu krwioobiegu i uznanie pracy serca za analogiczną z pracą pompy ssąco-tłoczącej.

⁹ Pisze o tym M. Foucault w: *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przekład II. Kęszyckiej. Warszawa 1987.

Przełom kartezjański w medycynie polegał na oddzieleniu sfery „ducha” od sfery „ciała”. Przyjęcie tego dualizmu miało trudne do przecenienia skutki. Z jednej strony zaowocowało wspaniałym rozwojem nauk przyrodniczych o człowieku i przyczyniło się do narodzin medycyny jako nauki; doprowadziło do jej uwolnienia z dotychczasowych związków z magią, czarami i religią. Z drugiej jednak strony spowodowało upowszechnienie się w praktyce medycznej biologistycznego podejścia do człowieka chorego: do traktowania choroby jako stanu wyłącznie somatycznej patologii.

Upowszechnienie się w nowożytnej filozofii i nauce kartezjańskiego dualizmu oraz mechanicyzmu spowodowało w medycynie traktowanie ciała jako złożonego konglomeratu części, funkcjonującego zgodnie z prawami mechaniki. Pozwalało to badać wszystkie istoty żywe, w tym człowieka, w jednakowy, empiryczny sposób; opisywać funkcjonowanie organizmów „obiektywnym” językiem fizyki i matematyki oraz eksperymentalnie sprawdzać uzyskaną w ten sposób wiedzę. Mechanicyzm kartezjański na długo stał się podstawą jedności wszystkich nauk empirycznych, pozwalał bowiem rozpatrywać przyrodę jako niesyntetyczny konglomerat różnych powiązanych ze sobą części. Stąd przekonanie, że dla poznania całości wystarczy dogłębnie poznać jej elementy. Jak wiadomo, w metodologii przybrało to formę postulatu, nakazującego badany przedmiot dzielić na proste elementy składowe, badać je kolejno i w oparciu o uzyskane wyniki formułować tezy dotyczące całości. To podejście do przyrody i do człowieka przez długie lata wydawało się poznawczo płodne i przyczyniło się do bujnego rozwoju wszystkich nauk — także medycznych. Odtąd stała się ona nauką przyrodniczą i taką na ogół pozostaje aż do dzisiaj.

Ewolucja medycyny jako nauki przyrodniczej uległa przyspieszeniu w wieku XIX, szczególnie zaś w XX, gdy do praktyk lekarskich zaczęto wprowadzać rewelacyjne odkrycia biologii (np. genetyki, biologii molekularnej, biochemii itp.), oraz wykorzystywać najnowsze osiągnięcia techniki. Zastosowanie coraz bardziej precyzyjnych metod badania pozwoliło stwierdzić subtelne odchylenia w strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego, a doskonalone ciągle aparaty umożliwiły dokładną lokalizację procesów chorobowych oraz długotrwałe monitorowanie czynności poszczególnych narządów. W wielu przypadkach spektakularne sukcesy terapeutyczne medycyny „biologicznej” zdawały się potwierdzać słuszność założeń, na których się ona opierała. Uznanie medycyny za naukę przyrodniczą doprowadziło jednak do upowszechnienia się w niej i powielania modelu człowieka zredukowanego do wymiarów wyłącznie fizykalno-biologicznych. Rozwój anatomii, fizjologii, patamorfologii itp. działów medycyny naukowej, umacniał tę koncepcję, dowodząc jedności organizmów wszystkich przedstawicieli gatunku *homo sapiens*.

Przyjęcie Kartezjańskich paradygmatów stanowiło teoretyczną podstawę kształtowania się w medycynie przekonań uniwersalistycznych. Wyrażały się one w tendencji do traktowania jej jako nauki o wyraźnie określonym przedmiocie, jakim jest organizm człowieka, stanowiący względnie trwałą strukturę biologiczną, co prawda, ulegającą procesom ewolucyjnym, ale mimo to zachowującą jako *constans* pewien istotny *zespół składników*. Strukturę tę i funkcje poszczególnych części można poznać obiektywnie i w oparciu o tę wiedzę ustalić „fizyczne” parametry zdrowia, traktując odchylenia od nich jako wymagającą leczenia patologię. W ten sposób zdrowie zaczęto utożsamiać albo ze sprawnym z biologicznego punktu widzenia

funkcjonowaniem poszczególnych narządów, albo (i) ze zdolnością organizmu przystosowania się do środowiska i biologicznie sprawnego w nim funkcjonowania.

Oparcie koncepcji zdrowia na parametrach biologicznych lub — w przypadku zdrowia psychicznego: na parametrach statystycznie ustalonej „normalności” — nadało medycynie cechę naukowej ścisłości. W świetle przyjętej koncepcji, zdrowym, tj. normalnym był ten, kto wykazywał w trakcie badania typowe cechy swojego gatunku. Typowość gatunkową ustalano, sporządzając katalog cech najczęściej występujących, powszechnych. Tak więc zdrowie, oznaczając normalność biologiczną, w istocie oznaczało normalność w sensie statystycznym. Za główne zadanie medycyny — zgodnie z tradycją hipokratesową—uznano nie tyle aktywne promowanie zdrowia, ile likwidację szkód fizycznych, wyrządzonych organizmowi przez chorobę oraz łagodzenie płynących stąd cierpień pacjenta.

Koncepcja zdrowia rozumianego jako biologiczna sprawność organizmu spowodowała wyrugowanie z obszaru oddziaływania lekarskiego pozasomatycznej sfery ludzkiej egzystencji. Owszem, cierpienie i ból doznawany przez pacjenta wchodziły w zakres lekarskiego oddziaływania, ale tylko wówczas, gdy miały podłoże somatyczne.

Uniwersalizm o kartezyjańskim rodowodzie, który skrótowo nazwałam „biologistycznym”, opierał się zatem na redukcjonistycznej koncepcji człowieka jako obiektu zabiegów medycznych. Rzutowało to także na pojmowanie roli i zadań lekarza: od tego czasu stał się on bardziej „inżynierem ciała” niż kapłanem lub opiekunem chorego. Jako „specjalista od chorób” lekarz deontologią zawodową został zobowiązany do „naprawiania ciała” oraz ratowania życia przy zastosowaniu wszelkich dostępnych mu środków. Los pacjenta, jego aspiracje i przeżycia egzystencjalne itp., uznano za prywatne problemy chorego, którymi lekarz nie musi się interesować.

Trzeba stwierdzić, że w deontologii lekarskiej uniwersalizm „biologistyczny” doprowadził do ukształtowania się pozytywnego pod względem moralnym postulatu równego traktowania wszystkich chorych — bez względu na ich rasę, narodowość, zawód czy wyznawaną religię; wyraził się w prawie zagwarantowanej równej dostępności do wszystkich form terapii, jakie jest w stanie zaoferować współczesna medycyna. Co prawda, w praktyce różnie z tym bywało, ale w sferze postulatów ta równość dostępu do terapii zasługuje na podkreślenie i jest dotychczas wymownym przejawem uniwersalizmu etyki lekarskiej.

Kartezyjański postulat segmentacji badanego problemu na jego elementy składowe i dążenie do ich pełnego, obiektywnego poznania—w medycynie bez wątpienia motywowane pragnieniem niesienia ulgi w cierpieniu i potrzebą skuteczności leczenia — spowodowało jednak pojawienie się wielu nowych, wąskich specjalizacji. Lekarz zaczął być coraz lepiej przygotowany do leczenia coraz mniejszej liczby chorób. Wzrost specjalizacji, niestety, spowodował znane zjawisko traktowania pacjenta jako „przypadku”, którym należy się zająć, przywracając utraconą sprawność danego organu. W ten sposób człowiek jako jedność psychofizyczna stał się dla lekarza zbyt złożonym układem, wobec którego zaczął on doznawać poczucia bezradności i niekompetencji, co w rezultacie wzmacniało jeszcze skłonność do przedmiotowego traktowania pacjenta. Szybki rozwój techniki medycznej oraz postępująca specjalizacja lekarzy spowodowały, że bezpośredni, osobisty kontakt lekarza z pacjentem stawał się coraz rzadszy. Jeśli dodać do tego fakt, że specjalizacja

wymuszająca system konsultacji sprawiła, że pacjent bywał odsyłany od specjalisty do specjalisty, a każdy z nich leczył tylko „swoją” chorobę, czyli tę część ciała, na której znał się najlepiej, to nic dziwnego, że sam chory zaczynał w końcu postrzegać siebie jako bezosobowy obiekt medycznych manipulacji.

Medycyna oparta na tradycyjnym uniwersalizmie: uniwersalizmie zakorzenionym w „biologisticznej” koncepcji człowieka, aczkolwiek może się poszczycić wspaniałymi osiągnięciami terapeutycznymi wypływającymi z coraz lepszego poznania mechanizmów biologicznych choroby, stopniowo stawała się źródłem licznych zagrożeń dla podmiotowości pacjenta oraz dla kształtowania prawidłowych, z punktu widzenia etyki lekarskiej, relacji między lekarzem a pacjentem. Źródłem tych zagrożeń jest z jednej strony kryzys wartości humanistycznych, występujący we współczesnej kulturze europejskiej; z drugiej zaś — rozwój techniki. W medycynie kryzys ten przejawia się sformalizowaniem kontaktów lekarza z chorym, utratą więzi psychicznych terapeuty z pacjentem, utratą przez niego poczucia bezpieczeństwa i przedmiotowym go traktowaniem. Lekarza z kolei rozwój technik i technologii terapeutycznych zmusza do doskonalenia sposobów leczenia ciała kosztem zaniedbywania lub nawet lekceważenia pacjenta jako cierpiącej osoby. Możliwości nowych technologii medycznych powodują bowiem, że dla wielu lekarzy sam proces leczenia staje się czasem bardziej fascynujący niż pacjent — podmiot terapii, o którego dobro winni się troszczyć. Zmniejszające ból i cierpienia pacjenta postępy wiedzy i technologii medycznych jednocześnie obniżają próg zdolności lekarza do okazywania współczucia względem chorego. Jeśli do tego dodać zespołowy charakter pracy, konieczny wobec postępującej specjalizacji i rozwoju techniki, trudno się dziwić, że obniża się także zakres i stopień odpowiedzialności moralnej poszczególnych lekarzy.

Wszystkie te zjawiska, z pewnością nie wyczerpująco opisane, skłaniają samych lekarzy do wniosku o narastającej dehumanizacji medycyny i konieczności przeciwdziałania temu procesowi w imię dobra człowieka chorego¹⁰.

2. Uniwersalizm „humanistyczny” i jego konsekwencje

Jak wspomniałam na wstępie, w ostatnich latach zaczyna formować się nieco inna treść pojęcia *uniwersalizm*, odwołująca się do innych założeń filozoficznych, występująca z nową koncepcją nauki i naukowości medycyny oraz prowadząca do formułowania nowych postulatów o charakterze etycznym. Ten typ uniwersalizmu skrótkowo będę nazywać „uniwersalizmem humanistycznym”, ponieważ w filozofii i metodologii opiera się on na holizmie oraz postuluje rehumanizację medycyny, rozumianą jako uwzględnianie w procesie terapii potrzeb psychicznych pacjenta, poszanowanie go jako osoby i respektowanie jego systemu wartości.

Ograniczona rozmiarami artykułu, nie mam możliwości sięgnięcia do historycznych źródeł kształtowania się tej odmiany uniwersalizmu. Uważam jednak za niezbędne wspomnieć w tym miejscu, że tendencja rehumanizacji medycyny zaczęła

¹⁰ Por. np.: A. Wojtczak: *Relacja „lekarz—pacjent” w świetle zmieniających się zadań i roli lekarza*. W: *Humanizm i medycyna*, pod red. K. Imielińskiego. Warszawa 1993.

się w latach 60. na terenie psychiatrii, pod wpływem ruchu tzw. „antypsychiatrów”¹¹. Prace przedstawicieli tego ruchu (którzy, *nota bene*, nie zawsze byli z wykształcenia lekarzami, lecz np. socjologami lub psychologami), przyczyniły się do odejścia od „psychiatrii biologicznej” na rzecz „psychiatrii humanistycznej”, do znacznego zmodyfikowania ogólnej koncepcji choroby psychicznej, dotychczas traktowanej po prostu jako choroba mózgu lub systemu nerwowego i leczonej środkami farmakologicznymi, a często znacznie bardziej drastycznymi metodami (jak np. elektro-wstrząsy lub psychochirurgia). Pacjenci instytucji psychiatrycznych zawdzięczają temu ruchowi zmiany w regulaminach szpitalnych, idące w kierunku poszanowania godności pensjonariuszy, złagodzenia paternalistycznie usprawiedliwianych rygorów oraz ograniczenia w stosowaniu środków rzekomo chroniących społeczeństwo przed agresją ze strony „szaleńców”, w istocie zaś będących środkami represji wobec pacjentów niepokornych”.

Pod wpływem tego ruchu zaczęło narastać zrozumienie, że przynajmniej niektóre zaburzenia psychiczne, zwane tradycyjnie „chorobami”, są przejawem dysfunkcji psychologicznych lub skutkiem zaburzeń w sferze interakcji i komunikacji społecznej pacjenta; inne zaś bywają efektem nieprzystosowania nadwrażliwej lub nadpobudliwej jednostki do norm współżycia społecznego, adresowanych w istocie do osób przeciętnych¹². Krótko mówiąc: dokonywała się rewizja tradycyjnych pojęć zdrowia i choroby psychicznej. Z czasem trend „rewizjonistyczny” względem tradycyjnego pojęcia nauk medycznych, pojęcia choroby i zdrowia oraz postulatów etycznych, obowiązujących lekarza, objął także medycynę somatyczną¹³. W niej także zaczęło dostrzegać tendencje negatywne z punktu widzenia zasady *salus aegroti suprema lex* — tendencje, które, zdaniem krytyków, mają swe źródło w teoretycznych i filozoficznych podstawach, na których dotychczas się ona opierała.

Krytyczne akcenty wobec filozoficznych podstaw medycyny oraz próby oparcia jej na nowym rozumieniu jej uniwersalistycznego charakteru można odnaleźć w pracach wielu polskich i zachodnich lekarzy. Dobry przykład nowego stylu myślenia o medycynie dają referaty, wygłoszone w maju 1993 roku na Międzynarodowym Sympozjum nt. *Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku*¹⁴. Wprowadzający referat K. Imielińskiego można uznać za reprezentatywny dla nowej odmiany uniwersalizmu w medycynie, dlatego pozwolę sobie omówić jego treść nieco szerzej.

¹¹ Wielki wpływ na zmianę organizacji i stylu pracy szpitali psychiatrycznych wywarły wówczas krytyczne wobec tradycyjnej psychiatrii rozprawy T. Szasza, a zwłaszcza *The Myth of mental Illness*. New York 1961.

¹² W Polsce A. Kępiński i K. Dąbrowski, niezależnie od ruchu „antypsychiatrów”, swymi pracami teoretycznymi i działalnością zawodową w znacznym stopniu przyczynili się do humanizacji lecznictwa psychiatrycznego.

¹³ Ostatnio dyskusja między zwolennikami uniwersalizmu biologizującego a zwolennikami uniwersalizmu humanistycznego przeniosła się również na płaszczyznę kształcenia przyszłych lekarzy, o czym może świadczyć opublikowany niedawno zbiór referatów z konferencji: *Medycyna u progu XXI wieku. Uniwersalizm w kształceniu i kulturze medycznej*, zorganizowanej przez Polską Akademię Medycyny oraz Polskie Towarzystwo Lekarskie (Uniwersalizm i medycyna, op. cit.).

¹⁴ Opublikowane pod red. K. Imielińskiego w zbiorze *Humanizm i medycyna*, op. cit.

Punktem wyjścia rozważań K. Imielińskiego jest stwierdzenie, że medycyna należy do nauk antropologicznych, gdyż zajmuje się człowiekiem — zarówno zdrowym, jak i chorym. Zaliczanie jej do nauk przyrodniczych opierało się na błędzie redukcjonistycznym. Tymczasem zrozumienie człowieka jako przedmiotu zabiegów lekarskich wymaga od przedstawicieli tego zawodu wiedzy nie tylko biologicznej, ale także psychologicznej, socjologicznej oraz filozoficznej.

Medycyna jest i pozostanie na pewno nauką, lecz nie trzeba zapominać, że zawsze była ona także sztuką, przejawiającą się w umiejętności diagnozowania, zapobiegania i leczenia chorób; kojenia cierpień pacjenta tak psychicznych, jak fizycznych; że była i jest nadal umiejętnością promowania pozytywnych dla zdrowia wzorów zachowań i stylów życia. Współczesna medycyna naukowotechniczna nie jest w stanie wskazać lekarzowi drogę właściwego podejścia do chorego i nauczyć go umiejętności rozumienia jego przeżyć, ponieważ postępująca w niej specjalizacja z góry przekreśla możliwość „całościowego widzenia człowieka”.

Jednakże ostatnio zaczyna kształtować się nowy styl myślenia w medycynie, wywodzący się z „systemowego ujęcia świata” oraz uwzględniający wszechstronność związków, łączących człowieka ze środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Uwidacznia się on w formowaniu i upowszechnianiu „światopoglądu ekologicznego”; przejawia w postaci globalizmu, czyli „w myśleniu kategoriami planetarnej całości i jedności”; wyraża się w uniwersalizmie, wypływającym z holistycznych założeń. Na jego gruncie przyjmuje się założenie, że świat stanowi jedność różnorodnych, autonomicznych systemów, tworzących syntetyczną całość, obejmującą także człowieka. Ten paradygmat wyznacza przyszłościowy kierunek ewolucji medycyny. Z postulatu całościowego podejścia do człowieka wynika zaś wniosek, że nauka, filozofia i medycyna „muszą zajmować się sferą ludzkich wartości i przeżyć”.

Trzeba tu dodać, że K. Imieliński wyraźnie nawiązuje do koncepcji uniwersalizmu, propagowanej przez J. Kuczyńskiego, który w referacie wygłoszonym na Międzynarodowym Sympozjum *nt Medycyna u progu XXI wieku*¹⁵ postuluje rozwój metamedycyny rozumianej jako nauka „sumująca, wszechstronna, samoświadoma i zwrócona ku pacjentom”, ujmująca ich problemy „w kategoriach sensu, znaczenia i celu”¹⁶. Nawiązując do koncepcji tego filozofa, K. Imieliński stwierdza, że uniwersalizm jako „metafilozofia, przekraczająca ograniczenia i partykularyzmy wszystkich dotychczasowych systemów filozoficznych”, ma szansę „stać się podstawą tworzenia ludzkości-dla-siebie”. Jego zdaniem, medycyna nie powinna stronić od wniesienia udziału w wykorzystaniu tej szansy. A zatem, aby sprostać potrzebom nadchodzącego nowego stulecia, „powinna ona być medycyną holistyczną, partnerską, rodzinną, promocyjną i filozoficzną”.

Medycyna holistyczna wymaga podmiotowego podejścia do człowieka i wbrew tradycyjnie formułowanemu pytaniu: „jaki rodzaj choroby ośwładną danym pacjentem? ”, współczesny lekarz powinien także stawiać sobie pytanie: Jaki typ człowieka cierpi na tę chorobę? ”. Wymaga to całkowitej zmiany w sposobie kształcenia lekarzy — tak aby od znajomości „chorób” zdolni byli przejść do poznawania ludzi cierpią-

¹⁵ Zob.: *Uniwersalizm i medycyna*, op. cit.

¹⁶ Tamże, s. 39.

cych i nauczyli się w zależności od osoby i przeżyć pacjenta dobierać formę i najskuteczniejszy sposób leczenia. Zdaniem autora, takie podejście jest właściwie rozumianym indywidualizowaniem terapii.

Medycyna niekonwencjonalna, tak popularna w ostatnich latach, zrozumiała już dawno, że „zachowanie podmiotowych relacji lekarza z pacjentem wyzwala tajemnicze siły *magnetyczne*, między duchem a duchem, między dwiema osobowościami” i na tym bazuje, niejednokrotnie skutecznie pomagając chorym. Medycyna uniwersalistyczna powinna zatem wnieść z doświadczeń medycyny niekonwencjonalnej tę naukę, że osobowość lekarza jest jednym z elementów leczniczych i dlatego powinien on postępować tak, żeby wyzwalać zdolności regulacyjne i samonaprawcze organizmu oraz pobudzać w chorym wolę wyzdrowienia.

W promowaniu zdrowia medycyna uniwersalistyczna nie powinna zapominać, że—jak twierdził K. Dąbrowski—„cele rozwojowe są wartościami”, więc człowiek nie może automatycznie przystosowywać się tylko do tego, co jest, lecz dążyć do tego, co być powinno. Medycyna musi wnieść swój udział do kreowania postaw twórczych ludzi — nie wyłączając osób chorych lub kalekich. Lekarz powinien zatem tak prowadzić rehabilitację, żeby ci ludzie znaleźli dla siebie nowy sens życia i działania w miarę swych możliwości i sił. Może im w tym dopomóc medycyna filozoficzna.

W ujęciu K. Imielińskiego, pojęcie to, wbrew pozorom, nie oznacza filozoficznych podstaw nauk medycznych, lecz jest rozumiane praktycznie jako wpływająca z wiedzy filozoficznej umiejętność reorientacji systemu wartości pacjenta w przypadku utraty przez niego zdrowia lub niepełnosprawności fizycznej. Do zadań sztuki lekarskiej należy bowiem nie tylko i nie wyłącznie przywracanie pacjentom zdrowia, lecz „przywracanie ich społeczeństwu”. „Medycyna filozoficzna” oznacza też umiejętność lekarza towarzyszenia w bólu i śmierci choremu terminalnie lub umierającemu, aby nie pozostawał sam w chwili „ostatecznej próby”. Dlatego problemy tanatologii powinny wchodzić w zakres wiedzy lekarskiej właśnie jako przejaw medycyny filozoficznej¹⁸.

Zwolennicy uniwersalizmu „humanistycznego” w medycynie uznają za konieczne poszanowanie podmiotowości i autonomii pacjenta m. in. poprzez stawianie mu jako partnerowi procesu terapii pewnych wymagań, przejawiających się w ponoszeniu przez niego odpowiedzialności za przebieg procesu leczenia. Dla wyników leczenia ważna jest bowiem wola wyzdrowienia i dyscyplina wewnętrzna, umożliwiająca pozbycie się nałogów i zmianę stylu życia na lepszy pod względem zdrowotnym. Brak współpracy pacjenta w tej dziedzinie „można traktować jako formę samodestrukcji (...) poprzez przewlekanie lokalnych procesów destrukcji organizmu”¹⁹.

Zwolennicy uniwersalizmu „humanistycznego” podkreślają, że medycyna holistyczna powinna zaowocować nowym językiem komunikacji z pacjentem: „językiem ciała”, czyli opracowaniem „systemu znaków, jakie ciało pacjenta w różnych swych

¹⁷ R. Sikorski: *Podsumowanie Międzynarodowego Sympozjum*, op. cit., s. 197.

¹⁸ K. Imieliński: Op. cit., s. 24. Trzeba stwierdzić, że to, co autor nazywa medycyną filozoficzną, trafniej można określić mianem „bioetyki”

¹⁹ K. Imieliński: Op. cit., s. 22.

postaciach wyraża”²⁰. Język ciała stanie się bowiem ważnym uzupełnieniem języka werbalnego w całościowym procesie komunikacji między pacjentem a lekarzem”. Poznanie przez lekarzy języka ciała może bowiem mieć istotne znaczenie dla diagnostyki i terapii, zwłaszcza gdy chodzi o pacjentów, z którymi zawiązanie zwykłej komunikacji nie jest możliwe. Zdaniem K. Imielińskiego, wielką wartością uniwersalizmu „humanistycznego”, opartego na holistycznych założeniach, jest jego „autentyczna wszechstronność”. „Uniwersalistyczna wizja człowieka pozwala bowiem nie tylko na «wyprzedzającą» prewencję (w zapobieganiu chorobom—E. K.), ale także na przyczynianie się do dobrostanu człowieka”.

Jak z tego wynika, dla przedstawicieli uniwersalizmu „humanistycznego” pojęcie zdrowia i choroby nie redukuje się do sfery *somy*. Obejmuje ono także pewien stan psychiki pacjenta i sferę jego kontaktów z innymi; obejmuje także system wartości — w tym także wartości moralnych. „Zdrowie” (i analogicznie „choroba”) tracą w ten sposób swe dawne, obiektywistyczne, bo biologiczne znaczenie i stają się pojęciami zabarwionymi aksjologicznie, lub wprost— pojęciami etycznymi, zawierającymi znaczny „ładunek” emotywny.

Fakt, że pojęcie zdrowia nie ma charakteru neutralnego, już dawno został dostrzeżony przez socjologów medycyny, psychologów społecznych, językoznawców i metaetyków. Jak się zdaje, przeświadczenie to zaczyna stopniowo przenikać do kręgów medycznych i lekarze zaczynają sobie uświadamiać, że chociaż pojęcie zdrowia wyznacza pewien zespół właściwości organizmu ludzkiego, to jednak zawiera także pewien istotny „współczynnik humanistyczny” lub —jak chcą emotywiści — pełni funkcję emotywną, wyrażającą się w dodatnich jego ocenach i subiektywnych dążeniach do jego utrzymania lub przywrócenia. Uniwersalizm humanistyczny” reaktywuje więc definicję zdrowia przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), wedle której „zdrowie jest stanem pełnego somatycznego, psychicznego i społecznego **dobrego samopoczucia** (podkr. — E. K.), a nie jedynie nieobecnością choroby lub kalectwa”²¹. Konstytucja WHO została uchwalona w 1946 roku, ale zawarta w niej definicja zdrowia jakby długo nie była dostrzegana lub w pełni doceniana, bo w praktyce medycznej utrzymywała się i dominuje nadal zgodna z hipokratesową tradycją tzw. „negatywna” definicja zdrowia, która określała ten stan jako po prostu brak choroby i cierpienia. Jak podkreślają komentatorzy i zwolennicy „pozytywnej” koncepcji zdrowia²², pora powrócić w praktyce do tego pojęcia zdrowia, aby przeciwdziałać procesom dehumanizacji medycyny i reifikacji pacjenta

Pora teraz przejść do próby oceny konsekwencji teoretycznych i praktycznych uniwersalizmu humanistycznego w medycynie. Łatwo bowiem zgadnąć, że nie są one wyłącznie pozytywne — jak to zdają się mniemać gorliwi jego wyznawcy. Pod adresem uniwersalizmu „humanistycznego”, czyli uniwersalizmu opartego na założeniach holizmu, najczęściej bywa wysuwany zarzut ideologizacji medycyny. A. Ko-

²⁰ Postulat sformułowany przez M. Hempolińskiego w referacie na Międzynarodowym Sympozjum nt. *Medycyna u progu XXI wieku*. Op. cit., s. 51.

²¹ World Health Organization. *Constitution*. Genewa 1946.

²² Np. m. in. T. Kielanowski, E. Rużyłło, R. Sikorski (por.: Uniwersalizm i medycyna, op. cit., s. 84, 98, 135).

koszka i J. Godlewski formułują go następująco: „Włączając w domenę medycyny wszelkie problemy związane z dobrym samopoczuciem, traci się jej tradycyjną, względną neutralność światopoglądową. W zamian za holistyczne podejście do człowieka, tak uprawiana medycyna musi opowiedzieć się za jakąś ideologią, a ponieważ historia wskazuje, że różni ludzie przyjmują odmienne rozstrzygnięcia natury światopoglądowej, to w konsekwencji holistycznego podejścia, medycyna powinna podzielić się zgodnie z istniejącymi światopoglądami: np. holistyczna medycyna dla ateistów, chrześcijan, muzułmanów itp. ”. Od razu trzeba stwierdzić, że ten zarzut jest częściowo słuszny, częściowo jednak wynika z niezrozumienia idei holizmu²⁴, bo przecież medycyna dzielona wedle światopoglądów utraciłaby charakter holistyczny w każdym rozumieniu tego słowa. Natomiast argumentowi ideologizacji medycyny warto przyjrzeć się bliżej.

Zdaniem wymienionych autorów, jeśli medycyna postawi przed sobą inne cele, niż leczenie — jak np. rozwój w kierunku określonego ideału człowieka lub osiągnięcie jakiegoś preferowanego stanu, np. samorealizacji, szczęścia lub dobrego samopoczucia — utraci swą dotychczasową neutralność aksjologiczną i będzie motywować lekarzy do podejmowania działalności wychowawczej (zgodnie z przyjętymi przez nich ideami) lub propagandowej. Tego rodzaju działalność zakłada zaś, że osoba kierująca wychowaniem „lepiej wie”, jak powinien wyglądać „dojrzały” lub „autentyczny” człowiek. Gdyby takie przekonanie dominowało w świadomości lekarza, mogłoby w praktyce doprowadzić do fatalnych skutków, umacniałoby bowiem przesadny paternalizm w jego stosunkach z pacjentem W skrajnych przypadkach i zważywszy na fakt, że lekarz, w porównaniu z chorym, znajduje się zawsze w sytuacji uprzywilejowanej, pogląd ten mógłby lekarza skłaniać do autorytaryzmu, a nawet do narzucania choremu własnych przekonań światopoglądowych i własnej hierarchii wartości.

Negatywne przejawy ideologizacji medycyny przejawiające się w przyjmowaniu takiej lub innej „pozytywnej” (w sensie: etycznie zaangażowanej) koncepcji zdrowia, najłatwiej jest dostrzec na terenie psychiatrii²⁵, gdzie przyjęcie normatywnie zabarwionej koncepcji normy psychicznej może doprowadzić do narzucenia pacjentom — pod pozorem leczenia — systemu wartości, uznanego przez terapeutę lub jego mocodawców za „jedynie słuszny” i do uznania za psychicznie chorych np. przeciwników politycznych. To niebezpieczeństwo jest tym bardziej realne, że opinia publiczna skłonna jest akceptować przymus, gdy jest on usprawiedliwiany powołaniem się na dobro publiczne lub na zdrowie lub życie osoby przymuszanej. Istnieje więc ryzyko, że przyjęcie w medycynie somatycznej „pozytywnej” koncepcji zdrowia również może stanowić wygodny kamuflaż dla autorytaryzmu i zapędów totalitarnych. Tak więc ideologizacja medycyny doprowadziłaby do podważenia

²³ *System wartości a perspektywy relacji lekarz — pacjent*. W: *Humanizm i medycyna. Relacje lekarz — pacjent*, pod red. K. Imielińskiego. Warszawa 1993, s. 30.

²⁴ To, co dalej piszą autorzy tego zarzutu, plasuje ich bowiem w gronie zwolenników uniwersalizmu „humanistycznego” w medycynie, choć nie jest to uniwersalizm wypływający z założeń holizmu, lecz raczej liberalizmu.

²⁵ Pisze o tym J. Sowa w: *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. Warszawa 1984.

autonomii i praw pacjenta jako osoby, a więc w równym stopniu powodowałyby dehumanizację chorego, jak medycyna „techniczna”.

3. Podsumowanie

O lekarzach od momentu powstania tego zawodu mówi się, że jednym z elementów ich powołania jest przyniesienie ulgi w cierpieniu. Zarazem za naczelną zasadę postępowania lekarskiego, obowiązującą od czasów Hipokratesa i obecną we wszystkich współczesnych kodeksach etyki tego zawodu, uznaje się „dobro chorego”, ujęte w postaci maksymy: *salus aegroti suprema lex medicorum esto*. Te dwie zasady są jednak znaczeniowo tak szerokie, że nie zawsze dobro chorego widziane oczami lekarza jest identyczne z tym, w czym sam pacjent je upatruje. Dlatego przyjęcie jednolitej, normatywnie zabarwionej i w tym sensie uniwersalistycznej koncepcji natury ludzkiej lub osobowości jest wielce ryzykowne z praktycznego i etycznego punktu widzenia. Jeśli zatem uniwersalizm „humanistyczny” w medycynie miałby opierać się na takich założeniach, to jest wielce prawdopodobne, że mógłby obrócić się w swoje przeciwieństwo. Przy tym stanowisku trudno bowiem uznać wolność pacjenta i jego prawo do samostanowienia za wartość centralną. Pokusa działania dla „dobra chorego” (dla jego zdrowia, życia, dobrostanu itp.), nawet wbrew jego woli, będąca obecnie paternalistycznie usprawiedliwianym kamuflażem przymusu, doprowadzić by mogła — z jednej strony — do ideologizacji medycyny; z drugiej zaś — do medykalizacji życia społecznego.

Fakt zgłoszenia się chorego do lekarza można potraktować jako prośbę o pomoc. Zakłada to dobrą wolę obu stron i gotowość porozumienia co do ewentualnej współpracy dla zlikwidowania cierpienia lub jego złagodzenia. Jednakże w trakcie tej współpracy może wystąpić różnica poglądów i ocen co do form i skuteczności podjętej terapii. I tu dopiero może pojawić się okazja do zmanifestowania przez lekarzy postawy humanistycznej i poglądów uniwersalistycznych. Jeśli bowiem uniwersalizm w medycynie i etyce lekarskiej może oznaczać stosunkowo różne treści i opierać się na różnych podstawach filozoficznych, to nie ulega wątpliwości, że ostatecznie przejawia się on w praktycznej postawie lekarza wobec chorego. Humanistyczne bądź autorytarne „oblicze” lekarza i medycyny sprawdza się bowiem nie w deklaracjach i hasłach, lecz w umiejętności postępowania z pacjentem. Poszanowanie dla jego moralnej autonomii uważam za najważniejszy przejaw uniwersalizmu w etyce lekarskiej.

Kształtowanie tej postawy szacunku dla pacjenta zależy jednak nie tylko od zasobu wiedzy filozoficznej, psychologicznej lub socjologicznej, w jaką wyposażony jest lekarz, lecz głównie od procesów aktualnie zachodzących w społeczeństwie, w którym lekarz żyje i uprawia swój zawód i które na niego oddziałują. Jak bowiem słusznie stwierdził K. Gibiński²⁶, zło w mniejszym stopniu tkwi w dehumanizacji medycyny, a bardziej w tym, że ludzie, a więc także lekarze, coraz bardziej tracą humanistyczne poczucie jedności z drugim człowiekiem.

²⁶ *Etyka zapomnienia*. „Nowy Medyk” nr 11, 1977.