

## ODRODZENIE ANTROPOLOGII INTEGRALNEJ W MEDYCYNIE

Umowne cezury czasowe, wyznaczone przez kalendarz zachodniej cywilizacji, mobilizują do dokonywania okresowych podsumowań i rozliczeń. Jedną z takich cezur jest niewątpliwie nadchodzący rok dwutysięczny, który - przynajmniej w wymiarze umowno-symbolicznym - zachęca do podsumowania zarówno minionego wieku, jak i upływającego tysiąclecia. O ile dokonane przy takiej okazji globalne bilanse pozwalają mniej lub bardziej całościowo spojrzeć na mijający czas, o tyle w ramach niniejszego przyczynku chcemy skupić się na wąskim wycinku rzeczywistości, wyznaczanym przez poczynania medycyny.

Jako punkt wyjścia refleksji obieramy dwie tezy, z których pierwsza, powszechnie uznawana, głosi, że „takie są ludzkie działania, jaki jest sam człowiek”. Konsekwentnie należy zakładać, że równie jednoznacznie brzmi teza odwrotna: „działania człowieka i to, co leży u ich podłoża, kształtują ich sprawcę”. Istniejąca wzajemna zależność między człowiekiem i jego działaniami wpływa na samoświadomość i samorozumienie podmiotu działania. Współczesny proces przemian w medycynie i etyce medycznej, spowodowany przez postęp naukowo-techniczny, rozwijający się pluralizm moralny - połączony z demokratyzacją życia społecznego - oraz wzrastające znaczenie czynnika ekonomicznego, nie pozostał bez wpływu na pierwszego jej aktora, tj. człowieka, który jest nie tylko podmiotem, ale i przedmiotem działań diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych.

Skoro nie daje się w sposób metodologicznie poprawny skonstruować koncepcji etyki medycznej bez odwołania się do antropologicznego fundamentu, to przeobrażanie na tym poziomie nieuchronnie prowadzi do przemian w ramach całej konstrukcji etycznej. W opracowaniach wskazuje się przynajmniej kilka obrazów człowieka<sup>1</sup>, z którymi konfrontowane są postawy przedstawicieli medycyny, przy czym bierze się pod uwagę ich praktyczne poczynania w korespondencji z konkretną opcją antropologiczną.

Proces ewolucji w ujmowaniu osoby w medycynie zamierzamy scharakteryzować, posiłkując się metodą wspólną etyce i medycynie. Najpierw zdiagnozujemy wyznaczniki aktualnego obrazu człowieka w interesującym nas obszarze, zawierając równocześnie w diagnozie element ich wartościowania (1), aby następnie prognostycznie wskazać czynniki, które mogą mieć istotny wpływ na dalsze przekształcenia wizji antropologicznej (2). Podkreślając fragmentaryczność przedstawienia problemu, przechodzimy do opisu stanu faktycznego, który hasłowo określamy mianem *dezintegracji*, zamierzając wykazać, że ma ona szansę stać się *dezintegracją pozytywną*. Nawet jeżeli niektóre z opisywanych zjawisk wydają się jeszcze nie mieć w naszej rzeczywistości swoich odpowiedników, należy zakładać ich zaistnienie w niedalekiej przyszłości.

### 1. Człowiek w medycynie współczesnej (dezintegracja)

Przez wieki w medycynie, a co za tym idzie w etyce medycznej, funkcjonowało rozumienie człowieka, które doczekało się określeń „tradycyjne”, „hipokratejskie”, „chrześcijańskie”<sup>2</sup>, czy w nowszym sformułowaniu „humanistyczne”. Nie podejmując w ramach

<sup>1</sup> W zależności od perspektywy widzenia medycyny (nauka z konkretnym przymiotnikiem) wymienia się następujące obrazy człowieka: człowiek ze swoim ciałem jako maszyna (nauka przyrodnicza), jako wartość kulturowa (nauka o kulturze), jako byt osobowy samorealizujący się (nauka humanistyczna), jako byt relacyjny w kontekstach społecznych (nauka społeczna) oraz jako nośnik informacji lub protez (nauka techniczno-biologiczna). N. Heim, Leitideen und Menschenbilder in der Medizin, „Neue Zürcher Zeitung” 1999 (23-24.01), nr 18, s. 57.

<sup>2</sup> Problematykę „chrześcijańskiego obrazu człowieka” we współczesnej etyce wraz z pojawiającymi się na tym styku problemami interesująco rozwija: D. Mieth, Das „christliche Menschenbild” und seine Relevanz für die Ethik, w: Kraus W. (Hrsg.), Bioethik und Menschenbild bei Juden und Christen: Bewährungsfeld Anthropologie, Neukirchen -

opracowania charakterystyki tak rozumianego fundamentu antropologicznego medycyny tradycyjnej, można bez idealizowania hasłowo stwierdzić, że człowiek był widziany integralnie (także w swoich relacjach z Bogiem i ludźmi), a terapię rozumiano jako spotkanie osoby lekarza z osobą pacjenta, który cały był chory, cały cierpiał i całego leczono<sup>3</sup>. Ewolucja obserwowana we współczesnej medycynie doprowadziła do tego, że w opracowaniach podejmujących problematykę antropologicznych podstaw współczesnej medycyny nieprzypadkowo mówi się o *załamaniu się tradycyjnego obrazu człowieka*<sup>4</sup>.

Rozumienie człowieka, które przez wieki kształtowało etykę medyczną, ustąpiło miejsca „ewolucjonistycznemu” pojmowaniu osoby - przedmiotu poczynań terapeutycznych. Wśród istotnych cech charakterystycznych nowej wizji człowieka<sup>5</sup> wskazuje się najpierw na *odejście od widzenia natury jako wartościowej samej w sobie* i posiadającej sens<sup>6</sup>. W świetle tradycyjnej zasady *medicus curat, natura sanat, Deus salvat* (lekarz leczy, natura uzdrowia, Bóg zbawia) właśnie natura człowieka wyznaczała sposób służebnego podejścia medycyny, której zadanie pojmowano jako odczytanie i wyzyskanie przede wszystkim własnych sił całościowo pojętego organizmu. Podstawą był więc cały człowiek, w pełnej harmonii swego ducha i ciała. Nowoczesna medycyna sprowadziła rzeczywistość do poziomu aksjologicznie obojętnych faktów, a samego pacjenta zdegradowała do roli „przypadku chorobowego”, względem którego stosuje się „adekwatne do przypadku” sposoby leczenia. Takie spojrzenie „awansowało” obydwa współpracujące podmioty (lekarza i pacjenta) do roli „decydentów”, którzy mogą, a nawet powinni wedle subiektywnego uznania zmieniać rzeczywistość, nadając jej dowolnie „wartość i sens”. Zadziwiające jest jednak, że równocześnie, przynajmniej równie mocno, rozwijają się praktyki tzw. medycyny alternatywnej lub niekonwencjonalnej, które akcentują, czasem przesadnie, rolę naturalnych sił organizmu w procesie zdrowienia. Ponadto zastanawiać musi współczesne zagubienie nowożytnego „optymizmu technicznego”, który ustąpił miejsca fundamentalnym wątpliwościom i obawom o wystarczalność ludzkich sił do sterowania gigantycznymi możliwościami naukowo-techniczno-ekonomicznymi oddanymi w nasze ręce.

Drugi podstawowy rys współczesnego obrazu człowieka stanowi *iluzja nieograniczonych ludzkich możliwości*, w świetle której człowiek przy pomocy nauki i techniki zdolny jest do absolutnego panowania nad naturą. Pod wpływem tego przekonania radykalnej zmianie uległ układ celów, które stawia sobie medycyna. Tradycyjnie mówiono o trzech celach, tj. o profilaktyce, diagnostyce i o możliwej do przyjęcia terapii. Współcześnie opcja jakościowa tak daleko przewartościowała hierarchię celów, że niejednokrotnie najistotniejsze okazują się cele zastępcze. Jedne z nich są pozytywne i skądinąd ważne, jak np. łagodzenie cierpień, inne budzą moralny sprzeciw, np. przedłużanie konania, a nawet zabijanie (aborcja, eutanazja). Do ostatniej grupy należy szeroka paleta współczesnych i przyszłościowych działań prowadzących do „produkcji człowieka”, żeby wymienić tylko zapłodnienie pozaustrojowe i klonowanie, oraz paleta poczynań kontrolnych i korygujących defekty w „produkcji ludzi”, jak np. diagnostyka preimplantacyjna oraz terapia genowa<sup>7</sup>. W związku z powyższym pozostaje sporne zagadnienie moralnego statusu nienarodzonych istot

Vluyn 1999, s. 34-56.

<sup>3</sup> Riedl A., Krankheit, w: Neues Lexikon der christlichen Moral, Hrsg. G. Virt, H. Rotter, Innsbruck - Wien 1990, s. 389.

<sup>4</sup> Omówienie i krytyka, zob. R. Löw, Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik, „Internationale Katholische Zeitschrift «Communio»” 19(1990), nr 2, s. 98-103.

<sup>5</sup> Por. J. Schmucker- von Koch, Grundfragen der medizinischen Anthropologie, w: Medizin - Ethik - Recht, Hrsg. P. Kampits, Krems 1993, s. 188-190.

<sup>6</sup> Rozwinięcie: H. Renöckl, Gesundheit - Krankheit - Grenzen des Heilens, „Anzeiger für Seelsorge” 107(1998), H. 9, s. 417-419.

<sup>7</sup> Ta grupa zagadnień jest na tyle rozległa i złożona, że na tym miejscu tylko ją sygnalizujemy, pozostawiając powstające problemy do odrębnego opracowania.

ludzkich<sup>8</sup> wraz z konsekwencjami tych kontrowersji dla reprezentowanej opcji antropologicznej.

Iluzja terapeutycznych możliwości człowieka była jednym z czynników, który doprowadził do coraz wyraźniejszego wykształcania się oczekiwań dotyczących „jakości życia” w społeczeństwie. Poddając ocenie to zjawisko, pozytywnym okazuje się należy zorientowanie konkretnej terapii na dobro chorego, na jakość-standard życia, jaką ona pacjentowi gwarantuje. Równocześnie podkreślenia wymaga prawda, że stosowanie pojęcia „jakości życia” musi być stanowczo poddane refleksji etycznej<sup>9</sup>. Okazuje się bowiem, że za koncepcjami nowoczesnej medycyny postępują nieraz wyobrażenia pacjentów o wartości zdrowia, które graniczą z absolutyzacją tego ostatniego, a to pociąga za sobą usiłowania utrzymania „jakości zdrowia” za wszelką cenę. W związku z tym należy postawić problem wartościowania stosowanych środków medycznych pod kątem ich etycznej odpowiedności. Patrząc z pozycji antropologii chrześcijańskiej, człowiek musi uwierzyć, że istnieją granice ludzkich możliwości, a więc nie do przyjęcia jest „postawa przeżycia za wszelką cenę”. Zamierzając podjąć działanie terapeutyczne, trzeba dokładnie rozważyć wszystkie znaczące czynniki, aby zagwarantować, że osiągnięty efekt nie zaprzecza ludzkiej godności<sup>10</sup>.

Dla pacjenta kierującego się innymi zasadami medycyna staje się niejednokrotnie *surogatem religii*, w ramach której oczekiwania nieśmiertelności czy uwolnienia od chorób przeniesiono na „nowoczesnych kapłanów” w szpitalach i klinikach. Tragedia „nowej religii” polega jednak na tym, że ani ontologicznie nie jest ona w stanie spełniać pokładanych w niej oczekiwań, ani nie wypracowała adekwatnej interpretacji cierpienia. O ile z perspektywy religijnej cierpienie ma wartość zarówno doczesną, jak i zbawczą<sup>11</sup>, o tyle z punktu widzenia jakości życia jest ono jedynie „obniżeniem jakości”, któremu nie nadano sensu. Widocznymi efektami powyższych opcji w medycynie są dramatyczne konflikty na linii lekarz-pacjent, kończące się coraz częściej w salach sądowych, czego smutną ilustrację stanowią dane z USA. Absurdalność nowej sytuacji polega na tym, że oczekiwania pacjentów, którzy zmienili się w „konsumentów medycyny”, rosną szybciej niż możliwości żywiłowo rozwijającej się dyscypliny, a tym samym zaufanie i szacunek dla lekarza - zamiast wzrastać z nowymi osiągnięciami terapeutycznymi - sukcesywnie maleje. Równocześnie sami chorzy stają się ofiarami takich tendencji rozwojowych. Lekarze bowiem, w odruchu obronnym, niejednokrotnie albo odmawiają terapii nierentownych lub źle rokujących chorych, albo dla rozwiania fałszywych nadziei - zbyt podkreślają możliwe skutki uboczne lub negatywne perspektywy terapii, dodatkowo psychicznie obciążając pacjenta<sup>12</sup>.

Także wielu medyków zdaje się żywić wewnętrzne przekonanie, że powinni, a nawet muszą za wszelką cenę znaleźć lekarstwo na każde schorzenie, korzystając z wszystkiego, co jest technicznie wykonalne. Efektem takich poglądów jest mnożenie eksperymentów pochłaniających coraz większe nakłady finansowe (problem rozdziału dostępnych środków) i posługiwanie się metodami i technikami budzącymi coraz większe wątpliwości etyczne. Radykalizując problem można nawet utrzymywać, że medycyna sama „produkuje nowe problemy”, jak choćby przedłużanie długości życia bez możliwości zachowania jego dobrej

<sup>8</sup> Zob. np. Mieth, art. cyt., s. 53-55; P. Morciniec, Status ludzkiego embrionu we współczesnych europejskich regulacjach, „Studia Theologica Varsoviensia” 36(1998) nr 2, s. 135-144.

<sup>9</sup> Pozytywne aspekty pojęcia „jakości życia” zob.: D. Lanzerath, Lebensqualität, w: Lexikon der Bioethik, Hrsg. W. Korff, L. Beck, P. Mikat, Bd. 2., Gütersloh 1998, s. 564-567.

<sup>10</sup> Por. K. Demmer, Gehirnverpflanzung - ethische Implikationen, „Gregorianum” 65(1984), s. 709-710.

<sup>11</sup> Zob. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, Watykan 1984.

<sup>12</sup> G. Siefer, Gesundheit - nur ein Konsumartikel? Überlegungen zur Veränderung der Vorstellung von Gesundheit in der Gegenwart, „Arzt und Christ” 38(1992), H. 3, s. 157.

jakości<sup>13</sup>, przy równoczesnej ciągłej konfrontacji z fundamentalną prawdą antropologiczną o śmiertelności człowieka, z której przy wszystkich obietnicach i postępach medycyny nie sposób „wyleczyć”.

Istotnego znaczenia nabiera zwłaszcza zmienione patrzenie na starość, którą próbuje się przedstawić jako „kolejną chorobę”, przekazując pozawerbalny komunikat o tym, że wraz z postępowaniem medycyny ją także „można będzie wyleczyć”<sup>14</sup>. Nie rozstrzygając, czy jest to nowoczesne wcielenie ludzkiej tęsknoty za nieśmiertelnością, podkreślić trzeba manipulacyjny charakter takiego „przesłania nieprawdy”. W tym samym nurcie mieści się redefiniowanie pojęć np. ciąży czy przekwitania do kategorii chorobowych, co ma pozwolić na ich leczenie. Nie zakładając celowej szkodliwości działania, zauważmy jednak, że przy okazji dochodzi do zafalszowania wizji antropologicznej, skoro sugeruje się, jakoby cierpienie, choroba, upośledzenie, starzenie się i śmierć były cechami ograniczonej mniejszości. Jest to zaprzeczenie zwłaszcza fundamentalnych prawd o niedoskonałości, śmiertelności i przemijalności człowieka, podczas gdy w rzeczywistości należą one do „pełnego bycia człowiekiem”<sup>15</sup>. Nienazwaną konsekwencją takiego widzenia rzeczywistości jest poddanie samego człowieka bezwzględności procesów optymalizacyjnych, w trakcie których zostaje on oddany „do dyspozycji” jako „przedmiot obróbki”.

W bliskim związku z powyższymi znajduje się trzeci element obrazu człowieka kształtującego współczesną medycynę, którym jest *zdeformowane pojęcie szczęścia*. Nieograniczony pęd do autonomii i samourzeczywistnienia wytwarza w człowieku przekonanie, że jest on w takim stopniu szczęśliwy, w jakim sam zdolny jest do zadecydowania o każdym szczególe własnego życia, przy czym realizacja decyzji delegowana jest właśnie do personelu medycznego. Ostatecznie takie „szczęście” oznacza totalną bezbronność osoby wobec manipulacji w imię obcych interesów.

W ramach tej opcji odnotować należy tendencję do przedstawiania i postrzegania choroby *wyłącznie* jako defektu biochemicznego lub genetycznego, który da się w przyszłości skorygować. Można nawet, zdaniem niektórych autorów<sup>16</sup>, mówić o propagandzie tworzącej rynki zbytu dla nowych osiągnięć medycznych. Z jednej strony, budzi się euforyczne nadzieje wyleczenia i nagłaśnia kolejne sukcesy terapeutyczne w medycynie eksperymentalnej, a usuwa się w cień „normalną terapię”. Z drugiej strony, szuka się chorób, które nadawałyby się do leczenia przy pomocy konkretnej nowej metody. Dochodzi więc do *odwrócenia zależności* między chorobą a poczynaniami medycyny, bowiem tradycyjnie dla istniejącego schorzenia poszukiwano możliwości leczenia, obecnie zaś coraz częściej dla powstającej terapii szuka się odpowiednich chorób. Nawet jeżeli nie można uogólniać, narzucającego się w związku z tym przekonania, trudno oprzeć się wrażeniu, że w przypadku niejednej metody eksperymentalnej, chodzi przede wszystkim o zdobycie sponsorów dla projektów badawczych, a więc o komercyjne u rynkowanie nowych terapii. Rzeczywista troska o dobro chorego znajduje się na pozycji podporządkowanej temu celowi. Równocześnie następuje urzeczowienie stosowanych środków terapeutycznych (usługa z gwarancją), których jakość zabezpiecza dwustronna umowa między lekarzem a pacjentem, obowiązująca w obliczu prawa. W miejsce etyki odpowiedzialności (*Verantwortungsethik*) wkracza więc etyka

<sup>13</sup> Celnie oddaje problem gra słów w języku niemieckim: „nur quantitative Verlängerung statt qualitative Verbesserung”. Arntz K., *Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moraltheologie*, Münster 1996, s. 346.

<sup>14</sup> Z tego fundamentu wyrastają praktyczne działania, np. ujawnione i zrealizowane życzenia bogatych pacjentów dotyczące zamrożenia (*kriokonserwacja*) własnego ciała lub samej głowy z nadzieją, że po rozmrożeniu za kilkadziesiąt lat medycyna będzie mogła zaradzić chorobom, na które aktualnie cierpieli. Logiczność takiego postępowania można jedynie obronić, mając nadzieję na terapeutyczne „pokonanie starości”, a może i śmierci.

<sup>15</sup> Por. Mieth D., *Menschenwürde in der Biotechnologie*, „Katholisch aktuell” 1998, nr 6, s. 53-54.

<sup>16</sup> Por. Schneider I., *Föten: der neue medizinische Rohstoff*, Frankfurt a.M. - New York 1995, s. 170-171.

umowy (*Vertragsethik*), w której funkcjonują mechanizmy konkurencji i język kontraktu<sup>17</sup>. Skutkiem takiej ewolucji granica między leczeniem, zwłaszcza eksperymentalnym, a wykorzystaniem przemysłowym (komercyjnym) „ludzkiego materiału biologicznego” w niektórych przypadkach wyraźnie się zaciera. Gdyby tylko przez ten pryzmat widzieć poczynania medyczne, w krótkim czasie mogłoby dojść do przerażającej degeneracji pryncypiów medycyny - interes lekarza zająłby miejsce dobra pacjenta<sup>18</sup>.

Wszystkie istotne cechy nowego widzenia człowieka konieczne uzupełnić należy o powszechną tendencję szeroko pojętej nauki i techniki w postaci rosnącej *wąskiej specjalizacji*. O ile w wielu dziedzinach zasadniczo podkreśla się pozytywy takiego kierunku rozwojowego, może poza utyskiwaniami na „zawężenie perspektywy” u niejednego specjalisty, o tyle w medycynie taka tendencja już wydaje groźne owoce. Okazuje się bowiem, że wskutek zbyt dużej specjalizacji z pola widzenia traci się całego człowieka-osobę, a koncentruje się na jednym jego aspekcie, poszczególnym organie lub narządzie tak dalece, że nawet pojawiające się objawy chorobowe odnosi się wyłącznie do bezpośredniego somatycznego źródła<sup>19</sup>. Tym samym zapoznana zostaje prawda o tym, że zawsze choruje cały człowiek, a sam pacjent traktowany jest nieraz poniżej godności ludzkiej, z jedynym celem wyleczenia, nawet bez względu na cenę. Nic więc dziwnego, że w tejże konsytuacji jeden z lekarzy stwierdza, że nadejdzie czas (naszym zadaniem, już nadszedł), kiedy najistotniejsza i najtrudniejsza decyzja w medycynie dotyczyć będzie problemu: „kiedy mamy zaniechać leczenia”<sup>20</sup>, skoro istnieją jeszcze środki techniczne, aby działania medyczne kontynuować. Jest to inne nazwanie konfliktu między wykonalnym a etycznie dopuszczalnym w medycynie. Problem ten powstaje nie tylko w konfrontacji z umieraniem, lecz także w kompleksie zagadnień ekonomiczno-społecznych w medycynie (sprawiedliwe wykorzystanie istniejących środków), a także przy pokusach stosowania terapii nieetycznych (np. ingerencje prowadzące do zmiany tożsamości osobowej).

## 2. Zwiastuny wtórnej integracji obrazu człowieka

Przedstawiony powyżej obraz człowieka wyzierający z teorii i praktyki medycyny współczesnej zaowocował w krajach wysoko rozwiniętych przynajmniej przejściową *dezintegracją etosu* w tej dziedzinie ludzkiej działalności, natomiast na rodzimym gruncie obserwuje się zauważalne sygnały takich procesów. Okazało się jednak, że w toku zachodzących przemian doszły do głosu także inne czynniki, które krok po kroku prowadzą do odkrycia na nowo całego człowieka w jego wewnętrznej harmonii - nie tylko fizyczno-chemicznej wielkości redukowalnej do poszczególnych swoich części<sup>21</sup>, ale także bogactwa osoby ludzkiej. Już prawda o psychospołecznych przyczynach chorób ujawniona w wynikach wielu badań zmusza do uwzględnienia środowiska relacyjnego i kontekstu sytuacyjnego pojedynczego pacjenta. Coraz częściej podkreśla się, że konieczne jest odejście od medycyny „zdjęć migawkowych” (nagły, niebezpieczny stan) do medycyny „obszarów życiowych” (proces chorobowy wielostronnie uwarunkowany i modyfikowany), co celnie oddaje gra słów

<sup>17</sup> Por. H.D. Waller, Grenzen der Therapie und Ethik der Patientenaufklärung, „Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik” 3(1998), s. 132-133.

<sup>18</sup> „Das Interesse von Ärzten liegt damit aber womöglich nicht mehr in der Gesundheit ihrer Patienten, sondern in deren Nutzbarkeit für kommerzielle Zwecke”. Schneider, dz. cyt., s. 233.

<sup>19</sup> Por. Siefer, art. cyt., s. 153-154; Renöckl, art. cyt., 419.

<sup>20</sup> J. Kałuza, Problemy współczesnej medycyny w świetle encykliki *Evangelium vitae*, w: *Evangelium vitae*. Dobra Nowina o życiu ludzkim, red. J. Brusilo, Kraków 1995, s. 23.

<sup>21</sup> Redukcjonizm takiego widzenia człowieka ujawnia się przy odwołaniu się do „praw człowieka”. Jeżeli osoba zrównana zostaje np. z odpowiednio długą sekwencją molekularną DNA, to taka sekwencja ma dokładnie tyle samo praw, co kamień brukowy. Schmucker- von Koch, art. cyt., s. 190.

w języku niemieckim: „Die Medizin der *Befunde* wird heute mehr und mehr ergänzt durch die Medizin einer subjektiven *Befindlichkeit*”<sup>22</sup> (wyróżn. wł.).

Koncentrując się na jednym etapie życia, tj. na fazie życia dojrzałego aż po śmierć, można wskazać konkretne przejawy „nowej opcji”. Za takie uchodzą m.in. egzystencjalne konsekwencje istnienia chorób chronicznych jako zjawiska powszechnego oraz konfrontacja medycyny z bezsilnością terapeutyczną (problem opieki nad chorymi terminalnymi). Niejako w tle można zaobserwować oznaki załamania się wiary we wszechmoc medycyny. Przyjrzymy się bliżej tym zjawiskom.

*Fenomen chorób chronicznych*<sup>23</sup> znalazł się w centrum zmienionej panoramy chorobowej współczesności właśnie za sprawą wysokiej skuteczności terapeutycznej medycyny technicznej. Formułując problem drastycznie, można stwierdzić, że współczesna medycyna „tendencyjnie produkuje przestarzałe społeczeństwo ludzi chronicznie chorych”<sup>24</sup>. Także w prognozach zapowiada się, że procentowa obecność chorób chronicznych i osób wymagających regularnej opieki będzie w bliskiej przyszłości wyraźnie narastać. Dodatkowo zaostrza problem fakt, że równocześnie maleje liczba osób, które w tym samym czasie podejmą obowiązek i finansowanie opieki zdrowotnej nad chronicznie chorymi i niedołącznymi<sup>25</sup>. Okazuje się więc, że niezaprzeczalne osiągnięcia medycyny stały się nowym wyzwaniem, bowiem nie tylko doprowadziły do istotnej zmiany spektrum chorobowego z przewagą chorób cywilizacyjnych i starczych, lecz także postawiły nowe wymagania przed personelem medycznym. Na czym polega istotne novum tej grupy schorzeń?

Przy nagłych, ostrych zachorowaniach istotą działania medycznego było zdiagnozowanie choroby, przeprowadzenie skutecznej interwencji terapeutycznej, a następnie odesłanie zdrowego pacjenta do jego środowiska życiowego. Z chorobami chronicznymi sprawa ma się inaczej. Jeżeli uświadomimy sobie, że pod tym pojęciem kryje się zarówno reumatyzm, choroby kręgosłupa, cukrzyca, alergie, jak i późne następstwa skutecznych terapii sprzed lat oraz choroba nowotworowa, a także choroby neurozwyrodnieniowe (np. parkinsonizm), to jednoznacznie ukazuje się bezsilność medycyny somatycznej i - z innej perspektywy - medycyny aparaturowej. O ile ustalenie diagnozy nie nastęrcza szczególnych trudności, o tyle najczęściej nie sposób wskazać jednoznacznej przyczyny choroby, a przeprowadzenie *skutecznej* terapii, przez którą rozumiemy wyleczenie, okazuje się niemożliwe. Tym samym pacjent powracający do swojego środowiska nadal pozostaje chory. W przypadku nagłych, ostrych zachorowań mieliśmy więc do czynienia z chorobami, które jesteśmy w stanie opanować, natomiast przy chorobach chronicznych, raczej one nad nami panują.

Konsekwencje zaistnienia nowej panoramy chorobowej są dla medycyny znaczące, a dotyczą przede wszystkim potrzeby odkrycia na nowo kompleksowości samego człowieka, choroby i zdrowia. Choroby chroniczne konfrontują medycynę z faktem, że choroba nie jest wielkością wyizolowaną, która niezależna jest od konkretnego chorego z całą specyfiką odniesień społecznych, historycznych i kulturowych. O ile istnieje choroba jako abstrakcja (większość osób w przypadku danej choroby charakteryzuje się podobnymi objawami), o tyle nie istnieje „ten człowiek” jako abstrakcyjna istota chorująca. Dlatego przebieg każdej choroby jest czymś nowym, gdyż w konkretnej osobie dokonuje się transpozycja tego, co typowo ludzkie, w kontekst całościowej osobowości tego człowieka. Kompleksowy i wieloaspektowy fenomen cierpień chronicznych jest szczególnie adekwatną ilustracją powyższej tezy, ponieważ właśnie w tym przypadku można często zaobserwować zarówno

<sup>22</sup> H. Schipperges, *Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes*, Frankfurt aM. 1988, s. 45.

<sup>23</sup> Poglębienie problematyki: Schmucker- von Koch, art. cyt., s. 191-199.

<sup>24</sup> „produziert sie tendenziell eine überalterte Gesellschaft chronisch Kranker”. Renöckl, art. cyt., s. 419.

<sup>25</sup> Por. Siefer, art. cyt., s. 155.

niewielką skuteczność samej ingerencji farmakologicznej bez odniesienia osobowego, jak i możliwość wpływu psychiczno-duchowo-emocjonalnego na przebieg choroby. Mamy na myśli, z jednej strony, intensyfikację cierpienia i pogorszenie stanu pacjenta na skutek np. strachu, rezygnacji, zaniżonego poczucia wartości, pesymizmu, beznadziei oraz pasywności, z drugiej natomiast, subiektywną redukcję cierpienia i odzyskanie radości życia na bazie aktywności, optymizmu, samoakceptacji i odnajdywania sensu w danym konkretnie sytuacyjnym.

Wraz z nową panoramą chorób na nowo dochodzi do głosu prawda antropologiczna o ludzkiej słabości, przemijalności, o ograniczoności i niepewności egzystencji oraz o niemożności uniknięcia cierpienia. Dla personelu medycznego oznacza to m.in. konfrontację z *czasem* towarzyszenia pacjentowi, którego życiu można „podarować” kolejne lata, natomiast coraz trudniej latom dodać nowe życie, skoro cierpienie narasta, albo w najlepszym wypadku jest nieodłącznym towarzyszem codzienności<sup>26</sup>. Jeżeli pracownicy służby zdrowia chcą w takiej sytuacji pozostać wierni swoim pacjentom, muszą zrewidować wyłącznie somatyczne rozumienie zdrowia i choroby, skoro o wiele ważniejsze okazuje się integralnie pojęte zdrowie całego człowieka („z duszą i ciałem”), które potrafi zrekompensować poważne nawet deficyty cielesne<sup>27</sup>. Inną odsłonę tego faktu stanowi zresztą konfrontacja z różnymi formami kalectwa i upośledzenia, które wcale nie muszą definiować osoby jako chorej, lecz mogą - czasem skuteczniej niż pełne zdrowie fizyczne - pomóc w odzyskaniu zdrowej osobowości, w ukształtowaniu zdrowych relacji.

Skoro odnosimy zjawisko chorób chronicznych do pracowników zawodów medycznych, spróbujmy uświadomić sobie, jak istotnie ta nowa perspektywa wpływa na samookreślenie i modyfikuje pozycję personelu medycznego w spotkaniu z pacjentem chronicznym. Dla lepszego ukazania nowości sytuacji zestawimy analogiczne faktory w przypadku nagłego zachorowania i choroby chronicznej<sup>28</sup>:

- Choroby i chorego nie daje się w przypadku choroby chronicznej oddzielić, gdyż całe jego życie jest życiem z chorobą, podczas gdy w przypadku schorzenia przejściowego, nawet ostrego, choroba zdaje się być przejściowym zakłóceniem normalnego funkcjonowania, nie należącym do istoty bytu ludzkiego.
- Miejsce nagłego strachu towarzyszącego choremu w przejściowej chorobie zastępuje trwała troska i zmartwienie.
- Niebezpieczeństwo nagłej choroby daje się przy pomocy odpowiednich środków zażegnać, natomiast przy chorobie chronicznej pozostaje jakaś forma niepełnej sprawności.
- Chwilowe zwątpienie towarzyszące nagłej chorobie przyjmuje przy schorzeniu trwałym postać przygnębienia.
- Pacjent w przypadku choroby przejściowej bazuje na odpowiedzialności osób trzecich, które go (wy)leczą, natomiast w przypadku cierpienia chronicznego musi sam przyjąć odpowiedzialność na siebie.
- Wysoko cenione w tradycyjnej etyce zaufanie do lekarza jest w przypadku chronicznej choroby mniej istotne, zamiast tego szczególnie ważne staje się wzmacnianie zaufania chorego do siebie.

Nawet tak hasłowy przegląd różnic związanych z fenomenem chorób chronicznych pokazuje, że zasadniczo zmienia się rola lekarza, który w przypadku choroby chronicznej nie

<sup>26</sup> Schipperges, dz. cyt., 46.

<sup>27</sup> „und so kann auch die Akzeptierung einer körperlichen Einschränkung, einer Behinderung, eines Nicht-mehr-könnens die Basis einer wiedergewonnenen Gesundheit sein. Spätestens hier erweist sich die Begrenztheit eines rein somatischen Gesundheitsbegriffs, da die Gesundheit des «ganzen Menschen» Defizite im Körperlichen oft mehr als ausgleichen kann”. Siefer, art. cyt., s. 160.

<sup>28</sup> Schmucker- von Koch, art. cyt., s. 194.

tyle leczy pacjenta, ile pomaga mu w uporaniu się z chorobą jako z jego specyficznym towarzyszem życia. Medyk staje więc przed zadaniem zainicjowania w pacjencie integralnego procesu dotykającego całego człowieka, prowadzącego do możliwej do osiągnięcia harmonii wszystkich wymiarów życia chorego. Jeżeli więc terapeuta jawi się jako osoba wspierająca własny potencjał pacjenta, trudno wyobrazić sobie możliwość wykonania tego zadania bez dostrzeżenia i wyzyskania całego bogactwa osobowego i osobowościowego. W pełni zrozumiała jest więc konieczność widzenia całego człowieka, zarówno w warstwie obiektywnej diagnozy, jak i w całej złożoności subiektywnych struktur osoby ludzkiej. Sprowadzając przesłanie nowej panoramy chorobowej do krótkiego hasła, można wyrazić je stwierdzeniem, że istota nowej wizji antropologicznej w medycynie polega na odkryciu na nowo, czym (i kim) człowiek-terapeuta może być dla człowieka-chorego.

Ostatnim etapem choroby chronicznej jest często konfrontacja ze *stanem terminalnym*. Dominacja medycyny somatycznej zgubiła z pola widzenia prawo człowieka do godnej śmierci, prowadząc umierającego chorego przez gehennę „uporczywej terapii”. Odcinając się jednoznacznie od wszelkich form eutanazji, należy zauważyć pojawienie się za sprawą medycyny technicznej nowej jakościowo sytuacji, w której skończyły się możliwości terapeutyczne, można natomiast przedłużać samo trwanie życia. Lekarz, który bazuje na fragmentarycznym obrazie człowieka-pacjenta terminalnego, może przyjąć dwie zasadnicze postawy. Pierwszą nazwiemy strategią uniku lub ucieczki: skoro nie może już pomóc, zaczyna unikać pacjenta, nie ma dla niego czasu, a ponadto symuluje dalsze leczenie, nie mając odwagi do konfrontacji z prawdą o śmierci i przemijalności. Druga postawa, postawa „ostatniej lekarskiej aktywności”, polega na zafałszowaniu prawdy faktów przez zadanie śmierci pacjentowi lub pomocy w samobójstwie. Lekarz zachowuje wtedy złudzenie, że także w tej sytuacji nie jest bezsilny i „do końca” służył choremu. Świadomie nazywamy te formy ucieczką, bowiem wspólną cechą obu postaw jest prawdopodobnie brak przygotowania do towarzyszenia osobom umierającym<sup>29</sup> wraz z lękiem przed własną bezsilnością, a fundamentalnie brak akceptacji dla antropologicznej prawdy o ludzkiej śmierci jako nieuniknionym elemencie życia. Ostatecznie są to więc postawy tragiczne, a w swej wymowie błędne.

Odrodzenie antropologii integralnej w medycynie widzimy we właściwym podejściu do człowieka w stanie terminalnym, któremu można i należy pomóc godnie i owocnie przeżyć dojrzewanie do śmierci. Pierwszym problemem na tej drodze jest akceptacja własnej bezsilności w terapii przyczynowej, a następnie uznanie i *przekaz prawdy* o nieuniknionym zbliżaniu się końca życia. W ramach informowania chorego pojawia się więc zadanie właściwego przekazu diagnozy terminalnej, a więc najgorszego z możliwych rokowań. Lekarz staje wobec opowiedzenia się między prawem pacjenta do świadomego umierania, które implikuje nieraz odebranie choremu resztek nadziei, a posłaniem oczekiwanej nadziei, jednakże bez okłamywania i fałszowania rzeczywistości. Sami medycy podkreślają, że nowy wzorzec postępowania wyznacza fenomen bardzo zmiennego przebiegu współczesnych chorób, uwarunkowanego kompleksowym współdziałaniem wielu czynników fizycznych, psychicznych, kulturowych, społecznych i medycznych. O ile leksykalne wypowiedzi dotyczące charakterystyki schorzeń zachowują wysoki stopień obowiązywalności, o tyle precyzyjna prognoza i klasyfikacja chorobowa w przypadku konkretnego pacjenta jest nieraz niepewna<sup>30</sup>, co doszło już do głosu w zanegowaniu istnienia „abstrakcyjnego chorego”. Niezależnie od tych trudności, pierwszorzędного znaczenia nabiera potrzeba uwzględnienia

<sup>29</sup> R. Pachecka, J. Sobczyński, Przy łóżku chorego umierającego w szpitalu, w: Refleksje nad etyką lekarską, red. K. Osińska, Warszawa 1992, s. 153-155.

<sup>30</sup> Waller, art. cyt., s. 133-134.

indywidualności chorego, a więc potraktowania go jako „wielowymiarowej osoby” z całym bogactwem przeżyć, reakcji, doświadczeń i oczekiwań.

Na tym etapie rozpoczyna się *opieka paliatywna*, kojarząca się najczęściej z hospicjami. Nie rozwijając tego złożonego zagadnienia, chcemy jedynie podkreślić, że w tym wymiarze medycyna służyć może wyłącznie całemu człowiekowi. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (nr 117) trafia w sedno sprawy, stwierdzając, że terapia paliatywna „polega na «pełnej miłości obecności» pełnionej przy umierającym. Jest to obecność ściśle medyczno-sanitarna, która nie budząc u niego złudzeń, pozwala mu czuć się żywym, osobą pośród osób, ponieważ jest adresatem, jak każda potrzebująca istota, uwagi i troski”. Taka postawa zostaje przeciwstawiona scharakteryzowanej poprzednio opcji w medycynie: „Chroni się w ten sposób śmierć ludzką przed ujmowaniem jej «w kategoriach wyłącznie medycznych», która następuje dzisiaj [...] pod kontrolą lekarzy i personelu, interesujących się głównie biofizycznym aspektem choroby”. Nic więc dziwnego, że jedna z osób zaangażowanych w opiekę paliatywną podkreśla jako główne zadanie podjęcie wraz z chorym walki z bólem terminalnym, który obejmuje cierpienie fizyczne, psychiczne i duchowe (jest to więc szeroko pojęta terapia objawowa), a kończy stwierdzeniem, że „połowę efektów terapii paliatywnej można uzyskać przez samo towarzyszenie człowiekowi odchodzącemu”<sup>31</sup>.

Przedstawiony powyżej „scenariusz rozwojowy” obrazu człowieka w medycynie jest procesem złożonym. Wskazane cechy aktualnego pojmowania osoby pacjenta w nowoczesnym leczeniu bazują na analizie faktów i dlatego można je udokumentować wieloma przykładami, a także niewątpliwie uzupełniać o wiele kolejnych negatywnych i pozytywnych akcentów, ostatecznie jednak prawdą pozostaje mniejszy lub większy redukcjonizm antropologiczny. Przewidywania dotyczące przyszłej opcji antropologicznej zależne są od wielu czynników, z których najistotniejszym jest prawdopodobnie samorefleksja środowiska medycznego. Zaprezentowaliśmy pozytywny wariant rozwojowy, wierząc, że stanowi on szansę i nadzieję dla samej medycyny i dla człowieka chorego. Gdyby rzeczywistość potwierdziła opowiedzenie się społeczności medycznej za dalszą dezintegracją obrazu człowieka, oznaczałoby to równocześnie krańcową dehumanizację samej medycyny i degradację podmiotów tworzących relacje medyczne, z których najważniejszą powinna pozostać (albo znowu stać się) relacja między osobą lekarza i osobą pacjenta.

## **The Revival of Integral Anthropology in Medicine**

### Summary

A contemporary process of transformations in medicine, which appeared in the scientific and technological area as well as on the socio-economic level, hasn't resisted the influence on a man being both the subject and the object of medical actions. The paper is an attempt of the temporary balance of the evolution occurring in medical anthropology. Contrary to the integral conception of a man in traditional medicine, the outline of the contemporary anthropological view indicates progressive reductionism in the understanding of a human being. The discussion of the basic outline of the current view of a man in medicine, together with its evaluation, makes the base for searching for new factors of anthropological integration. Such seems to be widespread occurrence of chronic diseases and the confrontation of medicine with therapeutic futility (terminal care). Declaring for the positive type of the action development in medical understanding of a man shows the

---

<sup>31</sup> J. Ruskowska, Ostatnia choroba - „Hospicjum”, w: Refleksje nad etyką lekarską, dz. cyt., s. 149 (zob. do s. 151).

conviction for the possibility and need of taking the opportunity caused by the current collapse of the belief in medicine's "omnipotence".