

Zbigniew Szawarski

Mądrość i sztuka leczenia

*The patient may well be safer with a physician
who is naturally wise rather than one who is
artificially learned.*

(T.Fox, „The Lancet”, 23 Oct. 1965).

„Lepiej jest dla pacjenta, gdy ma do czynienia z lekarzem, który jest z natury mądry niż z takim, który ma jedynie dyplom lekarza”. Są to słowa Teodora Foxa, lekarza i długoletniego redaktora „Lancetu”, jednego z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych na świecie. Wątpię, by ktokolwiek chciał kwestionować mądrość tego twierdzenia. Należy ono do tej samej kategorii banalnych powiedzeń, co: „lepiej jest być bogatym niż biednym”, „lepiej żyć długo niż krótko” lub też „lepiej być mądrym niż głupim”. Są to wszystko twierdzenia oczywiste, którym trudno zaprzeczyć. Z drugiej jednak strony, choć bez trudu potrafimy wytłumaczyć, czym różni się życie krótkie od długiego, a bogactwo od nędzy, sprawa komplikuje się, gdy przychodzi nam wyjaśnić, czym jest mądrość. A jednak, nie mam najmniejszych wątpliwości, że każdy z nas wolałby, by jego dzieci były pod opieką lekarza, który jest mądry, a nie tylko wykształcony. Struktura niniejszego artykułu jest prosta. Po pierwsze, postaram się zwięźle wyjaśnić, czym jest i jakie są części składowe mądrości. Po drugie, spróbuję odnieść tak scharakteryzowane pojęcie mądrości do praktyki lekarskiej i po trzecie, poświęcę nieco uwagi kwestiom praktycznym — dlaczego mianowicie jest tak trudno znaleźć mądrego lekarza.

Mądrość

Trzy są istotne składniki mądrości: wiedza, właściwy osąd i zaufanie do siebie samego. Człowiek mądry wie, jak należy żyć, aby żyć dobrze; potrafi on właściwie ocenić sytuację, w której się znajduje i ma wystarczająco mocne powody, żeby ufać samemu sobie. Rozważmy kolejno znaczenie poszczególnych warunków.

Wiedza. Wydawać by się mogło, że im więcej wiem o świecie, tym lepiej. Jeśli zatem poświęcę życie gromadzeniu wiedzy, jeśli będę wiedział możliwie jak najwięcej o wszystkim, to z pewnością będę mądry. Nie jest to jednak dobra recepta na mądrość. Erudycja nie jest mądrością. Można wpisać w pamięć komputera wszystkie znane nam fakty o świecie i wcale nie stanie się on przez to mądry. Być może sekret tkwi w tym, by nie tyle wiedzieć wszystko, bo jest to oczywiście nierealne, ale żeby wiedzieć to, co naprawdę jest ważne. Problem jednak, jak rozpoznać, co naprawdę jest ważne. Istnieją ludzie, którzy wiedzą wszystko o mrówce europejskiej lub o liczbach urojonych, a jednak mimo to wiedzą oni niekiedy rozpaczliwie smutne i beznadziejne życie. Z drugiej jednak strony, spotyka się niekiedy osoby pozbawione jakiegokolwiek formalnego wykształcenia, jakiegokolwiek szczególnej wiedzy, a które mimo to odznaczają się niezwykle mądrością i można mieć pełne zaufanie do ich opinii w sprawach życia. Jeśli więc sama wiedza rozumiana po prostu jako znajomość faktów nie wystarcza, aby być mądrym, czym jest ów tajemniczy czynnik, który sprawia, iż pewni ludzie są po prostu mądrzy?

Możliwe jest, iż wiedzą oni po prostu, co w naszym życiu rzeczywiście jest godne wyboru oraz jak to osiągnąć. Znają wartości. A jeśli tak, to nie wiedza o faktach, lecz właśnie wiedza o wartościach byłaby wówczas konstytutywna dla osiągnięcia mądrości. Jeżeli zatem ktoś wie, do czego należy dążyć w życiu, jeśli wiadto, jakie są właściwie środki osiągnięcia wybranych przezeń celów, będzie on żył dobrze, a to jest niewątpliwą oznaką jego mądrości. Rzecz jednak wcale nie jest taka oczywista, ponieważ, po pierwsze, wcale nie jest jasne, skąd wiemy, co rzeczywiście jest w życiu godne wyboru i w jaki sposób najlepiej doskonalić naszą umiejętność wybierania tego, co rzeczywiście ważne i, po drugie, nawet gdybyśmy doskonale widzieli, na czym polega życie mądre, wcale nie wynika z tego, że potrafilibyśmy urzeczywistnić ową wiedzę w naszym życiu. Jeśli wiedza o wartościach to tyle, co wiedza o tym, co mądrzy ludzie myślą o tym, jakie cele są godne wyboru, jest to nadal jedynie pewna odmiana wiedzy o faktach: jest to mianowicie wiedza o tym, że pewni ludzie wybierają lub cenią pewne szczególne wartości. Ktoś może więc przeczytać ze zrozumieniem wszystkie dzieła Platona, Arystotelesa, św. Tomasza lub Kierkegaarda, a jednak uzyskana przezeń wiedza może nie mieć żadnego wpływu na sposób, w jaki decyduje on o swoich celach życiowych. Jest on w najlepszym wypadku kimś, kto jest *artificially learned*, kimś, kto ma jedynie dyplom ukończenia studiów filozoficznych i nic ponadto. I w ten oto sposób wracamy znów do kwestii wyjściowej. Jeśli nie jest to zwyczajna wiedza o faktach i nie jest to wiedza o wartościach, to co właściwie powinienem wiedzieć, żeby być mądrym?

Rozróżnijmy na początek dwa rodzaje wiedzy: wiedzę o faktach (wiedzę deskryptywną) i wiedzę o znaczeniu tych faktów (wiedzę interpretatywną lub herme-

neutyczną)¹. Zgoda na opis faktów nie jest tożsama ze zgodą na interpretację ich znaczenia. Historia, polityka, medycyna, etyka oraz życie codzienne dostarczają niezliczonej liczby przykładów sporów, spowodowanych odmienną interpretacją znaczenia tych samych, absolutnie niewątpliwych faktów. Istnieje jednak pewna szczególna klasa faktów, które mają wyjątkowe znaczenie dla bycia mądrym. Są to najważniejsze fakty dotyczące człowieka, jego kondycji i naszej egzystencji w tym świecie. Są to fakty tak pierwotne i tak oczywiste, że zna je każdy normalny i dorosły człowiek. Każdy z nas zatem świadom jest doskonale własnej cielesności i istnienia w świecie rzeczy; świadom jest własnych zalet i ograniczeń; wie również, że nasze życie jest skończone i niepewne, że wypełnia je radość, smutek i cierpienie i że pewnego dnia przyjdzie nam po prostu umrzeć, bo takie są elementarne prawa przyrody. Są to wszystko pewne „założenia podstawowe”, które wyznaczają niejako zakres wiedzy istotnej dla mądrości. Wszyscy mamy mniej więcej ten sam zasób podstawowej deskryptywnej wiedzy o człowieku i świecie. Zasadniczo jednak różnimy się w umiejętności interpretacji jej znaczenia. Chociaż więc każdy wie, iż jest śmiertelny, mało kto uświadamia sobie znaczenie tego faktu. Jest oczywiście sprawą interesującą, czy i jak dalece ta sama dyspozycja (mądrość) determinuje podobną interpretację znaczenia tych samych faktów. Myśl, że bezpieczniej jest przyjąć, że chociaż różni ludzie interpretują odmiennie znaczenia tych samych faktów, cechą człowieka mądrego jest to, iż potrafi on spokojnie i ze zrozumieniem wysłuchać interpretacji innych, powstrzymując się jednocześnie od autorytarnego narzucania innym własnego zdania. „Człowiek mądry — powiada Kekes — wie to, co każdy wie. Mądrość polega niejako na zrozumieniu znaczenia tego, co wszyscy wiedzą [...] człowiek mądry wie jednak, jak zbudować plan, który uwzględniając naszą sytuację w świecie, ma największe szanse zapewnienia dobrego życia”². Jeśli zatem istnieje jakaś wiedza konstytutywna dla mądrości, jest to wiedza o tym, co ważne, co istotne, co naprawdę ma fundamentalne znaczenie w naszym życiu. Nie jest jednak jasne, jak możliwe jest poznanie tego, co ważne w naszym życiu. Jest to, jak sądzę, kwestia właściwego osądu.

Właściwy osąd. Na ogół nie mamy większych kłopotów z rozpoznaniem, co jest dobre, a co złe. Należymy zwykle do tej samej tradycji moralnej i z reguły uznajemy te same lub istotnie podobne wartości, normy lub ideały życiowe. Ktoś, kto postępuje zgodnie z tradycją moralną, nie staje się przez to człowiekiem mądrym. Życie jest zawsze bardziej skomplikowane niż zasady tradycji moralnej i zdarza nam się niekiedy znaleźć w sytuacji trudnej i moralnie niepokojącej, kiedy dochodzi do konfliktu różnych norm i wartości i gdy każda decyzja ma złe konse-

¹ Rozróżnienie to wprowadził do współczesnej literatury filozoficznej J.Kekes. Por. tenże, *Wisdom*, „American Philosophical Quarterly”, 20, 1983, nr 3, s. 277-286. Por. też J.Kekes, *Moral Wisdom and Good Lives*, Cornell University Press 1995.

² Tamże, s. 279.

kwencje. Właściwy osąd to tyle, co pewna dyspozycja rozpoznawania, która z kolidujących norm lub wartości jest ważniejsza w danej sytuacji. Innymi słowy, jest to zdolność stosowania ogólnej i abstrakcyjnej wiedzy (lub reguł) w sytuacjach szczególnych. Powiada się np. że życie jest zawsze dobre, a śmierć jest zła. Z drugiej jednak strony, zdarzają się w życiu sytuacje, kiedy bez wątpienia lepiej jest dla pacjenta umrzeć niż wegetować przez lata w stanie totalnego otępienia. Nie wykluczone więc, że i śmierć może być w pewnych sytuacjach wybawieniem. Powiada się również, że każdy umierający pacjent ma prawo do spokojnej śmierci. Nawet jeśli przyjmujemy tę zasadę ogólną, pozostanie do rozstrzygnięcia istotny problem praktyczny: w którym mianowicie momencie pacjent zaczyna umierać. Dopóki bowiem nie rozstrzygnęliśmy, czy pacjent rzeczywiście umiera, dopóty nie ma zastosowania ogólna reguła, że każdy umierający pacjent ma prawo do spokojnej śmierci.

Niektórzy filozofowie podążając tropami Platona dowodzą, iż umiejętność właściwego osądu jest dyspozycją wrodzoną. Pewni ludzie rodzą się po prostu z darem mądrości, tak samo jak inni przynoszą ze sobą na świat talent do muzyki, malarstwa lub języków obcych. Inni argumentują, iż jest to raczej nabyta cecha charakteru. Myślę, że oba te podejścia doskonale się uzupełniają. Ktoś może mieć np. autentyczny talent do gry na skrzypcach, jeśli jednak nie będzie go troskliwie rozwijał, nigdy nie zostanie dobrym skrzypkiem; być może nawet nigdy nie będzie grał na skrzypcach. Niepodobna też rozpoznać dobrego skrzypka, jeśli nie słyszy się jego gry. Na tej samej zasadzie niepodobna rozpoznać człowieka mądrego, dopóki nie widzi się, jak żyje, w jaki sposób wybiera on to, co ważne. Właściwy osąd jest więc warunkiem koniecznym mądrego wyboru, ale nasze wybory nigdy nie są dokonywane w całkowitym oderwaniu od rzeczywistości. Nie podobna zatem podejmować właściwych decyzji, nie dysponując jednocześnie pewną elementarną wiedzą o człowieku i świecie. Wiedzę tę będę nazywał światopoglądem. Jest to pewien w miarę spójny system poglądów i ocen, definiujący swoisty dla każdego z nas sposób widzenia i interpretacji świata. Wszelkie zatem nasze decyzje i wybory moralne są w istocie rzeczy zależne od swoistego dla nas sposobu widzenia świata. Posiadanie jednak określonego światopoglądu jest zaledwie koniecznym, lecz nie wystarczającym warunkiem właściwego osądu. Żeby być człowiekiem mądrym, muszę mieć zaufanie do siebie samego; muszę być całkowicie przekonany, że właściwy mi system wartości i poglądów na świat jest możliwie najlepszym, najlepiej uzasadnionym, najlepiej przeze mnie wybranym systemem. Rozważmy zatem zwięźle, czym jest zaufanie do siebie samego.

Zaufanie do siebie samego. Człowiek jest istotą rozumną. Bez względu zatem na to, jakie są moje poglądy, uczucia czy pragnienia akceptuję je jako moje własne tylko wtedy, jeśli zasługują one na moje zaufanie. Kiedy dany pogląd, uczucie lub pragnienie zasługuje na zaufanie, to kwestia, z której żyją filozofowie

i która, rzecz jasna, przekracza ramy niniejszego szkicu³. Jedno jednak nie ulega wątpliwości: zaufanie jest zawsze „rozwiązaniem pewnego szczególnego problemu ryzyka a «ryzyko» jest ogólną cechą życia”⁴. Ponieważ życie nasze polega na ciągłym decydowaniu w warunkach niepewności, nie mamy po prostu innego wyjścia, jak ufać, że wybraliśmy dobrze i że ludzie, którym zaufaliśmy nie nadużyją naszej przyrodzonej bezbronności poznawczej. Ufam więc mojemu lekarzowi i skrupulatnie stosuję się do jego zaleceń, wierząc nie bez powodu, że nie nadużyje on mojej całkowicie naturalnej i usprawiedliwionej ignorancji w sprawach medycyny.

Istnieje wszakże subtelna różnica pomiędzy zaufaniem do innych i zaufaniem do siebie samego. Zaufanie do siebie samego jest logicznie wcześniejsze niż zaufanie do innych. Nie można ufać komuś, dopóki nie ufa się własnemu sądowi, iż ów ktoś rzeczywiście zasługuje na zaufanie. Są lekarze, którym ufa się ślepo i bez zastrzeżeń i są lekarze, których traktuje się nieufnie i podejrzliwie. Kiedy jednak przez chwilę zastanowimy się nad źródłami naszego zaufania, to okaże się, iż niemal zawsze jest ono efektem pewnego mniej lub bardziej świadomego namysłu, który z kolei odwołuje się do naszej wiedzy i systemu wartości. Lekarz, który zasługuje na zaufanie różni się istotnie pod pewnymi moralnie ważnymi względami od swego mniej fortunnego kolegi. To, co uznamy za kryteria naszej oceny jest naturalnie efektem naszego wyobrażenia dobrego lekarza. Bez względu jednak na to, jaki jest nasz ideał dobrego lekarza, zawsze możemy wskazać na pewne racje, dlaczego wybieramy ten ideał, a nie inny i racje te są zawsze powiązane w pewien sposób z właściwym nam poglądem na świat.

Jeśli więc ufam samemu sobie, oznacza to co najmniej trzy rzeczy: oznacza to, po pierwsze, że mam zaufanie do własnego myślenia; że, po drugie, mam zaufanie do własnych pragnień, skłonności i wyborów i że po trzecie, mam zaufanie do swoich własnych przekonań. Ostateczną więc podstawą mego zaufania do siebie samego, moich poglądów na świat i — konsekwentnie — mojej mądrości jest ufność, jaką pokładam w swej umiejętności myślenia w sposób zasługujący na zaufanie⁵. Jeśli nie mam zaufania do swego rozumu, to nie potrafię ocenić ani struktury, ani też treści oraz praktycznych konsekwencji mego ogólnego poglądu na świat. „Zaufać sobie i swemu istnieniu”, napisał kiedyś Roman Ingarden⁶. Ten właśnie rodzaj prześwieconego rozumem zaufania, dzięki któremu jesteśmy w stanie w starciu z przeciwnościami losu „budować siebie samego” zdaje się być fundamentem mądrości.

³ Por. K. Lehrer, *Self-Trust. A Study of Reason, Knowledge and Autonomy*, Oxford University Press, Oxford 1997.

⁴ N. Luhman, *Familiarity, Confidence, Trust. Problems and Alternatives*. W: D. Gambetta [ed.], *Trust*, Blackwell, London 1988, s. 95, 96.

⁵ K. Lehrer, *Self-Trust...*, dz.cyt.

⁶ R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972, s. 68.

Sztuka leczenia

Mówiąc najogólniej, sztuka leczenia to tyle, co pewien system działań i praktyk medycznych zmierzających do uzdrowienia pacjenta. W tym sensie zarówno wykształcony w tradycjach współczesnej medycyny naukowej lekarz, jak też afrykański czarownik czy syberyjski szaman mają dokładnie ten sam cel — przywrócić pacjentowi utraconą przezeń sprawność działania i myślenia, przywrócić na nowo integralność całego systemu biologicznego i zachwianą przez chorobę równowagę pomiędzy pacjentem i jego środowiskiem. Różnią się oni oczywiście zasadniczo pod względem stosowanych w tym celu środków, nie wpływa to jednak w najmniejszym stopniu na znaczenie ich działalności. Jeśli bowiem przyjmemy, że każdy z nas, jako pewien organiczny system naturalny, jest pewną sprawnie funkcjonującą całością, to każde naruszenie integralności tego systemu jest dlań szkodliwe. I w tym sensie szeroko rozumiane leczenie (uzdrawianie) jest niczym więcej jak przywracaniem utraconej integralności systemu. Obojętnie zatem, czy mowa jest o konwencjonalnym „wyleczeniu” czy też niekonwencjonalnym „uzdrowieniu” pacjenta, ostatecznie liczy się w tym wypadku jedynie rezultat końcowy: w pełni lub tylko częściowo odzyskane zdrowie, w pełni lub tylko częściowo odzyskana integralność prawidłowo funkcjonującego systemu.

Rzecz interesująca, bez względu na to, czy mamy do czynienia ze współczesnie wykształconym lekarzem, czy też dowolnym systemem medycyny pierwotnej albo alternatywnej, praktyka lecznicza (gr. *techne*) jest zawsze oparta na pewnej wiedzy teoretycznej (*episteme*). Nie musi to być koniecznie, tak jak jest to w przypadku kultury zachodniej, pewien uporządkowany i empirycznie sprawdzony system poglądów, który nazywamy nauką i oczywiście prawdą jest, że w wielu wypadkach nawet medycyna współczesna skutecznie stosuje takie środki i metody leczenia, których działania ciągle jeszcze nie potrafi naukowo wyjaśnić (np. terapia elektrowstrząsowa lub działanie środków antydepresyjnych w psychiatrii). Jeśli jednak przyjmemy antropologiczną interpretację praktyk leczniczych, to okaże się, że każde działanie lecznicze jest zawsze jakoś uzasadniane i nie ma przy tym większego znaczenia, czy uzasadnienie to odwołuje się do magii, przyjaznych lub nieprzyjaznych duchów, czy też teorii homeopatycznej. Jeśli ograniczymy się głównie do naszego kręgu kulturowego, to okaże się, że relacja pomiędzy tymi dwoma aspektami działalności medycznej jest całkiem skomplikowana. Nie istnieje bowiem jakieś jedno stałe i niezmiennie pojęcie sztuki leczenia lub wiedzy medycznej i filozofowie medycyny nadal wiodą namiętny spór, czy medycyna jest przede wszystkim nauką, czy też raczej sztuką. Widać to wyraźnie, jeśli uwzględnimy jedno tylko kluczowe dla praktyki medycznej pojęcie „mocy” lub „sił leczniczych” (*healing powers*). Jak się okazuje, istnieją co najmniej trzy tradycyjne podejścia i interpretacje tego pojęcia. Jest to po pierwsze właściwość samej natury; po drugie, moc i umiejętność leczenia, jaką zdobywa się dzięki wykształceniu i wiedzy medycznej i po trzecie, pewna szczególna terapeutyczna właści-

wość samej osoby lekarza. Przedstawmy kolejno poszczególne interpretacje tego pojęcia.

Uzdrowicielska moc natury. Jest to najbardziej tradycyjne, niejako klasyczne podejście do medycyny, które najlepiej wyraża starożytna maksyma — *Vis medicatrix naturae*. W swej wersji współczesnej przejawia się ono przede wszystkim w pojęciu „mądrości ciała” czy też w złożonej teorii systemów naturalnych i medycyny ewolucyjnej. Podstawowe założenia tego podejścia są proste. Człowiek jest skomplikowaną całością naturalną (systemem naturalnym), który normalnie znajduje się w stanie równowagi. Zdrowie, poczucie szczęścia lub przyjemności są naturalnymi oznakami zachowania owej równowagi. Kiedy równowaga ta zostaje istotnie zachwiana, człowiek zaczyna czuć się źle, jest nieszczęśliwy, cierpi, jest chory. Każdy organizm wyposażony jest jednak w naturalny system obronny, który zostaje natychmiast uruchomiony w momencie naruszenia równowagi systemu. Nie każda więc choroba wymaga leczenia. Medycyna zna wiele chorób, które ustępują niejako samoistnie.

Jeśli zatem choroba to tyle, co naruszenie naturalnej równowagi organizmu i jeśli każdy organizm wyposażony jest w szczególną dyspozycję do przywracania utraconej równowagi systemu, to wynika z tego, że wyleczenie (uzdrowienie) pacjenta dokonuje się głównie nie za sprawą lekarza, lecz przede wszystkim natury. Lekarz postąpi mądrze, jeśli zaufa mądrości natury i łagodząc cierpienia pacjenta będzie cierpliwie czekał aż dokona się przełom w chorobie. Zauważmy, że medycyna tradycyjna nie знаła pojęcia choroby chronicznej. Pacjent albo wracał do zdrowia, albo umierał. Hipokratesowa maksyma *primum non nocere* znaczy przede wszystkim „nie przeszkadzaj naturze w jej mądrym dziele leczenia pacjenta”. Zrozumiałe jest więc, że kardynalną cnotą dawnego lekarza była cierpliwość: siedzieć spokojnie przy łóżku chorego, uważnie obserwować symptomy choroby, wsłuchiwać się w puls i czekać na nieunikniony przełom. Nie znaczyło to oczywiście, iż lekarz nie powinien był pomagać naturze. Ale nawet najlepsza wiedza i najsubtelniejsza interwencja wcale nie gwarantowała sukcesu. „Ja opatrzyłem tylko jego rany, uleczył go Bóg”, pisał pokornie wielki szesnastowieczny lekarz francuski, Ambroise Paré (1510–1590). Jest to chyba najlepsze przedstawienie tradycyjnego modelu lekarza jako sługi natury. Medycyna tradycyjna oparta była bowiem na idei doskonałości natury. Można podziwiać wspaniałość i doskonałość natury, można pomagać naturze (lub Bogu) w ich dziełach, ale nie należy przeciwstawiać się i nadaremnie walczyć z naturą.

Myślę, że takie pojmowanie leczniczych sił natury mogłoby nadal stanowić istotę mądrości lekarskiej, gdyby nie fakt, iż nauka współczesna zakwestionowała zarówno pojęcie doskonałości, jak również naszej służebności w stosunku do natury.

Uzdrowicielska moc nauki. Pojawienie się nauki współczesnej i metody naukowej w wieku XVII zasadniczo zmieniło pojęcie uzdrowicielskiej mocy natury. Zakwestionowano i odrzucono humoralną teorię choroby. Zakwestionowano i od-

rzucano starożytne autorytety medyczne. Sama zaś przyroda stała się przedmiotem dociekliwych i agresywnych badań naukowych. Tradycyjną kontemplację doskonałości przyrody zastąpiło namiętne dążenie do poznania jej sekretów. Głównym problemem medycyny stało się ciało człowieka — jego anatomia, fizjologia i patologia. I w ten oto sposób narodził się współczesny biomedyczny model choroby i jej leczenia.

Nie jest moim zamierzeniem przedstawienie historii i krytyczna analiza biomedycznego modelu choroby we współczesnej medycynie. Chciałbym jedynie podkreślić pewne istotne cechy tego modelu, które mają bezpośrednie znaczenia dla sztuki leczenia.

1. Model ten zakłada materialistyczne i deterministyczne rozumienie świata. Życie jest formą istnienia materii i wszelkie procesy życiowe podlegają określonym prawom. Zadaniem nauki jest opis i wyjaśnianie poszczególnych procesów życiowych oraz sformułowanie odpowiednich praw. I tym zajmują się nauki biologiczne. Ponieważ każdy system biologiczny da się opisać w języku fizyki i chemii, nie ma większego znaczenia, jaki konkretny system jest przedmiotem badania naukowego. Zakłada się bowiem, że prawa fizyki i chemii są uniwersalne i w jednakowym stopniu dotyczą wszelkich procesów życiowych. Jako organizm biologiczny człowiek różni się od innych organizmów jedynie stopniem komplikacji.

2. Celem każdego organizmu jest indywidualne przetrwanie i reprodukcja. Temu też celowi jest podporządkowana struktura i funkcja każdego organu oraz każdego subsystemu danego organizmu. Pod tym względem organizm biologiczny nie różni się istotnie od maszyny. Tak jak celem zegara jest mierzenie czasu, a celem homeostatu mierzenie temperatury, tak samo też celem wszelkich organizmów żywych jest przetrwanie i reprodukcja. Zepsuty lub nie nakręcony zegar nie pełni swojej swoistej funkcji. Podobnie też nie pełni swojej swoistej funkcji chory lub istotnie uszkodzony organizm. Zrozumienie funkcjonowania organizmu możliwe jest zatem poprzez redukcję złożonego biomechanizmu do prostszych części i podsystemów, które można już szczegółowo badać. Tak jak każdy organizm jest sumą organów, funkcji i podsystemów, które tworzą złożoną całość, tak samo też wiedza medyczna jest sumą wiedzy nagromadzonej przez poszczególne dyscypliny cząstkowe zajmujące się poszczególnymi organami lub układami biologicznymi.

3. Umysł i życie duchowe nie są koniecznym warunkiem prawidłowego funkcjonowania biomechanizmu. „Sama doskonałość działań zwierząt — pisał Kartezjusz — świadczy, iż nie mają one wolnej woli”⁷. Ani zegar, ani homeostat, ani też żadne zwierzę nie mają duszy. A jeśli człowiek tym różni się od zwierzęcia, że myśli lub ma duszę, to albo umysł istnieje niezależnie od ciała i trudno wówczas pojąć, jak może być przyczyną procesów fizycznych, albo też daje się całkowicie zredukować do materialnych procesów mózgu.

⁷ L.C.Rosenfeld, *From Beast-Machine to Man-Machine*, Octagon Books, New York 1968, s. 3.

4. Człowiek jest zdrowy, jeśli zdolny jest do prawidłowego funkcjonowania jako organizm biologiczny. Jest natomiast chory, kiedy dochodzi do istotnego zakłócenia normalnych funkcji organizmu. Zasadniczą rolę w modelu biomedycznym pełni zatem pojęcie normy. Jeśli bowiem założymy, iż możliwe jest ustalenie prawidłowej normy funkcjonowania człowieka, ma to zasadniczy wpływ na pojęcie wiedzy medycznej. Skoro przyjmiemy bowiem, że wiedza medyczna to tyle, co suma wiadomości niezbędnych do diagnozy, leczenia i zapobiegania chorobom, to w modelu biomedycznym wiedza ta dotyczy głównie prawidłowego (doskonałego) lub nieprawidłowego (niedoskonałego) funkcjonowania ciała ludzkiego, a teoretycznym fundamentem modelu biomedycznego staje się fizjologia i patofizjologia.

5. Taka koncepcja wiedzy medycznej bezpośrednio determinuje praktykę lekarską. Badanie lekarskie polega wówczas na ustalaniu wszelkich nieprawidłowości i odchyłeń od normy i temu też służy coraz bardziej wyrafinowana technologia medyczna. Diagnoza koncentruje się na zdefiniowaniu przyczyny odchylenia, a leczenie na poszukiwaniu środków przywracających równowagę biologiczną organizmu.

Swoista dla modelu biomedycznego filozofia da się zatem wyrazić prosto. Przedmiotem działań lekarskich jest uszkodzony lub źle funkcjonujący mechanizm biologiczny — ludzkie ciało. Przyczyna uszkodzenia może mieć charakter wewnętrzny (wirus, bakteria, błąd genetyczny) lub zewnętrzny (powypadkowe uszkodzenie ciała lub gwałtowne zmiany środowiska); w każdym jednak wypadku celem terapii jest przywrócenie uszkodzonej lub zastąpienie utraconej funkcji biologicznej, czyli odzyskanie pełnej zdolności przetrwania i reprodukcji biologicznej. Jeżeli np. pacjent wskutek defektu organicznego niezdolny jest do posiadania potomstwa w sposób naturalny, można mu łatwo pomóc stosując odpowiednią metodę prokreacji pozaustrojowej. Jeżeli pacjent ma uszkodzoną trzustkę i nie wytwarza samoistnie insuliny, może on mimo to funkcjonować normalnie pod warunkiem, że nie zaniedba regularnych zastrzyków insuliny i będzie prowadził odpowiedni tryb życia. I podobnie też w porę zastosowana dieta może zapobiec pojawieniu się ciężkiej i nieuleczalnej choroby, jaką jest fenyloketonuria. A jeśli pacjent jest ofiarą ciężkiej depresji, nie ma jakoby bardziej skutecznego sposobu leczenia, jak zwiększenie poziomu serotoniny w mózgu za pomocą odpowiednich środków farmakologicznych.

Nie jest trudno wykazać słabości tego modelu. Pomijając tradycyjną krytykę redukcjonistycznego i mechanicznego modelu człowieka⁸, zasadniczą wadą tego modelu jest przekonanie, że dla każdej struktury i dla każdej funkcji istnieje pewna doskonała norma. Prawidłowo zbudowany enzym lub proteina ma *a priori* strukturę doskonałą, H₂O jest zawsze H₂O, a NaCl jest zawsze NaCl. Kiedy

⁸ Por. H.R. Wulff, *Pojęcie choroby i medyczne ujęcie człowieka*, „Sztuka Leczenia”, 1996, nr 3 oraz tenże: *Wprowadzenie do filozofii medycyny*, PWN, Warszawa 1990.

jednak od prostych związków chemicznych przechodzi się do złożonych układów biologicznych, pojawiają się problemy i gdy docieramy do poziomu osoby ludzkiej, okazuje się, iż niepodobna jest bez uwikłania się w określone założenia wartościujące zdefiniować, co jest normalne, a co nienormalne w biologii lub zachowaniu się jednostki. Nadto, przyjmując, że choroba mieszka w ciele i pacjentem jest właściwie ciało, model ten całkowicie ignoruje znaczenie czynnika psychicznego w etologii i leczeniu chorób. Odkrycie zjawiska stresu i dalszy rozwój medycyny psychosomatycznej spowodowały wprowadzić istotne przekształcenie modelu biomedycznego w tzw. biopsychosocjalny model choroby⁹, nie miało to jednak większego wpływu na główny paradygmat medycyny współczesnej, który najlepiej ilustruje coraz bardziej upowszechniające się pojęcie medycyny naukowej (*evidence based medicine*). Wiedza naukowa oznacza bowiem możliwość skutecznej interwencji. Im głębsza, im lepiej uzasadniona wiedza o przyczynach i przebiegu danej choroby, tym skuteczniej potrafimy ją leczyć. I w tym punkcie musimy powrócić do wyjściowego twierdzenia dr Foxa. Wszelkie bowiem rozumowanie lekarskie oparte jest na następującym sylogizmie praktycznym:

Jeżeli pacjent cierpi na chorobę p , to powinien być leczony przy użyciu środków q , r lub s , lub ich kombinacji.

Pacjent K cierpi na chorobę p .

Zatem pacjent K powinien być leczony przy użyciu środków q , r lub s lub ich kombinacji.

Ale z odpowiednio przeprowadzonych (randomizowanych i podwójnie ślepych) badań klinicznych (*evidence based medicine*) wynika, że prawdopodobieństwo skutecznej kuracji przy użyciu środka q wynosi P_1 , przy użyciu środka r — P_2 , przy użyciu środka s — P_3 , a w odpowiednim ich połączeniu — P_4 . Pojawia się zatem zasadnicze pytanie, jaki lek powinien wybrać lekarz, żeby uzyskać najlepszy efekt terapeutyczny?

Jak się okazuje, nie jest to kwestia jedynie wykształcenia medycznego i dostępu do odpowiednich podręczników. Zasadniczą cechą medycyny współczesnej jest bowiem niemal całkowita koncentracja na większej przesłance i jednocześnie zdecydowane lekceważenie mniejszej przesłanki sylogizmu. Istnieje jednak zasadnicza różnica epistemologiczna pomiędzy wiedzą o chorobie i wiedzą o konkretnym cierpiącym człowieku. Wiedza o chorobie jest wiedzą ogólną i zarazem uniwersalną, która stosuje się we wszystkich przypadkach podobnych pod pewnymi istotnymi względami. Mówimy w języku nauki: dla każdego X , jeżeli X cierpi na p , to q jest właściwym sposobem leczenia p . I istnieją tysiące stron poświęconych naukowemu opisowi, wyjaśnieniu i interpretacji p i q . Nikt jednak nie próbuje bliżej opisać i wyjaśnić istoty X . X rozumiany jest po prostu jako abstrakcyjny, typowy przedstawiciel gatunku *Homo sapiens* bez jakiegokolwiek indywidualności-

⁹ Por. G.I. Engel, *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 6, 1981, s. 101-123.

ci, bez najmniejszego choćby cienia człowieczej tragedii czy cierpienia. Nauki ścisłe są z natury rzeczy abstrakcyjne, ogólne i uniwersalne. Ktoś jednak, kto szuka pomocy lekarza, jest zawsze jakimś konkretnym indywiduum ludzkim, człowiekiem o określonej historii i doświadczeniu życiowym, kimś, kto nagle odkrył, iż traci kontrolę nad swoim ciałem, umysłem i nad całą swoją przyszłością. Swoista dla medycyny współczesnej fascynacja samym procesem zdobywania wiedzy medycznej sprawia, iż pacjent staje się mniej lub bardziej interesującym „przypadkiem”, ilustrującym jedynie pewien ogólny zespół lub jednostkę chorobową. Stwierdzenie, że pacjent cierpi na taką czy inną chorobę jest zdaniem stwierdzającym pewien fakt. Znaczenie jednak tego faktu jest całkowicie różne dla lekarza i dla pacjenta. Porównajmy np. reakcję lekarza i pacjenta na to samo (prawdziwe) zdanie o faktach: „To jest rak”. To, co dla lekarza jest pozornie obiektywnym, beznamiętnym i uczciwym stwierdzeniem faktu (na tym właśnie między innymi polega diagnoza), staje się niekiedy dla pacjenta wyrokiem śmierci lub całkowitą katastrofą życiową. To jednak, co czuje i jak reaguje na świat pacjent nie zawsze bywa brane pod uwagę w procesie diagnozy i leczenia.

Myślę, iż można teraz wprowadzić fundamentalne, jak sądzę, rozróżnienie pomiędzy dwoma rodzajami wiedzy medycznej: teoretyczną wiedzą medyczną i praktyczną wiedzą kliniczną. Wiedzę medyczną ilustruje doskonale większa przesłanka naszego sylogizmu. Jest to ogólna i abstrakcyjna wiedza dotycząca pewnych uniwersalnych prawidłowości biologicznych dotyczących choroby i jej leczenia, która zawarta jest w bieżącej literaturze medycznej. Wiedza kliniczna, którą ilustruje natomiast mniejsza przesłanka sylogizmu, jest wiedzą dotyczącą samego pacjenta i jest ona w dużej mierze efektem indywidualnych zdolności i doświadczenia lekarza. Wiedzę tę zdobywa się przy łóżku chorego lub w gabinecie lekarskim wsłuchując się w pełne niepokoju i cierpienia opowieści pacjentów i przeprowadzając pierwsze podstawowe badania lekarskie ich ciał.

Widać teraz wyraźnie, na czym polega zasadnicza różnica pomiędzy dwiema przesłankami naszego paradygmatycznego rozumowania medycznego. Większa przesłanka sylogizmu odzwierciedla zawsze aktualną abstrakcyjną wiedzę i metodologię swoistą dla nauk ścisłych. Nie ma w niej miejsca na indywidualną historię choroby pacjenta, nie ma w niej miejsca na jego lęki, niepokoje, przeżycia osobiste i tragedie. Mniejsza przesłanka jest natomiast efektem szczególnego rodzaju zetknięcia się pomiędzy dwiema istotami ludzkimi, z których jedna, niespokojna, cierpiąca lub głęboko nieszczęśliwa potrzebuje pomocy, a druga — z racji swej profesji — dysponuje odpowiednią wiedzą i kwalifikacjami, aby pomocy takiej udzielić. Trudno jest jednak skutecznie pomóc drugiemu człowiekowi, jeśli nie zna się i nie rozumie sytuacji, w jakich się znajduje. Lekarz musi zatem znaleźć odpowiednie słowa w rozmowie z pacjentem, musi zadać odpowiednie pytania, musi dotknąć i poczuć zapach jego ciała, posłuchać szmerów w płucach i sercu i obrzucić go owym osobliwym spojrzeniem doświadczonego klinicysty (*clinical gaze*), który widząc to, czego inni nie widzą dochodzi w końcu do właściwej

oceny stanu pacjenta, formułując ostatecznie taką lub inną diagnozę. Jest to szczególna umiejętność, której nie można nauczyć się studiując jedynie medycynę teoretyczną. Wolfgang Wieland w swym znakomitym eseju *The Concept of Art in Medicine* wyróżnia trzy główne sfery, w których znajduje zastosowanie pojęcie sztuki leczenia. Jest to (1) sprawność manualna, (2) zdolność formułowania prawidłowej oceny klinicznej (*clinical judgment*), i (3) umiejętność gromadzenia klinicznie istotnej wiedzy o pacjencie; wiedzy, która jest naturalnym efektem właściwie prowadzonego wywiadu i wstępnego badania pacjenta¹⁰.

Wiedza teoretyczna jest oczywiście niezbędnym warunkiem bycia dobrym lekarzem, ale nie jest to warunek wystarczający. Ktoś może być np. znakomicie wykształcony, mieć doskonałą pamięć, wybitną inteligencję i odczytywanie w literaturze medycznej, jeśli jednak nie będzie umiał nawiązać kontaktu ze swoim pacjentem, jeśli nie potrafi oderwać się przez chwilę od rutyny podręczników medycznych, by zobaczyć i rzeczywiście zrozumieć cierpienie swego pacjenta jako jedynej w swoim rodzaju istoty ludzkiej z pewną swoistą dla niej i tylko dla niej historią życia, jest on co najwyżej dobrze wykształconym (*artificially learned*) lekarzem i powinien poświęcić się raczej pracy naukowej lub organizacyjnej, a nie leczeniu cierpiących ludzi. Z drugiej jednak strony, sama wrażliwość, współczucie, empatia, zrozumienie, szacunek dla pacjenta jako osoby i najlepsze nawet chęci nie wystarczą, aby skutecznie pomóc pacjentowi. Ktoś, kto jest czuły i wrażliwy, ale nie dysponuje rzetelną wiedzą medyczną, nie może być po prostu dobrym lekarzem.

Uzdrowicielska moc mądrego lekarza. Dobry lekarz musi być dobrym i zarazem mądrym człowiekiem. Wiemy już, iż niepodobna być mądrym, jeśli nie dysponuje się wiedzą, właściwym osądem i zaufaniem do siebie samego. Jednakże wszystkie te trzy warunki nabierają szczególnego znaczenia w praktyce lekarskiej.

1. *Wiedza.* Widać teraz wyraźnie, iż istnieją co najmniej trzy rodzaje wiedzy, które mają szczególne znaczenie dla praktyki medycznej. Są to:

(a) Ogólna wiedza o świecie, człowieku i kondycji człowieczej; wiedza o tym, jakie elementy natury ludzkiej są pierwotne, względnie stałe i niezmiennie, a jakie wtórne, drugorzędne, zmienne — społecznie i historycznie uwarunkowane.

(b) Wiedza medyczna rozumiana jako abstrakcyjna, ogólna wiedza o człowieku, wynikająca z rzetelnych i prowadzonych zgodnie z metodą naukową badań nad człowiekiem, jego chorobami oraz metodami leczenia tych chorób. Właściwym paradygmatem tej wiedzy są nauki ścisłe.

(c) Wiedza kliniczna rozumiana jako wiedza wynikająca z rzetelnego poznania konkretnego pacjenta z pełnym uwzględnieniem jego tożsamości osobowej, ukształtowanej przez historię jego życia (*narrative identity*). Właściwym paradygmatem tej wiedzy są nauki historyczne.

¹⁰ W. Wieland, *The Concept of the Art in Medicine*, w: C. Delkesamp-Hayzes, M. A. Gardell Cutter [eds.], *Science, Technology and the Art of Medicine*, Kluwer, Dordrecht 1993, s. 175.

Nie zapominajmy jednak, że wiedza swoista dla mądrości ma z natury rzeczy charakter interpretatywny. Toteż mądry lekarz zna nie tylko istotne dla praktyki medycznej fakty, ale przede wszystkim zdaje sobie sprawę z możliwości wielorakiej i nigdy do końca pewnej interpretacji znaczenia tych faktów. Potrafi on zatem zająć krytyczną postawę (zdrowy sceptycyzm) zarówno wobec najnowszych odkryć i doniesień naukowych, jak też narzekań i relacji pacjenta. Najważniejszym jednak elementem owej postawy krytycznej w tej sytuacji jest *pokora* — pokora zarówno co do zasobu i niezawodności swej własnej wiedzy, jak również co do możliwości jej skutecznego zastosowania. Jak uczył bowiem Hipokrates: „Kto prosi sztukę o to, czego sztuka nie potrafi uczynić albo oczekuje od natury tego, czego natura nie może uczynić, odznacza się głupotą, która bliższa jest szaleństwu niż zwyczajnej niewiedzy”.

2. *Ocena kliniczna*. Tradycyjnie odróżnia się trzy zasadnicze stadia w procesie leczenia pacjenta. Są to: diagnoza, prognoza i leczenie właściwe. Przyjmijmy, że ocena kliniczna to tyle, co rozstrzygnięcie problemu decyzyjnego swoistego dla diagnozy, prognozy lub leczenia pacjenta. Umiejętność formułowania właściwej decyzji klinicznej jest pewną dyspozycją, której nie sposób nauczyć się jedynie z uważnej lektury podręczników medycznych. Nie wystarczy opanować sztukę czytania i interpretacji nut, by stać się dobrym pianistą. I tak samo też niepodobna rozwinąć umiejętności właściwej oceny i podejmowania właściwych decyzji klinicznych bez doświadczenia klinicznego. To zaś nabywa się w procesie leczenia. Umiejętność formułowania właściwej oceny klinicznej jest więc fundamentalną zasadą sztuki lekarskiej, która opiera się na kilku innych równie ważnych umiejętnościach, takich jak umiejętność racjonalnego i krytycznego myślenia, umiejętność dostrzegania oraz interpretacji oznak i objawów, umiejętność nawiązania kontaktu i rozmowy z pacjentem, czy też umiejętność gromadzenia i interpretacji informacji.

3. *Zaufanie do siebie samego*. Nie jest to, podkreślmy z naciskiem, typowa dla wielu lekarzy arogancja czy poczucie pewności, jaką daje ezoteryczna wiedza i „moc leczenia”. Nie jest to nawet poleganie na własnej wiedzy lub umiejętnościach. Mądry lekarz ma zaufanie do swoich ocen i decyzji, ale jednocześnie zna granice tego zaufania. Wie, jak dalece może ufać podręcznikowi, statystyce medycznej, czy pewności własnej ręki lub ostrości widzenia. Przypomnijmy, że zaufanie, a zwłaszcza zaufanie do samego siebie zakłada zawsze sytuację ryzyka i niepewności. To zaś jest niejako naturalną cechą wszelkich działań i interwencji medycznych. Nawet całkiem niewinny i wielokrotnie sprawdzony w badaniach klinicznych lek lub metoda leczenia może niekiedy wywołać katastrofalną reakcję pacjenta. Nawet najlepszy chirurg lub diagnosta może mieć swój zły dzień. W sytuacji klinicznej osobą najbardziej bezbronną i najbardziej zagrożoną jest zawsze pacjent; i właśnie dlatego, że ma on najwięcej do stracenia i najwięcej do zyskania, nie pozostaje mu nic innego jak zaufać profesjonalnej ocenie i kompetencji swojego lekarza. Z drugiej jednak strony, jeżeli lekarz nie ma zaufania do swojej

wiedzy, umiejętności dostrzeżenia klinicznie ważnych oznak lub objawów, czy też zdolności podejmowania racjonalnej decyzji, staje się on bezsilny i bezradny w sytuacjach wymagających błyskawicznego działania, co natychmiast jest odczuwane przez pacjenta. Zaufanie do siebie samego jest więc także istotnym czynnikiem terapeutycznym. Lekarz, który nie ufa samemu sobie, nie może liczyć na zaufanie pacjenta, a jak już zauważył kiedyś Galen: „Ten leczy najlepiej, komu ludzie ufają”.

Dlaczego tak trudno jest spotkać mądrego lekarza?

Odpowiedź na to pytanie jest prosta. Istniejący obecnie w świecie system kształcenia medycznego nastawiony jest na produkcję „sztucznie wykształconych lekarzy”. Zaczyna się to od momentu egzaminów wstępnych na studia medyczne, gdzie największe szanse sukcesu mają ci kandydaci, którzy uzyskali najwyższe lokaty z nauk ścisłych. Kwestie wrażliwości i wyobraźni moralnej, motywacji, umiejętności nawiązywania kontaktu z pacjentem czy tzw. powołania nie odgrywają większego znaczenia. Medycyna traktowana jest bowiem jako szczególny rodzaj inżynierii biologicznej i to właśnie nauki techniczne stanowią obecnie główny paradygmat myślenia lekarskiego. Jeśli zatem ciało, a także umysł człowieka to nic innego jak tylko pewien niebywale skomplikowany biomechanizm, główną rolą lekarza staje się swoista obsługa i naprawa tego mechanizmu za pomocą odpowiednich manipulacji na strukturze i funkcji odpowiednich narządów. Patologiczne zaburzenia rytmu serca może przecież doskonale uporządkować przez podanie odpowiedniego leku lub wszczepienie rozrusznika serca. A jeśli z takich czy innych przyczyn serce przestanie działać, zawsze przecież możliwa jest transplantacja (tj. wymiana uszkodzonej części); i chociaż trudno nam na razie zapewnić wystarczającą liczbę organów dla wszystkich potrzebujących, nie jest wcale wykluczone, że w niedalekiej przyszłości każdy będzie mógł mieć w zapasie swój własny genetycznie organ, wyklonowany ze swoich własnych komórek. Kłopoty z bezpłodnością można już teraz bez trudu rozwiązać przy użyciu takiej lub innej metody zapłodnienia pozaustrojowego i tylko ośpienie starcze pozostaje jeszcze problemem. Miejmy jednak nadzieję, że nowe leki albo nowe metody pozyskiwania lub hodowli komórek nerwowych, pozwolą nam wkrótce uporać się i z tym problemem.

I tak można by długo jeszcze wyliczać triumfalne sukcesy medycyny współczesnej w leczeniu chorób i pokonywaniu niesprawności człowieka. Osobliwością bowiem medycyny współczesnej jest typowe dla nauki optymistyczne przekonanie, że jeśli coś można dla pacjenta uczynić, to oczywiście powinno się to uczynić, pod warunkiem naturalnie, iż uzyska się uprzednio jego świadomą zgodę na proponowany zabieg lub metodę leczenia. Ale problem medyczny to coś więcej niż problem techniczny skomplikowanego biomechanizmu. Jest to również zawsze, bo taka jest istota medycyny, problem moralny. Można korygować rytm

serca przez wszczepienie rozrusznika, ale czy istotnie *powinno* się to uczynić w przypadku osiemdziesięcioletniego pacjenta z głęboką demencją, który zupełnie nie ma świadomości stanu, w jakim się znajduje? Można niemal w nieskończoność bezboleśnie przedłużać proces umierania pacjenta, ale czy rzeczywiście *zawsze powinno* się to robić?

Jeszcze do niedawna sprawa powołania lekarza i celów medycyny była względnie oczywista: lekarz miał walczyć z chorobą, podtrzymywać zdrowie pacjenta, łagodzić cierpienia i w miarę możliwości przedłużać życie. Nie była natomiast celem medycyny, z góry przegrana, walka ze śmiercią czy zaspokajanie stale rosnących tzw. potrzeb zdrowotnych. W chwili obecnej sytuacja nie jest jasna, nie jest bowiem dokładnie wiadomo, jakie są podstawowe cele medycyny i czym jest powołanie lekarza. Samo pojęcie powołania lekarza stało się swoistym anachronizmem, które nie pojawia się w podręcznikach filozofii medycyny czy etyki lekarskiej. Nie jest wykluczone, że dobrze wykształcony lekarz wie doskonale, jak rozwiązać konkretny problem techniczny w leczeniu pacjenta. Wątpliwe jest jednak, czy potrafi on równie sprawnie rozwiązać ukryty w problemie technicznym problem moralny.

Co do mnie, nie mam złudzeń. Być może rację miał Sokrates, iż mądrości nie można się nauczyć, ale nie jest przecież rzeczą bezrozumną próbować żyć, myśleć i działać możliwie jak najmądrzej. Mimo że istnieje wiele znakomitych podręczników filozofii, logiki i metodologii medycznej, studenci medycyny nie są na ogół kształceni we wrażliwości i wyobraźni moralnej oraz umiejętności racjonalnego myślenia i podejmowania decyzji klinicznych. Najlepszym i najskuteczniejszym oczywiście sposobem uczenia nowych umiejętności jest osobisty przykład nauczyciela lub starszego bardziej doświadczonego kolegi. Ale ponieważ medycyna jest również sztuką, podobnie jak w innych sztukach — uczeń potrzebuje mistrza. I to właśnie osobisty przykład dobrego i mądrego starszego kolegi lub profesora staje się najistotniejszym elementem w kształceniu dobrego i myślącego lekarza. Niestety, ponieważ wielu obecnych luminarzy nauk medycznych reprezentuje ów swoisty dla medycyny współczesnej techniczny styl myślenia, to, co uczeń przejmie od mistrza, to najczęściej przede wszystkim sztuka technicznego rozwiązywania problemów. A bez mądrego mistrza, bez mądrego nauczyciela, który na własnym przykładzie pokazuje, jak należy właściwie traktować pacjenta, trudno jest się nauczyć swoistego dla znakomitego lekarza mistrzostwa.

Ostateczna konkluzja tego eseju jest więc oczywista. Ani natura, ani nauki lekarskie same przez się nie dysponują wystarczającą mocą leczenia naszych chorób i dolegliwości. Centralną postacią w procesie leczenia jest mądry lekarz. To właśnie on z racji swego wykształcenia, doświadczenia i umiejętności potrafi powiązać teoretyczną wiedzę o naturze choroby ze znajomością natury i sytuacji życiowej konkretnego pacjenta. Jeśli potrafi on dobrze i mądrze myśleć, jeśli potrafi zdobyć zaufanie pacjenta i stać się dlań autorytetem nie tylko w sprawach ściśle medycznych, jeśli będzie on traktował swego pacjenta zawsze jako cel, a nig-

dy jedynie i wyłącznie jako środek, poświęcając mu pełną swoją uwagę i zaangażowanie, wówczas nie tylko będzie wiedział jakie są możliwe techniczne rozwiązania danego problemu medycznego, ale potrafi również rozpoznać moralny problem i moralną sytuację pacjenta i rozważyć wspólnie z nim możliwie najlepszą dlań strategię leczenia tu i teraz, w tej szczególnej sytuacji, w jakiej się znajduje. Być może właśnie to, że jest mądry, że rozumie i pokornie akceptuje granice swych możliwości sprawia, iż właściwa mu mądrość i umiejętność użycia właściwego słowa we właściwym momencie mają wpływ terapeutyczny i mogą skutecznie wzmacniać lub nawet zastępować działanie leku. Myślę, że to jest właśnie główny powód, dla którego pacjenci instynktownie niejako poszukują „z natury mądrego”, a nie jedynie „wykształconego” lekarza, jako że leczy on i rzeczywiście uzdrowia również, a może nawet przede wszystkim, dzięki owym szczególnym właściwościom swojego charakteru i osobowości.

Wisdom and the art of healing

The author places wisdom and medical practice side by side in order to see why it is so difficult to find a wise doctor. His reasoning runs as follows. The constitutive parts of wisdom are knowledge and the ability to make good choices. When the two faculties are happily combined, a wise chooser displays the ability to make good judgments, he is confident in his skills, capable of taking calculated risks and fully aware of the limits of his art. Medical practice requires these talents but seldom has them at its disposal. Schools of medicine tend to inculcate artificial learning which leaves the doctor helpless if he meets an unusual case, far from everyday routine, not easily reducible to the basic model of treatment founded on the idea that a sick body is like a broken mechanism and must be repaired. The doctor has also other functions to perform, if he wants to be a wise doctor. He must be able to see the state of the patient as a whole, to understand the source of her discomfort, to establish a personal contact with her. Empathy and respect for the patient are essential, even if not sufficient, assets of a wise doctor.