



KOMUNIKACJA Z PACJENTEM Z PERSPEKTYWY HERMENEUTYCZNO-ORKIESTRALNEJ. RZECZ O WCIAŻ SŁABO ROZPOZNANEJ W POLSCE MEDYCYNIE NARRACYJNEJ

Doctor-patient communication from a hermeneutic-orchestral perspective: On narrative medicine, a field of research still poorly recognized in Poland

Streszczenie

Celem artykułu jest umieszczenie medycyny narracyjnej w ramach hermeneutyki i komunikacji orkiestralnej, przeciwstawianej komunikacji inżynierskiej. Jej model, określany jako schemat wpływu, stworzono dla potrzeb nauk ścisłych w Stanach Zjednoczonych. Wywodzi się on z tradycji badawczej przełomu lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku, powstałej w kręgu inżynierów i uczonych prowadzących badania nad funkcjonowaniem telegrafu, a następnie przeniesionej i upowszechnionej w humanistyce. Autor artykułu przyjmuje tezę, zgodnie z którą doszło do koincydencji szerszego zakresowo modelu wpływu z tak zwanym modelem Flexnera, który w początkach XX wieku zrewolucjonizował edukację amerykańskich lekarzy – przydał medycynie status biomedyczny i ogłosił triumf technologii, a pacjenta sprowadził do pozycji przedmiotu. Mój artykuł sprzeciwia się procesowi technologizowania medycyny kosztem kultury i wskazuje na potrzebę bardziej personalistycznego podejścia do chorego. Drogę do metamorfozy komunikacji na linii lekarz – pacjent otwiera literatura, traktowana w medycynie narracyjnej jako wielkie laboratorium etyczne i komunikacyjne. Pozwala ono nie tylko przebudować relację z pacjentem, ale umożliwia także lekarzowi pogłębioną samorefleksję i poczucie bycia osobą. Zaprezentowany w artykule proces śledczy prowadzi od analizy modelu wpływu, upowszechnianego w Stanach Zjednoczonych metodą przypominającą działalność sekt, po refleksję nad psychoanalizą Freuda przeniesioną do Ameryki, a następnie upowszechnianą, także w sposób sekciarski, i spopularyzowaną po jej „przerobieniu” na modłę przyrodniczą.

Słowa kluczowe: medycyna narracyjna, hermeneutyka, komunikacja orkiestralna, personalizm, biomedycyna

Abstract

The main purpose of the article is to place narrative medicine within the framework of hermeneutics and orchestrated communication, contrasted with engineering communication. Its model, referred to as the influence scheme, was built for the needs of the sciences in the United States, and originated from a research tradition in the late 1940s and early 1950s born in the circle of engineers and scholars conducting research on the functioning of the telegraph, and later transferred and popularized in the humanities. The author of the article accepts the thesis that there has been a coincidence of the broader scope of the influence model with the so-called Flexner model, which in the early 20th century revolutionized the education of American practitioners, gave medicine the biomedical status and proclaimed the triumph of technology, and reduced the patient to the position of an object. My article testifies against the process of technologization of medicine at the expense of culture and points to the need for a more personalistic approach to the patient. The road to metamorphosis within the doctor-patient communication is opened by the literature, treated in narrative medicine as a great ethical and communicative laboratory. It allows not only to remodel the relationship with the patient, but also enables the physician himself to deepen self-reflection and a sense of being a person. The "investigative process" presented in the article leads from an analysis of the model of influence, disseminated in the United States along the lines of sectarian approach, to a reflection on Freud's psychoanalysis theory brought to America and then disseminated, including in a sectarian manner, and popularized after its "conversion" in a naturalistic fashion.

Keywords: narrative medicine, hermeneutics, orchestral communication, personalism, biomedicine

Po jednym z otwartych wykładów na temat medycyny narracyjnej podeszła do mnie dziennikarka i spytała, jak to się stało, że ktoś zajmujący się od lat literaturą i komunikacją znajduje nagle swoje miejsce w medycynie? Zrozumiałem wtedy, że moje wieloletnie podróŜowanie po obu tych dziedzinach musiało doprowadzić mnie tam, gdzie są one być może najbardziej potrzebne, do ludzi chorych... i do ich lekarzy. Do tych, którzy może najbardziej potrzebują diametralnej zmiany w codziennej komunikacji i podczas spotkań z pacjentami oraz nowego spojrzenia na siebie samych. Nie tylko z perspektywy biomedycyny, lecz także przez pryzmat literatury, tego wielkiego etycznego laboratorium, w którym, jak mówi wybitny francuski hermeneuta Paul Ricoeur, „wypróbowuje się wartościowania, oceny, sądy, uznania i potępienia” (Ricoeur, 2003, s. 192).

Ważnym sprawdzianem dokonanego przeze mnie przed laty wyboru, opisanego w tym artykule, był głos amerykańskiej lekarki, która w początkowym okresie pandemii ogłosiła światu, że przeczytała bardzo dokładnie *Dżumę* Alberta Camusa. Nie byłoby w tym nic niezwykłego, *Dżuma* wtedy to jeden z najbardziej popularnych na świecie tekstów, ale zdumiał mnie sposób, w jaki można było odczytać utwór Camusa. Jako nieudany test z biomedycyny, bo przecież – jak dowodzi doktor Perri Klass (2022) lekarka-wykładowczyni w New York University – doktor Rieux mógł zastosować znane już wtedy w medycynie leki. Klass pisze o raŜących błędach klinicznych popełnionych przez głównego bohatera powieści, między innymi o pozbawieniu umierającego dziecka leków przeciwbólowych, jakie lekarz powinien był zaordynować. Koronny zarzut to rezygnacja z terapii sulfonamidami, które – jak skrupulatnie wylicza Klass – stosowane były na świecie znacznie wcześniej niż umiejscowiona w Oranie w latach czterdziestych XX wieku akcja *Dżumy*. W tamtym okresie były już podawane pacjentom w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Kongu Belgijskim czy na Madagaskarze i w Egipcie.

Wprawdzie Klass przyznaje, że Camus jako filozof i pisarz stworzył świetną powieść, a więc dzieło literackie rządzące się prawami fikcji, ale dodaje, że pomijając zdobycze nauki, autor rezygnuje z takich jej atrybutów jak światło logiki, pomysłowości i kreatywności. W tej sytuacji Klass aplikuje *Dżumie* lek, którego w powieści zabrakło, czyli biomedyczny model interpretacji. Dla wzmocnienia zaś swojego stanowiska przytacza opinie innych lekarzy, którzy

zdecydowanie odradzają czytanie utworu Camusa w ramach przygotowywania studentów medycyny do rozważania ważkich problemów z zakresu etyki medycznej. Trudno się zgodzić z takim ujęciem, słyhać w nim zarówno przyrodniczy fatalizm, jak i pozytywistyczny model uprawiania refleksji naukowej, który w połączeniu z rozwojem mikrobiologii doprowadził do technicyzacji medycyny i zrewolucjonizował edukację medyczną (Szubert, 2019, s. 81), o czym w początkach dwudziestego stulecia zaświadczał słynny raport Flexnera, do którego odwołam się dokładniej w dalszej części artykułu.

Bezkrytyczną wiarę w dogmat przyrodoznawczego monolitu medycyny naruszają coraz częściej rezultaty uzyskiwane przez dynamicznie rozwijającą się od ćwierćwiecza w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej, ale także w Azji i Australii, medycynę narracyjną, która w centrum komunikowania się z pacjentem stawia literaturę. Dzieła literackie, zwłaszcza najwyższej klasy, pochodzące zarówno z epok minionych, jak i współczesne, mają z racji swojej wieloznaczeniowości i formułowania pytań najtrudniejszych, egzystencjalnych czy wręcz eschatologicznych, szczególną rangę w edukacji medycznej. Przygotowują bowiem lekarza do umiejętności podążania za opowieścią pacjenta, stopniowego przyswajania tego, co dla niego ważne, co skłoniło go do wizyty w gabinecie. Taki jest przecież najgłębszy sens anamnezy, której źródeł upatruje się u Platona i do której nieustannie odwoływał się w Polsce Andrzej Szczeklik – lekarz pulmonolog, internista i twórca mistrzowskich esejów literacko-medycznych – wskazując, że przypomnienie (*anamnesis*) jest drogą, którą pokonują wspólnie pacjent i lekarz, by odtworzyć pierwsze objawy choroby i odnaleźć moment przejścia ze świata zdrowia do świata choroby (Szczeklik, 2003, s. 15). Był on jednym z pierwszych polskich lekarzy, który opisał spotkanie pacjenta z lekarzem jako metamorfozę medyka przyzwyczajonego dotąd do sprawowania niepodzielnie roli nadawcy. Tu lekarz jest słuchaczem, staje się ważnym odbiorcą historii pacjenta, to on musi być

ciekaw tej historii, tak, aby chory czuł, że ktoś, może po raz pierwszy, interesuje się naprawdę jego biedą. Trzeba, aby mówił z chorym jednym językiem. Nierzadko rytm rozmowy, barwa głosu skierują jego uwagę na właściwe rozpoznanie. Zdania wyrzucane szybko, goniące jedno drugie, jakby przynaglone jeszcze przez wilgotne, ruchliwe dłonie, niepokój frazy, a nawet jej wzburzenie każą myśleć o nadczynności tarczycy. Ochrypli, niski głos, wydobywający się wolno z nabrzmiętej twarzy o odcieniu wosku, mówi o niedoczynności samego gruczołu. Wystarczy słuchać. (Szczeklik, 2003, s.14)

Oto mistrzowski wykład z medycyny narracyjnej, o której nikt w Polsce jeszcze wtedy nie pisał, także sam Szczeklik. A przecież jego słowa – imperatyw moralny, powinność bezwzględnego pierwszeństwa wysłuchania przez lekarza opowieści pacjenta – brzmią znajomo w uszach wszystkich, którzy kiedykolwiek zetknęli się z pismami profesor Rity Charon z Columbia University, matki chrzestnej medycyny narracyjnej. Jednak lekarka-literaturoznawczyni pokazuje, że medycyna narracyjna idzie jeszcze o krok dalej w poszukiwaniach wspólnego języka z chorym. W założonym przez nią ośrodku w Columbia University lekarz – bez względu na to, czy jest onkologiem, kardiologiem czy ginekologiem, zaczyna pracę od wysłuchania, co pacjenta sprowadza do gabinetu. „Jestem twoim lekarzem – mówi Charon – muszę wiedzieć dużo nie tylko o twoim ciele, ale także o twoim zdrowiu i twoim życiu. Powiedz mi, jak sądzisz, co powinnam wiedzieć o twojej sytuacji?”. „Tak zaczynam – przekazuje rezydentom i studentom medycyny jedną z najważniejszych zasad w kontakcie z pacjentem. – Nie ograniczam się do dolegliwości bólowych i wcześniejszych chorób”. Kiedy Charon mówi pacjentowi, żeby opowiedział jej o śmierci swojego ojca albo o kłopotach z dzieckiem, chce go przekonać, że „oto ja, twój lekarz, chcę słuchać tego, co mówisz”. Na co nierzadko w odpowiedzi słyszy niepewne słowa pacjenta: „Chce pani doktor powiedzieć, że ma ochotę ze mną porozmawiać?” (Charon, 2017).

Pierwsza wizyta i pierwsze spotkanie z chorym jest wyzwaniem, któremu lekarz musi sprostać, aby zrozumieć, co jest powodem tej wizyty, a następnie – podczas kolejnych – pokazać, że chce się zaangażować we wspólne rozwiązywanie problemu. To, być może, jeden z najważniejszych sposobów pozyskiwania zaufania pacjenta i droga do umacniania autentycznego, a nie tylko fasadowego autorytetu lekarza. Opieka zdrowotna, jak stwierdził jeden z uczestników warsztatów prowadzonych przez Charon, ma przede wszystkim służyć nawiązaniu kontaktu i wyzwoleniu zaangażowania po obu stronach stetoskopu. Tę odpowiedź Charon (2017) uznała za kodę prowadzonych przez siebie szkoleń z medycyny narracyjnej – jej autorem był ojciec dziewczynki, która zmarła z powodu nowotworu mózgu.

Pierwsze spotkanie literackie, które prowadziłem dla lekarzy i pielęgniarek, odbyło się bodaj dziesięć lat temu, podczas jednej z konferencji paliatywnych organizowanych przez Wrocławski Uniwersytet Medyczny. Po wygłoszeniu referatu wprowadzającego do zagadnień medycyny narracyjnej zaprosiłem uczestników sympozjum, pielęgniarki i lekarzy, do udziału w warsztatach. Zainteresowanie było bardzo duże. Krzesła ustawiliśmy w kręgu, zdjęliśmy plakietki z tytułami. Musiałem trochę improwizować, bo ludzi było więcej, niż zaplanowałem i nie mogłem zorganizować klasycznych warsztatów jak w Columbia University. Zapropnowałem wspólne czytanie mojego ulubionego wiersza *Pantera*, autorstwa austriackiego poety Reinera Marii Rilkego, który opisuje piękno dzikiego zwierzęcia uwięzionego w małej klatce: pantera jest zamknięta, nie może cieszyć się wolnością. Zapytałem, czy spotkali się z sytuacją pacjenta zamkniętego w klatce choroby, który nie może się z niej uwolnić. Dwie lekarki, płacząc, opowiadały wstrząsające historie o śmierci dwojga młodych ludzi, którym towarzyszyły do końca. Nikomu wcześniej nie mówiły o nich, bo przecież „nam w domu nie wolno o tym mówić”, a w szpitalu nikt nie chce słuchać. Ale te historie, głęboko schowane, były w nich od lat. Tłamsiły je w sobie, utrzymywanie ich w tajemnicy było bolesną zadrą ich życia. Opowiedziały o nich dopiero w czasie warsztatów. Zwierzyły się: „One w nas tkwiły, ale dopiero ten wiersz umożliwił nam ich opowiedzenie”.

Medycyna narracyjna dowodzi, że uprawianie literatury może być w świecie lekarzy czymś więcej niż hobby, niż bez troskie spędzanie czasu wolnego. Wiąże się bowiem z nieustannymi wyborami, zarówno tymi, które dotyczą fundamentalnych pytań, jakie stawia sobie lekarz w sytuacjach granicznych, jak i tymi, czy przedstawić swoje doświadczenia prozą, którą rządzi narracyjność, czy lepiej w poezji, rządzonej przez rygory wiersza i metafory. Na czym skupić uwagę, a co pominąć, jaką konwencję literacką wybrać i jaką odmianą narracji się posłużyć. Pierwszoosobową, by podkreślić swój punkt widzenia, czy raczej zdystansować się przez wprowadzenie perspektywy Innego (narracja trzecioosobowa). Każdy z dokonanych wyborów jest retrospekcją, która prowadzi w głąb siebie i określa przyszłe wybory.

W medycynie narracyjnej pomocna jest hermeneutyka, styl podążania myślą zgodnie z regułą podwójnego taktu: tekst – tradycja, tekst – interpretacja. Pozwala on odczytywać tekst wielokierunkowo, uwalnia od jednostronności, otwiera na szerokie konteksty i ujawnia się w fuzji horyzontów. W czasie spotkania i rozmowy lekarza z pacjentem dochodzi także do przecięcia perspektyw dwóch niezależnych podmiotów, wszak misją lekarza jest przywrócić choremu, choćby na chwilę, choćby częściowo pozycji równorzędnej. Wysłuchanie pacjenta tylko po to, aby postawić właściwą diagnozę i przekazać zalecenia, to zdecydowanie za mało.

Wpisywanie praktyki klinicznej w tradycję hermeneutyki pozwala spojrzeć na medycynę narracyjną jako szczególną dyscyplinę, która pomaga w poszukiwaniach narracyjnej tożsamości pacjenta jako człowieka. W tak szerokim antropologicznym sensie medycyna narracyjna znajduje miejsce w hermeneutyce Hansa-Georga Gadamera, Paula Ricoeura i Martina Heideggera, dla których narracje to nie tylko odzwierciedlenie doświadczeń człowieka, lecz także środek współkształtujący je w nieustannym procesie obopólnej wymiany (Irvine, Spencer, 2020b, s. 135).

Podobnie status medycyny narracyjnej postrzega współczesny szwedzki filozof Fredric Svenaeus. Przecistawiając się dominującemu w medycynie wąskiemu, redukcjonemu rozumieniu choroby, Svenaeus ujmuje praktykę kliniczną jako indywidualne spotkanie pacjenta z lekarzem (Irvine, Spencer, 2020b, s. 136–137). Widzi w nim perspektywę hermeneutyczną, która dostarcza lekarzowi więcej narzędzi do myślenia o chorym niż ujęcie biomedyczne. Jest – jako praktyka – czymś więcej niż nauka zwana medycyną. Ta ostatnia jest bowiem zaledwie częścią interpretatywnego spotkania, a nie jego prawdziwą materią. Sednem medycyny jest spotkanie lekarza z pacjentem, którego celem jest chęć uzdrowienia tego, kto jest chory i potrzebuje pomocy.

Model biomedyczny, opracowany przez Abrahama Flexnera i opublikowany w 1910 roku w specjalnym raporcie, został przyjęty w Stanach Zjednoczonych entuzjastycznie i jest do dziś uznawany za punkt zwrotny w historii szkolnictwa medycznego (Konieczna, 2013, s. 75–76). Flexner, należący do tak zwanego kręgu Hopkinsa¹, swoistej arystokracji intelektualnej Ameryki, doprowadził na początku XX wieku do radykalnej przebudowy systemu edukacji medycznej w USA. Na zlecenie wpływowej, finansowanej przez Rockefellera Carnegie Foundation podjął się zbadania jakości szkół medycznych i przygotowania projektu umożliwiającego zdecydowane podniesienie poziomu nauczania w akademiach medycznych. Opracowany przez Flexnera raport przyczynił się do upowszechnienia modelu biomedycznego i zapoczątkował badania laboratoryjne na niespotykaną wcześniej skalę. Osiągnięcia naukowe stały się w medycynie celem samym w sobie, a aktywność lekarzy na rzecz społeczeństwa zbędna. Nauka przestała służyć pacjentowi, to pacjent był w służbie nauki. Dochodziło coraz częściej do eksperymentów z hodowlą ludzkich tkanek, pacjenta traktowano jak obiekt eksperymentów medycznych (Duffy, 2011).

Reforma Flexnera, wprowadzając standaryzację programów nauczania medycyny i opierając je na naukach biologicznych, sprawiła także, że akceptowaną powszechnie podstawą przyjęć na medycynę stała się i nadal jest wiedza z biologii, chemii i fizyki. Przez dziesięciolecia uważano, zgodnie z wiekowym raportem, że każde odstępstwo od tej zasady odbywa się kosztem szkolenia medycznego. To wciąż dość powszechne stanowisko, choć w Stanach Zjednoczonych coraz częściej podnosi się argument, że słabym punktem modelu Flexnera są nie tyle standardy wywodzące się z nauk ścisłych, ile raczej to, że pomija on refleksję nad kulturą i etyką, nie mówiąc o literaturoznawstwie czy nauce o komunikacji (Irvine, Spencer, 2020b, s. 103–104). Kilkanaście lat po ogłoszeniu raportu pojawiły się w USA głosy wzywające lekarzy do sprzeciwu wobec dominacji biomedycznego podejścia do zawodu, przypominające, że „choroba u człowieka nigdy nie jest dokładnie taka jak choroba u zwierzęcia”. Bowiem, jak uświadamiał w 1926 roku studentom Harvard Medical School doktor Francis Peabody, zdecydowany krytyk Flexnera: „Jednym z niezbędnych przymiotów klinicysty jest zamiłowanie do człowieczeństwa” (Irvine, Spencer, 2020b, s. 105).

Warto zacytować także opinie innych amerykańskich lekarzy, którzy w kolejnych dekadach odrzucali bezwzględną wierność postulatam Flexnera i modelowi biomedycznemu. Wyras takimemu stanowisku dał w 1986 roku doktor Charles Odegaard w głośnym wystąpieniu skierowanym do jego macierzystego środowiska:

Człowiek nie należy wyłącznie do świata zwierząt obserwowanego przez biologa, Jest, jak zaobserwował filozof, zwierzęciem społecznym, oraz, jak wykazał powieściopisarz, stworzeniem afektywnym. Lekarz nauczony wyłącznie tego, by postrzegać pacjenta jako zbiór powiązanych ze sobą tkanek i narządów, nie widzi swojego pacjenta w całości i, o ile szczęśliwym zbiegiem okoliczno-

¹ W wydanej ostatnio historii medycyny współczesnej David Schneider (Schneider, 2021, s. 288) pisze o wyjątkowym znaczeniu raportu Flexnera dla rewolucji w amerykańskiej edukacji medycznej po 1910 roku.

ści nie pomoże mu wrodzona intuicja, nie zdoła zająć się zdrowiem pacjenta we wszystkich jego aspektach. (Irvine, Spencer, 2020b, s. 103–104)

W 2011 roku, z okazji setnej rocznicy opublikowania raportu, doktor Tomas P. Duffy przeprowadził na łamach kwartalnika „Yale Journal of Biology and Medicine”, wydawanego od 1928 przez Uniwersytet Yale, ostrą krytykę reformy Flexnera. W artykule zatytułowanym *The Flexner Report – 100 years later* pojawiają się znamienne odwołania do kultury. Zdaniem autora wprowadzenie w życie reform Flexnera dało początek narodzinom amerykańskiej wersji mitu o Fauście, który sprzedał duszę diabłu uwiedziony nieodpartym urokiem wiedzy. A przecież nawet najbardziej atrakcyjna szata nauki, ubolewał Duffy, nie przywróci lekarzom utraconej duszy (Duffy, 2011). W amerykańskiej medycynie, zapatrzonej w hiperracjonalny model niemieckiej edukacji medycznej, z którego obficie czerpał Flexner, zabrakło troski o pacjenta, najważniejszej w praktyce klinicznej.

A jednak, kiedy w Polsce podejmuje się rozmowę z lekarzami na temat choroby, zdecydowana większość niemal automatycznie sprowadza jej znaczenie do angielskiego pojęcia *disease*, czyli – mówiąc najkrócej – do modelu Flexnera. Do obiektywnego, mierzalnego stanu biologicznego, który najlepiej opisuje definicja konkretnej jednostki chorobowej. Lekarz podejmuje się leczenia choroby, a pacjent staje się jedynie elementem klasyfikacji, jednostką chorobową, ustaloną zgodnie ze schematem kodów obowiązujących w International Classification of Diseases (ICD-11, 2022).

Perspektywa mierzalności pacjenta to przejaw większej tendencji, którą jest powszechna matematyzacja świata, a wypływający z dominacji modelu biomedycznego postulat mierzalności ujawnia się raz po raz podczas prowadzonych przez mnie warsztatów. Ich uczestnicy pytają często, jaka jest efektywność medycyny narracyjnej. Oto „nieznośny dyktat policzalności wszystkiego”, z którego wyrasta przekonanie, że wartość ma jedynie to, co da się policzyć, co jest mierzalne.

Zmienia on bogatą i wieloznaczeniową rzeczywistość społeczną, w jakiej żyjemy, w odhumanizowaną maszynę nastawioną na skuteczność. Konsekwencją opisywanej tendencji jest ubezwłasnowolniające wskaźnikowanie, redukcja człowieka do poziomu maszyny. (Szpunar, 2019, s. 95–96)

Postulat efektywności, powiązany z dyktatem policzalności, obecny jest nie tylko w oczekiwaniach lekarzy, poszukujących w szkoleniach z komunikacji magicznego eliksiru, który zapewni skuteczne przekazanie zaordynowanych zaleceń do niezbyt rozumnych i na dodatek niepokornych głów pacjentów. Przewija się on także w poradach i wskazówkach samych wykładawców, co jednak może być odpowiedzią na oczekiwania szkolonych. Wiele uogólnień i ferowanych odgórnie zaleceń pojawia się w prasie wydawanej przez samorządy lekarskie czy pielęgniarskie. Przykładem takiej instrukcji są nauki Antoniny Doroszewskiej, kierującej Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Doroszevska, 2022, s. 57–58), zaprezentowane ostatnio w „Gazecie Lekarskiej” (piśmie Naczelnej Rady Lekarskiej), ukazującej się w nakładzie 180 tysięcy egzemplarzy. Słowem-kluczem, odmienianym w artykule przez wszystkie przypadki, jest „skuteczność”, czyli perspektywa czysto pragmatyczna. Niczym zaklęcia powtarzają się terminy „efektywne komunikowanie”, „skuteczny komunikat”, „skuteczne porozumienie z drugim człowiekiem”, „przekazywanie informacji”. A jeśli „wysłuchanie pacjenta”, to tylko po to, aby lekarz mógł postawić właściwą diagnozę i przekazać zalecenia.

To jednak przez cały czas komunikacja z perspektywy lekarza, a to zdecydowanie za mało. Po drugiej stronie jest pacjent, pozbawiony równorzędnych praw, którego przegniata, jak powiedziała Erving Goffman, machina instytucji totalnej. Czyni ona często z chorego człowieka stortuowanego. Samo słowo pacjent zawiera w sobie ciekawą i bogatą historię. Jego trzon powtarza się w wielu językach, między innymi angielskim (*patient*), do dziś

zachowała go także polszczyzna w słowie Pasja (od późnołacińskiej formy *passio*), oznaczającym Mękę Chrystusa. W poszukiwaniach jego korzeni dotarłem do znaczenia, które na pierwszy rzut oka wprawia w zdumienie. Mianem pacjenta określano jeszcze w XVIII wieku osobę torturowaną, ofiarę kaźni stosowanych wobec złoczyńców. Starannie skodyfikowane tortury przybierały coraz bardziej wymyślne formy, przeradzając się w barwne widowisko, przyciągające wielu gapiów. Od opisu kaźni, jakiej został poddany niedoszły zabójca króla Ludwika XV – Robert François Damiens – rozpoczyna się jedna z książek Michela Foucaulta (2009). Oto scena, która rozegrała się 28 marca 1757 roku na placu Grève w Paryżu. Według zgromadzonych przez Foucaulta dokumentów skazaniec miał być „więziony i doprowadzony na wózku, obnażony, w jednej koszuli, z płonąca gromnicą wagi dwu funtów w ręku”; a potem

w rzeczonym wózku [...] szarpany obcęgami w piersi, ręce, uda i łydki; prawica dzierżąca nóż, którym dokonał pomienionego ojcobójstwa, przypiekana siarką, a miejsca, skąd będą drzeć pasy, polewane płynnym oliwem, wrzącą oliwą, gorącą żywicą, woskiem i siarką gotowanymi pospołu; następnie ciało rozwłócone i rozerwane w cztery konie, potem członki i korpus spalone, obrócone w popiół, a popioły rozrzucone na wiatr².

Każni przyglądali się nie tylko paryżanie, ale także cudzoziemcy, wśród nich słynny Casanova, który uznał widowisko za tak brutalne, że upodobanie w nim mogły znaleźć jedynie „zatwardziałe serca” (Foucault, 2009, s. 41).

Swoistą odmianę zatwardziałości serca dostrzegał u niektórych kolegów po fachu profesor Antoni Kępiński. Określał ją mianem „postawy sędziego” i diagnozował u tych lekarzy-psychiatrów, którzy stosując wobec pacjentów podejście wartościująco-oskarżycielskie (Kliszcz, 2000, s. 83–84), wywoływali u nich ostre reakcje obronne. Opisywany przez Kępińskiego mechanizm brzmi znajomo dla czytelnika Foucaulta: metody stosowane w postępowaniu sądowym wobec „stortuowanego pacjenta” były powszechnie akceptowane i służyły do wydobycia od podejrzanego wyznania winy. Jednak „pacjent” nie był całkowicie bezbronny. Mógł wygrać w procesie oskarżycielskim, który Foucault (2009, s. 41) porównuje do średniowiecznych sądów bożych, tak zwanych ordaliów, a nawet uniknąć kary śmierci. Wystarczyło, mimo coraz okrutniejszych tortur, nie przyznawać się do winy.

Profesor Luiza Rzymowska z Uniwersytetu Wrocławskiego, wspierając mnie w dążeniu do rozwiązania filologicznej zagadki dotyczącej słowa pacjent, odwołała się do starożytnych źródeł i wysokospecjalistycznych słowników. Przenosząc się – przez most chrześcijaństwa – do świata greki, wydobyla znaczenia zawarte w greckim πάσχω (*páscho*) i w łacińskim *patiens*. Dokonująca się przez wieki wędrówka znaczeń pokazuje, że w słowie pacjent, które trafiło do polszczyzny z języka niemieckiego, pobrzmiewa także – oprócz udręki czy znoszenia tortur, obecnych w starożytnej grece – łacińska *pacjencia*, czyli cierpliwość, rozumiana przez św. Tomasza z Akwinu jako cnota, która ma chronić i podtrzymywać dobro moralne. Pozytywne znaczenie pacjencji jako cierpliwości, ale też wytrzymałości, żyło jeszcze w powieściach Henryka Sienkiewicza.

Jak zatem traktować naszego pacjenta, cierpiącego i zarazem cierpliwego, który w swojej wędrówce przez stulecia raz po raz staje na ubitej ziemi, by dowieść swojej wartości? Człowieka wyniszczonego chorobą lub przedłużającym się w nieskończoność diagnozowaniem, leczeniem czy wreszcie rekonwalescencją? Konieczne jest przywrócenie pacjentowi, choćby na chwilę, pozycji równoważnej, zatoczenie swoistego kola hermeneutycznego, by stać się nie tylko nadawcą, lecz także odbiorcą. To warunek, jakże trudny dla większości lekarzy, autentycznej rozmowy z drugim człowiekiem. Rozmowa z pacjentem nie może być

² *Pièces originales et procédures du procès fait a Robert-François Damiens, 1757, t. 3, s. 372–374, cyt. za: Foucault, 2009, s. 7.*

traktowana jak model przelewu w inżynierii wodnej: to, co jest do przekazania, przepływa z jednego zbiornika do drugiego, problem polega jedynie na tym, by w odpowiednim momencie „otworzyć śluzy” – reszta dokona się sama. W tej hydraulicznej koncepcji komunikacji, jak prześmiewczo nazwał ją antropolog Yves Winkin, najważniejszy jest przekaz danych, transmisja informacji i efektywność w zdobywaniu publiczności, w modelu orkiestralnym zaś bardziej liczy się uczestnictwo w komunikowaniu się, budowanie wspólnoty i znajomość społeczno-kulturowych kontekstów, umożliwiającą konstruowanie znaczeń. Jednostka jest tu postrzegana jako uczestnik większej całości, część kulturowej wspólnoty, której reguły „odciskają się” w każdej interakcji. Jej członkowie biorą udział w komunikacji niczym członkowie orkiestry, która nie potrzebuje ani dyrygenta, ani partytury, wszak wszyscy znają lepiej lub gorzej graną melodię i prowadzą się nawzajem (Winkin, 2007, s. 74, 75).

Opisując rozwijaną przez Winkina koncepcję komunikacji orkiestralnej, będącą w opozycji wobec hydraulicznej, usiłuję wsłuchać się jak najgłębiej w konteksty Bachtinowskiej teorii polifonii-homofonii, w głosy dobiegające ze spotkania lekarza z pacjentem. Spotkania, które dokonuje się w obliczu cierpienia, „spotkania u progu”, jak nazwałby je Bachtin (1970), spotkania, które tak opisywał Andrzej Szczeklik:

Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, ażeby zażegnać trwogę, albo skamieniały rys twarzy, za którym kryje się nieufność do lekarza. I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku [podkr. – A.W], odsłonić ważki szczegółów, uściślić chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza. (Szczeklik, 2012, s. 12)

W przytoczonym na początku artykułu opisie Szczeklikowego podążania za opowieścią pacjenta (rytmem jego wypowiedzi i barwą ochryplego głosu, niespójnie wypowiedzianymi frazami i niespokojnymi ruchami dłoni) widać wyraźnie, jak przejawia się w relacji lekarz–pacjent Bachtinowska polifonia. Jej przeciwieństwem jest zjawisko homofonii, którą Bachtin rozumiał jako formułę słowa jednogłosowego, dominującego w powieści realistycznej, a przeciwstawiał wielogłosowości wypowiedzi w dialogach sokratejskich i w utworach Fiodora Dostojewskiego, które były dla rosyjskiego humanisty artystycznie doskonałym świadectwem polifonii: równości niezależnych i niepoddających się narratorskiej, wystawionej zaocznie, ocenie idei i słów wypowiedzianych przez bohaterów powieści. Homofonia pojmowana jako niedopuszczający sprzeciwu autorytatywny komentarz (Bachtin, 1982, s. 177) wykracza poza literaturę. Domaga się, aby słuchacz, niezależnie od własnych przekonań, uznał je i przyjął jako własne. A przecież słowo cudze, słowo lekarza, by stać się dla pacjenta słowem wewnętrznego przekonania, musi uwzględnić jego własną, pacjenczką, wypowiedź i obecne w niej odcienie: oceny, aprobaty, polemiki, interpretacji czy sprzeciwu, wynikające choćby z cierpienia. Bez względu na epokę homofonia jest zamachem na autonomię człowieka, przekształca się w demagogię, domaga bezwzględного uznania, uzurpuje sobie prawo do posiadania i głoszenia jedynej obowiązującej prawdy, a przecież prawdy nie można, o czym nieustannie przypomina Bachtin, redukować do jednej świadomości. Przeciwnie, ma ona z natury charakter wydarzeniowy, rodzi się na styku różnych świadomości (Bachtin, 1970, s. 81–87, 122–124), o czym świadczą dialogi Platona, które miały zapoczątkować w kulturze europejskiej nową formę komunikowania się, gwarantującą autonomię odbiorcy.

Szczeklik podjął się najtrudniejszego bodaj zadania w sztuce lekarskiej: rezygnacji z pozycji, jaką zapewniali lekarzom medyczne instytucje totalne w rodzaju szpitali; rezygnacji z homofonii i bezwzględnej przewagi głosu lekarza nad słowem pacjenta. Ta przewaga jest tak oczywista dla lekarzy, że często nie zdają sobie z niej sprawy, co charakteryzuje głęboko zakorzenione stereotypy. W rozmowach z medykami często słyszę zapewnienie:

„no przecież mówię wolno, głośno i wyraźnie. A jak pacjent o coś pyta, powtarzam to samo jeszcze wolniej, jeszcze głośniej i jeszcze wyraźniej”. Nie o to jednak chodzi. Przeciwnie, często bardziej potrzebne jest wycofanie: ciszej, mniej dobitnie – rezygnacją z przewagi komunikacyjnej, z postawy strukturalnej wyższości, jaką zapewnia status lekarza. Doktor Oliver Sacks, neurolog i autor *Przebudzeń*, na podstawie których zrealizowano słynny hollywoodzki film z Robinem Williamsem i Robertem de Niro, dostrzega ten właśnie syndrom u swoich kolegów ze szpitala na Bronxie. Poczucie wyższości może przejawiać się już na początku wizyty:

pacjent może być poddany przesłuchaniu lub badaniu, jak w szkole czy w sądzie. Pytania typu „Czy ma pan to... czy ma pan tamto...?” ze względu na swoją kategoryczność wymagają kategorycznych odpowiedzi [...]. Takie podejście wyklucza nauczenie się czegoś nowego i zapobiega możliwości utworzenia obrazu (lub obrazów), przedstawiającego, co się dzieje z pacjentem. (Sacks, 1997, s. 38)

Pojęcie postawy strukturalnej wyższości wprowadziłem w książce o scenariuszach kulturowych w mediach i medycynie narracyjnej jako charakterystykę dopełniającą kategorię niższości Victora Turnera. Opisując ją, brytyjski antropolog odwołał się do formuły Mahatmy Gandhiego, który nazywał pogardzanych i odrzuconych przez wszystkich pariasów, biedaków i wyrzutków – dziećmi Boga. Gandhi uważał ich za reprezentantów człowieczeństwa w najczystszej postaci (Turner, 2005, s. 197–198). Długo można by uzupełniać tę listę, którą otwiera niepiśmienny lud średniowiecza, „wielki niemowa”, pozbawiony przez historyków głosu (Guriewicz, 1987, s. 6–7), a zamykają niemi pacjenci szpitali i hospicjów. Ta lista powinna otwierać współczesną księgę wykluczonych, to od niej powinny zaczynać się przeznaczone dla lekarzy podręczniki komunikowania się z pacjentem.

Medycyna narracyjna domaga się od lekarza narracyjnej pokory wobec słów pacjenta. Nie tylko mówienia do niego wolno, głośno i wyraźnie, lecz także uznania jego wypowiedzi za reprezentację znakową nie mniej istotną od tej, jaką wyraża biomedyczny język lekarzy. Zamiast uogólnień wynikających z „przypadków chorobowych”, medycyna narracyjna koncentruje się na osobliwościach, tropi skrywane, nierzadko bardzo głęboko, intencje pacjenta. Terrorowi twardych danych i obligatoryjnej mierzalności, jakie niesie z sobą dynamiczny rozwój technologii, przeciwstawia poszlaki, podąża tropem niedomowień, przemilczeń i metafor, odwołuje się do metod dobrze rozpoznanych w literaturoznawstwie i nauce o komunikacji. Jest w niej miejsce na narracje „ranliwe”, porwane, chaotyczne i niespójne, z których wyłania się chybocliwy i pokiereszowany świat ludzi chorych.

Mówienie wolno, głośno i wyraźnie to zasada, którą krytykował już Michel de Montaigne. Jak wykazuje Richard Sennett, renesansowy filozof uważał, że sztuka rozmawiania polega na umiejętności słuchania, na byciu dobrym słuchaczem. Porównał on dobrego słuchacza do śledczego, który skupia się zarówno na tym, co rozmówca mówi, jak i na tym, co zakłada, nie zawsze to ujawniając. Autor słynnych *Prób* poddaje zdecydowanej krytyce fetysz dobitności, który dławi odbiorcę, ograniczając jego aktywność wyłącznie do przytakiwania mówiącemu. Dobitność często wywołuje u słuchającego wątpliwość we własne umiejętności podejmowania sądów. Montaigne przeciwstawiał dobitności praktykę narracyjną, którą Sennett, zapożyczając się u Bachtina, nazywa „formułą dialogiczności”. Francuski myśliciel nawoływał współczesnych sobie czytelników, uwikłanych w ostre spory religijne, do empatii, do uczenia się kierowania swego wzroku na innych, co pozwala przezwyciężyć własną nędzę i próżność (Sennett, 2013, s. 357–358). Wielogłosowość mowy własnej obniża emocje, niweluje zło i sprawia, że nasze wypowiedzi stają się bardziej obiektywne i mniej zapalczywe, a to pozwala na ogląd każdej sytuacji z wielu stron, łączenie wielu perspektyw i wielu punktów widzenia – powiedziałby zapewne Bachtin, zgadzając się z Montaignem co do istoty dialogiczności zakorzenionej w etyce.

Dobitność, homofonia i redukowanie komunikacji do inżyniersko-hydraulicznych relacji między ludźmi są tak mocno zakorzenione w polskiej praktyce klinicznej, w komunikowaniu się z pacjentem, że rodzi się pokusa uzupełnienia postawionej na początku artykułu tezy o aktualności modelu Flexnera w edukacji medycznej, dodatkowym śledztwem. Tym razem proces śledczy dotyczyć będzie najpierw modelu komunikacji wzorowanego na telegrafii i cybernetyce, a następnie psychoanalizy Zygmunta Freuda. Ujmując rzecz bardziej precyzyjnie, skupi się on na błędnych tłumaczeniach dzieł wiedeńskiego psychoanalityka na język angielski i chybionej ich recepcji w Stanach Zjednoczonych.

Dominujący przez lata w amerykańskiej teorii komunikacji model inżynierski wywodzi się z tradycji zrodzonej na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych dwudziestego stulecia w kręgu inżynierów i uczonych prowadzących badania nad funkcjonowaniem telegrafu: Claude'a Shannona i Warrena Weavera. Pierwszy z nich był inżynierem w laboratorium Bell Telephone słynnego Massachusetts Institute of Technology. W 1947 roku Weaver publikuje książkę *Cybernetyka, czyli sterowanie i komunikacja zwierząt i maszyn*, przetłumaczoną w latach siedemdziesiątych na język polski, a rok później Shannon pracę *The Mathematical Theory of Communication*. Za nimi podążają dziesiątki amerykańskich i angielskich uczonych, a badania nad komunikacją zostają na lata opanowane przez inżynierski model transmisji. W tej teorii komunikacji, którą Yves Winkin nazywa ironicznie hydrauliczną: „jednostka przypomina [...] nieprzeźroczyste pudełko; zamknięte [...] odseparowane od innych” (Winkin, 2007, s. 13,28). W ten właśnie model wpisuje się relacja lekarz–pacjent, redukując drugiego do figury zamkniętego pudełka, którego na ogół nikomu nie chce się otwierać.

Transmisyjny model komunikacji zyskał z czasem siłę oczywistości. Legitymizowała go przecież matematyka, dziedzina *par excellence* naukowa. To te badania, jak słusznie twierdzi Winkin, wyznaczyły kierunek rozwoju teorii komunikacji, najpierw w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie. Triumfalny pochod nowej koncepcji rozpoczął się od precyzyjnie zaplanowanej strategii marketingowej, która miała cechy właściwe działaniom sekt religijnych. Shannon i Weaver początkowo prezentowali rezultaty swoich badań w niewielkich grupach, ściśle selekcjonując uczestników. Na kolejne sympozja zapraszali starannie dobrane towarzystwo cybernetyków, psychologów, socjologów, antropologów i biologów. Rezultaty badań były udostępniane szerszym kręgom akademickim i kolportowane w postaci książek osiągających dziesiątki tysięcy nakładu (Winkin, 2007, s. 28–32). Wywodzący się z modelu Shanonna i Weavera schemat komunikacji i funkcji języka, autorstwa wybitnego rosyjskiego lingwisty, profesora Harvard University i MIT Romana Jakobsona, do dziś obowiązuje w programach szkolnych wielu krajów, w tym Polski. Można zapytać: czy utrzymywanie tej inżyniersko-hydraulicznej koncepcji w polskich szkołach ogólnokształcących pozostaje w jakiejś relacji z (nie)rozumieniem przez studentów medycyny, na czym polega komunikowanie się z pacjentem?

Przypominające działania sekt metody upowszechniania modelu komunikacji Shannona i Weavera pojawiają się raz po raz w humanistyce. Tak było, także w Ameryce, z popularyzacją myśli Zygmunta Freuda. Interesujące byłoby prześledzenie zbieżności, jakie pojawiły się między Flexnerowską standaryzacją edukacji medycznej a recepcją Freuda najpierw w USA, a po jakimś czasie także w Europie. Mowa o „przerobieniu” psychoanalizy na modłę przyrodznawczą. Wyprzedzając refleksję Bruno Bettelheima o zubożeniu psychoanalizy, redukowaniu jej, kosztem kulturowego wymiaru, do modelu biomedycznego, warto wspomnieć o imperatywie skuteczności i dyktacie policzalności, upowszechnianych w tamtym czasie w amerykańskiej psychiatrii.

Bruno Bettelheim – amerykański psychoanalityk, psycholog, psychiatra i pedagog austriackiego pochodzenia – w wydanej w Nowym Jorku w 1982 roku niewielkiej książeczce o Freudzie i duszy ludzkiej wykazał, że na skutek błędnych tłumaczeń dzieł wiedeńskiego

psychoanalitka na angielski doszło do wypaczenia jego podstawowych idei. Odległe od oryginału okazały się przekłady tak ważnych dla Freudowskiej koncepcji pojęć, jak *id*, *ego* czy *superego*, ale transpozycja sięga znacznie głębiej, wykracza poza język i przekształca, a wręcz degraduje kulturę europejską, w której osadzone jest dzieło Freuda. Bettelheim ubolewa:

W przekładach [...] myśli Freuda nie tylko są przetransponowane na inny język, ale nadto transpozycja także dokonuje się w kontekście odmiennej kultury, w której większość czytelników ma znikomą obeznanie z kanonem literatury europejskiej. [...] Wiele jego wyrażeń przerobiono na czysto techniczne terminy; kluczowe słowa pozbawione zostały właściwego im w oryginale bogactwa szczególnych odcieni znaczeniowych. Mimo iż Freud wybrał je właśnie dlatego, że nasycone są głębokimi treściami i wywołują szczególny, wieloraki sens ludzki. (Bettelheim, 1997, s. 27)

Stylem i kunsztem języka Freuda zachwycali się najwięksi mistrzowie literatury niemieckiej. Dla Tomasza Manna prace psychoanalitki były wzorcowym przykładem esystryki, a Hermann Hesse cenił jasność jego myśli i piękno wyrażeń. Ale to, co najważniejsze w dziele Freuda, ujawnia się dopiero na poziomie sensów ukrytych, do których droga wiedzie przez subtelne elementy znaczeniowe czy aluzje literackie. Większość przekładów jest głucha na te sensory, jednak są one czytelne, co podkreśla Bettelheim „dla osób wykształconych, ludzi wychowanych na klasykach, podobnie jak on sam”. Autor studium o roli duszy i duchowości w psychoanalizie wyjaśnia, że podstawowe w koncepcji Freuda słowo psychoanaliza zostało zbudowane przez połączenie dwóch słów greckiego pochodzenia: *psyche*, oznaczające duszę, pełne jest głębokich znaczeń, w których nie ma miejsca na naukowe badania, a analiza (*analysis*) zakłada podejście naukowe. Odnoszą się one zatem do dwu diametralnie odmiennych płaszczyzn, o czym, jak podkreśla Bettelheim, większość czytelników Freuda nie ma do dziś pojęcia. Przykładem kulturowego zapoznania jest zakorzeniona w mitach i w literaturze opowieść o Psyche. Była ona dla Freuda szczególnie pociągająca, gdyż „zanim Psyche dotarła do niebios, zmuszona była, dla naprawienia błędu, zstąpić do podziemi. Podobnie Freud musiał odważyć się na zejście do podziemi – w tym wypadku do podziemi duszy – aby dostąpić oświecenia” (Bettelheim, 1997, s. 26–28, 31). Niczym niezamierzona parodia brzmi angielski przekład wrażeń wiedeńskiego humanisty podczas pobytu na Akropolu. Opisując, co wówczas przeżył, Freud odwołuje się do jednego z kerygmatów Ewangelii – Nawiedzenia, w tłumaczeniu zaś jego głęboki, religijny wymiar znika, zastąpiony słowem „dręczenie”: „wspomnienie tego zdarzenia na Akropolu tak często mnie dręczyło” (Bettelheim, 1997, s. 19–20).

W zakończeniu przedmowy do dzieła Freuda o duszy, poprzedzonej mottem zaczerpniętym z listu Freuda do Junga: „Istota psychoanalizy to leczenie miłością”, Bettelheim wyjaśnia, dlaczego podjął trud analizy angielskich przekładów mistrza:

postanowiłem pokazać, jak mylnie przetłumaczono niektóre najważniejsze pojęcia psychoanalityczne, oraz jak głęboko ludzką osobą był Freud, pokazać, że był humanistą w najlepszym sensie tego słowa. Obchodziło go nade wszystko to, co w człowieku najbardziej wewnętrzne, a na oznaczenie czego posługiwał się najczęściej metaforą duszy ludzkiej – ponieważ słowo „dusza” wywołuje tak wiele skojarzeń emocjonalnych. Największym błędem istniejących angielskich wersji jego dzieł jest to, że owo słowo w ogóle się w nich nie pojawia. (Bettelheim, 1997, s. 20–21)

A przecież Freud, jak wykazuje Bettelheim, będąc orędownikiem duchowej wizji psychoanalizy, rozumianej jako „położna duszy”, nie mógł zgodzić się na jej przyrodoznawczą interpretację. Przekłady jego dzieł na język angielski świadczą jednak nie tyle o złej woli czy niedbalstwie tłumaczy, ile o niemal automatycznym realizowaniu założenia, że psychoanaliza jest częścią medycyny, a skoro tak, należy zastosować wobec dzieła Freuda jej przyrodoznawczy paradygmat – czyli, ujmując rzecz w perspektywicznym skrócie, mocno

zakorzeniony w edukacji amerykańskiej, model Flexnera – i okiełznać wysoce emocjonalny język oryginału. Dlatego ani słowa w tłumaczeniach o duszy, którą zastąpiono umysłem.

Jak słusznie zauważyła Danuta Danek (1998, s. 203), psychoanaliza w amerykańskim wydaniu stała się produktem sfałszowanym, towarem konsumpcyjnym, który pozbawiono duchowości. Podmiotową koncepcję psychoanalizy, w której obecna jest sokratejska tradycja: „poznaj samego siebie”, zamieniono na właściwą kulturze amerykańskiej dewizę, skądinąd dobrze znaną także u nas: „rób, co ci się podoba” (Bettelheim, 1997, s. 36–37), która zrobiła furorę także w postmodernistycznej humanistyce.

Opisywana analogia – między amerykańskimi wypaczeniami idei Freuda a nieufnością wielu polskich środowisk medycznych wobec szkoleń z medycyny narracyjnej – wydaje się na pierwszy rzut oka niewiarygodna. A jednak istnieje. Być może pomostem łączącym odległe w czasie i przestrzeni programy edukacji medycznej jest pokutowanie u nas do dziś model Flexnera. Wystarczy przypomnieć powracający nieustannie w trakcie warsztatów „imperatyw skuteczności”, zawarty w powtarzającym się pytaniu uczestników: „A jakie są dowody empiryczne przemawiające za medycyną narracyjną?”.

A przecież nie skuteczność oddziaływania, lecz odbudowywanie zagrożonej tożsamości jest najgłębszym przesłaniem płynącym zarówno z współczesnej medycyny narracyjnej, jak i oryginalnej koncepcji Freuda, nierozmytej przez amerykańską psychoanalizę. Relacji psychoanalityka z pacjentem nie można bowiem sprowadzać do poziomu pragmatyki, do kategorii wpływu, jak zrobiono to w psychiatrii amerykańskiej. O tym postuluje Freud, być może najważniejszym w psychoanalizie ujmowanej *en bloc*, przypomina nieustannie Bettelheim. A kategoriyczny i jednoznaczny ton napomnień Freuda nasila się wraz z postępującym w Stanach Zjednoczonych niezrozumieniem jego koncepcji. Jego apele nie dają żadnych rezultatów, dochodzi do instytucjonalnie usankcjonowanego włączenia psychoanalizy do medycyny (Bettelheim, 1997, s. 51–53), a ją samą uznaje się za wyłączną domenę lekarzy, czyli osób legitymujących się wykształceniem medycznym sprowadzonym do przyrodniczego paradygmatu. Decyzja ta, podjęta przez New York State Legislature w 1926 roku, zbiega się w czasie z coraz bardziej ekspansywnym raportem Flexnera, który wkrótce staje się powszechnie obowiązującym modelem edukacji medycznej, najpierw w Stanach, a następnie w Europie. „Szczęśliwych” zbiegów okoliczności jest więcej: dojście Hitlera do władzy kończy erę dynamicznego rozwoju idei Freuda w Wiedniu, Berlinie i Londynie. Psychoanaliza znika z Europy, a po wojnie początkowo niewielka grupa amerykańskich psychoanalityków zdobywa dominującą pozycję w tej dziedzinie.

We Freudowskich opisach relacji pacjenta i osoby sprawującej nad nim opiekę uderza wołanie o odrzucaną przez świat duchowość. W późnej fazie swojej twórczości Freud upomniał się o ginącą duszę psychoanalizy, o kulturę, dostrzegał bowiem jak zgubne są skutki „psychoanalizy przerobionej” w Ameryce na przyrodniczą modłę i jak wielkim błędem było zastąpienie jej wymiaru duchowego pragmatyką właściwą amerykańskiemu behawioryzmowi i reżimowi pozytywizmu, który od połowy XIX wieku opanował humanistykę.

Jeśli chcemy sprawdzić, jak głęboko zakorzenione jest w nas Flexnerowskie widzenie medycyny, wystarczy postawić sobie pytanie: czy wolimy, żeby leczył nas fachowiec czy lekarz empatyczny. Odpowiedź wydaje się oczywista, wolimy wysokiej kasy fachowców, a skoro z góry wykluczamy, że dobry lekarz może być zarazem człowiekiem empatycznym, to znaczy, że wciąż tkwimy w stechnologizowanej wizji medycyny, której zgubne skutki przekonująco opisał Stanley Joel Reiser:

W ciągu ostatnich dwóch stuleci [...] lekarz, całkiem nieświadomie, stopniowo wyrzekł się niezadowolającego przywiązania do subiektywnego świadectwa – tego, co mówi pacjent, by zastąpić je nabożną wiarą w świadectwo technologiczne – to, co mówi maszyna. [...] Lekarz, czyniąc coraz

szerszy użytek z technologii diagnostycznej, patrzy na pacjenta przez coraz gęstszy ekran sprzętu i specjalistów; jednocześnie rezygnuje z kontroli nad coraz większą częścią procesu diagnostycznego. Okoliczności te oddalają go zarówno od pacjenta, jak i od jego własnych sądów. (Reiser, 1978, s. 160, za: Postman, 2004, s. 124)

Przedstawiając w *Technopolu* zgubne skutki stechnologizowania medycyny kosztem kultury, Neil Postman podał zatrważające informacje o panującym przekonaniu, że „szpitale amerykańskie uważa się powszechnie za jedne z najmniejbezpiecznych miejsc w kraju” i że „całkiem dobrze udokumentowano, iż wskaźnik śmiertelności spada tam, gdzie strajkują lekarze”. Nie wszystko w opisywanym przez uczonego triumfie medycznej technologii nad kulturą jest szczegółowo udokumentowane, ale jedna z najważniejszych jego tez – o całkowitym skoncentrowaniu praktyki medycznej na chorobie, nie zaś na pacjencie – wydaje się bezsprzeczna (Postman, 2004, s. 125–126, 128). Profesor Columbia University wystawia zdecydowanie negatywną ocenę amerykańskiej kulturze zdrowotnej, która ignoruje wszystko, co nie wiąże się ze stosowaniem technik medycznych, a to z kolei wpisuje się w szerszy kontekst kulturowo-społeczny.

Amerykane z natury mieli skłonność do metod agresywnych i byli dobrze przygotowani na przyjęcie techniki medycznej; technokracje dziewiętnastowieczne, opętane wynalazczością i natchnione ideą postępu, zapoczątkowały serię wybitnych i cudownych wynalazków, a zmiana nastawienia w obrębie całej kultury sprawiła, że agresywność technologiczna stała się podstawą praktyki medycznej. (Postman, 2004, s.125)

Głos Neila Postmana o stechnologizowaniu amerykańskiej medycyny kosztem kultury to w istocie wołanie o potrzebę przywrócenia zarówno pacjentom, jak i lekarzom poczucia bycia osobą. To obecny także w niezamerykanizowanej psychoanalizie i w medycynie narracyjnej apel o głębsze, bardziej personalistyczne podejście do chorego. W każdej z nich chodzi nie tylko o pacjenta, lecz także o lekarza, o jego samorefleksję, poznawanie siebie. Medycyna narracyjna, podobnie jak psychoanaliza, wskazuje na literaturę jako wielkie laboratorium etyczne, o czym stale przypominał Ricoeur, ale literatura jest także ogromnym laboratorium komunikacyjnym. Dlatego tak ważne jest obcowanie lekarzy z literaturą, zarówno jako twórcy, pisarze, jak i odbiorcy, czytelnicy. Zaburzone relacje lekarza z pacjentem, lęk przed nim, mogą wynikać – powiedziałaby Bachtin – z wystawionej mu zaocznie oceny, kwalifikującej go do grupy pacjentów „trudnych” bądź nawet „agresywnych”. Jak szkodliwa jest to relacja dla obu stron, dowodzą w swoich rozważaniach o medycynie narracyjnej Danielle Spencer i Maura Spiegel (Spencer, Spiegel, 2020, s. 48–51). Cytują analizowane przez Bachtina opowiadanie Dostojewskiego o człowieku z podziemia, aby pokazać, jak odrzucony przez wszystkich i sponiewierany bohater uznaje za winny otaczający go świat i to właśnie do niego kieruje słowa pełne agresji i żalu. Jego słowo jest zdialogowane ze światem, którego nienawidzi, więc każdy napotkany przez bohatera Dostojewskiego człowiek też staje się obiektem jego nienawiści. Podobnie rzecz ma się z lekarzem i tak zwanym trudnym pacjentem, czego dowodzą Spencer i Spiegel opisujące objawienie, jakiego doznał jeden z lekarzy podczas prowadzonych przez nie warsztatów. Zrozumiał, że jego obawa przed reakcją pacjenta, którego uważał za trudnego, jest bezpodstawna, trzeba jedynie zmienić swój stosunek do niego, wówczas i on zmieni swoją postawę.

Bowiem tym, kogo przede wszystkim przemienia medycyna narracyjna, jest sam lekarz, jego sposób myślenia, podejścia do pacjenta, do drugiego człowieka. To właśnie w lekarzu może nastąpić przebudzenie, oczywiście pod warunkiem, że w jego horyzoncie znajdzie się miejsce dla horyzontu pacjenta.

Bibliografia

- Bachtin, M. (1970). *Problemy poetyki Dostojewskiego*, przeł. N. Modzelewska. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Bachtin, M. (1982). *Problemy literatury i estetyki*, przeł. W. Grajewski. Czytelnik.
- Bettelheim, B. (1991). *Freud i dusza ludzka*, przeł. D. Danek. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Charon, R. (2017). „Creating a Clearing” – Dr. Rita Charon on the power of Narrative Medicine [rozmowa przeprowadzona przez L. Weiler]. Dostęp 10 lipca 2020 z <https://medium.com/columbia-dsl/creating-a-clearing-dr-rita-charon-on-the-power-of-narrative-medicine-e68bef05eb66>.
- Chojnacka-Kuraś, M. (2019) (Red.). *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Danek, D. (1998). Upublicznione fragmenty rozmowy z Danutą Danek. Rozmowa w przeddzień publikacji książki „Sztuka rozumienia. Literatura i psychoanaliza”. *Teksty Drugie*, 1–2, 185–206.
- Duffy, T.P. (2011). The Flexner Report – 100 years later. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84 (3), 269–276. Dostęp 15 lipca 2013 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858>.
- Foucault, M. (2009). *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant. Aletheia.
- Goffman, E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Guriewicz, A. (1987) *Problemy średniowiecznej kultury ludowej*, przeł. Z. Dobrzyński. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- ICD-11 International Classification of Diseases. (2022). Dostęp z <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Irvine, C., Spencer, D. (2020a). Dualizm jako źródło cierpień I: filozofia, literatura i medycyna. W M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 123–146). Medycyna Praktyczna.
- Irvine, C., Spencer, D. (2020b). Dualizm jako źródło cierpień II: filozoficzne remedium. W M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 123–146). Medycyna Praktyczna.
- Jaubiak, M. (2022). Antonina Doroszevska: Komunikacja w medycynie. Tnij i sprawdzaj [rozmowa]. *Gazeta Lekarska*, 5, 57–59.
- Klass, P. (2022, June 16). It’s Hardly Credible – Medical Readers and Literary Plague. *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2119103?fbclid=IwAR32JIXxkXzos0wy2eTBpeuSynjiKBZxNf0TUsqievOHxBnCA6swCFXC3FE#.YqUEgBAK2rY.facebook>.
- Kluszcz, J. (2000). Psychologiczny aspekt jatropatogenii. W J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (Red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (pp. 83–84). Astrum.
- Konieczna, D. (2013). Informowanie społeczeństwa powinnością bibliotekarza i pracownika informacji naukowej: na marginesie poglądów Abrahama Flexnera. *Forum Bibliotek Medycznych*, 6/1 (11).
- Postman, N. (1995). *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł. A. Tanalska-Dulęba. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Reiser, S.J. (1978). *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (2003). *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, wstęp M. Kowalska. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sacks, O. (1997). *Przebudzenia*, przeł. P. Jaśkowski. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Schneider, D. (2021). *Historia współczesnej medycyny. Renesans, wynalezienie chirurgii i rewolucja implantów*, przeł. G. Łuczkiwicz. Znak.
- Sennett, R. (2013). *Razem. Rytuały, zalety i zasady współpracy*, przeł. J. Dzierżowski. Muza SA.
- Spencer, D., Spiegiel, M. (2020). Świadectwa siebie: odkrywanie relacyjności poprzez literaturę. W M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 41–66). Medycyna Praktyczna.
- Szczeklik, A. (2003). *Katharsis, O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Znak.
- Szpunar, M. (2019). Kwantyfikacja rzeczywistości. O nieznośnym imperatywie policzalności wszystkiego. *Zeszyty Prasoznawcze*, 62 (3), 95–104.
- Szubert, M. (2019). Narracyjność choroby i nadejście medycyny jutra. *Kultura Współczesna*, 4.
- Turner, V. (2005). *Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie*, przeł. W. Usakiewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Winkin, Y. (2007). *Antropologia komunikacji. Od teorii do nowych badań terenowych*, przeł. A. Karpowicz. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Woźny, A. (2020). *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.