

Tomasz Pasierski

Filozofia i medycyna – powinowactwo z wyboru?

Etyka 39, 121-124

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Filozofia i medycyna — powinowactwo z wyboru?

Zbigniew Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2005, s. 432.

Po wielowiekowej przerwie medycyna znowu stała się obszarem zainteresowania filozofów. Werner Jaeger uważa, że sztuka medyczna rozwijana jeszcze przed Hipokratesem stanowiła ważne źródło inspiracji dla Sokratesa, Platona i Arystotelesa: „etyczna wiedza Sokratesa, która w dialogach Platona jest ośrodkiem dyskusji, byłaby nie do pomyślenia bez wzoru medycyny, na który Sokrates może się powołać”¹. Również ojciec nowoczesnej klinicznej medycyny anglosaskiej Sir William Osler analizując dialogi Platona znalazł szereg interesujących odniesień zarówno do sztuki medycznej, jak i do postaci i roli społecznej lekarza². Korzyści z interakcji filozofii i medycyny były w starożytnej Grecji obustronne. „Lekarze istnieli zawsze i wszędzie, ale medycyna grecka stała się dyscypliną naukową dopiero pod wpływem jońskiej filozofii przyrody”³. W późniejszym okresie jednak medycyna i filozofia wędrowały odrębnymi drogami, co nie znaczy jednak, że filozofowie nie korzystali z usług lekarzy, a lekarze nie studiowali filozofów, szukając w dziełach filozoficznych raczej rozrywki intelektualnej niż odpowiedzi na pytania, jakie stawiała przed nimi praktyka lekarska.

Rozwój medycyny w drugiej połowie XX wieku, a szczególnie postępy intensywnej terapii medycznej umożliwiające utrzymywanie przy życiu najciężej chorych, przeszczepianie narządów, skuteczne metody kontroli płodności i opracowanie technologii zapłodnienia pozaustrojowego to tylko niektóre z osiągnięć medycyny, które postawiły przed ludzkością nieznane wcześniej problemy i wynikające z nich pytania filozoficzne. Okazało się, że podobnie jak wojna jest zbyt skomplikowana, aby pozostawić ją generałom, tak medycyna jest zbyt złożona, aby zajmowali się nią wyłącznie lekarze. Szczególnie mocno konieczność zwrócenia się o pomoc do filozofów dała o sobie znać po dokonaniu przez Christiana Barnarda w 1967 roku ortotopowego przeszczepienia serca. Wtedy właśnie konieczne stało się precyzyjne zdefiniowanie pojęcia śmierci, a lekarze zrozumieli, że filozofia nie jest jedynie szlachetną rozrywką umysłu, ale może pomóc im w rozwiązywaniu trudnych problemów, do których nie przygotowują ich studia medyczne.

Lata siedemdziesiąte ubiegłego wieku stały się świadkiem ponownego połączenia filozofii z medycyną. Filozofowie zaczęli uczestniczyć w obchodach lekarskich i konferencjach medycznych, wyrażając swoje opinie o etycznych aspektach i konsekwencjach postępowania lekarskiego. Od tego okresu dokonały się rzeczywiście przełomowe przemiany dotyczące rozumienia etyki medycznej, z których najważniejsza dotyczy znacznie większego uwzględnienia prawa pacjenta do decydowania o postępowaniu lekarskim. Równocześnie jednak w dziedzinie poszukiwania rozwiązań konkretnych problemów etycznych, narastało poczucie, że filozofom nie udało się zdjąć brzemia poważnych decyzji etycznych z ramion lekarzy, a realny wpływ rozważań filozoficznych na podejmowane decyzje kliniczne jest nikły⁴. Trudno się zresztą temu dziwić skoro nawet tak wybitni fi-

¹ W. Jaeger, *Paideia*, przeł. M. Plezia et. al., Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2005, s. 515.

² W. Osler, *Physic and physician as depicted in Plato*, w: *Aequanimitas*, wyd. 3, Philadelphia, Blakiston Son & Co 1932, s. 45–71.

³ W. Jaeger, dz. cyt., s. 516.

⁴ M. Siegler, *Clinical ethic and clinical medicine*, „Archives of Internal Medicine” 1979, 139, s. 914–915.

lozofowie jak Bernard Williams krytykowali przydatność metody filozoficznej w podejmowaniu praktycznych decyzji etycznych⁵.

Nie powiodła się, niestety, próba stworzenia uniwersalnej etyki medycznej, pozwalającej na znalezienie rozwiązania akceptowalnego przez wszystkie strony uczestniczące w danym problemie moralnym. Okazało się, że we współczesnym pluralistycznym społeczeństwie istnieje tak wiele systemów wartości, że nadzieja na uniwersalne rozwiązanie została już prawdopodobnie pogrzebana. Stwarza to szczególnie trudną sytuację dla lekarza, który troszcząc się o dobro pacjenta, musi umieć dostrzec i określić jego system wartości, mimo że często wartości tych nie akceptuje, a czasem wręcz nie może zaakceptować.

Należy podkreślić, że rola dociekań filozoficznych w medycynie nie wyczerpuje się w problemach etycznych. Niezwykłość sytuacji choroby, która odsłania całą ułomność osoby ludzkiej, może stanowić niewyczerpane źródło refleksji. Medycyna — mimo że odnosi tak spektakularne sukcesy — nie jest wciąż pewna metod naukowych, których używa, czego przykładem może być np. debata dotycząca konieczności szerszego wykorzystania w medycynie Bayesowskich zasad wnioskowania⁶.

Zbigniew Szawarski jest tym filozofem, który bardzo wcześnie dostrzegł, jaki fascynujący poligon dla dociekań filozoficznych stanowi współczesna medycyna. Jest przy tym autorem wyjątkowo oryginalnej refleksji filozoficznej, której podsumowanie stanowi książka *Mądrość i sztuka leczenia*. Na książkę składają się w większości artykuły publikowane wcześniej w skierowanym do lekarzy wysokonakładowym piśmie *Medycyna po dyplomie*. To zadecydowało też o kształcie książki, która jest w znacznie większym stopniu zbiorem esejów dotyczących wielu problemów bioetycznych niż systematycznym wykładem filozoficznym. Zwraca uwagę wyjątkowo piękny język, jakim napisana jest książka. Jest to język, który nie zawiera kompromisu między przejrzystością a głębią. Omawiane w niej problemy obejmują zarówno szeroko dziś dyskutowane zagadnienia aborcji i eutanazji, badań prenatalnych, jak i równie interesujące, lecz mniej medialne zagadnienia dotyczące samej medycyny, a więc ontologii choroby, metod prowadzenia medycznych badań naukowych czy samych zasad myślenia lekarskiego.

Szczególnie głęboką refleksję poświęcił Szawarski doświadczeniu choroby oraz relacji między lekarzem a pacjentem. W Polsce istnieje bardzo bogata tradycja takiego myślenia rozwijana głównie na początku XX wieku, znana na świecie pod nazwą Polskiej Szkoły Filozofii Medycyny⁷. Problemy te nie były jednak od kilkunastu lat przedmiotem głębokiego namysłu w naszym kraju. Dlatego też można powiedzieć, że Zbigniew Szawarski otwiera w Polskiej Szkole Filozofii Medycyny nowy rozdział, podążając za myślą wybitnego lekarza i filozofa Erica Cassella i przejmując od niego rozróżnienie na identyfikowaną przez lekarza chorobę (*disease*) oraz poczucie bycia chorym pacjenta (*illness*).

W rozdziale *Być pacjentem* autor zwraca uwagę na zasadniczą odmienność doświadczenia człowieka przewlekle chorego. „Choroba a zwłaszcza choroba chroniczna odkrywa nam moralne znaczenie czasu. Jeżeli bowiem jestem chory to nie mogę planować swojej przeszłości na dłuższą metę, każdy przeżyty bez bólu i upokorzeń dzień zaczyna nabierać specjalnego znaczenia” (s. 39). Autor szczegółowo analizuje również złożoność pojęcia godności pacjenta, a także jego prawa do szacunku, które często jest łamane. Rozdział *Sztuka słuchania* to próba zrozumienia kształtu obecnej medycyny poprzez refleksję nad jej historycznym rozwojem. Podstawowe przesłaniem tego rozdziału zawiera się w następujących słowach: „to, co ma do powiedzenia lekarzowi pacjent o swojej chorobie i sytuacji życiowej jest równie ważne, a niekiedy nawet ważniejsze niż wyniki badań i testów klinicznych”. Rozdział *Zasada wiarygodności* analizuje rozmaite aspekty prawdomówności

⁵ B. Williams, *Ethics and the limits of philosophy*, Harvard University Press, Cambridge 1985.

⁶ P. Allmark, *Bayes and health care research*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2004, nr 7, s. 321–332.

⁷ I. Lówy, *The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubiński (1820–1889) to Ludwik Fleck*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1990.

dotyczące relacji lekarza z pacjentem. Problem ten dość często zostaje zawężony do tego, czy lekarz ma obowiązek informowania chorego o złym rozpoznaniu. Rzadko zastanawiamy się natomiast nad tym, czy lekarz powinien szczerze informować chorego o stopniu swojej niepewności związanej z postawioną diagnozą a zalecanym leczeniem. Jak wie o tym każdy doświadczony lekarz, niepewność ta stanowi nieodłączną część tego zawodu.

Bardzo interesujące i niewątpliwie warte szerszego rozpowszechnienia są poglądy zawarte w rozdziale *Prawo do wdzięczności*. Autor dokonuje w nim wivisekcji popularnego poglądu, że z tytułu wykonywanej przez niego pracy lekarzowi przysługuje wyjątkowe prawo do wdzięczności pacjentów. Szawarski sprzeciwia się tej opinii: „Leczenie pacjenta jest normalną pracą i w normalnych warunkach wcale nie wymaga wyrzeczenia, poświęcenia ani heroizmu. Pacjent więc wcale nie zaciąga długu wdzięczności u kogoś, kto mniej lub bardziej rzetelnie wykonuje swoje obowiązki zawodowe” (s. 301). Jedynym uzasadnieniem dla wdzięczności w medycynie jest sytuacja „gdy lekarz całkowicie bezinteresownie i spontanicznie robi znacznie więcej niż do niego należy” (s. 305). Rozważania te są niezwykle ważne, gdyż prawem do wdzięczności usiłuje się tłumaczyć niektóre zachowania ewidentnie korupcyjne. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że potrzeba odwzajemnienia może być bardzo ważna dla pacjenta, gdyż zmniejsza asymetrię istniejącą a priori w relacjach między nim a lekarzem.

Według Szawarskiego receptą na szereg problemów trapiących współczesną medycynę może być przywrócenie jej cnoty mądrości. W końcowym rozdziale *Mądrość i sztuka leczenia*, którego tytuł stanowi również tytuł całego dzieła, autor wnikliwie analizuje pojęcie mądrości medycyny. Składają się na nią: wiedza, właściwy osąd i zaufanie dla samego siebie. Szczególnie ważny dla praktyki medycznej jest właściwy osąd (*clinical judgment*), o którym wszyscy wiedzą, że istnieje i odgrywa dużą rolę przy podejmowaniu decyzji klinicznych, a który tak bardzo opiera się obiektywnej analizie⁸. Autor wielokrotnie podkreśla fundamentalną rolę lekarza w procesie leczenia pisząc m.in. „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”. Warto też dodać, że najtrudniej w chwili obecnej jest odpowiedzieć jednak na pytanie, jak takiego lekarza wykształcić⁹.

Książka Zbigniewa Szawarskiego stanowi bardzo interesujące wprowadzenie i zachętę do objęcia medycyny głębszą refleksją filozoficzną. Z punktu widzenia praktykującego lekarza odwołanie się do filozofii dla ułatwienia podejmowania decyzji medycznych jest jednak długim i żmudnym procesem, którego cel nie jawi nam się jeszcze na widnokręgu. Sytuacja medyczna dotyczy nie tylko lekarza i pacjenta, ale także bliskich pacjenta, otoczenia szpitalnego i innych pracowników szpitala. W podejmowaniu decyzji konieczne jest uwzględnianie zarówno tradycji kulturowej pacjenta, jak i tradycji, z której wywodzi się lekarz.

Szawarski koncentruje się tak naprawdę na perspektywie doświadczenia chorego człowieka, która choć jest w medycynie najważniejsza, to nie opisuje całości sytuacji. Na bardzo szeroki kontekst relacji medycznej zwraca uwagę wybitny współczesny fenomenolog i filozof medycyny Richard Zaner¹⁰. Noworodek leczony w oddziale intensywnej opieki medycznej w ciągu jednego dnia styka się z co najmniej trzydziestoma osobami reprezentującymi różne zawody medyczne: lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami. Każda z tych osób wnosi do tej sytuacji swój system wartości, który należy uwzględnić. Na sytuację medyczną nakładają się jeszcze obowiązujące w danym kraju regulacje prawne, lekarskie kodeksy zawodowe, regulacje szpitalne oraz zasady ustalone przez ubezpieczyciela. Według Zanera rozpoznanie tych wszystkich wątków wymaga wręcz detektywistycznej pracy.

⁸ C. Pereira, N. H. M. Lopes, P. R. Soares i wsp., *Clinical judgment and treatment options in stable multivessel coronary artery disease*, „Journal of American College of Cardiology” 2006, nr 48, s. 948–953.

⁹ R. A. Cooper, A. I. Tauber, *New physician for a new century*, „Academy of Medicine” 2005, nr 80, s. 1086–1088.

¹⁰ R. M. Zaner, *Ethics and Clinical Encounter*, Englewood Cliffs, Prentice Hall 1988.

Ponadto warto uświadomić sobie, że każda dziedzina medycyny stwarza odmienną sytuację etyczną. Odrębna sytuacja etyczna opisuje medycynę stanów ostrych, medycynę prewencyjną i leczenie przewlekle chorych. Neonatolodzy zastanawiają się nad postępowaniem z ciężko uszkodzonymi płodami, onkolodzy nad opieką paliatywną, a niekiedy nad eutanazją, neurologi nad przezwłęką niepełnosprawnością, a kardiolodzy nad sposobami przekazania informacji o stopniu ryzyka związanego z różnymi zabiegami. Zakres wiedzy potrzebny do rozpoznania wszystkich aspektów i konsekwencji decyzji etycznych w każdej z tych dziedzin jest tak duży, że mało kto ośmiela się wykraczać poza te dziedziny nawet w obrębie samej medycyny. Do tego dołącza się wpisana niejako w medycynę zawodność i nieprzewidywalność różnych działań. Jakże trudne jest więc zadanie etyka, który chce wszechstronnie i właściwie ocenić daną sytuację.

Szczęśliwie podstawowe przesłanie książki Szawarskiego stanowi raczej zachętę do stawiania pytań o charakterze etycznym niż propozycje gotowych rozstrzygnięć. Jak pisze sam autor: „Zasadniczym celem studiowania etyki medycznej jest więc [...] nabycie umiejętności rozpoznawania owego moralnego aspektu decyzji klinicznej i zrozumienie moralnych jej implikacji” (s. 21). Podobne stanowisko prezentuje Howard Brody, który uważa, że największą pomocą, jaką może służyć filozof lekarzowi, jest uświadomienie mu problemu etycznego, z jakim ten ma do czynienia i nadanie mu logicznej struktury¹¹.

Warto też zauważyć, że punkt widzenia filozofa jakże często jest w swej istocie różny od punktu widzenia lekarza. Spośród czterech zasad *prima facie* wymienionych przez Beauchampa i Childressa filozofom, w tym Zbigniewowi Szawarskiemu, bliższe są zasady autonomii i sprawiedliwości¹². Z kolei dla lekarzy najważniejsze są najczęściej zasady nieszkodzenia i dobroczynności, odpowiadające tradycji zawodu kształtowanej przez ponad 2500 lat.

Filozofia i medycyna mogą, a wręcz powinny stanowić dla siebie inspirację i wsparcie. Już w niedalekiej przyszłości będziemy musieli na przykład zmierzyć się z problemem leków głęboko modyfikujących stany naszego umysłu i ich powszechnej dostępności. Wciąż jednak kontakty między filozofią i medycyną, tymi tak znaczącymi dziedzinami ludzkiej aktywności, są bardzo skromne. Ułatwienie wzajemnej komunikacji przyniosłaby niewątpliwie lepsza integracja tych dwóch środowisk, której może służyć niedawno powołane Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Nie można też nie zwrócić uwagi na liczne słabości aktualnego systemu kształcenia lekarzy. Taki integrujący myślenie i ludzi przedmiot jak humanistyka medyczna wciąż nie może sobie znaleźć miejsca w Polsce, a od ponad 30 lat znajduje się w programach nauczania amerykańskich i europejskich uczelni medycznych.

Integracja myślenia filozoficznego i medycznego nie jest kwestią wyboru. Zmusza do niej coraz częstsza konfrontacja z chorobami zarówno naszymi własnymi, jak i naszych bliskich, przez co filozoficzne i etyczne problemy omawiane w książce Szawarskiego stają się przedmiotem coraz powszechniejszego zainteresowania. Integracji tej potrzebny jest kierunek. W przeciwnym razie stanie się chaotycznym wyrażaniem opinii lekarzy i filozofów. Na drodze ku integracji myślenia filozoficznego i medycznego potrzeba więc drogowskazów. Książka Zbigniewa Szawarskiego to niewątpliwie jeden z tych ważniejszych.

Tomasz Pasiński
Akademia Medyczna w Warszawie

¹¹ H. Brody, *Ethical decisions in medicine* (wyd. drugie), Little, Brown and Company, Boston 1981.

¹² T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej* (IV wyd. angielskie, przeł. W. Jacórzynski, PWN, Warszawa 1996.