

Rużyło, Edward

Rola siły osobowości człowieka w praktyce lekarskiej

Analecta 13/1-2(25-26), 99-112

2004

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Edward Rużyłło
Warszawa

ROLA SIŁY OSOBOWOŚCI CZŁOWIEKA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Bogactwo i różnorodność zjawisk na świecie jest tak duża, że nie wszyscy ludzie byli w stanie je obserwować i poznać. Od tysięcy lat dzielono ludzi na podstawie ich zachowania się, szybkości myślenia i działania. Od czasów Hipokratesa różni się więc sangwiników, choleryków, melancholików i flegmatyków. Ten podział jednak nie daje pełnej odpowiedzi na pytanie, co to jest osobowość człowieka.

Książka Andrzeja Szczeklika pt. *Katharsis* pobudza do głębokich przemyśleń co do warunków życia człowieka w ciągu tysięcy lat oraz co do istoty choroby człowieka, oraz warunków, w których proces jej rozpoznawania i leczenia przebiegał (11). Olbrzymie zmiany, jakie zaszły w życiu ludzi współczesnych zacierają w świadomości człowieka, jakim człowiek był przed tysiącami lat i czy i jaka jest różnica między człowiekiem współczesnym, a człowiekiem żyjącym w okresie wspólnoty pierwotnej, później w okresie kultury babilońskiej, greckiej, a następnie kultury rzymskiej.

W miarę rozwoju nauki i techniki coraz więcej i lepiej rozpoznawano te zjawiska i coraz lepiej je oceniano. Proces ten obejmował jednak tylko zjawiska fizyczne. Tej natury, groźne dla człowieka zjawiska, mogły zagrażać jego życiu, co wywoływało u niego lęk i podświadomą chęć ucieczki od nich. Niepokój pobudzał go do myślenia o jakiejś pomocy i wywoływał poczucie wiary, że tak się stanie i że coś go uratuje. Wiara, że człowiek może liczyć na pomoc sił nadprzyrodzonych istnieje w człowieku od początku świata do dnia dzisiejszego. Moc tej siły i jej pochodzenie podlega jednak różnym wahaniom w zależności od warunków życia człowieka i zdolności rozumienia charakteru zagrożeń.

W okresie kilku tysięcy lat istniało przekonanie, że choroba jest karą, powodowaną przez różne złe duchy, a osoby podejmujące się leczenia choroby były bardzo surowo karane za nieudany wynik przeprowadzonego leczenia. Pojmowanie, że choroba jest zjawiskiem nadprzyrodzonym powodowało, że leczeniem chorych, w tych zamierzchłych czasach, zajmowali się kapłani. W późniejszych wiekach w Egipcie, a potem w Grecji następowało humanizowanie chorób człowieka. O przejmowaniu teorii powstawania chorób świadczy to, że „Przysięga Hipokratesa” rozpoczynała się od imion uzdrowicieli egipskich Horusa i Imhotepa, którym w mitologii greckiej odpowiadali Apollo i Asklepios.

W okresie odrodzenia (XV–XVI wiek), a więc w okresie, w którym powstał prąd umysłowy i kulturalny, przeciwstawiający się teocentrycznej kulturze średniowiecznej, ożywiło się zainteresowanie człowiekiem, jego troskami i potrzebami życiowymi. Prąd ten zwany humanizmem skłaniał więc do działania na rzecz dobra człowieka i wyrażać się miał słowem, gestem i czynem, w atmosferze serdeczności i życzliwości. Okres ten zwany również neoplatonizmem miał duży wpływ na myślenie i interpretowanie zjawisk przyrodniczych, stawiając przed magią i naukami zadania racjonalne. W wyniku tego magiczne zjawiska były studiowane i klasyfikowane (1). W życiu praktycznym magia była jednak zawsze czymś niezrozumiałym i ważnym w życiu człowieka. Coraz częściej jednak odrzucano nadprzyrodzone przyczyny chorób i odpowiednie postępowanie lecznicze, opierając się na wynikach badań i obserwacji chorych. Czołowym przywódcą tego kierunku myślenia i działania był Paracelsus von Hohenheim (1493–1541), głosząc, że „*medycyna nie jest niczym więcej, jak tylko jednym wielkim doświadczeniem*”. W swojej działalności leczniczej przywiązywał on dużą wagę do *vis medicatrix naturae*, to jest do naturalnych sił obronnych organizmu. Paracelsus nie uwolnił się jednak od poglądów i wierzeń mistyczno-magicznych, o czym pisze również w swojej książce Andrzej Szczeklik (11).

Jak już wspomniałem, w minionych tysiącletniach ludzie we wzajemnych relacjach kierowali się rozumieniem siły fizycznej i siły osobowościowej. Gdy w okresie rozwoju kultury greckiej pojawił się wśród ludzi czynnik myślowy, wzrosło wyraźnie znaczenie siły osobowościowej. Osoba uważana za mędrca stała się powszechnie znaną i szanowaną, a słowo magia powszechnie używane.

Słowo *magia* wywodzi się z greckiego słowa *mageia*. W języku greckim słowo to wyraża ogół wierzeń opartych na przekonaniu o istnieniu sił nadprzyrodzonych, których opanowanie jest możliwe za pomocą zaklęć i obrzędów. Siła użytkowa tego wyrazu była bardzo duża, skoro słowo to i jego pochodne, przeszły do kultury cesarstwa rzymskiego i do języków europejskich, które najogólniej mówiąc oznaczało, że coś lub ktoś jest większy, lepszy, wspaniały. Przytoczę tu parę słów, wziętych ze słownika łacińskiego i ze słownika polskiego:

po łacinie	po polsku
maga	czarownica
magieus	czarodziejski, magiczny
magis	większy, w wyższym stopniu
magister	mistrz, kierownik, tytuł uniwersytecki
magnificus	wzniosły, wspaniały, błyszczący
magnificentia	wzniosłość, wspaniałość, wielkoduszność, rektor uczelni wyższej

Z tego greckiego słowa wywodzą się również słowa polskie takie jak:
– *magistrala, magnat, megafon*, itd.

Przytaczam te zestawienia słów, aby wykazać, że pojęcie nadprzyrodzonej mocy było w dawnych czasach silnie odczuwane przez ludność i odpowiednio wyrażane. Z tych samych powodów słowo to było przyjmowane przez inne narody, pomimo rozwoju nauk i powstawaniu nowych wierzeń religijnych, przenikało więc do nowych form kultury humanistycznej.

Czynniki psychologiczne, socjologiczne, kulturowe, obyczajowe i ekonomiczne, w których żyje określona zbiorowość ludzka, powodują powstawanie nowego rodzaju osobowości człowieka. Z tego powodu powstają wielkie różnice pomiędzy mieszkańcami kontynentów, państw i różnych innych społeczności ludzi. Wśród każdego rodzaju społeczności ludzi ujawniają się osoby o cechach wyróżniających ich, zarówno w ocenie ilościowej, jak i jakościowej. Każde więc społeczeństwo wyłania z siebie określoną liczbę osób o cechach przywódczych, o cechach korzystnych dla życia zbiorowego, jak również osoby zachowujące się biernie w życiu zbiorowym. Osobowość o cechach przywódczych powstaje wówczas, gdy określony człowiek ma chęć działania twórczego, ma zdolność holistycznego widzenia problemów, prawidłowo ocenia ich potrzeby i możliwości oraz posiada prawidłową ocenę hierarchii ich wartości. Osoby, które takich cech nie posiadają, nie myślą co powinno być, co należy zrobić, aby coś zmienić, czy poprawić. Nie mają więc żadnych potrzeb czy pragnień i zachowują się biernie w życiu zbiorowym. Zadania czy obowiązki, które na nich spadają, wykonują bez emocji, myśląc tylko, aby zleceniodawca nie mógł im czegoś zarzucić. Od jakościowych i ilościowych różnic pomiędzy tymi typami osobowości ludzkiej zależy poziom i jakość ich wspólnego życia.

Poruszając to zagadnienie trzeba sobie zdać sprawę z tego, że ogólnie mówiąc Polska ma szczególnie niekorzystną historię swego rozwoju narodowego. W ciągłych walkach ginęły osoby o cechach przywódczych, a w czasie wieloletniego zaboru, tego typu osobowości, pobudzane potrzebami działań twórczych uzyskiwały pracę u zaborców, a ich potomkowie ubywali ze społeczności polskiej. Większość polskiego społeczeństwa kontrolowana i ograniczona

w swojej działalności spełniała tylko funkcje zlecane im przez tych, którzy zarządzali naszym krajem. Ostatnią tragedią naszej historii narodowej było to, że staliśmy się ofiarami psychopatycznych przywódców sąsiadujących z nami społeczności, którzy konsekwentnie i okrutnie niszczyli nasz kraj moralnie, biologicznie i ekonomicznie. Wynikiem tego jest to, że nie możemy się porozumieć ze sobą i przez to mamy trudności w zmianie losu naszego narodu. Siła i jakość działania określonej zbiorowości ludzkiej zależy bowiem od jakości i ilości pozytywnych cech osobowościowych tej zbiorowości, co potwierdza K. Obuchowski pisząc: „*wysoka jakość funkcji psychicznych jednostki wymaga rozwoju jego osobowości*”(5).

Psychologowie rozpoznają wśród ludzi różnego rodzaju osobowości, określając je odpowiednimi podziałami teoretycznymi. Spośród tych podziałów osobowościowych ludzi wspomnę tylko o ekstrawertykach, o introwertykach, oraz o tzw. „skaczących duchach”.

Ekstrawertycy są to ludzie otwarci i chętnie nawiązujący kontakty z otoczeniem, mający wielu przyjaciół, którzy doskonale współpracują i chętnie podejmują różnorodne działania. W działalności swojej mogą być skłonni do podejmowania nadmiernego ryzyka, jak również mogą tracić z oczu cele podstawowe. Najogólniej mówiąc tworzą oni w otoczeniu swoim dobry nastrój, ale w działalności zbiorowej nie zawsze można na nich polegać.

Introwertycy natomiast są to osobowości, które zapewniają swojemu społeczeństwu rozsądne, konkretne działania w określonych dziedzinach. Są to bowiem osoby opanowane, spokojnie się zachowujące, skłonne do analiz i do badania obserwowanych zjawisk. Introwertycy nie nawiązują łatwo kontaktów z innymi osobami, są skryci i skłonni do pesymizmu, ich zamiłowanie do pracy twórczej pozwala społeczeństwu na osiągnięcie postępu, ale dla najbliższych mogą być trudnymi partnerami życiowymi. Dodam jeszcze, że wśród Polaków, jest znaczny odsetek osób o cechach psychologicznych, nazywanych skirtingowymi, a popularnie określanymi jako „skaczące duchy”.

Opis tych trzech, spośród innych naukowo opisanych typów osobowościowych, mówi o tym, jakie mogą być różnorodne trudności w ich zbiorowym współdziałaniu. Siła powszechnej wiary w coś i konsekwentne, wspólne realizowanie jej zasad jest zjawiskiem konsolidującym zbiorowości ludzkie. Osobnicy, u których zdolność myślenia przeważa nad siłą uczucia, nie są skłonni do bezgranicznej wiary osobowościom, które powszechnie uznawane są za autorytety mądrości i siły oddziaływania. Natomiast osobnicy, u których siła uczucia przeważa nad zdolnością myślenia, przyjmują bez zastrzeżeń istnienie wiary w moc mędrca i poddają się całkowicie opiniom osób, uznanych za osobowości wyjątkowe. Magia i jej siła oddziałuje więc przede wszystkim na tego rodzaju osobowości.

Magia osobowości, magia słów, odgrywała w odległej przeszłości bardzo dużą rolę. Brak wiedzy o zjawiskach przyrodniczych, brak możliwości ich interpretowania zmuszała ludzi do myślenia, że coś się może, lub coś się musi stać, aby zmienić to, co jest groźne, niezrozumiałe. Sądzę, że koincydencja wypowiedzi jakiejś osoby z korzystnym obrotem wydarzeń, który był zgodny z tą wypowiedzią, stwarzała u ludzi ówczesnych przekonanie, że osoba ta ma jakąś siłę magiczną, różnie rozumianą. Taka szanowana osoba i jej słowa, wypowiedziane na temat niezrozumianych zjawisk czy wydarzeń, były przyjmowane jako ocena czy decyzja kategoryczna. Osoby te z natury rzeczy dostosowały się swoim zachowaniem i formą swoich wypowiedzi do atmosfery, jaka wokół nich została stworzona. Jeśli były to osoby myślące, szukające czynników, które wyjaśniały im źródła przyczyn i ich skutków, to powstawała u nich znacznie większa możliwość interpretowania jakichś zjawisk czy wydarzeń. Takie osobowości były szeroko znane, a wiara w ich wypowiedzi nabierała dużego znaczenia.

Najsilniej tego rodzaju sytuacje powstawały w dawnych prymitywnych warunkach życia ludzi, gdy powszechna świadomość ludzka nie znała i nie rozumiała złożoności życia człowieka, jego uwarunkowania fizycznego i psychicznego. W tych warunkach siła oddziaływania takiej osobowości mogła być przyjmowana jako oddziaływanie nadprzyrodzone. Wiara w taką moc działania może powodować powstanie wiary w nadprzyrodzoną moc działania, co może powodować powstanie pozytywnych objawów w dolegliwościach chorobowych. Sądzę, że mogę tu się powołać na Andrzeja Szczeklika, który w swej książce (11) napisał o konieczności, która ma na imię Ananke. *Podlega jej każdy, nawet bogowi na Olimpie. Konieczność ta była zróżnicowana zarówno siłą jej działania, jak i jej formą i dlatego w wyobraźni starożytności, przedstawiana była jako sieć, wrzeciono lub wstążki, które w różny sposób dotykając człowieka, swoją mocą przewyższała moc boską... Jej migotliwy ślad można oglądać na niebie jako Drogę Mleczną a także wiernie pomniejszoną w przepasce na biodrach Afrodyty... Jakby „delikatna warstwa złudzeń ciągle przesłaniała nieustępliwy węzeł konieczności”.* (11)

Magiczne oddziaływanie człowieka na człowieka jest więc znane od kilku tysięcy lat. Moc tego oddziaływania zależy od osobowości konkretnego człowieka oraz od siły wiary w niego innego człowieka, który go potrzebuje wobec osobniczej słabości natury emocjonalnej lub wobec zagrożenia swojej egzystencji fizycznej czy sytuacyjnej. Sytuacje te występują jednostkowo jak również i zbiorowo, o czym świadczą znane powszechnie wydarzenia historyczne. Jan Nielubowicz tak się wypowiedział na ten temat: *„Jest to moc, która przerasta znaczenie i rzeczywisty sens wypowiedzianego lub napisanego słowa. Moc ta płynie nie tylko z przekonania chorego o wiedzy lekarza, ale także z tego, że rozmawia on z kimś, kim w jego wyobrażeniu lekarz może być: Ozdrowicielem, szafarzem*

zdrowia,, pocieszycielem. Myśl „chcę być zdrowy” ma w sobie taką samą siłę jak „chcę żyć”. Ma to swój początek w najstarszych strukturach mózgu, może dienkephalon, a może nawet w tak starych częściach, jak np. archicerebellum (3).

W potocznych rozmowach i dyskusjach często poruszamy zagadnienie osobowości człowieka, przyjmując to określenie jako jednoznaczne i przez wszystkich rozumiane. Tymczasem w świetle badań psychologicznych określenie osobowość człowieka jest złożone i zróżnicowane u poszczególnych osób.

Psycholodzy określają, że osobowość tworzy się w wyniku osobistych doświadczeń życiowych każdego człowieka, bazowanych na zwyczajach, normach czy zasadach uzyskiwanych w domach rodzinnych od najwcześniejszych dni życia dziecka, poprzez fizycznie odczuwane dowody miłości, którym towarzyszą słowa wyjaśniające dziecku potrzebę określonego myślenia i postępowania. Dziecko uczy się od matki zarówno przeżywania miłości jak i tego, że odwzajemniając uczucie miłości, doznaje poczucia szczęśliwości i bezpieczeństwa. Życie w rodzinie jest więc podstawowym okresem w formowaniu się osobowości człowieka, a dalsze jego formowanie zależy od warunków życia osobistego, które ogólnie określa się jako „sieć poznawczą” i „sieć wartości”. W akceptowaniu tych doznań i ich oceny jakości jak i ich oceny hierarchii ważności, decydującą rolę odgrywają zręby osobowościowe wyniesione z domu rodzinnego. Każdy więc człowiek określone doświadczenia czy przeżycia odnosi do swoich cech osobowościowych, które wyniósł z domu rodzinnego i odpowiednio je przyjmuje, odrzuca lub modeluje.

Okres dzieciństwa jest więc najważniejszym okresem w formowaniu osobowości człowieka. Człowiek rodzi się jako określony genotyp, a więc jest dziedzicznie wyposażony w cechy fizyczne i atawistyczne. Pod wpływem oddziaływania wychowawczego w domu rodzinnym nabiera on odpowiednich cech humanistycznych w zakresie przeżywania uczuć oraz zdolności myślenia. W ten sposób z określonego genotypu powstaje określony fenotyp osobowościowy. Wrażliwość dziecka na to, co się koło niego dzieje, jest zróżnicowana. We wczesnym okresie życia główną rolę odgrywa poczucie bezpieczeństwa szeroko pojętego, które dziecku zapewnia, odczuwana przez nie, miłość matki i ojca. Bezpieczeństwo środowiskowe zapewniają dziecku kontakty z rodzicami, nie tylko fizyczne ale i emocjonalne oraz intelektualne. Dziecko chętnie słucha, co mówią rodzice i stopniowo nawiązuje się między nim a rodzicami kontakt intelektualny. Powstaje wówczas szeroka baza coraz bliższych kontaktów z rodzicami, a więc coraz większe oddziaływanie rodziców na proces humanizowania rozwijającego się dziecka. Jest wiele podstawowych zagadnień w tym procesie. Prawie każda rodzina ma, z przyczyn osobowościowych, różniące się cele i metody wychowawcze. Wydaje się więc, że istnieje nieokreślona liczba rodziców, którzy mało albo wcale nie realizują zadań wychowawczych. W tych warunkach

dziecko coraz bardziej poddawane jest różnym, niekorzystnym wpływom wychowawczym. Dużą rolę odgrywają w tym środki masowego przekazu (10).

Jakość i siła osobowości człowieka zależy więc od wielu czynników. Dziecko, wychowane przez matkę i ojca na zasadach na przykład chrześcijańskiego myślenia humanistycznego i posiadające bezgraniczną miłość do swoich rodziców, przeżywa to emocjonalnie i nie odstąpi od zasad rodzinnych również wówczas, gdy szkoła, środowisko życia młodego człowieka oraz środki masowego przekazu będą oddziaływały na jego osobowość negatywnie. Emocjonalne odczuwanie określonych zjawisk czy wydarzeń dotyczących człowieka jest wynikiem tego, że w zaraniu swojego rozwoju człowiek, podobnie jak małe dziecko, nie rozumiejąc określonych zjawisk odnosił się do nich emocjonalnie i wybierał to, co dla niego było lepsze, przyjemniejsze lub bezpieczniejsze (5). Z tego powodu brak zdolności rozpoznawania istoty rzeczy czy określonej sytuacji powoduje powstanie emocji. Również ludzie dorośli, którzy nie nabyli w swojej młodości zdolności poznawczych, z powodu braku tych sprawności reagują emocjonalnie (5,10).

Można też określić, że człowiek składa się z ciała i z duszy. Złożoność i słuszność tak uproszczonego podziału nie przez wszystkich jest uznawana. Przyjmijmy dla dalszych rozważań, że każdy człowiek otrzymuje ciało i duszę od swoich rodziców. Przekazywanie ciała jest procesem biologicznym i trwa tylko w określonym czasie, a wpływ rodziców na formowanie ciała ma tylko charakter przyrodniczy. Natomiast przekazywanie duszy, a więc miłości i zdolności myślenia, jest procesem, który odbywa się w ciągu wielu lat, a jakość tych cech humanistycznych jest bardzo zróżnicowana, w zależności od siły i konsekwencji oddziaływania rodziców, szkoły i społeczeństwa.

Kazimierz Obuchowski wybitny znawca tego zagadnienia napisał: *„Osobą nazywam jednostkę ludzką, która utrzymując dystans psychiczny wobec potrzeb i pragnień, rozwija się, kierując się sensem swego istnienia... Pragnienia to pożądaniami i aspekty, które nieraz odpowiadają temu, co potrzebne jednostce naprawdę, a nieraz są dla niej szkodliwe. Potrzeby natomiast dotyczą tego, co jest człowiekowi niezbędne, aby istniał jego organizm, rozwijał się jako osoba i był wolny psychicznie.”* (5)

To precyzyjne określenie osobowości daje wyobraźnię, jak złożone są cechy osobowościowe i że osobowość człowieka można określić prawidłowo wówczas gdy, zna się i przebywa często z określoną osobą oraz ma się możliwość poznania jej pragnień i potrzeb. Z tego względu o osobowości konkretnego człowieka mówi się, gdy swoją działalnością, swoim zachowaniem i swoim życiem wyróżnia się pozytywnie lub negatywnie. Natomiast dokładne rozumienie słowa „osobowość” jest szczególnie potrzebne w pedagogice i w medycynie.

Możnaby opisowo przedstawić, że lekarz rozpoczynający działalność lekarską, zaczyna jednocześnie praktycznie studiować psychologię. Wynika to z faktu, że w działalności swojej lekarz spotyka się nie z chorą wątrobą, czy chorym sercem, ale spotyka się z chorym człowiekiem. Chory człowiek przedstawiając swoje dolegliwości, swoje obawy i niepokoje, myśli o swoim życiu, o swojej rodzinie, o swojej pracy zawodowej. W zależności od określonej osobowości chorego i jego emocjonalnych niepokojów, swoje „potrzeby i pragnienia” często celowo przedstawia nieprawdziwie. Takie zachowanie utrudnia proces rozpoznania choroby i wzbudzać może u lekarza opinię, że ma on do czynienia z człowiekiem, na którego współpracę w jego leczeniu nie może liczyć.

Lekarze mają duże doświadczenie co do różnych zachowań pacjentów. Różnorodność osobowości ludzkich ujawnia się najbardziej, gdy osoby te mówią o swojej chorobie, a więc o tym co jest groźne i może zmienić losy ich życia. Zależnie więc od rodzaju cech osobowościowych pacjentów lekarze spotykają się z tym, że chory nie mówi całej prawdy, że często przesadza w wypowiedzianiu swoich dolegliwości, lub niektóre pomija. Są też osoby, które nie wierzą lekarzowi i w różny sposób starają się „dochodzić do prawdy”. To oczywiście ma niekorzystny wpływ na relacje chorego z lekarzem.

Chory człowiek w obawie o swoje zdrowie i o swoje życie przywiązuje wielkie znaczenie do leczącego go lekarza. Z tego względu osobowość lekarza odgrywa wielką rolę w leczeniu chorego. Chory, który ma bezgraniczne zaufanie i wielki szacunek do leczącego go lekarza, czuje się pewny, że uzyska pełnowartościową pomoc w leczeniu swojej choroby. Siła oddziaływania osobowości lekarza na chorego ma więc podstawowe znaczenie w leczeniu. Chory człowiek zwraca się więc do lekarza w przekonaniu, że uzyska poradę, która zapewni mu pozbycie się swojej choroby. Oznacza to, że człowiek zwraca się do lekarza z nadzieją, że on go uzdrowi. Jeśli lekarz reprezentuje osobowość cechującą się życzliwością w postawie, w gestach i w sposobie mówienia, to nadzieja chorego na jego wyleczenie nabiera cech pewności. Jeśli lekarz ma powszechną opinię, że jest życzliwy, opiekuńczy i uzyskuje zawsze dobre wyniki w leczeniu chorych to pewność chorego nabiera cech wiary, że ten właśnie lekarz go wyleczy. Jeżeli opinia taka jest utrwalona w społeczeństwie, to chęć leczenia się u takiego lekarza nabiera charakteru emocji u ludzi potrzebujących pomocy lekarskiej. Ta powszechna wiara, o charakterze emocjonalnym, może u niektórych osób przebiegać cechy magiczne, a siła wiary w takiego lekarza powoduje, że wszystkie wskazówki i polecenia tego lekarza wykonuje chory niezmiernie dokładnie gdyż wierzy, że takie postępowanie pozbawi go jego choroby.

W czasach, gdy wiedza o człowieku była bardzo mała a środki lecznicze bardzo skąpe, lekarz sam szukał u chorego przyczyn jego choroby. To zbieranie informacji zbliżało do siebie lekarza i chorego. Chory odczuwał, że leczący go lekarz

pytaniami swoimi chce mu pomóc i wyleczyć go. Nasilało się u chorego zaufanie do leczącego go lekarza i wiara, że on go wyleczy. W chwili obecnej, gdy w rozpoznawaniu choroby odgrywają często zasadniczą rolę badania laboratoryjne i badania aparaturowe, lekarz powołuje się na nie w rozmowie z chorym. Wyniki te, jako fakty oczywiste nie są już uważane przez chorego jako osobista zasługa lekarza. Uzyskane wyniki badań laboratoryjnych nie mają dla chorego siły wiary, że są one właściwe, gdyż jak każda rzecz techniczna może mieć błędy różnego rodzaju. Jest to bardzo humanistycznie odczuwana przez chorego różnica, między tym co przedstawiają techniczne wyniki badań, a tym, co mówi lekarz, do którego chory ma zaufanie.

Z tych różnych powodów lekarz leczący chorego musi starać się poznać osobowość leczonego człowieka. Jest to ważne zarówno w prawidłowej ocenie wypowiedzi chorego, jak też i w wypowiedziach lekarza, na które chory czeka często z niepokojem.

Właściwe rozumienie wypowiedzianych przez chorego skarg o swoich dolegliwościach chorobowych jest w pełni możliwe, gdy lekarz prawidłowo ocenia cechy osobowościowe chorego. Rodzaj i zakres tych skarg chorego zależy bowiem w dużej mierze od jego osobistej kultury, od wiedzy o charakterze swoich dolegliwości, jak również od osobowości chorego.

Ważnym czynnikiem powstawania zaufania do lekarza jest również to, że lekarz pamięta o swoim pacjencie, że pamięta jego dolegliwości i drobne okoliczności, które wywoływały te dolegliwości lub powodowały ich nasilenie. Lekarz wykazujący zainteresowanie skargami chorego i w tym zakresie prowadzący dłuższą rozmowę z chorym, jednocześnie robiący to z wyraźną życzliwością powoduje, że chory nabiera przekonania, iż lekarz chce dobrze rozpoznać jego dolegliwości i przez to jak najbardziej mu pomóc.

Oczywiście w relacjach między lekarzami a pacjentami duże znaczenie ma również osobowość lekarza, oraz jego przygotowanie przez uczelnię medyczną do umiejętności współpracy z różnego rodzaju osobowościami ludzkimi. W działalności leczniczej lekarz nabiera doświadczenia w metodach współpracy z pacjentami. Ta praktyczna działalność kreuje często lekarzy, którzy są powszechnie szanowani i cieszą się wielkim autorytetem osobistym.

Taktowna i życzliwa dla chorego rozmowa z lekarzem powoduje, że chory człowiek, coraz szczerzej ujawnia swoje emocje i lęki oraz warunki, w których on żyje. Najczęściej nie są to warunki o charakterze materialnym, lecz przeważają warunki psychologiczne, zarówno ze strony pacjenta, jak też ze strony osób najbliższych, a więc rodziny. Często przyczyną niepokoju chorego są osoby ze środowiska jego pracy lub z konkurencyjności środowiskowej. Jednym z ważnych objawów psychologicznych obciążeń są występujące często kompleksy osobowościowe. Występują one w życiu rodzinnym, ale częściej w życiu społecznym.

Lekarz, który pozna osobowość swego pacjenta i w sposób przyjacielski wyjaśnia jego obawy i lęki, zyskuje zaufanie chorego i wiarę w proces prowadzonego przez niego leczenia. W leczeniu chorego lekarz powinien więc w miarę możliwości, poznawać jego cechy osobowościowe oraz taktownie poznawać warunki jego życia rodzinnego i zawodowego. Te osobiste sprawy chorego człowieka wymagają taktu i delikatności ze strony lekarza, a chory musi odczuwać te pytania jako ważne elementy w rozpoznawaniu jego choroby i jej skutecznego leczenia. Tego rodzaju rozmowy bardzo zbliżają do siebie lekarza i jego pacjenta. Powstaje coś w rodzaju przyjaźni osobistej, która niezmiernie sprzyja procesowi leczenia. W czasie następnych spotkań leczniczych, czy nawet okazjonalnych, przypadkowych, spotkania te mają charakter bliskiej znajomości, wręcz osobistej przyjaźni. Sytuacje takie powodują narastanie szacunku nie tylko do określonego lekarza, ale powodują powstawanie w społeczeństwie szacunku do wszystkich lekarzy. Wielokrotnie przekonałem się, że osoby leczone w atmosferze przyjaźni chętnie o tym opowiadają swoim znajomym, co właśnie powoduje, że w opinii społecznej lekarze uzyskują szacunek i zaufanie.

Osobowościowe relacje leczącego lekarza i leczonego chorego są więc bardzo złożone. Chory człowiek chce ufać lekarzowi i wierzyć, że zrobi on wszystko, aby przywrócić mu zdrowie. Ta wiara w lekarza u wielu chorych ma znaczenie lecznicze. Z kolei lekarz szanujący cierpienie ludzkie okazuje to choremu swoim słowem, swoim zachowaniem się, a przede wszystkim wyraźną postawą, że chce i może pomóc choremu. Każdy doświadczony lekarz ma wiele osobistych doświadczeń w tym zakresie, czasami nawet o charakterze magicznym.

Jak już wspomniałem, lekarz leczący uczy się w swojej pracy psychologii praktycznej. Spotykane doświadczenia i wydarzenia interpretuje na podstawie otrzymanego wychowania lekarskiego, oraz na podstawie własnych doświadczeń i przemyśleń. Te doświadczenia ugruntowują w nim deontologiczne zasady myślenia i postępowania i wzmacniają w nim jego humanistyczne emocje lekarskie. Każdy lekarz na pewno ma wiele doświadczeń, a może nawet przeżyć w tym zakresie. Najczęściej jednak się o nich nie mówi, gdyż nie mają one racjonalnego wyjaśnienia, a poza tym dlatego, że często sugerowałyby to jakąś osobistą wyjątkowość lub osobistą pomyłkę lekarza. Dla przykładu przedstawię moje własne doświadczenie, które nie jest biologicznie uzasadnione, a które w rzeczywistości się wydarzyło.

W czasie obchodu klinicznego z grupą asystentów podszedłem do łóżka chorego, leczonego z powodu raka żołądka z licznymi przerzutami. Leczenie chirurgiczne nie mogło już być zastosowane. Chory ten otrzymywał silne środki przeciwbólowe i z rodziną prowadziliśmy rozmowy na temat jego dalszych losów. Usiadłem na brzegu łóżka tego chorego i w czasie rozmowy z nim położyłem dłoni swoją na jego dłoni. Po chwili chory powiedział nagle, z wielkim zadowoleniem,

że przestał odczuwać bóle. Wraziłem swoje zadowolenie z tego powodu i powiedziałem mu, że względów ludzkich, że może to być dobrym objawem w jego chorobie. Odszedłem w czasie tego obchodu do następnego chorego i zacząłem z tym chorym rozmawiać. W pewnym momencie poprzedni chory głośno zawołał, że wystąpiły u niego znowu silne bóle. Wróciłem do niego i z troską pytałem, gdzie te bóle występują i co według niego mogło być przyczyną, że one poprzednio ustąpiły. Chory nie umiał mi na to dać odpowiedzi. Fakt ten utkwił w mojej pamięci i zawsze przychodził mi na myśl, gdy słyszałem opowieści o jakich magicznych objawach, które występowały u chorych.

Mówi się, że realizowanie zasad medycyny humanistycznej zależy zarówno od lekarza jak i od chorego. Działanie humanistyczne lekarza polega na tym, aby robił on wszystko co jest możliwe, aby osiągnąć dobre wyniki leczenia, w atmosferze braterstwa ludzkiego, z poszanowaniem godności, wolności i odczuć chorego (2). Chory z kolei powinien mieć szacunek, zaufanie do leczącego go lekarza, sprzyjające powstawaniu wiary, że zostanie wyleczony i powróci do zdrowia. Medycyna humanistyczna tworzy więc atmosferę życzliwości ze strony lekarza i wiare chorego w swojego lekarza.

Bywa tak, że człowiek chory wyłącza ze swojej świadomości fakty, które są dla niego oczywiste. Przykładem tego może być moje przeżycie w leczeniu lekarza, mego przyjaciela. W klinice pod moją opieką leczony był lekarz, u którego rozpoznaliśmy raka trzustki z przerzutami. W zbiorowej konsultacji stwierdzono, że nie ma możliwości wyleczenia chorego. W czasie częstych odwiedzin tego kolegi, przyjmując zasadę, że choremu należy zawsze mówić prawdę (8), próbowałem powiedzieć mu, że są nikłe możliwości wyleczenia go z choroby. Kiedy w rozmowie z nim zbliżałem się do powiedzenia tego, on zawsze zmieniał temat tak, że nigdy nie miałem możliwości powiedzenia mu tego. Przyjaciel po pewnym czasie umarł w klinice. Pod poduszką jego znaleziono kartkę na której napisał: „drogi Edku, dziękuję Ci, żeś mi nie powiedział, że mam raka trzustki”. Wynika z tego, że mój kolega lekarz wiedział, że ma raka trzustki, ale jak widać nie chciał o tym usłyszeć.

Jest to w moim przekonaniu ludzka samoobrona przed świadomością o zbliżającej się śmierci. Jest to siła osobowościowa jednostki, która potrafiła stworzyć dla siebie świadomą nieświadomość o tym, co nastąpi, zamiast żyć w lęku o zbliżającej się śmierci, której nie może uniknąć. Ta moja osobista interpretacja tego wydarzenia była w ciągu wielu następnych lat wskaźnikiem tego, jak różnie ludzie przeżywają swoje tragedie. Jak wielką siłą trzeba mieć, aby umieć przezwyciężyć strach przed tym, co jest nie do uniknięcia.

Powszechny autorytet osobowościowy jest następstwem tradycyjnego szacunku do określonych rodzin (królewskich) lub do określonego zawodu. W wyniku tego w kulturze europejskiej powstały pojęcia stanu duchowego i stanu lekarskiego.

Księża i lekarze byli uważani za ludzi, którzy spełniali czynności zobowiązujące wszystkich do szanowania ich i obdarzania pełnym zaufaniem. Czy w formowaniu takiej opinii odgrywał rolę jakiś czynnik magiczny, trudno powiedzieć. Dzisiaj w procesie rozpoznawania choroby i jej złożonego leczenia chory człowiek stał się partnerem lekarza w obu tych procesach, zniknęła u chorego tajemniczość tych procesów, natomiast powstał szacunek do lekarza i wiara, że zrobi on wszystko co jest możliwe, aby go wyleczyć z choroby.

Dzisiaj, gdy w relacje lekarza z chorym wnikają czynniki administracyjne i ekonomiczne, ztraca się powoli szacunek do stanu lekarskiego, a niektórzy lekarze, w obronie sytuacji ekonomicznej sami występują ze stanu lekarskiego, tworząc związki zawodowe lekarzy. Istnieje wiele różnych czynników, które obecnie obniżają autorytet lekarza w społeczeństwie. Wymienię tylko: urzędowy podział lekarzy na lepszych i na gorszych i oficjalne używanie słownictwa degradującego pracę lekarza (2, 4, 9). Czynniki te powodują naruszenie tradycyjnych relacji konsultacyjnych między lekarzami, a wśród chorych troskę, który lekarz zapewni mu najlepsze leczenie jego choroby (6, 7).

Na podstawie mego praktycznego doświadczenia z kontaktów z chorymi ludźmi, dochodzę do laickiego wniosku, że w określonej osobowości człowieka powstaje moc emocjonalna, uczuciowa, która powoduje, że wierzy on w coś głęboko, o czym marzy, w czym widzi swój najistotniejszy cel życia, czy działania. Ta jego siła wiary odrzuca nawet myśli, które w sposób racjonalny wykazują niemożność uzyskania tego, do czego ta osobowość dąży, o czym marzy, lub czego się lęka. Siła emocji obronnej przed własną myślą o utracie życia, lub utracie czegoś co ma podstawowe znaczenie dla jego egzystencji życiowej, zawodowej itp. jest tak duża, że przeważa ona nad siłą świadomości o realnych i oczywistych zagrożeniach. Ta konfrontacja siły emocji obronnej z siłą świadomości o istniejącym zagrożeniu jest następstwem osobowościowych cech określonej *jednostki ludzkiej, która, według K. Obuchowskiego, utrzymując dystans psychiczny wobec potrzeb i pragnień, rozwija się, kierując się sensem swego istnienia.*

Natomiast z mego doświadczenia wynika, że w sytuacji, gdy chory odczuwa fizyczne objawy zagrażające jego życiu, to magiczne ustanie bólu jest tylko chwilowe. Natomiast w przypadkach, gdy zagrożenie życia jest tylko procesem myślowym, to człowiek taki odrzuca ze swojej świadomości istnienie takiego zagrożenia.

Jak już wspomniałem, ludzie są bardzo zróżnicowani w zakresie swoich cech osobowościowych. Pomimo istnienia naukowych definicji co do rodzaju typów osobowościowych, praktyka życiowa wykazuje, że szereg cech osobowościowych podlega zmianom w różnych sytuacjach życiowych człowieka.

Dzisiaj również proces leczenia chorego przechodzi duże zmiany w następstwie rozwoju nauki i techniki i wobec zachodzących zmian kulturowych,

obyczajowych i myślowych. Przechodzimy od kultury myślowej do kultury obrazkowej, a więc do sytuacji, w której każdy wszystko wie, ale nic nie rozumie.

Relacje humanistyczne między lekarzem i pacjentem zanikają, autorytet lekarzy zmniejsza się, a tradycyjna wizja lekarza-mistrza z magiczną siłą oddziaływania, praktycznie nie istnieje, zaś siła osobowości zarówno lekarza, jak i chorego człowieka nie odgrywa znaczącej roli.

Postęp nauki i techniki zamiast więc łączyć lekarzy we wspólnym działaniu na rzecz chorego człowieka, decyzjami administracyjnymi spowodował podział chorego człowieka na jego narządy oraz podzielił lekarzy na lepszych i na gorszych. Zlekceważono rolę i znaczenie lekarza opiekuna i przyjaciela chorego, a chory stał się tylko przedmiotem badania i leczenia z pominięciem jego osobowości. Z ważnych powodów powrót do humanistycznych zasad relacji chorego człowieka z lekarzem jest trudny i wymaga odpowiedniego wychowania zarówno całego społeczeństwa, jak i lekarzy. Tylko wówczas powstanie sznasa, że i urzędnicy będą te zasady musieli respektować.

Może książka Andrzeja Szczeklika *Katharsis*, a zwłaszcza dyskusje nad jej treścią, zapoczątkują nieodzowne zmiany w tym kierunku.

PIŚMIENICTWO

1. Dobrowolski Józef Andrzej – *Filozoficzne uwarunkowania powiązań medycyny z magią (naturalną) i astrologią z XV–XVI wieku*. „Archiw. Hist. i Filozofii Med.”, 1986, 49,3
2. Nielubowicz Jan – *Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarz – pacjent*. „Pol.Tyg.Lek.”, 1993, t.XLVIII, nr. 18–19
3. Nielubowicz Jan – *Magia lekarskiego słowa*. „Pol.Tyg.Lek.”, 1991, t.XLVI, nr 37–39
4. Nielubowicz Jan, Rużyło Edward – *Medycyna w odradzającej się Polsce. Rozmowy lekarza*, 2000, str. 425–442
5. Obuchowski Kazimierz – *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Zysk i S-ka, Wydawnictwo s.c. Poznań, 2000
6. Rużyło Edward – *Merytoryczna i metodologiczna złożoność przewlekłego procesu kształcenia współczesnego lekarza*. „Postępy Nauk Medycz.”, 1993, t.VI, nr 5, str. 189
7. Rużyło Edward – *Konieczność kształcenia lekarzy do działalności leczniczej odpowiednio do zachodzących zmian środowiskowych i osobowościowych oraz do zespołowej działalności leczniczej na rzecz dobra chorego człowieka*. „Postępy Nauk Medycz.”, 1996, t.IX, nr 2, str. 190
8. Rużyło Edward – *Mówić prawdę choremu*. „Pol.Przegl.Chirurg.”, 1992, t. 64., nr 8, str. 683
9. Rużyło Edward – *Ważność używania w systemie opieki zdrowotnej jednoznacznych pojęć i określeń. Lekarz i chory człowiek*. Oficyna wydawnicza „Stopka”, Łomża 2003
10. Rużyło Edward, Ledzińska Maria, Brodziak Włodzimierz – *Wpływ środków masowego przekazu na formowanie osobowości człowieka. Rozmowy lekarza*, 2000, str. 443–457
11. Szczekliki Andrzej – *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Wydawnictwo Znak, Kraków, 2003
12. Wierciński Andrzej – *Magia i religia. Szkice z antropologii religii*. Kraków, Nomos, 1994

The role of the strength of human personality in medical practice

SUMMARY

In the last few thousand years, the role and significance of the strength of human personality has undergone a major change. This appears to have been a result of the constant evolution of humankind, and it is for that reason that there are personality changes among people. Nowadays, science has been able to determine and classify to the complexity, diversity and multitude of human personality traits.

The quality and strength of personality depends on a number of concurring factors. There thus emerge individuals with categorical personality traits, or individuals whose personality is in no way remarkable. Such a diversity of personality traits may lead us to divide people into those who have creative personalities with leadership qualities, and those who are passive in various life situations. The former act, driven by a need to do something, while the latter passively wait for some kind of changes that "life will bring about".

In spite of the fact that there are scientific definitions concerning different personality types, the practice of life shows that many personality traits are subject to change in various life situations.

One area where this happens concerns the personality relationships between a physician who is administering treatment and a patient who is being treated; such relationships are very complex. The patient wants to trust the doctor and to believe that the latter will do everything to restore his health. For many patients, this trust in the doctor has a curative power. On the other hand, a doctor who has respect for human suffering will show this to his patient through his words, through his behaviour, and above all through an attitude towards the patient in which he clearly indicates that he wants and is able to help the patient.

Nowadays, however, medical treatment is undergoing major changes as a result of the advances in science and technology, as well as in view of the changes in culture, morals and modes of thinking. We are thus moving from a culture of thought to a culture of pictures, i.e. a situation where everybody knows everything but understands nothing. Humanistic relationships between the doctor and his patient are in the course of disappearing, the authority of the doctor is diminishing, and the traditional view of the doctor as a master with a magical capacity to act is practically non-existent; and so the strength of the personality of both the doctor and the patient has no role to play at all.

Thus, the advances of science and medicine, instead of uniting doctors in joint action for the benefit of the patient, have led, through administrative decisions, to dividing up the patient into organs, and also dividing the doctors into superior and inferior categories. The role and importance of a doctor as caretaker and friend of the patient has been neglected, and the patient has become only an object of research and treatment without recourse to his personality. For a number of important reasons, a return to the humanistic principles behind the relationships between the patient and his doctor will be very difficult, and will require the proper education of both the whole society and the doctors themselves.