

Modusy myśli medycznej

Marek Petrů

*Uniwersytet Palackiego w Ołomuńcu
Wydział Filozoficzny
Katedra Filozofii*

1. Korzenie medycyny

We wszystkich kulturach i we wszystkich czasach ludzie mają swoje teorie i wierzenia na temat istoty zdrowia i choroby. Teorie te wywierają często znaczny wpływ na nasze zachowanie i całe nasze życie, ponieważ wszyscy chcemy być zdrowi. Jednocześnie obawiamy się, że jakkolwiek będziemy się starali pozostać zdrowi, kiedyś i tak zachorujemy. Od czasów, gdy duch ludzki powoli wynurzył się z głębin nieświadomości, człowiek w bolesny sposób zaczął sobie uświadamiać, że żyje w niebezpiecznym i niegościnnym świecie, wśród przyrody, do której wprawdzie nierozłącznie przynależy, ale której zbyt dobrze nie rozumie i nad którą nie panuje. Jednym z najdramatyczniejszych wymiarów ludzkiej egzystencji zawsze była choroba. Chory człowiek był świadomy dużo większych sił, które często z fatalnym skutkiem uderzały w jego już i tak kruche i zagrożone życie. Siły te pozostają nienamacalne i niewidzialne. Człowiek poznał metafizyczny lęk, z którego narodziła się religijność. Jednak nie byłby sobą, gdyby nie spróbował także tych wielkich mocy w jakiś sposób opanować i wpłynąć na nie z korzyścią dla siebie. Tak narodziła się medycyna.

We wszystkich cywilizacjach, we wszystkich kulturach istnieli i istnieją specjaliści zajmujący się leczeniem, posiadający wiedzę terapeutyczną przekazywaną z pokolenia na pokolenie.

Myśl medyczna nie jest jednak niczym tak prostym i jednolitym. W myśli medycznej można wysledzić kilka jej podstawowych modusów, które warunkują samo rozumienie tego, czym właściwie jest choroba, jaką ma przyczynę i do jakiego stopnia i w jaki sposób choroba jest uleczalna. Medycyna ma swoje epistemologiczne podłoże, z którego wyrasta i które determinuje zarówno proces diagnostyczny, jak i przede wszystkim terapeutyczny. To podłoże może być też nieuświadomione.

Dzięki wielu badaniom w naukach społecznych okazało się, na ile konieczne jest kompleksowe podejście do poznania – także do poznania medycznego. Nauki nie da się oddzielić od jej kontekstu historycznego i społecznego, jest bezwiednie pod wpływem najróżniejszych czynników społeczno-historycznych.¹ Staje się coraz bardziej widoczne, że teorie naukowe nie stanowią tylko bezpośredniego i prostego odbicia obiektywnej rzeczywistości, ale że w ich tworzeniu mają swój udział zarówno ludzkie umysły, jak i warunki społeczno-kulturowe.² Każda nauka opiera się na określonych niepowtarzalnych podstawach epistemologicznych, co do których nigdy nie możemy w wystarczającym stopniu wnioskować na podstawie materiału empirycznego, są bowiem wykorzystywane już wtedy, gdy ów materiał jest przygotowywany. Nauki ścisłe nie mają przy tym środków potrzebnych do tego, by zrozumieć swoją rolę społeczną i swój charakter w społeczeństwie: nauka nie kontroluje swojej własnej struktury myślenia. Fakt, że same nauki często nie dostrzegają swoich podstaw lub uważają je za oczywiste, nie zmienia nic w tym, że mają to podłoże i że ono samo może być uważane za problematyczne. Fakt ten w pełnym zakresie dotyczy także medycyny.³

¹ Por. np.: T. S. Kuhn, *Struktura vědeckých revolucí* [Struktura rewolucji naukowych], Praha, 1977.

² Por.: E. Morin, *Věda a svědomí* [Nauka i sumienie], Brno, 1995, s. 96.

³ Wyrzykowo jeden przykład: do praktykowania cesarskiego cięcia w średnio-wiecznej Europie nie prowadziły względy medyczne (zabieg był uważany za śmiertelny), lecz powody czysto teologiczne – za wszelką cenę trzeba było ochrzcić dziecko. Por. A. Doležal, *Od babictví k porodnictví*, Praha 2001.

2. Modusy myśli medycznej

W historii idei można wysledzić kilka podstawowych sposobów podejścia do świata, który otacza człowieka i który rzutuje też na epistemologię medycyny. Według autora, można wyodrębnić cztery podstawowe sposoby poznania w medycynie: medycynę magiczną, archaiczną, empiryczną i eksperymentalną.

2.1. Medycyna magiczna

Historycznie pierwszym paradygmatem myśli medycznej była prawdopodobnie medycyna magiczna. W magicznym świecie człowiek ze stoickim spokojem znosi wszelką nieprzychylność klimatu i różne trudy codziennego życia. Uważa, że ani warunki zewnętrzne (zimno, wiatr, słońce), ani warunki wewnętrzne (jego słaba budowa fizyczna) nie mogą spowodować prawdziwej choroby. Jeśli jednak pojawią się różne objawy chorobowe, jak choćby gorączka czy uporczywa migrena, a dodatkowo dołączą się jeszcze inne symptomy, człowiek magiczny czuje, że musi je jakoś wyjaśnić. Lęk chorego może być złagodzony tylko wtedy, gdy w miarę jednoznacznie zostanie ustalona przyczyna choroby.

Umysł człowieka w magicznym modusie istnienia jest nieustannie zaprzątany niewidzialnym wpływem duchów i czarów. Taki podmiot żyje w niebezpiecznym magicznym świecie, w którym stale ze wszystkich stron zagrażają mu wszechobecne magiczne moce. Zdrowie jest wówczas dla niego wynikiem równowagi i harmonii pomiędzy nim a duchami, o której utrzymanie dba pieczołowicie, odprawiając rozmaite rytuały, wyznając kult przodków, dotrzymując surowych tabu czy regularnie składając ofiary.

W magicznym świecie nic nie dzieje się ot tak. Wszelkie nieszczęścia, klęski i choroby są wynikiem złej woli. Gdy kogoś ukąsi wąż, gdy jaguar zabije psa, gdy dziecko zostanie ugryzione przez skorpiona, tornado zburzy wioskę, nie chodzi o wypadek, ale o wynik rozmyślnej próby spowodowania zła. Zwierzęta

w puszczy same w sobie są całkiem nieszkodliwe. Te, które zabijają, są nadprzyrodzone. Wiatr zawsze jest znakiem tego, że jakiś duch się przemieszcza, a w burzę zmienia się tylko wtedy, gdy do takiego działania zostanie pobudzony z zewnątrz.⁴

Do magicznego widzenia świata jest oczywiście włączona także etiologia. Choroba może być wywołana za pomocą magii albo przez innego człowieka jako odwet za konflikt finansowy, w efekcie rodzinnej rywalizacji, zazdrości itd., albo jest pochodzenia nieludzkiego jako zemsta rozgniewanego ducha za nieprzestrzeganie obowiązkowego rytuału związanego z kultem przodków itp. i objawia się przeważnie porwaniem i pochłonięciem duszy lub jakiejś jej części.⁵ Konkretna choroba może wtedy rozwinąć się zgodnie z dwiema zasadami: albo jest spowodowana utratą lub zaburzeniem zasady witalnej (duszy), albo przeciwnie – dodaniem obcego elementu do organizmu.⁶

Jeśli choroba jest wywołana przez złośliwe, agresywne dla ciała siły obce, nie można jej wyleczyć poprzez oddziaływanie na jej przejawy symptomatyczne. Leczenie musi być przyczynowe, nie objawowe. Chorobie magicznej musi się przeciwstawić magiczna terapia.

Terapię magiczną przeprowadza się w zasadzie na dwa sposoby.⁷ Pierwszym jest dostarczenie czegoś, czego choremu brakuje, drugim usunięcie czegoś, co nie jest częścią jego ciała.

⁴ Por. np.: L. Lévy-Bruhl, *Myslení člověka primitivního* [Myślenie człowieka prymitywnego], Praha, 1999, rozdz. 9.

⁵ W wielu kulturach wywołanie choroby jest przypisywane czarownicom lub czarownikom o złej woli. Czarownice i czarownicy to ludzie, którzy odprawiają szkodliwe czary, ponieważ są złośliwi, agresywni, zazdrośni i kąśliwi. Czarownictwo jest podejrzane zwykle wtedy, gdy choroba nadejdzie niespodziewanie. Wina jest przypisywana czarownikom także w przypadku, gdy choroba nie reaguje na leczenie rytualne lub gdy w rodzinie zachoruje lub umrze kilkoro ludzi w krótkim czasie.

⁶ Por.: S. Hargous, *Les appeleurs d'ames*, Paris, 1985, s. 39.

⁷ Por.: M. Harner, G. Doore, *Pradávná moudrost v šamanských kulturách* [Pradawna mądrość w kulturach szamańskich] [w:] S. Nicholson (red.), *Šamanismus I* [Szamanizm I], Bratislava, 1994.

W terapii magicznej wyspecjalizowany jest oczywiście szaman. Z definicji szaman to podmiot przechodzący w odmienny stan świadomości, wywołany zwykle przez rytmiczny dźwięk bębnów czy bicie innych instrumentów, rytmiczny taniec lub substancję psychotropową, aby z wielu powodów pokonał drogę do miejsc, które nazywamy technicznie niższymi i wyższymi światami. Celem wędrówki do tych światów jest świadoma interakcja z magicznymi siłami lub duchami.⁸

Dużo ważniejsze jest jednak to, że szamani uzdrowiciele mogą odprawiać rytuały, podczas których wykrywają a następnie także leczą ukryte przyczyny chorób. We wszystkich kulturach diagnoza choroby jest zasadniczą sprawą przy podejmowaniu decyzji o kierunku leczenia. Gdy diagnoza jest postawiona, uzdrowiciel może odprawić obrzędy zmierzające do wypędzenia ukrytych czynników, będących przyczyną choroby. Szaman może na przykład wywędrować do innego świata, tam odnaleźć utraconą duszę i zwrócić ją umierającemu człowiekowi. Może też w tym świecie wypatrzyć chorobę, poznać ją i po powrocie do zwykłego świata rozpocząć adekwatną terapię. Działanie terapeutyczne jest wynikiem stałej spirytualnej interakcji między człowiekiem a siłami kosmicznymi, między nim a bóstwem, między nim a Ziemią.

⁸ W szamańskim światopoglądzie świat jest rozumiany jako system trzech poziomów – nieba, ziemi i świata podziemnego – które są połączone centralną osią (*axis mundi*, która może być symbolizowana np. przez centralny słup w namiocie szamana), przechodzącą przez jakiś otwór lub dziurę. Dlatego można przez trzy obszary wszechświata stopniowo przechodzić. Bogowie lub duchy mogą przez taką dziurę zstępować na ziemię (i wywoływać chorobę), a martwi do podziemnych światów. Przez tę samą dziurę dusza szamana może w ekstazie ulatywać w górę lub w dół w czasie swoich wędrówek do nieba lub do piekła. Spośród ludzi bowiem tylko szamani wiedzą, jak przejść przez centralny otwór; tylko oni przekształcają kosmoteologiczne wyobrażenie w konkretne ekstatyczne doświadczenie. Zwykli ludzie mogą przez otwór posyłać modlitwy, ofiary lub jeszcze różne uroki, wywołujące chorobę. Tylko szamani mogą rzeczywiście komunikować się między trzema obszarami wszechświata. Por. M. Eliade, *Śamanismus a kosmologie* [Szamanizm i kosmologia] [w:] S. Nicholson (red.), *Śamanismus I...*, 1994.

2.2. Medycyna archaiczna

Z czasem, prawdopodobnie w związku ze wzrostem światowej populacji, doszło także do zmiany modusu myślenia w medycynie. W miejscach o wysokiej gęstości zaludnienia interakcje międzyludzkie musiały być ściśle uregulowane. Życie w jego wymiarze moralnym stało się dużo bardziej skomplikowane. Często dochodziło do rozbieżności między zwyczajową moralnością a prawem, między tradycyjnymi zwyczajami a zarządzeniami nieukształtowanego jeszcze państwa. Zaczęła być odczuwana różnica między „prawami stanowionymi przez wodza” a „prawami zapisanymi w sercach ludzi”. Nasilało się i krystalizowało poczucie i poznanie winy. Tak samo jak karane jest złamanie prawa państwowego, karane jest także złamanie prawa moralnego, którego gwarantem jest Bóg. I właśnie w złamaniu prawa moralnego medycyna archaiczna dopatruje się przyczyny lub motywu wszelkiego zła i wszystkich utrapień towarzyszących życiu człowieka, czyli także choroby. Dla wszystkich narodów kultur archaicznych choroba jest karą, którą bogowie zesłali na człowieka za to, że świadomie lub nieświadomie naruszył prawo moralne.⁹

Człowiek archaiczny widzi przyczynę wszystkich ludzkich niedoskonałości w indywidualnej winie. Jednocześnie wina jednostki wyjaśnia też nieskuteczność magicznych rytuałów. Obrzędy rytualne same w sobie mogą wprawdzie spowodować pożądaną skuteczną, jeśli jednak ten, kto je praktykuje, w jakiś sposób zawinił i stał się nieczysty, tracą swoją siłę sprawczą i nie są w stanie skłonić bogów do interwencji.

Dlatego człowiek dąży do doskonałości i dba o swoje zdrowie za pomocą oczyszczenia. *Katharsis*, umartwianie się i ofiara mają zasadnicze znaczenie zarówno w życiu moralnym, jak i w medycynie. Człowiek zaczyna bardzo wyraźnie odczuwać swoją osobistą odpowiedzialność.

⁹ Por.: P. Laín Entralgo, *Nemoc a hřích* [Choroba i grzech], Vyšehrad, 1995.

Choroba jest zatem dla archaicznego człowieka przede wszystkim grzechem, skazą moralną. Człowiek archaiczny dopuszcza wprawdzie, że ma wolne sumienie, tylko że ta wewnętrzna wolność jest powiązana gęstą i skomplikowaną siecią nakazów z boską mocą. Człowiek żyje „dla” bogów, jest ich sługą. Może się zdarzyć, że ludzie w swoim postępowaniu zapomną o tym ostatecznym celu swojego stworzenia i w ten sposób złamią prawo moralne. Złamanie prawa moralnego, rozumiane jako bunt przeciwko boskiej mocy, jest grzechem, a ten jest słusznie karany pozbawieniem dobrego nastroju, bólem lub nawet chorobą.

Grzeszyć można jednak także nieświadomie. Człowiek może popaść w grzech, wcale tego nie chcąc ani nawet tego nie zauważając. To, co w oczach ludzi jest uważane za chwalebne lub po prostu poprawne, może przed wzrokiem boskim uchodzić wręcz odwrotnie – za występki. W takim przypadku Asyryjczyk modlił się na przykład: „Odpuść mi moją obrazę, odpuść mi winę za moją bezbożność; uwolnij mnie od choroby, odegnaj moje cierpienie; popełniłem grzech świadomie czy nieświadomie; za grzech mojego ojca lub dziada, za grzech mojej matki lub babki, za grzech starszego brata lub starszej siostry, za grzech mojej rodziny, moich krewnych, mojego rodu... spadł na mnie gniew boga i bogini.”¹⁰ Dlatego także w przededniu ważnych świąt kapłani asyryjscy odprawiali wielki pojednawczy obrzęd, aby z góry oczyścić się z występków przeciwko rytualnej regule, których nienaumyślnie i niepostrzeżenie się dopuścili.¹¹

Jeśli choroba jest skutkiem grzechu, to muszą temu odpowiadać także diagnostyka i terapia. Jedynym odpowiednim terapeutą może być w tym przypadku kapłan. Oczywiście, są także lekarze

¹⁰ Cyt. za: K. Pollak, *Medicina d'antichi civilizzati* [Medycyna dawnych cywilizacji], Praha, 1973, s. 90.

¹¹ Myśl asyryjska według Laina Entralga trafia w ten sposób do idei nieświadomej moralności, do załączkowej etycznej i religijnej postaci tego, co czterdzieści pięć wieków później europejska nauka nazwie psychologiczną nieświadomością.

zajmujący się kwestiami czysto somatycznymi, jednak w archaicznym widzeniu świata ich rola jest podrzędna. Nie mogą uchwycić prawdziwej przyczyny choroby. Pierwsze badanie chorego polega na czynności rytualnej przypominającej rachunek sumienia. Pacjent był poddawany badaniu w formie pytań, które przypominają przygotowanie wierzących do spowiedzi. „Podburzył ojca przeciwko synowi? Podburzył syna przeciwko ojcu?... Podburzył przyjaciela przeciwko przyjacielowi?... Kłamał? Schlebiał?” W ten monotony i jednocześnie urozmaicony sposób kapłan przegląda u domniemanego grzesznika najdrobniejsze zakamarki jego świadomości i bada jego czyny. Nic nie zilustruje lepiej archaicznej moralności niż to obszerne wypytywanie, ta gęstwina tysięcy i jednego zakazów, która krępuje jednostkę w środowisku jej życia.

Wynik wypytywania mógł być pozytywny lub negatywny. W pozytywnym przypadku, to znaczy, gdy chory przyznał się do jakiegoś występku moralnego, etiologia choroby została wyjaśniona i można było przystąpić do aktu pojednania: egzorcyzmów, daru ofiarnego, modlitwy i rytualnej ofiary. Gdy wynik przesłuchania diagnostycznego był negatywny i chory mimo najlepszej woli nie potrafił w swoich czynach i myślach dopatrzeć się choćby najmniejszego błędu, przyczyny jego choroby można było poszukiwać w grzesznym postępowaniu jego bliskich krewnych. Terapia była zawsze taka sama – pokuta.

2.3. Medycyna empiryczna

Medycyna empiryczna zaczęła się rozwijać razem z nauką o *physis*, którą rozwinęli filozofowie presokratyczni, poczynając od Talesa z Miletu. Fizjologiczny sposób leczenia był oparty na znajomości *physis*. Fizjolog uważał, że jest w stanie leczyć, jeśli wie coś o naturalnej istocie choroby. W ujęciu fizjologicznym w każdym objawie widzi się konieczne następstwo zaburzenia *physis*, z kolei ta zmiana jest równie niezbędnym następstwem utraty fizycznej równowagi, z której zrodziło się zaburzenie.

Gdy tylko narodziła się nauka o *physis*, nic już nie przeszkadzało w rozwinięciu się medycyny empirycznej. Pierwsze fizjologiczne wyjaśnienie choroby podał Alkmeon z Krotonu około 500 lat przed Chrystusem. W jednym z fragmentów z Aecjusza czytamy: „Alkmeon twierdzi, że zdrowie polega na równowadze dwóch przeciwieństw (*isonomia tón dynamón*), mokrego i suchego, zimnego i ciepłego, gorzkiego i słodkiego i innych. Dominacja (*monarchia*) jednego z nich jest przyczyną choroby (*nosos*). Przewaga jednego z nich jest bowiem szkodliwa. Choroba przychodzi w następstwie nadmiaru ciepła lub zimna i bywa pobudzana nadmiarem lub niedostatkim pożywienia; jeśli chodzi o jej siedlisko, bywa nim krew, szpik (*myelos*) lub mózg (*enkefalos*). Czasem choroby powstają z przyczyn zewnętrznych, jako następstwo szczególnych właściwości wody lub miejsca albo z nadmiernego wysiłku, w wyniku przemocy lub z podobnych przyczyn. W przeciwieństwie do tego zdrowie polega na prawidłowo zestawionej mieszaninie obu przeciwieństw.”¹²

Choroba jest tutaj zatem tylko odchyleniem od równowagi *physis*, a leczenie polega na narzuceniu ciała takiego trybu życia (*diaita*), dzięki któremu możliwe jest przywrócenie prawidłowego stanu zakłóconego przez przyczynę choroby. Dlatego lekarz musi być przede wszystkim *physiologos*, człowiekiem potrafiącym prawidłowo wypowiadać się o *physis*, która ma czysto materialną podstawę.

O zaburzeniu *physis* lekarz może się właściwie wypowiadać tylko wtedy, gdy jest sprawnym empirykiem. Etiologia, semiotologia i nozologia są u zorientowanych naturalistycznie greckich lekarzy konsekwentnie rozumiane z punktu widzenia samej natury chorego człowieka i są czysto empiryczne. Lekarze empirycy opierali się na doświadczeniach, przez co rozumieeli obserwację kliniczną, w czasie której cząstkowe zdarzenia następowały jedno po drugim zawsze, często, w połowie przypadków, rzadko lub

¹² Cyt. za: P. Laín Entralgo, *Nemoc a hřích...*, s. 30–31.

nigdy. Jeśli łańcuch zdarzeń pojawiał się dostatecznie często, na podstawie tego następstwa mogła być budowana teoria.¹³

Od czasów Alkmeona aż do końca dziewiętnastego wieku medycyna empiryczna powoli, a niekiedy skokowo, lecz stale się rozwijała. Zainspirowana przez rozwój techniki, oszołomiona wynalazkami o coraz bardziej skomplikowanych mechanizmach, lecz których awarie nietrudno jest naprawić, z czasem z wielkimi nadziejami przyjęła metaforę ciała człowieka jako maszyny: „Ciało człowieka jest maszyną, która sama naciąga swoje sprężyny, żywym obrazem nieprzerwanego ruchu”¹⁴, stwierdza w osiemnastym wieku lekarz La Mettrie. Jeśli ciało człowieka jest maszyną, to żadna choroba nie może się oprzeć medycynie empirycznej. Sto lat później temu terapeutycznemu optymizmowi, który trwa do dziś, definitywną i kanoniczną ważność nadał Henry Ford. W rozprawie *Naprawianie ludzi jak kotła parowego* wizjoner ten napisał: „Nie tak dawno twierdziliśmy, że pozbywamy się kotłów tylko dlatego, że w jednym lub w dwóch miejscach były przeżarte rdzą i w ten sposób zmalała wytrzymałość ich powierzchni. Zbadaliśmy ten problem i szybko znaleźliśmy sposób, jak odnowić metal w miejscu, gdzie spodziewaliśmy się, że puści najwcześniej, potem był tak samo dobry jak nowy. Kocioł trafiał do kotłowni mocniejszy niż był początkowo. [...] Można wierzyć, że będziemy tak samo odnawiać ludzkie ciała jak odnawiamy kotły.”¹⁵

Radykalny fizjologizm greckiej medycyny empirycznej miał jeszcze inne interesujące konsekwencje. Do *physis* chorego należy według Galena nie tylko to, co dzieje się w ciele, ale i to, co rozgrywa się w jego psychice. Także wewnętrzne życie człowieka, jego wolność i odpowiedzialność są tematem fizjologii lub wiedzy o naturze, a jego zaburzenia są przedmiotem rozważań i in-

¹³ Por.: T. Rütten, *Empirisme* [w:] D. Lecourt (red.): *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, 2004, s. 406.

¹⁴ J. O. La Mettrie, *Člověk stroj* [Człowiek – maszyna], Praha, 1958, s. 51.

¹⁵ H. Ford, *Moje filozofie průmyslu* [Moja filozofia przemysłu], Praha 1930, s. 18–19.

terwencji lekarza – fizjologa. Lekarz, jako najwyższy pan ludzkiej natury, zaczął domagać się prawa do naprawiania także duchowego życia człowieka, jego zwyczajów, namiętności, a w końcu także grzechów. Grzech jest bowiem utratą ładu w ludzkiej duszy. Człowiek chory przestał być rozumiany jako grzesznik, odwrotnie – grzesznik zaczął być postrzegany jako człowiek chory. Narodziła się medycyna sądowa.¹⁶

2.4. Medycyna eksperymentalna

Medycyna empiryczna od samego początku natrafiała jednak na zasadniczy problem. Tym problemem byli chorzy, którzy uzdrowili się sami, bez leków i jakiegokolwiek interwencji. Konieczne było wtedy postawienie nie tylko pytania, czy leki, które się podaje, są pożyteczne, lecz także, czy nie są szkodliwe. Ta niepewność co do gojącego działania empirycznych środków leczniczych i ta świadomość wpływu naturalnej siły leczniczej w żywym organizmie stały się akuszerką medycyny eksperymentalnej.

Medycynę eksperymentalną, która narodziła się w okresie nowożytności i osiągnęła dojrzałość u schyłku dziewiętnastego wieku wraz z dziełem Claude'a Bernarda *Wstęp do medycyny eksperymentalnej*, pięknie charakteryzują następujące słowa: „Badacz – eksperymentator, który stanie wobec zjawisk naturalnych ..., jest w pewnym sensie sędzią śledczym natury; ale zamiast spotykać się z ludźmi, którzy próbują go okłamać zmyślonymi wyznaniem i fałszywym świadectwem, ma się zajmować zjawiskami naturalnymi; te są dla niego jakimiś podmiotami o nieznanym mowie i nieznanym zwyczajach, żyjącymi w otoczeniu, którego nie zna. A jednak chce poznać ich drogę. Używa do tego celu wszystkich środków, które są w jego mocy. Obserwuje ich czyny, ruchy i przejawy i stara się podzielić przyczyny tego wszystkiego za pomocą

¹⁶ Por. P. Laín Entralgo, *Nemoc ...*, s. 44–47.

różnych prób, które nazywamy eksperymentami. W trakcie tych wszystkich badań eksperymentator rozumuje zgodnie z własnymi odczuciami i przypisuje przyrodzie swoje własne myśli. Stosuje przy tym wszystkie możliwe podstępny i często, mówiąc wprost, kłamie, aby wydobyć prawdę. [...] Medycyna eksperymentalna to zatem taka, której ambicją jest poznanie praw organizmu, zdrowego i chorego, nie tylko w celu przewidywania zjawisk, lecz także ze względu na możliwość w określonych granicach kierowania nimi i ich zmieniania.”¹⁷

Eksperymentator przy łóżku chorego nie musi się różnić od lekarza empirycznego niczym więcej oprócz tego, że „chce rozumieć to, co robi; nie wystarczy mu obserwowanie lub postępowanie empiryczne, lecz chce podejmować próby według zasad naukowych i zrozumieć mechanizm powstania choroby oraz mechanizm leczniczego działania leków.”¹⁸ Lekarz empiryk będzie natomiast zadowolony, „gdy w sposób empiryczny dowie się, że określony lek na daną chorobę pomaga, gdy dokładnie pozna dawki, które trzeba podawać i przypadki, gdy można je zastosować.”¹⁹

Jednak empiryk może się czasem srodze mylić – także na szkodę pacjenta – a eksperymentator może wykazać jego błąd. Jednym z pierwszych empiryków, którym eksperymentatorzy zadali kłam, był lekarz Franz Anton Mesmer. Mesmer twierdził, że istoty ludzkie są powiązane wzajemnie szczególną energią, „magnetycznym fluidem”, i że jest możliwe, aby za jego pomocą jedna istota u drugiej wywołała znaczne zmiany psychiczne i somatyczne. Fluid był dla Mesmera siłą fizyczną, dającą się potencjalnie wyjaśnić za pomocą praw natury, nadającą się do

¹⁷ C. Bernard, *Úvod do studia experimentální medicíny* [Wstęp do studium medycyny eksperymentalnej] [w:] C. Bernard *Život a dílo* [Życie i dzieło], Praha, 1961, s. 118 i 241. Chodzi o pracę C. Bernarda *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Por. także B. Skarga, *Claude Bernard*, Warszawa 1970, gdzie w tłumaczeniu autorki opublikowano też fragmenty dzieł Bernarda.

¹⁸ *Ibidem*, s. 250.

¹⁹ *Ibidem*, s. 249.

wykorzystania także do celów leczniczych.²⁰ I właśnie poprzez liczne sukcesy terapeutyczne Mesmer dowodził prawdziwości swojej teorii „magnetyzmu zwierzęcego”.

Mimo to w 1784 roku król Ludwik XVI zwołał komisję, której członkami były takie osobistości naukowe, jak Lavoisier czy Benjamin Franklin, i która miała eksperymentalnie zweryfikować teorię Mesmera. Magnetyzer został poproszony o namagnetyzowanie „uzdolnionego podmiotu” bez jego wiedzy, a następnie, aby pozornie namagnetyzował inny podmiot lub by namagnetyzował podmiot z zawiązanymi oczami w innym miejscu ciała niż to zapowiedział. Po serii eksperymentów komisja mogła ogłosić, że „fluid bez wyobraźni jest nieskuteczny i odwrotnie – wyobraźnia bez fluidu może wywołać zjawiska, które są przypisywane fluidowi”.²¹ Mówiąc krótko, fluid, którego istnienia miały dowodzić jego działania, nie istniał.

Przypadek Mesmera ujawnił jednocześnie nieprzyjemny fakt, że sukces terapeutyczny niczego nie dowodzi. Empiryk był od teraz definiowany jako ten, który uważa swoje sukcesy terapeutyczne za dowód skuteczności swoich metod. Lekarze jednak wyraźnie sobie uświadomili, że ponieważ ludzie dotknięci taką samą chorobą mogą się wyleczyć za pomocą całkiem odrębnych procedur, to Przyroda jest na tyle silna, że często leczy także wbrew lekarzom i triumfuje jednocześnie zarówno nad chorobą, jak i nad lekiem.

Dlatego z czasem została wypracowana metoda ewaluacji skuteczności terapii – tzw. randomizowana podwójna ślepa próba.

²⁰ Metoda Mesmera w praktyce polegała na tym, że podmiot był poddawany serii fizycznych manipulacji, tzw. pasów, przeznaczonych do wywołania „kryzysu”. Zakładano, że wraz z tym dochodzi ponownie do harmonijnego zróżnicowania fluidu i działań leczniczych. Mesmer uważał bowiem, że większość chorób jest uwarunkowana złym rozprzestrzenianiem fluidu w organizmie. Por.: L. Chertok, *Nepoznaná psychika* [Niepoznana psychika], Praha 1986, s. 15 lub L. Chertok, *L hypnose*, Paris 1989, s. 17–18.

²¹ Cyt. za: I. Stengers, *Le médecin et le charlatan* [w:] T. Nathan, I. Stengers, *Médecins et sorciers; Les empecheurs de penser en rond*, Paris, 1995, s. 120.

Jedna przypadkowo wybrana eksperymentalna grupa pacjentów dostaje zbadaną substancję lub jest poddawana terapii, a druga, grupa kontrolna, otrzymuje tak samo wyglądającą substancję nieskuteczną lub terapię pozorną (*placebo*), przy czym nie tylko pacjent, ale także sam pracownik oceniający wyniki nie wie, który podmiot został zaliczony do której grupy. Tylko w takich warunkach na ocenę nie mogą wpływać jego własne oczekiwania.²²

Eksperymentalna metoda badań w medycynie okazała się niezmiernie skuteczna. Dzięki niej doszło do czegoś, co bywa nazywane „rewolucją terapeutyczną”. Jej symbolem może być odkrycie sprawców chorób zakaźnych przez słynną plejadę „łowców mikrobów” z Pasteurem i Kochem na czele, a następnie odkrycie sulfonamidów i antybiotyków, które dały człowiekowi do rąk silną broń przeciwko do tej pory śmiertelnym chorobom, jakimi były gruźlica, syfilis, sepsa, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego itd.

Cud, jakim to wówczas było, dziś już trudno sobie wyobrazić. Jean Bernard, imiennik wielkiego eksperymentatora, wspomina, że gdy w 1933 roku pracował jako internista na oddziale przeznaczonym dla chorych na różę²³, wszyscy pacjenci umierali. Zaledwie cztery lata później, gdy pracował już jako szef całej kliniki, wszyscy pacjenci z tą chorobą zostali wyleczeni za pomocą właśnie odkrytego sulfonamidu, jakim był prontosil.²⁴

²² Więcej szczegółów zob. np.: I. Lövy, *Essai clinique* [w:] D. Lecourt (red.), *Dictionnaire ...*, s. 441–446.

²³ Róża (*erysipelas*) to głęboka zakaźna choroba zapalna skóry i tkanki podskórnej, którą wywołują streptokoki. Bakterie te dostają się do ciała przez drobne otarcia, pęknięcia, przez wrzód gołeniowy itp. Choroba daje wyraźne ogólne objawy – gorączkę, bóle głowy i stawów, nudności i miejscowe zaczerwienienie skóry, które płomienście szerzy się wzdłuż naczyń chłonnych.

²⁴ Ta „terapeutyczna rewolucja” miała jednak też inne następstwa. Na przykład nieuzasadnioną wiarę we wszechmocność nowych medykamentów i ich przesadne przepisywanie. Tenże J. Bernard opisuje jedną niezbyt chorą damę, która codziennie zażywała sześćdziesiąt pięć proszków. J. Bernard, *De la biologie à l'éthique*, Paris 1990, s. 36.

Wiek dwudziesty, dzięki metodzie eksperymentalnej, przyniósł w wielu częściach świata poprawę stanu sanitarnego wody i żywności, lepsze warunki mieszkaniowe, szczepionkę na *polio*, eradykację wirusów ospy prawdziwej i zasadnicze ograniczenie występowania takich zabójców, jakimi były gruźlica, cholera czy syfilis. Śmierć noworodków i małych dzieci, przez cały długi okres istnienia ludzkości zdarzenie całkiem zwyczajne, zaczęła być postrzegana jako niespodziewana tragedia. Średnia długość ludzkiego życia znacznie wzrosła, w niektórych miejscach aż dwukrotnie. Druga wojna światowa stała się pierwszą wojną w historii, gdy epidemie nie pochłonęły więcej ofiar niż same działania wojenne. Ponad pół wieku upłynęło bez większych klęsk epidemicznych, głównym celem medycyny miało się zatem stać wyłącznie leczenie raka, naczyń zatkanych w wyniku zmian miażdżycowych, stresu i innych tzw. chorób cywilizacyjnych oraz objawów starzenia.

Medycyna eksperymentalna to, mówiąc krótko, typ myśli medycznej, który dzisiaj dominuje. Skomplikowane protokoły eksperymentalne precyzyjnie regulują procedury pozyskiwania danych empirycznych. Komisja etyczna pilnie czuwa nad czystością moralną eksperymentalnych projektów. Mimo to jednak także medycyna eksperymentalna jest obciążona wieloma nie do końca rozwiązanymi problemami konceptualnymi, co być może wkrótce przyniesie kolejną zmianę filozofii medycyny.

Oto tylko niektóre z nich: Rozwój współczesnej medycyny, który dzięki odkryciom w dziedzinie technologii genetycznych czy neurotechnologii umożliwia radykalną zmianę ludzkiej istoty, zmusza nas do rekonceptualizacji wielu zakorzenionych wyobrażeń o człowieku. Opinia publiczna będzie musiała wkrótce porządkować sobie zagadnienia typu: Kim właściwie jest człowiek? Czy człowieczeństwo jest definiowane poprzez genotyp czy raczej poprzez pewne wartości, które człowiek uznaje za własne? Czy pełnoprawnymi ludźmi są zamrożone embriony, osoby w trwałym stanie wegetatywnym albo w zaawansowanej chorobie Alzheimera? Czy mogą mieć jakieś prawa zwierzęta lub czy

możemy dowolnie z nimi postępować np. w ramach prowadzonych badań? Co się stanie z człowiekiem i jego wartościami, gdy zaczniemy ingerować w jego genom? A czy medycy, ci „bogowie w bieli”, nie zaczynają na nowo pojmować swojej funkcji społecznej? Czy sukcesy kliniczne potwierdzają nadzieje prognozowane na podstawie badań? W jaki sposób rozwój medycyny wpłynie na ogólne podejście do praw chorych? Jakie jeszcze zmiany będą mu towarzyszyć?

Lekarze na początku XXI wieku zostali postawieni w całym nowym świecie. Nie jest oczywiste, czy społeczeństwo jako całość jasno sobie uświadamia rozmiar władzy, jaka wydaje się być w jego rękach. Stojąc w obliczu tych możliwości, trzeba zapytać, które praktyki mogą być legitymizowane, a które nie. Jak zdefiniować nowoczesną medycynę? Na jakich podstawach filozoficznych ma się opierać? W trakcie rozważań o charakterze współczesnej medycyny nie można uniknąć także kwestii społecznej. Czy pacjenci mogą albo mają mieć równy dostęp do opieki medycznej? Jak odnosić się do ludzi na marginesie (choćby na marginesie zachodnich społeczeństw), którzy nie mają środków finansowych na coraz bardziej kosztowne leczenie? Jak lekarze w obliczu liberalnego systemu ekonomicznego mogą opierać się jego presji?

Klasyczną filozofię medycyny można pięknie wyrazić pytaniem, które przed ponad dwustu laty postawił sobie Giovanni Battista Morgani²⁵, a które stało się podstawową zasadą medycyny kauzalnej: *Ubi est morbus?* Gdzie jest choroba? Tylko wtedy, gdy dobrze poznamy, gdzie jest choroba i czym jest spowodowana, możemy przeciwko niej skutecznie interweniować terapeutycznie. Ponieważ rzeczywiście skuteczna może być tylko terapia przyczynowa – atak na prawdziwe przyczyny choroby, które trzeba wykryć – a nie tylko terapia objawowa, czyli terapia ukierunkowana na widoczne dolegliwości.

²⁵ Por. S. B. Nuland, *Lékařství v průběhu staletí* [Medycyna na przestrzeni wieków], Praha 2000, s. 221.

Dziś jednak coraz bardziej oczywiste jest, że to pytanie nie wystarczy. Medycyna, która potrafi od podstaw zmienić człowieka (wraz z jego charakterem psychicznym), a potencjalnie także stworzyć jakiegoś „nadczłowieka”, musi sobie postawić dużo bardziej podstawowe pytanie filozoficzne: *Quid est morbus?* Czym właściwie jest choroba? Czym jest zdrowie? Jaka jest różnica między tym, co normalne a tym, co patologiczne?²⁶

3. Przenikanie się modusów w praktyce klinicznej

Nie ma tu miejsca na dokładny opis poszczególnych modusów myśli medycznej, występujących w największym stopniu w danej epoce historycznej, tym bardziej problemów filozoficznych współczesnej medycyny. Trzeba jednak podkreślić, że poszczególne fazy w żadnym przypadku nie stanowią jasno zdefiniowanych okresów historycznych, ale są to raczej dużo bardziej fundamentalne podejścia epistemologiczne do kwestii zdrowia i choroby. Nie chodzi o diachroniczne epoki myśli medycznej, lecz w dużo większym stopniu raczej o jej synchroniczne modusy, z których wszystkie są obecne w ukrytej formie także w dzisiejszej medycynie klinicznej.

Na przykład magiczni uzdrowiciele również często opierają się na obserwowaniu przyrody i znają skuteczne leki i procedury, które czasem przejmują od nich zachodnia medycyna. I podobnie, jak w medycynie magicznej reprezentowany jest pierwiastek racjonalny i obserwacyjno-eksperymentalny, tak samo w nowoczesnej medycynie obecny jest często pierwiastek magiczny i archaiczny. We wszystkich epokach istniała zarówno medycyna magiczna i archaiczna, jak i względna znajomość medykamentów, chirurgii i w ogóle terapii somatycznej. Chodzi tylko o to, do czego w danej epoce przede wszystkim przywiązywano wagę.

²⁶ Por. M. Petruš, *Možnosti transgrese* [Możliwości transgresji], Praha 2005.

We współczesnym eksperymentalnym paradygmacie w sposób zrozumiały nacisk kładzie się na ścisłą naukowość. To jednak nie musi oznaczać, że współczesna medycyna jest całkowicie pozbawiona elementów myślenia magicznego, archaicznego czy empirycznego.

Czyż obecne odrodzenie psychosomatyki, ewentualnie neuroimmunologii, nie odwołuje się do myślenia magicznego? Jak podkreśla wielu praktyków, medycyna kliniczna jest w czterdziestu procentach nauką, a w sześćdziesięciu procentach teatrem. Czyż badania etnopsychiatrów i potrzeby pacjentów w wielokulturowym świecie nie wskazują na konieczności świadomego dostrzegania i trafnego wykorzystania także magicznych pierwiastków w terapii? Przykładem myślenia magicznego, któremu ulegają również medycy, jest nadużywanie nowoczesnych technologii diagnostycznych. Lekarze z obawy przed oskarżeniem, że nie zapewniają pacjentom wszelkich zdobyczy nauki często niepotrzebnie wysyłają ich na wszystkie możliwe badania. Według Axela Kahna mamy do czynienia z klasyczną ludzką reakcją: jeśli nie rozumiemy określonej dziedziny (techniki w tym przypadku), ta bardzo szybko zyskuje wymiar magiczny. Od techniki, którą potem przywołujemy w sposób magiczny, oczekujemy też magicznych efektów.²⁷

Czyż uporczywe dociekanie w różnych anamnezach podczas sporządzania protokołu przyjęcia do szpitala nie przypomina często archaicznego rachunku sumienia? Biada temu, któremu wytknie się choćby grzech alkoholizmu! Czyż tabu otaczające chorobę taką jak AIDS lub rak nie odwołuje się do myślenia archaicznego? Rak według Susan Sontag rozumie się jako chorobę, na którą są nadzwyczaj podatni ludzie słabi, zdeptani lub zakrzyżczani – szczególnie ci, którzy tłumią w sobie gniew lub pożądanie seksualne.²⁸ Gruźlica, w przeciwieństwie do tego, w trakcie

²⁷ Por.: A. Kahn, *La médecine du XXI siècle*, Paris, 1996, s. 41.

²⁸ Rak według dzisiejszych konwencji nie jest rozumiany jako sama choroba, ale jako demoniczny wróg przynoszący nie tylko śmierć, ale też hańbę. We-

dziewiętnastego i na początku dwudziestego wieku była uważana za chorobę atakującą głównie ludzi nadzwyczaj wrażliwych, uzdolnionych i namiętnych. Osobie, która przeżyła zawał serca grozi właściwie tak samo duże, a nawet większe ryzyko, że w najbliższych kilku latach umrze, jak komuś, u kogo zdiagnozowano raka. Nikomu jednak nie przyjdzie do głowy, by ukrywać prawdę przed osobą chorą na serce; w zawale nie ma nic, czego trzeba by było się wstydzić. Pacjenci z rakiem są okłamywani nie tylko dlatego, że choroba ta jest uważana za wyrok śmierci, ale dlatego, że jest postrzegana jako coś haniebnego, wyrok losu, coś okropnego, odrażającego dla zmysłów.²⁹ Choroba serca stanowi słabość, dolegliwość, niewydolność o charakterze mechanicznym. Nie jest związana z żadną hańbą, z żadnym tabu, jakie kiedyś okrywało jednostkę cierpiącą choćby na trąd i jakie dziś okrywa tych, którzy mają raka lub ostatnio AIDS. Każde społeczeństwo potrzebuje jakiejś choroby, która jest uosobieniem zła, by mogło oskarżać o nie jej ofiary. Pacjent z diagnozą raka jest przeklęty. Nic zatem dziwnego, jak przyznają niektórzy onkolodzy, że samo słowo „rak” potrafi zabić niektórych pacjentów, którzy w innym przypadku (tak szybko) nie ulegliby swojej śmiertelnej chorobie.

Uważam też za prawdopodobne, że wiele współczesnych procedur terapeutycznych, powołujących się na wyniki ekspery-

dług S. Sontag niektóre ogólnie rozpowszechnione teorie psychologiczne tej choroby przypisują ostateczną odpowiedzialność za zachorowanie i za wyzdrowienie samemu pacjentowi. Istnieją wydumane poglądy, że człowiek sam odpowiada za tę chorobę, szczególnie jeśli palił lub że miał do niej skłonność charakterologiczną. Jeśli jednak mówimy pacjentom, że sami bezwiednie spowodowali swoją chorobę, wzbudzamy w nich jednocześnie poczucie, że na nią zasłużyli. Por.: S. Sontag, *Nemoc jako metafora, AIDS a jego metafory* [Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory, wyd. polskie Warszawa, 1999], Praha 1997.

²⁹ Przypominam sobie scenę z jednej wizyty, w czasie której lekarze rozmawiali między sobą półgłosem nad pacjentem z licznymi przerzutami w CUN o tym, że diagnoza SR jest pozytywna. Za chwilę pacjent zapytał się, jak wyszło badanie mózgu, na co lekarz prowadzący odpowiedział mu z rozdrażnieniem, że jest podejrzliwy i że wszystko jest w porządku.

mentalne, w rzeczywistości ma charakter czysto empiryczny. Nic jednak dziwnego, ponieważ wciąż obowiązują słowa C. Bernarda: „Przy współczesnym stanie nauki wiemy o działaniu leków tak mało, że lekarz eksperymentator, gdyby chciał postępować logicznie, nie mógłby nic robić i najczęściej musiałby tylko czekać zgodnie z tym, co nakazywałyby mu jego wątpliwości i jego niepewność.”³⁰ Empiryk może zatem uratować chorego, któremu wyczekiwanie eksperymentatora pozwoliłoby umrzeć. Obowiązuje jednak także coś przeciwnego. Wyczekiwanie czasem uratuje chorego, którego empiryk by zabił. Dlatego empiryzm również jest metodą niewystarczającą, ponieważ jest to metoda zawodna i często niebezpieczna. Jak mówi Paul Feyerabend: metody diagnozowania są niebezpieczne, procedury lecznicze czy raczej tak zwane procedury lecznicze są często drastyczne, liczba wypadków w szpitalach jest większa niż w przemyśle.³¹

Nawet sama metoda eksperymentalna stosowana w medycynie klinicznej nie jest doskonała. Nie chodzi tylko o to, że naturalny rozwój choroby jest często nieliniowy i nieprzewidywalny, trudno jest także oceniać stosunek przyczynowy między terapią a stanem chorego – nawet za pomocą podwójnej ślepej próby. Jeszcze gorsze jest to, że próby kliniczne muszą być z konieczności ograniczane z powodów etycznych. Jak stwierdza Jean Bernard, próby te są wprawdzie pod względem moralnym konieczne, ale jednocześnie w sposób konieczny niemoralne. Konieczne pod względem moralnym dlatego, że wymaga tego terapeutyczna odpowiedzialność lekarza. W sposób konieczny niemoralne dlatego, że w postępowaniu z niektórymi pacjentami lekarze nie kierują się wyłącznie dążeniem do polepszenia ich stanu, lecz potrzebą zdobycia informacji, z których będą mogli skorzystać przyszli pacjenci.³² Tak zwana „świadoma zgoda”, wymagana do włączenia do

³⁰ C. Bernard, *Úvod do studia ...*, s. 250.

³¹ P. K. Feyerabend, *Tři dialogy o věděni* [wyd. polskie jako Dialogi o wiedzy, Warszawa, 1999], Praha 1999, s. 132.

³² Por.: J. Bernard, *De la biologie ...*, s. 45.

eksperymentu, jest w praktyce wielką iluzją. Większość pacjentów w przypadku sytuacji egzystencjalnej, jaką jest choroba, podpisze wszystko. Z drugiej strony tym, którzy faktycznie nie mogą się podpisać (pacjenci w śpiączce itd.) grozi, że staną się „terapeutycznymi sierotkami”, ponieważ nie można na nich przeprowadzać eksperymentów. Wielu lekarzy obawia się, że jeśli utrzymają się obecne trendy etyczne, całkiem niemożliwe stanie się prowadzenie badań na przykład w medycynie stanów krytycznych.³³ Kolejnym utrudnieniem jest to, że kontrolnej grupie pacjentów nie powinna być aplikowana standardowa terapia, lecz w interesie czystości eksperymentu byłoby pozostawienie jej całkowicie bez terapii i porównanie badanej terapii z naturalnym przebiegiem choroby.

Ponieważ zakres tekstu uniemożliwia zajmowanie się tymi tematami szczegółowo, a ujawnienie konkretnych śladów pierwiastków magicznych, archaicznych czy empirycznych w obecnej medycynie klinicznej zasługuje na samodzielne studium, w dalszej części ograniczę się tylko do kilku uwag o myśleniu magicznym dziś. Współczesne odrodzenie medycyny psychosomatycznej wręcz do tego zachęca. O czym innym bowiem świadczy istnienie chorób o podłożu psychosomatycznym i kulturowym jak nie o skłonności ciała do odpowiadania na symboliczne interakcje?

4. Magiczne myślenia dzisiaj

Gdy etnologowie zaczęli badać choroby, byli zaskoczeni, ile rozmaitych oblicz może mieć choroba. Choroba nie jest wszędzie tak samo definiowana ani nie ma wszędzie jednakowego znaczenia. Sama choroba rozpułynie się w morzu wielu innych nieszczęść, które mogą być jednocześnie leczone przez niewyspecjalizowanego ludowego uzdrowiciela. Choroba odgrywa też rolę społecz-

³³ Por.: R. D. Truog, *Will ethical requirements bring critical care research to a halt?* [w:] *Intensive Care Med*, 2005, s. 338–344.

ną. Nie tylko w przypadku chorób psychicznych, ale często także w przypadku tych najbardziej fizycznych chorób ich przyczyny szuka się nie w ciele, organizmie materialnym, lecz w organizmie społecznym. Pojęcia związane z medycyną obejmują wiele aspektów, dlatego tej dziedziny ludzkiej aktywności nie można omawiać we właściwy sposób bez odnoszenia się do religijności i praktyk społecznych.

W dziedzinie zaburzeń psychicznych takie powiązania próbuje badać etnopsychiatria. Etnopsychiatria jest definiowana jako ta dziedzina psychiatrii, która bada różne zaburzenia psychiczne w powiązaniu z grupami kulturowymi i etnicznymi, do jakich należą jednostki, które na nie cierpią.³⁴ Etnopsychiatria zajmuje się takimi zagadnieniami, jak: Czy pojęcie choroby psychicznej jest uniwersalne, czy obowiązuje tylko w określonej kulturze? Czy objawy chorób psychicznych wszędzie na świecie są takie same, czy są wypadkową cząstkowych kultur? Czy istnieją jakieś czynniki socjalne, które przyczyniają się do liczniejszego występowania różnych chorób psychicznych?³⁵

Częściową odpowiedź przynosi diagnoza tzw. uwarunkowanych kulturowo zespołów psychiatrycznych (*culture-bound syndromes*). Za uwarunkowane kulturowo zespoły psychiatryczne uważa się powtarzające się wzorce nieodpowiedniego zachowania, specyficzne dla określonej lokalizacji, które mają charakter aberracji i stanowią trudne i niekorzystne doświadczenie dla dotkniętej zespołem jednostki. Mogą, ale nie muszą być zaliczone do którejś z kategorii diagnostycznych DSM-IV.³⁶

Przykładem może być choroba o nazwie windigo występująca tylko w kulturze Inuitów. Windigo to, według Inuitów, potwór,

³⁴ Por. hasło etnopsychiatria w: J. Postel, (red.): *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris 1995, s. 219.

³⁵ Por.: G. Devereux, *Essais d'éthnopsychiatrie générale*, Paris 1977.

³⁶ G. O. Krizek, *Kulturně vázané psychiatrické syndromy* [Kulturowo uwarunkowane zespoły psychiatryczne] [w:] *Praktický lékař 81* [Lekarz rodzinny 81], 2001, nr 10, s. 568–572.

straszliwe bóstwo żywiące się ludzkim mięsem. Występuje pod postacią szkieletu z lodu. Windigo może się stać także człowiek. Opętana jednostka, która wierzy, że stała się Windigo, zabija potem i zjada także członków swojej rodziny. Chory człowiek początkowo obserwuje u siebie dolegliwości żołądkowo-jelitowe, popada w melancholię i zaczyna się bać, że zły szaman rzucił na niego urok. Przeżywa grozę, że staje się Windigo. Stan ten daje się wyleczyć za pomocą praktyk magicznych „dobrego” szamana, w przeciwnym wypadku wszystko rozwija się dalej aż do wybuchu niemożliwych do opanowania impulsów kanibalizmu.

Także w obrębie zachodniej cywilizacji i kultury niektóre zaburzenia psychiczne można uznać za uwarunkowane kulturowo. Mówi się o zespołach takich, jak jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) czy dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (wcześniej – osobowość mnoga).

Uwarunkowane kulturowo zespoły nie muszą jednak być tylko charakteru psychiatrycznego, mogą to być także zaburzenia na pierwszy rzut oka czysto somatyczne. Na przykład choroba *Tambawe* jest dziecięcą chorobą jelitową, występującą na wyspie Réunion, obejmującą wiele symptomów, które w oczach lekarza zachodniego nie mają ze sobą nic wspólnego.

Zespoły somatyczne uwarunkowane kulturowo prawdopodobnie istnieją też w obrębie kultury euroamerykańskiej. Przykładem może być epidemiologia stwardnienia rozsianego.³⁷

³⁷ Niektóre grupy etniczne są całkowicie odporne na stwardnienie rozsiane (SR). Choroba nie występuje na przykład wśród Eskimosów, Lapończyków, Jakutów, Maorysów, Indian amerykańskich i prymitywnych plemion australijskich. W ujęciu globalnym można jednak powiedzieć, że liczba przypadków SR maleje od biegunów do równika. Często badane są następstwa przejścia z miejsc wysokiego ryzyka do miejsc niskiego ryzyka i odwrotnie. Jeśli do przesiedlenia dochodzi w dzieciństwie do piętnastego roku życia, częstotliwość SR dostosowuje się do nowego kraju pobytu. Emigranci w wieku powyżej piętnastu lat zachowują wrażliwość na SR według pierwotnego środowiska i kultury, w których dorastali. Por.: P. Lenský, *Roztroušená skleróza* [Stwardnienie rozsiane], Praha 2002, s. 46–54.

5. Propozycja terapii wielopoziomowej

Etnopsychiatria zajmuje się nie tylko aspektami teoretycznymi, ale przede wszystkim klinicznymi. Chodzi o praktykę terapeutyczną ukierunkowaną na członków różnych grup etnicznych. Tobie Nathan proponuje metodę zorganizowania wielopoziomowej terapii klinicznej.³⁸ Jakakolwiek terapia powinna być pracą zespołową. Pacjentem byłby na przykład Bambara z Mali. Wtedy konieczne jest, aby jednym z terapeutów był także Bambara z Mali. W zespole byłiby jednak także Soninke z Mali, Wolof z Senegalu, Grek lub aszkenazyjski Żyd w trzecim pokoleniu itd. Aby jasno wystąpił antropologiczny wymiar choroby, należałoby postępować w następujący sposób: Pacjent powiedziałby na przykład: „Jestem bardzo niespokojny. W nocy w moim domu dzieją się dziwne rzeczy. Słyszę głosy.” Pierwszy przemówiłby terapeuta z Antyli: „Tak, tak, znamy to, w języku kreolskim to nazywa się tak i tak” i powiedziałby kreolskie zdanie. W tym momencie o głos poprosiłby choćby senegalski terapeuta z grupy etnicznej Wolofów: „U nas mamy coś podobnego, nazywamy to *dòm* (ludożercze czarownice)” i powiedziałby to w języku Wolofów. Według Nathana chodzi o to, aby z jednej strony pacjent zrozumiał, że istota choroby tkwi w nim samym, a z drugiej strony, że nie chodzi o nic przypadkowego, ponieważ członkowie innych kultur mogą odczuwać coś podobnego. Symptom stanie się wtedy dla pacjenta mniej niepokojący. Bambaru z Mali nie mógłby leczyć tylko europejski terapeuta, ponieważ nie może on ot tak po prostu powiedzieć, że w przypadku jego choroby chodzi o *djinna* (dżina) z puszczy, ponieważ robiłby wrażenie jeszcze bardziej szalonego niż sam pacjent, który dobrze wie, że biali w nic takiego nie wierzą. Mówiłby tak do swojego pacjenta: „Skomplikowane pojęcia wykraczają poza twoje możliwości pojmowania, tobie wystarczy tylko mitologia.” W przeciwieństwie do tego, afrykań-

³⁸ T. Nathan, *Les voies de l'ethnopsychiatrie* [w:] *La science sauvage* Paris, 1993, s. 110–112.

ski psychoterapeuta może nie tylko interpretować objawy *djinna*, może także odkryć, o jakiego *djinna* chodzi – czy są ze strony ojca czy matki lub czy pochodzą stąd, że niedostatecznie był czczony kult przodków. Ta interpretacja, dotycząca kontekstu rodzinnego lub społecznego, wywoła prawdopodobnie reakcję w osobowości chorego i może dzięki temu rozpocząć się proces (auto) terapeutyczny.

Lekarze kliniczni jak Tobie Nathan przypuszczają bowiem, że jedyną skuteczną psychoterapią jest autoterapia. Praca kliniczna polega zatem tylko na uruchomieniu autoterapeutycznych procesów i mechanizmów. W psychoterapii nie chodzi o nic innego niż o stymulowanie, za pomocą metod zachodniej czy innej medycyny, mechanizmów autoterapii.

Podobna wielopoziomowa terapia mogłaby być z pewnością zastosowana także u wielu pacjentów z euroamerykańskiego kręgu kulturowego, również w przypadku chorób somatycznych. Zresztą wielu autorów zdecydowanie odrzuca ścisły podział chorób na somatyczne i psychiczne.³⁹ Nie tylko dlatego, że tego podziału często brakuje w innych kulturach, ale także w ramach naszej własnej nozologii powoduje wiele błędów. Każda choroba, czy chodzi o złamany palec czy o zaburzenie biochemii mózgu, ma bowiem aspekt nie tylko biologiczny, ale też społeczny. Chora jednostka zawsze umieszcza chorobę w wyobrażeniach kształtowanych przez jego własną tożsamość kulturową. Wpływ kultury jest oczywiście dużo większy w przypadku chorób, które oceniamy jako psychiczne, jednak widoczny jest także w przypadku chorób o charakterze czysto fizycznym. Gdy złamiemy nogę, nasza interpretacja wypadku, nasz stosunek do tych, którzy mogli spowodować wypadek, nasza wiara w możliwości terapeutyczne, nasza ocena rokowań, nasza ewentualna potrzeba dodatkowych działań terapeutycznych (modlitwa, medycyna alternatywna itd.)

³⁹ Por. np.: J. Benoist, *Les médecines traditionnelles* [w:] *ibidem*, s. 93–104.

tworzą razem kontinuum, którego parametry stale się zmieniają, zarówno w kulturach, jak i wśród jednostek.

Jako przykład może posłużyć przypadek pani H. H., z którą miałem okazję spotkać się w Klinice Neurologicznej Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Ostrawie. Była to młoda kobieta, około trzydziestoletnia, u której zdiagnozowano *myastenia gravis*. Choroba ta charakteryzuje się wyraźnym osłabieniem mięśni, które czasem prowadzi aż do niemożności poruszania się. Objawia się podwójnym widzeniem (diplopią), zaburzeniami mowy (dyzartią), opadnięciem powiek (ptozą) itp. Poważnym powikłaniem jest uszkodzenie mięśni oddechowych w okresie kryzysu miastenicznego, gdy pacjent musi być podłączony do sztucznej wentylacji płuc. Istotą choroby jest zaburzenie transmisji nerwowo-mięśniowej. Przeciwciała produkowane przez układ odpornościowy (limfocyty T) atakują receptory cholinergiczne na płytce nerwowo-mięśniowej, co powoduje, że impuls nerwowy nie może być przekazany do mięśnia. Chodzi zatem o jedną z chorób autoimmunologicznych układu nerwowego, które bada neuroimmunologia.⁴⁰

Ta stosunkowo młoda dyscyplina przedstawiła znaną od dawna, ale na nowo odkrytą zasadę, że układ odpornościowy i nerwowy współpracują w zdrowym organizmie, dążąc do jednego celu. Komórki systemu nerwowego i komórki układu odpornościowego potrafią się ze sobą nawzajem porozumiewać. Nic w tym zatem dziwnego, że silny stres może wywołać chorobę somatyczną. Jakakolwiek etiologia miastenii nie jest dotychczas całkowicie wyjaśniona, ogólnie jest akceptowane, że do rozwoju tej choroby bardzo często dochodzi właśnie po jakimś stresie.

Gdy spytałem się zatem pani H. H. o okoliczności towarzyszące pierwszemu atakowi choroby, bez wahania zdradziła mi, że przed rokiem w dramatycznych okolicznościach rozeszła się ze swoim mężem, który między innymi zajmował się czarną magią.

⁴⁰ Por.: E. Havrdová, *Neuroimmunologie* [Neuroimmunologia], Praha 2001.

Była przekonana, że jej eksmąż posłużył się czarną magią także przeciwko niej. Chodziło przy tym o bardzo inteligentną kobietę z wyższym wykształceniem (nauczycielkę). W żaden sposób nie zaskoczyła mnie w tej sytuacji jej skłonność do odrzucania klinicznej terapii somatycznej (zresztą dość mało skutecznej – w owym roku przeszła już czwarty poważny kryzys miasteczniczny) i występująca, ku wielkiemu niezadowoleniu lekarzy klinicznych, jej inklinacja do medycyny tzw. „alternatywnej”, która jednak pochłaniała wiele pieniędzy.

Podobne przypadki nie są w klinikach neurologicznych żadnym wyjątkiem. Chcę przez to powiedzieć tylko to: gdy zaczynamy poznawać, do jakiego stopnia umysł i ciało człowieka tworzą powiązaną całość, czy nie byłoby rozsądniej zamiast wrogiego oczerniania się wzajemnie przez „naukowych” i „alternatywnych” lekarzy podjąć próbę zintegrowania obu tych form terapii w jedną całość? Wolne społeczeństwo to takie, w którym wszystkim tradycjom powinny być przyznane równe prawa, bez względu na to, co o nich sądzą inne tradycje. Nawet gdyby szamańska grzechotka i czarodziejskie sakiewki na sali operacyjnej nie były zbyt skuteczne, mogłyby to wnieść do ponurego środowiska klinik chociaż odrobinę tak dobrego humoru. „Dzięki magii lek jest przyjmowany dużo chętniej i z większym zaufaniem, a umysł pacjenta jest stymulowany i wypełniany dobrą wiarą, nadzieją i radością; a w ten sposób stymulowana dusza na bazie swojego radosnego zaufania jest w stanie odnowić ciało i pokonać chorobę.” – twierdził już w trzynastym wieku Roger Bacon.⁴¹

Człowiek naturalny myśli przede wszystkim symbolicznie (co jednak nie oznacza, że nie jest zdolny do myślenia konceptualnego). Gdy dowie się o magicznej sile, która nastaje na jego życie, od razu wie, że musi umrzeć. Jego wyobraźnia naprawdę szybko wywoła somatyczne zaburzenie organizmu, który przestaje funkcjonować, jego stan się pogarsza, aż traci świadomość i rzeczy-

⁴¹ Cyt. za: D. Gomez, *Magie* [w:] D. Lecourt (red.), *Dictionnaire...*

wiecie umiera.⁴² I przeciwnie, jeśli uwierzy, że siły magiczne są mu przychylne, łatwo się wyleczy. Człowiek ukształtowany przez kulturę zachodnią myśli przeważnie konceptualnie, co jednak nie znaczy, że w skrajnych sytuacjach nie byłby skłonny do myślenia symbolicznego i magicznego. W oczach prostego pacjenta w sytuacji zagrożenia życia lekarze obdarzeni mocą szamańską są „bogami w bieli”. Magia była praktykowana co najmniej od paleolitu, a jej praktyki wcale nie zniknęły z nowoczesnych wielkich miast z betonu.⁴³

6. Podsumowanie

Medycyna, krótko mówiąc, jest nie tylko nauką. Jest przede wszystkim praktyką. Oczywiście lekarze powinni zajmować się biologią ludzkiego ciała i jego zaburzeniami. Jednak od lekarza, będącego przede wszystkim praktykiem, zależy, czy będzie umiał odpowiadać także na pytania pacjentów, które są zawsze takie same: Dlaczego właśnie ta choroba? I dlaczego właśnie ja? Czy naprawdę muszę umrzeć?⁴⁴ I jakkolwiek lekarze będą na nie odpowiadać w ramach wykształcenia biologicznego, ich odpowiedź powinna obejmować także stosunek chorego do jego życia, losu

⁴² Przypominam sobie jedną około pięćdziesięcioletnią pacjentkę, u której została świeżo zdiagnozowana *myastenia gravis*. Pierwszy kryzys miasteniczny połączony z podłączeniem do respiratora jako tako pokonała. Jednak drugiego ataku kilka miesięcy później już nie. Lekarzowi prowadzącemu najpierw zarzuciła, że ją zdradził, potem przestała mówić, zaczęła się modlić, zapadła w śpiączkę i w ciągu tygodnia zmarła na niewydolność serca.

⁴³ Por.: J. i P. Villeminot, *La Nouvelle-Guinée*, Paris 1964, s. 124.

⁴⁴ W latach 20. XX wieku Inuita Aua zaprosił duńskiego badacza Knuda Rasmussena do domu swojej siostry, która była poważnie chora i spytał: „Dlaczego ludzie mają być chorzy i cierpieć? Wszyscy boimy się choroby. Moja siostra nie zrobiła nic złego, o ile my ludzie możemy to ocenić; przeżyła długie życie i urodziła silne dzieci, a teraz ma cierpieć, zanim jej dni dobiegną końca. Dlaczego? Dlaczego?” Cyt. za: K. Rasmussen, *Cesta bílym tichem* [Droga przez białą ciszę], Praha 1965, s. 79.

i społeczeństwa. Lekarze powinni nauczyć się dostrzegać niewiedzę swojej nauki, nauczyć się wykorzystywać do celów terapeutycznych także tajemnicze zakamarki ludzkiej duszy i odwrotnie, unikać magii mimowolnej i niechcianej.

„Lekarze powinni być przyjaciółmi, a nie tylko druciarzami ciał”, słusznie stwierdza *enfant terrible* współczesnej filozofii Paul Feyerabend.⁴⁵ Ponieważ pojęcia zdrowia i choroby zmieniają się z epoki na epokę, z kultury na kulturę i z jednostki na jednostkę, leczenie powinno oznaczać przywrócenie stanu, który za pożądany uważa sam pacjent, a nie jakiegoś abstrakcyjnego stanu, pożądanego z terapeutycznego punktu widzenia danej epoki. Lekarze powinni odgrywać rolę doradców, do których można zwrócić się po radę. Biada jednak, aby w kwestii zdrowia i choroby mieli ostatnie słowo. Powinni, przeciwnie, częściej przyznawać się do swojej niewiedzy i bezradności. Tylko w ten sposób żaden Feyerabend nie będzie mógł twierdzić, że „nowocześni uczeni lekarze są trochę jak faszystowscy dyktatorzy, którzy wmuszają swoje własne idee choroby i zdrowia pod płaszczykiem terapii, która w większości przypadków jest tylko ćwiczeniem z daremności.”⁴⁶

⁴⁵ P. K. Feyerabend, *Tři dialogy ...*, s. 129.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 83–84. Tekst Marka Petru *Mody lékařského myšlení* został pierwotnie opublikowany [w:] *Medicína v kontextu západního myšlení ...*, s. 105–119, a polskie tłumaczenie jest jego inną wersją pod względem redakcyjnym.