

---

# Szkice

---

## Narracje i medycyna

---

### Przemysław Czapliński

---

TEKSTY DRUGIE 2021, NR 1, S. 19–37

DOI: 10.18318/td.2021.1.2 | ORCID: 0000-0002-4805-6471

---

Dotąd myślałam radośnie, że kiedy wyleczę tego raka – to potem będzie spokój, jak po grypie: odchoruję, no tak, będzie także operacja, potem jeszcze zaplanowane naświetlania, ale przecież kiedyś do diabła to się skończy! Wreszcie wrócę do normalnej pracy, do normalnego życia... Hola! To życie, które mam, wciąż jest „normalne” i wciąż jest „moje”!

Ewa Guderian-Czaplińska<sup>1</sup>

**S**zpital, sala, na stole niewielki szklany kontener. W kontenerze – ludzkie płuca. Kurczą się i rozkurczają w równym rytmie podtrzymywanym przez zewnętrzne urządzenia. Piętro wyżej w tym samym szpitalu kobieta czeka na przeszczep. Zostały jej dwa dni życia. Ale przeznaczone dla niej płuca są chore – lewe sinieje, prawe słabnie. Bez diagnozy i leczenia obumrą.

---

**Przemysław Czapliński** – historyk literatury XX i XXI wieku, eseista, tłumacz; współtwórca Zakładu Antropologii Literatury (UAM Poznań). Ostatnie publikacje: *Polska do wymiany* (2009), *Resztki nowoczesności* (2011), *Literatura ustna* (2011), *Kamp. Antologia przekładów* (współredaktor A. Mizerka, 2013), *Poetyka migracji* (współ z Renatą Makarską i Martą Tomczok, 2013), *Poruszona mapa* (2016).

---

1 E. Guderian-Czaplińska *Trojanki. Dziesięć prywatnych rad dla pacjentekujących w chemioterapii potrójnie ujemnego raka piersi*, Media Rodzina, Poznań 2020, s. 48.

Dla zwolenników autonomii lekarskiej to sytuacja idealna: pacjent nie ma ust, nie gada, nie przeszkadza. Jest tylko lekarz i kawałek ciała. Dla przedstawicieli medycyny narracyjnej – powstałej w latach 90. XX wieku praktyki klinicznej i dydaktycznej włączającej w proces diagnozowania i leczenia narrację<sup>2</sup> – to wyjątek od postulowanej reguły.

### Everybody lies!

Fabula „z płucami” pojawiła się w ostatnim sezonie serialu *Dr House*. Serial emitowano przez osiem lat (2004-2012); pierwszy sezon wzbudził zainteresowanie, od trzeciego całość miała już status kultowy. Ostatnim odcinkom towarzyszyła żałoba. Łagodna, ale globalna. Sam *Dr House* rewolucji nie wywoływał, ale wespół z innymi dziełami – *Rodzina Soprano* (1999-2007), *Sześć stóp pod ziemią* (2001-2005), *Układy* (2007-2012) – zmieniał pozycję serialu w rankingu gatunków. Czynił serial pełnoprawną sztuką filmową. Wprowadzał nowe zasady budowania wielowątkowych fabuł, pogłębiał relację między widzem a telewizyjną orkiestrą, uzależniał jak cudowny narkotyki, który przynosi ekstazę, ale zdrowia nie niszczy.

W XXI wieku seriali o opiece medycznej powstało bez liku. Są serie o izbie przyjęć, o nocnych dyżurach, o lekarzu na prowincji, o chirurgach. Ile problemów w świecie ochrony zdrowia, tyle kombinacji fabularnych. Ale *House* pozostanie dziełem przewrotnym i bezprecedensowym. Wciągnął światową publiczność w diagnozowanie. Zaangażował w interpretację chorób.

Główny bohater, Gregory House, to genialny diagnosta. Genialny i odpychający. Jest socjopatą ze skłonnościami do psychicznego sadyzmu. Nie lubi i nie umie obcować z ludźmi. Uważa ich za źródło nudy lub nieprawdy. Naczelna maksyma jego sztuki lekarskiej w odniesieniu do pacjentów brzmi: „Everybody lies”. Nie znaczy to, że wszyscy zawsze. Znaczy, że każdy w kwestiach kluczowych. Dlatego House woli nie kontaktować się z pacjentem. Jeśli już musi, to obraża, prowokuje, rani. Liczy na to, że pacjent wyprowadzony z równowagi wyjawí przyczynę choroby skrywaną w starannie reżyserowanym spektaklu zdrowia. Zamaszyście pracowici, serdecznie rodzinni i rozlegle towarzyscy Amerykanie klasy średniej nie mogą sobie pozwolić na chorowanie. Zdrowie to teatr, w którym występ jest oceniany przez pracodawcę,

2 Korzystam tu z wczesnej, ale pożytecznej definicji, zob. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*, ed. by T. Greenhalgh, B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998, s. 176-184.

małżonka, dzieci i znajomych. Dlatego *everybody lies*. Zadanie lekarza polega na tym, by zburzyć spektakl, przedostać się do reżysera i przeanalizować jego zabiegi inscenizacyjne.

Niebywała popularność serialu częściowo brała się z bezczelności House'a. W świecie obowiązkowej uprzejmości weredyzm głównego bohatera działał jak ożywczy wiatr, który rozwiewa złudzenia, ale odsłania drogę do prawdy. Metoda House'a dyktowała jednak warunki: obiektywizm wyklucza współczucie<sup>3</sup>, diagnoza wymaga sztuki nieufności wobec pacjenta<sup>4</sup>, skuteczne leczenie zakłada, że chory i jego rodzina będą milczeć.

W kontekście medycyny narracyjnej doktor House jawi się jako kliniczny antybohater: medycyna narracyjna uważa, że pacjenta należy zachęcić do aktywności słownej, House – że słowa chorego będą kłamliwe lub bezużyteczne. Przeciwnieństwa są tu tak ostre, że trudno zrozumieć, jak te dwie rzeczy mogły się pomieścić w tym samym czasie. Kolejne sezony House'a powstawały równoległe z najważniejszymi tekstami medycyny narracyjnej: zredagowaną przez Ritę Charon zbiorową książką *Stories matter: the role of narrative in medical ethics* (2002), autorskiego dzieła tejże Charon *Narrative medicine. Honoring the stories of illness* (2006)<sup>5</sup>, kolejnej „zbiórówki” pod redakcją Charon *Psychoanalysis and narrative medicine* (2008), dzieł Lewisa Mehl-Madrona *Narrative medicine: the use of history and story in the healing process* (2007) oraz *Healing the mind through the power of story: the promise of narrative psychiatry* (2010), wreszcie głósnej monografii Havi Carel *Illness. The Cry of the flesh* (2008).

Gdyby House ujrzał którąś z tych książek, zapytałby pewnie: „W prosektorium też honorujecie opowieści chorego?”. Być może jednak różnice nie są tak mocne, a podobieństwa tak blade. House także bowiem stoi po stronie narracji – tyle że własnej. Magnetyczna siła serialu polegała na tym, że łączył on narrację sensacyjną z narracją detektywistyczną. W serialu choroba jest przestępcą, który w ciele pacjenta przygotowuje kolejną zbrodnię, a House to detektyw,

3 Dość wcześnie zaczęły powstawać książki (nawet poważne monografie) poświęcone praktyce medycznej House'a, zob. m.in. L. Wilson *Dr House. Całkowicie bez autoryzacji*, przeł. Z. Łomnicka i in., Prószyński i S-ka, Warszawa 2009; T. Cascio, L.L. Martin *House i psychologia. Humanitaryzm jest przereklamowany*, przeł. T. Walczak, Helion, Gliwice 2012.

4 Zob. W. Irwin, H. Jacoby *Dr House i filozofia – wszyscy kłamią*, przeł. A. Romanek, Helion, Gliwice 2009.

5 W 2016 Rita Charon opublikowała książkę stanowiącą podsumowanie wiedzy i doświadczeń na temat medycyny narracyjnej – *The Principles and practice of narrative medicine* (Oxford University Press, New York 2016; współautorzy: Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colson, Danielle Spencer, Maura Spiegel).

który musi zrozumieć symptomy, aby przestępcę powstrzymać<sup>6</sup>. House'a interesuje nie człowiek, lecz zagadka. Ciało pacjenta to zaledwie „scena zbrodni”. Nie ma sensu pytać mieszkańca: „Co tu się stało?”. Przestrzeń powie przecież tylko tyle, ile potrafi za nią powiedzieć śledczy. Dlatego House najpierw uznaje chorobę za narratora, a potem degraduje ją do poziomu bohatera, by samemu zająć pozycję opowiadacza nadrzędnego. Z narcystyczną rozkoszą snuje opowieść własną: posługuje się porównaniami i metaforami, buduje napięcie, nie zapomina o poincie. Cały proces diagnozowania w jego wykonaniu to dzieło sztuki narracyjnej wzorowane na fabułach Conan Doyle'a: House-Holmes, korzystając z pomocy przyjaciela Wilsona-Watsona, pokonuje kolejne wyjątkowe choroby reprezentujące geniusza zbrodni Moriarty'ego.

House nie jest więc przeciwieństwem medycyny narracyjnej – jest jej zbyt wąską częścią. W dodatku tą, która jako pierwsza stała się obiektem badań. Na początku lat 90. XX wieku refleksja nad medycyną czerpała inspirację z teorii Haydena White'a. Zaczęto więc analizować strukturę diagnozy medycznej: Kathryn Montgomery Hunter w pionierskim studium na ten temat<sup>7</sup> doszła do wniosku, że lekarz łączy narrację chorego z symptomami, tworząc opowieść nadrzędną. Diagnoza nie jest zatem prostym sumowaniem faktów – jest postępowaniem narracyjnym, które zarówno na etapie łączenia wątków, jak i konstruowania pointy ma strukturę opowieści. Dlatego lekarz powinien czytać dzieła literackie albo nawet samemu ćwiczyć się w pisaniu – ponieważ jedno i drugie rozwija zdolności narracyjne rozumiane jako umiejętność budowania spójnej opowieści poskładanej z różnych wątków i perspektyw<sup>8</sup>.

Wyraziste przeciwieństwo między medycyną narracyjną i House'em bierze się stąd, że dla House'a liczą się dwie opowieści – narracja choroby<sup>9</sup>

6 Tych dwóch fabuł – postępującej choroby i pościgu diagnostycznego – dotyczyła książka Lisy Sandler *Every patient tells a story: medical mysteries and the art of diagnosis* (Harmony, New York 2010). Autorka od 2002 na łamach „The New York Times Magazine” prowadziła stałą rubrykę „Diagnosis”, w której opisywała skomplikowane przypadki chorobowe. Podkreślała przy tym, że diagnostyka jest sztuką detektywistyczną znajdującą się w samym sercu medycyny. Twórcy serialu *Dr House* zaangażowali Lisę Sandler w charakterze konsultanta medycznego.

7 K.M. Hunter *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*, Princeton University Press, New York 1991.

8 C. Anderson *Literature and medicine: why should the physician read... or write?*, w: *Literature and science. Theory and practice*, ed. by S. Peterfreund, Northeastern University Press, Boston, MA 1990.

9 To upodmiotowienie choroby także wiąże House'a z wczesną fazą medycyny narracyjnej, zob. A. Kleinman *The illness narratives*, Basic Books, New York 1988.

i narracja lekarza-mistrza<sup>10</sup>. Opowieść trzecia, należąca do chorego, jest przez House'a tłumiona, podczas gdy medycyna narracyjna od początku dąży do osiągnięcia swoistej współpracy narracyjnej między lekarzem i pacjentem<sup>11</sup>; od House'a można uczyć się narracji o odkrywaniu<sup>12</sup>, nie zaś sztuki nawiązywania kontaktu z pacjentem; House uważa, że skuteczne leczenie wyklucza empatię, medycyna narracyjna – że wykluczenie empatii przeszkadza skuteczności.

Problem polega na tym, że medycyna przez stulecia pracowicie zabiegała o prawo do dystansu oddzielającego lekarza od pacjenta. I miała w tych staraniach sporo słuszności.

### **„U mnie nie ma w co kłuć”, czyli może House ma rację**

Istnieje milion dowodów na to, że lekarz powinien obiektywnie badać pacjenta, a nie słuchać jego wynurzeń. Równie wiele przemawia za tym, że społeczeństwo powinno obdarzyć lekarza autorytetem wyłącznym, wykluczając wszelkich altermedyków. Gdyby nie ta dysproporcja władzy, gdyby chorzy i zagrożeni chorobami mieli prawo decydowania i gdyby w XX wieku nie zmarginalizowano medycyny alternatywnej, nie byłoby masowych akcji szczepień, nie zlikwidowano by ospy prawdziwej i wirusa polio, nie zmniejszono zachorowalności na błonicę, tężec, krztusiec, różyczkę czy odrę<sup>13</sup>, nie obniżono by śmiertelności niemowląt, nie podniesiono średniej długości życia<sup>14</sup>. Dla skutecznej medycyny dobry pacjent to uległy pacjent. A dobry lekarz to monopolista.

Kiedy pacjent ma prawo głosu i podejmowania decyzji, może działać na własną szkodę:

---

10 Na uniwersytecie w Marburgu uruchomiono kurs dla studentów medycyny odwołujący się do metod House'a. Opis kursu zob. *Teaching medicine with the help of „Dr. House”*, DOI: 10.1371/journal.pone.0193972.

11 Zob. J. Epstein *Altered conditions: disease, medicine and storytelling*, Routledge, New York 1995.

12 W 2014 roku w jednym z amerykańskich szpitali lekarz, wzorując się na serialu, zdiagnozował u pacjenta zatrucie kobaltem, zob. K. Dahms, Y. Sharkova, P. Heitland, S. Pankuweit, J.R. Schaefer *Cobalt intoxication diagnosed with the help of Dr House*, „The Lancet” 2014 no. 383 (9916), s. 574.

13 Obszerne omówienie 26 najgroźniejszych chorób i historii wynajdywania leków zob. J. Krzyk *Plagi. Historia bez końca*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2020.

14 G.W. Friedland, M. Friedman *Krótką historia medycyny*, przeł. M. Kowalczyk, Wydawnictwo RM, Warszawa 2017.

[W porewolucyjnej Odessie wydano] rozporządzenie o powszechnym obowiązkowi szczepienia ospy. Judyta Szmajser rozłożyła na stole swoje instrumenty i zapaliła maszynkę spirytusową. [...] Najbliżej Judyty stał Meir Bezkonieczny, wyschły starzec. Ponuro przyglądał się jej przygotowaniom.

– Pozwólcie, że was ukłuję – powiedziała Judyta, machnęła szczypczykami i zabrała się do wyciągania z łańchmanów niebieskiego pręta jego ręki.

– Stary wyrwał jej rękę.

– U mnie nie ma w co kłuć...

– Nie będzie bolało – zawołała Judyta. – W miękkie miejsce nie boli...

– U mnie nie ma nic miękkiego – powiedział Meir Bezkonieczny – u mnie nie ma w co kłuć...

Z kąta pokoju odpowiedziało mu głuche zawodzenie. To zawodziła Doba-leja, była kucharka na chrzcinach. Meir wykrzywił zetlałe swoje policzki.

– Życie to śmiecie – wymamrotał – świat to burdel, ludzie to aferzyści...

Binokle na nosku Judyty zadrgały, jej pierś wykypiała z krochmalonego fartucha.<sup>15</sup>

Chwilę później w ślad za pierwszym zbuntowanym „na główną aleję wysypała się, wyjąc i strojąc grymasy, cała trzydziestka starców i staruch. Wymachiwali szczudłami i porykiwali jak głodne osły” (s. 300). Szczepień nie przeprowadzono...

Współczesny ruch antyszczepionkowców<sup>16</sup> uświadamia, że w wieku XIX i XX akcje szczepień nie mogły się obyć bez przymusu<sup>17</sup>. Ale państwo nowoczesne miało jeszcze jeden powód, by do wiedzy medycznej dodać władzę. Lekarzy XIX- i XX-wiecznych otaczał rozproszony konkurent – znachorzy, zamawiacze, zielarze. Nie brakowało wśród nich ludzi mądrych, potrafiących pomóc. Całkiem liczni musieli być jednak i tacy jak znachorka z opowiadania *Antek* (1880), która ordynuje wsadzenie Rozalki do pieca „na trzy zdrowaśki”.

15 I. Babel *Koniec przytułku*, przeł. J. Pomianowski, w: tegoż *Historia jednego konia*, przeł. M. Binom i in., Czytelnik, Warszawa 1983, s. 299.

16 Zob. A.K. Marchewka, A. Majewska, G. Młynarczyk *Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych*, „Postępy Mikrobiologii” 2015 nr 54, s. 95-102.

17 Zob. też A.W. Nowak *Pasterze mikrozbójców – pandemia, szczepienia, biopolityka*, w: *Pandemia. Nauka. Sztuka. Polityka*, red. M. Iwański, J. Lubiak, Wydawnictwo Artystyczno-Naukowe Wydziału Malarstwa i Nowych Mediów Akademii Sztuki, Szczecin–Poznań 2018.

Po trzech zdrowaśkach, jak pamiętamy, „w głębi pieca leżał trup ze skórą czerwona, gdzieniegdzie oblażłą”<sup>18</sup>.

Późniejsza o pięćdziesiąt lat powieść Tadeusza Dołęgi-Mostowicza *Znachor* (1937) wcale nie brała w obronę medycyny ludowej i wiejskich uzdrowiaczy. Dzieło to, czytane dzisiaj, zdaje się sentymentalną krytyką dystrybuowania opieki zdrowotnej wedle poziomu zamożności pacjentów, a także prezentacją zderzenia państwa z medycyną ludową. Konflikt znajduje kulminację w procesie sądowym: znachor Antoni Kosiba (czyli profesor Wilczur cierpiący na amnezję) zostaje oskarżony o kradzież narzędzi chirurgicznych i bezprawne przeprowadzenie operacji (trepanacja czaszki). Perora oskarżyciela skupia się nie na konkretnym czynie (czyli udanej operacji), lecz na instytucji znachorstwa:

– Jak długo – wołał – będziemy pozwalać, by gnieździły się w naszym kraju potworne zabobony średniowiecza? Jak długo pozwolimy krzewić się ciemnocie i bezmyślnej zbrodni praktyk znachorskich?... Wyrok dzisiejszy powinien być odpowiedzią na pytanie, czy jesteśmy państwem cywilizowanym, czy nie tylko geograficznie, lecz i kulturalnie należymy do Europy, czy też tolerować chcemy nadal barbarzyństwo.<sup>19</sup>

Drażniący patos przemowy jest dwuznaczny: czytelnik wie, że Kosiba to genialny chirurg, który nikogo nie skrzywdził. Wie jednak zarazem, jakimi metodami leczono na wsi<sup>20</sup>. W gruncie rzeczy chodzi więc o zastąpienie znachorów powszechnie dostępną fachową opieką zdrowotną<sup>21</sup>. Pod tym względem prokurator wypowiada życzenie nowoczesnego państwa, które marzyło „o tyśiącznych zastępach młodych lekarzy gotowych nieść pomoc cierpiącym, a skazanych na bezrobocie” (s. 107). Zastępów lekarzy w latach 30. XX wieku

18 B. Prus *Antek*, PIW, Warszawa 1975; cyt. za: <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/antek.pdf>.

19 T. Dołęga-Mostowicz *Znachor. Profesor Wilczur*, Labos, Warszawa 1990; cyt. za: <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/znachor.html> (s. 107).

20 Autor przypisał mieszkańcom wsi krytyczne nastawienie wobec znachorów. Jedna z chłopek mówi do Kosiby/Wilczura: „Ja myślę, że takie rzeczy to zawracanie głowy. Czy od owego kadzenia i mrużenia może coś poprawić się choremu?... Mój nieboszczyk mąż, co był w świecie i na wojnie, to śmiał się z tego. Gadanie i kadzenie to nie lekarstwo” (s. 99). Szersze ujęcie problemu zob. Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. *Wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Dział Wydawnictw Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2016.

21 Zob. *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

w Polsce nie było – rodziła się jednak świadomość, że bez nich państwo sobie nie poradzi. Modernizująca się Polska odkrywała w przyspieszonym tempie, że właściwym obiektem troski i zarządzania państwa musi być populacja<sup>22</sup>. A ponieważ władze nie chciały połączyć sił medycyny oficjalnej z ludową, przystąpiono do likwidacji wszelkich metod alternatywnych.

Pierwsza połowa XX wieku to okres, gdy władze publiczne w Europie i USA zmagają się z monopolizacją kontroli nad opieką zdrowotną – nad edukacją lekarzy, przyjmowaniem do zawodu, przyznawaniem prawa do wykonywania praktyki, nostryfikacją dyplomów, określaniem specjalizacji. Zdrowie zbiorowego ciała okazywało się płataniną społecznych funkcji – pochodną higieny, gimnastyki, profilaktyki, akcji szczepiennych. Stan ciała społecznego był odnotowywany przez statystykę, demografię, epidemiologię. Tak złożona procedura wymagała systematyki i systematyczności, których „uzdrowiacze” ani nie mogli, ani nie chcieli honorować.

Dlatego w epoce międzywojennej w Europie i USA rozpoczyna się metodyczna akcja wycinania znachorów, zamawiaczy, praktyków medycyny alternatywnej, homeopatów, samozwańczych hipnotyzerów i domorosłych nauczycieli od leczenia. Szkolnictwo medyczne poddano kontroli państwa i połączono z nauczaniem klinicznym w szpitalach, a także z laboratoriami naukowymi<sup>23</sup>. Od tego czasu tylko oficjalnie zatwierdzony lekarz może pomagać choremu. A więc i szkodzić.

### **„Należy zawsze chorego słuchać”, czyli może House nie ma racji**

Istnieje w historii medycyny milion dowodów na to, że lekarz powinien uważnie wysłuchać chorego, szukając w jego słowach wskazówek naprowadzających na właściwą diagnozę.

22 Dotyczą tego dalsze słowa oskarżyciela, który mówi „o eugenicie i o podnoszeniu rasy, o wojsku potrzebującym zdrowego rekruta [...]” (s. 107).

23 W Stanach Zjednoczonych datą graniczną był rok 1910. Abraham Flexner opublikował wówczas raport (zwany odąd „Raportem Flexnera”) apelujący o podwyższenie standardów przyjmowania do szkół medycznych i przyznawania dyplomów. Flexner postulował: zredukowanie liczby szkół medycznych, pozbawienie prawa do wykonywania zawodu internistów o słabym wykształceniu, zwiększenie praktyk medycznych w trakcie studiów, powiązanie praktyki medycznej z badaniami naukowymi, zapewnienie szkołom medycznym kontroli nad nauczaniem klinicznym w szpitalach, wzmocnienie stanowych przepisów dotyczących licencji lekarskich. W rezultacie raportu w ciągu dwudziestu lat liczba szkół medycznych w USA została zredukowana ze 160 (rok 1910) do 60 (rok 1935).



W maju 1648 roku król Władysław IV Waza zachorował:

W nocy chwycił go dolegliwości w boku, po dwóch dniach straszny ból ogarnął nerki. Medyk przepisał dziewięć gramów „antymonium”, ponieważ jednak nie było tego środka w apteczce podróźnej, wzięto go z torby jakiegoś nikomu nieznanego cyrulika-wagabundy. Żołądek zareagował ostro. W przeciągu trzech dni lekarz przyboczny narachował sto pięćdziesiąt wypróżnień. Porwała króla „febra maligna” i nieustająca czkawka. Puszczono naturalnie krew. Popłynęła gęsta i „nie najlepszej oznaki”<sup>24</sup>.

Król zmarł. „Podczas sekcji wydobyto z łądźwi prawej znaczny kamień podługowaty i innych kilka pomniejszych”<sup>25</sup>. Kiedy umierał, przy jego łożu kilkunastu jezuitów gromko krzyczało, by się z grzechów wyśpowiadał, z czego wynika, że nie tylko lekarze tłumią głos chorego.

Późniejszy o dwa stulecia Lew Nikołajewicz Myszkin o swoim lekarzu wyraża się z najwyższym szacunkiem, o samym sobie – fatalistycznie i lekceważąco: „Częste ataki choroby uczyniły z niego prawie idiotę (książę tak się wyraził: idiotę). Opowiedział w końcu, że [jego opiekun] Pawliszczew spotkał się raz w Berlinie z profesorem Schneiderem, Szwajcarem, który jest specjalistą właśnie od tych chorób, ma sanatorium w Szwajcarii, w kantonie Le Valais, kuruje swoim systemem – zimną wodą i gimnastyką, leczy zarówno idiotyzm, jak i schizofrenię [...]”<sup>26</sup>. Lekarz, sanatorium, zimna woda i gimnastyka – ten zestaw na choroby psychiczne obowiązywał przez kilka stuleci.

Pół wieku później, w maju 1906 roku, Gabriela Zapolska jedzie do sanatorium w Bystrej na Górnym Śląsku. Od kilku lat objeżdża rozmaite lecznice (Krynica, Zakopane), szukając pomocy u znanych lekarzy. Skarży się na bóle, problemy żołądkowe, jądłowstretę, utratę wagi. Ośrodek w Bystrej reklamuje się jako sanatorium i zakład przyrodolecznicy o wysokim standardzie. W rzeczywistości jest to pierwsza w Polsce i jedna z pierwszych na świecie klinika psychoanalityczna<sup>27</sup>. Właściciel i kierownik ośrodka doktor Ludwik

24 P. Jasienica *Rzeczpospolita Obojga Narodów. Wiek srebrny*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2007, s. 454.

25 Tamże.

26 F. Dostojewski *Idiota*, przeł. J. Jędrzejewicz, PIW, Warszawa 1987, s. 35.

27 Zob. L. Magnone *Polskie przestrzenie psychoanalizy – Zapolska w Bystrej*, „Przegląd Humanistyczny” 2011 nr 2, s. 49.

Jekels bez wahań stawia diagnozę: histeria. „Leczy” pacjentkę przymusowym dokarmianiem (wlewa w nią płynną czekoladę, wmusza tłuste ryby). Ponadto stosuje: przypalanie pięt (!), świecenie w oczy, klucie szpilkami, zimne kąpiele i lekceważenie – każdą jej skargę zbywa oskarżeniem o udawanie albo wskazuje na tych, którzy cierpią bardziej. Zapolska kwestionuje diagnozę i upiera się przy somatycznym podłożu dolegliwości. Powtarza, że ma solitera. Po dwóch tygodniach nieporozumień wyjeżdża. Równy pół roku później, w listopadzie 1906, dzięki niskokalorycznej diecie Zapolska wydała ze swego ciała prawie 11-metrowego (!) tasiemca...<sup>28</sup> W liście do męża tak komentuje niegustowne zwycięstwo:

Dwa lata męki!!! Dwa lata tłumaczenia ataków na nowiu. I właśnie wczoraj był nów. A Ty mówiłeś – komedia, a Jekels i inne draby – histeria. [...] Boże! Ile ja się nacierpiałam. A wszyscy szczekali: „Panuj nad sobą!” Nikt mi nie wierzył. Oto moja zemsta – ten tryumf. Należy zawsze chorego słuchać. [...] Dziś bym tym, co mi nie wierzyli, tego ślicznego, wyhodowanego przez nich tasiemca w mordy wtłoczyła.<sup>29</sup>

Historia leczenia jest jak historia pisania – to ciągnące się poza horyzont czasu cmentarzysko niewysłuchanych opowieści. Na takim cmentarzu można jednak ratować przeszłość i przyszłość, analizując przyczyny niewysłuchania. Pod tym względem trzy powyższe przypadki mają różny charakter.

W pierwszym król mówi, że bolą go nerki, na co lekarz ordynuje łagodny środek stabilizujący pracę jelit. Postępuje tak nie dlatego, że nie wie, iż antymonium, czyli siarczek antymonu, leczy biegunkę<sup>30</sup>, lecz dlatego że leczy wedle koncepcji humoralnej, która traktowała stan organów ciała

28 O późniejszych kłopotach zdrowotnych zob. A. Zurli *Szkoła i brylanty. Gabriela Zapolska w swojej epoce*, Iskry, Warszawa 2016. O związku między chorobami i twórczością Zapolskiej zob. D. Szejewska *Chore sztuki. Choroba, tożsamość, dramat. Przemiany podmiotowości oraz formy dramatycznej w utworach scenicznych przełomu XIX i XX wieku*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2005 (rozdz. *Casus Zapolskiej. Herstory zamiast history*, s. 497–519).

29 G. Zapolska *Listy*, red. S. Linowska, PIW, Warszawa 1970, t. 2, s. 219–220. Analiza listów Zapolskiej zob. A. Janicka *Doświadczenie ciała i choroby w listach Gabrieli Zapolskiej*, „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 2000 nr 1, red. M. Nowacka, J. Kopania, s. 132.

30 I dlatego, gdy biegunka wystąpiła, nie sięgnął po środki proste – rumianek, miętę pieprzową, piołun, kolendrę? O powszechnym stosowaniu ziół w tamtych czasach zob. *Wśród córek Eskulapa. Szkice z dziejów medycyny i higieny w Rzeczypospolitej w XVI–XVIII wieku*, cz. II, red. A. Karpiński, DiG–IH UW, Warszawa 2015.

ludzkiego jako pochodną relacji między czterema podstawowymi płynami. W tej medycynie chory, mówiąc o bólu, wskazuje nie na konkretny narząd, lecz na stan płynu odpowiedzialnego za pracę owego narządu. Medyk traktuje ciało ludzkie jako złożony system zarządzany przez „humory”, apteczka nie jest więc dla niego zbiorem środków pomocnych w konkretnych dolegliwościach<sup>31</sup>. Król z powodu chorych nerek nie wydał moczu, co świadczyło o niedoborze wilgoci<sup>32</sup>. Dlatego medyk najpierw postanowił zamknąć otwory ciała, czemu służyło antymonium, a potem nakazał upuszczenie krwi, czyli płynu, którego zły stan był według niego przyczyną choroby. W uproszczeniu można powiedzieć, że lekarz ze słów króla wybierał wyłącznie przymiotniki bezpośrednio określające stan płynu (wilgotny – suchy – zimny – ciepły) albo rzeczowniki odsyłające do humorów poprzez nazwę narządu. Teoria humoralna nakazywała traktować słowa chorego jako podstawę translacji redukcyjnej, dla której liczą się tylko cztery nazwy.

Lew Myszkin z powieści Dostojewskiego sam siebie nazywa „idiotą”, co znaczy, że uwewnętrznił słowo w XVIII i XIX wieku używane powszechnie przez „rozumnych” i traktowane jako termin chorobowy. Ale obszernie opowieści Myszkina powinny dać lekarzowi do myślenia: książkę opanował umiejętność czytania i pisania, konstruuje spójne narracje, z łatwością analizuje własne stany psychiczne i emocjonalne. Przede wszystkim jednak „idiotyzm” nie wyjaśnia ataków epileptycznych, podobnie jak poczucia obcości i stanu

---

31 Przeciwnie postępowano w medycynie domowej, która była nastawiona na konkret. O powszechności stosowania ziół świadczy osobna funkcja „panny apteckowej” istniejąca w Polsce szlacheckiej, zob. Z. Gloger *Encyklopedia staropolska*, P. Laskauer i W. Babicki, Warszawa 1900-1903, hasło „Panna apteckowa”, t. 3; źródło: Skany na Commons, [https://pl.wikisource.org/wiki/Encyklopedia\\_staropolska/Panna\\_apteczkowa](https://pl.wikisource.org/wiki/Encyklopedia_staropolska/Panna_apteczkowa) (12.01.2021): „Śpizarnia pańska z apteczką zostawała pod zarządem i pieczęcią panny apteckowej, która wydawała kucharzom, smażyła konfitury, urządziła nalewki i domowe lekarstwa, piekła pierniki i z dziewczętami zbierała zioła lecznicze. Była to zwykle albo daleka krewna albo uboga panna i sierota, która zamąż nie wyszła, ale w domu możliwym znalazła opiekę i ciepło rodzinne. [...] Panna apteckowa, jako opiekunka chorych we dworze wiejskim, jako najwierniejsza przyjaciółka domu i rodziny swoich państwa, jako niestrudzona, skrzętna i umiejętna pracownica, była w dawnym społeczeństwie polskim, nie znającym dzisiejszego roznerwowania, bardzo pospolitym a sympatycznym typem starej panny”. O domowych tradycjach i praktykach medycznych zob. K. Rejmer *Zapomniana historia nauki. Panny apteckowe, znachorzy, kołtuny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.

32 Zob. H. Schott *Kronika medycyny*, przeł. B. Floriańczyk, M. Dutkiewicz, A. Zaniewska, Horyzont, Warszawa 1994, s. 55.

przygnębienia, które nachodzą księcia po atakach<sup>33</sup>. Ale Schneider ani nie słucha tego, co książę mówi, ani nie zwraca uwagi na bogate słownictwo, ani nie analizuje poprawności składniowej. Uwagę profesora zwracają przerwy w świadomości, co znaczy, że postrzega on człowieka według koncepcji kar-tezjańskiej: definiuje „człowieka” jako istotę rozumną, a rozumność uznaje za stan trwały. Idiotyzm to ubytki i nieciągłości świadomości. Lekarz słyszy więc nie tyle opowieść Myszkina, ile przerwy w opowieści. Cisza to nieobecność *res cogitans*. Aby „rzecz myśląca” na powrót osadzić w ciele, trzeba zastosować ruch i zimną wodę.

Zapolska w miarę precyzyjnie określa swoje dolegliwości i podpowiada lekarzom możliwą przyczynę. Jekels nie musi jednak jej słuchać, ponieważ jego wiedza poprzedza kontakt z pacjentką, a kontekst unieważnia narrację chorej. Jekels wie mianowicie, że seksualność jest podstawowym źródłem problemów zdrowotnych kobiety, ponieważ kobieta, niezdolna do sublimacji, skierowuje energię choroby przeciw własnemu ciału. Wiedza lekarza jest uprzednia względem przyjazdu Zapolskiej i dobrze umocowana przez instytucję – klinikę psychoanalityczną. Skoro zatem kobieta przybywa do takiej kliniki i rozemocjonowanym głosem mówi o jadłowstręcie, to przyczyną musi być macica. Dlatego Jekels traktuje zachowanie Zapolskiej jako zasłone semiotyczną, którą trzeba rozedrzeć, aby przedostać się do ciała chorej. Lekarz musi wstrząsnąć tym ciałem, musi naruszyć jego steatralizowaną integralność. Po zburzeniu spektaklu chora podda się autorytetowi lekarza i odzyska zdrowie. Doktryna i sytuacja nakazywały więc Jekelsowi słuchać opowieści Zapolskiej jako odwrotności prawdy.

Jak z powyższych przykładów wynika, lekarze zawsze słuchali pacjentów. Ale słuchali w ramach określonych paradygmatów wiedzy i traktowali słowa chorego jako znaki, których sam chory nie rozumie. Trzy wielkie teorie – medycyna humoralna, koncepcja rozumności i (wczesna) psychoanaliza – nakazywały interpretować wypowiedź chorego jak symptom. Poziom symbolizacji należał do lekarza. W tym kontekście medycyna narracyjna – mieszanina rozsądku, wyrzutów sumienia i poznawczej rewolty – jest ryzykowną próbą podzielenia się z pacjentem prawem do diagnozowania. Wymaga to uznania, że w opowieści chorego symptomy mieszają się z symbolami, objawy z rozpoznaniem. Dlatego medycyna narracyjna musiała się stać sztuką interpretacji

33 O księciu Myszkynie jako melancholiku zob. J. Kristeva *Czarne słońce. Depresja i melancholia*, przeł. M.P. Markowski, R. Ryziński, wstęp M.P. Markowski, Universitas, Kraków 2007.

słów, a nie tylko ciała. Warunki osiągnięcia nowego celu wykroczyły jednak poza rozmowę pacjenta z lekarzem.

### **Ożywczce kłopoty**

Sensem medycyny narracyjnej jest nie tyle unarracyjnienie medycyny, ile jej uspołecznienie. Za sprawą wymiany narracji ma nastąpić równocześnie poszerzenie kręgu zainteresowanych i zacieśnienie relacji między nimi. Chory nie powinien więc być, jak w medycynie autonomicznej, przesuwany do strefy eksterytorialnej, w której przebiega proces zdrowienia; celem medycyny narracyjnej jest, dokładnie przeciwnie, socjalizacja chorego za sprawą opowieści. Narracje mają łączyć nawet wtedy – albo: zwłaszcza wtedy – gdy choroba (trudna diagnostycznie, przewlekła, ciężka) coraz bardziej oddala<sup>34</sup>. Obowiązuje tu swoisty ciąg pragmatyczny: słuchaj – ucz się – mów – łącz. Słuchaj tego, co mówi chory, wprowadzaj korekty do swojego sposobu myślenia, łącz z chorym każdego, kto choćby w skromnym stopniu może pomóc w leczeniu. Omawiana koncepcja powinna być więc nazywana raczej medycyną komunikacyjną niż narracyjną. Nie narracja jest tu bowiem najważniejsza, lecz komunikacyjne otwarcie. Czyli nastawienie na pacjenta, który coś komunikuje, na jego ekspresję, na wiedzę, którą można od niego uzyskać, przekazać dalej bądź zastosować, na więź, jaką za sprawą mówienia – słuchania można wytworzyć, na pomoc, którą można przynieść. Medycyna narracyjna aktywizuje wszystkie funkcje komunikacyjne – niezależnie od tego, czy pacjent ma do przekazania spójną narrację, czy kilka nieskładnych zdań.

W związku z tym kluczowa metafora medycyny narracyjnej, czyli sama nazwa omawianej praktyki, powinna być postrzegana jako pierwszy kłopot. Zaczyna się on od definicji narracji, koncepcji jej budowy i ewentualnych klasyfikacji. Medycyna narracyjna u swych początków, w latach 90. XX wieku, odwoływała się do potocznego rozumienia, utożsamiając narrację już to z opowieścią mającą początek, środek i koniec, już to z tradycją XIX-wiecznej prozy realistycznej. Rozumienie to zostało w szczególności połączone z narratywizmem. Razem z teoriami Hydena White'a, Franka Ankersmitha czy Charlesa Taylora medycyna narracyjna wchłonęła – nieco uproszczoną

34 Małgorzata Baranowska uznawała usuwanie choroby poza nawias życia zbiorowego za przyczynę izolowania chorego od społeczeństwa. Rozwiązanie widziała w szukaniu „możliwości porozumienia między lekarzem i chorym, a także między chorym i całym społeczeństwem” (*To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Znak, Kraków 1994, s. 84).

– antropologię narracyjną. Pozwoliło to na sformułowanie dwóch ustaleń fundatorskich: człowieka uznano za istotę narracyjną, pacjenta zaś za człowieka definiowanego w całości przez chorobę<sup>35</sup>.

Skoło człowiek to *homo narrans*, a chory to *homo patiens*, rozumienie narracji chorego jest w większym stopniu wyzwaniem etycznym niż interpretacyjnym. Szczególny status nadany narracji pozwalał obstawać przy znaczeniowo-twórczej roli wypowiedzi pacjenta. Można jednak – jak przekonuje Angela Wood<sup>36</sup> – zakwestionować oba te założenia i zarazem pozostać w granicach medycyny narracyjnej. Autorka pisze, że człowiek nienarracyjny pozostaje człowiekiem, choroba jest zaś tylko jednym z aspektów jego życia. Takie postawienie sprawy niepomierne utrudnia zadania medycyny narracyjnej, ponieważ nakazuje wyjść poza narrację i poza traumatyczne postrzeganie chorego człowieka. Ruch „poza” oznacza wzmiankowane przed chwilą przekształcanie medycyny narracyjnej w medycynę komunikacyjną: lekarz musi uwzględnić również takiego pacjenta, który nie opowiada i który sytuuje się poza narracją – po stronie lakoniczności, nieskładności bądź milczenia<sup>37</sup>.

Pełniejszą zmianę podstaw metodologicznych medycyny narracyjnej zaproponowała Havi Carel; od pierwszej monografii, zatytułowanej „Choroba. Krzyk ciała” (*Illness. The Cry of the flesh*, 2008), aż po *Phenomenology of illness* (2018) autorka rozwija ujęcie fenomenologiczne, uznając tę tradycję za kluczową dla połączenia perspektywy medycznej z egzystencjalną. Carel proponuje, by zamiast patrzeć na chorobę jako odstępstwo od zdrowia (życia, normalności), spojrzeć na zdrowie jako jeden z aspektów życia. W nawiązaniu do Merleau-Ponty’ego badaczka interpretuje chorobę jako impuls do odnowionego doświadczania egzystencji. Lekarz dysponuje wiedzą, danymi i praktyką, ale tylko pacjent może wnieść do spotkania tę rzecz wyjątkową – własne, indywidualne, pierwszoosobowe doświadczenie zaburzenia życia. Różnica egzystencjalna tworzy pierwszą lukę między lekarzem a pacjentem. Druga luka ma charakter hermeneutyczny: brak odpowiednich pojęć lub posługiwanie się pojęciami nieodpowiednimi przez pacjenta, jego/jej zakłopotanie, wstyd lub uraz (częsty w przypadku kobiet doświadczających przemocy seksualnej) utrudniają adekwatne wyartykułowanie doświadczenia

35 Zob. A.W. Frank *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*, University of Chicago Press, Chicago–London 1995.

36 Zob. jej artykuł w niniejszym numerze „TD”.

37 Zob. np. K. Conway *Beyond words. Illness and the limits of expression*, University of New Mexico Press, Albuquerque 2013.

chorobowego. Zmniejszenie obu luk wymaga interpretacyjnego wysiłku, w czym kluczową rolę powinna odgrywać presumpcja sensu, czyli uznanie, że nawet nieskładna wypowiedź pacjenta jest znacząca. Lekarz musi się wystrzegać „niesprawiedliwości epistemicznej”<sup>38</sup>, polegającej na odmówieniu choremu statusu znawcy. Lekarz hermeneuta powinien dostrzec swoje własne uprzedzenia i założyć, że pacjent jest specjalistą od samego siebie, że zna się na sobie, że w przybliżeniu wie, co mu jest. Zrozumieć chorego to nie tylko skupić się na słowach, które wypowiada, lecz wydobyć znaczenie z całego aktu komunikacji poszerzonego o kontekst życiowy pacjenta.

Rozwój medycyny narracyjnej polega więc na włączeniu wyjściowego impulsu etycznego do poetyki rozumienia. Proponowane przez Havi Carel przesunięcie od narratywizmu do fenomenologii sygnalizuje, że znaczenie wypowiedzi chorego człowieka jest trudniejsze do uchwycenia, niż początkowo zakładano, nie tylko ze względu na ewentualne kłopoty komunikacyjne, lecz także z racji spadającej na lekarza konieczności kontrolowania i kontrowania własnych uprzedzeń. Przełom pierwszej i drugiej dekady naszego stulecia przyniósł zatem w obrębie medycyny narracyjnej znaczącą zmianę: oprócz reguł interpretacji zaczęto uwzględniać przeszkody poznawcze towarzyszące jej przeprowadzaniu<sup>39</sup>.

Proces stopniowego przekraczania narracji jest istotny zarówno dlatego, że nakazuje uwzględnić nieporadność komunikacyjną pacjenta, jak i dlatego że utrudnia edukacyjne upracticzanie zasad interpretacji. Tymczasem w miarę rozwoju medycyny narracyjnej jej strategiczne centrum przenosi się z biblioteki do uczelni. Nadal powstają dziesiątki i setki artykułów, ale strumień wiedzy musi płynąć już nie tylko do szpitali czy laboratoriów, lecz także do szkół wyższych. W 2011 w ramach University of Western Ontario w Kanadzie utworzono Narrative Medicine Initiative jako obowiązkową część studiów medycznych. Do końca dekady podobne kursy powstały na studiach medycznych kilkunastu uniwersytetów w USA i w Europie (Włochy, Niemcy, państwa skandynawskie). Na niektórych uczelniach istnieją wydziały medycyny narracyjnej, a funkcję łączną między uczelniami pełnią coraz liczniejsze czasopisma oraz stowarzyszenia poświęcające swoją działalność tej praktyce.

38 Havi Carel wykorzystuje w swoich rozważaniach pojęcie zaczerpnięte od Mirandy Fricker, zob. jejże *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing* (2007). Szerzej o koncepcji zob. E. Domańska *Sprawiedliwość epistemiczna w humanistyce zaangażowanej*, „Teksty Drugie” 2017 nr 1.

39 R. Schleifer, J. Vannatta *The Chief concern of medicine: narrative, phronesis, and the History of Present Illness*, „Genre” 2011 no. 44 (3), s. 335-347, DOI: 10.1215/00166928-1407531.

Przed medycyną narracyjną nastawioną już nie tylko na schematyczne narracje wyłania się w związku z tym poważny problem. Jest nim rozbieżność między sztuką interpretacji a procedurą: medycyna narracyjna musi obstawać przy rosnącej złożoności komunikatów, a zarazem musi dążyć do ujęcia reguł czytania w jakiś zestaw przepisów<sup>40</sup>. Wrażliwość interpretacyjna bez reguł zamieniłaby edukację w czytanie osobnych komunikatów i nie pozwalała uchwycić podobieństw między tekstami, natomiast protokół bez wrażliwości zatarłby różnice między tekstami. Jest to jednak problem, który raczej powinien trwać, niż zostać rozwiązany. Żywotność kłopotu owocuje równoczesnym naporem na sztukę czytania i na sztukę uczenia, co sprzyja rozwojowi obu tych skrzydeł.

Problem trzeci dotyczy dostępności medycyny narracyjnej. Po kwestiach metodologicznych i edukacyjnych problem związany z socjologią wydaje się jeszcze poważniejszy. Rita Charon we wstępie do monografii *Narrative medicine. Honoring the stories of illness* określiła opisywaną dziedzinę jako „kliniczną kuzynkę badań nad związkami literatury i medycyny oraz literacką kuzynkę opieki skupionej na więzi”<sup>41</sup>. Ciekawy, choć dziwny, stopień pokrewieństwa wyznaczony przez Charon (gdzie są rodzice?), zostawia miejsce dla innych wpływowych znajomych. Trudno oprzeć się wrażeniu, że medycyna narracyjna jest jak dobry pracownik zależny od nie najlepszych mocodawców – ministrów opieki zdrowotnej, sponsorów, członków rad nadzorczych, właścicieli firm farmaceutycznych. Całe środowisko medycyny narracyjnej pozostaje pod presją późnego kapitalizmu i stratyfikacji społecznej. W tym wypadku jednak sygnałem problemu jest brak tekstów – nieobecność narracji na temat społecznej dostępności medycyny narracyjnej.

W rozlicznych opisach przypadków skutecznego działania medycyny narracyjnej brakuje wyników badań na temat związku między przynależnością klasową (etniczną, płciową, seksualną) czy nawet miejscem zamieszkania a „opieką narracyjną”. Istotę problemu wyznacza sposób rozumienia „wartości”. Jedną z najważniejszych badaczek i propagatorek medycyny narracyjnej, Maria Giulia Marini, autorka książki *Bridging the gap between evidence-based medicine and medical humanities* (2016), stwierdziła: „Medycyna narracyjna jest demokratyczna. Jest zdolna zjednoczyć chorych i pracowników

40 Zob. R. Charon et al. *The Principles and practice of narrative medicine*.

41 R. Charon *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, Oxford–New York 2006, s. vii.



służby zdrowia, medycynę opartą na faktach z medycyną opartą na narracji, nauki kliniczne z humanistycznymi. Medycyna narracyjna należy do każdego, kto jest zaangażowany [...] w proces terapeutyczny; należy do pacjentów, do ich rodzin, do lekarzy, pielęgniarek, do innych pracowników służby zdrowia i administracji, do generalnego zarządu, jednak przede wszystkim – do obywateli<sup>42</sup>. Marini powołuje się przy tym na Michaela Portera, profesora Harvard Business School i dyrektora Institute for Strategy and Competitiveness, jako rzekomego stronnika egalitarności opieki medycznej. Tymczasem Porter, znawca zarządzania systemem opieki zdrowotnej, stwierdza:

Wartość powinna być nadrzędnym celem w systemie ochrony zdrowia, ponieważ to ona ostatecznie liczy się dla klientów (pacjentów) i jednoczy interesy wszystkich aktorów systemu. Jeśli wartość wzrośnie, wszyscy pacjenci, płatnicy, usługodawcy i dostawcy będą mogli skorzystać, a stabilność ekonomiczna systemu opieki zdrowotnej się poprawi. Wartość obejmuje i integruje wiele innych celów już uwzględnionych w opiece zdrowotnej, takich jak jakość, bezpieczeństwo, nastawienie na pacjenta i ograniczanie kosztów. Ma również zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia innych ważnych celów, takich jak poprawa równości i rozszerzenie dostępu po rozsądnych kosztach.<sup>43</sup>

Dla Marini wartością jest dostępność, która jednoczy obywateli, dla Portera – stabilność ekonomiczna jednocząca interesantów. Być może jednak opozycja „egalitaryzm – ekonomizm” powinna, podobnie jak poprzednia, trwać. Zwycięstwo egalitaryzmu mogłoby doprowadzić do obniżenia poziomu opieki, a triumf ekonomizmu – do powiązania zakresu opieki z zamożnością. Medycyna narracyjna musi więc dochować wierności sprzecznym zobowiązaniom<sup>44</sup>.

42 M.G. Marini, wywiad dla „La Repubblica”, 12.06.2012.

43 M.E. Porter *What is value in health care?*, „New England Journal of Medicine” 2010 no. 363 (26), s. 2481 (wyróżnienia w tekście – P. Cz.).

44 Związek między „zasobami systemu” i metodami leczenia uświadamiają statystyki: z raportu Eurostatu „Healthcare personnel statistics – physicians” (opublikowany w listopadzie 2019) wynika, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza. Na czele rankingu znalazły się: Grecja (6,1 lekarza na 1000 mieszkańców), Austria (5,2), Litwa (4,5), Niemcy (4,2)

## Prospekt

Trzy podstawowe problemy – metodologiczny, edukacyjny i ekonomiczny – warto uzupełnić wskazaniem szans tkwiących w medycynie narracyjnej. Każda z nich zrodzi jednak pytanie związane z polskimi realiami.

Pierwsza szansa wiąże się z koniecznym, choć niezwykle trudnym łąčeniem dziedzin wiedzy. Jest rzeczą bezprecedensową, że zatarcie granic między humanistyką a medycyną zostało zainicjowane w obszarze tej drugiej. Połączenie to na razie polega wszak na jednostronnej absorpcji dokonywanej przez lekarzy-badaczy, którzy (mając do tego pełne prawo) czerpią z dorobku metodologicznego i literackiego. Co więcej, uruchomienie kursu medycyny narracyjnej na studiach medycznych w Polsce odwleka się w czasie. W tym kontekście sensowne wydaje się pytanie, czy współpraca między „medykami” i „humanistami” nie mogłaby właśnie objąć przygotowania takich kursów (podręczniki, sylabusy)?

Druga szansa, bezpośrednio związana z poprzednią, dotyczy edukacji uniwersyteckiej. Dla rozwoju medycyny narracyjnej istotna jest stała współobecność humanistyki. Czy słusznym pomysłem humanizacji medycyny nie powinny jednak towarzyszyć symetryczne koncepcje umedycznienia humanistyki? Nie chodzi przy tym o ćwiczenia z biologii czy chemii. Dzięki odsłonięciu założeń i konsekwencji medycyny narracyjnej wiemy, że relacja lekarz-pacjent jest częścią rozległej sieci tworzonej przez kulturowe, ekonomiczne i polityczne dyskursy zdrowia. Czy zatem na studiach humanistycznych nie powinny się pojawić właśnie kursy dotyczące zdrowia, choroby, umierania, śmierci?

Szansa trzecia wynika z etycznego oblicza medycyny narracyjnej. Jeśli dyscyplina ta nie chce moralnego imperatywu zgubić, musi upierać się przy upodmiotowieniu pacjenta. Zapytać jednak należy, czy konieczną implikacją medycyny narracyjnej nie powinna się stać zasada sprawiedliwości medycznej, która pozwalałaby ludziom korzystać z „opieki narracyjnej” bez względu na majątność, przynależność klasową czy miejsce zamieszkania<sup>45</sup>.

---

i Czechy (4,1). Wynik Polski jest najgorszy w Unii i drugi od końca w Europie – mniej lekarzy ma tylko Turcja (1,8), zob. M. Majewska *Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej*, „Puls Medycyny”, 6.12.2019, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> (12.01.2021).

45 Kluczową kwestią był czas, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi. Raport opublikowany na łamach „British Medical Journal” w roku 2017 podaje, że „najwięcej czasu pacjentom poświęcają lekarze w Szwecji, średnio 22,5 minut. Nieco ponad 20 minut w USA i równo 20 minut – w Bułgarii. Polska, z wizytami trwającymi średnio nieco ponad 10 minut, plasuje się w połowie

Powrót do nauki uprawianej wspólnie przez dyscypliny medyczne i humanistykę, wymieszanie kursów edukacyjnych, połączenie opieki ze sprawiedliwością społeczną – to kluczowe wartości medycyny narracyjnej. Aby ich nie zgubić, trzeba o nie pytać.

## Abstract

---

### Przemysław Czaplński

ADAM MICKIEWICZ UNIVERSITY (POZNAŃ)

*Narratives and Medicine*

The article discusses the historical determinants of autonomous medicine, the effects of this autonomy, and the process of transforming narrative medicine into communication medicine. This transformation raises three vital problems in narrative medicine: methodological, educational and economic.

## Keywords

---

narrative medicine, autonomous medicine, medical authority, modern state, medical paradigms, medical education, accessibility of medical care

---

trzeciej dziesiątki rankingu”, zob. A. Karwowska *W Polsce wizyta u lekarza pierwszego kontaktu trwa dwa razy krócej niż w Szwecji czy USA*, „Gazeta Wyborcza”, 22.11.2017. O złych regulacjach systemowych w Polsce, o przepracowaniu personelu medycznego i niedoborze czasu zob. P. Kapusta *Agonia. Lekarze i pacjenci w stanie krytycznym*, Wielka Litera, Warszawa 2018.