

---

## Spotkanie pacjenta z lekarzem oraz anamneza jako *clou* medycyny narracyjnej w eseistyce Andrzeja Szczeklika

---

Dorota Samborska-Kukuć

---

TEKSTY DRUGIE 2021, NR 1, S. 101–116

DOI: 10.18318/td.2021.1.6 | ORCID: 0000-0002-1943-6694

---

**Ź**ródłem choroby biblijnego Hioba jest niezależna od niego i tocząca się poza nim walka sił: Dobra ze Złem, on sam staje się żywą egzemplifikacją konfliktu wyższych mocy. Warunkiem jego ozdrowienia jest wiara, na nic zdałaby się tu wszelka terapia medyczna. Stan człowieczego umysłu nieskażonego zwątpieniem jest jedynym gwarantem uleczenia. Osoby wychowane w określonych realiach społeczno-kulturowych, które zapadają na choroby weneryczne, mogą odczuwać napiętnowanie wskutek etiologii schorzenia – kontaktów seksualnych uważanych za nieczyste – sądzą, że ich choroba to konsekwencja grzechu. Współczesna intelektualistka, bohaterka *Znikania* Izabeli Morskiej (Filipiak), gdy zawodzą konwencjonalne metody diagnozy jej choroby, rozważa pół żartem, pół serio możliwość klątwy, praktyki voodoo. Czy w każdym z tych przypadków mamy do czynienia z myśleniem magicznym? Zapewne. Powoduje je rozpaczliwa bezradność wobec nasilającego się bólu, lęk przed narastającą słabością, ograniczającą codzienne funkcjonowanie, niemożność akceptacji nowego „ja”

---

**Dorota Samborska-Kukuć** – prof. dr hab., literaturoznawczyni, zajmuje się głównie dziewiętnastowiecznością; kieruje Zakładem Literatury Pozytywizmu i Młodej Polski Uniwersytetu Łódzkiego. Autorka kilkunastu monografii i ponad 150 artykułów naukowych.

– „ja” chorego, którego życiowy projekt ulega rozpadowi, unieważnieniu – wreszcie prerażenie mogącą nadejść śmiercią.

Z tą bezradnością, lękiem, nieakceptacją i prerażeniem chory przychodzi do lekarza, to od niego spodziewa się pomocy, ulgi, reintegracji, umożliwienia powrotu do codzienności<sup>1</sup>. Spodziewa się, że zostanie wysłuchany, zbadany, uleczony. Tymczasem wobec braku odpowiedniej komunikacji między pacjentem a lekarzem – który nie nawykł do takiego dialogu, redukuje więc do absolutnego minimum wywiad, rozmowę z chorym, bo traktuje ów dialog (monolog pacjenta?) jako postną przystawkę do dania głównego i koncentruje się na badaniu przedmiotowym – pojawia się odczucie zreifikowania, ograniczenie chorego do ciała bez mowy, do bezświadomej materii pozbawionej języka.

\*

Mogąca się dziś poszczycić sporą literaturą medycyna narracyjna, której przedmiot i zadania opracowała amerykańska lekarka i literaturoznawczyni Rita Charon<sup>2</sup>, wychodzi naprzeciw oczekiwaniom współczesnego człowieka, który pragnąłby w chorobie holistycznego, psychofizycznego wsparcia, chciałby zrozumiałej dla siebie współpracy, polegającej na wzajemnym zaufaniu i przekazywaniu rzetelnych, jasnych informacji. Niektórzy lekarze mają świadomość rozżewu między tymi oczekiwaniem a ofertą służby zdrowia; samokrytykę składa na przykład David H. Newman:

w którymś momencie trwającej dwa tysiące czterysta lat podróży z wyspy Kos w starożytnej Grecji do współczesnych szpitali, gdzie medycynę wspiera nauka i technologia, rozeszły się drogi pacjentów i lekarzy. Obie

1 H.G. Gadamer *Terapia i rozmowa*, w: tegoż *O skrytości zdrowia*, przeł. A. Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011, s. 159.

2 Do najważniejszych, a zarazem najnowszych prac R. Charon należą: *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York 2006, oraz *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Oxford University Press, New York 2016 (udostępniona polskiemu czytelnikowi jako: R. Charon i in. *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka*, przeł. M. Świątkowska, red. wyd. pol. M. Potoniec, H. Syzdek, Legra Kraków 2020). Wart uwagi jest również tom zbiorowy *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwa UW, Warszawa 2019, w którym wykładane są, interpretowane i przetwarzane tezy Charon. Zwiastuny teorii amerykańskiej uczonej pojawiają się w piśmiennictwie specjalistycznym od lat 80., zob. m.in. tejsze *To Render the Lives of Patients*, „Literature and Medicine” 1986 issue 5, s. 58-74.

grupy mają dziś inne oczekiwania i inne cele. Na początku zapewne rozminęliśmy się ledwo o krok, choć wybrane przez nas drogi z pewnością były wybrukowane dobrymi chęciami. [...] Od tamtego momentu my, lekarze, stopniowo oddalaliśmy się od naszych pacjentów, a teraz dzieli nas od siebie lata świetlne.<sup>3</sup>

Porozumienie nie jest możliwe, zwłaszcza gdy lekarz przyjmuje rolę „władcy marionetek”, sterowanych zdalnie poprzez surową medykację, sprowadzoną do ankietowania i dokumentowania oraz niekończących się, kosztownych i często zbytecznych badań, a także przymiarek farmakologicznych, zmieniających życie pacjenta w kliniczno-kuracyjną odyseję. Świadomy swoich powinności lekarz zdaje sobie sprawę, że:

w każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odsłaniają jego istotę. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem. [...] Zmieniają się ludzie, zmienia się sceneria – z pogotowia, poprzez przychodnię, gabinet lekarski po salę szpitalną – ale sytuacja pozostaje ta sama. Spotkanie dwóch ludzi: chorego z lekarzem.<sup>4</sup>

Wołanie chorego staje się lekarza powołaniem. Wówczas w to spotkanie dwu ludzi wchodzi mit. Lekarz i chory zaczynają śnić ten sam, pradawny sen. Razem ruszają na poszukiwanie eliksiru życia.<sup>5</sup>

Przytoczone stanowisko wyraził wybitny polski lekarz i humanista Andrzej Szczeklik (1938-2012), autor ponad sześćuset publikacji naukowych, najczęściej cytowany na świecie polski uczony reprezentujący nauki biologiczne. W trzech swoich zbiorach esejów: *Katharis*, *Kore*, *Nieśmiertelność* opowiedział on o medycynie jako nauce komplementarnej, a nawet konwergencyjnej wobec filozofii, sztuki, religii i... magii, występując przy tym jako oponent dehumanizacji medycyny sprzeciwiający się jej unifikacji.

Łatwo zauważyć, że Szczeklik wielokrotnie powraca do fundamentalnej w medycynie narracyjnej kwestii spotkania i rozmowy (wywiadu

---

3 D.H. Newman *Cień Hipokratesa. Tajemnice domu medycyny*, przeł. M. Borowski, Znak, Kraków 2010, s. 5.

4 A. Szczeklik *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, wstęp Cz. Miłosz, Znak, Kraków 2009, s. 12.

5 Tamże, s. 41.

anamnestycznego) lekarza z chorym, czyniąc ten temat arcyważnym, warunkującym bycie dobrym lekarzem. Nie była to w chwili powstania eseju myśl nowa<sup>6</sup>, ale na gruncie polskim – podana atrakcyjnie i obudowana erudycją – wywołała wrażenie<sup>7</sup>. Autor – lekarz cieszący się poważaniem i autorytetem zarówno w środowisku medycznym, jak i artystycznym (leczył ludzi nauki i sztuki) – podkreślał istotność sytuacji kluczowych dla pacjenta, a więc dla każdego człowieka, który prędzej czy później pacjentem zostanie, upominał się o ludzką godność w obliczu traumy, jaką jest utrata zdrowia<sup>8</sup>. Pisał z przekonaniem: „w blisko połowie przypadków rozpoznanie postawić można z umiejętnie zebranej historii choroby. Reszta – jest potwierdzeniem”<sup>9</sup>; opinię tę powtórzył w rozmowie z Jerzym Illgiem: „gdy chory wchodzi, powie parę zdań, to szybko cię nakierowuje na właściwe rozpoznanie”<sup>10</sup>, oraz potwierdził w innym miejscu, rozczarowany kierunkiem, w jakim zmierzała komercjalizująca się medycyna współczesna, której „substancja została naruszona”: „Spętany siecią obowiązków administracyjnych, wtłoczony w tryby maszyny «służby zdrowia» [lekarz] coraz rzadziej znajduje czas na rozmowę z chorym. Na ten upośledzony kontakt żalą się pacjenci”<sup>11</sup>. Są to spostrzeżenia praktyka wpisujące się całkowicie w sformułowane przez Charon podstawowe zasady medycyny narracyjnej, rozumianej jako wsparta na humanistycznym podglebiu umiejętność komunikacyjna w relacji lekarza z szukającym pomocy chorym<sup>12</sup>. Korespondują one także z hermeneutycznymi poglądami

6 Pierwsze wydanie *Katharsis* to rok 2002.

7 Wskazują na to m.in. dość liczne recenzje, w których podkreśla się podjęcie tematyki spotkania i anamnezy jako znamienne dla wymiaru etycznego książek Szczeklika; zob. np. M. Kowalski *Mag i rzemieślnik*, „Więź” 2005 nr 8/9, s. 134-138; M. Radgowski *Między biologią a humanizmem*, „Nowe Książki” 2007 nr 11, s. 77; M. Wyka *Dusza i ciało*, „Dekada Literacka” 2008 nr 2/3, s. 186-189.

8 Na ścisłe związki Szczeklika z medycyną narracyjną Charon zwraca uwagę M. Chojnacka-Kuraś *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści...*, s. 78.

9 A. Szczeklik *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, wstęp A. Zagajewski, Kraków: Znak, Kraków 2007, s. 16.

10 *Słuch absolutny. Andrzej Szczeklik w rozmowie z Jerzym Illgiem*, postowie A. Białas, Znak Kraków 2014, s. 181.

11 A. Szczeklik *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, wstęp. A. Wajda, Znak Kraków 2012, s. 12, por. s. 97-98.

12 Istota koncepcji Charon polega na opiece medycznej, w której centrum znajduje się pacjent; oznacza to wyeksponowanie jego podmiotowości, a co za tym idzie – perspektywy i doświadc-

Hansa-Georga Gadamera, sformułowanymi zwłaszcza w zbiorze eseistycznych wykładów *O skrytości zdrowia*<sup>13</sup>, a pośrednio nawiązują do filozofii dialogu i metafizyki dobra księdza Józefa Tischnera. Nieobce są Szczeklikowi również konceptualizacje fenomenologa Fredrika Svenaeusa<sup>14</sup> – podobnie jak szwedzki uczony sytuuje i definiuje Szczeklik medycynę kliniczną bardziej jako praktykę niż naukę.

Szczeklik, jako akademik, zwraca uwagę na to, że (w Polsce) nie kształci się studentów medycyny w zakresie komunikacji interpersonalnej, nie uczy się ich także rozpoznawania sygnałów niewerbalnych; na żadnym etapie nie wydobywa się i nie doskonali tych umiejętności, uzależniając je – milcząco – od cech osobowości, wrażliwości i etyki lekarza, nie uważa się ich bowiem za ważne, a przynajmniej nie za tak ważne, jak diagnozowanie z użyciem instrumentarium medycznego<sup>15</sup>.

---

czenia choroby. Zadaniem lekarza jest nawiązanie kontaktu z pacjentem: uważne wysłuchanie historii jego choroby i obserwacja sygnałów pozawerbalnych, które to komunikaty powinien następnie zinterpretować jako formułę komplementarną wobec wyników badań klinicznych. W dydaktyce akademickiej medycyna narracyjna ma za zadanie wyposażyć studentów w określone kompetencje narracyjne poprzez ćwiczenia analityczno-interpretacyjne i intersemityczne przeprowadzane na materiale literackim i filmowym oraz poprzez kontakt z dziełami sztuki. Stymulacja artystyczna ma wspomagać umiejętność przyszłego lekarza do uważniejszego słuchania pacjenta („odczytywania go”), przygotowywać do zetknięcia z tajemnicą życia, choroby i śmierci jako zjawiskami transcendentnymi. W praktyce klinicznej uruchamia się trzy zasadnicze składowe: *attention*, rozumiana jako koncentracja uwagi lekarza na pacjencie, wnikliwe słuchanie i obserwacja; *representation*, czyli pisemne przedstawienie wniosków terapeuty w postaci opisu anamnestycznego; *affiliation* – stworzenie relacji pacjenta z lekarzem opartej na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu; zob. R. Charon *Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation*, „Narrative” 2005 no. 3, s. 261-270.

- 13 Bliska w sensie filozoficznym jest Szczeklikowi hermeneutyka, a ściślej Gadamerowski horyzont (po)rozumienia w interpersonalnym dialogu, relacje między pacjentem a lekarzem, autoterapia. Eseje obu autorów upodabnia do siebie także dociekanie etymologii pojęć oraz tendencja *ad fontes*: rozmiłowanie w kulturze starożytnej Grecji, zwłaszcza zaś poszukiwanie wszelkich źródeł w mitologii.
- 14 Zwłaszcza spostrzeżenia zawarte w monografii *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht 2000.
- 15 W programie np. kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (dla Szczeklika macierzystego) jako obowiązkowe są jedynie warsztaty klinicznych umiejętności psychologicznych na roku V, podczas gdy propozycji fakultatywnych jest kilka (np. etyczne aspekty komunikacji interpersonalnej w medycynie na roku III), na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym obowiązkowy jest wykład oraz ćwiczenia z komunikacji medycznej (rok II i III).

## Spotkanie

Lekarz, z którym dziś rozmawiałam, to nie był ten co ostatnio. Myślę, że był ważniejszy. Dziwne, jego głowa wyglądała jak moja. Może to specjalnie? Żeby pacjenci czuli się przy nim swobodnie?

A. Munro, *Wiszący most*

Dla Szczeklika, wielokrotnie akcentującego komunikację między lekarzem a pacjentem, duszą medycyny jest właśnie ich spotkanie:

Chory przychodzi ze swym bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą, woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, ażeby zażegnać trwogę, albo skamieniałe rysy twarzy, za którymi kryje się nieufność do lekarza.<sup>16</sup>

W drugiej książce nada temu spotkaniu sens najwyższy:

Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało), mówi: Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz. [...] Będę z tobą. Nie opuszczę cię. Nie zostaniesz sam.<sup>17</sup>

Kluczową rolę w procesie leczenia stanowi więc szczególne Spotkanie. Jest to ujęte w kategorii Levinasowskie Spotkanie Lekarza z Innym i na odwrót – Chorego z Innym. Dość istotną rolę odgrywa miejsce tego spotkania, zwłaszcza inicjalnego: ważne jest, czy dochodzi do niego w przychodni, na pogotowiu, w szpitalu czy w domu. W dwu pierwszych przypadkach niepewność chorego wyzwała obce terytorium, którego „gospodarzem” jest zuniformizowany lekarz. Dyskomfort potęguje dysonans pomiędzy oczekiwaniami pacjenta szukającego pomocy, pokładającego ufność w wiedzy i możliwościach lekarza niejako apriorycznie a pośpiechem tego drugiego uzależnionym między innymi od liczby oczekujących pod drzwiami gabinetu. Krótki czas wizyty zakończonej wypisaniem recepty może być i przeważnie jest poczytywany przez chorego za zbagatelizowanie ważnej dla niego sprawy. Jeśli przy tym lekarz potraktuje go z wyższością, wizyta zamiast przynieść nadzieję, przełoży się na jeszcze gorsze samopoczucie. Początek tak zawiązanej relacji stanie się

<sup>16</sup> A. Szczeklik *Katharsis*, s. 12.

<sup>17</sup> A. Szczeklik *Kore*, s. 370-371.

falstartem dla dalszego leczenia. Brak uwagi, rozkojarzenie, zniecierpliwienie ze strony doktora będzie zawsze w ocenie chorego lekceważeniem i nierządno przyczyną zmiany terapeuty. W ten sposób pacjent zacznie gromadzić negatywne doświadczenia, skutkujące później ograniczonym zaufaniem do lekarskiego autorytetu. Na ten brak „współmyślenia” lekarza z pacjentem dobitnie zwraca uwagę komentator esejów Szczeklika Tadeusz Sławek: „Bez tego osiada się na laurach, sięga po przyniesioną przez chorego kopertę...”<sup>18</sup>.

Inność pacjenta wyznacza nie tylko osobność egzystencjalna, społeczna, zawodowa, nie tylko wynikająca z okoliczności odmienność perspektyw, ale i odrębność języka, którym włada lekarz, a którego przeważnie chory nie rozumie. Granice jego świata wyznacza inny język, nieznający lekarskiego profesjolektu, obco, a przez to groźnie brzmiące terminy oraz specjalistyczne skróty określające jednostkę chorobową, zlecone badania, nazwy leków tworzą sieć, w której szamoce się Inny. Jeśli doktor nie zada sobie trudu wyjaśnienia, pacjent ulegnie bioopresji, znajdzie się w pozycji podrzędnej, co tylko wzmoże jego obawy i utrudni ukonstytuowanie się sytuacji dogodnej dla procesu leczenia. Gdy dojdą do tego jeszcze problematyczne realia szpitalne (brak intymności, rozdzielenie z najbliższymi, warunki sanitarne etc.), sytuacja taka może się w ogóle nie ukonstytuować. A przecież – wedle Szczeklika – „więź nie zaistnieje, a tym bardziej – nie zacieśni się – bez zaufania chorego”<sup>19</sup>. „To ono buduje więź międzyludzką, włącza wolność w realizację wartości. Środowisko zaufania jest środowiskiem terapeutycznym. «Buduje przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego». Budzi jego wiarę w ludzi”<sup>20</sup>. Tak rodzi się i trwa odpowiedzialność.

Szczekliki przejawia tendencję do uwznioślenia zawodu lekarza, zbliżając ten konstrukt do ideału poprzez sięgnięcie po rytuały szamańskie czy mit orfejski, ewokujące m.in. samotną wędrówkę w zaświaty, by odzyskać duszę chorego. Dostrzega powinowactwa między magią a medycyną, odnawia znaczenie „sztuki lekarskiej”, powołania i misji lekarza. Kładzie szczególny nacisk na uważność spotkania i dialogu („Lekarz winien chcieć i umieć słuchać chorego [...], zachować pokorę, nie narzucać z góry władczych koncepcji choroby”<sup>21</sup>), po którym dopiero sugerowana jest diagnoza, zleca się badania,

18 T. Sławek *Dusza medycyny*, „Tygodnik Powszechny” 2012 nr 7, s. 30.

19 A. Szczekliki *Kore*, s. 254.

20 Tamże, s. 259.

21 A. Szczekliki *Nieśmiertelność*, s. 99.

ustawia i realizuje terapię. Jeśli ma się ona powieść, wszystkie rozpoznania i działania muszą być trafne i celowe. Szczeklik zdaje sobie jednak sprawę z ekonomiczno-biurokratycznych uwarunkowań, które sprowadzają ten zawód – tak wymagający etycznie – do rutynowego rzemiosła, pośpiesznych czynności pozbawionych „ducha medycyny”. Odwołując się do znanego płótna Petera Bruegla *Pejzaż z upadkiem Ikara*, rozprawia Szczeklik o wrażliwości i empatii, cechach istotnych, a niejednoznacznych i dyskusyjnych w profesji medycznej. I choć jest zdania, że personel musi codziennie „nakładać na siebie pancerz”, powinien pielęgnować czynnik „wrażliwości serca”, by umieć otworzyć się na cierpienie drugiego człowieka, odczuć je wraz z nim, ale tak, by generowało to siłę, zdolność do wsparcia, by umożliwiała pocieszenie, niekiedy – mimo wszystko. Adam Kay, pisząc o takiej empatii lekarzy, określił zjawisko górnolotnie, ale trafnie: „Dobry lekarz musi mieć ogromne serce i szeroką aortę, którą płynie cała rzeka współczucia i ludzkiej dobroci”<sup>22</sup>. Szczeklik nie rozwija, niestety, zasygnalizowanej kwestii „nałożonego pancerza”, nie dzieli się z czytelnikiem ani swoimi spostrzeżeniami, ani metodami zachowania dystansu, zabezpieczania się przed emocjami płynącymi ze współczucia. Wspomina jedynie o skutkach niepowściągliwej postawy lekarza: utracie energii.

„Dla lekarza każdy chory jest zagadką. Rozwiązanie zagadki następuje w chwili ustalenia rozpoznania”<sup>23</sup> – autor *Kore* zakładając, że dobry lekarz jest „pomocnikiem przyrody, a nie jej nauczycielem”<sup>24</sup> oraz pasjonatem swojej profesji, mającej za „przedmiot badawczy” obiekt szczególnie – żywego człowieka, z którym należy być, bez względu na znużenie czy inne obowiązki – stawia przed terapeutą zadania imperatywne, niepodlegające dyskusji. Lekarz jest zobowiązany najpierw „wysłuchać chorego i pokierować rozmową, by wydobyć z niego najważniejsze objawy choroby”<sup>25</sup>, następnie musi w badaniu wyłapać jej znamiona, w końcu zlecić badania dodatkowe. Lekarz powinien „o chorym pamiętać, myśleć, nosić go w sobie”; jego obowiązkiem jest wiedzieć „wszystko o jego chorobie, a o nim samym niemało, [...] wyrwany ze snu w nocy, powinien *expedite* wyrecytować anamnezę i wyśpiewać wyniki

22 A. Key *Będzie bolało. Sekretny dziennik młodego lekarza*, przeł. K. Dudzik, Insignis, Kraków 2018, s. 17.

23 A. Szczeklik *Kore*, s. 258.

24 A. Szczeklik, *Katharsis*, s. 80.

25 A. Szczeklik *Kore*, s. 258.



badan chorego, którym opiekuje się na oddziale szpitalnym”<sup>26</sup>. Szczeklik odradza przyjęcie wobec chorego postawy paternalistycznej, demonstrującej władzę i autorytet („lekarz nie może być sędzią chorego ani go potępiać, lecz starać się go zrozumieć, pomóc mu”<sup>27</sup>), podkreśla pożądaną symbiotyczność („koniunkcję”) wzajemnych relacji, zwłaszcza towarzyszenie choremu w całym toku jego terapii w roli *cicerone* po labiryntach diagnostyki. Słowem: jest zdania, że wszelkie działania powinny być podporządkowane dobru pacjenta, bez względu na system i wymogi formalne służby zdrowia.

### Wywiad chorobowy jako tekst interpretowany

To załamywanie się mojego pisma (i sensów i znaków), gdy tylko próbuję coś zanotować w łóżku – przeraża mnie. Zdaje się więcej mówić o stanie mojego zdrowia niż wszystkie diagnozy.

M. Dąbrowska, *Dzienniki powojenne 1945-1965*

Zanim lekarz przystąpi do badania, które nazywamy przedmiotowym, czyli do oglądania, obmacywania, opukiwania i osłuchiwania, rozmawia z chorym, słucha jego opowieści, poznaje historię choroby. Pomaga choremu „uwolnić się od zapomnienia [...] prawda, odsłonięta przez chorego w wywiadzie, wyzwala rozpoznanie, przedstawia ją lekarzowi [...] Niekiedy choremu trudno przebić się słowami do lekarza. Doktor się śpieszy, ma swoje zmartwienia, po prostu nie słucha”<sup>28</sup>.

Anamneza – maladyczna narracja pacjenta odsłaniająca dzieje jego problemu – sprowadza się przeważnie do pośpiesznie i zwięźle udzielonej odpowiedzi na pytanie lekarza: „Co dolega? Co się dzieje?”, z dodatkiem grzecznościowym lub nawet bezosobowo. Reakcja chorego bywa zatem pośpieszna, by nie zniescierpliwic lekarza, który zazwyczaj coś (czy to, co mówi chory?) właśnie notuje, i zwięźła, by na jednym oddechu powiedzieć... wszystko. U Szczeklika zaś spotkanie odbywa się inaczej:

I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odsłonić ważny szczegół, uściślić

26 Tamże, s. 254, por. H.G. Gadamer *Teoria, technika, praktyka*, w: tegoż *O skrytości zdrowia*, s. 36.

27 A. Szczeklik *Katharsis*, s. 15.

28 A. Szczeklik *Kore*, s. 16.

chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza. [...] Pierwszą rozmowę z chorym, zbieranie wiadomości o chorobie, wywiad lekarski nazywają medycy anamnezą. Tak nawiązują do Platona. A choć odcień platońskiej anamnezy był nieco inny, a jej sens głębszy, to przecież była ona najważniejszym i najoryginalniejszym sposobem poznania. Podobnie w sztuce lekarskiej – dla poznania choroby ma znaczenie pierwszorzędne. [...] Zanim lekarz zacznie „postrzegać” – zanim przystąpi do oględzin [...] – słucha opowieści z przeszłości. Umiejętnym słowem pomaga wydobyć na jaw wiedzę, która jest historią, przypomnieniem. Musi być przy tym ciekaw tej historii, tak aby chory czuł, że ktoś, może po raz pierwszy, interesuje się naprawdę jego biedą. Trzeba, aby mówił z chorym jednym językiem. Nierzadko rytm mowy, barwa głosu skierują jego uwagę na właściwe rozpoznanie. [...] Wystarczy słuchać. [...] I tak lekarz wchodzi w świat chorego, zawierający niekiedy treść intymną, zapomnianą lub ukrywaną przed samym sobą.<sup>29</sup>

Według zwolenników medycyny narracyjnej dzieje choroby to „powieść z intrygą”, która ujawnia się w karcie pacjenta poprzez ustrukturowanie: od wywiadu anamnestycznego, w którym można wyróżnić co najmniej cztery sekwencje – 1) wprowadzenie określające czas, miejsce, sytuację; 2) komplikacja akcji wskazująca na ciąg wydarzeń; 3) nadanie znaczenia wydarzeniom ujawniające stosunek narratora; 4) rozwiązanie, uściślenie tego, co się ostatecznie wydarzyło<sup>30</sup> – po wyniki badań klinicznych. Dzieje te – poddane fabularyzacji – tworzą rodzaj literatury opisowej<sup>31</sup>. Refleksja należy do lekarza. Instrukcje autora *Katharsis* wypływające z praktyki lekarskiej i oparte na filarze filozoficznym, dowodzą głębszego rozumienia powagi profesji należącej tak samo do nauk przyrodniczych, jak humanistycznych. Dotyczą

29 A. Szczeklik *Katharsis*, s. 12-13.

30 Zob. M. Zabielska, M. Żelazowska *Narracyjny charakter medycznego opisu przypadku a jego spójność*, w: *Spójność tekstu specjalistycznego*, red. M. Górnicz, M. Kornacka, t. 2, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Komunikacji Specjalistycznej i Interkulturowej Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016, s. 126-127. Być może interesującą propozycją metodologiczną porządkującą narracje patograficzne (i pisane, i oralne) byłaby strukturalna koncepcja W. Proppa sformułowana w *Morfologii bajki*.

31 R. Charon *Narrative Medicine: Honoring...*, s. 50, por. M. Luber-Szumniak *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści...*, s. 18-19.

przecież człowieka, któremu lekarz winien jest szacunek, nieudawane zainteresowanie jego „biedą”. Słuchanie chorego i podtrzymywanie dialogu istotnymi dla celu rozpoznania pytaniami, koncentrowanie się na osobie mówiącego, utrzymywanie z nim – o ile to możliwe – kontaktu wzrokowego, śledzenie komunikatów niewerbalnych to podstawowe zadania terapeuty, od którego Szczeklik wymaga nie tylko kompetencji medycznych, ale na tym etapie przede wszystkim empatii, którą z pewnością odczuje chory. Dzięki autentycznemu, ludzkiemu zainteresowaniu lekarza pacjentem nawiąże się między nimi porozumienie ułatwiające odtajnianie, a niekiedy i rozpoznawanie przyczyn słabości poprzez mówienie jako rodzaj porządkowania myśli uwalnianych z poziomu immanentnego<sup>32</sup>.

Zarówno według Szczeklika, jak i Gadamera rozmowa nie jest jedynie wstępem do terapii, ale sama jest terapią<sup>33</sup>, wspólnota między rozmówcami ma ułatwić pacjentowi przypomnienie tego, co ważne, i jednocześnie umożliwić zapomnienie, że jest to wywiad chorobowy, który z założenia ma charakter przymusu<sup>34</sup>. Jej „właściwym celem – pisze Gadamer – powinno być pobudzenie w pacjencie komunikacyjnego nurtu życia doświadczeniowego”<sup>35</sup>. Szczeklik definiuje wywiad anamnestyczny przez etymologicznie mu bliską anamnezę Platońską, poszukując – i słusznie – powinowactw w tych rodzajach poznania: „W medycynie przypomnienie [...] zatrzymuje się na początku choroby. Choć próbuje dociec jej pierwszych objawów, porusza się po obszarze granicznym, penetruje świat inny, wcześniejszy, świat zdrowia, świat bez choroby”<sup>36</sup>. Podając przykład mężczyzny, który przeszedł zawał tuż po pogrzebie teściowej i zdążył jeszcze dojść o własnych siłach na ostry dyżur, zastanawia się nad czynnikami mogącymi wpłynąć na stan zdrowia pacjenta na długo przed pierwszymi objawami groźnej choroby. I nie musi być to tylko przeżywanie żałoby, ale może też odczucie ulgi, a w związku z tym poczucie winy i wstydu. Szczeklik, wyraźnie uprzywilejowując dialog, czyni go kluczem do choroby i nie tyle oddziela rozmowę z pacjentem od badania

32 W rozumieniu A.J. Greimasa na poziomie immanentnym przedstawienia i analizy „narracyjność istnieje i jest zorganizowana, zanim jeszcze nastąpiła jej manifestacja” na poziomie „widocznym” narracji, *Elementy gramatyki narracyjnej*, „Pamiętnik Literacki” 1984 z. 4, s. 178.

33 Por. H.G. Gadamer *Terapia i rozmowa*, s. 158.

34 Por. tamże, s. 167.

35 Tamże, s. 168.

36 A. Szczeklik *Katharsis*, s. 15.

przedmiotowego i dalszych działań prowadzących ku rozpoznaniu, ile czyni ją zasadniczym źródłem wiedzy, jaką pozyskuje terapeuta – jest ona punktem wyjścia, z którego czasem ku diagnozie wiedzie prosta droga, niekiedy natomiast rozwidlenia mogące wynikać z cząstkowego przekazu chorego lub niewłaściwej interpretacji lekarza.

Szczeklik nie wskazuje na konkretne metody interpretowania narracji pacjenta. Wydaje się, że nie dysponuje w tym przedmiocie kompetencjami naukowymi, nie posiada odpowiednich narzędzi, rozumie jednak, że pierwszym impulsem jest intuicja umożliwiająca – jak pisała kiedyś Stefania Skwarczyńska – „przywarcie do przedmiotu badania, [...] przedwstępne zbliżenie się do niego, [...] wewnętrzne niejako jego widzenie”<sup>37</sup>. Autor *Kore* jakby wtóruje Skwarczyńskiej, twierdząc: „intuicja pomaga przeczuć niejako rzeczywistość, domyślić się jej, a nawet zobaczyć”, a nazywając intuicję „ścieżką nad rozumem”, uznaje jej pierwszeństwo, które pozwala „zobaczyć lekarzowi, co dzieje się w organizmie chorego”<sup>38</sup>. W związku z intuicyjnym „przywarciem” niezwykle ważne jest obrazowe wyjaśnienie Szczeklika wpływające z jego *praxis*:

Gdy słucham historii choroby, gdy obserwuję, badam, stawiam rozpoznanie, wdrażam leczenie, mam wrażenie, że poruszam się jak łoś wchodzący do kniei, którą nieźle zna: łowi zapachy, dźwięki, szuka śladów... Idzie tropem tych wrażeń, buduje z nich obraz, który pozwala mu reagować najtrafniej. Często coś mnie zastanawia, gdyż odbiega od wzoru, nie układa się w znany kształt. Ta zagadka zapada wówczas we mnie, by wrócić niespodzianie [...] z rozwiązaniem, które wcale nie musi być prawdziwe.<sup>39</sup>

W *Nieśmiertelności* Szczeklik zauważa (przyznaje się przy tym, że inspirację czerpał z rozmów z Wisławą Szymborską) ograniczenia języka w artykule waniu dolegliwości:

Z chorobą wkracza w nas odmienność. Zdrowie jest stanem harmonii, choroba – jej zachwianiem. Prędzej czy później doświadczamy

37 S. Skwarczyńska *Etos badacza*, w: tejsze *Studia i szkice literackie*, PAX, Warszawa 1953, s. 79.

38 A. Szczeklik *Kore*, s. 117.

39 Tamże, s. 117-118.

wtargnięcia obcego, wroga. Czujemy przemianę. Towarzyszą jej niepokój, lęk, trwoga [...] Bardzo trudno oddać to, co naprawdę czujemy w chorobie, czym się stajemy, chorując, [...] choroba jest niemal nieprzekazywalna, [...] wymaga innego języka, bardziej zmysłowego, bardziej wulgarnego.<sup>40</sup>

Autor dość optymistycznie i bez trybu warunkowego zakłada, że „Lekarz wykształcił język, którym porozumiewa się z chorym, i wyostrzył swoje zmysły tak, by sygnały słane przez ciało chorego nie ominęły go, lecz w niego trafiły, złożyły się w konstelacje, które on rozpozna i nazwie imieniem choroby”<sup>41</sup>. By mogło się tak stać, lekarz musi być wrażliwym oraz umiejętnym i wnikliwym interpretatorem. Właściwa interpretacja narracji pacjenta i jej kohezji nie jest dla lekarza niefilologa zadaniem ani łatwym, ani ostatecznym poznawczo nawet przy założeniu, że opowieść nie ma charakteru konfabulacyjnego, jak to zdarza się na przykład w zespole Münchhausena, nie mówiąc o innych chorobach psychosomatycznych czy psychicznych. Gadamer radzi „pewną nieufność i inteligentne sprawdzenie”<sup>42</sup>, dla Szczeklika – podobnie jak dla Charon<sup>43</sup> – kryterium poznania jest przede wszystkim uważne, choć podejrzliwe słuchanie. Ale też wypraktykowane rozumienie przekazów maldyckich, do których interpretacji służą metodologie właściwe humanistyce, w szczególności literaturoznawstwu.

Zasadniczym problemem zrozumienia jest wysłowienie – umiejętność stała lub zmienna, gdy to, o czym chce się opowiedzieć, dotąd niedoświadczone, wymyka się percepcji<sup>44</sup>. Wiadomo bowiem, że są pacjenci o różnych zawodach, różnym wykształceniu, a przede wszystkim rozlicznych osobowościach, w różnym stopniu zdolni wyartykułować swoje dolegliwości. Są ludzie obdarzeni bogatą wyobraźnią, uwalniającą impresyjne wrażenia zmieszane

---

40 A. Szczeklik *Nieśmiertelność*, s. 135.

41 Tamże, s. 136.

42 H.G. Gadamer *Terapia i rozmowa*, s. 160.

43 R. Charon *Uważne czytanie – metoda charakteryzująca praktykę medycyny narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka*, s. 199–226 (tu również ważny podrozdział: *Uważne słuchanie jako następstwo uważnego czytania*).

44 Na ten temat szerzej zob. I. Boruszkowska *Écriture patographique: język i pismo podmiotu defektywnego*, w: *Fragmenty dyskursu maldyckiego*, red. M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń, t. 1, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2019, s. 36–52.

z faktami, mówiący metaforami<sup>45</sup>, są hipochondrycy maksymalizujący dolegliwości, są „znawcy” wyposażeni w wiedzę internetową, przychodzący z gotową „diagnozą”, są introwertycy, ludzie skryci, nieskorzy do zwierzeń, których narracja jest skąpa, w najlepszym razie ramowa i schematyczna, są wreszcie ludzie z zasady przekonani o niemożności porozumienia się w ogóle, traktujący mówienie o pryncypiach jako trywializowanie, wydrążanie duchowego jądra. Aby podjąć próbę interpretacji tego, co i jak opowiada pacjent, trzeba najpierw rozpoznać kontekst, przede wszystkim osobowość mówiącego; w tym aspekcie lekarz może uruchomić swoje kompetencje psychologiczne, w które został wyposażony podczas studiów. Od tego rozpoznania zależy punkt wyjścia do eksplikacji. Jednak zdając sobie sprawę, że „choroba jest niemal nieprzekazywalna”, bo dotąd była dla chorego pozaempiryczna, musi mieć nadzieję, że uda mu się usłyszeć coś, z czego pozyska choćby rozproszone elementy mogące ułożyć się w „konstelacje” – zarys choroby. Otwarcie się na chorego z jednoczesnym zawieszeniem własnego „horyzontu” jest *conditio sine qua non* dalszej ich współpracy<sup>46</sup>.

Wydaje się też, że myśli Szczeklika krążą wokół fenomenologii. On sam wyraźnie tego nie precyzuje, choć metafory sylwiczne mogą sugerować niewykrystalizowany zamysł. Autor *Kore* jest bowiem zdania, że pod wpływem cierpienia „nadzorującego” proces powstawania narracji kształtują się struktury patograficzne. A zatem – jak wolno wnioskować – w głębokiej strukturze takiego tekstu (w jego mateczniku, by posłużyć się tą samą co Szczelik przenośnią) ukrywać się może istota choroby. W sensie fenomenologicznym byłby to sens zasadniczy, do którego trudno dotrzeć, a który wydobywa się z chorego mimowiednie lub wręcz pochodzi od wyższej jaźni zakamuflovany metaforą czy oszańcowany na przykład wielosłowie. By udało się dokonać próby względnego rozpoznania („poznania tego, co się jawi”), lekarz powinien, przyjąwszy uprzednio stanowisko bezzałożeniowe, jako warunek obiektywizmu objąć tekst fenomenologiczną redukcją (Husserlowski

45 O takich przypadkach inspirowanych eseistyką S. Sontag, traktuje tekst M. Ładoń *Choroba jako literatura. Studia maladyzyczne*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2019.

46 Szczególnym przypadkiem jest komunikacja z pacjentem śmiertelnie chorym. W przypadku nowotworów czy innych niepomyślnych rokowań Szczekliki radzi, by nie ukrywać prawdy ani – co gorsza – nie uchylać się od obustronnie trudnej i przykrej rozmowy, ale dawkować informacje stopniowo (jak chemioterapeutyk), w odpowiednim czasie, w określonym stylu. Zgodnie ze stanowiskiem, że układ nerwowy jest powiązany z immunologicznym, lekarzowi nie wolno zabić w pacjencie nadziei, to bowiem złamie jego odporność i chory podda się chorobie niejako bezwolnie.

postulat *epoché*), oczyścić go z zacienionych miejsc, w tym przypadku przede wszystkim z emocji pacjenta, quasi-eksplicacyjnych kontekstów jego wypowiedzi oraz własnych dotychczasowych doświadczeń w praktyce medycznej, zniekształcających odbiór jednostkowego przekazu, przed czym przestrzega Szczekliki, wskazując na indywidualność, niepowtarzalność kazu i pozorność podobieństw.

\*

Czytelnikami eseistyki Szczekliki są zarówno humaniści, jak i lekarze. Ci ostatni dzielą się refleksją polekturową wskazującą na konieczność włączenia i ścisłego zespolenia w procesie dydaktycznym nauk biologicznych i humanistycznych:

Medycyna wywodzi się z instynktu samozachowawczego i chęci niesienia pomocy bliźniemu. Czasem ta pomoc może opierać się na wsparciu psychicznym, na dawaniu nadziei. Bo przecież człowiek to nie tylko wyniki badań diagnostycznych czy jeden chorujący organ. Podczas procesu zdrowienia następuje oczyszczenie, czyli *katharsis* duszy oraz ciała. Duszy z lęku przed śmiercią, a ciała z czynnika chorobotwórczego, np. danego drobnoustroju. Wizja holistyczna człowieka zawarta w omawianych książkach wskazuje także, że wąskie specjalizacje w medycynie powodują, że traci się z zasięgu wzroku pacjenta, lecząc tylko poszczególne chore fragmenty ciała. Jednocześnie wiemy, że olbrzymi postęp w zakresie medycyny wymusił zaistnienie takiej sytuacji. Przedmioty humanistyczne wykładane na wydziałach lekarskich wzbogacają i uzupełniają biologiczną wiedzę o człowieku.<sup>47</sup>

Lektura esejów Szczekliki skłania więc do namysłu nad bezwzględnie obligatoryjnym, a nie fakultatywnym wykorzystaniem zdobyczy medycyny narracyjnej w edukacji lekarzy, skoro umiejętność uważnego słuchania pacjenta podczas konsultacji telefonicznej jest jedynym czynnikiem pozwalającym na rozpoznanie na przykład w czasach pandemii. Redukcja, a nawet udaremnienie badania przedmiotowego, nie mówiąc o dalszej diagnostyce, zmusza do koncentracji na słowach, na właściwej ich interpretacji. Brak doświadczenia

47 M. Cybulska, A. Młudzik, A. Kula, C. Jeśman *Między medycyną a sztuką – o prozie profesora Andrzeja Szczekliki*, „Nauka” 2012 nr 3, s. 174.

lekarza w zakresie komunikacji połączony z brakiem predyspozycji decen-tracyjnych w okolicznościach uniemożliwiających kontakt bezpośredni może okazać się groźny w skutkach. Trudno byłoby dziś bezradność lekarza uspra-wiedliwić bezradnością medycyny, jak to onegdaj bywało w przypadku wielu schorzeń, co prowadziło do przekonania o tym, że choroba jest formą ducho-wej nobilitacji – tak postrzegano gruźlicę czy melancholię (depresję), przy których „zdrowie staje się banalne, nieomal wulgarne”<sup>48</sup>. Ten skądinąd inte-resujący trop sublimacji, uobecniający się choćby w *Czarodziejskiej górze* czy pi-smach filozoficznych Emila Ciorana, a dostępny wyrafinowanym pacjentom, we współczesnym świecie nie miałby raczej przekonującego uzasadnienia.

## Abstract

---

**Dorota Samborska-Kukuć**

UNIVERSITY OF ŁÓDŹ

*The Patient's Meeting with the Doctor and Anamnesis as the Clou of Narrative Medicine in Andrzej Szczeklik's Essays*

The patient's meeting with the doctor and the anamnesis interview are the key questions of narrative medicine elaborated by Rita Charon and practiced in the West since the 1990s. In Andrzej Szczeklik's essays, which draw on Charon's research as well as Hans G. Gadamer's philosophical work, they are essential postulates in the process of diagnosis. Szczeklik highlights the role of the understanding between patient and practitioner and the emotional comfort provided by communication, whereby dialogue and the phenomenological interpretation of anamnesis – the patient's maladic narrative – represent the fundamental stage, the basis of objective examination and further diagnostic activities as well as the course of the therapy. Szczeklik exalts the profession of the doctor, emphasising its mission in the era of medicalisation and bureaucracy and restoring the significance of a calling and of mindfulness. His *Nieśmiertelność* invites us to reflect on the need to include training in communication skills in medical studies, as these are essential, for instance in times of a pandemic.

## Keywords

---

Andrzej Szczeklik, narrative medicine, anamnesis interview

---

<sup>48</sup> S. Sontag, *Choroba jako metafora*, w: *teżże Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Wydawnictwo Karakter, Kraków 2016, s. 27.