

Uzdrowiająca moc opowieści

21 października 2024

Przyjęcie na oddział w szpitalu zawsze wygląda tak samo: zmieniasz odzież, personel wyznacza odpowiednie miejsce, informuje o rytmie funkcjonowania oddziału, np. kiedy wydawane są posiłki, kiedy lekarski obchód, kiedy wstajesz i kiedy idziesz spać. Podlegasz redukcji do ciała i swojej choroby: od tej pory stajesz się liczbami i wykresami na karcie zawieszanej przy łóżku. Jesteś krwią, moczem, kałem, tłuszczem, mięśniem – stajesz się dyscyplinowanym kawałkiem mięsa.



Odpowiedni zespół procedur tworzy nowego człowieka – pacjenta. Szpital, jak każda instytucja totalna, czyli taka, w której twoje życie podlega nieustanej kontroli, sprawia, że zostajesz wolny jedynie w swojej głowie. Sobą pozostajesz tylko wewnątrz, gdyż można kontrolować twoje ciało, ale nie umysł.

Każdy, kto przebywał przez jakiś czas w instytucji totalnej, np. więzieniu, wojsku, szkole z internatem, zakonie, sanatorium czy szpitalu właśnie, wie, jak bolesny jest proces uprzedmiotowienia. To realnie odczuwany ból, stres i lęk, sytuacja psychiczna, w której czujesz, że świat wokół ciebie traktuje cię nie tak, jak powinien, jakby widział tylko

powierzchnię i nie interesowało go to, co środka. A to, co w środku to twoje prawdziwe Ja, którego nie możesz zakomunikować personelowi, niezależnie czy nosi mundur czy szpitalny fartuch, gdyż dla niego twoje Ja sprowadza się do odpowiednio zdyscyplinowanego i uformowanego ciała.

Język służący komunikacji w instytucji totalnej to rozkaz oraz wywiad: trzeba się dowiedzieć istotnych dla siebie informacji służących postawieniu diagnozy. Pacjent zazwyczaj mówi to, co uważa za ważne, jest laikiem, więc nie zna fachowej terminologii, czuje się nieco nieporadny, gdyż wie, że lekarz traktuje go z góry. To, co mówisz i tak będzie przefiltrowane przez autorytet jego profesjonalnej wiedzy. Wywiad przypomina wypełnianie ankiety. Lekarz nie ma czasu nawet spojrzeć ci w oczy, gdyż uderza w klawiaturę, wypełniając jednocześnie dokumenty. Ma na ciebie kwadrans, więc nie wymagaj zbyt wiele – nie oczekuj wysłuchania. Taka komunikacja to nie komunikacja, bo ta nie polega na kierowaniu innym i wydobywaniu z niego informacji. Komunikacja to wspólnota i wzajemne siebie rozumienie.

Jeśli dodać do tego obrazu fakt, że – tak przynajmniej wynika z moich doświadczeń, ale nie sądzę, żebym był w tym odosobniony – większość lekarzy jest nieuprzejma i niemiła, wręcz niegrzeczna i opryskliwa (to cecha elit symbolicznych względem słabszych), nawet po kwadrancie spędzonym w przychodni wychodzi się, w mniejszym bądź większym stopniu, psychicznie zdegradowanym, gdyż w najlepszym wypadku traktuje się nas jak dzieci. Nie dziwi mnie, że sporo osób, które znam, nie lubi chodzić do lekarzy właśnie z tych względów (pomijając wiele innych). Projektowanie kampanii społecznych zachęcających do robienia badań profilaktycznych powinno uwzględniać także ten czynnik, nie zaś zwać winę na tych, którzy nie chcą chodzić do lekarza.

Nawiasem mówiąc wyborcza obietnica Szymona Hołowni, mówiącego, że lekarz będzie do nas dzwonił i dbał o stan naszego zdrowia, np. poprzez zlecenie odpowiednich badań, nie tylko była

utopijna ze względów systemowych, ale i po prostu śmieszna, gdyż biegunowo odległa od doświadczeń kontaktów z lekarzami i służbą zdrowia.

Inaczej przedstawia się sytuacja w prywatnej służbie zdrowia. Tam relacja jest czysto biznesowa: płacisz i wymagasz, w tym także dobrego traktowania. Personel jest miły, grzeczny, uśmiechnięty, wszystko cierpliwie wyjaśnia, dba o twój komfort, żebyś czuł się, jak to mówią, zaopiekowany. A przynajmniej miał takie poczucie, bo scena to wystudiowany uśmiech, a kulisy często są takie, jak w publicznej ochronie zdrowia, zresztą część personelu pracuje w obu miejscach. Tak czy tak prywatna opieka wie, co i jak zrobić, żebyś nie czuł się uprzedmiotowiony.

Chciałbym poruszyć problematykę zdrowia w kontekście komunikacyjnym. Może wydać się to nieco dziwne, bo zazwyczaj jest ono ujmowane jako przedmiot refleksji specjalistów od zarządzania, finansów publicznych oraz systemowej ochrony zdrowia. To oczywiste, że podwaliny pod skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia tworzy dobre zarządzanie, wpływające choćby na ilość czasu, jaką lekarz może poświęcić pacjentowi. Ale jakość komunikacji lekarz-pacjent to już inna kwestia, a to na niej skupia się właśnie jeden z paradygmatów współczesnej medycyny, określany mianem medycyny narracyjnej. Jest ona rozwijana głównie w Stanach Zjednoczonych, m.in. przez Ritę Charon, lekarzkę i literaturoznawczynię w jednej osobie, w Polsce wciąż zbyt mało obecna.

Jakie są jej główne założenia? Po pierwsze to paradygmat wpisujący się w podejście głęboko humanistyczne, czyli mówiące, że leczymy nie tylko chorobę, ale przede wszystkim chorego człowieka. Lekarz obcuje nie tylko z translacją choroby na wykresy i liczby, wycinkami ciała poddawanego manipulacjom i badaniu w odpowiedniej aparaturze, ale także z cierpiącym i załęknionym człowiekiem, który staje w obliczu pogorszenia stanu zdrowia i radykalnej zmiany swojego życia, a

niezadko perspektywy jego utraty. Człowiek to więcej niż tylko cielesna maszyna, którą można naprawiać i dowolnie wymieniać jej części. To żywy i pełen emocji podmiot.

W takim ujęciu to paradygmat antyredukcyjny. Sprzeciwia się on bowiem redukcji człowieka do ciała z pominięciem jego duszy czy psychiki, do których ogranicza się opozycyjny paradygmat biomedyczny, opracowany na początku XX wieku w Stanach Zjednoczonych i z powodzeniem umocowany w praktyce oraz edukacji medycznej. Medycyna narracyjna nie popełnia „błędu Kartezjusza”, oddzielającego ciało od duszy, nie amputuje człowiekowi jego psyche, pozostawiając także ją przedmiotem troski.

Po drugie, medycyna narracyjna dostrzega nieadekwatność czy jawnie nie godzi się na sprowadzanie relacji z pacjentem w praktyce klinicznej do siedmiu kroków i pięciu narzędzi wyuczonych podczas „szkoleń z komunikacji” prowadzonych najczęściej przez psychologów bądź psychoterapeutów, a niekiedy nawet coachów. Komunikacja ma się tutaj sprowadzić do opanowania technik i metod pracy z pacjentem, co jest tylko pozorem prawdziwej komunikacji, gdyż ta wymaga autentycznej pracy i zaangażowania lekarza także jako człowieka, który potrafi zrozumieć o wiele więcej niż tylko fizyczny stan swojego pacjenta.

Jak lekarz ma się nauczyć tego rozumienia? Jak ma naprawdę rozmawiać z pacjentem? Trzeba umieć podzielić doświadczenie bycia chorym. Oczywiście nie każdy lekarz na oddziale onkologicznym musi być chory na raka, żeby rozumieć sytuację chorego. I tutaj z pomocą przychodzi narracja/opowieść, szerzej: sztuka, w tym szczególnie literatura, która pozwala zrozumieć sytuację innego człowieka, gdy samemu nie można się w niej znaleźć. Literatura bowiem poszerza wyobraźnię, otwiera na doświadczenia, które bez jej pomocy w ogóle by dla nas nie zaistniały – jest podróżą po innych światach. Ponadto literatura, zostanie już przy tym polu, jest, czy może stać się, intersubiektywnie dzielanym kodem pozwalającym na

wzajemnie zrozumienie.

Piękne tego przedstawienie odnajdziemy w przejmującym filmie „Przebudzenia”, stworzonym na podstawie książki wybitnego neurologa (i humanisty) Oliviera Sacksa (główne role grają Robin Williams i Robert de Niro). Kluczem do zrozumienia stanu uwięzienia chorego we własnym ciele staje się wiersz „Pantera” Rilkego. To on pozwala zespolić owe rozumienie z farmakologią. Dopiero wtedy Sacks staje się prawdziwym lekarzem, dostrzega bowiem chorego człowieka, jego fizyczność łączy z psychiką, ogromnym trudem walki o tożsamość w zmieniającym się i degradującym stanie ciała.

Innym przykładem z zakresu medycyny narracyjnej może być lektura cierpiących na zespół stresu pourazowego weteranów fragmentów Iliady, które pomagają im zrozumieć własne emocje: poczucie winy z powodu przeżycia czy alienację po powrocie do domu. Jakkolwiek dziwnie by to nie brzmiało: narracja/opowieść potrafi leczyć, pomagając usensownić i zaadaptować się do nowej sytuacji, by przeżyć ją i zdrowieć.

Pięknie pisał Walter Benjamin, którego uznałbym za filozoficznego patrona medycyny narracyjnej, iż być może „każda choroba jest do wyleczenia, jeśli tylko pozwoli się wystarczająco ponieść – aż do ujścia – strumieniowi opowiadania”. Jak z kolei pisze Byung-Chul Han komentujący myśl Benjamina, ból jest zaporą, która może być pokonana przez wzbierający nurt opowieści, a „proces uzdrowienia może zainicjować już sama historia, jaką pacjent opowiada na początku swojej choroby lekarzowi”. Także zbanalizowana i pozbawiona istotnych niuansów myśl Zygmunta Freuda zwraca uwagę na fakt, iż ból jest symptomem blokady w historii danej osoby, a geneza zaburzeń psychicznych jest wyrazem zablokowanej narracji. Uzdrowienie polega na zwolnieniu blokady narracyjnej, na językowym wyrażeniu tego, co do tej pory pozostawało skryte. Opowieść i opowiadanie, które pozwalają „działać słowem”, przeżyć swoją sytuację, dają to, bez czego człowiek nie jest w stanie funkcjonować – i to nie

tylko w sytuacji kryzysowej: poczucie sensu, o czym pisał Viktor E. Frankl w swojej logoterapii.

Spotkanie pacjenta i lekarza to nie spotkanie dwóch maszyn, ale dwójki ludzi obdarzonych zdolnością opowiadania i przeżywania, czyli tego, czego nie potrafi maszyna. Żyjemy w czasie, gdy upodmiotawiamy maszyny, np. roboty, a uprzedmiotawiamy ludzi.

Nawiasem mówiąc, można bez trudu zauważyć, jak kłopotliwe staje się życie, nie tylko jednostkowo, ale i kulturowo, gdy słowo traci moc, a opowieść nie daje się przeżyć, uobecnić, lecz jest zastępowana wymianą informacji. Nasza coraz bardziej zmediatyzowana kultura przedstawia się na te właśnie tory, o czym pięknie pisze w „Kryzysie narracji” Han. Koniec narracji to może nie koniec świata, ale koniec sensu, gdyż ten rodzi się w opowiadaniu. Bez niego mamy w pewnym sensie z końcem świata człowieka, gdyż życie bez poczucia sensu nie jest życiem.

Komu służy medycyna narracyjna?

Może się wydawać, że medycyna narracyjna służy głównie pacjentowi, ale to nieprawda, bowiem służy także lekarzowi. Jak? Tutaj pojawia się kwestia zupełnie kontrintuicyjna, gdyż prawdziwe wzięcie odpowiedzialności za „całego”, by tak rzec, pacjenta przyczynia się do mniejszego poziomu wypalenia zawodowego. Intuicja podpowiada nam, że lekarze wypalają się dlatego, że za bardzo się angażują. Medycyna narracyjna, której przedstawiciele rozmawiają z lekarzami, prowadzą z nimi warsztaty, dochodzą do wniosku, że jest odwrotnie: to ci, którzy unikają trudnych rozmów z pacjentami, np. o nadchodzącej śmierci, z rodzicami i dziećmi chorymi na raka, znajdowali się w znacznie gorszej kondycji psychicznej niż ci, którzy decydowali się na trudne rozmowy.

Paradoksalnie, to nie tak ceniony chłodny profesjonalizm, będący nierzadko ucieczką od człowieka, ciężaru jego choroby i

śmierci, jest ratunkiem dla zdrowia lekarza, lecz pozostanie człowiekiem, nawet nieporadnym i niezdarnym w obliczu sytuacji granicznej. To znacznie ważniejsze niż może się wydawać na pierwszy rzut oka. Nie zastąpi tego żadna „uważność”, bo trzeba sobie powiedzieć szczerze: bycia człowiekiem w takich sytuacjach nie da się nauczyć na wykładzie.

Postulaty medycyny narracyjnej wydają się piękne, ale utopijne, niemożliwe do zrealizowania i to z wielu powodów, rzeczywistych bądź będących wynikiem tylko naszych wyobrażeń, niekoniecznie zgodnych z faktycznymi realiami. Chodzi jednak nie tylko o konieczność przemian systemowych, ale także o przemodelowanie mentalności lekarzy, którzy nierzadko izolują się za swoim autorytetem, władzą i prestiżem i cierpią w samotności (przynajmniej część z nich), podobnie jak ich pacjenci. Sytuacje trudne są po to, aby je przeżyć, a nie od nich uciekać, gdyż należy się to pacjentom i jest koniec końców dobre dla lekarza.

Podejście medycyny narracyjnej budzi opory, a nierzadko wręcz politowanie. To o tyle dziwne, że polska medycyna pojmowana właśnie na sposób humanistyczny, ma długą i fascynującą historię z ogromnym potencjałem poznawczym. Wystarczy wspomnieć choćby takie wybitne postaci, jak Antoni Kępiński czy Andrzej Szczeklik. To właśnie mistrzowie, których warto naśladować i od nich się uczyć. Mają oni w Polsce swoich duchowych wychowanków, i to na różnych polach: od reportażu („Wyspa” Małgorzaty Kolankowskiej), przez artykuły medioznawcy i literaturoznawcy Aleksandra Woźnego, po samych lekarzy. Niekiedy ci ostatni realizują postulaty medycyny narracyjnej nawet o tym nie wiedząc, gdyż pojmują swoją pracę właśnie w tym głębszym, humanistycznym wymiarze, który kiedyś wcale nie budził takich oporów. Jeśli budzi dzisiaj, to należy zapytać, co się z nami stało.

Żałuję ogromnie, że cała uniwersytecka maszyna edukacyjna komunikacji społecznej oraz komunikacji wizerunkowej jest nastawiona na służyenie kapitalizmowi, a nie człowiekowi.

Odmieniamy na wszelkie sposoby pojęcia marki, wizerunku, storytellingu, personal branding i dziesiątek innych, tak trafnie krytykowanych choćby przez filozofa Byung-Chul Hana. Przestańmy kształcić na potrzeby rynku, a zacznijmy na potrzeby człowieka, także w przestrzeniach trudnych, gdzie lęk i ból są codziennością.

Przyznam, że początkowo i ja dosyć sceptycznie podchodziłem do medycyny narracyjnej. Właściwie robię tak do dzisiaj, pomimo że mam dla jej idei wiele uznania, jej nazwa brzmi dla mnie nieco dziwacznie. Droga do zmiany jest w gruncie rzeczy prosta: stanie się pacjentem albo kimś, kto towarzyszy choremu w leczeniu lub umieraniu. Czeka nas to wszystkich, więc po co czekać do ostatniej chwili?

Miałem okazję zobaczyć, jak bezdusznie traktuje się osoby chore na raka oraz w jaki sposób informuje się je o nadchodzącym końcu i bezsensie dalszego leczenia. Nigdy nie umiałem porozmawiać ze swoją umierającą Mamą o tym, co czuła gdy lekarka informowała ją, że leczenie nie ma sensu i w grę wchodzi tylko opieka paliatywna. Powiedziała to tak, jak gdyby przepisywała jej witaminy. Pewnie chciała „chronić siebie”, była profesjonalna do granic. Do granic człowieczeństwa.

To było nieludzkie, bo nie było w niej żadnych emocji. Lekarz potrafi uratować życie, ale i potrafi symbolicznie zabić człowieka, który właśnie fizycznie umiera. Być może ta pierwsza śmierć jest bardziej dotkliwa niż druga, bo pokazuje komuś, że jego życie, najcenniejsze co ma, nie jest ważne. Taki człowiek zostaje bezgranicznie samotny w swoim odchodzeniu. To nie jest normalne. A lekarze, którzy akceptują ten stan rzeczy i usprawiedliwiają go, sami potrzebują leczenia, gdyż są bardzo chorzy.

Medycyna profesjonalna, z wyżyn swojego naukowego i pozbawionego emocji dyskursu, uwielbia wyżywać się na wszelkiej maści uzdrowicielach i szarlatanach. Nie dostrzega jednak, że jest współwinna ich istnienia, albowiem szarlatani

są silni ich słabością. I to słabością komunikacyjną. Szarlatani doskonale wiedzą, mniej lub bardziej świadomie, że tym, czego potrzebuje chory człowiek, jest nadzieja, a jeśli koniec jest nieuchronny – poczucia odchodzenia w godności. Nie ma nic gorszego niż finansowe wykorzystywanie chorego lub umierającego człowieka, ale nie jest także godne pochwały pozostawianie go samemu sobie – to w ogóle nie jest godne człowieka.

Autorstwo: dr Michał Rydlewski

Zdjęcie: [EdTech Stanford University School of Medicine](#) (CC BY-NC-ND 2.0)

Źródło: [NowyObywatel.pl](#)