

Człowiek chory czy choroba człowieka?

Odwiedziłem niedawno kogoś z moich bliskich znajomych, komu wiele zawdzięczam w życiu i kto był, i jest, dla mnie przykładem mądrego i wrażliwego lekarza. Wyjątkowy lekarz stał się pacjentem. Nie piszę *chorym człowiekiem*, bo choć to jest właśnie określenie stosowne, nadal wokół siebie dostrzegam to, że człowiek poszukujący pomocy w naszym systemie służby zdrowia jest nadal pacjentem, a więc kimś znajdującym się niżej na drabinie społecznej niż osoby silne, młode, zdrowe, bogate i włączone w skład dominującej w danym momencie i miejscu grupy społecznej lub partii politycznej.



Pacjent

Pacjent, z racji bycia w potrzebie, niejako automatycznie jest ustawiony w pozycji słabszego, proszącego a tym samym kogoś, kto nie może być dla leczącego partnerem a jedynie istotą, która - jeśli chce być naprawiona - musi podporządkować się działaniom lekarza uzdrowiciela. Wykrzywionego paternalizmu nie łagodzi sprowadzenie zależności człowiek leczony - człowiek leczący na płaszczyznę handlową i określenie jej nazwami usługobiorca - usługodawca. To jeszcze bardziej pogarsza sytuację, bo spłaszcza zależności osób leczonych i leczących do poziomu robotów wymieniających się towarem. Towar wymienny to zwalczenie choroby jej wycięciem (zabiegi chirurgiczne), zaprotezowaniem (stomatologia, transplantologia, leczenie narzędo-zastępcze, jak dializy, oddech zastępczy z respiratorów itd.) lub chemicznym wsparciem (antybiotyki, cytostatyki, podanie substancji brakujących itp.). Między sprzedającym swoją usługę leczniczą świadczeniodawcą a przyjmującym świadczenie lecznicze „świadczeniobiorcą”, znajduje się kupiec pośrednik, który z tego pośrednictwa utrzymuje się, rozwija i rozrasta (ubezpieczalnia, fundusz zdrowia). Medycyna zostaje więc wprowadzona na płaszczyznę praw ekonomii, gdzie wszystkie inne prawa stają się automatycznie drugorzędne. Na każdym szpitalu powinien więc lśnić stary rzymski napis „WITAJ, ZYSKU!”. Każdy wtedy zrozumie, że nie jest to miejsce dla ciężko chorych i biednych, bo ich leczenie przynosi straty. Co z nimi? Nasz nowoczesny, dobry, politycznie poprawny świat „pomyślał” i o tym i rozwiązanie to nazwał walką o godną śmierć. Przewlekłe chorzy, starzy, narzekający, społecznie uznani za bezużytecznych, ci, których jakość życia zostanie określona jako niska, będą mieli prawo do „godnej śmierci” a jako słabi i często zdezorientowani, nie obronią się przed medialną i społeczną presją skorzystania z tego prawa. Akceptacja tego rozwiązania, jak widzę to dzisiaj, nie będzie stanowić większego problemu, jeśli nasze społeczeństwo nadal trwać będzie w naiwnym przekonaniu, że celem ludzkiego istnienia jest tylko życie lekkie łatwe i przyjemne, że liczy się tylko „kasiorka” (łatwo uzyskane pieniądze), zabawa, brak wysiłku, brak odpowiedzialności, brak jasnego, trwałego, konsekwentnego systemu zasad. Milczenie owiec poprzedza ich rzeź. Nadal utrzymuje się określenie **pacjent**. Pacjent jest w powszechnym odczuciu tych, u których szuka pomocy, stosunkowo bezbarwny, czasami nieznośny i kłopotliwy, wymagający „obróbki” różnymi technologiami medycznymi. Pacjent w trybach systemu wielkiej naukowej medycyny jest człowiekiem obranym ze swojej ludzkiej, emocjonalnej, intelektualnej i duchowej otoczki, tak jak jego ciało pozbawione jest barwnej, dopasowanej, podkreślającej jego indywidualność i upodobania odzieży, kiedy przygotowany jest do badania. W swoim cierpieniu jest osłabiony, co sygnalizuje swoją postawą, odsłaniającą słabość, lęk i prośbę o pomoc. W odpowiedzi na postawę człowieka, przegrywającego wewnętrzny wysiłek przywracania i utrzymanie stanu zachwianej równowagi funkcjonowania jego osoby (nie tylko jego ciała), „uzdrawiający” prezentuje postawę budzącego zaufanie dobrego władcy; króla, ojca, mocnego ducha, który odeprze pokonujące chorego „obce siły”, który wie o chorobie wszystko, i któremu wystarczy tylko, jak dobremu, choć surowemu ojcu, podporządkować się, a znowu wróci zdrowie i szczęście. Paternalizm wyklucza symetrię pozycji. Ojciec dominuje nad dzieckiem i przenosi się to na ocenę własnej wartości. Na człowieka chorego, którego godność jest taka sama jak człowieka zdrowego, wrodzona, wysoka i niezbywalna, zbyt często patrzy się jeszcze jak na człowieka mniej wartościowego, a więc o mniejszej wartości i o mniejszym znaczeniu. Zabołało mnie ostatnio, kiedy w jednym z popularnych polskich dzienników przeczytałem pouczenie wywodzącego się z Polski amerykańskiego naukowca, który za jedną z głównych polskich wad uznał przecenianie uczucia godności. Profesor nauczył się za wielką wodą, że prawdziwa godność to duże pieniądze, zaś każda inna definicja godności, a już równa godność noworodka i starego, chorego

i zdrowego, biednego i bogatego, jest staroświecką mrzonką, o której w interesie kraju i ludzkości należy szybko zapomnieć.

Pacjent jest w moim kraju, w Polsce, na początku trzeciego tysiąclecia po narodzeniu Chrystusa, uczącego o miłości bliźniego, traktowany świadomie lub podświadomie, jak podczłowiek, jako znany z ideologii niemieckiego narodowego socjalizmu *Untermensch*.

Mój znajomy przeszedł ciężką operację neurochirurgiczną, obciążoną ryzykiem okołoperacyjnej utraty życia, ciężkiego kalectwa, łącznie z możliwością przejścia w stan życia, przypominającego życie roślinne. Byłem radośnie zdumiony, kiedy zobaczyłem go siedzącego na krześle, obok stojaka z kapiącym zestawem kroplówki, z lekturą w rękę. Byłem radośnie zdumiony, kiedy zauważyłem, że ostrze dowcipu rozwiniętego intelektu nie stąpiło się ani trochę. Nie byłem zdumiony, kiedy dowiedziałem się, że nikt z leczących nie znalazł czasu, żeby chwilę porozmawiać o jego chorobie, prowadzonym leczeniu, dalszych planach.

Przecież to wszystko dotyczyło jego życia, jego losu, jego cierpienia i walki z nimi, jego obaw i nadziei. Niewiadome zagrożenia budzą lęk. Rozpoznane przeszkody i zagrożenia pozwalają na wypracowanie taktyki i strategii obronnej człowieka, który jest nieszczęśliwy, bo odczuwa, że jego ciało, jego psychika, nie pozwalają mu na swobodne funkcjonowanie w otaczających go warunkach. Wiedza o sobie w stanie choroby i możliwościach zmiany tego stanu lub dalszego życia w takim stanie stanowi podstawę nadziei na możliwość dostosowania się do nowych, ale określonych warunków. Kolega lekarz, po przebraniu się w odzież szpitalną i ułożeniu się na szpitalnym łóżku, przestał być kolegą, partnerem, osobą – stał się ograniczonym osobowościowo przez system obróbki psychicznej i cielesnej, w znacznej mierze ubezwłasnowolnionym pacjentem, a w oczach bardziej postępowych i politycznie poprawnych, świadczeniobiorcą. Przyszedł nie jako człowiek cierpiący, człowiek, który w danym momencie swojego życia zachwiał się i wymagał wsparcia, ale jako klient do świadczeniodawcy, po określonej usłudze. Zgłosił się - świadczeniodawca określoną w katalogu usługę wykonał - usługa została zaksięgowana, wyceniona, rachunki poszły do urzędów rozliczających, te dały zlecenia do banku - bank z opóźnieniem wysłał pieniądze, niepokrywające w pełni kosztów wykonania zabiegu przez chirurga oraz wszystkich, współświadczących, jednostce handlującej usługami medycznymi – szpitalowi. Wszystko więc było w porządku, wszystko nazwane zgodnie z zaleceniami i wprowadzanym w ostatnich latach prawem. Rachunki z grubsza zgadzały się.

Skąd więc ten żal, odczucie goryczy, odczucie poniżania, odczucie pozbawiania godności?

Zamierzałem tym razem zaprosić wszystkich zainteresowanych do dyskusji nad przekazywaniem choremu człowiekowi trudnej do przyjęcia prawdy o ograniczonych możliwościach skutecznego wyjścia ze stanu chorobowego, w jakim się aktualnie znajduje.

Wizyta u zdrowiejącego pana, radość ze skutecznego dokonania zabiegu, z którego dumny był chirurg i cieszył się on sam, choć pełnię radości zablokowała gorycz poniżenia, otworzyła mi szeroko oczy. Nadal lekarz i chory nie są partnerami, których z jednej strony łączy nieszczęście utraty możliwości prawidłowego funkcjonowania i umiejętność skutecznego wspierania w tym okresie - z drugiej. Pacjent jest kimś, kto powinien być ślepo wierzącym w doskonałość mistrza, który chce poświęcić mu swój cenny czas i, korzystając ze swojej wrodzonej i nabytej mocy, uzdrowić. Pacjentowi nie jest potrzebna wiedza, pacjent ma być posłuszny i wdzięczny. Świadczeniobiorca ma przyjąć świadczenie, zapłacić i odejść. I w tym wypadku godność człowieka nie jest ujęta w zasadach działania systemu. Godność człowieka, a zwłaszcza godność człowieka chorego, nie jest w handlu świadczeniami medycznymi żadną wymierną wartością. Godność człowieka w starym systemie, a jeszcze bardziej, wbrew przewrotnym hasłom, w nowym, nie jest wartością. Tym samym okazuje się, że osobie ludzkiej nie przypisuje się istotnej wartości.

Poczułem zmęczenie i gorycz kogoś, komu zabiera się dziecięcą ufność w piękno ideałów, wiarę we wrodzoną dobroć człowieka i mądrość świata, w jakim żyję. Zacząłem zastanawiać się, co takiego sprawiło, że przez pokolenia choroba była czymś, co jednych rzucało na kolana, innych wynosiło na piedestały, a to wszystko w ciągłym nurcie omijania budzącej lęk prawdy. Dlaczego człowiek chory od pokoleń znosi piętno kogoś gorszego od zdrowych?

Piętno choroby – choroba jako kara niebios

Choroba od ponad pięćdziesięciu tysięcy lat, a więc od początku uświadomienia przez człowieka siebie samego, stanowi przeciwieństwo zdrowia i szczęścia. Życzymy sobie nawzajem szczęścia i zdrowia, wznosimy toasty za zdro-



Asklepion – słynna starożytna szkoła medyczna

Fot. Iwona Turowska-Kasztelan

wie swoje i przyjaciół. Niepowodzeń i chorób życzyliśmy swoim wrogom kiedyś w zamierzonej oraz nie tak dawnej przeszłości. Wypada mieć mocną nadzieję, że szkoląc się w miłości bliźniego, nie życzymy choroby nikomu, chociaż z leczenia chorób utrzymujemy się sami.

Jak pisze Dr Jacek Brodniewicz w swojej dysertacji filozoficznej „Über das Schmerzphänomen”, rozumienie przez człowieka chorób, z nierozdzielnie złączonymi z nimi bólem i cierpieniem, zmieniało się przez tysiąclecia i nadal zmienia się, stosownie do osiąganego poziomu cywilizacyjnego [1]. Przed rozwinięciem przyczynowego spojrzenia na choroby człowieka przez Hipokratesa i jego szkołę w V w. przed narodzeniem Chrystusa, w magicznym i starożytnym okresie rozwoju, choroba stanowiła widomy i odczuwalny znak napiętnowania przez siły zewnętrzne – przez bogów. Sami bogowie też miewali kłopoty ze zdrowiem. Asklepios cierpiał na nigdy niegojące się rany, Horus, syn Ozyrysa miał dolegliwości ze strony jelit i oczu, Izyda miała zapalenie gruczołu piersiowego a ręka Indry, jak głosi Ragweda, była porażona. Choroba stanowiła karę niebios dla śmiertelnika za jego błędy albo była próbą jego charakteru (jak w opowieści Starego Testamentu o Hiobie, doświadczanym w stałości jego charakteru i wiary w Boga). Skoro choroba była karą, to znaczyło, że człowiek chory musiał być zły, lub czegoś złego dokonać, skoro był przez niebiosa tak surowo karany. Klasycznym nawiedzeniem człowieka z zewnątrz przez duchy, była w rozumieniu wielu pokoleń padaczka. Zaburzenia psychiczne, w których nie widać było śladów działania dostrzegalnych przyczyn zewnętrznych, widocznych jako uszkodzenia ciała w postaci ropiejących

ran, owrzodzeń, oparzeń czy działania trucizn, były jednoznacznie traktowane jako nawiedzenie przez złe moce. Uzdrawianie opętanych od działania na nich złych mocy było jednym z częstszych przykładów uzdrowicielskiej działalności Jezusa z Nazaretu. Bóg Swoją mocą, większą od mocy zła, wyrzucał je z ciała chorego człowieka.

Choroba człowieka była efektem działania przekraczającej jego zdolności obronne siły zewnętrzne i z zewnątrz też przychodziła pomoc i wyleczenie.

Zgromadzone przez ludzkość spostrzeżenia, wiążące pojawianie się objawów chorobowych z poprzedzającym działaniem różnorodnych mechanizmów, pozwoliło na wykształcenie się przyczynowej koncepcji choroby, przedstawionej przez Hipokratesa z wyspy Kos i jego uczniów w przekazach, zapisanych w latach 430-330 przed Chrystusem. W podejściu Hipokratesa i jego szkoły, która dominowała w Europie do XIX wieku, choroba stanowiła wyraz utraty równowagi ludzkiego organizmu. Wyobrażano sobie, że prawidłowe funkcjonowanie ludzkiego ciała zapewniają znajdujące się ze sobą w stanie równowagi trzy rodzaje płynów: krew, żółć i flegma. Równowagę mogły zakłócać czynniki zewnętrzne (klimatyczne, postępowanie człowieka, dieta, urazy itp.) oraz cechy dziedziczne, czyli flegmatyczni rodzice miewali flegmatyczne dzieci [2]. Pogląd Hipokratesa, przedstawiony językiem współczesnym brzmiałby następująco: *choroby biorą się ze szkodliwego działania na człowieka środowiska, w którym przebywa, mogą być wrodzone i mogą wynikać z niehigienicznego trybu życia. Mówiąc jeszcze prościej, bycie chorym albo wynika z niekorzystnego splotu okoliczności zewnętrznych lub wad wrodzonych (miał pecha), albo z nieumiejętności dbania o swoje zdrowie (sam sobie winien).* Nawet, jeśli wyrażamy współczucie dla pechowców, czy tych, którym nauka przychodzi z trudem i popełniają wiele błędów, to trudno nie zauważyć, że u podstaw litości leży automatyczna degradacja chorego jako gorszego i słabszego od nas. Litość przechodzi w zamaskowaną postać pogardy, w lekceważące politowanie.

Choroba – obraz bitwy organizmu człowieka z zarazkami

Obraz choroby, jako obraz wojny człowieka z mikroorganizmami, z zarazkami, które dla własnego przeżycia i rozwoju atakują ludzkie komórki, tkanki i narządy zaczął przeważać w Europie późno, w ostatnich wiekach drugiego tysiąclecia. Hipokrates wiedział o możliwości przenoszenia gruźlicy drogą pokarmową, ale znaczenie czynników zakaźnych w przenoszeniu się chorób w pustoszonej przez epidemie Europie podkreślił dopiero w XVI wieku Fracastro. Urodzony w Weronie (*genius loci*) Fracastro, napisał w 1525 r. długi poemat o nowo rozpoznanej chorobie, o kile. Obok kiły, jako przenoszone drogą kontaktów, wymieniał gorączkę zakaźną, odrę, ospę, wścieklicznę, słońowaciznę, trąd i świerzb [3]. Rozpoznanie czynników zakaźnych, jako różnorodnych drobnoustrojów, nastąpiło znacznie później, dzięki odkryciom Loevenhoeka, Pasteura, Listera, Kocha (jego muzeum znajduje się w Wolsztynie). Rozwój chemii a z nią środków odkażających, przeciwzapalnych i antybiotyków, wytwarzanych w dużych ilościach przez przemysł chemiczny, podpatrujący lecznicze bogactwo przyrody, utrwalił pojęcie choroby jako swoistej wojny wszechświatów: wszechświata drobnoustrojów z wszechświatem człowieka. Rozpoznanie chorobotwórczego znaczenia mikroorganizmów pozwoliło na osiągnięcie sukcesów na drodze wprowadzenia aseptyki i antyseptyki, profilaktycznych szczepień ochronnych oraz antybiotykoterapii. Większą skuteczność leczenia chorych w oparciu o wojenno-drobnoustrojową wizję choroby ogranicza obecny pułap możliwości nauki i przemysłu w produkcji nowej amunicji dla tej wojny – nowych antybiotyków. W wyścigu wytwarzania nowych antybiotyków przez uzbrojonego w zwielokrotnioną wiedzę człowieka z jednej strony a wytwarzaniem nowych mechanizmów oporności na te środki przez proste, niewykształcone bakterie, wygrywają te ostatnie. Przyspieszone od czasów Odrodzenia i światoburczych wówczas lekcji anatomii, poznanie budowy ciała człowieka, jego tkanek i komórek, pozwoliło na rozwój chirurgii, ale spowodowało lunetowy sposób patrzenia na człowieka walczącego z zakażeniem. Człowiek, u którego rozwija się zakażenie i miejscowy lub uogólniony odczyn zapalny na drobnoustroje i wytwarzane przez nie substancje toksyczne, jest postrzegany przez współczesnych lekarzy jako ktoś, kto posiada coś złego, a mianowicie chorobę, spowodowaną przez drobnoustroje, które dokonały inwazji. Inwazja ta jest postrzegana przez różnych specjalistów medycznych tak, jak zachwaszczenie uprawianego ogródka. Jeśli zakażenie i odpowiedź na nie jest najbardziej wyrazista ze strony nerek i układu moczowego, chorym zajmuje się nefrolog lub urolog, jeśli przeważają dolegliwości i objawy ze strony układu oddechowego – pulmonolog, jeśli ze strony przewodu pokarmowego – gastroenterolog i tak dalej. Choroba jest często widziana przez nas lekarzy jako coś, co szkodzi choremu, ma przyczyny, objawy i mechanizmy, które uszkadzają funkcjonowanie ciała i powodują jej objawy, ale jest bytem częściowo niezależnym, związanym z człowiekiem chorym tylko przejściowo - to znaczy do momentu usunięcia tej choroby lub śmierci chorego. W mowie potocznej, obok określenia zapadania na chorobę, istnieją takie jak „złapanie choroby”, „pozbycie się choroby”, „uwolnienie od choroby”, „zwalczenie choroby”. Mówimy o „rozpoznanie choroby” i „wyleczeniu choroby”. Traktujemy więc stan ograniczonej sprawności funkcjonowania organizmu i psychiki człowieka jako swoiste przejęcie nad nim władzy przez formę złą, nazywaną chorobą. Z tym złem, z chorobą walczymy dzielnie (choroba powinna pasować do fragmentu wiedzy, jaką posiadamy) a jej właściciel, pacjent, nie powinien nam w tej walce, nazywanej leczeniem, przeszkadzać. Różni to nasze podejście od podejścia tradycyjnej medycyny chińskiej, w której uwaga skierowana jest bardziej na wytraconym z harmonijnej równowagi, chorym człowieku [4]. Od Hipokratesa do XIX wieku rozpoznanie związków przyczynowych między różnorodnymi czynnikami sprawczymi a pojawieniem się zaburzeń czynnościowych i objawów choroby u człowieka udoskonaliło się, jednak nadal w XXI wieku, w polu widzenia lekarzy pozostaje choroba człowieka a nie chory człowiek. Tym samym następstwem takiej koncepcji pozostaje przedmiotowe widzenie człowieka chorego – pacjenta, który ma nieszczęście mieć chorobę, z którą potrafi (lub nie potrafi) walczyć lekarz. Lekarz jest więc w tym układzie dobrą siłą zewnętrzną, która jest w stanie pokonać złą siłą zewnętrzną, która opanowała pacjenta i nazywana jest chorobą. Konsekwencją jest więc założenie czynnej postawy lekarza i biernej postawy chorego, poddającego się leczeniu. Określenie „poddającego się” oddaje tutaj istotę nadal utrzymujących się wśród zespołów leczących oczekiwań, że chory cierpliwie (z łaciny: *patientia* – cierpliwość, *patere* – cierpieć), z pełnym zaufaniem i bez potrzeby wyjaśnień podda się działaniom lekarza, nakierowanym na zwalczenie jego choroby.

Choroba czy chory człowiek

Chociaż od XIX wieku dobrze jest wiadomym, że szereg zaburzeń prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka może stanowić następstwo zaburzeń emocjonalnych, poznawczych, mimo to pozostawiana jest psychiatrom i psychologom sfera związków stanów chorobowych człowieka z jego sferą psychiczną i duchową osoby. Wspaniały rozwój medycyny molekularnej, genetyki, immunologii, nanotechnologii z przełomu XX i XXI wieku nakierowany jest na sukcesy medycyny somatycznej. Współczesny świat oczekuje od wysoko rozwiniętej technologicznie medycyny, sprawnego naprawiania ludzkich ciał, czyli ludzkich złożonych maszyn, o których wiemy coraz więcej, ale nadal nie wiemy wszystkiego. Sukcesy epoki Oświecenia i ostatniego stulecia, z głębszym poznaniem procesów biochemicznych, zjawisk elektrycznych, elektromagnetycznych, przechodząc od reakcji całego ciała do poziomu cząsteczek białek, kwasów nukleinowych i innych składników budowy ludzkiego ciała, stały się podstawą religijnego wręcz zaufania do tak zwanej medycyny naukowej. Wykorzystanie wszystkich osiągnięć naukowych dla leczenia człowieka bezspornie uczyniło wiele dobra w udzielaniu pomocy cierpiącemu, a jednak rozczarowanie współczesną medycyną pozostaje duże. Wydaje się, że rozczarowanie to ma dwa źródła: po pierwsze - nadmierne zaufanie w nieograniczone możliwości współczesnej medycyny naukowej, przedstawianej często jako cudotwórcza magia, którą władają kapłani wyznania czysto naukowego, przynoszące głębokie rozczarowania w konfrontacji z praktyką, po drugie – wbrew głośzonym w zgodzie z polityczną poprawnością hasłom, znaczne ograniczenie podmiotowości chorego, traktowanego jako żyjące ciało z obywatelskimi uprawnieniami i zaprzeczeniem istoty duchowości człowieka. W całym przepychu błyskotliwych zdobyczy nauki, chory człowiek jest „obrabiany” przez fachowców systemu ochrony zdrowia w celu przywrócenia możliwie najlepszej sprawności ciała. Są w oddziałach szpitalnych psychologowie, lecz ich działanie nie jest w pełni spójne z podejściem do chorego innych członków zespołów prowadzących leczenie. Leczymy ciało chorego, które oglądamy stosując coraz doskonalsze aparaty obrazujące jego wnętrze, w które wprowadzamy coraz delikatniejsze i coraz bardziej czułe sondy zwiadowcze, coraz lepiej i więcej możemy wyciąć, przesyć, połączyć, powymieniać, by pacjent miał się dobrze.

A pacjent dobrze się nie ma. Gdzie tkwi błąd?

Potrzeba nowego spojrzenia na człowieka chorego

Pacjenta rozumiemy jako ludzkie ciało, czasami mówiące, wraz z jego pozostałymi przymiotami. Przez lata studiów przed- i podyplomowych oraz czterdzieści lat pracy, uważałem, że moim głównym zadaniem zawodowego życia jest rozpoznawanie usterek w funkcjonowaniu ciała człowieka, zwłaszcza tych najgroźniejszych, grożących śmiercią i do takiej roli czułem się w miarę dobrze przygotowany. Z czasem zacząłem dopiero dostrzegać własne błędy w myśleniu o człowieku chorym, który trafiał pod opiekę moją i całego zespołu, w którym pracowałem. Moim największym błędem był i jest brak czasu dla chorego, na rozmowę z nim, jeśli jest przytomny, na bycie, chociaż przez chwilę, z chorym i próbę komunikowania się z nim, nawet jeśli sprawia mocne wrażenie człowieka nieprzytomnego.

Mijając siebie na ulicy, widzimy wszyscy, przez ułamek sekundy, swoje sylwetki, twarze i ich wyraz, ubiór, sposób poruszania się – i tylko tyle. A przecież każdy z nas posiada bogactwo przeżyć, złych i dobrych doświadczeń, sukcesów i klęsk, radości i smutków, ma swoich bliskich, ma swoją przeszłość, ma marzenia na przyszłość i tego wszystkiego przy krótkim spojrzeniu z zewnątrz nie widzimy. Mijający nas ludzie są jak platońskie cienie na ścianie jaskini. Nie wiemy o nich prawie nic. Tak samo powierzchowne zdaje się być nasze lekarskie spojrzenie na człowieka chorego – widzimy zamiast całego, bogatego człowieka, jego chore ciało. Widzimy pacjenta a nie człowieka chorego. Medycyna naukowa to medycyna fizyczna, negująca to, co niemierzalne w chwili obecnej, negująca metafizykę, chociaż w mniejszym lub większym stopniu jesteśmy w niej zanurzeni. Zwracał na to uwagę Viktor von Weizsäcker, przypominający cielesno-duchowe zespolenie istoty ludzkiej w zdrowiu i chorobie, z wzajemnym oddziaływaniem na siebie obu składowych, co stanowiło filozoficzne rozwinięcie rzymskiego przysłowia sprzed wielu stuleci; *sano corpore – sana mens (w zdrowym ciele – zdrowy duch)* [5]. Uznanie przez lekarza faktu, że najwięcej informacji o swoim stanie choroby posiada sam chory, który nie zawsze potrafi przekazać lekarzowi, posługując się mową inną niż znany lekarzowi żargon medyczny, swoje spostrzeżenia i odczucia, nie jest nadal powszechne. Potwierdzają to Andrea i Michael Kottow, którzy piszą, że zmiany chorobowe zmieniają także zdolność percepcji własnego organizmu

chorego człowieka i wpływają na jego sposób komunikowania się z otoczeniem, do czego lekarze nie są wystarczająco przygotowani – więcej wiedzy na ten temat dostarcza literatura piękna [6].

Jak więc patrzeć na chorego człowieka? – Patrzeć jak na człowieka, który jest tą samą osobą w zdrowiu i chorobie, z tą samą należną mu od samego początku życia aż do jego końca, niezwykłą godnością. Choroba, jaką odczuwa człowiek, a którą my lekarze czasami potwierdzamy i klasyfikujemy naszymi badaniami, jest dla niego jednym z etapów życia, najczęściej o istotnym znaczeniu dla jego przyszłości. Choroba ma znaczenie nie tylko dla sprawności ciała człowieka, ale przede wszystkim dla związanej z tym możliwości dalszego rozwijania się w jego otoczeniu.

Człowiek chory w optyce zmienno-ogniskowej

Oglądamy świat dwójgłębokością naszych oczu, wyposażonych w soczewki, których ogniskowe, a więc ostrość widzenia, możemy dostosowywać do różnych odległości. Widzenie pod różnym kątem i na różną głębokość, pozwala nam lepiej oceniać obiekty, które badamy wzrokiem.

Odnoszę czasami wrażenie, że medycyna, także ta naukowa, patrzy na człowieka przez coraz inne okulary, podawane jej przez bardziej energicznie rozwijające się dyscypliny wiedzy: a to chemiczne, a to fizyczne, a to matematyczne, a to anatomiczne, a to genetyczne, proteomiczne, nanotechnologiczne lub jeszcze inne. Wszystkie te naukowe okulary do oglądania człowieka w chorobie mają wielką zaletę, pozwalają widzieć szczegóły funkcjonowania człowieka na określonej płaszczyźnie bardzo złożonego, bogatego systemu wzajemnych zależności poszczególnych, dynamicznych elementów budowy, połączonych licznymi sprzężeniami zwrotnymi. Mają też one wielką wadę, pozwalając jasno widzieć wycinek ciała w akcji, pozostawiają inne obszary poza naszą uwagę, co powoduje, że zapominamy o nich, że istnieją, i nie bierzemy ich pod uwagę w analizie przyczyna-mechanizm-skutek. Paul Thagard zasadnie poucza, że w biomedycznym myśleniu zawsze powinno się stawiać pytanie: - *Dlaczego?* W tabeli, w której wymienił zestaw czynności żyjącej komórki, pozyskiwanie energii opatrzył pytaniem: - *Jak?* Odpowiedź była zwięzła: - Na drodze glikolizy [7]. Pytanie: - *Dlaczego?* skierować można do faktu używania przez komórkę glikolizy, jako głównego źródła pozyskiwania energii, ale można też postawić w odniesieniu do samej czynności pozyskiwania energii przez komórkę. - *Dlaczego komórka pozyskuje (przetwarza) energię?* - Dlatego, że musi uzupełnić ilość energii, którą traci. - *Dlaczego komórka traci energię?* - Bo wykonuje liczne prace, jak podział, wzrost, naprawy, utrzymywanie stałego środowiska wewnątrzkomórkowego, by sprawnie mogły działać maszyny białkowe, by komunikować się z innymi komórkami sąsiednimi oraz z komórkami układów zarządzania (nerwowego) i obrony (immunologicznego) i ostatecznie, żeby wykonywać prace na rzecz całego organizmu, w której to pracy jest wyspecjalizowana. - *Dlaczego komórka musi pracować?* - Dlatego, że życie jest jedną wielką pracą jednego wielkiego, zespolonego organizmu, zbudowanego z wielu komórek. Praca życia jest pracą dla stałego rozwoju – pracą, która może przebiegać w sposób niezakłócony, jeśli praca jest realizowana według z góry ustalonego programu działania w rozwoju i stanach krytycznych, wymagających działań naprawczych, zapisanego w kodzie genetycznym, jeśli praca jest wykonywana z użyciem sprawnych narzędzi, a więc jeśli wszystkie struktury, od subkomórkowych do narządowych i układowych, są nieuszkodzone i jeśli, co jest zupełnie oczywiste, dopływ energii do komórek ciała przebiega w sposób stały, płynny i w pełni pokrywający nawet maksymalne zapotrzebowanie. - *Dlaczego życie to ciągła praca?* - Dosyć! To ciągle pytanie „*dlaczego?*” może stanowić trudny test cierpliwości – mimo to warto je stawiać, bo i to pytanie, i sama cierpliwość, stanowią drogę dochodzenia i do wiedzy, i do panowania nad swoimi emocjami. Patrząc na zdrowego i chorego człowieka, widząc objawy ogólne, powinniśmy rozumieć także mechanizmy, działające w komórkach organizmu i na komórki organizmu, przez soczewki naszej ciągle ubogacanej wiedzy.

Chory widziany w ogniskowej energetycznej

Planeta Ziemia, na której żyjemy, jest zanurzona w polu energii płynącej nieprzerwanie z najbliższej gwiazdy, ze słońca. Płaszcz magnetyczny i płaszcz atmosfery, w jakie otulona jest Ziemia, chroni żyjące organizmy przed śmiertelnymi rodzajami promieniowania, także wysyłanymi przez słońce. Rozwój i podtrzymywanie życia na Ziemi jest procesem bardzo energochłonnym. Koszt energetyczny utrzymania przy życiu 1 kg żywych komórek, niezależnie czy bakterii, czy słonia, czy człowieka, jest podobny i waha się od 3 do 90 watosekund na kilogram żywej masy.

Energię do życia czerpiemy z gwiazd, z pyłu gwiazdnego pochodzą pierwiastki, uczestniczące w przemianach energetycznych. Z najbliższej gwiazdy pochodzi energia, która w postaci promieniowania dociera do powierzchni naszej planety i w procesie fotosyntezy zostaje związana w chemicznych połączeniach cukrów i białek przez wyposażone w chlorofil rośliny.

Zatrzymana przez rośliny energia słoneczna jest przejmowana przez żywiące się roślinami organizmy żywe, zwierzęta i ludzi. Energia słońca zmagazynowana w zawierających atomy węgla cukrach, stanowi główne paliwo w komórkach ludzkiego ciała. W procesie łączenia z tlenem, a więc w procesie spalania, jaki odbywa się w mitochondriach, swoistych zakładach energetycznych, jakimi wypełniona jest każda komórka, a najbardziej ta, która najciężej pracuje, wytwarzane są: woda, dwutlenek węgla oraz energia, która zostaje zdeponowana w wysokoenergetycznych związkach fosforowych adenozy. Ta energia, zmagazynowana w cząsteczkach ATP, pozwala na wykonywanie pracy przez wszystkie składowe elementy, duże i te najmniejsze w nano-przestrzeniach, ludzkiego ustroju, pozwala na utrzymanie życia i jego rozwój. Człowiek, wraz z innymi żywymi istotami, i wraz z całą planetą, jest zanurzony w płynącym stale strumieniu energii kosmicznej i z tej energii potrafi korzystać. Życie wiąże się z ciągłą pracą komórek, z ciągłą utratą energii i z ciągłym pobieraniem energii, potrzebnym do natychmiastowego wyrównywania strat – energetycznych kosztów życia. Zakłócenie tej równowagi, ograniczenie poboru energii, powodują upośledzenie funkcji komórek i narządów, a jeśli bilans energetyczny nie zostanie szybko wyrównany, następuje śmierć organizmu. Z takimi sytuacjami ma człowiek do czynienia wtedy, gdy w otaczającym go środowisku jest za mało tlenu, albo tlen ten nie dociera do komórek, ze względu na nieprawidłowe oddychanie, uszkodzenie płuc, uniemożliwiające przechodzenie tlenu do krwi, albo brakuje nośnika tlenu – hemoglobiny, brakuje krwi, lub krew przestaje płynąć, jak w zatrzymaniu krążenia krwi, albo krew płynie w niedostatecznej ilości, jak w chorobach serca. Bywa i tak, że i cukry, i tlen dopływają do komórkowych zakładów energetycznych, do mitochondriów, ale spalanie i wytwarzanie wolnej energii ATP nie następuje, bo uszkodzone, albo zablokowane, są mitochondria. Tak dzieje się w zatruciu żywego organizmu przez toksyny bakteryjne lub grzybicze, czy innego pochodzenia. Podobnie jak cyjanek potasu, blokują one układ cytochromów w mitochondriach i przez to blokują spalanie. Chory, którego komórki mają dosyć tlenu i cukrów, umierają z braku energii do życia, z braku spalania śródkomórkowego, wskutek zatrucia układów enzymatycznych toksynami z zewnątrz, między innymi z drobnoustrojów. To właśnie przed takim spadkiem zasilania energetycznego broni się każdy organizm, także organizm człowieka. Reakcja całego organizmu żywego przebiega bardzo szybko w uporządkowany sposób: systemy alarmowe rozpoznają obce ciała, które znalazły się poza zewnętrznymi umocnieniami obronnymi, jak naskórek czy nabłonki. Mikroorganizmy lub inne substancje obce, błyskawicznie są przedstawiane jako zagrożenie do rozpoznania przez komórki układu odpornościowego, prezentujące antygeny układowi nerwowemu dwutorowo: poprzez barierę krew-mózg oraz poprzez receptory na zakończeniach włókien aferentnych nerwu błędnego, skąd informacja o zakażeniu jest przenoszona w ciągu 60 minut poprzez jądro pasma samotnego, do wzgórza, jądra dwuznacznego, kory wyspy (gdzie docierają także bodźce bólowe i gdzie znajduje się też ośrodek dobrego samopoczucia) zakrętu obręczy i kory przedczołowej. Kora przodomózgowia uruchamia koordynację odpowiedzi na zakażenie. Odpowiedź na rozpoznaną inwazję drobnoustrojów jest także dwutorowa; z jednej strony rozwijana jest odpowiedź zapalna, nakierowana na zniszczenie dławiących przez swe toksyny dopływ energii w mitochondriach drobnoustroje, z drugiej zaś strony, stymulowana przez mediatory stanu zapalnego, jak TNFalfa, pojawia się uogólniona odczynowa reakcja psychofizjologiczna, określana mianem „zachowania chorobowego”. Złożony zespół zachowania chorobowego polega na poczuciu zmęczenia, utracie łaknienia, spowolnieniu psychoruchowemu, gorączce, zaburzeniach poznawczych i afektywnych, trudności koncentracji, depresji i zaburzeniach pamięciowych lub splątaniu [8,9]. Czasami zachowanie chorobowe wyprzedza laboratoryjne wykładniki zakażenia i zapalnej reakcji na to zakażenie, jak np. w zakażeniach grzybiczych (Smuszkiewicz P. – jego własne nie publikowane spostrzeżenia). Opisana tu ogólnie reakcja organizmu człowieka na zakażenie stanowi tylko jeden z wielu, znanych już przykładów, walki organizmu o zapewnienie swobodnego dostępu do energii. Walczymy o tlen (duszność) o materiał energetyczny (walka o pożywienie, chęć na słodczy). Walczymy też z czymś, co nam energię odbiera (wyczerpujący wysiłek, drobnoustroje blokujące odtwarzanie energii w każdej naszej komórce). Płaczliwe, spowolnione, depresyjne zachowanie w chorobie, do śpiączki włącznie, jest działaniem obronnym, pozwala bowiem oszczędzać zmniejszone zapasy energii na walkę z drobnoustrojami, wirusami lub inną formę walki o przeżycie a potem na procesy naprawcze.

Sledząc pojawiające się coraz częściej w ostatnich latach publikacje, powstaje obraz choroby, jako nieprzyjemnego doznania psychofizycznego człowieka, w następstwie zaburzeń równowagi energetycznej organizmu, zaburzeń koordynacji ogólnoustrojowej oraz uszkodzenia struktur organizmu w zakresie przekraczającym możliwości wyrównawcze, które uniemożliwiają prawidłowe osiągnięcie niezbędnych dla życia celów w środowisku bytowania. Choroba jest więc przejściową utratą możliwości człowieka do dalszego istnienia na dotychczasowym poziomie możliwości działania i dalszego rozwoju.

Procesy starzenia się ograniczają możliwości fizyczne w pierwszej kolejności, intelektualne w drugiej i duchowe w trzeciej, jako stały etap programu rozwoju człowieka, nie mogą być same w sobie traktowane jako choroba.

Subiektywność choroby, podobnie jak subiektywność bólu, stanowi obecnie dla naukowo przygotowanego i obiektywnie nastawionego lekarza, barierę trudną do pokonania. Potrzebne jest tutaj bardzo nie tylko zaufanie chorego do lekarza, ale przede wszystkim zaufanie i szacunek lekarza do chorego człowieka. Proces wychodzenia człowieka z choroby, proces zdrowienia, jest procesem odzyskiwania swobodnego dostępu komórek do energii, naprawy uszkodzonych struktur i odzyskania możliwości kontrolnych nad funkcjonowaniem organizmu. Gdy dopływ energii do komórek ustroju osiąga prawidłowy poziom i prawidłowo zaczyna działać komórkowa maszyna, z jej pompami jonowymi w błonach komórkowych, następuje wyrzucanie z komórek nadmiaru jonów sodowych i nadmiaru wody - zwiększa się wtedy diureza i ustępuje obrzęk tkanek, co widzimy makroskopowo. Naprawy struktur, to procesy gojenia, wytwarzania przetek, oczyszczania z martwych tkanek itp. Odzyskiwanie funkcji kontrolnych, to między innymi uwalnianie i dostosowywanie funkcji układu nerwowego i immunologicznego do korzystniejszej energetycznie sytuacji i kontynuacja wszystkich procesów naprawczych. Rehabilitacja dotyczy ciała i ducha. W chorobie człowiek uruchamia dla swej obrony wszystkie złożone algorytmy obronne, jakie ma zapisane w swoich genach. Sam wykonuje, głównie w sposób podświadomy, całą ciężką, energio- i czasochłonną pracę naprawczą. Świadomość pełni rolę osłonową i strategiczną, kierując organizm do środowiska, w jakim wykonanie pracy obronnej i naprawczej jest w danym momencie najbardziej korzystne. Rola zespołu leczącego jest tylko pomocnicza. Ponieważ tym, który jest najbardziej zainteresowany powrotem do dobrego stanu zdrowia, i tym, od którego wysiłku, pracy i motywacji najbardziej zależy postawa obronna wszystkich komórek i układów jest sam chory, powinien być on na bieżąco informowany o swoim stanie, bardzo rzetelnie, ale też z pokazywaniem wszystkich możliwości, zwiększających jego szanse pełnego przywrócenia równowagi organizmu. Lęk chorego człowieka jest tym mniejszy, im bardziej jest on świadomy tego, co spowodowało jego wytrącenie ze stanu równowagi i wprowadziło w stan choroby, i z czym przychodzi mu walczyć. Lekarz jest partnerem i przewodnikiem, towarzyszącym choremu w drodze do odzyskania dobrego stanu zdrowia w wymiarze somatycznym i duchowym.

Leon Drobnik

Piśmiennictwo

1. Brodniewicz J. Über das Schmerzphänomen, 1993 Peter Lange GmbH, Europäische Hochschulschriften: Reihe 20, Philosophie, Bd 423, Frankfurt Am Main.
2. Thagard P. The concept of disease: structure and change. *Communication and cognition* 1996;29:445-78.
3. Fracastorius H. Contagion, contagious diseases and their treatment (translated by Wright WC). New York: G.P. Putman's sons; 1930.
4. Jiang WY. Therapeutic wisdom in traditional Chinese medicine: a perspective from modern science. *TRENDS in Pharmacological Sciences* 2005;26:558-64.
5. von Weizsäcker V. Psychosomatischen-Medizin. In: v Zwischen Medizin und Philosophie. Weizsäcker V, Wyss D (editors). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1957. pp. 81-96.
6. Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as subject of literature. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2007;2:10. (<http://www.peh-med.com/content/2/1/10>)
7. Thagard P. Pathways to biomedical discovery. *Philosophy of Sciences* 2003;70:235-54.
8. Harrison NA, Brydon L, Walker C, Gray MA, Steptoe A, Dolan RJ, et al. Neural origins of human sickness in interoceptive response to inflammation. *Biol Psychiatry* 2009;66:415-22.
9. Thayer JE, Sternberg EM. Neural concomitants of immunity – focus on the vagus nerve. *Neuroimage* 2009;47:908-10.