

Pacjent jako osoba, w: *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 39-48.

Grzegorz Hołub

PACJENT JAKO OSOBA

1. Wstęp

Dynamiczny rozwój nauk biomedycznych i technologii, które umożliwiają ich praktyczne zastosowanie jest jakimś znakiem, który wyróżnia nasze czasy. Pośród wielu konsekwencji, które z tego wypływają są nade wszystko te pozytywne i optymistyczne. Mamy poczucie, że w obliczu tego procesu odwieczna zagadka ludzkiej choroby i cierpienia jest sukcesywnie rozwiązywana, a my jesteśmy na coraz pewniejszej drodze do tego, aby żyć dłużej i to w coraz lepszej kondycji zdrowotnej. Intensywność z jaką pojawiają się nowe odkrycia w dziedzinie genetyki, biotechnologii czy technik terapeutycznych umacnia nas w tym przekonaniu. I chociaż gdzieś na obrzeżach świadomości wiemy, że nauki biomedyczne nigdy definitywnie nie rozwiążą problemów związanych z naszą cielesną egzystencją, to jednak jesteśmy zafascynowani postępem wiedzy medycznej i innowacjami biotechnologicznymi.

W tym wszystkim na dalszy plan schodzi jednak inna ważna kwestia. Mniejszą uwagę bowiem zwracamy na samego odbiorcę tego procesu. Z jednej strony, poniekąd wydaje się oczywiste to, że my wszyscy jesteśmy beneficjentami tego fenomenu kulturowego. Każdy na jakimś etapie swojego życia staje w konieczności podjęcia leczenia; każdy wcześniej czy później staje się pacjentem; każdy więc staje się odbiorcą tych zdobyczy nauki i techniki. Z drugiej jednak strony, po uważniejszej refleksji, coraz mniej oczywiste jest to, kim jest sam pacjent. Przy całej oczywistości jaką dostarczają nam nauki empiryczne w postaci nowych produktów i technik medycznych, coraz mniej oczywiste jawi się to, do kogo tak naprawdę są skierowane te dobrodziejstwa ludzkiego geniuszu. W niniejszym artykule przedstawię parę możliwych rozumień pacjenta, aby następnie wypracować nieco ogólniejszą perspektywę tego, kto jest uczestnikiem terapii, leczenia i odbiorcą tych innowacji czy ulepszeń.

2. Dwie tendencje w rozumieniu pacjenta

Pośród paru możliwych rozumień pacjenta i ról, jakie są oznaczane przez określenie „być pacjentem”, skoncentruję się na dwu tendencjach. Po pierwsze przyjrę się pacjentowi, który

może być rozważany jako klient; po drugie, pacjentowi, którego można traktować jako przypadek chorobowy. Te dwa znaczenia są zasadniczo tematem relacji pacjent-lekarz, która jest bardzo szeroko omawiana we współczesnej bioetyce. Spośród czterech typów relacji jakie wymienia, na przykład, Ezekiel Emanuel: model paternalistyczny, informacyjny, interpretacyjny i model objaśniający¹, wydaje się że te dwa pierwsze, tj. model paternalistyczny i model informacyjny, mogą posługiwać się dwoma zasygnalizowanymi rozumieniami pacjenta, albo tym rozumieniem sprzyjać. Model paternalistyczny może sprzyjać rozumieniu pacjenta jako przypadku chorobowego; natomiast model informacyjny może utrwalać postrzeganie pacjenta jako klienta. Jednak w moich analizach chciałbym zasadniczo skoncentrować się na postaci samego pacjenta. Jedynie na koniec odniosę się krótko do postaci lekarza.

2.1. Pacjent jako klient

Określenie pacjenta mianem klienta jest możliwe wówczas, kiedy dostrzeże się fakt postępującej komercjalizacji medycyny. Chodzi o to, że praktyka medyczna jest coraz bardziej uzależniana od mechanizmów rynkowych, a nawet – w niektórych krajach – przez te mechanizmy poważnie zdeterminowana. Szpitale, ośrodki zdrowia czy centra rehabilitacyjne coraz bardziej stają się miejscami, gdzie liczy się koszty terapii, nie tylko ze względu na określenie możliwości finansowych danej jednostki leczniczej, ale jeszcze bardziej ze względu na chęć osiągnięcia zysków. Stwierdzając to nie chodzi autorowi o wdawanie się w polityczną debatę na temat prywatyzacji szpitali w naszym kraju. Chodzi bardziej o wskazanie na pewien fenomen, który skłania do refleksji filozoficzno-etycznej, a który w swojej wersji paradygmatycznej, wzorcowej funkcjonuje w niektórych krajach, jak na przykład w Stanach Zjednoczonych².

Generalnie chodzi o to, że jednostki świadczące usługi zdrowotne trafiają w posiadanie korporacji, których głównym celem jest pomnażanie zysków finansowych. W Stanach

¹ W modelu paternalistycznym lekarz działa jako „strażnik”, który idzie po linii „obiektywnego dobra pacjenta”, przy dosyć ograniczonym uczestnictwie samej osoby chorej. Może to sprzyjać rozumieniu pacjenta jako przypadku chorobowego. W modelu informacyjnym natomiast, lekarz jest „kompetentnym ekspertem, który udziela fachowej porady”. Pacjent więc może zbliżyć się tu do funkcji klienta. Szczegółowa prezentacja tych typów relacji pacjent-lekarz w: E. J. Emanuel, L. L. Emanuel, *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, „Journal of American Medical Association” vol. 267, no. 16 (1992), 2221-2226.

² Problem ten dosyć dobrze omawia T. Biesaga. Zob. T. Biesaga, *Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 9 (2005), 19-20.

Zjednoczonych szacuje się, że około 15 % prywatnych szpitali ogólnych, domów opieki, szpitali psychiatrycznych, ambulatoriów czy centrów diagnostycznych znajduje się w rękach tego typu organizacji³. Jest rzeczą oczywistą, że jedną z zasadniczych praktyk tych jednostek leczniczych będzie obniżanie kosztów terapii, a zwiększanie zysków. Ten natomiast, który jest poddany terapii może być łatwo potraktowany jako środek do osiągnięcia tego celu. Co więcej, w centrum zainteresowania jednostek służby zdrowia staną wyłączeni ci, którzy są dobrze sytuowani materialnie, albo na przykład posiadają wysokie ubezpieczenie zdrowotne.

Na zjawisko komercjalizacji medycyny składają się także dalsze praktyki. Wskazuje się tu między innymi na ścisły związek pomiędzy personelem medycznym, a firmami produkującymi aparaturę diagnostyczno-terapeutyczną, czy firmami farmaceutycznymi. Będzie tu głównie chodziło o korzystne finansowo układy pomiędzy lekarzami, a firmami, w celu testowania ich produktów, czy wciąganie wyspecjalizowanych klinicystów przez firmy farmaceutyczne do prowadzenia sponsorowanych wykładów i publikowania artykułów na temat ich produktów⁴. To niejednokrotnie prowadzi do wyraźnej stronniczości. Pomędzy wieloma przykładami, jakie można by tu przytaczać, wystarczy wskazać na spór jaki toczy się w krajach anglojęzycznych wokół środka antydepresyjnego *prozak*. Część lekarzy i naukowców związana – również finansowo – z koncernem wytwarzającym ten środek (firma farmaceutyczna Eli Lilly) systematycznie neguje obecność niebezpiecznych skutków ubocznych tego leku. Kompletnie nie akceptują oni, wykazywanego przez innych niezależnych badaczy, związku *prozaku* z tendencjami samobójczymi u niektórych poddanych terapii pacjentów⁵.

Ogólnie można powiedzieć, że z komercjalizacją medycyny będziemy mieli do czynienia wszędzie tam, gdzie personel medyczny za cel naczelny postawi sobie osiągnięcie zysków, albo stanie się pośrednikiem pomiędzy firmami farmaceutycznymi czy firmami produkującymi sprzęt medyczny a pacjentem⁶. Nie należy tego mylić natomiast ze zjawiskiem adekwatnego

³ A. S. Relman, *Profit and Commercialism*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S. G. Post, vol. 4, Thompson & Gale, New York 2004, 2170.

⁴ T. Biesaga, *Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny*, dz. cyt., 20.

⁵ Obecność tego niebezpiecznego skutku ubocznego dowodzi na przykład David Healy. Zob. *Prozak 'may encourage suicide'*, 22 May 2000, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/758763.stm>.

⁶ Z. Szawarski wyraża tę niebezpieczną tendencję w ten sposób: „szczególnie jednak niepokojącym rysem medycyny współczesnej jest to, iż lekarz stał się przed wszystkim pośrednikiem pomiędzy firmą farmaceutyczną

finansowania praktyk medycznych i personelu medycznego. To ostatnie jest bezwzględnie pozytywnym i koniecznym działaniem.

W sytuacji jednak, kiedy praktykami medycznymi rządzą przede wszystkim mechanizmy rynkowe, człowiek, który szuka sposobów uporania się z własną dolegliwością czy schorzeniem musi najpierw spełnić warunki natury finansowej. Pacjent będzie tu zmuszony do tego, aby w pierwszym rzędzie ujawnić i zadeklarować swoje zdolności finansowe; i to dopiero będzie warunkiem podjęcia terapii. Zanim więc ktoś stanie się formalnie pacjentem będzie postrzegany jako klient i można się domyślać – z dużą dozą pewności – iż w trakcie leczenia nadal nim pozostanie.

2.2. Pacjent jak przypadek chorobowy

Traktowanie pacjenta jako przypadku chorobowego można rozważać w obrębie pewnego określonego podejścia terapeutycznego. Wyznacza je tak zwany biomedyczny model terapii. Na pierwszy rzut oka prezentuje się on jako podejście ściśle naukowe do choroby i pacjenta. W rozumieniu tego modelu, ludzki organizm można całkowicie wytłumaczyć w kategoriach procesów empirycznych, które się w nim dokonują. Jest on oczywiście rozumiany jako skomplikowana struktura, którą badają wyspecjalizowane gałęzie nauk biomedycznych. Stąd uzyskana „wiedza medyczna jest sumą wiedzy gromadzonej przez poszczególne dyscypliny cząstkowe, zajmujące się poszczególnymi organami lub układami biologicznymi człowieka”⁷.

W tym modelu terapeutycznym pacjent, jako ktoś obdarzony umysłem i życiem duchowym nie znajduje większego uznania. Te bowiem wyższe jego funkcje traktowane są albo jako pewne wysublimowane funkcje materii, które koniec końców do tej materii można zredukować, albo jako jakieś zjawiska epifenomenalne, które nie mają większego wpływu na funkcjonowanie samego organizmu. Sam pacjent więc łatwo może być postrzegany jako chorujący organizm. Leczący, który tak postrzega pacjenta, skoncentruje swoją uwagę wyłącznie na badaniach empirycznych, rozważając powody odstępstwa od normy w wypadku poszczególnych symptomów chorobowych i warunki, jakie należy spełnić aby wyeliminować te anomalie. Chorobę potraktuje jako serię zakłóceń somatycznych, które z zastosowaniem

a pacjentem (...).” Zob. Z. Szawarski, *O pojęciu wyleczenia*, w: *Życie i zdrowie w tradycji i kulturze polskiej*, red. W. Bołoz, E. Wolnicz-Pawłowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2004, 128.

⁷ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2005, 70-71.

dostępnej techniki medycznej i lekarstw należy wyeliminować. Sam pacjent zaś stanie się tu nikim więcej jak przypadkiem chorobowym.

3. Nieadekwatność fragmentarycznych obrazów pacjenta

Zarysowane możliwe rozumienia pacjenta ujawniają jednak swoją nieodpowiedniość. Nawet jeśli pozytywnie mówią one coś o pacjencie, to jednak nie oddają istotnej prawdy o tym, kim on jest. Jest niewątpliwą racją to, że pacjent jest po części klientem. Za pomoc w dokonaniu diagnozy, terapii czy nabyciu medykamentów ktoś taki musi uiścić stosowną opłatę, nawet jak dokonuje się to w pośredni sposób, czyli za pomocą pewnych wypracowanych mechanizmów życia społecznego. Sam fakt istnienia ubezpieczeń zdrowotnych jakoś przyznaje słuszność tej konieczności.

Jednak nie można konsekwentnie porównać pacjenta z klientem i w ten sposób też go traktować. Otóż osoby chorej nie można utożsamić z postacią konsumenta, który przebiera w różnych produktach, tak jakby znajdował się w supermarkecie. Zdrowie i życie, które są zagrożone nie są takimi samymi dobrami, jak przedmioty, którymi się człowiek posługuje. Nabycie takich czy innych rzeczy wiąże się z osiągnięciem określonego standardu życia, co jest najczęściej wytworem danego czasu i kultury. Można się z tym zgodzić i to zaakceptować, albo według uznania – można to odrzucić, wybierając jakiś alternatywny styl życia. Nie tak samo jest jednak ze zdrowiem i życiem człowieka. Człowiek chory nie jest postawiony przed takim samym wyborem. Do pojawiającej się choroby nie może on ustosunkować się w dowolny sposób. Stan choroby bowiem nie jest konwencją danego czasu i kultury, ale jest narzuconą danej jednostce trudną sytuacją egzystencjalną. Powoduje ona, że człowiek doświadcza kruchości swego życia i istnienia, i pilnie poszukuje skutecznego remedium na ten stan⁸.

Do podobnych uproszczeń prowadzi rozumienie pacjenta jako przypadku chorobowego. Z jednej strony można się zgodzić z tym, że choroba somatyczna powinna być diagnozowana w świetle najnowszych osiągnięć wiedzy empirycznej. Również działania terapeutyczne muszą pozostawać w ścisłej łączności z tą wiedzą. To niejednokrotnie łączy się z tym, że objawy, czy przebieg choroby są określone jako swoiste i niepowtarzalne, przez co pacjent, w jakimś aspekcie, może jawić się jako nietypowy przypadek kliniczny. Jednak, z drugiej strony,

⁸ T. Biesaga, *Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny*, dz. cyt., 21.

spojrzenie to może być daleko niewystarczające. W pewnego typu chorobach bowiem nie istnieje jasność, co do ich etiologii i istnieją uzasadnione przypuszczenia, że ważną rolę w ich powstawaniu odgrywają czynniki psychiczne⁹, a w świetle przyczyn dalszych, także czynniki duchowe¹⁰. Niepowtarzalności przypadku chorobowego więc nie można utożsamić z niepowtarzalnością interakcji czynników natury materialno-biologicznej, ale także należy tu wziąć pod uwagę czynniki natury psychicznej i duchowej.

Zaakcentowanie niepowtarzalności pacjenta wyłącznie na płaszczyźnie biologiczno-materialnej, z pominięciem czynników psychicznych i duchowych, może mieć swoje drastyczne konsekwencje w trakcie samego przeżywania choroby somatycznej. Otóż chorobie zazwyczaj towarzyszą silne przeżycia psychiczne. Już sam fakt zdiagnozowania poważnego schorzenia i konieczność hospitalizacji rodzą silny stres psychiczny, głębokie poczucie niepewności i osamotnienia, lęk przed bólem a nawet przed śmiercią¹¹. Pacjent potraktowany wyłącznie jako schorowany organizm czy przypadek chorobowy będzie przeżywał te doświadczenia jeszcze intensywniej. Można powiedzieć, z dużą dozą pewności, że jego stan się pogorszy; i to nie tylko jego kondycja psychiczna, ale także objawy somatyczne¹².

4. Pacjent jako osoba

Powyższe analizy prowadzą nas do dwu istotnych wniosków. Po pierwsze uświadamiamy sobie, że życie i zdrowie pacjenta nie są jednymi z wielu opcjonalnych dóbr, które ktoś może nabyć, albo wycofać się ze starania o nie¹³. Zdrowie i życie jawią się wyraźnie jako jakieś

⁹ K. Czubański, *Znaczenie czynników psychicznych w niektórych chorobach wewnętrznych a postępowanie lekarza internisty*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarosz, PZWL, Warszawa 1988, 390-402.

¹⁰ O zależności pomiędzy sferą psychiczną a duchową mówi V. E. Frankl. Twierdzi on, że „pod pozornymi zaburzeniami psychicznymi kryje się właściwie udręka duchowa. Innymi słowy, być może, kryzys w procesie stawania się w pełni człowiekiem przebiegać będzie ukryty pod klinicznym obrazem nerwicy”. Zob. V. E. Frankl, *Homo Patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984, 14.

¹¹ A. Gałuszka, *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005, 66.

¹² G. Hołub, *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna” 2 (2007), 166.

¹³ Edmund Pellegrino, znany ze swych działań na rzecz humanizacji medycyny, podkreśla tę nieporównywalność zdrowia człowieka do innych rzeczy, które on posiadanych. Twierdzi on wprost, że „(...) health, itself, is not a weighable commodity”. Zob. E. Pellegrino, *The Commodification of Medical and Health Care*, w: *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame 2008, 107.

typy podstawowych dóbr pacjenta, z których dobrowolnie nie można zrezygnować albo których nie może wymienić na coś innego. Przeróżne aktywności, którym człowiek oddaje się w swoim życiu są niemożliwe do zrealizowania kiedy dana jednostka zostaje pozbawiona życia, albo nawet kiedy jej życie dokonuje się na niskim poziomie, co najczęściej oznacza zachwianie równowagi zdrowotnej.

Po drugie, pacjent jeśli doświadcza jakiejś choroby, to najczęściej oznacza to, że stan ten dotyka nie tylko jego organizmu. Choroba nawet tylko somatyczna, może mieć również pozaempiryczne podłoże i co więcej dotyka ona wielu sfer istnienia człowieka. Stąd, kiedy mówimy o pacjencie rażąco nieadekwatne jest mówienie o schorowanym organizmie czy nietypowym przypadku klinicznym. Pacjent choruje na wielu poziomach i konsekwentne poszukiwanie wyleczenia musi się do tej wielowymiarowości odnosić.

Dobrą sugestią może tu być propozycja, aby pacjenta rozumieć w dwu znaczeniach równocześnie. Po pierwsze jako tego, kto poszukuje sposobu uporania się ze swoimi dolegliwościami somatycznymi: tutaj będzie on po prostu pacjentem medycznym, w ścisłym tego słowa znaczeniu. Będzie to rozumienie bliskie omówionej powyżej koncepcji pacjenta jako przypadku medycznego. Po drugie, konieczne jest rozumienie jednostki chorej jako pacjenta moralnego, czyli tego, kto oczekuje aby wejść z nim w głębszy kontakt osobowy, aby okazać mu pewną formę solidarności w cierpieniu, aby przyjść z pomocą psychoterapeutyczną czy duchowo-religijną. Generalnie rzecz biorąc, pacjent moralny to ktoś, kto potrzebuje pomocy, wykraczającej poza aspekt biomedyczny. Choć nie każdy pacjent moralny musi być pacjentem medycznym (łatwo można wyobrazić sobie kogoś, kto potrzebuje tylko pomocy w znaczeniu troski psychicznej i duchowej), to już nie ulega wątpliwości, że „wszyscy pacjenci, którzy są przedmiotem działań lekarskich, są jednocześnie pacjentami moralnymi”¹⁴.

Kiedy zastanawiamy się nad byciem pacjentem, które nieuchronnie łączy tak znaczenie medyczne, jak i moralne możemy zapytać, co jest podstawą tego rozszerzonego spojrzenia. Co sprawia, że pacjenta powinniśmy traktować jako jednostkę, która istnieje tak w wymiarze cielesnym, jak i psychicznym i duchowym. Odpowiedzią, która jawi się na horyzoncie naszych poszukiwań, jest stwierdzenie, że adekwatne widzenie pacjenta to traktowanie go jako osobę. Jednostka chora to nie schorowany klient, który zadowolony się wykupieniem

¹⁴ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., 37. Również podział na te dwie kategorie pacjentów podają za tym autorem.

pakietu terapeutycznego, czy schorowany organizm, który oczekuje na aplikację dostępnych środków farmakologiczno-leczniczych. Chory jest przede wszystkim osobą.

Pojęcie osoby pełni dosyć ważną rolę we współczesnej bioetyce. Wiele debat toczy się na temat tego, jak powinniśmy rozumieć osobę, jaki jest zakres istnienia osoby, a nawet czy warto w ogóle posługiwać się tym pojęciem. W większości tych dyskusji osobę rozumienie się w sposób naturalistyczny. Chodzi więc o to, że bycie osobą to nie to samo co bycie człowiekiem. Bycie człowiekiem to dla wielu bioetyków istnienie tylko na poziomie ludzkiego życia biologicznego. Natomiast bycie osobą to manifestowanie wyższych funkcji psychicznych, takich jak świadomość, samoświadomość, zdolność do racjonalnego i logicznego działania, czy też zdolność do używania języka i inne. Co jest interesujące w tej koncepcji to to, że również te wyższe funkcje osobowe rozumie się jako pochodne systemów neurobiologicznych. Logika myślenia jest mniej więcej taka: zaczynam istnieć jako człowiek, jednak na pewnym etapie rozwoju i dojrzałości organizmu nabywam zdolność do aktualnego manifestowania wyższych funkcji psychicznych, co oznacza że staję się osobą. Ten stan trwa aż do momentu wystąpienia poważnych dysfunkcji mojego układu nerwowo-mózgowego, na przykład z racji postępującej demencji starczej czy choroby Alzheimera. Wówczas to, choć nadal jestem człowiekiem, przestaję być osobą.

Takie jednak rozumienie osoby nie będzie pomocne w wyjaśnieniu dlaczego pacjent jest istnieniem wielowymiarowym, którego życie dokonuje się na różnych poziomach. Zaprezentowane powyżej naturalistyczne pojmowanie osoby traktuje ją w istocie jako bytowość materialną, która tylko czasami ujawnia wyższe charakterystyki osobowe. Musimy wskazać na inną koncepcję osoby, która lepiej uzasadni nasze widzenie pacjenta. Ważną przesłanką do sformułowania takiego ujęcia będzie wskazanie na to, że osoba jest istnieniem, które przekracza swoje poszczególne pojawienia i fenomeny empiryczne¹⁵. Jest ona kimś więcej niż takie czynniki jak: świadomości, samoświadomości, racjonalności, zdolność do operowania językiem i inne. Osoba jest istnieniem, które potrzebuje tych elementów i w nich się ujawnia. Jednak zarazem osoba nie wyczerpuje się w nich i jest do nich niesprowadzalna.

Zasygnalizowane powyżej modele pacjenta medycznego i moralnego ujawniły różnego rodzaju potrzeby, jakie ma chora jednostka. Skoro w istnieniu osoby pojawiają się potrzeby

¹⁵ Vanni Rovighi powie, że osoba to: „essere oltre l'apparire”. Zob. S. Vanni Rovighi, *Elementi di Filosofia*, La Scuola, Brescia 1964, 9-44.

tak o naturze materialno-cieleśnej, jaki i psychicznej i duchowej, oznacza to, że mówią one coś o naturze samej osoby. Jeśli traktujemy te potrzeby poważnie, to znaczy uznajemy je faktycznie za to, czym są, a nie za jakieś wysublimowane formy jednej i tej samej potrzeby (powiedzmy biologicznej potrzeby przetrwania i rozmnażania się), wówczas należy uznać, że osoba w swoim wymiarze ontycznym i antropologicznym jest rzeczywistością złożoną, pluralistyczną, a zarazem jest pewną jednością¹⁶. Wytlumaczenie tej złożoności w jedności jest możliwe, kiedy przyjmie się ważne założenie. Chodzi mianowicie o wyszczególnienie dwu zasadniczych rzeczywistości, które konstytuują osobę: rzeczywistości cielesnej i rzeczywistości duchowej. Osoba nie jest tylko jedną z nich, czyli nie jest tylko skomplikowaną materią czy subtelnym duchem. Jest ona jednym i drugim. Osoba jest istotą cielesno-duchową, ale nie na zasadzie ducha obecnego w maszynie, jak to proponował Kartezjusz. Odwołując się natomiast do długiej tradycji myśli personalistycznej, można powiedzieć, że osoba jest uduchowionym ciałem i wcielonym duchem¹⁷.

5. Konkluzje

Rozumienie pacjenta jako osoby, istoty cielesno-duchowej, pozwala nam powiedzieć, że praktykowanie medycyny nie sprowadza się jedynie do wykonywania jakiejś neutralnej profesji, która byłaby porównywalna do zwykłego zawodu czy rzemiosła. Fakt, że w centrum aktywności medycznej jest zawsze chora osoba sprawia, iż leczenie i kuracja zbliżają się bardziej do mądrości i sztuki. Tutaj niewątpliwie ujawnia się ważny wymiar humanistyczny medycyny. Lekarz więc nie jest tylko zwykłym profesjonalistą, który wykonuje swój zawód w niezaangażowany sposób. Spotkanie z osobą chorą w trakcie terapii wymaga od niego faktycznego zaangażowania i to zaangażowania na różnych poziomach. Stąd nie bez racji charakteryzowano profesję lekarską przez takie pojęcia jak „poświęcenie” czy „powołanie”. Co więcej, obecność pacjenta, który jest osobą domaga się tego, żeby ten kto go leczy sam uświadomił sobie swój status osobowy. Pacjent-osoba wymaga w istocie spotkania z

¹⁶ Frankl, idąc tym torem myślenia, powie: „(...) zdefiniowałbym człowieka jako jedność mimo różnorodności”. Zob. V. E. Frankl, *Homo Patiens*, dz. cyt., 145.

¹⁷ Na terenie etyki medycznej i u początków współczesnej bioetyki tezę tą wydatnie posługiwał się Paul Ramsey. Zob. P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, tłum. S. Łypacewicz, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1977, 9.

lekarzem-osobą, jak również tego aby wzajemne ich relacje były określane przez dialog, wzajemny szacunek i zaufanie¹⁸.

¹⁸ Jak powie Pellegrino: „The medical relationship (...) is intensely personal. Confidence and trust are crucial as is a continuing relationship, at least in general medicine if not in the subspecialties”. Zob. E. Pellegrino, *The Commodification of Medical and Health Care*, dz. cyt., 107-108.