

Ukierunkowywanie uwagi: podejście hipokratejskie i asklepiadejskie

Robin Downie

Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 363-368

Psychiatria, dążąc do zrozumienia pacjentów, opiera się głównie na medycynie opartej na dowodach. W ciągu ostatnich dwudziestu lat okazało się, że również sztuka może nas czegoś nauczyć. W tym artykule omówiono dokładną rolę „narracyjnego zrozumienia” oraz wskazano, że badając swoisty rodzaj uwagi – to, co doświadczonemu widzowi daje obraz lub słuchaczowi fragment muzyki poważnej – można się wiele dowiedzieć. W tekście przedstawiono również różnice między zdystansowaną uwagą badacza i zaangażowaną uwagą artysty w odniesieniu do dwóch tradycji w medycynie: hipokratejskiej i asklepiadejskiej. Pokazano, że możliwe jest połączenie obu podejść a sposób, w jaki doświadczony widz ogląda obrazy lub słuchacz słucha muzyki może stanowić model dla tego typu uwagi.

W ostatnich dwudziestu latach lekarze uświadomili sobie, że sztuka i nauki humanistyczne mogą być użyteczne w psychiatrii. Powszechne jest stwierdzenie, że sztuka i humanistyka mogą pomóc zrozumieć ludzkie zachowanie – jest to tzw. zrozumienie narracyjne, alternatywne wobec typowego dla psychiatrii tłumaczenia naukowego lub przyczynowego.¹ Ten rodzaj zrozumienia, który pochodzi ze śledzenia rozwijającej się relacji, może przynajmniej uzupełnić naukowe tłumaczenie zachowania i czasem prowadzić do poprawy stanu pacjenta.²

W piśmiennictwie zachodzą pewne niejasności dotyczące tego mechanizmu, jednak rola narracyjnego rozumienia w konsultacji psychiatrycznej zostanie omówiona później. W każdym razie zrozumienie roli narracyjnej jest tylko jednym z mechanizmów, w jaki sztuka i humanistyka mogą uzupełnić edukację psychiatry. Autor przedstawia inne podejście, które uwzględni narrację w kontekście sztuki innej niż literatura i dramat. Na wstępie pokrótce przedstawiono te dwa podejścia w medycynie.

Dwa podejścia w medycynie: podejście Hipokratesa i Asklepiosa

Oba podejścia wywodzą się z okresu początków zachodniej medycyny w starożytnej Grecji. Znajomość ich założeń jest kluczowa do zrozumienia ekscentrycznej natury współczesnej psychiatrii. Autor chciałby podkreślić, że wprawdzie jeśli chodzi o początki medycyny nasza wiedza jest wciąż niepełna, jednak naukowa złożoność tego tematu wykracza poza kwestie omawiane w artykule. W tym kontekście autor skupia się na opisanu dwóch tendencji w praktykowaniu medycyny, a nie na związanych z nimi historycznych szczegółach, nawet jeśli dane te są dostępne. Obie tendencje były zauważalne już w okresie początków medycyny zachodniej i zostaną opisane w odniesieniu do dwóch filozofii.

TRADYCJA HIPOKRATEJSKA

Pierwszym opisywanym jest podejście Hipokratesa, które obecnie dominuje. Hipokrates był greckim lekarzem urodzonym około 460 p.n.e. On i jego szkoła skupiali się na racjonalnych i naukowych badaniach stanowiących podstawę medycyny. To naukowe podejście pomija indywidualność pacjentów i skupia się na wspólnych cechach chorób. Zgodnie z jego założeniami choroby rozwijają się według wzorca praw przyczynowych, które mogą być odkrywane. Gdy zostają one odkryte, można ustalić leczenie i zastosować je, pomijając indywidualne doświadczenia związane z chorobą. Zgodnie z główną doktryną szkoły hipokratejskiej każda choroba, każda ludzka dolegliwość ma przyczynę, która może być odkryta i wyeliminowana, a wiedzę tę można uogólnić. Te założenia są podstawą zachodniej medycyny naukowej i stanowią inspirację badań oraz leczenia, zarówno jeśli chodzi o psychiatrię, jak i inne dziedziny medycyny. Wiara w przy-

Robin Downie jest emerytowanym profesorem filozofii moralności w Glasgow University w Wielkiej Brytanii. Interesuje się filozofią medycyny, opieką paliatywną oraz podejściem humanistycznym do edukacji medycznej. Jego książka (której współautorką jest Fiona Randall) *The Philosophy of Palliative Care* (Filozofia Opieki Paliatywnej) zdobyła w 2007 roku nagrodę Stowarzyszenia Dziennikarzy Medycznych jako najlepsza w swojej medycznej dziedzinie, zaś jego *End of Life Choices* z dr Randall (Ostatnie Wybory Życiowe) została doceniona w międzynarodowym konkursie książki BMA w 2010 roku.

Adres do korespondencji: Professor Robin Downie, University of Glasgow, Glasgow G12 8QQ, Scotland, Wielka Brytania; e-mail: R.Downie@philosophy.arts.gla.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

czynowe pochodzenie wszystkich chorób dominuje w dziełach Hipokratesa. Stwierdza on na przykład: „Okaze się, że każdy objaw ma swoją przyczynę” lub „każda choroba ma naturalną przyczynę i nic się nie dzieje bez naturalnej przyczyny”.³

TRADYCJA ASKLEPIADEJSKA

Podjęcie Asklepiosa również wywodzi się z Grecji i jest starsze od filozofii Hipokratesa. Te dwa podejścia rozkwitły razem i nie były postrzegane jako wykluczające się.

Asklepios jest dość tajemniczą postacią greckiej filozofii.⁴ Był uważany za syna Apolla (boga leczenia i sztuki) i zwykłej śmiertelnicy. Filozofia Asklepiosa uwzględnia leczenie, ale w kontekście akceptacji naszej moralności. W świątyniach Asklepiosa będących ośrodkami leczenia hodowano nieszkodliwe węże (*coluber longissima*). Uważano, że mistyczne i hipnotyczne spojrzenie węża leczyło. Symboliczne znaczenie miał również fakt, że węże zmieniają skórę. W dodatku atmosfera świątyni, cichy odpoczynek i sny pacjentów były ważne w procesie leczenia, gdyż dokonuje się on wewnątrz pacjenta.⁵ Zachodzi również istotny kontrast między tradycją Hipokratesa we współczesnej medycynie, gdzie nacisk jest położony na zewnętrzną interwencję. Lecnicze spojrzenie węża i zmiany zachodzące wewnątrz pacjenta (tak jak zmiana własnej skóry) pochodzące z tradycji Asklepiosa dobrze się przekładają na psychiatrię lub przynajmniej niektóre jej elementy. W pewnym sensie to podejście odpowiada uwadze psychiatry skierowanej na pacjenta, uważnemu czekaniu i słuchaniu oraz akceptacji odmienności pacjenta jako wyjątkowej i niepowtarzalnej osoby w kontekście naszej wiedzy o wspólnych cechach ludzkości. Takie podejście nie jest manipulujące i nie zagraża integralności chorego. Można patrzeć na nie w kontekście religijnym – na co wskazywałoby umieszczenie leczenia w świątyniach – lecz religijna interpretacja nie jest konieczna. Zostanie to omówione później. Leczenie wywodzi się raczej z dokładnego i uważnego zastosowania wiedzy podczas zajmowania się pacjentem. Omówienie tego podejścia wymagałoby dalszego rozwinięcia. W kontekście konsultacji psychiatrycznej istotne są trzy kwestie uwzględniające: sposób zachowania, wgląd diagnostyczny i etykę.

STYL ASKLEPIADEJSKI

Postępowanie to obejmuje spokojne czekanie i słuchanie ze skupieniem uwagi na pacjencie. W tym momencie wiele osób powie: „Znamy to, już to robimy i uczymy tego na kursach poświęconych komunikacji i słuchania”. Oczywiście jest wiele publikacji dotyczących umiejętności komunikacyjnych, lecz czy ten sposób konsultacji jest zgodny z podejściem Asklepiosa, czy raczej zniekształca ludzką komunikację? Sam termin „umiejętności komunikacyjne” sugeruje, że istnieją ogólne umiejętności, które mogą być nabywane, więc mogą mieć szerokie zastosowanie. Może są, ale jest to mało prawdopodobne żeby obejmowały więcej niż unikanie specjalistycznej terminologii, niemówienie zbyt szybko, powtarzanie przekazu itd.

Oczywiście te sprawy mają kluczowe znaczenie, ponieważ ludzie często narzekają, że lekarzom brakuje takich umiejętności. Próby zastępowania wszystkich braków komunikacyjnych zestawem uniwersalnych umiejętności są jednak skazane na niepowodzenie. Pacjenci ze swoimi problemami i psychiatrzy ze swoimi osobowościami są zbyt heterogennymi grupami, aby tworzyć jakiegokolwiek jednolite metody pracy. Oczywiście jeśli początkujący psychiatrzy będą nakłaniani do ograniczenia własnych naturalnych reakcji i będą świadomie je zastępować reakcjami wyuczonymi, interakcja z pacjentami ucierpi.⁶ Ludzka komunikacja stanie się techniką manipulacji. Problem pojawia się podczas próby zastosowania podejścia Hipokratesa w dziedzinie ludzkiego doświadczenia, do którego to podejście nie pasuje. Filozofia Asklepiosa została zniekształcona, ponieważ jest interpretowana w kontekście protokołów, szkoleń, ankiet, skal i pomiarów, które w istocie pochodzą z podejścia hipokratejskiego. W artykule opublikowanym w 2011 roku można znaleźć stwierdzenie: „Pojęcie umiejętności komunikacyjnych jest właściwie redukcjonistyczne, ponieważ zakłada, że złożone zachowania, takie jak prowadzenie konsultacji lub budowanie relacji, mogą być przełożone na umiejętności składowe”.⁷ Autorzy dochodzą do wniosku, że uwzględniając zróżnicowaną dynamikę konsultacji, dobra komunikacja musi być kreatywna.

ASKLEPIADEJSKIE UMIEJĘTNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Jeśli chodzi o umiejętności diagnostyczne, można się zgodzić, że są one głównie prerogatywą tego, co nazywa się „podejściem hipokratejskim” we współczesnej medycynie. Umiejętności diagnostyczne obejmują wiedzę na temat różnych badań empirycznych, wyników badań medycznych i technik, które są niezbędne we współczesnej opiece psychiatrycznej. Krytycy mogą twierdzić, że takie badania pomijają aspekt ludzki, który jest szczególnie ważny w psychiatrii. Jak ma on być traktowany? Powszechnie sądzi się, że to co nie jest zawarte we współczesnych technikach diagnozy wg Hipokratesa, jest zawarte w pojęciu empatii. Chodzi o to, że medycyna hipokratejska może wyjaśnić przyczyny zachowania pacjenta, lecz to empatia pozwala na zrozumienie tych zachowań. Istnieją jednak poważne trudności ze zdefiniowaniem empatii.⁸ Autor docenia mnogość publikacji poświęconych empatii, lecz chciałby ograniczyć się do czterech stwierdzeń:

- nie jest jasne, czym jest empatia;
- empatia jest skierowana do wewnątrz, a nie na zewnątrz;
- to samo można wyrazić za pomocą innych pojęć;
- pojęcie empatii łączy stwierdzenia epistemologiczne i etyczne.

Główną trudnością związaną z „empatia” jest zrozumienie, czym ona właściwie jest. „Empatia dotyczy umiejętności doceniania rzeczywistość drugiej osoby i przekazania tego zrozumienia w sposób wrażliwy”.⁹ Empatia składa się zatem z dwóch elementów. Pierwszym jest umiejętność zrozumienia i dzielenia się emocjami drugiej osoby, aby wejść w ich świat, a drugim jest zachowywanie się w taki sposób, aby pacjent

uwierzył, że psychiatra osiągnął ten poziom zrozumienia. Istnieje tutaj jednak pewna dwuznaczność. Czy rozumiemy, co druga osoba czuje lub myśli, czy co my możemy czuć lub myśleć w tej samej sytuacji? Niewątpliwie próbujemy zrozumieć, co druga osoba czuje lub myśli.

Lecz jak to jest możliwe, nawet w teorii, że tym, co „rozumiemy”, są uczucia lub myśli pacjenta, oddzielając je od wyobrażenia własnych uczuć i myśli w tej samej sytuacji? Macnaughton twierdzi, że „Jest to potencjalnie niebezpieczne i z pewnością nierealistyczne sugerować, że możemy naprawdę czuć to, co druga osoba czuje [...] Jakiegokolwiek odbijanie uczuć zawsze będzie się różniło ilościowo i jakościowo od doświadczeń pacjenta (strona 1941).

Po drugie, empatia kieruje naszą uwagę na nasze własne stany uczuciowe, gdy uwaga asklepiadejska jest skierowana na zewnątrz w kierunku pacjenta. Co zdumiewające, uwaga asklepiadejska jest dobrze opisana przez Parkesa i wsp.⁹ w części na temat aktywnego słuchania:

„To wymaga skierowania absolutnej uwagi na ludzi. Jest to proces aktywny, nie pasywny. Wymaga użycia wszystkich zmysłów. Oznacza to słuchanie uszami tego, co i jak jest powiedziane, oraz słuchanie umysłem w celu zrozumienia zawartego przekazu [...]. Słuchanie w ten sposób daje pacjentom poczucie, że naprawdę jesteśmy z nimi i doceniamy, kim są” (strona 60).

Innymi słowy, nasze własne uczucia, empatii czy czegokolwiek innego, nie mają większego znaczenia.

Po trzecie, coś ważnego jest przekazywane przez użycie pojęcia „empatia”. Jest to „coś”, czego brakuje w próbach zrozumienia zachowania pacjenta z zewnątrz, według czystych założeń modelu Hipokratesa. Antropolodzy mają podobny problem z próbami zrozumienia prymitywnego społeczeństwa. Nie wystarczy opisać zachowanie. Konieczne jest zrozumienie znaczenia tego zachowania w danym trybie życia.¹⁰ Podobnie, aby zrozumieć pacjenta, psychiatra musi zrozumieć znaczenie jego danego zachowania. W tym kontekście pojęcie narracji odgrywa ważną rolę. Zrozumienie znaczenia wymaga szczególnej uwagi w stosunku do rozwijającej się historii pacjenta. Wracając do pytania zadanego na początku, w ten sposób narracyjne zrozumienie może uzupełnić naukowe (hipokratejskie) wytłumaczenie zachowania. Jeśli psychiatra może wskazać, że rozwijająca się narracja pacjenta jest otwarta na inne, mniej destrukcyjne tłumaczenie, to czasem może to nawet przynieść poprawę. Aby osiągnąć zrozumienie, które uzupełnia teorię Hipokratesa, psychiatra musi szukać znaczenia w narracji pacjenta, zamiast dokonywać powierzchownej próby dzielenia się uczuciami.

ETYKA ASKLEPIADEJSKA

W punkcie czwartym stwierdzono, że „empatia” myli stwierdzenia epistemologiczne z etycznymi. Zapewnienie pacjentowi poczucia, że psychiatra jest z nim, jak podkreślają Parkes

i wsp., może wprawdzie nie być pomocne dla samego psychiatry, jednak zgodnie z podejściem Asklepiosa jest istotne ze względów etycznych. Obecnie większość medycznych materiałów szkoleniowych zawiera wskazówki na temat etyki, również podyplomowe egzaminy pisemne lub ustne mogą zawierać pytania na ten temat. Jest to z pewnością poprawne i może okazać się w praktyce przydatne. Niezaprzeczalną słabością jest to, że materiały zawierają uogólnioną wiedzę naukową do uniwersalnego zastosowania. Innymi słowami, kursy etyczne są „hipokratejskie” w naturze, podobnie jak przysięga Hipokratesa, z której etyka medyczna się wywodzi. Naucza się bowiem, aby psychiatra zawsze czynił wszystko z „szacunkiem dla autonomii pacjenta”. Podejście to nie jest jednak doskonałe pod względem etycznym. Właściwe postępowanie psychiatry zostało dobrze opisane przez Parkesa⁹ jako sprawienie, aby pacjenci odczuli, że psychiatra jest naprawdę z nimi i ceni ich.

Łączenie dwóch tradycji

Założywszy, że przedstawiłem zarys tego, co nazwałem podejściem „asklepiadejskim” i że w żaden sposób nie pomniejszyłem podejścia hipokratejskiego lub opartego na dowodach, powstaje pytanie: czy te dwie postawy – asklepiadejską i hipokratejską da się połączyć? Czy możemy jednoczyć wgląd wynikający z obu tradycji?

ZWIĄZEK „JA I TY”

Zastanawiający przykład z 1923 roku wskazany przez Martina Bubera¹¹ sugeruje, że te dwa podejścia można połączyć. Dwudziestowieczny filozof i teolog wprowadził nowe wyrażenie. W swojej najsłynniejszej książce opowiada o relacji „Ja i Ty”. Buber porównuje to z tym, co nazywa związkiem „Ja i To”. W związku Ja i To widzimy przedmiot lub nawet inną osobę w świetle jej przyczynowości lub funkcji. Oczywiście jesteśmy w relacji Ja i To z przedmiotem, którego używamy, np. szczotką do włosów. Możemy również być w związku Ja i To z inną osobą. Niekoniecznie jest w tym coś złego: wszyscy musimy używać się nawzajem, jeśli życie społeczne ma istnieć. Jednak tkwimy w relacji Ja i Ty z przyjacielem, jeśli doceniamy siebie za to, kim jesteśmy, a kwestia środków nie jest dla nas nadrzędna. Pytanie, które zadaje Buber, brzmi: czy jest możliwe połączenie tych dwóch postaw? Należy przez to rozumieć także: czy możemy połączyć rodzaj kierowania uwagi zgodny z filozofią Asklepiosa z naukowym podejściem Hipokratesa? Buber przyrównuje to do zadziwiającego obrazu:

„Przyglądam się drzewu. Mogę je potraktować jako obraz: sterczący w nawale światła słup albo tryskająca zieleń zalana łagodnością srebrzystego błękitu. Mogę je odebrać jako ruch: tętniące żyły w mocno osadzonym i pnącym się w górę pniu, ssanie korzeni, oddychanie liści, nieustanna wymiana z ziemią i powietrzem – i sam tajemniczy wzrost. Mogę je zaklasyfikować do określonego gatunku i patrzeć na nie jako na okaz, studiując budowę i sposób

życia. Mogę do tego stopnia pominąć jego konkretne istnienie i konkretną formę, że ujrzę w nim już tylko wyraz prawa – praw, zgodnie z którymi stale przeciwieństwo sił stale ulega złagodzeniu, albo praw, zgodnie, z którymi substancje mieszają się i rozdzielają. Mogę je zdematerializować i uwiecznić przez sprowadzenie do liczby, do czystego stosunku liczbowego. Ale drzewo pozostaje moim przedmiotem, ma swoje miejsce i swój czas, swoją jakość i swoje właściwości. Ale może się też zdarzyć, zarazem z woli i laski, że przyglądając się drzewu, zostanę włączony w relację z nim - wtedy drzewo przestanie być Ono. Porwała mnie moc wyłączności. Nie muszę w związku z tym rezygnować z jakiegokolwiek sposobu mojego oglądania. Nie ma niczego, od czego musiałbym abstrahować, chcąc zobaczyć, ani żadnej wiedzy, o której musiałbym zapomnieć. Raczej wszystko – obraz i ruch, gatunek i okaz, prawo i liczba jest tutaj nierozdzielnie związane. Gdy stoję naprzeciw człowiekowi jako mojego Ty, gdy mówię do niego podstawowe słowo Ja – Ty, nie jest on rzeczą pośród rzeczy i nie składa się z rzeczy [...] nie jest też ukształtowaniem, podpadającym pod doświadczenie i dającym się opisać, luźną wiązką określonych właściwości. Bez sąsiadów i bez spojeń, jest on Ty i wypełnia horyzont.”
(Buber M. „Ja i Ty”, tłum. Jan Doktor, 1992: str. 42-43).

To ilustracyjne porównanie jest jednocześnie mroczne i inspirujące. Szczegóły dotyczące jego znaczenia mogą być pominięte, jednak istotne jest to, że odnosi się ono do czterech kwestii. Po pierwsze, potwierdza znaczenie dokładnych obserwacji uwzględniających różne takie czynniki, jak liczebność, kwestie prawne, skład, siły w opozycji itd. Jeśli zastosujemy tę analogię do ochrony zdrowia, możemy to zinterpretować, że nic nie zastąpi dokładnego i uważnego rozpoznania objawów pacjenta i zasadniczej choroby, a więc to (hipokratejskie) podejście musi mieć pierwszoplanowe znaczenie. Po drugie, ta (hipokratejska) obserwacja może zmienić się w szczególny rodzaj ukierunkowania uwagi na ten przedmiot lub człowieka: „Związałem się z tym [...] Zostałem pochłonięty siłą wyłączności”. Oto moment Asklepiosa. Po trzecie, obserwacja i rodzaj ukierunkowania uwagi są zgodne: „aby mieć wpływ [na tę uwagę] nie jest konieczne, abym zrezygnował z jakichkolwiek sposobów rozważania drzewa”. Po czwarte, ten rodzaj uwagi jest równoznaczny z uznaniem wartości tej niepowtarzalnej osoby: „Jeśli skieruję się do człowieka jako Ty [...] nie jest przedmiotem między przedmiotami”. Oto moment etyczny. W skrócie, Buber wyraża na tym przykładzie, że związki Ja i To i Ja i Ty mogą być połączone. Hipokratejskie, naukowe obserwacje objawów są spójne z uwagą Asklepiosa poświęconą niepowtarzalnej wartości pacjenta, którym się opiekujemy.

WSPÓLISTNIEJĄCE RODZAJE UWAGI

Warto podkreślić, że Buber nie twierdzi, iż relacja Ja i Ty powinna zawsze zastępować relację Ja i To. Ten sposób interpretacji Bubera wydaje się kuszący, zwłaszcza w czasach, w których takie terminy, jak „opieka skupiona na pacjencie” są tak popularne.^{12,13} Buber twierdzi, że typy uwagi wskazane przez pojęcia

„Ja i Ty” i „Ja i To” nie są jedyne. Oczywiście mają one kluczowe znaczenie podczas konsultacji psychiatrycznej. „Pacjenci są ludźmi”; „Tak, ale przede wszystkim są pacjentami i muszą być przedmiotem uwagi hipokratejskiej, jak również uwagi w rozumieniu Asklepiosa”. W dodatku, jak wcześniej wspomniano, „Ja i Ty” lub asklepiadejska uwaga może (lecz nie musi) być poddana interpretacji duchowej. Buber w kolejnym fragmencie zacytowanego tekstu pisze: „To nie z duszą drzewa czy driadą spotykam się, lecz z nim samym” (Ibidem, strona 42).

WSPÓLISTNIEJĄCE PODEJŚCIA DO MEDYCYNY

Istnieje jeszcze jedno pytanie, które wymaga odpowiedzi. Autor podtrzymuje, że podejście hipokratejskie lub naukowe jest zgodne z szczególnego rodzaju uwagą rozumieniu postawie asklepiadejskiej. Ale jak mogą one istnieć jednocześnie? Jak pacjent może być jednocześnie obserwowany ze zdystansowaną naukową uwagą i uwagą skupioną zgodnie postawą asklepiadejską? Odpowiedź brzmi, że problem pojawia się tylko wówczas, jeśli widzimy tę sytuację w kontekście mylnego wyobrażenia. Możemy dostrzegać tu problem, jeśli patrzymy na uważną obserwację jak na latarkę, która jest albo włączona, albo wyłączona. Lepsze wyobrażenie daje porównanie obserwacji do zróżnicowanego i kolorowego oświetlenia nocnego klubu. Ludzie potrafią przełączać się między różnymi postawami zarówno technicznymi, jak i typowo ludzkimi. Sprawia to, że możliwy jest taki związek między lekarzem a pacjentem, który jednocześnie jest techniczny i ludzki, zgodny z postawą Hipokratesa i Asklepiosa. Nie jest to łatwe do osiągnięcia. Wymaga doświadczenia i dojrzałości. Otworzenie się na dwa gatunki sztuki inne niż literatura może pomóc w wytworzeniu istotnego rodzaju skupionej uwagi oraz w jej rozwoju.

Malarstwo i muzyka

MALARSTWO

Ten rodzaj uwagi możemy przyrównać do patrzenia na obraz lub nawet uwagi, z jaką artysta podchodzi do człowieka lub tła bądź do drzewa, które ma zamiar namalować (jak w przykładzie Bubera). Jak niektórzy czytelnicy wiedzą, *JAMA* publikuje kopie obrazów na swojej okładce. Therese Southgate, redaktor *JAMA*, pisze o związku malarstwa z medycyną. We „Wstępie do sztuki *JAMA*”, autorka wyraża przekonanie, że istnieją silne więzi między medycyną a sztuką wizualną.¹⁴ Dalej sugeruje, że niektóre z nich:

„Po pierwsze, mają wspólny cel: uzupełnienia tego, co natura pominęła. Każdy jest próbą osiągnięcia ideału, uzupełnienia tego, co jest nieuzupełnione, odnowienia tego, co zostało stracone. Po drugie, przedstawiciele medycyny i sztuki mają ze sobą coś wspólnego. Pierwsza jest obserwacja, dokładna obserwacja. Nawet ważniejsza od pierwszej, ponieważ kształtuje jakość pierwszej, jest potrzeba uwagi [...] Uwaga nie oczekuje niczego ani nie narzuca się. Po

prostu czeka w stanie gotowości na przyjęcie; otrzymuje prawdę o przedmiocie przed sobą. Ostatecznie, sztuka i medycyna polegają na widzeniu: najpierw patrzymy oczami ciała, potem oczami umysłu, aż w końcu, jeśli jesteśmy dość spostrzegawczy, widzimy oczami duszy. Jeśli wytrwamy w tej wizji, jesteśmy dość cierpliwi i spokojni, zaczynamy słyszeć z odległego miejsca odleglejszego niż to gdzie tworzą się słowa [...] Jest to w tym samym bezsłownym języku ludzkiej duszy, w którym lekarz nie tylko widzi chorobę lub pacjenta, ale człowieka. Paradoksalnie, uzdrowiciel również zostaje uzdrowiony. To jest sztuka medycyny”¹⁴

Ten tekst pięknie podkreśla to, że nie odczucia lekarza są ważne, lecz skupiona, zaangażowana uwaga. Tak, jak artysta, usiłuje widzieć rzeczy takimi, jakimi są i ignoruje własne uczucia (jeśli istnieją). Psychiatra powinien zatem skupić się na pacjencie takim, jakim jest – niepowtarzalną jednostką. Jonathan Green doszedł w tym samym czasopiśmie do podobnego wniosku.¹⁵ Twierdzi, że dzieła sztuki „niosą ze sobą siłę kultury przez odzwierciedlanie stanów umysłu” i „wyczytywanie stanów umysłu jest nie tylko kluczową umiejętnością w psychiatrii, ale również jest czymś, co ćwiczymy, patrząc na sztukę”. W szczerym komentarzu mówi: „Obraz jest kiepski w zwracaniu uwagi na siebie” lub tak jak powiedział filozof francuski Merleau-Ponty: „[sztuka jest] aktem wydobywania prawdy”. Zdaniem autora w kontekście psychiatrii, ten skupiony i uważny akt powinien wynikać z połączenia postaw Hipokratesa i Asklepiosa.¹⁶

MUZYKA

Być może analogia do innego gatunku sztuki okaże się pomocna. Muzyk podczas występu musi skupić się na skierowaniu pełnej i zaangażowanej uwagi na muzykę. Udany występ może prowokować emocje wśród widowni, lecz wykonawca musi mieć kontrolę nad własnymi emocjami, bo inaczej może stracić rytm muzyki. Ta uwaga, słuchanie jednocześnie uchem i wewnątrz ucha, jest ważniejsza od jakichkolwiek emocji. W podobny sposób prowadzący psychiatra kieruje swoje spojrzenie na pacjenta i jest bardzo podatny na to, co pacjent komunikuje. Odkrywanie w ten sposób, czego pacjent potrzebuje, jest jednocześnie skuteczniejsze i bardziej ludzkie niż narzucanie ustrukturyzowanych wywiadów z zewnątrz. W stosunku do tych analogii ze sztuki malarstwa i sztuki muzyki interpretuje pojęcie Asklepiosa o hipnotycznym spojrzeniu uzdrowiciela.

Równie ważne jest zaznaczenie, że (wracając do Bubera) ludzka uwaga według podejścia Asklepiosa jest porównywalna ze zdystansowaną obserwacją zgodną z podejściem Hipokratesa. Tak jak Buber napisał w zacytowanym tekście: „Nie ma niczego, od czego musiałbym abstrahować, chcąc zobaczyć, ani żadnej wiedzy, o której musiałbym zapomnieć. Raczej wszystko – obraz i ruch, gatunek i okaz, prawo i liczba jest

tutaj nierozdzielnie związane” (Buber M. „Ja i Ty”, tłum. Jan Doktor, 1992: str. 42). W podobny sposób rozumienie i docenienie obrazu jako dzieła sztuki jest wzmocnione dzięki wiedzy o technicznych szczegółach jego tworzenia – łączenie kolorów, zastosowanie perspektywy i tak dalej. Podobnie nasze docenienie muzyki jest wzmocnione przez wiedzę o jej konstrukcji, formie, barwie i tak dalej. Tylko wtedy, gdy uwaga poświęcona technice dominuje, doświadczenie artystyczne znika. Najważniejsze są równowaga i proporcje. W podobny sposób musi być zrównoważona uwaga psychiatry

Podsumowanie

W psychiatrii dominuje naukowy, czyli hipokratejski, model rozumowania. Ludzkie, zgodne z filozofią Asklepiosa, aspekty psychiatrii – próby zrozumienia – są często utożsamiane z „umiejętnościami komunikacyjnymi” i „empatia”. Jednak komunikacja, jeśli nie ma się stać się czysto manipulacyjną techniką, musi być kreatywna i zindywidualizowana. Jeśli chodzi o rozumienie empatii, jest ona rozumiana jako skupienie uwagi na znaczeniu narracji pacjenta. Kluczowy dla całego procesu konsultacji psychiatrycznej jest rodzaj zaangażowanej uwagi charakterystyczny dla postawy asklepiadejskiej. Jest to wyrażone przez zaangażowaną uwagę jaką możemy skierować ku obrazowi lub muzykowi podczas występu. Takie rozumowanie jest zgodne z naukowym podejściem do pacjenta.

From the Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 363-368. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Evans M, Finlay I (2001) Medical Humanities. BMJ Books.
2. Saunders C, Macnaughton J (2005) Madness and Creativity in Literature and Culture. Palgrave Macmillan.
3. Lloyd D (1983) Hippocratic Writings. Penguin Books.
4. Hart G (2000) Asclepius: The God of Medicine. Royal Society of Medicine.
5. Mitchell-Boyask R (2008) Plague and the Athenian Imagination: Drama, History and the Cult of Asclepius. Cambridge University Press.
6. Randall F, Downie R (2006) The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction. Oxford University Press.
7. Salmon P, Young B (2011) Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. Medical Education 45: 217-26.
8. Macnaughton J (2009) The dangerous practice of empathy. Lancet 373: 1940-1.
9. Parkes C, Relf M, Coultrick A (1996) Counselling in Terminal Care and Bereavement. BPS Books.
10. Winch P (1967) The Idea of a Social Science. Routledge.
11. Buber M (1937) I and Thou (trans RG Smith). Continuum.
12. Kitwood T (1997) Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Open University Press.
13. Jewell A (2011) Spirituality and Personhood in Dementia. Jessica Kingsley Publishers.
14. Southgate M (1997) The Art of JAMA. Mosby.
15. Green J (2009) Form and mental state: an interpersonal approach to painting. Advances in Psychiatric Treatment 15: 137-45.
16. Merleau-Ponty M (1962) The Phenomenology of Perception (trans C Smith). Routledge and Kegan Paul.

KOMENTARZ

Dr hab. n. hum. Maryla Sawicka

Akademia Pedagogiki Specjalnej,
Warszawa

W medycynie od wieków dominuje hipokratejska postawa filozoficzna. Jednak już w obszarze psychiatrii widać także i inną, konkurencyjną szkołę filozoficzną, jaką jest filozofia Asklepiosa. To drugie podejście nie jest wyrażone nazwane, jednak można je zauważyć. I to właśnie te dwa podejścia filozoficzne, ścierające się, uzupełniające i często wykluczające się wzajemnie, stały się centralnym punktem, wokół którego została zbudowana cała dramaturgia artykułu Downiego.

Przysięga Hipokratesa zobowiązuje lekarza do określonej postawy etycznej wobec pacjenta jako osoby i wobec jego wszystkich problemów wnoszonych do gabinetu. Zalecenia Hipokratesa mają jednak nie tylko walor moralny, jest to także określony sposób myślenia o dolegliwościach chorego, jest to język formułowania hipotez medycznych oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Wszystko sprowadza się do stwierdzenia, że znakomita większość chorób, ma swoje przyczyny, które mogą być odkryte i wyeliminowane. Tak gromadzone doświadczenie diagnostyczne i terapeutyczne może zostać skodyfikowane i stać się elementem kształcenia wielu pokoleń lekarzy. A taki sposób myślenia można sprowadzić do stwierdzenia, że „każda choroba ma swoją naturalną przyczynę i nic się nie dzieje bez tej naturalnej przyczyny”.

Inne podejście do leczenia prezentuje filozof, lekarz i półbóg Asklepios. To w cieniu jego świątyń pacjenci byli leczeni samą atmosferą miejsc, w których przebywali. Byli leczeni niezwykle postaciami i zwierzętami, których obecność i spojrzenie miało walor leczniczy. W opinii autora atmosfera uwagi i skupienia obowiązująca w dzisiejszych gabinetach psychiatrycznych stanowi element wspólny z tamtymi antycznymi wskazaniem. Takie podejście odpowiada uwadze współczesnego psychiatry skierowanej na pacjenta, jego uważnemu czekaniu i słuchaniu, akceptacji odmienności pacjenta jako wyjątkowej i niepowtarzalnej osoby. Podejście Asklepiosa oddają w pełni trzy jego wskazówki dotyczące postępowania wobec pacjenta: etyka, wgląd i diagnostyka. Co w praktyce zawiera się w cichym czekaniu i słuchaniu ze skupianiem uwagi na pacjencie i jednocześnie wymyka się jednoznaczny ocenom i możliwości skodyfikowania. W ujęciu tego filozofa-lekarza konkretne umiejętności diagnostyczne sprowadzają się do umiejętnego posługiwania się

darem, jakim jest empatia. Empatia służy nie tylko zrozumieniu tego, co się dzieje z pacjentem, ale także odnosi się do rozumienia całego kontekstu sytuacyjnego kreowanego zachowania oraz rozumienia jego narracji.

W ujęciu filozofii Asklepiosa to, co się powinno dziać między lekarzem a pacjentem, jest porównywane do odbioru dzieła malarskiego lub słuchania muzyki. Psychiatra jest jak koneser sztuki. Nie tyle powinien skupiać się na poszczególnych elementach dzieła, ile raczej powinien koncentrować się na ogólnych wrażeniach, ulotnych przeżyciach, atmosferze i osobowym, unikalnym kontakcie człowieka z człowiekiem. Tak budowana relacja sama w sobie jest czynnikiem leczącym.

We współczesnej medycynie dominuje podejście Hipokratesa. Dziedziną medycyny, gdzie podejście Asklepiosa może koegzystować z tym dominującym, jest psychiatria, a chorobą, w leczeniu której, jest to w pełni wykorzystywane, jest schizofrenia. To właśnie osoby chorujące na schizofrenię przez swoje objawy chorobowe i deficyty z nich wynikające stają się szczególnie wrażliwe na działanie wszystkich nieswoistych czynników leczniczych związanych z osobą psychiatry. W tym na działanie najważniejszego z nich, jakim jest związek terapeutyczny. I to właśnie ten wymykający się kodyfikacyjnym regułom rodem z filozofii Hipokratesa czynnik stanowi podstawę wszelkich innych skutecznych metod leczenia, w tym także farmakoterapii. Kontakt powinien przebiegać bez sztywnych ograniczeń i sformalizowanych zasad, tak aby można było przez ten związek uruchamiać pozostałe jeszcze zasoby osobiste pacjenta. Rolą psychiatry jest więc „harmonizowanie wewnętrznego rozszczepienia”, a staje się to możliwe przez działanie nieswoistej siły uruchamianej podczas budowania relacji terapeutycznej. Właściwości tej siły są opisywane w piśmiennictwie przedmiotu nader poetycko jako „intymność na dystans” (Rosenmayer, Kockeis),¹ „wspierana niezależność” (Towsend),¹ „bliski dystans”,² „kontrolowana szczodrość terapeutyczna”.³

W podejściu Asklepiosa do procesu leczenia, zwraca uwagę rolę, jaką pełni pacjent. Nie stanowi on tylko obiektu oddziaływań terapeutycznych, ale jego rola jest w tym związku dominująca. Wytwarzając niedyrektywną drogę postępowania terapeutycznego, pacjent pełni rolę podwójną – pacjenta i nauczyciela. Emocje pacjenta w stosunku do lekarza powinny wynikać z realnego kontaktu, nieskrępowanego rolami społecznymi i miejscem, w którym się to odbywa. Ta realność umożliwia nawiązanie kontaktu i prowadzenie terapii.

Leczenie jest niczym innym jak „spotkaniem”, do jakiego dochodzi między pacjentem a lekarzem na gruncie terapeu-

tycznym. Pojęcie to zostało wprowadzone do literatury przez Bubera⁴ i Binswanger⁵ a dotyczy poszanowania przez lekarza wolności pacjenta. Wolności rozumianej jako prawo do bycia i dążenia do zdrowia i powrotu do społeczeństwa, a z drugiej strony także respektowania prawa do zaniechania.³ To „spotkanie” jest także głęboko ludzką relacją, gdzie zacierają się role, a jedynym celem, do którego się dąży, jest zrozumienie, poczucie, współdzielenie wspólnej sytuacji i doświadczenie cierpienia.

Sami pacjenci, pisząc o tym, czym dla nich jest relacja terapeutyczna, podkreślają przede wszystkim to, czym ona na pewno nie jest. Nie jest uwarunkowana prawnymi postanowieniami, nie jest także pielęgowaniem, a powinna być oparta na „kompletnej prawdzie” której podstawą są procesy komunikacyjne zachodzące między pacjentem a lekarzem.⁶

Czym więc są te dwie filozoficzne postawy na gruncie psychiatrii? Myślę, że są codziennością terapeutyczną każdego

lekarza, który w miarę nabywania doświadczeń zawodowych kształtuje swój niepowtarzalny styl terapeutyczny. Styl, który zawiera wskazania zgodne z postawą Hipokratesa, mówiące, „co robić” i jednocześnie te zgodne z postawą Asklepiosa „jak być”. To oryginalne połączenie daje efekt, który może być nazwany skutecznością terapeutyczną lekarza, określaną przez samego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. w: Bomba J. (red.) Schizofrenia różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000:37- 45.
2. Zadęcki J. O Kępińskiego „Schizofrenii”. Przegląd Lekarski. 1983;12:873-876.
3. Kępiński A. Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1972.
4. Buber M. Dialogisches Leben. Muller Verlag, Zurich 1947.
5. Binswanger L. Existential analysis and psychotherapy. w: Fromm-Reichmann F, Moreno, JL. (red.) Progress in Psychotherapy. Grune-Stratton, New York – London 1956:144-148.
6. Fox V. Therapeutic alliance. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007; Supplement:203-204