

Tadeusz Kobierzycki

BYĆ PACJENTEM **(chorować i zdrowieć, umierać i żyć** **– perspektywa antropologiczna)**

Wstęp

System zdrowia i życia oraz system śmierci i choroby kontroluje i wartościuje życie człowieka. Bycie pacjentem jest rolą, którą poznaje i dostaje każdy człowiek przynajmniej raz w życiu. Życie i zdrowie stanowi kontynuację lub przekształcenie życia i zdrowia, choroby i śmierci naszych przodków. Zdrowie i choroba są stanami i procesami ewolucji ludzkiego gatunku od zarania dziejów.

Medycyna oparta na lekach naturalnych korzysta z wiedzy o chemicznych właściwościach i procesach, o ich działaniu na organizmy żywe. Jest ona tak rozległa i wyspecjalizowana, że stanowi dziś odrębną, gigantyczną gałąź przemysłu służącego zaspokajaniu fantazji człowieka o wiecznym zdrowiu, szczęściu i pomyślności. Wiara w specyfiki lub mikstury, które mogłyby likwidować wszelkie dolegliwości życia, zdaje się być powszechna. Przybiera postać materialistycznej wiary w cuda.

Bycie pacjentem nie ma wyraźnych granic (poza realną fizyczną czy biologiczną śmiercią), nie ma też granic w sposobach leczenia i pojmowania roli pacjenta, nawet wtedy, gdy trzymamy się ściśle paradygmatu naukowego (biologicznego, chemicznego i fizycznego itd.). Niekiedy jesteśmy beneficjentami tego paradygmatu, a niekiedy tylko jego więźniami lub straceńcami.

Bycie pacjentem jest także rolą życiową (rodzinną, społeczną, religijną), którą spełniać trzeba w zastępstwie zmarłych przodków, tego typu rolę tworzy funkcja wykluczenia (przekleństwo, wygnanie, poniżenie, mord itd.). Chorowanie może być funkcją poczucia winy lub grzechu (np. za aborcję w przypadku raka itd.). Leczenie tego typu „chorób” ma charakter proceduralny, a nie materialny.

1. Choroba jako zjawisko psychologiczne, społeczne i egzystencjalne

Według znakomitego patofizjologa polskiego Karola Kleckiego, chorobę można ująć jako „sumę spraw życiowych toczących się w ustroju inaczej niż w stanie prawidłowym”¹.

Według Krystyny Osińskiej, lekarza pulmonologa i psychiatry, docenta nauk medycznych, autorki książki *Twórcza obecność chorych* (1980), z którą miałem okazję współpracować w Polskim Towarzystwie Higieny Psychiczej w Warszawie (1980–1984), choroba jest powszechną możliwością człowieka – jednostki i grupy. W tym sensie jest: darem, zjawiskiem, sytuacją, cierpieniem, faktem, szansą, znakiem łaski. A oto jak zdefiniowany został przez tę autorkę problem „powszechności choroby”²:

1) Choroba jest powszechnym darem – a ten może być przyjęty lub odrzucony, dobrze lub źle przeżyty: może być wartością mobilizującą do postaw twórczych, altruistycznych, rozwojowych osobowości; ale gdy dar choroby nie zostanie przyjęty, wtedy może blokować przepływ energii życiowej z przeżycia do życia, a więc nieracjonalnie „zniszczony”.

2) Choroba jest powszechnym zjawiskiem – oczywistym i prawdopodobnym, jest fragmentem rzeczywistości i może zaistnieć u każdego człowieka, a jej zauważenie, „umiejętne uznanie” i zaakceptowanie może być pomocą w „twórczym przeżywaniu” własnego życia, gdyż „zamykanie oczu nie zmienia rzeczywistości” (s. 17).

3) Choroba jest powszechną sytuacją – zdolność i gotowość organizmu ludzkiego do ochrony życia i zdrowia jest oczywista, ale aby wyzdrowieć, potrzebne są chęci, umiejętność i pragnienie powrotu do zdrowia. „Zdanie sobie z tego sprawy powoduje, że szukamy sposobów zmiany istniejącej sytuacji powszechnego chorowania na sytuację powszechnego zdrowia” (s. 17).

4) Choroba jest powszechnym cierpieniem – nieodłącznie związanym z trudem istnienia, od którego nikt nigdy człowieka nie uwolni. „Tacy już jesteśmy i taki jest świat. Uwolnić od trudu istnienia, od bólu i cierpienia mógłby tylko całkowity bezruch, a więc bezistnienie” (s. 18). Choroba stanowi źródło bólu dla człowieka, a dla chorującego jest trudna, dotkliwa, bolesna.

5) Choroba jest powszechnym faktem – pojawia się w każdym życiorysie jako ważna pozycja w bilansie ludzkich doświadczeń. Faktu przebytej czy przeżywanej choroby nie można wymazać ze swego życiorysu – od samego chorego zależy, czy będzie to bilans dodatni, czy ujemny.

¹ K. Klecki, *Patologia ogólna*, Kraków 1928, cyt. za: W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Kęty 2007, s. 108.

² K. Osińska, *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1980, s. 17–20.

6) Choroba jest powszechną szansą – otwiera możliwości rozwoju człowieka chorującego w kierunku odkrywania i tworzenia nowych wartości, dotąd nie uświadamianych albo nie posiadanych; choroba daje czas na myślenie, zastanowienie się, refleksję.

7) Choroba jest powszechnym znakiem łaski – „sygnałem szczególnego spotkania z Bogiem” (s. 19) i może to być kontakt chciany, oczekiwany, wybrany, akceptowany albo przeciwnie – niechciany, odrzucony, niezauważony, zaskakujący, niepotrzebny, albo po prostu nijaki.

8) Choroba jest powszechną tajemnicą – nic, mało albo źle o niej wiemy, nieprawidłowo ją oceniamy, gubimy się w domysłach, choć to w samym organizmie i psychice człowieka „zachodzi ważny proces, z którym choroba jest związana” (s. 20).

Choroba jako tajemnica dotyczy nie tylko pacjenta, ale i lekarza, bo każdy choruje inaczej

2. Chorowanie jako styl bycia – typy chorób i typy pacjentów

Jeden z najwybitniejszych astrofizyków Arthur Stanley Eddington, wskazując na trudności w naukowym opisie świata (odchodzenie od klasycznej mechaniki i opartej na niej teorii determinizmu, rozwój teorii względności, teoria kwantów itd.), dochodzi do wniosku, że niekiedy możliwe jest jednak poznanie mistyczne³.

Wiele chorób nie ma źródeł fizycznych czy somatycznych, ale źródła psychologiczne, społeczne lub egzystencjalne. Wtedy reprezentują wykluczony aspekt życia, jakąś wartość, ideę czy osobę. Czasem chorobą (i lekarstwem) okazuje się identyfikacja z osobą wykluczoną, nic więcej. Dołączenie osoby wykluczonej „w sercu” działa analogicznie jak lek, dokonując jednocześnie zmian psychologicznych i fizjologicznych.

Rola sił psychicznych w procesie leczenia (np. efekt placebo), bez względu na to jak uzasadnia działanie tych sił, jest znaczna także w leczeniu medycznym. Egzotyczne i nierealistyczne mogą być informacje, że kogoś leczy modlitwa do człowieka, który zmartwychwstał po trzech dniach klinicznej śmierci, lub do osoby zmarłej czy żyjącej otaczanej kultem (np. Ojca Pio czy Jan Pawła II). „W chorobie i w nieszczęściu, gdy życie i byt są zagrożone, skłonność do mistycyzmu wzrasta. Wiadomo, że wojny i klęski zwiększają religijność i nastroje mistyczne w społeczeństwach. Wielu jest takich, którzy w życiu głosili skrajny

³ A.S. Eddington, *Nowe oblicze natury. Światopogląd fizyki współczesnej*, Warszawa 1934.

materializm, ale w cierpieniu, w chorobie będą się buntować przeciwko determinizmowi; którzy w obliczu śmierci porzucą rolę gasnącej maszyny i resztką sił rozdmuchają w sobie iskrę wiary w istnienie jeszcze czegoś więcej, prócz materii i maszyny”⁴.

Według Władysława Szumowskiego, chorych ze względu na ich psychikę można sklasyfikować jako pacjentów posłusznych, sceptyków, mistyków i hipochondryków⁵:

1) Pacjent posłuszny – jest taki z usposobienia i gdy tylko zachoruje, udaje się do lekarza, zwykle najbliższego, często do tego, u którego leczył się poprzednio. Wypełnia skrupulatnie wszystko, co ma przepisane i zapisuje starannie na karteczce pytania, jakie ma zadać lekarzowi podczas następnej wizyty. Gdy ma poddać się operacji, pozwoli się pokroić i na nowo pozszywać. Domaga się wyszukanych analiz, leczenia materialnego, ale nie zdaje sobie sprawy z tego, jak łatwo podlega wpływom psychicznym.

2) Pacjent sceptyk – pochodzi ze zdrowej rodziny, nigdy nie chorował i nigdy się nie leczył; udaje się do lekarza w ostateczności, często za późno, i to zwiększa jego sceptycyzm, bo w chorobie zaniedbanej czasem niewiele można pomóc. Gdy trafi do uzdrowiska, leczy się „na dziko”, nie radzi się żadnego lekarza, pije wodę bez żadnego planu, a gdy sobie zaszkodzi – narzeka na uzdrowisko. „Jakaś nadzwyczajność łatwo mu zaimponuje i wtedy sceptycyzm zmienia się w łatwowierność tego samego natężenia” (s. 103).

3) Pacjent mistyk – jest pobożny, we wszystkich strapieniach szuka najpierw pociechy religijnej, zaś do lekarza zgłasza się później. Jego nastawienie, nastrój i psychika decydują w dużym stopniu o wynikach leczenia. Bywa klientem uzdrowiaczy, cudotwórców, którzy zaprawiają swoją sztukę mistycyzmem prawdziwym lub naciągany. „Taumaturgia wszelkiego rodzaju (Asklepios, dotknięcie królewskie, cudowne miejsca) dawała i daje u pacjentów mistyków dobre wyniki” (s. 104).

4) Pacjent hipochondryk – przesadnie odczuwa dolegliwości, przesadza w obawach, choć może być całkiem zdrowy. Zdarza się, że to człowiek po ciężkich przejściach i chorobach, które całkiem nie ustąpiły, dlatego nigdy nie czuje się całkiem zdrowy i po jednej diagnozie szuka następnej u tego samego lub u innego lekarza. Istnieje też *hypochondria iatrogenetica*⁶, wywołana przez lekarza np. uwagą, że zdaje mu się, że prawy szczyt płuca na obrazie rentgenowskim jest nieco przyćmiony itp.

⁴ W. Szumowski, op. cit., s. 102.

⁵ Ibidem, s. 102–104.

⁶ H. Higier, *Hypochondria iatrogenetica*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1928, nr 2.

3. Rodzaje chorób a typologiczne podejście do leczenia

Jak różne są typy chorób i chorych, tak różne są style chorowania i leczenia. Niektóre choroby leczyć można anatomicznie (np. sprawy uciskowe, guzy mózgu, blizny zwężające, skręt kiszek, przepuklina uwięźnięta, złamania, zwichnięcia, pęknięcia, pasożyty, liczne choroby anatomiczne nosa, gardła, krtani, uszu, oczu, kamień w moczowodzie itp.)⁷. W przypadku tych cierpień trzeba wykluczyć znaczący wpływ psychiczny.

Stan psychiki niezmiernie łatwo odbija się na czynności wątroby i utrudnia leczenie kamicy; podobnie też może być z leczeniem bólu zębów czy słabym gojeniem się ran, gdyż dużą rolę odgrywa wówczas odporność ustrojowa, którą obniżają zmartwienia, szoki emocjonalne, np. negatywna sytuacja lub śmierć bliskich osób itp. Widoczne jest to, gdy pacjent umiera zaraz po śmierci osoby mu bliskiej, choć ta szybka „śmierć syntoniczna” nie ma związku z jego własną chorobą fizyczną czy psychiczną. Jak zauważył W. Szumowski, „Bywają chorzy, u których leczenie materialne jest bezskuteczne, a nawet nieraz wręcz szkodliwe: do tej grupy należą chorzy dotknięci jakąś fobią, histerią. Chorzy o podkładzie histerycznym, którzy, jak wiadomo, mogą dawać obraz najprzeróżniejszych cierpień, najlepiej się nadają do leczenia psychicznego sugestywnego. Olśniewające wyniki można widzieć u takich chorych na przykład w Lourdes. Zresztą wstrząs taumaturgiczny daje dobre wyniki, choć nie tak szybkie, i w cierpieniach organicznych”⁸.

4. Bycie pacjentem – modele chorowania i zdrowienia

Krystyna Osińska wyodrębniła osiem postaw aktywnych (twórczych) i osiem postaw pasywnych (pasożytniczych) chorowania. Do aktywnych sposobów chorowania autorka zaliczyła następujące postawy: dawcy, samarytanina, pomocnika, konspiratora, poszukiwacza, żołnierza, artysty, bohatera. Do zachowań pasywnych postawy: biorycy, hipochondryka, malkontenta, zasłużonego, statysty, żebraka, zawodowca, świętoszka.

W Polsce brak jest ciągłości myśli w różnych dziedzinach wiedzy. Dlatego odwołuję się do typologii W. Szumowskiego i K. Osińskiej, rozwijając ich idee we własny sposób. Z typologii Osińskiej biorę nomenklaturę odnoszącą się do typologii, która wydają mi się trafna, inaczej je jednak je charakteryzuję. Staram się precyzyjniej określić modele chorowania w oparciu o typ zachowania pacjentów. W swojej opartej na obserwacjach klasyfikacji wyróżniam sześć modeli chorowania (bycia pacjentem):

⁷ W. Szumowski, op. cit., s. 105.

⁸ Ibidem, s. 107.

- 1) model altruistyczny, egoistyczny i syntoniczny – dawca, biorca, pomocnik;
- 2) model estetyczny, nijaki i etyczny – artysta, statysta, bohater;
- 3) model braterski, religijny i dewocyjny – samarytanin misjonarz, świętoszek;
- 4) model wojenny, obronny i tragiczny – żołnierz, konspirator, ofiara;
- 5) model dewaluacyjny, roszczeniowy i uzależnieniowy – malkontent, hipochondryk, żebrak;
- 6) model badawczy, inkorporacyjny, kontemplacyjny – badacz, zawodowiec, filozof.

1) Model altruistyczny, egoistyczny i syntoniczny

Dawca to pacjent, którego choroba uruchamia **proces dawania** – własną nadwyżkę energii oddaje innym; działa w sposób natychmiastowy, idzie na ratunek bez oglądania się na interes osobisty, stratę lub zysk; jako bodziec działa na niego cudza krzywda, cierpienie, ból; leczy innych przez swoją obecność; ma zdolność do inhibicji własnego lęku, cierpienia i bólu, do inhibicji lęku i cierpienia i bólu innych. Pacjent-dawca ma specjalny talent chorowania (syntonia, sympatia i empatia, akcja), dzięki czemu równoważy własne cierpienie i ból. Jest inhibicjonistą/altruistą.

Biorca to pacjent, którego choroba uruchamia **proces brania** – chce powiększyć własny zasób energii, zabierając ją innym; traktuje własną chorobę jako okazję do zrobienia jakiegoś interesu – materialnego, emocjonalnego. Nie ma zdolności do inhibicji, jest za to ekshibicjonistą, który zaraża swoją chorobą innych, wytwarza lub wzmacnia w nich cierpienie, lęk i ból. Ma silnie wykształcony odruch chwytny; jest nieczuły, niewrażliwy i ślepy na cudze cierpienie, ból i lęk; obserwuje je wtedy, gdy może mieć z tego materialny zysk, dodatkowe korzyści, specjalne usługi, gratyfikacje, prezenty czy np. spadek. Jest ekshibicjonistą/egoistą.

Pomocnik to pacjent, którego choroba uruchamia **proces współdziałania** – energię otrzymaną z choroby oddaje w części innym. Poddaje się słusznym dyrektywom diagnostycznym i leczniczym, przekonany, że tak trzeba; siebie przedstawia jako wzór dla innych chorych, nakłaniając ich do wzmacniania swojego zdrowia. Uznaje, że chorowanie jest drogą do zdrowia. Jego pomoc jest nieco hedonistyczna, czerpie emocjonalne korzyści z pomagania, jest przyklepny, lubi być chwalony. Jest syntoniczny/hedonista.

2) Model estetyczny, nijaki i etyczny

Artysta to pacjent, którego choroba uruchamia **proces przewartościowania** obrazu własnej choroby i przekształcania go w obraz zdrowia; energię czerpaną z choroby stara się wykorzystać do kreowania stanów i obrazów przeciwstawnych, które mają cechy zdrowia i pozwalają mu przekształcić to, co wzbudza wstręt czy lęk, w obrazy estetyczne wywołujące odruchy estetycznie dodatnie,

jakie można zaakceptować i z nimi żyć; choroba jest tworzywem nowego stylu życia, rodzajem nowej dekoracji życia. Jest kreatywny/artysta.

Statysta to pacjent, którego choroba uruchamia **proces bezradności** – unieruchamia jego energię życiową płynącą ze zdrowia i z choroby; te dwa rodzaje energii blokują się, hamują lub nakładają, wywołując bierną postawę wobec choroby i zdrowia. Jest podatny na cudze opinie, zachowuje się „bezbarwnie”, apatycznie, „nijak”, jest niezdolny do samodzielności w myśleniu i działaniu, stara się omijać problemy przez niemyślenie o zdrowiu i chorobie, przyjmując to, co mu przyniesie przypadek. Jest zahamowany/statysta.

Bohater to pacjent, którego choroba uruchamia **proces ekscytacji** – kieruje energię życiową w kierunku podniesienia upadającego zdrowia lub zagrożonego życia na inny poziom; nadaje im wymiar ponadosobisty, ponadkulturowy, kosmiczny; uszlachetnia chorobę i chorowanie, nadając im znaczenie wyższego zdrowia. We współpracy z chorobą, w walce z nią, w sytuacjach granicznych staje się twórcą własnego losu. Jest idealistą/transgresywny.

3) Model braterski, religijny i dewocyjny

Samarytanin to pacjent, którego choroba uruchamia **proces ochrony** partnerskiej albo braterskiej i siostrzanej wobec innych chorych. Kieruje energię życiową na innych, dając im dowód, że choroba jest okazją do bezinteresownego spotkania i pomocy, dzięki czemu własna choroba i choroba osoby, której się pomaga, staje się mniejsza; zapobiega izolacji, wspomaga lub zastępuje chorego w jego decyzjach. Jest bratem/siostrą choroby i chorego, ale nie wiąże się z nimi, tak jak pomocnik. Jest opiekuńczy/higienista.

Misjonarz to pacjent, którego choroba uruchamia **proces celebracji** siebie. Kieruje energię życiową dla podniesienia siebie na poziom religijny, w ten sposób dokonuje demedykalizacji własnej choroby, nadając jej status mistyczny, dzięki czemu czuje się wyróżniony i wybrany do głoszenia „religii choroby”. Traktuje innych chorych jako wspólnotę wtajemniczonych, którzy zostali wybrani przez Boga do odkupienia świata przez cierpienie. Jest rytualistą/obsesyjny.

Świętoszek to pacjent, którego choroba uruchamia **proces dewocji**, niby poświęca się w chorobie innym lub Bogu, ale czyni to kosztem innych. Pozuje na świętego przy przeciętnej lub dewiacyjnej osobowości; z choroby czyni pretekst do potępień, napomnień, oskarżeń, nawracania innych (np. lekarzy). Jego zachowanie ma charakter obsesyjny i agresywny, zamaskowany sloganami, hasłami i kwiecistymi zwrotami o sprawiedliwości Bożej, podczas gdy sam stara się z własnej choroby uczynić źródło perwersyjnej satysfakcji i zaszczytów (ma się za Boga). Jest pseudoteistą/perwersyjny.

4) Model wojenny, obronny i tragiczny

Żołnierz to pacjent, którego choroba uruchamia **proces walki**; kieruje energią życiową na eliminację swoich dotychczasowych słabości, dąży do otwartej, jawnej i bezpośredniej konfrontacji z siłami choroby; propaguje postawę odwagi, którą uznaje za główny lek i stara się dać go innym chorym (i zdrowym). Jest wierny wobec bliskich i obcych sobie osób, nie boi się wspierać ich do ostatniej chwili życia, a także być przy ich śmierci. Walczy z chorobą bez lęku – nie boi się umierania. Jest bojownikiem/antyjatryczny.

Konspirator to pacjent, którego choroba uruchamia **proces ukrywania** objawów i odłączania się od choroby, żyje tak, jakby jej nie było; wie o niej, ale milczy, odwraca uwagę innych osób, które mogłyby się jej bać (np. dzieci). Przeżywa swoją chorobę po cichu, niejako za kulisami, a nie na scenie życia; rozmawia tylko z lekarzami i osobami wtajemniczonymi, a gdy choroba staje się jawna, ma poczucie wstydu i winy. Neutralizuje znaczenie choroby i lęk przed nią; umiera tak, jakby odchodził gdzieś w inne miejsce; znika, jakby nie chciał narażać innych na kontynuowanie swojej choroby. Jest alterykiem/zamaskowany.

Ofiara to pacjent, którego choroba uruchamia **proces nasilania** objawów i rytuałów chorowania, zamykania i wycofywania się życia. Kieruje swoją energią na realizację celu ostatecznego, jakiejś wartości, bez której nie warto żyć; gotów jest ryzykować chorobę dla jakiejś szczytnej sprawy lub odzyskania tego, co uznaje za godne wszelkiego ryzyka. Kalectwo, przewlekłość chorowania pozwalają mu przeżywać rodzaj pokuty za prawdziwe lub urojone przekroczenia; chorobę, umieranie i śmierć traktuje jako dyktat lub wyzwanie losu. Jest skrajnie zidentyfikowany z chorobą, którą traktuje wyżej niż życie i zdrowie. Jest patodynamiczny/nekrofilny.

5) Model dewaluacyjny, roszczeniowy i uzależnieniowy

Malkontent to pacjent, którego choroba uruchamia **proces dewaluacji** siebie i innych, permanentnego – uzasadnionego lub nie – niezadowolenia ze swojej sytuacji i osób, które starają się ją zmienić (lekarze, pielęgniarki, bliscy itp.); sabotuje, odrzuca różne koncepcje leczenia, wymyśla własne. Czasem walczy z tymi, którzy go leczą albo chcieliby leczyć, twierdząc, że są niekompetentni albo nieżyczliwi; nie chce dać pomóc sobie, ale też nie chce zrezygnować ze swojego statusu chorego. Jest deprymujący/nieusatysfakcjonowany.

Hipochondryk to pacjent, którego choroba uruchamia **proces fascynacji** własną chorobą; kieruje energią życia na chorowanie i chorobę, czyniąc z nich prywatny kult, system, w którego centrum jest choroba, mimo że aktualnie lub potencjalnie nie stwierdza się u niego fizycznych lub psychicznych przypadłości. Jest chorobofilem, ekscytuje się samym słowem „choroba”, a jeżeli kiedyś mu się rzeczywiście przydarzyła, przyrasta do niej, chociaż został dawno wyleczony, Bardzo często ma objawy tak sugestywne, że leczony jest na urojone cho-

roby tak, jakby były realne (np. leczenie chirurgiczne). Jest jatropatyczny/destruktywny.

Żebrak to pacjent, którego choroba uruchamia **proces ekonomizacji**; kieruje energię życia na czerpanie negatywnych zysków z choroby; komercjalizuje ją, doprasza się renty, zapomogi, wzbudzając litość. Szuka odpowiedzialnych za swoją chorobę i chce ich z tego rozliczyć finansowo i emocjonalnie; jest mistrzem wyłudzenia pomocy i nienależnych świadczeń, ukrywając to, co otrzymał, albo wyrzucając lub sprzedając, gdy uzna to, co dostał, za nie dość dobre; marginalizuje się i uzależnia od realnej lub urojonej choroby, aby otrzymywać datki i usługi. Jest deprywujący/uzależniający.

6) Model badawczy, inkorporacyjny i kontemplacyjny

Badacz to pacjent, którego choroba uruchamia **proces poznania** siebie; kieruje energię życia na zgłębianie choroby i sposobów jej leczenia. Szuka informacji o nowych metodach, nowych lekach, odkryciach w dziedzinie medycyny; ma pasję leczniczą, chętnie współpracuje z lekarzami i innymi chorymi, podpowiada im, co robić w sytuacji, która się komplikuje. Dostrzega szanse i nadzieje tam, gdzie inni widzą brak rozwiązań. Jest bezinteresowny/motywuujący.

Zawodowiec to pacjent, którego choroba uruchamia **proces praktykowania** choroby; kieruje swoją energię życia na poznanie sposobów systematyzacji chorowania; zastyga w schematach długiego chorowania; znajduje w chorobie wygodę, okazję do przeżyć. Praktykuje chorobę tak, jak praktykuje się zawód, nie chce wyzdrowieć ani wrócić do dawnego stylu życia; zadomawia się w chorobie, przebywa jakby stanie półtrwania, zawieszony między zdrowiem i chorobą. Jego przyrośnięcie do choroby ma charakter pasożytniczy, kwitnie w chorobie, zabierając energię innym i może tak trwać wiele długich lat. Jest pasożytem/egosyntonik.

Filozof to pacjent, którego choroba uruchamia **proces kontemplacji**, identyfikowania się z tym, co chore lub ujmowania choroby jako podstawowej prawdy życia, która obok zdrowia komponuje dynamikę życia. Choroba jest dla niego okazją do poznania głębi bytu, ukrytych źródeł, które ujawniają się jako droga lub rzeka zdrowia i droga lub rzeka choroby. Chorobę traktuje jak spotkanie z przeznaczeniem, z koniecznością identyfikacji życia i śmierci, z granicą i nadgranicznością istnienia, która poprzez cierpienie, lęk i ból odsłania dramat ludzkiego istnienia. Jest metafizykiem/kontemplatyk.

Zakończenie

Bycie pacjentem ma swój wymiar genetyczny – mutacje genowe, swoiste odgatunkowanie sprzyja przekształceniu się stanu zdrowia w stan choroby wytwarzany przez a) przez rodziców/rodzinę pacjenta b) przez samego pacjenta,

c) przez lekarza/system leczniczy, d) przez system społeczny/system ekonomiczny, e) przez system kulturowy i religijny itd.

Leki są nie tylko materialnymi, ale i kulturowymi składnikami życia i śmierci, choroby i zdrowia. Służą uśmierzaniu ludzkich bólów, gojeniu ran, usuwaniu lub równoważeniu fizycznych i psychicznych niedomagań, neutralizacji społecznych strachów, niepokojów i lęków. Ilość leków znajdujących się niemal w każdym „cywilizowanym” domu przekracza możliwości adaptacyjne, asymilacyjne i akomodacyjne żyjącego organizmu. Gdyby przyszło komuś do głowy, aby zużyć naraz wszystkie posiadane w domu preparaty medyczne i leki, byłby to jego ostatni akt woli życia i woli śmierci. Współcześnie mentalność ludzka jest zmedykalizowana, wiara w medyczne cuda dotyczy nie tylko zjawisk psychicznych, ale i fizycznych.

Choroba to antrakt w spokojnym biegu życia: umiejętnie przeżyty czas choroby daje pozytywny bilans życia, wzbogaca kapitał życiowy, a nieumiejętnie przeżyty daje negatywny bilans i obniża kapitał życiowy.

Życie ludzkie jest dramatyczną albo komediową kompozycją zdrowia i choroby. Czasem gramy rolę chorych, czasem zdrowych, a proporcje tych ról do wykonania przez każdego człowieka są różne, choć stale obecne, aż do chwili, gdy pojawia się dysharmonia wywołana naturalnym biegiem życia, nadmierną pasją ekstazy lub eksploatacji życia.

Gdy dojdzie do wyczerpania się potencjałów życia, którymi są zdrowie i choroba, przychodzi czas śmierci i całkowita zmiana struktury bytu ludzkiego. Zerwana zostaje obustronna jawna komunikacja żywych i zmarłych. Może być ona kontynuowana tylko za pomocą transcendentálnych metod porozumiewania się ze światem niejawnym – za pomocą modlitwy, medytacji i kontemplacji.

Literatura

- Aleksandrowicz J., *Nie ma nieuleczalnie chorych*, wyd. 2, Łódź 1987.
Engelhardt K., *Pacjent w swojej chorobie*, Warszawa 1974.
Jankowski K., *Człowiek i choroba. Psychofizjologiczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji*, Warszawa 1975.
Kielanowski T., *Poznanie chorego*, Warszawa 1987.
Kulczycki M., *Psychologiczne człowieka*, Wrocław 1971.
Osińska K., *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1980.
Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977.
Schweitzer A., *Życie*, Warszawa 1974.
Sokołowska M., *Badania socjologiczne w medycynie*, Warszawa 1969.
Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Kęty 2007.
Thornwald J., *Pacjenci*, Warszawa 1973.