

Przemyślenia prof. Romana Drewsa

Lekarz–pacjent

W setną rocznicę urodzin prof. Romana Drewsa drukujemy obszernie fragmenty jego artykułu sprzed lat. Przemyślenia profesora nic nie straciły ze swej aktualności.

W ostatnim okresie byliśmy świadkami doniosłych postępów nauki. (...) Wielki rozwój nauki powoduje rozdziewię między wzrostem nauki a humanizmem, a więc także błyskawiczny postęp nauk medycznych kryje w sobie niebezpieczeństwo dehumanizacji medycyny i dehumanizacji lekarza. Głęboka naukowa i techniczna przemiana medycyny powoduje, że z pola widzenia lekarza znika osobowość i indywidualność chorego. Przy najlepszej woli lekarza, zespół środków, którymi rozporządza, technika jego pracy, nasuwają mu ową zdehumanizowaną wizję pacjenta. To prowadzi do paradoksu – z jednej strony notujemy fascynujący postęp w medycynie, a z drugiej, nie dostrzegając cierpiącego człowieka i nie wykazując życzliwego zrozumienia dla jego cierpienia, popychamy go do szukania życzliwości gdzie indziej, często u szarlatana. Niepokój wobec tej sytuacji nie jest wymysłem zawiedzionych pacjentów. Refleksje na ten temat przede wszystkim pojawiają się u samych lekarzy. Dla jednych jest to problem prawdziwy, dla innych fikcyjny. (...)

W obecnym stuleciu medycyna straciła charakter czysto kliniczny. Nikt nie może zaprzeczyć, że osiągnięcia są niezwykłe, żeby nie powiedzieć wręcz fantastyczne. Naturalnym wynikiem tego imponującego wzrostu wiedzy i technizacji medycyny, (...) było powstanie specjalizacji. Im bardziej posuwamy się naprzód i pogłębiały nasze badania, tym bardziej zwężamy teren badawczy. Jeden człowiek nie jest w stanie iść za jej gwałtownymi przemianami, nie może także opanować wszystkich tak różnych i złożonych metod badania. Mędrzec starożytności czy filozof renesansu posiadał wiedzę – w kategoriach ich epoki – uniwersalną. To jest niemożliwe w naszej zawrotnej epoce (...).

Specjalizacja umożliwia jednemu człowiekowi skoncentrowanie się w jednej dziedzinie i gruntowne jej poznanie. (...) Specjalizacja jednak, choć płodna w cenne osiągnięcia, kryje w sobie niebezpieczeństwa, prowadzić może i faktycznie prowadzi w konsekwencji do izolacji poszczególnych działów w ramach jednej dziedziny wiedzy. Specjalizacja to fragmentaryczność, obraz częściowy, ograniczenie naszego horyzontu. Aby opanować jedną dziedzinę wiedzy, trzeba zaniedbać pozostałe. Lekarz przestaje patrzeć na naukę jako całość, w końcu przynosi to obniżenie wartości moralnych człowieka, ponieważ dzieje się to ze szkodą dla jego ogólnej kultury. Lekarz może być wielkim technikiem w swoim rzemiośle, może być wykształconym człowiekiem w swojej dziedzinie, lecz pozbawiony wiedzy w innych dziedzinach przestaje rozumieć człowieka z jego dążeniami i nędzą, traci ocenę tego co jest dobre, piękne i słuszne w życiu – innymi słowy dehumanizuje się.

Wiedza jest czymś innym, czyni nas silnymi, lecz nie lepszymi. Największą troską człowieka winien być sam czło-



FOT. ARCHIWUM

wiek. Poznanie i zrozumienie drugiego człowieka pomaga rozwinąć w nas cechę życzliwości, z którą lekarz winien zbliżać się do chorego. Lekarz nie jest mechanikiem, który ma zreperować chory organizm jak zepsutą maszynę. (...) Chory szuka pomocy nie w doskonałej maszynie, tylko w drugim człowieku, rozumiejącym go i współczującym, choć korzystającym z maszyn. Takim człowiekiem może być tylko lekarz, który widzi w chorym nie zepsuty mechanizm, nie bardziej lub mniej charakterystyczne objawy choroby, lecz jednostkę ludzką, w swoisty sposób reagującą na wszystko, co się wokół niej dzieje, a przede wszystkim na swoją chorobę i przerażającą go wizję niebytu. Jest człowiekiem, który patrzy na drugiego człowieka z gotowością niesienia pomocy, ofiarując to, co posiada – trochę wiedzy i bardzo dużo zrozumienia i współczucia. Dlaczego mamy dopuścić do zatracenia tych podstawowych aspektów? (...)

Gdzież więc jest prawda?

Z jednej strony żąda się natarczywie specjalizacji, z drugiej się ją oskarża. Wydaje mnie się, że przy specjalizacji łatwo miesza się dwie sprawy. Dla nauki jest specjalizacja przeznaczeniem. Kto rzeczywiście chce „nowe” tworzyć, może to tylko uczynić przez ograniczenie się do jednej dziedziny. Wielką górę „niezbadanego” można tylko rozebrać przez podział pracy. Co innego jest nauka, co innego codzienna praktyka lekarska. Tu naprzeciwko nas stoi zawsze cały człowiek. Nie można go bezkarnie zanadto dzielić na regiony. Innymi słowy praktyczna specjalizacja ma swoje granice. (...)

Nie chciałbym taić, że łatwiej byłoby mi przedstawić konkretny przedmiot badań klinicznych niż mówić na temat stosunku lekarza do pacjenta. Miałem wątpliwości, czy jako chirurg jestem dostatecznie kompetentny w podejmowaniu tego problemu. W odróżnieniu jednak od innych lekarzy, których działanie na chorych jest tylko pośrednie przez zastosowanie lekarstwa, kuracji, różnych zaleceń, chirurg wkracza

bezpośrednio do organizmu. Sytuacja chirurga jest zawsze taka sama, chory składa swoje życie w ręce operatora, darząc go najwyższym stopniem zaufania; zaufaniem, jakiego nie spotyka się w codziennych stosunkach między ludźmi, z kolei chirurg obarcza się nadludzką odpowiedzialnością, jeśli bierze pod uwagę wszystkie niebezpieczeństwa związane z zabiegiem. Im mniejsze jest, w sensie procentowym, ryzyko operacji, tym większym przeżyciem dla chirurga jest w takim przypadku śmierć pacjenta lub ciężkie powikłania pooperacyjne. A przecież jest to w pewnym stopniu nieuniknione. Każde niepowodzenie staje się dla nas samym wyrzutem, czy decyzja była słuszna. Kto przez lata, dziesiątki lat stał pod ciężarem takich rozmyślań i wątpliwości, a w życiu chirurga nie ma prawie dnia, w którym opuszczałby szpital czy klinikę bez trosk – ten zna miarę odpowiedzialności lekarskiej i to może uprawnia także chirurga do zabrania głosu.

Istnieje opinia, że obserwujemy powszechnie spadek autorytetu lekarza i związany z nim m.in. brak zaufania pacjenta do lekarza. Większość lekarzy i nie lekarzy uważa, że praktykujący lekarz jest wówczas szanowany, a więc cieszy się zaufaniem chorych, jeżeli obok wiedzy medycznej zna sztukę lekarską, ma intuicję, i umie szybko powziąć decyzję, która prowadzi do przywrócenia zdrowia lub życia, nie zapominając, jaką potęgą w uzdrawianiu chorych jest dobre słowo, uśmiech i rada. Te kwalifikacje zdobywa się zwykle dopiero wśród pełnej poświęcenia pracy, przy licznych wyrzeczeniach, po długim stażu zawodowym.

Jak to się więc dzieje, że jeden lekarz jest lubiany i pacjenci natarczywie domagają się jego, a omijają innego, mimo że nie zbywa mu na wykształceniu i pilności? Podstawą tu jest – mimo odmiennych nieraz doświadczeń – pełne naukowe wykształcenie. O wielkich lekarzach wszystkich czasów wiemy, że pracowali wytrwale nad swoim wykształceniem i mimo wielu zajęć nie zaniedbywali doksztalcenia się. Przy wielkich postępach medycyny, kto nie śledzi postępu, musi pozostać w tyle.

Pacjent zrazu nie wie, jaką wartość naukową i praktyczną przedstawia lekarz, ale czy jest wrażliwy i zdolny do poświęceń, ludzki, wyczuwa od razu. To pozwala lekarzowi nawiązać kontakt z pacjentem i uzyskać jego zaufanie, tak potrzebne do leczenia. Ta pierwsza iskra zaufania pada zwykle już w czasie pierwszej rozmowy między człowiekiem w potrzebie a tym, który ma pomóc. Obserwujemy to codziennie: chory niepewnie wchodzi do gabinetu, jest pełen przygnębienia i niepokoju, siada naprzeciwko lekarza i zaczyna się rozmowa, wzajemne oddziaływanie na siebie. Już wtedy zaczyna się pierwsza, często decydująca nić tej tajemniczej więzi między lekarzem a pacjentem. Przy całej uprzejmości musi często wykazać stanowczość wobec nieuzasadnionych życzeń pacjenta. Poważanie dla lekarza ma pacjent tylko wtedy, jeżeli w zasadniczych sprawach jest on nieustępliwy. Czy ta ustepliwość wobec pacjenta nie jest obecnie za częsta? Lekarza winna też cechować pewność wystąpienia wobec pacjenta. Wiele tu spraw oczywiście musi współdziałać, spokojna powaga, poczucie odpowiedzialności, zrozumienie dla trosk i niepokoju pacjenta.

Ciekawe jest, jak sobie pacjent wyobraża zmiany chorobowe i przyczyny powstania choroby. (...) Dawniej, podob-

nie jak to czyni uprzejmy i dokładny lekarz, starałem się choremu dać obraz jego choroby, a z biegiem lat stałem się coraz bardziej skąpy w słowach. Doświadczenie bowiem uczy, że laik, nawet ten najbardziej wykształcony (a może ten przede wszystkim), nie wyobraża sobie nic właściwego. To brzmi smutno, jeśli się pomyśli, ile wysiłku się dziś wkłada w przekazanie publiczności wiadomości o objawach i leczeniu chorób. Nawet ten wykształcony laik nie jest w stanie zrozumieć obrazu choroby, brak mu bowiem podstawowych pojęć o anatomii, fizjologii, patologii itd. Po takich spostrzeżeniach doszedłem do wniosku, że objaśnienia naukowe dane nie tylko tym prostym, ale także uczonym laikom nie dają pożytku i ograniczam się do ogólników. W jakim stopniu lekarz ma uświadomić pacjenta, trudno ująć w ogólne reguły. Potrzebne do tego duże doświadczenie i dużo osobistego taktu. (...) To jest długa droga, którą lekarz musi przebyć, nim dochodzi do tego przekonania. (...) Większość chorych przychodzi do lekarza z gotowymi wyobrażeniami o swej chorobie i jej przyczynie. Im więcej przy wszystkich wyjaśnieniach zgadzamy się na nie, tym więcej można wczuwać się w przeżycia i sposób myślenia pacjenta.

Choroba, która wywołuje największy przestraszenie u ludzi, to rak. Zagadnienia związane z tą chorobą tak zająbiają się o codzienne życie lekarza, że warto im poświęcić kilka słów. Przez wykłady popularne, artykuły w gazetach oraz liczne operacje, wiadomości o raku w takim stopniu przeniknęły do społeczeństwa, że można mówić o psychozie raka. Ważna jest walka z rakiem, nie mniej ważną wydaje się walka z obawą przed rakiem. My, lekarze, za mało pamiętamy o tym, jaki niepokój wywołuje słowo *rak* u naszych chorych. Ilu chorych zgłasza się do lekarza z niewinnym węzłem chłonny na szyi, z nadkwaśnością żołądka, kolką wątrobową, niewinnym guzkiem hemoroidalnym itp. często nie tyle z powodu dolegliwości, ile z obawy przed rakiem. Ile razy jesteśmy zaskoczeni pod koniec badania, kiedy chory pyta: czy to nie rak, więc nie ma raka? Dawniej mieliśmy zahamowania, aby nie wymawiać słowa *rak* przy błahym schorzeniu, dzisiaj wielu chorym mówi się już jakby profilaktycznie dla jego psychiki, że nie ma mowy o raku. Wtenczas zawsze jesteśmy zdumieni widocznym odprężeniem na twarzy pacjenta, okazuje się bowiem, że od dawna niepokoiła go myśl o raku, nie miał tylko odwagi swej troski ujawnić. (...) Mimo postępów onkologii i zastosowania różnych metod skojarzonego leczenia (...), pozostaje zawsze jeszcze znaczna liczba chorych na raka, u których rozwoju choroby nie można zatrzymać. Lekarz nie ma obowiązku ani prawa podać takiemu choremu rozpoznania raka. Słowo *rak* powoduje u najbardziej odpornego taki wstrząs psychiczny, że od tego momentu mówi o końcu życia, w każdym razie traci radość życia. Choremu znajdującemu się w ostatnim stadium zapalenia otrzewnej żaden lekarz nie odważy się powiedzieć, że – w krótkim czasie żyć nie będzie. (...)

Jest dużo innych sposobów nakłonienia chorego do operacji niż ujawnienie choroby. Wielu chorych zresztą oświadcza z góry: jeśli rak, to nie dam się operować. Również nie trzeba się dać sprowokować przez znane nam wszystkim powie-

Lekarz–pacjent

dokończenie ze str. 15

dzenie: „Panie doktorze, ja wszystko mogę znieść, proszę mi powiedzieć całą prawdę”. Wiadomo bowiem, że ci załamują się najczęściej.

Leczenie nieuleczalnego raka stanowi najcięższą próbę dla lekarza. To jest może najtrudniejsze ze wszystkich zadań lekarza: często przyjmować chorego, wymyślać wciąż nowe wyjaśnienia z powodu braku poprawy i szukać wciąż nowych środków dla stale wzrastających dolegliwości.

(...) Chorzy skarżą się, że lekarz nie widzi w nich cierpiącego człowieka, a jedynie przypadek mniej lub więcej ciekawy. Wymagania w stosunku do lekarzy raczej wzrosły niż zmniejszyły się. Społeczeństwo obciąża lekarzy odpowiedzialnością za wszystko, co dotyczy zdrowia, nie zawsze stwarzając im odpowiednie warunki.

Te uwagi, że lekarz zatracą dzisiaj kontakt psychiczny z chorym mogą być częściowo słuszne. Te zdolności nie każdy przynosi na świat i te właściwości psychologiczne trzeba zdobyć w większości dopiero w praktyce. Związane to jest z właściwą oceną psychiki danego pacjenta, co jest częścią ogólnej znajomości ludzi. Jeden chce, aby mu współczuć, innemu trzeba dodać otuchy mocnym słowem. Winno to również znaleźć odbicie w programie szkolenia lekarzy. (...) Pacjent pragnie dobrego słowa, rodzi się głód dobrego słowa. Żadne warunki, nawet te najgorsze, nie przeszkadzają jego wypowiedzeniu, jesteśmy do tego zobowiązani w naszej służbie dla człowieka, a pacjent odczuwa za nie głęboką wdzięczność. Prawdziwym złem jest wtedy obojętność. Magiczna siła uzdrawiająca promieniuje przede wszystkim z serca, a później dopiero z mózgu, który usiłuje pomóc choremu.

Ważną rolę odgrywa sam sposób podania choremu pomocnej ręki. Kontakt z cierpieniem uszlachetnia lekarza. Lekarz nie może mieć oschłego serca. Powinien być cierpliwy, wyrozumiały, subtelny w odczuwaniu i traktowaniu chorego. Prof. Kacprzak kiedyś w przemówieniu do absolwentów medycyny powiedział: „nie wstydzcie się być dobrymi dla chorych”. Nie chcemy od nowoczesnego lekarza kapłaństwa i miłosierdzia, ale wydaje mi się, że stara zasada Hipokratesa – dobry lekarz, dobry człowiek – nadal jest aktualna i nie jest sprzeczna z dzisiejszą rzeczywistością.