

CHOROBA

w świetle filozofii, teologii i historii medycyny

Choroba w świetle filozofii, teologii i historii medycyny

Choroba w świetle filozofii, teologii i historii medycyny

pod redakcją
Michała K. Oweckiego

Wydawnictwo Naukowe Kontekst
Poznań 2024

Choroba w świetle filozofii, teologii i historii medycyny

Redakcja naukowa

Michał K. Owecki

Recenzenci

dr Seweryna Konieczna, dr Katarzyna Pękacka-Falkowska, prof. UAM dr hab. Wiesław Ratajczak,
prof. UMK dr hab. Wojciech Ślusarczyk

Korekta

Michał K. Owecki

Skład i opracowanie graficzne

Jan Bocian

Na okładce

Vincent van Gogh, 1890 r., *Stary człowiek w smutku*

(https://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Van_Gogh_-_Trauernder_alter_Mann.jpeg – dostęp 23.09.2024, Copyright – CC BY)

Copyright by: Michał K. Owecki i Autorzy
Wydawnictwo Naukowe Kontekst, 2024

e-ISBN 978–83–66476–95–0

Recenzowana monografia naukowa ukazuje się w otwartym dostępie. Licencja CC-BY.
Wydanie cyfrowe.



Creative Commons: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Kontekst
Wydawnictwo

WYDAWNICTWO NAUKOWE

Wydawnictwo Naukowe Kontekst

kontekst2@o2.pl

www.wkn.com.pl

Spis treści

Od Redaktora	7
Krzysztof Stachewicz: Medycyna grecka a filozofia. Kilka przyczynkarskich rozpoznań	9
Mateusz Szubert: Medykalizacja grzechu. Od chorej duszy do chorego ciała ...	17
Borys Jacek Soiński: Opieka duchowa w medycynie w perspektywie holistycznego modelu zdrowia	31
Przemysław Strzyżyński: Pamięć a moralność. Analizy wstępne	55
Karolina Napiwodzka, Piotr Skalski: Przekroczyć to, co znane. Etyczne i naukowe dążenia w myśli Alberta Schweitzera i Alexisa Carrel'a	69
Michał K. Owecki: „Terapia moralna” obłąkanych w modelu opieki szpitalnej Philippe’a Pinela i Jeana-Étienne’a Esquirola	81
Anita Magowska: Pozareligijne uwarunkowania opieki zgromadzeń zakonnych nad ludźmi starymi w Polsce do 1989 r.	93
Justyna Jaskulska, Katarzyna Plagens-Rotman, Grażyna Jarząbek-Bielecka: Wybrane aspekty z dziedziny etyki pielęgniarstwa w ginekologii wieku rozwojowego	113
Anna Żuk: Kodeks Etyki Aptekarza-Farmaceuty Rzeczypospolitej jako podstawa filozofii farmacji	121
Summary	132

Od Redaktora

Choroba ma rozmaite oblicza. Pomimo uogólnień statystyki i uśredniających podręcznikowych wykazów zawsze jednak jest naznaczona jakimś indywidualizmem: stoi za nim niepowtarzalność, wyjątkowość każdego człowieka dotkniętego cierpieniem. Choć najczęściej atakuje ciało, zazwyczaj swe bolesne piętno pozostawia również na ludzkiej psychice; teolog dodałby z pewnością, że dotyka także duszy.

Podobnie do bogactwa form, ludzkie cierpienie posiada wiele przyczyn. Czy zostały one ostatecznie wyjaśnione? Te biologiczne – tylko z pozoru: chorobę tłumaczymy starością, apoptozą komórek, stanem zapalnym, wadą genetyczną, infekcją, rozplemem nowotworowym... To wszakże tylko powierzchowna, można powiedzieć „objawowa” interpretacja. Na przykład, choroba Parkinsona spowodowana jest degeneracją komórek istoty czarnej śródmózgowia. Co jednak wiedzie do przedwczesnej i izolowanej śmierci tylko tego konkretnego obszaru mózgu? Medycyna, a raczej uprawiający ją lekarze tę niewiedzę zamykają w mądrze brzmiącym i niedostępnym dla profanów terminie: „przyczyna idiopatyczna”. Teologia również staje przed zagadką cierpienia, w logicznym wywodzie wyjaśniając ją grzechem, a zatem odwróceniem się od Boga. Negacja Źródła Życia musi skutkować śmiercią, to oczywiste. Jednak również teologia nie znajduje odpowiedzi na wszystkie pytania. Tym razem brak poznawczy skrywa się za zasłoną „tajemnicy”.

Tak zatem, nad zagadnieniem choroby, śmierci i cierpienia od wieków pochylają się medycy, filozofowie i teologowie, historycy nauki zaś usiłują wszelkie te wywody podsumować i zrozumieć, interpretując je zgodnie z duchem epoki, w której powstały. Problematyka, tak bardzo interdyscyplinarna, wydaje się posiadać zasoby nieprzebrane. Nie dlatego jednak warto sięgać po temat choroby w dziejach. Otóż, poznanie rozmaitych sposobów postrzegania cierpienia w przeszłości może dzisiaj okazać się doznaniem kojącym – łągodzącym postmodernistyczną rozpacz wtórną wobec świadomości nieuchronnego przemijania.

Odbyta 29 stycznia 2024 r. w Poznaniu I Ogólnopolska Konferencja z cyklu „Na pograniczu medycyny, filozofii i teologii” stworzyła doskonałą okazję, aby dotknąć zagadnienia choroby i zastanowić się nad jej miejscem w każdej z tych naukowych dziedzin. Stała się także świetnym i obiecującym przykładem współpracy poznańskich uczelni, Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza oraz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, precyzyjniej zaś organizatorów Konferencji: Zakładu Filozofii i Dialogu Wydziału Teologicznego UAM oraz Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych UMP.

Wraz z dr hab. Przemysławem Strzyżyńskim pragnę serdecznie podziękować wszystkim Autorom, którzy zdecydowali się swoje wystąpienia umieścić w niniejszej książce. Artykuły uszeregowano według porządku chronologicznego, trudno bowiem o inny podział: we wszystkich pracach przeplatają się, w różnych proporcjach, zarówno wątki medyczne, jak i metafizyczne. Owa interdyscyplinarność rozdziałów pozostaje niewątpliwym atutem tego zbiorowego dzieła, podobnie jak różnorodność poglądów Autorów, reprezentujących filozofów, teologów, historyków medycyny, pielęgniarki, farmaceutów i lekarzy. Publikowane treści mogą zatem zainteresować przedstawicieli wspomnianych profesji, przygotowujących się do zawodu studentów, wreszcie – pasjonatów historii medycyny, filozofii i teologii, poszukujących odpowiedzi o sens choroby, cierpienia i śmierci.

Michał K. Owecki

Krzysztof Stachewicz

Zakład Filozofii i Dialogu, Wydział Teologiczny
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ORCID: 0000-0002-3867-9691
e-mail: krzysztof.stachewicz@amu.edu.pl

Medycyna grecka a filozofia. Kilka przyczynkarskich rozpoznań

Streszczenie: Artykuł jest wstępnym namysłem nad wzajemnymi relacjami medycyny i filozofii w starożytnej Grecji. Obie dziedziny powstały mniej więcej w tym samym czasie i mocno oddziaływały na siebie tak przez filozofów-lekarzy, jak i wspólne pola problemowe. Baza empiryczna i metodologiczna dostarczona przez dociekania filozofów uczyniła z medycyny greckiej naukę, a wiele zagadnień medycznych inspirowało filozofów. Wpływy były obustronne, a przykład pojęcia „natura” pokazuje, że inspiracje bywały zwrotne. Pojęcie to przejęte od filozofów przyrody przez medyków zostało zaaplikowane do natury fizycznej człowieka, a zwrotnie w filozofii stało się fundamentem prawa naturalnego. Działalność lekarska od początku była też silnie uwikłana w kwestie etyczne-deontologiczne, co stanowiło kolejne pole do oddziaływań z filozofią. Zarysowana w artykule problematyka zasługuje na pogłębione wielokształtne badania, doniosłe nie tylko z punktu widzenia historii starożytnej filozofii i medycyny, ale i ze względów systematycznych.

Wstęp

Wywołany w tytule niniejszego rozdziału problem zasługuje na szerokie, monograficzne opracowanie oraz wielokształtne badania. Obejmuje však sobą ogromną liczbę szczegółowych kwestii, bardzo interesujących z punktu widzenia historii antycznej myśli filozoficznej, ale i dziejów starożytnej medycyny. Oddziaływania, najczęściej twórcze, były však obustronne i często wkraczały w esencję badań obu dziedzin, wydawałoby się, że w punkcie wyjścia zupełnie sobie obcych. Medycyna však to nauka ześrodkowana na zdobywaniu wiedzy o zdrowiu i chorobach człowieka, ich zapobieganiu i leczeniu, a za jej pioniera uważa się Hipokratesa z Kos (*Corpus Hippocrateum*). Natomiast filozofia próbuje adekwatnie uchwycić poznawczo całość rzeczywistości tak w aspektach teoretycznych, jak i praktycznych. Jej dążenie do mądrości i prawdy zdaje się wpisywać w wielowiekowe i wielokształtne poszukiwania i dążenia. Cóż zatem wspólnego może mieć z medycyną? A jednak w kontekście greckiej dbałości o ciało i duszę, równorzędne traktowanie ich wychowania, zarówno teoretyczne zainteresowania, jak i terapeutyczne zdolności medycyny

i filozofii musiały się wielokrotnie spotykać. Zawsze były to spotkania znaczące, choć dyskusji podlega odpowiedź na pytanie, czy zawsze dla nich progresywne.

Problemów fundamentalnych o wielkiej doniosłości w poruszanej tu siatce zagadnień nie brakuje, otwierają się wręcz trudne do ogarnięcia przestrzenie badawcze. Zadanie jakie sobie tu postawiłem są dużo bardziej skromne i będą próbą przedstawienia właściwie kilku impresji. To drobny przyczynek do wielkiego problemu odniesień starożytnej medycyny i filozofii.

Między medycyną a filozofią – wzajemne inspiracje

Rolę medycyny w kulturze greckiej podkreślał wielokrotnie klasyczny już badacz antyku Werner Jaeger, posługując się wręcz określeniem „grecka medycyna jako *paideia*”¹. Na wagę i powszechność nauczania medycyny w starożytnej Helladzie wskazywał w swej monumentalnej monografii Henri-Irénéé Marrou², a rekonstrukcja jej dziejów stanowi przedmiot wielu opracowań naukowych³. Pierwsi myśliciele presokratejscy byli często lekarzami, niejako w unii personalnej łącząc obie dziedziny dociekań, by przywołać Anaksagorasa czy Empedoklesa. Z jednej strony gwarantowało to obustronne ubogacanie, a z drugiej groziło zacieraniem granic między obu dziedzinami i swoistym synkretyzmem. W każdym razie nietrudno zauważyć zapożyczenie ze strony lekarzy w ich teorii czterech humorów bazujących na sokach w organizmie (krew, flegma, żółta i czarna żółć) z teorii czterech korzeni/żywiółów Empedoklesa (ziemia, woda, powietrze, ogień)⁴. Ustalenia medyczne okazywały się przydatne dla analiz filozoficznych, ale i odwrotnie, lekarze przejmowali wiele intuicji od filozofów, rozwijając je na własnym gruncie. Anaksagorasa teoria nasion/pierwiastków rzeczy wywodziła się z podejmowanych prób rozwiązania problemów dietetycznych, utrzymania organizmu w zdrowiu na zasadzie zaleceń, jakiego rodzaju i składu materię człowiek powinien przyjmować w swym odżywianiu. Zarówno w myśli Empedoklesa, jak i Anaksagorasa ich teorie podstawowych dla rzeczywistości jakości łączą teorię medyczną z filozofią wyjaśniającą przyrodę: „twierdzą oni, że ostateczna podstawa leżąca u podłoża przyrody składa się z pewnej liczby jakości niesprowadzalnych do niczego prostszego”⁵. Zauważmy, że obaj presokratycy w poszukiwaniu *arché* rzeczywistości zwrócili się w stronę świata ożywionego, w przeciwieństwie do wcześniejszych,

¹ Por. W. Jaeger, *Paideia*, t. 2, tłum. M. Plezia, Warszawa 1964, s. 22-62. Inspiracje płynące z rozpoznań dokonanych przez Wernera Jaegera są tu niezwykle istotne i trzeba je wyraźnie podkreślić niezależnie od kolejnych odsyłaczy bibliograficznych w dalszej części artykułu.

² Por. H.-I. Marrou, *Historia wychowania w starożytności*, tłum. S. Łoś, Warszawa 2023, s. 330-333. Francuski historyk zauważał: „Medycyna starożytna stała się prawdziwie sztuką, *techne*, czyli zespołem nauk określających i zestawiających prawa stosowane w praktyce” (s. 331).

³ Warto zwrócić uwagę na jedną z syntez: J. Longrigg, *Greek Medicine from the Heroic to the Hellenistic Age*, Bristol 1998. To bardzo fachowe opracowanie dziejów starożytnej medycyny greckiej.

⁴ Por. W. Jaeger, *Paideia*, t. 2, s. 35.

⁵ W. Jaeger *Teologia wczesnych filozofów greckich*, tłum. J. Wocial, Kraków 2007, s. 236.

zorientowanych kosmologicznie myślicieli. To też zapewne skutek ich medycznych zainteresowań. Organizmalne postrzeganie świata było żywe w pewnych nurtach metafizyki europejskiej od starożytności po czasy współczesne, by wspomnieć filozofię procesu Alfreda North Whiteheada. Warto tu krótko zatrzymać się przy wizji jedności Klemensa Aleksandryjskiego, jednego z wybitnych pisarzy wczesnochrześcijańskich. Mówiąc o znaczeniu wszystkich części ciała, również tych najmniejszych dla życia organizmu powiada tak: „wszystkie one wspólnie oddychają” i zachowują ciało w jedności, we wzajemnym posłuszeństwie. Posiadanie wspólnego ducha – *pneuma*, przenikanie przez niego całego ciała, wyraźnie to wybrzmiewa w *Liście Klemensa do Koryntian*. Idea ta jest wzięta z greckiej medycyny, a słowa Hipokratesa: „Jeden wspólny obieg, jeden wspólny oddech, wszystkie części wzajemnie ze sobą współczują!” nie pozostawia co do tego żadnych wątpliwości⁶. Wpływ idei medycznych na myśl patrystyczną to kolejna odsłona tytułowego zagadnienia, choć bardziej już idąca w kierunku rozpoznań teologicznych.

Niewątpliwie wspólną matrycą badawczą medycyny i filozofii był empiryzm, charakterystyczny tak dla filozofów jońskich, jak i starożytnych lekarzy greckich:

Trzeźwo nastawiony empiryzm był czymś nowym i interesującym, w przeciwieństwie do pełnego rozmachu myślenia wcześniejszych filozofów przyrody, które nadal miało charakter w znacznym stopniu konstrukcyjny i dlatego często ujawniało skłonność do schematyzacji⁷.

Trudno wszak rozwinąć praktykę medyczną poza empiryzmem, na co słusznie zwracał uwagę Adam Krokiewicz:

Według empiryków źródłem i sprawdzianem umiejętności medycznej było tylko i jedynie „doświadczenie”, czyli samorzutne, zgodne u wszystkich normalnych ludzi postrzeganie zjawisk, podpadających pod zmysły⁸.

Empiryzm łączył się nierzadko u filozofujących lekarzy ze sceptycyzmem, co szczególnie uwidoczniło się w epoce hellenistycznej, by wspomnieć Menodota czy Ptolemeusza z Kyreny. Zetknięcie się medycyny z filozofią Jaeger określił jako płodne, gdyż „umożliwiło jej jasne uświadomienie sobie własnych metod i uzdolniło ją do znalezienia klasycznego wyrazu dla własnej koncepcji nauki”⁹.

Do medycyny odwoływał się często Sokrates, widząc w wielu wymiarach jej pokrewieństwo z własną działalnością intelektualną. Wiele dobrych słów o lekarzach wypowiedział Platon, ceniąc z jednej strony ich fachową wiedzę, a z drugiej postawy duchowo-moralne. U fundamentów jego etyki i antropologii wyraźnie leży sztuka

⁶ Por. W. Jaeger, *Wczesne chrześcijaństwo i grecka paideia*, tłum. K. Bielawski, Kraków 1997, s. 42-43.

⁷ W. Jaeger *Teologia wczesnych filozofów greckich*, s. 235.

⁸ A. Krokiewicz, dz. cyt., s. 413.

⁹ W. Jaeger, *Paideia*, t. 2, s. 23.

lekarska¹⁰, a zadanie filozofii widział on głównie w przywracaniu i dbaniu o zdrowie duszy oraz zgłębianiu jej natury i istoty. Wyraźnie wybrzmiewa to choćby w dialogach *Gorgiasz* czy *Faidros*. Także u Arystotelesa nietrudno dostrzec zapożyczenia z wiedzy medycznej, choćby w jego teorii cnoty jako umiaru i szukaniu właściwej, stosownej miary czy postulatcie odrzucenia sztywnych norm absolutnych na rzecz normy dostosowanej do indywidualnej natury człowieka¹¹.

Pozycja medycyny była w kulturze antycznej Hellady bardzo wysoka, gdyż „wzniosła się ona po raz pierwszy ponad poziom prostego rzemiosła i stała się jedną z naczelnymi sił, kształtujących życie kulturalne narodu greckiego” – pisał Jaeger, dodając słusznie, że „w kulturze czasów nowożytnych nigdy już nie odzyskała tak wysokiego stanowiska”¹². Pozycja zatem medycyny z jednej strony, a filozofii z drugiej czyniło ich spotkanie swoistą koniecznością i umożliwiło wypracowanie koncepcji nauki i wiedzy. W tym procesie początkowo medycyna była stroną pasywno-biorącą:

„Lekarze istnieli zawsze i wszędzie na świecie, ale medycyna grecka stała się dyscypliną naukową dopiero pod wpływem jońskiej filozofii przyrody. [...] Bez poszukiwań najstarszych filozofów jońskich [...] medycyna nigdy nie stałaby się nauką”

by raz jeszcze przywołać Jaegera. Wysoki poziom praktyczny medyków w starożytnym Egipcie nie przełożył się na stworzenie teorii naukowej właśnie z powodu braku zaplecza w postaci filozofii.

Co medycyna zawdzięcza filozofii, a co filozofia medycynie?

Gwoli uszczegółowienia problemu obecności idei zaczerpniętych z *ars medendi* w myśli Platona, przywołajmy bodaj najbardziej znany jego dialog zatytułowany *Biesiada*. Ten arcydialog o miłości zawiera mowy na cześć Erosa, w tym jedną wygłoszoną przez Eryksimachos, greckiego lekarza z IV wieku p.n.e. ze słynnego rodu Asklepiadów. Mowa ta przywołuje zarówno idee medyczne (teoria humorów), jak i z zakresu filozofii przyrody. Działanie Erosa rozciąga on na całą naturę, tak mówiąc: „Do wniosku tego doszedłem dzięki naszej sztuce medycyny, która mi uzmysłowiła, jak wielki i wspaniały jest bóg, który rozpościera się we wszystkim, co ludzkie oraz boskie” (186b). Z medycyny bierze też ideę dwoistości Erosa – dobrego i złego, niczym dualizm zdrowia i choroby: „jeden Eros właściwy jest zdrowiu, drugi zaś chorobie” (186b). Sztuka lekarska ma łączyć przeci-

¹⁰ Por. tamże, s. 42: „pojęcia metodyczne, które najpierw stworzyli lekarze dla określenia cielesnych odmian i doznań, Platon przeniósł na problematykę, na której skupiały się jego badania, tzn. na dziedzinę etyki, a stąd w dalszym ciągu na całą naukę o bycie”. Dalej czytamy: „dochodzi u Platona do całkowitego wcielenia medycyny w jego filozoficzną antropologię” (s. 44).

¹¹ Por. tamże, s. 43. „Lekarz winien przywrócić zakłóconą przez chorobę ukrytą miarę” (s. 45). Dokładnie do tego samego dąży etyka Stagiryty.

¹² W. Jaeger, *Paideia*, t. 2, s. 22.

wieństwa, „umieć związać ze sobą przyjaźnią i wzajemną miłością najbardziej zwaśnione pierwiastki ciała” (186d). Chodzi o takie pary przeciwieństw, jak zimno i ciepło, gorzkość i słodycz, suchość i wilgoć etc. Równowaga stanowi tu wyzwanie dla sztuki lekarskiej:

Kto zaś potrafi wzbudzić Erosa tam, gdzie go nie ma, chociaż powinien być, a także usunąć go stamtąd, gdzie się znajduje, mimo że nie powinno go tam być, ten jest najlepszym praktykiem tej sztuki (186d).

Wyraźnie odwołuje się też Eryksimachos do teorii pierwiastków Empedoklesa, wskazując na moce medycyny i muzyki do ich harmonizowania, wprowadzania zgodności. Obie dziedziny, zarówno muzyka („Jest ona bowiem wiedzą o Erosie w odniesieniu do harmonii i rytmu” 187c), jak i medycyna („cała medycyna podlega temu bogu” 187a) mają zatem jakiś pierwiastek erotyczny, zresztą przez Platona przypisywany przede wszystkim filozofii. Oczywiście wszystko to odnosi się do Erosa dobrego, a nie wszetecznego, który odpowiada za chorobę, zło, umocnienie podziałów i sprzeczności. Swą mowę na cześć Erosa tak kończy grecki medyk:

Tak silny i potężny jest wszelki Eros, wręcz wszechpotężny. Wszakże to Eros roztropnie i sprawiedliwie ziszczający się w tym, co dobre, zarówno wśród nas, jak i pośród bogów, posiada największą siłę oraz dostarcza wszelkiego rodzaju szczęścia, umożliwiając nam związki i przyjaźnie ze sobą nawzajem, a także z bogami, którzy są potężniejsi od nas (188d)¹³.

Od swych początków medycyna grecka była otwarta na etykę i deontologię lekarską. Rozprawka zatytułowana *O właściwym zachowaniu się* określa nawet sposób wchodzenia do pokoju chorego i sposoby zachowania się w nim, dla przykładu pouczając: „wchodząc, pamiętaj, jak należy usiąść, ułożyć szaty”¹⁴. Subtelności wskazań trudno nie docenić, a pewnie warto się jej uczyć od autora antycznego traktatu. Nie omawiam tu słynnej przysięgi Hipokratesa przez wieki wyznaczającej ramy etyczne zawodu lekarza, poprzestając na jej wspomnieniu. Czy nadal stanowi rudymenty moralne dla medycyny? To pytanie pozwalam sobie postawić nieco prowokacyjnie i bez próby szukania na nie odpowiedzi.

Krótko zatrzymajmy się nad kwestią szczegółową, będącą twórczym efektem spotkania medycyny i filozofii o ogromnym znaczeniu i potencjale kulturotwórczym, mianowicie rzecz dotyczy genezy pojęcia „natura człowieka”. Fundamentalną kategorią filozoficznej myśli przedplatońskiej było pojęcie *physis*, natury w kontekście pytania o jej fundament, zasadę, określaną w grece filozoficznej jako *arche*. Właściwie cała filozofia przed-sokratejska wpisuje się w idiom filozofii przyrody, czyli ogólnej teorii *physis*. Medycyna starożytna przejęła to pojęcie i zastosowała je do człowieka, tworząc kategorię natury

¹³ Cytaty z *Uczt*y Platona podaję za: Platon, *Uczta*, tłum. A. Serafin, Warszawa 2012.

¹⁴ Cyt. za: H.-I. Marrou, dz. cyt., s. 331.

człowieka¹⁵. Tak oto natura kosmosu, wszystkiego (*φύσις του παντός*) przełożyła się na naturę człowieka (*φύσις του ανθρώπου*), jako określenie szczegółowej, partykularnej natury partycypującej w tej uniwersalnej, kosmicznej. Natura człowieka stała się ważnym pojęciem w literaturze medycznej, a w szkole Hippokratejskiej poświęcono mu wiele ksiąg i traktatów, by wspomnieć Polibosa, zięcia ojca medycyny greckiej i jego dzieło zatytułowane *O naturze człowieka*¹⁶. Przyjmowano teleologiczny charakter natury człowieka, jej umiejętności przywracania zdrowia, a zatem zdolności lekarskie. Ta medyczna aplikacja *physis* odnoszonego do całej przyrody zastosowana do człowieka okazała się niezwykle twórczym pomysłem, a dyskusje nad naturą człowieka w zasadzie przewijają się przez całe dzieje myśli nie tylko filozoficznej¹⁷. Teoria cielesnej natury człowieka wypracowana przez hellenicką medycynę, stała się podstawą późniejszych ekstrapolacji tego pojęcia na teren duchowej natury człowieka¹⁸. Tak oto pojęcie natury stworzone przez filozofów, zostało twórczo zinterpretowane przez lekarzy i powróciło w tej wzbogaconej i płodnej formie do filozofii. Na gruncie etyki przyczyniło się do powstania teorii prawa naturalnego, w klasycznej postaci stworzonej przez stoików, a później przejętej przez chrześcijaństwo i w wersji zsekularyzowanej przez czasy nowożytne i współczesne. Etyka prawa naturalnego to ponadczasowy paradygmat filozofii moralnej, bazujący właśnie na pojęciowym fundamencie natury człowieka. Zresztą jego medyczny fundament jest nie bez znaczenia dla zrozumienia istoty etycznego prawa naturalnego, z wszystkimi blaskami i cieniami takiego stanu rzeczy, co doskonale widać w sofistycznej teorii rozróżnienia konwencjonalnego i arbitralnego prawa i natury, z jej powinnościowością opartą na wiecznej mądrości.

Warto wreszcie na koniec zwrócić uwagę na pewne kwestie związane z formą funkcjonowania lekarzy i filozofów. W epoce klasycznej warto zwrócić uwagę na wpływ sposobu funkcjonowania lekarzy greckich na sofistów. Mobilność i częste zmienianie miejsca pobytu, kształcenie licznego grona uczniów, zbieranie wiadomości o chorobach z różnych źródeł, uprawianie kultu swojej wiedzy, podkreślanie wysokiej etyki zawodowej – to wszystko niewątpliwie wpłynęło na formy działalności sofistów. Słusznie pisał Adam Krokiewicz: „Zdaje się, że pierwsi sofisci chcieli im [lekarzom – K.S.] dorównać, ale nawet – ze względu na znaczenie swojej wszechstronnej cnoty obywatelskiej – ich przewyższyć”¹⁹. Epoka hellenistyczna to okres ostrego podziału na szkoły filozoficzne, o charakterze nie-

¹⁵ Por. K. Stachewicz, *W poszukiwaniu podstaw moralności. Tomistyczna etyka prawa naturalnego a etyka wartości Dietricha von Hildebranda*, Kraków 2001, s. 20nn.

¹⁶ Por. W. Jaeger, *Teologia wczesnych filozofów greckich*, s. 262.

¹⁷ Por. B. Häring, *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, tłum. M. Oziembłowski, Warszawa 1975, s. 45-64.

¹⁸ Por. W. Jaeger, *Paideia*, t. 2, s. 26. „pojęcie natury (*physis*) nigdzie nie zostało tak owocnie zastosowane i rozwinięte jak w lekarskiej teorii cielesnej natury człowieka, która miała z czasem służyć za drogowskaz wszystkim próbom przeniesienia tego pojęcia na teren jego natury duchowej”.

¹⁹ A. Krokiewicz, *Zarys filozofii greckiej. Od Talesa do Platona. Arystoteles, Pirron i Plotyn*, Warszawa 1995, s. 232.

rzadko przypominającym struktury sekty, prowadzące nieustanne spory i polemiki, najczęściej merytoryczne. Udzieliło się to też hellenistycznej medycynie, gdzie pojawiły się szkoły dogmatyków, empiryków, metodyków, pneumatyków etc.²⁰ I znowu jawi nam się symetria: raz filozofowie podpatrują lekarzy, a drugi raz dokładnie na odwrót. Wysiłki jednych i drugich chcą zrealizować jeden fundamentalny dla Greków cel: człowieka wszechstronnie zdrowego, zarówno w warstwie cielesnej, jak i duchowej. Z nieodzowną pomocą w osiągnięciu tego celu spieszy sztuka lekarska i filozofia rozumiana jako zespół ćwiczeń duchowych usprawniających duszę²¹.

Wnioski

Medycyna w starożytnej Grecji wzniosła się ponad poziom rzemiosła i sztuki i osiągnęła pułap nauki. Jej rola społeczna w organizacji *poleis* helleńskich była nie do przecenienia, stała się ona wręcz częścią systemu wychowawczego (*paideia*). Niejako skazywało to medycynę na wielokształtne kontakty z filozofią i wzajemne czerpanie inspiracji. Pierwsi myśliciele greccy, zwany presokratykami byli często praktykującymi medykami, by wspomnieć Anaksagorasa czy Empedoklesa. Nietrudno w ich systemach filozoficznych dostrzec koncepcyjne zapożyczenia z medycyny i na odwrót. Zresztą wiele idei w podobny sposób funkcjonowało u Sokratesa, Platona czy Arystotelesa. Charakterystyczne są w tym kontekście dzieje pojęcia *physis*. Funkcjonowało pierwotnie w jońskiej filozofii przyrody na określenie natury, tego, co nas otacza, by w ramach recepcji w medycynie stać się naturą człowieka, rozumianą jako jego wymiar fizyczny. Zwrotnie pojęcie to wróciło do filozofii i zostało rozciągnięte na duchową naturę człowieka, stając się choćby dla stoików fundamentem moralnego prawa naturalnego. Wspólną matrycą metodologiczną filozofii i medycyny był empiryzm, dzięki któremu medycyna grecka mogła stać się – w przeciwieństwie choćby do egipskiej sztuki lekarskiej – nauką, w dużej mierze właśnie dzięki filozofii. Od swych początków medycyna doświadczała silnych uwikłań w zagadnienia etyczne, a tym samym wspólnej płaszczyzny z dociekaniem filozoficznymi. Według Platona zarówno medycyna, jak i filozofia mają silny pierwiastek erotyczny, wpisując się w wysokie rejestry ducha ludzkiego. Mentalność grecka bardzo silnie podkreślała dbałość zarówno o sferę cielesną człowieka, jak i o duszę, równorzędne traktowała ich wychowanie, co spowodowało twórcze spotkania medycyny i filozofii, zarówno w aspekcie teoretycznych analiz, jak i terapeutycznych zdolności leczenia ciała i duszy.

20 Por. H.-I. Marrou, dz. cyt., s. 332.

21 Por. P. Hadot, *Ćwiczenia duchowe i filozofia starożytna*, tłum. P. Domański, W. Klenczon, Warszawa 2019.

Bibliografia

1. Hadot P., *Ćwiczenia duchowe i filozofia starożytna*, tłum. P. Domański, W. Klenczon, Warszawa 2019.
2. Häring B., *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, tłum. M. Oziembłowski, Warszawa 1975.
3. *Paideia*, t. 2, tłum. M. Plezia, Warszawa 1964.
4. *Teologia wczesnych filozofów greckich*, tłum. J. Wocial, Kraków 2007.
5. *Wczesne chrześcijaństwo i grecka paideia*, tłum. K. Bielawski, Kraków 1997.
6. Krokiewicz A., *Zarys filozofii greckiej. Od Talesa do Platona. Arystoteles, Pirron i Plotyn*, Warszawa 1995.
7. Longrigg J., *Greek Medicine from the Heroic to the Hellenistic Age*, Bristol 1998.
8. Marrou H.-I., *Historia wychowania w starożytności*, tłum. S. Łoś, Warszawa 2023.
9. Platon, *Uczta*, tłum. A. Serafin, Warszawa 2012.
10. Stachewicz K., *W poszukiwaniu podstaw moralności. Tomistyczna etyka prawa naturalnego a etyka wartości Dietricha von Hildebranda*, Kraków 2001.

Greek medicine and philosophy. Some contributory diagnosis

Abstract: The article is an introductory reflection on the mutual relations of medicine and philosophy in ancient Greece. Both fields emerged at approximately the same time and strongly influenced each other both through philosophers-physicians and common problem areas. The empirical and methodological base provided by the philosophers' investigations made Greek medicine a science, and many medical issues inspired philosophers. The influences were mutual, and the example of the concept of "nature" shows that inspirations were reciprocal. This concept, taken over from natural philosophers by physicians, was applied to the physical nature of man, and in philosophy it became the foundation of natural law. From the very beginning, medical activity was also strongly entangled in ethical and deontological issues, which was another field for interactions with philosophy. The issues outlined in the article deserve in-depth, multi-faceted research, important not only from the point of view of the history of ancient philosophy and medicine, but also for systematic reasons.

Mateusz Szubert

Katedra Nauk o Kulturze i Religii

Uniwersytet Opolski

ORCID: 0000-0002-9900-4129

e-mail: mszubert@uni.opole.pl

Medykalizacja grzechu. Od chorej duszy do chorego ciała

Streszczenie: Celem artykułu jest wskazanie na olbrzymie znaczenie chrześcijańskiej aksjologii w kształtowaniu się wczesnego rejestru zaburzeń i chorób umysłowych. Tutaj należałoby szukać źródeł kształtującego się na początku XIX w. dyskursu psychiatrycznego i seksuologicznego. Wielowiekowa niechęć i nieufność wobec ciała i całej sfery zmysłowej jest w kulturze europejskiej schedą osobistych postaw i poglądów czołowych apologetów chrześcijaństwa. W przypadku dawnych penitencjałów dostarczyć już można pełne włączenie przyjemności cielesnej w przestrzeń grzechu, a następnie – dzięki psychiatrii – również choroby. W artykule przywołuję liczne przykłady „schorzeń” i „chorób”, które niemal bez wyjątku straciły swój dawny status dewiacji/anomalii. Trwający niezmiennie proces depatologizacji wielu stanów i zachowań jest w odpowiedzią na usilną (obsesyjną) próbę ich medykamentowania w poprzednich dekadach. Zjawisko to określam mianem „szału normalizacji”. Jak wykazuję, proces ten dotyczył zwłaszcza kobiecej seksualności oraz męskiego homoerotyzmu. Wskazuję tu na niezwykle funkcjonalne i równie arbitralne kategorie „dewiacji”, „zbożenia” i „nienaturalności”, które przez całe stulecia organizowały zachodni świat wartości/nauki. Przedstawione materiały wskazują na radykalną zmianę społecznej recepcji homoerotyzmu w ostatnich dekadach XX w. Zmiany te ująć można następującym schematem: od kryminalizacji i medykamentacji homoseksualizmu do medykamentacji homofobii.

Wstęp

Za moment newralgiczny w rozwoju wiedzy lekarskiej na temat seksualności można uznać drugą połowę XIX w.; wówczas powoli zrywano z aurą tajemniczości i powszechnie panującą złą wiadomością. Antyseksualna retoryka, charakterystyczna dla poprzednich dekad, powoli traciła na atrakcyjności. Wcześniej życie seksualne człowieka podporządkowane było w kulturze Zachodu licznym przesądom i jeszcze liczniejszym rygorom. Towarzysząca rozwojowi wiedzy seksuologicznej aura skandalu i przekraczania norm obyczajowych z całą pewnością nie zachęcała lekarzy do poświęcenia swojej kariery (być może i reputacji) problematyce nerwic płciowych. Dosadnie rzecz ujął Andrzej Depko:

Przez całe stulecia kształcenie lekarzy oparte było na zasadzie antyseksualnej socjalizacji, co prowadziło do deficytów wiedzy o biologicznym funkcjonowaniu człowieka, hołdowaniu fałszywym poglądom i prezentowaniu emocjonalnych przesądów w odniesieniu do seksualności. Lekarze zajmowali stanowisko wobec seksualności zgodne z obowiązującym standardem ograniczającym zainteresowanie medycyny do funkcji rozrodczej, natomiast wraz z teologami, prawnikami i filozofami byli współodpowiedzialni za konstruowanie represyjnej ideologii seksualnej¹.

Inkorporowana przez lekarzy chrześcijańska nieufność wobec ciała była znakiem charakterystycznym dawnej medycyny. *Scientia sexualis* z olbrzymim trudem wyrывała się z uścisku katolickiej i protestanckiej etyki płciowej. Obsesyjna (z dzisiejszego punktu widzenia) skłonność do patologizowania niemal wszelkich przejawów ludzkiej seksualności, włączając w to grzeszne formy aktywności małżeńskiej, przez wiele dekad organizowała świat zachodniej medycyny. W artykule omówione zostaną źródła niechęci i nieufności wobec ludzkiej seksualności. Szczególny nacisk położony zostanie na ocenę zachowań nieprokreacyjnych, w tym zwłaszcza dotyczących relacji jedнопłciowych. Postępująca od końca XVIII w. medykalizacja homoseksualizmu była kontynuacją trwającego przez całe stulecia, a zarządzanego przez władze kościelne, poglądu o jego dewiacyjnym i grzesznym charakterze.

Narodziny i rozwój dyskursu antycieleśnego

Dominujący (czasowo i przestrzennie) negatywny stosunek do homoseksualizmu stanowi w kulturze Zachodu sumę chrześcijańskich wyobrażeń i poglądów (uprzedzeń) na temat związków i kontaktów jedнопłciowych. Odnieść można wrażenie, że o ile cielesność sama w sobie była przez całe stulecia traktowana jako źródło wszelkiego zła, o tyle ta, zabarwiona homoerotycznym pożądaniem, wymagała już szczególnej jurysdykcji i najsurowszych sankcji. Zdaniem Daga Endsjø, „nacisk wywierany przez religię na potępienie homoseksualizmu wydaje się tak zmasowany, że często jesteśmy skłonni wierzyć, że ów negatywny stosunek istniał od zawsze i wyrażał jedyny pogląd na ten temat wypracowany w dziejach religii”; tymczasem, prowokacyjnie dodaje norweski religioznawca, „w samej istocie fenomenu, jakim jest religia, nie tkwi żadne aprioryczne założenie, że powinna być ona nieprzychylna homoseksualizmowi”².

Wyparcie sfery płciowej i „wyrzeczenie się ciała” było wieloetapową strategią Kościoła, trwającą bez mała do drugiej połowy XX w.. Ufundowana na judeochrześcijańskiej moralności kultura Zachodu swymi restrykcjami obejmowała szereg praktyk seksualnych, nie tylko tych dotyczących męskiego homoseksualizmu. Przyjąć można, że chrześcijaństwo postawiło ciało w stan oskarżenia. Trudno inaczej zrozumieć trwającą wiele stuleci praw-

¹ A. Depko, *Medycyna seksualna wczoraj*, „Przegląd Seksuologiczny” 2005, nr 1, s. 11.

² D. Ø. Endsjø, *Seks a religia. Od balu dziewic po święty seks homoseksualny*, przeł. A. Trzeciak, O. Galińska, Warszawa 2011, s. 187.

dziwą obsesję zachodnich społeczeństw na punkcie seksu. Nieufność wobec ciała – które może dać człowiekowi zgubną rozkosz – okazała się trwałym znakiem chrześcijańskiego Zachodu. Nawet dzisiaj, w coraz silniej zlaicyzowanej Europie, bez trudu dostrzec można olbrzymi wpływ religijnej aksjologii na tzw. moralność cielesną. Warto też wskazać, że europejska obyczajowość i wrażliwość seksualna kształtowana była przez dwie, w pewnym sensie krańcowo odmienne siły (i ideologie): grecko-rzymską i judeochrześcijańską. O zwycięstwie drugiej nie trzeba przekonywać.

Obowiązująca w kulturze europejskiej chrześcijańska moralność seksualna ufundowana została za sprawą osobistych postaw i poglądów czołowych apologetów chrześcijaństwa – Pawła, Tertuliana, Hieronima, Jana Chryzostoma i Augustyna. Wpływ ostatniego wydaje się najsilniejszy:

Właśnie Augustyn – podkreśla szkocka badaczka ReayTannahill – najpełniej wyraził głębokie przekonanie Ojców Kościoła, że akt płciowy jest z samej istoty odrażający. Arnobiusz miał go za czynność brudną i poniżającą, Metodiusz za nieprzystojną, Hieronim za nieczystą, Tertulian za bezwstydną, a św. Ambroży za plugawą. W rzeczy samej panował pogląd, choć nikt nie śmiał go wyartykułować, że Bóg powinien był wymyślić lepszy sposób prokreacji³.

Deprecjacji ciała towarzyszyła nieodmiennie pogarda wobec sfery seksualnej.

Confessiones to zdaniem Zygmunta Kubiaka jedna z najcenniejszych ksiązek, jakie przechowuje nasza cywilizacja. Biorąc pod uwagę skalę oddziaływania tego intymnego, przepojonego wewnętrzną walką dzieła, uwaga ta nie wydaje się przesadzona. Św. Augustyn łączy dwie różne aksjologie – wyrasta ze starożytności (platonizm, manicheizm), zna doskonale jej pogański dorobek, a jednocześnie wprowadza Zachód w skrajnie nieprzychylny ciała klimat. Autor *Wyznań* nie czyni zasadniczej różnicy między formą kontaktów seksualnych; o „sodomitach” wspomni zaledwie raz (III, 8):

Dlatego grzechy przeciw naturze, jak te, które popełniali sodomici, wszędzie i zawsze zasługują na potępienie i karę. Choćby je popełniały wszystkie ludy, wszystkie byłyby na mocy prawa Bożego uznane za tak samo zbrodnicze. Bóg bowiem nie stworzył ludzi do tego, żeby się sobą w taki sposób posługiwali⁴.

Mimo tak radykalnej i jednoznacznej krytyki kontaktów homoseksualnych, którym filozof przypisuje charakter osobliwości kulturowych, pozostała (uprawniona) forma aktywności seksualnej również postawiona zostaje w stan oskarżenia. Sodomia oznaczała pierwotnie, zgodnie z tradycją żydowską, wszelkie nieheteroseksualne stosunki płciowe, uznane za „nienaturalne”, czyli niemile Stwórcy. Podstawą tej oceny jest oczywiście biblijna historia o mieszkańcach Sodomy, którzy chcieli „poswawolić” z gośćmi Lota (Rdz 19,

³ R. Tannahill, *Historia seksu*, przeł. G. Woźniak, Warszawa 2001, s. 139.

⁴ Św. Augustyn, *Wyznania*, przeł. Z. Kubiak, Warszawa 1999, s. 68.

1-11). Mit sodomicki stanie się niezwykle żywotny w kulturze europejskiej, zaś samo pojęcie sodomii ewoluuje i oznaczać będzie z czasem jakąkolwiek formę tzw. perwersji seksualnej – a więc wszelkich praktyk, także heteroseksualnych, które nie służą prokreacji. Na tej liście znajdują się szczegółowo rozpisane pozycje małżeńskie, których przyzwolici ludzie powinni się wystrzegać. Śmiertelnym grzechem ma być odtąd sama myśl o ich popełnieniu. Większość praktyk seksualnych, w tym rzecz jasna sodomia, staną się odtąd czytelnym świadectwem barbaryzacji obyczajów – schedą pogańskich czasów bądź efektem zgubnych migracji kulturowych. Powściągliwość obyczajowa, a nierzadko i całkowita asceza seksualna, okazać się miały pod koniec starożytności prawdziwym wyróżnikiem chrześcijan.

Konfesje Augustyna obnażają proces kształtowania się normy seksualnej w kulturze Zachodu, ukazują dramatyzm jego źródeł. Włączenie przyjemności cielesnej w przestrzeń grzechu obowiązywać będzie nieprzerwanie do drugiej połowy XX w.; zmianie ulegnie co najwyżej skala represji i repertuar kar. Pojawiające się okazjonalnie „fazy poluzowania” – dionizyjskie święta ciała, będą miały charakter efemeryczny; innym zaś razem krótkotrwałe etapy poluzowania restrykcji obyczajowych – jak w przypadku XVIII-wiecznego libertynizmu i kultury rokoka – dotyczyć będą nader skromnej reprezentacji. Model hedonistyczny powróci na dobre dopiero wraz z końcem XX w., będąc wyraźnym świadectwem wyczerpywania się chrześcijańskiej moralności seksualnej. Do tego czasu kulturę Zachodu definiować będzie obsesyjna walka z ciałem i jego namiętnościami.

Wraz z początkiem średniowiecza ludzkie ciało stało się areną walki między dobrem a złem. Zyskujący olbrzymią popularność monastycyzm wypracował nowy sposób pojmowania płciowości, następnie zaś wizję tę rozciągnął na całe społeczeństwo. „Klasztorny model życia – podkreśla wybitny starożytnik i mediewista Peter Brown – postawił pod znakiem zapytania małżeństwo, seks, a nawet różnicę płci”⁵. Kontrola życia seksualnego stała się bardzo szybko głównym zadaniem duchowieństwa, które już od wczesnego średniowiecza wyposażone zostało w specjalne narzędzia – instruktaże służące inwigilacji najintymniejszych szczegółów życia wiernych. Nie ulega wątpliwości, że przez kolejne stulecia penitencjały stanowiły główne narzędzie narzucania i krzewienia chrześcijańskiej moralności na Zachodzie.

Aktom homoseksualnym poświęcano szczególnie dużo miejsca. Były one uznawane za wyjątkowo niebezpieczne, a – sądząc po ilości wskazówek wyłącznie im dedykowanym – zapewne także i dość powszechne. Sodomia, przez papieża Grzegorza III uznana za „występek tak odpychający, że Stwórcą musiał gładzić ogniem całe miasta zamieszkiwane przez nich”⁶, szybko okazała się naczelnym przewinieniem w sferze seksualnej, rodzajem arcygrzechu. Kościół bardzo szybko wprowadził katalog dopuszczalnych i zabronionych

⁵ P. Brown, *Zmierzch starożytności*, [w:] *Historia życia prywatnego*, t. 1: *Od Cesarstwa Rzymskiego do roku tysięcznego*, red. P. Vayne, przeł. K. Arustowicz, M. Rostworowska, Wrocław–Warszawa–Kraków 2005, s. 313.

⁶ D. Sh. Bailey, *Homosexuality and the Western Christian Tradition*, London 1955, s. 106.

zachowań seksualnych – tych ostatnich było nieporównanie więcej. Jak zauważa przywołany przez Jacquesa Le Goffa Georges Duby, „teraz wojna toczy się nie między tym, co cielesne, i tym, co duchowe, lecz między naturalnością i tym, co z nią sprzeczne”⁷. Kościelni intelektualiści z godną uznania precyzją wyznaczają wkrótce listę akceptowalnych zachowań intymnych, którym na całe wieki przypisany zostanie status normy. Wszystko, co nie znajdzie się na tej jakże skromnej liście, będzie odtąd uznane już nie wyłącznie za nieczyste czy złe, ale za nienaturalne, sprzeczne z boskimi prawami ładu świata. Pojawiła się wówczas głęboka nadzieja na ostateczne odróżnienie prawowitej wiary od herezji, normalności od zbroczenia, przyzwoitości od zepsucia.

Medykalizacja grzechu

Od końca XVIII w. coraz wyraźniej rysuje się „świat perwersji”. Powstaje osobliwy katalog wszelkich „nienormalności”, które – w opinii ich twórców i tropicieli zarazem – prowadzić mogą do dalszych uchybień moralnych. Przedmiotem szczególnej troski są m.in.:

Zbyt rozwinięte dzieci, przedwcześnie dojrzałe dziewczynki, dwuznacznicy gimnazjaliści, podejrzani służący i wychowawcy, okrutni lub owładnięci manią mężowie, samotni kolekcjonerzy, spacerowicze o dziwnych zachciankach⁸.

Tropiciele perwersji z nadzwyczajną uwagą przyglądają się wszelkim potencjalnym oznakom seksualnej deprawacji. Katalog odstępstw od „normy” dramatycznie się rozrasta; źródłem (a jednocześnie oznaką) „dewiacji” może być budowa fizyczna ciała, pochodzenie społeczne, dziedziczenie chorób nerwowych, złe towarzystwo, grzeszna literatura, ale i „błędna fizjologia” lub ukryta (najczęściej) „anomalia organiczna”. Od końca XVIII w. medyczne nozologie anektują ideę grzechu przeciw czystości. Klinika staje się cichym sprzymierzeńcem Kościoła. „Zbroczenie”, zgodnie z nowymi traktatami, jest odtąd wynikiem „obłądu moralnego”, „nerwicy genitalnej”, „aberracji zmysłu rozrodczego”, „zwyrodnienia psychicznego”, „deformacji narządów płciowych”⁹, czy też – jak w przypadku nimfomanii – „szału macicznego”¹⁰.

Począwszy od XVIII w. na dobre rozpoczyna się proces dyskursywizacji seksu; psychiatrzy wyszukują wszelkich „odstępstw” od małżeńskiego, heteroseksualnego pojęcia,

⁷ J. Le Goff, N. Truong, *Historia ciała w średniowieczu*, przeł. I. Kania, Warszawa 2018, s. 38.

⁸ M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Warszawa 1995, s. 42.

⁹ Tamże, s. 43.

¹⁰ Zob. M.-D.-T. de Bienville, *Nimfomania, czyli Traktat o szale macicznym, w którym objaśnia się, również klarownie jak metodycznie, początki i postępy tej okrutnej choroby tudzież omawia się rozmaite jej przyczyny; następnie zleca się sposoby postępowania oraz najbardziej wypróbowane w jej leczeniu specyfiki*, przeł. T. Stróżyński, 2019 [reprint *La Nymphomanie: Ou Traité de la fureur utérine*, pierwsze wydanie w roku 1771].

by wskazać na główne źródło chorób nerwowych. Osiągnięcie rozkoszy poza małżeńskim łóżem w całej kulturze europejskiej staje się nielegalne. Chorobom umysłowym sprzyjać ma wszelkie „sprzeniewierzenie się prokreacji”, stąd wprowadza się niemal policyjny nadzór nad ludzką zmysłowością. Ciało i seksualność ponownie postawione zostają w stan oskarżenia. Tym razem jednak tropicielom nieobyczajności przyświeca dodatkowy cel; to już nie wyłącznie troska o zbawienie duszy, ale przede wszystkim walka o zdrowie publiczne. Jak przekonuje Michel Foucault, dawny mechanizm konfesji odegrał kluczową rolę w procesie budowania nowoczesnych dyskursów o seksie. To w jego efekcie nastąpiła swoista „medykalizacja wyznania”:

Oznacza to przede wszystkim, że dziedzina seksu nie leży już wyłącznie w rejestrze winy i grzechu, zbytku lub transgresji, lecz włączona zostaje w system (będący zresztą transpozycją tamtego) normalności i patologii: po raz pierwszy określony został stan chorobowy właściwy zjawiskom o charakterze seksualnym; seks jawi się jako pole o wysokiej podatności na patologię, jako płaszczyzna odniesienia dla innych chorób, lecz również jako ośrodek właściwej sobie nozografii: popędu, skłonności, wyobrażeń, rozkoszy, zachowań. Oznacza to także, iż wyznanie zyska sens i stanie się konieczne pośród zabiegów lekarskich: wymagane przez lekarza, potrzebne dla diagnostyki, i samo w sobie skuteczne w leczeniu. Prawda – wypowiedziana na czas, komu trzeba i przez tego, kto ją posiada i ponosi za nią odpowiedzialność – uzdrawia¹¹.

Przesunięcie akcentów z grzechu na chorobę okaże się kluczowe (i obowiązujące) także dla nowoczesnego rozumienia zjawiska homoerotyzmu. Spowiedź skruszonego sodomity zastąpi terapia reformatoryjna; pokuta, wbrew pozorom, nie okaże się jednak zbyt łagodna.

Argumenty Kościoła katolickiego o grzesznej i nieuporządkowanej naturze skłonności homoseksualnych zyskały w połowie XVIII w. dość nieoczekiwane sprzymierzeńca – głos autorytetów medycznych. *Peccatum contra naturam* stał się odtąd palącym „problemem” tak księży i moralistów, jak i lekarzy, którzy zawarli sojusz do walki z tą wyjątkowo niebezpieczną „chorobą duszy”. Wyraźnie zmienił się status seksualności nieprokreacyjnej; stała się ona już nie wyłącznie śmiertelnym uchybieniem moralnym, ale i poważnym problemem medycznym. Psychiatrizy, wzorem dawnych „kierowników sumień”, wkroczyli w intymny świat nowoczesnego społeczeństwa, by skatalogować wszystko to, co naruszało nowo ustalone granice normy. Podręczniki parafilii i dewiacji seksualnych w galopującym tempie zaczęły się rozrastać. Świat Zachodu stawał się światem rejestrów medycznych. Alieniści – jak dawniej nazywano lekarzy chorób umysłowych – zdawali się być ogarnięci szaleem tropienia odstępstw od normy. Rozpoczął się właściwy proces medykalizacji erotyki.

Katalogowanie wszelkich „erotycznych nadzwyczajności” sprzyjało coraz częstszemu przedstawianiu się do opinii publicznej informacji o „peryferyjnych odmianach seksu-

¹¹ M. Foucault, *Historia seksualności*, dz. cyt., s. 65.

alności”. Sytuacja ta wyzwoliła olbrzymią potrzebę przyglądania się omawianym zjawiskom z różnych perspektyw. Efektem tych działań było pojawienie się wielu terminów, które przez setki lat skutecznie obsługiwało pojęcie „sodomii”. W drugiej połowie XIX w. popularność zaczęły zdobywać nowe, alternatywne określenia: „urania/uranizm”¹², „inwertyzm płciowy” i „hermafrodytyzm płciowy/emocjonalny”¹³, „trzecia płeć”¹⁴, „opaczność płciowa” lub „wrodzone czucie płciowe sprzeczne”; w polszczyźnie znane też były dawne synonimy sodomii: „mężolubstwo” i „samcołość”. Największą jednak karierę zrobił termin „homoseksualizm”. Ten grecko-łaciński neologizm wprowadził w 1869 r. węgierski lekarz i pisarz Károl Mária Kertbeny, autor listu do władz państwa, w którym domagał się dekryminalizacji aktów, niesłusznie, w jego opinii, uznawanych za sprzeczne z naturą¹⁵.

Nowy termin miał być wyrazem nowoczesnego – uwolnionego od ciężaru metafizyki – podejścia do problematyki płciowej. O ile bowiem pojęcie „sodomii” jednoznacznie określało stosunek religii monoteistycznych do relacji męsko-męskich, o tyle nowy termin „homoseksualizm” wpisywał się doskonale w ideę dziewiętnastowiecznego scjentyzmu. Zwięźle rzecz ujmuje francuska historyczka Florence Tamagne:

„W XIX wieku „sodomita” – „zbrodniarz wobec Boga”; obmierzły przestępca, zasługujący na najwyższą karę – stopniowo ustępował miejsca „homoseksualiście”: osobie szkodliwej społecznie, lecz jednocześnie „chorej”, „zбочzonej” i „zdegenerowanej”, a co za tym idzie stanowiącej problem raczej dla służby zdrowia niż dla wymiaru sprawiedliwości”¹⁶.

Medyczny model rozumienia homoseksualizmu wymagał przede wszystkim odwołania do autorytetu bezstronnej i obiektywnej nauki. By skutecznie przystąpić do właściwego leczenia należało uprzednio uporządkować dostępną wiedzę na temat wszelkich przejawów patologii życia płciowego. Wczesne teksty psychiatryczne zdradzają źródło swych „medycznych” klasyfikacji: jest nim niezmiennie chrześcijańska aksjologia. Stworzony przez Kościół projekt moralności zyskał status normy już nie tylko etycznej, ale i zdrowotnej. Język wczesnych pism i traktatów psychiatrycznych do złudzenia przypomina ten

¹² Termin wprowadzony i spopularyzowany przez niemieckiego prawnika Karla Ulrichsa, odwołujący się do fragmentu platońskiej *Uczty*.

¹³ Terminy wprowadzone i spopularyzowane przez Richarda von Krafft-Ebinga.

¹⁴ Termin wprowadzony i spopularyzowany przez Magnusa Hirschfelda.

¹⁵ Termin „homoseksualizm” pojawił się po raz pierwszy w opublikowanym anonimowo pamflecie pt. *143 des Preußischen Strafgesetzbuchs und seine Aufrechterhaltung als 152 des Entwurfs eines Strafgesetzbuchs für den Norddeutschen Bund*. Autor domagał się w nim zniesienia pruskich „przepisów antysodomickich”. Warto jednocześnie odnotować, że termin „homoseksualizm”, będący hybrydą greki i łaciny, przynosi szereg problemów natury językowej: pierwszy człon pochodzi bowiem z greckiego „homo” i znaczy tyle, co „jednakowy”; powszechnie zaś – i błędnie – utożsamiany jest z łacińskim „homo”, oznaczającym „człowieka”. Przemieszanie pojęć pochodzących z dwóch różnych języków prowadzi do wielu niefortunnych tłumaczeń.

¹⁶ F. Tamagne, *Era homoseksualizmu, 1870-1940*, [w:] R. Aldrich (red.), *Geje i lesbijki. Życie i kultura*, przeł. P. Nowakowski, Kraków 2009, s. 167.

znany raczej z kościelnych ambon. Pierwsze podręczniki z psychiatrii z powodzeniem potraktować dziś można jako ważne teksty kultury; wydaje się bowiem, że ich uważna lektura przynosi obecnie więcej korzyści historykom kultury niż lekarzom. XIX-wieczna kazuistyka psychiatryczna ujawnia proces społecznej normalizacji; jest to szczególnie ważne, zwłaszcza we wczesnym etapie kształtowania się nowej specjalizacji medycznej. W dobie poprzedzającej rozwój psychiatrii, w epoce przed neuroleptykami i antydepresantami, najskuteczniejszą formą leczenia pozostawała „terapia moralna” i związana z nią dyscyplina ciała i ducha.

Warto w tym miejscu przywołać przełomowe dzieło austriackiego seksuologa, neuropatologa i psychiatry Richarda von Kraffta-Ebinga (1840-1902) – *Psychopathia sexualis*. Jak zapewnia tłumacz tekstu, doktor Aleksander Fabian, zasadniczym przedmiotem rozprawy jest patologia życia płciowego oparta na kazuistyce klinicznej; całość wieńczy szczegółowy rozbiór „zboczeń” oraz opis „przestępstw i zbrodni popełnionych przeciw moralności publicznej”. Odnieść można wrażenie, że autorzy XVIII- i XIX-wiecznych podręczników z psychiatrii nie próbowali szczególnie ukryć źródła swych badawczych hipotez. Ich język zdradza bowiem oczywistą proveniencję „nowych” jednostek:

[kobieta] Gdy jest duchowo normalnie rozwiniętą i obyczajnie wychowaną, to jej zmysłowe pożądanie jest słabe. Gdyby tak nie było, cały świat stałby się lupanarem, a małżeństwo i rodzina niepodobieństwem. W każdym razie mężczyzna unikający kobiet i kobieta goniąca za mężczyzną i szukająca płciowej rozkoszy są zjawiskami nieprawidłowymi¹⁷.

Jako opaczne uważać należy każde ujawnienie popędu płciowego z właściwym celem przyrody niezgodne, lub sprzeczne, t.j. nie służące do rozmnażania gatunku. Wynikające z parestezji opaczne uczynki płciowe, są nader ważne pod względem klinicznym, społecznym i sądowym, dlatego też, pomimo wstrętu i obrzydzenia jakie w nas budzą, musimy je tutaj bliżej rozpatrzyć¹⁸.

W drugiej połowie XIX w. na scenę wkracza postać „zboceńca”. Występującego przeciw Bogu sodomitę zastępuje teraz zagadkowa figura dewianta-homoseksualisty. Mniejszościowe zachowania seksualne przestają być wyłącznym problemem teologii moralnej. Powołany do życia homoseksualista okazał się produktem trwającego przez cały XIX wiek szaleńczego procesu normalizacji. Homoseksualista swoje istnienie zawdzięczał palącej potrzebie unaukowania nowo powstałej dyscypliny – seksuologii. Wcześniej nie dokonywano rozróżnienia między homoseksualizmem a heteroseksualizmem, lecz między aktywnością seksualną, która służyła prokreacji oraz taką, która ją uniemożliwiała. „Dziewiętnastowieczny homoseksualista – podkreśla Foucault – zyskał osobowość: posiadał przeszłość, historię

¹⁷ R. Krafft-Ebing, *Zbożenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Psychopathia sexualis*, przeł. A. Fabian, Warszawa 1908, s. 21.

¹⁸ Tamże, s. 64.

i dzieciństwo, charakter, sposób życia, a także morfologię wraz z niewłaściwą anatomią i być może zagadkową fizjologią¹⁹. Jedną z pierwszych osób, które popularyzowały ideę „nowego gatunku ludzi” był właśnie Richard von Krafft-Ebing, powszechnie uznawany (obok Karla Heinricha Ulrichsa) za pioniera seksuologii. Jego kazuistyka zbroczeń płciowych sprostać miała wyzwaniu nowej dyscypliny – opisaniu (a ściślej: stworzeniu) mapy odchyleń anatomofizjologicznych urningów.

Od końca XVIII w. poszukiwania źródeł homoseksualizmu odgrywały decydującą rolę w procesie jego patologizacji. Przynajmniej do czasów publikacji raportu Alfreda Kinseya (lata pięćdziesiąte XX w.) homoerotyzm postrzegany był nieodmiennie jako marginalna i dewiacyjna forma ekspresji seksualnej, wynik ciężkich zaburzeń w rozwoju biologicznym i/lub środowiskowym. Niereprodukcyjny charakter związków homoseksualnych z całą pewnością przesądzał o ich negatywnej ocenie. Idea, że homoerotyzm nie jest kwestią wyboru, lecz stanowi biologiczne, naturalne uposażenie człowieka, jest odkryciem ostatnich dekad XX w.

Spisane przez pionierów seksuologii i psychiatrii obserwacje kliniczne odegrały decydującą rolę w dalszym procesie (auto)stygmatyzacji środowiska osób preferujących własną płęć, stając się jednocześnie niewyczerpaną bazą stereotypów i źródłem trwających przez wiele dekad uprzedzeń. Oto krótka, jakże znacząca, charakterystyka behawioru homoseksualnych mężczyzn:

Mężolubny mężczyzna zajmuje się jedynie zajęciami kobiecymi, lubi np. gotować, sporządzać odzienie, w wyborze materiałów dochodząc do artyzmu, entuzjazmuje się dla muzyki, sztuk plastycznych i t. d. Obojętnym jest dlań widok niewieścich wdzięków, a nawet wstrętny; obnażona kobieta sprawia mu obrzydzenie, kiedy tymczasem oglądanie bioder, genitaliów męskich sprawia mu rozkosz i zachwyty. Niemiło jest mu tańczyć z kobietą, za to z mężczyzną zwłaszcza pięknie zbudowanym i obcisło ubranym taniec wydaje mu się największą przyjemnością. Pocałunek, uścisk kochanego mężczyzny sprawia mu rozkoszne drżenie, podobna sytuacja z kobietą, chociażby była piękną jak Wenera jest mu wstrętną. Spółkowanie z kobietą budzi weń takie obrzydzenie, że pospolicie erekcja powstrzymuje się całkowicie i akt płciowy staje się niemożliwym. Jeżeli urning potrafi się przemóc i spółkuje z kobietą, doznaje takiego niemal uczucia niesmaku i odrazy jak prawidłowy człowiek przemuszony do spożycia wstrętnego jadła lub mdlącego napoju²⁰.

To, co jednak najbardziej przeraża Krafft-Ebinga to nieświadomość dramatyzmu własnego położenia większości „nieszczęśników”:

Wielu bowiem urningów nawet wcale nie są świadomi nieprawidłowości swego stanu. Największa ich liczba czuje się nawet całkowicie szczęśliwą w swym opacznym popędie i spaczonym uczuciu płciowym²¹.

¹⁹ M. Foucault, *Historia seksualności*, dz. cyt., s. 45.

²⁰ R. Krafft-Ebing, *Zbroczenia umysłowe*, dz. cyt. s. 111.

²¹ Tamże, s. 112.

Akceptacja chorobliwej natury wydaje się psychiatrze czymś szczególnie niezrozumiałym i niebezpiecznym jednocześnie. Dopóki bowiem chory nie zaakceptuje poglądu o własnej chorobie, kwestia jego leczenia zdaje się być zajęciem pozbawionym szans powodzenia.

Interesującym, bynajmniej nieodosobnionym przykładem potwierdzającym patologizację większości zachowań hetero- i homoseksualnych są prace jednego z najwybitniejszych polskich psychiatrów Tadeusza Bilikiewicza (1901-1980), autora najczęściej wznawianego podręcznika do nauczania psychiatrii na polskich uczelniach medycznych. Jego *Klinika nerwic płciowych* (I wyd. 1957) jest w istocie podsumowaniem dotychczasowego stanu wiedzy na temat natury tzw. zбочeń płciowych. Bilikiewicz, orędownik biologicznej koncepcji powstawania psychoz i nerwic, w przypadku „chorób życia płciowego” rozszerza swe organiczne teorie o znaczący udział czynników psychicznych w patogenezie nerwic płciowych. Pośród *abberationessexuales* odnaleźć można następujące kategorie: *fellatio (coitus in ore)*, *cunnilingus*, *anilingus (rimming)*, *pedicatio (coitus in ano)* i wiele innych praktyk seksualnych niekojarzonych w XXI w. z jakąkolwiek formą dewiacji.

Warto podkreślić, że podzielane przez Bilikiewicza przekonanie o odwracalności popędu homoseksualnego dominowało w zachodniej psychiatrii niemal przez cały XX wiek, wyraźnie się dezaktualizując w jego dwóch ostatnich dekadach. Pomimo tego w *Klinice nerwic płciowych* odnaleźć można fragmenty, które zdają się kwestionować zasadność „terapii naprawczych”: „Niektórzy dzielą homoseksualizm na prawdziwy, który ma być odporny na wszelkie leczenie, i na rzekomy, który zaliczyć można do biseksualizmu. Ten ostatni pozwala na pomyślne rokowanie w razie odpowiedniego leczenia i korzystnych warunków środowiskowych”²². Fragment ten wskazuje na względnie nowatorskie podejście autora do omawianej problematyki. Bilikiewicz, korzystając z najnowszych osiągnięć światowej literatury psychiatrycznej, wprowadza oryginalną klasyfikację homoseksualizmu, dzieląc go na wrodzony (określany także – w kontekście potencjalnych szans terapeutycznych – ciężkim, nierokującym lub beznadziejnym) oraz nabyty, dający pole do działań eksperckich. Homoseksualizm nabyty dotyczyć ma nieprawidłowości w rozwoju osobowościowym, najczęściej zaś przedstawiany jest jako efekt uwiedzenia przez starszych osobników lub już „zepsutych/zбочzonych” rówieśników.

Warto w tym miejscu przywołać także postać zdecydowanie mniej znanego psychiatry Antoniego Feliksa Mikulskiego (1872-1925), który problematykę zaburzeń życia płciowego zajmował się już na przełomie XIX i XX w.. Odnosząc się do stale wzrastającej liczby publikacji dotyczących „mężolubstwa” – by odwołać się do popularnego wówczas terminu – odnotował:

Zagadnienie homoseksualizmu poczęło w drugiej połowie XIX w. ulegać w Zachodniej Europie dokładnym badaniom i zyskiwać coraz większe zrozumienie. Kwestia traktowa-

²² T. Bilikiewicz, *Klinika nerwic płciowych*, Warszawa 1969, s. 87.

na zrazu jako teologiczna, następnie rozpatrywana pod kątem widzenia moralności lub prawa stała się zagadnieniem przede wszystkim biologicznym. Cały szereg autorów przyczynił się do tego pogłębienia poglądów na homoseksualizm, w pierwszym jednak rzędzie niewątpliwie uczeni niemieccy, którym być może badania ułatwiła względna częstość homoseksualizmu, jeżeli nie wśród Niemców w ogóle, to w każdym razie wśród ludności Berlina²³.

Mikulski nawiązywał do swoistej (nad)reprezentacji niemieckojęzycznych opracowań z zakresu seksuologii (zwłaszcza dotyczących reprezentantów „trzeciej płci”), nie pominął także osobliwego klimatu Republiki Weimarskiej.

Na szczególną uwagę zasługuje osobliwy sposób retoryki Mikulskiego. Staje się on gorącym orędownikiem dekryminalizacji zachowań homoseksualnych, jednocześnie utrwała – zgodnie z obowiązującą wówczas wiedzą medyczną – szereg teorii potwierdzających dewiacyjny charakter relacji jedнопłciowych:

Jeżelibyśmy stanęli na przestarzałym stanowisku kary, to trudno się powstrzymać od uwagi, że zbroczenie jest już samo przez się karą, że homoseksualiści są dostatecznie ukarani przez naturę, zaś istniejące poglądy i instynktowna odraza, żywiona przez ludzi normalnych do popędów przeciwnych naturze, naraża homoseksualizmów na ustawiczne konflikty²⁴.

W innym fragmencie doda:

Lecz poprawy homoseksualisty za pomocą kary nie dopniemy, gdyż wina jego nie wpływa ze złych pobudek. Toteż artykuły karzące bez wątpienia jeszcze ani jednego homoseksualisty nie poprawiły, a raczej nie wyleczyły go z chorobliwego popędu. [...] Niech natomiast prawo zwróci nareszcie uwagę na cały szereg bezkarnie popełnianych zbrodni, jakimi są przenoszenie chorób wenerycznych, zawieranie małżeństw przez syfilityków z nieświadomymi pannami itd. Za te istotne zbrodnie słusznie należą się kary surowe, nie zaś za homoseksualizm, który nie jest zbrodnią, lecz chorobą²⁵.

Homoseksualizm ze stanowiska medycyny i prawa Mikulskiego objaśnia zatem jeszcze inną niezwykle ważną tendencję: skupienie uwagi psychiatrów na problematyce „trzeciej płci” wiązało się w ostatnich dekadach XIX w. z potrzebą sporządzania odpowiednich ekspertyz medycznych dla sądów. Trwająca w większości krajów Zachodu patologizacja homoseksualizmu postępowała bowiem równoległe z jego kryminalizacją i penalizacją. Zasadnie więc można mówić o początkach sojuszu psychiatrii z medycyną sądową.

²³ A. Mikulski, *Homoseksualizm ze stanowiska medycyny i prawa. Odczyty kliniczne*, Warszawa 1920, s. 1.

²⁴ Tamże, s. 30.

²⁵ Tamże, s. 30 i 32.

Zakończenie

Szczytowym „osiągnięciem” medykalizacji homoerotyzmu było wprowadzenie do praktyki lekarskiej w połowie ubiegłego wieku tzw. terapii naprawczych. Praktyki te, określane najczęściej mianem konwersyjnych lub reparatywnych ukierunkowane były na zmianę orientacji seksualnej. Wiązało się to z błędnym, choć przez wiele dekad obowiązującym przekonaniem o dewiacyjnym charakterze nieheteroseksualnych pragnień, wymagających interwencji specjalisty. Do czasu usunięcia przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne homoseksualności z klasyfikacji DSM III w 1973 r., zasadniczym celem działań lekarza/terapeuty w kontakcie z osobą homoseksualną pozostawała próba zmiany jego skłonności seksualnych. Powszechnie stosowane w wielu krajach Zachodu terapie konwersyjne polegały na wykorzystaniu metod behawioralnych; oznaczało to w praktyce stosowanie technik warunkowania²⁶. „Leczenie homoseksualności” (ang. *sexual orientation change efforts* – SOCE) jest ciekawym przykładem zaangażowania psychiatrii w kwestie ideologiczne. Nie ulega wątpliwości, że psychoterapeuci i psychiatry są szczególnie obciążeni społeczno-kulturowymi oddziaływaniami. Kategorie „normy/zdrowia” i „patologii/dewiacji” pozostają bardzo często kwestią obowiązujących w danym czasie wzorów kulturowych i/lub określonych mód; względność ta chyba nigdzie nie manifestuje się tak czytelnie, jak w obszarze zaburzeń i chorób umysłowych.

Psychiatria, obok religii, posiada/-ła największy potencjał normotwórczy. Dlatego tak ważne było jej powołanie pod koniec XVIII w. w coraz silniej laicyzującej się Europie. Psychiatrycy zastąpić mieli autorytet kościelny. Kwestionowanie ich orzeczeń, podobnie jak do niedawna jeszcze występowanie przeciw nakazom Kościoła, uznawano za bluźnierstwo; tym razem jednak przeciw Nauce. Normotwórczy szał XIX-wiecznej kultury zaowocował powstaniem licznych jednostek chorobowych, zaburzeń i dewiacji. Wszystko to, co nie odpowiadało chrześcijańskiemu modelowi życia społecznego stawało się zwyrodnieniem lub zboczeniem. Wszelkie przejawy nonkonformizmu, zwłaszcza obyczajowego, uznano za występki przeciw społeczeństwu – oczywisty dowód istnienia patologii nerwowej. Śmiertelny grzech zastąpiła nowa, równie funkcjonalna idea choroby. Procesowi desakralizacji grzechu towarzyszyła nieodmiennie jego medykalizacja.

W kulturze Zachodu przez całe dekady medykalizowano zachowania, które dziś uznaje się powszechnie za zupełnie normalne. Zarzut patologizowania „normalności” towarzyszył kolejnym edycjom biblii psychiatrów – katalogowi DSM. Jego autorzy musieli niezmiennie udowadniać, że instytucje i gremia psychiatryczne nie mają żadnego interesu w tworzeniu kolejnych jednostek chorobowych lub wykreślaniu już istniejących. Historia

²⁶ Zob. G. Iniewicz, D. Bąk, *Psychoterapia osób LGB – od terapii konwersyjnych do terapii wykorzystujących teorię queer*, [w:] *Wprowadzenie do psychologii LGB*, red. G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski, Wrocław 2012, s. 309-336.

erotyzmu jedнопłciowego wyraźnie ukazuje tę pełną napięcia niestabilność sądów i ocen: od akceptacji do potępienia, od grzechu do patologii, od kryminalizacji homoseksualizmu do penalizacji homofobii.

Bibliografia

1. Bilikiewicz T., *Klinika nerwic płciowych*, Warszawa 1969.
2. Brown P., *Zmierzch starożytności*, [w:] *Historia życia prywatnego*, t. 1: *Od Cesarstwa Rzymskiego do roku tysięcznego*, red. P. Vayne, Wrocław–Warszawa–Kraków 2005.
3. Depko A., *Medycyna seksualna wczoraj*, „Przegląd Seksuologiczny” 2005, nr 1, s. 11-14.
4. Endsjø D. Ø., *Seks a religia. Od balu dziewic po święty seks homoseksualny*, Warszawa 2011.
5. Foucault M., *Historia seksualności*, Warszawa 1995.
6. Iniewicz G., Bąk D., *Psychoterapia osób LGB – od terapii konwersyjnych do terapii wykorzystujących teorię queer*, [w:] *Wprowadzenie do psychologii LGB*, red. G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski, Wrocław 2012, s. 309-336.
7. Krafft-Ebing R., *Zboczenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Psychopathiasexualis*, Warszawa 1908.
8. Le Goff J., Truon N., *Historia ciała w średniowieczu*, Warszawa 2018.
9. Mikulski A., *Homoseksualizm ze stanowiska medycyny i prawa. Odczyty kliniczne*, Warszawa 1920.
10. Św. Augustyn, *Wyznania*, przeł. Z. Kubiak, Warszawa 1999.
11. Tamagne F., *Era homoseksualizmu, 1870-1940*, [w:] R. Aldrich (red.), *Geje i lesbijki. Życie i kultura*, Kraków 2009.

The medicalization of sin. From a sick soul to a sick body

Abstract: The aim of the article is to point out the enormous importance of Christian axiology in shaping the early register of mental disorders and diseases. This is where we should look for the sources of the psychiatric and sexological discourse that was developing at the beginning of the 19th century. I also point out that the centuries-old reluctance and distrust towards the body and the entire sensual sphere in European culture is a legacy of the personal attitudes and views of leading apologists of Christianity. In the case of old penitentiaries, we can already see the full inclusion of bodily pleasure in the space of sin, and then – thanks to psychiatry – also of illness. In the article, I cite numerous examples of “diseases” and “illnesses” that, almost without exception, have lost their former status of deviations/anomalies. In my opinion, the ongoing process of depathologizing many conditions and behaviors is a response to the strenuous (obsessive) attempt to medicalize them in the previous decades. I refer to this phenomenon as the ‘normalisation frenzy’. As I show, this process concerned especially female sexuality and male homoeroticism. Here I point to the highly functional and equally

arbitrary categories of 'deviance', 'deviation' and 'unnaturalness' that have organised the Western world of values/science for centuries. The materials presented indicate a radical change in the social reception of homoeroticism in the last decades of the 20th century. These changes, which I devote detailed studies to, can be best summarized in a simple scheme: from the criminalization and medicalization of homosexuality to the medicalization of homophobia.

Borys Jacek Soiński

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID ID: 0000-0003-4212-2711

e-mail: borys@amu.edu.pl

Opieka duchowa w medycynie w perspektywie holistycznego modelu zdrowia

Streszczenie: Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie na czym polega holistyczne rozumienie opieki duchowej w medycynie, czyli jakie miejsce duchowość zajmuje w medycznej trosce o całą osobę pacjenta. Ukazano jak w czasach nowożytnych rozwijała się idea holistycznego modelu zdrowia, a także praktyka opieki duchowej. Przedstawiono zasady postępowania wobec pacjenta w ramach opieki duchowej w medycynie dostosowane do współczesnych przemian kulturowych oraz w odniesieniu do holistycznego paradygmatu zdrowia w medycynie. Ukazano jak kształtowały się formy i modele jej świadczenia wobec pacjentów i ich rodzin. Przeanalizowano relacje personelu medycznego do kapłanów i zespołów duszpasterskich w świetle holistycznego modelu zdrowia. Przedstawione zostały przykłady świadczenia przez personel medyczny opieki duchowej wobec chorych wg modelu bio-psycho-społeczno-duchowego.

Wstęp

Próby uwzględniania duchowości w głównym nurcie medycyny ciągle jeszcze stanowią ogromne wyzwanie. Powodem trudności mogą być błędne wyobrażenia na temat duchowości, jakie posiada duża część pracowników służby zdrowia, a także złożoność i wieloznaczność definiowania pojęcia samej duchowości¹. Na początku warto zauważyć, że cały nasz „stary kontynent” to miejsce historycznie związane z kulturą i religią chrześcijańską. A zarazem związek ten jest coraz słabszy i coraz głośniej słychać postulaty rozgraniczenia życia religijnego od funkcjonowania publicznego. Nierzadko postuluje

¹ Por. A-M. Ghadirian, *Spiritual Dimensions of Whole Person Care*, [w:] red. T. A. Hutchinson, *Whole Person Care. A new paradigm for the 21st century*, New York 2011, s. 149-160. DOI: 10.1007/978-1-4419-9440-0_13.

się, aby kwestie powiązane z przekonaniami religijnymi stanowiły jedynie aspekt życia prywatnego. Postulaty te wiążą się z obserwowanym obecnie w Polsce gwałtownym zjawiskiem sekularyzacji. Sekularyzację można interpretować jako ateizację społeczeństwa, gdyż dotyczy maksymalnego ograniczania roli religii w życiu publicznym. W takim ujęciu elementy religijne nie powinny się łączyć z instytucjami publicznymi², którymi są także szpitale.

Ponadto coraz więcej Polaków deklaruje się jako osoby niewierzące albo ateści. Deklaracje takie coraz wyraźniej widoczne są u osób młodych³. Może to być wynikiem kontaktowania się za pomocą mediów społecznościowych z całym światem, a także swobodnego podróżowania do innych krajów, gdzie spotyka się wzorce odmienne od tych, które przekazywali rodzice i dziadkowie. Obserwując rówieśników z krajów bardziej liberalnych, zauważają, że życie bez zachowywania religijnych zasad moralnych jawi się jako znacznie łatwiejsze⁴. Wyciągają własne wnioski i nieraz podejmują decyzje o rezygnacji z wiary, a nawet postulują o laickość swojego państwa⁵.

Globalizacja i homogenizacja kulturowa dokonująca się intensywnie poprzez formowaną cyfrowo popkulturę i kulturę masową, prowadzą do podporządkowania społeczeństw dotąd zróżnicowanych kulturowo, wspólnemu sposobowi myślenia, stylowi życia i systemowi wartości. Zjawiska te przyczyniają się nierzadko do powstania kryzysu tożsamości kulturowej. Dochodzi do uniformizacji kulturowej, która kształtuje nowy typ ludzi „wyzwolonych” z tradycyjnej tożsamości, a będących „obywatelami świata”⁶. W kontekście kształtowania się nowego typu ludzi powstaje pytanie o zdolność do komunikowania się przedstawicieli pokolenia Zet oraz pokolenia Alfa z osobami przynależącymi do wcześniejszych pokoleń X czy Igręk. W szczególny sposób uwidaczniać się to może w relacji zlaicyzowanego personelu medycznego wobec pacjenta o potrzebach religijnych i do osób jemu najbliższych. Osoby chore o silnych potrzebach religijnych, oprócz szeroko rozumianej opieki zdrowotnej, oczekują od świadczeniodawców także wrażliwości na ich potrzeby duchowe i jeśli te oczekiwania są spełniane, to efektywniej przebiega proces ich leczenia⁷.

² Por. M. Petro, K. Czyrka, *Przemiany kulturowe i religijne w kontekście procesów migracyjnych w Europie*, „Acta Educationis”, 2016 nr 22, s. 23-34

³ Por. J. Mariański, *Praktyki religijne Polsce w procesie przemian*. Studium socjologiczne, Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu 2014; W. Kućko, *Przemiany religijności młodzieży i dorosłych w Polsce – próba diagnozy na podstawie wybranych badań sondażowych Pew Research Center oraz CBOŚ*, „Studia Teologiczne Białystok – Drohiczyń – Łomża”, 2019 nr 37(1), s. 195-214.

⁴ Por. I. Borowik, *Stosunek młodzieży do Kościoła rzymskokatolickiego w Polsce w perspektywie wywiadów biograficznych*, [w:] red. J. Baniak, *Socjologia religii*, t. 3, Poznań 2005, s. 149-167.

⁵ Por. M. Petro, K. Czyrka, dz. cyt.

⁶ Por. D. Tułowiecki, *Bezpieczeństwo kulturowe a obecność i/lub eliminacja religii w polskim kanonie kultury*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, 2016 nr 59(4), s. 89-115.

⁷ Por. T. Balboni, M. Balboni, M. E. Paulk, A. Phelps, A. Wright, J. Peteet, i in., *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*, „Cancer”, 2011 nr 117(23), s. 5383-5391. DOI: 10.1002/cncr.26221.

Celem niniejszego opracowania jest określenie miejsca, jakie duchowość zajmuje w medycznej trosce o całą osobę pacjenta, a także ukazanie rozwoju w czasach nowożytnych idei holistycznego modelu zdrowia i praktyki opieki duchowej świadczonej wobec pacjentów i ich rodzin. Przedstawione zostaną zasady postępowania wobec pacjenta w ramach opieki duchowej w medycynie dostosowane do współczesnych przemian kulturowych oraz w odniesieniu do holistycznego paradygmatu zdrowia w medycynie. Ukazane zostaną relacje personelu medycznego do kapelanów i zespołów duszpasterskich w świetle holistycznego modelu zdrowia, a także modele świadczenia przez personel medyczny opieki duchowej wobec chorych w ujęciu bio-psycho-społeczno-duchowym.

Holistyczny model zdrowia w medycynie i naukach medycznych

Od wieków na gruncie filozofii klasycznej rozwijało się integralne podejście wobec życia, traktujące je jako ewoluującą całość. Jedną z prób ujęcia całościowego jest stwierdzenie Arystotelesa, że: „całość – to więcej niż suma części”, które stanowi podstawową tezę współczesnego podejścia holistycznego (holizm, gr. *hólos* – całość)⁸. Jednakże wielu późniejszych filozofów i teologów traktowało ciało zgodnie z platońskim dualizmem psychofizycznym. Z jednej strony przyjęto spirytualistyczno-dualistyczne wrogie lub pogardliwe nastawienie do ciała, a z drugiej koncentrowano się na wartościach materialnych i witalnych⁹.

W czasach nowożytnych kartezjański dualizm psychofizyczny, oddzielając radykalnie ciało (łac. *res extensa*) od duszy (łac. *res cogitans*)¹⁰, skoncentrował uwagę lekarzy na sferze somatycznej, co, *nota bene*, stworzyło podstawy do szybkiego rozwoju medycyny nowożytnej. W ujęciu kartezjańskim ciało traktowane było jako maszyna. Stąd zdrowie oznaczało brak zakłóceń w funkcjonowaniu biologicznej maszyny człowieka, a choroba traktowana była jako zepsucie jakiegoś elementu ludzkiego organizmu¹¹. W radykalniejszej formie podejścia mechaniczyczno-funkcjonalnego pacjent staje się obiektem pozbawionym możliwości działania, choroba przebiega poza jego kontrolą, a leczenie należy wyłącznie do zadań profesjonalistów. Według tej koncepcji zdrowie definiowano jako brak choroby. I to choroba, a nie pacjent, znalazła się w centrum zainteresowania medycyny¹². Jak zaznaczają Artur Ostrzyżek i Jerzy T. Marcinkowski,

⁸ Por. A. Sękowski, *Ogólna teoria systemów i jej zastosowanie w naukach społecznych*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny. Prace Psychologiczne”, 1988 nr 2, z. 120, s. 83-99.

⁹ Por. W. Zyzak, *Holistyczny charakter duchowości chrześcijańskiej*, „Polonia Sacra”, 2019 nr 23.1, s. 147-167.

¹⁰ Por. Kartezjusz, *Medytacje o pierwszej filozofii*, t. 1, Warszawa 2010, s. 32.

¹¹ Por. E. Starzyńska-Kościuszko, *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, 2010 nr 16, s. 319-326.

¹² Por. M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980.

Biomedyczny model zdrowia skupił się na czynnikach czysto biologicznych, nie obejmując całego pozostałego „otoczenia choroby”, a więc wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych¹³.

Takie kartezjańskie podejście i związany z nim paradygmat redukcjonistyczny pozwoliły szczegółowo poznać poszczególne elementy organizmu oraz przebiegające w nim procesy, co okazało się cenne dla nauk ścisłych, ale nie udzieliło zadowalającej odpowiedzi na problemy rodzące się w obszarze medycyny, biologii czy nauk społecznych. Ów model naukowy jest bowiem nieadekwatny do rzeczywistych potrzeb pacjentów, którzy są osobami, czyli podmiotami, a nie tylko obiektami badań i procedur medycznych¹⁴. Pewien przełom dokonał się pod koniec lat dwudziestych ubiegłego stulecia, gdy austriacki biolog Ludwig von Bertalanffy przeciwstawił kartezjańskiej teorii maszyn biologiczne ujęcie systemowe zawarte w jego ogólnej teorii systemów¹⁵. Podstawowym postulatem Bertalanffy'ego było rozpatrywanie organizmu jako całości, układu czynników wzajemnie na siebie oddziałujących¹⁶. Powrócił zatem do myśli holistycznej zawartej w filozofii klasycznej i w poglądach Leibniza. Powyższa koncepcja przyjęła się w biologii, ale nie od razu w medycynie. W połowie XX w. biomedyczną koncepcję zdrowia wzbogacono jedynie o drugi wymiar - społeczny. Nowa, socjomedyczna koncepcja zdrowia przyjęła, że oprócz czynników biologicznych na zdrowie człowieka mają wpływ także czynniki natury psychospołecznej¹⁷. Taki, ale tylko dwuwymiarowy sposób myślenia przyjęła psychosomatyka, dyscyplina nauki znajdująca się na pograniczu medycyny i psychologii. Na zdrowie wpływa zarówno kondycja ciała, jak i psychika, które ponadto wzajemnie na siebie oddziałują¹⁸.

W dwuwymiarowy sposób opisuje człowieka także współczesna psychologia. Zgodnie z myślą Kartezjusza, od momentu oddzielenia się w XIX w. od filozofii, jako nauka eksperymentalna i empiryczna, odrzuciła ona pojęcie duszy i zredukowała człowieka do wymiarów biologicznego i psychospołecznego. Model bio-psycho-społeczny zaproponował m.in. George L. Engel, wiążąc ze sobą biologiczne, psychologiczne i społeczne aspekty

¹³ A. Ostrzyżek, J. T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012 nr 93(4), s. 683.

¹⁴ Por. D.P. Sulmasy, *A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*, „The Gerontologist”, 2002 nr 42, suppl_3, s. 24-33. DOI: 10.1093/geront/42.suppl_3.24.

¹⁵ Por. L. v. Bertalanffy, *Modern theories of development: An introduction to theoretical biology*, London 1933.

¹⁶ L. v. Bertalanffy pisze: „Ponieważ podstawową cechą istoty żywej jest jej organizacja, tradycyjne metody badania poszczególnych elementów i procesów, nawet najdokładniejsza analiza fizykochemiczna, nie mogą zapewnić pełnego wyjaśnienia zjawisk życiowych. Badanie to nie dostarcza nam żadnych informacji o koordynacji części i procesów w skomplikowanym systemie żywej całości (...). Dlatego też, głównym zadaniem biologii musi być odkrywanie praw rządzących systemami biologicznymi, którym podporządkowane są części składowe i procesy. Uważamy to za podstawowy problem współczesnej biologii” (tamże, s. 65).

¹⁷ Por. E. Starzyńska-Kościszko, dz. cyt.

¹⁸ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2012.

pacjenta jako osoby¹⁹. Natomiast Kerr White ze współpracownikami, w ekologicznym modelu opieki nad pacjentem, postulował uwzględnianie przez podstawową opiekę zdrowotną troski o jego środowisko społeczne²⁰. Chociaż, jak zauważa Daniel P. Sulmasy²¹, żaden z tych autorów nic nie wspominał ani na temat duchowości, ani na temat śmierci, to ujęcie bio-psycho-społeczne można stosunkowo łatwo rozszerzyć na sferę duchową²².

Jedną z nielicznych teorii psychologicznych, która obok tych dwu wymiarów uwzględniła także wymiar duchowy, jest koncepcja logoterapii (gr. *logos*, rozumność, mowa, sens). Jej autorem jest austriacki psychiatra i założyciel trzeciej wiedeńskiej szkoły w psychoterapii Victor E. Frankl (1905-1997). Jego myśl, chociaż bywa niedoceniana na wielu uniwersytetach, jest ciągle inspirująca i niezwykle popularna, gdyż jego prace²³ sprzedają się w wielomilionowych nakładach na całym świecie²⁴. Wyróżniony i wpisany przezeń w obszar badań nowoczesnej nauki wymiar duchowy obejmuje swoiście ludzkie zjawiska, takie jak m.in. poszukiwanie sensu. Zauważając prawidłowość, że współczesnemu człowiekowi często łatwiej przedstawiać swoje problemy duchowe psychiatrze, a nie kapłanowi, V.E. Frankl postuluje ideę posłannictwa duchowego psychiatrii, odróżniając „duszpasterstwo lekarskie” od duszpasterstwa religijnego. Zaznacza bowiem, iż „jak niewierzący psychiatra powinien pozwolić pacjentowi zachować swoją wiarę, tak wierzący psychiatra musi pozostawić duchownemu jego urząd kapłański”. Przy tym pomoc w odnajdywaniu źródła wiary, owej „nieświadomej religijności”²⁵, nie jest celem psychoterapii, ani intencjonalnym zadaniem psychiatrii, lecz tylko następstwem w sensie skutku, *per effectum*²⁶.

W Polsce kontynuatorem myśli V.E. Frankla jest Kazimierz Popielski, który w noetycznej koncepcji zdrowia zwraca uwagę na pomijany dotąd obszar zdrowia duchowego. Ujęcie noetyczne ukazuje człowieka w trzech wymiarach: somatycznym (gr. *soma*), psychicznym (gr. *psyche*) oraz duchowym (gr. *nous*). Człowiek jako osoba jest istotą cielesno-psychiczno-duchową, chociaż funkcjonalnie jest jednością. Natomiast choroba, w tym

¹⁹ Por. G.L. Engel, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, „Science”, 1977 nr 196(4286), s. 129-136.

²⁰ Por. K.L. White, T.F. Williams, B.G. Greenberg, *The ecology of medical care*, „Bulletin of the New York Academy of Medicine”, 1996 nr 73, s. 187-212.

²¹ Por. D. P. Sulmasy, dz. cyt.

²² Por. C. Puchalski, B. Ferrell, R. Virani, S. Otis-Green, P. Baird, J. Bull, H. Chochinov, G. Handzo, H. Nelson-Becker, M. Prince-Paul, K. Pugliese, D. Sulmasy, *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*, „Journal of palliative medicine”, 2009 nr 12(10), s. 885-904.

²³ Np. V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Warszawa 2021.

²⁴ Por. M. Nieć, *Filozofia polityki Victora Frankla w cieniu Holocaustu. Refleksje politologa*. „Roczniki Nauk Społecznych”, 2014 nr 42(3), s. 141-169.

²⁵ Por. V.E. Frankl, *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Warszawa 2022.

²⁶ Por. V.E. Frankl, *Psychoterapia dla każdego*, Warszawa 1978; M. Nieć, *Koncepcja „nieświadomionej Boga” – rozważania po Holocaustie Victora Frankla*, „Roczniki Nauk Społecznych”, 2014(3), s. 141-169.

rozumieniu, jest zagrożeniem zdrowia i jego potencjalności, i stanowi element nierozdzielnej całości noo-psycho-somatycznej. W podejściu noetycznym człowiek-osoba traktowany jest jako podmiot, który nie tylko jest przez specjalistów leczony, ale sam swoim leczeniem kieruje²⁷. Docenia się tu pozabiologiczne i pozaspołeczne dynamizmy rozwoju człowieka, które tworzą bogaty świat jego przeżyć, tęsknot, dążeń i odniesień. Dostrzega się niedoceniane wcześniej metapotrzeby egzystencji osobowej, takie jak sens życia, osobiste doświadczanie sensu lub też odkrywanie i spełnianie siebie²⁸.

D. Sulmasy zauważa, że kiedy pacjenta dotyka choroba zagrażająca jego życiu, to uderza ona w jego osobę w jej całości. A całość ta obejmuje tak biologiczne, psychologiczne i społeczne aspekty osoby, jak i jej duchowy wymiar. W tak rozumianym modelu bio-psycho-społeczno-duchowym poszczególne aspekty (biologiczny, psychologiczny, społeczny i duchowy) są jedynie odrębnymi wymiarami osoby i żadnego z nich nie można oddzielić od całości. Na każdy aspekt wpływa historia i choroba danego pacjenta, a każdy aspekt może oddziaływać tak na inne aspekty danej osoby, jak i oddziaływać na nią samą²⁹.

W praktyce medycznej pionierem w udzielaniu pomocy bio-psycho-społeczno-duchowej, czyli holistycznej, była Cicely Saunders twórczyni opartego na chrześcijańskiej tradycji miłosierdzia wobec chorych ruchu hospicyjnego. W 1967 r. zainicjowała ona działalność Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie³⁰. WHO opisując pojęcie opieki całościowej, w dokumencie *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych* odwołuje się do zasad wypracowanych właśnie przez współczesny ruch hospicyjny³¹.

Od początku lat siedemdziesiątych XX w. postulaty podejścia holistycznego podjęły Ruch Holistycznego Zdrowia oraz Ruch Ludzkiego Potencjału, podkreślając znaczenie dla stanu zdrowia fizjologicznego wewnętrznych stanów istnienia człowieka. Ruchy te propagowały stosowanie wizualizacji i medytacji w celu dotarcia do mentalnych, emocjonalnych i duchowych przyczyn choroby oraz złego samopoczucia, a w konsekwencji

²⁷ Por. K. Popielski, *Zdrowie jako kategoria antropologiczno-psychologiczna*, [w:] red. Z. Czapliski, W. Muzyka, *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*, Olsztyn 1995, s. 9-18.

²⁸ Por. K. Popielski, *Noopsychoematyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny”, 1999 nr 42(4), s. 17-41.

²⁹ Por. C. Puchalski, B. Ferrell, R. Virani, S. Otis-Green, P. Baird, J. Bull, H. Chochinov, G. Handzo, H. Nelson-Becker, M. Prince-Paul, K. Pugliese, D. Sulmasy, dz. cyt.

³⁰ Por. C. Saunders, *Historia opieki hospicyjnej*, „Nowotwory”, 1993 nr 43(2), s. 105-115. W Polsce początki opieki hospicyjnej, wiążą się ze zwołanym przez ówczesnego kardynała Karola Wojtyłę, Synodem Archidiecezji Krakowskiej (1971-1978) i powstaniem grup synodalnych, z których jedna podjęła jako temat refleksji zagadnienie aktualizacji miłości w życiu chrześcijańskim. Dyskusje grupy synodalnej wsparło zaangażowanie jej członków w posługę wśród pacjentów chorych terminalnie w szpitalu w Nowej Hucie (por. H. Bortnowska, *O polski model hospicjum*, [w:] red. J. Bogusz, *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoszcz 1985, s. 49-55). Obecnie w Polsce funkcjonuje ponad sto pozarządowych hospicjów stacjonarnych, dziennych bądź domowych, prowadzonych przez stowarzyszenia świeckie i kościelne (por. L. Szot, *Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego*, „Studia Warmińskie”, 2009 nr 46, s. 221-236).

³¹ Por. WHO: Światowa Organizacja Zdrowia, *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych* (Genewa 1986), Kraków 1993.

osiągnięcia pełni ludzkiego potencjału oznaczającej zdrowie całej osoby. Idea ta, będąc sednem psychologii transpersonalnej, odwołując się do Gustava C. Junga i Abrahama Maslowa, zaczęła zauważalnie wpływać na ówczesne koncepcje zdrowia i opieki medycznej. Opieka zdrowotna miała odąd obejmować człowieka w sposób całościowy, zarówno jako osobę fizyczną, jak i duchową³².

Postulaty Ruchu Ludzkiego Potencjału znalazły swój oddźwięk także w bardzo eklektycznym dążeniu do świadomości mistycznej w nurcie New Age³³. Zwolennicy tak rozumianej medycyny holistycznej propagują alternatywne techniki leczenia pochodzące m.in. z szamanizmu i mediumizmu, takie jak np.: akupunktura, akupresura, biofeedback, homeopatia, irydologia, joga, rebirthing, a także leczenie kryształami, channelling, balansowanie czakr, przyspieszone nieświadome uczenie się, afirmacje tworzące świadomość sukcesu, odkrywanie wewnętrznego dziecka, a nawet wcześniejszych inkarnacji na Atlantydzie. Stosowanie tych technik wspiera odpowiednia psychoterapia z nurtu psychologii transpersonalnej³⁴. Obok poprawy równowagi psychiczno-duchowej, zauważalnym efektem powyższych praktyk miało być rozwiązanie problemów emocjonalnych oraz poprawa stanu fizjologicznego³⁵. Obecnie takie rozumienie duchowości jest właściwe bardziej dla „medycyny alternatywnej” niż dla medycyny opartej na badaniach naukowych.

Do medycyny spojrzenie na człowieka w sposób holistyczny przeniknęło za sprawą definicji zdrowia przedstawionej w 1946 r. przez Światową Organizację Zdrowia w preambule do Konstytucji WHO: „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, ale pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”³⁶. W świetle tej koncepcji stan zdrowia danej osoby wiąże się nieodłącznie z jej życiem psychicznym, funkcjonowaniem społecznym oraz z kondycją fizyczną.

Współczesny holistyczny model zdrowia ujmuje je wielowymiarowo wyróżniając: 1) aspekt fizyczny, czyli funkcjonowanie biologiczne organizmu, 2) aspekt psychiczny obejmujący funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne, 3) aspekt społeczny, który ukazuje sferę relacji interpersonalnych i grupowych, oraz 4) aspekt duchowy związany z osobistymi przekonaniami i religijnością³⁷. Model ten, przyjmując „tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanej choroby”³⁸, postuluje poszukiwanie takich sposobów

³² Por. N. Drury, *Psychologia transpersonalna. Ludzki potencjał*, Poznań 1995.

³³ Por. J. Mariański, *Nowa duchowość jako megatrend społeczno-kulturowy – mit czy rzeczywistość?*, „Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne”, 2015 nr 13, s. 22-45.

³⁴ Por. E. Starzyńska-Kościszko, dz. cyt.

³⁵ Por. N. Drury, dz. cyt.

³⁶ F.P. Grad, *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, „Bulletin of the World Health Organization”, 2002 nr 80(12), s. 984.

³⁷ Por. A. Gawęł, *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej*, [w:] red. A. Gawęł, B. Bieszczad, *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*, Kraków 2011, s. 83-99.

³⁸ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, dz.cyt., s. 683.

leczenia, które będą najlepiej dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, jego sytuacji rodzinnej, przynależności kulturowej, a także do przyjmowanego systemu wartości, wiary i przekonań. Podejście holistyczne respektuje społeczny kontekst choroby i także w nim poszukuje źródeł dysfunkcji pacjenta. Zarazem angażuje w udzielanie pomocy rodzinę i społeczność. Wreszcie, włącza samego pacjenta, w proces leczenia poprzez przyjmowanie kontroli nad chorobą i odbudowywania zdrowia³⁹. Podejście holistyczne uznaje, że „człowiek w odniesieniu do własnego zdrowia występuje w roli aktywnej i podmiotowej, ponosząc przy tym odpowiedzialność za dokonywane przez siebie wybory zachowań zdrowotnych”⁴⁰.

Ujęcie wielowymiarowe, zgodnie z holistyczną myślą Arystotelesa, traktuje zdrowie jako złożoną całość, która jest czymś więcej niż sumą autonomicznych części. Taka koncepcja zdrowia zakłada współzależność i współdziałanie części przynależących do różnych wymiarów (ciała, psychiki i ducha) i tworzących niesprowadzalną do poszczególnych składników całość. „Ową całość (zdrowie) należy pojmować jako odrębny byt, byt znajdujący się ponad (meta) tworzącymi go elementami”⁴¹. Zdrowie pojmowane w sposób holistyczny należy traktować jako autonomiczną wartość, która w hierarchii wartości zajmuje wyższą pozycję niż życie pojmowane jako trwanie biologiczne czy dobrostan psychofizyczny⁴². Wymiar duchowy otwiera człowieka na wartości wyższe, ponadosobiste, transcendentne, takie jak miłość, absolutny sens życia czy zbawienie.

Szczególną rolę u doświadczających cierpienia pacjentów pełni odnajdywanie celu i sensu życia. Istnieją liczne badania świadczące, że religijność pozwala lepiej radzić sobie ze stresem i bólem⁴³, poprawia dobrostan psychologiczny przez wzrost satysfakcji z życia i obniża nasilenie objawów depresji i lęku. Czynniki religijne należą również do zasobów odpornościowych wpływających na rozwój poczucia koherencji⁴⁴. Mediatorem pomiędzy religijnością a zmiennymi psychologicznymi związanymi ze zdrowiem okazuje się być poziom poczucia sensu życia obecnego w negatywnych okolicznościach życiowych⁴⁵. Szczególnym i najpopularniejszym sposobem radzenia sobie z negatywnym stresem i trudnymi sytuacjami jest modlitwa, która korzystnie wpływa na samopoczucie

³⁹ Por. E. Cipora, M. Konieczny, *Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce*, [w:] red. E. Žiaková, *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami 2. ročník Košických dní sociálnej práce*, Košice 2014, s. 19-27.

⁴⁰ A. Gaweł, dz. cyt., s. 90.

⁴¹ E. Starzyńska-Kościszko, dz. cyt. s. 325.

⁴² Por. tamże.

⁴³ Por. K.I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York 1997; E.G. Bush, M.S. Rye, C.R. Brant, E. Emery, K.I. Pargament, C.A. Riessinger, *Religious coping with chronic pain*, „Applied psychophysiology and biofeedback”, 1999 nr 24, s. 249-260.

⁴⁴ Por. B. Zarzycka, A. Tychmanowicz, *Wiara i siła. Religijność w procesach koherencji*, Lublin 2015.

⁴⁵ Por. D. Krok, *Religijny system znaczeń i religijne radzenie sobie ze stresem a eudajmonistyczny dobrostan psychiczny*, „Roczniki Psychologiczne”, 2014 nr 17.4, s. 647-664.

psychiczne (niezależnie od tego, czy ktoś modli się za siebie, czy za kogoś innego), redukuje napięcie emocjonalne i rodzi perspektywę poradzenia sobie z brakiem kontroli przez poczucie otrzymania „wsparcia” od Boga⁴⁶.

Jednakże, jak zauważył V. E. Frankl, realizacja metawartości nie zawsze pełni funkcję terapeutyczną. Niekiedy wartości z wymiaru duchowego mogą być ważniejsze niż troska tylko o zdrowie fizyczne czy o psychiczny dobrostan. Pacjent może pragnąć kochać osobę najbliższą, odczuwać potrzebę wypełniania religijnych wymagań dla zbawienia wiecznego, nawet kosztem swojego zdrowia w wymiarze fizycznym, zakłóceń psychicznej równowagi, wywoływania psychicznych napięć, narażania się na poważne wewnętrzne konflikty, a nawet narażania swojego biologicznego życia⁴⁷.

Opieka medyczna skupiona na pacjencie i wrażliwa kulturowo

Analiza literatury pozwala wyodrębnić obecnie dwa nurty holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniające wymiar duchowy w obszarze medycznej *praxis*. Oba przyjmują, że opieka duchowa jest istotną częścią całkowitej opieki nad pacjentami. Pierwszym jest model opieki medycznej uwzględniającej wielokulturowość pacjentów, który jest zwykle wypracowywany odgórnie w obrębie instytucji zdrowotnych. Natomiast drugim jest model opieki duchowej w medycynie wypracowany w sposób oddolny przez osoby niosące pomoc pacjentom cierpiącym na choroby terminalne przez wspomniany wyżej ruch hospicyjny.

Podejście holistyczne do pacjenta łączy się z koniecznością uwzględniania wielokulturowości, która staje się zjawiskiem zauważalnym także w dotąd jednolitej kulturowo współczesnej Polsce (choćby w związku z gościnnym przyjęciem przez Polaków kilku milionów uchodźców z Ukrainy z powodu wywołanej przez Rosję wojny, a także z podejmowaniem studiów przez obcokrajowców czy w związku z przyjmowaniem do pracy pracowników sprowadzanych m.in. z krajów azjatyckich). Ponadto polski personel medyczny spotyka się z odmiennością kulturową podejmując staże albo zatrudnienie za granicą⁴⁸. W takich okolicznościach nie można ignorować faktu, że religia i kultura pochodzenia pacjentów wpływa na ich stosunek do opieki medycznej. Już chrześcijanie różnych wyznań prezentują nieco odmienne oczekiwania od opieki medycznej (np. kwestia postów religijnych, stosowania środków antykoncepcyjnych, aborcji, eutanazji czy kremacji), a różnice stają się bardziej wyraźne w przypadku wyznawców buddyzmu, hinduizmu, islamu i judaizmu. Problem staje się kwestia płci personelu medycznego, posiłków zgodnych z przepisami religijnymi, tj. wegetariańskich, *halal* czy koszernych, zasad higieny,

⁴⁶ Por. B. Woźniak, *Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań*, „Przegląd Socjologiczny”, 2012 nr 61.2, s. 207-242.

⁴⁷ Por. V.E. Frankl, *Psychoterapia dla każdego...*, dz. cyt.; V.E. Frankl, *Bóg ukryty...*, dz. cyt.

⁴⁸ Por. H. Grzymała-Moszczyńska, M. Pawlus, P. Hartmann, T. Jackowska, *Kulturowo wrażliwa opieka medyczna*, „Pediatria Polska”, 2012 nr 87.3, s. 286-292.

świętowania szabasu i świąt religijnych, obrzezania, a także stosunek do szczepień, transplantologii, transfuzji krwi oraz medycznej sekcji zwłok⁴⁹.

Świadczenie opieki medycznej zgodnie z kulturą i religią pacjenta zawsze jest wyzwaniem dla całego personelu medycznego, aby móc zaoferować mu najodpowiedniejsze wsparcie w najrozmaitszych sytuacjach życia. Wymaga pogłębionej wiedzy na temat odmienności etnicznej, religijnej czy obyczajowej pacjenta oraz związanych z nią określonych oczekiwań. Podejście holistyczne pozwala dostrzec jak ważne jest, aby w procesie leczenia i opieki medycznej unikać nawet mimowolnych, ale jednak bolesnych zranień uczuć religijnych każdego pacjenta⁵⁰. Świadczenia zdrowotne w tym podejściu powinny odpowiadać oczekiwaniom pacjentów i uwzględniać ich różnorodność kulturową, gdyż każda osoba ma prawo do poszanowania jej przekonań i wartości kulturowych. To zaś wymaga przystosowania standardów interwencji medycznej do potrzeb indywidualnych pacjentów. Przykładem standardów wrażliwej kulturowo i w pełni profesjonalnej opieki medycznej jest amerykański model Skoncentrowanej na Pacjencie Kulturowo Wrażliwej Opieki Zdrowotnej (Patient-Centered, Culturally Sensitive Health Care; PC-CSHC)⁵¹. Caroline Tucker ze współautorami podaje, że wrażliwa kulturowo opieka zdrowotna została zdefiniowana przez rządowe Biuro ds. Zdrowia Mniejszości (Office of Minority Health) jako „zdolność odpowiedniego reagowania na postawy, uczucia lub sytuację grup ludzi, których łączy wspólne i wyróżniające się dziedzictwo rasowe, narodowe, religijne, językowe lub kulturowe”⁵². Model PC-CSHC szczegółowo opisała H. Grzymała-Moszczyńska ze współpracownikami, odnosząc go do sytuacji w Polsce⁵³.

Badania empiryczne potwierdzają słuszność modelu PC-CSHC. Jeśli pacjenci doświadczają wrażliwości i szacunku dla ich kulturowych i religijnych wartości ze strony personelu, to bardziej mu ufają i staranniej przestrzegają zaleceń lekarskich, co w konsekwencji znacząco wpływa na efekty leczenia. Wzrasta ich poczucie kontroli i współodpowiedzialności za proces leczenia. Ponadto wzrasta poziom satysfakcji z otrzymywanej pomocy, a obniża się odczuwany poziom stresu. W efekcie pacjenci chętniej przyjmują styl życia sprzyjający poprawie stanu zdrowia, ściślej przestrzegają zaleceń związanych z przyjmowaniem leków⁵⁴. Natomiast niewrażliwa kulturowo opieka zdrowotna jest głów-

⁴⁹ Por. M. Kuczyńska, K. Wala, O. Makarewicz, J. Jaszczak, K. Dorna, J. Gnus, *Jak współczesna medycyna podchodzi do tematu wielokulturowości? Wspólne szanse i zagrożenia*, [w:] red. E. Krajewska-Kułak i in., *W drodze do brzegu życia*, t. 16, Białystok 2018, s. 602-610.

⁵⁰ Por. J. Pruszyński, J. Putz, D. Cianciara, *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 48(1), s. 108-114.

⁵¹ Por. C.M. Tucker, T.M. Arthur, J. Roncoroni, W. Wall, J. Sanchez, *Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care*, „American Journal of Lifestyle Medicine”, 2015 nr 9(1), s. 63-77. DOI: 10.1177/1559827613498065.

⁵² C.M. Tucker, M. Marsiske, K.G. Rice, J.D. Jones, K.C. Herman, *Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement*, „Health Psychology”, 2011 nr 30(3), s. 343. DOI: 10.1037/a0022967.

⁵³ Por. H. Grzymała-Moszczyńska, M. Pawlus, P. Hartmann, T. Jackowska, dz. cyt.

⁵⁴ Por. tamże, s. 289-290.

nym czynnikiem przyczyniającym się do pogorszenia wyników zdrowotnych oraz do ponoszenia większych kosztów leczenia⁵⁵.

Uwzględnianie wrażliwej kulturowo opieki medycznej staje się coraz bardziej aktualne również z tego powodu, iż wspomniane we wstępie opracowania gwałtowne przemiany religijności w Polsce, mogą szybko doprowadzić do sytuacji, gdzie pacjent–katolik stanie się kimś obcym kulturowo dla młodego pokolenia personelu medycznego.

Zasady opieki duchowej w medycynie

Pierwotnym kontekstem genezy i realizacji idei świadczenia opieki duchowej w medycynie jest obszar opieki paliatywnej. Zgodnie z założeniami C. Saunders, opieka paliatywna zawsze miała charakter holistyczny i odnosiła się do duchowości i religijności pacjenta⁵⁶. WHO definiuje obecnie opiekę paliatywną jako proces obejmujący „wczesne wykrywanie, dokładną ocenę i leczenie bólu oraz innych objawów fizycznych, a także problemów psychospołecznych i duchowych”⁵⁷.

W literaturze dotyczącej opieki zdrowotnej pojawia się niejednokrotnie kwestia jak definiować duchowość⁵⁸, zwłaszcza w odniesieniu do religijności. Sposoby rozumienia i rozróżniania pojęć duchowości i religijności spotykane w psychologii religii częściowo się pokrywają, ale nie są tożsame⁵⁹. Wydaje się, że obecnie udało się osiągnąć konsensus, iż duchowość jest pojęciem szerszym niż religia⁶⁰. Ponadto różnorodność kulturowa w rozumieniu duchowości⁶¹ może znacząco wpływać na sposób pojmowania miejsca religii w duchowości człowieka. Na tle toczących się debat i istnienia wielu definicji duchowości praktycznie przyjmuje się całe bogactwo duchowej różnorodności przy jednoczesnym poszukiwaniu wspólnej płaszczyzny⁶². Postulat uwzględniania duchowości i religijności pacjenta staje się zatem niezależny od jego wyznania i religii, czy to buddyjskiej, islamskiej, judaistycznej czy chrześcijańskiej⁶³.

⁵⁵ Por. C.M. Tucker, T.M. Arthur, J. Roncoroni, W. Wall, J. Sanchez, dz. cyt.

⁵⁶ Por. P. Krakowiak, *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę*, [w:] red. P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska, *Przewlekle chory w domu*, Gdańsk 2011, s. 347-370.

⁵⁷ WHO: *WHO definition of palliative care 2002*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ [dostęp 20.05.2022].

⁵⁸ Por. M.C. Best, B. Vivat, M.J. Gijsberts, *Spiritual care in palliative care*, „Religions”, 2023 nr 14.3 320, s. 1-11. DOI: 10.3390/rel14030320.

⁵⁹ Por. B.J. Soiński, *Osobowość a nawrócenie. Psychologiczno-pastoralna analiza osobowości nawróconych członków zakonów i grup religijnych*, Poznań 2010, s. 33-35.

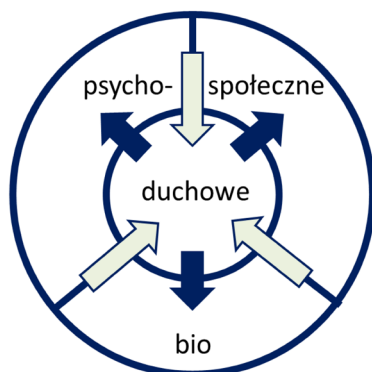
⁶⁰ Por. A.B. Astrow, C.M. Puchalski, D.P. Sulmasy, *Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations*, „American Journal of Medicine”, 2001 nr 110.4, s. 283-287. DOI: 10.1016/S0002-9343(00)00708-7

⁶¹ Por. I. Hanssen, G. Pedersen, *Pain relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care*, „Palliative and Supportive Care”, 2013 nr 11, s. 523-530.

⁶² Por. S. Nolan, Ph. Saltmarsh, C. Leget, *Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force*, „European Journal of Palliative Care”, 2011 nr 18, s. 86-89.

⁶³ Por. A. Ostaszewska, *Badania nad efektywnością włączania tematyki duchowości i religijności w psychoterapii*, „Psychoterapia” 2014 nr 2(169), s. 5-18.

Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM) zdefiniowało duchowość jako: „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych”⁶⁴. Duchowość jest zatem poszukiwaniem transcendentnego znaczenia, co większość ludzi wyraża w praktykach religijnych. Natomiast „inni wyrażają swoją duchowość wyłącznie w relacjach z naturą, muzyką, sztuką lub zbiorem przekonań filozoficznych lub relacjami z przyjaciółmi i rodziną”⁶⁵.



Rys. 1. Pozycja duchowości w bio-psycho-społeczno-duchowym modelu opisu człowieka (za: Integraal Kankercentrum Nederland, 2018⁶⁶)

Natomiast Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (European Association for Palliative Care - EAPC) przyjęło, że „duchowość to dynamiczny wymiar życia ludzkiego, który odnosi się do sposobu, w jaki osoby (jednostki i wspólnoty) doświadczają, wyrażają i/lub poszukują znaczenia, celu i transcendencji, a także do sposobu, w jaki łączą się z bieżącą chwilą, z samym sobą, z innymi, z naturą, oraz z tym, co znaczące i/lub święte (*sacrum*)”⁶⁷. Użyte w tej definicji słowo „dynamika” podkreśla, że duchowość jest procesem i że jej forma ulega zmianom. W takim bio-psycho-społeczno-duchowym modelu opisu człowieka duchowy wymiar natury ludzkiej leży u podstaw sfery biologicznej, psychologicznej i społecznej. Stąd nie zawsze jest bezpośrednio widoczny i dostępny. Na rysunku 1 zilustrowano, że duchowość jest ukrytą, osobistą, intymną, jednoczącą „warstwą podstawową” i „wewnętrzzną perspektywą” dla biologicznych, psychologicznych i społecznych wymiarów ludzkiego bytu. Sposób, w jaki te wymiary są ze sobą powiązane, zależy zawsze od kontekstu kulturowego.

⁶⁴ PTODM, *Co to jest duchowość*, <https://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> [dostęp: 24.09.2022].

⁶⁵ D.P. Sulmasy, dz. cyt.

⁶⁶ Por. Integraal Kankercentrum Nederland, *Existential and Spiritual Aspects of Palliative Care. National guideline*. Version 2.0, 30 September 2018, https://palliaweb.nl/getmedia/35a8c9d9-2fc8-4931-b2ed-1e7d8fa5bbd1/rl_Existential_and_spiritual_aspects_of_palliative_care.pdf [dostęp: 29.03.2024].

⁶⁷ S. Nolan, Ph. Saltmarsh, C. Leget, dz. cyt., s. 88

Jak podkreśla Małgorzata Krajnik ze współpracownikami⁶⁸, duchowość obejmuje trzy obszary. Pierwszym jest religijność rozumiana jako relacje człowieka z Bogiem, jego osobiste przekonania, zwyczaje, obrzędy i praktyki religijne, tak indywidualne, jak i wspólnotowe. Drugi to poszukiwania egzystencjalne odnoszące się zwłaszcza do sensu życia, cierpienia i śmierci, do kwestii własnej godności i tego, kim właściwie się jest jako osoba, a także odnoszące się do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpaczy, pojednania i przebaczenia, miłości i radości. Trzecim obszarem duchowości są wartości, które człowiek ceni i realizuje w życiu, zwłaszcza relacje z samym sobą, z bliskimi i innymi ludźmi, jego stosunek do pracy, do przyrody, sztuki i kultury, oraz jego wybory w sferze moralności i etyki⁶⁹.

W świetle przytoczonych wyżej definicji duchowości opiekę duchową należy rozumieć jako spełnianie religijnych potrzeb pacjenta, zadbanie o realizację jego pragnienia bliskości z innymi osobami, co wzmacnia jego poczucie sensu życia oraz staje się dla niego źródłem możliwej do spełnienia nadziei⁷⁰. Zatem opieka duchowa ma zakres szeroki, wykraczający poza aspekty religijne i kierowana winna być do wszystkich pacjentów, także do tych, którzy z żadną religią się nie identyfikują.

Obecnie wyróżnia się dwa poziomy świadczenia opieki duchowej w szpitalach: podstawowy oraz specjalistyczny⁷¹. Opiekę duchową w podstawowym zakresie realizuje wielodyscyplinarny zespół personelu złożony z przedstawicieli różnych zawodów: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, logopedzi, terapeuci zajęciowi, psychologowie, kapelani, pracownicy socjalni i inni. Wszystkie osoby świadczące opiekę zdrowotną powinny być przeszkolone i kompetentne w zakresie oceny potrzeb duchowych pacjenta⁷². WHO postuluje, że „pracownicy opieki zdrowotnej mają etyczny obowiązek łagodzenia bólu i cierpienia, niezależnie od tego, czy ma ono charakter fizyczny, psychospołeczny, czy duchowy” i konieczne jest „interdyscyplinarne podejście do potrzeb pacjentów i ich rodzin”⁷³. Przy czym podkreślić należy znaczenie przejrzystości komunikacji pomiędzy tymi osobami, aby każdy wiedział, kto jest odpowiedzialny za opiekę duchową nad danym chorym⁷⁴.

⁶⁸ Por. M. Krajnik, P. Gajewski, S. Gołota, J. Pawlikowski, G. Giemza, M. Krobicki, H. Kutaj-Wąsikowska, A. Muszala, *Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie*. „Medycyna Praktyczna” 2020 nr 12, s. 146-152.

⁶⁹ Por. M. Krajnik, *Whole person care: a hope for modern medicine?* “Polish Archives of Internal Medicine”, 2017 nr 127(10), s. 712-714. DOI: 10.20452/pamw.4100; C.M. Puchalski, R. Vitillo, S.K. Hull, N. Reller, *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*, “Journal of Palliative Medicine”, 2014 nr 17.6, s. 642-656.

⁷⁰ Por. M. Krajnik, P. Gajewski, S. Gołota, J. Pawlikowski, G. Giemza, M. Krobicki, H. Kutaj-Wąsikowska, A. Muszala, dz. cyt.

⁷¹ Por. tamże.

⁷² Por. A. Vandenhoeck, *Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 2013 nr 123, s. 552–557. DOI: 10.20452/pamw.1933.

⁷³ Pan American Health Organization, *World Health Organization. Palliative care*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=pt#gsc.tab=0 [dostęp: 24.09.2022].

⁷⁴ Por. M. Best, C. Leget, A. Goodhead, P. Paal, *Wielodyscyplinarna edukacja w zakresie opieki duchowej w opiece paliatywnej. Biła księga European Association for Palliative Care*, “Medycyna Praktyczna”, 2022 nr 9, s. 125-140. DOI: 10.1186/s12904-019-0508-4.

Natomiast specjalistyczna opieka duchowa w szpitalach świadczona jest tradycyjnie przez odpowiednio przeszkolonych kapelanów szpitalnych w formie indywidualnej pomocy duszpasterskiej⁷⁵. W wielu krajach istnieje też model zespołowej opieki duszpasterskiej z udziałem kapelanów i innych świeckich członków zespołu opieki duchowej⁷⁶. Opieka specjalistyczna jest zarazem otwarta na ekumeniczną i międzyreligijną współpracę w trosce o potrzeby duchowo-religijne każdego z podopiecznych i jego rodziny⁷⁷. Członek zespołu specjalizujący się w zakresie opieki duchowej udziela jej bez względu na religijność czy wyznanie chorego. Stąd takiego specjalistę nazywa się rozmaicie np. kapelanem, duszpasterzem, księdzem, specjalistą opieki duchowej w opiece zdrowotnej, doradcą humanistycznym lub filozofem egzystencjalnym wyspecjalizowanym w opiece duchowej⁷⁸.

W sytuacji, gdy w jakimś kraju opieka duchowa w opiece zdrowotnej pozostaje domeną przedstawicieli wspólnot religijnych, gdyż nie zatrudnia się osób wyspecjalizowanych w świadczeniu opieki duchowej, to mogą pojawić się trudności w zagwarantowaniu w pełnym zakresie świadczenia opieki duchowej wszystkim pacjentom, niezależnie od ich wyznania. Ponadto, w krajach o tradycji katolickiej duchowość uznaje się raczej za rdzeń religii i z tego powodu niektórzy pacjenci mogą odrzucać opiekę duchową, uważając, że nie są osobami „religijnymi”. To znowu prowadzi może do zaniedbania troski o pozareligijne poszukiwanie sensu przez takich pacjentów. Stąd Megan Best ze współpracownikami sugerują, aby zastanowić się nad używaniem określenia alternatywnego do opieki duchowej, np. opieka egzystencjalna⁷⁹.

Przykładowe modele świadczenia opieki duchowej w medycynie

W niektórych krajach towarzystwa naukowe i grupy ekspertów medycyny paliatywnej wypracowały zalecenia dotyczące świadczenia opieki duchowej przez personel medyczny⁸⁰. Interesującym przykładem takiej praktyki mogą być holenderskie *Wytuczne dotyczące opieki duchowej* (nl. *Richtlijn spirituele zorg*)⁸¹ oparte na wyróżnieniu trzech poziomów

⁷⁵ Por. M. W. Klimasiński, *Spiritual care in the intensive care unit*, „Anaesthesiol Intensive Therapy”, 2021 nr 53, 4, s. 350-357. DOI: 10.5114/ait.2021.109920.

⁷⁶ Por. P. Krakowiak, A. Janowicz, *Nowe propozycje opieki ze strony zespołowego duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 2012 nr 2, s. 153-159.

⁷⁷ Por. A. Vandenhoeck, dz. cyt.

⁷⁸ Por. G. Handzo, *Spiritual care for palliative patients*, „Current Problems in Cancer”, 2011 nr 35.6, s. 365-371.

⁷⁹ Por. M. Best, C. Leget, A. Goodhead, P. Paal, dz. cyt.

⁸⁰ Por. M. Krajnik, *Komentarz*, [w:] C.M. Puchalski: *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna”, 2016 nr 5, s. 122-124.

⁸¹ Por. *Integraal Kankercentrum Nederland, Spirituele zorg. Landelijke richtlijn*, Versie: 1.0 (Laatst gewijzigd: 06-06-2010). Methodiek: Consensus based. Verantwoording: Agora werkgroep “Richtlijn spirituele zorg”, <https://www.venvn.nl/media/qd5pzo14/landelijke-richtlijn-spirituele-zorg-iknl-2010.pdf> [dostęp: 29.03.2024]; C.J.W. Leget, *Richtlijn Spirituele zorg*, [w:] red. A. de Graeff, J.M.P. van Bommel, R.H.P.D. van Deijck, R. Krol, W.H. Oldenmenger, E.J. Vollaard, *Palliatieve Zorg: Richtlijnen voor de Praktijk*, Utrecht 2010, s. 632-662, http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php&id=54343®io_filter=5 [dostęp: 29.03.2024].

pomocy duchowej (A, B, C). Poziomy te tworzą niejako rosnącą skalę w zależności od powagi stanu zdrowia pacjenta. Uwzględniono w nich zróżnicowaną rolę poszczególnych świadczeniodawców: 1) lekarza i pielęgniarki, 2) medycznego pracownika socjalnego i psychologa oraz 3) kapelana. Każdy z nich dysponuje specjalistyczną wiedzą i ponosi odpowiedzialność za inny wymiar opieki. Każdy ma również swój własny sposób coachingu związany ze swoją dyscypliną i pełni inną rolę w odniesieniu do pacjenta. Opiekunowie duchowi wywołują inną reakcję niż lekarze i pielęgniarki, co ma znaczący wpływ na to, co chory mówi pielęgniarce, lekarzowi, psychologowi czy kapelanowi. Dlatego zalecana jest praca wielodyscyplinarna z wzajemnymi konsultacjami.

Pierwszy poziom opieki duchowej (A) to uważność (nl. *Aandacht*). Pomoc na tym poziomie stosowana jest przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego (lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych i psychologów), którzy nieustannie winni być wyczuleni na to, co jest ważne dla chorego. Istnieją dwie formy uważności. Pierwszą jest otwarte słuchanie, bycie obok, obecność i wspólne pomilczenie oraz danie choremu czasu, który może dopiero zacząć sobie uświadamiać, co się w nim dzieje. Drugą formą uważności jest krótka diagnostyczna eksploracja wymiaru duchowego, która zostaje zapisana w karcie pacjenta i staje się priorytetem w strategii dziennego porządku świadczenia opieki. To ocena jego potrzeb duchowych (np. z wykorzystaniem narzędzi FICA⁸², FAITH⁸³, HOPE⁸⁴ i Q2-SAM⁸⁵) i „wywiad duchowy” na temat ważnych dla pacjenta praktyk religijnych i zadbanie o ich dostępność. Uważność to także refleksja każdego członka zespołu medycznego nad własną duchowością i traktowanie jej jako składowej swojego profesjonalnego rozwoju⁸⁶.

Drugi poziom opieki duchowej (B) to towarzyszenie (nl. *Begeleiding*), czyli wspieranie i doradzanie, wtedy gdy pacjent tego chce, bo takiego towarzyszenia nigdy nie należy nikomu narzucać. To coś więcej, niż tylko być wyczulonym na potrzeby chorego w zakresie duchowości. To otwartość na pomoc w poszukiwaniu sensu. Pomoc na tym poziomie może być stosowana przez każdego członka personelu medycznego. Wymaga to od klinicystów zrozumienia procesu, przez jaki przechodzi chory w swoim rozwoju duchowości w czasie choroby, a także uznania własnych ograniczeń. Wówczas może być pomocna współpraca z kapelanem lub z innymi członkami zespołu specjalistycznej opieki duchowej.

⁸² Por. C.M. Puchalski, *Spiritual Care in Health Care: Guideline, Models, Spiritual Assessment and the Use of the©FICA Spiritual History Tool*, [w:] red. A. Büssing, *Spiritual Needs in Research and Practice*. Palgrave Macmillan, Cham 2021, s. 27-45. DOI: 10.1007/978-3-030-70139-0_3

⁸³ Por. D. Neely, E. Minford, *FAITH: Spiritual history-taking made easy*, „Clinical Teacher”, 2009 nr 6, s. 181–185. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2009.00317.x.

⁸⁴ Por. J. Żołniercz, *Opieka duchowa w praktyce. Narzędzia do oceny duchowości pacjenta: HOPE, SPIRIT, CSI-MEMO, FAITH*, [w:] red. E. Chodźko, P. Szymczyk, *Wybrane prace z obszaru prawa, ekonomii i nauk społecznych*, Lublin 2018, s. 212-222.

⁸⁵ Por. L. Ross, W. McSherry, *The power of two simple questions*, „Nursing Standard”, 2018 nr 9, s. 439-447. DOI: 10.7748/ns.33.9.78.s22.

⁸⁶ Por. A. Sajja, C. Puchalski, *Healing in modern medicine*, „Annals of Palliative Medicine”, 2017 nr 6(3), s. 206-210. DOI: 10.21037/apm.2017.0.

Trzeci poziom opieki duchowej (C) to interwencja kryzysowa (nl. *Crisisinterventie*), czyli leczenie w stosownych przypadkach nasilonego bólu duchowego. Na tym etapie ważne jest, aby klinicysta umiał zidentyfikować kryzys duchowy i podjął współpracę z kapłanem lub innym specjalistą opieki duchowej⁸⁷. Oznakami, które mogą wskazywać na kryzys duchowy, może być kwestionowanie sensu własnego życia, żal lub utrata więzi z samym sobą, z innymi lub z siłą wyższą (Bogiem), głęboka zmiana w osobie lub cykliczny, czasami rozpaczliwy proces poszukiwania równowagi, której nie udaje się uzyskać⁸⁸. W rozpoznaniu sytuacji kryzysu inicjatywa jest po stronie lekarza. W rozpoznaniu i leczeniu wspierają go medyczny pracownik socjalny i psycholog, a kapłan i zespół duszpasterski podejmują duchowe prowadzenie chorego.

Z kolei w USA, Judy E. Davidson ze współpracownikami z University of California w San Diego⁸⁹, na podstawie przeglądu szeregu danych z ankiet wśród świadczeniodawców i pacjentów a także wyników badań z lat 1980-2004, przeanalizowali postawy i praktyki personelu medycznego oraz postawy i potrzeby pacjentów związane z duchowością i religią. W efekcie sformułowali szereg wytycznych, wśród których cztery zalecenia dotyczyły wsparcia duchowego i religijnego w praktyce klinicznej:

1. Zespół medyczny ocenia potrzeby duchowe pacjenta, a ustalenia które mają wpływ na jego zdrowie i leczenie są uwzględniane w planie dalszej opieki.
2. Lekarze zapoznają się z raportami członków zespołu pomocniczego (kapelana, pracowników socjalnych i pielęgniarek), aby uwzględniać ich punkt widzenia w dalszej opiece nad pacjentem. Kapelani i osoby przeszkolone w kwestii problemów duchowych mogą zapewnić medycznym specjalistom ds. intensywnej terapii wielu dodatkowych informacji dotyczących stanu pacjenta.
3. Pielęgniarki i lekarze przechodzą szkolenie w zakresie świadomości zagadnień duchowych i religijnych, aby mogli właściwie ocenić stan pacjentów i wykorzystać ustalenia zawarte w planie opieki sporządzonym przez pracowników socjalnych i kapłanów.
4. Jeśli pacjent prosi, aby pracownik służby zdrowia modlił się razem z nim, a pracownik zgadza się na to bez poczucia dyskomfortu, prośba ta powinna zostać uszanowana i uznana za część spektrum intensywnej terapii holistycznej⁹⁰.

⁸⁷ Por. M. Krajnik, P. Gajewski, S. Gołota, J. Pawlikowski, G. Giemza, M. Krobicki, H. Kutaj-Wąsikowska, A. Muszala, dz. cyt.

⁸⁸ Por. Integraal Kankercentrum Nederland, *Existential and Spiritual Aspects of Palliative Care*, dz. cyt.

⁸⁹ Por. J. Davidson, K. Powers, K. Hedayat, M. Tieszen, A. Kon, E. Shepard i in., *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force 2004-2005*, "Critical Care Medicine", 2007 nr 35, s. 605-622. DOI: 10.1097/01.

⁹⁰ Por. M.W. Klimasiński, dz. cyt.

Zastosowanie opieki duchowej w medycynie wg modelu bio-psycho-społeczno-duchowego

Christina M. Puchalski⁹¹ wskazuje, że w świetle bio-psycho-społeczno-duchowego modelu opieki na pacjentem wyróżnić należy specyficzne objawy dotyczące każdego z czterech wymiarów ludzkiej egzystencji: 1) wymiar fizyczny obejmuje ból i inne dolegliwości związane z chorobą; 2) wymiar emocjonalny dotyczy doświadczania depresji, lęku, psychoz czy zaburzeń psychicznych; 3) wymiar społeczny obejmuje kwestie finansowo-materialne, relacje z innymi oraz wsparcie społeczne; 4) natomiast wymiar duchowy zawiera w sobie poczucie sensu, znaczenia, cele, nadzieję, wiarę, poczucie przynależności, miłość, przebaczenie i pojednanie, stosunek do tego, co transcendentne, święte i boskie, ale także demoralizację, rozpacz i zwątpienie, izolację, niezdolność do przebaczenia, niechęć i urazy oraz brak poczucia transcendencji.

Tab. 1. Przykładowy opis stanu pacjentki wg modelu bio-psycho-społeczno-duchowego wg C. M. Puchalski (2016, s. 123)⁹²

Chora (52 lata) cierpi na raka jajnika w późnym stadium

wymiar fizyczny
Ból jest pod kontrolą; zaleca się kontynuowanie leków. Nudności; w dalszym ciągu cierpi na nudności i wymioty, być może wskutek częściowej niedrożności jelita cienkiego. Dołączyć oktreotyd.
wymiar emocjonalny
Przekonanie, że przegrała walkę, wywołuje żal. Płacliwość, problemy ze snem. Wspieranie, obecność.
wymiar społeczny
Nie wie, jak powiedzieć bliskim, że umiera. Konsultacja z pracownikiem opieki społecznej w celu zorganizowania spotkania z rodziną.
wymiar duchowy
Brak nadziei, poczucie sensu widzi w wygranej walce; inspiruje ją aktywność w stowarzyszeniu chorych na raka jajnika. Nie jest religijna, ale pyta o to, jak „umierają żydowscy pacjenci”. Opracowanie listy marzeń, planowanie spadkowe, zachęcanie do kontaktu ze stowarzyszeniem chorych na raka jajnika, skierowanie do kapelana i rabina.

⁹¹ Por. C.M. Puchalski, *Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 2013 nr 9(123), s. 491-497. DOI: 10.20452/pamw.1893.

⁹² C. M. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna”, 2016 nr 5, s. 123. [116-124].

Zgodnie z modelem bio-psycho-społeczno-duchowym zadaniem lekarza jest ocena stanu pacjenta we każdym z wyróżnionych wymiarów, którą odpowiednio odnotowuje w dokumentacji medycznej. Dzięki temu można ustalić sposób leczenia czy interwencji odpowiednie dla każdego wymiaru; określa się także zasoby i źródła siły pacjenta. Przyjęty plan leczenia należy stale modyfikować według aktualnych potrzeb. W tabeli 1. ukazano przytoczony przez C. M. Puchalski przykład oceny stanu pacjentki i planu leczenia w świetle modelu bio-psycho-społeczno-duchowego.

W powyższym modelu centralną częścią opieki jest duchowość. W praktyce klinicznej będzie się ona przejawiać w tym jak pacjent rozumie swoją chorobę. Ponadto może wpływać na sposób, w jaki on i jego najbliżsi radzą sobie z sytuacją choroby. Może także wpływać na efekty leczenia oraz decyzje dotyczące podejmowania form dalszego leczenia. Wyniki badań pokazały, że chorzy w wielu przypadkach oczekują od lekarzy i pielęgniarek uwzględnienia ich duchowości, jako jednej z ważnych potrzeb, co może wpływać na sposób radzenia sobie ze stresem, na wytrzymałość psychiczną w chorobie⁹³, poprawiać relację lekarza i zespołu medycznego z chorym i jego rodziną, a w efekcie zwiększa skuteczność leczenia i opieki, ułatwia „trafność” podejmowania decyzji medycznych⁹⁴, a nawet poprawia finansowanie opieki zdrowotnej⁹⁵.

Zakończenie

Przemiany współczesnego myślenia na temat związków leczenia medycznego z innymi sferami funkcjonowania człowieka trwają od ponad stu lat i można dostrzec zauważalny postęp w tym zakresie. Koncepcja holistyczna ujmuje obecnie człowieka jako istotę funkcjonującą w odrębnych, ale oddziałujących na siebie wzajemnie wymiarach: biologicznym, psychicznym, społecznym oraz duchowo-religijnym. Rozwój holistycznej myśli w medycynie przebiega równoległe do rozwoju praktyk medycznych i pastoralnych.

Analiza publikacji dotyczących opieki duchowej w medycynie, którą w sposób wycinkowy ukazano wyżej, napawa optymizmem. Można dostrzec proces wzrostu świadomości personelu medycznego o konieczności zapewniania opieki duchowej pacjentom. Z roku na rok przybywa doświadczeń w zakresie świadczenia opieki duchowej przez personel medyczny oraz dotyczących współpracy personelu z kapelanami.

Wyrażna jest ewolucja poglądów i podejść do tego tematu w środowiskach medycznych, a także poszerzanie obszaru świadczenia opieki duchowej w medycynie. Początkowo bowiem dotyczyła ona opieki paliatywnej, a obecnie dostrzega się jej potrzebę w każdym obszarze świadczenia pomocy medycznej, tak by nie przeoczyć potrzeb duchowych żadnego z pacjentów, niezależnie od wyznania, religijności i kultury. Szczególnie cenne

⁹³ Tamże.

⁹⁴ Por. M. Krajnik, P. Gajewski, S. Gołota, J. Pawlikowski, G. Giemza, M. Krobicki, H. Kutaj-Wąsikowska, A. Muszala, dz. cyt.

⁹⁵ Por. T. Balboni, M. Balboni, M. E. Paulk, A. Phelps, A. Wright, J. Peteet, i in., dz.cyt.

było dostrzeżenie wyzwań dla interdyscyplinarnej opieki duchowej, które ujawniły się w czasie „pandemii COVID-19”⁹⁶.

Obecnie opieka duchowa w medycynie jest coraz powszechniej rozumiana jako istotna część całkowitej opieki nad pacjentem. Korzyści ze świadczenia opieki duchowej odnoszą wszystkie strony związane z opieką medyczną, tak instytucje lecznicze cieszące się ekonomicznymi korzyściami skrócenia lub łagodzenia procesu leczenia przy uwzględnianiu potrzeb duchowych pacjentów, jak i personel medyczny z powodu polepszenia relacji z chorymi i zaufania do ich profesjonalnego podejścia, co wspiera opiekę zdrowotną, a także wszyscy pacjenci i ich najbliżsi z powodu wzmocnienia poczucia godności, indywidualności i podmiotowości w procesie leczenia, co wpływa na poprawę jakości ich życia pomimo cierpienia i choroby. Dobrze że powstają środowiska, ruchy, organizacje i stowarzyszenia postulujące rozwój opieki duchowej w medycynie i że te oddolne wysiłki są wspierane deklaracjami i procedurami zalecanymi przez WHO. Ważne jest prowadzenie na arenie międzynarodowej coraz liczniejszych badań naukowych w tym zakresie, jak i promowanie i popularyzowanie naukowej wiedzy nie tylko w środowisku medycznym. Jednak najważniejszym znakiem czasu dostrzegania znaczenia opieki duchowej w medycynie jest wprowadzanie programów szkoleniowych w edukacji personelu medycznego uwzględniających treningi opieki duchowej dla klinicystów, wypracowywanie programów i praktycznych procedur przez poszczególne państwa, jak i placówki medyczne, uwzględnianie zaangażowania i zatrudniania w placówkach medycznych nie tylko kapelanów, ale członków zespołów opieki duchowej.

Także w Polsce dostrzega się wzrost świadomości na temat włączenia opieki duchowej do zakresu opieki medycznej. Oprócz rozwijającego się od dziesięcioleci ruchu hospicyjnego należy odnotować powstanie w 2016 r. Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM)⁹⁷. Natomiast w zakresie specjalistycznej edukacji, której celem jest świadczenie zespołowej opieki duszpasterskiej z udziałem duchownych i świeckich warto odnotować rozpoczęcie w 2009 roku w Krakowie pierwszego programu szkoleniowego obejmującego nowe wymiary stażu duszpasterskiego i klinicznego⁹⁸, a także otwarcie w 2011 r. Podyplomowych Studiów Zespołowej Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

⁹⁶ Por. C. Puchalski, R. Bauer, B. Ferrell i in., *Palliative care in the COVID-19 pandemic briefing note. Interprofessional spiritual care in the time of COVID-19*. International association for hospice & palliative care. 2020, <http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/briefing-note-interprofessional-spiritual-care-in-the-time-of-covid-19.pdf> [dostęp: 24.09.2022]. Niestety, procedury narzucone podczas „pandemii COVID-19” skupiały się na leczeniu osób ciężko chorych oraz na ograniczaniu rozprzestrzeniania się wirusa, a praktycznie zignorowano fakt, że chorzy w stanie zagrożenia życia, mogą bardzo cierpieć, nie tylko fizycznie i psychospołecznie z powodu izolacji, ale również duchowo (por. M. Krajnik, P. Gajewski, S. Gołota, J. Pawlikowski, G. Giemza, M. Krobicki, H. Kutaj-Wąsikowska, A. Muszala, dz. cyt.).

⁹⁷ Por. *Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie*, <https://ptodm.org.pl/> [dostęp: 12.04.2024].

⁹⁸ Por. P. Krakowiak, K. Skrzypińska, I. Damps-Konstańska, E. Jassem, *Walls and barriers. Polish achievements and the challenges of transformation: Building a hospice movement in Poland*, „Journal of Pain and Symptom Management”, 2016 nr 52(4), s. 600-604. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.07.009.

Absolwenci tych studiów uzyskują wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne dotyczące duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej, konieczne do pełnienia funkcji kapelana lub asystenta świeckiego w posłudze duszpasterskiej na terenie szpitala, hospicjum lub innej placówki medycznej lub pomocy społecznej⁹⁹.

Rozwija się idea i podejmowane są praktyczne próby zaangażowania zespołów duszpasterskich, chociaż nie wszystko przebiega w sposób płynny i bezproblemowy, np. z powodów ograniczonych źródeł finansowania specjalistycznej opieki duchowej. Podobnie należy dostrzec, że w codziennej praktyce klinicznej nadal opieka duchowa wielokrotnie ma charakter przypadkowy. Jej potrzeba bywa uznawana przez opiekunów dopiero wtedy, gdy chory (lub jego najbliżsi) wyraźnie wyraża swoje potrzeby religijne. Natomiast w wielu przypadkach leczenia medycznego duchowość pacjenta pozostaje w zasadzie niewidoczna, a potrzeby duchowe pozostają niezdiagnozowane i niezintegrowane z całym planem opieki¹⁰⁰. Zatem potrzeba dalszej popularyzacji wiedzy naukowej i klinicznej dotyczącej korzyści podejścia holistycznego do pacjenta.

Bibliografia

1. Astrow A.B., Puchalski C.M., Sulmasy D.P., *Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations*, "American Journal of Medicine", 2001 nr 110.4, s. 283-287.
2. Balboni T., Balboni M., Paulk M.E. i wsp., *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*, "Cancer", 2011 nr 117(23), s. 5383-5391.
3. Bertalanffy L., *Modern theories of development: An introduction to theoretical biology*, London 1933.
4. Best M., Leget C., Goodhead A. i wsp., *Wielodyscyplinarna edukacja w zakresie opieki duchowej w opiece paliatywnej. Biała księga European Association for Palliative Care*, „Medycyna Praktyczna”, 2022 nr 9, s. 125-140.
5. Best M. C., Vivat B., Gijsberts M. J., *Spiritual care in palliative care*, "Religions", 2023 nr 14.3 320, s. 1-11.
6. Borowik I., *Stosunek młodzieży do Kościoła rzymskokatolickiego w Polsce w perspektywie wywiadów biograficznych*, [w:] red. J. Baniak, *Socjologia religii*, t. 3, Poznań 2005, s. 149-167.
7. Bortnowska H., *O polski model hospicjum*, [w:] red. J. Bogusz, *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoszcz 1985, s. 49-55.
8. Bush E.G., Rye M.S., Brant C.R., Emery E., Pargament K.I., Riessinger C.A., *Religious coping with chronic pain*, "Applied psychophysiology and biofeedback", 1999 nr 24, s. 249-260.
9. Cipora E., Konieczny M., *Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce*, [w:] red. E. Žiaková, *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikóvymi skupinami 2. ročník Košických dní sociálnej práce*, Košice 2014, s. 19-27.

⁹⁹ Por. *Podyplomowe Studia Zespołowej Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, <https://ipinor-wns.upjp2.edu.pl/studia-podyplomowe/podyplomowe-studia-zespolowej-opieki-duszpasterskiej-sw-jana-bozego> [dostęp: 12.04.2024].

¹⁰⁰ Por. A. Vandenhoek, dz. cyt.

10. Davidson J., Powers K., Hedayat K. i wsp., *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force 2004-2005*. "Critical Care Medicine", 2007 nr 35, s. 605-622.
11. Drury N., *Psychologia transpersonalna. Ludzki potencjał*, Poznań 1995.
12. Engel G.L., *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, "Science", 1977 nr 196(4286), s. 129-136.
13. Frankl V.E., *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Warszawa 2022.
14. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Warszawa 2021.
15. *Psychoterapia dla każdego*, Warszawa 1978.
16. Gawel A., *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej*, [w:] red. A. Gawel, B. Bieszczad, *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*, Kraków 2011, s. 83-99.
17. Ghadirian A-M., *Spiritual Dimensions of Whole Person Care*, [w:] red. T.A. Hutchinson, *Whole Person Care. A new paradigm for the 21st century*, New York 2011, s. 149-160. DOI: 10.1007/978-1-4419-9440-0_13.
18. Grad F. P., *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, "Bulletin of the World Health Organization", 2002 nr 80(12), s. 981-984.
19. Grzymała-Moszczyńska H., Pawlus M., Hartmann P., i wsp., *Kulturowo wrażliwa opieka medyczna*, „Pediatria Polska”, 2012 nr 87.3, s. 286-292.
20. Handzo G., *Spiritual care for palliative patients*, "Current Problems in Cancer", 2011 nr 35.6, s. 365-371.
21. Hanssen I., Pedersen G., *Pain relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care*, "Palliative and Supportive Care", 2013 nr 11, s. 523-530.
22. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2012.
23. *Integraal Kankercentrum Nederland, Existential and Spiritual Aspects of Palliative Care. National guideline*. Version 2.0, 30 September 2018, https://palliaweb.nl/getmedia/35a8c9d9-2fc8-4931-b2ed-1e7d8fa5bbd1/rl_Existential_and_spiritual_aspects_of_palliative_care.pdf [dostęp: 29.03.2024].
24. *Integraal Kankercentrum Nederland, Spirituele zorg. Landelijke richtlijn*, Versie: 1.0 (Laatst gewijzigd: 06-06-2010). Methodiek: Consensus based. Verantwoording: Agora werkgroep „Richtlijn spirituele zorg“ – <https://www.venvn.nl/media/qd5pzoiz4/landelijke-richtlijn-spirituele-zorg-iknl-2010.pdf> [dostęp: 29.03.2024]; C.J.W. Leget, *Richtlijn Spirituele zorg*, [w:] red. A. de Graeff, J.M.P. van Bommel, R.H.P.D. van Deijck, i wsp., *Palliatieve Zorg: Richtlijnen voor de Praktijk*, Utrecht 2010, s. 632-662, http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php&id=54343®io_filter=5 [dostęp: 29.03.2024].
25. *Integrating spirituality into patient care: an essential element of person centered care*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 2013 nr 9(123), s. 491-497.
26. Kartzjusz, *Medytacje o pierwszej filozofii*, t. 1, Warszawa 2010.
27. Klimasiński M.W., *Spiritual care in the intensive care unit*, "Anaesthesiol Intensive Therapy", 2021 nr 53, 4, s. 350-357.
28. *Koncepcja „nieuświadomionego Boga” – rozważania po Holocauście Victora Frankla*, „Roczniki Nauk Społecznych”, 2014 (3), s. 141-169.
29. Krajnik M., Gajewski P., Gołota S., Pawlikowski J., i wsp., *Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie*. „Medycyna Praktyczna” 2020 nr 12, s. 146-152.
30. Krajnik M., *Komentarz*, [w:] C.M. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna”, 2016 nr 5, s. 122-124.

31. Krajnik M., *Whole person care: a hope for modern medicine?* "Polish Archives of Internal Medicine", 2017 nr 127(10), s. 712-714.
32. Krakowiak P., Janowicz A., *Nowe propozycje opieki ze strony zespołowego duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 2012 nr 2, s. 153-159.
33. Krakowiak P., *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę*, [w:] red. P. Krakowiak, D. Krzyżanowski A. Modlińska, *Przewlekle chory w domu*, Gdańsk 2011, s. 347-370.
34. Krakowiak P., Skrzypińska K., Damps-Konstańska I., i wsp., *Walls and barriers. Polish achievements and the challenges of transformation: Building a hospice movement in Poland*, "Journal of Pain and Symptom Management", 2016 nr 52(4), s. 600-604.
35. Krok D., *Religijny system znaczeń i religijne radzenie sobie ze stresem a eudajmonistyczny dobrostan psychiczny*, „Roczniki Psychologiczne”, 2014 nr 17.4, s. 647-664.
36. Kuczyńska M., Wala K., Makarewicz O., i wsp., *Jak współczesna medycyna podchodzi do tematu wielokulturowości? Wspólne szanse i zagrożenia*, [w:] red. E. Krajewska-Kułak i wsp., *W drodze do brzegu życia*, t. 16, Białystok 2018, s. 602-610.
37. Kućko W., *Przemiany religijności młodzieży i dorosłych w Polsce – próba diagnozy na podstawie wybranych badań sondażowych Pew Research Center oraz CBOS*, „Studia Teologiczne Białystok – Drohiczyn – Łomża”, 2019 nr 37(1), s. 195-214.
38. Mariański J., *Praktyki religijne Polsce w procesie przemian. Studium socjologiczne*, Sandomierz 2014.
39. *Nowa duchowość jako megatrend społeczno-kulturowy – mit czy rzeczywistość?*, „Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne”, 2015 nr 13, s. 22-45.
40. Neely D., Minford E., *FAITH: Spiritual history-taking made easy*. "Clinical Teacher", 2009 nr 6, s. 181-185.
41. Nieć M., *Filozofia polityki Victora Frankla w cieniu Holocaustu. Refleksje politologa*. „Roczniki Nauk Społecznych”, 2014 nr 42(3), s. 141-169.
42. Nolan S., Saltmarsh P., Leget C., *Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force*, "European Journal of Palliative Care", 2011 nr 18, s. 86-89.
43. Ostaszewska A., *Badania nad efektywnością włączania tematyki duchowości i religijności w psychoterapii*, „Psychoterapia” 2014 nr 2(169), s. 5-18.
44. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012 nr 93(4), s. 682-686.
45. *Pan American Health Organization, World Health Organization. Palliative care*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=pt#gsc.tab=0 [dostęp: 24.09.2022].
46. Pargament K.I., *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York 1997.
47. Petro M., Czyrka K., *Przemiany kulturowe i religijne w kontekście procesów migracyjnych w Europie*, „Acta Educationis”, 2016 nr 22, s. 23-34
48. *Podyplomowe Studia Zespołowej Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, <https://ipinor-wns.upjp2.edu.pl/studia-podyplomowe/podyplomowe-studia-zespołowej-opieki-duszpasterskiej-sw-jana-bozego> [dostęp: 12.04.2024].
49. *Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie*, <https://ptodm.org.pl/> [dostęp: 12.04.2024].
50. Popielski K., *Noopsychoematyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny”, 1999 nr 42(4), s. 17-41.
51. Pruszyński J., Putz J., Cianciara D., *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 48(1), s. 108-114.

52. PTODM, *Co to jest duchowość*, <https://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> [dostęp: 24.09.2022].
53. Puchalski C., Bauer R., Ferrell B. i wsp., *Palliative care in the COVID-19 pandemic briefing note. Interprofessional spiritual care in the time of COVID-19. International association for hospice & palliative care*. 2020, <http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/briefing-note-interprofessional-spiritual-care-in-the-time-of-covid-19.pdf> [dostęp: 24.09.2022];
54. Puchalski C.M., *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*. „Medycyna Praktyczna”, 2016 nr 5, s. 123. [116-124].
55. Puchalski C., Ferrell B., Virani R., i. wsp., *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*, “Journal of palliative medicine”, 2009 nr 12(10), s. 885-904.
56. Ross L., McSherry W., *The power of two simple questions*. “Nursing Standard”, 2018 nr 9, s. 439-447.
57. Sajja A., Puchalski C., *Healing in modern medicine*, “Annals of Palliative Medicine”, 2017 nr 6(3), s. 206-210.
58. Saunders C., *Historia opieki hospicyjnej*, „Nowotwory”, 1993 nr 43(2), s. 105-115.
59. Sękowski A., *Ogólna teoria systemów i jej zastosowanie w naukach społecznych*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny. Prace Psychologiczne”, 1988 nr 2, z. 120, s. 83-99.
60. Soiński B. J., *Osobowość a nawrócenie. Psychologiczno-pastoralna analiza osobowości nawróconych członków zakonów i grup religijnych*, Poznań 2010, s. 33-35.
61. Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
62. *Spiritual Care in Health Care: Guideline, Models, Spiritual Assessment and the Use of the ©FICA Spiritual History Tool*, [w:] red. Büssing A., *Spiritual Needs in Research and Practice*. Palgrave Macmillan, Cham 2021, s. 27-45; Puchalski C.M., R. Vitillo, S.K. Hull, N. Reller, *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*, “Journal of Palliative Medicine”, 2014 nr 17.6, s. 642-656.
63. Starzyńska-Kościszko E., *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, 2010 nr 16, s. 319-326.
64. Sulmasy D.P., *A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*, “The Gerontologist”, 2002 nr 42, suppl_3, s. 24-33.
65. Szot L., *Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego*, „Studia Warmińskie”, 2009 nr 46, s. 221-236.
66. Tucker C.M., Arthur T.M., Roncoroni J. i wsp., *Patient-Centered, Culturally Sensitive Health Care*, “American Journal of Lifestyle Medicine”, 2015 nr 9(1), s. 63-77.
67. Tucker C.M., Marsiske M., Rice K.G. i wsp., *Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement*, “Health Psychology”, 2011 nr 30(3), s. 342-350.
68. Tułowiecki D., *Bezpieczeństwo kulturowe a obecność i/lub eliminacja religii w polskim kanonie kultury*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, 2016 nr 59(4), s. 89-115.
69. Vandenhoeck A., *Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe*, “Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 2013 nr 123, s. 552-557.
70. White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G., *The ecology of medical care*, “Bulletin of the New York Academy of Medicine”, 1996 nr 73, s. 187-212.
71. *WHO definition of palliative care 2002*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ [dostęp 20.05.2022].
72. *WHO: Światowa Organizacja Zdrowia, Leczenie bólu w chorobach nowotworowych* (Genewa 1986), Kraków 1993.

73. Woźniak B., *Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań*, „Przegląd Socjologiczny”, 2012 nr 61.2, s. 207-242.
74. Zarzycka B., Tychmanowicz A., *Wiara i siła. Religijność w procesach koherencji*, Lublin 2015.
75. *Zdrowie jako kategoria antropologiczno-psychologiczna*, [w:] red. Z. Czaplicki, W. Muzyka, *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*, Olsztyn 1995, s. 9-18.
76. Zyzak W., *Holistyczny charakter duchowości chrześcijańskiej*, „Polonia Sacra”, 2019 nr 23.1, s. 147-167.
77. Żołnierz J., *Opieka duchowa w praktyce. Narzędzia do oceny duchowości pacjenta: HOPE, SPIRIT, CSI-MEMO, FAITH*, [w:] red. E. Chodźko, P. Szymczyk, *Wybrane prace z obszaru prawa, ekonomii i nauk społecznych*, Lublin 2018, s. 212-222.

Spiritual care in medicine from the perspective of a holistic health model

Abstract: The article is an attempt to answer the question of what the holistic understanding of spiritual care in medicine is, i.e. what place spirituality plays in medical care for the entire patient. It shows how the idea of a holistic model of health, as well as the practice of spiritual care, developed in modern times. The principles of treatment of patients within the framework of spiritual care in medicine are presented, adapted to contemporary cultural changes and in relation to the holistic paradigm of health in medicine. It shows how the forms and models of its provision to patients and their families have developed. The relationship of medical staff to chaplains and pastoral teams was analysed in the light of a holistic health model. Examples of spiritual care provided by medical staff to patients according to the biopsychosocial and spiritual assessment were presented.

Przemysław Strzyżyński

Zakład Filozofii i Dialogu, Wydział Teologiczny
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ORCID: 0000-0002-7058-1846
e-mail: alex@amu.edu.pl

Pamięć a moralność. Analizy wstępne

Streszczenie: Celem artykułu jest opisanie związku pamięci i moralnością. W pierwszej kolejności zaprezentowano rodzaje pamięci oraz ich relację z tożsamością. Następnie, dzięki powiązaniu pamięci z tożsamością wykazano jej związek z moralnością. Omawiane rodzaje pamięci to pamięć autobiograficzna, pamięć nieświadoma i metapamięć. Związek tożsamości z pamięcią wyraźnie widać w przywołanych w niniejszym rozdziale zaburzeniach osobowości powiązanych z funkcjonowaniem pamięci. Ujawniają one wyraźną, choć częściową niezależność pamięci od podmiotu, od jego decyzji. W pracy starano się wykazać, że nawet bez zaburzeń osobowości podmiot ma ograniczoną zdolność do kontroli nad treścią i działaniem własnej pamięci. Równocześnie jednak opisano obszary działania pamięci, za które podmiot może, a nawet powinien, wziąć odpowiedzialność. Zwrócono na przykład uwagę na te treści pamięci autobiograficznej, których geneza zależna jest od innych osób niż dany podmiot. W rozdziale postuluje się konieczność brania odpowiedzialności moralnej za treści zachowane w pamięci autobiograficznej.

Wstęp

W publikacjach dotyczących związków pamięci z moralnością odnaleźć można przede wszystkim analizy związku pamięci z tragediami zaistniałymi w ludzkich dziejach. Mowa tu przede wszystkim o publikacjach dotyczących pamięci o *shoah*/holokauście¹. Istnieją też publikacje wiążące pamięć z polityką historyczną i władzą². Rola pamięci analizowana jest też w kontekście tzw. tanatoturystyki, czyli odwiedzania miejsc związanych z tragediami, takimi jak np. ludobójstwo³. Jest też obecne zagadnienie roli pamięci w budowaniu

¹ J. Habermas, *W kwestii sprawiedliwości diachronicznej*, „Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica” 2017, 29, s. 11-20; M. Avishai, „The Ethics Of Memory”, Harvard University Press, Cambridge 2002.

² *Pamięć jako przedmiot władzy*, P. Kosiewski (red.), Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2008.

³ M. Banaszekiewicz, *Tanatoturystyka: doświadczenie, pamięć, etyka*, „Politeja” 2015, 3(35), s. 91-104.

i utrzymaniu własnej tożsamości⁴. Wybiórczy przegląd prac naukowych wskazuje, że łączenie pamięci z moralnością owszem jest obecne, ale raczej w kontekście obowiązku pamiętania o czymś. Tak dzieje się w pracach dotyczących ludobójstwa lub odpowiedzialności danego pokolenia za zbrodnie pokoleń poprzednich.

Kiedy omawiany jest związek osoby z moralnością, często przywołuje się aspekt normatywny. W tym kontekście występują pojęcia i wyrażenia takie jak: odpowiedzialność, respektowanie zasad moralnych, wina/zasługa, cnota/wada. Te z kolei odsyłają do pytania o warunki przypisania komuś odpowiedzialności, winy czy cnoty. Z tym zagadnieniem łączą się pojęcia m. in.: poczytalność, zasada kontroli, wolna wola⁵.

W artykule skoncentruję się na opisie związku pamięci z tożsamością i moralnością danej osoby. Tam gdzie okaże się to konieczne, pojawi się kontekst normatywny. Główną zasadą metaetyczną, do której odnosi się poniższy artykuł, jest zasada kontroli. Mówi ona, że podmiotowi nie można przypisać moralnej odpowiedzialności, a w efekcie winy/zasługi, o ile nie posiadał kontroli nad działaniem.

Termin „moralność” rozumiany będzie poniżej w szerokim sensie jako zbiór norm i wartości uznawany przez dany podmiot, ale, w zależności od kontekstu, też jako wartość moralna danej osoby.

W artykule skoncentruję się na próbie połączenia zachowań moralnych, wartości moralnych i tożsamości z pamięcią. Wskażę m.in. na rolę pamięci autobiograficznej, metapamięci i pamięci nieświadomej. Podziałów i klasyfikacji pamięci jest wiele, gdyż zależne są do przyjętego modelu pamięci⁶. W artykule odwołałam się do tych rodzajów pamięci, które mają wyraźny związek z tożsamością, a przez to z moralnością i przywołane zostały w pracy Marii Pąchalskiej, Bożydara L.J. Kaczmarka i Stefana Bednarka⁷. Monografia ta prezentuje badania neurologiczne dotyczące związku pamięci z tożsamością.

Po wprowadzeniu wybranych określeń tożsamości i pamięci przedstawię opisy zaburzonych stanów umysłowych związanych z pamięcią. Powodem takiego wyboru jest to, że zaburzone funkcjonowanie umysłu wyraźniej niż niezaburzone pokazują związki pamięci z tożsamością, a przez nią z wartościami i zachowaniami moralnymi. Omówione zostaną zespół mnogiej osobowości, fuga dysocjacyjna i konfabulacja.

Następnie przedstawię analizy filozoficzne związku pamięci z moralnością przede wszystkim w aspekcie opisowym. Z metodologicznego punktu widzenia poruszać się będą w obszarze interdyscyplinarnym. Analizy filozoficzne odnosić bowiem będą do koncepcji psychologicznych i neuronauk.

⁴ A. Kamińska, „Podstawą obcowania jest pamięć”. *Psychologiczny wymiar odczuwania czasu na przykładzie osoby z demencją typu Alzheimer*, „Kultura i Edukacja” 2015, 1(107), s. 210-227.

⁵ Ossowska M., *Podstawy nauki o moralności*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1994.

⁶ E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, Sz. Wichary, *Psychologia poznawcza*, Warszawa 2020, s. 299-349; *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Strelau J. (red.), t. II, Gdańsk 2000, s. 138-162; 165-181.

⁷ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia tożsamości*, Warszawa 2020.

Ze względu na złożoność zagadnienia i ograniczoność miejsca artykuł ma charakter analiz wstępnych. Związki pamięci z moralnością są na tyle szerokie, że nie sposób ich omówić w jednym artykule. Tym bardziej omówić zagadnienie tożsamości, pamięci i po- dać pełen obraz zaburzeń osobowości.

Tożsamość i pamięć

Magdalena Piłat-Borcuch określa tożsamość jako wyobrażenie siebie, samowiedzę, obraz własnej osoby, jaźń⁸. Maria Pąchalska i współautorzy stwierdzają z kolei, że:

Świadomość to wszystko, co odbierasz w swoim mózgu... Jest to stan zmienny, czasem mniej, czasem bardziej nasilony. Świadomość ma kontekst zmysłowy (wszystkie pięć zmysłów), kontekst emocjonalny i poznawczy, ze szczególnym uwzględnieniem procesów uwagi, percepcji i pamięci, towarzyszy naszym zachowaniom⁹.

Z powyższego wynika, że tożsamość to swego rodzaju poczucie wrażeń, przeżyć, procesów poznawczych. Te poczucia przechowywane są też w pamięci, tworząc świadomościową historię własnego życia. To poczucie, powtarzane i niezmiennie tworzy z kolei kontent, który postrzegamy jako *ja*.

Powyższe sformułowania powstały w kontekstach psychologii i neurologii. Z perspektywy filozoficznej można spojrzeć na tożsamość jako zabezpieczającą ciągłość *ja*, poczucie bycia tą samą osobą w wpływającym czasie. Tak postrzeganą tożsamość Paul Ricouer określa mianem *la memet*. Termin ten oznacza tożsamość ze sobą samym wbrew wpływającemu czasowi. Ricouer wskazuje jednak też na drugi aspekt świadomości. Jest nim postrzeganie różnicy między sobą a innymi osobami w tym samym czasie. Mowa tutaj o *l'ipseite*. Obie formy są istotne: *l'ipseite* pozwala postrzegać siebie jako odrębną osobę a *la memet* zachować ciągłość siebie, poczucie, że jesteśmy tą samą osobą¹⁰. Tożsamość ze sobą w czasie łączy się częściowo ze stałością cech osobowych, wartości, ideałów i celów. Tożsamość zakłada autorefleksyjność, czyli zdolność uświadamiania sobie przez podmiot własnych cech, przeżyć, emocji czy moralnych wartościowań. Warunkiem tożsamości jako stałości siebie jest też przechowywanie przez pamięć i udostępnianie świadomości tych samych treści wspomnień. Pamiętanie siebie samego, zdarzeń ze swego życia pozwala tworzyć obraz siebie jako kogoś stałego w zmieniającym się czasie. Pamięć odgrywa tutaj kluczową rolę, gdyż przechowuje zdarzenia, emocje, wartościowania, które przywołane tworzą poczucie *ja*.

⁸ M. Piłat-Borcuch, *Pomiędzy tożsamością osobową a postawą społeczną*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2013, 1879, s. 320.

⁹ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 68.

¹⁰ P. Ricouer, *Drogi rozpoznania*, tłum. Janusz Margański, Kraków 2004, s. 78 nn.

Przeżywaniu własnego czasu przeszłego pomaga zwłaszcza świadomość autooetyczna, warunkująca znajomość siebie i odróżnianie własnych wspomnień od fantazji czy marzeń sennych¹¹.

Świadomość siebie z przeszłości nie jest jedynie odtwarzaniem zdarzeń przeszłych. Jak twierdzi Berns, nasza świadomość i tożsamość mają charakter narracyjny. W pewnym stopniu opowiadamy sobie sobie samym¹². Narracyjność tożsamości z perspektywy filozoficznej wcześniej i głębiej uzasadniali m.in. Simon Beauvoir i Paul Ricoeur¹³.

Istotną cechą narracji jest zachowanie ciągłości postaci i wątków. Bez stałości pamięci taka narracja siebie nie byłaby możliwa. Ciągłość narracji powoduje, że to co przeszłe warunkuje przyszłe. Zatem przeszła tożsamość siebie jest fundamentem *ja* w przyszłości. Owo przeszłe *ja* przechowywane jest w pamięci. Rola pamięci jest tutaj więc fundamentalna.

Pamięć autobiograficzna

Podobną rolę jak świadomość autooetyczna pełni pamięć autobiograficzna. Pamięć można zdefiniować jako:

Proces psychiczny, dzięki któremu dana osoba utrzymuje odpowiednio długo w pamięci roboczej, zapisuje, przechowuje i odtwarza informacje dotyczące własnej przeszłości i świata, w którym żyje (pamięć retrospektywna) oraz planów, zamiarów i zadań, które musi wykonać w przyszłości (pamięć prospektywna)¹⁴.

Rolą pamięci autobiograficznej jest przechowywanie zdarzeń związanych z własnym życiem i tożsamością. Zatem zaliczyć ją można do pamięci retrospektywnej. Zawiera w sobie informacje o zdarzeniach (pamięć epizodyczna) oraz własne imię, nazwisko, datę i miejsce urodzenia (pamięć semantyczna). Jednakże pamięć autobiograficzna to nie jedynie pamięć epizodyczna i semantyczna. Można bowiem pamiętać zdarzenia, które nie są zdarzeniami z własnej historii. Podobnie można pamiętać nazwy i daty nie powiązane z własnym życiem¹⁵. Jednakże zdaniem Pąchalskiej i współautorów zdarzenia autobiograficzne są przechowywane w pamięci epizodycznej¹⁶. Jednakże, jak stwierdza:

¹¹ A. Kamińska, *Podstawą obcowania jest pamięć*, „Kultura i Edukacja”, 2015, 1(107), s. 214.

¹² G. Berns, *Zrozumieć siebie. Jak odkrywamy i wymyślamy naszą tożsamość*, tłum. Mateusz Hohol, Piotr Szymanek, Kraków 2023.

¹³ A. Bjørnsnø, *Beauvoir et Ricoeur – L'identité narrative: Analyse d'une crise identitaire dans L'Invitée de Simone de Beauvoir*, „Revue Romane”, 2008, 43(1), s. 108-124.

¹⁴ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 186.

¹⁵ Tamże, s. 196.

¹⁶ Tamże.

Aby dane wydarzenie przechowywane w pamięci epizodycznej miało charakter autobiograficzny, jego treści epizodyczne muszą być połączone z poczuciem istotnego udziału własnego Ja i umiejscowienia tego wydarzenia w historii własnego życia¹⁷.

Agnieszka Kamińska, pisząc o roli pamięci epizodycznej, opisuje zjawisko załamania osobistej perspektywy temporalnej. W takiej sytuacji osoby chore np. na Alzheimera mieszają perspektywę czasową, raz postrzegają siebie jako starców, aby za chwilę szykować się do pracy czy opieki nad własnymi dziećmi¹⁸. Ponieważ Kamińska odnosi zaburzenie pamięci epizodycznej do treści autobiograficznych, uważam, że opisuje ten zakres owej pamięci, który Pąchalska określa jako autobiograficzną.

Pamięć autobiograficzna jako związana z historią własnego życia musi też zawierać w sobie nie tylko zdarzenia (spotkania, rozmowy, zabawy, przebyte choroby itd.), ale też wartościujące odniesienia do tych zdarzeń. To przypomnienie sobie np. wyrzutów sumienia czy radości z dobrego moralnie zachowania ma też tę cechę, że pomaga uświadomić sobie wartości, w tym moralne, które są istotne dla danej osoby. Bardzo ważną cechą pamięci autobiograficznej jest związek z emocjami¹⁹. Również tymi, które towarzyszą zachowaniom ocenianym moralnie.

Pamięć autobiograficzna, podobnie jak świadomość autooetyczna, ma także charakter narracyjny i związana jest z osobistymi celami, co decyduje o powstawaniu wspomnień autobiograficznych. Zdaniem Pąchalskiej i współautorów świadczy to o nierozzerwalnym związku pamięci autobiograficznej z tożsamością. Zaburzenia owej pamięci powiązane są z zaburzeniami emocjonalnymi i samoświadomości, co w efekcie prowadzić może do zaprzestania postrzegania spójności własnego ja²⁰.

W opisie funkcji i rodzajów pamięci z punktu widzenia neurologii zauważyć można, że to, co zapamiętane lub też to, co z zapamiętanego jest sobie przypomniane podlega pewnemu wyborowi. Niekoniecznie świadomemu zresztą. Pamięć posiada swego rodzaju autonomię przechowywaniu i przywoływaniu wspomnień. Cecha ta ujawnia się również w tzw. metapamięci. Jak stwierdza Pąchalska:

Metapamięć steruje sposobem, w jaki mózg korzysta z zasobów pamięci, zarówno dynamicznej (roboczej), jak i trwałej (długotrwałej). Wiąże się więc ściśle z systemem Ja oraz z uznawanymi przez danego człowieka wartościami, zapewniając społeczną adaptację i tworzenie więzi z innymi... Funkcja metapamięci polega na decydowaniu o tym, co jest warte zapamiętania, a co nie, oraz jak należy reagować, kiedy występuje błąd w pamięci²¹.

Wówczas, gdy metapamięć nie może odtworzyć czegoś z zasobów pamięci, wybiera którąś z poniższych strategii:

¹⁷ Tamże.

¹⁸ A. Kamińska, *Podstawą obcowania jest...*, dz. cyt., s. 217.

¹⁹ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 196.

²⁰ Tamże, s. 197.

²¹ Tamże, s. 187.

Świadome pomijanie elementów zapomnianych; nieświadome pomijanie elementów zapomnianych; pomyłki – zastępowanie faktów zapomnianych faktami prawidłowo odtwarzanymi, lecz związanymi z czymś innym; perseweracje – powtarzanie elementów już przypomnianych zamiast zapomnianych; konfabulacje – zastępowanie elementów zapomnianych elementami wymyślanymi²².

Pojawiający się powyżej wątek nieświadomego funkcjonowania pamięci wyraźniej ujawni się w kontekście tzw. pamięci nieświadomej. Według Pąchalskiej owe ukryte przed świadomością wspomnienia obecne są w każdym naszym działaniu²³. Oddziaływanie pamięci nieświadomej związane jest z tzw. zapamiętywaniem bazowym. Polega ono na kojarzeniu danego zdarzenia z emocjami, odczuciami miłymi lub niemiłymi. To skojarzenie oddziałuje na przyszłą nieświadomą ocenę, tych samych powtarzających się zdarzeń. W efekcie jesteśmy np.: przychylniejsi, bardziej lubimy osoby, które już widzieliśmy, mimo że tego nie pamiętamy²⁴. Nieświadomy aspekt naszej pamięci dostrzegany jest też w badaniach psychologicznych²⁵.

W pamięci autobiograficznej przechowywane są też wizje samego siebie pochodzące od innych, tzw. znaczących osób. Jak pokazuje to psychologia, wypowiedzi rodziców, krewnych, nauczycieli itp. a nawet ich niewerbalnie wyrażany stosunek do dziecka konstruuje obraz i wartościowanie samego siebie. Te obrazy i oceny często są nieadekwatne, a potrafią kształtować postrzeganie samego siebie, wzorce zachowań, moralne wartościowania na całe życie. Konstruują też ogólny plan, skrypt życiowy²⁶. Pamięć nie jest więc obiektywnym zapisem zdarzeń i wartościowań. Jak pokazano potrafi też być nieświadoma. Zatem poza kontrolą danej osoby.

W opisanych poniżej zaburzeniach pamięć jeszcze bardziej wymyka się kontroli podmiotu.

Określenia i opisy zaburzeń osobowości

1. Zespół osobowości mnogiej

W poszukiwaniu przykładów roli pamięci dla tożsamości i moralności podążałem za cytowaną już pracą „Neuropsychologia tożsamości”. Autorzy przywołują kilka przykładów zaburzeń łączących się z pamięcią i tożsamością. Pierwszym, które pokrótce opiszę, będzie dysocjacyjne zaburzenie osobowości, nazywane osobowością wieloraką (mnogą).

Pacjent nazywany we wspomnianej książce Wojtkiem:

²² Tamże.

²³ Tamże, s. 201.

²⁴ Tamże.

²⁵ A. Niedźwiedzińska, *Poznawcze mechanizmy zniekształceń w pamięci zdarzeń*, Kraków 2004.

²⁶ I. Stewart, V. Joines, *Analiza transakcyjna dzisiaj*, tłum. zbiorowe, Poznań 2016.

Cierpi na zaburzenia procesów poznawczych, w tym pamięci roboczej i długotrwałej, a zwłaszcza pamięci autobiograficznej (...) U tego mężczyzny nie rozwinęła się jednak nigdy tożsamość autoonoetyczna. Nie ma też możliwości wyobrażania siebie w czasie, gdyż pamięta jedynie krótkie okresy. W związku z tym tożsamość Wojtka jest wyznaczana przez ubranie, a właściwie nakrycie głowy, jakie się znalazło w zasięgu jego ręki²⁷.

Pamięć roboczą określa się jako „system przechowujący i przetwarzający informację”²⁸. Pamięć długotrwała z kolei magazynuje wspomnienia²⁹. Stanowi miejsce, z którego można wspomnienie przywołać.

W przeciwieństwie do osób z rozwiniętą pamięcią autobiograficzną i tożsamością autoonoetyczną Wojtek budzi się, nie wiedząc, że jest tą samą osobą, która kładła się spać poprzedniego dnia. Pamiętanie tego, kim się jest, trwać może kilka godzin, a nawet tylko kilka minut. Osoby z osobowością mnogą wciąż poszukują swojej tożsamości³⁰.

Zachowanie w czasie wspomnień, cech osobowości oraz ich samoświadomość każdego kolejnego dnia są podstawą tożsamości. Jednym z elementów w owej tożsamości są wartości moralne traktowane jako te, którym należy być wiernym. W zespole osobowości mnogiej kluczową rolę zaburzenie pamięci autobiograficznej i tożsamości autoonoetycznej uniemożliwia zachowanie tożsamości, a zatem też świadomości trwałości wartości moralnych we własnym zachowaniu.

2. Fuga dysocjacyjna

Zaburzenie to należy do grupy tzw. zaburzeń dysocjacyjnych, w których pamięć, tożsamość lub świadomość ulegają poważnemu zakłóceniu ciągłości ich treści³¹. Według DSM-IV³²:

W obrazie zaburzenia dominuje nagle, całkowicie niespodziewane podróźowanie, daleko od domu i miejsca pracy, połączone z niemożnością przypomnienia sobie najważniejszych faktów z przeszłości. Niepewność co do własnej tożsamości lub przybieranie nowej (całkowicie lub częściowo)³³.

W czasie fugi pacjenci potrafią więc stracić całość lub część tożsamości, zapominają elementy lub całość zawartości pamięci autobiograficznej. Zdarza się jednak, że mimo tego zachowują zdolności do pozytywnych zachowań moralnych. Przykładem może być przypadek pacjentki po karioennym udarze mózgu, o której piszą Pąchalska

²⁷ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 203.

²⁸ *Pamięć robocza*, J. Orzechowski, K. Piotrowski, R. Balas, Z. Stettner (red.), Warszawa 2009, rozdz. II, s. 26.

²⁹ A. Kamińska, *Podstawą obcowania jest...*, dz. cyt., s. 212.

³⁰ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 204.

³¹ H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, tłum. zbiorowe, Wrocław 2004, s. 212.

³² DSM-IV (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

³³ H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria...*, dz. cyt., s. 215.

i współautorzy, że podczas kolacji wigilijnej „we własnym domu nagle poczuła się nieco gorzej i zauważyła, że nie jest sobie w stanie przypomnieć, kim jest i gdzie się znajduje. Równocześnie zdała sobie sprawę, że siedzi wśród nieznajomych sobie osób i nie poznaje nikogo. Postanowiła, że nie powie o tym nikomu, żeby nie psuć nastroju. Twierdziła też, że nie wpadła w panikę, ponieważ osoby przy stole wyglądały na uroczych ludzi i czuła się miło i przyjemnie w ich towarzystwie, mimo że nie wiedziała, kim oni są”³⁴. Jak widać, pacjentka mimo utraty części świadomości otoczenia i relacji z bliskimi, zachowała empatyczną zdolność myślenia o odczuciach innych osób.

3. Konfabulacje

Konfabulację określa się jako: „Niezgodne z rzeczywistością wyobrażenie lub wspomnienie wypełniające lukę pamięciową. Powstaje bez udziału woli świadomości (...). Należy różnicować z kłamstwem”³⁵.

Zdaniem Pąchalskiej i współautorów:

Przyczyną konfabulacji może być połączenie amnezji z zaburzeniami funkcji wykonawczych, co sprawia, że problemy w podejmowaniu decyzji umacniają tendencję do błędnej interpretacji wspomnień. Nasuwa się wniosek, że zarówno zaburzona świadomość i trudności w odróżnianiu snu od jawy, fragmentów z filmu i przeczytanych powieści oraz swoiste przywłaszczenie cudzych przeżyć i nadawanie im charakteru autobiograficznego, jak i dezorganizacja ram czasowych, prowadzą do zafałszowania i w rezultacie do konfabulowanej tożsamości. Ponieważ nierzadko ładunek emocjonalny związany z marzeniami i fantazjami oraz z wydarzeniami opowiedzianymi w filmach fabularnych i powieściach, a nawet w podręcznikach historii, bywa silniejszy niż w przypadku wydarzeń z życia codziennego, po osłabieniu korowych (przeważnie czołowych) mechanizmów krytycyzmu te wyobrażone treści nieraz zagłuszają stosunkowo szare wspomnienia rzeczywiste³⁶.

Z powyższego opisu wynika, że kluczowym czynnikiem dla wystąpienia konfabulacji jest luka w pamięci, którą umysł poza wolą i świadomością danej osoby próbuje wypełnić. Elementami służącymi temu są zapamiętane zdarzenia fikcyjne. Osoba konfabulująca bywa więc przekonana, że zdarzyło jej coś, co realnie jednak nie zaszło. Istnieje w ludzkich umysłach jakiś przymus zapełniania luki pamięciowej. Wyobrazić sobie więc można wiele możliwych uzupełnień wewnętrznej narracji, które mogą okazać się moralnie ważne. Załóżmy, że w czasie konfabulacji osoba podaje się, za lekarza i udziela pomocy komuś, kto doznaje właśnie ataku serca. Udziela jej jednak niewprawnie i pacjent w efekcie umiera. Czy osoba z konfabulacją ponosi za to moralną odpowiedzialność? Ponieważ to, co robiła, było poza jej świadomością i wolą, było też więc poza jej kontrolą, to nie powinna być moralnie odpowiedzialna. Rozdźwięk między skutkiem działania tej osoby a niemożnością

³⁴ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 199-200.

³⁵ H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock, *Psychiatria...*, dz. cyt., s. 20.

³⁶ M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, S. Bednarek, *Neuropsychologia...*, dz. cyt., s. 206.

moralnego jej obwinienia pokazuje, jak ważna jest rola pamięci dla moralności. Moralności rozumianej tutaj nie tylko jako zbiór obowiązujących norm w danym społeczeństwie, ale też jako moralność danej osoby, w tym jej moralną samoocenę.

Analiza filozoficzna

Jak widać w opisanych zaburzeniach ważnym elementem jest dysfunkcja pamięci mająca swe apogeum w jej utracie. Można by wręcz powiedzieć, że owe zaburzenia polegają w dużej mierze na dysfunkcji pamięci. Za przedstawionymi przykładowymi dysfunkcjami podąża częściowa lub całkowita, czasowa lub trwała utrata tożsamości, poczucia ciągłości i odrębności siebie. Możliwe jest też pojawienie się tożsamości nowej, jak w konfabulacji i fudze oparte na narracjach fikcyjnych lub należących do innych osób. Przedstawione zaburzenia wskazują, że pamięć nie jest dana raz na zawsze i że nie podlega pełnej władzy osoby. Zależy ona od stanu zdrowia organizmu, sposobu jego starzenia się, a nawet różnego rodzaju zdarzeń życiowych.

Pamięć przechowuje obrazy, zdarzenia, wzorce zachowań, a także wartości. W tym wartości moralne, choćby w postaci norm czy ideałów. Towarzyszą temu emocje, oceny, poczucie ważności i piękna owych wartości moralnych. Pamięć niesie ze sobą też ciągłość osoby w postaci obrazów siebie w danych zdarzeniach. Owa ciągłość i odrębność *ja* splatają się z zabarwionym emocjonalnie wartościowaniem, poczuciem własnej dobroci lub złości, ale też powinności czy pociągnięcia przez wzorce/ideały moralne. W zachowanych w pamięci obrazach owych splotów zawarta jest też historia odnoszenia się do wspomnianych wartości moralnych. Ich spełnienia lub zanegowania. Niesie więc pamięć ze sobą treść, która może być przedmiotem moralnego zadowolenia z siebie, jak i wyrzutów sumienia. Te oceny z kolei mogą stać się punktem odniesienia względem przyszłości własnego *ja*, tego, jakim chcemy być lub nie być. Pamięć zawiera w sobie więc też projekcje, marzenia o sobie w przyszłości. Jest więc pamięć gwarantem nie tylko ciągłości między przeszłością i teraźniejszością *ja*, co również warunkiem ciągłości między teraźniejszością i przyszłością *ja*. W tym ciągłości odnoszenia się do wartości moralnych. Można tu więc mówić o pozytywnej i fundamentalnej roli pamięci dla moralności danej osoby.

Powyższy opis przedstawia wydaje się najprostszy i oczywisty związek pamięci z moralnością. Jest jednak kilka innych wątków, które warto są głębszej analizy.

Pamięć i moralna odpowiedzialność

W etyce przyjmuje się dosyć powszechnie, że o przypisaniu komuś odpowiedzialności moralnej decyduje zachowanie świadomości (poczytalności), wolności wyboru i kontroli nad działaniem. Funkcjonowanie pamięci nieświadomej i zawartość pamięci autobiograficznej, jak pokazano, nie podlegają pełnej kontroli danej osoby. Dopiero ewentualna weryfikacja, poznanie, co chowa przed nami nasza pamięć nieświadoma oraz jakie

nieprawdziwe obrazy i wartościowania przechowuje pamięć autobiograficzna, pozwala częściowo kontrolować zawartość pamięci.

W przedstawionych przykładach zaburzeń osobowości oczywiście wydaje się więc nieprzypisywanie moralnej odpowiedzialności za czyny, skoro pojawia się częściowa lub całkowita niepoczytalność. Zatem osoba z wieloraką osobowością, w fudze dysocjacyjnej, konfabulująca nie zasługuje na obwinianie czy chwalenie za swoje moralnie złe lub dobre czyny.

Załóżmy jednak, że osobom tym, po powrocie do zdrowia, przedstawia się zapis ich czynów lub że częściowo same sobie uświadamiają, co robiły w stanie chorobowym. Wydaje się, że nie powinny one mieć poczucia zgorznięcia sobą lub dumy, skoro to, co uczyniły, robiły nieświadomie. Jednakże kiedy osoba, która dobrowolnie nadużyła alkoholu, ocenia swoje działania po wytrzeźwieniu, miewa zazwyczaj negatywne oceny siebie. Jest to potwierdzane też oceną obserwatorów owego działania w stanie upojenia. Można powiedzieć, że podobnie jak osoba z zaburzeniami nie kontrolowała samego siebie. Dlaczego więc oceniamy jej działania jako działania tej właśnie osoby? Można na to odpowiedzieć, że w wypadku zaburzeń psychicznych następuje głębsze, a nawet całkowite zerwanie ciągłości ja, niż to, które zachodzi w wypadku spożywania alkoholu czy innych środków psychoaktywnych. Co jednak jeśli zatruta alkoholem osoba całkowicie nie pamięta, co robiła? Potocznie mówi się przecież o „urwaniu filmu”. Całkowita niepamięć zdarza się zarówno w wypadku opisanych zaburzeń psychologicznych, jak i po zażyciu środków psychoaktywnych.

Jaki więc czynnik powoduje, że zarówno osoby z zaburzeniami, jak i po spożyciu środków psychoaktywnych, potrafią przypisywać sobie odpowiedzialność moralną, mimo że nie pamiętały ocenianego zdarzenia? Nie jest nim pamiętanie samego zdarzenia.

Można jednak postulować, że tożsamość siebie zależy poniekąd od rozpoznania siebie we wspomnieniach innych osób i wsteczne przypisanie sobie samemu odpowiedzialności za popełnione czyny, mimo braku kontroli nad nimi w momencie ich dokonywania.

Jeśli przyjąć takie założenie, to pojawia się możliwość, że odpowiedzialność moralną przypisujemy sobie nieraz mimo braku kontroli nad tym, co zrobiliśmy. Co więcej, możemy poczuwać się do odpowiedzialności pomimo tego, że analiza filozoficzna zdejmiemy z nas ową odpowiedzialność argumentem z braku kontroli. Samo poczucie odpowiedzialności, winy czy zasługi nie jest wystarczającym argumentem za faktyczną odpowiedzialnością, winą lub zasługą. Wskazuje jednak na pewną cechę tożsamości. Mimo bowiem braku pamięci co do dokonanych czynów, możemy owo działanie przypisać sobie i odpowiadać za nie. Pamięć pozwala tutaj na rozpoznanie samego siebie np. w opowieści o naszych czynach, mimo że samych czynów nie pamięta. *Ja* rozpoznając siebie dzięki pamięci innych osób, akceptuje to, że jest to jego przeszłe działanie, mimo braku kontroli nad nim. Swoistym wyznacznikiem wrażliwości moralnej danej osoby, jest to, czy świadomie zaakceptuje odpowiedzialność za nie w pełni własne działanie.

Pamięć nieświadoma, autobiograficzna i metapamięć a moralność

Inną formą świadomego odniesienia się do własnej pamięci w aspekcie moralnym jest branie pod uwagę funkcjonowania pamięci nieświadomej, a zwłaszcza prawdziwości treści pamięci autobiograficznej. Jak już wspomniano, w obrazach siebie z okresu dzieciństwa tkwią bowiem raczej czyjeś opowieści i oceny, niż własne przemyślenia. Owszem towarzyszą tym wspomnieniom mniej lub bardziej silne ślady autentycznie przeżywanymi emocjami, ale moralne wartościowania czy oceny osoby dziecka pochodzą od bliskich. Wartościowania, oceny wyrażane są w przeróżny sposób: „Ty się do tego nie nadajesz”, „Jesteś dobrym dzieckiem”, „Jakie śliczne dziecko”, „Powinieneś bronić młodszą siostrę” itp. Ukształtowany w ten sposób obraz siebie może stanowić nie tylko fundament postrzegania siebie (np. jako ładnego, miłego, inteligentnego czy może wręcz przeciwnie), ale także podstawę moralności w postaci norm moralnych, jak i oceny siebie jako moralnie dobrego lub złego. Ponieważ obraz siebie powstaje już od pierwszych lat życia, w dużej części przyjmowany jest bez pełnej świadomości dziecka. W efekcie może ono postrzegać siebie nieadekwatnie względem rzeczywistości posiadanych cech, w tym cech moralnych. Taka wizja siebie może stanowić poważne utrudnienie w budowaniu zdrowych relacji z innymi ludźmi. Może też zaburzać moralną poprawność działania.

Podobnie pamięć nieświadoma może powodować nieadekwatne postrzeganie innych osób, ich zachowań czy sytuacji społecznych. Z kolei metapamięć decyduje o tym, co warto zapamiętać i wiąże się z wartościami, w tym moralnymi. Ma też tę cechę, że w wypadku braku możliwości przypomnienia sobie czegoś potrafi konfabulować. Wspólne omawianym właśnie rodzajom pamięci jest niebezpośredniość kontroli nad nimi. Dopiero obserwacja własnych stanów mentalnych lub spostrzeżenia innych osób mogą wykazać, jak pamięć nieświadoma i metapamięć kształtują postrzeganie rzeczywistości oraz zapamiętywanie jakichś treści. W wypadku metapamięci można postawić tezę, że jej wybiórcze zapamiętywanie zdarzeń, pod kątem wartości uznawanych przez dany podmiot, w dwojaki sposób potrafi kształtować obraz świata i samego podmiotu. Wpierw pozwala przechować w pamięci te zdarzenia, które potwierdzają uznawane przez podmiot wartości. Ponieważ tożsamość ludzka poszukuje tego, co potwierdza jej punkt widzenia, wydaje się to naturalne. Jednakże jeżeli owe wartości są na przykład nierealistyczne, zbyt wyidealizowane, to dążenie do utrzymania zgodności obrazu świata z wyznawanymi wartościami może budować nierealny obraz świata i siebie samego. To z kolei może przełożyć się na nieadekwatne moralnie postrzeganie siebie czy innych.

Pamięć, cnoty i wady

Pamięć przenosi z przeszłości ku teraźniejszości nie tylko wizję siebie i własne czyny, ale też to, co dla nas uczynili inni. Warunkuje więc jedną z istotnych cnót, którą jest sprawiedliwość, pojęta jako oddanie każdemu tego, co się jemu należy. Bez pamiętania, co uczynili nam inni, nie moglibyśmy czuć powinności sprawiedliwego ich traktowania. Na

przykład żądania lub powinności zadośćuczynienia. Pamięć przechowywać może jednak zarówno pragnienie zemsty czy poczucie niesprawiedliwego traktowania, jak i wdzięczność za otrzymane dobro. Jest więc poniekąd moralnie obojętna. Wybór tego, czy będziemy się mścić, żądać zadośćuczynienia czy samemu zadośćuczynić, zależy od *ja*, jego moralnego i charakterologicznego uposażenia. Jedną z ważnych form zadośćuczynienia jest wdzięczność. Nawet jeśli wyrażona tylko słowami, emocjami czy gestami nadal jest formą sprawiedliwości wobec dobroczyńcy. Jednakże samo pamiętanie o otrzymanym dobru nie w pełni zależne jest od danej osoby, gdyż jak wyżej wykazano pamięć posiada pewną autonomię względem *ja*. Pośrednio więc pamięć warunkuje też sprawiedliwość i wdzięczność.

Dzieje się tak zazwyczaj. Jednakże może i tak być, że wdzięczność odczuwamy dopiero wtedy, kiedy ktoś uświadomi nam czyjeś dobre działanie wobec nas. Bycie sprawiedliwym i wdzięcznym albo niesprawiedliwym i mściwym, kiedy wyrażone w czynach lub choćby przypominane jako odczuwana powinność w wypadku wdzięczności czy podtrzymywanie zamiaru zemśczenia się, stają się kolejnymi elementami obrazu samego siebie. Stają się elementami *ja*.

Zachowanie własnej tożsamości i pragnienie posiadania wybranych cech w przyszłości łączą się z wartościowaniem. Wybieramy to, co uznajemy za właściwe moralnie lub korzystne. Projektujemy siebie poprzez wybór tego, co chcemy w pamięci kultywować, ale też i odwrotnie, to, co staramy się przechowywać w pamięci kształtuje ów projekt. Projekty siebie mogą być kontynuacją albo zmianą swojego *ja*. Potwierdzeniem albo negacją dotychczasowych wartościowań również w sferze moralnej. Pamięć w takim ujęciu postrzegana być może, jak już pisałem, jako fundament projektów siebie zależny od wartościowań podmiotu.

Pamięć i kontrola podmiotu

W kontekście powyższych uwag rysuje się dosyć przedziwny obraz możliwości kontrolowania roli własnej pamięci. Opisane wyżej zaburzenia pamięci oraz funkcjonowanie pamięci u osób bez zaburzeń pokazują, jak jest ona zależna od czynników niebędących zasadniczo pod wpływem podmiotu. Zaistnienie zaburzenia w postaci osobowości wielorakiej, fugi czy konfabulacji nie jest wprost od niego zależne. Pamięć przestaje być w tych zaburzeniach podległa podmiotowi, a przeciwnie – współtworzy nowe treści przeżywane przez podmiot, które stać się mogą składowymi *ja*.

Jak już wspomniano, treść pamięci biograficznej zależna jest w okresie jej pierwszych zapisów od narracji i zachowań osób bliskich dziecku. Powstające w ten sposób obrazy siebie i wartościowania niekoniecznie są zgodne z rzeczywistością. Świadome ich urealnienie wymaga od osoby wysiłku poznawczego, który bywa nieraz emocjonalnie obciążający. Warunkiem jednak zmiany owych autobiograficznych treści jest uświadomienie sobie, że treści posiadane są nieprawdziwe. Utrzymanie stałości obrazu siebie, swojej tożsamości może utrudniać dostrzeżenie nowej, niepasującej do własnego obrazu treści. Podobnie wpływ pamięci nieświadomej również musi zostać wpierny świadomie rozpo-

znany, aby móc ewentualnie go zmienić. Co jest o tyle trudne, że cechą owej pamięci jest właśnie nieświadomość.

Związek pamięci z wadami i cnotami okazuje się być podstawą obrazu siebie w przeszłości oraz projektów siebie w kontekście wartościowania moralnego. Pamięć może być tutaj kształtowana przez wybór podmiotu tego, co warto pamiętać jako element ciągłości *ja* oraz element składowy projektu siebie, tego jakimi chcemy być. Może jednak być też kształtowana przez metapamięć, która, jak pokazano, poniekąd decyduje, co jest warte jest zapamiętania.

W pewnych obszarach pamięć działa niezależnie od podmiotu, a w innych podlega jego wpływowi.

Zakończenie

Zarysowany powyżej związek pamięci i moralności jest wieloraki. Po pierwsze, pamięć przechowuje wartości i ideały moralne. Jest gwarantem tożsamości, a w tym możliwości zachowania własnych ideałów moralnych, sposobu postępowania lub ich zmiany. Po drugie, pamięć odgrywa ważną rolę w niektórych zaburzeniach osobowości. Wydaje się być jedną z przyczyn nieciągłości tożsamości *ja*. Tym samym, może wpływać na nieciągłość moralności danej osoby.

W wypadku wad i zalet podmiot może kontrolować to, jaki projekt siebie tworzy. Zasada kontroli jest warunkiem przypisywania moralnej odpowiedzialności, winy i zasługi. W wypadku, gdy pamięć jest elementem zaburzonej osobowości, trudno mówić o kontroli podmiotu przed zaburzeniem nad tym, jak funkcjonuje w zaburzeniu. Przypisanie moralnej odpowiedzialności wydaje się więc niemożliwe. Jednak, jak pokazano, podmiot wychodząc z zaburzenia może ową odpowiedzialność sobie sam przypisać, rozciągając ją niejako na czas, w którym miał zdeformowaną osobowość, był w „fudze” czy nieświadomie konfabulował.

Kontrola nad pamięcią autobiograficzną i nieświadomą zależy wpierw od uświadomienia sobie nieprawdziwości ich zawartości. To z kolei zależne bywa nie tylko od danego podmiotu, ale też czynników od niego niezależnych.

Można jednak wpływać na projekt siebie w aspekcie moralnym poprzez wybór tego, co w pamięci będzie istotne i przywoływane, jak na przykład wdzięczność wobec dobroczyńców albo chęć zemsty na krzywdzicielu. Za ten wybór podmiot jest moralnie odpowiedzialny, gdyż wybory te wpływać mogą na realne działanie wobec innych osób.

Jak widać, posiadamy niepełną kontrolę nad własną pamięcią. Z tego powodu przypisywanie odpowiedzialności moralnej, winy i zasługi winny brać pod uwagę, jaką realną kontrolę nad swoją pamięcią ma dany podmiot.

Bibliografia

1. Avishai M., *The Ethics Of Memory*, Harvard University Press, Cambridge 2002.
2. Banaszekiewicz M., *Tanaturystyka: doświadczenie, pamięć, etyka*, „Politeja” 2015, 3(35), s. 91-104.
3. Berns G., *Zrozumieć siebie. Jak odkrywamy i wymyślamy naszą tożsamość*, tłum. M. Hohol, P. Szymanek, Kraków 2023.
4. Bjørnsbøl A., *Beauvoir et Ricœur — L'identité narrative: Analyse d'une crise identitaire dans L'Invitée de Simone de Beauvoir*, „Revue Romane” 2008, 43(1), s. 108-124.
5. Habermas J., *W kwestii sprawiedliwości diachronicznej*, „Acta Universitatis Lodzianis, Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica” 2017, 29, s. 11-20.
6. Kamińska A., *„Podstawą obcowania jest pamięć”. Psychologiczny wymiar odczuwania czasu na przykładzie osoby z demencją typu Alzheimerera*, „Kultura i Edukacja”, 2015, 1(107), s. 210-227.
7. Kaplan H.I., Sadock B.J., Sadock V.A., *Psychiatria kliniczna*, tłum. zbiorowe, Wrocław 2004.
8. Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., Wichary Sz., *Psychologia poznawcza*, Warszawa 2020.
9. Niedźwiedzińska A., *Poznawcze mechanizmy zniekształceń w pamięci zdarzeń*, Kraków 2004.
10. Ossowska M., *Podstawy nauki o moralności*, Wrocław–Warszawa–Kraków 1994.
11. *Pamięć jako przedmiot władzy*, P. Kosiewski (red.), Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2008.
12. *Pamięć robocza*, J. Orzechowski, K. Piotrowski, R. Balas, Z. Stettner (red.), Warszawa 2009.
13. Paçalska M., Kaczmarek B.L.J., Bednarek S., *Neuropsychologia tożsamości*, Warszawa 2020.
14. Piłat-Borcuch M., *Pomiędzy tożsamością osobową a postawą społeczną*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, 2013, 1879, s. 317-327.
15. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, J. Strelau (red.), t. II, Gdańsk 2000.
16. Ricœur P., *Drogi rozpoznania*, tłum. J. Margański, Kraków 2004.
17. Stewart I., Joines V., *Analiza transakcyjna dzisiaj*, tłum. zbiorowe, Poznań 2016.

Memory and morality. Preliminary analyses

Abstract: The article aims to describe the relationship between memory and morality. For this purpose, the types of memory and their connections with identity are first presented. Then, thanks to the connection with identity, the connection between memory and morality is demonstrated. The types of memory discussed are autobiographical memory, unconscious memory, and metamemory. The connection between identity and memory is visible in the personality disorders related to memory functioning mentioned in the article. The mentioned disorders show a clear, although partial, independence of memory from the subject and his decisions. The article also attempts to demonstrate that even without disorders, the subject has a limited ability to control the content and operation of his or her memory. At the same time, however, the areas of memory operation for which the subject can and even should take responsibility are described. For example, attention was paid to the content of autobiographical memory, the genesis of which depends on people other than the given entity. The article postulates the need to take moral responsibility for the content retained in autobiographical memory.

Karolina Napiwodzka

ORCID: 0000-0003-1845-7992

e-mail: karolina.napiwodzka@amu.edu.pl

Piotr Skalski

Katedra i Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

ORCID: 0000-0001-5729-8424

e-mail: skal.p@ump.edu.pl

Przekroczyć to, co znane. Etyczne i naukowe dążenia w myśli Alberta Schweitzera i Alexisa Carrel'a

Streszczenie: Rozdział skupia się na filozoficzno-historycznej analizie myśli etycznej oraz poglądów na temat nauki w publikacjach Alberta Schweitzera oraz Alexisa Carrel'a. W pracy uwypuklono najważniejsze postulaty oraz założenia, które leżały u podstaw ich rozważań. Pomimo wielu biograficznych podobieństw, zamiłowania do filozofii i medycyny oraz zbliżonych uwarunkowań geograficzno-historycznych, ich sposób postrzegania świata i drugiego człowieka różnił się znacząco. Celem rozdziału jest porównanie poglądów dwóch nietuzinkowych postaci, tworzących na pograniczu dyscyplin: medycyny, etyki i filozofii.

Wprowadzenie

W minionych wiekach nie brakowało głęboko wierzących medyków czy też zakonników niosących pomoc medyczną bliźnim. Św. Kosma i Damian, Ibn-Sina, Paracelsus, Thomas Sydenham, René Laennec oraz wielu innych znanych z kart historii medycyny łączyli swoją działalność leczniczą z głębokimi rozważaniami filozoficznymi, teologicznymi oraz mistyką. XIX- i XX-wieczny postęp technologiczny, zdumiewające odkrycia oraz nowe teorie na polu medycyny, fizyki i biologii sprawiły, że w nauce coraz mniej miejsca pozostawało na sferę sacrum, a pozytywistyczny obraz świata dawał obietnicę obiektywnego wyjaśnienia wszelkich tajemnic, w tym metafizycznych, nurtujących człowieka niemal „od zawsze”. Wszechobecny postęp zmieniał również stosunki społeczne, tworząc miejsce na nowe, czasem niebezpieczne, ideologie i pseudonauki. W tym kontekście poglądy na pograniczu filozofii i etyki dwóch współczesnych lekarzy Alberta Schweitzera

(1875-1965) oraz Alexisa Carrel (1873-1944) zasługują na wnikliwą analizę. Łączył ich język, czasy, w jakich żyli; Nagroda Nobla, medycyna, filozofia, mistyka oraz doświadczenie emigracji. Wspólna była także chęć naprawy świata, jednak sposób w jaki chcieli tego dokonać, był diametralnie odmienny.

Celem niniejszego rozdziału jest porównanie poglądów wyżej wymienionych lekarzy na temat roli medycyny, nauki oraz wiary we współczesnym im świecie. Praca stanowi analizę przede wszystkim humanistycznych publikacji Schweitzera i Carrel w interpretacji filozoficznej i historycznej. W pierwszej części rozdziału analizie poddano myśl filozoficzno-etyczną Alberta Schweitzera, natomiast druga część stanowi próbę syntezy poglądów filozoficznych Alexisa Carrel.

Albert Schweitzer i bezgraniczne poszanowanie życia

Jedną z postaci łączących ze sobą świat etyki i medycyny był Albert Schweitzer, francusko-niemiecki teolog i duchowny, którego biografia znacznie przekroczyłaby ramy niniejszego – oraz niejednego – opracowania. Laureat Pokojowej Nagrody Nobla za założenie szpitala Lambaréné w Gabonie, całym swoim życiem pokazywał, że to właśnie idea etyczna jest tym, za czym warto podążać¹. Nie zwalniając tempa w swoich działaniach dla innych ludzi, czerpał z bliskości i piękna przyrody, co uczyniło go prekursorem ruchów ekologicznych, w pierwotnym, szlachetnym znaczeniu tego pojęcia.

Albert Schweitzer mówi w swojej autobiografii: „Zawsze wchodziłem w nieznanne, nie żywiąc iluzji”². Kontekst tej wypowiedzi to akurat smutek i rozczarowanie związane z pójściem do szkoły. Jako chłopiec przeczuwał wówczas, że nadszedł koniec „wspaniałej wolności i marzeń”. Mimo tej niechęci, podjął wyzwanie. Już w czasach nauki szkolnej prezentował nietuzinkowe, inspirujące poglądy („Niedorzecznością jest *objasniać* wiersze, trzeba je przeżywać.”³) Od lat młodzieńczych z ujmującą pokorą i prostotą mierzył się z zadaniami, które się przed nim jawiły. Nie oznacza to jednak, iż godził się na zastane formy niesprawiedliwości czy krzywdy. Wprost przeciwnie – dotykało go głęboko cierpienie zwierząt i problemy wszelkiej przyrody ożywionej. Przykazanie „nie zabijaj” zinterpretował w sposób szeroki i włączający całe żywe stworzenie, co było moralną koniecznością i długiem spłacanym wobec natury.

Niepokorny muzyk – improwizator, organista, lekarz, teolog, pasjonat czytania, syn pastora z Alzacji, doktor medycyny, filozofii i teologii – Albert Schweitzer – został zapamiętany jako twórca etyki czci dla życia – postulat poszanowania życia⁴. Jednak wielość

¹ A. Matyukhina, *Albert Schweitzer o życiu jako najwyższej wartości bytu*, „Sztuka Leczenia”, 2015, nr 1-2, s. 105-107. Por. <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1952/schweitzer/facts/> (dostęp: 30.03.2024 r.).

² A. Schweitzer, *Moje życie*, tłum. K. Krzemieniowa, Lublin 1991, s. 13.

³ Tamże, s. 49.

⁴ T. Sznajderski, *Alberta Schweitzera koncepcja człowieka*, „Ruch Filozoficzny”, 2021, t. 77, nr 1, s. 135.

jego pasji i zainteresowań nie daje się włączyć w schemat. Swojego bogatego życia wewnętrznego, nietuzinkowej wrażliwości oraz etyki nie wyobrażał sobie bez wiary. Przekonany był, że wobec wiary nie powinna milknąć refleksja, lecz to właśnie w myśleniu idea chrześcijaństwa może okazać swą wartość⁵.

Postawa pokory Schweitzera wobec natury wyrażała się w tym, że wiedział on, iż życie nie jest dla ludzi do końca wytłumaczalne. Dość szybko ukształtowało się w nim przekonanie, że wysiłki naukowe są jedynie mniej lub bardziej wiarygodną deskrypcją rzeczywistości. Prawdziwe rozumienie zjawisk, czy to tych, pochodzących z przeszłości, czy tych, oglądanych na własne oczy, nie jest człowiekowi dostępne. Sceptycznie podchodził do optymizmu przyrodoznawstwa zdając sobie sprawę ze złożoności życia w całej jego rozciągłości⁶. Dostrzegał i doceniał progres nauki i techniki, jednak jednocześnie zauważał jednostronność rozwoju cywilizacyjnego, skupiającego się przede wszystkim na materializmie, a zapominającego o sferze duchowej. Ów dysonans uznawał za główną przyczynę kryzysu moralności jego czasów⁷. Wierzył, iż do pewnego stopnia „życie jest i pozostanie tajemnicą oraz cudem”⁸. Głęboka afirmacja z jaką podchodził do zjawisk przyrody miała kluczowy wpływ na jego koncepcję etyki. Afirmacja świata, zdaniem Schweitzera, wywiera korzystny wpływ na rozwój etyki i jest czymś najbardziej dla ludzi naturalnym⁹. Może to być przyczynkiem do ciekawej dyskusji na temat współczesnych sposobów radzenia sobie ze złożoną rzeczywistością moralną. Działanie słuszne moralnie wynika wprost z postaw jakie w sobie pielęgnujemy jako ludzie – części składowe świata przyrody. Uderzająca z jego poglądów prostota może być do dziś inspiracją i drogowskazem dla tych, którzy gubią się w złożonej rzeczywistości społecznej.

Analogiczną postawę – pokory wobec tajemnicy – postulował Schweitzer w stosunku do drugiego człowieka:

Czyż stosunek człowieka do człowieka nie kryje w sobie więcej tajemnic niż zazwyczaj przyznajemy? Nikt z nas nie może twierdzić, że naprawdę zna drugiego człowieka, nawet jeśli od lat z nim przebywa.¹⁰

Od młodości uwielbiał dyskutować. Z każdym napotkanym człowiekiem podejmował wnikliwe i krytyczne rozważania, aby „w ich trakcie odkrywać błędy nawykowego myślenia i torować drogę słuszności.”¹¹ To iście sokratejskie podejście prowadziło go do nowych, niezbadanych ścieżek myślenia. Decyzja o poświęceniu się służbie drugiemu człowiekowi podyktowana była przekonaniem, iż darowanego przez los szczęścia nie można zostawić

⁵ A. Schweitzer, *Moje...*, dz. cyt., s. 41.

⁶ Tamże, s. 49.

⁷ T. Sznajderski, *Alberta Schweitzera...*, dz. cyt., s. 136.

⁸ A. Schweitzer, *Moje...*, dz. cyt., s. 49.

⁹ Tenże, *Życie*, tłum. J. Piechowski, Warszawa 1974, s. 12-13.

¹⁰ Tamże, s. 61.

¹¹ Tenże, *Moje...*, s. 50.

tylko dla siebie, lecz istnieje moralny wręcz obowiązek, aby się nim dzielić. Alzacki teolog uważał, że „wszyscy powinniśmy okazywać wdzięczność”¹². Świat może być wówczas znacznie lepszym miejscem. Sam Schweitzer wybrał właśnie działalność medyczną w Afryce i za pieniądze uzyskane z recitali organowych i honorariów autorskich zbudował szpital dla miejscowej ludności¹³.

Schweitzer przedstawia obrazowo ideę dzielenia się swoimi zasobami wraz z postawą wdzięczności mówiąc:

Pod ziemią płynie wiele wody, która nie wytryska jako źródło. Bądźmy więc ufni. Sami, wszakże winniśmy być wodą, która znajduje drogę, by stać się źródłem, przy którym ludzie zaspokajają swe pragnienia wdzięczności.¹⁴

Ponadto, zwraca uwagę na fakt, iż załączek moralności jest już „dany” człowiekowi. Zależy jednak czy trafi na podatny grunt:

Nie sądzę, by można było człowiekowi zaszczepić to, czego w nim nie ma. Zazwyczaj są w ludziach obecne wszystkie dobre idee jako materiał zapalny. Ale wiele z tego materiału zapala się dopiero wtedy lub też dopiero wtedy rozpala się na dobre, kiedy przetruci się doń płomień czy płomyk z zewnątrz, od innego człowieka. Czasami nasze zarzewie bliskie jest wygaśnięcia, lecz rozpala się na nowo dzięki przeżyciu wywołanemu przez jakiegoś człowieka.¹⁵

Za podstawę moralności uważał Schweitzer zainteresowanie nie tylko swoim własnym dobrem, lecz także dobrem innych oraz – docelowo – całej ludzkości. Jest to zresztą, jak twierdził, nasze pierwsze etyczne osiągnięcie – rozszerzenie kręgu solidarności z innymi ludźmi¹⁶. O ile samo pojęcie braterstwa istot ludzkich nie jest obce dziejom myśli etycznej, to jednak trudno wprowadzić je w sferę *praxis*, gdyż człowiek w sposób niejako naturalny troszczy się przede wszystkim o swoich bliskich.

Alzacki myśliciel postuluje tymczasem kolejne przekroczenie obecnego stanu rzeczy – rozszerzenie kręgu etycznego działania na stworzenia różne od ludzi, pisząc:

Zaczynamy rozumieć, iż etyka odnosi się nie tylko do ludzi, lecz także do stworzeń. Są one przecież podobne do nas w tym, że też pragną pomyślności, znoszą cierpienia i doznają lęku przed zagładą. (...) Myśl musi uznać, że przyjacielska postawa wobec wszelkiego stworzenia jest naturalnym postulatem etyki.¹⁷; Etyka, nie zainteresowana naszym postępowaniem wobec stworzeń, jest niepełna.¹⁸

¹² Tamże, s. 59.

¹³ Zob. T. Sznajderski, *Alberta Schweitzera koncepcja człowieka*, „Ruch Filozoficzny”, 2021, 77(1), s. 136.

¹⁴ A. Schweitzer, *Moje...*, s. 60.

¹⁵ Tamże, s. 60-61.

¹⁶ Tenże, *Życie...*, s. 9.

¹⁷ Tamże, s. 23-24.

¹⁸ Tamże, s. 25.

Mimo wielokrotnego podkreślania, że postawa powyższa jest czymś naturalnym, rozumie on także, dlaczego bywa odrzucana. Niesie ze sobą bowiem wiele konfliktów i problemów. Ostatecznie teolog przyznaje, że w stosunku do zwierząt, musimy nieustannie wybierać pomiędzy zabijaniem a pozostawianiem przy życiu, co wynika z prostej pragmatyki życia codziennego¹⁹. Widzimy zatem, że jest również realistą, który dobrze wie, że nie wszystkie szlachetne idee mogą zostać wprowadzone w życie.

Albert Schweitzer, mimo swojej głębokiej religijności, jest świadomy tego, iż współczesna jemu etyka (a zwłaszcza postulat „ofiarności dla dobra drugich”) nie może już bazować na jednym, spójnym poglądzie na świat. „Prawdziwe” poznanie świata nic jej nie da z uwagi na wielość światopoglądów. Musi zatem opierać się na czymś innym, co będzie wspólne wszystkim ludziom. Podstawowej zasady etyki Schweitzer upatruje zatem w poszanowaniu życia. Ten najbardziej znany i nośny postulat w myśli filozofa przyjmuje postać zasady: „jestem życiem, które chce żyć pośród życia, które chce żyć”:

Fakt podstawowy, że jesteśmy życiem, które chce żyć, pośród życia, które chce żyć – uświadamiamy sobie w każdym momencie naszego istnienia. (...) Istotą dobra jest życie utrzymać, życiu sprzyjać, życie wznosić na jego najwyższy stopień. Istotą zła jest życie unicestwiać, życiu szkodzić, a także życie hamować w jego rozwoju.²⁰

Warto w tym miejscu zauważyć, że etyka poszanowania życia nie uznaje różnicy pomiędzy „niższymi” i „wyższymi” jego formami czy też życiem „mniej lub bardziej” wartościowym. Schweitzer przytacza uzasadnienie dla tego stanu rzeczy pisząc:

Ustanawianie powszechnie obowiązujących różnic wartości pomiędzy istotami żyjącymi sprowadza się do osądzania ich według naszego odczucia w zależności od tego, czy są bliższe czy dalsze nam, ludziom, co stanowi kryterium całkiem subiektywne. Któż z nas może wiedzieć, jakie znaczenie ma inna istota żyjąca sama w sobie i we wszechświecie?²¹

W świetle powyższych uwag widać ponownie ujmującą postawę pokory wobec świata pielęgnowaną przez Alberta Schweitzera. Mimo tego, iż pragnie on wielokrotnie przekroczyć to, co zastane, przyświeca mu cel, jakim jest dobro innych stworzeń. Wiara stanowi punkt wyjścia, lecz nie jest kryterium koniecznym do afirmacji świata i działań szlachetnych moralnie. Alzacki myśliciel szuka bowiem tego, co bardziej uniwersalne, wspólne wszystkim ludziom żyjącym wedle tych samych reguł przyrody. Przyroda zaś powinna być przede wszystkim przyjacielem, z którym zwyczajnie dobrze i korzystnie być w jak najlepszych relacjach, ponieważ inna rzeczywistości nie została nam dana.

¹⁹ Tamże, s. 24.

²⁰ Tamże, s. 28.

²¹ Tamże, s. 51.

Alexis Carrel – ambicja w służbie nauki

Poprawienie zbrodniarzy mniej niebezpiecznych batem (...), a następnie krótki pobyt w szpitalu, wystarczyłby do zapewnienia porządku. Co do innych, którzy zabijali, rabowali z bronią w rękę, porywali dzieci, łupili biedaków, którzy poważnie nadużyli zaufania publicznego, to zakład eutanazyjny, zaopatrzoney w gazy właściwe, pozwoliłby nimi rozporządzać w sposób ludzki i oszczędny²².

Cytat ten pochodzi z książki, która sprzedała się w ponad 900 tys. egzemplarzy, do czekała się przekładów na dziewiętnaście języków i rywalizowała z powieścią *Przeminęło z wiatrem* o miano bestsellera na amerykańskim rynku wydawniczym w 1936 r.²³ *Człowiek, istota nieznaną*, autorstwa Alexisa Carrela, jest utworem wielopłaszczyznowym, poruszającym zagadnienia etyczne, egzystencjalne czy też medyczne. Niemniej, ukazuje również to, jak dalece mogą zbłądzić nawet umysły niezwykle, znane z kart historii medycyny.

Carrel urodził się w rodzinie katolickiej. Uczęszczał do szkoły Jezuitów, jednak w okresie studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Lyonie odszedł od wiary. Udały zamach nożownika na prezydenta Francji Sadiego Carnota (1837-1894) sprawił, że szczególnie zainteresował się chirurgią²⁴. W 1902 r. udał się do Lourdes jako sanitariusz towarzyszący pielgrzymce²⁵. Skłoniły go do tego ciekawość oraz chęć weryfikacji metodą naukową tamtejszych cudownych doniesień²⁶. Podróż ta stanowiła punkt zwrotny w jego życiu. W Lourdes opiekował się chorą na gruźlicę otrzewnej Marie Bailly. Jej niewytłumaczalny, w świetle ówczesnej medycyny, powrót do zdrowia stał się dla młodego chirurga asumptem do nawrócenia. Nie rozumiał obojętności naukowców wobec zjawisk nadprzyrodzonych. Uważał, że błędem jest „zaprzeczenie istnienia faktów bez dokładnego ich przestudiowania”. Stanowisko to spotkało się z chłodnym przyjęciem francuskiego środowiska akademickiego. Jak sam twierdził, uniemożliwiło mu to objęcie Katedry Chirurgii na Uniwersytecie w Lyonie. Wobec braku perspektyw na dalszą karierę naukową opuścił Francję i po krótkim pobycie w Montrealu, powrócił do pracy naukowej na założonym przez Johna D. Rockefellera Uniwersytecie w Chicago²⁷. Swoje badania kontynuował na-

²² A. Carrel, *Człowiek, istota nieznaną*, tłum. Świętochowski R., Warszawa 1938, s. 270.

²³ Ch.J. Dente, D.V. Feliciano, *Alexis Carrel (1873-1944): Nobel laureate, 1912*, „Archive of Surgery”, 2005, t. 140, s. 609-610.

²⁴ J.O. Menzoian, A.L. Koshar, N. Rodrigues, *Alexis Carrel, Rene Leriche, Jean Kunlin, and the history of bypass surgery*, „Journal of Vascular Surgery”, 2011, t. 54, nr 2, s. 571, DOI: 10.1016/j.jvs.2011.04.028.

²⁵ M.J. Piotrowska, *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] A. Carrel, *Podróż do Lourdes*, tłum. M.J. Piotrowska, Londyn 1954, s. 19.

²⁶ Ciekawość A. Carrela podsycala lektura powieści *Lourdes* autorstwa Emila Zoli. Zob. A. Carrel, *Podróż do...*, dz. cyt., s. 67-69.

²⁷ H. Parafianowicz, *Amerykańska filantropia i jej „ojcowie założyciele”: doświadczenia historyczne*, [w:] H. Paprocki (red.), *Wiara i poznanie*, Białystok 2008, s. 545.

stępnie w Instytucie Badań Medycznych Rockefellera w Nowym Jorku. W 1912 r. otrzymał Nagrodę Nobla za prace nad szwami naczyniowymi oraz przeszczepianiem narządów w dziedzinie fizjologii lub medycyny²⁸. Po wybuchu II wojny światowej kolaborował z rządem Vichy, gdzie założył Fundację Badań Problemów Ludzkości (fr. *La Fondation Française pour l'étude des Problemes Humaines*)²⁹.

Alexis Carrel nie uważał się za filozofa. Twierdził, że w swoich pracach posługuje się językiem nauki i był świadom zarzutów odnośnie nieznajomości terminologii filozoficznej i teologicznej³⁰. Choć w przeciwieństwie do Alberta Schweitzera nigdy nie odebrał formalnego wykształcenia filozoficznego, to obok zagadnień nauk medycznych i przyrodniczych zgłębiał dzieła m.in.: Platona, Arystotelesa, Francisca Bacona, Kartezjusza czy też Immanuela Kanta³¹. Przynajmniej w okresie poprzedzającym wyprawę do Lourdes, pozostawał pod wrażeniem niemieckiej filozofii krytycznej³².

Podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych, gdzie myśl eugeniczna na przełomie XIX i XX w. spotykała się z ciepłym przyjęciem elit, Carrel nader często rozważał na temat poprawy kondycji ludzkości poprzez mariaż nauki i wiary³³. Wraz z początkiem lat 30. niemal całkowicie zaniechał działalności naukowej na rzecz rozwijania własnej koncepcji higieny rasy. W 1935 r. opublikował swoje poglądy we wspomnianej wyżej, ezoterycznej monografii *Człowiek, istota nieznaną*.

Podobnie jak u Schweitzera, punktem wyjścia dla koncepcji Carrela jest kryzys ludzkości. Jednak implikacje takiego założenia są dla francuskiego chirurga zgoła inne, zbliżone do zapatrywań zwolenników popularnych wówczas ruchów eugenicznych³⁴. Do czynników sprzyjających szerzeniu patologii zaliczał m. in. urbanizację, liberalizm, marksizm, hamowanie rozrodczości i dysgenizm. Natomiast największy negatywny wpływ na społeczeństwo miały mieć upadek moralności (rozumiany poprzez wszechobecną zazdrość, nieuczciwość, niewdzięczność, brutalność, egoizm, pijaństwo, lubieżność, ignorancję) oraz regres inteligencji ludzkiej, jako nieznajomości technik doskonalenia gatunku³⁵. Francuski noblista twierdził, że współczesne mu uwarunkowania cywilizacyjne

²⁸ <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1912/summary/> (dostęp: 30.03.2024 r.).

²⁹ Zob. więcej A.H. Reggiani, *Alexis Carrel, the Unknown: Eugenics and Population Research under Vichy*, "French Historical Studies", 2002, t. 25, nr 2, s. 331-355.

³⁰ A. Carrel, *Podróż...*, dz. cyt., s. 10-11.

³¹ Tenże, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 11, 30, 82, 99. W późniejszych pracach A. Carrel wymienia także Heraklita, Adama Smitha, Bertranda Russella, zob. Tenże, *Fragmety dziennika*, [w:] tenże, *Podróż do...*, dz. cyt., s. 161, 163.

³² Tamże, s. 67.

³³ J. Binnebesel, D. Baczała, P. Błajet, *Eugenika – aspekty historyczne, biologiczne i edukacyjne*, „Studia Edukacyjne”, 2019, nr. 52, s. 141-142.

³⁴ J. Grygień, „Okrucieństwo miłośierdzia”. *O źródłach popularności projektów eugenicznych w krajach anglosaskich u progu XX wieku*, „Dialogi Polityczne”, 2008, nr 10, s. 56-62. Por. N. Rose, *Polityka życia samego*, tłum. A. Kowalczyk, M. Szlinder, „Praktyka Teoretyczna”, 2015, t. 187, nr 3, s. 191, DOI: 10.14746/prt.2011.3.8.

³⁵ A. Carrel, *Fragmety...*, s. 150.

wynikają z przypadkowych odkryć naukowych. Samymi odkrywcami kierować zaś miało porywcze natchnienie oraz „coś w rodzaju jasnowidztwa” Cywilizacja nie powstała zatem w oparciu o zrozumienie istoty człowieka, a więc jest niezgodna z ludzką naturą³⁶. Utrzymywał, że gdyby wielkie umysły, takie jak Galileusz, Isaac Newton czy Antoine Lavoisier skupiły się na badaniach nad fizjologią oraz świadomością człowieka, to świat byłby lepszy³⁷.

Równie odmienne jest remedium, pozwalające przezwyciężyć ów kryzys. Schweitzerowska ekstrapolacja życzliwości i wdzięczności zostaje tu zastąpiona postulatami poznania natury człowieka, niemożliwej do zgłębienia w myśli alzackiego filozofa. Środkiem do jej poznania miałyby być „nauka o człowieku”, rozumiana jako „praktyczna znajomość człowieka” lub „nadnauka” o istocie ludzkiej jednocześnie od strony psychologicznej, fizjologicznej, społecznej, pedagogicznej, ekonomicznej i duchowej³⁸. Nauki te powinny być kompleksowo studiowane przez jednostki wybitne na przestrzeni wielu lat³⁹, najlepiej w odosobnieniu i z pełnym poświęceniem, równym nawet gotowości na śmierć⁴⁰. Dla zachowania tejże elity intelektualnej Carrel proponuje dobrowolną eugenikę pozytywną oraz zastąpienie klas społecznych klasami biologicznymi. Ulepszenie człowieczeństwa powinno stać się głównym celem nowoczesnego społeczeństwa, nad którego rozwojem czuwają niepospolite umysły⁴¹.

Osobliwą rolę w poglądach etycznych kontrowersyjnego chirurga odgrywała wiara oraz szeroko rozumiana uczuciowość. Twierdził, że:

Moralność jest tym, czym jest logika dla rozumu. Jest dyscypliną działania uczuciowego, tak jak logika jest dyscypliną działania rozumowego. Logika może być uważana za najwyższe prawo rządzące intelektem, moralność za najwyższe prawo uczucia⁴².

Zadaniem religii jest właśnie wnoszenie elementu uczuciowego w działanie człowieka. Jednocześnie moralność sprowadzać by się miała do przestrzegania zasad opartych o obserwację natury i koniecznych dla przetrwania zarówno jednostki jak i gatunku⁴³. Prawa te Carrel uznawał za tożsame z wolą Boga i tym samym stanowiące podstawę moralności chrześcijańskiej. Niezdolnych do zrozumienia praw logiki oraz nieprzestrzegających „praw moralności” uważał za istoty „niższego gatunku”, „słabej umysłowości” i „upośledzone moralnie”. W jego myśli społecznej nie ma zatem miejsca na

³⁶ Tenże, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 18-19.

³⁷ Tamże, s. 19.

³⁸ Tenże, *Fragmenty...*, dz. cyt., s. 171.

³⁹ A. Carrel szacował długość takowej edukacji na 25 lat. Zob. A. Carrel, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 240.

⁴⁰ Tenże, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 240.

⁴¹ Tamże, s. 243-247.

⁴² Tenże, *Fragmenty...*, dz. cyt., s. 142-143.

⁴³ Tamże, s. 143-144.

równość oraz sprawiedliwość⁴⁴. Wynika to z dokonanej przez niego, przewrotnej dysfunkcji na istoty i jednostki ludzkie. Paradoksalnie twierdził, że istoty są sobie równe, jednak w istotach kryją się jednostki, których zasada ta już nie dotyczy. Zauważał, że wybitne umysły wychowywane były na osobności przez rodziców - z dala od szkoły i rówieśników⁴⁵. Było to jednak jego zdaniem coraz trudniejsze z uwagi na szerzący się feminizm, okreśłany przez niego „zdradą kobiet”⁴⁶. Za zaistniałą jego zdaniem sytuację w dużej mierze odpowiadać miała iluzja równości demokratycznej. W swojej najgłośniejszej monografii pisał:

Zapewne, istoty ludzkie są równe. Ale nie jednostki. Równość ich praw, to złudzenie. Nieдорozwinięty i geniusz nie powinni być równi wobec prawa. Istota głupia, nieinteligentna, niezdolna do uwagi, roztargniona nie ma prawa do wyższego wykształcenia. Jest absurdem przyznawać jej to samo prawo wyborcze, co i jednostce całkowicie rozwiniętej. Płci nie są równe. (...) Istnieją w społeczeństwie nowoczesnym czynności właściwe dla wielkich, małych, średnich i niższych⁴⁷.

Według Carrela ludzie potrzebują zatem nowej doktryny, żeby przystąpić do odbudowy cywilizacji. Zmiany potrzebują również relacje międzyludzkie. W swoich dziennikach, już pod koniec życia, teoretyzował w wprowadzenie reguły braterstwa, o czym jednakże nie wzmiankował w *Człowieku, istocie nieznanym*⁴⁸.

Swoistym spoiwem pomiędzy wiarą i nauką w poglądach lekarza-myśliciela była mistyka w ujęciu chrześcijańskim. To właśnie mistyka chrześcijańska powinna zostać zaimplementowana do praw powszechnych. Francuski lekarz zauważał, że sam rozum nie będzie w stanie przekonać odbiorców do jego teorii (nazywanej przez niego biokracją albo androkacją) – potrzebne jest też uczucie, zapał i miłość. Ocalić cywilizację zachodnią może zatem umysł „kierowany duchem i metodami nauki”⁴⁹. W prywatnych zapiskach, już w czasie II wojny światowej, coraz większą uwagę zaczął przywiązywać do kwestii uczuciowości. Pisał: „Istnieje wielka różnica między Jezusem z Nazaretu a Newtonem, bowiem odkrycie prawa miłości wzajemnej jest nieskończenie ważniejsze aniżeli odkrycie prawa ciężenia”⁵⁰. Miłość w późnej myśli Carrela stanowiła element spajający społeczeństwo. Konkluzja wypływająca z dzieł francuskiego noblisty jest jednak tak samo prosta i zatrważająca. Najbardziej bezpośrednio ujął to pisząc:

⁴⁴ Tenże, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 268.

⁴⁵ Tamże, s. 229.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ Tamże.

⁴⁸ Tenże, *Fragmety...*, dz. cyt., s. 167.

⁴⁹ Tamże, s. 171.

⁵⁰ Tamże, s. 144-145.

Dla zachowania elity eugenika jest nieodzowna. Rzecz oczywista, że rasa powinna reprodukować swe najlepsze elementy (...). Eugenika dobrowolna doprowadziłaby nie tylko do wytwarzania jednostek silniejszych, ale i do powstania rodzin, w których odporność, inteligencja i odwaga dziedziczyłyby się. Te rodziny stanowiłyby arystokrację, skąd pochodziłyby prawdopodobnie ludzie elity. Społeczeństwo nowoczesne musi wszelkimi środkami ulepszyć rasę ludzką⁵¹.

Podsumowanie

Zarówno Schweitzer, jak i Carrel, byli postaciami, których życie było silnie zakorzenione w ich przekonaniach filozoficznych, etycznych i teologicznych, co miało istotny wpływ na ich decyzje oraz podejmowane działania. Pomimo pewnych podobieństw biograficznych oraz zbliżonych uwarunkowań historyczno-politycznych występowały u nich głębokie różnice w postrzeganiu świata oraz drugiego człowieka. Alzatzczyk wskazywał na konieczność szacunku wobec każdego życia, szerzenia życzliwości oraz wdzięczności. Tymczasem w antropocentrycznej filozofii francuskiego eugenika wyraźna była hierarchia społeczna, której kryteriami były sprawność umysłowa, fizyczna oraz płęć. Inaczej postrzegali także rolę nauki – dla Schweitzera jedynie fragmentarycznie pozwalała ona na poznanie rzeczywistości, tymczasem Carrel, niemal zaślepiony scjentyistycznymi ideami, widział w niej jedyną możliwość ulepszenia rasy. Choć obydwaj dostrzegali powszechny kryzys moralności, to jedynie Schweitzer starał się przezwyżyć zło poszukując dobra, które jego zdaniem ukryte jest w każdym człowieku, nawet tym najbardziej zdeprawowanym. Carrel nie dostrzegając możliwości zmiany w człowieku proponował natomiast rozwiązania radykalne, ostateczne. Osoby uznane za niebezpieczne, „zdegenerowane moralnie” w jego mniemaniu zasługiwały na śmierć. Próba syntezy nauki i wiary w wydaniu Carrelowskim zakończyła się na popularyzacji poglądów eugenicznych, podczas gdy działalność Schweitzera wymiernie polepszyła życie wielu mieszkańców Afryki.

Dogłębne zrozumienie działalności i poglądów obydwu myślicieli-lekarzy wymaga oczywiście uwzględnienia szerokiego kontekstu historycznego i kulturowego. Obydwaj byli kształtowani przez swoje czasy i środowiska, w których działali. Jednak pewne analogie do ich położenia możemy odnaleźć w czasach nam współczesnych. Podobnie jak Schweitzer i Carrel żyjemy w dobie postępu medycyny, zagrożenia militarnego oraz wielu dylematów moralnych o podłożu bioetycznym związanych z eutanazją, medycznie wspomaganiem samobójstwem oraz potencjalnymi możliwościami inżynierii genetycznej i terapii genowej.

⁵¹ A. Carrel, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 252, 255.

Bibliografia

1. Binnebesel J., Baczała D., Błajet P., *Eugenika – aspekty historyczne, biologiczne i edukacyjne*, „Studia Edukacyjne”, 2019, nr 52, s. 139-158.
2. Carrel A., *Człowiek, istota nieznaną*, tłum. Świętochowski R., Warszawa 1938.
3. *Fragmety dziennika*, [w:] tenże, *Podróż do Lourdes*, tłum. M.J. Piotrowska, Londyn 1954.
4. *Podróż do Lourdes*, tłum. M.J. Piotrowska, Londyn 1954.
5. Dente Ch.J., Feliciano D.V., *Alexis Carrel (1873-1944): Nobel laureate*, 1912, “Archive of Surgery”, 2005, t. 140, s. 609-610.
6. Grygień J., „Okrucieństwo miłosierdzia”. O źródłach popularności projektów eugenicznych w krajach anglosaskich u progu XX wieku, „Dialogi Polityczne”, 2008, nr 10, s. 56-62.
7. Matyukhina A., *Albert Schweitzer o życiu jako najwyższej wartości bytu*, „Sztuka Leczenia”, 2015, nr 1-2, s. 105-114.
8. Menzoian J.O., Koshar A.L., Rodrigues N., *Alexis Carrel, Rene Leriche, Jean Kunlin, and the history of bypass surgery*, “Journal of Vascular Surgery”, 2011, t. 54, nr 2, s. 571-574, DOI: 10.1016/j.jvs.2011.04.028.
9. Parafianowicz H., *Amerykańska filantropia i jej „ojcowie założyciele”: doświadczenia historyczne*, [w:] Paprocki H. (red.), *Wiara i poznanie*, Białystok 2008, s. 536-550.
10. Piotrowska M.J., *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] Carrel A., *Podróż do Lourdes*, tłum. M.J. Piotrowska, Londyn 1954.
11. Reggiani A.H., *Alexis Carrel, the Unknown: Eugenics and Population Research under Vichy*, “French Historical Studies”, 2002, t. 25, nr 2, s. 331-355.
12. Rose N., *Polityka życia samego*, tłum. A. Kowalczyk, M. Szlinder, „Praktyka Teoretyczna” 2015, t. 187, nr 3, s. 187-209, DOI: 10.14746/prt.2011.3.8.
13. Schweitzer A., *Moje życie*, tłum. K. Krzemieniowa, Lublin 1991.
14. Schweitzer A., *Życie*, tłum. J. Piechowski, Warszawa 1974.
15. Sznajderski T., *Alberta Schweitzera koncepcja człowieka*, „Ruch Filozoficzny”, 2021, t. 77, nr 1, s. 135-150.
16. Turowski M., *Granice rasy. Między nowym rasizmem a płynną rasologią*, „Studia Krytyczne/ Critical Studies”, 2015, nr 1, s. 111-130.

Netografia

1. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1912/summary/>
2. <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1952/schweitzer/facts/>

Transcending the knowable. Ethical and scientific aspirations in the works of Alexis Carrel and Albert Schweitzer

Abstract: The chapter focuses on a philosophical and historical analysis of the ethical thought and views on science in the publications of Albert Schweitzer and Alexis Carrel. It emphasizes the most important postulates and assumptions that underpinned their deliberations. Despite their many biographical similarities, their love of philosophy and medicine, and their similar geographical and historical backgrounds, their perceptions of the world and of the other differed significantly. The aim of this chapter is to compare the views of two uncommon figures, working on the frontiers of the disciplines of medicine, ethics and philosophy.

Michał K. Owecki

Katedra i Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

ORCID: 0000-0002-9733-7085

e-mail: mkowecki@ump.edu.pl

„Terapia moralna” obłąkanych w modelu opieki szpitalnej Philippe’a Pinela i Jeana-Étienne’a Esquirola

Streszczenie: Koncepcja „terapii moralnej”, zaproponowana przez Pinela i Tuke’a, wywodziła się z poglądu o moralnym upadku obłąkanych oraz z przekonania o uleczalności niektórych form szaleństwa. Zgodnie z jej założeniami, wzmocnienie sił moralnych obłąkanego dawało szansę na uzdrawiającą przemianę moralną pacjenta, kładącą kres szaleństwu. Wprowadzona pod koniec XVIII w. we Francji i Anglii zastąpiła wcześniejsze pełne fizycznej przemocy sposoby postępowania wobec obłąkanych. Terapia moralna nie była jednak pobawiona wad: będąca jej rdzeniem manipulacja moralna stanowiła nową formę dominacji lekarza nad chorym. W artykule przedstawiono miejsce terapii moralnej w modelu opieki nad obłąkanymi Pinela i Esquirola.

Postawy wobec szaleńców przed reformami Battie’go i Pinela

W ujęciu francuskiego socjologa, historyka idei i filozofa Michela Foucaulta (1926-1984), tak często cytowanym, że może być uznane za klasyczne, psychiatria jest instytucją społeczną, kształtowaną przez relację wiedzy i władzy. Przeprowadzona przez M. Foucaulta analiza przemian psychiatrii dotyczyła Francji, w której dokonało się pierwsze na świecie „wielkie zamknięcie” szaleńców (jak słusznie zauważył Foucault, symptomatologia chorób psychicznych jeszcze wówczas nie istniała, dlatego w odniesieniu do dawnych wieków nie można pisać o „chorych psychicznie”). Na mocy edyktu królewskiego z 1656 r. w Szpitalu Ogólnym w Paryżu przymusowo umieszczono ubogich, bezdomnych i obłąkanych. Wbrew nazwie, Szpital Ogólny nie był wówczas miejscem leczenia, ale internowania osób niewygodnych społecznie¹. W artykule omówiono miejsce „terapii moralnej” w okresie transformacji Szpitala Ogólnego w kierunku rzeczywistej lecznicy dla obłąkanych w koncepcji Pinela i Esquirola.

¹ M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przedmowa M. Czerwiński, Warszawa 1987, passim.

Jak zauważa Foucault, w połowie XVIII w. w Europie pojawił się lęk przed przytułkami dla szaleńców. Te odizolowane od reszty społeczeństwa miejsca jawiły się jako źródło rozmaitych chorób lub zarazy. Foucault używa w tym kontekście terminu „wielki lęk”, *la grande peur*². Negatywny odbiór społeczny obłąkanych potęgowała ich niezdolność do kontroli własnego postępowania, nierzadko pełnego agresji; ich zachowaniu często brakowało racjonalnej pobudki lub jasno zdefiniowanego celu, było niedostosowane do okoliczności i sytuacji społecznej, religijnej bądź kulturowej³. Szczególnie niepokojącą cechą osób dotkniętych obłądzeniem była ich nieprzewidywalność oraz drażliwość na bodźce powszechnie uznawane za emocjonalnie neutralne⁴. Foucault jako pierwszy rozpoznał, że wykluczenie szaleńców ze społeczności wynikało z lęku przed ich zwierzęcością. Odhumanizowanie obłąkanych (jeszcze raz trzeba podkreślić, że jeszcze w połowie XIX w. medyczne klasyfikacje szaleństwa były błędne) legitymizowało przemoc i okrucieństwo wobec nich⁵.

Lęk przed zwierzęcością i brak możliwości porozumienia z obłąkanymi uzasadniały działania wobec nich podejmowane przez daną społeczność, kształtowały także ramy prawne takich zabiegów. Celem tego rodzaju procedur było wyeliminowanie problematycznej osoby ze środowiska ludzi zdrowych. Tych ostatnich usiłowano w ten sposób ustrzec przed potencjalną agresją ze strony szaleńców, ochronić przed „zainfekowaniem” obłądzeniem, chociażby pod wpływem emocji, jakie rodził u świadka widok napadu padaczki⁶ (wtedy uznawanej za chorobę pokrewną z szaleństwem) czy w mechanizmie „zapatrzenia” się ciężarnej⁷.

Jedną z pierwszych instytucji na świecie utworzonych jako przytułek dla obłąkanych był londyński szpital *Bedlam*, ustanowiony przy klasztorze Zakonu Najświętszej Marii

² A. Kapusta, *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta, praca doktorska*, UMCS Lublin 1999, s. 55, <https://andkapusta.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/04/doktorat11.pdf> (dostęp 30.06.2024).

³ S. Star, *The Public's Ideas About Mental Illness. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association for Mental Health*, Indianapolis, Indiana, 1955, https://www.norc.org/content/dam/norc-org/pdfs/StarS_Publics_Ideas_1955.pdf (dostęp 23.01.2024).

⁴ Zob. np.: A.E. Baumann, *Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'*, „International Review of Psychiatry” 2007, t. 19, nr 2, s. 131-135; G. Wolff, S. Pathare, T. Craig i wsp., *Community attitudes to mental illness*, „British Journal of Psychiatry” 1996, t. 168, s. 183-190; G. Wolff, S. Pathare, T. Craig i wsp., *Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people*, „British Journal of Psychiatry” 1996, t. 168, s. 191-198; S.P. Segal, *Attitudes toward the mentally ill: a review*, „Social Work” 1978, t. 23, nr 3, s. 211-217.

⁵ A. Kapusta, *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 46-47.

⁶ O takiej możliwości pisano jeszcze na przełomie XIX i XX w.; zob.: S. Jerzykowski, *Przyczynek do zaburzeń umysłowych przy cukrzycy*, „Nowiny Lekarskie” 1893, R. 5, nr 7-8, s. 369-373; tenże, *O moczońce prostej*, „Nowiny Lekarskie” 1900, R. 12, nr 2, s. 53-59.

⁷ A. Helbich, *O zapatrzeniu się niewiast brzemiennych*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1843, t. 10, poz. 2, s. 159-194; K. Pękacka-Falkowska, *Lekarze z terenów Rzeczypospolitej Obojga Narodów o chorobotwórczym i deformującym działaniu kobiecej vis imaginativa w świetle wybranych case studies z pierwszej dekuri czasopisma „Miscellanea Curiosa”*, [w:] *Wybrane problemy historii medycyny. Pięć perspektyw*, red. A. Magowska, K. Pękacka-Falkowska, Poznań 2017, s. 34-50.

Panny Betlejemskiej w 1247 r., od 1547 r. prowadzony przez władze miasta⁸. Podobne ośrodki powoływano również w innych krajach, na przykład w 1365 r. w Granadzie, ok. 1409 r. w Walencji, w 1641 r. we francuskim Charenton⁹. Na ziemiach polskich pierwszym przytułkiem dedykowanym szczególnie tego rodzaju osobom był warszawski Szpital Świętego Jana Bożego, otwarty w 1650 r.¹⁰. W instytucjach tych umieszczano szaleńców, ale także epileptyków, paralityków, „gestykulujących”, dotkniętych płasawicą czy wykazujących inne nietypowe zachowania.

„Wielkie zamknięcie” i koncepcja upadku moralnego obłąkanych

W 1656 r. wspomnianym dekretem Ludwik XIV wprowadził oficjalny nakaz hospitalizacji obłąkanych, wraz z rzeszą żebraków, bezdomnych, bezrobotnych i prostytutek. Francuskiej elicie nie chodziło jednak o terapię chorych. Choć powołanie Szpitala Ogólnego uzasadniano między innymi troską o moralną odnowę zamykanych tam osób, „wielkie zamknięcie” było w rzeczywistości pierwszą w historii sformalizowaną i prawnie zalegalizowaną próbą usunięcia z paryskich ulic osób bezproduktywnych, społecznie kłopotliwych i niebezpiecznych, wyrazem troski o społeczny ład. W ciągu kilku miesięcy zamknięto ponad jeden procent Paryżan społecznie uciążliwych lub niebezpiecznych¹¹. Gmachy Szpitala Ogólnego, *Salpêtrière* (przeznaczony dla kobiet) i *Bicêtre* (przeznaczony dla mężczyzn), nadzorowane przez niemedyczną dyrekcję, stały się dla ich pensjonariuszy *de facto* miejscem uwięzienia, a dla niektórych również przymusowej pracy¹².

Zamykając w jednym lokum szaleńców, epileptyków, prostytutki, żebraków, bezdomnych i drobnych przestępców nadano ten sam kod poznawczy i kulturowy biedzie, obłądowi i zbrodni: ich wspólnym paradygmatem stał się upadek moralny. Ponieważ obłąd, wraz z wynikającą z niego beзуżytecznością manifestował się próżniactwem, nieodpowiedzialnością i intelektualną gnuśnością, postrzegano go jako konsekwencję moralnej słabości, etycznej nieprawości, formę zawinionego społecznego pasożytnictwa. Zarazem, wraz z królewskim rozporządzeniem przemoc stała się usankcjonowanym narzędziem postępowania wobec obłąkanych. Ich niekontrolowane, agresywne, dziwaczne, a czasem autodestrukcyjne zachowanie u otoczenia budziło nie tylko lęk; u obserwatorów rodzi-

⁸ E.G. O'Donoghue, *The Story of Bethlehem Hospital from its Foundation in 1247*, New York 1915, s. 16-25, <https://archive.org/details/storyofbethlehem00odon/page/87/mode/1up> (dostęp 05.05.2024).

⁹ J.J. López-Ibor, *The Founding of the First Psychiatric Hospital in the World in Valencia*, „Actas Espanolas de Psiquiatria” 2008, t. 36, nr 1, s. 1-9; J. Pérez, R.J. Baldessarini, J. Undurraga, i wsp., *Origins of psychiatric hospitalization in medieval Spain*, „Psychiatric Quarterly” 2012, t. 83, nr 4, s. 419-430; P. Sevestre, *La Maison de Charenton, de la fondation à la reconstruction (1641-1838)*, „Histoire des Sciences médicales” 1991, t. 25, nr 1, s. 61-71.

¹⁰ Z. Podgórska-Klawe, *Szpitala Warszawskie 1388-1945*, Warszawa 1975, s. 44.

¹¹ A. Kapusta, *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 44.

¹² J.-P. Carrez, *La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime: lieu d'exclusion et de punition pour femmes*, „Criminocorpus” 2008, <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.264> (dostęp 05.07.2024).

ło również przekonanie o zwierzęcości „idiotów”, napelniając poczuciem wyższości intelektualnej i moralnej. Według Foucaulta właśnie ten przypisywany szaleńcom upadek moralny usprawiedliwiał stosowanie kar fizycznych wobec krnąbrnych mieszkańców *asylum*. Skoro bowiem ze względu na intelektualne lub moralne lenistwo ponosili oni, choć w części, odpowiedzialność za swój stan, zasługiwali też na bolesną reprimendę. Uświadomienie obłąkanemu jego winy oraz wymierzenie sprawiedliwej kary interpretowano jako stworzenie mu szansy na korektę dotychczasowego sposobu życia, a zatem na odnowę moralną, dzięki której możliwe stawało się pokonanie cierpienia¹³. Właśnie dlatego powstała w drugiej połowie XVIII w. idea więzienia jako miejsca kary i moralnej odnowy skazańców doskonale wpisała się również w koncepcje terapii szaleństwa.

Izolacja szaleńców miała zatem przynosić korzyści nie tylko społeczeństwu, uwolnionemu od uciążliwego balastu, ale także samym obłąkanym, gdyż umożliwiała ich dyscyplinowanie za pomocą rozmaitych kar i środków przymusu. Represje zaś posiadały funkcję pedagogiczną: ich celem było przecież oduczenie szaleńca zachowania sprzecznego z przyjętymi normami. Odosobnienie pozwalało także na ciągłą kontrolę pensjonariuszy przytułków. Obłąkani pozostawali pod presją nieustannego osądu i moralnej manipulacji¹⁴. By uniknąć kary, musieli dostosowywać swoje działanie do rygorów narzuconych przez oceniających ich nadzorców, pielęgniarzy i lekarzy.

Do początków XIX w. w instytucjach takich jak londyński *Bedlam* czy paryski Szpital Ogólny panowały skrajnie niekorzystne warunki. Pacjenci zamknięci w przepelnionych, ciasnych celach, nadzy lub prawie nadzy leżeli na brudnej słomie lub bezpośrednio na posadzce. Bardziej agresywnych bądź pobudzonych unieruchamiano za pomocą więzów lub skuwano łańcuchami. Marna strawa i fatalne warunki higieniczne były dodatkowym źródłem cierpienia¹⁵. W istocie działania takie nie były niczym nadzwyczajnym. W podobnych okolicznościach ubogie rodziny przetrzymywały chorych w swoich domach¹⁶. Bardzo dotkliwe pozostawały też techniki pacyfikujące: sięgano po chłostę, przymusową kąpiel w lodowatej wodzie, zimny „prysznic” z zaskoczenia, karuzelę na obrotowym krześle lub łożu, prowadzoną do wyczerpania sił i wymiotów; pacjentów zamykano w ciasnych klatkach.

W tych okrutnych praktykach, postrzeganych wszakże jako standardowe procedury, kryła się pogarda wobec obłąkanych. Ujawniała się ona również w zwyczaju wizytowania szpitali psychiatrycznych przez publiczność. Podwoje przytułków otwierano bezpłatnie lub za opłatą, z różną częstotliwością, by gawiedź żadna rozrywki mogła weselić się oglądaniem szaleństwa innych¹⁷. Na przykład, w warszawskim Szpitalu Św. Jana Bożego rytuał

¹³ A. Kapusta, *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 51, 56.

¹⁴ Tamże, s. 56-57.

¹⁵ E.G. O'Donoghue, *The Story of...*, dz. cyt., s. 160, 283.

¹⁶ E. Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York-Chichester-Brisbane itd. 1997, s. 2-4.

¹⁷ E.G. O'Donoghue, *The Story of...*, dz. cyt., s. 238.

ten odbywał się co roku w drugi dzień Świąt Wielkanocnych, aż do 1827 r.¹⁸ Procederu nie można jednak oceniać według współczesnych kryteriów etycznych: w XVIII i początkach XIX w. tłumaczyło go wspomniane już przekonanie o zwierzęcości obłąkanych, ich bezwartościowości oraz moralnym upodleniu; można byłoby powiedzieć, że szaleńcy „nie zasługiwali” na szacunek. Każdy gość mógł osobiście przekonać się, że przymus i fizyczne represje wobec „idiotów” rzeczywiście pozostawały uzasadnione, zrozumiałe i korzystne społecznie¹⁹.

William Battie i pierwsze reformy

Od drugiej połowy XVIII w. sytuacja osób obłąkanych stopniowo zaczęła ulegać poprawie. W 1758 r. angielski psychiatra William Battie (1703-1776) uznając metody stosowane w londyńskim *Bedlam* za barbarzyńskie (ryc. 1)²⁰, przedstawił własne propozycje. W *Rozprawie o szaleństwie* zalecał, aby obłąkanych nie zamykać jak kryminalistów w „odrażających więzieniach”, ani nie uznawać ich za „uciążliwość dla społeczeństwa”. Co jednak prawdopodobnie dużo ważniejsze, Battie niektóre zaburzenia psychiczne uznał za uleczalne, a jako ich przyczynę wskazał patologię organiczną mózgu²¹. Tę medykalizację szaleństwa uznać można za przedświt psychiatrii.

Co prawda, również w opinii Battiego podstawowym i najskuteczniejszym postępowaniem wobec szaleńców miała być ich izolacja od świata, była ona jednak rozumiana jako forma terapii: odgrodzenie od źródła obłądzenia, czyli od osób, miejsc i zdarzeń prowokujących podrażnienie nerwów i wzburzenie umysłu. Wybór tego samego działania wynikał zatem z innych przesłanek, nie chodziło już bowiem o uwolnienie społeczeństwa od niechcianego ciężaru, ale o realną pomoc cierpiącym. Battie postulował ponadto, aby w relacjach z obłąkanymi zaniechać przemocy. Dwie dekady później działania zbliżone do rozwiązań Battiego podjął włoski medyk Vincenzo Chiarugi (1759-1820), w lecznicy Św. Doroty we Florencji uwalniając szaleńców z łańcuchów²². Chiarugi nie zrezygnował jednak z izolacji



Ryc. 1. James Norris, jeden z najsławniejszych zakutych w kajdany pacjentów londyńskiego Szpitala Bedlam [domena publiczna]

¹⁸ Z. Podgórska-Klawe, *Szpital Warszawski...*, dz. cyt., s. 193.

¹⁹ L. Smith, *Visitation and Lunatic Asylum in England*, [w:] *Permeable Walls: Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting*, red. G. Mooney, J. Reinartz, Amsterdam-New York 2009, s. 199.

²⁰ E.G. O'Donoghue, *The Story of...*, dz. cyt., s. 320.

²¹ W. Battie, *A treatise on madness*, London 1758, s. 68-70, 93, 98; https://archive.org/details/bim_eighteenth-century_a-treatise-on-madness-b_battie-william-md_1758/mode/1up (dostęp 11.05.2024).

²² G. Mora, *Bi-Centenary of the Birth of Vincenzo Chiarugi (1749-1820): a Pioneer of the Modern Mental Hospital Treatment*, "American Journal of Psychiatry" 1959, t. 116, s. 267-271.

obłąkanych. Dla wyeliminowania bodźców pobudzających wzrok i słuch zalecał, aby przetrzymywać ich w zaciemnionych i pozbawionych mebli pomieszczeniach. Obok środków powszechnie wówczas stosowanych w leczeniu obłądu, takich jak leki uspokajające, krwioupusty i dieta, Chiarugi wymieniał też kąpiele i kojącą muzykę²³. Wspominał również o ćwiczeniu „ducha”, nie precyzując jednak tego elementu terapii²⁴.

„Terapia moralna” Pinela

Po rozwiązaniu, których prekursorami okazali się Battie i Chiarugi stopniowo sięgali również inni. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście francuski medyk Philippe Pinel (1745-1826), w 1793 r. przez rewolucyjną falę wyniesiony na stanowisko zarządcy Szpitala *Bicêtre* (ryc. 2). Obserwując metody pracy jednego z tamtejszych pielęgniarzy

Jeana-Baptisty Pussina (1745-1811), Pinel zrozumiał, że zachowanie pacjentów można okiełznać łagodnością, bez konieczności pętania ich łańcuchami. Zdecydował zatem o zdjęciu z obłąkanych żelaznych kajdan²⁵. Podobne zarządzenie wydał następnie w Szpitalu *Salpêtrière*, dokąd trafił w 1795 r.²⁶



Ryc. 2. Philippe Pinel
[domena publiczna]

Rezygnacja Pinela z łańcuchów (ryc. 3) nie wykluczała innych form przymusowego unieruchamiania obłąkanych: wobec najbardziej agresywnych Pinel stosował kaftan bezpieczeństwa. Tego rodzaju restrykcje nie zaburzyły wszakże transformacji, jakiej pod rządami Pinela podlegał Szpital Ogólny, stopniowo z przytułku o więziennych konotacjach przekształcając się w instytucję leczniczą. Wciąż jednak w *Salpêtrière* i *Bicêtre* szaleńców internowano, poddając ich nieustannej osądzającej obserwacji i moralnej manipulacji: mieli oni zrozumieć swoją odpowiedzialność za własne szaleństwo, aby następnie poprzez korektę zachowania podążać ku zdrowiu²⁷.

Empiria potwierdzała zasadność uwalniania szaleńców z łańcuchów: po zdjęciu kajdan obłąkani nie stawali się bardziej szaleni czy agresywni, często działało się przeciwnie. To doświadczenie pozytywnych skutków oswobodzenia obłąkanych z pewnością przy-

Empiria potwierdzała zasadność uwalniania szaleńców z łańcuchów: po zdjęciu kajdan obłąkani nie stawali się bardziej szaleni czy agresywni, często działało się przeciwnie. To doświadczenie pozytywnych skutków oswobodzenia obłąkanych z pewnością przy-

²³ V. Chiarugi, *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico*, t. 1, Firenze 1793, s. 211-212, https://archive.org/details/BIUSante_38390x01/mode/1up?view=theater (dostęp 11.07.2024).

²⁴ V. Chiarugi, *Della pazzia...*, dz. cyt., s. 223; K.M. Grange, *Pinel or Chiarugi?*, "Medical History" 1963, t. 7, nr 4, s. 372.

²⁵ D.B. Weiner, *The Apprenticeship of Philippe Pinel: a New Document*, "Observations of Citizen Pussin on the Insane", "American Journal of Psychiatry" 1979, t. 136, nr 9, s. 1128-1134.

²⁶ J.C. Harris, *Pinel orders the chains removed from the insane at Bicêtre*, "Archives of General Psychiatry" 2003, t. 60, nr 5, s. 442.

²⁷ A. Kapusta, *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 58-60.



Ryc. 3. Pinel uwalniający szaleńców; mal. Tony Robert-Fleury (1837-1911)
[domena publiczna]

czyniło się do utrzymania w mocy decyzji Pinela. Inną przyczyną rezygnacji z przemocy wobec obłąkanych był zmieniający się paradygmat szaleństwa: Pinel dostrzegł w nim potencjalnie uleczalną chorobę woli. Dominacja lekarza nad pensjonariuszami azylum od tej pory urzeczywistniała się w inny sposób: przede wszystkim jako moralna i intelektualna wyższość personelu medycznego nad pacjentem.

Wydając w 1802 r. monografię poświęconą obłąkaniu Pinel ugruntował swoją interpretację szaleństwa jako choroby. W swoim dziele wyszczególnił kilka kategorii zaburzeń psychicznych (wymienił melancholię, delirium, idiotyzm, demencję i manię), opisał ich przyczyny, a także wskazał metody leczenia dotkniętych nimi pacjentów. Początki nologii psychiatrycznej łączyły się z katalogowaniem różnych form szaleńców, po to, by łatwiej było ich pogrupować (ta segregacja okazała się później bardzo korzystna dla rozwoju wiedzy psychiatrycznej i neurologicznej). Co jednak istotne, już samo odkrycie, że szpitale-przytułki mogą pełnić również rolę faktycznej lecznicy, a nie wyłącznie miejsca przymusowej izolacji obłąkanych, wpisywało się w powstający paradygmat obłędu jako choroby psychicznej, stając się równocześnie przesłanką do wyłonienia się psychiatrii jako odrębnej gałęzi medycyny²⁸.

²⁸ K.S. Kendler, K. Tabb, J. Wright, *The Emergence of Psychiatry: 1650-1850*, "American Journal of Psychiatry" 2022, t. 179, nr 5, s. 329-335.

Wiodący element strategii przyjętej przez Pinela stanowiła „terapia moralna”²⁹. Jej zadaniem było wzmocnienie samokontroli i dyscypliny pacjenta oraz przywrócenie emocjonalnej równowagi chorego poprzez spokojną perswazję. Zakładano bowiem, że do niemocy psychicznej, zwłaszcza labilności afektu, predysponuje niewłaściwie uformowana lub osłabiona wola. Niekorzystnie miał wpływać również nadmiar bodźców, dlatego, zgodnie z założeniami Battiégo i Chiarugiego, poprzez izolację pacjentów dążono do wyeliminowania czynników drażniących ich osłabione nerwy³⁰. Aby przezwyciężyć smutek, lęk, apatię lub nadmierne pobudzenie, chory musiał odzyskać władzę nad emocjami i zdystansować się do czynników niekorzystnie oddziałujących na nastrój. Metoda Pinela zakładała ponadto indywidualizację podejścia do pacjenta, realizowaną między innymi poprzez codzienne wizyty lekarskie, osobistą rozmowę z chorym oraz notowanie informacji o stanie zdrowia każdego podopiecznego³¹. Taki model opieki wymagał stałego lekarza w azylum. W konsekwencji ranga lekarza Szpitala Ogólnego znacząco wzrosła, bowiem to on, a nie, jak w przeszłości, niemedyczny zarządca, decydował o zatrzymaniu, bądź zwolnieniu pacjenta. Również to lekarz decydował o metodzie terapii oraz ewentualnych represjach.

Pinel uważał, że kluczem do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego pozostaje łagodność lekarza i opiekunów wobec pacjenta, ponieważ opresyjne traktowanie pacjentów jedynie potęgowało ich rozchwianie emocjonalne oraz destrukcyjne zachowanie. Kojący nerwy efekt miały również przynosić ciepłe kąpiele, ponadto rozmaite zajęcia relaksacyjne, takie jak muzyka, spacer czy gra. Duże znaczenie przypisywano pracy, odwracającej uwagę pacjenta od trapiących go niepokojów. Była ona oczywiście dostosowywana do klasy społecznej, umiejętności i możliwości chorego. Pacjenci byli wszakże traktowani przedmiotowo. Zalecany przez Pinela regularny układ dnia, wypełniony psychiczną i fizyczną aktywnością hospitalizowanych był w istocie indywidualnie dobraną formą ich tresury, wyuczenia pożądanego zachowania³².

Obok Pinela, inicjatorem wprowadzenia „terapii moralnej” pozostawał angielski kupiec i filantrop, William Tuke (1732-1822), członek religijnej wspólnoty kwakrów. Poruszony okolicznościami śmierci kwakerskiej pacjentki zamkniętej w przytułku dla obłąkanych, doprowadził do powstania nowego ośrodka. W zakładzie tym, otwartym w miejscowości York w 1796 r., jako naczelną zasadę przyjęto rezygnację z fizycznej przemocy wobec pensjonariuszy³³. Wspomagającą rolę pełnić miała również odpowiednia konstrukcja budynków przeznaczonych na przytułek. Projekty, zwłaszcza nowopowsta-

²⁹ K.M. Grange, *Pinel or...*, dz. cyt., s. 371, 375.

³⁰ E. Shorter, *A History of...*, dz. cyt., s. 11-13.

³¹ D. Weiner, *Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a Fundamental Text of Modern Psychiatry*, "American Journal of Psychiatry" 1992, t. 149, s. 725-732.

³² A. Korenjak, *From Moral Treatment to Modern Music Therapy: On the History of Music Therapy in Vienna (c. 1820-1960)*, "Nordic Journal of Music Therapy" 2018, t. 27, nr 5, s. 341-359.

³³ B. Edginton, *The York Retreat*, "Victorian Review" 2013, t. 39, nr 1, s. 9-13.

jących ośrodków, zakładały zerwanie z dotychczas powszechnymi rozwiązaniami architektonicznymi: przestronne i jasne sale, z pozbawionymi żelaznych krat oknami, zaczęły przypominać szpital, a nie, jak większość wcześniejszych tego typu miejsc, więzienie³⁴. Jednak również i tutaj stosowano formę opresji i przemocy wobec pacjentów: moralny osąd, płynący z interpretacji zasad religijnych, wyznawanych przez wspólnotę kwakrów. Personel w kategoriach medycznych ujmował etyczną ocenę postępów swoich podopiecznych.

GORLIWYM PROPAGATOREM TERAPII MORALNEJ ORAZ ROZWIĄZAŃ ZAPROPONOWANYCH PRZEZ PINELA OKAZAŁ SIĘ JEGO UCZEŃ, JEAN-ÉTIENNE ESQUIROL (1772-1840), A OD 1811 R. JEGO NASTĘPCA NA STANOWISKU ADMINISTRATORA SZPITALA *Salpêtrière* (ryc. 4). Ukształtowany przez oświeceniowe prądy, zarazem poddany wpływowi romantyzmu Esquirol głęboko wierzył w udział namiętności i popędów w powstaniu obłąkania. Podobnie jak jego mentor, szaleństwo uznawał za chorobę wymagającą leczenia poprzez wzmocnienie woli pacjenta. Przejawem przesunięcia przez Esquirola obłądu do domeny medycznej stały się jego pierwsze we Francji wykłady z psychiatrii, od 1817 r. prowadzone w *Salpêtrière*³⁵, a także jego podręcznik wydany w 1838 r. Już sam tytuł tego dzieła, *Choroby psychiczne*, wskazywał na medyczną naturę opisywanej w niej problematyki³⁶.

Objąwszy w 1825 r. posadę naczelnego lekarza zakładu dla obłąkanych w Charenton³⁷, Esquirol w bardzo radykalny sposób przystąpił do realizacji zasady „alienacji” pacjentów od świata zewnętrznego, połączonej z ich „socjalizacją”: wraz z pensjonariuszami przy wspólnym stole do posiłków zasiadał personel, a także sam Esquirol i jego rodzina³⁸. Wcześniej jednak, stał się inicjatorem reformy francuskiego systemu opieki nad obłąkanymi. Opracowany przez niego program zmian jednoznacznie klasyfikował zaburzenia psychiczne jako chorobowe, a dotknięte nimi osoby jako pacjentów, wymagających opieki wykwalifikowanych lekarzy. W raporcie z 1818 r. przygotowanym



Ryc. 4. Jean-Étienne Esquirol
[domena publiczna]

³⁴ S. Tuke, *Practical hints on the construction and economy of pauper lunatic asylums*, York 1815, s. 23-24, 39-40, <https://archive.org/details/39002011122984.med.yale.edu/mode/1up> (dostęp 12.07.2024).

³⁵ P. Harry, *Les folies françaises: The Psychiatric Profession in Nineteenth-Century France*, “Bulletin of the History of Medicine” 1988, t. 62, nr 3, s. 470-479.

³⁶ J.-É. Esquirol, *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, Paris 1838, https://archive.org/details/bub_gb_tOSW0p2MVLAC/page/n10/mode/1up (dostęp 09.07.2024).

³⁷ J.M. d’Estienne, *La Maison de Charenton du XVIIe au XXe siècle: construction du discours sur l’asile*, “Revue d’histoire de la protection sociale” 2008, t. 1, nr 1, s. 19-35.

³⁸ E. Shorter, *A History of...*, dz. cyt., s. 13.

dla ministra spraw wewnętrznych Francji domagał się uwolnienia chorych z kajdan również w innych zakładach kraju: „Ci nieszczęśnicy są przykuci w lochach obok przestępców. Cóż za makabryczna kombinacja! spokojni obłąkańcy są traktowani gorzej niż przestępcy”³⁹.

Podsumowanie

Wprowadzenie przez Pinela i Tuke'a terapii moralnej stanowiło z jednej strony wyraz stopniowej medykalizacji szaleństwa, z drugiej zaś poglądów o moralnym podłożu obłądki. Odizolowanie zamkniętego w azylum pacjenta od przyczyn podrażnienia nerwów oraz indywidualnie dostosowane działania lecznicze miały wzmacniać wolę i prowadzić do pokonania wewnętrznej słabości chorego. Przełamanie owej duchowej gnuśności miałyby wówczas moc uzdrawiającą. Choć terapia moralna przyniosła radykalną poprawę warunków, w jakich internowano obłąkańcych, jej wprowadzenie wiązało się z innymi, aniżeli fizyczne, formami przemocy: moralnej manipulacji i presji nieustannego osądu, wzbudzania poczucia winy oraz budowania atmosfery nagrody i kary. Nie przyniosła też upodmiotowienia pacjenta, pozostając rodzajem tresury obłąkańcych, nakierowanej na przywrócenie normatywności ich zachowaniu i słowom.

Po okresie świetności w pierwszych dekadach XIX w. terapia moralna zaczęła tracić na znaczeniu. Okazała się bowiem metodą zbyt czasochłonną wobec narastającej rzeszy osób dotkniętych obłądkiem (definiowanym już coraz wyraźniej w kategoriach choroby nerwowej). Pozostawała ponadto bezsilna wobec pacjentów z nieuleczalnymi wówczas strukturalnymi schorzeniami mózgu. Nie ulega jednak wątpliwości, że to koncepcja terapii moralnej zapoczątkowała odejście od fizycznej kary i przymusu jako formy leczenia obłąkańcych; dzięki temu ich los choć trochę uczyniono lepszym.

Bibliografia

1. Battie W., *A treatise on madness*, London 1758, https://archive.org/details/bim_eighteenth-century_a-treatise-on-madness-b_battie-william-md_1758/mode/1up (dostęp 11.05.2024).
2. Baumann A. E., *Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'*, "Int Rev Psych" 2007, t. 19, nr 2, s. 131-135.
3. Carrez J.-P., *La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime: lieu d'exclusion et de punition pour femmes*, Criminocorpus 2008, <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.264> (dostęp 05.07.2024).
4. Chiarugi V., *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico*, t. 1, Firenze 1793, https://archive.org/details/BIUSante_38390x01/mode/1up?view=theater (dostęp 11.07.2024).

³⁹ J.-É. Esquirol, *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818*, Esquirol, Paris 1819, s. 13, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1510009c?rk=128756;0> (dostęp 12.07.2024).

5. *Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people*, "Brit J Psych" 1996, t. 168, s. 191-198.
6. *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, Paris 1838, https://archive.org/details/bub_gb_tOSW0p2MVL4C/page/n10/mode/1up (dostęp 09.07.2024).
7. d'Estienne J. M., *La Maison de Charenton du XVIIe au XXe siècle: construction du discours sur l'asile*, "Rev His Prot Soc" 2008, t. 1, nr 1, s. 19-35.
8. Edginton B., *The York Retreat*, "Victorian Rev" 2013, t. 39, nr 1, s. 9-13.
9. Esquirol J.-É., *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818*, Paris 1819, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1510009c?rk=128756;0> (dostęp 12.07.2024).
10. Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przedm. M. Czerwiński, Warszawa 1987.
11. Grange K.M., *Pinel or Chiarugi?*, "Med Hist" 1963, t. 7, nr 4, s. 372.
12. Harris J.C., *Pinel orders the chains removed from the insane at Bicêtre*, "Arch Gen Psych" 2003, t. 60, nr 5, s. 442.
13. Harry P., *Les folies françaises: The Psychiatric Profession in Nineteenth-Century France*, "Bull Hist Med" 1988, t. 62, nr 3, s. 470-479.
14. Helbich A., *O zapatrzeniu się niewiast brzemiennych*, „Pam TLW” 1843, t. 10, posz. 2, s. 159-194.
15. Jerzykowski S., *Przyczynę do zaburzeń umysłowych przy cukrzycy*, „Now Lek” 1893, R. 5, nr 7-8, s. 369-373; tenże, *O moczówce prostej*, „Now Lek” 1900, R. 12, nr 2, s. 53-59.
16. Kapusta A., *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta, praca doktorska*, UMCS Lublin 1999, <https://andkapusta.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/04/doktorat11.pdf> (dostęp 30.06.2024).
17. Kendler K.S., Tabb K., Wright J., *The Emergence of Psychiatry: 1650-1850*, "Am J Psych" 2022, t. 179, nr 5, s. 329-335.
18. Korenjak A., *From Moral Treatment to Modern Music Therapy: On the History of Music Therapy in Vienna (c. 1820-1960)*, "Nord J Music Ther" 2018, t. 27, nr 5, s. 341-359.
19. López-Ibor J.J., *The Founding of the First Psychiatric Hospital in the World in Valencia*, "Act Espan Psi" 2008, t. 36, nr 1, s. 1-9.
20. Mora G., *Bi-Centenary of the Birth of Vincenzo Chiarugi (1749-1820): a Pioneer of the Modern Mental Hospital Treatment*, "Am J Psych" 1959, t. 116, s. 267-271.
21. O'Donoghue E.G., *The Story of Bethlehem Hospital from its Foundation in 1247*, New York 1915, <https://archive.org/details/storyofbethlehem00odon/page/87/mode/1up> (dostęp 05.05.2024).
22. Pękacka-Falkowska K., *Lekarze z terenów Rzeczypospolitej Obojga Narodów o chorobotwórczym i deformującym działaniu kobiecej vis imaginativa w świetle wybranych case studies z pierwszej dekuri czasopisma „Miscellanea Curiosa”, [w:] Wybrane problemy historii medycyny. Pięć perspektyw*, red. A. Magowska, K. Pękacka-Falkowska, Poznań 2017, s. 34-50.
23. Pérez J., Baldessarini R.J., Undurraga J., i wsp., *Origins of psychiatric hospitalization in medieval Spain*, "Psych Quart" 2012, t. 83, nr 4, s. 419-430.
24. Podgórska-Klawe Z., *Szpital Warszawskie 1388-1945*, Warszawa 1975.
25. Segal S. P., *Attitudes toward the mentally ill: a review*, "Soc Work" 1978, t. 23, nr 3, s. 211-217.
26. Sevestre P., *La Maison de Charenton, de la fondation à la reconstruction (1641-1838)*, "Hist Sci Méd" 1991, t. 25, nr 1, s. 61-71.
27. Shorter E., *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York-Chichester-Brisbane itd. 1997.

28. Smith L., *Visitation and Lunatic Asylum in England*, [w:] *Permeable Walls: Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting*, red. G. Mooney, J. Reinartz, Amsterdam-New York 2009.
29. Star S., *The Public's Ideas About Mental Illness. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association for Mental Health, Indianapolis, Indiana, 1955*, https://www.norc.org/content/dam/norc-org/pdfs/StarS_Publics_Ideas_1955.pdf (dostęp 23.01.2024).
30. Tuke S., *Practical hints on the construction and economy of pauper lunatic asylums*, York 1815, <https://archive.org/details/39002011122984.med.yale.edu/mode/1up> (dostęp 12.07.2024).
31. Weiner D., *Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a Fundamental Text of Modern Psychiatry*, "Am J Psych" 1992, t. 149, s. 725-732.
32. *The Apprenticeship of Philippe Pinel: a New Document*, "Observations of Citizen Pussin on the Insane", "Am J Psych" 1979, t. 136, nr 9, s. 1128-1134.
33. Wolff G., Pathare S., Craig T., Leff J., *Community attitudes to mental illness*, "Brit J Psych" 1996, t. 168, s. 183-190.

"Moral Therapy" for the Insane in the Model of Hospital Care by Philippe Pinel and Jean-Étienne Esquirol

Abstract: The concept of "moral therapy", proposed by Pinel and Tuke, was derived from the view of the moral decline of the insane and from the belief in the curability of some forms of madness. According to its assumptions, strengthening the moral powers of the insane provided a chance for a healing moral transformation of the patient, putting an end to madness. Introduced at the end of the 18th century in France and England, it replaced earlier methods of treating the insane, full of physical violence. Moral therapy, however, was not without its flaws: moral manipulation, which was its core, constituted a new form of domination of the doctor over the patient. The article presents the place of moral therapy in Pinel and Esquirol's model of care for the insane.

Anita Magowska

Katedra i Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

ORCID 0000-0002-6046

e-mail: vesalius@ump.edu.pl

Pozareligijne uwarunkowania opieki zgromadzeń zakonnych nad ludźmi starymi w Polsce do 1989 r.

Streszczenie: Praca podejmuje problem uwarunkowań opieki nad ludźmi starymi w Polsce do 1989 r. Przedstawione zostały najwcześniejsze rozwiązania w tym zakresie, a mianowicie utrzymywane przez fundatorów lub wspólnoty parafialne przytułki dla ludzi niepełnosprawnych i niesamodzielnych życiowo, do których zaliczali się także starcy. Od założenia w 1632 r. Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia prowadzenie takich przytułków było domeną zakonnic. Na przełomie XIX i XX w. powstało kilka zgromadzeń bezhabitowych opiekujących się m.in. starymi i schorowanymi ludźmi. We wszystkich zaborach doszło do kasaty prawie wszystkich klasztorów, ponieważ zaborcy obawiali się, że zakonnice i zakonnicy mogą oddziaływać na ludność polską, ożywiając w niej dążenia niepodległościowe. W okresie międzywojennym działalność leczniczo-opiekuńcza zgromadzeń zakonnych rozwijała się mimo utrudnień formalnych. W Polsce pojałtańskiej partia komunistyczna prowadziła walkę z Kościołem Rzymskokatolickim i nękała zgromadzenia zakonne, zwłaszcza specjalizujące się w działalności leczniczej, opiekuńczej i edukacyjnej. Siostry zakonne – pielęgniarki usunięto ze szpitali, które zostały zbudowane z ich posagów i były przez nie prowadzone po niskich kosztach. Znacjonalizowano nieruchomości należące do zgromadzeń zakonnych, skonfiskowano ich wyposażenie i zlikwidowano przytułki, w tym dla starców. Konsekwencją polityki antyreligijnej prowadzonej w latach 1945-1989 był spadek liczby powołań. Po 1989 r. odtworzenie systemu opieki zapewnianej przez zgromadzenia zakonne nie było możliwe.

Wprowadzenie

W polskim piśmiennictwie historyczno-medycznym problematyka działalności szpitalnej i opiekuńczej zgromadzeń zakonnych w Polsce pojałtańskiej pojawia się rzadko, potwierdzając skuteczność uprawianej w latach 1945-1989, ale i później, polityki rugowania jej z pamięci zbiorowej. Niniejsza praca skupia się na drobnym fragmencie tej działalności, a mianowicie na opiece nad ludźmi starymi sprawowanej przez zgromadzenia zakonne, aby pokazać jak zmieniała się pod wpływem polityki zaborców i procesu sekularyzacji realizowanego w Polsce pojałtańskiej, polegającego m.in. na odrzucaniu autorytetu

Kościół w życiu publicznym, prywatyzowaniu religijności, pozaprawnych i niejawnych ingerencjach państwa w Kościół, a także zawładnięciu jego majątkiem i usunięciu siostr zakonnych z placówek medycznych i opiekuńczych przez nie założonych i prowadzonych¹. Z biegiem lat, sekularyzacja doprowadziła do marginalizacji potrzeb bytowych i innych ludzi w zaawansowanym wieku. Jest to istotny problem współczesności.

Praca opiera się na dokumentach znajdujących się w zespole Urzędu ds. Wyznań w Archiwum Akt Nowych w Warszawie i monografiach poświęconych dziejom zgromadzeń zakonnych, szczególnie szarytek i elżbietanek, po 1945 r. Spośród opracowań podejmujących temat walki ze zgromadzeniami zakonnymi realizującymi charyzmat posługi chorym, trwale niepełnosprawnym i starym, największą wartość poznawczą mają monografie Agaty Mirek², Ewy Kaczmarek³ i Petera Rainy⁴, które przedstawiają politykę antykościelną i antywyznaniową realizowaną w Polsce pojałtańskiej. Praca uwzględnia tradycje posługi leczniczo-opiekuńczej zakonów w I Rzeczypospolitej, a jej zasadniczą część obejmuje wydarzenia trwające do 17 maja 1989 r., kiedy polski Sejm przyjął ustawę zapewniającą Kościołowi katolickiemu prawo do prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania nieruchomości, także tych przejętych przez państwo w połowie XX w. Realizacja ustawy nie była jednak możliwa.

Zorganizowana opieka nad osobami starszymi w I Rzeczypospolitej

Tradycje opartej na miłosierdziu chrześcijańskim opieki nad osobami starszymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji sięgają średniowiecza. Do podopiecznych szpitali-przytułków fundowanych przez władców, właścicieli wsi, plebanów i zamożnych mieszczan należeli ludzie starsi⁵. Np., Szpital św. Ducha w Gostyniu został ufundowany w 1301 r. przez dziedzica całej okolicy Mikołaja Łodzja Przedpełkowicza jako przytułek dla kalek, starców i chorych, a jego uposażeniem były dochody ze wsi Stary Gostyń⁶. Były także parafialne przytułki tylko dla starców, tzw. *gerontocomia*⁷. Epidemie i wojny przyczyniały się do ubożenia społeczeństwa i spadku liczby miejsc, służących jako schronienie samotnym starcom. Np., w latach 1724-1728 szpitale-przytułki funkcjonowały tylko w 44% parafii

¹ P. Boryszewski, *Katolicyzm, jego instytucjonalizacja i sekularyzacja w Europie Środkowej*, Warszawa 2006, s. 72-73; Jonathan Sheehan, *Enlightenment, Religion, and the Enigma of Secularization: A Review Essay*, "The American Historical Review", 2003, R. 108, s. 1061-1080.

² A. Mirek, *Siostry zakonne w obozach pracy w PRL w latach 1954-1956*, Lublin 2009.

³ E. Kaczmarek, *Dlaczego przeszkadzały? Polityka władz partyjnych i rządowych wobec żeńskich zgromadzeń zakonnych w Polsce w latach 1945-1956*, Warszawa 2007.

⁴ P. Raina, *Losy siostr zakonnych w PRL. Wysiedlenie – obozy – uwolnienie 1954-1956*, Warszawa 2004.

⁵ F. Giedroyc, *Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce*, Warszawa 1908, s. 6.

⁶ W. Jeske, *Szpitalnictwo, lekarze i stosunki sanitarne w powiecie gostyńskim od czasów najdawniejszych*, Poznań 1948, s. 110-111. Szpital ten spłonął w 1788 r. i nie został odbudowany.

⁷ E. Leś, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Warszawa 2001, s. 20.

diecezji poznańskiej. Przebywało w nich 641 pensjonariuszy, z których 65-80% stanowiły stare kobiety⁸.

Nowy okres w dziejach opieki nad osobami starszymi zaczął się wraz z założeniem w 1632 r. we Francji pierwszego żeńskiego zgromadzenia zakonnego posługującego chorym i słabym, czyli Sióstr Miłosierdzia. W 1652 r. na zaproszenie królowej Marii Ludwiki Gonzagi pierwsze szarytki przybyły do Polski i osiedliły się w Łowiczu, a w Warszawie założyły dom miłosierdzia dla kalek i sierot. Najazd Szwedów przerwał ich działalność. Gdy mogły wrócić do Warszawy, zostały przez królową ulokowane na Tamce w domu pod wezwaniem św. Kazimierza, nazwanym tak dla uczczenia króla i jego świętego przodka. Tu powstał ich nowicjat, miejsce formacji licznych nowych Sióstr Miłosierdzia⁹. W 1745 r. siostry utworzyły one dom w Wilnie, zapoczątkowując rozwój prowincji litewskiej, ostatecznie skasowanej przez cara w 1842 r. Czterem z nich udało się przebrać za wieśniaczki i uciec przez Prusy do Paryża¹⁰. Tam założyły nowy dom św. Kazimierza, przytulisko dla polskich ubogich starców, w tym Cypriana Norwida, i sierot¹¹. W sumie w Polsce przedrozbiorowej w 14 miejscowościach istniało 28 domów szarytek, którym chętnie powierzano prowadzenie fundowanych przez ziemian szpitali i przytułków¹².

Po pierwszym rozbiórce na ziemiach polskich znajdowało się 497 szpitali-przytułków, których większość prowadziły zgromadzenia zakonne. W Wielkopolsce znajdowało się 90 szpitali-przytułków dla około 1 600 kalek, starców i ubogich, w Małopolsce 213 takich placówek dla 1 862 osób potrzebujących opieki, a w Wielkim Księstwie Litewskim 194 dla 5 621 podopiecznych¹³.

Ten olbrzymi kapitał społeczny został unicestwiony przez zaborców, obawiających się wpływów politycznych Kościoła katolickiego. I tak, w zaborze austriackim cesarz Józef II, korzystając z dekretu kasacyjnego z 1773 r., skonfiskował dobra kościelne jezuitów, a potem podjął próbę utworzenia kościoła narodowego, zakazując zakonom utrzymywania kontaktów z przełożonymi spoza Austrii. Następnie zlikwidował klasztory zakonów kontemplacyjnych i tych, które uznał za bezużyteczne. Wprawdzie zmarł w 1791 r., ale wprowadzony przez niego system trwał nadal¹⁴. W zaborze pruskim kasatę dóbr zakonnych

⁸ M. Surdacki, *Organizacja i rozwój szpitalnictwa w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, [w:] *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*, red.: M. Dąbrowska, J. Krupie, Warszawa 1998, s. 166-169.

⁹ M. Czapska, *Miłosierdzie na miarę klęsk*, Londyn 1954, s. 42-47.

¹⁰ *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Polsce (1652-2002). II. Prowincja krakowska. Prowincja litewska. Biografie*, red.: A. Dzierżak SM, S. Motyka SM, W. Bomba CM, J. Dukała CM, Kraków 2002, s. 408.

¹¹ M. Czapska, *Miłosierdzie na...*, dz. cyt., s. 56-59.

¹² R. Zeman, W. Zeman, *Dzieje lecznictwa i szpitalnictwa w Jarosławiu w okresie od 1772 do 1918 roku*, [w:] *Pięć wieków szpitalnictwa w Jarosławiu. Materiały, szkice, wspomnienia*, pod red. S. Sobockiego, Jarosław 1977, s. 29-30.

¹³ F. Giedroyc, *Zapiski do dziejów...*, dz. cyt., s. 1-3. Dane pochodzą z 1791 r.

¹⁴ P. Paweł Gach, *Zakony franciszkańskie na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej i Śląska w latach 1773-1914*, [w:] *Franciszkanie w Polsce XIX wieku*. Seria: *Zakony franciszkańskie w Polsce*, red. J. Kłoczowski, t. III, pod red. J. Kłoczowskiego i in., Niepokalanów 1996, s. 11-13.

i posiadłości kościelnych przeprowadzono po trzecim rozbiórce Polski. Przejęte majątki przekazano wyższym urzędnikom pruskim. Tylko w latach 1800-1806 zlikwidowano 19 domów zakonnych. W okresie wojen napoleońskich przeprowadzono kasatę klasztorów na Śląsku pruskim, by zapłacić Francji kontrybucje wojenne. Po 1815 r. Edward Flotwell, naczelny prezes Wielkiego Księstwa Poznańskiego, uczynił kasatę klasztorów, a więc i prowadzonych przez nie placówek opiekuńczych, jednym z głównych punktów programu germanizacji. Natomiast w Królestwie Polskim rozbijano struktury zakonne stopniowo. W 1832 r. została przeprowadzona wielka kasata klasztorów, w wyniku której zlikwidowano 194 domy zakonne, zamieszkałe przez mniej niż 8 zakonników, jakie znajdowały się w guberniach o małej liczbie ludności katolickiej. Najbardziej represjonowano zakony żebrzące, ponieważ utrzymywały ściśle stosunki z ludem, a to niepokoiło carat. Dopiero kasaty przeprowadzone w latach 1836-1843 dotknęły zakony zajmujące się szpitalnictwem i działalnością charytatywną; zlikwidowano wtedy m.in. 12 klasztorów bernardynów, 7 franciszkanów konwentualnych i jeden bernardynek. Wreszcie, po powstaniu styczniowym, na podstawie ukazu „O reformie klasztorów w Królestwie Polskim” przeprowadzono kasatę 129 klasztorów. Mimo wstrząsu, zakonnicy i zakonnice kontynuowali działalność w zmienionych warunkach, najczęściej angażując się w życie parafii¹⁵.



Ryc. 1. Staniętki. Zniszczenia wojenne w klasztorze Benedyktynek
Publikowane za zgodą Narodowego Archiwum Cyfrowego, sygn. 1-U-5862-1

¹⁵ Tamże, s. 14-19, 22.

W drugiej połowie XIX w. do odbudowy życia zakonnego w Królestwie Polskim oraz zorganizowanej opieki nad potrzebującymi pomocy przyczyniły się dążenia emancypacyjne kobiet, a także tercjarstwo i rozwój Żywego Różańca. Wobec wrogiego nastawienia władz carskich do życia religijnego Polaków, w którym dopatrywano się inspiracji działań antyrosyjskich, powstawały sekretne zakony bezhabitowe specjalizujące się w opiece nad chorymi w szpitalach, przytułkach i domach prywatnych. Należały do nich Siostry Franciszkanek od Cierpiących, których zgromadzenie uformowało się w ostatnich dekadach XIX w., lecz konstytucję zatwierdzono dopiero w 1909 r.¹⁶. Nie małało znaczenie posługi szarytek. Budziły szacunek i cieszyły się powszechnym zaufaniem. Np. w 1910 r. Katolickie Towarzystwo Dobroczynności w Płocku powierzyło trzem szarytkom prowadzenie przytułku dla starców i kalek, który był połączony z ochronką dla dzieci¹⁷. Ślady istnienia przytułków dla osób w podeszłym wieku są rzadkie, co nie oznacza, że ich nie było. Dokumenty świadczące o ich istnieniu mogły zostać zniszczone podczas wojen lub w pojałtańskiej Polsce.

Zaangażowanie zgromadzeń zakonnych w opiekę nad starcami w II Rzeczypospolitej

Odrodzenie działalności leczniczo-opiekuńczej zgromadzeń zakonnych w II Rzeczypospolitej było niełatwym zadaniem. Początkowo szpitalami zarządzało Ministerstwo Zdrowia Publicznego, które zlikwidowano w 1923 r. Odtąd sprawami szpitalnictwa zajmowało się Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Już 27 listopada 1923 r. wprowadziło ono obowiązek składania przez pielęgniarki egzaminów państwowych. Nowe rozporządzenie uderzało w szpitale prowadzone przez zgromadzenia zakonne, w których siostry poznawały pielęgniarstwo przy łóżku chorego. Przepisy te znowelizowano 24 grudnia 1931 r.¹⁸. Znaczące zmiany wprowadziła do pielęgniarstwa zakonnego ustawa z 21 lutego 1935 r., która nałożyła na pielęgniarki pracujące w zakładach leczniczych i domach prywatnych obowiązek ukończenia szkoły pielęgniarzkiej oraz wykazywania się nie tylko dyplomem jej ukończenia, ale także wydawanym przez władze administracyjne prawem wykonywania

¹⁶ L. Czermińska, *Duchowość Sióstr Franciszkanek od Cierpiących. Studium na podstawie dokumentów Zgromadzenia*, Łódź 2009, s. 58-85.

¹⁷ A. Gretkowski, *Dobroczynno-społeczna działalność Zgromadzenia Sióstr oraz Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo na terenie diecezji płockiej w latach 1727-2000*, Płock 2002, s. 153. Docierające do Polski idee Oświecenia budziły zainteresowanie przedstawicielek rodów magnackich, które stawały się pionierkami filantropii świeckich, obejmującej potrzeby najuboższych dzieci i edukację młodzieży. Wyjątkiem była księżna Anna z Sapiehów Jabłonowska (1728-1800), która założyła i utrzymywała dom miłosierdzia dla znieдоłęźniałych chłopów pańszczyźnianych. Za: E. Leś, *Zarys historii...*, dz. cyt., s. 39, 50.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 24 grudnia 1931 r. o zmianach w rozporządzeniu z 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarzskich.



Ryc. 2. Siostra zakonna w kuchni Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Kobierzynie, 1931 r.
Publikowane za zgodą Narodowego Archiwum Cyfrowego, 1-C-310-3

praktyki zawodowej¹⁹. Rok później Minister Opieki Społecznej utworzył rejestr pielęgniarek²⁰.

W całej Polsce powstawały nowe szpitale i przytułki, zakładane lub prowadzone przez siostry zakonne, zwłaszcza szarytki. W 1939 r. prowincja warszawska Sióstr Miłosierdzia liczyła 105 placówek w Warszawie i ośmiu województwach oraz jedenastu diecezjach. W Warszawie znajdowały się 24 placówki, w województwie warszawskim – 23, w kieleckim 20, w lubelskim 16, w łódzkim 9, w poznańskim 4, w białostockim 5, w pomorskim 3, w wileńskim 1. Wśród nich były takie, które istniały od prawie 400 lat²¹. Informacje o domach opieki dla starców nie są uszczegółowione. Wiadomo jednak, że własnością szarytek był m.in. zakład p.w. św. Wincentego dla 50 starców w Kurozwękach (10 łózek, 6 szarytek)²² i przytułek św. Pawła w Turku²³. W działalności leczniczo-opiekuńczej oraz administracji szpitalami i przytułkami uczestniczyło 591 z wszystkich 921 szarytek (64,2% ogółu)²⁴.

¹⁹ Ustawa z 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 17 marca 1936 r. o pielęgniarstwie.

²¹ A. Jurczak, *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo Sług Ubogich Chorych. Studia i materiały do historii chrześcijaństwa w Polsce*, t. XIV, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 2000, s. 33.

²² Tamże, s. 158.

²³ Tamże, s. 168.

²⁴ Tamże, s. 147.

Innym zgromadzeniem specjalizującym się w takiej działalności było Zgromadzenie Sióstr św. Katarzyny Dziewicy i Męczennicy. Katarzynki pełniły posługę w 17 szpitalach, z których 6 stanowiło ich własność, a także w 20 domach starców²⁵. Z kolei siostry Albertynki ze Zgromadzenia Sióstr Posługujących Ubogim III Zakonu św. Franciszka pracowały m.in. w 20 przytuliskach dla bezdomnych, ubogich i domach starców i 7 innych podobnych placówkach, gdzie przebywali razem starcy i dzieci²⁶.



Ryc. 3. Dom opieki prowadzony przez szarytki w Krakowie, 1937 r.
Publikowane za zgodą Narodowego Archiwum Cyfrowego, sygn. 1-R-633-2

Według Głównego Urzędu Statystycznego, w 1935 r. zgromadzenia zakonne prowadziły 32 zakłady opieki zamkniętej dla 717 dorosłych (w całym kraju istniało 2029 takich placówek dla 25 422 osób, w tym nieznaney liczby starców), a w 1937 r. 39 takich zakładów dla 753 podopiecznych (w Polsce było 1 788 takich placówek dla 25 469 osób). Udział zgromadzeń zakonnych w prowadzeniu zakładów opieki zamkniętej można zatem ustalić

²⁵ Ł. Krebs (S. Maria Magdalena CSC), *Zgromadzenie Sióstr św. Katarzyny Dziewicy i Męczennicy. Prowincja Warmińska (Congregatio Sororum Sanctae Catharina V.M.) w latach 1939-1947*, [w:] *Żeńskie zgromadzenia zakonne w Polsce 1939-1947, Studia i Materiały do Historii Chrześcijaństwa w Polsce*, t. XII, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 1998, s. 144.

²⁶ M. Kaczmarzyk, K. Banaszczyk, *Zgromadzenie Sióstr Posługujących Ubogim III Zakonu św. Franciszka tzw. Sióstr Albertynek (Congregatio Sororum Pauperibus Inservientium Tertii Ordinis Sancti Francisci sive Sororum Albertinarum) w latach 1939-1947*, [w:] *Żeńskie zgromadzenia zakonne w Polsce 1939-1947, Studia i Materiały do Historii Chrześcijaństwa w Polsce*, t. XII, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 1998, s. 235-290.

na 1,6% w 1935 r. i 2,2% w 1937 r. Zakony w 1935 r. opiekowały się 2,8% osób tego potrzebujących, a dwa lata później 2,9%. Ponadto w 1935 r. zakony pokrywały koszty pobytu i opieki nad 424 (1,7%), a dwa lata później nad 400 pensjonariuszami (1,6%)²⁷.

Strategia partii komunistycznej wobec zgromadzeń zakonnych prowadzących działalność leczniczą i opiekuńczą w Polsce pojałtańskiej

Na mocy układu zawartego w 1945 r. w Jałcie Polska utraciła prawie połowę przedwojennego terytorium na rzecz ZSRR, w zamian otrzymując swoje pradawne ziemie zachodnie, od dawna zajmowane przez Niemcy²⁸. Układ jałtański oznaczał dla Polski nie tylko zmianę granic, ale i konfrontację katolickiego społeczeństwa z negującym Boga marksizmem²⁹. Już we wrześniu 1945 r. został zerwany konkordat z 1925 r., gwarantujący Kościołowi Rzymskokatolickiemu swobodę działania. W tym samym roku zostało utworzone Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego, a dwa lata później w jego strukturze wyodrębniono Departament V, odpowiedzialny za działalność antykościelną i antywyznaniową, w tym rozpoznawanie i niejawne zwalczanie działalności duchowieństwa wrogiej wobec władzy komunistycznej. Od utworzenia w 1947 r. Kominformu, czyli Biura Informacyjnego Partii Komunistycznych i Robotniczych, walka z Kościołem miała charakter działań systematycznych, realizowanych według jednego, sprawdzonego w Związku Radzieckim scenariusza.³⁰

Rządząca partia komunistyczna zrezygnowała z otwartej walki z Kościołem, stopniowo ograniczając jego autonomię metodami niejawnymi i pozaprawnymi³¹. Pierwszym krokiem władz państwowych w stronę objęcia kontrolą zgromadzeń zakonnych było rozporządzenie Rady Ministrów z 2 października 1947 r., na mocy którego pozbawiono Kościół autonomii i podporządkowano przepisom dotyczącym stowarzyszeń³². Kolejnym była ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia, umożliwiająca narzucenie zarządu państwowego tym placówkom leczniczym, w których wykryto rażące zaniedbania. Chociaż szpitale zakonne cieszyły się dobrą opinią, zastosowano wobec nich te przepisy, uznając za uchybienie np. pouczenie pielęgniarki świeckiej przez pielęgniarkę zakonną. Wraz ze szpitalami zakonnymi przeje-

²⁷ *Rocznik Statystyczny GUS 1939*, Warszawa 1939, s. 290.

²⁸ L.T. Volensi, *Poland*, [w:] *Encyclopedia of Politics and Religion*, red. R. Wuthnow, t. II, London 1998, s. 608.

²⁹ T. Ziolkowski, *Modes of Faith. Secular Surrogates for Lost Religious Belief*, Chicago and London 2007, s. xi.

³⁰ F. Musiał, *Przeciw Kościołom i religii. Sprawozdania Sekcji 5 Wydziału V Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego w Krakowie 1946-1952*, Kraków 2008, s. 78-83.

³¹ F. Musiał, *Polska pojałtańska (1945-1948)*, [w:] *Od niepodległości do niepodległości. Historia Polski 1918-1989*, red. Adam Dziurok i in., Warszawa 2010, s. 221.

³² A. Mirek, *Siostry zakonne w obozach...*, dz. cyt., s. 100-102.

mowano pomieszczenia użytkowane wspólnie przez szpitale i klasztory, jak kuchnie i pralnie, oraz sprzęty znajdujące się w klauzurze, paraliżując działalność zgromadzeń zakonnych³³.

Dalszą ingerencję władz państwowych w życie zakonów umożliwił dekret o zmianie niektórych przepisów prawa o stowarzyszeniach, wydany 5 sierpnia 1949 r. Zmuszał on wszystkie organizacje o charakterze religijnym (w tym istniejące od stuleci zgromadzenia zakonne) do rejestracji oraz przedstawienia władzom państwowym wykazu członków zarządu prowincji, spisu domów zakonnych z listą mieszkańców, wykazu prowadzonych przez siebie zakładów wychowawczych, leczniczych i opiekuńczych oraz rejestru nieruchomości³⁴. Przełożeni zgromadzeń zakonnych i stowarzyszeń wyznaniowych, także tych, które w myśl poprzednich przepisów nie miały takiego obowiązku, musieli pod groźbą zakazu działalności przekazać Ministerstwu Administracji Publicznej w terminie 90 dni pełną dokumentację dotyczącą działalności i stanu posiadania³⁵. W obronie niezależności Kościoła wystąpili Prymas Stefan Wyszyński i kardynał Adam Sapieha, którzy wykazali niekonstytucyjność nowego prawa³⁶. Bulwersujący hierarchię kościelną rejestr jednak powstał, ułatwiając działalność Urzędu ds. Wyznań, powołanego w maju 1950 r. przez Biuro Polityczne Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR) w celu ograniczenia liczebności duchowieństwa, pozbawienia Kościoła bazy materialnej i zmniejszenia jego oddziaływania na społeczeństwo. Dzięki rejestrowi Urząd dysponował informacjami o prowadzonych przez zakony szpitalach, sanatoriach i domach opieki, ich personelu, źródłach dochodu, posiadanych gruntach rolnych etc.³⁷. Według rejestru, żeńskie i męskie zgromadzenia zakonne prowadziły 751 różnego typu zakładów leczniczo-opiekuńczych (do 1939 r. na ogół stanowiących ich własność), w tym 125 przytułków dla starców³⁸. Tylko boromeuszki i jedynie na Śląsku prowadziły 28 szpitali i 28 różnych innych placówek leczniczych i opiekuńczych³⁹. Za szczególnie niebezpieczne dla ustroju komunistycznego władze państwowe uznawały szarytki, ponieważ prowadząc placówki opiekuńcze i oświatowe kontaktowały się z wieloma ludźmi. Ponadto, wśród nich było dużo repatriantek z terenów wschodnich, odebranych Polsce w 1945 r.⁴⁰.

³³ E. Kaczmarek, *Dlaczego przeszkadzały?...*, dz. cyt., s. 170-175.

³⁴ Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej: AAN), Urząd ds. Wyznań, sygn. 1587 (dalej: 1587), 133/5, s. 1.

³⁵ A. Mirek, *Siostry zakonne w obozach...*, dz. cyt., s. 103-105.

³⁶ AAN, 1587, 133/5, s. 1-2.

³⁷ AAN, 1587, 133/15, s. 1.

³⁸ AAN, 1587, 133/14, s. 3.

³⁹ AAN, 1587, 134/138, s. 3-5; 133/14, s. 3.

⁴⁰ Niektóre z siostr-repatriantek, jak Izabela Łuszczkiewicz, przed II wojną światową dyrektorka szkoły pielęgniarskiej szarytek we Lwowie, musiały się ukrywać. W sierpniu 1948 r. I. Łuszczkiewicz została jednak podstępnie aresztowana przez funkcjonariuszy bezpieki i w okrutny sposób przesłuchiwana. Wyrokiem sądowym została skazana na śmierć, co w ostatniej chwili zamieniono na dożywotnie więzienie. Wyszła z niego po śmierci Stalina, ale z poważnie nadszarpniętym zdrowiem i wkrótce zmarła.

Wystarczyło więc wprowadzić w życie ustawę z 20 marca 1950 r., o przejściu przez państwo dóbr martwej ręki, poręczeniu proboszczom posiadania gospodarstw rolnych i utworzeniu Funduszu Kościelnego, aby znacjonalizować kościelne grunty rolne i podciąć ekonomiczne korzenie działalności leczniczej, opiekuńczej i edukacyjnej zgromadzeń zakonnych. W tej przymusowej sytuacji Episkopat w kwietniu 1950 r. zawarł porozumienie z rządem, na mocy którego niewielkie gospodarstwa rolne przy domach zakonnych pozostawiono w ich zarządzie i bezpłatnym użytkowaniu⁴¹. Porozumienie to miało charakter polityczny a nie prawny, jednak przez wiele lat nie pozwalało administracji państwowej na podejmowanie jednostronnych decyzji⁴².

Odbieranie zakonom szpitali, przychodni i placówek opiekuńczych miało w intencji władz państwowych pozbawić je kontaktu ze społeczeństwem. Doniesienia agenturalne napływające do Urzędu ds. Wyznań informowały „o pozostawianiu chorych pod wpływem personelu zakonnego” i o „szkodliwym wpływie” zakonnic na ludność wiejską (w latach powojennych państwo nie zapewniało opieki zdrowotnej mieszkańcom wsi, dlatego jedynymi jej dostarczycielkami były zakonne pielęgniarki, głównie elżbietanki żyjące w niewielkich wspólnotach na terenach wiejskich). „Szkodliwy wpływ” oznaczał opiekę pielęgniarską, uwzględniającą potrzeby duchowe pacjentów. Dla partii komunistycznej był to silny argument za zwalnianiem zakonnic ze szpitali i innych placówek leczniczo-opiekuńczych oraz za likwidacją przytułków dla starców⁴³.

Przebieg likwidacji zakonnych placówek leczniczych i opiekuńczych

Chociaż w centrum zainteresowania niniejszego studium znajduje się opieka nad starcami, nie można wyizolować jej z całokształtu działalności leczniczej i opiekuńczej zgromadzeń zakonnych. O kolejności przejmowania prowadzonych przez nie placówek decydował Urząd ds. Wyznań, który przedstawiał odpowiednie wnioski Ministrowi Zdrowia. Ten z kolei wydawał decyzje o nadzorze państwowym nad szpitalami, sanatoriami i domami opieki należącymi do zgromadzeń zakonnych, a w końcu Rada Ministrów uchwałała nacjonalizację poszczególnych placówek. Działania władz prowadziły nie tyle do modernizacji opieki zdrowotnej, co do likwidacji zgromadzeń zakonnych. Jednym z nich były boromeuszki, które od 1946 r. były ważnymi organizatorkami opieki medycznej i socjalnej na Śląsku, prowadząc 24 szpitale i 28 innych placówek leczniczo-opiekuńczych, w tym sanatoria przeciwgruźlicze. Wszystkie ich zakłady, poza domami opieki dla nieuleczalnie chorych i starców, zostały w 1949 r. upaństwowione, a w Mikołowie państwo przejęło nie tylko ich szpital, ale także dom generalny z nowicjatem⁴⁴. W tym samym okresie zlikwidowano prowadzony przez Ka-

⁴¹ AAN, 1587, 133/15, s. 1.

⁴² AAN, 1587, 133/412, s. 4-6.

⁴³ AAN, 1587, 17/40, s. 8r, 9.

⁴⁴ AAN, 1587, 134/138, s. 3-5; tamże, 133/14 s. 3.

tarzynki dom starców w Ornecie. Po usunięciu pensjonariuszy utworzono tu siedzibę pogotowia ratunkowego⁴⁵. Do 1956 r., w którym doszło do krwawych protestów społecznych przeciw rządowi Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, Urząd ds. Wyznań prawie całkowicie ograniczył „szkodliwą działalność duchownych” w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej⁴⁶.

W domach zakonnych odebranych zakonnicom wysiedlonym w sierpniu 1954 r. do obozów pracy (o czym poniżej) władze państwowe urządziły mieszkania, internaty, przedszkola, przychodnie lub siedziby administracji państwowej. Np. szpital Zgromadzenia Sióstr Służebniczek w Pleszewie stał się siedzibą Wojewódzkiej Rady Narodowej⁴⁷. Kiedy wskutek odwilży politycznej, jaka nastąpiła pod koniec 1956 r., siostry odzyskały wolność, wiele z nich musiało pozostać w obozach pracy, bo nie miały dokąd wrócić⁴⁸. W 1957 r. część zdesperowanych sióstr opuściła teren byłych obozów pracy, by samowolnie zająć 56 zabranych im i zagospodarowanych przez administrację państwową budynków⁴⁹. Mimo tego w lipcu 1957 r. w byłych obozach pracy w Gostyniu i Kobylinie przebywało jeszcze 37 elżbietanek, które nie miały dokąd wyjechać i którymi nikt się nie interesował. Ich list do Prymasa Stefana Wyszyńskiego zawierał informacje o prowadzonym przez nie przytułku dla starców:

Np. w Jeleniej Górze dawniej oprócz nas mieszkali starcy, było przedszkole mieszczące 70-80 dzieci, a resztę wolnych pokoi zajmowały dziewczęta uczęszczające do gimnazjum. Obecnie jest przedszkole, do którego podobno chodzi około 40 dzieci, mieszka kierowniczka przedszkola, która z jedynym swym dzieckiem zajmuje cztery pokoje na mieszkanie, a na magazyn dla przedszkola trzy pokoje, nie licząc również używanego strychu. Najboleśniesz jest to, że w Świebodzicach pomieszczenie na przedszkole oddano fabrykom w styczniu br., kiedy siostry już zgłosiły swój powrót, przedtem – jak nas informowano – dom był pusty⁵⁰.

Realia późnej nacjonalizacji przytułków ilustruje przykład zlikwidowanego w 1959 r. Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo, które dziesięć lat wcześniej wznowiło działalność w Krakowie. Miało ono 10 oddziałów i zrzeszało 150 członkiń, znajdując trwałe oparcie we współpracy z szarytkami. Stowarzyszenie udzielało stałej pomocy materialnej prawie 700 osobom ubogim, a ponadto w domu przy ul. Warszawskiej 3 w Krakowie, zamieszkałym przez inwalidów wojennych i starszuszki, wydawano 3 650 tanich obiadów rocznie. Placówka utraciła stabilność finansową w 1959 r., kiedy dokwaterowano tu 66 podopiecznych. Wkrótce Leon Król, kierownik Wydziału ds. Wyznań Prezydium Rady Narodowej w Krakowie, stwierdził, że statut Stowarzyszenia nie ma

⁴⁵ AAN, 1587, 134/138, s. 148-149.

⁴⁶ AAN, 1587, 133/14, s. 1, 6.

⁴⁷ AAN, 1587, 16/37, s. 1.

⁴⁸ A. Mirek, *Siostry zakonne w obozach...*, dz. cyt., s. 558-592.

⁴⁹ Tamże, s. 600-601.

⁵⁰ M.H. Zając, *Kryptonim „X-2”*, Wrocław – Poznań 2004, s. 80.

osobowości prawnej, bo nie zostało zarejestrowane w 1949 r. Następnie doniósł Urzędowi ds. Wyznań, że Stowarzyszenie prowadzi nielegalną działalność, polegającą na: przesyłaniu sprawozdań do paryskiej centrali i prowadzeniu kuchni w celach zarobkowych. Na jego wniosek rozwiązano Stowarzyszenie i przejęto jego nieruchomości. W styczniu 1960 r. siostry interweniowały u Józefa Cyrankiewicza, informując, że rozwiązano Stowarzyszenie istniejące na ziemiach polskich od około stu lat, a odebrany im dom został zbudowany ze składek społecznych, aby służył wysiedleńcom i ubogim, w tym niezamożnym studentkom, dla których zabrakło miejsc w akademikach. Ponadto wykazały, że eksmitowano siostry pracujące tutaj od 36 lat, jednak nie uzyskały korzystnej dla siebie decyzji władz państwowych⁵¹.

Rok później pod tym samym pretekstem nie dopełnienia obowiązku rejestracji w 1949 r. zlikwidowano trzy przytułki dla staruszek prowadzone w Krakowie przez Stowarzyszenie Katolickiej Służby Żeńskiej pod wezwaniem św. Zyty⁵². W sumie, nacjonalizacja zakonnych placówek leczniczych i opiekuńczych trwała prawie 10 lat. Niektóre przejęte szpitale zakonne przekazano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, inne stawały się bazą kliniczną dla utworzonych w 1950 r. uczelni medycznych⁵³. W końcu zgromadzenia zakonne nie prowadziły żadnego szpitala, a jedynie tylko 13 placówek opiekuńczych i wychowawczych⁵⁴.

Od 1959 r. nowym narzędziem nękania zakonów stał się podatek dochodowy, naliczany przez Urząd ds. Wyznań w zawyżonej wysokości, aby osłabić pozycję ekonomiczną poszczególnych domów zakonnych i w sprzyjających warunkach je zlikwidować⁵⁵. Po krwawym proteście robotników, do jakiego doszło w Polsce w grudniu 1970 r., władze państwowe starały się wyciszyć niepokoje społeczne deklaracją trwałą normalizacji stosunków państwo-Kościół⁵⁶. Dowodzić jej miało nawiązanie w 1971 r. kontaktów z Watykanem i przyznanie Kościołowi Rzymskokatolickiemu prawa własności ponad 4000 obiektów sakralnych, prawie 1500 innych nieruchomości oraz kilkuset hektarów gruntów ornych. Było to jednak posunięcie czysto propagandowe, bowiem równocześnie utworzono w strukturach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (utworzonego w miejsce zlikwidowanego po śmierci Józefa Stalina Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego) nowy pion służb specjalnych zajmujących się walką z Kościołem⁵⁷.

⁵¹ AAN, 1587, 53/1, s. 1-6.

⁵² AAN, 1587, 53/97, s. 1-2.

⁵³ AAN, 1587, 133/489, s. 20.

⁵⁴ AAN, 1587, 133/331, s. 8.

⁵⁵ AAN, 1587, 133/14, s. 6-7.

⁵⁶ A. Friszke, *PRL wobec Kościoła. Akta 1970-1978*, Biblioteka „Więzi” t. 224, Warszawa (b.r.w.), s. 64.

⁵⁷ *Plany pracy Departamentu IV MSW na lata 1972-1979*, wybór i oprac. M. Bieleśko i in., IPN Warszawa 2007, s. X-XI. Jego funkcjonariusze odbywali rozmowy z prowincjałami zgromadzeń zakonnych, starając się pozyskiwać tajnych współpracowników, a także podejmować działania prowadzące do skłócenia zakonów z Episkopatem.

Nie malała aktywność Urzędu ds. Wyznań, który wobec zakonów prowadził podwójną grę. Z jednej strony, nakłaniał je do lojalności wobec partii komunistycznej⁵⁸, nęcąc możliwościami uzyskania zgody na nabycie nieruchomości (dotąd kupowanych na podstawie osoby świeckiej) i prowadzenie działalności usługowo-rzemieślniczej, kształcenie w państwowych szkołach pielęgniarskich, a także zatrudnienia siostr w zakładach dla starców, nieuleczalnie chorych i osób niepełnosprawnych intelektualnie⁵⁹.

Z drugiej, w poufnych pismach uznawał zakony za „awangardę kościoła walczącego politycznie i ideologicznie z państwem ludowym”⁶⁰ i podejmował działania na rzecz ograniczenia liczby powołań⁶¹. W oparciu o doniesienia agenturalne Urząd ds. Wyznań dowiadywał się, z jakich środowisk pochodzili kandydaci do nowicjatu i na tej podstawie wprowadzał do programu działających w tych środowiskach organizacji młodzieżowych dyskusje o sensie życia, świadomym macierzyństwie i ojcostwie, kryzysie religijności i jej źródłach etc.⁶².

W grudniu 1982 r. utworzony w stanie wojennym organ administracyjny, Wojskowa Rada Ocalenia Narodowego, działając w porozumieniu z kierownictwem partii komunistycznej, zalecił resortowi spraw wewnętrznych, aby „zaktywizował pracę rozpoznawczą w celu kompromitowania, neutralizowania i ograniczenia zamiarów mających na celu rozbudowę wpływów i bazy społecznej Kościoła”⁶³. Kierownictwo PZPR kontynuowało tę politykę do stycznia 1990 r., kiedy partia została zlikwidowana.

Usunięcie zakonnych pielęgniarek z systemu opieki zdrowotnej

Nacjonalizacja zakonnych placówek leczniczych i opiekuńczych była traumatyczna dla zakonnic. O ich poczuciu ubezwłasnowolnienia świadczy relacja elżbietanki – dyplomowanej pielęgniarki, siostry Teresy (Marianny Stybór):

Mieszkałam w domu zakonnym w Szklarskiej Porębie, który był własnością naszego Zgromadzenia. Było nas około 20 siostr. Pamiętam, że na początku października 1953 r. (miałam wtedy imieniny), przyszło do naszego domu kilku mężczyzn ubranych po cywilnemu. Nie wiem, czy była to milicja, czy UB. Zażądali od siostry przełożonej wydania wszystkich kluczy, po czym splądrowali cały dom i wynieśli prawie cały dobytek należący do nas. Zabrali nam również dom. Nam kazali się przeprowadzić do takiego małego domku, który musiałyśmy sobie wyremontować i musiałyśmy się same utrzymywać. Zostało nas jedynie 4 siostry.

⁵⁸ AAN, 1587, 133/12, s. 46.

⁵⁹ AAN, 1587, 133/12, s. 2-3.

⁶⁰ AAN, 1587, 133/14, s. 1.

⁶¹ Tamże, s. 88-90, 135-136.

⁶² AAN, 1587, 133/12, s. 17.

⁶³ *Z najnowszej historii Kościoła. Kościół w stanie wojennym. Wybór dokumentów z Archiwum Akt Nowych*, T. Krawczak, C. Wilanowski, Warszawa 2008, s. 9.

Pozostałe musiały wyjechać na inne placówki. Pamiętam, że siostra przełożona utrzymywała się z szycia, a ja chodziłam do najbiedniejszych chorych do domu robić zastrzyki⁶⁴.

Akcję wysiedlenia ponad 1 200 siostr do obozów pracy przymusowej przeprowadzono od 3 do 5 sierpnia 1954 r. na Ziemiach Odzyskanych. Zarzucano im, że są autochtonkami i prowadzą działalność rewizjonistyczną⁶⁵. Odwilż polityczna po śmierci Stalina trwała krótko. Już w 1960 r. Ministerstwo Zdrowia wydało poufne zarządzenie, by ze szpitali i przychodni usunąć emblematy kultu religijnego, a zakonnice usunąć ze stanowisk administracyjnych i zatrudnić jako salowe⁶⁶. Decyzje o zwalnianiu zakonnice z pracy w placówkach medycznych podejmowały wojewódzkie instancje PZPR w porozumieniu z pionem antywyznaniowym, a wykonywały prezydium rad narodowych⁶⁷. Siostry uważały zwolnienia z pracy za bezprawne pozbawienie ich praw obywatelskich oraz konstytucyjnych. Kierowały protesty do różnych osób i instytucji, jednak bezskutecznie⁶⁸.

Pacjenci i podopieczni siostr odwoływali się od decyzji władz na drodze administracyjnej i sądowej. W październiku 1960 r. pensjonariusze Zakładu dla Niewidomych w Trawniku powiat Koźle zwrócili się z zażaleniem do Przewodniczącego Rady Państwa Aleksandra Zawadzkiego, kierownictwa PZPR i urzędów centralnych, bo dotarły do nich pogłoski, że Prezydium Powiatowej Rady Narodowej i miejscowy komitet partii komunistycznej zamierzają wymienić personel zakonny na świecki. Pogłoski okazały się nieprawdziwe. Urząd ds. Wyznań nie przewidywał zwolnienia 6 pracujących tu od 1952 r. siostr pallotynek, bo „kalectwo podopiecznych wpływało na ograniczony kontakt z siostrami i niebezpieczeństwa klerykalizmu nie było”⁶⁹.

W ciągu kilkunastu następnych miesięcy zwolniono z pracy w szpitalach prawie 200 boromeuszek – pielęgniarek. Siostry wystosowały protest do Ministra Zdrowia, przypominając, że przed akcją eliminacji zakonnice z opieki medycznej, a więc przed 1950 r., boromeuszki pełniły najtrudniejszą posługę, m.in. opiekowały się 1 200 nieuleczalnie i umyślowo chorymi oraz 350 starcami. Minister przekazał pismo boromeuszek Urzędowi ds. Wyznań, który racji zakonnice nie uznał.⁷⁰ Przełożona generalna boromeuszek, s. Franciszka Broda, skierowała wtedy list protestacyjny do Ministra Zdrowia, wskazując, że wyrzucone z pracy i swoich domów zakonnice zostały pozbawione wszelkich praw

⁶⁴ M.H. Zając, *Kryptonim...*, dz. cyt., s. 114.

⁶⁵ A. Mirek, *Siostry zakonne w obozach...*, dz. cyt., s. 558-592. W obozach przeprowadzano tzw. produktywizację zakonnice, polegającą na zmuszaniu ich do pracy fizycznej. We wszystkich obozach panowały trudne warunki bytowe i higieniczne. Zwykle nie było prądu, wody wodociągowej i opału, ani żadnych zapasów żywności. W Gostyniu w jednym pomieszczeniu zakwaterowano aż 20 siostr. Specjalizujące się w posłudze pielęgniarskiej elżbietanki, w liczbie 380, wysiedlono do Kobyłina, Gostynia i Dębowej Łąki, gdzie starsze siostry przebierały groch, a młodsze szyły koszule męskie.

⁶⁶ AAN, 1587, 53/109, s. 2.

⁶⁷ AAN, 1587, 133/329, s. 3.

⁶⁸ AAN, 1587, 53/92, s. 1.

⁶⁹ AAN, 1587, 53/92, s. 1.

⁷⁰ AAN, 1587, 133/329, s. 3-7.

obywatelskich, zagwarantowanych Konstytucją. Jej pismo również niczego nie zmieniło. Kolejny protest skierowała do Marszałka Sejmu, który nie odpowiedział, urażony porównaniem sytuacji w Polsce pojałtańskiej do okupacji hitlerowskiej⁷¹.

Mimo protestów społecznych władze państwowe znacjonalizowały prawie wszystkie zakłady lecznicze i opiekuńcze należące do zgromadzeń zakonnych, a także przejęły grunty kościelne, służące celom charytatywnym, np. majątek ziemski Fundacji św. Marii w Kościerzynie⁷².

Długoterminowe następstwa laicyzacji placówek opieki zdrowotnej

Początkowo reakcją na represje wobec Kościoła było zwiększenie liczby powołań zakonnych, jednak siostrzom często nie udawało się podjąć pracy w placówkach leczniczych lub opiekuńczych. O ile w 1958 r. żeńskie zgromadzenia posiadały 2 508 domów zakonnych (czyli o 450 więcej niż w 1949 r.) i 28 410 siostr (czyli o 8 092 więcej niż w 1949 r.), to w placówkach Ministerstwa Zdrowia i prowadzonych przez Zrzeszenie „Caritas” pracowały tylko 6 252 zakonnice (22,2% ogółu), z których nie wszystkie miały dyplomy pielęgniarek. Charyzmatem żeńskich zgromadzeń zakonnych przestała być praca w szpitalach i przytułkach⁷³. Eksmitowane na bruk zakonnice znalazły schronienie w parafiach i zajęły się pielęgnacją chorych w ich domach oraz pracą duszpasterską⁷⁴. Np. siostry miłosierdzia wyrzucone ze szpitala w Płocku pielęgnowały ludzi starych w ich mieszkaniach, przynosiły im posiłki ze swej kuchni i zwyczajnie wysłuchiwały. Ich adresy otrzymywały od lekarzy⁷⁵.

Zwolnienie siostr ze szpitali nieoczekiwanie przyczyniło się do rozwoju opieki domowej, w tym nad osobami starszymi. Episkopat wydał specjalną broszurę umożliwiającą przygotowanie usuniętych ze szpitali siostr do pracy w parafiach i zachęcającą proboszczów do ich przyjmowania. W 1955 r. w 364 parafiach pracowało już 1 433 siostr⁷⁶. Tworzyły one trzyosobowe placówki zakonne, co bardzo niepokoiło aparat bezpieczeństwa, świadomy, że miejsce zinstytucjonalizowanej opieki medycznej zajęła taka, która wymykała się jego kontroli. Funkcjonariusze aparatu bezpieczeństwa podjęli więc działania mające na celu skłócenie siostr z księżmi i społeczeństwem, np. poprzez tajnych współpracowników szerzyli pogłoski, że siostry zostały przysłane, aby poznawać osobiste życie parafian i umożliwić proboszczom publiczne piętnowanie ich grzechów⁷⁷. Kiedy władze

⁷¹ Tamże, s. 2.

⁷² AAN, 1587, 133/414.

⁷³ AAN, UW, 134/65, s. 1-4. W r. 1958 liczba nowicjuszek wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 138.

⁷⁴ A. Gretkowski, *Dobroczynno-społeczna działalność...*, dz. cyt., s. 223-225.

⁷⁵ Tamże, s. 225-226.

⁷⁶ Tamże, s. 208.

⁷⁷ E. Kaczmarek, *Dlaczego przeszkadzały?...*, dz. cyt., s. 205-206.

państwowe zorientowały się, że utraciły kontrolę nad zgromadzeniami zakonnymi, zabroniły meldowania zakonnic. Utrudnienie to przyczyniło się do podjęcia przez hierarchię Kościoła rozmów z władzami politycznymi. Uzgodniono, że siostry będą mogły podejmować w parafiach opiekę nad chorymi, ale powstrzymają się od wystąpień politycznych⁷⁸.

Od 1970 r. kierownictwo partii komunistycznej lansowało tezę o trwałej normalizacji stosunków państwo-Kościół⁷⁹, ale gdy w styczniu następnego roku Kościół podjął starania o odzyskanie zawłaszczonych przez państwo budynków zgromadzeń zakonnych, kierujący Urzędem ds. Wyznań Aleksander Merker zaopiniował je negatywnie, wskazując, że nieruchomości kościelne stały się siedzibą urzędów i instytucji państwowych⁸⁰. Jeszcze w końcu tej dekady pion antywyznaniowy MSW wyrażał pogląd, że: „szczególną rolę w klerikalizacji społeczeństwa odgrywają zgromadzenia żeńskie. Pracę tą ułatwia im ich liczebność, kontakty posiadane w wielu środowiskach i łatwość komunikowania się ze społeczeństwem poprzez wykonywanie prac pielęgniarskich”⁸¹.

Nie było chętnych do podejmowania pracy w szpitalach psychiatrycznych i zakaźnych oraz w zakładach dla nieuleczalnie chorych i osób niedorozwiniętych umysłowo, dlatego w 1972 r. kilka państwowych placówek opiekuńczych (m.in. domy pomocy społecznej w Ostrzeszowie i Moszczanach oraz Szpital Dziecięcy w Krakowie-Prokocimiu) zwróciło się z prośbą do Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, aby szarytki podjęły w nich pracę, ale spadek liczby powołań - efekt polityki państwa - sprawił, że siostry odmówiły⁸². Działo się to wtedy, gdy 13 domów pomocy społecznej prowadzonych przez działające w imieniu własnym zakony otrzymywało dotacje państwowe tylko na utrzymanie podopiecznych i to według zaniżonych stawek. Personel zakonny nie otrzymywał wynagrodzenia za pracę, nie był ubezpieczony i nie miał prawa do świadczeń medycznych, a także nie przysługiwało mu bezpłatne lub częściowo odpłatne wyżywienie. Wydział Administracyjny KC PZPR i Urząd ds. Wyznań nie traktowały jednakowo państwowych i zakonnych placówek opiekuńczych, bo: „wynagrodzenia, wypłacane pracującym w tych domach siostrom zakonnym, będą w praktyce stanowiły dotację Skarbu Państwa na rzecz poszczególnych zgromadzeń zakonnych, domy te nie będą zainteresowane ewentualną współpracą ze Zrzeszeniem Katolików Caritas, ku czemu dąży się”⁸³.

W 1977 r. w Polsce istniało już tylko 13 domów opieki i placówek wychowawczych prowadzonych przez zakony. Pracowało w nich 187 osób personelu, w tym 133 zakonnic. Spośród tych zakładów, trzy nie otrzymywały żadnej dotacji państwowej, a w pozostałych subwencje wystarczały jedynie na pokrycie kosztów wyżywienia podopiecznych i zatrudnionych tam osób świeckich. Na rażącą dyskryminację zakonnic pełniących posługę lecz-

⁷⁸ A. Gretkowski, *Dobroczynno-społeczna działalność...*, dz. cyt., s. 209.

⁷⁹ A. Friszke, *PRL wobec Kościoła...*, dz. cyt., s. 64.

⁸⁰ Tamże, s. 83.

⁸¹ AAN, 1587, 133/331, s. 307.

⁸² M. Kaczmarzyk, K. Banaszczuk, *Zgromadzenie Sióstr Posługujących...*, dz. cyt., s. 100.

⁸³ AAN, 1587, 133/331, s. 307.

niczo-opiekuńczą zwrócił uwagę kardynał Karol Wojtyła, późniejszy Jan Paweł II. Dzięki jego staraniom, od 1979 r. 8 zakładów dla niedorozwiniętych umysłowo i nieuleczalnie chorych zaczęło otrzymywać dotacje dla personelu zakonnego⁸⁴. Przykładem dyskryminacji sióstr była sytuacja albertynek, prowadzących dom pomocy społecznej w Kutnie, w którym znajdowało się 40 miejsc, lecz przebywało 51 kobiet, a więc siostry miały znacznie więcej pracy. Na zatrudnionych tam 7 sióstr, tylko 3 miały prawo do bezpłatnego wyżywienia. W 1978 r. wizytacja tego domu wykazała, że mimo ciasnoty „sale są czyste, estetycznie urządzone, widne i słoneczne; chore sprawiały wrażenie zadbania i czystości”⁸⁵. Od 1980 r. roczniki Głównego Urzędu Statystycznego nie wykazywały liczby domów opieki, łącząc je w jedną kategorię z domami rencistów. O ile w 1960 r. było ich 181 z 13 192 podopiecznymi, to w 1979 r. w 104 domach rencistów przebywało 9 483 pensjonariuszy⁸⁶.

Odwilż polityczna zapoczątkowana Sierpniem 1980 r. sprawiła, że siostry zaczęły znów zatrudniać w szpitalach⁸⁷. Po zniesieniu stanu wojennego władze państwowe złagodziły politykę wobec zakonów, ale nie zrezygnowały z ich inwigilacji. Funkcjonariusze aparatu bezpieczeństwa nie przestawali interesować się liczbą zakonnicy i zakonników oraz nowicjuszek i nowicjuszy, a także ich nastawieniem do władz komunistycznych. W pochodzącym z lat 1980. poufnym piśmie Wydziału ds. Wyznań Prezydium WRN w Krakowie do Urzędu ds. Wyznań, dotyczącym domu wypoczynkowego albertynów na Kalatówkach w Zakopanem, można dostrzec drugie dno nacjonalizacji majątku zakonów, a mianowicie zainteresowanie władz politycznych przejęciem atrakcyjnie zlokalizowanych posesji⁸⁸.

Dopiero w 1980 r. Urząd ds. Wyznań dostrzegł, że żeńskie zgromadzenia zakonne odciążały państwowe instytucje opieki społecznej, jednak nadal posługiwanie chorym w ich mieszkaniach było uważane za działanie nielegalne. Ten stan rzeczy utrzymał się do 1989 r., w którym zapoczątkowana została transformacja ustroju politycznego i gospodarczego Polski⁸⁹. Dopiero wtedy możliwy był zwrot mienia zabranego Kościołowi, ale często tylko w teorii. Zakony odzyskały nieliczne budynki, zwykle w stanie wymagającym modernizacji i kosztownego remontu⁹⁰.

Zakończenie

Tak więc, w latach 1945-1989 r. walka państwa z Kościołem wywierała wpływ na cały system opieki zdrowotnej i socjalnej, przyczyniając się do likwidacji kilkuset domów opieki dla starców. Wprowadzone po 1945 r. przepisy prawne i akcje aparatu bezpieczeństwa

⁸⁴ Tamże, s. 8.

⁸⁵ Tamże, s. 37.

⁸⁶ *Rocznik statystyczny GUS 1980*, red. E. Krzeczowska i in., Warszawa 1980, s. 243.

⁸⁷ M. Kaczmarzyk, K. Banaszczyk, *Zgromadzenie Sióstr Posługujących...*, dz. cyt., s. 106.

⁸⁸ AAN, 1587, 133/65, s. 8.

⁸⁹ AAN, 1587, 133/17, s. 95-113.

⁹⁰ M. Kaczmarzyk, K. Banaszczyk, *Zgromadzenie Sióstr Posługujących...*, dz. cyt., s. 225.

doprowadziły do prawie całkowitej likwidacji działalności leczniczo-opiekuńczej instytucji i organizacji kościelnych oraz przejęcia ich mienia celem przekształcenia w siedziby rad narodowych i państwowych placówek medycznych. Odpowiedzialność za te działania ponosiło biuro polityczne komitetu centralnego PZPR, które posługując się aparatem bezpieczeństwa i Urzędem ds. Wyznań dążyło do objęcia zakonów kontrolą i oderwania ich od społeczeństwa. Pozbawione opieki osoby starsze stawały się kozłami ofiarnymi działań politycznych. O tym, jak wielką wartość – w każdym sensie tego słowa – miała bezinteresowna postęga lecznicza i opiekuńcza siostr zakonnych okazało się w ostatnich latach, kiedy ujawnił się deficyt kadr pielęgniarskich w placówkach medycznych i domach opieki.

Bibliografia

Źródła

1. Archiwum Akt Nowych w Warszawie, Urząd ds. Wyznań, sygn. 1587 teczki: 16/37, 17/40, 53/1, 53/92, 53/97, 53/109, 133/5, 133/12, 133/14, 133/15, 133/17, 133/65, 133/329, 133/331, 133/412, 133/414, 133/489, 134/65, 134/138.
2. *Rocznik Statystyczny GUS 1939*, Warszawa 1939.
3. *Rocznik statystyczny GUS 1980*, Warszawa 1980.
4. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 17 marca 1936 r. o pielęgniarstwie.
5. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 24 grudnia 1931 r. o zmianach w rozporządzeniu z 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich.
6. Ustawa z 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.

Opracowania

1. Boryszewski P., *Katolicyzm, jego instytucjonalizacja i sekularyzacja w Europie Środkowej*, Warszawa 2006.
2. Czapska M., *Miłosierdzie na miarę klęsk*, Londyn 1954.
3. Czermińska L., *Duchowość Sióstr Franciszkanek od Cierpiących. Studium na podstawie dokumentów Zgromadzenia*, Łódź 2009.
4. Friszke A., *PRL wobec Kościoła. Akta 1970-1978*, Biblioteka „Więzi” t. 224, Warszawa (b.r.w.).
5. Gach P. P., *Zakony franciszkańskie na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej i Śląska w latach 1773-1914*, [w:] *Franciszkanie w Polsce XIX wieku*. Seria: *Zakony franciszkańskie w Polsce*, red. J. Kłoczowski, t. III, pod red. J. Kłoczowskiego i in., Niepokalanów 1996, s. 11-56.
6. Giedroyc F., *Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce*, Warszawa 1908.
7. Gretkowski A., *Dobroczynno-społeczna działalność Zgromadzenia Sióstr oraz Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo na terenie diecezji płockiej w latach 1727-2000*, Płock 2002.

8. Jeske W., *Szpitalnictwo, lekarze i stosunki sanitarne w powiecie gostyńskim od czasów najdawniejszych*, Poznań 1948.
9. Jurczak A., *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo Sług Ubogich Chorych. Studia i materiały do historii chrześcijaństwa w Polsce*, t. XIV, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 2000.
10. Kaczmarek E., *Dlaczego przeszkadzały? Polityka władz partyjnych i rządowych wobec żeńskich zgromadzeń zakonnych w Polsce w latach 1945-1956*, Warszawa 2007.
11. Kaczmarczyk M., Banaszczuk K., *Zgromadzenie Sióstr Posługujących Ubogim III Zakony św. Franciszka tzw. Sióstr Albertynek (Congregatio Sororum Pauperibus Inservientium Tertii Ordinis Sancti Francisci sive Sororum Albertinarum) w latach 1939-1947*, [w:] *Żeńskie zgromadzenia zakonne w Polsce 1939-1947, Studia i Materiały do Historii Chrześcijaństwa w Polsce*, t. XII, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 1998, s. 235-290.
12. Krebs Ł. (S. Maria Magdalena CSC), *Zgromadzenie Sióstr św. Katarzyny Dziewicy i Męczennicy. Prowincja Warmińska (Congregatio Sororum Sanctae Catharina V.M.) w latach 1939-1947*, [w:] *Żeńskie zgromadzenia zakonne w Polsce 1939-1947, Studia i Materiały do Historii Chrześcijaństwa w Polsce*, t. XII, red. A. Chruszczewski i in., Lublin 1998, s. 121-186.
13. Leś E., *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Warszawa 2001.
14. Mirek A., *Siostry zakonne w obozach pracy w PRL w latach 1954-1956*, Lublin 2009.
15. Musiał F., *Przeciw Kościołom i religii. Sprawozdania Sekcji 5 Wydziału V Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego w Krakowie 1946-1952*, Kraków 2008.
16. *Polska pojałtańska (1945-1948)*, [w:] *Od niepodległości do niepodległości. Historia Polski 1918-1989*, red. Adam Dziurok i in., Warszawa 2010, s. 205-250.
17. *Plany pracy Departamentu IV MSW na lata 1972-1979*, wybór i oprac. M. Biełaszkó i in., IPN Warszawa 2007.
18. Raina P., *Losy sióstr zakonnych w PRL. Wysiedlenie – obozy – uwolnienie 1954-1956*, Warszawa 2004.
19. Sheehan J., *Enlightenment, Religion, and the Enigma of Secularization: A Review Essay*, "The American Historical Review", 2003, R. 108, s. 1061-1080.
20. M. Surdacki, *Organizacja i rozwój szpitalnictwa w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, [w:] *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*, red.: M. Dąbrowska, J. Kruppe, *Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej*, red. J. Kruppe, t. 66, Warszawa 1998, s. 165-172.
21. Volensi L. T., *Poland*, [w:] *Encyclopedia of Politics and Religion*, red. Robert Wuthnow, t. II, London 1998, s. 608.
22. *Z najnowszej historii Kościoła. Kościół w stanie wojennym. Wybór dokumentów z Archiwum Akt Nowych*, red. Tadeusz Krawczak, Cyprian Wilanowski, Warszawa 2008, s. 9.
23. Zajac M. H., *Kryptonim „X-2”*, Wrocław – Poznań 2004.
24. Zeman R., Zeman W., *Dzieje lecznictwa i szpitalnictwa w Jarosławiu w okresie od 1772 do 1918 roku*, [w:] *Pięć wieków szpitalnictwa w Jarosławiu. Materiały, szkice, wspomnienia*, pod red. Stanisława Sobockiego, Jarosław 1977, s. 29-42.
25. Ziolkowski T., *Modes of Faith. Secular Surrogates for Lost Religious Belief*, Chicago and London 2007.
26. *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Polsce (1652-2002). II. Prowincja krakowska. Prowincja litewska. Biografie*, red.: A. Dzierżak SM, S. Motyka SM, W. Bomba CM, J. Dukała CM, Kraków 2002.

Non-religious factors influencing the care of religious congregations for the elderly in Poland until 1989

Abstract: The article focuses on the conditions of care provided by religious congregations for the elderly in Poland until 1989. The earliest solutions were shelters for people with disabilities, which also included the elderly, supported by founders or parish communities. Since the founding of the Congregation of the Sisters of Charity in 1632, running such shelters was the domain of nuns. At the turn of the 20th centuries, several habitless congregations were established, caring for, among others, old and sick people. In the 19th century, in all partitions of Poland, almost all monasteries were dissolved because the partitioners were afraid that nuns and monks could influence the Polish population, reviving their aspirations for independence. In the interwar period, the medical and care activities of religious congregations developed despite formal difficulties. In post-Yalta Poland, the communist party fought against the Roman Catholic Church and harassed religious congregations, especially those specializing in healing, caring and educational activities. Nuns-nurses were removed from hospitals that had been built with their dowries and run by them at low cost. Properties belonging to religious congregations were nationalized, their equipment was confiscated and shelters, including those for the elderly, were closed down. The consequence of the anti-religious policy pursued in the years 1945-1989 was a decline in the number of vocations. After 1989, it was not possible to recreate the system of care provided by religious congregations.

Justyna Jaskulska

ORCID: 0009-0007-0804-8833

e-mail: west22@poczta.onet.pl

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Wydział Medyczno-Społeczny w Jarocinie

Katarzyna Plagens-Rotman

ORCID: 0000-0001-7646-7430

e-mail: plagens.rotman@gmail.com

Grażyna Jarząbek-Bielecka

ORCID: 0000-0003-1385-5641

e-mail: grajarz@tlen.pl

Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii

Katedry Ginekologii

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wybrane aspekty z dziedziny etyki pielęgniarstwa w ginekologii wieku rozwojowego

Streszczenie: Opieka ginekologiczna to niewątpliwie jedno z najważniejszych elementów ochrony zdrowia kobiety. Ginekologia dziecięca dziewczęca - wyodrębniła się z ginekologii ogólnej ze względu na odrębności dotyczące fizjologii i patologii narządów płciowych w wieku rozwojowym. W oparciu o przegląd wybranych publikacji przedstawiono wielokierunkowość współczesnej ginekologii wieku rozwojowego wskazując na znaczenie aspektów etycznych - ze szczególnym uwzględnieniem etyki pielęgniarstwa. Złożoność problemów ginekologii wskazuje na konieczność stosowania nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych. Podkreślono, że w działaniach tych także w aspekcie opieki pielęgniarstwa doniosłe znaczenie mają zagadnienia związane z etyką, także etyką seksualną.

Wstęp

Ginekologia jest dziedziną medycyny ogólnie pojmowaną jako nauka o kobiecie, a nazwa tej dziedziny pochodzi z języka greckiego: *gyne* – kobieta i *logos* – nauka. Ginekologia

jako dziedzina medycyny, nauka o kobiecie zajmuje się rozpoznawaniem i leczeniem chorób żeńskich narządów płciowych¹.

Szerzej pojmując ginekologię, jest to dyscyplina medyczna, która zajmuje się ogólnie pojętym zdrowiem kobiety. W działaniach związanych z opieką nad kobietą szczególnie miejsce zajmują tu nie tylko działania związane z diagnostyką i leczeniem, ale i szeroko pojęta profilaktyka i promocja zdrowia. Dziedzinę tę określa się także mianem „choroby kobiecej”. Oddaje to specyfikę wynikającą z odrębności anatomicznej i fizjologii płci.

Ginekologia wieku rozwojowego określana jest też mianem ginekologii dziecięcej i dziewczęcej, a ten dział ginekologii wyodrębnił się z ginekologii ogólnej z uwagi na specyfikę fizjologii i patologii żeńskich narządów płciowych w okresie rozwoju. Ginekologia dziecięca i dziewczęca zajmuje się pacjentkami od okresu noworodkowego aż do osiągnięcia dojrzałości².

Etyczna problematyka ginekologicznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentkami w wieku rozwojowym

Odnosząc się do ginekologii jako nauki o kobiecie także w kontekście wieku rozwojowego, z punktu widzenia filozofii warto tu odwołać się do dzieł Karola Wojtyły (Jana Pawła II), warto zacytować jego myśl:

Kobieta ze względu na swoje doświadczenie macierzyństwa, zdaje się obdarzona specjalną wrażliwością na człowieka i wszystko, co składa się na jego prawdziwe dobro, poczynwszy od podstawowej wartości jaką jest życie.

W owej nauce o kobiecie – w ginekologii (także w ginekologii wieku rozwojowego), tak jak w całej medycynie, wraz z jej postępem, pojawiają się szczególne problemy natury etycznej³.

Zagadnienia natury etycznej są ważne także w kontekście pielęgniarstwa związanego z opieką nad pacjentkami ginekologicznymi w okresie rozwojowym. Jeżeli odnieść się do stwierdzenia Jana Pawła II: „Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”, to także z punktu widzenia etyki (dziedziny omówionej poniżej), w pielęgniarstwie związanym z ginekologią wieku rozwojowego, troska ta wyraża się w specyficzny sposób⁴.

¹ K. Plagens-Rotman, P. Merks, M. Drejza, i wsp., *Problems related to gynaecological and obstetric care in Poland – selected issues*, „Clin. Exp. Obstet. Gynecol.”, 2021, Vol. 48, nr 6, s. 1273-1278.

² K. Wróblewska-Seniuk., G. Jarząbek-Bielecka, W. Kędzia, *Gynecological problems in newborns and infants*, „J. Clin. Med.”, 2021, Vol. 10, nr 5, s. 1071 [1-12].

³ K. Wojtyła, *Elementarz etyczny*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 1983, 28; tenże, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin, 2001, 235-253; T. Ślipko, *Zarys etyki szczegółowej*, Kraków, 2005, 17.

⁴ G. Jarząbek-Bielecka., M. Mizgier, K. Stachewicz, i wsp., *Szczególne problemy etyczne w ginekologii i seksuologii nie tylko u osób młodych*, „Pielęg. Pol.”, 2019, nr 1, s. 70-73; G. Jarząbek-Bielecka, K. Stachewicz, M. Jarząbek, i wsp., *W stronę filozofii w medycynie i pielęgniarstwie – antropologiczne i etyczne*

Analizując te zagadnienia warto rzeczywiście podkreślić znaczenie etyki jako dziedziny nauki. Nazwa tej dziedziny nauki: etyka pochodzi z języka greckiego od słowa ἠθος ethos – „zwyczaj”). Jest to dział filozofii, który zajmuje się badaniem moralności i tworzeniem systemów myślowych, z których można wyprowadzać zasady moralne. Ta dziedzina nauki nie tylko określa normy moralne, ale i je uzasadnia. Celem etyki jest bowiem dochodzenie do źródeł powstawania moralności. Natomiast dalszym celem jest tu badanie efektów, jakie moralność lub jej brak wywiera na ludzi. Jednocześnie w etyce istotne jest poszukiwanie podstawowych przesłanek filozoficznych, które umożliwiłyby w racjonalny sposób tworzyć zbiory nakazów moralnych.

W dziedzinie nauki, jaką jest etyka teorie mogą stanowić z jednej strony próbę udowodnienia słuszności funkcjonujących powszechnie nakazów moralnych, ale z drugiej strony mogą też teorie te stać w opozycji do powszechnej moralności i kwestionować zasadność części bądź nawet wszystkich aktualnie obowiązujących w danym społeczeństwie nakazów moralnych^{5,6}. Zagadnienia te związane są także z etyką seksualną, a poglądy etyczne i w tym kontekście przybierają zazwyczaj formę teorii⁷. W etyce na tworzone teorie składa się zespół pojęć, a także wynikających z nich twierdzeń. Na tej podstawie formułowane są zbiory nakazów moralnych, co jak wspomniano dotyczy też etyki seksualnej.

Warto podkreślić, że współcześnie tworzone są kodeksy etyki zawodowej dla różnych grup zawodowych, a grup zawodowych. Kodeksy te stanowią określone i zapisane zespoły norm, regulacji, które określają konkretne zachowania jako zgodne z moralnego punktu widzenia. W kontekście analizowanego zagadnienia warto podkreślić, że istnieje też kodeks etyki pielęgniarskiej. Jak sama nazwa wskazuje kodeks ten dotyczy się zachowań, postaw, które powinny być stosowane przez pielęgniarki i pielęgniarzy, będący w trakcie swojej pracy⁸.

aspekty seksuologii, „Pielęg. Pol.”, 2019, nr 4(74), s. 403-406; <https://oipip.eu/prawo/kodeks-etyki> (dostęp 10.05.2024) https://www.kul.pl/jan-pawel-ii-do-niepelnosprawnych-i-ich-bliskich-jestescie-swiadkami-czlowieczestwa,art_105426.html (dostęp 10.05.2024); J. Jaskulska, K. Plagens-Rotman, G. Jarząbek-Bielecka, *Opieka pielęgniarska w ginekologii wieku rozwojowego – konteksty etyczne*, „Med. Rodz.”, 2023, nr 1, s. 3-5; J. Opydo-Szymaczek, G. Jarząbek-Bielecka, W. Kędzia i wsp., *Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders – considerations for primary health care providers*, „Ginek. Pol.”, 2018, T. 89, nr 1, s. 48-54; K. Plagens-Rotman, M. Połocka-Molińska, P. Merks, i wsp., *Problems in gynaecologic oncology in girls and young women – an outline of selected issues*, „Clin. Exp. Obstet. Gynecol.”, 2021, Vol. 48, nr 4, s. 795-799; K. Plagens-Rotman, D. Radomski, J. Jaskulska i wsp., *Specyfika badania klinicznego kobiety niepełnosprawnej jako ważny temat przekazywany zdalnie studentom medycyny w okresie pandemii*, „Medycyna Rodzinna”, 2023, 26(2); M. Durda-Masny, G. Jarząbek-Bielecka, J. Opydo-Szymaczek, i wsp., *Application of auxological methods, including dental age estimation, in the assessment of delayed puberty in girls in gynecological practice*, „Ginek. Pol.”, 2019, T. 90, nr 11, s. 662-660; S. Jankowski, K. Stachewicz, Jarząbek-Bielecka G., *Aspekty humanistyczne i medyczne w seksuologii na przykładzie problemu analizy bólu i cierpienia – zagadnienia wybrane związane także z przemocą seksualną*, „Med. Rodz.”, 2023, nr 2 [w druku].

⁵ T. Ślipko, *Zarys etyki...*, dz. cyt., s. 17.

⁶ S. Jankowski, K. Stachewicz, G. Jarząbek-Bielecka, *Aspekty humanistyczne...*, dz. cyt.

⁷ K. Wojtyła, *Miłość...*, dz. cyt., s. 235-253.

⁸ J. Jaskulska, K. Plagens-Rotman, G. Jarząbek-Bielecka, *Opieka pielęgniarska...*, dz. cyt.

Z punktu widzenia kodeksu etyki pielęgniarskiej i prawa, ważne jest by okazywać pacjentom należyty szacunek.

Cytując kodeks etyki pielęgniarskiej:

Należy okazywać pacjentom należyty szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta⁹.

W przypadku ginekologii wieku rozwojowego pacjentką jest małoletnia (w rozumieniu polskiego prawa cywilnego to osoba, która nie ukończyła 18 lat i nie zawarła małżeństwa). Pielęgniarka w swej pracy współdziała z lekarzem – ważna jest znajomość wskazań do badania ginekologicznego dziecka. W ginekologii dziecięcej i dziewczęcej, badanie ginekologiczne profilaktyczne lub udzielenie porady medycznej powinien wykonać wyszkolony specjalista ginekolog wieku rozwojowego w asyście przeszkolonej pielęgniarki. Tylko w medycznych nagłych sytuacjach związanych np. z urazami narządów płciowych (w stanach tzw. wyższej konieczności) badanie może przeprowadzić doświadczony ginekolog na dyżurze w obrębie izby przyjęć szpitala lub lekarz innej specjalności. Musi być oczywiście w tych sytuacjach zachowana należyta staranność tak w zakresie badania, jak i dokumentacji medycznej. Bardzo istotna, a może szczególnie istotna jest w ginekologii wieku rozwojowego współpraca lekarza z personelem pielęgniarskim. Wobec złożonych, trudnych problemów tego działu medycyny wieku rozwojowego jaką jest owa ginekologia dziecięca i dziewczęca, we współpracy tej ważne jest poszanowanie zasad etyki lekarskiej i pielęgniarskiej. Warto tu podkreślić, że nowoczesne rekomendacje dotyczące medycyny wieku rozwojowego, co dotyczy także ginekologii wieku rozwojowego skupiają się na holistycznym modelu „person-centered care”. Ten model „osoba w centrum opieki” zdaje się nawiązywać także do filozofii personalistycznej Jana Pawła II¹⁰.

Pośród zagadnień ginekologii wieku rozwojowego są zagadnienia związane zarówno z rozwojem somatycznym jak i psychoseksualnym:

- zaburzenia rozwoju cielesno-płciowego,
- zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt,
- wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych,
- zapalenia i zakażenia narządów płciowych u dziewcząt,
- guzy i torbiele narządów płciowych,

⁹ <https://oipip.eu/prawo/kodeks-etyki> (dostęp 10.05.2024).

¹⁰ G. Jarząbek-Bielecka, K. Stachewicz, M. Jarząbek i wsp., *Szczególne problemy etyczne...*, dz. cyt.; J. Jaskulska, K. Plagens-Rotman, G. Jarząbek-Bielecka, *Opieka pielęgniarska...*, dz. cyt.; K. Wojtyła, *Miłość...*, dz. cyt., s. 235-253.; M. Durda-Masny, G. Jarząbek-Bielecka, J. Opydo-Szymaczek i wsp., *Application of auxological methods...*, dz. cyt.

- problemy rozwoju psychoseksualnego(edukacja seksualna, antykoncepcja, problem dzieci wykorzystywanych seksualnie, ciąża i poród u młodocianej.

W działaniach pielęgniarzkich w kontekście ginekologii wieku rozwojowego wyraża się szczególnie fakt, iż pielęgniarstwo XXI wieku tworzy swój nowy wizerunek. Poszerza się zakres działań pielęgniarzkich, a związane jest to z faktem, że i tu otwierają się nowe dziedziny wiedzy. Jednocześnie umacnia się rola społeczno-zawodowa pielęgniarki w kontekście tej dziedziny, dotyczy to także zadań promujących zdrowie, w tym zdrowie seksualne, które to zagadnienie wiąże się także z etyką seksualną¹¹.

Istnieje konieczność doskonalenia systemu opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej nad osobami niepełnosprawnymi – zagadnieniem szczególnym także w kontekście etycznym jest opieka ginekologiczna nad dziewczętami niepełnosprawnymi. Z punktu widzenia filozofii Jana Pawła II ważne jest, że „Osoba niepełnosprawna - mimo wszelkich ograniczeń i cierpień, jakie są jej udziałem - każe nam pochylić się z szacunkiem i mądrością nad tajemnicą człowieka”¹².

Szczególnie trudnym problemem nie tylko w ginekologii wieku rozwojowego jest zagadnienie przemocy, w tym przemocy seksualnej. Dla lekarzy różnych specjalności oraz personelu pielęgniarzkiego opieka nad dzieckiem – ofiarą przemocy seksualnej stanowi duży problem diagnostyczny, psychologiczny, prawny, a także etyczny¹³.

Podkreślić należy, że także, a może zwłaszcza w ginekologii wieku rozwojowego, pełniąc swoje funkcje zawodowe w sposób świadomy, kompetentny, odpowiedzialny – pielęgniarki podejmują twórcze wysiłki na rzecz rozwoju pielęgniarzkiej etyki zawodowej w powiązaniu z dążeniem do określania i wyjaśniania istoty pielęgnowania oraz rozszerzenia samodzielności i odpowiedzialności zawodowej. Sytuacja ta jest szczególnie istotna w opiece pielęgniarzkiej nad dziewczętami¹⁴.

Terapeutyczny charakter relacji pielęgniarka-pacjent opiera się na etyce troski – dotyczy to także troski nad dziewczętami w kontekście ginekologii wieku rozwojowego. Medycynę, pielęgniarstwo pojmować należy jako sztukę i naukę. W dziedzinach tych ceni się połączenie humanizmu z wiedzą opartą na dowodach i wyjątkowymi umiejętnościami¹⁵.

Wnioski

W ginekologii wieku rozwojowego troska o dziecko wyraża się w szczególny sposób łącząc ze sobą istotny aspekt etyczny z opieką lekarską i pielęgniarzką.

¹¹ K. Plagens-Rotman, D. Radomski, J. Jaskulska i wsp., *Specyfika badania klinicznego...*, dz. cyt.

¹² Tamże.

¹³ Tamże; T. Ślipko, *Zarys etyki...*, dz. cyt., s. 17.

¹⁴ G. Jarząbek-Bielecka, K. Stachewicz, M. Jarząbek, i wsp., *Szczególne problemy etyczne...*, dz. cyt.; J. Jaskulska, K. Plagens-Rotman, G. Jarząbek-Bielecka, *Opieka pielęgniarzka...*, dz. cyt.

¹⁵ A. Damsma Bakker, René van Leeuwen, P. Roodbol, *Ethical considerations regarding the inclusion of children in nursing research*, „Nurs Ethics”, 2021, nr 28, s. 106-117; C.A. La Sala, *Moral accountability and integrity in nursing practice*, „Nurs Clin North Am”, 2009, nr 44, s. 423-34.

Kodeks pielęgniarskiej etyki zawodowej odgrywa niezwykle ważną rolę, gdyż zawarte w nim zasady etyczne rozwijają wrażliwość moralną oraz pomagają w rozwiązywaniu dylematów etycznych i dokonywaniu wyborów istotnych także w ginekologii wieku rozwojowego.

Bibliografia

1. Damsma Bakker A., van Leeuwen R., Roodbol P., *Ethical considerations regarding the inclusion of children in nursing research*, "Nursing Ethics" 2021, nr 28, s. 106-117.
2. Durda-Masny M., Jarząbek-Bielecka G., Opydo-Szymaczek J., i wsp., *Application of auxological methods, including dental age estimation, in the assessment of delayed puberty in girls in gynecological practice*, „Ginekologia Polska” 2019, T. 90, nr 11, s. 662-666.
3. <https://oipip.eu/prawo/kodeks-etyki> (dostęp 10.05.2024).
4. <https://www.kul.pl/jan-pawel-ii-do-niepełnosprawnych-i-ich-bliskich-jestescie-swiadkami-czlowieczentwa> (dostęp 10.05.2024).
5. Jankowski S., Stachewicz K., Jarząbek-Bielecka G., *Aspekty humanistyczne i medyczne w seksuologii na przykładzie problemu analizy bólu i cierpienia – zagadnienia wybrane związane także z przemocą seksualną*, „Medycyna Rodzinna” 2023, nr 2 [w druku].
6. Jarząbek-Bielecka G., Mizgier M., Stachewicz K., i wsp., *Szczególne problemy etyczne w ginekologii i seksuologii nie tylko u osób młodych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2019, nr 1, s. 70-73.
7. Jarząbek-Bielecka G., Stachewicz K., Jarząbek M., i wsp., *W stronę filozofii w medycynie i pielęgniarstwie – antropologiczne i etyczne aspekty seksuologii*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2019, nr 4, s. 403-406.
8. Jaskulska J., Plagens-Rotman K., Jarząbek-Bielecka G., *Opieka pielęgniarska w ginekologii wieku rozwojowego – konteksty etyczne*, „Medycyna Rodzinna” 2023, nr 1, s. 3-5.
9. La Sala C.A., *Moral accountability and integrity in nursing practice*, "Nursing Clinics of North America" 2009, nr 44, s. 423-34.
10. Opydo-Szymaczek J., Jarząbek-Bielecka G., Kędzia W., i wsp., *Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders – considerations for primary health care providers*, „Ginekologia Polska” 2018, T. 89, nr 1, s. 48-54.
11. Plagens-Rotman K., Merks P., Drejsza M., i wsp., *Problems related to gynaecological and obstetric care in Poland – selected issues*, "Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology" 2021, 48, nr 6, s. 1273-1278.
12. Plagens-Rotman K., Połocka-Molińska M., Merks P., i wsp., *Problems in gynaecologic oncology in girls and young women – an outline of selected issues*, "Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology" 2021, 48, nr 4, s. 795-799.
13. Plagens-Rotman K., Radomski D., Jaskulska J., i wsp., *Specyfika badania klinicznego kobiety niepełnosprawnej jako ważny temat przekazywany zdalnie studentom medycyny w okresie pandemii*, „Medycyna Rodzinna” 2023, nr 26.
14. Ślipko T., *Zarys etyki szczegółowej*, Kraków 2005, s. 17.
15. Wojtyła K., *Elementarz etyczny*, Lublin 1983, s. 28.
16. Wojtyła K., *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 2001, s. 235-253.
17. Wróblewska-Seniuk K., Jarząbek-Bielecka G., Kędzia W., *Gynecological problems in newborns and infants*, "Journal of Clinical Medicine" 2021, nr 10, z.5, s. 1071 [1-12].

Selected aspects of nursing ethics in developmental gynaecology

Abstract: Gynecological care is undoubtedly one of the most important elements of a woman's health care. Paediatric gynaecology for girls – separated from general gynaecology due to differences in the physiology and pathology of the genital organs of patients of developmental age. On the basis of a review of selected publications, the multidirectionality of contemporary developmental gynaecology is presented, indicating the importance of ethical aspects – with a focus on nursing ethics. The complexity of gynaecology issues indicates the need to use modern diagnostic and therapeutic methods. It was emphasized that in these activities, also in the aspect of nursing care, issues related to ethics, including sexual ethics, are of great importance.

Anna Żuk

Samodzielna Pracownia Farmacji Społecznej

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ORCID: 0000-0001-5359-6627

e-mail: anna.zuk@pum.edu.pl

Kodeks Etyki Aptekarza-Farmaceuty Rzeczypospolitej jako podstawa filozofii farmacji

Streszczenie: Filozofia farmacji, do dzisiejszych czasów nie zdefiniowana, choć od drugiej połowy XIX w. mamy polską szkołę filozofii medycyny. O obowiązku wykonywania przez farmaceutę zawodu zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej mówi Ustawa o zawodzie farmaceuty. Natomiast Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej nakłada na farmaceutę jeszcze dalej idące obowiązki, mówi, że „Farmaceutę obowiązują, wypracowane przez pokolenia, zasady etyki ogólnoludzkiej. Zasady etyki ogólnoludzkiej zobowiązują Farmaceutę do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu”. Zadaniem filozofii jest pytanie o los człowieka. Filozofia farmacji ma stać na straży, aby to co zgodne z prawem nigdy nie doprowadziło do dehumanizacji pacjenta, farmaceuty i farmacji, jako nauki. Dlatego istotne wydaje się, aby zdefiniować w Polsce filozofię farmacji i proces ten kontynuując (wykorzystując blisko 30 letni dorobek „Czasopisma Aptekarskiego” w tym obszarze) odwołując się m.in. do zasad etyki zawodu farmaceuty/aptekarza oraz etyki ogólnoludzkiej.

Wstęp

Filozofia farmacji, do dzisiejszych czasów nie jest zdefiniowana, choć od drugiej połowy XIX w. mamy polską szkołę filozofii medycyny¹. Różne dziedziny nauk szczegółowych w Polsce mają zdefiniowany, ukształtowany swój dział filozofii np. filozofia przyrody, filozofia medycyny, filozofia prawa², filozofia dziejów, filozofia polityki, filozofia twórczości, filozofia kultury³.

¹ J. Zamojski, *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?*, [w:] red. M. Musielak, J. Zamojski, *Polska szkoła filozofii medycyny*, Poznań 2010, s. 13.

² M. Szyszkowska, *Etyka marketingu farmaceutycznego na tle filozofii farmacji jako nowy kierunek naukowy zainicjowany przez Czasopismo Aptekarskie*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2001, wyd. spec., s. 12.

³ M. Szyszkowska, *Każdy bywa pacjentem. Zarys filozofii farmacji*, Warszawa 2010, s. 10.

Współcześnie nam tematyka filozofii farmacji została zainicjowana przez redaktora Wiktora Szukiela na łamach wydawanego od ponad 30 lat miesięcznika naukowego „Czasopismo Aptekarskie”⁴. Publikowane artykuły, poruszające zagadnienia filozofii farmacji, wychodziły najczęściej spod pióra prof. Anity Magowskiej⁵, prof. Sławomira Lipskiego i dr Jerzego Łazowskiego⁶. Autorzy poszukiwali w nich szczególnie związków filozofii farmacji z etyką, w tym etyką farmaceutyczną, i marketingiem farmaceutycznym.

Tematyka filozofii farmacji, na łamach „Czasopisma Aptekarskiego”, nadal jest poruszana, aby ukazać zmiany zachodzące w polskiej farmacji i wskazać farmaceutom, dzisiaj wykonującym zawód, zachowania i wartości, które powinny przyświecać im podczas wykonywania zawodu. Artykuły o różnych aspektach i poszukiwaniu definicji filozofii farmacji, na łamach „Czasopisma Aptekarskiego” publikuje prof. Jakub Bartoszewski (w latach 2022-2024)⁷.

⁴ *Filozofia farmacji. Z farmaceutami dla farmaceutów*, red. W. Szukiel, Warszawa 2020-2021, s. 191-194. W publikacji znajduje się bibliografia wybranych artykułów dotyczących etyki i filozofii farmacji opublikowanych w „Czasopiśmie Aptekarskim” od nr 5/1994 do nr 326/2021, w „Farmaceutycznym Poradniku-Kalendarzu” od edycji I/1994 do edycji XXVIII/2021, która zawiera 155 pozycji, 66 autorów.

⁵ Publikacje prof. Anity Magowskiej ukazujące się na łamach miesięcznika naukowego „Czasopismo Aptekarskie” (dalej jako: „Czas. Aptek.”) w latach 1994-2021: A. Magowska, *Marketing apteczny*, „Czas. Aptek.”, 1998, nr 2, s. 83-84; *Etyka marketingu aptecznego*, „Czas. Aptek.”, 1999, s. 34-37; *Pacjent jest najważniejszy*, „Czas. Aptek.”, 1999, nr 10, s. 474-476; *Etyka jako wyraz konsensusu między aptekarzami*, „Czas. Aptek.”, 2000, nr 3, s. 16-17; *Etyka jako strategia aptekarstwa*, „Czas. Aptek.”, 2000, nr 11, s. 18-19; *Zasady etyczne a proces konsolidacji rynku dystrybucji leków w Polsce*, „Czas. Aptek.”, 2000, wyd. spec., s. 43-45; *O konieczności definicji i ochrony prawnej słowa „Apteka”*, „Czas. Aptek.”, 2001, s. 22-23; *O wartościach estetycznych i etycznych w reklamie leków*, „Czas. Aptek.”, 2001, wyd. spec., s. 30-33; *Idea wspólnego dziedzictwa kulturowego (...)*, „Czas. Aptek.”, 2001, s. 43-44; *Sprzeczność interesów w farmacji*, „Czas. Aptek.”, 2001, nr 6-7, s. 44-45; *Aksjologiczne aspekty przeobrażeń aptekarstwa na przełomie wieków*, „Czas. Aptek.”, 2001, s. 52-55; *Zasady etyczne marketingu farmaceutycznego w gabinetach lekarskich i aptekarskich – aktualne problemy*, „Czas. Aptek.”, 2002, wyd. spec., s. 22-28; *Konflikt w nauce i medycynie*, „Czas. Aptek.”, 2003, nr 3, s. 41-44; *Farmakoetyka – nowy termin, stare problemy?*, „Czas. Aptek.”, 2004, nr 4, s. 35-37; *O świętych przedstawicielach medycyny i farmacji*, „Czas. Aptek.”, 2004, nr 10, s. 36; *Partnerstwo pacjentów i farmaceutów sercem opieki zdrowotnej (cz. I)*, „Czas. Aptek.”, 2004, nr 11, s. 39-42; *Partnerstwo pacjentów i farmaceutów sercem opieki zdrowotnej (cz. II)*, „Czas. Aptek.”, 2004, nr 12, s. 42-44; *Dobra Praktyka Apteczna na przykładzie aptek angielskich*, „Czas. Aptek.”, 2005, nr 2, s. 43-45; *Od aptekarzy do farmaceutów*, „Czas. Aptek.”, 2006, nr 6-7, s. 24-25; *Prawo farmaceutów do sprzeciwu sumienia*, „Czas. Aptek.”, 2011, nr 4, s. 14-17; *O etyce zawodowej techników farmaceutycznych*, „Czas. Aptek.”, 2011, nr 8-9, s. 76-79; *Filozofia farmacji*, „Czas. Aptek.”, 2020, nr 12, s. 9-15; *Moda na dobre życie*, „Czas. Aptek.”, 2021, nr 1, s. 29-33;

⁶ *Filozofia farmacji...*, red. W. Szukiel, dz. cyt., s. 191-194.

⁷ Publikacje prof. Jakuba Bartoszewskiego ukazujące się od 2022 r. na łamach „Czasopisma Aptekarskiego”, poruszające tematykę filozofii farmacji: J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – definicja i jej przedmiot (cz. I)*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 2, s. 19-26; *Filozofia farmacji – definicja i jej przedmiot (cz. II)*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 3, s. 15-22; *Etyczne implikacje filozofii farmacji*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 4, s. 22-31; *Filozofia farmacji – przewyciężenie kartezjańskiego res extensa*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 5, s. 20-26; *Filozofia farmacji – prawdy i powołanie*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 6-7, s. 21-25; *Ku lepszej przyszłości – fenomenologia filozofii farmacji*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 11, s. 24-30; *Czy sztuka może być przyczynkiem do filozofii farmacji?*, „Czas. Aptek.”, 2022, nr 12, s. 15-24; *Świat sztuki i filozofia farmacji. Metafory Krystyny J. Kocay*, „Czas. Aptek.”, 2023, nr 6-7, s. 37-55; *Czy filozofia farmacji może być traktowana jako element psychoterapii? Związki filozo-*

Filozofia opieki farmaceutycznej została zdefiniowana po raz pierwszy przez dr Jerzego Łazowskiego, który wskazał, że podstawowym podmiotem zainteresowania farmaceuty staje się indywidualny pacjent i jego problemy związane z farmakoterapią, co umożliwia ograniczenie chorobowości i umieralności związanej z nieprawidłowym stosowaniem leków. Filozofia opieki farmaceutycznej umożliwia określenie odpowiedzialności farmaceuty w tym zakresie⁸.

Podjmując zagadnienia filozofii farmacji nie można zapomnieć o farmaceutach, którzy od początku XX w. kształtowali aptekarstwo i walczyli o jego rozwój na ziemiach polskich. Szczególnie zwrócić uwagę należy na publikacje Bronisława Koskowskiego⁹, Franciszka Heroda¹⁰ oraz tematy podejmowane podczas Pierwszego Zjazdu Aptekarzy Królestwa Polskiego w Łodzi¹¹. Autorzy odwoływali się do etyki i deontologii zawodu farmaceuty.

Sięgając do publikacji wskazanych autorów wydaje się być słusznym, aby rozpocząć tworzenie filozofii farmacji w Polsce odwołując się do zasad etyki zawodu farmaceuty/aptekarza (pomimo że znowelizowany *Kodeks Etyki* nie podejmując zagadnień sztucznej inteligencji, nie w pełni odpowiada współczesnym warunkom kształcenia etycznych zasad wykonywania zawodu farmaceuty)¹² oraz etyki ogólnoludzkiej, bowiem filozofia farmacji ma stać na straży, aby to co zgodne z prawem nigdy nie doprowadziło do dehumanizacji pacjenta, farmaceuty i farmacji, jako nauki.

Pomimo zainicjowania w 1998 r. przez „Czasopismo Aptekarskie” i red. Wiktora Szukiela¹³ wprowadzenia do nauczania akademickiego przedmiotu Filozofia farmacji i utworzenia podręcznika akademickiego z Filozofii farmacji oraz pomimo tylu publikacji ukazujących się przez 30 lat na łamach „Czasopisma Aptekarskiego”, nadal trwa w Polsce dyskusja poświęcona zdefiniowaniu filozofii farmacji.

fii farmacji z psychoterapią skoncentrowaną na możliwości, „Czas. Aptek.”, 2023, nr 11, s. 24-29; Progresywna a filozofia farmacji, „Czas. Aptek.”, 2023, nr 12, s. 24-26; Farmaceuta w Ikonie Chrystusa Aptekarza, „Czas. Aptek.”, 2024, nr 1-2-3, s. 33-39.

⁸ J. Łazowski, *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Warszawa 2005, s. 32.

⁹ B. Koskowski, *Propedeutyka farmaceutyczna. Wstęp do nauk farmaceutycznych z uwzględnieniem deontologii i historii farmacji polskiej* (pisownia oryginalna – przyp. aut.), Warszawa 1933, s. 315.

¹⁰ F. Herod, *Ustrój aptekarstwa w Polsce*, Warszawa 1920, s. 42.

¹¹ E. Nowak, *Ogólne i zawodowe wykształcenie farmaceutów [w:] Pamiętnik Pierwszego Zjazdu Aptekarzy Królestwa Polskiego w Łodzi dnia 21-22 maja 1912 r.*, Warszawa 1913, s. 52-57. Magister E. Nowak, prezes Koła Właścicieli Aptek Zagłębia Dąbrowskiego i m. Częstochowy temat kształcenia farmaceutów podejmował już wcześniej, tj. w 1910 r., m.in. podczas Trzeciego Ogólnego posiedzenia Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego co zostało opublikowane w sprawozdaniu na łamach „Wiadomości Farmaceutycznych”, 1910, nr 9, s. 152.

¹² Podczas IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy, który odbył się w Warszawie w dniach 26-28 stycznia 2024 r. podjęta została Uchwała Nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej. Znowelizowany Kodeks otrzymał nazwę *Kodeksu Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej* i zaczął obowiązywać od 13 marca 2024 r.

¹³ *Pierwszy almanach aptekarski. Z farmaceutami dla farmaceutów*, red. W. Szukiel, Warszawa 2021-2023, s. 286.

Debatę nad filozofią farmacji i potrzebą jej określenia, w środowisku filozofów i farmaceutów, wywołało zorganizowane w 2023 r. przez Szczeciński Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Wydział Farmacji, Biotechnologii Medycznej i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie I Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe z cyklu Humanistyczne aspekty farmacji, które ze względu na toczącą się debatę, w 2024 r., zostało przekształcone w konferencję (autorka artykułu jest przewodniczącą komitetu organizacyjnego obydwu przedsięwzięć)¹⁴.

Słuszność dyskusji nad filozofią farmacji dostrzegł JM Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie prof. dr hab. Bogusław Machaliński, który po I Sympozjum wystosował list do farmaceutów zapraszając na tegoroczną II Ogólnopolską Konferencję Naukową z cyklu Humanistyczne aspekty farmacji, bowiem inicjatywa ta spotkała się z dużym zainteresowaniem i uznaniem w środowisku naukowym i farmaceutycznym¹⁵.

Farmaceuta wobec etyki

Rozpoczynając dyskusję nad budowaniem filozofii farmacji na fundamentach etyki zawodu farmaceuty należy przytoczyć myśli dwóch wybitnych lekarzy, którzy zajmowali się określeniem etyki i filozofii medycyny. Doktor Władysław Biegański pisał, „że nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”¹⁶, natomiast prof. Julian Aleksandrowicz napisał „gdy medycyna traci kontakt z filozofią i etyką, to dotyka ją los rośliny odciętej od korzeni – usycha”¹⁷. Słowa prof. Juliana Aleksandrowicza zostały sparafrazowane przez prof. Anitę Magowską, która napisała, że „słowa (te – przyp. aut.) można też odnieść do farmacji, a więc utrata kontaktu z filozofią i etyką jest dla farmacji poważnym zagrożeniem. Dla farmacji a więc i dla aptekarstwa.”¹⁸. Odwołać się należy również do słów W. Biegańskiego, stwierdzając, że nie będzie dobrym farmaceutą/aptekarzem¹⁹, kto

¹⁴ I. Gutowska, A. Żuk, *Humanistyczne aspekty farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2023, nr 10, s. 9-17; *II Ogólnopolska Konferencja Naukowa z cyklu Humanistyczne aspekty farmacji* (ogłoszenie), „Czasopismo Aptekarskie”, 2024, nr 1-2-3, s.22-24.

¹⁵ *List JM Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie prof. dr hab. Bogusława Machalińskiego do uczestników I Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego z cyklu Humanistyczne aspekty farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie” 2023, nr 10, s. 6.

¹⁶ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1899, s. 41. Władysław Biegański (1857-1917) wybitny polski lekarz, naukowiec, filozof, etyk i społecznik.

¹⁷ A. Magowska, *Strategia wartości rzeczy*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2000, nr 4, s. 19. Julian Aleksandrowicz (1908-1988) polski lekarz internista, profesor nauk medycznych, filozof medycyny i hematolog.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97 ze zm.) mówi w art. 25, że „Zawód farmaceuty może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu farmaceuty, która złożyła ślubowanie i jest wpisana do rejestru farmaceutów (...)” oraz, że „Farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi mu metodami oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej” (art. 27 – przyp. aut.). Natomiast aptekarz określony

nie jest dobrym człowiekiem. W. Biegański już w XIX w. zwracał uwagę, że etyka zajęła miejsce teorii poznania, która stanowiła wiodące zagadnienie filozoficzne²⁰.

O obowiązku wykonywania przez farmaceutę zawodu zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej mówi Ustawa o zawodzie farmaceuty²¹, która wskazuje również, że farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej.

Natomiast Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej (dalej Kodeks Etyki) nakłada na farmaceutę jeszcze dalej idące obowiązki, bowiem w art. 1 mówi, że:

Farmaceutę obowiązują, wypracowane przez pokolenia, zasady etyki ogólnoludzkiej. Zasady etyki ogólnoludzkiej zobowiązują Farmaceutę do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu (...)²².

Przywołany znowelizowany Kodeks Etyki słusznie wskazuje na zasady etyki ogólnoludzkiej wypracowane przez pokolenia, jako filary postępowania, ponieważ są one i będą niezienne. Prawo może ulec zmianie, jednak farmaceuta powinien stać na straży praw człowieka i godności zawodu.

Odwołując się do praw człowieka należałoby na pierwszym miejscu zadbać o godność człowieka, czyli o godność pacjenta, który przychodzi do farmaceuty/aptekarza. Pojęcie godności ludzkiej dotyczy każdego bez względu na wykształcenie, zajmowane stanowisko czy stan zamożności²³. Kodeks Etyki nakazuje szacunek dla chorego poprzez jednako- we wykonywanie przez farmaceutę czynności zawodowych wobec każdego, kto korzysta z umiejętności farmaceuty – bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne okoliczności²⁴.

Godność jest jedna, jest nią godność osobista człowieka, niezależnie czy wykonujemy zawód farmaceuty, czy jesteśmy pacjentami. Farmaceuci z powodu wykonywania zawodu zaufania publicznego powinni mieć świadomość, że zdobyta wiedza zawsze prowadzi do skromności i aby utrzymać własną godność farmaceuty a zarazem własną godność człowieka należy unikać złych czynów przynoszących ujmę²⁵.

jest w art. 30 „Farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni jest aptekarzem”.

²⁰ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 7.

²¹ Ustawa z dnia 10 grudnia..., dz. cyt.

²² *Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej*. Uchwała Nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.

²³ Szyszkowska, M, *Etyka marketingu farmaceutycznego...*, dz. cyt., s. 3.

²⁴ Art. 4 *Kodeksu Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej*. Uchwała Nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany *Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*.

²⁵ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 73.

Oprócz godności farmaceuta wykonując swoją pracę dba i uznaje indywidualność i prawo do decydowania o sobie każdego pacjenta²⁶. Pacjent jest dla farmaceuty jednostką jedyną i niepowtarzalną, a jego dobro dobrem nadrzędnym²⁷. Farmaceuta w osobie pacjenta powinien widzieć chorego, złamanego nieszczęściem człowieka a nie tylko chory narząd (jednostkę chorobową), lub co gorsza źródło swego zarobku²⁸.

Farmaceuta najpierw kształci się podczas studiów a później wykonuje zawód aby przynosić korzyść, ulgę, pomoc pacjentowi poprzez zdobytą wiedzę²⁹. Przekazywanie zasad zawartych w Kodeksie Etyki studentom farmacji jest moralnym obowiązkiem każdego farmaceuty³⁰. Farmaceuta, będąc nauczycielem wykonując zawód, powinien pamiętać, że przykładem pokazuje młodszemu kolegom, w jaki sposób należy obchodzić się z pacjentem. Jednym z najważniejszych uczuć, którymi powinno się obdarzać pacjenta jest współczucie. Współczucie i wyrozumiałość farmaceuty jest źródłem zaufania pacjenta, ponieważ pacjent nie powierzy swojego najdroższego skarbu, czyli życia, osobie nieżyczliwej, której nie obdarza zaufaniem³¹.

Farmaceuta realizuje i ustanawia relację z pacjentem, która bazuje na umowie etycznej. Oznacza to, że farmaceuci mają moralne zobowiązania wobec społeczeństwa w zamian za zaufanie pacjentów. Farmaceuta pomaga zachować zdrowie, dobre samopoczucie i życie pacjenta³². Powołaniem farmaceuty jest troska o osoby powierzone jego umiejętnościom fachowym³³.

Aby tego dokonać należy zadać sobie sokratejskie pytanie „Jak powinienem żyć?”³⁴. Odpowiedź brzmi, tak, aby poznać najpierw samego siebie, własne skłonności i wady. Dopiero wtedy człowiek może przystąpić do doskonalenia się. Doskonalić się należy w wiedzy i we współczuciu dla pacjentów³⁵. Stosunek farmaceuty do pacjenta oparty jest na zaufaniu³⁶, ponieważ farmaceuta sprawuje swe obowiązki wobec pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka³⁷.

²⁶ L.M. Czyż, *Aspekty etyki i filozofii na tle Dobrej Praktyki Aptecznej oraz Ustawy o zawodzie farmaceuty*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2020, nr 12, s. 19. W artykule dr Lidia Maria Czyż przywołuje tzw. „dekalog Anity Magowskiej” czyli zdefiniowane przez prof. Anitę Magowską (popularyzatorka etyki w zawodzie aptekarskim) w 2005 r. w 10 punktach podstawowe zasady etyki farmaceuty wykonującego zawód aptekarza. Należy nadmienić, że *Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, który został znowelizowany w tym roku, uchwalony został dopiero w 2012 r. (przyp. aut.).

²⁷ Art. 1 ust. 4 *Kodeksu Etyki Farmaceuty...*, dz. cyt.

²⁸ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 9-10.

²⁹ Tamże, s. 88.

³⁰ Preambuła *Kodeksu Etyki Farmaceuty...*, dz. cyt.

³¹ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 56-62, 70.

³² L.M. Czyż, *Aspekty etyki...*, dz. cyt., s. 19.

³³ Art. 2 ust. 1 *Kodeksu Etyki Farmaceuty...*, dz. cyt.

³⁴ E. Craig, *Filozofia. Krótkie wprowadzenie*, Łódź 2022, s. 24.

³⁵ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 51-52.

³⁶ Art. 7 ust. 1 *Kodeksu Etyki Farmaceuty...*, dz. cyt.

³⁷ Tamże, art. 6 ust. 1.

Już Hipokrates uważał, że przy wyborze zawodu lekarza decydującym czynnikiem powinno być usposobienie. To samo stwierdzenie dotyczy farmaceutów. Młodzież wybierająca zawód farmaceuty powinna kierować się głosem powołania, ponieważ szczęśliwy może być tylko ten, kto lubi swój zawód, co przełoży się również na powodzenie w zawodzie³⁸. Powodzenie rozumiane jako zaufanie pacjentów i spełnienie osobiste, ponieważ leczyć należy nie tylko ciało ale i duszę pacjenta³⁹.

Aby to zrozumieć należy rozdzielić ból od cierpienia. Często te odczucia występują razem u pacjenta, jednak nie są one synonimami. Ból należy traktować jako odczucie fizyczne, które leczone jest lekami przeciwbólowymi. Natomiast na leczenie cierpienia nie znajdziemy leku w aptece⁴⁰. Niekiedy ból i cierpienie pacjenta są tak silne, że doznaje on uczucia całkowitej bezsilności i wszechogarniającej rozpacz⁴¹.

Pomóc tu może współczucie, zrozumienie, szacunek dla pacjenta okazywany przez farmaceutę, który wybrał zawód z powołania. Zasady te zostały również wyartykułowane w ślubowaniu, które jest składane przez każdego magistrą farmacji chcącego uzyskać prawo wykonywania zawodu. Farmaceuta w postępowaniu swoim powinien kierować się godnością, uczciwością i słusznością, obowiązki wykonywać sumiennie, gorliwie i starannie oraz zawsze na uwadze mieć dobro pacjenta, wymogi etyki zawodowej i obowiązujące prawo⁴².

Współczesne brzmienie ślubowania nawiązuje do tekstu Roty przysięgi składanej w 1889 r. przez magistrów farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ówczesni farmaceuci przysięgali ściśle i sumiennie przestrzegać nakazów i zakazów odnoszących się do zawodu, zawartych w instrukcji (pisownia oryginalna – przyp. aut) dla aptekarzy oraz w ustawach i w przepisach władz. Farmaceuta przysięgał również, że nigdy nie da się odwieść od pełnienia obowiązków⁴³.

³⁸ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 56-58.

³⁹ Tamże, s. 52-53.

⁴⁰ W. Janiec, *Leki sieroce w doli i niedoli*, Katowice 2015, s. 167.

⁴¹ W. Pilecka, *Zmaganie się dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną – od radzenia sobie do transcencji* [w:] red. B. Antoszevska, *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, Toruń 2011, s. 24.

⁴² Art. 16 ust. 3 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97 ze zm.). Tekst obowiązującego obecnie ślubowania farmaceutów ma następujące brzmienie: „Ślubuję uroczyście w swej pracy farmaceuty sumiennie, gorliwie i z należytą starannością wykonywać swoje obowiązki, mając zawsze na uwadze dobro pacjenta, wymogi etyki zawodowej i obowiązujące prawo, a także zachować tajemnicę zawodową, zaś w postępowaniu swoim kierować się zasadami godności, uczciwości i słuszności.” Ślubowanie składa każdy magister farmacji (tj. absolwent jednolitych studiów magisterskich na kierunku farmacja) przed prezesem okręgowej rady aptekarskiej, chcący uzyskać prawo wykonywania zawodu.

⁴³ *Filozofia farmacji. Z farmaceutami...*, red. W. Szukiel, dz. cyt., s. 84. Pełen tekst Roty przysięgi z roku 1889 brzmi: „Przysięgam Panu Bogu Wszechmogącemu, że każdej chwili ściśle i sumiennie przestrzegać będę nakazów i zakazów odnoszących się do mego zawodu, a zawartych tak w przepisanej dla aptekarzy instrukcji, jako też w poszczególnych ustawach i przepisach władz przełożonych, – i że od pełnienia tych moich obowiązków nie dam się zwieść nigdy i żadnymi względami, jakiegokolwiek byłyby one rodzaju.”

Farmaceuta wobec filozofii farmacji

Zadaniem filozofii jest pytanie o los człowieka. Filozofia często rozumiana jest jako mądrość (umiłowanie mądrości – przyp. aut). Dlatego tej mądrości można poszukiwać w farmacji, kształtując filozofię farmacji, która będzie poszukiwać rozwiązań etyczno-moralnych dla współlistnienia farmaceuty-leku-pacjenta. Filozofia farmacji próbuje zdefiniować czym jest byt, substancja, istnienie, egzystencja⁴⁴ przez pryzmat ciągle istniejącej i nierozzerwalnej zależności farmaceuty-leku-pacjenta. Filozofia farmacji skupia się na człowieku⁴⁵, czyli na pacjencie, który oczekuje pomocy od farmaceuty. Namawia ona farmaceutów do samodecydowania o sobie w nauce i postępowaniu⁴⁶, co przekłada się na zwiększenie wartości i godności zawodu oraz farmaceutów jako ludzi. Wartość zawodu objawia się w zaufaniu pacjenta⁴⁷, który w rękach farmaceuty składa swoje zdrowie i życie.

Współcześnie farmaceuci mają zagwarantowane samodecydowanie o sobie w ustawodawstwie i w Kodeksie Etyki. Ustawa o zawodzie farmaceuty mówi, że zawód farmaceuty jest samodzielnym zawodem medycznym⁴⁸. Farmaceuta jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną⁴⁹. Swoboda i niezależność zawodu farmaceuty gwarantują ochronę praw pacjenta oraz godności zawodu farmaceuty⁵⁰. Aby uwrażliwić farmaceutów na wagę prawa do samodecydowania o wykonywaniu zawodu, nowelizacja Kodeksu Etyki wprowadziła zapisy mówiące, że farmaceuta nie może dopuścić do bycia kontrolowanym oraz, że zabronione jest kontrolowanie innego farmaceuty⁵¹. Każdy farmaceuta powinien zadać sobie pytanie co to jest wolność? Czym dla mnie jest wolność? Czy jestem wolny? Odpowiedzi na te pytania należy szukać w filozofii farmacji⁵². Natomiast źródeł tych pytań należy szukać w ustawodawstwie i Kodeksie Etyki.

Sięgając do filozofii farmacji możemy odpowiedzieć na powyższe pytania, że człowiek jako wolny byt może dokonywać wyborów⁵³. Tak samo farmaceuta, ma ustawowo zagwarantowaną wolność zawodową, z czego powinien korzystać. Realizując wolność farmaceuta bierze na siebie odpowiedzialność za drugiego człowieka⁵⁴. Farmaceuta dzięki filozofii farmacji może poszukać odpowiedzi na pytanie kim jest człowiek?⁵⁵ I kim dla

⁴⁴ J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – definicja...* (cz. I), dz. cyt., s. 20.

⁴⁵ Tamże, s. 22.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ W. Biegański, *Mysli i aforyzmy...*, dz. cyt., s. 52.

⁴⁸ Art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97 ze zm.).

⁴⁹ Art. 3 ust. 1 *Kodeksu Etyki Farmaceuty...*, dz. cyt.

⁵⁰ Tamże, art. 3 ust. 1a.

⁵¹ Tamże, art. 3 ust. 1e-f.

⁵² Bartoszewski, J., *Filozofia farmacji – definicja...* (cz. II), dz. cyt., s. 16.

⁵³ Tamże, s. 17.

⁵⁴ Tamże, s. 18.

⁵⁵ J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – przewyciężenie kartezjańskiego...*, dz. cyt., s. 24.

farmaceuty (dla mnie) jest człowiek?⁵⁶ W odpowiedzi farmaceuta powinien stwierdzić, że pacjent jest dla niego innym człowiekiem, co oznacza, że ma wobec niego zobowiązania. Natomiast pacjent nie powinien być traktowany jako drugi-człowiek, który istnieje obok, do którego odnosimy się z rezerwą i obojętnością⁵⁷.

Farmacja rozumiana jako nauka również znajduje odzwierciedlenie w filozofii farmacji, która odwołuje się do odkryć farmaceutycznych⁵⁸. Określając filozofię farmacji nie można skupiać się tylko na relacji farmaceuta-pacjent lub na odczuciach tylko farmaceuty lub tylko pacjenta, ponieważ to co łączy farmaceutę z pacjentem są leki (lub szerzej nazywane farmakoterapią). Zależność ta może być zobrazowana takim schematem farmaceuta-lek-pacjent. Farmaceuta powinien w stosunku do pacjenta postępować w sposób uczciwy i solidarny, oferując zawsze leki i usługi najwyższej jakości⁵⁹.

Farmaceuta w wykonując zawód zawsze powinien poszukiwać prawdy⁶⁰, szczególnie tej związanej z farmacją jako nauką⁶¹, ponieważ w tej dziedzinie jest ekspertem, dlatego pacjent darzy go zaufaniem. Zaufaniem, którego nie można zawieść. Dlatego słusznym wydaje się zdefiniowane w filozofii farmacji kim jest farmaceuta, pacjent? Czym jest farmacja, produkt leczniczy (lek), badania kliniczne⁶². Czym jest prawda?⁶³ Czym jest relacja farmaceuty z pacjentem określana przez umowę etyczną?⁶⁴ Czym jest wartość i cnota?⁶⁵

Wnioski

Podsumowując należy wskazać, że filozofia farmacji odwołuje się do dorobku farmacji jako nauki oraz nauk pokrewnych. Główną rolą filozofii farmacji jest ochrona farmaceuty i pacjenta przez totalitaryzmem, szczególnie prawnym. Aby to co zgodne z prawem nigdy nie doprowadziło do zaburzenia funkcjonowania farmaceuty i pacjenta w układzie z farmakoterapią na równoważnym poziomie, żeby nie doszło do dehumanizacji, tzn. przesunięcia proporcji na jedną ze stron. Filozofia farmacji oparta na etyce ma pomóc w poszukiwaniu prawdy w farmacji, jako nauce.

Definiując filozofię farmacji w Polsce należy jej źródeł szukać w etyce ogólnoludzkiej pamiętając, że wszystkich pacjentów należy traktować w taki sposób, w jaki farmaceuci chcieliby być traktowani.

⁵⁶ J. Bartoszewski, J., *Filozofia farmacji – definicja...* (cz. II), dz. cyt.

⁵⁷ Tamże, s. 20.

⁵⁸ J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – definicja...* (cz. I), dz. cyt.

⁵⁹ L.M. Czyż, *Aspekty etyki...*, dz. cyt., s. 19.

⁶⁰ J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – prawdy...*, dz. cyt.

⁶¹ J. Bartoszewski, *Etyczne implikacje...*, dz. cyt., s. 28.

⁶² Tamże, s. 30.

⁶³ J. Bartoszewski, *Filozofia farmacji – prawdy...*, dz. cyt.

⁶⁴ J. Bartoszewski, *Ku lepszemu przyszłości...*, dz. cyt., s. 25.

⁶⁵ J. Bartoszewski, *Progresywna a filozofia...*, dz. cyt., s. 25.

Bibliografia

1. Bartoszewski J., *Etyczne implikacje filozofii farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 4, s. 22-31.
2. Bartoszewski J., *Filozofia farmacji – definicja i jej przedmiot (cz. I)*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 2, s. 19-26.
3. Bartoszewski J., *Filozofia farmacji – definicja i jej przedmiot (cz. II)*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 3, s. 15-22.
4. Bartoszewski J., *Filozofia farmacji – prawdy i powołanie*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 6-7, s. 21-25.
5. Bartoszewski J., *Filozofia farmacji – przewyciężenie kartezyjańskiego res extensa*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 5, s. 20-26.
6. Bartoszewski J., *Ku lepszej przyszłości – fenomenologia filozofii farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2022, nr 11, s. 24-30.
7. Biegański W., *Mysli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1899.
8. Craig E., *Filozofia. Krótkie wprowadzenie*, Łódź 2022.
9. Czyż L. M., *Aspekty etyki i filozofii na tle Dobrej Praktyki Aptecznej oraz Ustawy o zawodzie farmaceuty*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2020, nr 12, s. 15-19.
10. *Filozofia farmacji. Z farmaceutami dla farmaceutów*, red. W. Szukiel, Warszawa 2020-2021.
11. Gutowska I., Żuk A., *Humanistyczne aspekty farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2023, nr 10, s. 9-17.
12. Herod F., *Ustrój aptekarstwa w Polsce*, Warszawa 1920.
13. Janiec W., *Leki sieroce w doli i niedoli*, Katowice 2015.
14. *Każdy bywa pacjentem. Zarys filozofii farmacji*, Warszawa 2010.
15. Koskowski B., *Propedeutyka farmaceutyczna. Wstęp do nauk farmaceutycznych z uwzględnieniem deontologii i historii farmacji polskiej*, Warszawa 1933.
16. *List JM Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie prof. dr hab. Bogusława Machalińskiego do uczestników I Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego z cyklu Humanistyczne aspekty farmacji*, „Czasopismo Aptekarskie” 2023, nr 10, s. 6.
17. Łazowski J., *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Warszawa 2005.
18. Magowska A., *Strategia wartości rzeczy*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2000, nr 4, s. 19.
19. Nowak E., *Ogólne i zawodowe wykształcenie farmaceutów [w:] Pamiętnik Pierwszego Zjazdu Aptekarzy Królestwa Polskiego*, Warszawa 1913, s. 52-57
20. Pilecka W., *Zmaganie się dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną – od radzenia sobie do transcendencji [w:] red. B. Antoszevska, Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, Toruń 2011, s. 9-25.
21. *Pierwszy almanach aptekarski. Z farmaceutami dla farmaceutów*. Warszawa 2021-2023.
22. Szyszkowska M., *Etyka marketingu farmaceutycznego na tle filozofii farmacji jako nowy kierunek naukowy zainicjowany przez Czasopismo Aptekarskie*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2001, wyd. spec., s. 3-12.
23. *Trzecie Ogólne posiedzenie Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1910, nr 9, s. 152-158.
24. Uchwała Nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.
25. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97 ze zm.).
26. Zamojski J., *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?*, [w:] red. M. Musielak, J. Zamojski, *Polska szkoła filozofii medycyny*, Poznań 2010, s. 11-24.

Code of Ethics for Pharmacists/Pharmacists of the Republic of Poland as the basis for the philosophy of pharmacy.

Abstract: The philosophy of pharmacy has not been defined to this day, although since the second half of the 19th century we have had the Polish school of philosophy of medicine. The Act on the Pharmacist's Profession provides for the obligation of a pharmacist to practice in accordance with the principles of professional ethics and deontology. However, the Code of Ethics for Pharmacists of the Republic of Poland imposes even more far-reaching obligations on pharmacists and states that "Pharmacists are bound by the principles of universal ethics developed over generations. The principles of universal ethics oblige the Pharmacist to respect human rights and take care of the dignity of the profession. The task of philosophy is to ask about the fate of man. The philosophy of pharmacy is to ensure that what is legal never leads to the dehumanization of the patient, the pharmacist and pharmacy as a science. Therefore, it seems important to define the philosophy of pharmacy in Poland and continue this process (using nearly 30 years of achievements of the "Czasopismo Aptekarskie" on this topic) by referring, among others, a.i. the ethical principles of the pharmacist/pharmacist profession and general human ethics.

Summary

The Disease in the Light of Philosophy, Theology, and History of Medicine

The monograph addresses the borderline issues of philosophy, theology, and the history of medicine. It was inspired by a conference on these issues held in January 2024. Each of the book's chapters is the work of a different author (one or several), a symposium participant, each bringing a unique perspective to the discussion. Krzysztof Stachewicz presented the mutual dependencies and connections existing between medicine and the philosophy of ancient Greece; Mateusz Szubert discussed the process of medicalization of sin, using homosexuality as an example; Borys Jacek Soiński touched upon the problem of the role of spirituality in the holistic medical care for the patient; Przemysław Strzyżyński debated on the relationship between human memory of an act and moral responsibility for it; Karolina Napiwodzka and Piotr Skalski searched for ethical threads in the scientific and medical work of Albert Schweitzer and Alexis Carrel; Michał K. Owecki characterized the essence of Philippe Pinel's and Jean-Étienne Esquirol's "moral therapy" introduced to psychiatric hospital at the beginning of the 19th century; Anita Magowska explained the role that religious congregations played in caring for the elderly in Poland until 1989, and also described the difficulties that nuns had to struggle with under the partitions and in communist times; Justyna Jaskulska, Katarzyna Plagens-Rotman and Grażyna Jarząbek-Bielecka illustrated ethical dilemmas existing in the professional work of a pediatric gynecological nurse; Anna Żuk indicated the source of the philosophy of Polish pharmacy, pointing at the Polish Code of Ethics for the Pharmaceutical Profession created before World War II.

The diversity of the issues discussed is undoubtedly a valuable advantage of the book. It makes the monograph likely to interest theologians, philosophers, pharmacists, nurses, midwives, physicians, historians, students of the professions above, and those interested in the history of medicine, theology, and philosophy.

 **Kontekst**
Wydawnictwo

WYDAWNICTWO NAUKOWE

Wydawnictwo Naukowe Kontekst. Poznań 2024. Wydanie I.

Wydanie cyfrowe

Oddano do składu: 26 IX 2024. Podpisano do wydania cyfrowego: 10 X 2024

Nad zagadnieniem choroby i śmierci od wieków pochylają się medycy, filozofowie i teologowie, historycy nauki zaś usiłują wszelkie te wywody podsumować i zrozumieć, interpretując je zgodnie z duchem epoki, w której powstały. Problematyka, tak bardzo interdyscyplinarna, wydaje się posiadać zasoby nieprzebrane. Nie dlatego jednak warto sięgać po temat choroby w dziejach. Otóż, poznanie rozmaitych sposobów postrzegania cierpienia w przeszłości może dzisiaj okazać się doznaniem kojącym – łagodzącym postmodernistyczną rozpacz, wtórną wobec świadomości nieuchronnego przemijania.

Niniejsza monografia doskonale wpisuje się w ową dysputę o cierpieniu. Mnogość Autorów, różnorodność ich poglądów oraz ich odmienne zainteresowania przyniosły obfitość treści poświęconych chorobie. Być może pozwolą one, choć w części, zrozumieć tajemnicę cierpienia.

 **Kontekst**
Wydawnictwo

WYDAWNICTWO NAUKOWE

www.wkn.com.pl

e-ISBN 978-83-66476-94-3

WYDANIE CYFROWE