

A g n i e s z k a D r o ś

Bernard Mandeville jako filozofujący lekarz-praktyk

Słowa kluczowe: *B. Mandeville, „A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions”, hipochondria, medycyna, Oświecenie*

Współcześnie dużą rolę przypisuje się poprawnym relacjom i prawidłowej komunikacji między lekarzem a pacjentem w procesie diagnostyki i leczenia. W medycynie dąży się do wdrożenia relacji partnerskich lekarz-pacjent, które możliwe są dzięki wzajemnemu szacunkowi oraz zainteresowaniu lekarza wysyłanymi przez pacjenta komunikatami, w tym również dotyczącymi jego obaw, niepokojów i przekonań¹. Model partnerski opiera się na założeniu równości pozycji lekarza i pacjenta, których łączy otwarty dialog. Realizuje się w nim zasada obiektywizmu, polegająca na zrozumieniu stanowiska pacjenta, dokonuje poznanie jego środowiska społecznego, rozwijanie wiedzy i umiejętności z zakresu przemian cyklu rodziny, a także profilaktyki w kwestiach zdrowia i choroby². Dzięki holistycznemu³ podejściu pacjent staje się aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego, a właściwa emocjonalnie relacja między lekarzem a pacjentem opisana jest określeniem *context effect* i zbliżona znaczeniem do efektu placebo⁴.

Agnieszka Droś, Uniwersytet Zielonogórski, Instytut Filozofii, Al. Wojska Polskiego 71A, 65-762 Zielona Góra; e-mail: agnieszka.dros@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6310-5788.

¹ Siejka 2012, s. 77.

² Wrześcińska 2014, s. 177.

³ Maria Nowacka zwraca uwagę, iż „teza, że leczenie musi stawać się coraz bardziej pełne, kompleksowe, nie może być interpretowana w niejasnym sensie tezy, że leczenie musi stawać się leczeniem «całego» człowieka”. Zwraca uwagę, że konieczność uwzględniania stanu psychicznego pacjenta nie oznacza „leczenia całego człowieka”, a pojęcie to musi wskazywać na inną treść niż tylko uwzględnianie stanu psychicznego pacjenta, jeśli ma posiadać jakiś bliższy sens. Nie jest zasadne żądanie rozszerzania zabiegów medycznych o działania psychoterapeutyczne. Por. Nowacka 2005, s. 68–82.

⁴ Janczukowicz 2014, s. 99.

Choć model partnerski przeżywa dopiero współcześnie swój pełen rozwój, potrzebę tworzenia dobrych relacji między lekarzem a pacjentem widziano już wiele lat wcześniej. Jednym z propagatorów „leczenia przy łóżku”, obserwacji i wnikliwych badań był Bernard Mandeville (1670–1733), autor słynnej *Bajki o pszczołach* oraz mniej znanego współcześnie *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions*⁵. Choć w ówczesnym czasie powstało kilka podobnych prac na ten temat, istnieje wiele powodów, dzięki którym traktat Mandeville’a na ich tle się wyróżnia. George Rousseau podaje dziesięć argumentów przemawiających na rzecz tego istotnego dokumentu w historii medycyny. Autor zwraca uwagę m.in. na ostrożność Mandeville’a w tworzeniu definicji hipochondrii, którą rozumiał on jako złożony system warunków behawioralnych wynikających z wielu różnych źródeł, wykraczających poza obszar czynników takich jak smutek, siedzący tryb życia czy samotność⁶, co z kolei dyktuje Mandeville’owi niecodzienne sposoby leczenia, opierające się w pierwszej kolejności na dialogu, będącym również doskonałym narzędziem dydaktycznym skierowanym do potencjalnego czytelnika.

1. *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions*

A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions („Traktat o pasjach hipochondrycznych i histerycznych”) Mandeville wydał w 1711 r. Było to pierwsze medyczne dzieło od czasu zakończenia jego nauki w Lejdzie⁷. Tekst, składający się z trzech dialogów między Philopirem (lekarzem specjalizującym się w leczeniu hipochondrii i hysterii), cierpiącym na hipochondrię Misomedonem i jego żoną, histeryczną Polythecą, jest wymaginowanym studium przypadku, w którym autor umieszcza większość objawów choroby u jednego pacjenta. W dziele tym Mandeville poddaje rewizji starożytne

⁵ Później *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Diseases* („Traktat o chorobach hipochondrycznych i histerycznych”).

⁶ Szerzej w: Rousseau 1975.

⁷ Uniwersytet w Lejdzie znany był ze swej otwartości i swobody myślenia, a samo miasto w XVII w. słynęło z teatru anatomicznego. Dzięki działalności profesorów Petera Paauiwa i Franciscusa de le Boë (Sylviusa) praktyczne umiejętności zakorzeniły się w podstawie akademickiego programu medycznego. Uniwersytet w Lejdzie znany był również z nauczania klinicznego. Studenci mieli dostęp nie tylko do raportów interesujących spraw, lecz również do samych pacjentów. Wizyty w szpitalu stały się centralnym elementem programu medycznego dzięki Sylviusowi, który kładł nacisk na autopsję w nauczaniu klinicznym, a głównym źródłem nabywania wiedzy anatomicznej uczynił szpital, dzięki czemu obserwacja najmniejszych struktur ciała stała się bardziej dokładna, niż na to pozwalał teatr anatomiczny. Por. Knoeff 2012.

i ówczesne podejście do medycyny, kładzie szczególny nacisk na pogodzenie teorii i praktyki, przyjmując za swe główne źródła inspiracji Giorgio Baglivi⁸ i Thomasa Sydenhama⁹. Rozprawa daje czytelnikowi wgląd w medyczne i filozoficzne debaty, według Sylvie Kleiman-Lafon może być postrzegana jako wartościowe kompendium głównych filozoficznych i naukowych debat tamtejszej epoki.

Można powiedzieć, że Mandeville został poważnie potraktowany jako lekarz specjalizujący się w chorobach histerycznych i hipochondrycznych, bowiem cytowany był m.in. przez Thomasa Apperleya, Thomasa Withersa, Williama Blacka, Charlesa Lucasa, Roberta Whytta, jego traktat krążył wśród lekarzy angielskich, szkockich i irlandzkich. Istotne jest również spostrzeżenie Mauro Simonazziego, że na pierwszym wydaniu wspomnianego dzieła widnieje osobisty adres Bernarda Mandeville'a, który zniknął w przedruku. Fakt ten może sugerować, że zwracali się do niego o pomoc czytelnicy, którzy z czasem stali się irytujący¹⁰.

2. Człowiek jako całość i zespół organów

Jednym z podstawowych pytań, jakie zadaje sobie medycyna, jest pytanie o przedmiot lub podmiot leczenia. Czy lekarz leczy chory organ, czy człowieka w ogóle? Antoni Kępiński wymienia traktowanie pacjenta jako „martwy” przedmiot wśród niebezpieczeństw postawy naukowej lekarza wobec pacjenta:

Lekarz nie leczy złamania nogi, choroby nerek, płuc, serca, lecz chorego ze złamaną nogą, chorego z uszkodzeniem nerek itp. Nie chodzi tu o odmianę słów, lecz o praktyczną i dość banalną uwagę, że leczymy chorego człowieka, a nie chory narząd. Złamanie kończyny

⁸ Giorgio Baglivi (1668–1707) – wybitny włoski lekarz pochodzenia armeńskiego. Studiował w Salerno, Padwie i Bolonii, zalecał zwracanie większej uwagi na obserwacje kliniczne, odrzucił system humoralny, przypisując dolegliwości do zmienionych tonów stałych części organów. Wybitny badacz fizjologiczny zafascynowany nerwami, jego badania mikroskopowe pozwoliły mu rozróżnić mięśnie gładkie i prążkowane oraz wyraźne rodzaje włókien. Ponadto nalegał, aby unikać gwałtownych terapii i odradzał stosowanie leczenia farmakologicznego bez ogólnej terapii psychologicznej. Por. Chalmers 1812, s. 303–304; Porter 1999, s. 228; Simonazzi 2016, T. 9, s. 69.

⁹ Thomas Sydenham (1624–1689) – angielski lekarz-praktyk. Przeciwwstawił opisom książkowym samodzielność obserwacji, wpływając tym na znaczny rozwój medycyny. Zyskał miano „angielskiego Hipokratesa”. Szczegółowo opisał ospę, płasawicę, dnę, rozróżnił odrę od płonicy, wprowadził w Europie leczenie zimnicy korą chinową. Zob. Różniatowski 1991, T. III, s. 1187–1888.

¹⁰ Simonazzi 2016, s. 64.

identyczne w lokalizacji stanowi inny problem lekarski u dwudziestoletniego chorego niż u siedemdziesięcioletniego¹¹.

Również u Mandeville'a możemy odnaleźć podobne rozumienie sztuki medycznej. Zanim jednak rozwinę ten wątek, warto przyjrzeć się pierwszym słowom wspomnianej wcześniej *Bajki o pszczolach*:

Prawa i rząd są dla państw tym, czym dla ciał istot żywnionych są technia życia i życie samo. Ci, którzy badają anatomię martwych zwłok, mogą się przekonać, że najważniejszymi organami i najdelikatniejszymi sprężynami, najniezbędniejszymi do tego, aby utrzymać w ruchu mechanizm naszego ciała, nie są twarde kości, mocne mięśnie i nerwy ani też gładka, biała skóra, która tak pięknie je opina, lecz maleńkie, nikłe błonki i drobne rureczki, których niewprawne oko bądź wcale nie dostrzega, bądź też uznaje je za bez znaczenia. Podobnie i ci, którzy badają naturę człowieka w oderwaniu od tego, co sztuczne lub wypływa z wychowania, zauważyć mogą, że tym, co czyni z człowieka zwierzę towarzyskie, nie jest jego chęć przebywania w towarzystwie, dobroć, litość, uprzejmość i inne przymioty składające się na ujmujący sposób bycia, lecz że właśnie jego najniższe, najbardziej nienawistne cechy są mu najbardziej potrzebne i najlepiej przystosowują go do życia w największych i – jak to się mówi – najszczęśliwszych i najbardziej kwitnących społeczeństwach¹².

W powyższym cytacie ukazuje się obraz człowieka jako maszyny, składającej się z drobnych, ale niezbędnych do funkcjonowania ludzkiego ciała elementów. Mechanizm ruchu działa za sprawą maleńkich błonek i rureczek. Jeśli więc lekarz chce poznać mechanizm człowieka-maszyny, musi potrafić dostrzec każdy najdrobniejszy szczegół. Mandeville widział analogię między funkcjonowaniem społeczeństwa a organizmem ludzkim, rozumiał też znaczenie badań nad budową i funkcją poszczególnych organów. Nie znaczy to jednak, by w procesie rekonwalescencji traktował człowieka jako zespół organów. Sposób, w jaki rozumiał hipochondrię, mnogość czynników, które według niego mogły wpłynąć na jej rozwinięcie się i leczenie, a przede wszystkim potrzeba „leczenia przy łóżku”, obserwacja stanu chorego i metody rekonwalescencji świadczą o tym, że Mandeville leczył nie chore organy, lecz chorego człowieka.

Choć Philopirio specjalizuje się w leczeniu hipochondrii, definicji tej przypadłości nie podaje. Pomimo że wyraźnie łączy ją z dysfunkcją żołądka, przyczyn dopatruje się również w wielu czynnikach zewnętrznych. Zwraca uwagę, że hipochondrię w języku holenderskim i niemieckim nazywa się chorobą uczonych, ponieważ w tej grupie społecznej znajduje się największy odsetek na nią cierpiących. Według diagnozy Philopiria, to właśnie nadmierny wysiłek umysłowy może przyczynić się do rozwoju hipochondrii:

¹¹ Kępiński 2001, s. 276.

¹² Mandeville 1957, s. 3.

Ludzie rozsądku, szczególnie uczący się, są winni błędów, które, o ile nie będą mieli bardzo szczęśliwej konstytucji, nieomylnie sprowadzą na nich chorobę, co nie przydarza się durniom¹³.

Drugą istotną przyczyną rozwinięcia się choroby u Misomedona jest brak umiaru w pożyciu seksualnym. Oba te czynniki miały udział w wyczerpaniu „duchów zwierzęcych”¹⁴, co w konsekwencji doprowadziło do powstania problemów żołądkowych¹⁵. Jak twierdzi Philopirio:

Wyczerpanie duchów pozbawiło fermentację żołądka tego, co było potrzebne do jego oczyszczenia, wywołały to stałe sole kwasowe (te spowodowały zgagę), i tak powstała twoja pierwsza dolegliwość¹⁶.

Czynników wywołujących hipochondrię można wymienić znacznie więcej. Wynikają one z ludzkich pasji, ale także z czynników środowiskowych, społecznych czy behawioralnych: „nienasycony żal, troska, kłopoty i rozczarowania są również często towarzyszącymi przyczynami tej choroby”¹⁷. George Rousseau uszczegóławia czynnik społeczny twierdząc, że Mandeville pokazuje, iż medycyna, nawet w najbardziej abstrakcyjnych teoriach dotyczących etiologii i patologii choroby, pozostaje ściśle związana z procesami społecznymi – z ekonomią, polityką, edukacją, a nawet językiem¹⁸.

Mauro Simonazzi łączy hipochondrię z niedoborem troski o siebie czy samoakceptacji (*self-liking*). Choć Mandeville nie powiązuje bezpośrednio tych dwóch zjawisk, w *Bajce o pszczolach* znajduje się wiele fragmentów świadczących o ich wzajemnych zależnościach. Simonazzi wskazuje na pięć istotnych elementów: 1) wstyd powoduje utratę duchów zwierzęcych, co prowadzi do problemów trawiennych, będących przyczyną hipochondrii; 2) jednym z symptomów wstydu jest chęć bycia niewidzialnym, zanik *self-*

¹³ Mandeville 2017, s. 82.

¹⁴ Pojęcie „duchy zwierzęce” jest niejednoznaczne i pochodzi od gr. *pneuma psychikon*. Określenie to pojawiało się przede wszystkim w kontekstach filozofii przyrody. W okresie między Galenem a Kartezjuszem „duchy zwierzęce” były najwyższą spośród trzech kategorii „duchów” w żywych istotach. „Duchy naturalne” znajdowały się w wątrobie, „duchy witalne” w sercu, „duchy zwierzęce” w mózgu. W większości relacji duchy zwierzęce powstawały z krwi w trakcie procesu filtrowania. Działały między duszą a ciałem, umożliwiając im komunikację. Szerzej: Sutton 2007, s. 25–49. Jak zauważa Rousseau, Mandeville w przeciwieństwie do swoich współczesnych uważał, że duchy zwierzęce odgrywają mniejszą rolę niż mózg – „to tak, jakby sugerować, że przez cały czas choroba jest bardziej psychiczna niż fizjologiczna”. Zob. Rousseau 1975, s. 17.

¹⁵ Poza problemami żołądkowymi, Misomedon odczuwa inne dolegliwości typowe dla tego typu choroby: bóle w całym ciele, szczególnie głowy i stawów, zawroty głowy, koszmary, cierpi też na bezsenność, zamartwia się nieistniejącymi problemami.

¹⁶ Mandeville 2017, s. 122.

¹⁷ Mandeville 2017, s. 125.

¹⁸ Rousseau 1975, s. 19.

-liking; 3) objawy wstydu są opisane w *Bajce* jako ogólna ciężkość serca i głowy, tak samo objawia się hipochondria; 4) Mandeville używa tego samego wyrażenia, aby zdefiniować objawy hipochondrii i opisać objawy męczyzny wstydzającego się (zmęczenie życiem); 5) nawet w tych fragmentach, w których Mandeville nie używa tych samych słów, objawy psychiczne hipochondrii są podobne do objawów przypisywanych w *Bajce* pacjentom cierpiącym na brak *self-liking*¹⁹.

3. Dwie główne cnoty lekarza-doradcy

Rozprawa Mandeville'a zbudowana jest na trzech dialogach między lekarzem a jego pacjentami. Inicjatorem spotkania jest Misomedon, będący przypadkiem nietypowym, posiadającym bowiem szeroką teoretyczną wiedzę medyczną. Choć Misomedon wiele lat poświęcił studiom, nie potrafi sobie pomóc, a objawy jego przypadłości wracają co pewien czas ze wzmożoną siłą. Kiedy pojawia się w jego domu Philopirio, ma już za sobą długą historię nieudanych praktyk lekarskich. Zastrzega, że potrzebuje od lekarza dużo czasu i cierpliwości, by ten był w stanie go wysłuchać. Zachowanie lekarza w pierwszym kontakcie z pacjentem nie pozostaje więc bez znaczenia. Antoni Kępiński zwraca uwagę na wpływ postawy lekarza na powodzenie w leczeniu: „Nierzadko zdarza się, że ten sam lek u tego samego chorego zapisany przez lekarza X nie działa, a zapisany przez lekarza Y daje wspaniałe wyniki”²⁰. Nie zatem recepta gwarantuje sukces w procesie leczenia, lecz bardzo istotna jest rola samego lekarza. Philopirio doskonale rozumie potrzeby swojego pacjenta i stosuje odpowiednią metodę leczenia²¹, prowadząc z pacjentem dialog, tym samym angażując go w proces ustalenia diagnozy i zaleceń leczniczych. „Daję sobie czas na wysłuchanie i rozważenie skarg moich pacjentów”²² – oznajmia Philopirio. Dialog oparty na satyrze zmusza pacjenta do spojrzenia wewnątrz siebie, do analizy własnych poczynań, poszukiwań przyczyn rozwoju choroby, a więc nie tylko nadaje choremu aktywną rolę w procesie diagnozy i rekonwalescencji, lecz także jest lekarstwem na inną, powszechną przypadłość, o której Mandeville mówi we wstępie do *Bajki o pszczolach*:

¹⁹ Simonazzi 2016, s. 75.

²⁰ Kępiński 2001, s. 275.

²¹ Wybrana metoda nie jest oczywiście równoznaczna z odrzuceniem innych metod leczenia. Choć zalecenia Philopirio opierają się głównie na naukach Hipokratesa, tj. doradza on ruch, spożywanie lekkich posiłków (np. ryby), ciepłe kąpiele, poza tym jednak w razie konieczności dopuszcza przyjmowanie lekarstw.

²² Mandeville 2017, s. 171.

Jedną z najważniejszych przyczyn, dla których tak niewielu ludzi rozumie samych siebie, jest iż większość pisarzy poucza ich stale, jakimi być powinni, natomiast prawie nigdy nie zadaje sobie trudu, by powiedzieć im, jakimi są w rzeczywistości²³.

Harold J. Cook twierdzi, że lekarz w materialistycznej koncepcji Mandeville'a nie był doradcą pacjenta, nauczycielem zdrowia i cnót, lecz „sprytnym politykiem”, który porządkował cielesne pasje, bowiem według silnej wersji materializmu nie było możliwości, by umysł panował nad namiętnościami, więc lekarz, nie mogąc odwoływać się do rozsądku pacjentów, musiał posługiwać się manipulacją²⁴. Choć można dostrzec pewne podobieństwo między „sprytnym politykiem” a „sprytnym lekarzem”, istnieją między nimi istotne różnice. Politykiem kierowało bowiem pragnienie władzy, a metodą działania było umiejętne wykorzystanie strachu i lęków, natomiast lekarz pracował w imię nauki, stosując rozmowę jako podstawę diagnostyki i rekonwalescencji. Philopirio pełni więc bardziej rolę terapeuty, psychologa, doradcy medycznego niż lekarza w rozumieniu pośrednika między pacjentem a apteką.

Jako doradca Philopirio musi posiadać cechy takie jak otwartość, szczerłość, prawdomówność, powaga, życzliwość, bezinteresowność, odpowiedzialność, bowiem osiągnie cel tylko dzięki wzajemnemu przenikaniu się własnych i cudzych doświadczeń. Poprzez doradztwo przekazuje nie tylko doświadczenia, lecz również przemyślenia i eksperymenty myślowe, a także wyjaśniająco wspomaga własną samowiedzę wyjaśniającego. Taką formę komunikacji cechuje niesymetryczna relacja, która oparta jest na różnicy kompetencji, doświadczenia i autorytetu między doradzającym a przyjmującym radę. Może przyczynić się również do naświetlenia własnych doświadczeń odbiorcy, a także do wzrostu samowiedzy i kompetencji²⁵. To właśnie dzięki tej ostatniej wymienionej cesze Misomedon dokonał pierwszego kroku w kierunku rekonwalescencji, bowiem dzięki długiej i humorystycznej rozmowie z lekarzem mógł zrozumieć przyczyny powstania swojej choroby.

Spośród licznych cnót lekarskich, o których mówią badacze, należy zwrócić uwagę na dwie główne cnoty Philopiria: sumiennosc i empatię. Długie i bezowocne lata poświęcone sztuce lekarskiej i częste kłótnie pomiędzy największymi lekarzami doprowadziły Misomedona do wniosku, iż jest to sztuka błędna do tego stopnia, że nawet astrologowie narazili się na mniejszą śmieszność niż przedstawiciele tego, zdawałoby się, poważnego zawodu:

Jedną korzyścią, jaką odniosłem z mojej pracy, a wynikiem wszystkich moich studiów nad medycyną, jest to, że wiem, iż jest to kłamiwa sztuka, na której nigdy nie można polegać!²⁶

²³ Mandeville 1957, s. 29.

²⁴ Cook 1999, s. 101–102.

²⁵ Krämer 2004, s. 323–365.

²⁶ Mandeville 2017, s. 51.

W obronie sztuki lekarskiej staje Philopirio, dowodząc, że błąd nie tkwi w niej samej, lecz w przywarach lekarzy, którzy z jednej strony chwalą się wykonywanym przez siebie zawodem, z drugiej jednak całkowicie go zaniedbują. Główny problem stanowi brak praktyki i sumiennej obserwacji, przez co absolwenci uniwersytetów pozostają na poziomie wyuczonych teorii. Lekarze nierzadko nie mają ochoty spędzać czasu przy łóżkach pacjentów, ponieważ, jak twierdzi Philopirio, „interes własny daje teraz lepsze lekcje młodym lekarzom”²⁷, a więc leczenie często bywa opierane na bezużytecznych teoriach²⁸. Dla Philopiria najważniejsze jest doświadczenie, nie teoretyczne spekulacje, toteż jego zdaniem lekarz powinien zajmować się jedną chorobą, której rozwój i rekonwalescencję będzie mógł obserwować na konkretnych przypadkach. Deklaruje:

Jestem przeciwny spekulatywnej części sztuki medycznej, która różni się od praktycznej, ucząc ludzi, jak leczyć wszelkiego rodzaju choroby w swoich szafach, nigdy nie widząc pacjenta. (...) Uwierz mi, Misomedonie, to wszystko oszustwo; to obserwacje, a nie racje, stanowią sztukę; a te ostatnie nie są bardziej potrzebne lekarzom niż fałszywe światła właścicieli sklepów, które, jak wiemy, mają na celu jedynie poprawienie wyglądu ich towarów²⁹.

Obserwacje i ciągle powtarzanie doświadczeń pełnią najważniejszą rolę w procesie dochodzenia do prawdy, której pragnienie powinno być priorytetem nie tylko dla zawodu lekarskiego, lecz dla człowieka w ogóle:

Każdy, kto rozumie naszą naturę, musi być zdolny pojąć, dlaczego nic nie powinno być bardziej czarujące dla ludzkich stworzeń niż poszukiwanie prawdy, gdzie nagrodą jest nieomyślność i pewność posiadania racji³⁰.

²⁷ Mandeville 2017, s. 54.

²⁸ Nathan Belofsky opisuje absurdy odrodzeniowych lekarzy. Bywało, że lekarze obwiniali martwe ciała o to, że narządy wyglądają inaczej niż na rysunkach anatomicznych Galena wzorowanych na świnia. Praktyka ówczesnych medyków niekiedy nie szła w ogóle w parze z wygłaszanymi mądrościami, a oni sami bywali oskarżani o to, że choć świetnie operują łąciną w teorii medycznej, na leczeniu nie znają się wcale. Podczas zarazy wielu lekarzy ukrywało się lub nawet uciekało przed pacjentami. Do kontaktu z ludźmi bardziej przyzwyczajeni byli dorabiający na pielęgnacji torturowanych kaci. Ignorancja, bezmyślne przywiązanie do wyznawanych teorii i brak woli obserwacji doprowadziły do zbagatelizowania wagi mikroskopu, a odkryty dzięki temu przyrządowi przez Giovanniego Bonomo świerzbowiec nie znalazł zainteresowania wśród znanych lekarzy. Wśród wielu grzechów ówczesnych medyków Belofsky wymienia łaciński katalog leków *London Pharmacopoeia*, którego nikt poza osobami bogatymi i wykształconymi nie potrafił zrozumieć. Kiedy Nicholas Culpeper napisał angielską wersję tego dzieła, by lekarze przestali pisać recepty w niezrozumiałym języku, został oskarżony przez medyków z elitarnego Kolegium Lekarskiego o pijaństwo, rozpustę i degenerację. Por. Belofsky 2014.

²⁹ Mandeville 2017, s. 62.

³⁰ Mandeville 2017, s. 110.

To obserwacja pozwoliła Mandeville'owi na odważną krytykę ówczesnych zachowań i praktyk lekarskich. Praca lekarza i filozofa moralności powstały na tym samym empirycznym fundamencie.

Jako lekarz Mandeville był lepszy od innych nie dlatego, że był bardziej cnotliwy niż reszta upadłego rodzaju ludzkiego, ale dlatego, że studiował świat materialny głęboko w jednym obszarze³¹.

Szczególną rolę empatii w procesie diagnozy i rekonwalescencji potwierdzają badania. W badaniach kilkusetosobowej grupy chorych, w ankiecie zawierającej między innymi pytanie: „Jaki powinien być lekarz?” – na pierwsze miejsce wysunęły się wymagania dotyczące funkcji ekspresywnej³². Z kolei badania satysfakcji pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej potwierdziły istotny związek pomiędzy obecnością i wspierającą rozmową personelu medycznego a spadkiem napięcia i rozdrażnienia³³. W badaniach Małgorzaty Marć wykazano, iż dla poziomu satysfakcji z opieki istotne znaczenie ma sposób nawiązywania kontaktu, utrzymania relacji, zakres i charakter przekazywanych informacji oraz skuteczność i efektywność komunikowania się. Rodzice oczekiwali od lekarzy delikatnego sposobu odnoszenia się do pacjenta, współpracy i pomocy przy pielęgnacji, kompetencji, wyjaśnienia odnośnie wszystkich wykonywanych czynności i zabiegów, dodawania otuchy, życzliwości i cierpliwości, uśmiechu, serdecznego kontaktu z pacjentem i rodziną³⁴. Jak podaje Janusz Janczukowicz, prawie 40% studentów medycyny omawiając cechy profesjonalnego lekarza wymienia empatię³⁵.

Ewa Drabik-Danis i Anna Hans-Wytrychowska piszą, że dobry lekarz to taki, który m.in. jest empatyczny, cierpliwy, uprzejmy, grzeczny, życzliwy, okazuje ciepło i serdeczność, a potrzeba takiego podejścia wśród lekarzy wzrasta wraz z poziomem lęku³⁶. Dzięki empatii lekarz jest w stanie zrozumieć emocje pacjenta i poznać jego oczekiwania. Niemniej jednak lekarz powinien posiadać umiejętność zdystansowania się od sytuacji, na które nie ma wpływu, bowiem nadmierne zaangażowanie może doprowadzić do szybkiego zawodowego

³¹ Cook 1999, s. 123.

³² Stangierska, Horst-Sikorska 2007, s. 62. Funkcja ekspresywna występuje, kiedy lekarz zachęca pacjenta do wyrażania swoich emocji związanych z jego stanem zdrowia w celu zredukowania niepokoju i napięcia psychosomatycznego. Pojawia się również w wyrażaniu emocji przez lekarza, dzięki czemu pacjent może poczuć się bardziej komfortowo. Pozostałe trzy podstawowe funkcje komunikowania się lekarza z pacjentem to: informacyjna, motywująca, kontrolująca. Zob. Siejka 2012, s. 71.

³³ Kamińska-Rosner, Zdun-Ryżewska 2013, s. 85.

³⁴ Trzebiatowska 2000, s. 17.

³⁵ Janczukowicz 2014, s. 94.

³⁶ Drabik-Danis, Hans-Wytrychowska 2013, s. 39.

wypalenia³⁷. W związku z tym, jak twierdzą Tom L. Beauchamp i James Childress, „dobrego lekarza czy dobrą pielęgniarkę najlepiej charakteryzują wyrażenia typu *współodczuwająca bezstronność* oraz *bezstronne współodczuwanie*”³⁸. Okazywanie empatii pacjentom może funkcjonować na dwóch poziomach: może być rzeczywistym odzwierciedleniem emocji lekarza lub odgrywaniem oczekiwanych zachowań, z czego ta pierwsza postawa bardziej sprzyja efektywności i większemu zadowoleniu z wykonywanego zawodu³⁹. Bezsprzecznie empatia u lekarza wpływa na osiągnięcie lepszych wyników, co przekłada się na satysfakcję z wykonywanej pracy. Sprawia również, że pacjent staje się bardziej otwarty, podaje więcej objawów chorobowych i mówi o swoim samopoczuciu, co ułatwia zebranie informacji odnośnie jego przypadłości, ma również właściwości terapeutyczne. Z tych właśnie powodów m.in. Agnieszka Mastalerz-Migas i Andrzej Steciwko uważają, że empatia jest konieczną cechą lekarskich kompetencji⁴⁰.

Potrzeba wysłuchania Misomedona w roli pacjenta łączy się w koncepcji Mandeville’a z potrzebą empatycznej postawy lekarza. Misomedon chce mówić, i to mówić dużo, a Philopirio chętnie tę potrzebę zaspokaja. Zysk płynący z dialogu jest obustronny, w przypadku Philopiria nawet podwójny. Niewątpliwie rozmowa przynosi choremu ulgę, bowiem może on w końcu powiedzieć o swojej przypadłości wszystko, czego nie mógł przekazać niemałym czasom go wysłuchać poprzednim lekarzom. Analizując sytuacje z własnego życia, jest w stanie poznać i zrozumieć swoją chorobę, nie musi więc wierzyć ślepo autorytetowi mówiącemu o rzeczach niejasnych i niezrozumiałych. Nie musi inwestować pieniędzy w kolejne lekarstwa, bowiem w pierwszej kolejności leczenie polega na dyskusjach i wprowadzeniu zdrowszego trybu życia, co daje choremu poczucie większej kontroli nad procesem rekonwalescencji, oraz nie demonizuje jego przypadłości, co przekłada się z kolei na lepsze samopoczucie i komfort psychiczny. Wreszcie Misomedon ma możliwość zestawić swoją teoretyczną wiedzę z praktyką Philopiria, a dzięki temu zrozumieć, w czym tkwi błąd jego rozumowania, i poddać tę wiedzę krytyce.

Korzyść, jaką osiąga Philopirio, wynika z efektów jego metody leczenia, a także pozyskania stałego pacjenta. Mauro Simonazzi na podstawie praktyki Philopiria wymienia trzy zasady, które lekarz powinien stosować: 1) zamiast przepisywać pacjentom bezużyteczne leki, należy pozwolić im mówić; 2) lekarz musi być gotowy do uważnego słuchania podopiecznego, poznania jego nawyków, preferencji związanych z odżywianiem i ćwiczeniami; 3) le-

³⁷ Siejka 2012, s. 73.

³⁸ Beauchamp, Childress 1996, s. 486.

³⁹ Janczukowicz 2014, s. 97.

⁴⁰ Mastalerz-Migas, Steciwko 2013, s. 28.

karz musi wykorzystać swoją wiedzę o pacjencie, by rozróżnić, które elementy choroby są częścią ludzkiej natury, a które wynikają z patologicznych przypadłości⁴¹. Czynności te nie byłyby możliwe do pełnego zrealizowania bez empatycznej postawy lekarskiej. Misomedon, jako pacjent z bogatą historią leczenia, prawdopodobnie wyczułby, gdyby postawa nowego lekarza była nieszczerą i nastawioną na zysk. Tymczasem Philopirio deklaruje potrzebę poznawania prawdy i wyrosłego z niej poczucia nieomylności. Krytykuje i obnaża wady zawodu lekarskiego, mające zresztą korzenie w przywarach ludzkich, czyli daje pacjentowi to, czego ten bardzo potrzebuje: odpowiedzi na pytania dotyczące daremnych, nieefektywnych terapii, dzięki czemu chory na nowo może uwierzyć w potęgę medycyny.

Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions jest istotną pracą w historii medycyny, która dowodzi trafności prawidłowej komunikacji między lekarzem a pacjentem. Tekst Mandeville'a przedstawia najlepszą według autora metodę leczenia, która gwarantuje poznanie prawdy: nie tylko prawidłowego rozpoznania choroby przez lekarza, lecz również samopoznania pacjenta. Łączenie hipochondrii z problemami żołądkowymi, rozszerzanie pola czynników wpływających na rozwój tej choroby dowodzi, że Mandeville w procesie leczenia traktuje człowieka holistycznie, a preferowana przez niego metoda skupiona jest bardziej na problemach natury psychologicznej niż fizycznej. Philopirio, będący reprezentantem poglądów medycznych samego Mandeville'a, przyjmuje rolę doradcy medycznego, którego głównym zadaniem jest fizyczny i stały kontakt z pacjentem. Przyjęta przez Philopiria metoda leczenia staje się skuteczna dzięki cnotom lekarskim, szczególnie sumienności i empatii. Pierwsza z nich umiejscawia lekarza na drodze do prawdy, nakazuje porzucić nieuczciwe i niezgodne z zawodem lekarskim działania, traktujące pacjenta jako środek do osiągnięcia zysku, a stawia na leczenie „przy łóżku”, odrzucając preferowane przez większość ówczesnych lekarzy „leczenie w szafach”. Z kolei empatia, poprzez zapewnienie komfortu psychicznego choremu umożliwia rzetelny i pełny wywiad z pacjentem, angażuje go w procesie diagnozy i rekonwalescencji. Podsumowując, praca Mandeville'a jednoznacznie dowodzi, że „sam lekarz to pierwszy przepisany lek”⁴². Nie byłoby to możliwe, gdyby Bernard Mandeville jako lekarz i filozof moralności zarazem, dociekliwy badacz natury ludzkiej i natury społeczeństwa, nie ujmował problematyki człowieka całościowo i wielostronnie.

⁴¹ Simonazzi 2016, s. 69–70.

⁴² J. Drane, w: Olejniczak 2017, s. 191.

Bibliografia

- Beauchamp T.L., Childress J. (1996), *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa.
- Belofsky N. (2014), *Jak dawniej leczono, czyli plomby z mchu i inne historie*, przeł. G. Siwek, Warszawa.
- Chalmers A. (1812), *The General biographical dictionary*, London.
- Cook H.J. (1999), *Bernard Mandeville and the Therapy of „The Clever Politician”*, „Journal of the History of Ideas” 60, nr 1, s. 101–124.
- Drabik-Danis E., Hans-Wytrychowska A. (2013), *Odkrywanie potrzeb jako ważny element w komunikowaniu się lekarza z pacjentem*, w: A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*, Wrocław.
- Janczukowicz J. (2014), *Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza*, w: tenże (red.), *Profesjonalizm lekarski*, Warszawa.
- Janczukowicz J. (red.) (2014), *Profesjonalizm lekarski*, Warszawa.
- Kamińska-Rosner J., Zdun-Ryżewska A. (2013), *Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania*, „Medycyna Rodzinna” nr 3, s. 83–86.
- Kępiński A. (2001), *Rytm życia*, Kraków.
- Knoeff R. (2012), *Dutch Anatomy and Clinical Medicine in 17th-Century Europe*, <http://ieg-ego.eu/en/threads/models-and-stereotypes/the-dutch-century/rina-knoeff-dutch-anatomy-and-clinical-medicine-in-17th-century-europe#ClinicalTeaching> [20.10.2019].
- Krämer H. (2004), *Etyka integralna*, przeł. M. Poręba, Nowa Wieś.
- Mandeville B. (1957), *Bajka o pszczolach*, przeł. A. Glinczanka, Kraków.
- Mandeville B. (2017), *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Diseases (1730)*, ed. S. Kleiman-Lafon, Springer.
- Mastalerz-Migas A., Steciwko A. (2013), *Troska, empatia, wsparcie*, w: A. Steciwko, J. Barański (red.), *Relacja lekarz-pacjent. Zrozumienie i współpraca*, Wrocław.
- Nowacka M. (2005), *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok.
- Olejniczak M. (2017), *Bioetyka cnót*, Gdańsk.
- Porter R. (1999), *The Greatest Benefit for Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, London.
- Rousseau G.S. (1975), *Mandeville and Europe: Medicine and Philosophy*, w: I. Primer (ed.), *Mandeville studies – New Explorations in the Art and Thought of Dr. Bernard Mandeville (1670–1733)*, The Hague, s. 11–21.
- Różniatowski T. (red.) (1991), *Mała encyklopedia medycyny*, t. III, Warszawa.
- Siejka D. (2012), *Relacja lekarz-pacjent – istotny element specjalizacji nie tylko lekarza rodzinnego*, w: A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*, Wrocław.
- Simonazzi M. (2016), *Bernard Mandeville on hypochondria and self-liking*, „Erasmus Journal for Philosophy and Economics” 9, s. 62–81.
- Stangierska I., Horst-Sikorska W. (2007), *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 1, nr 1, s. 58–68.
- Steciwko A., Barański J. (red.) (2013), *Relacja lekarz-pacjent. Zrozumienie i współpraca*, Wrocław.

- Sutton J. (2007), *Philosophy and Memory Traces: Descartes to Connectionism*, <https://johnsutton.net/philosophy-and-memory-traces/> [18.10.2019].
- Trzebiatowska I. (2000), *Satysfakcja jako element oceny jakości opieki*, w: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz (red.), *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*, Gdańsk, s. 16–20.
- Wrzeńska M. (2014), *Relacja pacjent-lekarz: od modelu autorytarnego do partnerskiego*, w: J. Janczukowicz (red.), *Profesjonalizm lekarski*, Warszawa.

A g n i e s z k a D r o ś

Bernard Mandeville: a physician's practice as philosophy

Keywords: *B. Mandeville, „A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions”, hypochondria, medicine, Enlightenment*

The paper discusses conditions of proper communication between the doctor and the patient focusing on the *Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions* (1711) by Bernard Mandeville. The method of treating hypochondria, based mainly on dialogue, presented in this work allows the doctor to correctly recognize disease and to awaken self-knowledge in the patient. Combining hypochondria with stomach problems, expanding the field of factors influencing the development of this disease proves that Mandeville interprets man holistically in the treatment process, and his preferred method focuses more on psychological rather than physical problems. Philopirio, as a representative of Mandeville's medical views, assumes the role of a medical advisor, whose main task is physical and constant contact with the patient. The Philopirio's method of treatment becomes effective thanks to medical virtues, especially diligence and empathy. Mandeville's work unambiguously proves that in the process of diagnosis and convalescence communication between the doctor and the patient has an important role, and sometimes it is essential in the process of curing the patient.