

Bohdan Wasilewski

## Aktualność holistycznego rozumienia medycyny Marzanny Magdoń, jego zapomniana składowa społeczna

Topicality of holistic comprehension of the medicine by Marzanna Magdoń, his forgotten social component

Zakład Psychosomatyki, Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich,  
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa  
Instytut Psychosomatyczny, Warszawa

Niniejsze wydanie dedykowane jest pamięci docent Marzanny Magdoń - „Marzanny” jak mówili o niej przyjaciele i bliżsi współpracownicy. „Marzanny” – również dlatego, że zawsze miałem poczucie że jest ona Osobą niesioną przez życie przez własne marzenia, wizję którą chciała zarazić innych – szlachetnego posłannictwa zawodu lekarza i głębszego obrazu człowieka, uduchowionego, zwróconego ku innym, bogatego uczuciami.

Własne doświadczenia życiowe, utwierdziły Ją w świadomości ogromnego wpływu psychiki i wiary na funkcjonowanie zdrowotne. Potrafiła ze swojej ciężkiej choroby czerpać siłę dla własnego rozwoju duchowego, podobnie jak czynił to Jej nauczyciel - wielki krakowski medyk - docent Antoni Kępiński. Nauczyła się w konfrontacji z cierpieniem i śmiercią, odnajdować tą część siebie, która je przetrwała i dzielić się nią z innymi ludźmi. o pokrewnych doświadczeniach pisał mentor Marzanny Magdoń - prof. Julian Aleksandrowicz : „ z autopsji poznałem siłę nadziei i destrukcyjną moc rozpacz. Trwam i zalecam trwanie przy nadziei. Nigdy bowiem nie jest wiadomo, w której chwili i skąd przyjąć może ocalenie”. (1) Wieloletni kontakt z nauczycielami miary

Juliana Aleksandrowicza, Antoniego Kępińskiego czy Henryka Gaertnera, nauczył Marzannę wykonywania zawodu lekarza w oparciu o najlepsze tradycje polskiej medycyny, przekazał jej tradycję sztuki leczenia, którą przyjęła jako motto dla powołanego przez siebie czasopisma oraz Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej.

Planowałem pierwotnie, by moje opracowanie ze względu na naukowe łamy czasopisma, które je publikuje, cechowała chłodna analiza i refleksja, jednak będzie mnie w nim trudno oderwać się od wspomnień i emocji, jakie wiążę z Marzanną, od przeżyć pacjentów którym towarzyszyłem jako lekarz, od perspektywy psychoterapeuty u którego szukałem wsparcia liczni koledzy w zawodzie. Dlatego chciałbym, by moje wypowiedzi zawarte w tym artykule były odbierane jako refleksje lekarza praktyka i psychoterapeuty, których zadaniem jest bardziej stymulowanie dyskusji i pogłębienie własnej, indywidualnej oceny, niż autorytatywne stwierdzenia podsumowujące sytuację. Chciałbym rozmawiając o ideałach zawodu, moralności, duchowości nie odrywać się od „realnego życia, realnego świata medycyny”, o co apelowali słuchacze wy-

kładów moich dotyczących etyki medycznej, w tym wspnianych spotkań medyków łódzkich organizowanych przez prof. Bożydara Latkowskiego, w których miałem przyjemność wyklądać (17). Jeśli chcemy by lekarz znalazł w sobie siłę by spełnić oczekiwania swoich pacjentów i własne szczytne ideały, miejmy odwagę pisać otwarcie o przeszkodach, jakie musi pokonać na tej drodze.

Tezy niniejszego artykułu zostały zreferowane w trakcie: 16 Europejskiego Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej, Kraków, 07.12.2006

Powrót do tradycji sztuki leczenia, Marzanna Magdoń traktowała jako alternatywę dla bezdusznej medycyny maszyn, standardów i procedur, ograniczającej jedną z podstawowych składowych leczenia, którą jest mobilizowanie psychiczne chorego do walki z chorobą, budzenie w nim chęci życia i wiary w wyzdrowienie. Nie chodzi tu jedynie o psychosomatyczne oddziaływanie na mechanizmy obronne organizmu, lecz również o pozyskanie pacjenta do współdziałania w leczeniu, przeciwdziałanie zjawisku „non compliance”, którego przejawem jest nie stosowanie się pacjenta do terapeutycznych zaleceń lekarskich. Ocenia się iż 35-40% zaleconych leków nie jest przyjmowane przez pacjentów (9). Wiemy również, że psychika może być zamkniętą bramą dla wielu chorób, w tym nowotworów, lub otwierać im szeroko wrota. w sposób uniwersytecki mówi o tym medycyna psychosomatyczna do której odwoływała się Marzanna, językiem przysłów, powiastek i przypowieści rodzinnych – mówi o tym tradycja ludowa przypisująca woli życia, wierze i poczuciu misji do spełnienia podstawowe znaczenie w zapobieganiu chorobom i utrzymaniu zdrowia. Do tej tradycji odwołuje się językiem poetyki w swoich książkach Marzanna (19,20). w swojej książce: „Współodczuwanie w medycynie „,autorka opisuje towarzyszenie chorobie i odchodzeniu dwunastu pacjentom, i tak jak dwanaście przykazań przekazuje je potomnym. Mówi z pokorą o sobie – „koordynator” - ten kto układa sprawę w świecie nad którym tra-

cimy kontrolę, ten kto przywraca człowieczeństwo w chwilach żegnania się ze światem, ten co przywraca wiarę i nadzieję – po prostu – „koordynator” (19).

W sytuacji gwałtownych przemian kulturowych, poszukiwania przez nowe pokolenie alternatywy dla sposobu życia i poglądów ich rodziców, łatwiej zrozumieć prawidłowości naszego funkcjonowania na przykładach zaczerpniętych z odległej Azji czy Ameryki niż czerpać je z naszej kultury. Taką drogą podążała również Marzanna zafascynowana duchowością kultury wschodu, jej dorobku w zakresie duchowej kontroli nad ciałem i możliwości wykorzystania jej dla celów leczniczych. Jednak kolejną, finalną część swojego życia Marzanna poświęciła na działalność głęboko wrośniętą w naszą kulturę i tradycję, gromadząc wokół siebie wielu interesujących ludzi, reprezentujących szeroki wachlarz zawodów, poglądów, osobowości, których łączyła otwartość na poszukiwanie szerszego rozumienia istoty człowieczeństwa, istoty cierpienia oraz poszukiwania metod całościowego leczenia. Przy ich udziale Marzanna Magdoń tworzyła koncepcję holistycznej medycyny, rozumianej jako tradycja pomagania człowiekowi, jako symbol lepszej strony człowieczeństwa, jako spotkanie cierpiącego z lekarzem - człowiekiem przynoszącym ulgę i wiarę, wiarę nie tylko w wyzdrowienie ale i wiarę w lepszy obraz człowieka. Człowieka mądrego, ale myślącego sercem i kochającego ludzi. Wyrastającego ponad przeciętność ale pochylonego z troską nad chorym. Człowieka będącego odtrutką na ból człowieka powalonego chorobą, często otoczonego żerującymi hienami, strutego zwątpieniem w sprawiedliwość urzędnika świata. Odtrutką jest nawet spojrzenie, gest, banalne słowo, jest promieniująca z całej osoby duchowość. Nie nadprzyrodzona, z niebios, lecz wzięta, lecz z naszej codzienności, przemieszana ze śmiesznościami i małostkami, przywołująca to co pamiętamy ze spojrzenia naszej matki gdy byliśmy chorzy w dzieciństwie, czy obrazu przyjaciela wyciągającego do nas rękę w niebezpieczeństwie. To budzenie pełni

człowieczeństwa tkwiącego w każdym z nas, lecz jak często przydużonego opłotem codziennych, płaskich kompromisów, czerpaniem z naszego sumienia i godności na rzecz doraźnych układów, często zwróconych przeciwko innym, praktykowaniem sztuki dostosowania, solidaryzmem z ludźmi z którymi całym naszym wnętrzem się nie solidaryzujemy.

Dla wielu, brzmi to jak orientalna mantra, pradawne zaklęcia dla odczynienia rzeczywistości tak odległej od opisywanego chciejstwem obrazu. Czasem odslania ona wewnętrzne rozdarcie, w którym piękne ideały, które sprowadziły nas do zawodu przytłumiły jako dziecinne mżonki, nie dostosowane do otaczającego nas życia. Odsunięte jako dokuczliwy ciężar bycia innym, jako skierowane przeciw innym wyzwanie. Odsunięte z lęku, iż odmowa uczestnictwa w matni wzajemnych powiązań i czarnego solidaryzmu spowoduje, iż stajemy się zagrożeniem dla środowiska, w którym żyjemy, iż będziemy traktowani jako niebezpieczny rebeliant, lub co najwyżej tolerowany dziwak. Dlatego „Marzanna” musiała stale walczyć z przeważającym przeciwnikiem, walczyć o akceptację swoich poglądów, swojej osoby, akceptację i przetrwanie instytucji które stworzyła. Podobnie zresztą jak jej wybitny poprzednik - Julian Aleksandrowicz, czy wielki lekarz i humanista – Józef Bogusz (1,4). Profesor Bogusz, stawiany jako wzór innym, lekarz który o swoim posłannictwie mawiał: „nie zajmowałem się medycyną i nie leczyłem ludzi po to, aby żyć, ale żyłem po to by zajmować się medycyną i leczyć ludzi”, swoje doświadczenie przekazał w książce: „Lekarz i jego chorzy”. Dzisiaj, za pośrednictwem portalu internetowego ebay, poszukuje się zainteresowanych jej lekturą, oferując jej sprzedaż za 6 złotych, podczas gdy jej przesyłka kosztuje 9 złotych. Można to skomentować, jeśli zainteresowanie tematem odzwierciedla cena sprzedaży, to dla współczesnych lekarzy, życzliwy, przyjazny stosunek do chorego ma kilkadziesiąt razy mniejsze znaczenie niż

umiejętności techniczne i encyklopedyczna wiedza.

Sądzę, iż warto zastanowić się nad pytaniem, dlaczego tak zdeprecjonowało się humanistyczne rozumienie zawodu lekarza i jego misji społecznej, propagowane przez Marzannę Magdoń i wielu innych światłych medyków. Być może po części dlatego, iż dużo łatwiej budować swoje powodzenie zawodowe w oparciu o opanowanie pojedynczej techniki diagnostycznej bądź terapeutycznej niż w oparciu o opanowanie szerokiego zakresu medycyny ogólnej i utrzymywanie wysokiego standardu moralno-etycznego.

Osamotniony pacjent, straszony przez medyków konsekwencjami choroby i potencjonalnymi powikłaniami dokonywanych zabiegów, poszukuje biegłego w zawodzie technika starając się o pozyskiwanie jego „życzliwości”. Do tego typu strategii praktykowania zawodu lekarza przystaje wyniosłość i arogancja, oschłość i brutalność w sposobie rozmowy z chorym, czarna solidarność w której „wychowuje się pacjenta” by w sytuacji choroby zapomniał o godności, swoich prawach i dorobku życiowym, w lęku, iż bez względu na miejsce szukania pomocy spotka się z tym samym przyjęciem. Lekarz stając się elementem szpitalnego procesu diagnostyczno-leczniczego zbudowanego zgodnie doświadczeniami taśmowej produkcji samochodów w fabryce Forda i upodabnia się do zaprogramowanej maszyny. Charakterystykę „człowieka urzeczowionego”, który przystosował się do otaczających go maszyn omawia w swojej niedawno wydanej książce prof. Halina Romanowska-Łakomy (24). Człowiek taki, jak pisze autorka, charakteryzuje się stopniowym zanikiem zdolności głębszego odczuwania i przeżywania, mało też wie on o współczuciu i współprzeżywaniu, jego zachowanie nie wykazuje objawów współbrzmienia z innymi. Ludzie-rzeczy są wzajemnie do siebie podobni, chwilami jednakowi w swoich reakcjach, określonych zachowaniach, wszyscy posiadają zaburzoną wolę myślenia, działania a nierzadko tracą wolę oraz samoświadomość

mość. Na możliwość stopniowego trwania zdolności współbrzmienia emocjonalnego z pacjentem, oraz zdolności rozumienia jego stanów emocjonalnych przez lekarza wskazują badania Hebanowskiego i wsp. (14), dotyczące empatii, wskazujące na inicjację takiego procesu już w okresie studiów lekarskich i jego kontynuację w dalszej pracy zawodowej.

Tak ukształtowani pracownicy skutecznie napędzają system opieki zdrowotnej, który obecnie jest jednym z głównych pracodawców w państwach wysoko uprzemysłowionych, podstawą dla funkcjonowania przemysłu farmaceutycznego i wielu innych gałęzi produkcji i usług o podstawowym znaczeniu dla gospodarki i rozwoju cywilizacyjnego kultury zachodniej. Dotyczy to również Polski, z jej ostatnim, szerokim otwarciem na kulturę zachodu, w tym w szczególności na filozofię racjonalizacji (50), która zdominowała cywilizację amerykańską.

Symbolem takiego społeczeństwa jest sieć restauracji McDonald'sa, która podbiła świat. Wprowadzono w niej racjonalizację doprowadzoną do absurdu, produkującą robotników-robotów i doprowadzającą do perfekcji system manipulowania nimi. Podporządkowanie wszystkich dziedzin życia filozofii racjonalizacji, poddając je macdonaldyzacji, stwarza z nich narzędzie dla wymuszania popytu na usługi i towary (23,25,50). Dotyczy to również systemu opieki zdrowotnej. System ten staje się generatorem niepoahamowanego wzrostu popytu na produkty i usługi związane z jego funkcjonowaniem, lecz równolegle przeradza społeczeństwo w zbiorowość pacjentów i rencistów. Jego produktem ubocznym jest stworzenie: „zawodu pacjent „ – jako formy funkcjonowania osobistego znaczących grup ludności. Osób tych dotyczy proces biologicznego, psychologicznego i społecznego przystosowania do dominującej formy aktywności życiowej, jaką stają się zachowania związane z leczeniem i profilaktyką zdrowotną. Stopniowo pogłębia się uzależnienie jednostek od podawanych farmaceutyków oraz od systemu jako takie-

go, zwiększa się uzależnienie społeczeństw od kilku ośrodków światowych monopolizujących technologię medyczną. Uzależnienie to nasila postępująca równolegle degradacja środowiska naturalnego z jego zasobami ziół i innych substancji leczniczych, niszczenie dorobku i struktury konkurencyjnej medycyny tradycyjnej oraz dorobku kulturowego w zakresie domowych metod leczenia i zapobiegania chorobom. Wprowadzona w bardzo krótkim okresie z perspektywy rozwoju ewolucyjnego, bardzo intensywna chemizacja środowiska naturalnego, pokarmów oraz równoległe zażywanie wielu silnie działających leków, niszczy naturalne mechanizmy obronne i regulacyjne uzależniając człowieka od stałego podtrzymywania biologicznego poprzez coraz bardziej skomplikowane i kosztowne aparaty i substancje chemiczne. Omawiany proces uzależnienia nie przebiega jedynie na płaszczyźnie biologicznej, zachodzi on głównie w zakresie funkcjonowania psychologicznego i społecznego.

Niniejszy artykuł koncentruje się na omówieniu składowej społecznej tego procesu. Wspomniany powyżej patogeniczny proces przystosowania do funkcjonowania w zawodzie „pacjent” potęgowany jest przez inne, współczesne problemy społeczne związane z naruszeniem tkanki społecznej i rozkładem tradycyjnych systemów oparcia i więzi pokoleniowej, erozję tradycyjnych systemów wartości bez zastąpienia ich przez funkcjonalny nowy system, szybko postępujące rozwarstwienie społeczne, naruszenie drożności awansu społecznego, powszechne naruszanie praworządności, klanowe zawłaszczanie funkcji i instytucji publicznych, powszechność korupcji, poplecznictwa i Nepotyzmu, powszechne stosowane w życiu publicznym i prywatnym, podstępnych i okrutnych metod działania oraz negatywną selekcję społeczną poprzez szybki ubytek drogą emigracji znacznej części najbardziej kreatywnej i aktywnej społecznie części społeczeństwa. Obiektywnie narastające trudności w sprostaniu wysokim wymaganiom, jakie stawia współcze-

sna, nastawiona na bezwzględną konkurencję cywilizacja, popychają ku wyborowi pasywnej kariery zawodowego pacjenta, którego nie dotyczą trawiące pytania dotyczące zmarnowanych szans osobistych i zawodowych. Świat archipelagu instytucji medycznych i jego klienteli tworzy zupełnie inny system wartości, tworzy świat skoncentrowany na przetrwaniu biologicznym i analizowaniu postępującej ruiny zdrowotnej, nieprzerwanej giełdzie elektryzujących wiadomości o cudownych uzdrowieniach i tragicznych zgonach. Świat ten, mimo iż orbituje wokół choroby, cierpienia i śmierci ma też swoje radości i znaczące pluse. w miejsce własnej odpowiedzialności i naruszonych tradycyjnych systemów wsparcia społecznego takich jak rodzina, krąg przyjaciół, klan zawodowy, „wspólnoty religijne, organizacje regionalne i społeczne wprowadzamy „matuszkę państwo”, które ma zapewnić nam byt, leczenie i opiekę oraz przejąć całość naszej odpowiedzialności. Hasło choroba jest też kluczem dla uczynienia naszych relacji rodzinnych i osobistych jednostronnym świadczeniem w naszym kierunku.

Przewlekłe funkcjonowanie w zawodzie „pacjent” jest rodzajem emigracji wewnętrznej z dynamicznego i agresywnego XXI wieku do cofniętego o pół stulecia, świata biernej kołchozowej wegetacji, życia od zasiłku do zasiłku, życia w upodleniu kolejkowego oczekiwania na łaskawą garść dóbr pańskich, jałowego marnotrawienia przemijającego życia na sadystycznym celebrowaniu stopniowego psucia się i umierania naszego organizmu. Miliony osób tworzących ten drugi wymiar naszej rzeczywistości, to nie tylko produkt współczesnej medycyny, która uporała się z problemem ostrych schorzeń kosztem wygenerowania ogromu przewlekłych chorych, lecz głównie mechanizmów psychospołecznych lokalizujących w tym „przetrawniku” ofiary niepowodzeń życiowych, osoby psychicznie ranne i w końcu zwykłych leni i nieudaczników. Zarządzanie tym wątpliwym bogactwem władza chętnie ceduje na lekarzy pokry-

wając niedopłaty finansowe środków na utrzymanie systemu, z ich etosu zawodowego.

Relacjonując propagowany przez Marzannę Magdoń model holistycznej medycyny zwróconej ku psychologicznym i społecznym potrzebom człowieka należy się zastanowić, jak przystają jego szczytne postulaty do rzeczywistości polskiej medycyny. Jakim wyzwaniem sprostać muszą, chcący wdrożyć go medycy?. Czy istnieje jeszcze szansa na podniesienie poprzeczki wymogów intelektualnych i moralnych w polskiej medycynie?

Przed próbą odpowiedzi na te pytania, chciałbym omówić główne bariery stojące na drodze dla wdrożenia sugerowanego przez Marzannę Magdoń modelu, nie czyniąc uników wobec niewygodnych prawd, co wytykają słuchacze deklaratywnym moralizatorom. Lekarz jest integralną częścią systemu społecznego, w którym działa, nie tylko jako realizator określonych zadań zawodowych, lecz również jako jednostka poddana tym samym uwarunkowaniom społecznym i tym samym frustracjom jak wszyscy Polacy. Są one powiększone o potencjał mechanizmów frustracyjnych związany ze specyfiką zawodu, dotyczący współczesnych lekarzy, w większości łączących wąsko materialistyczne rozumienie świata z jednoznacznie cichymi apetytami na boskie pejoratywy ( własności), związane z tajemną wiedzą mocą uzdrawiania, pozwalającą na zmianę przeznaczenia. Do takich przekonań zachęcają oczekiwania pacjentów, mówimy przecież o powołaniu do wykonywania zawodu lekarza w podobny sposób jak o powołaniu do stanu duchownego, ponieważ zawód ten wywodzi się ze stanu kapłańskiego i nadal jest jemu pokrewny, jeśli w pełni wykonywany jest zgodnie z tradycją i sztuką lekarską. Deklarowane przez wielu lekarzy przekonania, zupełnie nie przystają do praktykowanej przez nich, zdominowanej przez technikę i bezduszne standardy medycyny, która przemienia człowieka z istoty duchowej, nadprzyrodzonego tchnienia Boga przez chwilę uwięzionego w materialnym

prochu, w ułomną od pierwszych chwil świadomego istnienia biologiczną maszynę, walczącą z przeważającym przeciwnikiem stale podgryzającym jej żywotne mechanizmy, by ostatecznie uczynić z niej wrak i finale z premedytacją zabić. Powierzchniowo praktykowana wiara jest jak przestrzegał Jan Paweł II, tylko jednym z kolejnych obrządków świata konsumpcji, nie dając oparcia duchowego, które może być przekazane dalej pacjentom. w encyklice *Evangelium Vitae* (13), Ojciec Święty surowo ocenia obraz współczesnej medycyny: „nawet medycyna, która z tytułu swego powołania ma służyć obronie życia ludzkiego i opiece nad nim, w niektórych dziedzinach staje się coraz częściej narzędziem czynów wymierzonych przeciw człowiekowi i tym samym zniekształca swoje oblicze, zaprzecza samej sobie i uwłacza godności tych, którzy ją uprawiają” (13). Zainteresowanych pogłębieniem tego stwierdzenia zachęcam do lektury książki : „Boża terapia. o duszpasterstwie jako posłudze uzdrawiania”, pod redakcją ojca Ryszarda Hajduka, oraz innych materiałów źródłowych (11,12,13).

Delikwent poddany procesowi, w który wciąga go współczesny system medyczny, musi poświęcać znaczną część środków finansowych, czasu i energii życiowej swojego najlepszego życiowego okresu, by w podsycanym lęku, toczyć tą przegraną z założenia wojnę o przeżycie. Lekarz prowadzi go w tej drodze informując o postępach zniszczeń i śmiertelnych zagrożeniach, zaś wręczane przez niego deklaracje szpitalne oraz ulotki zalecanych przez niego leków zmuszają pacjenta do wyboru między złym a gorszym. Chory patrzący na lekarza okularami lęku związanym z zagrożeniem, jakie przynosi choroba, częściej spostrzega go jako symbol cierpienia i choroby niż z jako depozytariusza boskich mocy ozdrowieńczych. Jeśli uzupełnić to ubłoceniem lekarzy przez media, czego jesteśmy obecnie świadkami, ekonomiczną mizериą i pracą ponad siły, mamy obraz potencjału frustracyjnego, z którym są konfrontowani polscy lekarze.

Naruszony został kapitał zasobów duchowych ideowego lekarza, które do tychczas skutecznie kompensowały fakt symbolicznej zapłaty, braku narzędzi do pracy, pracy ponad siły i wielu innych codziennych problemów i dolegliwości. Dzisiaj już dzieci nie chwala się ojcem Judy-mem, uważają go za nieudacznika, zaś rodzina i koledzy sądzą że pewnie nie zna on języka obcego lub boi się konfrontacji sytuacji rynkowej i dlatego pozostał w kraju. Nawet pacjenci mają wątpliwości, że pewnie dlatego doktor „się nie ceni” i nie oczekuje „wziątek” bo wie że oferuje towar marnej jakości i jest niedouczonego medykiem, natomiast jego kolega, który drenuje kieszenie swoich pacjentów w stopniu podobnym specjalistom z Nowego Yorku robi tak, bo ma wiedzę na ich poziomie i jest tego warty. Bezcelność i arogancja takiego „specjalisty” jeszcze podbudowuje takie przekonania.

Niewiele wsparcia uzyskać może doktor w organizacjach lekarskich, z reguły mało przypominających stowarzyszenie Judy-mów i kapłanów świętych zasad stanu lekarskiego. w swoich frustracjach staje się on coraz bardziej samotny, tym bardziej że często oddala się również od niego rodzina, w tym dzieci, którym ojca ukradła prowadzona w dzień i w nocy praktyka lekarska. Skoszarowanie życie szpitalne w koedukacyjnym składzie sprzyja rozładowywaniu stresu i frustracji poprzez okazjonalne kontakty seksualne w ramach personelu a niekiedy, niestety również z pacjentami. Sytuacja ta stanowi zagrożenie dla rodziny i czerpie z jej jakości, nawet w przypadku zręcznego ukrywania faktów pojedynczej zdrady, lub długotrwałych równoległych związków. Nakłada się na nią podwyższone ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji narkotycznych, łatwiej dostępnych z powodu specyfiki zawodu. Następstwem jest wysoki wskaźnik rozwodów rodzin lekarzy i to zarówno w pierwszym jak i kolejnych związkach. Lekarz jest mniej odporny na informację o możliwości zagrożającej mu poważnej choroby niż większość jego pacjentów, ponieważ świetnie

zna jej konsekwencje, ograniczone możliwości lecznicze oraz obraz cierpień i umierania. Dlatego w obliczu choroby wybiera częściej niż jego pacjenci drogę samobójstwa, lub jego ekwiwalenty jak przyspieszone wyniszczenie siebie pracą lub alkoholem.

To, iż lekarz podobnie jak szewc, który chodzi bez butów, ma marne zdrowie w następstwie praktykowania zawodu, jest wiadome od dawna. Rekompensowano to dotychczas szacunkiem, autorytetem oraz różnego mniejszymi i większymi przywilejami oraz relatywnie lepszym uposażeniem. Starano się zapewnić lekarzowi możliwości organizacyjne i finansowe dla zapewnienia stałego uzupełniania wiedzy i niezbędnej regeneracji sił. Współcześnie prawie nic nie pozostało z działań osłonowych, podczas gdy nacisk wymogów oraz obciążenia psychicznego niepomierne wzrósł. Spadek prestiżu zawodowego, opłacalności zawodu oraz praca ponad siły powoduje parcie ku emigracji, wspomagane drenażem ekonomicznym naszego rynku pracy. Zawód lekarza jest jak dowodzą tego statystyki, jednym z zawodów najbardziej zagrażających zdrowiu i nie jest tak z powodu kontaktu z zarazkami, lecz z powodu obciążenia psychicznego i konfrontowania z dylematami, które przerastają zwykłego człowieka. Dowodzi tego bardzo wysoka liczba samobójstw w tej grupie zawodowej, schorzeń pozostających w związku ze stresem oraz bardzo duża ilość przypadków trwałego upośledzenia funkcjonowania psychicznego w postaci zespołu wypalenia. Zespół wypalenia zgodnie z deklaracją europejskich organizacji medycznych oraz Światowej Organizacji Zdrowia podjętą w Berlinie w 2003 r. (2), stanowi jedno podstawowych zagrożeń zdrowotnych związanych z zawodem lekarza. Następstwa zespołu wypalenia są bardzo pokrewne do następstw psychicznych opisywanego przez prof. H. Romanowską-Łakomy (24) procesu urzeczowienia (procesu reifikacji) człowieka przekształconego w element taśmy produkcyjnej współczesnego systemu medycznego.

Gdzie leżą przyczyny tego zjawiska?, jakie dylematy leżą u jego podstaw, jakie zadania przerastają możliwości lekarza ?. Wyczerpująca odpowiedź na te pytania te przerasta ramy niniejszego opracowania i wymaga odrębnego, szerszego omówienia. Dlatego ograniczę się jedynie do próby odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu sylwetka moralna lekarza, jego system wartości i sposób realizowania zawodu wiążą się z możliwością ujawnienia się negatywnych następstw psychologicznych i psychosomatycznych dotyczących jego osoby.

Prześledźmy społeczne uwarunkowania funkcjonowania współczesnego nam lekarza polskiego. Jest to nadal najczęściej niższy urzędnik państwowy, którego zadaniem jest realizacja konstytucyjnych zobowiązań państwa w zakresie zapobiegania chorobom, czynnego kształtowania zdrowia oraz leczenia powstałych chorób. To praktycznie on reprezentuje państwo w śmiertelnie poważnych sytuacjach, w których płatnik po dekadach inwestowania chce zrealizować swoje uprawnienia, które państwo traktuje niepoważnie. To jemu pacjent powierza odpowiedzialność za swoje zdrowie, często krytycznie zagrożone chorobą, mimo iż rzeczywiści decydenci i „ordynatorzy” są gdzie indziej, daleko od pacjenta. Są to instytucje ubezpieczeniowe, takie jak NFZ, autorzy standardów postępowania, producenci leków i aparatury medycznej, autorzy licznych pisanych i niepisanych instrukcji i ich egzekutorzy, tacy jak dyrektorzy szpitali, poradni, ordynatorzy i dopiero na samym końcu – lekarz, który za wszystko odpowiada przed pacjentem i swoim sumieniem. Lekarz, który musi w swoim sumieniu rozważyć decyzję poinformowania pacjenta o pełnych możliwościach leczenia i diagnozy, w tym pominiętych z powodów barier finansowych, organizacyjnych bądź tzw. „braku pleców”, postępując zgodnie z wymogami etyki zawodowej. z drugiej strony, pełna informacja przekazana człowiekowi, który w danym wypadku jest często zupełnie bezsilny, jest zarówno dla niego jak

i funkcjonującego systemu wysoce toksyczna, oraz narusza zasady panujące w wielu placówkach, w których monopol na pełną informację mają przełożeni, zaś praktyka działania opiera się na dawkowaniu informacji. Nadmiernie poinformowany staje się „roszczeniowym pniaczem”, rujnąjącym ekonomię i organizację pracy placówki, opartej na minimalizacji usług standardowych pozwalającej na wygospodarowanie środków dla pacjentów „problemowych”. Arbitralna klasyfikacja do jednej z tych grup jest lukratywnym serwitutem, którą dzieli się uznaniowo „zwierzchność” z ordynującym lekarzem. Milczenie i zaniechanie działania w Ramach tej „współpracy”, może niekiedy być groźniejsze w skutkach niż błąd z niewiedzy i w podobny sposób kładzie się ciężarem na naszym sumieniu dokładając się do frustracji zawodowej. Szczególnie trudne jest towarzyszenie cierpieniu i śmierci pacjenta ze świadomością, iż możliwe było jej zapobieżenie, iż nie zastosowaliśmy istniejących skutecznych metod leczniczych. Niewiele pomaga tu dzielenie poczucie winy między własnym sumieniem a egoizmem bliskich, egoizmem państwa, bądź lekceważeniem zaleceń przez pacjenta.

Szybkiej erozji ulega tradycyjny system wparcia zawodowego, jaki tworzyły wyższe uczelnie medyczne. Działają w nich te same prawidłowości, co w pozostałych częściach medycznego archipelagu, technika triumfuje, od humanizmu są inni koledzy na uniwersytecie, na autorytety moralne nie ma popytu a indywidualizm podgryzany jest w zarodku. Powoduje to, iż patrzące szerzej osoby, jak prof. Andrzej Górski – przewodniczący komisji etycznej przy Ministrze Zdrowia, artykułują pełne niepokoju pytania dotyczące przyszłości polskiej medycyny uniwersyteckiej (10).

Trawiące dylematy moralne opisane powyżej stanowią szczególnie istotny problem dla młodych, idealistycznie nastawionych lekarzy wkraczających w zawód. Teoretycznie, pod opieką doświadczonych, starszych kolegów, opie-

kunów specjalizacji i ordynatorów, mają doskonalic swoją sylwetkę lekarza. Praktycznie, bliższy kontakt osobisty z mistrzem jest najczęściej fikcją, podobnie jak jego odpowiedzialność za kształtowanie postaw moralnych ucznia. z perspektywy wielu młodych lekarzy okres praktyk i specjalizacji wspominany jest jak „odsłuszenie rekruta za cara”, z łamaniem charakterów i pracą za grosze. Niektórzy wynoszą z tego okresu utrwalone na lata rany psychiczne, niektórzy porzucają zawód, inni zaś zgodnie z koszarową filozofią „odbijają sobie” na kolejnych rekrutach.

Skuteczną metodą „uklejaną” podwładnych na swoją modłę, oraz sterowania nimi są sprawdziany zawodowe, w których praktykuje się utopię indywidualnej możliwości przyswojenia całości wiedzy z zakresu medycyny i nauk pomocniczych z nią związanych.

Utopia ta, która przestała funkcjonować już przed stu laty, nadal jest praktykowana w państwowym egzaminie lekarskim otwierającym drogę do wykonywania zawodu, egzaminach specjalizacyjnych, doktorskich i habilitacyjnych. Ostatnio zaś, również w ramach sprawdzianów zarządzanych „według własnego uznania” przez samorząd lekarski, których następstwem może być odsunięcie od zawodu i przekreślenie całości dotychczasowego dorobku zawodowego. Praktyka omawianych sprawdzianów, czyni z nich często nie tyle sprawdzian rzetelnej wiedzy co sprawdzian układów i gratyfikację za lojalność i bezkrytyczne podporządkowanie. Straszak takiego, sterowalnego egzaminu jest skutecznie wykorzystywany jako narzędzie presji i szantażu dla sterowania podległymi lekarzami. Niepisane reguły przebiegu takich egzaminów pozwalają na to, by pytania mogłyby ustalone przed egzaminem ze zdającym zaś egzaminatorzy holowali przez egzamin swoich protegowanych, lub dawali lekcję niepokornym. Koszty moralne i społeczne tego proceduru są znaczne. Próba zaradzenia temu zjawisku jest rozbudowywanie egzaminów testowych i starania o zastąpienie egzaminem testowym sprawdzianu przed eg-

zaminatorami. Zastąpienie w medycynie klinicznej egzaminu specjalizacyjnego testem, eliminując ocenę predyspozycji osobistych i praktycznych umiejętności, jest nieporozumieniem. Sam sprawdzian staje się jedynie formalnością do zaliczenia, ponieważ rzeczywistą „bramką” jest osoba szefa i jego decyzje umożliwiające dopuszczenie do egzaminu, w tym uznaniowe oddelegowania na staże i kursy obligatoryjne. Podbudowuje to feudalne relacje w zespole i otwiera drogę do dalszych patologii.

Istotnym problemem o znaczącym potencjale frustracyjnym jest często dla młodych lekarzy ogromna dysproporcja w zakresie wiadomości teoretycznych, w jakie zostali wyposażeni podczas studiów a poziomem wiedzy ich przełożonych i decydentów. Niewiedza szefów, miewa tryumfujący charakter i ubrana jest w nie znoszący sprzeciwu autorytet. Jak bardzo trawiące moralne wyzwanie stoi przed młodym lekarzem któremu chory powierzył zdrowie, który musi decydować między ratowaniem zdrowia pacjenta lub narażaniem własnej kariery pouczając szefa.

Zgodnie z narodową tradycją sztuki radzenia sobie z niewygodnymi przepisami, ominęliśmy skutecznie europejskie wymogi obligatoryjnego szkolenia doskonałego w medycynie. Sprawozdawczo jest wszystko w porządku, w praktyce jednak nie są stosowane żadne sankcje wymuszające szkolenie, nie stworzono dla niego ram finansowych i organizacyjnych, zaś organizowane szkolenia mogą być „odbębnione”, po wniesieniu stosownej opłaty naciskaniem klawisza w komputerze. Dlatego kwitnie nerwowa giełda wiadomości w poczekalniach dla pacjentów w różnego typu instytucjach medycznych, usiłująca weryfikować praktyczne umiejętności notabli świata medycyny przed testowaniem ich na własnym zdrowiu.

Istotne dylematy moralne tworzy łączenie w postaci lekarza funkcjonowania jako powiernika i adwokata interesów pacjenta, reprezentanta zawodu zaufania publicznego z funkcją urzędnika państwa

racjonującego dobra publiczne o wielkim niedoborze oraz podejmującego w interesie publicznym ważne decyzje, niekiedy kolidujące z interesem pacjenta. Należą do nich: opiniowanie o dopuszczeniu lub odsunięciu od pracy, przejściowe zawieszenie praw obywatelskich poprzez zlecenie dostarczenia do szpitala psychiatrycznego z użyciem siły, czy obowiązek doniesienia władzom o niektórych poufnych informacjach dotyczących pacjenta powziętych w związku z wykonywaniem zawodu. Jeśli uzupełnimy to kultywowaniem mimo zmiany ustroju skutecznej bolszewickiej zasady rządzenia, w której z jednej strony władza toleruje i cicho zachęca lekarzy „by sobie radzili” uzupełniając pobory działaniami kolidującymi z prawem, z drugiej strony niejawnie to monitoruje, od czasu do czasu urządzając „drastyczny pokaz sprawiedliwości społecznej”, zaś na co dzień używa jako skutecznego bodźca dla kierowania jednostkami i lekarzami jako grupą. Dla przypomnienia, bodziec zgodnie z definicją słownika języka polskiego bodziec to okuty drąg dla poganiania bydła. Stadko ma dozorować się samo poprzez karbowych, którzy donoszą pierwsi i mają największy limit na tolerowane „sprawki” i najmniejsze ryzyko kontroli źródeł gromadzonego majątku. Lecz i im nie jest dane spać spokojnie, są okresowo pouczeni przykładami działania karzącej ręki sprawiedliwości by nie zapomnieli, iż żyją jedynie z łaski władzy, która w każdej chwili może ich zniszczyć wraz z całym dobytkiem i instytucjami, które stworzyli. Swoją lojalność codziennie weryfikują sumienną realizacją poza kolejnością dziesiątek zleceń na reglamentowane usługi medyczne, poleceń, które docierają do nich kaskadowo spływając po szczeblach władzy.

Istotnym czynnikiem dyscyplinującym podporządkowanie lekarza w drabinie formalnych i nieformalnych powiązań jest jego olbrzymia, zawodowa, finansowa i karna odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu. Miecz Temidy spada rzadko, lecz bardzo dotkliwie, nadal

częściej godząc w niepokornych niż w przykładnych grzeszników.

Opisane wyżej zależności, generują specyficzne relacje interpersonalne, w pełni czytelne jedynie dla znawców systemu feudalnego oraz psychologii państwa totalitarnego. Oddalaną świadomość małości spraw, w jakie jesteśmy uwikłani, bolesnych ustępstw z godności własnej i spraw, które trawimy w naszym sumieniu, kompensujemy nadymanym balonem własnej wielkości i znaczenia, mirażem panowania nad życiem i śmiercią podległych pacjentów oraz podległego personelu. Elementem systemu jest łamanie osobowości idealistyczne nastawionych młodych medyków dla przystosowania do funkcjonowania w ramach systemu, często kosztem swojego życia osobistego, ideałów a niekiedy również poniżających świadczeń seksualnych.

Świat medycyny jest podobnie zróżnicowany jak otaczający go polski krajobraz, nie brakuje w nim również pięknych, szlachetnych przykładów, jednak jego struktura pozwalająca na funkcjonowanie feudalnych, udzielnych księstw, opisane powyżej zasady rządzenia powodują, iż instytucje medyczne należą do najsilniej generujących patologiczne relacje społeczne. Sytuacja taka ma miejsce nie tylko w Polsce, czego dowodzą badania dotyczące brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej opublikowane w uznanych czasopismach naukowych jak BMJ czy „Lancet” (6,22).

W tym miejscu trudno oderwać się od refleksji dotyczącej poczucia niezręczności, gdy w naszych rozmowach, ocenach, komentarzach używamy takich przymiotników jak: szlachetny, bezinteresowny, uczciwy, mądry, kochający ludzi, poświęcający się dla innych. Brzmi to nam podejrzanie, jak atrapa za którą chowa się nieciekawa prawda, w głębi obawiamy się, że ktoś nas zapyta: a jaki ty jesteś, skoro rozmawiasz z nami z wysokich rejestrów? Bezpieczniej jest ucieczka w paplaninę codziennego dnia, zastępcze rozmowy o moralności polityków. Trudne tematy oddaliśmy razem z osobami, które się

z nimi utożsamiają, postaciami lekarzy dla swojego powołania poświęcili: dobrobyt, poparcie możliwych, honory i często również własne zdrowie. Jeśli czasem opada nas wątpliwość w sens naszego wysiłku, sięgnijmy po wsparcie naszych pacjentów, którzy w nas nie zawąpili, którzy chcą widzieć w każdym z nas lekarza swoich nadziei, mimo iż wiele razy głęboko się rozczarowali. Marzanna należała do lekarzy silnie odczuwających to brzemień oczekiwań, przerastających nasze możliwości i tak kontrastujących z realiami, do których zepchnięto nasz zawód. Ratując desperacko czyjeś życie, dając całą siebie, wspierając wielogodzinymi rozmowami, starała się ratując życie konkretnej, osoby ratować zagrożone człowieczeństwo i misję zawodu lekarza. Jak często wracała do domu wyczerpana, lecz wzmocniona, mimo zdobycia kolejnego bastionu okopów Św. Trójcy w których broniła swoich ideałów i ideałów zawodu. Wierzyła w to głęboko, iż tak jak w jej przypadku, przykład wielkiego nauczyciela dopełniony jej działaniem, będzie kontynuowany przez osoby które licznie ją otaczały.

Ja również dzielę to przekonanie, że stworzone przez Marzannę Magdoń instytucje, do funkcjonowania których, mam przyjemność się przyczyniać, oraz krakowska tradycja intelektualna – ostoja, która przetrwała okupantów – będzie glebą dla kształtowania kolejnych osób formatu Marzanny Magdoń, Juliana Aleksandrowicza, Antoniego Kępińskiego czy Józefa Bogusza, glebą dla kontynuacji pięknej tradycji zawodu lekarza podtrzymywanej mimo niesprzyjających warunków przez tysiące polskich lekarzy.

### **Konkluzje:**

Czy jest więc miejsce w realiach naszej rzeczywistości na realizację marzeń Marzanny Magdoń?. W moim przekonaniu, paradoksalnie do stopnia oporu materii, szanse na ich realizację są dobre.

Po pierwsze, mimo niesprzyjających warunków nadal istnieją w Polsce tysiące lekarzy spełniających swoje powo-

łanie zawodowe zgodnie z najlepszymi wzorcami i wszystko wskazuje, iż będzie tak nadal bez względu na okoliczności zewnętrzne.

Po drugie, jesteśmy w trakcie porodu nowej formacji cywilizacyjno-kulturowej, co akceleroje procesy społeczne, w tym przemiany systemu opieki zdrowotnej.

Po trzecie, na tempo i radykalizm przemian korzystnie oddziałuje fenomen masy krytycznej, sumującej negatywne doświadczenia użytkowników systemu opieki zdrowotnej.

Po czwarte zapotrzebowanie na kontakt z człowiekiem przynoszącym pomoc będzie wzrastać wraz z postępującym odczłowieczeniem homo sapiens i jego instytucji społecznych.

### Streszczenie

Artykuł omawia holistyczne ujęcie medycyny w rozumieniu Marzanny Magdoń, analizując jego genezę i uwarunkowania. Opracowanie koncentruje się na aspekcie społecznym holistycznego rozumienia zdrowia i choroby, rozpatrując szczegółowo społeczny kontekst pracy lekarza. Omawiane są psychospołeczne uwarunkowania działalności zawodowej lekarza i związane z nią dylematy moralne.

**Słowa kluczowe:** Marzanna Magdoń, medycyna holistyczna, dentologia lekarska, filozofia medycyny, etyka medycyny, socjologia medycyny

### Summary

The article discusses holistic expression of medicine in comprehension by Marzanna Magdoń, analyzing his genesis and conditionings. The elaboration concentrates on social aspect of holistic comprehension of health and illness, considering in detail a social context of doctor's work. There are discusses psychosocial conditionings of professional activity of the doctor's occu-

pation and moral dilemmas connected with them.

**Keywords:** Marzanna Magdoń, holistic medicine, medical deontology, philosophy of medicine, ethic of medicine, sociology of medicine

### Bibliografia

1. Aleksandrowicz J.: Nie ma nieuleczalnie chorych. Wydawnictwo Łódzkie, 1982
2. Balint M.: The Doktor, his Patient and the Illness, Pitman Medical, London, 1 wyd. 1964, 2 wyd., 1984
3. Biesaga T.: Elementy etyki lekarskiej. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006
4. Bogusz J.: Lekarz i jego chorzy. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1979
5. Brzeziński T.: Etyka lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002
6. Cusack, S.: Workplace bullying: icebergs in sight, soundings needed. *Lancet*, 2000, 356, 9248, 2118-2122.
7. Gertner H.: Okiem medyka. W: Magdoń M.: Współodczuwanie w medycynie. Universitas, Kraków, 2002.
8. Gibiński K.: Recenzja. W: Magdoń M.: Współodczuwanie w medycynie. Universitas, Kraków, 2002.
9. Geisler L.: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Pharma Verlag, Frankfurt a Main, 1992
10. Górski A.: Wystąpienie na uroczystości nadania prof. Andrzejowi Górskiemu doktoratu honoris causa Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wrocław, 29.04.2005 r.
11. Hajduk R.: Boża terapia. O duszpaństwie jako posłudze uzdrawiania. Homo Dei, Kraków, 2005
12. Jan Paweł II: Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia, Warszawa 1985 r.
13. Jan Paweł II. Enc. Evangelium vitae. Watykan 1995.
14. Hebanowski M., Kliszcz J., Rembowski J.: Empatia – oczekiwana cecha lekarza rodzinnego. *Medycyna po Dyplomie*, 1995, 3-4, 17-20.

15. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa, 2007.
16. Kępiński A. : Jak leczyć i poznawać człowieka?. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 2005
17. Latkowski B.: Zagadnienia etyczne w praktyce lekarza rodzinnego. W: Latkowski B., Lukas W.: Medycyna rodzinna, PZWL, Warszawa, 2004.
18. Luban-Ploza B., Poldinger W., Kroger F., Wasilewski B.: Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa, 1994.
19. Magdoń M. : Współodczuwanie w medycynie. Universitas, Kraków, 2002.
20. Magdoń M. : Oglądanie świata. TEP, Kraków
21. Morawski J., Wasilewski B. : Attitudes of general practitioners towards preventive medicine and early intervention concerning harmful use of alcohol in Poland. W: Human behavior in health and illness. Baltic Sea Conference on Psychosomatic Medicine, Szczecin, May 29-31, 1998, Abstracts, 73.
22. Quine L.: Workplace bullying In NHS community trust: staff questionnaire survey. BMJ, 1999,318,228 – 232.
23. Ritzer G.: Mcdonaldyzacja społeczeństwa. Muza s.a., Warszawa, 1999.
24. Romanowska-Łakomy H.: Fenomenologia ludzkiej świętości. Eneteia, Warszawa, 2003.
25. Takaki R.: Iron Cages: Race and Culture In 19-th Century America. Oxford University Press, New York, 1990.
26. The European Forum of Medical Associations (EFMA) and WHO: Statement on „BURNOUT. ”-. SYNDROME AMONG PHYSICIANS. (stanowisko Europejskich Organizacji Medycznych i WHO w sprawie zagrożenia lekarzy wypaleniem zawodowym). Berlin, Germany , 7-9. February 2003,
27. Wasilewski B.: Etyczno – Deontologiczne aspekty pracy lekarza jako biegłego sądowego. Polski Tyg. Lek., 1983, 37, 17, 545-547.
28. Wasilewski B., Czubalski K., Tylka J, (Red.): Psychosomatyczne aspekty terapii i profilaktyki. Inst. Wyd. F.Z.Z.P.O.Z., Warszawa, 1987.
29. Wasilewski B.: Zaburzenia psychosomatyczne jako miernik zdrowia dzieci i młodzieży. W: J. Rzepka (Red): Rozwój zdrowia i preorientacja zawodowa młodocianych. AWF, Katowice, 1988, 71-76.
30. Wasilewski B.: Medycyna się zmienia. Farmacja Polska, 1998, 54, 21, 963-968.
31. Wasilewski B.: Od redakcji. W: Medycyna Biologiczna, 1998, 2, 48
32. Wasilewski B.: Die psychologischen und gesundheitlichen Folgen der Angst vor einem nuklearen Krieg bei Warschauer Schulern. W: K. Behnke, M.J. Macpherson, F.. Schmidt. ( Red.): Leben unter atomarer Bedrohung – Probleme und Ergrbnisse psychologischer Forschung. Heidelberg, 1989, Asanger Verl.,149 – 162.
33. Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (Red.): Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia, Ignis, Warszawa, 1992
34. Wasilewski B.: Zaburzenia psychiczne i uzależnienia. Zagrożenia zdrowia psychicznego a promocja zdrowia. W: Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (Red.): Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia, Ignis, Warszawa, 1992, 106 – 112.
35. Wasilewski B. Zaburzenia psychiczne i uzależnienia. Zagrożenia zdrowia psychicznego a promocja zdrowia.. W: Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. ( Red.): Promocja zdrowia, Warszawa, 1992, 106-112.
36. Wasilewski B., Karski J., Balicki M.: Tworzenie grup nacisku dla realizacji polityki prozdrowotnej na szczeblu lokalnym i centralnym. W: Polityka w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w okresie przemian lat 90-tych: Konferencja, Konstancin, 16-17 października 1992, 192-200.
37. Wasilewski B.: Uwagi wstępne. W: Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (Red.): Promocja zdrowia, Warszawa, 1992, 129-130.

38. Wasilewski B.: Psychosomatyczne uwarunkowania zdrowego domu. W: J.B. Karski ( Red.): Materiały Krajowej Konferencji Zdrowy Dom, Wydawnictwo Ignis, Warszawa, 1993, 180.
39. Wasilewski B.: Relacje lekarz-pacjent w chorobach psychosomatycznych. Symposium – Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacje lekarz – pacjent. Warszawa, Maj 13 – 14, 1993.
40. Wasilewski B.: Zaburzenia psychosomatyczne jako miernik zdrowia dzieci i młodzieży. W: J. Rzepka (Red): Rozwój zdrowia i preorientacja zawodowa młodocianych. AWF, Katowice, 1988, 71-76.
41. Wasilewski B., Latkowski B.: Przedmowa. W: Schmid F., Latkowski B., Wasilewski B.: Homotoksykologia kliniczna, Aurelia Verlag, Baden-Baden, 1998, 9-11.
42. Wasilewski B., Latkowski B.: Wstęp. W: Schmid F., Latkowski B., Wasilewski B.: Homotoksykologia kliniczna, Aurelia Verlag, Baden-Baden, 1998, 15-20..
43. Wasilewski B.: Medycyna się zmienia. Farmacja Polska, 1998, 54, 21, 963-968.
44. Wasilewski B.: Od redakcji. W: Medycyna Biologiczna, 1998, 2, 48.
45. Wasilewski B.: Psychosomatik in Osteuropa am Beispiel Polens. 50. Arbeitstagung Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin. Berlin, November 11- 13, 1999, Abstracts, 12, 67.
46. Wasilewski B.W.: Challenges and limits of European cooperation on education in psychosomatic medicine. J. Psychosom. Res., 2006, 61, 392.
47. Wasilewski B. : Psychosomatyka jako składowa nauczania przed- i podyplomowego. Materiały Konferencji: Aktualności medycyny psychosomatycznej., Warszawa, 28-29.08.2006, Streszczenia prac, 18.
48. Wasilewski B., Szewczyk L. : Psychosomatyka jako składowa nauczania przed- i podyplomowego. W: Szewczyk L., Kulik A. : Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Proquarat, Lublin, 2006, 9-16.
49. Wasilewski B. : European guidelines – the view of Polish psychosomatic medicine. Psychologische Medizin, 2007, 18, 45.
50. Weber M.: Economy and Society. Totowa; Bedminster Press, New York, 1921/1968

**Adres do korespondencji**

dr hab. n. med. Bohdan Wasilewski, prof. nadzw. IPS

Instytut Psychosomatyczny  
ul. Poleczki 49, 02-822 Warszawa  
e-mail: b.wasilewski@ips.pl