

UZDRAWIANIE A ZBAWIENIE

Na jednym z sympozjów poświęconych „Medycynie i teologii” stwierdzono, że religia stanowi podstawę stałego zdrowia duchowego¹. Stwierdzenie to mogłoby odpowiadać próbie paralelnego ujęcia obu tych pojęć: leczenia i zbawienia. Czyż współczesna medycyna psychosomatyczna nie mówi nam bowiem faktycznie, że uzdrowienie wymaga sił duchowych? Wszyscy zresztą wiedzą, że choroba jest prawie zawsze jakimś odejściem od zasad duchowych, do których zaliczamy m. in. cnoty umiarkowania, pogody ducha i miłości bliźniego.

Zadaniem naszym będzie wyprowadzić tę problematykę z teologizmów, jednostronności, różnorodnych postulatów czy ideologii, i przedstawić ją w jasnym świetle nauki. Może jednak zjawić się tu podejrzenie, że mówiąc o „jasnym świetle nauki” biorę pod uwagę jedynie jej znaczenie fizjologiczne i uznaję tylko „jasne światło” nauk przyrodniczych. Czytelnik winien by zatem mieć się na baczności. W rzeczy samej wypowiada się tu przedstawiciel tego typu dyscyplin, który jednak uświadamia sobie to dobrze, że nauki przyrodnicze mają własne granice, po przekroczeniu których popadają w próżnię. Muszę więc najpierw powiedzieć, co rozumiem pod pojęciem „nauki”. Nasze wywody mają być uzasadnione *metodycznie*. Metodę pojmuję natomiast w greckim tego słowa znaczeniu: jasna powinna być droga, którą dochodzimy do wiedzy. Chodzi więc w gruncie rzeczy o odpowiedź na jedno i to samo pytanie, które można by postawić w odniesieniu do jakiegokolwiek wypowiedzi: skąd wiemy o tym, co głosimy? Pytanie to, postawione teologowi, rozwiązuje przynajmniej jeden problem. Nie może się on powołać na bezpośrednie słowo Boga — „objawienie”, albowiem nie występuje ono w tekstach świętych w „cudzysłowie”. Nie jest ono, jako takie, wyraźnie wyodrębnione i nie odróżnia się wprost od uwarunkowanych czasem i historią opowiadań nie objawiających z pewnością prawdy bytu.

Nie jest moim zadaniem ukazać, w jaki sposób teologia może być nauką. Niniejsze wywody mają być natomiast wierne jednemu: nie mogą odchodzić od zasadniczej treści pytania „skąd” Zrozumiałe jest samo przez się, że nie każde, wypowiedziane tu

¹ Por. Ch. Meves, *Bibelsprache als Gesundheitssprache*, W: *Medizin u. Theologie*, München 1978.

zdanie będzie się opierało na stosowanej tu metodzie. Postępujemy podobnie do polityka: nie mamy zawsze pod ręką naszego prawa podstawowego metodycznej wystarczalności. Stwierdziwszy to jednak wyrazamy nadzieję, że można będzie udowodnić zasadniczą zgodność metodologiczną naszych wypowiedzi, która to zgodność z reguły staje się widoczna dopiero w samym stylu argumentacji.

1. Semantyka

Kto myśli metodologicznie, ten musi zdawać sobie sprawę z semantyki stosowanych pojęć. Co znaczą obecnie dla nas pojęcia uzdrawiania i zbawienia? Brane w j. niemieckim (*Heilen* i *Heil*), pochodzą one wspólnie z indogermańskiego korzenia. *Heil* jako przymiotnik oznacza: cały, nienaruszony, zdrowy, a jako życzenie zgodne ze swą treścią bywa stosowany w formie pozdrowienia. *Heilig* jest odpowiednikiem tego pojęcia na płaszczyźnie posiadania: przedmiot jest cały i bez skreśleń własnością kogoś trzeciego. A tym trzecim jest Bóg: *das Heilige* należy całkowicie do Niego.

Gdy przypisujemy coś Bogu jako Jego własność, to tym samym pojęcie to (i przedmiot) nabiera blasku Bożego. Jakie są zatem określenia Boga? Przeprowadzone przeze mnie przed kilku laty badania, mające na celu wyjaśnienie tego problemu, ukazały właściwą drogę metodologiczną zestawienia i uporządkowania w odpowiednie kategorie używanych przez różnych dogmatyków określeń Boga — *Epitheta ornantia* Boga. Okazało się, że najczęściej określa się Boga w sposób negatywny: Nie jest On tym, czym jesteśmy my, ludzie. Jest On niewidzialny, niepojęty, niepoznawalny. Nie da się więc Go wyjaśnić na podstawie świata doświadczalnego. Jeżeli się Go „doświadcza”, to dzieje się to w zupełnie inny sposób, aniżeli w odniesieniu do rzeczy tego świata.

Druga grupa określeń obejmuje krańcowe ujęcie tego, co ludzkie: wszechmoc, wszechwiedza, najwyższa dobroć. Znajdujemy wreszcie przymioty, które nam się jawią jako nieodzowne w życiu społecznym: społeczne pragnienia ojcostwa, miłości, bezpieczeństwa, prawdy.

Skoro zbawienie (*Heil*) i leczenie (*Heilen*) mają mieć udział w tak pojętej świętości (*das Heilige*), to należałoby wykazać, że zdrowie wynika z tych przymiotów czy właściwości, które mają coś wspólnego z tak pojętą boskością. O ile Bóg jest dla myśli ludzkiej jakby krańcową ekstrapolacją tego, co ludzkie, a więc Absolutem, i jeżeli akcentuje się w Nim niektóre (ale dobre) właściwości ludzkie, to tym samym te Boskie przymioty powinny gwa-

rantować również medyczne zdrowie człowieka na tyle, na ile urzeczywistnia on w sobie w sposób relatywny to, co absolutne.

2. Zbawienie w teologii klasycznej

Rzeczywistość boska jako posunięty aż do krańcowości obraz człowieka — oto ideał ukształtowany, jako wzór dla siebie, przez społeczeństwo. Zasada ta może być jednostronna i nie odnosić się na równi do wszystkich religii. Wydaje mi się jednak rzeczą pewną, że w szczególnej mierze odnosi się ona przynajmniej do chrześcijaństwa. W przekonaniu tym utwierdziły mnie studia teologiczne, jakie kontynuowałem od dziesiątków lat. Chrześcijaństwo jest bowiem w swej całości religią nastawioną antropologicznie, choćby nawet z tego względu, że postawiło w swym centrum Boga-Człowieka — Jezusa Chrystusa. Jest ono przy tym, zgodnie ze świadectwem Biblii i ze swym wydaniem kościelnym, religią nastawioną na wspólnotę i społeczność — w której gromadzą się razem członkowie danej wspólnoty, mając pośród siebie samego Chrystusa (jak to im sam obiecał).

Jest rzeczą znaną, że w religijnych przepisach i nakazach zawierają się także recepty na zdrowie, które nabrały mocy dzięki wiekowemu doświadczeniu. Obrzędy dotyczące odżywiania, koszernie (czyli pozbawione trychin) mięso, posty, wstrzymanie się od alkoholu, obmycia, przepisy dotyczące nieczystości, zasady życia rodzinnego i seksualnego — to tylko przykłady znane wszystkim. Można by zatem uznać nasz temat po prostu za wyczerpany, albowiem ludzkość ujmowała recepty zdrowotne w formie przepisów religijnych i na tej podstawie religia również obecnie ma swoją rolę do spełnienia. Byłoby oczywiście czymś pięknym, gdyby zagadnienia układały się aż tak prosto. Ale tak się nie dzieje.

Główną przyczyną, dla której zagadnienia te ukazują się obecnie jako trudne i rokujące mało nadziei, jest przede wszystkim (choć nie jest to z pewnością główny powód) niechęć człowieka współczesnego do poważnego traktowania Kościoła i jego przepisów. Jeżeli człowiek żyje niejako obok Kościoła i nie ma przy tym jakiegokolwiek świadomości swego zdrowia, trudno jest wówczas podać mu jakieś religijnie umotywowane zasady podtrzymywania tegoż zdrowia. Zasadniczy powód tkwi jednak w samej strukturze kościelnego przepowiadania. Kto przeglądał choć trochę niezwykle obszerne i obejmujące wszystkie dziedziny życia dokumenty Soboru Watykańskiego II czy też późniejszych synodów biskupich, ten odkrył zaledwie nieliczne ustępy, w których mówi się o chorobie lub zdrowiu. Człowiek chory jest przedmiotem *Caritas* Kościoła, sama zaś choroba jawi się w tekstach syno-

dalnych tylko jako wymówka czy usprawiedliwienie niedzielnej nieobecności w kościele. Kościół traktuje w istocie rzeczy zdrowie w sposób tradycyjny, w duchu medycyny klasycznej, która — podobnie zresztą jak sam Kościół — traktowała chorobę jako „przeznaczenie”, które dotyka ludzi zgodnie z jakimiś nieuchwytnymi prawami. Myślenie medycyny, która aż po dzień dzisiejszy nie zajmowała się ostatecznymi przyczynami choroby, a koncentrowała całą swą uwagę na patogennych przejawach jej rozwoju, dochodzi także do głosu w Kościele w formie wyłącznie pomocniczego działania w przypadku choroby. Grzech — jak stwierdza soborowa *Konstytucja o Liturgii* (nr 109) — pociąga za sobą skutki społeczne; nie mówi się tu jednak wcale o chorobie. Kościół i wiara są tu ukazane i ujęte w sposób duchowy, z wyraźnym odcięciem się od współczesnych ideologii. Przekazywane przez Kościół „zbawienie” ma też charakter duchowy — jest zbawieniem duszy. Gdy omawia się na przykład cuda, choćby w bardzo postępowej formie — jak to czyni H. Küng² — to bierze się pod uwagę najbardziej dyskusyjną formę uzdrowienia chorych: czy Chrystus jest „uzdrowicielem”? — pyta Küng i wskazuje na praktykę *Christian Science*, która stoi o wiele bliżej naszego problemu od kościelnego chrześcijaństwa. A przecież także dla *Christian Science*, przy bezpośrednim wyjaśnianiu uzdrowieńczego charakteru orędzia chrześcijańskiego, uzdrawianie jawi się jako nadrzędny znak zbawienia, jako akt psychicznego, a więc duchowego opanowania cielesności, i jest tym samym rozumiane całkowicie w stylu klasycznej nauki o nerwicach. W tych tradycyjnych ramach mieści się także napisana w 1950 r. książeczka Siebenthala „Choroba jako skutek grzechu”³.

W stosunku do takiego zawężonego ujmowania zbawczego orędzia Kościoła można by łatwo przytoczyć poważne zastrzeżenia. Nie będą z pewnością jasne odpowiedzi na pytanie, czy święci byli ludźmi zdrowymi. Przecież wielu spośród nich było chorych i znerwicowanych. Wszędzie tam, gdzie ma się do czynienia z krańcową pobożnością, można dostrzec jakąś „eklezjogenną neurozę”, którą Christa Meves uważa za uzasadnioną obiektywnie diagnozę psychoanalitików.

Można by dodać, że chodzi tu (jak mniema Plack⁴) o neurozę zdecydowanie seksualną, z tym, że byłaby ona jedynie następstwem przesadnego tabu seksualnego epoki mieszczańskiej. Inne bowiem czasy zrodziły nowe neurozy eklezjogenne, a tezy o obo-

² H. Küng, *Existiert Gott?*, München 1978.

³ W. von Siebenthal, *Krankheit als Folge der Sünde*, Hannover 1950.

⁴ A. Plack, *Die Gesellschaft und das Böse*, München 1970.

wiązkowym zdrowiu tego, kto jest po prostu pobożny, nie da się w pełni uzasadnić. Również pobożność jako taka wymaga zdrowej formy i tylko w niej zapewnia „zbawienie”. Jeżeli zatem porusza się zagadnienie „religii i neurozy”⁵, to można także tę eklezjo-genną neurozę z całym spokojem nazwać po imieniu. Byłaby ona następstwem nie przewyżczonego w pełni po dziś dzień zawę-żenia kościelnej świadomości problemu.

A zawężenie to ma typowo współczesną strukturę. Nie znam dokładnie teologii średniowiecznej i dlatego nie będę jej tu cyto-wał. Przybliżył mi ją w jakiejś mierze Schipperges⁶ i dlatego pozwolę sobie na nim się oprzeć. Hildegarda z Bingen jest dla nas wszystkich jakimś symbolem. W jej pismach chodzi o naturę człowieka i jego miejsce w kosmosie (jak to kilka wieków potem ujął Scheler⁷), a wszystko to ujmuje ona w jednym duchu, który pozwala uzasadnić naturę jako taką i jej prawa⁸. Oczywiście Święta nie dochodzi w żadnym miejscu do jakiegoś, możliwego obecnie do przyjęcia, pojęcia choroby. Ówczesny świat zanurzał się w spekulatywnych ideach i brakowało mu tego odniesienia do rzeczywistości, jakie pojawiło się wraz z angielską pragmatyką Bacona, eksperymentalnym nastawieniem Kartezjusza oraz bo-gatą w następstwa praktyką w zakresie fizjologii W. Harveya, by przykładowo wymienić tutaj tylko niektóre nazwiska. Nie można więc z tego powodu winić spekulatywnej teologii antropologicznej św. Hildegardy, nie nastawionej wcale na wyszukiwanie przyczyn choroby. Jednak pytanie, dlaczego ta tak bardzo zakotwiczona w religii kobieta i ksieni uwzględniła tyle szczegółowych danych przyrodniczych, powinno skłaniać nas do odważnej wypowiedzi. Dla ówczesnej teologii człowiek był istotą złożoną z duszy i ciała. Hildegarda pozwala duszom świętych na wyrażenie życzenia po-siadania własnych ciał. „Kiedy jednak ciało i dusza złączą się ze sobą, wówczas Bóg odsłoni swe oblicze”, albowiem — jak twier-dzi — tylko ciało może Boga rozpoznać⁹. „Święte” jest zarazem cielesne. Tego rodzaju teologia nie mogła być już w obiegu w cza-sach, które się ukształtowały na podłożu idealistycznej filozofii greckiej. Dopiero teraz pojawiają się głosy mówiące o „zdrowot-ności świętych”. E. Biser ukazał zbawienie jako wyleczenie na

⁵ Por. *Neurose u. Religion* (red. J. Rudin), Olten-Freiburg 1964.

⁶ H. Schipperges, *Die Entwicklung der „cura“ im Verständnis der the-rapeutischen Dienste, W: Vom Behandeln zum Heilen* (red. Mayer-Scheu — R. Kautzky), Freiburg—Göttingen 1980.

⁷ M. Scheler, *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, München 1947.

⁸ Por. Hildegard v. Bingen, *Der Mensch in der Verantwortung* (wyd. H. Schipperges), Salzburg 1972.

⁹ Hildegarda von Bingen, *Liber Vitae Meritorum*, II, 45.

przykładzie wielu interesujących ujęć z historii filozofii, ale tej filozofii, która płynęła przeciwko nurtowi idealistycznemu i teoretyczno-poznawczemu, krótko mówiąc, jednostronnie duchowo-poznawczemu¹⁰. Boecjusz stanowił, wraz ze swymi „Pociechami filozofii”, wspaniały początek, gdy został zapomniany Arystoteles ze swą „powszechnością”.

Teologia medyczna, która zaczyna się obecnie rozwijać i której jednym z wybitniejszych przedstawicieli jest Dietrich Stollberg¹¹, patrzy na problem w całym jego kontekście. Nie chodzi już w niej o samą tylko chrześcijańską *caritas*, a istota jej zainteresowań nie sprowadza się wyłącznie do leczenia w sensie typowym dla „Jezusa jako cudotwórcy”. Teologia ta żywi raczej nadzieję, że uda się jej przezwyciężyć we współpracy z lekarzem chorobę u samych jej źródeł i dotrzeć poprzez ciało do duszy tak, jak poprzez duszę dociera się do ciała. Teologia ta zaczyna zatem myśleć „psychosomatycznie” w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Wydaje się w rzeczy samej, że — jak stwierdza to kościelny terapeuta, ale nie fachowiec, Bennet¹² — Kościół „odkrywa na nowo swoją moc uzdrowieńczą”. Celebryje się tu i ówdzie „liturgię uzdrowienia”, podczas której dzieją się rzeczy dziwne — nawet w Kościele ewangelickim. Kościół katolicki ma Lourdes, głośnie, sławne, ale i nie wolne od zarzutów miasto uzdrowicielskie, które nie zostało nigdy jako takie zakwestionowane od uznania pierwszego „uzdrowienia cudownego” w 1862 r. Nie kto inny, jak laureat nagrody Nobla, Alexis Carrel, fizjolog tak jak ja, dał o nim świadectwo, mówiąc zarazem o swym osobistym wstrząsie i przeżyciu¹³.

Niemniej jednak uzdrowienia dokonane na drodze wiary, które dostarczają nam dzisiaj, w dobie rozwiniętej psychofizjologii wiele naukowych problemów, nie wyczerpują całej problematyki teologii terapeutycznej, która pojmując stosowaną przez siebie terapię (czyli swą służbę, o jakiej mówi sam termin terapia) nie tylko teologicznie, ale także lekarsko. Jedynie nieliczne pojęcia ujmują *Kat'holón*, powszechność (i obejmowanie sobą wszystkiego) tak pojętej teologii lekarskiej. Z wybitnej literatury w tej dziedzinie

¹⁰ Por. E. Biser, *Das Heil als Heilung*, W: *Heilkraft des Heiligen*, Freiburg etc. 1975.

¹¹ Por. D. Stollberg, *Seelsorge in der Offensive*, Wege zum Menschen 27 (1975) 268.

¹² G. Bennet, *Heilung brauchen wir alle (Wegweisung für den biblischen Diens am Kranken)*, Aschaffenburg 1974.

¹³ Por. A. Carrel, *Das Wunder von Lourdes*, Stuttgart 1951. Gdy chodzi o jedno z nowszych ujęć krytycznych, por. F. L. Schleyer, *Die Heilungen von Lourdes*, Bonn 1949.

jest mi znany jedynie wspaniały artykuł H. Künga „zasadnicze niedowierzanie czy zaufanie” w jego dziele *Existiert Gott?* Stwierdza się tam, że we wczesnym dzieciństwie, zasadniczo w pierwszych trzech latach życia, buduje się zdolność zaufania. W rzeczy samej „psychiczne narodziny” człowieka — jak je nazywa M. Mahler wraz ze współautorami¹⁴ — są wydarzeniem, które dopiero w ostatnich latach stało się jako tako dostrzeżone w swej fizjologii, psychologii i patologii. Niemiecka Liga Dziecka w Rodzinie i Społeczeństwie zajmuje się obecnie tym problemem, na który składają się mocne rodzinno-fizjologiczne oraz religijne komponenty: zaufanie jest postawą zakładającą wiarygodną treść wiary, która nie rozczaruje jednostki. Rodzice są pierwszymi poręczycielami tego prazaufania czy też podstawowego zaufania, samo jednak religijne zaplecze zaufania nie może być przedmiotem przetargu z chwilą opuszczenia przez młodego człowieka domu rodzinnego. Młodzież szukająca zbawienia w praktykach transcendentnej medytacji i przeważnie osiągająca w nich satysfakcję, nie zdobywa jej drogą samej medytacji, chociaż ta ostatnia odgrywa tu niebagatelną rolę. To swoisty urok wspólnoty, obejmujący jednostki jako jedną całość i napawający je pewnością, staje się podstawą ich zaufania tejże wspólnoty, połączonego z przeświadczeniem, że w przypadku duchowej choroby jest ona w stanie przynieść wyzdrowienie. Wiara religijna ma wielorakie znaczenie i nie jest jedynie pomocą mogącą konkurować z praktyką terapeutyczną. Problemu tego nie da się jednak wyjaśnić bez zwrócenia uwagi na współczesną teorię medycyny.

3. Nowa nauka o chorobie

Konieczne jest zatem wkroczenie w tok myśli medycyny społecznej, która w ramach samej medycyny jawi się wciąż jako względnie nowa¹⁵.

Zacznijmy od współczesnej teorii powstawania choroby. Chcąc ująć ją teologicznie, trzeba stwierdzić, że pierwsze praprzyczyny tego nieszczęścia, jakim jest choroba, są nam zasadniczo znane. Można by je uszeregować w dwu kategoriach: jako dziedziczne i uzależnione od otoczenia etiologie. Jest to zwykły, logiczny postulat. Pozostawmy jednak na uboczu choroby dziedziczne, chociaż są one niemniej ważne. Otoczenie jako dostawca przyczyn

¹⁴ Por. *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation* (red. M. S. Mahler — F. Pine — A. Bergman), Frankfurt 1978.

¹⁵ Pełne ujęcie tej problematyki można znaleźć u: H. Schaefer, *Plädoyer für eine neue Medizin*, München 1979.

chorobowych nie pozostawia bowiem zbyt wiele możliwości. Otoczenie fizyczne wraz z katastrofami naturalnymi było czymś istotnym dla zaniknięcia np. dinosaurów i prawdopodobnie wielu innych jeszcze gatunków przy końcu ery kredowej (mógł je zniszczyć, jak się niekiedy przyjmuje, jakiś meteoryt); w odniesieniu jednak do współczesnych katastrof chorobowych otoczenie to odgrywa jedynie względną i ograniczoną rolę. Dostawcą przyczyn chorobowych jest o wiele bardziej otoczenie społeczne i to na ogół poprzez cztery rodzaje czynników, jakimi są: nacisk norm postępowania (obyczajów), technika z właściwym sobie wynaturzaniem środowiska, wywoływanie psychospołecznych i często emocjonalnych reakcji oraz nacisk osobowości. Na skutek tych czterech czynników pojawiają się procesy, które drogą powolnych stopni pośrednich układają się w jakąś „hierarchię sprawców ryzyka”¹⁶ i powodują ostatecznie chorobotwórcze i zabójcze wprost niebezpieczeństwa, którymi zajmowała się już klasyczna medycyna. Brakuje nam jeszcze bardziej szczegółowych spostrzeżeń; znamy bowiem na ogół zaledwie niewielki procent sytuacji ryzykownych. Niemniej jednak znamy samą zasadę. Wiedzieliśmy już od czasu amerykańskich studiów epidemiologicznych w Framingham i Tecumseh, że istnieją wymierzalne czynniki, z którymi idą w parze nasze żywotne oczekiwania. Mogą to być w konkretnym przypadku takie czynniki, jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy nawet palenie tytoniu, które wprowadzają stan zagrożenia. Skąd się jednak one biorą? Nie mogą przecież zjawić się same przez się. Muszą mieć jakieś konkretne podstawy. Te zaś podstawy dadzą się ostatecznie sprowadzić do czterech wymienionych wyżej społecznych rodzajów ryzyka, z którymi staraliśmy się krótko zapoznać.

4. Droga wiodąca do rozległej antropologii medycznej

Teoria ta, która — co zresztą zawsze można było wykazać — sama się potwierdziła, pozwala dokładniej przyjrzeć się kompleksowi zagadnień teologicznych, jakie próbowaliśmy tu naszkicować. Musielibyśmy przy tym odciąć się od krytyki Hansa Künga, według którego metody nauk przyrodniczych służą jedynie do przedstawiania pojęć z zakresu własnej dziedziny, a tym samym mają określone granice. Niewątpliwie teologia posługuje się własnymi metodami, dostosowanymi do jej przedmiotu. Nasz przedmiot, jakim jest choroba, domaga się jednak metod, zgodnie z którymi

¹⁶ Por. tenże, *Die Hierarchie der Risikofaktoren*, w: *Mensch, Medizin, Gesellschaft* 1 /1976/ 141.

tu postępujemy. Jeżeli zatem przy okazji zjawia się przed nami jakieś wymiary teologiczne, nie będzie to żadnym przekroczeniem granic patofizjologii i nozologii, ale będzie to jedynie znakiem świadczącym o tym, że medycyna, podobnie jak teologia, zajmuje się *człowiekiem* i w ramach swych analiz spotyka się z różnymi dziedzinami wiedzy. Uprawiamy zatem swoistą antropologię, która w swej istocie nie jest wcale nowa, albowiem kształtowała się już od dziesięcioleci w ramach antropologicznych wypowiedzi szkoły Wiktora v. Weizsäckera, a opracowana została chyba najobszerniej przez Kütemeyera¹⁷.

Jeszcze raz sięgnijmy do argumentacji etiologicznej. W odniesieniu do wielkich chorób ludzkości możemy przynajmniej po części wykazać, a po części (jak w przypadku raka) jedynie domniemywać, że zwyrodnienie zachowań ludzkich stanowi istotny czynnik rozwoju danej choroby. Geny ludzkie są dostosowane do równowagi przemiany materii, którą każdy rodzaj luksusu obciąża jakąś nadwyżką procesów życiowych. W odniesieniu zatem do cukrzycy czy chorób związanych z nadwyżką cholesterolu we krwi można by uważać (w przypadku cukrzycy stało się to bardzo prawdopodobne), że nie same tylko uwarunkowania genetyczne przy wieloletnich błędach dietetycznych doprowadziły do wywołania źródeł ryzyka. Cieleśna bezczynność pozbawia nas istotnych, fermentacyjnych czynników odnowy organizmu. Wyrażmy to samo w kategoriach moralnych; a wówczas stwierdzimy, że nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu oraz lenistwo są z natury swej patogenne. Jeżeli zatem religie podawały już dawniej normy jedzenia i picia oraz zachęcały nas do odpowiedzialnej w sumieniu pilności, to uprawiały tym samym etiologicznie jasną i naukowo uzasadnioną medycynę prewencyjną.

Najgorszą stroną tego problemu nie jest więc samo tylko luksusowe korzystanie z przyjemności cielesnych. Wynaturzenie obyczajów w naszym współczesnym społeczeństwie odbija się głośnym echem na wielu sprawach dnia codziennego — także na jego stronie medycznej. Wśród przyczyn chorób wymienia się np. coraz częściej stress. Pojęcie to jest bardzo niejasne, zawiera jednak w sobie twardy rdzeń, który można by określić jako przerosł funkcji sympatycznej. A funkcja ta wiąże się ściśle z nastawieniem człowieka na zewnątrz — ku społeczności. Wiąże się — by użyć słów Fromma¹⁸ — raczej z mieć niż być; stoi więc po stronie niepokoju i ryzyka. Znamionuje zasadnicze nastawienie wolityw-

¹⁷ Por. W. Kütemeyer, *Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit*, Göttingen 1963.

¹⁸ Por. E. Fromm, *Haben oder Sein*, Stuttgart 1976.

ne. Jest samym nerwem, który umożliwia jakikolwiek sposób somatycznego wykonywania siły czy terroru. Możemy także powiedzieć, że przedstawia ona coś w rodzaju zasady *anty-miłości* w fenomenologii reakcji emocjonalnej, a mianowicie: wcielenie agresji.

Jest rzeczą zrozumiałą, że wyrosła z chrześcijańskiej, względnie jakiegokolwiek innej religijnej tradycji postawa naszego społeczeństwa cechuje się m. in. tym, że nie bierze zawsze na serio cnót chrześcijańskich. Policzmy, choćby tylko dla uświadomienia sobie skali problemu, cnoty chrześcijańskie uważane przez nas za ważne. Wśród cnót kardynalnych, jakimi są: roztropność, sprawiedliwość, męstwo i umiarkowanie, jedynie ostatnia wiąże się wprost z omawianym tematem. Męstwo nastęrcza nam pewne trudności, albowiem jest (a przynajmniej może być) cnotą sprzyjającą funkcji sympatycznej i przynosi korzyści również natury biologicznej, o ile przejawia się jako spokój w utarczce czy kłótni, jako w pełni opanowane człowieczeństwo połączone z odwagą cywilną. Rozwaga i mądrość jako tzw. cnoty poznawcze są — w naszym ujęciu — przyporządkowane temu, by umożliwić jednostce wkraczanie z minimum afektu w nieuniknione konflikty życiowe. Natomiast wiara, nadzieja i miłość, jako tzw. cnoty teologalne (nadprzyrodzone) jawią się nam na tle teologii medycznej jako składniki życia bezstressowego. Pokora i uległość są wreszcie postawami przeciwstawnymi do patogennej agresji.

Psychopatologia zapewnia nas wreszcie od dawna o tym, że egzystencjalna obawa jest zjawiskiem typowym dla ducha naszych czasów. Patofizjologia jednak, jak sama jej nazwa wskazuje, uczy nas tego, że obawa rodzi w nas poczucie ciasnoty — *angina pectoris*. Poznaliśmy już dosyć dobrze obawę na podstawie badań nad zwierzętami. U australijskich wiewióreczników, tupajów, stanowiących coś w rodzaju półmałpiątek, badacze stwierdzili, że obawa, łatwo dostrzegalna po jeżeniu się włosów ogona, powoduje niekiedy tak wielki stress życiowy, iż zostaje zablokowany przepływ krwi przez nerki i zwierzę zdycha. Nie wiemy natomiast czy podobne przypadki śmierci powodowanej przez nerki zdarzają się u człowieka przeżywającego obawę. Udowodniono już możliwość śmierci psychogennej¹⁹. Strach czy obawa mogą odegrać w tym przypadku niebagatelną rolę. Obawa jednak, o ile chcemy pójść za Heideggerem²⁰, będąc jedną z podstawowych postaw życiowych, jest następstwem „wydziedziczenia”, opuszczenia, a więc tego, co może być przewyciężone wiarą w opiekę Bożą i przed

¹⁹ Por. K. D. Stumpfe, *Der psychogene Tod*, Stuttgart 1973.

²⁰ M. Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen 1979.

czym może nas chronić wszczępienie w społeczeństwo, któremu jesteśmy w stanie zaufać.

Wiara — i tu już możemy iść za Küngiem — jest podstawą tego zasadniczego zaufania, jakie okazuje się niezwykle ważne także w ramach „psychicznych narodzin”. Wiara pomaga nam ostatecznie wszczępić się w daną społeczność drogą procesu społecznego; sama zaś stanie się niemożliwą, o ile zdolność do zasadniczego zaufania nie pojawi się w normalnych „narodzinach psychicznych” człowieka.

O obawie natomiast można by powiedzieć, że nie jest ona z pewnością — jak to wyraźnie przyjmuje Heidegger — obciążeniem dla duchowej egzystencji człowieka. Fizjolog nie musi z konieczności iść za argumentacją Heideggera. Jest ona bowiem na zbyt abstrakcyjna i spekulatywna, by mogła wywrzeć na nim jakieś szczególne wrażenie. Może ona jednak być, w sensie „Psychologii światopoglądów” Jaspersa²¹, jakimś przejawem duchowej postawy Heideggera, która wyraża w pewnej mierze wewnętrzne nastawienie wielu współczesnych mu ludzi. Skłonność do lęku jest typowym dla wielu przejawem nastawienia. Prawdopodobnie będzie ona wywoływała tym mniej faktycznej obawy, im bardziej dana jednostka poczuje się wszczępią w ramy określonej wspólnoty. W związku z tym trzeba stwierdzić — o czym jeszcze powiemy — że wspólnocie przysługuje, w ramach jej opiekuńczego nastawienia, istotna funkcja ochronna. Niezwykle znaczenie obawy w naszych czasach, jako źródła chorób, byłoby zatem wyrazem załamania się poczucia bezpieczeństwa, które należy ostatecznie pojmować w sensie religijnym. Nie jest też rzeczą wykluczoną, że w tej epidemii lęku tkwi istotna przyczyna niesłychanego wzrostu liczby zawałów serca²².

W odniesieniu do nadziei można by ukazać tak wiele jej związków z medycyną, że przekraczałyby to ramy niniejszych rozważań. Jeden z wybitnych lekarzy, nie obciążony z pewnością myśleniem teologicznym, starał się na czysto świecki sposób obudzić w umierających nadzieję na uzdrowienie, osiągając tą drogą skutki graniczące niemal z cudem²³. O ile wiara aktywizuje po swojemu *placebo*, to nadzieja mobilizuje „odwagę życiową”. A to oznacza wzmocnienie neutralnych i hormonalnych składników, których brak utożsamia się z chorobą i śmiercią. Natomiast mi-

²¹ Por. K. Jaspers, *Psychologie der Weltanschauungen*, Berlin—Göttingen—Heidelberg 1954.

²² Por. H. Schaefer — M. Blohmke, *Herzkrank durch psychosozialen Stress*, Heidelberg 1977.

²³ Por. H. Rehder, *Wunderheilungen (Ein Experiment)*, Stuttgart 1955, s. 577.

łość — o czym wiedział już lekarz Paracelsus — leczy wszystko, przewycięża wszystko i pomaga do tego, by całe ludzkie nastawienie było skierowane na poprawną medycznie drogę.

Gdy zwracamy uwagę na to, co szkodzi zdrowiu, zauważamy na pierwszym planie to wszystko, co stało się społecznym zwyczajem. Mówi nam o tym, już na pierwszy rzut oka, zjawisko palenia papierosów. Odejście od cnót chrześcijańskich jest zatem grzechem, ale będzie to przeważnie grzech społeczny, podobnie jak zbawienie, wynikające z praktykowania cnót, jest zbawieniem społecznym. Ortodoksyjna teologia zresztą głosi, że Bóg zbliża się do nas we wspólnocie, a jednostka nie jest w stanie zdobyć się na religijność bez pomocy ze strony wspólnoty. Wychowanie, tradycja, zgoda powszechna — są filarami religijności.

Leczenie i uzdrawianie jest zawsze procesem indywidualnym, albowiem realizuje się ono zawsze w konkretnym człowieku. Choroba stanowi także problem jednostkowy. Nie da się w sposób jednoznaczny określić jakiegoś społeczeństwa mianem „chorego”, jak chciał to bezskutecznie uczynić Küttemeyer²⁴. To jednostka winna jako taka wcielać w swe życie pojęcie zbawienia, wynikające ze „świętości”. Jeżeli tego nie czyni, popełnia grzech, który wraz z chorobą jest następstwem takiego jej nastawienia. Powinna ona jednak drogą norm wspólnotowych być doprowadzona do tak pojętej świętości. Jak rozwiązać tę sprzeczność? Trzeba by powiedzieć, że im szerzej, luźniej kieruje się sobą dana społeczność, i im bardziej — w sposób pluralistyczny — usprawiedliwia swobodę swoich zachowań, tym mniejsze są szanse zdrowia dla jednostek żyjących w takiej społeczności. W społeczności tej choroba poszczególnych jednostek jest już jakby z góry zaprogramowana.

Ujmijmy całościowo, a zarazem postarajmy się uzupełnić to, co stało się dla nas jasne jako medyczna problematyka teologii.

Postępowanie zgodne z wymaganiami zdrowotności utożsamia się zawsze z nieświadomym nawet praktykowaniem cnót chrześcijańskich: umiarkowania, miłości, pokory, wyrzeczenia, pracowitości. Wszystkie te cnoty są wyrazem postawy zmniejszającej ryzykotwórcze czynniki i stressy społeczne. Istnieją postawy *anti-sympathicoton* (by użyć terminologii fizjologicznej), paraliżujące wydzielanie sympatyczne. Chcąc je jednak osiągnąć, jednostka potrzebuje bezpieczeństwa, które przewycięży jej niepokój. Ryzyko niepewności, „*insecuritas humana*” — jak ją nazywa P. Wust — dostrzegalna w płaczu noworodka, w trwożnym wyciu

²⁴ Chodzi zwłaszcza o jego książkę: *Die Krankheit Europas*, Berlin—Frankfurt 1951.

odłączonego od matki zwierzęcia, może być w odniesieniu do człowieka dorosłego przewyciężone tylko poprzez pewność wspólnoty. To wspólnota jest źródłem naszej siły, o ile sama jako taka rozwinie w sobie duchowe zasady miłości bliźniego. W gruncie rzeczy człowiek jest arystotelesowskim *Zoon politikon*.

Wspólnota i Kościół jako wspólnota urzeczywistniają zatem dwie rzeczy: normują postępowanie w ten sposób, że chroni ono przed chorobą, oraz tworzą środowisko umożliwiające życie bez duchowego ryzyka. Kościół jest równocześnie instytucją normatywną, porządkującą działanie oraz instancją duchową, zaspokajającą potrzeby duchowe. W obu tych wymiarach jest on równocześnie medycyną i teologią, troską społeczną i etosem, lekarstwem i zbawieniem. Zbawienia duszy nie da się odłączyć od zdrowia ciała.

5. Wzajemność i obopólność zbawienia

Nasze rozważania szły dotychczas w tym kierunku, który by suponował, że jednostka wyłącznie dla siebie troszczy się o zbawienie i go oczekuje w sposób czysto indywidualny. W rzeczy samej egoizm człowieka sprawia, że oczekuje on zbawienia zawsze tylko dla siebie. Jak mało wspaniałomyślne jest to oczekiwanie i związane z nim postępowanie, ukazuje nam w Nowym Testamencie przykład faryzeusza.

Tymczasem medycyna współczesna, nastawiona na epidemie i inne choroby społeczne, wykazuje, że człowiek w swym postępowaniu zdrowotnym znajduje się zawsze pomiędzy dwoma wymiarami: musi kontrolować siebie i swoje postępowanie pod kątem widzenia zdrowia osobistego. Jednak nauka o stressie i fenomenologia zachorowań stressowych ukazuje, że w szerokiej mierze człowiek staje się także czynnikiem zagrożenia dla innych ludzi. Rahe podał skalę doświadczeń życiowych powodujących ryzyko²⁵, a z epidemiologicznego punktu widzenia jest ona znacznie szersza od faktycznej, omawianej w wielu opracowaniach światowych. Spojrzenie na tę skalę *recent life experiences* ukazuje, że relacje zachodzące między jednostkami są niejednokrotnie czynnikiem patogennym. Dokładnie jedna trzecia przypadków uznanych za „ryzykowne” wynika z relacji zachodzących wprost pomiędzy „bliskimi”, czyli ludźmi, z którymi dana jednostka pozostaje w bezpośrednim kontakcie. Niejedno takie odniesienie jest patogeniczne, przy czym niekoniecznie musi zaistnieć wyraźna „wi-

²⁵ Por. R. H. Rahe, *Life change measurements as a predictor of illness*, w: Proc. Roy. Soc. Med. 61 (1968) 1124.

na" połączona np. ze śmiercią partnera. Silne działanie patogenne wywołuje konflikt i tu wypada przypomnieć — także w odniesieniu do „towarzystwa” ludzi — przypadek australijskiej tupaji.

Sytuacja ta, która dzięki osiągnięciom epidemiologicznym staje się „znośna”, o drogą badań psychosomatycznych została lepiej rozpoznana, przynosi zatem nowy jeszcze aspekt w kwestii leczenia i zbawienia. Nie jest to aspekt nowy w swej istocie. Troska o bytowanie ziemskie była zawsze jednym z istotnych problemów ludzkiej egzystencji, że zacytujemy tu ponownie Heideggera, którego podstawowe stwierdzenie brzmi: „Troska stanowi pierwotną całość strukturalną egzystencjalno-apriorycznego «przed» każdym... faktycznym «zachowaniem się bytu»” Troska ta była, zwłaszcza jako klasyczno-teologiczna *cura*, zawsze istotnym elementem chrześcijańskiej postawy, i to właśnie jako troska o cielesne dobro kogoś innego oraz o samo jego istnienie. Ukazał nam to ponownie Schipperges²⁶. Medycyna lecznicza zachowała po dzień dzisiejszy właściwe sobie nastawienie wynikające z tak pojętej troski. Jednak troska, *cura* oznacza coś więcej, aniżeli samo tylko zewnętrzne i czysto formalne opiekowanie się człowiekiem chorym, a więc jako to charytatywne nastawienie, nie uświadamiane sobie w pełni, o jakim mówi obiegowa teologia i polityka kościelna. *Cura* zakłada swoiste zaangażowanie i rozszerza się, poprzez psychosomatykę społeczną medycyny współczesnej, na zasady postępowania przenikające dogłębnie życie codzienne. Stajemy się, w tym ujęciu, stróżami zdrowia swoich bliskich, jako że wszyscy sprawujemy kontrolę nad pochodzącymi od nas samych emocjonalnymi niebezpieczeństwami i zagrożeniami dla innych ludzi.

Jest to zatem trzeci wymiar zbawienia, wynikający z leczenia, wymiar, który był od samego początku niejako programowo zakotwiczony w chrześcijańskiej zasadzie miłości bliźniego, która nie została jednak skonkretyzowana aż tak szczegółowo w odniesieniu do otoczenia ludzkiego. Tymczasem nie chodzi tu już o czysto abstrakcyjną „miłość”, jaka wysuwa się na plan pierwszy w obiegowym słownictwie, i to tak dalece, że trudno jest skonkretyzować jej wymagania²⁷. Miłość ta domaga się od każdego, ażeby oceniał on swoje postępowanie pod kątem widzenia ewentualnego ryzyka, jakie może ono spowodować u kogoś innego, kiedy to człowiek stara się przesadnie o nienaruszenie poczucia własnej wartości, unika jakiegokolwiek sytuacji stressowej w swym dzia-

²⁶ Por. H. Schipperges, art. cyt.

²⁷ Por. K. M. Michel, *Kasuistik — die Tugend der Sünde* (Kursbuch 60) 1980.

laniu, obawia się panicznie szkód egzystencjalnych itd. Można by tu podać cały katalog spraw przekraczających tak dalece pojęcie humanizacji życia i pracy, jak dalece chrześcijańska miłość bliźniego przekracza komunistyczną zasadę równego podziału dóbr ziemskich. Szkoda więc tylko, że Kościół nie traktuje poważnie tych „przekroczeń” w naszym życiu codziennym.

6. Lecznicze implikacje wiary

Ostatnia myśl, jaką pragnę tu poruszyć i która nie wyczerpuje z pewnością całej problematyki, została już wzmiankowana w związku z Küngiem. Chodzi mianowicie o to, że sama zdolność wierzenia i miłowania oraz moralnego postępowania zakłada normalne „narodziny psychiczne”. Przestępca, a zwłaszcza młody kryminalista wymyka się z rąk człowieka — jak to Rousseau ukazał wymownie w „Emilu”²⁸. Sama egzystencja religii i Kościoła zakłada pewne antropologiczne uwarunkowania, które muszą być spełnione we wspólnocie. Psychopatologia dostarcza w tym względzie wymownych przykładów. Kościół, religia, wspólnota warunkują się wzajemnie i przenikają się wielorako swymi poczynaniami. Stanowi to podstawę, a zarazem wyjaśnienie aktualnych trudności Kościołów. W narastających i utrwalających się stopniowo procesach sprzężenia zwrotnego rozwinęło się coś w rodzaju ogólnego, wspólnotowego nieszczęścia (*anty-zbawienia*), które przejawia się i owocuje wieloraką przestępczością, terrorem, chorobami ducha i ciała. Nie odgrywa przy tym żadnej roli forma, jaką przyjmie Kościół i teologia stabilizująca wspólnotę. Osobiście odnoszę wrażenie, że właściwie pojęte chrześcijaństwo ma szczególnie wielką szansę funkcyjną dzięki swemu antropologicznemu nastawieniu (Bóg — Człowiek: Chrystus).

* * *

Starajmy się dojść do ogólnego podsumowania. Teologia oraz świecki świat przeżywają, jak widzimy, wielorakie przeobrażenia, które mają wyraźny oddźwięk medyczny, a nie tylko teologiczny. Wiara pomaga nam podtrzymywać zdrowie i zdobywać właściwą konstytucję emocjonalną. Myślenie, odczuwanie i działanie tylko wtedy tworzą korzystną dla zdrowia jedność, gdy modeluje je wszystkie razem jedna „nadbudowa” — by się posłużyć terminologią marksistowską. Jest przy tym rzeczą istotną, aby ta jedność

²⁸ Por. H. Schaefer, *Kind, Familie, Gesellschaft*, W: *Sitzungsber, Heidelberger Akad. Wiss. Math.-naturw. Kl.* 1977, 1 Abh.

medycyny i teologii nie ograniczyła się do normowania postępowania wbrew niemu samemu. Człowieka trzeba bowiem także pojmować jako wroga drugiego człowieka w ramach teologiczno-medycznych. Zbawienie ciała, duszy i wspólnoty wymaga odpowiedniej teorii medyczno-teologicznej o znaczeniu socjo-psychosomatycznym. Jedynie dusza rozwinięta normalnie w swej psychice jest w stanie opowiedzieć się za wspólnotą, a wraz z nią za Kościołem i religią.

Medycyna ma zatem również kompetencje teologiczno-wspólnotowe, podobnie jak teologia — zgodnie z ustaleniami Stollberga²⁹ — ma kompetencję współdziałania w każdym wymiarze przynależącym do życia z tym, że musi być także przez nie „doświadczana”: medycyna ma kompetencje ze względu na swe powiązania z wiarą ją przekraczającą.

Kiedy jednak myślimy i działamy jako lekarze, wówczas doświadczamy dzięki Nowej Medycynie tego, że zbawienie i zdrowie (troska o zdrowie) są ze sobą nierozdzielnie zespolone, niezależnie od faktu, iż wymiary zbawienia i leczenia wydawały się przez tak długie lata jako obce i nie zachodzące na pozór na siebie. Ich zespolenie zostało nam jednak przekazane przez Chrystusa w Jego teologii. Powinniśmy więc zdobyć się na odwagę przemyślenia do końca swojej wiary.

tłum. ks. Lucjan Balter SAC

²⁹ Por. D. Stollberg, art. cyt.