# Prawda, paternalizm i cierpienie w laboratorium nowoczesności

**AUTOR**

Fundacja Dobre Państwo

**STRESZCZENIE / ABSTRACT**

Tekst stanowi głęboką analizę bioetyczną współczesnej medycyny, postrzeganej jako 'laboratorium nowoczesności'. Autor bada napięcie między tradycyjną prawdą biologiczną a nowym zjawiskiem paternalizmu algorytmicznego, wynikającym z wdrażania systemów sztucznej inteligencji. Odwołując się do filozofii Theodore'a Dalrymple'a, artykuł ukazuje nocny oddział ratunkowy jako miejsce, w którym objawia się kryzys odpowiedzialności jednostki i medykalizacja cierpienia. Analiza obejmuje transformację cyfrową procesów decyzyjnych oraz zderzenie różnych modeli kulturowych – od zachodniej autonomii, przez europejski miękki paternalizm, aż po arabski familizm. Czytelnik otrzymuje wgląd w to, jak medycyna predykcyjna i rynki farmaceutyczne wpływają na samowiedzę pacjenta, prowadząc do zjawisk takich jak melancholia przedkliniczna. To istotny głos w dyskusji o granicach technologii i zachowaniu godności człowieka w zbiurokratyzowanym systemie ochrony zdrowia.

This text provides a profound bioethical analysis of contemporary medicine, perceived as a 'laboratory of modernity.' The author explores the tension between traditional biological truth and the new phenomenon of algorithmic paternalism resulting from the implementation of artificial intelligence systems. Drawing on the philosophy of Theodore Dalrymple, the article portrays the nighttime emergency department as a place where a crisis of individual responsibility and the medicalization of suffering manifest themselves. The analysis encompasses the digital transformation of decision-making processes and the clash of different cultural models—from Western autonomy, through European soft paternalism, to Arab familism. The reader is provided with insights into how predictive medicine and pharmaceutical markets influence patient self-knowledge, leading to phenomena such as preclinical melancholia. This is an important contribution to the discussion about the limits of technology and the preservation of human dignity in a bureaucratic healthcare system.

W artykule analizowany jest konflikt między dążeniem do bezwzględnej prawdy w medycynie a paternalistycznym podejściem, w którym lekarz dawkuje informacje, chroniąc pacjenta przed trudną rzeczywistością. Rozważania koncentrują się na eseistyce Theodore'a Dalrymple'a, który dekonstruuje nowoczesny paradygmat absolutyzujący autonomię jednostki, a jednocześnie w praktyce powracający do miękkiego despotyzmu. Analiza obejmuje wpływ kultury, norm społecznych i religijnych na kształtowanie postaw wobec prawdy i odpowiedzialności w kontekście zdrowia i choroby. Szczególny nacisk położony jest na rolę sztucznej inteligencji, która wkraczając do medycyny, generuje nową formę paternalizmu algorytmicznego, przesuwając władzę z przestrzeni dialogu w obszar technicznej kontroli. Artykuł stawia pytania o przyszłość medycyny w erze cyfrowej, w której fundamentalny spór może dotyczyć tego, kto będzie miał przywilej ustalania, która prawda jest istotna.

**SŁOWA KLUCZOWE**

Prawda biologiczna | paternalizm algorytmiczny | Theodore Dalrymple | autonomia pacjenta | laboratorium nowoczesności | medycyna predykcyjna | cierpienie strukturalne | bioetyka | samowiedza | melancholia przedkliniczna | systemy wspomagania decyzji | familizm decyzyjny | rynki farmaceutyczne | odpowiedzialność jednostki | medykalizacja cierpienia

# SOR: soczewka antropologiczna nowoczesności

Nocny oddział ratunkowy jest swoistym laboratorium nowoczesnej prawdy. Kto po północy przemierza korytarze współczesnego szpitala, a zwłaszcza tej newralgicznej strefy, gdzie medycyna spotyka się z policyjnym raportem, trafia na całą dialektykę prawdy, paternalizmu i cierpienia. To właśnie tutaj, w godzinach między północą a piątą rano, gdy większość przypadków jest skutkiem pijaństwa i innych form dobrowolnego samozniewolenia, medycyna staje się zwierciadłem antropologii współczesnego człowieka. Człowieka, który jednocześnie domaga się pełnej prawdy i błaga, by jej nie usłyszeć, co z chirurgiczną ironią od lat rekonstruuje w swoich esejach Theodore Dalrymple.

Ta przestrzeń jest w istocie sceną, na której ścierają się cztery figury nowoczesności. Pierwszą jest lekarz, który w publicznej wyobraźni wciąż uchodzi za ostatniego świeckiego kapłana prawdy biologicznej, choć sam jest boleśnie świadomy, że każda jego decyzja obarczona jest ryzykiem błędu. Drugą jest pacjent, nosiciel cierpienia, ale także podmiot, który w różnym stopniu współtworzył swój los, a którego

samoświadomość często polega na desperackim unikaniu własnego udziału w tragedii. Trzecią jest szarlatan i jego liczne cyfrowe mutacje, sprzedający w sieci obietnice tym skuteczniejsze, im bardziej odrywają chorobę od odpowiedzialności. Czwartą zaś, milczącą, lecz wszechobecną, jest sztuczna inteligencja, która wkracza do medycyny pod postacią algorytmów, obiecując prawdę obiektywną, lecz generując nową postać kontroli – paternalizm algorytmiczny.

Ten nocny teatr można opisać językiem reportażu, rejestrując ciała, zapachy i głosy, ale można też potraktować go jako uprzywilejowane miejsce analizy dyskursu społecznego. To tutaj bezsporny na co dzień horyzont przekonań o zdrowiu, szczęściu i odpowiedzialności ulega gwałtownemu pęknięciu. Pacjent, który w świecie codziennym ufał reklamom, modnym dietom i obietnicom natychmiastowej ulgi, trafia w przestrzeń, gdzie prawda biologiczna jego organizmu staje się nagle niepodważalna. A jednak wciąż pozostaje negocjowalna na poziomie interpretacji, rokowania i poszukiwania sensu.

W tej sytuacji roszczenia do prawdy o faktach, czyli pytanie o faktyczny stan ciała, zderzają się z roszczeniami do słuszności moralnej, a więc z pytaniem o to, co lekarz powinien powiedzieć i uczynić. Dochodzi do tego jeszcze kwestia autentyczności: czy pacjent mówi prawdę o sobie, ale też czy lekarz jest prawdziwy w swojej roli. Właśnie w tym splocie Dalrymple umieszcza swoje najostrzejsze obserwacje dotyczące melancholii, uzależnień i zawodu lekarza. Odsłania przy tym fundamentalną niespójność nowoczesnego paradygmatu, który z jednej strony absolutyzuje autonomię jednostki, z drugiej zaś w praktyce wraca do form miękkiego despotyzmu, opartego na przekonaniu, że ludzie, jak pisał T. S. Eliot, nie są w stanie znieść zbyt wiele rzeczywistości.

## Kwartet medyczny: starcie postaw i interesów

Gdyby odrzeć Dalrymple’a z wygodnej etykiety konserwatywnego moralisty, jego eseje odsłoniłyby swoje prawdziwe oblicze: stałyby się kliniczną fenomenologią schyłku nowoczesności. Interesuje go nie abstrakcyjna teoria, lecz konkretna scena uchwycona z chirurgiczną precyzją. Oto alkoholik po raz kolejny ląduje na SOR-ze, pacjent z depresją otrzymuje pakiet farmaceutyków zamiast rozmowy, a lekarz waży słowa, wiedząc, że prawda o beznadziejnym rokowaniu może zadziałać jak trucizna. Te miniaturowe dramaty zmuszają nas jednak do czegoś więcej niż oceny jednostek. Wymagają zdiagnozowania ukrytych reguł, które kształtują paradygmaty prawdy, odpowiedzialności i postępu w społeczeństwach arabskich, amerykańskich czy europejskich. W ten skomplikowany pejzaż wkracza sztuczna inteligencja, która wbrew marketingowym sloganom nie jest neutralnym narzędziem, lecz kolejnym potężnym graczem w walce o władzę nad normami i symbolami.

## Humanitarne kłamstwo vs. okrutna szczerość

Centralnym napięciem, które esej ten wydobywa z chirurgiczną precyzją, jest konflikt między ideałem prawdy jako bezwzględnego odsłonięcia faktów a paternalizmem, w którym lekarz niczym troskliwy cenzor dawkuje informacje, kierując się domniemaną kruchością pacjenta. Historia matki autora, której oszczędzono brutalnej diagnozy, a która wbrew rokowaniom przeżyła kolejne dwadzieścia lat, funkcjonuje tu jak eksperyment myślowy wcielony w biografię. Chirurg, który zalecił rodzinie humanitarne kłamstwo, zostaje oceniony jako ten, kto postąpił słusznie, choć formalnie dokonał transgresji wobec normy prawdomówności. Jego gest był aktem miłosierdzia, nie zdrady.

W podobnym duchu utrzymany jest przytaczany przez Sisselę Bok przypadek matki, która psychosomatycznie sabotuje własną decyzję o oddaniu nerki córce. Lekarze świadomie wprowadzają ją w błąd, informując, że nie jest odpowiednim dawcą, by oszczędzić jej konfrontacji z podświadomym oporem, która mogłaby trwale uszkodzić jej psychikę. Paternalizm staje się tu formą ochrony jednostki przed nią samą, gestem zawieszenia jej formalnego prawa do autonomii w imię głębszego dobra. Bok przyznaje, że takie działanie nie jest złem absolutnym, co sugeruje istnienie normy etycznej nadrzędnej wobec autonomii pacjenta, najczęściej definiowanej jako obowiązek minimalizacji cierpienia.

Gdy jednak przenieść tę intuicję na grunt współczesnej bioetyki, widać wyraźnie, że klasyczny paternalizm lekarski przechodzi do lamusa. Model znany z epoki Milla, w którym lekarz królowej Wiktorii mógł bez wahania zataić diagnozę przed filozofem, dziś jest radykalnie kwestionowany. Dominujący paradygmat, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, zbudowano na niemal dogmatycznym prymacie autonomii. Pacjent ma prawo wiedzieć, prawo decydować i wreszcie prawo ponieść konsekwencje swoich wyborów. Lekarz, który ośmieliłby się zataić prawdę, ryzykuje dziś nie tylko oskarżenie o paternalistyczny autorytaryzm, ale w porządku prawnym także dotkliwą odpowiedzialność odszkodowawczą.

## Kultura definiuje granice paternalizmu

Model europejski prezentuje znacznie bardziej ambiwalentny obraz. Z jednej strony idea autonomii pacjenta, zaimportowana i zaimplementowana z zapałem, zaowocowała rozbudowanymi systemami świadomej zgody i wpisaniem praw pacjenta do katalogów konstytucyjnych. Z drugiej jednak w praktyce klinicznej w wciąż króluje miękki paternalizm, objawiający się w subtelnej sztuce selektywnego przekazywania informacji, modulacji tonu czy strategicznych niedopowiedzeniach, a czasem w świadomym opóźnianiu przekazania drastycznych informacji. Lekarz w tym socjaldemokratycznym imaginarium nie jest bowiem jedynie dostawcą danych, lecz opiekunem obywatela w ramach państwa opiekuńczego.

Zupełnie inaczej paternalizm manifestuje się w społeczeństwach arabskich, gdzie przybiera formę familizmu decyzyjnego. Tam centralną rolę odgrywa rodzina, rozumiana jako przedrefleksyjna wspólnota, której spójność jest wartością nadrzędną. Prawdę filtruje tu nie tylko lekarz, ale przede wszystkim krewni, nierzadko prosząc medyka o zatajenie pełnej diagnozy przed chorym, zwłaszcza starszym. Autonomia jednostki zostaje w tym układzie zrelatywizowana wobec pierwotnej lojalności względem wspólnoty. Medyk staje się arbitrem w sporze między tradycją a nowoczesnym prawem do informacji, najczęściej wybierając pragmatyczny kompromis.

Theodore Dalrymple, choć nie tworzy systematycznej teorii, trafnie punktuje paradoks, który można ująć w języku formalnej teorii działania. Paternalizm krytykuje się w imię emancypacji, lecz to właśnie podmioty formalnie wyzwolone najczęściej uchylają się od ciężaru podejmowania decyzji. Słynne zdanie pacjenta, który po wysłuchaniu wykładu o statystycznej logice działania leku na nadciśnienie kwituje go słowami: „Nie wiem, pan jest doktorem”, odsłania całą głębię tego zjawiska. Jednostka obdarowana pełnią praw pragnie z nich zrezygnować, gdy tylko odkrywa, że autonomia oznacza także odpowiedzialność za błąd.

## Triaż algorytmiczny: nowe dylematy etyczne

Współczesna sztuczna inteligencja, wkraczając do medycyny jako system wspomagania decyzji, nadaje tej odwiecznej ambiwalencji nowy, ostrzejszy wymiar. Z jednej strony obiecuje bowiem ograniczenie ludzkiego błędu dzięki chłodnej analizie wielkich zbiorów danych, precyzyjniejszym prognozom i standaryzacji procedur. Z drugiej jednak strony rodzi nową, zautomatyzowaną formę opiekuńczości – paternalizm algorytmiczny, w którym autorytet lekarza zostaje uzupełniony lub wręcz zastąpiony przez autorytet kodu. W efekcie pacjent i lekarz stają się współzależni od predykcyjnej czarnej skrzynki, której rekomendacje zyskują status bezdyskusyjnej, niemal objawionej prawdy. Środowiska biznesowe z entuzjazmem promują tę wizję jako efektywną i odporną na błędy, rzadko jednak przyznają, że jest to ciche przesunięcie władzy: z przestrzeni dialogu nastawionego na zrozumienie do obszaru technicznej kontroli, gdzie pytanie o sens zastępuje pytanie o skuteczność.

Można zaryzykować tezę, że w nadchodzących dekadach fundamentalny spór nie będzie dotyczył tego, czy lekarz ma mówić prawdę, lecz kto otrzyma przywilej ustalania, która prawda jest istotna. Czy będzie to lekarz w rozmowie z pacjentem? A może zespół analityków danych i korporacyjnych właścicieli algorytmu? Czy państwowy regulator? Czy wreszcie zinternalizowany, cyfrowy doradca w aplikacji, który poucza nas w czasie rzeczywistym na podstawie biometrycznego monitoringu? Na tym tle klasyczny, ludzki paternalizm lekarza wydaje się niemal archaicznie swojski.

# Samozniewolenie: źródło zbędnego cierpienia

U źródeł refleksji Dalrymple’a leży myśl Samuela Johnsona, który z chirurgiczną ironią oddzielał cierpienie wynikające z nieuchronnych kolein losu od tego zrodzonego z ludzkiego lenistwa, nieumiarkowania i zaniedbania. Johnson ostrzegał, by nie obwiniać Opatrzności za konsekwencje własnego luksusu i rozwiązłości, przypominając z surową klarownością, że nic poza niegodziwością nie czyni śmierci prawdziwym złem. Ta osiemnastowieczna intuicja moralna okazuje się zaskakująco trafnym narzędziem do diagnozowania współczesnych dylematów.

Gdy bowiem przełożymy ją na język nauk społecznych, otrzymujemy niezwykle aktualne rozróżnienie między cierpieniem strukturalnym – związanym z nierównościami, chorobami genetycznymi czy katastrofami – a cierpieniem będącym bezpośrednim skutkiem stylu życia. Przytaczana przez Dalrymple’a statystyka, wedle której blisko siedemdziesiąt procent nocnych interwencji na oddziałach ratunkowych ma związek z pijaństwem, nie jest moralistycznym kazaniem. To raczej socjologiczny wskaźnik, który obnaża ogromną skalę zjawiska, w którym system opieki zdrowotnej staje się rodzajem miejskiej kanalizacji moralnej, odprowadzającej skutki dobrowolnej autodestrukcji.

Ekonomia zdrowia nadaje temu zjawisku precyzyjną nazwę: koszty zewnętrzne. Czyny jednostki, motywowane pragnieniem natychmiastowej ulgi lub przyjemności, generują nie tylko osobistą ruinę, ale także potężne obciążenia dla wspólnoty, finansowane z podatków i składek. W bardziej rynkowym modelu amerykańskim część tych kosztów jest prywatyzowana, co z jednej strony prowadzi do dramatycznych nierówności w dostępie do leczenia, z drugiej zaś utrwala retorykę indywidualnej winy. Model europejski, zwłaszcza w krajach o rozbudowanych systemach publicznych, kolektywizuje te koszty, co sprzyja solidarności, lecz jednocześnie, jak zauważa Dalrymple, niebezpiecznie rozmywa poczucie osobistej odpowiedzialności.

Nawet społeczeństwa arabskie, gdzie normy religijne i kulturowe restrykcyjnie regulują spożycie alkoholu, nie są wolne od analogicznych mechanizmów. Problem często przesuwa się na inne obszary, takie jak uzależnienie od leków uspokajających czy substancji rekreacyjnych w zamożniejszych klasach. W tych kontekstach cierpienie bywa interpretowane w silnych kategoriach teologicznych, co paradoksalnie może mocniej wiązać ból z kwestią winy i kary, przy jednoczesnym słabszym rozwinięciu świeckiego języka odpowiedzialności strukturalnej, na przykład za warunki pracy czy politykę zdrowia publicznego.

Całość tej analizy Dalrymple spina subtelną klamrą psychologiczną, odwołując się do Colliera, który sugerował, że ból nigdy nie jest zjawiskiem czysto fizycznym, gdyż jego intensywność zależy od stanu ducha. Galowie, odczuwający niewiele bólu w ferworze walki, lecz panikujący w chorobie, oraz Grecy o odwrotnej strukturze reakcji stają się figurami dwóch odmiennych światów przeżywanych. W obu tych światach ciało i narracja, którą o nim snujemy, tworzą nierozerwalną, determinującą całość.

## Medykalizacja melancholii i hipochondrii

W tej architekturze myśli pojawia się boswellowski Hipochondryk, czyli figura melancholii przedklinicznej, którą dziś bez wahania zakwalifikowano by jako ciężką depresję i poddano farmakoterapii. Boswell portretuje go jako człowieka o druzgocąco niskiej opinii na własny temat, którego talenty wydają się żałośnie niewystarczające, a przyszłość jawi się jako horyzont spowity nieprzeniknioną mgłą. Proponuje przy tym dwa środki zaradcze. Pierwszym jest wiara religijna, która pozwala wpisać osobiste cierpienie w ostateczny, eschatologiczny porządek. Drugim zaś desperacka kuracja winem, zdolnym wywołać radosny wstrząs i choćby na moment przerwać błędne koło mrocznej samoświadomości. Zaraz potem dodaje jednak słynną przestrogę, by nie traktować świata jak rozległego szpitala, w którym każdy pijący wino zażywa jedynie niezbędną miksturę.

Ta postać jest dla Dalrymple'a kluczowa, ponieważ z chirurgiczną precyzją odsłania mechanizm medykalizacji cierpienia egzystencjalnego przez nowoczesne społeczeństwa. To, co u Boswella było jeszcze kategorią filozoficznej melancholii, zakorzenionej w refleksji nad własną małością, dziś staje się diagnozą kliniczną, która niemal automatycznie uruchamia aparat farmakologiczny. Machina ekonomiczna, która zbudowała gigantyczne rynki leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych, ma przecież żywotny interes w utrzymywaniu jak najszerszych definicji zaburzeń. Każda nowa jednostka diagnostyczna to przecież nowy strumień popytu na kolejne preparaty.

Do tej konstelacji dołącza teraz sztuczna inteligencja, wnosząc kolejny, być może decydujący, wymiar. Algorytmy, karmione danymi o naszych zachowaniach, wpisach w mediach społecznościowych czy rytmie serca z nadgarstka, mają rzekomo wykrywać ryzyko depresji i samobójstwa, zanim nasza własna świadomość zdąży w ogóle zareagować. Z perspektywy czysto technicznej jest to imponujący postęp w dziedzinie predykcji. Z perspektywy formalno-pragmatycznej rodzi to jednak fundamentalne pytanie, czy nie tworzymy systemu, w którym logikę samowiedzy zastępuje bezduszna logika skoringu, a cierpienie staje się zaledwie kolejną zmienną w modelu ryzyka, zarządzaną przez instytucje finansowe i medyczne.

## Szarlataneria: ucieczka przed bolesną prawdą

W społeczeństwach amerykańskich ta logika osiąga szczególną intensywność, sprzęgając się z kulturowym nakazem samorealizacji i nieustannej wydajności. Skoro celem jest bycie permanentnie efektywnym, to smutek, zwątpienie czy apatia muszą zostać zdefiniowane jako defekty wymagające natychmiastowej korekty. Hipochondryk w tej konfiguracji nie tyle boi się choroby, ile obsesyjnie monitoruje swoje parametry za pomocą urządzeń mobilnych i aplikacji, które przekształcają żywy organizm w zbiór sygnałów do

optymalizacji. W ten sposób melancholia zostaje technologicznie przepisana na język tablicy wyników, a jej głębia sprowadzona do wskaźnika, który należy poprawić.

Europa, zwłaszcza w swojej północno-zachodniej odsłonie, wciąż próbuje zachować bardziej ambiwalentny stosunek do melancholii, pamiętając o jej randze w tradycji romantycznej i modernistycznej. Tam stan przygnębienia bywał przecież uprzywilejowanym dostępem do prawdy o świecie, a nie jedynie usterką w systemie. Niemniej i tutaj proces medykalizacji postępuje nieubłaganie, a dyskurs zdrowia psychicznego anektuje terytoria należące dawniej do filozofii, teologii czy literatury, zamieniając egzystencjalne pytania w kliniczne diagnozy.

W kulturach arabskich melancholia często nadal rezonuje w rejestrze duchowym, gdzie splata się z utratą łaski, oddaleniem od Boga czy kryzysem wspólnoty. Hipochondria, rozumiana jako nadmierna troska o ciało, bywa tam piętnowana z chirurgiczną ironią, ale może też pełnić funkcję maski. Pod jej osłoną ukrywają się konflikty niemożliwe do przepracowania wprost, jak choćby napięcia między importowanym indywidualizmem a tradycyjnym porządkiem rodzinnym.

Tu właśnie odsłania się rozróżnienie kluczowe dla zrozumienia Dalrymple’a jako diagnosty nowoczesności. Z jednej strony mamy bowiem cierpienie realne, destrukcyjne, które bezwzględnie wymaga interwencji i wsparcia, także medycznego. Z drugiej zaś obserwujemy kulturowo wzmacnianą postawę, w której jednostka niemal konstruuje swoją tożsamość wokół statusu pacjenta, czy to somatycznego, czy psychicznego. W tym świetle boswellowskie pytanie, czy wino jako desperacki środek może choć na chwilę wyrwać hipochondryka z zaklętego kręgu samoanalizy, nabiera dziś zupełnie nowego, niepokojącego znaczenia.

## Literatura: strażnik godności w chorobie

Problemem nie jest bowiem sama substancja, lecz fakt, że całe nasze środowisko ekonomiczne, medialne i technologiczne przeistoczyło się w globalną aptekę, oferującą nieprzerwany łańcuch kojących mikstur. W tym kontekście sztuczna inteligencja staje się jedynie nową, zmediatyzowaną formą samowiedzy. Aplikacje, które na podstawie wzorców snu, kroków i tętna sugerują, że potrafią ocenić ryzyko epizodu depresyjnego, są w istocie cyfrową wersją hipochondrii. W tym modelu logika wewnętrznej intuicji zostaje zastąpiona logiką zewnętrznego nadzoru, czyli praktyką, w której jednostka, zamiast wsłuchiwać się w siebie, otrzymuje ocenę punktową ryzyka. Ta ma ją rzekomo chronić, a w rzeczywistości utrwala w roli potencjalnego pacjenta, poddanego nowej formie paternalizmu algorytmicznego.

Jeżeli melancholia i hipochondria organizują sposób, w jaki jednostka przeżywa samą siebie, to uzależnienia i szarlataneria organizują jej reakcję na cierpienie. Dalrymple z chirurgiczną ironią obnaża tę symetrię. Szarlatan obiecuje magiczny lek, który rozwiąże problem bez konieczności zmiany życia. Nałogowiec

obiecuje sobie, że substancja uciszy sumienie, aby można było nie zmieniać niczego. Obie strategie są formalnie bliźniacze, gdyż ich celem jest uniknięcie konfrontacji z prawdą o własnym udziale w nieszczęściu.

Historyczne tomy British Medical Association, „Secret Remedies" i „More Secret Remedies", okazują się w tym świetle dokumentami nie tyle medycznymi, ile antropologicznymi. Zderzenie buńczucznych, niemal poetyckich obietnic z listą banalnych składników ujawnia, że prawdziwym towarem nie była chemia, lecz narracja. Nazwy takie jak Figuroids, Antidipso czy Imperatine działają niczym zaklęcia, a ich skuteczność polega na oferowaniu semiotycznej drogi ucieczki. Choroba przestaje być tajemniczym splotem genetyki, stylu życia i środowiska, a staje się czymś, co można usunąć jednym produktem.

Dalrymple nie zatrzymuje się jednak na historycznej anegdocie. Pokazuje, jak współczesne rynki wellness, suplementów, diet cud i biohackingu powielają ten sam schemat. W istocie mamy do czynienia z odrodzeniem prymitywnego myślenia sympatycznego, czyli logiki, w której czerwony kolor hematytu miał rzekomo tamować krew. Dziś jedynie miejsce koloru zajął pseudonaukowy żargon i wykresy, które mają nadać obietnicom pozór obiektywności.

Uzależnienie leży po drugiej stronie tej samej osi. Lew Tołstoj, pytając, dlaczego ludzie się otumaniają, odpowiada z brutalną szczerością: chodzi o uciszenie sumienia. Jego przesadzone, czasem groteskowe tyrady przeciwko tytoniowi, który miał prowadzić do czynów tak absurdalnych jak budowa Wieży Eiffla, można uznać za wyraz moralnej neurozy. Niemniej trafia on w sedno. Substancja nie jest neutralnym narzędziem przyjemności, lecz mechanizmem zmiany świadomości, który ma odsunąć niewygodne pytania o to, jak żyjemy.

Literatura, z upodobaniem romantyzująca opium i alkohol, od Coleridge'a po modernistów, bywa tu niebezpiecznym sojusznikiem. Dalrymple demaskuje mit opiumowych snów jako prawdopodobny efekt delirium alkoholowego, jednym zdaniem podcinając cały gmach romantycznej automitologii, w której artysta przedstawia autodestrukcję jako wyższy stan świadomości. W jego opowieściach nałogowiec nie jest tragicznym bohaterem metafizycznego dramatu, lecz kimś, kto z rosnącą biegłością opanowuje sztukę przerzucania odpowiedzialności na innych.

Klasyczna scena literacka, w której bohater wraca do metamfetaminy

## Demoralizacja techniczna: kryzys etosu lekarza

Środowiska gospodarcze w Ameryce, Europie i krajach arabskich reagują na tę nową asymetrię w zgoła odmienny sposób, choć w każdym z tych kręgów kulturowych sztuczna inteligencja staje się narzędziem zarządzania zarówno rynkiem uzależnień, jak i rynkiem szarlatanerii. W Stanach Zjednoczonych

obserwujemy mariaż korporacji technologicznych i farmaceutycznych, które wspólnie tworzą systemy predykcji ryzyka, analizujące wzorce zachowań i transakcji w poszukiwaniu osób podatnych. Równocześnie ten sam rynek eksploduje aplikacjami obiecującymi natychmiastową poprawę nastroju, głębszy sen czy wyższą produktywność. Na jednym ekranie użytkownik może więc otrzymać alert o ryzyku depresji, a tuż obok – reklamę suplementu, który rzekomo rozwiąże ten problem w mgnieniu oka.

W Europie, gdzie regulacje dotyczące reklamy farmaceutyków i alkoholu są znacznie surowsze, mechanizm ten przenosi się do sfery usług pseudomedycznych. Coaching, programy „detoksu cyfrowego" i rozmaite terapie alternatywne sprzedają kulturowo usankcjonowaną wersję tego, co niegdyś oferowali wędrowni handlarze cudownymi miksturami. Z kolei w społeczeństwach arabskich specyficzny splot norm religijnych i politycznych sprawia, że oficjalny rynek pozostaje pod ścisłą kontrolą. Nie oznacza to jednak zniknięcia problemu, lecz jedynie jego migrację do podziemia, gdzie rozwijają się nieformalne systemy dostępu do substancji i terapii, których obietnice są równie nierealistyczne jak gdziekolwiek indziej na świecie.

Sztuczna inteligencja, jeśli nie zostanie poddana rygorom krytycznej refleksji, staje się jedynie doskonalszym mechanizmem targetowania, pozwalającym szarlatanerii docierać do najbardziej podatnych grup z chirurgiczną precyzją. Algorytmy mogą wszak pełnić funkcję narzędzi demaskacji, identyfikując fałszywe recenzje produktów czy nadużycia reklamowe, ale równie sprawnie mogą służyć do precyzyjnego wzmacniania złudzeń. Pytanie, czy wykorzystamy je w duchu phronesis, czyli rozumnej troski o dobro wspólne, czy też w duchu cynicznego maksymalizowania zysku, pozostaje otwarte.

## Algorytmy predykcyjne rozmywają odpowiedzialność

Dalrymple, choć z zawodu lekarz, operuje na tekście kultury z precyzją historyka idei, doskonale rozumiejąc, że spór o prawdę i ułudę nie toczy się wyłącznie w sterylnych gabinetach. Jego prawdziwym polem bitwy są literatura, teatr i esej, gdzie kultura kalibruje swoje instrumenty reagowania na cierpienie, gdzie kształtuje się wrażliwość decydująca o tym, co pokazać, a co dyskretnie przemilczeć. To tam właśnie negocjowane są granice naszej empatii.

Przypadek Iris Murdoch, sportretowanej przez męża w stanie postępującej demencji, staje się dla autora probierzem literackiej prawdomówności. Z jednej strony otrzymujemy poruszający zapis miłości i troski, z drugiej zaś niemal kliniczny protokół degradacji, którego detali większość czytelników wolałaby nie znać. Pytanie, czy naprawdę chcemy zapamiętać wybitną filozofkę przez pryzmat jej niekontrolowanego oddawania moczu, wykracza daleko poza kwestię dobrego smaku. Dotyka samego rdzenia etyki reprezentacji: jak wiele prawdy jesteśmy w stanie znieść i czy każda prawda zasługuje na publiczne świadectwo?

Dalrymple sugeruje, że tajemnica, pewna przestrzeń niedopowiedzenia, jest warunkiem nie tylko estetycznej głębi, lecz także ludzkiej godności. Sformułowanie, że ktoś jest „otwartą księgą", w powszechnym odczuciu oznacza przecież raczej płytkość niż godną podziwu przejrzystość. Owa sfera tego, co niewypowiedziane, jest konieczna, aby relacja między dwiema osobami nie zamieniła się w obustronną wiwisekcję, w nieustanną inwigilację motywów i słabości.

Literatura bywa jednak również gorliwą sojuszniczką ucieczki. Romantycy, z upodobaniem mitologizujący własne nałogi jako rzekome źródło natchnienia, współtworzą narrację, w której autodestrukcja zyskuje estetyczny powab. Współczesne pamiętniki choroby, zwłaszcza te budujące wokół autora aurę heroicznego cierpienia, mogą nieść pocieszenie, ale i subtelnie sankcjonować postawę, w której schorzenie staje się centralnym elementem tożsamości, jedynym biletem wstępu do klubu autentycznych.

Współczesna socjologia ubiera to zjawisko w pojęcie narracji tożsamościowej, czyli procesu, w którym jednostka konstruuje siebie poprzez opowieść. Gdy brakuje alternatywnych źródeł sensu, choroba może stać się jej głównym wątkiem. Dalrymple ostrzega przed kulturą, która zaczyna traktować cierpienie jako podstawową walutę autentyczności. W takim świecie bycie zdrowym i nieobciążonym traumą paradoksalnie staje się czymś moralnie podejrzanym, niemal niezasłużonym przywilejem, który wymaga ciągłego usprawiedliwiania.

Sztuka odgrywa tu zatem rolę głęboko ambiwalentną. Może z chirurgiczną ironią demaskować złudzenia, pokazując konsekwencje uzależnień czy moralnego tchórzostwa, jak czyni to literatura faktu, dokumentująca zbrodnie nazistowskich lekarzy. Może też jednak dołączyć do chóru piewców pięknej iluzji, w której zbrodniarz z wrażliwym uchem do Chopina staje się przedmiotem fascynacji, a nie potępienia. Przykład Hansa Franka, miłośnika Platona i architekta ludobójstwa, jest tu paradygmatyczny. Okazuje się, że wysublimowany gust estetyczny nie jest żadnym certyfikatem moralności.

W erze sztucznej inteligencji ten dylemat zyskuje nowy, niepokojący wymiar. Algorytmy generujące teksty i obrazy tworzą bezkresny ocean symulowanych narracji, które konkur

## Postęp medyczny mutuje formy szarlatanerii

Dalrymple z chirurgiczną ironią konfrontuje oświeceniową wiarę w postęp, której orędownikiem był choćby Holbach, z brutalnym doświadczeniem XX i XXI wieku. Holbach, choć trafnie przewidział, że nauka ulży ludzkości w wielu materialnych wymiarach, nie łudził się, że uwolni nas ona od nieszczęścia jako takiego. I rzeczywiście, w dniu, w którym bieda przestała oznaczać głód, a stała się kwestią względnego niedostatku, ludzkość wcale nie stała się szczęśliwsza. Znalazła jedynie nowe, bardziej wyrafinowane powody do frustracji.

Postęp medyczny stanowi szczególnie jaskrawą ilustrację tego paradoksu. Odesłanie do lamusa krwawych upustów i przestarzałej materia medica, odkrycie bakterii czy rozwój farmakologii nie doprowadziły bynajmniej do zaniku szarlatanerii. Sprawiły jedynie, że przeszła ona transformację. Zamiast mikstur opartych na sproszkowanym rogu nosorożca mamy dziś koktajle antyoksydantów, ziołowe detoksy i dietetyczne programy, które obiecują zdrowie, bogactwo i szczęście w czterdzieści dwa dni. Zmieniła się scenografia, lecz dramat pozostał ten sam.

Nowoczesność produkuje zresztą własne, specyficzne patologie. Społeczeństwo, które – jak ujęliby to klasycy teorii systemów – rozdzieliło sfery nauki, moralności i sztuki, zyskało bezprecedensową efektywność, ale utraciło zdolność do spójnej refleksji nad całością. W obszarze zdrowia oznacza to, że lekarz wie coraz więcej o jednym receptorze, farmaceuta o jednym mechanizmie, a polityk o jednym wskaźniku. W tej konstelacji specjalistów brakuje jednak instancji zdolnej wziąć odpowiedzialność za fundamentalne pytania, jakie Dalrymple stawia na styku moralności, cierpienia i losu.

W świecie amerykańskim dominuje narracja, wedle której postęp jest z definicji dobry, a jego koszty to zaledwie przejściowe efekty uboczne. Z tej perspektywy rozwój sztucznej inteligencji w medycynie jawi się jako kolejny etap racjonalizacji, który należy wspierać, ponieważ zwiększa przewidywalność i otwiera nowe rynki. Krytyka moralna jest tu tolerowana, lecz tylko pod warunkiem, że nie zakłóca procesów komercjalizacji.

Europa, ukształtowana przez tradycję socjaldemokratyczną i kontynentalną filozofię krytyczną, postrzega postęp znacznie bardziej ambiwalentnie. Sztuczna inteligencja budzi tu obawy o utratę demokratycznej kontroli nad systemami, które mogą utrwalać ukryte uprzedzenia i nierówności. Jednocześnie silne przywiązanie do instytucji publicznych sprawia, że AI postrzegana jest jako narzędzie, które w odpowiednich ramach regulacyjnych mogłoby służyć wyrównywaniu szans, na przykład poprzez doskonalszą profilaktykę.

W społeczeństwach arabskich postęp techniczny wpisuje się w napięcie między tradycyjnymi normami religijnymi a globalnym kapitalizmem. Sztuczna inteligencja w medycynie może być traktowana jako symbol nowoczesności, podnoszący prestiż państw inwestujących w innowacje. Równocześnie jednak rodzi ona fundamentalne pytania o zgodność algorytmicznych decyzji z etycznymi i religijnymi normami dotyczącymi życia, śmierci, cierpienia i przeznaczenia.

Dalrymple ostrzega nas przed technokratyczną iluzją, że można zbudować system tak doskonały, iż błąd zostanie z niego wyeliminowany. Jeżeli potraktujemy serio jego tezę, że tam, gdzie istnieje potrzeba osądu, tam nieuchronnie istnieje możliwość pomyłki, musimy przyjąć, że żadna technologia nie zniesie aporii między prawdą, cierpieniem i odpowiedzialnością. Można ograniczać błędy, można poprawiać statystyki, ale nie można skonstruować świata, w którym każda decyzja będzie nieodwołalnie słuszna.

W tym sensie sztuczna inteligencja jest zaledwie nowym rozdziałem bardzo starej historii. Pragnienie posiadania urządzenia, które przewiduje datę śmierci, jak w opowiadaniu Heinleina, to tylko technologiczna wariacja na temat odwiecznej tęsknoty za absolutnym bezpieczeństwem. W praktyce jednak każda próba totalnego przewidzenia losu kończy się albo samospełniającą się przepowiednią, albo buntem podmiotów, które nie godzą się na bycie traktowanymi jak dane wejściowe.

## Ekonomia zdrowia vs. odpowiedzialność jednostki

Jeśli potraktować serio Dalrymple'owską diagnozę, trzeba włączyć do analizy aparat pojęciowy prawa, ekonomii i antropologii kulturowej. Każda z tych perspektyw odsłania inny wymiar problemu, dowodząc, że medycyna nigdy nie jest autonomiczną wyspą racjonalności.

Z punktu widzenia prawa głównym polem napięcia jest konflikt między autonomią jednostki a ochroną jej dobra. Systemy prawne Ameryki, Europy i świata arabskiego odmiennie ważą te wartości, tworząc zupełnie inne realia dla pacjenta i lekarza. Model amerykański, obsesyjnie skupiony na prawach jednostki do informacji, zrodził rozbudowane procedury świadomej zgody, ale jednocześnie otworzył drogę fali sporów sądowych, w których lekarza pociąga się do odpowiedzialności za niedostateczne poinformowanie. Model europejski, ufundowany na idei społecznego państwa prawa, próbuje godzić autonomię z obowiązkiem ochrony zdrowia publicznego, co w praktyce oznacza większą rolę instytucji i systemów ubezpieczeniowych. Z kolei w społeczeństwach arabskich prawo medyczne pozostaje silnie splecione z normami religijnymi, co przesuwa środek ciężkości decyzji w stronę rodziny i duchowieństwa.

Ekonomia przenika te wszystkie układy w sposób nieuchronny i bezwzględny. Sztuczna inteligencja w medycynie nie jest bowiem czystym projektem naukowym, lecz inwestycją o precyzyjnie skalkulowanej stopie zwrotu, podejmowaną przez podmioty gospodarcze. Widzą one w niej szansę na redukcję kosztów, optymalizację procesów i otwarcie nowych rynków. Systemy skoringu ryzyka zdrowotnego to dar niebios dla firm ubezpieczeniowych, pozwalający precyzyjniej wyceniać składki. Koncerny farmaceutyczne dostrzegają w AI narzędzie do przyspieszania badań i identyfikacji grup docelowych. Cierpienie pacjenta staje się zatem dwoistym bytem: z jednej strony problemem domagającym się empatii, z drugiej – zasobem danych gotowym do monetyzacji.

Kultura i antropologia dostarczają natomiast klucza do zrozumienia, dlaczego te same technologie i dyskursy przybierają tak odmienne formy w różnych kontekstach. W kulturach, gdzie cierpienie wciąż symbolicznie łączy się z winą, szarlataneria chętniej sięgnie po retorykę oczyszczenia. W społeczeństwach skoncentrowanych na idei samorealizacji uzależnienia będą maskowane jako poszukiwanie autentyczności. Tam, gdzie rodzina stanowi główny punkt odniesienia, paternalizm przybierze formę zbiorowego filtra nakładanego przez wspólnotę, a nie indywidualnej relacji lekarz–pacjent.

Wnioski nasuwają się same: nie istnieje jeden, uniwersalny model prawdy i paternalizmu w medycynie, który dałoby się globalnie zaimplementować, na przykład w postaci pakietu zasad etycznych wpisanych w kod AI. Medyczna racjonalność jest zawsze zakorzeniona w konkretnym świecie przeżywanym. Jej uniwersalne dążenia, takie jak ograniczanie cierpienia i poszanowanie godności, muszą być za każdym razem na nowo wypracowywane w praktyce, w trudnym dialogu między lekarzami, pacjentami, rodzinami, instytucjami i technologiami.

Dalrymple, wbrew powierzchownej lekturze, nie jest jedynie nostalgikiem za epoką humanistycznie wykształconych lekarzy i pokornych pacjentów. Jest raczej krytycznym diagnostą, który pokazuje, że nowoczesność, odrzucając religijną ramę sensu, nie zdołała stworzyć jej adekwatnego, świeckiego odpowiednika. W rezultacie wciąż miotamy się między sentymentalnym współczuciem a technokratycznym cynizmem. Jeśli chcemy, by sztuczna inteligencja stała się narzędziem pogłębiania odpowiedzialności, a nie kolejną formą ucieczki od niej, musimy podjąć odważ

> Czy w świecie zdominowanym przez algorytmy i cyfrowe diagnozy, paternalizm lekarski, choć archaiczny, nie jawi się jako ostatni bastion ludzkiego współczucia? Czy w pogoni za obiektywną prawdą nie zatracimy zdolności do empatii i subtelnej sztuki leczenia, która wykracza poza suche dane? A może to właśnie w symbiozie człowieka i maszyny tkwi szansa na stworzenie medycyny przyszłości, w której technologia służy człowiekowi, a nie odwrotnie?

## Inspiracje


**[1]** **"Nothing but wickedness"** Theodore Dalrymple

*2025 | Gibson Square Books Ltd*

**Theodore Dalrymple**, pseudonim Anthony Daniels, jest emerytowanym lekarzem, psychiatrą i krytykiem kultury. Pracował w więzieniach i szpitalach w Wielkiej Brytanii i Afryce Subsaharyjskiej. Jest redaktorem współpracującym z „City Journal" i autorem książek takich jak „Life at the Bottom".

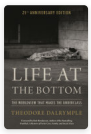
***Theodore Dalrymple**, pen name of Anthony Daniels, is a retired physician, psychiatrist, and cultural critic. He worked in prisons and hospitals in the UK and Sub-Saharan Africa. He's a contributing editor to City Journal and author of books like 'Life at the Bottom'.*

*Manhattan Institute's City Journal (Contributing Editor, Dietrich Weismann Fellow)*

# Literatura uzupełniająca

## Książki

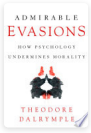
### Autorzy przywoływani w artykule:


**[1] "Life at the Bottom: The Worldview That Makes the Underclass"**

Theodore Dalrymple

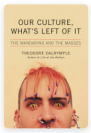
2026 | Ivan R. Dee | ISBN: 9798216390701




**[2] "Admirable Evasions: How Psychology Undermines Morality"**

Theodore Dalrymple

2015 | Encounter Books | ISBN: 9781594037887




**[3] "Our Culture, What's Left of It: The Mandarins and the Masses"**

Theodore Dalrymple

2005 | Ivan R. Dee




**[4] "Spoilt Rotten: The Toxic Cult of Sentimentality"**

Theodore Dalrymple

2010 | Gibson Square Books | ISBN: 9781906142612


### Literatura pokrewna (Google Scholar):





**[5] "The Sacred Wood: Essays on Poetry and Criticism"**

Thomas Stearns Eliot

1921 | Methuen

**[6] "The great historical, geographical, genealogical and poetical dictionary; being a curious miscellany of sacred and prophane history"**

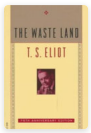
Jeremy Collier

1701 | London

**[7] "What Then Must We Do?"**

Lew Tołstoj

1991 | T. Fisher Unwin



**[8] "The Waste Land"**

Thomas Stearns Eliot

1997 | Houghton Mifflin Harcourt P | ISBN: 9780156005340

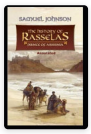
Google Scholar



**[9] "Mayhem: Violence as Public Entertainment"**

Sissela Bok

1999 | Basic Books | ISBN: 9780738201450



**[10] "The History of Rasselas, Prince of Abissinia"**

Samuel Johnson

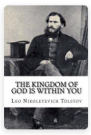
2021 | Independently Published | ISBN: 9798742753155



**[11] "An Account of Corsica, The Journal of a Tour to That Island; and Memoirs of Pascal Paoli"**

James Boswell

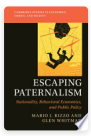
2018 | Gale Ecco, Print Editions | ISBN: 9781379759201



**[12] "The Kingdom of God is Within You"**

Lew Tołstoj

2016 | Createspace Independent Publishing Platform | ISBN: 9781537765808



**[13] "Escaping Paternalism: Rationality, Behavioral Economics, and Public Policy"**

Mario J. Rizzo, Glen Whitman

2019 | Cambridge University Press | ISBN: 9781108775663

Google Scholar


## Artykuły naukowe

### Autorzy przywoływani:


**[1] "Tradition and the Individual Talent"**

Thomas Stearns Eliot

1919 | The Egoist

Google Scholar

**[2] "Exploring the phenomenon and ethical issues of AI paternalism in health apps"**

Michael Kühler

2022 | Bioethics

Google Scholar

[3] **"Communication ethics and the rejection of paternalism in John Stuart Mill’s On Liberty"**

Lee Artz

2019 | Taylor & Francis Online

Google Scholar

[4] **"The harm principle, personal identity and identity-relative paternalism"**

James Wilson

2023 | PMC

Google Scholar

[5] **"London: A Poem in Imitation of the Third Satire of Juvenal"**

Samuel Johnson

1738

[6] **"The Vanity of Human Wishes"**

Samuel Johnson

1749

[7] **"Disability, Disease, and the “Philosophick Heroism” of Samuel Johnson in Boswell's Life of Johnson"**

R. MacKeith, William Siebenschuh, William Dowling

[8] **"The Hypochondriack"**

James Boswell

The London Magazine

[9] **"Algorithmic Paternalism and the Architecture of Choice"**

Tal Z. Zarsky

2016 | Michigan Telecommunications and Technology Law Review

Google Scholar

[10] **"Autonomia pacjenta a polskie prawo karne"**

Teresa Dukiet-Nagórska

2014

[11] **"Life Line"**

Robert A. Heinlein

1939 | Astounding Science Fiction

APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: 18026656-957e-4809-93b8-2f9647dc6998