

Specyfika decyzji eksperckich w medycynie: intuicje, heurystyki, nieświadomość

Seminarium filozoficzno-medyczne – prowadzone przez Katedrę Ontologii i Epistemologii w ramach projektu „Wiedza ekspercka” realizowanego w Instytucie Filozofii UMCS – ma być okazją do przedyskutowania (na pierwszym etapie w 2022) w zespole filozofów i kognitywistów UMCS oraz lekarzy (akademików i klinicystów) z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (z kontynuacją w latach kolejnych z innymi partnerami) interdyscyplinarnego problemu *podejmowania decyzji w oparciu o medyczną wiedzę ekspercką ze szczególnym uwzględnieniem intuicji, heurystyk i nieświadomych przekonań*. Przedmiotem analiz pojęciowych ze strony filozofii (filozofii medycyny) i kognitywistyki, oraz w oparciu o teorię i praktykę lekarską przedstawicieli trzech dyscyplin medycznych – kardiologii, neurochirurgii i psychiatrii – będą następujące zagadnienia: (1) rodzaj i poziom *automatyzacji* i *algorytmizacji* procedur diagnostycznych i terapeutycznych we współczesnej medycynie; (2) wpływ *technologii informatycznych* (bazy danych, algorytmy wspomagające diagnostykę) na czynności podejmowania decyzji przez lekarzy; (3) wpływ *czynników ludzkich* (świadomych i nieświadomych) na decydowanie w sytuacjach *niepewności* i *ryzyka* ze strony procedur lekarskich, w tym również ograniczeń instytucjonalnych dla czynności decydowania.

*

W filozofii przez wiele stuleci panowało przekonanie o wyjątkowej roli *intuicji* jako poznania bezpośredniego gwarantującego adekwatne i pełne poznanie oraz prawdziwą wiedzę. Wielu filozofów (m. in. Bergson) przeciwstawiało intuicję poznaniu rozumowemu jako lepszą i bardziej wiarygodną czynność poznawczą. Współcześnie w kognitywistyce odchodzi się od dychotomicznego zestawiania obu rodzajów poznania. Intuicji nie przeciwstawia się poznaniu rozumowemu, widząc w niej efekt wcześniejszych procesów poznawczych. Rozpoznaje się w niej działanie nabytych, utrwalonych i zrutynizowanych działań praktyczno-poznawczych człowieka zachodzących zawsze w konkretnych sytuacjach.

Dziedzinami szczególnie interesującego poznawczo i metodologicznie funkcjonowania intuicji w medycynie są trzy jej działy (dyscypliny): *kardiologia*, *neurochirurgia* oraz *psychiatria*. Proces decydowania i rozwiązywania praktycznych problemów przyjmuje w nich specyficzne i zarazem odmienne postaci różniące się proporcjami między samą intuicją (na ogół całkowicie nieuświadomianymi bądź przedrefleksyjnymi czynnościami poznawczymi) a racjonalnymi (na ogół bardziej świadomymi i refleksyjnymi) czynnościami wnioskowania, argumentowania czy uzasadniania zdobywanych kompetencji i wiedzy. W każdej z nich, na co wskazują ogólne opracowania tego zagadnienia¹, czynności i procedury decyzyjne zachodzą

¹ Miriam Solomon, *Group Judgment and the Medical Consensus Conference* [w:] *Philosophy of Medicine*, red. Fred Gifford, 2011.

Benjamin Djulbegovic, Iztok Hozo, Sander Greenland, *Uncertainty in Clinical Medicine* [w:] *Philosophy of Medicine*, red. Fred Gifford, 2011.

Kazem Sadegh-Zadeh, *The Logic of Diagnosis* [w:] *Philosophy of Medicine*, red. Fred Gifford, 2011.

Siddhartha Mukherjee, *The Laws of Medicine: Field Notes from an Uncertain Science*, 2015.

Jeremy Howick, *Philosophy of Evidence-based Medicine*, 2011 (rozdz. 1-3).

Paul Thompson, Ross Upshur, *Philosophy of Medicine: An Introduction*, 2017 (rozdz. 9 - *Reasoning in Clinical Practice*).

odpowiednio na etapach: (1) *diagnozowania*, (2) medycznych *interwencji* (zabiegów, operacji) oraz (3) stosowanej *terapii*.

Badania nad intuicją, w tym w praktyce medycznej, przyjmują współcześnie interdyscyplinarny charakter. Zaznaczają się w nich pewne wiodące tendencje. Herbert Simon² traktuje intuicję jako szczególny „akt rozpoznania”, w którym ekspert dzięki odebraniom z otoczenia wskazówkom uzyskuje dostęp do przechowywanych w pamięci informacji, które ostatecznie są podstawą intuicyjnych decyzji; intuicja działa, jego zdaniem, w ramach systemu sprawdzonych i rutynowych działań, wyrasta z praktyki.

Daniel Kahneman³ widzi w intuicji czynnik obecny w szeregu heurystyk (nie tak pewnych jak algorytmy, niemniej szeroko stosowanych) leżących u podstaw decydowania. Intuicja jest podstawą funkcjonowania systemu, który współistnieje z systemem racjonalnym.

„Jeśli istnieje silna wskazówka prognostyczna, w normalnych okolicznościach ludzki obserwator raczej jej nie przeoczy. Algorytmy statystyczne radzą sobie znacznie lepiej niż ludzie z ‘zaszumionym sygnałem’ (...) Nie można winić ludzi za to, że nie umieją trafnie prognozować przewidywalnej rzeczywistości (...) Kiedy środowisko nie zawiera żadnych trafnych wskazówek, intuicyjne ‘trafienia’ muszą być efektem szczęścia albo oszustwa (...). Jeśli w środowisku nie występują regularne prawidłowości, intuicji nie można ufać” (s. 322). Wielu ekspertów nadmiernie szacuje wiarygodność swoich opinii i sądów, zwłaszcza długoterminowych prognoz; zbyt łatwo (nieświadomie) ulegają pewnym heurystykom (np. reprezentatywności, podobieństwa). „Nierozpoznane ograniczenia zawodowych umiejętności wyjaśniają skąd u ekspertów bierze się nadmierna pewność siebie” (s. 324).

Z kolei Gerd Gigerenzer⁴ upatruje w intuicji działania nabytych ewolucyjnie umiejętności praktycznych i poznawczych. Wnioskowanie i decydowanie, które opiera się na mniejszej ilości danych i wskazówek jest niekiedy skuteczniejsze i całkiem wiarygodne; decydowanie można poddać prostym logicznym schematom. Szybkie i oszczędne drzewo decyzyjne jest lepsze niż złożone narzędzia statystyczne; takie narzędzie formalne, wsparte intuicją lekarza, całkiem dobrze szacuje np. ryzyko zawału serca.

„Tam, gdzie mamy do czynienia z wysokim poziomem niepewności proste metody diagnostyczne zwykle bywają trafniejsze” (s. 185). „Systematyczne szkolenia lekarzy w posługiwaniu się prostymi regułami wyposażałoby ich w empirycznie uzasadnione, szybkie i przejrzyste metody diagnostyczne. Następny krok powinno stanowić uczenie lekarzy, z jakich elementów zbudowane są heurystyki oraz w jaki sposób dostosowywać je do różnych populacji pacjentów. Intuicję kliniczną należałoby w podobny sposób kształtować w odniesieniu do najróżnorodniejszych problemów diagnostycznych” (s. 191).

W opracowaniach na temat filozofii i metodologii medycyny⁵ zwraca się ponadto uwagę na możliwość (także konieczność) uwzględnienia w podejmowaniu medycznych decyzji czynników *podmiotowych*, głównie ze strony *pacjenta* i jego środowiska, takich jak emocje, osobowość, wiedza (także niewiedza, ignorancja, stereotypy i przesady). W modelu *biomedycznym* podejmowanie decyzji przyjmuje najczęściej charakter paternalistyczny (lekarz jest jedynym ekspertem, od pacjenta nie oczekuje się współudziału w diagnozach), zaś w modelu *humanistycznym* decydowanie przybiera postać narracyjną (lekarz i pacjent są partnerami współdecydującymi o leczeniu).

² Herbert Simon, *Reason in Human Affairs*, 1983.

³ Daniel Kahneman, *Pułapki myślenia: o myśleniu szybkim i wolnym*, 2012, s. 250-262; 312-326.

⁴ Gerd Gigerenzer, *Intuicja: inteligencja nieświadomości*, 2009.

⁵ James A. Marcum, *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, 2008, s. 121-135.

Celem seminarium filozoficzno-medycznego jest zbadanie i krytyczne przedyskutowanie wspomnianych modeli w aspekcie teoretycznym oraz z uwzględnieniem praktyki podejmowania decyzji w kardiologii, neurochirurgii i psychiatrii.