

Jeszke, Jaromir

Koncepcja teoretycznej historii nauki Jerzego Kmity jako narzędzie badań nad dziejami nauk medycznych

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 43/2, 45-62

1998

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Jaromir Jeszke
Poznań

KONCEPCJA TEORETYCZNEJ HISTORII NAUKI JERZEGO KMITY JAKO NARZĘDZIE BADAŃ NAD DZIEJAMI NAUK MEDYCZNYCH

Historyk nauk medycznych poszukuje niekiedy narzędzi teoretycznych, pozwalających na interpretację zebranego materiału źródłowego. Zdaje sobie on przy tym najczęściej sprawę z faktu, iż nie istnieje teoria zdolna spełnić wszystkie wymagania historyka nauki, tj. uwzględnić wszystkie zjawiska kulturowe i teoretyczne, zachodzące w trakcie rozwoju wiedzy i przekształcania się tej ostatniej w naukę. Niegdyś uważano, że taką rolę w odniesieniu do wszystkich procesów historycznych może spełnić marksizm. Nadzieje związane z takim poglądem, jak wiadomo, nie spełniły się. Obecnie raczej chętniej mówi się o „teoriach średniego zasięgu”, a więc wyjaśniających tylko pewien zakres zjawisk niż o teoriach o charakterze globalnym. Historyk nauki jest jednak zainteresowany takim ujęciem, które może być zastosowane w pracy z materiałem źródłowym w możliwie szerokim zakresie. Idzie więc o narzędzie, które asymilując możliwie wiele współczesnych koncepcji teoretycznych, dotyczących rozwoju nauki jest przy tym na tyle elastyczne, aby mogło być bezpośrednio użyte w badaniach historycznych i dawało możliwie duże możliwości interpretacyjne. Takim narzędziem może stać się *teoretyczna historia nauki* Jerzego Kmity oparta o społeczno – regulacyjną koncepcję kultury. Asymiluje ona, choć nie zawsze „wiernie”, kilka istotnych koncepcji teoretycznych, które nie mogą pozostać obojętne dla historyka nauki: *współczynnika humanistycznego* F. Znanieckiego, *rewolucji naukowej* T.S. Kuhna oraz *korespondencji istotnie korygującej*. Jakkolwiek autor nadaje im swoiste, własne piętno, tworzy jednak w ten sposób w miarę spójny system, odwołujący się do znanych w środowiskach humanistycznych założeń teoretycznych. Dla historyka nauki, który wbrew nazwie swojej dyscypliny, także często zajmuje się

dziejami wiedzy potocznej, ważne jest, że owo narzędzie teoretyczne pozwala badać także i ten obszar jego zainteresowań. Analiza poziomu teoretycznego odkrycia naukowego umożliwia wyjście poza modny w historiografii nauki ogólnik, że twórca metody wyprzedzał znacznie swój czas, nie był rozumiany przez współczesnych, przeto i szerokie upowszechnienie jego poglądów nie było możliwe. Historyk nauk medycznych nie może pozostawać obojętny na tego typu inspiracje, choć należy je traktować z dużą dozą ostrożności: nie wszystkie dadzą się zaadaptować na gruncie historycznym. Właśnie owa „niewiomość” Kmity wobec asymilowanych przez niego koncepcji powoduje większą elastyczność proponowanego przez niego systemu. Niniejszy szkic nie ma, rzecz jasna, na celu dokonania kompleksowej analizy przystosowania *teoretycznej historii nauki* do potrzeb historyka nauki. Takie studium musiałoby mieć znacznie obszerniejszy charakter. W prezentowanej formie jest to jedynie garść refleksji autora na ten temat. Wśród poznańskich filozofów nauki prowadzone są także badania nad innymi ujęciami *teoretycznej historii nauki*. Warto aby historyk medycyny analizował na bieżąco możliwości zastosowania owych narzędzi teoretycznych do swoich badań. W przypadku Kmity są one oparte na założeniach koncepcji kultury symbolicznej, wykształconych przez poznańskich badaczy kultury¹. Historyk nauk medycznych musi więc sobie zdawać sprawę, że tam gdzie Kmita mówi o fazie przedteoretycznej danej dyscypliny naukowej, które to sformułowanie dla wielu historyków nauki jest zgoła bezsensowne, bądź o doświadczeniu potocznym, to nie zakłada bynajmniej jakiegoś chaosu w wiedzy empirycznej. Należy jednak odróżnić, a nie zawsze się to w praktyce badawczej historyka medycyny czyni, różne fazy teoretyczności wiedzy od jej uporządkowania i miejsca w „wizji świata i człowieka” danej społeczności. Nie jest to bowiem to samo! W tym ostatnim przypadku wygodniejszym narzędziem będą założenia *współczynnika humanistycznego* Znanieckiego, które też są przez Kmitę asymilowane.

Kmita *teoretyczną historię nauki* rozumie jako refleksję nad dziejami praktyki naukowej, która uznaje za swój punkt wyjścia technologiczną funkcję owej praktyki jako definicyjną jej funkcję, uznając równolegle, że owa praktyka jest regulowana w trybie subiektywno-racjonalnym przez szczególną dziedzinę nowożytno-europejskiej kultury symbolicznej, oznaczanej mianem nauki. Nauką w tym rozumieniu jest społeczna świadomość metodologiczna, a więc respektowany w społeczności badaczy całokształt norm i dyrektyw, regulujących powszechnie w trybie subiektywno-racjonalnym praktykę naukową. *Teoretyczna historia nauki* uwzględnia dwa uwarunkowania, traktuje naukę zarazem jako: 1. subiektywno racjonalne źródło praktyki naukowej, a pośrednio przyszłej wiedzy naukowej (prawdziwej, najprawdopodobniej prawdziwej, zbliżającej się bardziej do prawdy niż zastana wiedza naukowa); 2. funkcjonalnie uwarunkowany przez potrzebę efektywności technologicznej, ewentualnie także efektywności waloryzacyjno-światopoglądowej i edukacyjnej, subiektywno racjonalny regulator kulturowy praktyki i wiedzy naukowej, który rzeczzone potrzeby byłby w stanie zaspokoić.

Śledzenie zmian historycznych tych aspektów nie jest jednak, co Kmita mocno podkreśla, obciążone wartościowaniem z punktu widzenia kryterium wiarygodności poznawczej historycznie powstającej wiedzy naukowej, faz rozwoju nauki i ideałów prawdy.

Proponowana *teoretyczna historia nauki* stara się tylko zrekonstruować w trybie subiektywno-racjonalnym owe zjawiska, ma więc charakter opisowo-kulturoznawczy. Kmita akceptuje zasadnicze idee Kuhna, choć niekiedy nadaje im nieco odmienne znaczenie. Faza „przedparadygmaticzna” właściwa byłaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa nie ukonstytuowała się instytucjonalnie, podobnie jak nauka w jego rozumieniu; funkcję technologiczną pełniłoby wówczas potoczne doświadczenie społeczne. Pierwsza faza paradygmaticzna odpowiadałaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa i nauka ukonstytuowały się instytucjonalnie w taki sposób, że owa praktyka produkuje wiedzę obejmującą potoczne doświadczenie społeczne, poddane jednak systematyzacji dedukcyjnej, co wymaga nadania owemu doświadczeniu „spójności logicznej”, eliminacji pewnych jego elementów oraz uzupełnienia go o potrzebne „logiczne” ogniwa. Faza pierwszej „rewolucji naukowej” odpowiadałaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa fazy poprzedniej uległaby pewnemu „zamieszaniu”, podobnie jak regulująca ją nauka; poddane zostają wówczas krytyce pewne elementy dotychczasowej wiedzy naukowej, ale w taki sposób, że wyłoni się stąd praktyka badawcza i nauka odpowiadające drugiej fazie „paradygmaticznej” itp. Pierwsza faza *paradygmaticzna* otrzymuje w nomenklaturze tego uczonego nazwę stadium przedteoretycznego, pierwsza *rewolucja naukowa* zaś pierwszego przełomu teoretycznego, kolejne fazy *paradygmaticzne* odpowiednio kolejnych stadiów teoretycznych, zaś kolejne rewolucje naukowe – przełomów teoretycznych. Kmita, co ważne dla warsztatu historyka nauki, podkreśla, że wymienione stadia należy odnosić nie do całokształtu praktyki naukowej i nauki, lecz do poszczególnych ich dyscyplin i specjalności z osobna wziętych. Autor rzeczonyj koncepcji zwraca uwagę, zgodnie z doświadczeniami historyka nauki, że nie da się żadną miarą zsynchronizować ze sobą tych stadiów, gdy weźmie się pod uwagę ich całokształt; każda dyscyplina czy specjalność ma więc własną historię. Przełom teoretyczny dokonywałby się w taki sposób, że konstytuowałaby się w jego ramach relacja łącząca ze sobą dwa stadia przedzielone stadium przełomu. Nadano jej nazwę *korespondencji istotnie korygującej*. Korespondencja bez tego ostatniego określenia, zwana *eksplanacyjną* oznacza taką relację między dwoma kolejnymi systemami wiedzy naukowej, gdzie teoria wcześniejsza dałaby się traktować jako szczególny przypadek teorii późniejszej. Sytuacja ta, często spotykana w dziejach nauki, nie ma jednak nic wspólnego z rewolucją naukową, czy jak chce Kmita, z przełomem teoretycznym. *Korespondencja istotnie korygująca* oznacza zaś taką relację pomiędzy dwoma systemami wiedzy naukowej, przedzielonymi przełomem teoretycznym, gdzie: 1. są one „niewspółmierne” pojęciowo, zatem następny system nie wyjaśnia poprzedniego, różne typy nauki regulują praktyki naukowe

produkujące owe systemy wiedzy; 2. zachodzi między nimi następujący związek: a. skorygowana w sposób istotny wiedza naukowa pozwala wyjaśnić efektywność technologiczną wiedzy korygowanej przez nią, a nawet określić granice tej efektywności; b. owa wiedza istotnie skorygowana ma szerszy zakres efektywnych zastosowań technologicznych oraz jest dokładniejsza w tych zastosowaniach. Co więcej, Kmita stawia tezę, że niektóre koncepcje filozoficzne zdają sprawę ze stanu nauki regulującej w trybie subiektywno-racjonalnym kolejne jej stadia. Koncepcja pozytywistyczna byłaby więc właściwa dla stadium przedteoretycznego, hipotezystyczna dla stadium przełomu teoretycznego, a tzw. konwencjonalistyczna dla stadium teoretycznego².

Poznański metodolog ukazał związki pomiędzy koncepcją Znanieckiego, a teorią *paradygmatów*. „Rezultaty praktyki badawczej danego okresu historycznego, w szczególności teorie naukowe wyposażone są w określony *społeczny współczynnik humanistyczny*. – pisał – [...] Składa się nań aktualna społeczna świadomość metodologiczna oraz akceptowane na jej gruncie dotychczasowe rezultaty badawcze.[...] Poza tego rodzaju zlokalizowanym historycznie współczynnikiem humanistycznym teoria naukowa nie istnieje jako społeczny twór kultury. Oczywiście społeczna świadomość metodologiczna ulega zmianom rozwojowym, odpowiednio metodologiczno – teoretyczne współczynniki humanistyczne następujących po sobie teorii różnią się od siebie niejednokrotnie w sposób radykalny. Jeżeli przeto zakłada się możliwość uniwersalnego, ponadczasowego porównywania logiczno – „empirycznego” poszczególnych teorii, to jest to przejaw ahistoryzmu w traktowaniu owej świadomości metodologicznej. [...] Tak więc ci wszyscy, którzy nie zdają sobie sprawy z faktu, że teoria naukowa jest określonym obiektem kulturowym z uwagi na odpowiedni *współczynnik humanistyczny*, a tym bardziej z faktu, że ów współczynnik ukonstytuowany jest przez zmienny historycznie obszar świadomości społecznej, po prostu abstrahują akceptowane przez siebie (niekiedy w trybie czysto indywidualnym) normy i dyrektywy metodologiczne. W gruncie rzeczy zatem głównym osiągnięciem T.S. Kuhna jest wprowadzenie własnego terminu „*paradygmat*” dla metodologiczno – teoretycznego *współczynnika humanistycznego* kolejnych stadiów rozwoju wiedzy naukowej oraz podkreślenia jego roli jako społeczno-subiektywnej bazy wykrystalizowania się standardu „naukowości”. [...] *Paradygmat* konstytuuje się w świadomości społecznej dzięki temu, że akceptuje go większość uczonych motywowanych przez najrozmaitsze okoliczności indywidualne: poglądy metafizyczne, momenty biograficzno-osobowościowe, odczucia estetyczne itp.”³.

Porównanie przez poznańskiego metodologa obu koncepcji wydaje się mieć dla historyka nauki pewne znaczenie. Powinien on zdawać sobie sprawę z istnienia wymienionych uwarunkowań oraz konsekwencji posługiwania się pojęciami współczesnego *paradygmatu* w odniesieniu do przeszłości. A przecież nie zawsze tak się dzieje, choć stwierdzenie o przynależności nauki do obszaru kultury należy do prawd banalnych. Przyjęcie proponowanej przez Znanieckiego perspektywy

badawczej pozwoli też historykowi czerpiącemu inspiracje z *teorii paradygmatów* wykorzystać pokrewną kategorię metodologiczną do studiów nad wczesnymi etapami rozwoju wiedzy, do których koncepcja Kuhna nie ma zastosowania. Poszerza on w ten sposób znacznie obszar swoich penetracji badawczych.

Precyzyjne określenie takich pojęć, jak „potoczne doświadczenie społeczne”, „stadium przedteoretyczne nauki” oraz warunków jakie muszą spełnić kolejne stadia teoretyczne rozwoju nauki może na gruncie historii medycyny być bardzo pomocne w określeniu momentu przejścia od etapu wiedzy potocznej o zdrowiu i chorobie do etapu przedteoretycznej medycyny pojętej jako nauki. Takie rozróżnienie może mieć kapitalne znaczenie z dwóch powodów.

1. Nigdy w polskiej historiografii medycznej nie określono warunków, od których zależało przejście od stadium wiedzy potocznej do pierwszego stadium wiedzy naukowej, co w języku Kmity oznacza przejście do stadium przedteoretycznej wiedzy naukowej. Za wiedzę naukową przyjęło się wśród polskich historyków medycyny uważać te elementy wiedzy różnych epok historycznych, które są zgodne ze współczesnym *paradygmatem* medycznym. Taka definicja naukowości wiedzy medycznej przy braku wyraźnie zaznaczonej linii demarkacyjnej powoduje zarzuty o ahistoryczność ujęcia. Jego zwolennicy zaś podnoszą konieczność przyjęcia takiej właśnie, jako jedynej możliwej, perspektywy porównawczej. Z drugiej strony, historycy medycyny nie ograniczają swoich dociekań do tak zarysowanego pola, a więc związanego z nowożytnym ideałem wiedzy. Posługując się w swojej ocenie współczesnymi sobie ustaleniami penetrują okresy historyczne i cywilizacje odległe od kulturowych źródeł współczesnej wiedzy medycznej. Przy takiej perspektywie badawczej bardzo trudno o wyznaczenie niekwestionowanej granicy pojawienia się cechy naukowości w wiedzy medycznej. Istotną wadą takiego ujęcia jest też wartościowanie rodzajów wiedzy medycznej. Kmita w miarę możliwości próbuje uniknąć takiej sytuacji. Studia nad praktyką naukową i sterującą nią świadomością metodologiczną, interpretowane z tej pozycji, nie preferowałyby żadnego z kierunków medycznych niezależnie od stopnia ich zgodności ze współczesnym *paradygmatem* medycznym. To bardzo ważny moment, zawieszony bowiem zostałyby spory pomiędzy historykami patrzącymi na dzieje medycyny przez pryzmat ideału wiedzy danej epoki a lekarzem sięgającym, jak wspomniano, do perspektywy współczesnej medycyny. Kmita zresztą, jak wspomniano wcześniej, udatnie wiąże pojęcie *paradygmatu* z koncepcją *współczynnika humanistycznego* Floriana Znanieckiego, co z kolei pozwala na włączenie tego ostatniego pojęcia w krąg zainteresowań *teoretycznej historii nauki*.

2. Sprecyzowanie pojęć doświadczenia potoczno, stadium przedteoretycznego i teoretycznego nauki jest ważne z jeszcze jednego powodu. Likwiduje bowiem drugie poważne nieporozumienie. Dotyczy ono samego pojęcia stadium przedteoretycznego nauki, które jest postrzegane niekiedy jako nonsens, gdyż banalnym jest stwierdzenie, iż nie ma przypadkowych, nie powiązanych ze sobą jakąś koncepcją faktów. Nieporozumienia polega, moim zdaniem, na tym, że

pomyleniu uległy interpretacja faktów z punktu widzenia koncepcji choroby będącej kategorią kultury, z porządkowaniem, systematyzowaniem potocznego doświadczenia, lecz nie przekraczaniem jego horyzontów przez uczonych danej epoki. W tym pierwszym przypadku mielibyśmy tutaj raczej do czynienia z koncepcją *współczynnika humanistycznego* Znanieckiego w odniesieniu do wiedzy. Źródłem owej kontrowersji jest przekonanie niektórych historyków medycyny, iż uświadomienie sobie przez ludzi najprostszych związków pomiędzy faktami typu przyczyna – skutek, nie mówiąc już o bardziej złożonych powiązaniach, jest już pewnego rodzaju podejściem teoretycznym. Oczywiście przy takim założeniu można by mówić o teoretycznych podstawach doświadczenia potocznego, jawnie się to jednak kłóci z założeniami *teoretycznej historii nauki* Kmity. Rozumie on potoczne doświadczenie jako powszechnie respektowaną w danej dziedzinie wiedzę „technologiczną”. Nauka zaś nosi charakter przedteoretyczny gdy nie traktuje potocznego doświadczenia jako systemu wyobrażeń, których skuteczność technologiczna, w naszym przypadku terapeutyczna, da się rozwiązać dopiero poza horyzontem epistemologicznym potocznego doświadczenia⁴. Określenia Kmity pozwalają odróżnić fakty empiryczne i ich związki o charakterze kulturowym, a więc będące częścią „wizji świata i człowieka”, od struktury wiedzy, która choć przedteoretyczna, nosi już cechy wiedzy naukowej, uporządkowanej, eliminującej niektóre elementy doświadczenia potocznego i tworzącej pewien spójny wewnętrznie system. Rozróżnienie takie może być dla historyka nauki niezwykle użyteczne, gdy zechce on zakreślić obszar swojej penetracji naukowej tylko do tej dziedziny kultury symbolicznej, którą określa się mianem nauki, poza obrębem swojego zainteresowania pozostawiając inne systemy wiedzy.

Historyk medycyny często zwraca swoją uwagę w kierunku wiedzy potocznej dotyczącej zdrowia i choroby. Interesuje go więc nie tylko wiedza o charakterze naukowym. Społeczno-regulacyjna koncepcja kultury, odnosząca się także do różnego rodzaju wiedzy, dostarcza tutaj także niezbędnych narzędzi. Rozgraniczenie pomiędzy potocznym doświadczeniem i regulującą je wiedzą, a nauką w stadium przedteoretycznym należałoby do narzędzi fundamentalnych. Niewspółmierność kolejnych teoretycznych faz rozwoju nauki z horyzontem poznawczym potocznego doświadczenia i fazy przedteoretycznej nauki może być pomocna w interpretacji społecznej akceptacji nie aprobowanych przez medycynę akademicką nurtów terapeutycznych czy też braku społecznej akceptacji treści wypracowanej przez instytucje naukowe. Gdyby dokonać np. analizy nurtów lecznictwa niekonwencjonalnego, okazałoby się zapewne, iż znajdują się one na poziomie doświadczenia potocznego bądź w stadium przedteoretycznym, nie przekraczającym horyzontu poznawczego doświadczenia potocznego. Oczywiście sama konstatacja historyka nauki, iż znajdująca się w stadium przedteoretycznym dyscyplina naukowa znajduje łatwiej kontakt z wiedzą potoczną jest dopiero początkiem drogi badawczej.

Przyjęcie tego typu założeń mogłoby okazać się przydatne w analizie transformacji teorii (doktryn) medycznych i określeniu stadium rozwoju danej dyscypliny medycznej. Ujęcie *paradygmatyczne* zagadnienia mogłoby odpowiedzieć na wiele pytań, związanych z barierami recepcji idei medycznych na różnych obszarach i w odmiennych kręgach kulturowych. Przydatne okazałoby się też zapewne dostrzeżenie wieloparadygmatyczności medycyny w niektórych okresach jej rozwoju i wpływające stąd ograniczenia wzajemnych oddziaływań wielu kierunków medycznych. W takim przypadku ogromnie ważne dla historyka nauk medycznych jest traktowanie przedmiotu badań w kategoriach subiektywnej racjonalności. Koncepcja Kmity umożliwia analizę rozmaitych *paradygmatów* medycznych traktowanych jako konstrukty kulturowe, bez odwoływania się do pozytywistycznej kategorii „prawdy”. Jest to bowiem największa, jak można sądzić, bariera w studiach nad przenikaniem idei medycznych w różnych okresach historycznych. Owa „prawda” wywodzi się z reguły z jednego spośród wielu *paradygmatów* medycznych, inne wartościując negatywnie. A skoro tak, to tylko niektóre rodzaje wzajemnych wpływów interesują tradycyjnie nastawionego historyka medycyny. Obraz tak skonstruowany jest jednak bardzo jednostronny. Założenia *teoretycznej historii nauki* Kmity umożliwiają wyjście z tego zakłętego kręgu.

Historyk medycyny częściej będzie wykorzystywał istotę *korespondencji eksplanacyjnej* niż istotnie korygującej ze względu na charakter doktryn i teorii medycznych. Bardziej widoczna z tej perspektywy stanie się konkurencyjność, *wieloparadygmatyczność* różnych nurtów terapeutycznych o odmiennych założeniach terapeutycznych. Jedna z wielu uzyskuje w danym okresie historycznym dominującą pozycję. Wówczas dopiero można zastosować wyjaśnianie przy pomocy koncepcji *korespondencji istotnie korygującej*. Ważnym momentem jest podkreślenie przez Kmitę faktu, iż „niewspółmierność” logiczna i pojęciowa nie wyklucza innych związków pomiędzy konkurencyjnymi teoriami i doktrynami, w tym przypadku medycznymi, co jest zgodne z doświadczeniami historyka.

Teoretyczna historia nauki zawiera dwa kapitalne dla historyka medycyny momenty:

1. Zakłada ona, że nauka jest uwarunkowana funkcjonalnie, co w przypadku historii medycyny przekłada się na potrzeby terapeutyczne danego okresu historycznego, wyrażające określone oczekiwania wobec przyszłych rozwiązań teoretycznych, sterujących badaniami medycznymi. Technologiczna, definicyjna w rozumieniu Kmity, cecha nauki domaga się bowiem od niej odpowiedniej efektywności. Podkreślana przez Kmitę potrzeba efektywności, w naszym przypadku terapeutycznej, jest przez historyków medycyny mocno akcentowana jako element weryfikujący poszczególne koncepcje terapeutyczne. Wydaje się, że ten fragment *teoretycznej historii nauki* wychodzi na przeciw oczekiwaniom niektórych historyków medycyny. Szczególnie, że pozwala stopniować to zjawisko, ukazać w jakim stopniu niedostatek wiedzy ogranicza, lub w skrajnym przypadku uniemożliwia, skuteczny proces terapeutyczny.

2. Drugim niesłychaniem ważnym ogniwem koncepcji Kmity jest uwarunkowanie subiektywno-racjonalne myśli naukowej. Na gruncie historii medycyny oznacza to, że doktryny i teorie medyczne, sterujące postępowaniem terapeutycznym, będą przez historyka medycyny rozpatrywane z punktu widzenia obowiązującego w danym okresie historycznym w środowiskach medycznych ideału wiedzy, a nie poglądów terapeutycznych historyka. Ta ostatnia refleksja wydaje się mieć swoją wagę w świetle faktu, iż ogromna większość polskich historyków medycyny to lekarze oceniający dzieje medycyny z punktu widzenia wymagań współczesnego *paradygmatu*. Propozycja Kmity pozwala uniknąć niedogodności polegających na tym, że historyk oceniający przeszłość przy pomocy współczesnych kategorii w gruncie rzeczy przyjmuje ahisteryczną perspektywę. Nie pozwala to zrozumieć mechanizmów przemian, a tylko określić stopień zgodności ze współczesną wiedzą. To ostatnie nie jest jednak zadaniem historyka, choć lekarz zainteresowany przeszłością swojej dyscypliny może wykorzystać tę perspektywę np. dla kształcenia młodych adeptów zawodu. Kmita bowiem mocno akcentuje fakt, iż *teoretyczna historia nauki* nie wartościuje niczego z punktu widzenia kryterium wiarygodności poznawczej historycznie powstającej wiedzy, nie ustosunkowuje się więc wartościująco-epistemologicznie do poszczególnych faz rozwoju nauki czy do występujących w ramach tych faz ideałów prawdy, maksymalnego prawdopodobieństwa prawdy, albo też przybliżenia do prawdy, stara się tylko zrekonstruować w trybie subiektywno-racjonalnym owe ideały. Perspektywa współczesnego ideału wiedzy medycznej, często używana przez polskich historyków medycyny, wiąże się z tym czego Kmita pragnie uniknąć – dokonywania ocen wartościujących ze współczesnego punktu widzenia, które powodują nierównomierne traktowanie przez historyka różnych kierunków terapeutycznych. Miernikiem owego zróżnicowania jest stopień rozbieżności z korzeniami współczesnego historykowi ideału wiedzy medycznej. To poważna wada w postępowaniu badawczym historyka nauki i propozycja Kmity pozwala jej uniknąć.

Zastosowanie *teoretycznej historii nauki* umożliwia podjęcie badań nad zagadnieniem przeistaczania się potocznego doświadczenia terapeutycznego o empirycznym charakterze w koncepcje teoretyczne, początkowo zgodne z poziomem tegoż doświadczenia, a z czasem przekraczające jego horyzonty, a więc w różnorodne teorie i doktryny. Ze względu na empiryczny charakter medycyny rozróżnienia takie są bardzo istotne. Wielu współczesnych historyków medycyny uważa argumenty empirycznego potwierdzenia skuteczności koncepcji teoretycznych za rozstrzygające o ich racjonalności. Rozpatrując z tego punktu widzenia zadania stojące przed polską historiografią medyczną, możliwe byłoby zrekonstruowanie takiego procesu dla kształtowania się, dominującego w nowożytnej medycynie europejskiej, redukcjonistycznego, mechanistycznego *paradygmatu* analizującego zjawiska chorobowe na poziomie organu, narządu, tkanki, komórki, unikając negatywnych, wcześniej opisanych, skutków *paradygmatycznych* ujęć historiograficznych. Subiektywno-racjonalny punkt widzenia zapewni tutaj odwołanie się

do zmiennego historycznie ideału wiedzy medycznej wraz z całym jego zapleczem filozoficznym i kulturowym analizowanej epoki, perspektywę funkcjonalną zaś – także zmienne historycznie społeczne potrzeby terapeutyczne. Te ostatnie, zgodnie z modelem Kmity, potężnie inspirowały wymieniony kontekst subiektywno-racjonalny, wymuszając np. w XIX w. powstanie społecznej perspektywy choroby i, w konsekwencji, instytucji medycyny społecznej.

Medycyna społeczna i higiena wykracza poza wąsko pojętą medycynę, gdyż ta ostatnia nie jest w stanie zastąpić niedostatków cywilizacyjnych i nie interesuje się zagadnieniami kulturowej adaptacji pożądanych zachowań zdrowotnych. W gruncie rzeczy obie perspektywy wzajemnie się wykluczają, przyjmując odmienne i „niewspółmierne” wizje „świata i człowieka” oraz ujęcia metodologiczne. „Przyrodnik – pisał dosadnie wybitny polski mikrobiolog i filozof L. Fleck – z reguły nie zauważa zjawisk socjologicznych, niektórym w ogóle nie można ich pokazać. Od rozmyślnego abstrahowania od pewnych postaci, aż do niezdolności spostrzegania ich jest więc przejście ciągłe. Żeby zobaczyć jakąkolwiek określoną postać z jakiejś dziedziny, trzeba być w stanie swoistego pogotowia myślowego, składającego się także z mniej lub więcej przymusowego abstrahowania od możliwości innych postaci”⁵. Ten wpływowy nurt terapeutyczny, jakkolwiek konkurencyjny wobec redukcjonistycznego sposobu myślenia, poddaje się badaniu przy pomocy modelu Kmity. Można bowiem bardzo wcześnie wykazać wiedzę o społecznych konsekwencjach niektórych chorób na poziomie doświadczenia potocznego, fazy przedteoretycznej, którą reprezentują pierwsze podręczniki polskiej lekarskiej oraz kolejne fazy teoretyczne higieny i medycyny społecznej. Wydaje się, iż wykorzystanie analizowanej perspektywy teoretycznej pozwoliłoby także precyzyjnie odróżnić powstanie dyscypliny o nazwie medycyna czy też higiena społeczna od potocznych doświadczeń będących wynikiem podejmowanej w przeszłości ochrony skupisk ludności przed chorobami o charakterze epidemicznym. Uwarunkowania kulturowe i społeczne, które odciskają swoje piętno na medycynie społecznej umożliwiają wykorzystanie, wchłoniętej przez Kmitę, koncepcji *współczynnika humanistycznego* Floriana Znanieckiego. „Zajmując się uznanymi i stosowanymi przez nich systemami wiedzy musi zrezygnować z własnych sprawdzianów poznawczych” – pisał o podejściu badacza do wiedzy w różnych kulturach Znaniecki – „Stosować musi tę zasadę bez względu na to czy wiedza, o którą chodzi, jest techniczna, normatywna czy teoretyczna, teologiczna, metafizyczna czy empiryczna, dedukcyjna czy indukcyjna, fizykalna czy humanistyczna – bez względu na to czy systemem uważanym przez ludzi za prawdziwy będzie fizyka Talesa, Demokryta, św. Tomasza, Newtona czy Einsteina, biologia Arystotelesa czy Darwina, psychologia platońska czy behawiorystyczna”⁶. Jeżeli uczyony przyjmuje punkt widzenia współczesnej metodologii nauk, występuje wtedy jako normatywny filozof wiedzy, nie zaś jako przedstawiciel nauk o kulturze⁷.

Ekspozycja przez Kmitę doświadczenia potocznego oraz wykorzystanie koncepcji *współczynnika humanistycznego* staje się niezwykle użyteczne z tego

głównie powodu, iż historyk medycyny ma do czynienia z różnymi typami wiedzy medycznej, którym nie przysługuje status wiedzy naukowej, a nie może pominąć ich w swoich rozważaniach. Dotyczy to w znacznej mierze wiedzy nie akceptowanej przez nowożytny ideał wiedzy medycznej. Badacz przyjmujący perspektywę *teoretycznej historii nauki* będzie równie zainteresowany studiowaniem ich rozwoju, a ewentualne oceny dotyczyłyby tylko strony funkcjonalnej.

Można wyróżnić następujące źródła współczesnego lecznictwa nie akceptowanego przez nowożytny ideał wiedzy medycznej:

- nurty terapeutyczne powstałe w łonie medycyny akademickiej, lecz nigdy przez nią w pełni nie akceptowane (np. mesmeryzm, homeopatia);
- nurty terapeutyczne pochodzenia plebejskiego (np. wodolecznictwo);
- lecznictwo ludowe, ograniczające zasięg oddziaływania do kultury chłopskiej;
- próby adaptacji na obszarze Europy pozaeuropejskich technik leczniczych.

Oczywiście status teoretyczny kierunków leczniczych należących do poszczególnych grup jest odmienny. Zaliczane do grupy pierwszej będą pretendowały do statusu naukowego. I choć nigdy go w swojej historii w pełni nie osiągną, będą jednak uważane za kierunki paranaukowe. Także niektóre z kierunków leczniczych pochodzenia pozaeuropejskiego będą usiłowały podążać tą drogą (akupunktura). Znajdą się one z czasem w sytuacji zbliżonej do takich nurtów terapeutycznych, jak mesmeryzm (później: bioenergoterapia) czy homeopatia. Pozostałe, nie osiągając nigdy rangi doktryn akademickich, spotykały się przecież z reakcją środowisk naukowych. Ze względu na upowszechniającą się w XIX wieku anatomo-patologiczną koncepcję choroby i redukcjonistyczny model medycyny były to jednak reakcje krytyczne. Odnotowane fakty uzdrowień nie mogły być tutaj wystarczającym argumentem. Decydowała tradycja naukowa i obowiązujące teorie naukowe. Model Kmity umożliwia bardziej precyzyjne rozróżnienia stadiów teoretycznych poszczególnych nurtów, uwzględnienie stopnia ich funkcjonalności oraz, przy pomocy m.in. *współczynnika humanistycznego*, przyjęcia perspektywy subiektywnej racjonalności każdego z nich. Taka procedura umożliwiłaby dokonywanie porównań oraz ocenę możliwości wzajemnych wpływów. Owe porównania stają się dla historyka medycyny szczególnie interesujące gdy spełnione zostaną następujące warunki:

- weźmiemy pod uwagę tylko te nurty terapeutyczne, które powstały w okresie narodzin, obowiązującego w zasadniczym kształcie do dziś, *paradygmatu* anatomo – patologicznego medycyny, a które następnie;
- pozostawały w opozycji do medycyny akademickiej, a przynajmniej swoją postacią wywoływały liczne kontrowersje w środowiskach naukowych;
- nigdy nie zostały w pełni przez nauki medyczne zaakceptowane;
- charakteryzują się znacznym stopniem akceptacji w nieelitarnych kręgach społeczeństwa.

Możliwe stałoby się wówczas wzajemne porównanie według modelu *teoretycznej historii nauki* wielu nurtów terapeutycznych, działających w czasie ostatnich dwustu lat oraz ich zgodności z obowiązującym ideałem wiedzy medycznej. Jest to zgodne z poglądem twórcy modelu, iż nie odnosi się on do całej historii nauki lecz tylko do poszczególnych dyscyplin, w naszym przypadku terapeutycznych. Jednakże przyjąwszy założenia Kmity łatwiej będzie dostrzec *wieloparadygmatyczność* medycyny. Szczególnie, że uczony ten zakładając za Kuhnem „niewspółmierność” logiczną poszczególnych teorii nie wyklucza innych związków pomiędzy nimi, w szczególności akceptując możliwość wyjaśnienia efektywności wiedzy naukowej o charakterze przedteoretycznym przez wiedzę naukową znajdującą się już w pierwszej fazie teoretycznej, określenia granic efektywności tej pierwszej oraz podkreślając wyższość zakresu oraz dokładność zastosowań technologicznych, używając terminologii Kmity, wiedzy *korygującej*, które kontynuują zastosowania technologiczne korygowanej istotnie wiedzy naukowej.

W charakterze ilustracji dotychczasowych wywodów można posłużyć się przykładem homeopatii, doktryny stworzonej przez S. Hahnemanna na przełomie XVIII i XIX w., która i w dzisiejszej dobie posiada liczne grono zwolenników i opisać ją językiem Kmity i asymilowanych przezeń koncepcji. Odmienne traktuje ona sam proces terapeutyczny głosząc, że konwencjonalna medycyna leczy jedynie konkretną chorobę, a homeopatia chorego człowieka. Jeden z prekursorów współczesnej polskiej homeopatii, J. Łozowski, napisał powołując się na wymienione stwierdzenie: „Posługując się wyłącznie stereotypem myślenia, którego nauczono nas na ławie akademickiej nie jesteśmy w stanie zrozumieć homeopatii. [...] Dlatego należy przyswoić sobie sposób myślenia i wnioskowanie homeopatyczne, rozszerzając w ten sposób wiedzę i wzbogacając siebie o dodatkowy sposób myślenia”⁸. Sama zasada, „niech podobne leczy podobne” jest krańcowo odmienna od stosowanej w medycynie akademickiej. Stosuje się lek pojedynczy w odpowiednim rozcieńczeniu. Celem homeopatii jest, jak głosi definicja, kierowanie regulacyjnymi procesami zdrowienia za pomocą jednego leku, odpowiadającego charakterystycznemu sposobowi reakcji każdego chorego. Lek jako całość, a nie tylko jego związki czynne, oddziałuje na organizm jako specyficzny bodziec. Jest on w społeczności homeopatów opisywany za pomocą nie stosowanej gdzie indziej symboliki. Wymienione elementy wskazują na specyficzną wizję nauki medycznej, procesu terapeutycznego, roli leku, w znacznym stopniu „niewspółmierne” w stosunku do ich akademickich odpowiedników. Wielu wybitnych przedstawicieli tego kierunku trafiło w krąg jego oddziaływania poprzez swoje „nawrócenie”. W literaturze przedmiotu fakt ten jest podkreślany bardzo wyraźnie. Przedstawiciele tego nurtu zwracają też uwagę, że nie można zgłębić tajników rzeczonej dyscypliny nie przyswoiwszy sobie wpiern związanej z nią filozofii, a więc systemu wartości i „wizji świata i człowieka”. Funkcjonowanie towarzystw, czasopism, zorganizowanych form kształcenia adeptów, a nawet uregulowań prawnych wskazuje na istnienie zwartej społeczności zwolenników tej

doktryny. Dystans, z jakim odnoszą się do niej środowiska związane z medycyną akademicką, jest dodatkowym argumentem na rzecz „paradygmatyczności” tego zjawiska. Chęć uzyskania akceptacji danej doktryny wywołuje niekiedy próby uzasadnienia jej przydatności przy pomocy kryteriów teorii powszechnie uznawanej, ale konkurencyjnej. Na ogół nie jest to w pełni możliwe właśnie ze względu na wspomnianą „niewspółmierność”.

Owa wynikająca z *teorii paradygmatów* „niewspółmierność” konkurencyjnych poglądów, choć nie może być traktowana w kategoriach całkowitej niemożności porozumienia się, ogromnie utrudnia „interparadygmatyczne” dyskusje. Pod adresem homeopatii kierowane są zarzuty braku powszechnie przyjętego mechanizmu działania, a więc podstaw naukowych w rozumienia *paradygmatu* medycyny akademickiej, nie wyjaśnionych zasad aktywności roztworów ultra molekularnych i braku naukowych dowodów działania. Podejmowane próby badań klinicznych, opartych o metodykę badań medycyny alopacyjnej, miały być na nie odpowiedzią. Jednakże stosowane metody nie spełniały oczekiwań metodologicznych albo zwolenników, albo przeciwników homeopatii. Metoda typu jedna jednostka chorobowa – jeden lek, uwzględniająca grupę badaną i kontrolną (placebo) nie uwzględnia m.in. homeopatycznej zasady indywidualnego doboru leku. Jeżeli, w takich samych warunkach badawczych, pacjenci cierpiący na daną chorobę są wcześniej selekcyonowani pod kątem wskazań do zastosowania danego leku homeopatycznego, można jako wadę metody wskazać subiektywizm dokonującego wyboru lekarza – homeopaty. Także w przypadku zalecenia przez homeopatę dowolnego leku, który, lub placebo, jest przyjmowany przez pacjenta, wynik końcowy zależy od osobistej wiedzy i doświadczenia terapeuty. Stosowana też w badaniach klinicznych metoda *cross-over* polega na tym, że pacjenci z dwóch grup otrzymują przez dwa kolejne okresy lek homeopatyczny, a potem placebo, lub na odwrót. Jednak metoda sprawdza się tylko dla leków krótko działających, podczas gdy w homeopatii charakterystyczne jest długofalowe działanie leku. Może się bowiem zdarzyć, że pacjent otrzymujący najpierw lek homeopatyczny, a potem placebo, będzie się czuł dobrze także w tym drugim okresie, choć będzie to rezultatem leczenia z okresu poprzedniego. Jest to tzw. efekt przeniesienia. Okazało się zatem, że badania kliniczne w świetle odmiennej perspektywy metodologicznej nie były w stanie rozstrzygnąć wątpliwości⁹. Potwierdziła się teza Kuhna. „Każdy *paradygmat* – pisał – w mniejszej lub większej mierze spełnia kryteria jakie sam sobie stawia i nie może sprostać tym, które narzuca mu stanowisko konkurencyjne”¹⁰. Porozumienie nie okazało się więc możliwe. Z tego też powodu homeopatia jest postrzegana współcześnie, i to zarówno przez naukowców jak przez szerokie warstwy społeczeństwa, częściej jako tzw. *paranauka*, a więc zjawisko zbliżone do nauki, co do jej zewnętrznych form, lecz nie spełniające wszystkich stawianych nauce wymogów.

Rzecz w tym, że wiedza o tego typu terapii znana była na wiele stuleci przed Hanemannem. Środki, które w dużych dawkach wywoływały chorobę, a w małych

ją leczyły zalecał już Hipokrates, Paracelsus i wielu innych. Na podobnej zasadzie oparte zostały szczepienia ochronne. Wspólne też im było przekonanie, że właściwa terapia zmierza do regulacji sił życiowych organizmu, a nie naprawy konkretnego organu. Wiedza ta była więc oparta na doświadczeniu potocznym. Sam twórca homeopatii uważał się po prostu za tego, który skodyfikował odwieczne prawa natury, a nie za twórcę teorii. Można więc uznać, że koncepcja jego pozostawała w fazie przedteoretycznej, łącząc w spójny system elementy wcześniejszego doświadczenia potocznego. Prosty, logiczny i odwołujący się do popularnych poglądów filozoficznych z pewnością nie przekraczał horyzontu potocznego doświadczenia. Badaczka XIX-wiecznych doktryn medycznych, Bożena Płonka-Syroka zwraca uwagę, że „szkolna filozofia Wolffa utorowała w pewnym sensie drogę szerokiej recepcji prostych, schematycznych i z dogmatyczną pewnością głoszonych poglądów Browna [...] Hanemanna i Mesmera”¹¹.

O tym, iż przez długi czas homeopatia była bliższa potocznemu doświadczeniu niż tym dyscyplinom medycznym, które wcześniej osiągnęły fazę teoretyczną świadczą polskie dzieje koncepcji Hanemanna. Nie będąc doktryną obowiązkową w dydaktyce, przyczyniła się jednak do rozwoju badań nad objawami chorób oraz uzmysłowiła praktykującym ją lekarzom możliwość rezygnacji z wielu zbędnych leków. Pewne znaczenie ma tu zapewne to, iż praktykujący ją, często w prowincjonalnych ośrodkach, lekarze nie mieli związku ze środowiskiem akademickim, nie byli więc partnerami w dyskusji z profesorami uniwersytetów. Krytykowana, jako bardzo już przestarzała, była witalistyczna, a więc niematerialistyczna, koncepcja choroby i leku. Cios poglądom propagujące teorie „siły życiowej” zadał już w 1828 r. Fryderyk Wöhler, otrzymując sztucznie ciało organiczne – mocznik. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego stulecia pogląd, że w organizmach żywych występuje jakaś „siła”, nieobecna w przyrodzie nieożywionej, powodująca powstanie np. tłuszczów, cukrów i substancji zawierających węgiel itp. i mogąca wpływać na proces terapeutyczny, należał już do przeszłości. Doświadczenia homeopatów nie miały więc teoretycznego zaplecza. Co więcej, tzw. pierwotne pogorszenie, stanowiące część homeopatycznego procesu terapeutycznego oraz stłumienie objawów choroby pierwotnej przez inną powodowało, zdaniem krytyków, każdorazowe potwierdzenie diagnozy lekarza, a więc niemożność stwierdzenia poprawności postępowania lekarskiego. Koncepcję Hahnemanna traktowano już tylko jako doktrynę historyczną. Wydawało się, że zniknie z obszaru nauk medycznych, jak tyle innych, uważanych za ślepe uliczki rozwoju medycyny. Niektórzy lekarze drugiej połowy XIX w. podejmowali się jednak, pomimo niekorzystnej opinii środowisk akademickich, a nawet zakazów prawnych, leczenia homeopatycznego. Uprawniały ich do tego zachęcające, ich zdaniem, wyniki prowadzonych terapii oraz niskie koszty leczenia. Niezbędną wiedzę musieli jednak zdobywać drogą samokształcenia, poza regularnym tokiem studiów.

Inaczej rzecz się miała z potoczną recepcją homeopatii na ziemiach polskich. Będzie ona stopniowo wzrastała, grono zwolenników homeopatii rzadko jednak

będzie obejmować przedstawicieli świata medycyny. Krzewieniu tej doktryny poświęcały swoją uwagę pisma popularnonaukowe. Niektóre jej elementy, choć raczej w formie karykatury idei, przedostawały się nawet do kultury ludowej. Etnografowie w latach późniejszych często napotykali je, badając ludową tradycję leczenia. Można domniemywać, że filozoficzne podstawy homeopatii i wynikająca z nich koncepcja choroby i leczenia były bardziej zgodne ze społeczną „wizją świata i człowieka”, niż z obowiązującym modelem nauk medycznych. Grono entuzjastów – samouków wywodziło się głównie z inteligencji i ziemiaństwa. Znaczącego poparcia udzielały homeopatii m.in. rody kresowej arystokracji polskiej: Platerów, Tyszkiewiczów, Kierbiedziów. W 1892 r. powstało w Warszawie Towarzystwo Zwolenników Homeopatii. Ważną rolę w jego utworzeniu odegrali pacjenci, rekrutujący się z grona wyższych urzędników państwowych, jednym z inicjatorów i pierwszym prezesem był gen. Stanisław Kierbiedź. W 1894 r. otwarta została apteka Towarzystwa. Charakterystyczne jest jednak, że głównego celu – założenia szpitala homeopatycznego – nie udało się osiągnąć. Prowadzono natomiast energiczną działalność popularyzatorską, m.in. w latach 1901–1907 wydawano miesięcznik „Lekarz-Homeopata”. Wznowiony został, jako kwartalnik, dopiero w 1932 r. i ukazywał się do wybuchu II wojny światowej¹². Popularność homeopatii w społeczeństwie polskim z jednej strony i odcięcie się od niej przeważającej części środowisk medycznych z drugiej sprawiły jednak, że po ten typ terapii zaczęły sięgać, z powodów wyłącznie materialnych, osoby całkowicie do tego nie przygotowane. I choć praktyki, poza szyldem, z systemem Hahnemanna miały najczęściej niewiele wspólnego, wyrządziły homeopatii ogromną szkodę – zjawiska te utożsamiano ze sobą.

Początek XX w. przyniósł modyfikację doktryny Hahnemanna. Zrezygnowano z zasady mówiącej o niematerialnym mechanizmie oddziaływania leków homeopatycznych, wprowadzając w to miejsce prawo Armdta-Schulza (słabe i średnie bodźce wzmacniają zjawiska biologiczne, silne osłabiają, a bardzo silne paraliżują). Wskazano na działanie śladowych ilości niektórych preparatów stosowanych w medycynie (np. witaminy B₁₂, niektórych metali), a uodpornienie za pomocą antytoksyn czy szczepionek oraz leczenie bodźcowe porównano do zasady *similia similibus curantur*. Także późniejszy rozwój matematyki, a szczególnie teorii chaosu, i innych nauk przyrodniczych dostarczył zwolennikom homeopatii pewnych argumentów. To wówczas, mówiąc językiem Kmity, homeopatia przekroczyła próg fazy teoretycznej i mogła się zmierzyć z innymi teoriami medycznymi. W opisanej sytuacji poręczniejsze wydaje się pojęcie *korespondencji istotnie korygującej*, w ramach określonego ideału wiedzy medycznej, niż totalnej *rewolucji naukowej* proponowanej przez Kuhna. Historyk nauki ma przecież częściej do czynienia ze zmianą podstaw teoretycznych poszczególnych dyscyplin przy zachowaniu pewnych ogólnych założeń. Autor *teoretycznej historii nauki* podkreśla zresztą przecież, iż proponowany przez niego model może się odnosić jedynie do poszczególnych dyscyplin naukowych, nigdy zaś do nauki jako całości.

Wskazanie różnych poziomów uteoretycznienia współistniejących w tym samym czasie dyscyplin medycznych pozwoli historykowi medycyny wyjść poza banalne stwierdzenia i nieuprawnione porównania.

Sądzę też, choć Kmita takiej tezy nie stawia, iż koncepcję jego można zastosować do badań nad historiografią medyczną. Byłoby to po prostu przeniesieniem koncepcji *teoretycznej historii nauki* na wyższy poziom. Ponieważ Kmita asymiluje dla swoich potrzeb koncepcję Kuhna, przeto można próbować tu włączyć, stosowane przez badaczy z kręgu Jerzego Topolskiego, koncepcje wykorzystania *teorii paradygmatów* w badaniach historiograficznych. Podobnie jak w przypadku Kmity nie jest ona w pełni „wierna” wobec założeń twórcy *teorii paradygmatów i rewolucji naukowej*. Praktyczne możliwości takiego badania J. Pomorski ukazał analizując *paradygmat „new economic history”*. Odmienność poglądów grupy amerykańskich uczonych młodszego pokolenia na badania historyczne nad dziejami gospodarki, w szczególności zarzut braku wykorzystywania metod kwantytatywnych oraz postulat zbliżenia warsztatu historyka gospodarczego do warsztatu ekonomisty, zapoczątkowały proces kształtowania się nowego *paradygmatu*. Od połowy lat sześćdziesiątych pojawiają się monografie odmiennie od tradycyjnej historiografii gospodarczej postrzegające proces historyczny i metody badań. Wtedy też powstają pierwsze specjalistyczne placówki, kształcące studentów i badaczy w nowym paradygmacie. Wpływy jego reprezentantów obejmą z biegiem czasu coraz większą ilość instytucji i towarzyszy naukowych. Jest to także okres kształtowania się „macierzy dyscypliny”¹³.

Próbie wykorzystania koncepcji Kuhna do badań nad marksistowskim *paradygmatem* badań historycznych na przykładzie powojennej radzieckiej historiografii, dotyczącej problemu powstawania kapitalizmu, podjął poznański badacz G. Zalejko. Izolacja historiografii radzieckiej sprawiła, zdaniem autora, że można tutaj mówić o paradygmacie w każdym znaczeniu tego pojęcia. Za symboliczne generalizacje uznał prawa dialektyki, uznawane przez większość badaczy za abstrakcyjne opisy prawidłowości zachodzących w realnym świecie oraz sentencje klasyków marksizmu – leninizmu o świecie i mechanizmach jego rozwoju. Na przekonania metafizyczne składa się konkretyzacja najogólniejszych praw dialektyki (np. prawo postępującego rozwoju sił wytwórczych czy walki klasowej), model człowieka kierującego się zawsze materialnym interesem swojej klasy oraz przekonanie o materialnej naturze świata i podporządkowaniu sferze materialnej wszystkich zjawisk świadomościowych. W sferze wartości autor wskazuje m.in. na pogląd o obiektywistycznym i pragmatycznym charakterze nauki oraz jej funkcjach światopoglądowych¹⁴. „Uświadomienie sobie stopnia zależności radzieckich badań historycznych od *paradygmatycznych* wykładni materializmu historycznego pozwala lepiej zrozumieć same badania i ich wyniki, a także kontekst ideologiczny i metodologiczny” – konkluduje autor.

Wydaje się, że tą, nieco już przetartą drogą, mogłyby podążać np. badania nad polską historiografią nauk medycznych. To nurt o długiej, najdłuższej bodaj

spośród różnych gałęzi historii nauki, tradycji i bogatym dorobku. Sądzę, że posiada wiele „paradygmatycznych” cech. Istnieje np. specyficzne środowisko badaczy, wywodzących się zazwyczaj z kręgu społeczności medycznych, działające w znacznej izolacji od innych środowisk historycznych. Dysponuje ono siecią zakładów naukowych zlokalizowanych najczęściej na Wydziałach Lekarskich i Farmaceutycznych uczelni medycznych, towarzystwem naukowym i własnym czasopiśmie. Historycy nauk medycznych w większym, niż historycy innych nauk, zakresie mają możliwość prowadzenie zajęć dydaktycznych, a więc kształtowania owego „paradygmatycznego” punktu widzenia u następnych pokoleń. Wreszcie uprawiana historia nauk medycznych ma przeważnie konkretny cel: ukształtowanie postaw i systemu wartości pożądaných w środowiskach medycznych oraz kultywowanie tradycji zawodowych. Motyw poznawczy badań na ogół nie znajduje się na pierwszym miejscu. Także metodyka pracy i poglądy na charakter procesu historycznego są różne od stosowanych przez zawodowego historyka, a punktem wyjścia są, z nielicznymi wyjątkami, współczesne badaczowi ustalenia nauk medycznych. Zaobserwować też można znaczny stopień izolacji profesjonalnych badaczy dziejów i historyków medycyny. Owa „wewnątrzmedyczna” perspektywa historyczna znacznie uodparnia historyków medycyny na inne punkty widzenia, co przecież jest także typową cechą *paradygmatu*.

Można, używając wypracowanych przez Kmitę pojęć, mówić o doświadczeniu potocznym historyka, fazie przedteoretycznej lub jakiejś fazie teoretycznej obecnej w historiografii danego okresu. Z punktu widzenia historyka medycyny możliwość takiego zastosowania *teoretycznej historii nauki* byłaby szczególnie kusząca gdyby obronić tezę o związku pomiędzy *paradygmatycznym* charakterem medycyny i takimż charakterem związanej z nią historiografii.

Zaprezentowana w niniejszym szkicu garść refleksji z całą pewnością nie wyczerpuje tematu, nie wspominając np. o granicach zastosowania modelu Kmity. Wbrew werbalnym oświadczeniom niewiele pisze on na temat mechanizmów przemian wiedzy. Historyk nie może jednak oczekiwać od filozofa nauki precyzyjnego narzędzia badawczego, a jedynie inspiracji. Narzędzie musi zbudować sobie sam. Kmita oddaje do rąk historyka nauki model precyzujący określenia i warunki, jakim podlegają poszczególne stadia rozwoju wiedzy i nauki. Historyk może wypełnić je treścią i uzupełnić. Może także odrzucić, gdy uzna, że model nie opisuje dostatecznie precyzyjnie badanych przezeń zjawisk. Sądzę jednak, że koncepcja *teoretycznej historii nauki* warta jest rozważenia.

Przypisy

¹ J. K m i t a : *O kulturze symbolicznej*. Warszawa 1982.

² G. B a n a s z a k , J. K m i t a : *Spoleczno-regulacyjna koncepcja kultury*. Warszawa 1994 s. 89–114. Część tej książki pióra Jerzego Kmity pt. *Nauka jako dziedzina kultury*

symbolicznej stała się podstawą dla niniejszych rozważań. Tam zawarł Kmita zasadnicze założenia swojej koncepcji *teoretycznej historii nauki*.

³ J. K m i t a : *Szkice z teorii poznania naukowego*. Warszawa 1976 s. 113–114 i 121.

⁴ A. P a ł u b i c k a : *Przedteoretyczne postaci historyzmu*, Warszawa-Poznań 1984 s. 6..

⁵ Z. C a c k o w s k i cytuje ten pogląd L. Flecka z 1937 r. w pracy pt. *Epistemologia Ludwika Flecka*. „*Studia Filozoficzne*” 1982 s. 73.

⁶ F. Z n a n i e c k i : *Spółeczna rola uczonego* (1940). W: F. Z n a n i e c k i : *Spółeczne role uczonych*. Warszawa 1984 s. 286–287.

⁷ F. Z n a n i e c k i : *Spółeczne role uczonych a historyczne cechy wiedzy*. W: *tamże* s. 524.

⁸ J. Ł o z o w s k i : *Zarys homeopatii*. Koszalin 1991 Zakład Wydawnictw Medycyny Naturalnej s. 14.

⁹ B. L i b e r o w i c z - M o r o z : *Przegląd badań klinicznych leków homeopatycznych*. „*Homeo Sapiens. Polski Kwartalnik Homeopatyczny*” 1994 nr 1 s. 17–19.

¹⁰ T. S. K u h n : *Struktura rewolucji naukowych*. Warszawa 1968 s. 126.

¹¹ B. P ł o n k a - S y r o k a : *Recepcja doktryn medycznych przelomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*. Wrocław-Warszawa 1990 s. 16.

¹² B. S p y c h a l s k a : *Zarys historii homeopatii w Polsce*. „*Medycyna Naturalna*” 1991 nr 1–3 s. 27–29

¹³ J. P o m o r s k i : *Paradygmat „New economic history” . Studium z rozwoju nauki historycznej”*. Lublin 1985.

¹⁴ G. Z a l e j k o : *Marksistowski paradygmat badań historycznych. Powojenna historiografia powstawania kapitalizmu*. Toruń 1993 Wyd. UMK.

Jaromir Jeszke

JERZY KMITA'S CONCEPTION OF A *THEORETICAL HISTORY OF SCIENCE* AS AN INSTRUMENT IN THE STUDY OF THE HISTORY OF MEDICAL SCIENCES

In the approach taken by Jerzy Kmita, the theoretical history of science is such reflexion on the history of scientific praxis that recognizes as its point of departure the technological role of that praxis as its defining function, while at the same time recognizing that such praxis is regulated in subjective-rational terms by the specific domain of modern European culture which is symbolically described as science. In this understanding science is social methodological awareness, i.e. the whole of norms and directives that are respected by the research community and which universally regulate scientific praxis in rational-subjective terms. The theoretical history of science takes account of two kinds of considerations, treating science as (1) the subjective-rational source of scientific praxis, and thus indirectly also of scientific knowledge (which is true, probably true, or coming closer to the truth than the already existent scientific knowledge); (2) a subjective-rational cultural regulator

of scientific praxis and knowledge that is functionally determined by the needs of technological effectiveness, and possibly also evaluative-religious and educational effectiveness, and that is capable of satisfying such needs. Following the historical changes of those aspects is not subject to evaluative judgements relating to the plausibility of the emerging scientific knowledge, the developmental phases of science or the ideals of truth. The proposed *theoretical history of science* constitutes only an attempt to reconstruct the said phenomena in subjective-rational terms, and hence has a culture-descriptive character. The aim of the article is to present the potential and limitations of using this conception for the study of the history of medical sciences.