

Płonka-Syroka, Bożena

Teorie, doktryny i szkoły medyczne : zarys zagadnienia

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 43/1, 51-76

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.



Bożena Płonka-Syroka
(Wrocław)

TEORIE, DOKTRYNY I SZKOŁY MEDYCZNE ZARYS ZAGADNIENIA

W polskiej historiografii medycyny pojęcia teoria i doktryna medyczna stosowane bywały zamiennie, bądź posługiwano się nimi nie precyzując dokładnie ich definicji. Ustosunkowując się do dotychczasowej tradycji ich stosowania w polskim piśmiennictwie historyczno-medycznym opublikowałam w latach 90-tych kilka prac, w których przedstawiłam własne propozycje ich zdefiniowania, jak i przykłady praktycznego zastosowania w badaniach historycznych¹. Ponieważ prace te są rozproszone w wielu czasopismach lub stanowią rozdziały książek, poświęconych obszerniejszym tematom², chciałabym w jednym syntetycznym opracowaniu przedstawić zarys mojej koncepcji wraz z propozycjami w zakresie możliwych inspiracji badawczych oraz praktycznego stosowania takich pojęć, jak teoria, doktryna i szkoła medyczna.

1. STRUKTURA MEDYCZYNY JAKO NAUKI

Medycyna jako nauka składa się z teorii i doktryn medycznych oraz nie poddających się schematyzowaniu elementów doświadczenia. Są one obecne w świadomości i praktyce lekarskiej i uznawane z różnych względów za faktyczne przez przedstawicieli społeczności naukowej danej epoki. Teorie i doktryny medyczne powstają i znajdują swą recepcję w konkretnej rzeczywistości historycznej, w kręgu wpływów kultury epoki. Zawierają pewien zasób elementów doświadczenia, poddany interpretacji pod kątem określonych założeń. Interpretacja ta sprawia, że nie wszystkie znane w danej epoce elementy doświadczenia wchodzą w skład teorii i doktryn, uznawanych za racjonalne, normatywne, dydaktyczne. Niektóre

elementy doświadczenia są niedostatecznie wiarygodne; mimo że znajdują aprobatę części społeczności naukowej epoki, w innych jej ugrupowaniach ich faktyczność poddawana zostaje w wątpliwość³.

Odmienność interpretacji decyduje także o tworzeniu szkół medycznych przez jednostki odznaczające się zdolnością do wyraźnego precyzowania swych poglądów. Rozwija się tam pewną teorię i doktrynę medyczną w charakterystyczny dla poglądów twórcy szkoły sposób. W powszechnych dziejach medycyny spotykamy się z dużą różnorodnością tego typu szkół, w których interpretacja teorii i doktryn medycznych jest uwarunkowana historycznie, tzn. zgodna z ogólnym poziomem kultury i umysłowością epoki. Jest także związana z priorytetami, charakteryzującymi naukę badanej epoki. Respektuje obszary dla badań naukowych zakazane, gdyż uznane zostały za naruszające historycznie ukształtowane kryteria racjonalności naukowej, naruszające system obowiązujących wartości, wykraczające poza koncepcję nauki, dominującą w danej społeczności i uznawaną przez większość jej przedstawicieli za koncepcję normatywną.

2. TEORIE, DOKTRYNY I SZKOŁY MEDYCZNE. DEFINICJE

Teorie i doktryny medyczne powinny być pojmowane jako konstrukcje o pewnych cechach i strukturze, dające się analizować i opisywać za pomocą metod wypracowanych przez historię nauki, wzbogaconą o inspiracje czerpane z filozofii i metodologii nauki.

T e o r i ę m e d y c z n ą pojmuję jako szeroko zarysowaną hipotezę, wyznaczającą kierunek i zakres badań, nadającą im priorytety, określającą obszary zakazane i odnoszącą się do pewnej koncepcji filozoficznej, z której czerpie ogólne założenia, metafizykę i metodologię. Teoria medyczna ustosunkowuje się do znanego w danej epoce zasobu elementów doświadczenia, obejmując swym zakresem pewien fragment tego zasobu i porządkując go w pewien charakterystyczny sposób.

D o k t r y n y m e d y c z n e należy pojmować jako konstrukcje o charakterze operacyjno-praktycznym, łączące ogólną wizję dotyczącą filozofii przyrody, metod i zakresu poznania naukowego, z konkretnymi rozwiązaniami z zakresu patologii, fizjologii, diagnostyki i terapii.

W odróżnieniu od teorii i doktryn medycznych – *s z k o ł ę m e d y c z n ą* należy definiować w kontekście upowszechnienia w społeczności medycznej teorii i doktryn, konstrukcji o charakterze teoretycznym, dla których właściwą metodą badań będzie analiza dotycząca historii idei. Szkoły medyczne natomiast badane być winny za pomocą metod wzbogaconych o elementy socjologii kultury, pozwalających interpretować takie zjawiska, jak geneza, recepcja lub odrzucenie w danej społeczności pewnego zespołu poglądów, tworzących teorię medyczną lub pewnego zespołu praktyk, związanych z zastosowaniem danej teorii w medycynie.

Szkoły medyczne powstają wokół wybitnych jednostek, które narzucają interpretacji jednej z teorii medycznych swe indywidualne piętno⁴. Tworzą je ugrupowania uczonych, uznających daną teorię, tworzących w jej duchu, zmierzających do jej uzupełnienia, wprowadzających jej założenia w praktyce medycznej.

Szkoły medyczne mają charakter jedno- lub wielopokoleniowy. W tym pierwszym wypadku wybitna jednostka, narzucając interpretacji jednej z teorii medycznych swój punkt widzenia, tworzy wokół siebie grono uczniów, powiązanych często instytucjonalnie, uprawiających medycynę teoretyczną i praktyczną w duchu poglądów mistrza. Po śmierci lub odsunięciu z różnych względów od czynnego życia autorytetu dominującego nad członkami danej szkoły⁵ ulega ona rozproszeniu. Można tu domniemywać, iż zasadniczą lub przynajmniej ważną rolę odgrywały w tworzeniu szkoły względy pozanaukowe, osobiste (duży autorytet twórcy szkoły, silna osobowość, tworzenie podstaw danej dziedziny medycyny itp.) lub instytucjonalne (np. tworzenie grona uczniów-asystentów wokół nominowanego na katedrę profesora, którego poglądy zostały w pewien sposób narzucone społeczności naukowej przez instytucje wobec nauki zewnętrzne (państwo, Kościół); po zmianie sytuacji politycznej, religijnej (na przykład zmiana obowiązującego wyznania na danym terenie, likwidacja szkół jezuickich, prowadzących nauczanie w określonym duchu i in.) lub zmianie w zakresie polityki naukowej i jej priorytetów utrzymywanie pewnych poglądów jako normatywnych przestaje być wspierane z zewnątrz – szkoła tego typu ma charakter jednopokoleniowy, gdyż jej adepci ulegają rozproszeniu, sami zakładają nowe szkoły lub przyłączają się do innych szkół medycznych⁶.

O szkołach medycznych o charakterze wielopokoleniowym możemy mówić wówczas, gdy ustalona przez wybitnego badacza interpretacja danej teorii zyskuje trwałe miejsce w świadomości społeczności lekarskiej i utrzymuje się przez dłuższy czas. Szkoła tego typu może mieć charakter konserwatywny, gdy owa interpretacja teorii jest w sposób niezmieniony zachowywana przez adeptów⁷. Może mieć także charakter innowacyjny, gdy podejmowane są próby wprowadzania modernizacji do interpretacji obowiązującej w danej szkole teorii, zmiany mogą mieć charakter jawny lub ukryty. W pierwszym wypadku osoby występujące jako modernizatorzy dążą do wyeksponowania własnej pozycji, a czasem nawet do stworzenia nowej szkoły związanej z ich nazwiskiem⁸. W wypadku drugim reinterpreterzy występują jako „właściwi interpretatorzy” myśli mistrza – założyciela szkoły, którą pragną oczyścić ze szkodliwych błędów interpretacyjnych⁹. Badacze ci nie dążą do jawnego wyeksponowania swej osoby, pragnąc zachować jedność szkoły, zbudowanej wokół autorytetu mistrza, którego nie pragną kwestionować.

W powszechnych dziejach medycyny spotykamy więc rywalizację różnych nurtów teoretycznych i związanych z nimi doktryn terapeutycznych, przebiegającą na dwóch poziomach:

- a) rywalizacji teorii i doktryn w zakresie historii idei,
- b) rywalizacji szkół medycznych w powszechnej społeczności naukowej.

Powyższe rozróżnienie zmusza do sprecyzowania podstawowych pytań badawczych i metod badań, które powinny być wykorzystane w badaniach z historii medycyny.

3. TEORIE MEDYCZNE. PODSTAWOWE ELEMENTY STRUKTURY

Teorie medyczne możemy uważać za historycznie ukształtowane konwencje, interpretujące pewien fragment zasobu, dostępnego w danej epoce, elementów doświadczenia przy wykorzystaniu ówczesnego poziomu wiedzy i techniki, w tym techniki obliczeniowej. Teorie te zawierają w swej strukturze, nie dające się wyeliminować, elementy kulturowe, które odgrywają w nich istotną rolę.

Teorie medyczne wpisują się w ogólną koncepcję świata, w danej epoce uznawaną za racjonalną, naturalną i realnie istniejącą. Różne odłamy społeczności naukowej posługują się jednakże odmiennymi teoriami dla opisania rzeczywistości przyrodniczej. Spotykana w tym zakresie różnorodność powoduje, że w tej samej epoce historycznej współwystępują teorie medyczne, oparte na odmiennych podstawach, które różne ugrupowania społeczności medycznej uznają za prawdziwe i obiektywnie opisujące stan faktyczny. Teorie te bowiem pozostają w zgodzie z odmiennym postrzeganiem przez owe ugrupowania porządku naturalnego przyrody. Obserwowana rywalizacja i różnorodność, a także odradzanie się teorii czasowo tracących status koncepcji normatywnych (prawdziwych, słusznych, uznawanych za obiektywne itp.) tworzy obraz powszechnych dziejów medycyny. Nie można go opisać liniowo, jako ciągu kolejnych zamkniętych epok, z których każda wypiera swą bezpośrednią poprzedniczkę i neguje wszystkie elementy obecnych w niej wcześniej teorii normatywnych. Właściwszym wydaje się uznanie umownego jedynie charakteru periodyzacji dziejów medycyny, które mogą być klasyfikowane pod różnymi kątami:

- a) w ścisłym związku z kolejnymi epokami w powszechnych dziejach kultury – co powoduje wyróżnienie „medycyny średniowiecznej”, „medycyny romantycznej” lub „barokowej”. Podział tego typu może być przydatny dla badacza historii medycyny pewnej określonej epoki, który jest zainteresowany śledzeniem wzajemnych filiacji między medycyną, a kulturą i umysłowością w danym okresie;
- b) w związku z wyróżnieniem pewnych etapów w rozwoju wiedzy medycznej, co powoduje odniesienie poszczególnych epok do współczesnego standardu wiedzy medycznej. Podział tego typu powoduje wyodrębnienie epok bardziej i mniej odległych od tego standardu i jest pożyteczny dla badacza dziejów medycyny,

- zainteresowanego przemianami w zakresie teorii medycyny w wybranym aspekcie;
- c) w związku z formacjami społeczno-ekonomicznymi, co powoduje wyróżnienie „medycyny okresu niewolnictwa”, „medycyny okresu feudalizmu” lub „kapitalizmu wielkoprzemysłowego”. Podział tego typu powoduje wyodrębnienie poszczególnych epok w dziejach medycyny w odniesieniu do stosunków społeczno-gospodarczych. Może być ewentualnie przydatny dla badacza owych stosunków, który jest zainteresowany śledzeniem wzajemnych filiacji między stopniem rozwoju społeczno-gospodarczego, a poziomem zaspokojenia potrzeb społecznych w zakresie zdrowia;
- d) w związku z dokonywaniem tzw. odkryć przełomowych, co powoduje wyodrębnienie wyraźnych cezur w chronologii dziejów medycyny, wydzielających z dziejów powszechnych epoki „od odkrycia do odkrycia”. Podział ten może być przydatny dla badacza zainteresowanego śledzeniem ciągów idei w medycynie teoretycznej;
- e) w związku z recepcją jednej z teorii medycznych i uznaniem jej w danym okresie historycznym za teorię normatywną, co powoduje wyodrębnienie epok w dziejach medycyny w ujęciu paradygmatycznym. Podział ten tworzy epoki, które są charakteryzowane odniesieniem do głównej teorii normatywnej (np. „medycyna humoralna”, „medycyna mechanistyczna”). W zależności od punktu widzenia historyka medycyny postrzega się, obok głównej teorii normatywnej istnienie innych, wypartych okresowo lub dopiero tworzonych lub też uznaje się dominację teoretyczną danego nurtu teorii za zasadniczą cechę epoki, zaś teorie o odmiennych założeniach uważa się za „zanegowane”, „przewycięzione” itp. Tego typu periodyzacja może być przydatna dla badacza zainteresowanego recepcją założeń określonych nurtów teoretycznej refleksji nad przyrodą i człowiekiem w myśli medycznej.

Sądzę, że można by jeszcze utworzyć szereg innych periodyzacji szczegółowych, biorących za podstawę teorie medyczne. Będą one zawsze zależne od konkretnych potrzeb badacza dziejów medycyny i wyraźnie przezeń sprecyzowanych pytań badawczych. W zależności bowiem od sposobu postawienia problemu historyk medycyny konstruuje odpowiedź i porządkując fakty historyczne wprowadza do swojego opisu użyteczną konwencję.

Uznanie konwencjonalnego charakteru teorii medycznych współistnieje z relatywistyczną koncepcją faktu naukowego. Jest on pojmowany przeze mnie jako złożona struktura, w której obok podstawowych składników, jakimi są elementy doświadczenia, znajdują się także elementy interpretacji. Elementy doświadczenia definiują jako ten obszar, który składa się z obiektów uznawanych przez społeczność lekarską danej epoki za istniejące, „faktyczne”, realne, niezależnie od historycznie zmiennych metod określania owej faktyczności i realności¹⁰. W różnych

teoriach medycznych te same elementy doświadczenia, odmiennie interpretowane, stać się mogą składnikiem faktów naukowych o innej zawartości¹¹. Fakty naukowe winny być więc opisywane w kategoriach historycznych. To, co w świetle jednej z historycznych teorii uznawane było za fakt naukowy, zgodnie z inną „faktyczność” swoją może bowiem utracić¹². Nie dotyczy to oczywiście tych elementów doświadczenia, których status wydaje się niepodważalny (np. istnienie ludzkiego ciała, istnienie stanu zdrowia odbiegającego od stanu choroby, istnienie chorób o różnym przebiegu i przyczynach). Stają się one jednak tworzywem faktów o odmiennej strukturze i zawartości treściowej. Zanegowanie w pewnej epoce naukowości danego faktu nie oznacza automatycznie zanegowania wspomnianej złożonej jego zawartości. Niektóre jej elementy bowiem pozostają nadal uznawane za „faktyczne” i bądź to oczekują na nową interpretację, bądź też zostają włączone w strukturę innych faktów naukowych¹³.

Rekapitulując, obraz medycyny jako nauki złożonej z rywalizujących ze sobą teorii, odznaczających się zmiennością i zróżnicowanym historycznie zakresem recepcji w społeczności naukowej, skłonić może do wprowadzenia pewnych reguł, dotyczących ich badania, które pozwolą na nadanie narracji historycznej pełniejszego charakteru i wzbogacą metody wyjaśniania obecne w historiografii medycyny.

3.1. Teorie medyczne, a ogólny kontekst kulturowy

Uznając medycynę teoretyczną za jedną z dziedzin nauki badanej epoki przyjąć musimy istnienie społeczno-kulturowego zakorzenienia przyrodoznawstwa, o ile plasujemy swoją narrację historyczną wewnątrz społeczno-kulturowego nurtu historiografii medycyny, współcześnie dominującej orientacji metodologicznej¹⁴. Wiedza medyczna traktowana jako wytwór kultury powinna być w tym ujęciu badana wraz z systemem wartości i światopoglądem analizowanej społeczności historycznej. Pozwala to wykryć niewypowiedziane założenia, obecne w teoriach naukowych, a także połączyć badaną teorię z pewnym ideałem nauki, do którego w swych podstawowych założeniach nawiązuje.

Badanie teorii medycznych w szerszym kontekście nauki danej epoki winno wpisywać medycynę zarówno w obręb przyrodoznawstwa, jak i całościowy obraz świata, charakterystyczny dla badanej społeczności. Medycyna w tym ujęciu znajduje się w strukturze pewnej hierarchii nauk, tworzących obraz świata w danej społeczności uznawany za naturalny. Obowiązuje on jako punkt odniesienia dla twórcy teorii medycznej, który pragnie uzyskać dla swej koncepcji status teorii „prawdziwej”, obiektywnej, a z czasem normatywnej i dydaktycznej. Niezgodność z naturalnym dla danej społeczności obrazem świata skazuje daną teorię na marginalizację.

Naturalny obraz świata, który historyk medycyny musi uczynić przedmiotem swej uwagi, objąć powinien następujące elementy:

- 1) poglądy dotyczące Kosmosu, rządzących w nim praw, koncepcję Stwórcy i Jego roli we wszechświecie;
- 2) fizyczną koncepcję Kosmosu, pozostającą w pewnej relacji z zarysowaną wyżej koncepcją metafizyczną;
- 3) poglądy na temat przyrody ziemskiej i obowiązujących w niej prawidłowości;
- 4) koncepcję podmiotowości człowieka i jego relację wobec elementów metafizycznych i fizycznych (por. 1, 2);
- 5) koncepcje filozoficzne, zmierzające do uogólnienia zarysowanych wyżej elementów w charakterystyczny dla siebie sposób, prezentujące poglądy na temat wiedzy prawdziwej, metod wiodących do jej dochodzenia, zakresu możliwej wiedzy, zakresu wiedzy użytecznej itd.

Teorie medyczne, powstające w wyżej zarysowanym kontekście, muszą zawierać odniesienia do każdego z elementów struktury „świata naturalnego” danej społeczności (lub jej ugrupowań, które badamy). Stwarza to rozmaite możliwości interpretacji elementów doświadczenia dostępnych w danej epoce i warunkuje upowszechnienie się danej teorii w społeczności naukowej. Im bardziej wydaje się ona bowiem zgodna z obrazem świata, uznawanym za naturalny, tym bardziej sama bywa odbierana jako „naturalna” i „prawdziwa”.

3.2. Teorie medyczne, a ideał nauki

Teorie medyczne mogą być także rozpatrywane w odniesieniu do ideału nauki¹⁵, uznawanego za koncepcję normatywną w danej epoce lub ideałów nauki, rywalizujących z sobą w badanej epoce o uzyskanie statusu normatywnego. Możemy wyróżnić kilka następujących po sobie ideałów nauki, co nie oznacza, iżby w okresie swej popularności zawłaszczają całą przestrzeń świadomości społecznej. Ciąg ideałów nauki jest pewną historiograficzną rekonstrukcją, przydatną zarówno dla ogólnej orientacji historyka medycyny w zakresie najbardziej ogólnych standardów, jak i umożliwiającą porządkowanie teorii medycznych według przyjętego schematu (o ile okazuje się on dla konkretnych badań użyteczny). Zastrzeżenie, zgodnie z którym ideały nauki uznaję za rekonstrukcję pewnego typu świadomości, a nie za typ idealny, który cechuje własny status ontologiczny nie oznacza, iżby było to narzędzie badawcze o wątpliwej przydatności ze względu na charakter swojej „faktyczności”. Twórcy teorii medycznych przejmowali bowiem w swojej świadomości elementy jednego (lub kilku) ideałów nauki, rozmaicie je przetwarzając i komponując. W rezultacie w strukturze teorii medycznych

Tabela I – ARCHAICZNY – supranaturalistyczny ideał nauki

Nauka nie jest wyodrębniona jako osobny sposób poznania z ogólnego systemu przekonań danej społeczności na temat porządku natury, pozostaje w ścisłym związku z magią lub religią;
porządek natury poddaje się regułom ustanawianym przez osobowe byty ponadludzkie, które ingerują w każdy przejaw ludzkiej egzystencji i istnienia świata; jest dostępna człowiekowi w ograniczonym zakresie;
ludzkie poznanie świata jest ograniczone, jednak wola istot ponadludzkich może okazjonalnie poszerzyć jego zakres (iluminacja, trans, przepowiednie, wróżby itp.);
przyroda jest żywą jednością poddaną woli osobowych bytów ponadludzkich;
za metody „naukowe” uznaje się doświadczenie potoczne oraz metafizyczny ogląd rzeczywistości, uzyskiwany przez wybrane jednostki w specjalnych stanach świadomości;
„nauka” obejmuje badanie bytów stwierdzanych w doświadczeniu potocznym oraz bytów niewidzialnych, niedostępnych zmysłom w normalnym stanie świadomości, z którymi wybrane jednostki komunikują się w stanie transu (iluminacji itp.);
celem badań „naukowych” jest ustalenie sprawcy naruszenia porządku naturalnego w danej społeczności, ustalenie zakresu naruszenia tego porządku, a także stosunku bytów ponadosobowych do zaistniałego zdarzenia, aby wpłynąć na owe byty w kierunku przywrócenia stanu naturalnego (czynności magiczne, modlitwy);
metodą „naukową” jest wnioskowanie przez analogię, szukanie związków sympatycznych, duchowego pokrewieństwa, wszelkich podobieństw itp.; inną metodą „naukową” jest także wgląd uzyskany w odmiennym stanie świadomości, pozwalający na nawiązanie kontaktu z ponadludzkimi bytami osobowymi;
wyjaśnianie „naukowe” polega na zrozumieniu danego zdarzenia w porządku zdarzeń uznawanym za naturalny;
w wyjaśnianiu „naukowym” brak sprecyzowanej koncepcji przyczyny; istotną rolę odgrywa natomiast koncepcja sprawstwa – sterowania przebiegiem zjawisk przez ponadludzkie byty osobowe lub jednostki ludzkie obdarzone szczególną mocą.

Tabela II – STAROŻYTNY – naturalistyczno-organiczny ideał nauki

Nauka jest sposobem poznawania świata, występującym obok religii, jednak z nią powiązany w jeden system przekonań wzajemnie uzupełniających się; treść teorii naukowych powinna pozostawać w związku z konstytuującą je podstawą metafizyczną i filozoficzną;
porządek natury jest dostępny człowiekowi w zakresie ograniczonym i podlega osądowi racjonalnej refleksji (racjonalizm) lub doświadczenia (empiryzm);
sprecyzowanie podstawowych założeń sporu o granice poznania – empiryzm, racjonalizm i sceptycyzm;
przyroda jest jednością ze względu na akt stworzenia i swą strukturę; w świecie panuje porządek, wynikający z przejawiania się w nim stałych praw; świat jest uporządkowany celowo i hierarchicznie – każdy byt zajmuje wyznaczone mu miejsce naturalne i posiada cel swego istnienia;
kosmos jest żywą organiczną całością; podstawową metodą naukową winno być poszukiwanie celowych powiązań danego zjawiska z innymi (teleologia);
zjawiska przyrodnicze zachodzą na sposób zdeterminowany przez prawa; w przebiegu zjawisk znajduje odbicie aktywność ponadludzkich bytów duchowych;
nauka obejmuje badanie obiektów widzialnych, dostępnych zmysłom w poznaniu potocznym i niewidzialnych, których istnienie jest wyprowadzane na mocy racjonalnej dedukcji;
badanie naukowe winno mieć charakter jakościowy – jego celem jest dokładny opis zjawisk i ich cech szczególnych oraz poszukiwanie ewentualnych związków z innymi zjawiskami;
zakreślenie opozycji między dedukcyjną metodą poznania i teleologią, a empiryczną metodą poznania i poszukiwaniem związków przyczynowych;
wyjaśnianie naukowe polega na odtworzeniu całości, którą badamy i miejsca zjawisk poszczególnych w jej strukturze;
w wyjaśnianiu naukowym pojawia się sprecyzowana koncepcja przyczyny – wyróżniono przyczyny materialne, formalne, sprawcze i celowe.

Tabela III – ŚREDNIOWIECZNY ideał nauki zachodniego chrześcijaństwa

Nauka jest sposobem poznania świata, podporządkowanym religii i objawieniu; treść teorii naukowych winna być uzgadniana z dogmatyką religijną;
porządek natury jest dostępny człowiekowi w sposób ograniczony, w tych aspektach, w których świat jest poznawalny, podlega osądowi doświadczenia potocznego;
poznanie naukowe dociera do prawdy w ograniczonym zakresie, prawda, która jest człowiekowi dostępna, ma charakter obiektywny (zgodność rzeczy z osądem o nich); pewność ludzkiej wiedzy gwarantuje pewność Objawienia; poznanie ma charakter ostateczny, gdyż dociera do prawdy o rzeczach, która jest stała i niezmienna;
przyroda jest jednością ze względu na akt stworzenia i miejsce w planie Bożym, świat jest uporządkowany celowo i hierarchicznie, każdy byt zajmuje miejsce wyznaczone mu w sposób preustanowiony;
natura ma charakter celowo ustanowionej harmonijnej całości, podstawową metodą naukową jest teleologia, poszukiwanie celowych powiązań danego zjawiska (bytu) w strukturze zjawisk;
zjawiska przyrodnicze zachodzą na sposób zdeterminowany przez akt Boskiej kreacji, ich przebieg może być odkształcony w sposób supranaturalistyczny (cuda);
nauka obejmuje badanie bytów widzialnych, dostępnych bezpośrednio w doświadczeniu oraz traktuje o bytach poznawanych pozaempirycznie i na sposób niedyskursywny, np. przez Objawienie, <i>visio intellectualis</i> ;
badanie naukowe powinno mieć charakter jakościowy, jego celem winien być opis zjawisk i ich cech i poszukiwanie ich związków celowych;
metodą naukową jest dedukcja poszczególnych twierdzeń z prawd uznawanych za niepodważalne i nie wymagające dowodu;
wyjaśnienie naukowe polega na sprowadzaniu tego, co nieznanne, do tego, co dane w bezpośrednim doświadczeniu;
w wyjaśnianiu naukowym należy posługiwać się przyczynami materialnymi, formalnymi, sprawczymi i celowymi.

Tabela IV – NOWOŻYTNY – mechanistyczny ideał nauki

Nauka jest jedynym sposobem obiektywnego, prawomocnego poznawania świata bytów fizycznych, orzekanie o nich musi być wolne od wątków religijnych i kulturowych;
porządek świata jest dostępny człowiekowi, który poznaje świat eksperymentalnie, tj. poprzez stawianie pytań naturze; nauka poszukuje ukrytych mechanizmów zjawisk, niedostępnych doświadczeniu potocznemu; celem badań naukowych jest poznanie świata dla podporządkowania go realizacji potrzeb człowieka;
poznanie naukowe odtwarza rzeczywisty porządek natury, pewność ludzkiej wiedzy gwarantuje jej wywodzenie z doświadczenia, które dociera do ładu naturalnego o stałych właściwościach; poznanie naukowe ma charakter pewny i ostateczny, o ile opiera się na właściwej metodzie; prawda jest adekwatnością rzeczy i sądu o niej;
przyroda jest pojmowana jako jedność, podlegająca powszechnie obowiązującym prawom o charakterze obiektywnym; zbudowana jest z jednego tworzywa; miejsce każdego bytu w ogólnej strukturze zjawisk jest wyznaczane przez prawa przyrody;
zjawiska przyrodnicze zachodzą w sposób zdeterminowany przez prawa, ich przebieg może być odkształcony przez zmianę warunków zachodzenia;
nauka obejmuje badanie bytów widzialnych i obserwowalnych za pomocą aparatury badawczej, orzekanie naukowe o bytach niewidzialnych i nieobserwowalnych intersubiektywnie usunięte jest z zakresu nauki;
badanie naukowe winno mieć charakter ilościowy, obiektywny, powtarzalny i porównywalny; wyniki powinny być ujmowane w języku pojęć matematycznych;
metodą naukową jest indukcja, na podstawie prostych elementów podstawowych buduje się teorie, którym przysługiwać ma walor ogólności; teorie są weryfikowane eksperymentalnie;
wyjaśnianie naukowe polega na sprowadzaniu danych doświadczenia potocznego do uzyskanych w sposób eksperymentalny hipotez na temat ukrytej struktury zjawisk;
w wyjaśnianiu naukowym należy posługiwać się pojęciami przyczyn materialnych i formalnych, pojęcia przyczyn sprawczych i celowych winny być usunięte z zakresu nauki, wraz z teleologią; kauzalizm.

Tabela V – WSPÓŁCZESNY – relatywistyczny model nauki

Nauka jest sposobem na poznanie bytów fizycznych, subiektywnie racjonalnym, zrelatywizowanym wobec wartości i wzorów kultury i wobec podmiotu poznającego;
nauka bada porządek natury o charakterze rzeczywistości pozapodmiotowej, który jest źródłem sądów powziętych na podstawie eksperymentów – przy założeniu, że każdy eksperyment ingeruje w rzeczywistą strukturę zjawisk; celem nauki jest tworzenie coraz doskonalszych teorii, umożliwiających człowiekowi korzystanie z zasobów środowiska naturalnego;
poznanie naukowe ma charakter względny; podmiot poznający nie dociera do ukrytej rzeczywistości zjawisk, ale tworzy na ich temat hipotezy, wypierane przez doskonalsze przybliżenia ładu naturalnego; o wartości hipotez orzeka się na podstawie ich zgodności z doświadczeniem, przy założonym uwzględnieniu zasady nieoznaczoności, ich zgodności z innymi hipotezami (kryterium koherencji), ich użyteczności (kryterium pragmatyczne), mocy eksplanacyjnej i możliwego zakresu eksploracji przy ich stosowaniu;
przyroda jest pojmowana jako podlegająca przemianom ewolucyjnym, jednostajna i niezdeteminowana; obecny jej stan jest realizacją jednej z możliwych wersji zdarzeń;
natura ma charakter harmonijny i jednostajny; poznanie naukowe zmierza do jej zobiektywizowanego opisu – przy zachowaniu świadomości, iż akt poznania nie jest w stanie uchwycić wszystkich możliwych zależności, zaś wydzielając jakiś fragment ładu naturalnego w celach poznawczych badacz jednocześnie ingeruje w rzeczywistą strukturę zjawisk, tak za pomocą pojęć, jak i aparatury;
zjawiska przyrodnicze nie zachodzą w sposób jednoznacznie zdeterminowany; zachodzi zawsze jedna z możliwych wersji ich przebiegu;
nauka obejmuje badanie bytów widzialnych, obserwowalnych i uznawanych za istniejące, tj. stwierdzalne w wyniku eksperymentów, mimo że nie poddają się obserwacji;
badanie naukowe ma charakter ilościowy, powtarzalny, porównywalny, zmierzający do maksymalnego możliwego zobiektywizowania; wyniki ujmowane są w języku matematyki;
matodą naukową jest eksperyment rzeczywisty i myślowy, którego wyniki można zmatematyzować; dostarcza wiedzy o charakterze hipotezy, przy założeniu aktywnej roli podmiotu poznającego w tworzeniu sądów i sterowaniu aparaturą, której użycie odkształca realny przebieg zjawisk w pewnych granicach;
wyjaśnianie naukowe polega na tworzeniu kolejnych hipotez i ich weryfikacji (falsyfikacji) na drodze eksperymentalnej;
w wyjaśnianiu naukowym należy odrzucić pojęcie „przyczyn” na rzecz poszukiwania warunków brzegowych zachodzenia zjawisk, stosunku współistnienia z innymi, uwarunkowań zmienności itp.

możemy wyróżnić inspiracje czerapne np. ze średniowiecznego lub nowożytnego ideału nauki, inspiracje o różnym nasileniu, które dla zainteresowanego badaniem tego zagadnienia badacza mogą stać się istotnym przedmiotem analiz. Koncepcja ideałów nauki może być więc interpretowana jako pożyteczna konstrukcja klasyfikująca teorie medyczne w odniesieniu do pewnego standardowego wzorca, odzwierciedlającego podstawowe tendencje intelektualne epoki. Nie można jednak pojmować, moim zdaniem, tej struktury na sposób paradygmatyczny, bowiem zróżnicowanie w dziedzinie teorii medycyny, obserwowane we wszystkich epokach historycznych, nie pozwala, jak się wydaje, na uznanie, iż zachodzące w niej przemiany zachodzą na sposób paradygmatyczny.

3.3. Teorie medyczne, a programy badawcze

Badając teorie medyczne historyk medycyny winien mieć na uwadze także innego rodzaju konstrukcje logiczne, wykraczające ponad poziom teorii medycznej. Mam tu na myśli programy badawcze, zawierające charakterystyczne dla siebie ujęcie przyrody i, co z tym jest ściśle związane, charakterystyczny zestaw pytań umożliwiający badanie i opis natury w pewnym określonym kierunku. Programy badawcze mają status ontologiczny podobny do ideałów nauki, co oznacza, iż winny być raczej interpretowane jako rekonstrukcje pewnego sposobu myślenia, a nie sztywne systemy wyraźnie uświadamianych sobie przez twórców teorii medycznych reguł. W dziejach medycyny były jednak pewnym punktem odniesienia dla tworzonych teorii. Każdy z twórców konstruował bowiem swe koncepcje w odpowiedzi na pewien zestaw pytań badawczych, które sobie stawiał. Były to na ogół pytania uznawane za istotne oraz pozostające w obrębie obszaru myśli w danej epoce uznawanego za naukowy.

Istotę tego typu programów badawczych przedstawić można na przykładzie założeń programu witalistycznego i mechanistycznego. Na każdy z nich składa się charakterystyczna koncepcja przyrody, w którą została wpisana swoista koncepcja podmiotowości człowieka. Opozycja witalizm – mechnicyzm uświadamia wyraźnie odmienność podstaw teorii medycznych, zbudowanych w odpowiedzi na pytania badawcze, związane z każdym z tych programów. Miała też istotne implikacje, prowadząc do sformułowania zróżnicowanych koncepcji medycyny jako nauki.

Program witalistyczny ująć można następująco:

- 1) człowiek znajduje się w polu działania sił natury. Jest jednak zasadniczo od nich różny. Jest indywidualnym organizmem w funkcjonującym celowo, stworzonym przez Boga świecie żywej natury;
- 2) życie człowieka i wszystkich organizmów żywych podtrzymuje siła życiowa;

3) funkcje ludzkiego organizmu oraz inne przejawy życia należy badać w kategoriach teleologicznych, poszukując ich miejsca w celowo ustanowionym porządku natury;

4) celem naukowej medycyny jest poznanie indywidualnego organizmu i zapewnienie mu wsparcia w naturalnym procesie zdrowienia.

Program mechanistyczny możemy sprecyzować następująco:

1) Ludzkie ciało w pełni należy do przyrody i podlega jej prawom, winno więc być badane za pomocą metod właściwych badaniu przyrody;

2) ludzkie ciało jest elementem całkowicie wymiernym, funkcjonującym na zasadach mechanicznych;

3) możliwe jest ujmowanie ludzkiego ciała w sposób statystyczny – ciała są bowiem zasadniczo porównywalne, podobne do innych ciał;

4) ciało ludzkie może podlegać powtarzalnym i porównywalnym badaniom, służącym budowaniu teorii;

5) wszelkie przejawy ludzkiej aktywności należy opisywać w kategoriach przyczynowych.

Powyżej zarysowana opozycja miała daleko idące implikacje w teorii medycyny, a szczególnie w patologii ogólnej. Programy owe stały się bowiem jakby drogowskazem, wytyczającym kierunki badań szczegółowych.

Program witalistyczny nadawał medycynie oblicze indywidualistyczne. Sprzyjał tendencji obserwacyjnej, rozwojowi idei pielęgnacji poszczególnego pacjenta, który był zasadniczym obiektem badań medycyny. Program ów inspirował zainteresowanie objawami poszczególnych chorób, spisywanie historii choroby każdego chorego, przy zachowaniu wyraźnej świadomości dotyczącej odrębności każdego pacjenta. Wiązał się z hipotezą konstytucjonalnego uwarunkowania zachorowalności na poszczególne choroby i zróżnicowanej reaktywności pacjentów, należących do różnych grup wiekowych i chorych różnej płci, na stosowane leki. Uznawał także, iż przynależność do pewnej grupy społecznej (np. ubodzy) wywiera wpływ na przebieg choroby u poszczególnych pacjentów. Był związany z charakterystyczną koncepcją terapii, której istotą było raczej podtrzymywanie sił witalnych chorego, a nie energiczna terapia, oparta na ściśle sprecyzowanych podstawach teoretycznych.

Typową formą dzieł medycznych, powstałych w odpowiedzi na program witalistyczny stał się zbiór aforyzmów, a z czasem obszernych kompendiów obejmujących opisy licznych przypadków szczegółowego zastosowania naturalnych środków leczniczych, w różnych zestawieniach. Typową formą terapii związaną z tym programem była natomiast polipragmazja, łączne stosowanie różnych środków.

Program mechanistyczny natomiast inspirował wypracowanie odmiennej koncepcji medycyny, wytyczając drogi teoretycznych poszukiwań, wiodące w odmiennym kierunku. Możemy ująć jego implikacje następująco:

- 1) idea przynależności ludzkiego ciała do świata przyrody przyczyniła się do wypracowania koncepcji jednostajności tego ciała, jego zatem nieograniczonej porównywalności u wielu chorych. Doprowadziło to do powstania idei liczbowego ujmowania procesu chorobowego w postaci statystyki medycznej;
- 2) idea wyłącznie cielesnego charakteru chorób doprowadziła do powstania profilaktyki społecznej chorób i upowszechnienia przekonania o stanie zdrowia jako normalnym stanie ludzkiej egzystencji. Choroba i cierpienie zostały uznane za przypadłości wymagające podjęcia działań idących w stronę ich eliminacji, a nie poddawania się im jako stałym elementom kondycji ludzkiej;
- 3) choroba i cierpienie utraciły swój wymiar metafizyczny. Stały się przypadłościami o charakterze cielesnym, nie zaś zdarzeniami o charakterze religijno-moralnym. Nastąpiła medykalizacja pojęcia choroby;
- 4) nastąpiły istotne zmiany w relacji lekarz – pacjent. Ludzkie ciało w większym stopniu stało się obiektem badań i eksperymentów;
- 5) redukcjonistyczne i materialistyczne ujęcie ludzkiego ciała wywarło istotny wpływ na ukierunkowanie poszukiwań w zakresie etiologii chorób. Poszukiwano materialnych czynników chorobotwórczych w ludzkim organizmie i otaczającym go środowisku;
- 6) idea rozkładu ludzkiego ciała na podstawowe porównywalne elementy zainspirowała badania zmierzające w stronę lokalizacji procesu chorobowego – w narządach, tkankach i komórkach;
- 7) choroba w zbudowanych na podstawie tego programu teoriach jest ujmowana jako zaburzenie funkcji i ma charakter ograniczony do poszczególnego organu. Zanika stopniowo pojęcie chorób ogólnych na rzecz pojęcia chorób miejscowych lub też chorób o wyraźnie uchwytej etiologii o charakterze materialnym;
- 8) poszukiwania terapeutyczne, nawiązujące do programu mechanistyczno-materialistycznego zmierzają w kierunku wypracowania podstaw terapii zlokalizowanej, opartej na ścisłych podstawach, racjonalistycznie uzasadnionej i potwierdzonej doświadczalnie.

Z obydwoma programami – witalistycznym i mechanistycznym – rywalizowały w powszechnych dziejach medycyny inne konstrukcje tego typu. W medycynie zachodnioeuropejskiego kręgu kulturowego doby nowożytnej zaznaczył swoje wpływy na przykład nurt hermetyczny, tworząc przesłanki zbudowania programu o wyraźnie spirytualistycznym obliczu. Założenia programu hermetycznego można ująć następująco:

- 1) człowiek wykracza, ze względu na swą istotę, poza pole działania sił natury. Posiada szczególną naturę duchową, której siła przewyższa siłę wszystkich bytów naturalnych. Jest indywidualnym organizmem w stworzonym przez Boga i nieustannie podtrzymywanym w swym istnieniu świecie;
- 2) życie człowieka i wszystkich stworzeń podtrzymuje duchowa siła, pochodząca z jednego źródła stworzenia. Świat tworzy jedność – organizm – której elementy pozostają ze sobą w ścisłym związku;
- 3) funkcje ludzkiego organizmu oraz inne przejawy życia należy badać za pomocą metody analogii, tj. poszukiwać odniesień mikrokosmosu i makrokosmosu oraz poszczególnych zjawisk do całości;
- 4) człowiek jest zdolny za pomocą właściwie użytej swej duchowej siły do zapanowania nad swoim organizmem i odpowiedniego wykorzystania własności bytów pozostających niżej w hierarchii stworzeń.

Implikacje powyższego programu w zakresie inspirowania teorii medycznych były następujące:

- 1) program ów warunkował tworzenie teorii o obliczu niematerialistycznym. Badania i pomiary ciała miały w nich drugorzędne znaczenie i traktowane były jako pozbawione większej wartości źródło wiedzy lekarskiej;
- 2) idea, przede wszystkim duchowego charakteru ludzkiej egzystencji oraz duchowego charakteru chorób, prowadziła do poszukiwania powiązań czynników psychicznych (identyfikowanych z duchowymi) z fizycznymi w ujmowaniu procesów życiowych i definiowaniu samego pojęcia choroby jako skutku zaburzenia duchowej siły;
- 3) program ten inspirował badania nad rolą wszelkiego rodzaju niematerialnych bodźców i ich wpływem na powstawanie i przebieg choroby, a także nad wykorzystaniem bodźców jako leków;
- 4) związane z tym programem koncepcje patologiczne koncentrowały się na poszukiwaniach jednego podstawowego czynnika regulującego pracę ludzkiego organizmu, czynnika o niematerialnej naturze, sterującego przebiegiem wszystkich procesów życiowych;
- 5) związane z tym programem koncepcje terapeutyczne cechuje znaczne uproszczenie, ograniczenie liczby stosowanych środków i często nadmierny optymizm w ocenie skuteczności terapii;
- 6) program hermetyczny wiązał się z ujmowaniem relacji lekarz – pacjent w kategoriach wykraczających poza stosunek terapeutyczny. Wiedzy lekarza przypisywano bowiem źródła wykraczające poza doświadczenie;

- 7) podstawą diagnozy było określenie stanu równowagi duchowej pacjenta, ciało miało w diagnostyce i terapii drugorzędne znaczenie. Za podstawowe czynniki w etiologii choroby uznawano zaburzenie przepływu, koncentracji duchowej siły oraz zaburzenia sterowania czynnościami organizmu przez duchowy czynnik regulujący (*princeps regulator*);
- 8) choroba i cierpienie miały silnie zaznaczony wymiar metafizyczny. Nie były traktowane jako przypadłości ciała, ale zaburzenia dotyczące ludzkiej egzystencji w jej pełnym fizycznym i duchowym wymiarze.

Przedstawione wyżej programy zainspirowały powstanie szeregu koncepcji medycznych, teorii medycznych oraz doktryn medycznych, które nadawały tym teoriom wymiar praktyczny.

4. DOKTRYNY MEDYCZNE I ZAGADNIENIE ICH STRUKTURY

Doktryna medyczna jest konstrukcją teoretyczną, stworzoną w sposób świadomy przez jednego autora w odpowiedzi na konkretne zapotrzebowanie ze strony praktyki lekarskiej, której stan i skuteczność postrzegane bywają jako niezadowolające. Konstrukcja ta nawiązuje do jednej z teorii medycznych i zawiera uzasadnienia przyjętych rozwiązań praktyczno-lekarskich, teoretyczne i metodologiczne. Przywołuje określone uzasadnienie przyjętych kryteriów racjonalności naukowej dla uprawomocnienia głoszonych przez jej autora twierdzeń, odnoszących się do diagnostyki i terapii, a także etiologii chorób. Cechuje się dążeniem do spójności i nadania proponowanym rozwiązaniom cech uniwersalnych i ostatecznych w zakresie obowiązywania doktryny. Ten charakter doktryn medycznych sprawia, że stopniowo wyczerpują one swoje możliwości i bywają zastępowane przez inne, nowe konstrukcje tego typu.

Zasadniczym celem tworzenia teorii medycznej jest nadanie określonego kształtu pewnym zapatrywaniom na temat przyrody, ładu naturalnego, tworzenie teoretycznych konstrukcji, umożliwiających stawianie bardziej szczegółowych hipotez wewnątrz szeroko zakrojonego systemu spójnych i wyraźnie odgraniczonych od innych poglądów. Celem tworzenia doktryn medycznych natomiast jest nadanie teoretycznego uzasadnienia określonemu postępowaniu lekarskiemu. Doktryna medyczna jest więc strukturą nie tylko o charakterze opisowym, lecz i praktycznym, operacyjnym. Jest praktycznym wyrazem świadomości teoretycznej epoki w pewnym szczegółowym jej zakresie.

Definicja doktryny medycznej, kładąca nacisk na takie elementy, jak spójność konstrukcji teoretyczno-praktycznej i łączenie swoistych metod teoretycznego uzasadniania terapii, diagnostyki i koncepcji etiologicznych, podkreśla też oryginalność nadawania przez twórcę doktryny postrzeganym faktom określonej struktury, która uzasadnia przyjęcie danych rozwiązań z zakresu praktyki lekarskiej.

Analiza treści wielu doktryn medycznych pozwala dostrzec zaznaczające się podobieństwo ich struktury, wynikające ze wspólnego celu, dla którego zostały stworzone. Struktura ta ma układ trójpoziomowy, co wynika z trzech składowych każdej z doktryn:

- 1) twórca doktryny musi przedstawić teoretyczne uzasadnienia, podbudowujące prawomocność stawianych przez niego wniosków z zakresu etiologii, diagnostyki i terapii;
- 2) musi zaproponować oryginalny system klasyfikowania faktów, decydujący o uznaniu danej doktryny za konstrukcję nową;
- 3) musi przedstawić praktyczne zastosowania proponowanych koncepcji, co w ogóle nadaje sens tworzeniu doktryny medycznej.

Powyższe elementy występują w każdej z historycznych doktryn medycznych, choć w różnym kształcie i nasileniu. Jedni z twórców zadają sobie trud obszernego rozwinięcia preambuły, poprzedzającej opis rozwiązań praktycznych. Zawiera ona obszernie uzasadnienie teoretyczne ich poglądów, szczególnie gdy są to koncepcje wyraźnie nowatorskie lub odbiegające od powszechnie przyjmowanych w epoce i uznawanych za normatywne przez społeczność naukową, wobec której prezentują oni swą doktrynę. Inni powołują się tylko na pewną teorię, na tyle dobrze w tej epoce znaną, że nie wymaga ona szczegółowego przedstawienia. Jeszcze inni twórcy doktryn zachowują pewien ascetyzm w tym względzie i dopiero badacz ich poglądów może odtworzyć podstawę filozoficzną tworzonej przez nich doktryny i zawarte w niej odniesienia światopoglądowe. Historyk medycyny zainteresowany badaniem doktryn medycznych ma do czynienia z konstrukcjami powstałymi na przestrzeni wieków, pisanymi różnym językiem, operującymi bardzo zróżnicowaną siecią pojęciową, konstrukcjami o różnym stopniu szczegółowości. Opisując doktryny medyczne może podążać za ich twórcą, poprzestając na omówieniu jego dzieł medycznych. Może jednak ujmować badaną doktrynę w pewnym szerszym kontekście, porównywać ją z innymi, śledzić ewolucję pewnych pojęć w poszczególnych doktrynach, należących do tego samego nurtu teoretycznego, analizować zróżnicowanie elementów uznawanych za „faktyczne” w doktrynach powstających w tym samym czasie (i znajdujących żywą recepcję w różnych społecznościach naukowych), a budowanych na podstawie odmiennych przesłanek teoretycznych.

Dla tego typu badań nad doktrynami medycznymi wydaje się rzeczą użyteczną stworzenie pewnego badawczego narzędzia, którego status ontologiczny można porównać do omówionych wcześniej ideałów nauki i programów badawczych. Mam tu na myśli proponowaną przeze mnie koncepcję trzech poziomów struktury doktryny medycznej. Koncepcja ta odzwierciedla omówione wyżej trzy części składowe każdej z doktryn medycznych. Za pomocą precyzyjnych pytań badawczych historyk medycyny może – posługując się tą koncepcją – sporządzić

syntetyczny opis poszczególnych doktryn medycznych. Wykonanie tego opisu wymaga wnikliwej analizy wewnętrznej treści doktryny, zapewnia jednak możliwości badań nad doktrynami medycznymi jako konstrukcjami o charakterze porównywalnym.

Moja koncepcja struktury doktryn medycznych wyróżnia następujące poziomy ich struktury:

- 1) **P o z i o m k o n s t y t u t y w n y**¹⁶, który ujawnia obraną przez twórcę doktryny podstawę filozoficzną oraz teorię medyczną, do której dana doktryna nawiązuje. Wskazuje kryteria racjonalności naukowej, prawomocności sądów, skuteczności działania lekarskiego. Ujmuje koncepcję natury przyjętą przez twórcę doktryny, zawarte w niej pojęcie życia, metody ich poznania. Dokonany wybór podstawy teoretycznej służy autorowi doktryny jako uzasadnienie prawomocności naukowej proponowanych rozwiązań praktycznych oraz twierdzeń ogólnych, obejmujących poglądy na istotę choroby, zasady jej naukowego poznania i naukowo uzasadnionej terapii. Poziom konstytutywny doktryn medycznych pozwala na wyodrębnienie w dziejach myśli medycznej pewnych nurtów, opartych na wspólnej podstawie teoretycznej. Wewnątrz nich znajdują się doktryny oferujące czasem zupełnie odmienne rozwiązania diagnostyczne i terapeutyczne.
- 2) **P o z i o m n o m o t e t y c z n y**¹⁷ doktryny medycznej wyznacza kilka charakterystycznych dla danej doktryny elementów, decydujących o jej oryginalności i sposobie uporządkowania wszystkich elementów pozostałych. Te wybrane elementy są łącznikiem między ogólną podstawą teoretyczną, zawartą w poziomie konstytutywnym, a rozwiązaniami praktycznymi niesionymi przez daną doktrynę. Najczęściej są to elementy oryginalne, bywa jednak, iż o oryginalności danej doktryny nie decyduje nowatorstwo owych elementów, ale sposób zestawienia już znanych w dziejach myśli medycznej i ich nowatorska interpretacja.
- 3) **P o z i o m w a r i a c y j n y**¹⁸ doktryny medycznej składa się z elementów podporządkowanych zasadniczej regule danej doktryny. Są one czerpane z dostępnego twórcy doktryny zasobu, uznawanego w jego epoce za „faktyczny”. Te same elementy w różnych doktrynach medycznych uzyskiwać mogą różną rangę.

W publikowanych wcześniej pracach przeprowadziłam szczegółową analizę trzech doktryn należących do nurtu hermetycznego¹⁹, paracelsyzmu, homeopatii i mesmeryzmu, posługując się zaproponowanym wyżej schematem. Opublikowałam także analizę doktryny Johna Browna²⁰. Schemat ten wydaje się użyteczny i możliwy do zastosowania w praktyce badawczej.

5. SZKOŁY MEDYCZNE

W odróżnieniu od teorii i doktryn medycznych, które pojmowane być winny jako złożone struktury i badane za pomocą metod charakterystycznych dla historii idei, zagadnienia szkół medycznych nie można ujmować w oderwaniu od współczynnika humanistycznego, czynnika osobowego w dziejach nauki. Powstanie i rozwój szkół medycznych wiąże się bowiem z działalnością ich twórców, wybitnych jednostek, uogólniających i interpretujących pewną teorię medyczną w określony sposób w postaci doktryny medycznej.

Tworzenie się wokół pewnej teorii wyodrębnionych szkół medycznych można zilustrować na przykładach. Z teorią patologii humoralnej, opartą na programie witalistycznym, związane były kolejno następujące szkoły, odznaczające się możliwą do sprecyzowania odrębnością:

- 1) szkoła w Kos – z Hipokratesem jako najwybitniejszym kodyfikatorem obowiązujących w niej założeń;
- 2) szkoła rzymska – z Galenem jako najwybitniejszym kodyfikatorem hipokratyzmu, łączonego z elementami innych doktryn;
- 3) szkoła arabska – z Awicenną, Awerroesem, Al Kindim (i in.) jako twórcami szkół filialnych wobec szkoły rzymskiej Galena;
- 4) szkoła brytyjska – z Sydenhamem jako modyfikatorem starożytnego hipokratyzmu;
- 5) szkoła lejdejska – z Boerhaavem jako kodyfikatorem hipokratyzmu zmodyfikowanego w dobie nowożytnej;
- 6) szkoła szwajcarska – z Hallerem jako kodyfikatorem hipokratyzmu w wersji alternatywnej wobec szkoły lejdejskiej;
- 7) starsza szkoła wiedeńska – z Van Swietenem i De Haënem jako modyfikatorami koncepcji, wypracowanych w szkole lejdejskiej.

Możemy także rozpatrywać rywalizację szkół medycznych w aspekcie komparatystyki historycznej, porównując ich założenia i genezę, a także badając recepcję ich założeń w powszechnej społeczności naukowej. Dla przykładu, w pierwszej połowie XIX stulecia mamy do czynienia z rywalizacją następujących szkół medycznych (m.in.):

- a) paryska szkoła anatomopatologiczna (Magendie, Bichat, Laënnec i in.);
- b) paryska szkoła zwolenników doktryny Broussaisa;
- c) paryska szkoła kliniczna (Andral, Andry, Thouvet, Bouillaud i in.);
- d) starsza szkoła wiedeńska (epigoni Van Svietena i de Haëna);

- e) młodsza szkoła wiedeńska (Rokitansky, Hebra, Skoda);
- f) niemiecka szkoła romantyczna (Carus, Troxler, Kieser in.);
- g) niemiecka szkoła eklektyczna (starsza) (Hufeland, Stieglitz i in.);
- h) niemiecka szkoła eklektyczna („nowi eklektycy”, zwana też szkołą naturalno-historyczną (Schönlein i jego uczniowie);
- i) szkoła zwolenników doktryny Browna;
- j) angielska szkoła kliniczna (Monro i jego uczniowie).

Można by jeszcze wyróżnić wiele rywalizujących ze sobą szkół, które opierały się na odmiennych medycznych doktrynach, nawiązujących do różnych medycznych teorii. Jak pokazało powyższe zestawienie występujące w dziejach medycyny szkoły podzielić możemy na kilka typów, w zależności od roli osoby ich założyciela, który występuje jako twórca, kodyfikator lub też modyfikator obowiązującej w danej szkole doktryny. Każda z tych ról w pewien sposób kształtuje strukturę szkoły i wpływa na możliwości recepcji jej założeń w społeczności naukowej. Dla przykładu rozważmy kilka następujących sytuacji:

1) Twórcą szkoły jest twórca doktryny medycznej w niej obowiązującej.

Szkoła tego typu zwykle bywa niewielka liczebnie i skupia osoby zainteresowane samą doktryną, mniej liczące natomiast na odniesienie szybkiego sukcesu osobistego, związanego z jej uznaniem. Poglądy założyciela tego typu szkoły mogą bowiem, ze względu na swoje nowatorstwo (lub epigonizm, wtórność itp.), tak daleko odbiegać od obowiązującego standardu, że ich upowszechnienie w społeczności naukowej trwać będzie dłużej niż jedno pokolenie. Przykładem są losy szkoły Johna Browna, który sam miał niewielu uczniów i umarł w nędzy, jednak nieliczni propagatorzy jego poglądów (np. E. Jones) nadali im taki rozgłos, że w pierwszym dziesięcioleciu XIX w. brownizm stał się w Niemczech doktryną dydaktyczną i oddział na praktykę lekarską wielu innych krajów (także polskich ośrodków akademickich).

2) Twórcą szkoły jest kodyfikator doktryny medycznej.

Szkoła tego typu odznacza się na ogół dużą liczebnością i ekspansywnością, skupia bowiem zwolenników doktryny, która okazała swoją częściową skuteczność jeszcze przed jej ostatecznym skodyfikowaniem w wersji normatywnej (kanonicznej). Ma duże prawdopodobieństwo sukcesu w społeczności naukowej ze względu na ogólną znajomość podstawowych pojęć w niej obowiązujących oraz akceptację wielu jej elementów jako „faktycznych” i skutecznych. Doktryna nie razi zbyt nowatorstwem, zaś liczba jej zwolenników może przyciągać następnych. Przykładem jest tu doktryna Hipokratesa, który skodyfikował wieloletni dorobek szkoły w Kos.

3) Twórcą szkoły jest modyfikator doktryny medycznej.

Przypadek a) – kodyfikator doktryny medycznej występuje w roli modyfikatora, gdyż imię „ojca założyciela” szkoły i związany z nim prestiż (a czasem rozrośnięte, związane ze szkołą instytucje) nie pozwalają z różnych względów na uwypuklenie roli faktycznego twórcy szkoły. Przykładem może tu być twórca neohipokratyzmu Sydenham, twórca szkoły w Lejdzie Boerhaave i wielu innych.

Przypadek b) – modyfikator występuje w roli kodyfikatora, gdyż twórca doktryny (faktyczny twórca) z różnych względów nie sprecyzował do końca jej założeń (np. ze względu na wiek).

Przypadek c) – modyfikator występuje w sposób otwarty jako zwolennik modernizacji założeń szkoły. W tym przypadku możliwe jest rozbitcie spójności szkoły i powstanie „starszej” i „młodszej” szkoły, wywodzonej z jednego prnia teoretycznego, o odmiennym stosunku do wprowadzanych modyfikacji. Możliwe jest także rozbitcie spójności szkoły na wiele drobnych, rywalizujących ze sobą ugrupowań, z których każde uważa siebie za dziedzica i właściwego kodyfikatora tradycji starej szkoły.

Ilustracją przypadku a) są, na przykład, poczynania Ernesta Jonesa czy Ernsta Stapfa, kodyfikatorów doktryn Browna i Hahnemanna, nie pragnących wiązać dokonanej kodyfikacji z „przejęciem praw” do doktryny.

Ilustracją przypadku b) jest działalność Johna Browna, ucznia Williama Cullena, faktycznego twórcy wielu pomysłów, które Brown zaspolił w jedną doktrynę, doprowadzając je do ostatecznych konsekwencji, które sam Cullen odrzucał, nie chcąc zerwać z dotychczasową tradycją medycyny. Powstały równolegle dwie szkoły medyczne, Cullena i Browna, oparte na zbliżonych założeniach, jednak bardzo zróżnicowane we wnioskach.

Ilustracją przypadku c) jest postawa Galena, modyfikatora doktryny Hipokratesa, który wprowadzając do niej znaczące uzupełnienia nadał jej wyraźne osobiste piętno i stał się twórcą nowej szkoły. Ilustracją historyczną przypadku c) może być także mnogość doktryn i szkół medycznych pojawiających się zwykle u schyłku danej szkoły, podejmujących różne próby dostosowania jej założeń do poglądów innych szkół medycznych, zdobywających uznanie lub posiadających nowo osiągnięty status doktryn normatywnych. Schyłek XVIII stulecia przyniósł właśnie mnogość rywalizujących ze sobą szkół (których trwałość nie przekroczyła jednego pokolenia), usiłujących zmodernizować założenia neohipokratyzmu.

5.1. Szkoły medyczne, a problem upowszechniania teorii i doktryn medycznych

Zjawisko upowszechniania się w społeczności naukowej teorii i doktryn medycznych można badać i opisywać w kategorii rywalizacji poszczególnych szkół medycznych, rywalizacji teorii i doktryn medycznych oraz rywalizacji społeczności naukowych, w których działają szkoły, zaś teorie i doktryny powstają i znajdują swą recepcję. Dla każdej z przedstawionych kategorii wyróżnić możemy charakterystyczny zestaw pytań badawczych.

Rywalizacja ta może zostać opisana za pomocą pewnego modelu, który zaproponowałam w jednej z wcześniejszych prac i omówiłam także w innych publikacjach. Mam tu na myśli koncepcję strategii społeczności naukowej wobec kryzysu danej dziedziny nauki²¹. Koncepcja ta pozwala na badanie zachowań społeczności naukowej, nie tylko zaś rywalizacji idei.

6. WNIOSKI KOŃCOWE

Teorie, doktryny i szkoły medyczne stanowią rozmaicie definiowany przedmiot badań, który cechuje odmienność swej natury (historia idei – historia społeczna) i związane z tym zróżnicowanie metod badawczych, właściwych dla tego przedmiotu. Wyraźne sprecyzowanie przedmiotu badań, który pozwala na sformułowanie bogatego katalogu pytań badawczych, służących do jego opisu. Zaproponowane w dzisiejszej pracy metody i definicje chciałabym wpisać w tradycje nurtu społeczno-kulturowego w polskiej historiografii medycyny.

Przypisy

¹ B. Płonka - Syroka: *Recepcja doktryn medycznych przetomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*. Wrocław 1990; t a ż e: *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*. „Medycyna Nowożytna. Prace Historyczno-Medyczne” 1992 s. 7–38; t a ż e: *Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna (1736–1788). Problemy metodologiczne*. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1993 nr 4 s. 3–37 i in.

² B. Płonka - Syroka: *Mesmerizm jako doktryna medyczna*. W: *Mesmerizm. Od astrologii do bioenergoterapii*. Wrocław 1994 s. 58–70; E. W a s z y Ń s k i (red.): *Historia patologii ogólnej* (praca w przygotowaniu).

³ Dobry przykład stanowi tu homeopatia i odmienne pojmowanie „faktyczności” stosowanych w niej metod terapii. Por.: B. Płonka - Syroka: *Postawy lekarzy polskich generacji 1830–1859 wobec homeopatii i ich społeczne uwarunkowanie* (w druku).

⁴ Por. np. odmienność interpretacji neohipokratyzmu dokonanej przez Boerhaavego i Hallera, nadająca ich systemom poglądów wyraziste indywidualne piętno.

⁵ Przykładem może być tu casus J.M. Charcota, twórcy francuskiej psychiatrii i pioniera neurologii, którego poglądy zostały szybko porzucone po śmierci „ojca założyciela” przez adeptów jego szkoły, jednak autorytet samego Charcota był wśród nich nadal utrzymywany ze względu na niewątpliwe zasługi.

⁶ Jako przykład może tu wystąpić niemiecka medycyna niematerialistyczna przed 1848 rokiem, której paradygmat był aktywnie wspierany przez państwową politykę naukową. Zmiana sytuacji politycznej doprowadziła w szybkim tempie do wymiany kadry naukowej i zmiany obowiązujących w medycynie akademickiej standardów.

⁷ Przykładem może być tu średniowieczny galenizm europejskich uniwersytetów, do którego nie wprowadzano innowacji.

⁸ Przykładem może być tu Andreas Röschlaub, twórca doktryny epigonalnej wobec doktryny Browna. Jest jednak uważany za oryginalnego twórcę szkoły medycznej.

⁹ Przykładem może być tu rywalizacja homeopatii „starej” w wersji kanonicznej zaproponowanej przez S.F. Hahnemanna i „nowej”, „odnowionej” i „oczyszczonej” przez jej reinterpretatorów, m.in. Luxa. Podobnie doktryna F.A. Mesmera występowała jako „stara szkoła” w oryginalnej wersji i w wersji „odnowionej” przez J. Puységura.

¹⁰ Postępuję tu za koncepcją Ludwika Flecka, por. B. P ł o n k a - S y r o k a : *Poglądy metodologiczne Ludwika Flecka (1896–1961) i ich recepcja w literaturze światowej w latach 1935–1993*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1994 t. 57 nr 4 s. 497–512.

¹¹ Por. odmienna ocena istoty procesów zachodzących w organizmie pacjenta w wyniku podania leków homeopatycznych. Wg zwolenników homeopatii następująca ewentualna poprawa jest wynikiem prawidłowo zastosowanego leku, skutecznego w terapii danego objawu. Wg zwolenników allopatii leki homeopatyczne nie dysponują żadną skuteczną mocą leczenia, gdyż zawarte w nich „dawki” środków leczniczych nie są możliwe do stwierdzenia za pomocą metod fizycznych (to znaczy, podawane jest tylko placebo). Poprawa stanu zdrowia pacjenta (o ile nastąpi) interpretowana jest jako wynik zastosowania diety i spełnienia się oczekiwań pacjenta (o ile wierzy on w homeopatię). Elementem doświadczenia jest tu poprawa stanu zdrowia (likwidacja objawu choroby), natomiast interpretacje przyczyn tego zjawiska nawiązują do odmiennych pojęć tego, co „faktyczne”.

¹² Dobrym przykładem są tu „robaki w zębach”, które niemal do końca XIX w. miały w dentyście europejskiej status faktyczny, tj. uznawano je za przyczynę np. próchnicy zębów. Według współczesnego standardu medycyny istnienie „robaków w zębach” należy uznać za iluzję.

¹³ Por. doskonała analiza tego zjawiska na przykładzie pojęcia kiły, por.: L. F l e c k : *Powstanie i rozwój faktu naukowego*. Lublin 1986 s. 133–134.

¹⁴ Por. B. P ł o n k a - S y r o k a : *Społeczno-kulturowy kontekst historii medycyny – przegląd koncepcji i propozycje badawcze*. „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1995 t. 2 z. 1 s. 5–21.

¹⁵ O możliwościach wynikających z zastosowania w historiografii medycyny koncepcji ideału nauki, według jego definicji zaproponowanej przez Stefana Amsterdamskiego,

por. B. P ł o n k a - S y r o k a : *Problem przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX w. w świetle wybranych koncepcji z zakresu metodologii historii nauki*. „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997 t. 4 z. 1 s. 26–33.

¹⁶ Konstytutywny (z łac. *constitutivus*) – stanowiący podstawę, zasadniczy, istotny, stanowiący o czymś, por. *Słownik wyrazów obcych*. Red. J. T o k a r s k i . Warszawa 1980 s. 383.

¹⁷ Nomotetyczny (z gr. *nomothetes*) – zmierzający do sformułowania prawa, prawodawca, por. *Słownik wyrazów obcych*, s. 514.

¹⁸ Wariacyjny (z łac. *variatio*) – przetwarzający temat wraz z kolejnym jego podjęciem, odmieniający go – analogia w teorii muzyki, por. *Słownik wyrazów obcych*, s. 799.

¹⁹ B. P ł o n k a - S y r o k a : *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego*, s. 12–25.

²⁰ B. P ł o n k a - S y r o k a : *Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna*, s. 9–14.

²¹ B. P ł o n k a - S y r o k a : *Spółeczno-kulturowy model nauki i nowe metody jego analizy*. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1996 z. 4 s. 516–524.

Bożena Płonka-Syroka

MEDICAL THEORIES, DOCTRINES AND SCHOOLS. AN OUTLINE OF THE PROBLEM

The author presents her own proposals for defining such notions as medical theory, medical doctrine and school of medicine. She discusses the extent to which it is possible to make use, in studies on medical theories, of the conception of ideals of science, research programmes and the relativistic conception of scientific fact developed by L. Fleck. She presents proposals for a model of medical doctrine, consisting of three levels: the constitutive, the nomothetic and the variational. She also adduces a proposal for research on the reception of the views of schools of medicine using the conception of the strategies of action of scientific communities. The article is a recapitulation of the author's research conducted in the years 1988–1997.

