

Płonka-Syroka, Bożena

Koncepcja podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 43/2, 69-80

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)

KONCEPCJA PODMIOTOWOŚCI CZŁOWIEKA WOBEC PODSTAWOWYCH POJĘĆ MEDYCZYNY TEORETYCZNEJ I PRAKTYCZNEJ*

Koncepcja podmiotowości człowieka miała we wszystkich epokach historycznych podstawowe odniesienie do pojęć medycznych i związanych z nimi praktyk z zakresu diagnostyki i terapii. Warunkowała bowiem sposób postrzegania pacjenta w jego relacjach z otoczeniem przyrodniczym i społecznym, a tym samym stawała się podstawą dla budowania teorii medycyny opartej na wyróżnieniu własnego przedmiotu badań. Przedmiot ten był rozmaicie definiowany w zależności od epoki w ogólnym rozwoju kultury, to znaczy, iż był on społecznie i kulturowo uwarunkowany, co prowadziło do znacznego zróżnicowania zakresu medycyny teoretycznej i związanych z tym metod diagnostyki i terapii. Celem niniejszego studium jest przedstawienie różnych koncepcji podmiotowości człowieka, wypracowanych w poszczególnych okresach historycznych i ukazanie związków z definiowaniem zarówno przedmiotu, jak i zakresu medycyny, w zależności od sposobu postrzegania człowieka i teoretycznego ujmowania cielesnego aspektu jego egzystencji.

Koncepcja podmiotowości człowieka w okresie przedcywilizacyjnym, a także w teoriach medycyny ludowej, miała charakter społeczny. Człowiek pojmowany był jako członek grupy, zaś choroba jako naruszenie porządku uznawanego za naturalny. Postrzegana była jako zjawisko wobec człowieka zewnętrzne, pojmowana była ontologicznie, jako samodzielny byt wnikający do ludzkiego ciała i działający w nim zgodnie ze swoją specyfiką lub wolą. Personifikacja choroby spotykana w kulturach pierwotnych wiązała się z antropomorfizacją przyrody, której wizja tworzona była na wzór stosunków społecznych.

Typowa dla tego okresu koncepcja podmiotowości człowieka znajduje odbicie w procesie diagnostyki i terapii. Wiąże się z pojęciem sprawstwa – to człowiek lub ponadludzki byt duchowy miał być sprawcą choroby. Głównym elementem diagnozy stawało się przeto ustalenie sprawcy i wyjaśnienie przyczyny, dla której miał on podjąć działania wymierzone w innego człowieka. Tego typu diagnoza dokonywana być mogła bez przykładania większej wagi do obserwacji samej choroby, a nawet bez fizycznej obecności osoby chorej w miejscu stawiania diagnozy. Ludzkie ciało miało tu znaczenie drugorzędne wobec czynników o charakterze społecznym. Podstawą terapii były w tym okresie (oprócz zabiegów związanych z leczeniem urazów) metody o charakterze magicznym, których istotą było oddziaływanie na ducha choroby lub na jej sprawcę.

Wraz z rozwojem cywilizacji następują przemiany w koncepcji podmiotowości człowieka, idące w kierunku indywidualizacji. Idea nieśmiertelnego indywidualnego bytu osobowego, którego osnowę stanowił pierwiastek duchowy, doprowadziła w kulturze wielkich cywilizacji starożytnego wschodu do wypracowania nowej teorii medycyny. Jej podstawą stała się koncepcja paralelizmu makrokosmosu i mikrokosmosu odbijających się wzajemnie. Ludzkie życie, zdrowie i ciało wpisane zostały w kosmiczny porządek równoległy. Koncepcja tego typu współpodmiotowości zainspirowała powstanie i rozwój medycyny obserwacyjnej, w której jednak ludzkie ciało nie było jedynym obiektem eksploracji. Obserwacje nastawione były na analizę przebiegu chorób w czasie, pojawiania się chorób w określonych warunkach zewnętrznych i w określonej porze roku itp. Astrologiczne ukierunkowanie medycyny prowadziło do obecności w procesie diagnozy elementów wykraczających poza ciało chorego, tj. różnego rodzaju znaków interpretowanych w kontekście medycznym. Koncepcja paralelizmu mikrokosmosu i makrokosmosu czyniła prawomocną diagnozę dokonywaną w sposób równoległy, obejmującą zarówno obserwację ciała jako obiektu badań, jak i obserwacje układu gwiazd i znaków wróżebnych.

Zrozumienie starożytnej medycyny bez uwzględniania jej astrologicznego kontekstu nie może być pełne. Nie był to bowiem wątek poboczny, ale idea regulatywna. Człowiek był postrzegany jako żywa istota w żywym kosmosie. Ludzkie ciało było przy tym rzeczywistością ukrytą, podczas gdy makrokosmos poddawał się badaniom. Przywodził na myśl pojęcia porządku i regularności. Te same pojęcia zaczęto z czasem odnosić do ludzkiego ciała i zachodzących w nim procesów. Łączono objawy w porządku czasowym. Wprowadzono koncepcję przesileni choroby, dni krytycznych itp. Dla wszystkich cywilizacji na tym etapie rozwoju charakterystyczne bywały kompendia medyczne, ujmujące ciało człowieka wpisane w porządek kosmiczny. Zawierały opisy chorób od stóp do głowy, przy czym poszczególnym organom odpowiadały odpowiednie znaki zodiaku. Spotykamy wówczas także ideę przyporządkowania poszczególnego człowieka znakowi zodiaku w związku z momentem jego narodzin. Makrokosmos determinował indywidualne losy człowieka, w tym jego kondycję fizyczną, skłonność do

określonych chorób, przewidywany okres życia. Determinizm tej wizji doprowadził z czasem do wypracowania naturalistycznej koncepcji człowieka i uwolnienia teorii medycyny od dawnych pojęć supranaturalistycznych, m.in. pojęcia sprawstwa jako elementu diagnozy.

W medycynie starożytnej Grecji naturalistyczna koncepcja człowieka zyskała szczególne rozwinięcie. Pojawia się pojęcie ludzkiego organizmu jako rzeczywistości zasadniczo odrębnej od środowiska, choć zakorzenionej w świecie przyrody i podległej jej prawom. Pojawia się także element ilościowy w diagnostyce – w postaci koncepcji równowagi humorów w patologii humoralnej, czy w ekwiwalencji atomów i porów w patologii solidarnej. Koncepcja równowagi jako normy, warunkującej prawidłowy stan ludzkiego organizmu, ukierunkowuje medycynę w stronę badania ludzkiego ciała i jego otoczenia, postrzeganego jako bezpośrednie środowisko życia. Uwarunkowania kosmiczne stopniowo tracą w tym kontekście na znaczeniu. „Człowiek naturalny” jońskiej filozofii przyrody staje się stopniowo „człowiekiem ziemskim”.

Dla dalszego rozwoju medycyny teoretycznej w Europie zasadnicze znaczenie miały aż do połowy XIX w. dwie starożytne koncepcje filozoficzne, platonizm i arystotelizm, które doprowadziły do sformułowania konkurencyjnych koncepcji nauki, a także operowały odmiennym rozłożeniem akcentów w odniesieniu do koncepcji podmiotowości człowieka jako obiektu badań i oddziaływań medycyny. Platonizm, „szczególnie w reinterpretacji nadanej mu przez Plotyna, uprawomocniał tworzenie teorii naukowych nie opartych na podstawie empirycznej i na wiedzy dyskursywnej, podczas gdy arystotelizm stał się podstawą medycyny o orientacji empirycznej. Platonizm i arystotelizm operowały odmienną koncepcją tego, co faktyczne, realnie istniejące, mogące być zatem właściwym przedmiotem badań. Dla platoników status faktyczny miały ogólne idee, których jedynie odbiciem były poszczególne rzeczy. Dla arystotelików faktycznym był każdy byt poszczególne, jako taki będący przeto wartościowym przedmiotem badań. Różnica ta wywarła zasadniczy wpływ na sformułowanie założeń programowych europejskiej medycyny. Wielowiekowa dominacja platońskiej koncepcji faktyczności doprowadziła w rezultacie do zduszenia empirycznych tendencji w medycynie, na rzecz tendencji spekulatywnych, nie wyprowadzanych z doświadczenia, którego wartość negowano. Przyczyniła się także do nadania medycynie oblicza niematerialistycznego, z czym wiązał się brak zainteresowania dla anatomii i wiele innych cech charakterystycznych, odrzuconych dopiero w medycynie ostatnich dwóch stuleci.

Platonizm i arystotelizm wykazywały jednak pewne znaczące cechy wspólne. W obu koncepcjach człowiek pojmowany był jako niepowtarzalny element stworzonego i funkcjonującego w sposób celowy kosmosu. Dla obu filozofów podstawowym elementem organizującym strukturę żywą, jaką był ludzki organizm, była dusza. Podmiotowość pacjenta obejmowała więc nie tylko jego ciało, ale i element

niematerialny, nie poddający się obserwacjom, któremu jednak przypisywano rudymentalne znaczenie.

Arystoteles postrzegał świat jako złożony z odrębnych podmiotów indywidualnych i stworzona na tej podstawie koncepcja medycyny przybrała postać obserwacyjną i empiryczną. Zarówno wszechświat, jak i organizm, uważał za zbudowane i funkcjonujące w sposób celowy. Choroba postrzegana była jako element naruszający naturalną równowagę. Warunkowało to aktywne podejście do poszukiwań skutecznej profilaktyki i terapii. Ciało chorego stawało się obiektem przejawiania się naturalnego procesu choroby. Diagnoza ze znaków wróżebnych, dokonywana pod nieobecność chorego, bez dokładnej obserwacji jego ciała, została pozbawiona racjonalnego uzasadnienia.

Natomiast platonizm, a szczególnie neoplatonizm, ukierunkowywały dalszy rozwój medycyny w stronę poszukiwania typów idealnych. Obdarzone statusem faktyczności idee były przedmiotem badań, natomiast poszczególne rzeczy były uważane tylko za niedoskonałe odbicie tych idei. Prowadziło to do powstania doktryn medycznych, zbudowanych w oparciu o apriorycznie sformułowane założenia, bardzo przy tym odpornych na weryfikację praktyczną. Wszelkie bowiem odstępstwa od założonych typów idealnych nie były uznawane za istotne. Stwierdzane były przecież empirycznie, a ten sposób poznania nie miał dla platoników i neoplatoników większej wartości. Program platoński stał się pod koniec starożytności podstawą ogólnej syntezy całej dotychczasowej wiedzy. W postaci neoplatonizmu stał się doktryną próbującą pogodzić rozmaite teoretyczne inspiracje. Przyczynił się jednakże do zahamowania rozwoju medycyny teoretycznej i praktycznej, które zostało przewyżczone dopiero w okresie późnego średniowiecza, wraz z recepcją myśli Arystotelesa w Europie łacińskiej.

Program medycyny naturalistycznej, wypracowany w okresie starożytnym, został poddany reinterpretacji w średniowieczu, zarówno w obszarze kultury chrześcijańskiej, jak i arabskiej. Pojawia się wówczas jako podstawowa idea regulatywna zasada podporządkowania całej ludzkiej wiedzy, w tym wiedzy przyrodniczej, niepodważalnemu autorytetowi religii i związanych z nią instytucji. Nastąpił wówczas także nawrót elementów supranaturalistycznych w diagnostyce i praktyk o charakterze uzdrowicielskim w terapii, co było związane nie tylko ze ścisłym powiązaniem medycyny z religią, lecz i z ogólnym poziomem świadomości i kultury germańskich społeczności, wywierających zasadniczy wpływ na oblicze intelektualne ówczesnej Europy.

Cechą medycyny średniowiecznej Europy łacińskiej był jej swoiście literacki i autorytarny charakter. To księgi bowiem były głównym punktem odniesienia, *Biblia* i dzieła medycznych autorytetów starożytności. Charakter religii mono-teistycznej, jaki miały zarówno chrześcijaństwo, jak i islam, wpłynęły jednak w dalszej perspektywie na rozwój przyrodznawstwa, przede wszystkim poprzez oczyszczenie go z elementów supranaturalistycznych. Był to jednak proces długotrwały, nasilający się stopniowo od czasów Renesansu aż po epokę scjentyzmu

w drugiej połowie XIX wieku. Koncepcja ludzkiej podmiotowości wykazuje w okresie średniowiecza podwójne zakorzenienie, metafizyczne i fizykalne. Pierwszym i zasadniczym odniesieniem jest jednak rzeczywistość *civitas Dei*, podczas gdy rzeczywistość ludzkiej indywidualnej cielesności schodzi na dalszy plan. Zarówno elementy świadomości, jak i poziom ówczesnej wiedzy medycznej (znacznie obniżony wobec standardów starożytnych) powodują przemianę w postrzeganiu choroby, która w odróżnieniu od koncepcji Arystotelesa nie jest już uważana za naruszenie naturalnego porządku rzeczy, ale za jego nieodłączny element. Ten status choroby będzie stopniowo przewyżczony dopiero w świadomości lekarzy epoki Oświecenia (por. np. koncepcję makrobiotyki Ch.W. Hufelanda w skali indywidualnej, medycyny społecznej J.P. Franka, czy też profilaktyki chorób epidemicznych w skali społecznej).

Pod koniec średniowiecza zarysowały się podstawy dwóch zasadniczych nurtów interpretacyjnych, które stały się programem dla modernizującego się przyrodoznawstwa. Podstawowym czynnikiem różnicującym stać się miało rozbitcie jedności konfesyjnej zachodniego chrześcijaństwa, z czym wiązało się zróżnicowanie w zakresie filozoficznej i fizycznej interpretacji świata. Doszło do wytworzenia się odmiennych programów odnowy medycyny po okresie scholastycznym, rozmaicie definiujących zarówno przedmiot medycyny jako nauki, jak i posługujących się odmiennymi koncepcjami podmiotowości człowieka.

Rozwijający się w kręgu katolickim humanizm, budowany w kręgu wpływów antyscholastycznie interpretowanego arystotelizmu, skupiający uwagę wokół problemu wolności i godności człowieka, kładący nacisk na osobową indywidualność i podnoszący wartość ludzkiej ziemskiej egzystencji, zainspirował sformułowanie programu, którego ideą regulatywną stał się problem uzyskania wiedzy prawdziwej i pewnej za pomocą odpowiednich procedur, prowadzących do uzgodnienia wyników badań, uzyskanych przez wolne, równe i niezależne od siebie podmioty poznające. Religijnie uprawomocniona koncepcja wolnej woli wpisywała ten problem w aktualny kontekst światopoglądowy. Człowiek włączony cielesnie w rzeczywistość przyrody był dzięki posiadaniu duszy bytem wobec niej odrębnym. Poznanie jego ciała dokonywać się miało w sposób empiryczny, zaś wszelkie teoretyczne wnioski budowane być miały jako uogólnienia poszczególnych przypadków. Humanizm wykroczył jednak poza tradycyjny obszar problemów arystotelizmu, tworząc własną koncepcję człowieka i jego podmiotowości, na podstawie których budowano z czasem nową, nowożytną koncepcję nauki. Renesansowa koncepcja nauki wychodzi bowiem od indywidualnego podmiotu poznającego i bada możliwość uzyskania przezeń wiedzy pewnej o charakterze intersubiektywnym. Próbę sformułowania programu nowożytnej nauki w odpowiedzi na tak postawione pytanie znajdujemy w koncepcjach Galileusza a później Bacona i Kartezjusza.

Nowy program, na podstawie którego budowano aż do początków XIX wieku teorie i doktryny medyczne, można ująć następująco:

– człowiek znajduje się w polu działania sił natury. Jest jednak zasadniczo od nich różny. Jest indywidualnym organizmem, funkcjonującym w celowo działającym, stworzonym przez Boga świecie;

– życie człowieka i wszystkich organizmów ożywionych podtrzymuje siła życiowa;

– funkcje ludzkiego organizmu oraz inne przejawy życia należy badać w kategoriach teleologicznych;

– celem nauki medycyny jest poznanie indywidualnego organizmu i zapewnienie mu wsparcia w naturalnym procesie zdrowienia.

Powyższy program stał się podstawą badań szczegółowych, prowadzących do wypracowania wielu cząstkowych hipotez. Z jego recepcją wiązało się przyjęcie w katolickim i anglikańskim kręgu kulturowym neohipokratyzmu jako obowiązującej doktryny normatywnej. Recepcja tego programu przebiegała począwszy od Włoch (XVI w., Padwa), poprzez Anglię i Niderlandy (XVII w., Lejda), obejmując w XVIII stuleciu całą niemal katolicką Europę. Neohipokratyzm był doktryną opartą na podstawie arystotelizmu, z jego indywidualnym ujęciem ludzkiej podmiotowości. Sprzyjało to rozwojowi tendencji obserwacyjnej w odniesieniu do poszczególnego pacjenta, spisywaniu historii jego choroby, pielęgnacji jego ciała. Zarazem jednak stało się to barierą dla dalszego rozwoju medycyny, przezwyciężoną dopiero przez program materialistyczny, odmiennie definiujący ludzką indywidualną podmiotowość i umożliwiający potraktowanie ludzkiego ciała w sposób porównawczy (statystyczny).

Koncepcja ta została wypracowana na podstawie nowego programu przyrodoznawstwa, operującego koncepcją podmiotowości człowieka opartą na wolnej woli i wolności sądu, implikującą indywidualistyczne ujęcie człowieka jako podmiotu poznającego i zarazem zestandaryzowane ujęcie ludzkiej cielesności, sformułowaną przez Kartezjusza. Dualistyczne zdefiniowanie ludzkiej podmiotowości i jej rozdział na *res cogitans* i *res extensa* doprowadziło do redukcjonizmu w ujmowaniu człowieka i jego ciała jako podmiotu działań medycyny. Kartezjusz przyczynił się do nowego określenia zakresu przyrodoznawstwa. Ograniczył je wyłącznie do rzeczywistości fizycznej, wymiernej i intersubiektywnie dostępnej. Koncepcja podmiotowości człowieka w kartezjanizmie, oparta na zasadzie paralelizmu psychofizycznego, doprowadziła do rozdzielnego ujmowania ludzkiej podmiotowości. Człowiek duchowy i człowiek cielesny egzystowali w sposób równoległy, lecz należeli do odmiennych porządków. Postawiło to przed medycyną problem sformułowania nowego programu badań, nastawionego wyłącznie na ludzkie ciało. Założenia tego programu można sprecyzować następująco:

– ludzkie ciało w pełni należy do przyrody i podlega jej prawom, winno być więc badane za pomocą metod właściwych badaniu przyrody nieożywionej;

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

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

– ciało ludzkie może podlegać powtarzalnym i intersubiektywnie ważnym pomiarom, służącym budowaniu teorii;

– wszelkie przejawy ludzkiej aktywności należy opisywać w kategoriach przyczynowych.

Zainteresowanie dla ludzkiego ciała, interpretowanego jako organizm żywy w nowy, mechanistyczny sposób, spowodowało przeformułowanie całego dotychczasowego programu medycyny. Lekarz nie pytał już bowiem *dlaczego*, ale *w jaki sposób* coś się dzieje i zmierzał do poznania tego procesu w kategoriach przyczynowych. Recepta tego programu w medycynie europejskiej, która dokonała się stopniowo w XVIII i XIX w., wywarła znaczący wpływ na oblicze europejskiej medycyny:

– idea jednostajności ludzkiego ciała pozwoliła na przyjęcie założenia możliwości jego badania na sposób zwielokrotniony, tj. powstanie idei statystyki medycznej;

– idea wyłącznie cielesnego charakteru chorób doprowadziła do powstania koncepcji profilaktyki społecznej chorób i upowszechnienia przekonania o stanie zdrowia jako normalnym stanie ludzkiej egzystencji. Choroba i cierpienie, dotąd pojmowane jako immanentne elementy ziemskiej kondycji ludzkiej, zostały pozbawione supranaturalistycznego znaczenia;

– nastąpiła stopniowa medykalizacja pojmowania choroby (tj. oderwanie od niej dotychczasowych wątków moralnych, religijnych), a także medykalizacja śmierci, usuwanej stopniowo z pola świadomości społecznej;

– nastąpiły istotne zmiany w relacji lekarz-pacjent. Ludzkie ciało stało się w większym stopniu przedmiotem planowych eksperymentów terapeutycznych. Zarazem człowiek chory powierzał lekarzowi do leczenia swoje ciało, problemy duszy oddając księżom lub psychiatrom;

– materialistyczne i redukcjonistyczne ujęcie ludzkiego ciała wywarło wpływ na poszukiwania materialnych czynników chorobotwórczych, tak w samym organizmie, jak i poza nim;

– idea rozkładu ludzkiego ciała na podstawowe, porównywalne elementy zainspirowała kierunek zmierzający ku lokalizacji procesu chorobowego w narządach, tkankach i ostatecznie w komórkach;

– choroba w zbudowanej na podstawie niniejszego programu materialistycznej medycynie staje się zaburzeniem funkcji i organicza się często do pojedynczego organu. Rodzi to poszukiwania terapii zlokalizowanej, opartej na racjonalistycznych podstawach (*terapia sterilisans magna*);

– w medycynie materialistycznej nastąpiło charakterystyczne rozbieżenie i zarazem zwielokrotnienie ludzkiego podmiotu. Człowiek – ciało staje się przedmiotem uwagi „medycyny organów”, powstałej w wyniku podziału interny na specjalizacje i medycyny społecznej, gdy ujmowany jest jako swego rodzaju podmiot

zbiorowy. Standardowe ujęcie ludzkiej podmiotowości prowadzi do odpersonalizowania procesu terapeutycznego. Dbłość o ludzkie potrzeby psychiczne przejmują psychologia i psychiatria, zaś czynności typowo pielęgniacyjne – sprofesjonalizowane pielęgniarstwo;

– recepcja powyższego programu doprowadziła do rozłącznego traktowania człowieka pojmowanego w kategoriach filozoficznych i metafizycznych od refleksji nad człowiekiem – obiektem badań medycyny, koncentrującej się odtąd na ludzkiej cielesności.

Pod koniec XIX stulecia program ten wyznaczał standard europejskiej akademickiej medycyny i mimo prób jego krytyki, podejmowanej do dziś dnia z różnych pozycji, nadal zachowuje ten status. Jego powszechna recepcja nastąpiła jednak dopiero w drugiej połowie XIX w., po likwidacji pozostałości drugiego z nurtów interpretacyjnych, zarysowanych w dobie renesansu – programu modernizacji medycyny w duchu luteranizmu.

Reformacja luterkańska opierała się na fatalistycznej koncepcji zjawisk społecznych i przyrodniczych, przyjmując, iż wszystkie poszczególne zdarzenia są bezpośrednio zależne od transcendentnego ośrodka mocy (tj. Stwórcy – koncepcja sprawstwa). Fatalizm luteranizmu różnił się tym od współczesnych mu tendencji deterministycznych, pojawiających się w obrębie renesansowego przyrodoznawstwa z kręgu katolickiego i anglikańskiego, iż podczas gdy determinizm inspirował poszukiwanie zjawisk powtarzalnych i łączących je związków przyczynowych oraz zakładał zdolność człowieka do ich poznania i zrozumienia, fatalizm implikował postawę możliwą do opisanego w formule „*ignoramus et ignorabimus*”.

Różnice uwidaczniały się także w założeniach programowych, dotyczących tak istotnego dla nauki nowożytnej postulatu, jakim był postulat matematyzacji nauki. Podczas gdy w kręgu katolickim i anglikańskim przybrał on postać odpowiedzi na pytanie o możliwość uzgodnienia twierdzeń wypowiedzianych przez wolne i niezeterminowane podmioty poznające (Kartezjusz, Bacon), w niemieckim, protestanckim kręgu kulturowym wychodzono od koncepcji stałej i niezmiennej prawdy (Leibniz, Kant), dostępnej poznaniu w sposób ograniczony. Założenia te znajdowały konkretne odbicie w koncepcjach matematycznych, które tworzyły podstawę pojęciową tego, co w świadomości środowisk naukowych uzyskiwało status faktyczny i racjonalny.

W filozofii i filozoficznie zorientowanej protestanckiej medycynie niemieckiej przyjmuje się istnienie poza światem dostępnym empirycznemu poznaniu bytów pewnej wyrazistej idealnej struktury, determinującej zachodzenie i przebieg wszystkich zjawisk (u Jakuba Böhme, Paracelsusa, Van Helmonta, Leibniza, Kanta, Schellinga, Hegla i in). Struktura ta pojmowana była jako realnie istniejący wzorzec dla poszczególnych bytów, ich osnowa lub istota. Ze względu na jej niematerialny charakter jej poznanie empiryczne nie jest możliwe. Wnioskowanie bowiem o owej strukturze na podstawie badań rzeczy poszczególnych nie ma dostatecznego uzasadnienia, jako że stanowią jedynie jej niedoskonałe odbicie.

Poznanie naukowe mieć więc powinno charakter racjonalistycznej refleksji lub swoistego wglądu intelektualnego, uzyskiwanego w specjalnym stanie świadomości. Jest to koncepcja poznania dyskursywnego o stopniu ograniczonym lub wręcz uprawomocniająca poznanie o charakterze niedyskursywnym.

Trzecią cechą charakterystyczną dla programu nauki pozostającego pod wpływem luteranizmu była koncepcja zbiorowego podmiotu poznającego. Opierając się bowiem na koncepcji sprawstwa w interpretacji ludzkiego myślenia i działania trudno było wyjaśnić bez popadania w poważne trudności interpretacyjne, dlaczego uzyskiwana przez poszczególne podmioty poznające wiedza na temat świata miałyby być różna. Jeżeli by natomiast – zgodnie z koncepcją sprawstwa – wiedza poszczególnych podmiotów miała tworzyć system, złożony z identycznych elementów, to narażałoby to ten punkt widzenia na sprzeczność z potocznym ludzkim doświadczeniem, prowadząc do podważenia samej koncepcji sprawstwa.

Powyżej zakreślone ramy światopoglądowe stworzyły warunki dla wytworzenia w niemieckim, protestanckim kręgu kulturowym swoistej koncepcji medycyny, zbudowanej w oparciu o charakterystyczne ujęcie podmiotowości człowieka jako bytu o charakterze zależnym od czynników supranaturalistycznych. Koncepcja ta opierała się na ujęciu przyrody jako żyjącego bytu organicznego, którego osnową jest byt o charakterze duchowym. Wszystkie byty miały w nim swoje miejsce w porządku hierarchicznym. Duchowa osnowa wszechświata miała mieć naturę racjonalną, toteż dedukcję uznano za metodę umożliwiającą dotarcie do jej struktury. Wiedza indukcyjna, uzyskiwana za pomocą zestawiania wyników badań jednostkowych, nie mogła zapewnić pożądanej pewności. Zamiast indukcji posługiwano się więc metodą analogii, analizując związek poszczególnych zjawisk z ogólną strukturą bytu.

Założenia te miały realny wymiar praktyczny w niemieckiej medycynie nowożytnej do 1848 r. Uznając, że człowiek zajmuje w hierarchii bytów szczególną pozycję, zaś obecny w nim czynnik duchowy góruje nad materialnym, sądzono, że ludzka siła duchowa pozwala zapanować nad światem bytów materialnych. Duchowa struktura świata pozwalać miała człowiekowi na osiągnięcie poznania naukowego za pomocą intelektualnego wglądu skierowanego ku niematerialnym aspektom egzystencji, pozwalać miała także na sterowanie elementami świata materialnego w procesie terapii. Takie zdefiniowanie tego, co faktyczne, stwarzało podstawy światopoglądowe genezy i recepcji w niemieckiej społeczności lekarskiej teorii i doktryn medycznych nie tylko o charakterze niematerialistycznym (takim był także popularyzujący się w kręgu katolickim i anglikańskim neohipokratyzm), lecz wręcz spirytualistycznym. Mamy tu bowiem do czynienia z uduchowieniem sfery materialnej we wszelkich jej przejawach, z koncepcją powszechnej obecności sił duchowych, niemożliwych do wykazania w sposób fizyczny, a jednak uznawanych nie tylko za istniejące, lecz za determinujące zachodzenie i przebieg zjawisk.

Zarysowany wyżej program miał następujące implikacje praktyczne:

– skoro choroba miała wymiar niematerialny, lekarz powinien był zmierzać do rozpoznania w procesie diagnozy zaistnienia zaburzeń funkcjonowania duchowego czynnika, regulującego procesy organiczne w ludzkim ciele, nie zaś kierować swą uwagę ku materialnym skutkom owych zaburzeń;

– skoro wszelkie obserwowane odchylenia traktowano jako odstępstwa od idealnej normy, do której można dotrzeć na drodze dedukcji i uważane one były za wyraz zboczenia konstytuującej ludzki organizm duchowej siły, badania anatomiczne miały całkowicie marginalne znaczenie i uprawiano je wyłącznie w celach ogólnopoznawczych;

– skoro choroba miała mieć zawsze wymiar ogólny, dotyczący całej struktury ustroju, duchowej i cielesnej, nie mogła być opisywana jako zjawisko ograniczone wyłącznie do obszaru ciała, a tym bardziej do jego poszczególnych organów.

W odniesieniu do terapii powyższy program miał następujące implikacje:

– terapia miała charakter terapii ogólnej. Zalecenia terapeutyczne uległy uproszczeniu i ograniczały się często do jednego lub kilku środków, którym przypisywano działanie ogólnoustrojowe;

– ważnym elementem terapii było oddziaływanie na siły psychiczne pacjenta (identyfikowane z pierwiastkiem duchowym);

– interpretacja istoty działania leków nie wiązała się wyłącznie z ich składem chemicznym, ale szeregiem czynników o innym charakterze trudnym do opisania w kategoriach medycyny materialistycznej;

– typowe dla medycyny materialistycznej wnioski na temat skuteczności działania leków, oparte na zasadzie *post hoc, ergo propter hoc*, poddawane było krytyce ze względu na to, że opierało się na indukcji, której odmawiano wartości poznawczej. Zablockowało to możliwości recepcji statystyki medycznej, jako metody służącej do oceny skutków terapii;

– ogólna skuteczność terapii (szczególnie w pierwszej połowie XIX w. – na tle współczesnych stosunków europejskich) była niska, gdyż zarówno w procesie diagnozy, jak i przy ustalaniu rodzaju kuracji kierowano się teoriami, które cechował wprawdzie znaczny stopień spójności oraz zgodność z podstawami światopoglądowymi, uznawanymi za racjonalne i normatywne, jednakże wykazującymi słabe zakorzenienie empiryczne;

– niska skuteczność terapii i duża śmiertelność chorych, także w efekcie zastosowanej kuracji, mimo iż postrzegane w kazuistyce – nie stanowiły przesłanek krytyki i wymiany obowiązujących teorii i doktryn na inne, gdyż empiryczna i indukcyjna metoda weryfikacji była odrzucana.

Powyżej przedstawiony program, który zachował swą ważność w niemieckiej, protestanckiej medycynie akademickiej od czasów Renesansu aż do około 1848 r., ulegał od 1830 r. stopniowej erozji. W latach 1830–1848 dokonana się tu stopniowa recepcja elementów konkurencyjnych, wyżej zaprezentowanych, programów teoretycznej medycyny – naprzód inspirowanego arystotelizmem (neowitalizm

Naturhistorische Schule), natomiast później programu materialistycznego. W ten sposób w europejskiej medycynie akademickiej doszło w połowie XIX stulecia do wypracowania podstaw powszechnie obowiązującego standardu racjonalności, pomimo zróżnicowania w zakresie czynników światopoglądowych i kulturowego podglebia nauki. Ideologią europejskich środowisk lekarskich stopniowo stał się scjentyzm, ściśle związany z materialistyczną koncepcją człowieka jako obiektu badań i oddziaływań lekarskich, tak w skali indywidualnej, jak i zbiorowej. Podmiotowość pacjenta ograniczona została do elementów fizykalnych, konstytuujących jego ciało i poddających się pomiarom i analizom. Zasady etyki lekarskiej unormowały z czasem dowolne jeszcze w wieku XIX warunki eksperymentu lekarskiego podejmowanego na ludzkim ciele, tak w odniesieniu do nowatorskich metod operacyjnych, jak i doświadczalnego zastosowania nowych metod terapii.

Różne koncepcje podmiotowości człowieka, związane z historycznymi już teoriami i doktrynami medycznymi, stają się także uchwytnie w analizach medycyny mijającego XX stulecia. Odmienne definiowanie podmiotowości człowieka i jego praw w różnych, skrajnych systemach politycznych, stało się podstawą ogólnej koncepcji medycyny stworzonej przez owe systemy. Wyrazistym przykładem może być tu koncepcja medycyny niemieckiej w okresie III Rzeszy.

Współcześnie obserwujemy nasilające się przejawy krytyki wobec materialistycznego programu medycyny akademickiej, obowiązującego w praktyce od połowy XIX stulecia i opartego na redukcyjnej koncepcji ludzkiej podmiotowości, ograniczonej w zasadzie do elementów poddających się badaniom fizykalnym. Krytycy obowiązującego paradygmatu wskazują na potrzebę redefiniowania koncepcji podmiotowości pacjenta, wzbogaconej o elementy psychiczne, odzwierciedlające w większym stopniu stan zaspokojenia potrzeb chorego w tym zakresie, a także elementy społeczne, związane z procesem rehabilitacji i powrotem do normalnego życia społecznego. Ulega także stopniowej zmianie stosunek wobec śmierci, którego wyrazem jest zwrot uwagi w stronę poprawy indywidualnego komfortu umierania. Scjentyistyczna medycyna naprawcza i medycyna społeczna o profilaktycznym nastawieniu – zgodnie z zarysowującą się nową świadomością w zakresie podmiotowości pacjenta – tworzą obszar wymagający uzupełnień. Świadomość tę odzwierciedla współczesna definicja zdrowia, które jest ujmowane już nie tylko w kategoriach fizycznej sprawności ciała, lecz pojmowane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Można sądzić, że ten punkt widzenia stanie się podstawą nowego zakreślenia perspektyw teoretycznych i zakresu badań medycyny, której podmiotem stanie się człowiek definiowany w kategoriach wykraczających poza ujęcie fizykalne.

Przypis

* Tezy zawarte w tym artykule zostały rozwinięte w następujących moich pracach: *Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych*. „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996 t. 3 z.1–2 s. 24–54; *Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1848) jako problem badawczy*. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1997 nr.1 s. 21–42; *Problem przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX wieku w świetle wybranych koncepcji z zakresu metodologii historii nauki*. „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997 t.4 z.1 s. 5–38.

Bożena Płonka-Syroka

THE CONCEPTION OF HUMAN SUBJECTIVITY VIS-A-VIS THE BASIC CONCEPTS OF THEORETICAL AND PRACTICAL MEDICINE

Conceptions of human subjectivity have throughout ages had an impact on the defining the subject-matter of theoretical and practical research in the area of medicine. They have influenced the way the patient was perceived in relation to the social and natural environments, and they have also provided the basis upon which diagnostic and therapeutic conceptions could be constructed. The author presents her own proposals for defining such notions as medical theory, medical doctrine and school of medicine. The present study gives an account of the changes in the research agenda of medicine in particular historical epochs in conjunction with the changes in defining human subjectivity as the subject-matter of its research.