

Wójcik, Joanna

Inspiracje humanistyczne w psychiatrii : uwagi na marginesie "Filozofii medycyny" Henrika R. Wulffa, Stinga Andura Pedersena i Rabena Rosenberga, PWN, Warszawa 1993, ss. 275

Medycyna Nowożytna 4/1 - 2, 157-165

1997

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.

RECENZJE I OMÓWIENIA

Inspiracje humanistyczne w psychiatrii. Uwagi na marginesie **Fi-
lozofii medycyny Henrika R. Wulffa, Stinga Andura Pederse-
na i Rabena Rosenberga**, PWN, Warszawa 1993, ss. 275

Powstała z myślą o uzupełnieniu filozoficznej wiedzy adeptów medycyny praca trójki autorów stanowi kompendium zagadnień teoretycznych i problemów praktycznych, z jakimi zetknie się (przynajmniej z większością z nich) lekarz-praktyk i lekarz-na-
ukowiec. Omówione zostały więc stanowiska epistemologiczne uznane przez Wulffa, Pedersena i Rosenberga za charakterystyczne dla współczesnego myślenia medycznego – realizm i empiryzm, a także związane z nimi metody zdobywania wiedzy (tworzenie uo-
gólnień indukcyjnych, formułowanie i testowanie empiryczne hipotez, weryfikacja, falsyfikacja). Przedstawiono również przykłady problemów etycznych, z jakimi mogą się zetknąć lekarze praktycy i teoretycy. Zostały one przez autorów poddane refleksji na poziomie deskryptywnym, metaetycznym i normatywnym.

Inspirującym, a zarazem kontrowersyjnym założeniem twórców tej książki jest idea uwzględnienia w naukach medycznych hermeneutycznego sposobu myślenia. Wprawdzie, jak zaznacza-
ją, warsztat metodologiczny nauk tych jest taki, iż usytuować je należy w kręgu przyrodoznawstwa. Autorzy w myśleniu o rozwoju medycyny przyjmują Kuhnowski punkt widzenia, dopuszczają więc możliwość zmiany jej *paradygmatu*. Co więcej, uważają, iż w ramach obecnie obowiązujących w tej nauce reguł badawczych i ich zaplecza filozoficznego istnieją dysfunkcjonalne ograniczenia. Dlatego też filozofia wydaje się im niezbędna dla adepta medycyny. Nie można bowiem zdobyć wiedzy o możliwościach rozwojowych i ograniczeniach dyscypliny, którą się uprawia, bez znajomości jej postaw filozoficznych – aktualnych i potencjalnych. W obecnym paradygmacie medycznym istnieje *mechaniczny mo-*

del choroby (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 1993, s. 71). U podstaw tego modelu leży redukcjonizm biologiczny, ujmujący jednostkę ludzką jako wyłącznie biologiczny organizm, sprowadzający medycynę do biologii (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 1993, s. 73). Autorzy *Filozofii medycyny* odrzucają ten skrajnie biologiczny punkt widzenia (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 1993, s. 156). Starają się wykazać, że myślenie i postępowanie medyczne wymaga spojrzenia na człowieka z dodatkowej perspektywy, uwzględniającej to, iż jest on intencjonalnym podmiotem, wyposażonym w subiektywną sferę myśli i przeżyć.

Nowatorskie spojrzenie autorów *Filozofii medycyny* czyni z biologicznego przedmiotu badań, teorii, diagnoz i terapii podmiot, współuczestniczący przynajmniej w części i w pewnych aspektach tych procedur. Warto przy okazji lektury tej książki wspomnieć istniejący już w myśleniu medycznym projekt zastosowania podejścia hermeneutycznego, stworzony w ramach psychiatrii.

Mam tu na myśli egzystencjalistyczno-fenomenologiczną wykładnię schizofrenii, przedstawioną przez Ronalda Davida Lainga w pracy *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*¹.

W *Filozofii medycyny* nazwisko Lainga zostało wymienione lecz w związku z jego pracą późniejszą: *The Politics of Experience*². Przedstawiony w niej sposób myślenia o chorobie psychicznej związany jest, jak zauważają Wulff, Pedersen i Rosenberg, z nurtem zwanym antypsychiatrią. Neguje się w nim zasadność nazywania chorobami wszelkich schorzeń psychicznych, u których podłoża nie stwierdzono wad organicznych czy zaburzeń fizjologicznych, w tym najbardziej w kręgu antypsychiatrycznym dyskutowanej schizofrenii. Według antypsychiatrów mówienie o chorobie jest w tym wypadku tworzeniem mitu, konstrukcją myślową, spełniającą ważne zadanie dla praktyki społecznej. Eliminuje się z niej w ten sposób tych, którzy mają dysfunkcjonalne dla „normalności” życia codziennego problemy: np. etyczne, egzystencjalne, światopoglądowe. W *Polityce doświadczenia* Laing tak pisze o zjawisku schizofrenii: „Po przebadaniu ponad stu przypadków, którymi zajmowaliśmy się ze względu na rzeczywiste okoliczności towarzyszące wydarzeniu społecznemu, kiedy pewna osoba uz-

¹ Opubl. w r. 1960. Fragment przełożony na język polski pt. *Rozszczepione ja* zamieszczono (w:) *Przełom w psychologii*, red. Kazimierz Jankowski, Warszawa 1978. Całość ukazała się w języku polskim pt. *Podzielone „ja”. Egzystencjalistyczne studium zdrowia i choroby psychicznej*, Poznań 1995.

² Ronald David Laing, *The Politics of Experience*, New York 1967, Pol. wyd. *Polityka doświadczenia*, Warszawa 1996.

nana zostaje za schizofrenika, okazuje się, że każde bez wyjątku doświadczenie i zachowanie, które otrzymuje etykietkę schizofrenicznego, jest specjalną strategią, którą osoba ta obmyśla, by móc przetrwać w sytuacji nie do wytrzymania" (Laing 1996, s. 116, 117).

Antypsychiatria jest radykalnym przeciwstawieniem się psychiatrii naturalistycznej, postrzega tę drugą jako jeden ze sposobów stosowania przemocy w życiu społecznym. Autorzy *Filozofii medycyny* zauważają, iż dokonała ona w psychiatrii „zdrowego zamieszania”, zmuszając psychiatrów do przeanalizowania filozoficznych podstaw ich dyscypliny, do postawienia pytań o istotę choroby psychicznej i kryteria jej rozpoznania (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 1993, s. 140).

Wobec postawienia przez autorów *Filozofii medycyny* (nierozwiązanego ich zdaniem jak dotąd) problemu badania ludzkiej sfery subiektywnej i wyrażenia przez nich opinii o konieczności zintegrowania przez medycynę podejścia naukowego i hermeneutyki, proponuję sięgnąć do poglądów Lainga sprzed ich fazy „antypsychiatrycznej” i zobaczyć, jak badanie sfery subiektywnej oraz integracja podejścia nauk ścisłych i podejścia hermeneutycznego możliwe są na gruncie psychiatrii.

Rozważania zawarte w *Podzielonym „ja”* dotyczą schizofrenii. Laing wychodzi od krytyki dotychczas istniejących w psychiatrii opisów tego zjawiska. Koncentrują się one jego zdaniem przede wszystkim na przedstawieniu samej choroby, z pominięciem osoby chorej. Zarówno badacz-teoretyk, jak i lekarz terapeuta posługują się w nich słownictwem za pomocą którego nie da się opisać schizofrenika inaczej, niż jako biologiczny organizm bądź pozostający w interakcjach z innymi abstrakcyjny „aparatus mentalny” (Laing 1995, s. 20–27). Słownictwo to jest więc odpowiedzialne za trudności w opisanu samej osoby schizofrenika. Sprawia ono, że następuje zredukowanie tej osoby do cech biologicznych, dzielenie jej na abstrakcyjne jednostki odpowiadające abstrakcyjnym terminom, odnoszącym się do teoretycznie wyróżnionej struktury ludzkiej osobowości i ludzkiego umysłu³. Ten ludzki „organizm” czy „aparatus mentalny” jawi się jako wy-

³ „Słowa, jakich się używa to: umysł i ciało, psyche i soma, psychologiczny i psychiczny, osobowość, jaźń, organizm. Wszystkie te elementy są abstrakcyjne. W miejsce pierwotnej więzi pomiędzy «ja» i «ty» rozważamy jednostkę ludzką w izolacji, konceptualizując różne jej aspekty jako ego, superego i itd. [...] W jaki sposób mówić sensownie o relacji pomiędzy mną i tobą w kategoriach interakcji dwóch aparatów mentalnych? Z trudnością taką spotkać się musi nie tylko klasyczna freudowska metapsychologia, lecz również każda inna teoria, której punktem wyjścia jest człowiek lub jego cząstka wyizolowana w jego świecie ze stosunków z innymi” (Laing 1995, s. 20).

izolowany ze świadomie odczuwanych i realizowanych związków z innym i ludźmi.

Laing uważa, że opisywanie choroby i pacjenta w takich terminach jest szczególnie niewygodne w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej. Praca psychiatrii przebiega wówczas w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a w świetle sformułowanej w specjalistycznych terminach wiedzy lekarza „obraz” tegoż pacjenta jest niepełny, zredukowany do jego organicznych, fizjologicznych i ewentualnie behawioralnych właściwości⁴. Krytyka Lainga dotyczy nie tylko stosowania tego rodzaju słownictwa w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, czyli w praktyce psychiatrycznej. Obejmuje ona także teoretyczne koncepcje schizofrenii, którym zarzuca m.in. stosowanie „depersonalizujących” ujęć człowieka⁵.

Zaznaczyć trzeba, że autor *Egzystencjalistycznego studium zdrowia i choroby psychicznej* nie podawała sensu samych badań prowadzonych w ramach psychiatrii klinicznej nad schizofrenią. Neguje natomiast sposób opisywania przez tę naukę osoby chorego, uważając za nieuprawnione „rozcłonkowanie” tej osoby i jej egzystencji na jednostki, których nie da się złożyć w żaden pełny, spójny obraz, zrozumiały dla badacza, pacjenta i postronnego laika (Laing 1995, s. 21). Podważa sens stosowania takiego opisu zarówno w teorii, jak w praktyce psychiatrycznej.

Człowiek ma swoje własne, osobiste doświadczenia świata i samego siebie: „[...] możemy być sobą jedynie przez nasz świat i bycie w nim. W pewnym sensie «nasz» świat umiera razem z nami, choć świat jako taki istnieć będzie przecież i bez nas” (Laing 1995, s. 20). Mowa jest tu o „naszym świecie” w sensie „naszego świata subiektywnego”, subiektywnej sfery doznań i przeżyć danego człowieka. Krytykowany w *Podzielonym „ja”* opis psychiatryczny nie jest w stanie go przedstawić. Wgląd w niego daje natomiast, zdaniem Lainga, oparcie się na filozofii fenomenologicznej i egzystencjalistycznej. Na użytek swojego opisu schizofrenii przejmuje on Heideggerowskie kategorie: *bycie-w-świecie* i *współbycie* z innymi ludźmi. Stara się odtworzyć indy-

⁴ „Jako psychiatra, już w początkach pracy napotkałem na poważne problemy: jak osiągnąć bezpośredni kontakt z pacjentem, skoro moje fachowe, psychiatryczne słownictwo oddala nas od siebie. W jaki sposób wyrazić człowieczeństwo i faktyczne znaczenie stanu pacjenta przy pomocy słów, które zostały utworzone właśnie po to, by go wyizolować i zredukować znaczenie jego istnienia do roli określonej jednostki klinicznej?” (Laing, 1995, s. 19).

⁵ „Depersonalizacja w teorii, która w założeniach ma być teorią człowieka jako osoby (osobowości) jest równie błędna jak depersonalizacja, jaką stosuje wobec innych ludzi człowiek o osobowości schizoidalnej, i jest ona w nie mniejszym stopniu aktem intencjonalnym. Choć prowadzona w imię naukowości, reifikacja taka daje w wyniku fałszywą «wiedzę»” (Laing, 1995, s. 27).

widualne *bycie-w-świecie* i *współbycie* osoby o skłonnościach schizofrenicznych lub cierpiących na tę psychozę, próbując odpowiedzieć na typowo fenomenologiczne pytanie: jaki jest subiektywny ogląd świata, subiektywne doświadczenie *bycia-w-świecie* takiej jednostki.

Laing nie pyta o przyczyny takich a nie innych zachowań ludzkich, lecz o to, jakie jest jednostkowe, subiektywne, egzystencjalne doświadczenie – ogląd siebie i świata będący udziałem danych osób⁶. Ten subiektywny ogląd swojego *bycia-w-świecie* jest swoistą wiedzą danej jednostki o sobie samej i świecie, o sobie w świecie. Nie jest to wiedza, którą poddać można weryfikacji bądź falsyfikacji. Stąd błędem jest dokonywanie w praktyce psychoterapeutycznej konfrontacji wizji świata: własnej i pacjenta, połączone z dążeniem do wykazania słuszności jednej, a fałszywości drugiej (Laing 1995, s. 29–30). Taki błąd popełniają często, zdaniem autora *Podzielonego „ja”*, psychiatrzy, głosząc opinię (wywodzącą się jeszcze od Bleulera i Kraepelina, twórców pierwszych nozologicznych opisów schizofrenii), według której zachowania schizofrenika, np. jego wypowiedzi słowne, charakteryzują się niezrozumiałością dla otoczenia, w tym dla psychiatry. Stwierdza się często nieadekwatność tego zachowania – słownego lub innego – do sytuacji i uznaje się je za symptom choroby. Laing natomiast proponuje potraktować zachowanie schizofrenika inaczej: jako zachowanie intencjonalne, które można poddać interpretacji i odtworzyć na tej podstawie subiektywne *bycie-w-świecie* pacjenta (Laing 1995, s. 36). Zdaje on sobie przy tym sprawę z tego, że analizowanie czyjś zachowania nigdy nie jest wolne od uprzedzeń: – nie można zapobiec stosowaniu, jak mówi, „własnych modeli myślowych i interpretacji” (Laing 1995, s. 37).

Autor *Podzielonego „ja”* porównuje psychiatryczną analizę wypowiedzi i zachowań pacjentów z analizą różnego rodzaju tekstów. Teksty mogą być poddane analizie formalnej dotyczącej struktury, stylu, składni. Analizując je w ten sposób, nie dowiadujemy się, jaką „treść” zawierają. Podporządkowując zachowania schizofrenika poszczególnym kategoriom psychiatrycznym dotyczącym jednostki chorobowej pod nazwą „schizofrenia”, również nie dowiadujemy się, jaką „treść” wyraża on swoim zachowaniem, czego subiektywnym znakiem są one. Nie zyskujemy wglądu w jego „wewnętrzny” świat myśli i przeżyć.

⁶ „[...] fenomenologia egzystencjalna stawia sobie za zadanie sformułowanie tego, jak wygląda wewnętrzny świat człowieka i w jaki sposób on w nim istnieje” (Laing 1995, s. 29).

Laing przywołuje hermeneutyczne rozumienie tekstu, nawiązując do koncepcji Wilhelma Diltheya. Porównując sytuację badacza (np. historyka) analizującego tekst i terapeuty analizującego zachowanie schizofrenika, zwraca on uwagę na to, iż kluczową kwestię stanowi w jednym i drugim przypadku problem interpretacji (Laing 1995, s. 37). Interpretacja, wykładnia to – według koncepcji Diltheya – „zgodne z prawidłami rozumienie pisemnie utrwalonych przejawów życia” (Dilthey 1982, s. 312). Rozumieniem nazywa on proces, w którym na podstawie zmysłowo danych przejawów życia (zwanymi *znakami*) rozpoznajemy zjawiska psychiczne. Jest to proces, w którym na podstawie *znaków* z zewnątrz poznajemy sferę wewnętrzną (Dilthey 1982, s. 292). Takiemu sposobowi poznawania – rozumieniu – podlega ludzkie życie, osobowość, ludzkie czynności i ich wytwory (Kmita 1987, s. 265).

Postawę nastawioną na rozumienie autor *Podzielonego „ja”* proponuje zastosować wobec osoby chorej psychicznie. Laing przyjmuje zarówno założenie Diltheya o podstawowym podobieństwie psychicznym osoby poznającej i poznawanej, umożliwiającym wczucie się w osobowość poznawaną⁷, jak i jego postulat zaangażowania się w proces poznawczy⁸.

Wykorzystując koncepcję ludzkiej egzystencji operującą *Da-sein* Heideggera, ideę „pozapojęciowego”, intuicyjnego poznania fenomenologicznego i Diltheyowską koncepcję rozumienia, Laing przedstawił w swej pracy opis schizofrenicznego *bycia-w-świecie*, umożliwiającą zrozumienie, czym jest stan schizofrenii z punktu widzenia osoby stanu tego doświadczającej.

Nakreślę zarysy tego opisu choroby psychicznej, powstałego w wyniku wykorzystania powyższych założeń filozoficznych.

Aby zrozumieć *bycie-w-świecie* kogoś o osobowości schizoidalnej i psychotycznej, należy uświadomić sobie – zdaniem Lainga – cechy *bycia-w-świecie* osoby posiadającej niepodzielną i nie zagrożoną podziałem osobowość. Jednostka o takiej osobowości,

⁷ Dilthey mówi o konieczności psychicznego „dostosowania się” osoby interpretatora do przedmiotu poznania: „Kiedy [...] interpretator swą własną żywotność niejako dla próby przenosi w środowisko historyczne, musi on z tego stanowiska chwilowo jedne procesy psychiczne podkreślać i wzmacniać, inne natomiast zostawić na dalszym planie i w ten sposób dokonać w sobie odtworzenia cudzego życia” (Dilthey 1982, s. 308–309). W myśl tego Laing nakazuje psychiatrze „wykorzystanie własnych możliwości psychotycznych, przy zachowaniu zdrowego umysłu” (Laing 1995, s. 41).

⁸ „Istnieją różne stopnie rozumienia. Są one przede wszystkim uwarunkowane przez zainteresowanie. Jeśli to zainteresowanie jest ograniczone, ograniczone jest również rozumienie” (Dilthey 1982, s. 293). „Teraz więc nasze spojrzenie na innych ludzi zależy od naszej woli zaangażowania wszystkich sił w akt pojmowania” (Laing 1995, s. 38).

czyli jednostka zdrowa psychicznie, nieschizofreniczna, doświadcza siebie, świata i innych ludzi jako rzeczywistych, żywych, pełnych i trwałych (Laing 1995, s. 47). Jest to osoba *ontologicznie bezpieczna*, będąca w stanie przyjąć i sprostać ryzyku, na które naraża ją życie. Ma ona wewnętrzne poczucie rzeczywistości i tożsamości własnej oraz innych ludzi, jej „ja” stanowi integralną całość (Laing 1995, s. 47).

Normalna sytuacja egzystencjalna jednostki charakteryzuje się więc odczuwaniem *pierwotnego bezpieczeństwa ontologicznego* (Laing 1995, s. 48). Taka sytuacja, kształtująca się na wczesnym etapie rozwoju jednostkowego, uważana jest „za rodzaj pewnika”, zjawisko normalne, naturalne, któremu nie poświęca się uwagi (Laing 1995, s. 50, 51). Tak więc w normalnych warunkach jednostka odbiera swą własną istotą jako byt realny, żywy i pełny [...], wyróżniony na tle reszty świata tak wyraźnie, że jej tożsamość i autonomia nie podlegają dyskusji. Może ona wtedy doświadczać siebie jako byt ciągły w czasie, wewnętrznie spójny, materialny, rzeczywisty, pełnowartościowy, współmierny w przestrzeni z ciałem, zwykle zaczynający swą egzystencję od (lub w okolicach) narodzin, a skazany na zagładę poprzez śmierć (Laing 1995, s. 51).

Powyższy sposób odczuwania swojego *bycia-w-świecie* nie jest jednak regułą. Jednostka żyjąca w normalnych warunkach może postrzegać siebie zupełnie inaczej. Może odbierać siebie jako osobę bardziej nierzeczywistą niż realną, raczej martwą niż żywą. Swoje oddzielenie, wyodrębnienie od „reszty świata” postrzega jako tak nietrwałe i niepewne, że jej poczucie tożsamości i niezależności staje się zagrożone. Osoba taka może być pozbawiona poczucia ciągłości w czasie, może być także pozbawiona poczucia „spójności”, zintegrowania swojej osobowości. Może czuć się bardziej niematerialna niż cielesna, może negować wartościowość swojej osoby, może odczuwać swoją „jaźń” jako oddzieloną od ciała (Laing 1995, s. 51). Taka jednostka nie znajduje w sobie *ontologicznego bezpieczeństwa*, jej subiektywny ogląd świata jest więc zasadniczo różny od subiektywnego oglądu świata jednostki, która taką „pewność siebie” posiada. Z powodu braku *ontologicznej pewności* powiązania z innymi ludźmi będą miały dla takiej jednostki inne funkcje i znaczenie niż dla jednostki *ontologicznie pewnej, ontologicznie bezpiecznej*. Dla osoby charakteryzującej się *pierwotnym poczuciem bezpieczeństwa i pewności*, powiązania z innymi ludźmi są potencjalnym źródłem gratyfikacji. Natomiast osoba *ontologicznie niepewna* zajęta jest wysiłkiem chronienia swojego „ja”, gdyż odczuwa je jako stale zagrożone przez innych.

Inni ludzie i rozmaite wydarzenia życiowe są przez nią rozpatrywane przede wszystkim z następującego punktu widzenia: czy i jak mogą zagrozić jej „ja” i w jaki sposób można swoje „ja” przed nimi uchronić? Jednostka schizoidalna postrzega relacje między „ja” a „światem” przez pryzmat trzech rodzajów zagrożeń, odczuwając je odpowiednio jako: lęk przed pochłonięciem, implozją i petryfikacją (skamienieniem) (Laing 1995, w. 52, 53).

Autor *Podzielonego „ja”* szczegółowo opisuje sens, treść tych odczuwanych przez jednostkę schizoidalną zagrożeń. Niuansów tego opisu w tym krótkim artykule nie będę przedstawiać, zaznaczyć jednak trzeba, że są one istotne, gdyż mają pokazać, w jaki sposób dokonać można interpretacji pozornie niezrozumiałych wypowiedzi i czynów osoby chorej psychicznie lub osoby posiadającej tzw. schizoidalną osobowość. Laing opisał schizofrenię, nie poprzestając na jej zewnętrznych, behawioralnych symptomach. Opis ten pozwala ująć wszystkie działania schizofrenika, nawet te „najdziwniejsze”, ze *współczynnikiem humanistycznym*⁹. Działania te traktuje autor *Podzielonego „ja”* jako uwarunkowane specyficzną sytuacją egzystencjalną danej osoby i w ramach tej sytuacji intencjonalne.

Przeprowadzoną przez Ronalda D. Lainga egzystencjalistyczno-fenomenologiczną wykładnię schizofrenii potraktować można jako propozycję „perspektywy” uzupełniającej medyczny ogląd zjawiska. Jak najbardziej spełnia ona założenie autorów *Filozofii medycyny*, że: „medycyna powinna integrować oba podejścia – naukowe i hermeneutyczne” (Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993, s. 267). Jest przykładem użyteczności stosowania podejścia hermeneutycznego i fenomenologii na gruncie psychiatrycznej praktyki diagnostycznej i terapeutycznej. Proponowane przez Lainga podejście fenomenologiczne, negujące zasadność rozpatrywania różnych, subiektywnych oglądów rzeczywistości w kategoriach prawdy i fałszu, pozwala uniknąć bezrefleksyjnego stosowania w diagnostyce kryteriów społeczno-kulturowych. W psychoterapii przyjęcie postawy nastawionej na rozumienie pozwala odtworzyć sytuację egzystencjalną pacjenta, założenie zaś o jego intencjonalności i podmiotowości stwarza, przynajmniej w świadomości psychoterapeuty, sytuację komunikacyjną, w której możliwy jest dialog.

⁹ Mówię tu o takim „ujęciu ze współczynnikiem humanistycznym”, jakie postulował w stosunku do kulturowej sfery ludzkich działań Florian Znaniecki. Badacz, rozpatrujący czynność danego podmiotu powinien traktować ją jako czynność świadomą i przypisywać jej taki sens, jaki faktycznie ta czynność posiada w doświadczeniu i działaniu tego podmiotu (Znaniecki 1988, s. 25, 192).

Bibliografia

1. W. Dilthey, *Pisma estetyczne*, Warszawa 1982.
2. K. Jankowski (red.), *Przełom w psychologii*, Warszawa 1978
3. J. Kmita, *Interpretacja*, (w:) *Filozofia a nauka, Zarys encyklopedyczny*, Wrocław 1987
4. R.D. Laing, *Podzielone „ja”*. Egzystencjalistyczne studium zdrowia i choroby psychicznej, Poznań 1995
5. R.D. Laing, *Polityka doświadczenia. Rajski ptak*, Warszawa 1996
6. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993
7. F. Znaniecki, *Wstęp do socjologii*, Warszawa 1988.

Joanna Wójcik
(Poznań)