

Jest to przedsięwzięcie słuszne i na czasie. Obawiam się jednak, że Autorka wkrótce zda sobie sprawę z jego ograniczeń. Oto bowiem — na co wskazuje ona sama — już na terenie samej epistemologii pojawia się kłopot, z jakim nie można się uporać w jej ramach. Wyraża się on we współistnieniu teorii poznania, respektujących klasyczny kodeks wartości poznawczych (obiektywność, racjonalność, prawdziwość) oraz — na równych prawach — takich, które się bez nich znakomicie obywają. Czym wyjaśnić tę oboczność (jeśli zgoła nie dowolność) wykluczających się kontrepistemologii?

Moje przypuszczenia są tego rodzaju, że kryzysu nauki (i teorii nauki) nie da się przezwyciężyć, dopóki naukę będzie się traktować jako samowyjaśniający się „tekst”. Zrozumienie owego tekstu i jego przygód będzie możliwe dopiero wtedy, kiedy analizę jego immanentnych właściwości stowarzyszy się z badaniem kontekstu.

W stosunku do nauki takim kontekstem, otoczeniem naturalnym, tłem jest kultura. To w niej dokonuje się współcześnie zasadniczy kryzys wartości — wartości wszelkich: społecznych, moralnych, religijnych... Kryzys wartości, tyżący się bezpośrednio nauki, stanowi następstwo i pogłos tamtego. A niewykluczone, że jest również... jedną z przyczyn. Choć chciałoby się wierzyć, że remedium na kłopoty teorii nauki może przynieść zreformowana epistemologia, to jeśli z troski o „czystość” zignoruje ona swoje kulturowe odniesienia, zamiast rozwiązania możemy znowu otrzymać zaledwie pseudorozwiązanie problemu. Będzie ono kolejnym dowodem odsunięcia fundamentalnego zagadnienia, choć już tak niewiele brakowało, aby się z nim zmierzyć oko w oko.

Z ciekawością i niecierpliwością oczekuję następnej książki A. Motyckiej, mając nadzieję, że nie ułęknie się ona odrzucenia krępującego tabu — strzeżenia mitu czystości epistemologii dla samej tej, bardzo już iluzorycznej „czystości”.

Jadwiga Mizińska

U źródeł „paradygmatycznej niestabilności” współczesnej medycyny

Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen, Raben Rosenberg: *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, tłum. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 275.

1. *Filozofia medycyny. Wprowadzenie (Philosophy of Medicine. An Introduction)*, zanim ukazała się w języku polskim, wcześniej była wydawana po dwakroć (1986 i 1990) w języku angielskim przez „Blackwell Scientific Publications” (Oxford). Niewątpliwie zasługuje i na liczne wydania (wznowienia), i na wielojęzyczne przekłady.

Jej autorami są trzech duńscy naukowcy o zróżnicowanej profesji: gastroenterolog (H. R. Wulff), psychiatra (R. Rosenberg) i filozof (S. A. Pedersen). Książka liczy 14 rozdziałów i kończy się indeksami: osobowym i rzeczowym. Kilkustronicowym wstępem całość poprzedził Anthony Storr.

Zasadniczo, i zgodnie z intencjami autorów, książka jest adresowana do czytelników, którzy znają się na medycynie, ale nie mają pojęcia o filozofii, a więc do lekarzy, studentów medycyny i — w ogólności — do tzw. służby zdrowia. Po lekturze nabrałem jednak przekonania, że winien ją przeczytać (i gruntownie przemyśleć) każdy — także filozof.

A to dlatego, że każdy z nas — nawet kiedy natrętnie wmawia sobie: *Primum philosophari deinde vivere* — albo już jest pacjentem, albo stanie się nim w przyszłości. Rzecz, skądinąd, wcale niebłaha.

2. Według zgodnej oceny autorów, medycyna — zarówno w sensie nauk medycznych (poziom czystej teorii), jak i w sensie medycyny klinicznej (poziom technologiczny), a także w znaczeniu umiejętności lub sztuki lekarskiej (technika) — przechodzi obecnie trudny okres, by sięgnąć do terminologii Th. S. Kuhna: „paradygmatycznej niestabilności”. Zewnętrzne objawy tego stanu rzeczy są rozliczne i dość łatwo dostrzegalne. Przykładowo, bez trudu daje się dziś obserwować wyraźne działanie swoistego prawa Parkinsona: „Im więcej jest środków przeznaczonych na leczenie, tym więcej pojawia się chorób wymagających leczenia” (s. 14). Wbrew wszelkim pozorom (nakłady, nowoczesne urządzenia, mnogość specjalistów *etc.*), zaufanie do medycyny i współczesnego lekarza bynajmniej nie rośnie. A nawet przeciwnie. W niektórych krajach (także w tych wysoko rozwiniętych) można obserwować wyraźny zwrot ku tzw. „medycynie niekonwencjonalnej” i różnym egzotycznym praktykom (inspirowanym np. filozofią Wschodu). Rzecz w tym — i jest to pierwsza ważna teza tej książki — że dotychczasowy paradygmat nauk medycznych (od teorii, poprzez badania kliniczne, aż po codzienną praktykę lekarską) uległ poważnemu wyczerpaniu.

Co więcej, sceptycyzmem zarażone jest dziś nie tylko społeczeństwo (aktualni i potencjalni pacjenci), ale również sami lekarze. „Najnowsze tendencje myślenia medycznego — piszą autorzy — stanowią wyraz braku zaufania do medycyny współczesnej. (...) W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat [mowa o okresie od początku lat 60. po 80. — przyp. J. D.] kilkakrotnie wzrosła liczba badań i nakładów przeznaczonych na opiekę zdrowotną, a jednak wysiłki te wcale nie przyczyniły się istotnie do zmniejszenia współczynnika zachorowań i śmiertelności w świecie. Być może wygraliśmy walkę z wieloma chorobami, a zwłaszcza z chorobami zakaźnymi, stoimy jednak wobec wielu innych problemów zdrowotnych, przede wszystkim chorób zwyrodnieniowych, nowotworów złośliwych i tzw. zaburzeń psychosomatycznych, które o wiele trudniej jest leczyć i którym obecnie niepodobna zapobiegać” (s. 29). Wprawdzie — co autorzy przyznają (s. 30) — postęp w naukach medycznych nie został jeszcze zatrzymany, ale, czego nie sposób nie dostrzec, wyraźnie traci tempo.

3. Po sformułowaniu swej tezy wyjściowej (Rozdz. 1: *Paradygmat medycyny*), na dalszych stronach autorzy przystępują do próby wyjaśnienia tego stanu rzeczy. Stwierdzają, iż we współczesnym myśleniu medycznym współwystępują dwie sprzeczne tendencje filozoficzne: empirystyczna i realistyczna. Pierwszą — empirystyczną — wyprowadzają z tradycji nowożytnego empiryzmu angielskiego (J. Locke, G. Berkeley i D. Hume), filozofii pozytywnej A. Comte’a, empiriokrytycyzmu E. Macha oraz logicznego pozytywizmu „Koła Wiedeńskiego”. W naukach medycznych objawia się ona w bezkrytycznym zaufaniu do tzw. „faktów”, indukcyjnych generalizacji i „praw statystycznych”. Inspirowany tym paradygmatem lekarz-klinicysta w ogóle nie wnika w mechanizm choroby (nie wierzy bowiem, że taki mechanizm istnieje i działa), ale — idąc śladem J. Gavareta i jego „10 przykazań” (z *Principes Généraux de Statistique Médicale*, Paris 1840) — zabiega jedynie o uchwycenie zależności czysto statystycznej, np. ustalenie współczynnika śmiertelności (lub wyleczenia) dla danej próby pacjentów, leczonych w pewien określony sposób (np. lewatywą). Jeśli jakiś środek gwarantuje 95% skuteczności — wchodzi do kanonu, jeśli nie — przestaje go interesować. Tymczasem statystyka, którą się kieruje, umożliwia jedynie (i tylko) potwierdzenie obecności lub nieobecności pewnego czynnika przyczynowego. Nic zgoła nie mówi o naturze tej przyczyny, a klinicyści inspirowanemu paradygmatem empirystycznym w ogóle do głowy nie przyjdzie myśl, że zależność przyczynowa jest czymś więcej niż tylko regularnym następstwem zdarzeń.

4. Tendencjom empirystycznym w myśleniu medycznym autorzy książki przeciwstawiają — co filozofa-profesjonalistę może wprowadzić w lekkie zakłopotanie — realizm myślenia medycznego. W ocenie autorów myślenie inspirowane realizmem (por s. 48–55) usiłuje już wnikać w naturę obserwowanych zjawisk i ustalić — posiłkując się teorią (bez przesadnego kultu tzw. „czystego doświadczenia”) — obiektywne związki przyczynowe i obiektywne prawa przyrody. „Jeśli lekarz klinicysta próbuje odkryć mechanizm choroby, jest on — jak czytamy — realistą. Prawdziwy empirysta przeczy natomiast, aby było to w ogóle możliwe” (s. 57).

Widać z tego, że w kategoriach filozoficznych lekarza empirystę należałoby określić jako subiektywnego idealistę (*resp.* antyrealistę), metafizycznego antyesencjalistę, sensualistę, aposteriorystę, fenomenalistę i agnostyka. Na szczęście, a to westchnienie ulgi towarzyszy także autorom omawianej książki, w czystej postaci stanowisko takie nigdy realnie nie wystąpiło. W medycynie — zwłaszcza zaś w medycynie klinicznej — liczy się tylko jako tendencja: już to wzmagająca się, już to ustępująca.

Nie znaczy to, że jednostronny aplauz autorów zyskała tendencja przeciwna, zwana przez nich realistyczną. Świadomi słabości także drugiego nurtu w myśleniu medycznym — zwłaszcza w jego odmianie uskrajnionej, zwanej przez nich „realizmem spekulatywnym” (por. s. 53–56) — swoje własne sympatie sytuują po stronie, jak to określają, „realizmu kontrolowanego empirycznie” (s. 56–57 i dalsze). Medycynie w równej mierze szkodzi upodobanie do abstrakcyjnego myślenia, lekceważenie doświadczenia i kult „żelaznych praw logiki”, co demonizowanie twierdzeń czysto statystycznych. I jedno, i drugie w jednakowej mierze przesłania konkretnego pacjenta i żywego człowieka. „Wyniki statystyczne nie są, jak piszą, celem samym w sobie. Są one jedynie środkiem do zbudowania spójnej teorii” (s. 62).

5. Zdaniem autorów, za brak zaufania do współczesnej medycyny odpowiada jednak jeszcze coś więcej niż tylko sprzeczność filozoficznych tendencji, którym hołdują współcześni lekarze. Główną podstawą sceptycyzmu wobec nauk medycznych jest dziś przede wszystkim uporczywe trzymanie się przez lekarzy czysto biologicznej teorii choroby. „Zgodnie z tą teorią choroba to tyle, co defekt w funkcjonowaniu »maszyny biologicznej«” (s. 71). W trakcie badania pacjenta jej rzecznicy (a pośród lekarzy jest ich zdecydowana większość) testują go niczym mechanizm samochodowy (porównanie autorów), biorąc za punkt odniesienia bądź tzw. „normę statystyczną: (empiryci), bądź tzw. „normę gatunkową” (realiści). I wyłącznie wynik tego testu decyduje o metodzie leczenia i stosowanych sposobach terapii. Bez względu tedy na to, czy test wykonuje empirysta, czy też przeprowadza go realista, w obu wypadkach pacjent bywa sprowadzony do biologicznego organizmu (redukcjonizm biologiczny), w którym wystąpiła (lub nie) jakaś dysfunkcja. Dokładnie tak, jak wcześniej (w eksperymentalnym laboratorium) bywa traktowany szczur lub biała myszka.

Tymczasem, według autorów, biologiczna teoria choroby — zwana też „modelem mechanicznym” — jest nie tylko anachroniczna, lecz po prostu błędna. Człowiek to nie tylko jego organizm. I jeśli to prawda, to pojęcia choroby i zdrowia (normalności i nienormalności oraz inne, równie kluczowe) winny być dziś w sposób istotny zmodyfikowane. Jak czytamy, właściwe pojęcie choroby musi dziś uwzględniać „nie tylko biologiczną dysfunkcję, lecz także subiektywne objawy, które dysfunkcja ta powoduje, oraz znaczenie, jakie przypisuje pacjent tym objawom w kontekście własnego życia” (s. 83). Zaś w konkluzji jednego z rozdziałów (*Rozdział 4*) autorzy książki stwierdzają: „(...) medycyna kliniczna jest więc czymś o wiele bardziej znaczącym niż biologia medyczna. Lekarz musi uwzględnić w swej praktyce klinicznej zarówno doświadczenia przez pacjenta ból, jego cierpienie, jak poczucie godności, poczucie sensu życia itd.; musi on również nauczyć się, jak można trak-

tować takie pozabiologiczne zjawiska w sposób racjonalny. Jest to być może największe wyzwanie medycyny współczesnej. Redukcja zjawisk biologicznych do biologii jest w najlepszym wypadku jałowa, w najgorszym natomiast prowadzi do zniekształconego i nie dającego się zaakceptować obrazu człowieka” (s. 87).

6. W omawianej pracy mamy tedy do czynienia z propozycją zdecydowanie pełniejszego (w stosunku do biologicznego) podejścia do fenomenu człowieka. Autorzy nazywają je hermeneutycznym i szerzej omawiają w *Rozdziale 9* (zatytułowanym: *Hermeneutyka, czyli o naturze człowieka w szerszej perspektywie*, s. 156–171). W rozdziale tym próbują wykazać, że — zasadniczo — „człowiek jest czymś więcej niż jedynie organizmem biologicznym i że medycyna jest czymś więcej niż jedynie gałęzią nauk przyrodniczych” (s. 156). Dla zobrazowania i uzasadnienia postawionej tezy obficie korzystają przy tym z materiału czysto filozoficznego. Argumentów dostarcza im przede wszystkim filozofia współczesna, w tym głównie fenomenologia, egzystencjalizm i najnowsza hermeneutyka. Zdaniem autorów, jedynie filozofowie tych orientacji nie lekceważą faktu, iż „człowiek pojmowany jako osoba nie da się w pełni zrozumieć w perspektywie naturalistycznej” (s. 171).

7. Za ważną dla medycyny gałąź wiedzy o człowieku uznają także socjologię (por. *Rozdział 10*, s. 172–196). Nie chodzi im przy tym o socjologię empiryczną (tę poddają surowej krytyce; por. s. 179–182), ale o tzw. socjologię rozumiejącą (hermeneutyczną), której liderami są H. G. Gadamer i — częściowo — J. Habermas. Wiedza socjologiczna bowiem jest w medycynie niezbędna nie tylko w kontekście zagrożeń epidemiologicznych, lecz nade wszystko wtedy, gdy lekarz musi leczyć różnego rodzaju nerwice, a także stawiać czoła alkoholizmowi i narkomanii. Bez zrozumienia istoty i specyfiki relacji społecznych (zwłaszcza na poziomie rozmaitych subkultur) będzie całkowicie bezradny, albowiem sama farmakologia jest tu przeraźliwie nieskuteczna. W takich przypadkach, poza socjologią, niezbędnego wsparcia może udzielić lekarzowi również psychoanaliza. Bo choć jej metody jedynie z rzadka (i tylko częściowo) poddają się empirycznej weryfikacji, to, zdaniem autorów, nie wolno ich lekceważyć. Wystarczy bowiem zauważyć, że wytrawny psychoanalityk (*resp.* psychiatra) swoje sukcesy nader często odnosi właśnie tam, gdzie tradycyjna medycyna somatyczna dawno już złożyła broń. Psychoanalizie — co autorzy wyraźnie podkreślają (s. 211) — trzeba jednak nadać status dyscypliny hermeneutycznej, zdecydowanie zrywającej z prymitywnym naturalizmem psychoanalizy freudowskiej.

8. Książkę *Filozofia medycyny* zamyka rozdział (*Rozdział 14: Umysł i ciało*; s. 250–267) poświęcony problematyce o najwyższej filozoficznej doniosłości. Autorzy stają w nim bowiem wobec „problemu psychofizycznego” (*mind-body problem*) — problemu wzajemnego stosunku duszy i ciała, psychiki i materii. Przedstawiają (bardzo pobieżnie) dzieje tej problematyki i szkicują niektóre współczesne rozstrzygnięcia tego zagadnienia. Spośród zaprezentowanych stanowisk — a omawiają m.in. behawioryzm logiczny G. Ryle’a, teorię identyczności (czy też, jak piszą, tożsamości) oraz interakcjonizm K. R. Poppera i J. C. Ecclesa — za teorię najbardziej rozwiniętą i najlepiej uzasadnioną (mimo iż wyrosła z tradycji empirystycznej, mocno tu krytykowanej) uznają jednak funkcjonalizm (zwłaszcza w ujęciu H. Putnama; por. s. 262). Swoją własną koncepcję w tej sprawie określają mianem „kazualnej teorii umysłu” (s. 258–259). Jej słabością, jak sami przyznają (s. 266), jest jednak to, że nie zajmuje stanowiska w sprawie ontologicznego statusu zjawisk psychicznych. Odrzucają natomiast behawioryzm i teorię identyczności. Ich zdaniem, teorie te są jawnie fałszywe (podobnie jak i wszelkie inne teorie monistyczne), gdyż kwestionują tak oczywisty fakt, jak istnienie świadomości. Za godne uwagi i ponownego przemyślenia uznają tedy, co zresztą sami wyraźnie stwierdzają, wyłączenie teorie dualistyczne (np., mimo wszelkich zastrzeżeń, interakcjonizm Poppera i Ecclesa).

9. „Jednym z przewodnich motywów tej książki jest przekonanie, że pacjenci nie są

jedynie biologicznym mechanizmami, którym przydarzyło się pewne »mechaniczne uszkodzenie«, lecz że są to istoty ludzkie, które myślą, działają, mają nadzieję i cierpią» (s. 250). Wydaje się, iż — niezależnie od wyznawanego światopoglądu filozoficznego — jest to wystarczający powód po temu, by książkę tę uważnie przestudiował każdy lekarz i, być może przede wszystkim, każdy student medycyny. Ten ostatni — może nawet na zasadzie lektury obowiązkowej. Tylko w ramach jakiego przedmiotu? Otóż, jeśli istotnie nauki medyczne nie są już, jak do niedawna, częścią przyrodoznawstwa, przedmiotem najbardziej stosownym do dyskusji nad treścią tej książki byłaby antropologia filozoficzna, filozofia człowieka lub — choć w mniejszym stopniu — etyka zawodowa lekarzy (deontologia lekarska). I nie szkodzi w tym nic, że autorzy z pewnością nie wyczerpali katalogu problemów, przed którymi stoi współczesna medycyna (zwłaszcza kliniczna). Etyce medycznej i etycznym aspektom decyzji medycznych poświęcono aż dwa rozdziały (12 i 13; s. 213–249), a mimo to autorzy nie wykroczyli poza wstępne objaśnienia (w większości czysto terminologiczne), od których wiedzie jeszcze niebywale długa droga do tego, by w końcu móc dotknąć właściwej materii tych spraw.

Stąd książka ta, by dla studenta medycyny istotnie mogła się okazać wystarczająco instruktywna i tym samym stała się godna polecenia także jako podręcznik, niewątpliwie domaga się pełniejszego komentarza o charakterze filozoficznym. Wprawdzie autorzy — wydaje się, iż właśnie na użytek dydaktyki — dokonali pewnych zabiegów uprzystępniających wykładany materiał (sporo konkretnych przykładów i sytuacji ściśle medycznych, formuła dialogu i rozmowy w jednym z trudniejszych rozdziałów), to jednak, przynajmniej w odbiorze filozofa, są one zdecydowanie niewystarczające. Zbyt często albo trywializują objaśnianą kwestię, albo nie trafiają w sedno wystarczająco celnie (są nieprecyzyjne). Dotyczy to w szczególności (choć nie jedynie) wykładu paradygmatycznej koncepcji nauki Th. S. Kuhna, a także Heiddegerowskiej (i hermeneutycznej) wizji człowieka. Ale akurat w tym wypadku, w swych interpretacyjnych zabiegach, do oczu skaczą sobie nawet filozofowie. Jedno jest zatem pewne: za pretekst do gruntownych przemyśleń, ożywionych dyskusji i intelektualnego poruszenia — czyli do edukacji raczej czynnej niż biernej — książka wystarczy aż nadto.

Józef Dębowski

Spór o postmodernizm

Anna Zeidler-Janiszewska (red.): *Wokół przełomu postmodernistycznego*, t. I. *Adorno: między moderną a postmoderną. Rozprawy i szkice z filozofii sztuki*, Warszawa-Poznań 1991, s. 197; t. II. *Postmodernizm w perspektywie filozoficzno-kulturoznawczej*, Warszawa 1991, s. 160; t. III. *Przemiany współczesnej praktyki artystycznej. Próby interpretacyjne*, Warszawa 1991, s. 191.

Dyskusja na temat postmodernizmu zatacza coraz szersze kręgi w najbardziej rozwiniętych państwach Zachodu. Echa sporu o postmodernizm docierają również do naszego kraju (lista prac o postmodernistycznej kulturze, sztuce i filozofii, jakie opublikowano w ostatnich kilkunastu latach w Polsce, obejmuje już około dwustu pozycji, a ich liczba stale rośnie). Znaczący głos w polemikach dotyczących postmodernizmu stanowi seria