

Maria Pędziwiatr

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

HOLIZM I REDUKCJONIZM JAKO PARADYGMATY MEDYCyny*

WPROWADZENIE

Medycyna naszego wieku jest rozległą dziedziną wiedzy i działalności ludzkiej, obejmującą zarówno formy instytucjonalne, takie jak: medycyna akademicka, społeczne systemy ochrony zdrowia medycyny konwencjonalnej i niekonwencjonalnej, jak i nieinstytucjonalne praktyki uzdrawiania i zapobiegania chorobom (medycyna ludowa, szamanizm, magia, uzdrawianie duchowe). Jest osadzonym w kulturze systemem, stanowiąc jej wytwór i jednocześnie ważny, a nawet coraz powszechniej dominujący, element kształtujący ludzki obraz świata.

Bogactwo i złożoność tego systemu sprawiają, iż był on i może być opisywany przez różne teorie, idee, hipotezy, tworzące modele postępowania badawczego (Łojewska 1986: 144–147)¹. Poznawczo płodne są modele różnych typów narracji zarówno tych, które odwołują się do tradycyjnej filozofii nauki nurtu pozytywistycznego (Tatarkiewicz 1997: t. 2: 140–142; t. 3: 18–22; Płonka-Syroka 1999: 136–158)², jak i radykalnych, społecz-

* Praca wykonana w ramach badań statutowych Zakładu Etyki i Filozofii Medycyny nr 503-629-4.

¹ Pojęcie „model postępowania badawczego” jest terminem o szerokim polu semantycznym, zawierającym metodologię nauki szczegółowej i ogólną metodologię nauk (poziom meta-).

² W drodze wielkiego uogólnienia, w odniesieniu do medycyny można stwierdzić, iż pozytywizm europejskiego Oświecenia zakładał ideę postępu jako procesu obiektywnego wzrostu wiedzy racjonalnej o charakterze kumulatywnym; poznanie naukowe jako proces odkrywania obiektywnej prawdy poprzez coraz to doskonalsze przybliżenia rzeczywistości przyrodniczej; wyraźny rozdział pomiędzy nauką medycyną a innymi formami świadomości jako nienaukowymi; teorie medyczne jako logiczno-matematyczne systemy formalne wolne od elementów kulturowych; medycynę jako naukę przyrodniczą, a indukcję jako jej metodę

no-kulturowych i relatywistycznych wizji nauki (Losse 2001; Sady 2000; Płonka-Syroka 1996; 1995; Fleck 1986; Motycka 1980)³.

Występując z perspektywy współczesnej filozofii nauki, nowoczesna historiografia medyczna dowodzi, iż teza o nowożytnej genezie nauk przyrodniczych, w znaczeniu nadanym im przez Franciszka Bacona (Tatarkiewicz 1997, t. 2: 24–27; Losse 2001: 74–83)⁴ nie jest prawdziwa w odniesieniu do medycyny (Bentley 1999; Srogosz 1997: 57–68; Płonka-Syroka 1999: 136–158). Tezę tę uchyla banalne z pozoru stwierdzenie faktu, iż immanentną cechą medycyny jest szczególnie związek między teorią a praktyką, nauką a sztuką, wiedzą o chorym i jego chorobie a jej praktycznym zastosowaniem w postaci różnych zabiegów leczniczych. Specyfika tychże relacji opisywana jest w filozofii medycyny (Biegański 1898; Nusbaum 1926; Fleck 1927; Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993) poprzez następujące konstatacje:

1) W medycynie przedmiot badania jest jednocześnie podmiotem leczenia. Teoretyczna wiedza jest o tyle ważna, o ile służy terapii, jest użyteczna i skuteczna w utrzymaniu zdrowia czy usunięciu choroby.

Cała medycyna właściwie istnieje tylko przez wzgląd na cierpienie i obawę o życie. Gdyby ludzie przy chorobie nie cierpieli, nie wiedzieli nic o możliwości śmierci i wskutek tego nie odczuwali obawy, to nie byłoby wcale potrzeby pomagania chorym, nie byłoby medycyny (Biegański 1898: 258).

2) „Przedmiot” ów jest ponadto całością złożoną z materialnego ciała i elementu różnie w historii ludzkiej określanego, jako dusza, umysł, psychika, świadomość. Pytania, w jaki sposób część cielesna „kontaktuje się” z psychiczną, jaki jest charakter relacji między nimi, co jest spoiwem łączącym tak różne jakościowo substancje, zajmowały przez wieki filozofów, teologów, przyrodników i do dziś pozostają otwarte. Udzielane przez filozofię, religię i przyrodoznawstwo odpowiedzi sprawiły, że medycynę postrzegano jako naukę i działalność wyłącznie przyrodniczą bądź także humanistyczną (*Historia medycyny* 2000; Szewczyk 2001; Szumowski 1994;

naukową; fakt medyczny, jako fizyczny, zewnętrzny, dotyczący wyłącznie ciała, bezpośrednio dostępny w praktyce badawczej lekarza.

³ Uwzględniających wpływ społecznego kontekstu na wyniki procesu poznania. Syntetyczne opisy najważniejszych współczesnych propozycji filozofii nauki zawiera *Nota encyklopedyczna* dołączona do pracy W. Sady (2000: 97–141). Próby ich zastosowania do badań nad systemami medycznymi podejmuje B. Płonka-Syroka (1996: 509–524; 1995: 177–193).

⁴ Baconowski model nauki wyznacza jej cel praktyczny, panowanie nad przyrodą („Tyle mamy władzy, ile wiedzy”), empiryczną, eksperymentalną metodę ustalania faktów, ich uogólnianie oparte na „rzetelnej indukcji” z wykluczeniem złudzeń rozumu. Wiedza jest nie tylko dążeniem do odkrywania prawdy (jak sądzono od czasów Platona i Arystotelesa), lecz przede wszystkim potęgą realizującą się dzięki wynalazkom, jako nauka stosowana, technika. Dotychczasowa nauka musi zostać odrzucona – nowa dopiero będzie zbudowana. Filozof i historyk nauki oddziela wiedzę nienaukową (przednaukową) od naukowej.

Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993; Löwy 1990). Z przyjętych przez lekarzy danej epoki (świadomie lub nie) założeń filozoficznych – ontologicznych, epistemologicznych i etycznych wynika sposób „uprawiania” medycyny.

3) Zadanie poznawcze medycyny różni się zasadniczo od przedmiotu poznania przyrodniczego.

Przyrodnik poszukuje zjawisk typowych, normalnych, natomiast lekarz studiuje zjawiska nietypowe, nienormalne, chorobliwe. Zadaniem medycyny jest poszukiwanie praw dla zjawisk nieprawidłowych [...] Nie ma ścisłej granicy między tym, co jest zdrowe, a tym co jest chore, i nigdy nie spotyka się po raz drugi naprawdę tego samego obrazu chorobowego (Fleck 1927: 55–64; 1).

Historyk i filozof medycyny może zasadnie twierdzić, że „w żadnej innej, poza medycyną, dziedzinie wiedzy nie ma tylu specyficznych cech, które nie dają się zanalizować, sprowadzić do wspólnych elementów” (Srogosz 1997: 59) i zamknąć w ogólnej teorii. Wielość i różnorodność stanów choroby i zdrowia, płynność ich granic, niemożliwość skonstruowania idei obejmującej całokształt wiedzy medycznej uprawomocnia tezę, iż „w odniesieniu do medycyny nie można mówić o jej przednaukowym czy naukowym charakterze, a jedynie o zmianie paradygmatów” (Srogosz 1997: 60; por. Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993: 25–26), jeśli przyjmiemy termin T. Kuhna⁵, stylów myślowych w ujęciu Ludwika Flecka (Sady 2000; Fleck 1986)⁶, lub ideałów nauki według S. Amsterdamskiego (Amsterdamski, 1983; Płonka-Syroka 1997: 26–30)⁷.

⁵ Kuhn 1970: 175, przytacza syntetyczną charakterystykę paradygmatu, który „Z jednej strony, oznacza całkowity układ przekonań, metod itd., wspólnie uznawanych przez członków danej społeczności. Z drugiej zaś, stanowi pewien szczególny rodzaj składnika tego układu, mianowicie konkretne rozwiązania zagadek, które zastosowane jako modele lub przykłady mogą odgrywać rolę swoistych reguł w rozwiązywaniu zagadek nauki zinstytucjonalizowanej”, cyt. za: Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993: 21.

⁶ Styl myślowy zakłada: historyzm aktu poznawczego, jego uwikłanie w aktualny stan wiedzy i kultury myślowej; kolektywizm epistemologiczny kwestionujący autonomię poznawczą jednostki dowodząc jej zależności od stylu myślowego środowiska kulturowo-społecznego; paradygmatyczność poznania, nie pozwalającą na ostre oddzielenie nauki od pseudonauki; dynamiczną i historycznie zmienną koncepcję faktu naukowego; Fleck 1986.

⁷ Ideał nauki S. Amsterdamski definiuje jako zespół najszerzej pojmowanych wyobrażeń, dotyczących wiedzy, jej struktury ogólnej i jej treści. Wewnątrz ideału nauki mieszczą się wszelkie możliwe hipotezy, z których krystalizują się z czasem teorie uznawane w społeczności danej epoki za naukowe. Ideał nauki jest zawsze uwarunkowany przez wartości i wzory kultury, mające swe zakorzenienie w świadomości religijnej, społecznej i ustroju politycznym. Wewnątrz jednego ideału nauki mogą współistnieć i konkurować teorie nawiązujące do różnych ideałów nauki. Zmiana paradygmatu wewnątrz dyscypliny może być związana zarówno z przejściem do innego ideału nauki, jak i dokonywać się wewnątrz jednego z nich. Pojęcie ideału nauki stanowić może *consensus omnium*, w ramach którego możliwa jest racjonalna dyskusja przy zmianie paradygmatów wewnątrz danej dziedziny wiedzy (Amsterdamski 1983).

Chociaż pojęcie ideałów nauki zaproponowane przez S. Amsterdamskiego jest najbardziej przystające do opisu medycyny jako nauki i sztuki⁸, to ze względu na jego powszechną znajomość w zachodniej filozofii nauki i filozofii medycyny, używam w tej pracy pojęcia paradygmatu, jako terminu zbiorczego obejmującego wszystko, co przez ogół przedstawicieli danej dziedziny nauki i sztuki jest uznawane za przynależne do niej. Zastosowany w filozofii medycyny termin „paradygmat” zawiera m. in. następujące składniki⁹:

1) granice obszaru badań nauk medycznych, oddzielenie ich od problemów niemedyceńskich, np. ontologicznego rozwiązania tzw. zagadnienia psychofizycznego, relacji umysł-ciało;

2) znaczenia najbardziej fundamentalnych pojęć medycyny, np. zdrowie i choroba;

3) podstawowe teorie, np. modele normy i patologii; diagnostykę różnicową; zasady postępowania terapeutycznego;

4) metody badań teoretycznych i eksperymentalnych, np. empiryzm, realizm;

5) zbiór wartości uznawanych przez medycynę w jej strukturach instytucjonalnych oraz pozainstytucjonalnych, w tym wzory osobowe, a także etykę i deontologię zawodów pracowników społecznych systemów zdrowia.

Widziana z perspektywy filozofii i historii współczesna medycyna wykazuje trwałość dwóch paradygmatów: holistycznego i redukcjonistycznego. Holizm (z gr. *holos* – cały) oznacza pogląd, według którego zjawiska należy ujmować całościowo i organicznie. Redukcjonizm (łac. *reductio* – sprowadzenie) głosi, iż zjawiska i procesy złożone należy wyjaśniać przez sprowadzenie ich do zjawisk i procesów prostszych oraz do praw nimi rządzących (*Słownik wyrazów obcych*, 1999).

Chronologicznie holizm w medycynie jest formacją wcześniejszą, obecną w systemach medycyny wszystkich znanych nam cywilizacji i wiąże się z filozoficznym modelem świata-organizmu lub systemu, który jest opisywany głównie przez prawa strukturalno-funkcjonalne, w mniejszym stopniu przyczynowo-skutkowe. Historiografia medyczna wykazuje jego wynikanie z powiązania medycyny z filozofią, religią, alchemią, magią, przetrwałą współcześnie w wielu kręgach kulturowych jako tzw. medycyna alternatywna, ludowa czy wręcz teurgiczna, w której empiria (doświadczenie pokoleń lekarzy, kapłanów, znachorów) wzbogacana jest o pierwiastek irracjonalny (wiara w uzdrawiające

⁸ Analizę ideałów nauki: średniowiecznego, nowożytnego i współczesnego, z punktu widzenia historyka medycyny (medycyny jako wiedzy naukowej i praktyki lekarskiej) przeprowadziła Płonka-Syroka 1997: 26–29.

⁹ Pełen zakres badań filozofii medycyny obejmuje zarówno zagadnienia metodologiczne, epistemologiczne, ontologiczne, jak i etyczne. Na potrzeby niniejszej pracy wymieniam tylko te składowe, które służą do ogólnej prezentacji holizmu i redukcjonizmu w medycynie.

ingerencje w ludzki świat sił nadprzyrodzonych); (Whorton, 2000; *Historia medycyny*, 2000; Szumowski 1994).

Natomiast redukcjonizm w medycynie pojawił się od wieku XVII za sprawą podstawowych tez Kartezjanizmu: 1) dualizmu ontologicznego zakładającego, że istnieją w świecie dwie substancje o zasadniczo różnych naturach, myśląca, świadoma dusza i materialne, pozbawione świadomości, lecz zachowujące rozciągłość jako nieskończoną podzielność, ciało; 2) mechanistycznej koncepcji przyrody traktującej życie jako proces wyłącznie mechaniczny, powodowany przez materialne impulsy; 3) sceptycyzmu metodycznego znajdującego pewność poznania w samowiedzy rozumu obdarzonego niezawodnym „światłem naturalnym” pochodzącym od Boga, w postaci idei wrodzonych (Descartes 1960; 1970; 1989; Tatarkiewicz 1997, t. 2).

Próba rekonstrukcji paradygmatów holistycznego i redukcjonistycznego w historii i filozofii nauk medycznych winna poruszać następujące zagadnienia: 1) filozoficzny model świata; 2) koncepcję człowieka; 3) teorię zdrowia i choroby, ich profilaktyki i promocji; 4) teorię i praktykę leczniczą; 5) społeczne systemy opieki zdrowotnej; 6) wzorce osobowe lekarza i pozostałych pracowników medycyny jako społecznego systemu; 7) aksjologię medycyny, etykę i deontologię zawodów medycznych; 8) odpowiedź na pytanie o kontradycję lub komplementarność tychże paradygmatów w perspektywie społecznych oczekiwań wobec medycyny jako sztuki leczenia i nauki.

Pełna rekonstrukcja ww. paradygmatów jest zadaniem wymagającym dogłębnych studiów i bardzo skomplikowanym ze względu na wielość możliwych narracji historycznych i filozoficznych. Na potrzeby niniejszej pracy, ze względów technicznych, tworzę jedynie zarys najogólniejszych ich elementów, przyjmując perspektywę ukazaną przez społeczno-kulturowy nurt filozofii nauki oraz bioetykę kulturową, dyscyplinę refleksji nad medycyną, nazwaną tak przez amerykańskiego filozofa i bioetyka D. Callahana (Callahan 1994), w Polsce zaś tworzoną przez K. Szewczyka (Szewczyk 2002; 2001).

1. REDUKCJONIZM – LECZYĆ CHOROBE

Wiele spektakularnych sukcesów w medycynie przypisywanych jest jej redukcjonistycznemu wzorcowi, czerpiącemu z filozoficznych koncepcji Kartezjusza, na których ufundowany jest gmach nowoczesnej medycyny naukowej. Kartezjański typ nauki cechuje technologiczny pragmatyzm wywodzący się z jej zorientowania na panowanie nad światem przyrody.

Poznanie nie ma charakteru kontemplacji, prawda sama w sobie nie jest celem, lecz jest nim władza, jaką może przynieść. Mechanistyczna teoria przyrody, w której działają prawa przyczynowo-skutkowe, obejmuje również ludzkie ciało. Człowiek to maszyna, w której „mieszka” dusza. Jest mechanizmem zbudowanym z oddzielnych elementów, częścią mechanizmu świata. I tak jak mechanizm może ulec zepsuciu i jest naprawialny. Medycyna jest nauką, która daje największe nadzieje panowania nad naturą, gdyż, skoro tylko pozna przyczyny chorób i znajdzie leki ukryte w przyrodzie, wyzwoli świat od „niezliczonego mnóstwa chorób tak ciała, jak i umysłu” (Descartes 1970: 72). Lawinowo narastające (od połowy XVIII w. do obecnego stulecia) odkrycia w naukach podstawowych: biologii, fizyce, chemii, rozwój szczegółowych dyscyplin medycznych, anatomii patologicznej, fizjologii, chirurgii, aseptyki i wielu innych specjalności, także farmaceutycznych, ukazały możliwość urzeczywistnienia wizji świata bez chorób. Zdecydowanie wsparło tę wizję odkrycie w połowie XIX w. przez L. Pasteura drobnoustrojów chorobotwórczych i sformułowanie przez niego koncepcji specyficznej etiologii chorób zakaźnych. Przyczyna choroby dała się wypreparować z chorego organizmu i osiągnąć skutecznie lekiem lub zabiegiem chirurgicznym. Medycyna nabrała charakteru technologicznego.

Jednakże ściśle złączenie jednego czynnika – przyczyny z zaistnieniem zmian chorobowych sprawiło, iż w medycynie redukcjonistycznej nastąpiła ontologizacja choroby. Proces ten został znakomicie opisany na początku wieku XX przez E. Biernackiego, lekarza i filozofa, przedstawiciela polskiej szkoły filozofii medycyny (Biernacki 1902: 63–66). „Nie leczenie chorego, ale wypędzenie choroby, jako odmiennego bytu stało się głównym celem [medyków]” (Biernacki 1900: 141).

Odrzucenie przez część środowisk lekarskich w połowie XIX w. dotychczas stosowanych metod terapii i skupienie się na badaniach naukowych, na poszukiwaniu coraz to bliższych i głębiej w organizmie ukrytych przyczyn zmian chorobowych powodowało „odrealnienie” chorego. Sprowadziło go do „nośnika” owych zmian i mechanizmu rozkładalnego na części, którego naprawa wymaga udania się do różnorodnych specjalistów od leczenia poszczególnych narządów, tkanek czy komórek. Zanegowano, uznawaną powszechnie w medycynie od czasów starożytnych do XIX w., rolę środowiska przyrodniczego i społecznego w powstawaniu schorzeń i przywracaniu zdrowia. Szkoły kliniczne odrzuciły terapie uznawane za „nienaukowe” (XIX-wieczny sceptycyzm i nihilizm terapeutyczny). Rozpoczął się proces kształtowania etosu lekarza, budowniczego „prawdziwej” medycyny, jako nauki przyszłości, zorientowanej technologicznie. Szczytowym okresem panowania paradygmatu redukcjonistycznego w medycynie wieku XX była

tw. ideologia szpitalna (Wilson 1984: 35)¹⁰. Współcześnie jego przejawem jest – dopiero zapowiadająca swój rozkwit – genetyka i jej technologiczne aplikacje – inżynieria genetyczna, sztuczna prokreacja, klonowanie. W medycynie naukowej, nazywanej też konwencjonalną – w przeciwstawieniu do alternatywnej, odwołującej się do holistycznego modelu medycyny – proces „odrywania” choroby od chorego organizmu rozpoczął się w połowie XIX w. i trwa do dziś.

Redukcjonizm w medycynie precyzyjnie charakteryzuje klasyczny w filozofii medycyny tekst amerykańskiego badacza J. B. Wyngaardena, jako „odkrywanie szczegółów i szczegółów szczegółów, dopóki najmniejsze części mechanizmu nie zostaną dogłębnie zbadane” (Wyngaarden, Smith 1985). Lekarz-redukjonista analogicznie „dzieli” pacjenta na części i leczy jedynie ten jego fragment, który zna z racji swego specjalistycznego wykształcenia. Postępująca specjalizacja w dziedzinach wiedzy medycznej czyni ją coraz mniej skuteczną w praktycznej działalności leczniczej. Nie jest możliwe, aby jeden człowiek, przy obecnym poziomie wiedzy i możliwościach technologicznych medycyny, spełniał w sposób jednakowo doskonały funkcje badacza i terapeuty. Ponadto działalność naukowa w medycynie uwikłana jest w swoiste problemy etyczne, generowane przez wymóg jej praktycznego zastosowania oraz funkcjonowanie w świadomości społecznej jako sztuki leczenia. Pragmatyzm i technologizm w medycynie (nauce i sztuce) muszą być poddane osądowi moralnemu, podporządkowane ogólnym i szczegółowym kodeksom etycznym i normom prawnym (*Ethics in Medicine*, 2001: 91–512; Nesterowicz 2001; Szewczyk 2002: 332; Williamson 1996: 325; Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993: 214).

Pojawieniu i umacnianiu się redukcjonistycznej opcji w medycynie jako nauce i sztuce leczenia towarzyszyło zachwianie etycznych fundamentów greckiej i chrześcijańskiej formacji lekarza jako człowieka mądrego i dobrego. Wzorem stał się badacz-eksperymentator, dla którego prawda nauki była ważniejsza niż troska o pacjenta. Dążenie do wyznaczenia norm etycznych medycynie – nauce i sztuce – postulowali twórcy polskiej szkoły filozofii medycyny z przełomu XIX i XX w. (Pędziwiatr 1999b: 14–19). Współcześnie w polskiej myśli bioetycznej wzór osobowy lekarza jako człowieka mądrego, który „umie wiązać wiedzę o faktach z wiedzą o wartościach i oceniać poznanie empiryczne z perspektywy aksjologicznej” konstruuje K. Szewczyk (2002: 149–152).

Lekarze wykształceni w paradygmacie medycyny redukcjonistycznej, walcząc z chorobą przestawali postrzegać pacjenta jako całość psychofizyczną

¹⁰ Ideologię szpitalną określają następujące założenia: 1) wyleczenie chorego jest ważniejsze niż troska o ludzi; 2) zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów; 3) śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka człowieka może spotkać (Wilson 1984).

(*compositum* ciała i ducha), zanurzoną równie głęboko w świecie przyrodniczym, jak i społeczno-kulturowym. Wzorem dla lekarza stał się ekspert, badacz, specjalista, wirtuoz sali operacyjnej, kapłan nauki-wyzwolicielki z zagrożenia chorobą i śmiercią, ponieważ to o nim można powiedzieć, że czyni cuda i to jego osiągnięcia dawały nadzieję na „technologiczną nieumieralność”. Bronią naukowej medycyny w jej walce o świat bez chorób i śmierci są także leki. Współcześnie obserwuje się zjawisko swoistej fetyszyzacji różnorodnych medykamentów, pigułek na każdy niemal rodzaj niedomogi, każdy ból. Jednocześnie rośnie niezadowolenie z funkcjonowania służb medycznych w społecznościach Zachodu. Wynika ono nie tylko z kosztowności nowoczesnych systemów opieki medycznej, ale z odczucia ich nieprzystawalności do potrzeb szerokich grup społecznych. Przyczyny wielu chorób nie zostały odkryte; nowoczesne technologie często zawodzą; człowiek czuje się osaczony przez aparaturę diagnostyczną i zamknięty w granicach medycynie określonych pojęć normy i patologii; oddalony od lekarza – człowieka, który miał mu nieść pomoc i ulgę w cierpieniu; bezradny wobec często zmieniających się urzędowych warunków korzystania z systemowej opieki zdrowotnej. Narasta liczba schorzeń przewlekłych, związana z jednej strony z wydłużeniem czasu życia, dzięki medycynie właśnie, z drugiej z pogorszeniem się warunków środowiska przyrodniczego i społecznego, co obfituje chorobami tzw. cywilizacyjnymi, jatrogennymi, psychicznymi. W dyskusjach nad konstrukcją systemów opieki zdrowotnej dominuje ekonomiczny punkt widzenia, nie zawsze racjonalnie uzasadniany, przyjmujący, iż najlepszym remedium na zwiększenie społecznej satysfakcji z opieki zdrowotnej jest stałe zwiększanie nakładów finansowych lub też poważne ich ograniczenie poprzez ustalanie priorytetów medycyny i społecznie aprobowanych, „sprawiedliwych”, sposobów alokacji środków przeznaczonych na leczenie chorób i promocję zdrowia.

Ogrom tego zadania zdecydowanie przerasta możliwości samych przedstawicieli zawodów medycznych. Społeczeństwa świata muszą wypracować nowy system opieki zdrowotnej, z priorytetami wynegocjowanymi przez przedstawicieli różnych grup zawodowych – etyków, filozofów, socjologów, teologów, prawników i polityków. Widać wyraźnie, iż paradygmat medycyny redukcjonistycznej domaga się uzupełnienia.

2. HOLIZM – LECZYĆ CHOREGO

Holizm jako paradygmat medycyny jest fundowany na modelu świata-organizmu lub systemu. Model świata-organizmu, funkcjonujący do dziś w kręgu cywilizacyjnym Zachodu, narodził się z metafizycznego nurtu greckiej filozofii i zakładał: 1) istnienie obiektywnych praw fizycznych

w świecie przyrody jako Prawdy; 2) istnienie obiektywnych, absolutnych praw moralnych, jako wspólnego wszystkim ludziom Dobra; 3) przysługujący im wspólny ideał Piękna jako praw estetycznych, wpływających z przeświadczenia o wewnętrznej harmonii świata. Świat widzialny i niewidzialny, nadksiężycowy i podksiężycowy, jak je nazywał Arystoteles, makrokosmos i mikrokosmos, rządzą się tą samą zasadą (*arché*), prawem, zapewniającym porządek przeciwieństw, czterech żywiołów materii – budulca rzeczy i świata. Będąc Platońską trójjednią Prawdy, Dobra i Piękna kosmos jest harmonią funkcji swych elementów składowych. Człowiek jako byt posiadający ciało materialne i duszę, materialną w koncepcjach wczesnych filozofów przyrody i niematerialną od czasów Platona, jest zdolny zbliżyć się do poznania rozumnego planu rzeczywistości, będącego porządkiem struktur i funkcji. Poznawszy prawdę, może realizować przypisaną mu tym planem funkcję w całości uniwersum. Taka realizacja jest jednocześnie moralnie dobra, gdyż od Sokratesa począwszy dobro moralne było utożsamiane z wiedzą. Życie ludzkie stanie się wtedy *bios theoretikos* – harmonijnym bytowaniem w dobru, prawdzie i pięknie (Pędziwiatr 1998: 23–24). Medycynę i filozofię w starożytnej Grecji łączyły tak ściśle związki, iż lekarz, by leczyć powinien zostać filozofem (poznać prawdę o naturze chorego w zdrowiu i chorobie) i niejednokrotnie był nim faktycznie¹¹.

Wzorcowym typem holistycznego ujęcia choroby jest jej model Hipokratejski, dominujący praktycznie w medycynie do czasu pojawienia się modelu mechanistycznego, redukcjonistycznego w wersji Kartezjańskiej. Chorobą było zaburzenie harmonii człowieka i świata prowadzące do zakłóceń funkcjonalno-strukturalnych oraz do odchyłeń od przewidzianych naturą czynności narządów. „Istota wszystkich chorób jest taka sama, **odmienne jest wszakże jej siedlisko** [...] Podobnie jak jednolita jest istota, tak też jednolita jest przyczyna wszystkich chorób” – pisał Hipokrates (Bednarczyk 1999: 129). Determinizm lekarzy hipokratejskich wpływał z wiary w podporządkowanie losów ludzkich niewzruszonej konieczności, utożsamienia prawa – boskie *nomos* – z naturą – *physis* (Bednarczyk 1999: 208–212). Życie w zgodzie z naturą było ideałem zdrowia, odkrywanie zaś owych zaburzeń i przywracanie równowagi wewnętrznych i zewnętrznych czynników środowiska, celem zabiegów leczniczych. Lekarz występował jako sługa natury korzystając z danych przez nią możliwości leczniczych, zalecając chorym dietę, zmianę klimatu, wody pitnej, stosując ziołolecznictwo i rozległy asortyment zabiegów leczniczych, tzw. medycyny naturalnej, wszystko jednak według zasady aktualnej do dziś – *primum non nocere*.

¹¹ Wzajemne oddziaływania filozofii i medycyny w starożytności dokumentuje analiza zbioru dzieł przypisywanych Hipokratesowi *Corpus Hipocraticum* oraz pracy Galena, lekarza i filozofa, *Corpus Galenicum*, dokonana przez wybitnego polskiego filozofa biologii i medycyny A. Bednarczyka 1995; 1999.

Z przeświadczenia, iż poznawszy istotę choroby lekarz zna prawdę (w planie naturalnym i moralnym), a ta jest tożsama z dobrem, wynikał paternalizm lekarza hipokratesowego wyrażający się w tezie: życie będę swoim pacjentom urządzał wedle mej wiedzy i rozeznania, gdyż ja sam wiem, co jest dla nich dobre, a co złe. Wzorzec etyczny lekarza, do dzisiaj uznawany za obowiązujący przez wiele systemów etyki medycznej, zawarty został w „Przysiędze Hipokratesa”.

Do greckiej wizji świata-organizmu i holistycznego spojrzenia na medycynę jako naukę przyrodniczą, sztukę leczenia i nacechowaną etycznie działalność lekarzy odwoływali się twórcy tzw. polskiej szkoły filozofii medycyny (Pędziwiatr 1999: 17–18). Nawiązują do tej wizji współczesne systemowe ujęcia rzeczywistości, np. etologów ze szkoły Lorenza-Tinbergena, czy teoria tzw. nowej medycyny hipokratesowej René Dubosa. Orientacje te łączą przekonanie, że świat jest hierarchicznie zorganizowaną całością (supersystemem), która poddaje się wyjaśnieniu zarówno przyczynowemu, jak i funkcjonalnemu. „Całość tę buduje element biologiczny, powstały w wyniku organicznej ewolucji *Homo sapiens*, oraz składnik duchowy, obejmujący złączoną ujemnymi sprzężeniami zwrotnymi wielość kultur” (Szewczyk 2001: 244). W medycynie oznacza to, iż w wyjaśnianiu zjawisk choroby, zdrowia i życia w ogóle należy szukać zarówno przyczyn bliskich – wewnątrz systemu-organizmu, jak i dalszych – w systemie zewnętrznym, rozpoznając ponadto wzajemne oddziaływania między systemami.

Właściwy dla organizmaliistów i systemistów jest funkcjonalny model choroby, wewnętrzna i zewnętrzna równowaga czynnościowa organizmu jest zaś tożsama ze zdrowiem. Zadaniem lekarzy i pracowników wszystkich zawodów medycznych jest „naprawa” i podtrzymywanie harmonii bądź równowagi funkcji, wszystkich składników wielkiego systemu życia. W leczeniu i utrzymaniu zdrowia podkreślany jest udział czynników psychicznych, społecznych i przyrodniczych, w patogenezie chorób zaś ich rola przystosowawcza, pozwalająca organizmowi dynamicznie reagować na zmiany środowiska i adaptować się do nich. Proces wzajemnych oddziaływań organizmów żywych i środowiska w dążeniu do homeostazy (greckiej harmonii), przekonująco opisuje R. Dubos w pracy o znamienym tytule *Człowiek, środowisko, adaptacja* (1970).

Dla holistycznych nurtów medycyna jest przede wszystkim sztuką zachowywania i promocji zdrowia, jej wyróżnikiem jest ogląd pacjenta jako całości psycho-fizycznej związanej ze środowiskiem przyrodniczym, kulturowym, społecznym i jednocześnie je kształtującym poprzez aktywność własnej świadomości czy duchowości. Holizm w praktyce lekarskiej może być orientacją przyjmowaną zarówno przez lekarzy medycyny naukowej, nieredukcjonistów, jak i przez specjalistów medycyny niekonwencjonalnej. Lekarz-redukcionista winien zaakceptować fakt, iż wszystkie metody leczenia,

konwencjonalne i niekonwencjonalne są ingerencją w organizm żywy jako całość. Toteż diagnoza lekarska i związane z nią leczenie muszą uwzględniać prognozę, rokowania odnośnie do efektu terapeutycznego, obecnego i przyszłego oraz wskazówki dotyczące stylu życia, optymalnego dla danego pacjenta. W tym znaczeniu można stwierdzić, iż każda terapia jest holistyczna. Dla pacjenta holizm oznacza zajmowanie się przez lekarza nim jako „konkretem indywidualnym”, osobą, człowiekiem, a nie jednostką chorobową.

Na holistyczny paradygmat powołuje się medycyna naturalna (zwana też alternatywną). Obejmuje ona szereg szkół leczenia wywodzących się z tradycji cywilizacji europejskiej oraz pozaeuropejskich – głównie Chin, Indii i Ameryki. Wśród przyjmowanych przezeń sposobów terapii znajduje się wiele znanych z przeszłości, a przeżywających współcześnie renesans, metod leczniczych, w tym samoleczenie. Bogactwo kierunków i metod terapeutycznego działania medycyny alternatywnej obejmuje szerokie *spectrum* – homeopatię, ziołolecznictwo, hydroterapię, aromatoterapię, akupunkturę, fototerapię, makrobiotykę, muzykoterapię, jogę, hipoterapię, a także uzdrawianie duchowe¹².

W społecznych systemach zdrowotnych państw Zachodu zyskuje coraz powszechniejszy udział tzw. medycyna komplementarna (*Podstawy medycyny komplementarnej...*, 2000). Z punktu widzenia medycyny komplementarnej łączącej medycynę naukową (konwencjonalną) i niekonwencjonalne środki lecznicze medycyny alternatywnej, człowiek jest całością, cielesnością i duchowością, osobą, istotą cierpiącą i stojącą przed nieuchronnością śmierci. Skuteczna terapia w planie indywidualnym i społecznym wymaga zaangażowania poza medycznymi, różnych dyscyplin naukowych – od filozofii, etyki, religii, poprzez nauki o kulturze, psychologię, socjologię aż do ekonomii i polityki. Lekarz i każdy pracownik społecznego systemu zdrowia musi natomiast pamiętać, że jego praca jest społeczną służbą, wpisaną w etos zawodu. Społeczność zaś winna im zapewnić adekwatną do owej roli akceptację i wynagrodzenie.

We współczesnej refleksji nad medycyną należy uwzględniać obydwa paradygmaty, holizm i redukcjonizm. Pierwszy pozwala pełniej zaspokoić społeczne potrzeby zdrowotne, drugi umożliwia rozwój specjalistycznych nauk i technologii medycznych. Znaczącą rolę w tym procesie odgrywa bioetyka kulturowa

wyznaczając moralny ideał dobrze urządzonego społeczeństwa i służącej mu medycyny [...] wzmacnia światopoglądową orientację antyredukcjonistyczną, zakorzeniając medycynę w sięgających mitów metaforach źródłowych. [Medycyna z perspektywy bioetyki kulturowej jest zarazem] działalnością etyczną, sztuką, nauką, światopoglądem, działalnością społeczno-polityczną i opowieścią symboliczną (Szewczyk 2001: 330–334).

¹² Wykaz z publikacji pt. *Rodzinna encyklopedia zdrowia*, 2002.

BIBLIOGRAFIA

- Amsterdamski S., 1983, *Miedzy historià a metodà. Spory o racjonalnoœç nauki*, PIW, Warszawa.
- Bednarczyk A., 1995, *Galen. Główné kategorie systemu filozoficzno-lekarskiego*, UW, Wyd. IFiS, Warszawa.
- Bednarczyk A., 1999, *Medycyna i filozofia w starożytności*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Bentley M., 1999, *Modern Historiography. An Introduction*, Routledge, London and New York.
- Biegański W. 1898, *Logika medycyny czyli Krytyka poznania lekarskiego*, E. Wende, Warszawa.
- Biernacki E., 1900, *Chalubiński i obecne zadania lekarskie*, Wydawn. Przeglądu Filozof. Warszawa.
- Biernacki E., 1902, *Zasady poznania lekarskiego*, E. Wende i S-ka, Warszawa.
- Callahan D., 1994, *Private Choice and Common Good*, „Hastings Center Report” No. 3.
- Descartes R., 1960, *Zasady filozofii*, PWN, Warszawa.
- Descartes R., 1970, *Rozprawa o metodzie właściwego kierowania umysłem i poszukiwania prawdy w naukach*, PIW, Warszawa.
- Descartes R., 1989, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, PWN, Warszawa.
- Dubos R., 1970, *Człowiek, środowisko, adaptacja*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- Ethics in Medicine*, 2001, ed. by A. J. Schauer, H.-L. Shreiber, Z. Ryn, J. Andres, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Fleck L., 1927, *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych”, t. 6, z. 1.
- Fleck L., 1986, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Wyd. Lubelskie, Lublin.
- Historia medycyny*, 2000, red. T. Brzeziński, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- Kuhn T. S., 1970, Postscriptum do drugiego wydania *The Structure of Scientific Revolutions*, The University Chicago Press, Chicago.
- Losse J., 2001, *Wprowadzenie do filozofii nauki*, Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Lówy I., 1990, *The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubinski 1820–1889 to Ludwik Fleck (1896–1961)*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Łojewska I., 1986, *Filozofia nauki i metodologia badań naukowych*, Wyd. Politechniki Warszawskiej, Warszawa.
- Motycka L. A., 1980, *Relatywistyczna wizja nauki. Analiza krytyczna koncepcji T. S. Kuhna i S. E. Toulmina*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wyd. PAN, Wrocław.
- Nesterowicz M., 2001, *Prawo medyczne*, wyd. 5, „Dom Organizatora”, Toruń.
- Nusbaum H., 1926, *Filozofia medycyny*, Poznań.
- Pędziwiatr M., 1998, *Polska szkoła filozofii medycyny wobec cywilizacji technologicznej Zachodu. Implikacje etyczne*, [w:] *Etyczne dylematy medycyny w Chinach i Polsce*, red. D. Walczak-Duraj, Tian Min Xu, Łódź.
- Pędziwiatr M. 1999a, *Ideał lekarza polskiej szkoły filozofii medycyny jako wzór osobowy dla lekarza rodzinnego*, [w:] *Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia. Doświadczenia Polski i Chin*, red. D. Walczak-Duraj, Łódź, s. 15–26.
- Pędziwiatr M., 1999b, *Role of History and Philosophy of Medicine in the Professional Formation of a Physician: Writings of Polish School of Philosophy of Medicine*, „Croatian Medical Journal”, Vol. 40, No 1.
- Płonka-Syroka B., 1995, *Problem wyboru teorii przez społeczność naukową na przykładzie nauk medycznych*, „Prace Naukowe Filozoficzno-Socjologiczne WSP Częstochowa”, t. 4.
- Płonka-Syroka B., 1996, *Społeczno-kulturowy model nauki i nowe metody jego analizy*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, z. 4.
- Płonka-Syroka B., 1997, *Problem przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX w. w świetle wybranych koncepcji z zakresu metodologii historii nauki*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny”, t. 4, z. 1–2.

- Płonka-Syroka B., 1999, *Niemiecka medycyna nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, PAN IHN, Warszawa.
- Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej, 2000, red. W. B. Jonas, J. S. Levin, red. ed. pol. M. Magdoń, Universitas Kraków.
- Rodzinna encyklopedia zdrowia. Medycyna konwencjonalna, alternatywne metody leczenia, samoleczenie, 2002, Wyd. Reader's Digest, Warszawa.
- Sady W., 2000, *Fleck – o społecznej naturze poznania*, Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Słownik wyrazów obcych, 1999, PWN, Warszawa.
- Srogosz T., 1997, *Od medycyny średniowiecznej do współczesnego paradygmatu nauk medycznych – próba postawienia problematyki badawczej*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, nr 1–2.
- Szewczyk K., 2001, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wyd. Nauk. PWN, Łódź–Warszawa.
- Szewczyk K., 2002, *Bioetyka kulturowa jako rozległa doktryna moralna*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka i K. Szewczyk, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa–Łódź.
- Szumowski W., 1994, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Sanmedia, Warszawa.
- Tatarkiewicz W., 1997, *Historia filozofii*, Warszawa, t. 1 –3.
- Whorton J. C., 2003, *Historia medycyny komplementarnej i alternatywnej*, [w:] *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, red. W. B. Jonas, J. S. Levin, red. ed. pol. M. Magdoń, Universitas, Kraków.
- Williamson B., 1996, *Medical Ethics, Teaching and the New Genetics*, „Journal of Medical Ethics”, vol. 22, No. 6.
- Wilson M., 1984, *Zdrowie, postawy, wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Znak, Kraków.
- Wulff H. R., Pedersen S. A., Rosenberg R., 1993, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Wyngaarden J. B., Smith L. H., 1985, *Cecil Textbook of Medicine*, 17th ed., W. B. Saunders Co., USA, Philadelphia.

Maria Pędziwiatr

HOLISM AND REDUCTIONISM AS PARADIGMS OF MEDICINE

Contemporary medicine as a science and art of healing constitutes a significant portion of theoretical knowledge and practical human skill. In the historical and philosophical perspective it can be viewed as based on two prevailing and mutually complementary paradigms – holistic and reductionist. The first stems from a pragmatism oriented therapy, the latter is based on the technological aspect of medical science. Holism is related to the model of the world as an organism, reductionism is a consequence of the world-is-a-mechanism approach. In the first the responsibility of a doctor is to restore, prevent and promote health, in the other his chief ambition is to explore and specialize in ever smaller portions of human body and health. It seems that the task for the medicine of the future – a science both natural and humanistic in nature – would be to elaborate a system of healthcare that secures free progress of medicine but has human in the center of its concern.