

JAROSŁAW SAK

Złożoność i różnorodność pojęć choroby

Wprowadzenie

Od połowy XX wieku w zachodnim piśmiennictwie naukowym opublikowano znaczną liczbę prac analizujących ogólne pojęcie choroby zarówno z perspektywy medycyny klinicznej, psychologii, jak i filozofii medycyny. W tym czasie w Stanach Zjednoczonych przedstawiono konkurencyjny wobec dotychczasowego paradygmatu biomedycznego model biopsychospołeczny, w którym rozumienie różnorodności znaczeń przypisywanych przez pacjentów ich własnej chorobie stało się niezmiernie istotne i to nie jedynie jako postulat, ale oparta na danych statystycznych analiza efektywności i opłacalności leczenia. Podstawowe założenia tego nowego modelu zostały przedstawione przez George'a Libmana Engela w 1977 roku na łamach czasopisma *Science* [Engel, 1977]. W latach siedemdziesiątych XX wieku badanie różnorodności znaczeń przypisywanych chorobie stało się jednym z najistotniejszych zadań psychologii zdrowia, która jako nowa dyscyplina powstała formalnie w 1979 roku, gdy American Psychological Association (APA) utworzyło sekcję Psychologii Zdrowia [Sheridan, Radmacher, 1998]. Refleksja nad ogólnym pojęciem choroby jest również jednym z podstawowych celów namysłu filozoficzno-medycznego, niezwykle intensywnie rozwijającego się w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej od lat sześćdziesiątych XX wieku. Alvan Feinstein w książce zatytułowanej *Clinical Judgement*, powszechnie uważanej za jedną z najważniejszych publikacji medycznych, jakie ukazały się w Stanach Zjednoczonych w XX stuleciu, przedstawił tezę, że wszelkie decyzje kliniczne angażują trzy elementy: pacjen-

ta, obiektywny wymiar choroby (*the disease*) oraz poczucie bycia chorym (*the illness*) [Feinstein, 1967]. Zaakcentowanie znaczenia subiektywnego wymiaru choroby dla jakości podejmowanych w warunkach klinicznych decyzji wiąże się z koniecznością prowadzenia refleksji nad tym pojęciem w aspekcie relacji, jaka tworzy się pomiędzy pacjentem i lekarzem. Rzetelne przeprowadzenie tej refleksji wymaga rozważenia zarówno problemów złożoności i różnorodności pojęciowej jako elementów strukturalnych, jak i dookreślenia funkcjonalnego ogólnego pojęcia choroby.

Warto odnotować, że w czasie, gdy w literaturze anglojęzycznej pojawia się zainteresowanie rozważaniami nad ogólnym, filozoficznym pojęciem choroby, ostatecznie zamiera działalność polskiej szkoły filozofii medycyny wraz ze śmiercią ostatniego jej przedstawiciela, Ludwika Flecka (1896–1961), światowej sławy mikrobiologa. Należy podkreślić, że ze względu na uwarunkowania geopolityczne w drugiej połowie XX wieku niezwykle utrudniona była wymiana doświadczeń naukowych pomiędzy polskimi i zachodnimi środowiskami naukowymi. Doprowadziło to z jednej strony do nieznamości dorobku polskich lekarzy zajmujących się refleksją filozoficzną nad medycyną w piśmiennictwie zachodnim (amerykański przekład książki Ludwika Flecka o teorii stylów myślowych ukazał się w Stanach Zjednoczonych dopiero w 1979 roku), z drugiej zaś do całkowitego braku recepcji amerykańskich i zachodnioeuropejskich koncepcji z zakresu metodologii i filozofii medycyny na gruncie polskim.

Celem rozważań przedstawionych w niniejszym artykule jest uporządkowanie statusu metodologicznego pojęć choroby odgrywających współcześnie kluczową rolę zarówno w medycynie, filozofii medycyny, historii idei medycznych, psychologii zdrowia, jak i w naukach o zdrowiu. Jest on możliwy do zrealizowania poprzez przeanalizowanie złożoności pojęć choroby na tle ich różnorodnej genezy. Rozważania te są istotne dla tworzenia podstaw metodologicznych interdyscyplinarnych badań nad zjawiskami zdrowia i choroby.

Metodologiczne podstawy refleksji nad pojęciami choroby

Zjawisko różnorodności i złożoności pojęć choroby jest przedmiotem badań zarówno psychologicznych, jak i refleksji filozoficznej nad medycyną. W aspekcie psychologicznym wyraża się ona w odmiennościach

postrzegania zarówno stanu „bycia chorym”, jak i poszczególnych jednostek chorobowych. Różnice te mają wymiar indywidualny i społeczny [Petrie, Weinman, 1998]. Maare E. Tamm [1993], omawiając zjawisko różnorodności pojmowania zdrowia i choroby, identyfikuje sześć modeli wyjaśniających: religijny, biomedyczny, psychosomatyczny, humanistyczny, egzystencjalny oraz transpersonalny. Badacz ten sugeruje, że różne grupy osób w danym społeczeństwie mogą postrzegać zdrowie i chorobę z perspektywy odrębnych modeli wyjaśniających.

Analizy przeprowadzane na materiale historycznym ujawniają istotne różnice w pojmowaniu chorób zarówno pomiędzy odmiennymi okresami w dziejach medycyny europejskiej, jak i w myśleniu potocznym pomiędzy odrębnymi kręgami kulturowymi. W aspekcie metodologicznego ujmowania różnorodności pojęć choroby warte podkreślenia jest zastosowanie przez Ludwika Flecka kategorii stylów myślowych do wyjaśniania tego typu różnic [Fleck, 2006; Sak, 2006].

Różnorodność pojmowania chorób ujawnia się nie tylko w badaniach psychologicznych i historycznych, lecz także na gruncie filozofii medycyny. Próbę charakterystyki tego zjawiska podjął Bjørn Hofmann [2001], wskazując na problem językowej złożoności samego pojęcia. Różnorodność teoretyczna wyraża się w budowaniu modeli choroby opartych na odmiennych założeniach filozoficznych. W tym względzie faktycznie występują duże różnice, inną koncepcję proponują bowiem personaliści, a inną zwolennicy filozofii analitycznej (np. Lennart Nordenfelt) czy filozofii języka (K.W.M. Fulford).

O ile przyczyną występowania zjawiska różnorodności w rozumieniu chorób jest, określając to bardzo ogólnie, odmienna geneza powstawania pojęć (odmienności psychologiczne, historyczno-kulturowe lub założeniowe), o tyle złożoność pojęć choroby¹ jest wynikiem braku możliwości

¹ Zasygnalizowana teoretyczna złożoność pojmowania choroby ma również swój wymiar lingwistyczny. Odnosząc się przede wszystkim do piśmiennictwa anglojęzycznego, należy dostrzec problem występowania kilku form językowych określających chorobę. W koncepcjach większości autorów powtarzają się przede wszystkim trzy z nich: „disease”, „illness” oraz „sickness”. Bjørn Hofmann zwraca uwagę na to, że ta triada pojęciowa jest obecna w teoretycznej refleksji nad medycyną już od lat pięćdziesiątych XX wieku. Jako pierwszy zastosował ją w pełni Andrew Twaddle w rozprawie doktorskiej obronionej w 1967 roku, opublikowanej rok później, a zatytułowanej *Influence and Illness: definitions*

wyjaśniania odpowiadających im zjawisk opartego na prostych, liniowych modelach teoretycznych. Na ich niewystarczalność zwraca uwagę między innymi Lennart Nordenfelt. Teoretyczna złożoność pojęć choroby jest więc wynikiem dążenia współczesnej refleksji metodologicznej nad medycyną do znalezienia zadowalającej odpowiedzi na pytanie: czym jest choroba? Rozpatrywanie oparte na myśleniu nieliniowym jest nie tylko jednym z trendów współczesnej metamedycyny. Jak podkreśla bowiem Klaus Mainzer:

Teoria nieliniowych układów złożonych stała się w naukach przyrodniczych skuteczną metodą rozwiązywania problemów – od fizyki laserowej, teorii kwantowego chaosu i meteorologii aż po molekularne modelowanie w chemii i komputerową symulację rozwoju komórek w biologii. Także nauki społeczne uświadomiły sobie, że podstawowe problemy stojące przed ludzkością to problemy globalne, kompleksowe, nieliniowe, a często także losowe. [Mainzer, 2007, s. 9]

Złożoność pojęcia choroby wyraża się w wyjaśnianiu jej istoty na różnych poziomach teoretycznych. Do zadowalającej odpowiedzi na pytanie postawione w tytule książki Edmunda Biernackiego [1905] współcześnie nie wystarcza refleksja prowadzona wyłącznie na podstawie izolowanego statystycznego wyznaczenia normy biologicznej. Obecnie modelowanie zjawiska choroby powinno uwzględniać nie tylko wiedzę biologiczną i antropologiczną, ale również tę z zakresu dociekań metamedycznych.

„Trójwymiarowość” pojęć choroby

Analiza filozoficznych pojęć choroby w aspekcie złożoności pojęciowej wskazuje na istnienie co najmniej trzech współzależnych płaszczyzn, które można określić jako wymiary złożoności choroby. W każdym jej

and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island. Twaddle pojęcie „disease” definiował w kategoriach fizjologicznych, jako problem zdrowotny, na który składają się upośledzenie funkcji fizjologicznych i/lub oczekiwane skrócenie życia człowieka. Pojęcie „illness” określał zaś jako subiektywnie interpretowany przez człowieka chorego niepożądany stan zdrowotny. Termin „sickness” przyporządkowywał do sytuacji, w której problem zdrowotny danej osoby jest dookreślany przez innych członków społeczności w odniesieniu do jej aktywności społecznej.

pojęciu istnieje wymiar antropologiczny, aksjologiczny oraz epistemologiczny [Sak, 2008; Sak, 2010]². Na tezę o wielowymiarowości pojęć choroby naprowadzają *implicite* zarówno Tim Thornton [2007], jak i Derek Bolton [2008], którzy analizują filozoficzne podstawy pojmowania chorób psychicznych. Historycznie najstarszy jest wymiar antropologiczny. Wychodząc wyłącznie z założeń antropologicznych, o istocie choroby rozstrzygali już Platon i Arystoteles. Współcześnie najbardziej wyeksponowaną płaszczyzną sporów i dyskusji na temat tego, czym jest choroba, wyznacza opozycja normatywizm-deskrytywizm (naturalizm). W ramach tego aksjologicznego wymiaru dokonuje się rozstrzygnięcie kwestii zależności/niezależności od sfery wartościowania. Trzecim z zasygnalizowanych wymiarów pojęć choroby jest płaszczyzna interpretacyjna inherentnie związana z wyjaśnianiem statusu faktu naukowego. Ten epistemologiczny wymiar zmierza do określenia, na ile poznawana rzeczywistość choroby jest niezmienna i niezależna od podmiotu poznającego i warunków, w jakich poznanie się dokonuje.

Można postawić tezę, że wszystkie współczesne koncepcje choroby poprzez swoje elementy teoretyczne dadzą się opisać przez trzy wymienione powyżej teoretyczne wymiary złożoności pojęć choroby. W ramach każdego z nich zaznacza się różnorodność przyjmowanych założeń teoretycznych.

Antropologiczny wymiar pojęć choroby

Pojmowanie choroby jest w istotnym stopniu wynikiem rozumienia człowieka jako podmiotu, którego stan chorobowy dotyczy. Tworząc jej ogólny model, nie można zatem pominąć refleksji dotyczącej istoty człowieczeństwa. W historii europejskiej myśli filozoficznej zarysowały się wyraźnie dwie fundamentalne linie sporów w sferze rozważań nad człowiekiem i jego podmiotowością, o istnienie elementu niematerialnego w ludzkim bycie oraz o nieśmiertelność tegoż elementu. Ich źródła nie należy szukać jednak bezpośrednio w filozofii starożytnej, lecz, jak za-

² Autor artykułu tezę tę wstępnie przedstawił w: Sak, 2008 oraz Sak, 2010.

uważa Jolanta Świderek, już w greckim okresie archaicznym, czyli nie w filozofii, która jeszcze wtedy nie istniała, a w wierzeniach religijnych, których elementy odnajdujemy w tradycji homeryckiej [Świderek, 2008].

Platońska koncepcja choroby

Grecka filozofia starożytna nie była skłonna operować pojęciem duszy niematerialnej. Taką ideą konsekwentnie zaczął posługiwać się dopiero Platon. Był on przekonany, że troska o duszę powinna być fundamentalnym ludzkim dążeniem. Według niego niematerialna ludzka dusza stanowi jednocześnie źródło ruchu ciała i jest tym, co kieruje ciałem [Platon, 2006, 46 D5–E3, s. 324]. Platońska koncepcja choroby została omówiona w jedynym jego „naukowym” dialogu, jak określa *Timajosa* Copleston [2008, s. 222]. Punktem wyjścia dla wyjaśnienia genezy chorób jest teza, dosyć charakterystyczna zresztą dla umysłowości starożytnych Greków, o istnieniu czterech podstawowych (a według niektórych starożytnych filozofów nawet pierwotnych) elementów widzialnego świata: ziemi, powietrza, ognia i wody [Platon, 2006, 81 E4–81 B8, s. 357]. Platon dosyć szczegółowo wyjaśnia genezę różnych schorzeń cielesnych. Wywody te zdradzają powiązanie jego poglądów z jednej strony z filozofią Empedoklesa (w wyróżnianiu czterech elementów materialnego ciała), z drugiej zaś z ideami pokrewnymi teorii humoralnej, w której kluczowy element eksplanacyjny stanu zdrowia stanowiły ciecze pozostające we wzajemnej równowadze [Platon, 2006, 85 B3–C4, s. 359–360]. Giovanni Reale na podstawie analizy *Timajosa* wymienia trzy grupy schorzeń cielesnych, jakie dostrzegał Platon. Pierwszą stanowiły choroby powstałe wskutek pierwotnych zaburzeń kompozycji czterech elementów – nadmiaru lub niedoboru któregoś z nich. Kolejną grupę stanowiły te, których przyczyną były zaburzenia struktur wyższego rzędu, w zakresie konkretnych tkanek i organów, na przykład kości, nerwów, szpiku itp. Trzecia grupa, jaką można zrekonstruować na podstawie analizy *Timajosa*, była wywoływana przez powietrze oraz płyny ustrojowe, których nadmiar wiązał się zwykle z powstawaniem określonego schorzenia [Reale, 2002, s. 19–31]. Na te trzy grupy schorzeń wyróżnionych w *Timajosie* zwraca uwagę również

James Longrigg [2003, s. 104–148], wnikliwie analizując związki pomiędzy koncepcjami Platońskimi a sycylijską szkołą lekarską założoną przez Empedoklesa, której jednym z przedstawicieli był Philistion z Lokroi.

W antropologicznej charakterystyce ludzkiego bytu większą uwagę przykładają Platon do elementu duchowego aniżeli cielesnego. Czy zatem choroba może dotyczyć tylko ludzkiego ciała, czy też być może i duszy? Platon odpowiada twierdząco na tę ostatnią wątpliwość, pisząc zarówno o schorzeniach cielesnych, powyżej pokrótce scharakteryzowanych, jak i o chorobach psychicznych. W *Timajosie* Platon charakteryzuje zaburzenia psychiczne w sposób następujący:

Że chorobą duszy jest brak rozumu – to trzeba przyznać. A są dwa rodzaje nierozumu: obłąkanie i głupota. Więc każde cierpienie, na które ktoś zapada, czy to na jeden z tych stanów, czy na drugi, trzeba nazwać chorobą. A przesadne rozkosze i zgrzyzoty trzeba uważać za największe choroby dla duszy. Bo człowiek oddany rozkoszom albo znajdujący się w stanie wprost przeciwnym pod wpływem zgrzyzoty śpieszy się, żeby jedno uchwycić nie w porę, a drugiego uniknąć, i ani dojrzeć niczego, ani usłyszeć należycie nie potrafi, wścieka się tylko i zgoła wtedy nie umie kierować się rozumem. [Platon, 2006, 86 A9–D2, s. 360–361]

Platon zakładał, że pewne choroby, uzewnętrzniające się głównie w postaci objawów cielesnych, są wynikiem nieproporcjonalnego stosunku pomiędzy duszą i ciałem, a więc efektem zaburzenia relacji pomiędzy tymi dwoma elementami konstytuującymi człowieka [Platon, 2006, 87 E6–88 A8, s. 362]. Według niego, co wyraźnie podkreśla Reale [2002], nie jest możliwe wyleczenie choroby bez wyleczenia człowieka jako całości, a więc niemożliwe wyleczenie ciała bez wyleczenia duszy.

Arystotelesowska koncepcja choroby

Arystoteles, interpretując duszę jako entelechię ciała, przeciwstawia się Platońskiemu dualizmowi. Zakładając istnienie ich ścisłego związku, wskazuje na możliwość badania duszy pośrednio poprzez obserwację ciała [Copleston, 2008, s. 298]. Reale zwraca zaś uwagę na to, że o ile poglądy Platona ewoluowały od radykalnego dualizmu (ciało więzieniem duszy),

w ramach, którego ciało nie było zdolne do utworzenia z duszą jakiegokolwiek harmonijnego połączenia, do pojmowania, w późniejszym okresie twórczości, duszy jako zasady ruchu i życia ciała, o tyle Arystoteles dokonuje syntezy tych dwóch odmiennych konceptualizacji antropologicznych. Stagiryta z jednej strony widzi ścisły związek pomiędzy materialnym ciałem a niematerialną duszą, z drugiej jednak nie opisuje duszy jako absolutnie immanentnej wobec ciała [Reale, 2008, s. 452–455].

Możliwość szerszego wyrażenia własności ludzkiej duszy Arystoteles wykorzystuje do wyróżnienia jej form. Reale zauważa, że o ile Platon wyodrębnił trzy jej funkcje (pożądliwą, popędliwą i rozumną) na podstawie obserwacji ludzkich zachowań w sferze moralnej, o tyle jego uczeń, Arystoteles, przeprowadził pozornie analogiczny funkcjonalny jej trójpodział na podstawie obserwacji i analiz zachowania różnych bytów ożywionych oraz ich poszczególnych funkcji życiowych. Identyfikuje on trzy formy („gatunki”) duszy: wegetatywną, związaną z odżywianiem i rozmnażaniem, czującą, odpowiedzialną za aktywację poznania zmysłowego, pragnienia oraz ruchu lokalnego, a także najwyższą w hierarchii form – duszę rozumną. Najniższą formę stanowi dusza wegetatywna, która znajduje się zarówno w roślinach, jak i w ciałach zwierząt. Jest ona właściwa dla wszystkich bytów żyjących: aby dany byt mógł egzystować, przynajmniej w podstawowym wymiarze biologicznym, musi posiadać formę wegetatywną duszy [Arystoteles, 2003b, 434a, s. 143]. Serce jest dla Arystotelesa „organem głównym”, w którym mieści się zarówno zasada życia, jak i zasada postrzeżeń zmysłowych. Warto wspomnieć, że dla Platona centralnym organem życia zmysłowego był mózg.

Reale podkreśla, całkowicie słusznie, że typologia Arystotelesowska powstała nie tylko na podstawie sfery psychologii i refleksji nad moralnością, ale również ówczesnych badań biologicznych [Reale, 2008, s. 455]. Arystoteles, wychodząc w swoich analizach, co podkreśla Haeffner, z poziomu obserwacji zwierząt, z jednej strony schodzi do poziomu roślin, z drugiej zaś wznosi się ku sferze ludzkiej, a nawet jeszcze wyżej, ku duszom planet i ku Bogu, którego pojmuje jako czystą formę, absolutnie wolną od materii [Haeffner, 2006, s. 182–183].

Procesy życiowe są związane, według Arystotelesa, z obecnością w ciele człowieka „ciepła wrodzonego”, bez którego nie może istnieć

dusza. Pojęcie to jest fundamentalne dla koncepcji choroby, która pojawia się w zachowanych dziełach filozofa. Ciepło wrodzone jest obecne we wszystkich częściach organizmu, ale w największym stopniu w sercu [Arystoteles, 2003a, 469b, s. 293]. Arystoteles wyróżnia trzy „stany serca”: bicie serca, uderzenia pulsu oraz oddychanie, podkreślając, że bicie serca stanowi zagęszczanie tego ciepła, które znajduje się w sercu:

Bicie serca jest zagęszczeniem ciepła znajdującego się w sercu, dokonany wpływami oziębiającymi materii odpadkowych i wydzielniczych organizmu. To ma miejsce np. w chorobie zwanej „drżeniem”. [Arystoteles, 2003a, 479b, s. 319]

Podstawową przyczyną śmierci żywego organizmu jest wyczerpywanie się ciepła wrodzonego. Człowiek w podeszłym wieku ma w sercu znacznie skromniejsze jego zasoby aniżeli młodzieniec. Dlatego też:

[...] nawet lekkie choroby, które zdarzają się w starości, prowadzą szybko śmierć. W rzeczy samej ciepło istnieje [wtedy] tylko w szczupłej ilości, ponieważ przeważna jego część została w ciągu długiego okresu życia oddechem wydalona; [...] Ma się wrażenie, jak gdyby w sercu żarzył się tylko małeńki i słabiutki płomień, który gaśnie za lekkim podmuchem. [...] Wszystkie choroby, które sprawiają, że płuca twardnieją wskutek guzów, sekrecyj lub chorobliwego nadmiaru ciepła (jak to ma miejsce w gorączce), przyspieszają oddech dlatego, że płuca nie są więcej w stanie silnie się podnosić i opadać. [Arystoteles, 2003a, 479a, s. 318]

Śmierć człowieka w wymiarze biologicznym polega zatem na wyczerpaniu wrodzonego ciepła, stopniowo, wręcz niepostrzeżenie, ubywającego podczas całego życia, a najbardziej w okresie starości [Bednarczyk, 1995, s. 120].

Kartezjańska koncepcja choroby

Postulując rozumienie ciała człowieka jako swego rodzaju organicznego układu mechanicznego, Kartezjusz nie zrywał całkowicie z dotychczasową tradycją antropologiczną, której korzenie kształtowały się jeszcze w starożytności. Oprócz bowiem elementu teleologicznego w wyjaśnianiu istoty ludzkiej, w jego filozofii pojawia się również kategoria ognia (cie-

pła). Termin ten jest z rozmysłem stosowany w opisie struktury i funkcji serca, z pewnymi podobieństwami do idei starożytnych [Descartes, 1989, s. 5–6]. Kartezjusz, zatem, co podkreśla Bednarczyk, wpisuje się w wielowiekową tradycję przyrodniczą, do której zresztą często nawiązywano w drugiej połowie XVII stulecia. Tradycja ta, obecna już w starożytności i bardzo wyraźnie eksponowana przez Arystotelesa, a później Galena, łączyła istnienie procesów życiowych z obecnością ciepła przyrodzonego lub płomienia życiowego. W początkach szlaku rozwojowego tej tradycji leżały zapewne jeszcze przednaukowe obserwacje o stygnięciu ciała, które towarzyszy „ulatywaniu” życia oraz spostrzeżenia dotyczące tego, że do podtrzymywania życia („płomienia” życiowego) potrzebne jest powietrze. Współcześnie reminiscencje tych pierwotnych intuicji można dostrzec w teoriach metabolizmu biologicznego [Bednarczyk, 1989, s. 140]. Z pojęciem ognia, w istotnym stopniu korespondującym ze starożytnymi znaczeniami ciepła przyrodzonego, jest powiązana również koncepcja tchnienia życiowego [Descartes, 1989, s. 10–12].

Kartezjusz wskazuje bardzo wyraźnie na centralne miejsce szyszynki w teoretycznym wyjaśnianiu zarówno relacji pomiędzy duszą a ciałem, jak też i procesów życiowych zachodzących w ciele człowieka. Tchnienia życiowe z szyszynki przechodzą do jam mózgu, dalej zaś wnikają do nerwów, które filozof pojmował jako rodzaj tworów rurkowatych. Poprzez nerwy docierają do mięśni, zmieniając ich kształt „[...] i w ten sposób tchnienia te wprawiają w ruch wszystkie członki” [Descartes, 1989, s. 12]. Kartezjusz terminy z zakresu mechaniki stosuje do opisu ludzkiego ciała nie tylko w postaci ogólnej kategorii maszyny, która jest raczej układem mechanicznym, aniżeli maszyną we współczesnym rozumieniu. Szczegółowe opisy struktury i funkcjonowania ludzkiego ciała są nasycone wieloma innymi, bardziej szczegółowymi analogiami z konkretnymi układami (np. analogia pomiędzy funkcjonowaniem ludzkiego ciała a działaniem zespołu fontann)³.

³ Obrazowo porównuje filozof funkcjonowanie ciała człowieka do działania skomplikowanej pod względem mechanicznym fontanny: „[...] prawdą jest, że z powodzeniem można porównywać nerwy maszyny, którą opisuję, z rurami mechanizmów [...] fontann, mięśnie i ścięgna – z różnymi narzędziami i sprężynami służącymi do wprawiania ich w ruch, tchnienia życiowe – z wodą ożywiającą owe fontanny, których sercem jest źródło,

Patologiczne jest, według Kartezjusza, zarówno wytwarzanie „obfitszych i żywszych niż zazwyczaj” tchnień w wyniku nieprawidłowego pobudzenia przez nerwy wątroby, która jest rezerwuarem „najdelikatniejszych drobiny krwi”, jak i nadmierne wydobywanie się ze śledziony i przejście do krwi „drobin najtrudniej rozpalających się w sercu”, które w warunkach normalnych są przez śledzionę wychwytywane. Podobnie jest w przypadku dysfunkcji pęcherzyka żółciowego, którego zadaniem, według Kartezjusza, jest oczyszczanie krwi z „drobin najłatwiej rozpalających się w sercu”. Przemieszczenie jego zawartości do krwi spowoduje tchnienia „[...] żywsze, a zarazem bardziej nierównomiernie wzburzone”. Jak bowiem stwierdza Kartezjusz, „wszystko [...], co wywołuje jakies zmiany we krwi, może je przez to wywołać również w tchnieniach” [Descartes, 1989, s. 43].

Drugą istotną grupą przyczyn zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu są przemieszczenia szyszynki, która jest według Kartezjusza źródłem tchnień życiowych. Przesunięcia dosyć luźno powiązanego „gruczołu” z otaczającymi go strukturami występują najczęściej w wyniku albo oddziaływania duszy, albo fizycznych reakcji pomiędzy gruczołem a „drobinami” docierającymi do niego lub wychodzącymi z niego. Kartezjusz taką właśnie etiologię zaburzeń somatycznych stara się w sposób niezwykle dokładnie wyjaśnić, podkreślając nieco metaforycznie:

Podobnie [...] jak ciało, przywiązane jedynie do kilku nici i utrzymywane nad ziemią siłą unoszącego się z paleniska dymu, nieustannie – tu i tam buja w powietrzu, różne bowiem drobiny dymu odmiennie na nie oddziałują, tak też małe drobiny tchnień, które unoszą się i podtrzymują ów gruczoł, prawie zawsze czymś się od siebie różniące, nie omieszkają na gruczoł ów oddziaływać i wychylać go raz w jedną, raz w drugą stronę. [Descartes, 1989, s. 52]

Zmiany przestrzennego położenia szyszynki wywołuje również działanie na ludzkie zmysły przedmiotów zewnętrznych [Descartes, 1989, s. 56]. Występowanie dolegliwości bólowych, chorób wynikających ze

jamami mózgowymi zaś ich główny zbiornik. Co więcej, oddychanie i inne podobne czynności, które maszynie tej są przyrodzone i dla niej zwyczajne, a zależą od biegu tchnień, są jak ruchy zegara czy młyna, którym ciągłość nadaje zwykły przepływ wody” [Descartes, 1989, s. 12].

szkodliwych oddziaływań czynników zewnętrznych czy też z nieprawidłowego trybu życia jest, według Kartezjusza, możliwe do wytłumaczenia poprzez analizę zaburzeń tchnień życiowych w organizmie. Tchnienia życiowe są terminem, poprzez który Kartezjusz całkowicie zrywa ze starożytną tradycją przypisywania ludzkiej duszy jakiegokolwiek funkcji biologicznej. Według niego tworzą się one bowiem z materialnych „drobin” o zróżnicowanej, zwykle jak najmniejszej wielkości, i są tworem materialnym, a nie duchowym. Tchnienia życiowe natury materialnej w sposób logiczny komponują się z opinią Kartezjusza na temat istoty procesów życiowych w ludzkim organizmie [Descartes, 1989, s. 71]. W kartezjańskiej antropologii, na co zwraca uwagę Haeffner, inaczej niż w filozofii starożytnej, zwierzęcość nie stanowi ogniwa pośredniego między światem rzeczy materialnych a podmiotem myślącym [Haeffner, 2006, s. 183–185]. Pomimo pewnych zbieżności z myślą starożytną i średniowieczną w zakresie idei „ciepła wrodzonego” („ognia płonącego w sercu”) Kartezjusz rezygnuje jednak z pojmowania ludzkiej duszy jako czynnika ożywającego ciało. Świadomościowe „Ja” jest przez niego określane jako zdecydowane przeciwieństwo świata matematycznej fizyki, do którego przynależy ludzkie ciało [Haeffner, 2006, s. 183–185].

Antropologiczne idee filozofii Kartezjusza wywarły bardzo znaczący wpływ na pojmowanie zarówno istoty człowieka, jak i stanów zdrowia i choroby nie tylko w XVII- i XVIII-wiecznej filozoficznej myśli europejskiej, ale również w XIX-wiecznych koncepcjach medycznych, kładących fundamenty pod współczesny model biomedyczny. Należy również podkreślić, że obecnie idee Kartezjańskie postrzega się jako fundamentalne dla rozwoju późniejszej wiedzy o układzie nerwowym⁴, w szczególności w zakresie teorii łuku odruchowego, materializacji zjawisk neurofizjologicznych oraz nauki o mózgu jako źródle psychiki [Śródka, 2000, s. 261–266]. Jak podkreśla Andrzej Szczeklik, to właśnie Kartezjusz jako pierwszy zrozumiał istotę stereotypowych odruchów pochodzących z układu nerwowego, „w których nie bierze udziału dusza” [Szczeklik, 2007, s. 14].

⁴ Wade zwraca uwagę na to, że Kartezjusz sugerował, jakoby siatkówka była zbudowana z drobnych zakończeń nerwowych. Sugestia ta jest niezwykle interesująca, zwłaszcza że ani Kartezjusz, ani jemu współcześni naukowcy nie byli w stanie udowodnić tego twierdzenia w sposób obserwacyjny [Wade, 2004].

Współcześnie należy wskazać na model biomedyczny, biopsychospołeczny oraz koncepcje personalistyczne jako na te rozwiązania teoretyczne, które w refleksji nad chorobą eksponują przede wszystkim wymiar antropologiczny.

Epistemologiczny wymiar pojęć choroby

Drugim pod względem chronologii wyodrębnienia się w dziejach filozofii medycyny wymiarem pojmowania choroby jest wymiar epistemologiczny. W XVIII- i XIX-wiecznej filozoficznej teorii poznania w dużej mierze za sprawą Davida Huma istniało przekonanie, że fakt jest to coś, co jest dostępne zmysłom. Echa takiego rozumienia faktu naukowego można odnaleźć w koncepcjach zdrowia i choroby przedstawionych przez niektórych przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny: Edmunda Biernackiego i Władysława Biegańskiego. W jej łonie jednak dokonał się przełom w filozoficznym konceptualizowaniu pojęcia choroby przy zastosowaniu kategorii faktu naukowego. Dzięki stworzonej przez Ludwika Flecka w latach trzydziestych XX wieku teorii stylów myślowych dostrzeżono wpływ na kształtowanie się wiedzy naukowej społecznego kontekstu odkrycia.

Pojęcia choroby w relacji do kategorii faktu naukowego w polskiej szkole filozofii medycyny

Edmund Biernacki autorską koncepcję pojęć choroby przedstawił w książce zatytułowanej *Co to jest choroba?* (1905). Odnosząc się do pytania zawartego w jej tytule, stwierdza:

Najogólniejsza odpowiedź na to pytanie, czyli najprostsza definicja pojęcia choroby, jaką znajdziemy w książkach naukowych lub usłyszymy od lekarzy, jednoznacznie brzmieć będzie: choroba jest to zaburzenie życia normalnego, zaburzenie czynności życiowych lub jeszcze nieco inaczej – „zaburzenie funkcji”⁵. [Biernacki, 1905, s. 15]

⁵ We wszystkich cytatach pochodzących z książki Biernackiego *Co to jest choroba?* [Biernacki, 1905], a zamieszczonych w tej części rozprawy, zachowano oryginalną formę pisowni wyrazów.

Przed sformułowaniem definicji ogólnej kategorii choroby Edmund Biernacki dokonuje przeglądu stanowisk historycznych. W sposobie komentowania przez niego tych różnorodnych koncepcji ujawnia się typowe dla przełomu wieku XIX i XX nastawienie pozytywistyczne, Biernacki bowiem operuje faktami z zakresu medycyny ujmowanymi poprzez kategorie struktury i funkcji. Nie dostrzega związków pomiędzy faktami medycznymi a kulturą tego okresu historycznego, w której one powstały. W przeprowadzonej przez niego analizie można wskazać na ideę kumulatywnego rozwoju medycyny [Biernacki, 1905, s. 24]. Analizy zarówno historyczne, jak i w zakresie współczesnej Biernackiemu wiedzy medycznej stają się fundamentem dla wyrażenia przez niego właściwej, ogólnej definicji choroby. Odpowiadając zatem na pytanie tytułowe swojej książki, stwierdza on:

Choroba, jest to miejscowe lub ogólne zaburzenie czynności życiowych, jako skutek działania różnych wewnętrznych i zewnętrznych czynników (bakterie, trucizny, „dziedziczność”), zaburzenie polegające przede wszystkim na zmianie chemizmu ustrojowego („zatruciu”), zmianie chemicznej przeróbki materii i rozwijającej się w następstwie tego trwałej lub nietrwałej zmianie anatomicznej narządów i tkanek, zaburzenie wykazujące samoistną dążność do wyrównania i ustąpienia. [Biernacki, 1905, s. 105]

Władysław Biegański w drugim wydaniu *Logiki medycyny, czyli krytyki poznania lekarskiego* (1908) odnosi się polemicznie do definicji ogólnej kategorii choroby sformułowanej przez Edmunda Biernackiego. Jest przekonany, że w zakres pojęcia choroby należy włączyć również wszystkie przypadki urazowe (m.in. zwichnięcia, złamania, oparzenia), czyli te, które Biernacki z zakresu tego pojęcia wyłączał. Przedmiotem polemiki jest jednak przede wszystkim „rdzeń” definicji zaprezentowanej przez Biernackiego, a mianowicie przekonanie o zaburzeniach chemicznych leżących u podstaw wszelkich stanów chorobowych. Biegański stwierdza jednoznacznie, że takie ujęcie pojęcia choroby jest zbyt wąskie i wynika z uogólnienia faktów dotyczących chorób zakaźnych i metabolicznych:

[...] z faktów, że w chorobach zakaźnych i w chorobach przeróbki materii mamy do czynienia z zaburzeniem chemizmu, autor [Biernacki] wyprowadził wniosek,

uogólniający ten pogląd na wszystkie sprawy patologiczne. Wniosek taki bynajmniej w całej rozciągłości niedowiedziony, nie może stanowić podstawy dla określenia pojęcia choroby. [Biegański, 1908, s. 78]

Drogę prowadzącą do sformułowania definicji kategorii choroby przez Władysława Biegańskiego stanowią, podobnie jak to miało miejsce u Edmunda Biernackiego, analizy historyczne. Biegański w dziejach medycyny wyróżnia trzy podstawowe sposoby rozumienia choroby: jako zaburzenia funkcji, jako zmiany anatomiczne oraz etiologiczne pojęcie choroby. Omawiane analizy nie są tak rozbudowane, jak to miało miejsce w przypadku przedstawiania ewolucji pojęcia choroby przez Biernackiego, jednak w podobnym stopniu ujawniają pozytywistyczne inspiracje, przyczyniając się do uzasadnienia definicji choroby zbudowanej na ich podstawie przez Biegańskiego. Wśród pozytywistycznych inspiracji ujawnia się u tego autora przede wszystkim zaufanie do faktu naukowego ufundowanego na empirii i uświadomione przekonanie o większej wartościowości tak rozumianego faktu nad hipotezą. W dokonanej przez Biegańskiego przeglądzie historii europejskiej myśli medycznej jest wyraźnie widoczna tendencja do progresywnego ujmowania historii nauki i oceniająca jej z punktu widzenia wiedzy jemu współczesnej.

Do zakresu pojęcia choroby jako zaburzenia funkcji włącza Biegański zarówno hipokratejską humoralną koncepcję schorzeń, jak i współczesne jemu tendencje do łączenia określonych objawów z zaburzeniami ściśle określonych funkcji organizmu. W medycynie opartej na teorii humoralnej dostrzega on kluczowe znaczenie obserwowanych objawów i tworzonych na tej podstawie „gatunków” chorób. Biegański stwierdza jednocześnie, że wiele z tych gatunków chorób było z punktu widzenia medycyny początku XX wieku nazbyt szerokie zakresowo, podając przykład „suchot płuc”, który to typ miał obejmować nie tylko ropne zapalenie opłucnej, ale również ropień i zgorzel płuc. Podobnych obserwacji dokona kilkanaście lat później Ludwik Fleck (dotyczących szerokiego zakresu „zarazy rozkoszy”), będzie się jednak starał wyjaśniać je, opierając się na już zupełnie innym modelu rozwoju nauki i skutecznie stroniąc od pozytywistycznych proweniencji. Pozytywistyczne inspiracje zaś są wyraźnie widoczne w opinii, jaką Władysław Biegański wygłasza na temat pojęcia choroby jako zaburzenia funkcji:

Dla chorego właśnie ta zmiana funkcji stanowi istotę choroby i tak również zapatrywali się na sprawy chorobowe pierwsi lekarze od czasu, kiedy zaczęli traktować swój przedmiot z naukowego punktu widzenia. Toteż podobne pojęcie spotykamy już w pismach Hipokratesa; przetrwało ono prawie bez zmiany aż do końca XVIII wieku, pomimo najrozmaitszych teorii lekarskich. Teorie bowiem dotyczyły tylko przyczyny spraw chorobowych i w tym przedmiocie zdania były różne, ale pojęcie istoty choroby, jako zaburzenia funkcji pozostawało trwale w nauce. [Biegański, 1908, s. 61]

Za wydarzenie przełomowe, o istotnym znaczeniu dla zmiany sposobu interpretacji historii nauki w ogóle, a historii medycyny w szczególności, należy uznać opublikowanie przez Ludwika Flecka w 1935 roku książki zatytułowanej *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. Kategoria faktu, jak podkreśla Fleck w przedmowie do tego dzieła, ma dla niego szczególne znaczenie. Korzystając z historycznej różnorodności medycznych faktów naukowych, lwowski lekarz wybiera do analiz związek reakcji Wassermannna z kiłą [Fleck, 2006, s. 31–32]. Przy tej okazji rekonstruuje mechanizmy, które ukształtowały jemu współczesne pojęcie tej choroby. Zauważa, że linia rozwojowa zarysowuje się już pod koniec XV stulecia, stopniowo wyłaniając się z niezróżnicowanego zbioru przekazywanych informacji o przewlekłych chorobach, którym towarzyszyły objawy skórne zlokalizowane w okolicy narządów płciowych. Fleck stwierdził, że na ukształtowanie się pierwotnej koncepcji tej choroby, którą współcześnie nazywamy kiłą, istotny wpływ miały ówczesne przekonania co do istnienia związku między chorobami i postawami moralnymi, zwłaszcza opinią, że kiła jest karą za grzeszną rozkosz. Refleksję Flecka nad genezą chorób od analogicznej refleksji przeprowadzonej przez Biernackiego czy Biegańskiego odróżnia zwracanie uwagi na kontekst kulturowy i historyczny tworzących pojęć oraz, co bardzo istotne, upatrywanie związku pomiędzy „zawartością” tworzących się faktów a nastawieniami psychospołecznymi danej epoki. Jak podkreśla bowiem Fleck, odnosząc się do powstałej przed pięcioma wiekami idei zarazy rozkoszy:

Ta pierwotna idea syfilidologii, to przekonanie o wenerycznej naturze syfilisu, czy syfilisu jako zarazy rozkoszy, wydają się nam za szerokie: obejmują one nie tylko to, co dziś nazywamy kiłą, lecz także inne choroby weneryczne, z których do dziś zostały wyodrębnione rzeżączka, wrzód miękki i ziarniak pachwinowy. Ale jej

uzasadnienie socjopsychiczne i historyczne było tak silnie ugruntowane, że potrzeba było aż czterystu lat, zanim rozwój w innych dziedzinach nauki mógł wpłynąć na ich ostateczne oddzielenie. Uporczywe trwanie w owym przekonaniu dowodzi, że o powstaniu i utrwaleniu idei nie decydują tak zwane spostrzeżenia empiryczne, ale że odgrywają tu istotną rolę czynniki specjalne, zakorzenione w psychice i tradycji. [Fleck, 2006, s. 35]

Szczegółowe analizy, jakie przeprowadził Fleck, wykorzystując materiał historyczny z zakresu wenerologii, pozwoliły na sformułowanie wniosku, że pojęcie kiły, które współcześnie jest definiowane w odniesieniu przede wszystkim do odczynu Wassermanna, może być także określane przez relacje z wieloma innymi pojęciami [Fleck, 2006, s. 39–40]. Wśród kluczowych założeń teorii stylów myślowych Flecka znajduje się przekonanie, że poznawanie rzeczywistości nie jest wyłącznie indywidualnym procesem świadomościowym, lecz stanowi wynik działania społecznego, gdyż każdorazowy stan poznania przekracza granice dostępne jednostce. Według Flecka zatem stwierdzenia dotyczące historii chorób, którymi posługują się zwolennicy pozytywistycznego sposobu interpretacji dziejów nauki, są zdaniem „niepełnymi”, ponieważ brakuje im chociażby takiego dookreślenia, jak: „zgodnie z określonym stanem wiedzy” lub nawet precyzyjniej: „w pewnym określonym stylu myślenia, w określonym kolektywie myślowym”. Fleck definiuje kolektyw myślowy jako „[...] wspólnotę ludzi związanych wymianą myśli lub wzajemnym oddziaływaniem intelektualnym [...]” [Fleck, 2006, s. 68]. Stanowi on nośnik określonego stylu myślowego. Przytoczone uwagi Flecka na temat społecznych uwarunkowań myślenia naukowego stanowią teoretyczną podbudowę dla jego koncepcji stylów myślowych, które definiuje on jako: „[...] ukierunkowane postrzeganie wraz z odpowiednią obróbką myślową i rzeczową tego, co postrzegane. Charakteryzują go wspólne cechy problemów, którymi kolektyw jest zainteresowany; sądów, które uważa za oczywiste; metod, których używa jako środków poznawczych” [Fleck, 2006, s. 121]. Dookreślając kategorię stylu myślowego, Fleck zwraca również uwagę, że nie wyraża ona jedynie społeczno-emocjonalnych różnic w zabarwieniu pojęć naukowych czy też schematów posługiwania się nimi, lecz odzwierciedla całościową, intelektualną gotowość określonego postrzegania i działania. Stwierdza on jednocześnie, że istnieje ścisła za-

leżność faktu naukowego od stylu myślenia tego kolektywu, w którym fakt ten powstał [Fleck, 2006, s. 89–90].

We współczesnej refleksji nad pojmowaniem choroby należy odnotować koncepcje, które programowo odwołują się do filozoficznej teorii poznania, badając relacje pomiędzy zakresem pojęcia choroby a rozumieniem faktu naukowego. Wśród współczesnych autorów krytycznie dysponujących pojęciem faktu w refleksji nad chorobą należy wymienić przede wszystkim K.W.M. (Billa) Fulforda oraz Williama Stempseya.

Aksjologiczny wymiar pojęć choroby

Współczesna refleksja nad dziejami filozofii nauki akcentuje przejście od koncepcji nauki wolnej od wartości do koncepcji interpretujących naukę jako nasyconą wartościami, czyli zakładających, że nauka ma wsobny wymiar aksjologiczny. Przejście to miało miejsce w XX-wiecznej myśli filozoficznej i naukoznawczej: na początku XX wieku jeszcze nikt praktycznie nie dostrzegał wewnętrznego wymiaru aksjologicznego w nauce, już jednak pod koniec tego stulecia teza o „wsobności” aksjologicznej nauki nie wzbudzała istotnych kontrowersji. „Wartość” jako termin zwyczajowo przynależny do aksjologii i etyki we współczesnej refleksji naukoznawczej jest rozumiany intuicyjnie. Różni autorzy wyrażają nim najczęściej pożądane własności przedmiotu badania naukowego, procesu poznawczego i jego rezultatów itp. [Lekka-Kowalik, 2008, s. 5–6]. W refleksji metanaukowej (na przykład z zakresu filozofii medycyny) termin „wartość” wyraża identyfikowaną własność danej kategorii, procesu czy dziedziny, która to własność wskazuje na istnienie określonego (często również pozanaukowego) kontekstu wiedzy. We współczesnej refleksji nad nauką można wskazać na funkcjonujące rozumienie pojęcia wartości jako własności pożądanej dla określonego rodzaju bytu [Lekka-Kowalik, 2008, s. 250–251].

W połowie XX wieku w literaturze anglojęzycznej zaczęły sukcesywnie pojawiać się publikacje dotyczące relacji pomiędzy sferą wartości a filozoficzną kategorią choroby. Jedną z najwcześniejszych był artykuł Lestera Kinga, który zwrócił uwagę na konieczność wykorzystania sfery

wartości w kategoryzowaniu pojęcia choroby i na niewystarczalność wyłącznie statystycznego ujęcia odchyłeń od normy [King, 1954]. William Stempsey wskazuje nawet na artykuł Kinga jako na pewnego rodzaju program nurtu normatywnego [Stempsey, 2000, s. 84]. Współczesna dyskusja nad pojęciami choroby w wymiarze aksjologicznym jest zdynamizowana przez dwa przeciwstawne nurty: normatywny oraz naturalistyczny (deskryptywny).

Głównym rzecznikiem nurtu naturalistycznego, zakładającego niezależność pojęć choroby od sfery wartości, jest Christopher Boorse. Argumentuje on na rzecz tezy, że teoretyczne pojęcia zdrowia i choroby można określić wyłącznie opisowo, tak jak inteligencję w teoriach psychologicznych czy prawdziwość w logice, co nie koliduje z tym, że teorie medyczne stanowią podstawę praktyki medycznej, na gruncie której dokonuje się wartościowania zdrowia i choroby. Według Boorsego zasadniczą przyczyną potocznego określania funkcjonalnej normalności w perspektywie wartości jest to, że większość ludzi dąży do osiągnięcia ważnych dla nich celów życiowych, łącząc z nimi znaczeniowo funkcje fizjologiczne, które nie są normatywne, nie są ze swej istoty ani dobre, ani złe. Przykładem takiego zjawiska jest, według Boorse'a, normatywizacja z gruntu obojętnych aksjologicznie funkcji związanych ze spożywaniem pokarmów czy życiem seksualnym. Treść pojęć zdrowia i choroby, ukształtowanych przez współczesne teorie medyczne, nie zawiera w sobie, według Boorse'a, żadnej warstwy aksjologicznej, podlega natomiast wartościowaniu w sferze praktyki medycznej. Zdrowie jest w tym ujęciu normalnością funkcjonalną, pożądaną przez człowieka o tyle, o ile umożliwia jemu realizację założonych przez niego celów życiowych [Boorse, 2004, s. 83–84]. Boorse w pracy *A Rebuttal on Health* doprecyzowuje własną koncepcję i nadaje jej miano „teorii biostatystycznej” (*Biostatistical Theory – BST*) [Boorse, 1997, s. 6]. Celem BST jest analiza różnic pomiędzy stanami normalnymi a patologicznymi ludzkiego organizmu, co zresztą jest, w opinii autora, głównym problemem teoretycznym współczesnej medycyny (a nie dystynkcja pomiędzy zdrowiem [*health*] i chorobą [*illness*]) [Boorse, 1997, s. 7]. W ramach teorii biostatystycznej (BST) proponuje on rozumienie pojęcia „choroby (*disease*)” jako rodzaju wewnętrznego stanu organizmu, który stanowi albo wewnętrzne pogorszenie jego normalnej

zdolności funkcjonalnej, albo ograniczenie jego zdolności funkcjonalnej, spowodowane czynnikami środowiskowymi. Kluczową kategorię „normalnej zdolności funkcjonalnej” (*normal functional ability*), która służy doprecyzowaniu pojęcia choroby, Boorse definiuje jako gotowość wewnętrznej struktury organizmu do spełniania wszystkich normalnych dla niej funkcji w typowych sytuacjach, z co najmniej „typową wydajnością” (*typical efficiency*). Poprzez „typową wydajność” rozumie wydajność przekraczającą arbitralnie określone minimum w statystycznym rozkładzie cechy gatunkowej. Jest to podstawowa idea teorii biostatystycznej Boorse’a [Boorse, 1997, s. 8].

Biostatystycznej koncepcji choroby Boorse’a przeciwstawiają się przedstawiciele nurtu normatywnego: Lennart Nordenfelt, Kateryna Fedoryka, Bill Fulford. Nordenfelt proponuje holistyczną teorię zdrowia i choroby (*the Holistic Theory of Health – HTH*), według której dana osoba jest w pewnym stopniu chora, jeżeli w tym właśnie stopniu nie jest w pełni sprawna, nie ma pełnej zdolności do właściwego funkcjonowania w sferze fizycznej lub mentalnej [Nordenfelt, 2006a, s. 14]. Dany człowiek jest w pełni zdrowy, jeżeli jego stan zarówno fizyczny, jak i psychiczny daje mu drugorzędową zdolność (*second-order ability*) realizowania w standardowych warunkach wszystkich swoich celów życiowych [Nordenfelt, 2006b, s. 147]. Cel życiowy definiuje Nordenfelt, jako stan spraw koniecznych dla zapewnienia danej osobie minimalnego poziomu szczęścia w długoterminowej perspektywie czasowej.

Kateryna Fedoryka, opowiadając się za normatywnym charakterem pojęć zdrowia i choroby, stwierdza, że „[...] zdrowie jest dobrem, a w szczególności jest ono wymiarem dobra istoty (*the good of a being*), który to wymiar jest bezpośrednią funkcją natury tej istoty.” [Fedoryka, 1997, s. 155]. Kluczowym terminem zastosowanym przez autorkę do określenia kategorii zdrowia jest pojęcie dobra istoty ludzkiej odnoszonego do pojęcia naturalnej funkcji. Warto zatem przeanalizować, jak terminy te są na gruncie omawianej koncepcji rozumiane. Fedoryka przyznaje się do inspiracji ideami Stevena Toulmina, który podkreślał, że logiczny rozdział faktów i wartości ma niewielkie znaczenie zwłaszcza dla praktyki i teorii medycznych, wartości medycyny klinicznej są zaś zakorzenione bezpośrednio w podstawowych faktach dotyczących organizacji życia [Toulmin,

1975]. W rzeczywistości biologicznej, jak argumentuje autorka, można wyodrębnić naturalną organizację obejmującą procesy i funkcje celowe. Funkcja powinna być rozpatrywana w relacji do zadań, jakie dany organ wykonuje w odniesieniu do siebie samego, innych organów, jak i całości organizmu. Kryteria określające, czy dana funkcja jest tą właściwą, a nie na przykład dysfunkcją, są niejako „zapisane” w ludzkim organizmie w odniesieniu do jej celu, do osiągniętych w wyniku jej działania efektów. Na podstawie tych uwag Fedoryka podejmuje próbę, korzystając z inspiracji G.H. von Wrighta, dookreślenia kategorii „dobro istoty”. Podkreśla, że dobro człowieka jako istoty żywej należy określać, odwołując się do kategorii celu, ten zaś stanowi wartość poprzez to, że określa istotę danej funkcji. Stąd też teoretyczna propozycja kategoryzowania zdrowia i choroby, sformułowana przez Fedorykę, opiera się na założeniu, że cel danej funkcji, a więc to, co konstytuuje dobro ludzkiej istoty, może być osiągnięte poprzez „aktualizowanie się w pełni” (*actualizing of the whole itself*) danej funkcji organizmu. Pojęcie „aktualizowania” się funkcji organizmu rozumie autorka jako specyficzne urzeczywistnianie istoty ludzkiej jako jednostki o rodzajowo naturalnej, psychosomatycznej charakterystyce. Z tych założeń wynikają dwie istotne kwestie teoretyczne: po pierwsze – przyjęte założenia pozwalają rozumieć zdrowie jako urzeczywistnienie, „rozkwitanie” istoty ludzkiej, po drugie zaś, powyższe założenia, wskazujące na rodzajową, wręcz gatunkową charakterystykę psychosomatyczną człowieka, ograniczają proces owego „rozkwitania”, a więc i zakresu pojęcia zdrowia, do naturalnych gatunkowych funkcji organizmu, a nie do sfery zindywidualizowanych dążeń, zamierzeń czy indywidualnych celów życiowych [Fedoryka, 1997, s. 153]. W ramach omawianej koncepcji autorka w celu wyostrenia różnicy pomiędzy sferą działania natury a sferą zindywidualizowanych decyzji i czynów człowieka posługuje się pojęciem dobrostanu (*well-being*). Dobrostan bowiem, w jej przekonaniu, jako stan zdrowia może być osiąganym i zapewnianym przez naturę, a nie tylko w odniesieniu do natury. Może być jednak również dziełem świadomych decyzji człowieka. Zatem w obszarze znaczeniowym pojęcia dobrostanu można wydzielać dwa subobszary. Jednym z nich będzie dobrostan jako funkcja natury, w odróżnieniu, a nawet w przeciwieństwie do zapośredniczonego w wolności drugiego subobszaru: świadomie dokony-

wanych ludzkich wyborów. Według Fedoryki dobrostan zatem może być funkcją albo natury, albo ludzkiej wolności. Autorka podkreśla, że zgodnie z jej intencjami należy mówić o zdrowiu jako o dobrostanie będącym przede wszystkim funkcją natury. Rozróżnić należy zatem dobrostan jako cechę zdrowia danej osoby, a dobrostan osoby jako całości, obejmujący również decyzje moralne, aktywność zawodową, artystyczną, sportową itp. Należy dokonać rozróżnienia pomiędzy „samoaktualizacją” (*self-actualization*) jako funkcją natury a „samoaktualizacją” jako funkcją indywidualnych, świadomych ludzkich decyzji i czynów. Samoaktualizacja jako funkcja natury, przejawiająca się na przykład w procesach fizjologicznych organizmu, takich jak oddychanie, praca serca, trawienie pokarmów itp., przebiega bez świadomego udziału człowieka. To natomiast, że człowiek, dokonując „samoaktualizacji” własnej osoby, zapośredniczonej w sferze wolności, może czasami na procesy, będące funkcją natury, wpływać, nieco je modyfikując, zakłócając, przyspieszając lub opóźniając ich przebieg, nie oznacza, że są one od świadomych ludzkich aktów w jakimkolwiek stopniu zależne czy też nimi uwarunkowane. Procesy „samoaktualizacji”, będące funkcją natury, mają swój własny naturalny wzór i podlegają niezależnym od woli człowieka prawom natury. Przykładem takiej relacji pomiędzy dwoma rodzajami „samoaktualizacji” może być zjawisko nikotynizmu, bowiem palenie papierosów nieco zmienia naturalne procesy oddychania organizmu, głównie poprzez niszczenie struktur aparatu oddechowego, jednak nie zmienia w żaden zasadniczy, fundamentalny sposób samego procesu oddychania, jego naturalnego wzoru [Fedoryka, 1997, s. 154].

Kategorie funkcji i celu pojawiające się w koncepcji Billa (K.W.M.) Fulforda są podobne do tych, którymi posługuje się Boorse, zwolennik deskryptywnego i statystycznego kategoryzowania pojęcia choroby. Fulford jednak na podstawie analizy podobnych kategorii dochodzi do wniosków zgoła odmiennych aniżeli Boorse. Poddaje krytyce deskryptywne (naturalistyczne) ujmowanie pojęć zdrowia i choroby, podkreślając, że zwolennicy tego podejścia metodologicznego w sposób nieuprawniony przechodzą od stanów faktycznych opisywanych przez „jest” do „powinno być”, a więc od statystycznego opisu rzeczywistości do statystycznie wyznaczanych kryteriów funkcjonalności [Fulford, 1989, s. 110]. W przeko-

naniu Fulforda rzekoma niezależność od sfery wartości w ujmowaniu przez Boorse'a pojęcia choroby jest niczym innym jak wyłonieniem (z pierwotnie silnie nasyconej aksjologicznie warstwy znaczeń) tych kategorii, które zwolennikom deskryptywizmu wydają się od wartości zupełnie niezależne. W rzeczywistości według Fulforda zarówno kategoria funkcji, jak i celu nie jest pozbawiona elementu normatywnego. Normatywny charakter ma również akt wyznaczania granicy pomiędzy stanem prawidłowym i patologicznym. Stosowanie zaś przez zwolenników deskryptywizmu analogii pomiędzy ludzkim organizmem a obiektami niebiologicznymi, jak w swoich analizach stara się wykazać Fulford, nie daje żadnych istotnych argumentów na rzecz tezy o niezależności zarówno funkcji biologicznych, jak i niebiologicznych od sfery normatywnej. To bowiem, co stara się wywodzić Boorse ze sfery czysto biologicznej jako nienormatywne, w rzeczywistości jest derywatem elementów wartościujących: wyróżnianie celu, który jest postrzegany przez biologów jako korzystny dla całości organizmu, tylko potwierdza forsowaną przez Fulforda tezę o pierwotności pojęcia choroby w silnie wartościującym znaczeniu „illness”, z którego dopiero wtórnie wyodrębniła się zawartość pojęcia choroby w znaczeniu „disease” [Fulford, 1989, s. 103–109]. Zamiast pojęcia funkcji (*function*) w kategoryzowaniu znaczenia „illness” posługuje się pojęciem działania (w dwóch odmianach znaczeniowych: „*action*” – działanie w określonym celu, czynność zmierzająca do czegoś oraz „*doing*” – czynienie czegoś rutynowo, codziennie). Pojęcie celu zostaje zaś zinterioryzowane w obrębie kategorii „intencjonalnego” działania („*intentional doing*”), na tle którego Fulford charakteryzuje „zwyczajne” działanie („*ordinary doing*”), będące działaniem „ukrytym”, na które składają się między innymi codzienne, niemal mechanicznie powtarzane czynności. Inspiracją do posługiwania się przez Fulforda powyższymi pojęciami dotyczącymi ludzkiej aktywności stały się prace Johna L. Austina dotyczące filozofii działania⁶.

„Zwyczajne” ludzkie działanie Fulford sytuuje pomiędzy aktywnością w pełni intencjonalną a czynnościami całkowicie mechanicznymi. Może

⁶ Powyższa uwaga dotyczy dwóch artykułów J.L. Austina: Austin, 1956–1957, s. 1–30 oraz Austin, 1996, s. 427–440.

ono stać się uświadomionym działaniem intencjonalnym, zwłaszcza w sytuacjach, gdy realizujący je podmiot napotka określone trudności i przeszkody. Przy braku istotnych trudności zaś nie jest zwykle w pełni uświadomioną aktywnością intencjonalną [Fulford, 2001, s. 194]. Jest ono w bardzo istotny sposób związane ze sferą normatywną. Czynności mieszczące się w tej kategorii są przez człowieka wykonywane dlatego, że ocenia je jako pożądane, dobre czy też społecznie akceptowalne, inne wykonuje się zaś, aby uniknąć tego, co niepożądane i oceniane jako złe, brzydkie, niemoralne. Fulford dostrzega istotny związek, wręcz zespolenie, codziennej, „zwykłej” aktywności człowieka ze sferą wartości instrumentalnych, które istotnie różnią się od wartości moralnych i estetycznych. Zastosowanie pojęcia działania ukierunkowanego na realizację świadomie określonego celu (*action*) pozwala Fulfordowi uczynić pojęcie choroby w znaczeniu „illness” specyficznym dla człowieka oraz umożliwić powiązanie jej nie tylko z wartościami instrumentalnymi, ale również z zakresem ludzkich wyborów i czynów związanych z wartościami moralnymi i normami prawnymi [Fulford, 1989, s. 129–131].

Zakończenie

Przegląd wybranych filozoficznych koncepcji choroby uzasadnia tezę o istnieniu co najmniej trzech teoretycznych płaszczyzn definiowania tej kategorii. Prawie każda eksponowała przede wszystkim jeden spośród trzech wyróżnionych wymiarów: antropologiczny, epistemologiczny lub aksjologiczny. Wyjątkiem była koncepcja Fulforda, świadomie posługująca się dwoma wymiarami jednocześnie: epistemologicznym oraz aksjologicznym. Nie oznacza to jednak, że, oprócz koncepcji Fulforda, są one „jednowymiarowe”. We współczesnych filozoficznych teoriach choroby można doszukiwać się jednocześnie wszystkich wspomnianych trzech wymiarów, bowiem Fleck, Boorse, Nordenfelt i Fedoryka, oprócz eksponowania wymiarów epistemologicznego albo aksjologicznego, dysponują, wyrażanymi zwykle implicite antropologicznymi intuicjami dotyczącymi stanów zdrowia i choroby. Nie można również wykluczyć, że w przyszłości teoretyczna wielowymiarowość pojmowania choroby w filozofii me-

dycyny nie będzie się ograniczała tylko do trzech omówionych w artykule wymiarów. Być może w przyszłości refleksja filozoficzna ujawni kolejne płaszczyzny definiowania pojęć choroby.

Bibliografia

- Arystoteles, (2003a), „Krótkie rozprawy psychologiczno-biologiczne”, [w:] Arystoteles: *Dzieła wszystkie*, t. 3, tłum. P. Siwek, Warszawa, PWN.
- Arystoteles, (2003b), „O duszy – Księga III”, [w:] Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 3, tłum. P. Siwek, Warszawa, PWN.
- Austin J.L., (1956–1957), „A Plea for Excuses”, *Proceedings of the Aristotelian Society*, 57, s. 1–30.
- Austin J.L., (1996), „Three Ways of Spilling Ink”, *The Philosophical Review*, 75, s. 427–440.
- Bednarczyk A., (1989), „Człowiek”, przypis 10., [w:] R. Descartes, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, tłum. A. Bednarczyk, Warszawa, PWN.
- Bednarczyk A., (1995), *Galen. Główne kategorie systemu filozoficzno-lekarskiego*, Warszawa, Uniwersytet Warszawski – Wydział Filozofii i Socjologii.
- Biegański W., (1908), *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego*, Warszawa, Księgarnia E. Wendego i S-ki.
- Biernacki E., (1905), *Co to jest choroba?*, Lwów, Wiedza i Życie – Wydawnictwo Związku Naukowo-Literackiego.
- Bolton D., (2008), *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science and Values*, Oxford, Oxford University Press.
- Boorse C.A., (1997), „Rebuttal on Health”, [w:] *What Is Disease?*, [ed.] J.M. Humber, R.F. Almeder, Totowa, New Jersey, Humana Press.
- Boorse C., (2004), „On the Distinction between Disease and Illness”, [w:] *Health, Disease, and Illness. Concepts in Medicine*, [ed.] A.L. Caplan, J.J. McCartney, D.A. Sisti, Washington, Georgetown University Press.
- Copleston F., (2008), *Historia filozofii*, t. 1: *Grecja i Rzym*, tłum. H. Bednarek, wyd. 2, Warszawa, PAX.
- Descartes R., (1989), „Człowiek”, [w:] R. Descartes, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, tłum. A. Bednarczyk, Warszawa, PWN.
- Engel G.L., (1977), „The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science*, 196, s. 129–136.
- Fedoryka K., (1997), „Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, s. 143–160.
- Feinstein A.R., (1967), *Clinical Judgement*, Baltimore, Williams and Wilkins.

- Fleck L., (2006), „Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym”, [w:] L. Fleck. *Psychosocjologia poznania naukowego. Powstanie i rozwój faktu naukowego oraz inne pisma z filozofii poznania*, [red.] Z. Cackowski, S. Symotiuk, Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Fulford K.W.M., (1989), *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Fulford K.W.M., (2001), „Philosophy into Practice: The Case for Ordinary-Language Philosophy” [w:] L. Nordenfelt, *Health, Science, and Ordinary Language*, Amsterdam–New York, NY, Rodopi, s. 194.
- Haeflner, G., (2006), *Wprowadzenie do antropologii filozoficznej*, przeł. W. Szymona, Kraków, WAM.
- Hofmann B., (2001), „Complexity of the Concept of Disease as Shown Through Rival Theoretical Frameworks”, *Theoretical Medicine*, 22, s. 211–236.
- King L., (1954), „What is disease?”, *Philosophy of Science*, 21, s. 195–196.
- Lekka-Kowalik A., (2008), *Odkrywanie aksjologicznego wymiaru nauki*, Lublin, Wydawnictwo KUL, s. 5–6.
- Longrigg J., (2003), *Philosophy and Medicine from Alcmaeon to the Alexandrians*, New York, Routledge.
- Mainzer K., (2007), *Poznawanie złożoności. Obliczeniowa dynamika materii umysłu i ludzkości*, Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Nordenfelt L., (2006a), *Animal and Human Health and Welfare: a Comparative Philosophical Analysis*, Wallingford, Oxfordshire UK, CABI, s. 14.
- Nordenfelt L., (2006b), *Health, Science, and Ordinary Language*. Amsterdam–New York, NY, Rodopi.
- Petrie J.K., Weinman J.A. [ed.], (1998), *Perceptions of Health and Illness*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- Platon, (2006), „Timajos”, [w:] Platon, *Dialogi*, tłum. W. Witwicki, Warszawa, Unia Wydawnicza „Verum”.
- Reale G., (2002), „According to Plato, the Evils of the Body Cannot be Cured Without Also Curing the Evils of the Soul”, [w:] *Person, Society and Value. Towards a Personalist Concept of Health*, [ed.] P. Taboada, K. Fedoryka Cuddeback, P. Donhue-White, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, s. 19–31.
- Reale G., (2008), *Historia filozofii starożytnej*, t. 2, tłum. E.I. Zieliński, Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Sak J., (2006), „Style myślowe jako kategoria socjologii wiedzy. Rozważania w kontekście polemiki Ludwika Flecka z Tadeuszem Bilikiewiczem”, [w:] *Teoretyczne podstawy socjologii wiedzy*, t. 1, [red.] P. Bytniewski, M. Chałubiński. Lublin, Wydawnictwo UMCS, s. 169–181.
- Sak J., (2008), „Rozważania dotyczące pojęcia choroby we współczesnej filozofii medycyny. Przyczynek do astheneologicznej koncepcji choroby”, *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 3–4 (177–178), s. 239–268.

- Sak J., (2010), „Trzy wymiary pojmowania choroby we współczesnej filozofii medycyny: implikacje dla praktyki medycznej”, *Krytyka Lekarska*, 3–4 (w druku).
- Sheridan C.L., Radmacher S.A., (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia.
- Stempsey W.E., (2000), *Disease and Diagnosis. Value-Dependent Realism*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Szczeklik A., (2007), *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków, Znak.
- Śródka A., (2000), „Rozwój nauk podstawowych i przedklinicznych”, [w:] *Historia medycyny*, [red.] T. Brzeziński, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 261–266.
- Świderek J., (2008), „Koncepcja duszy ludzkiej w religii i filozofii greckiej okresu archaicznego” (streszczenie referatu), [w:] *VIII Polski Zjazd Filozoficzny. Warszawa, 15–20 września 2008 roku. Księga streszczeń*, [red.] A. Brożek, J. Jadacki, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Temper, s. 550–551.
- Tamm M.E., (1993), „Models of Health and Disease”. *British Journal of Medical Psychology*, 66, s. 213–228.
- Thornton T., (2007), *Essential Philosophy of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press.
- Toulmin S., (1975), „Concepts of Function and Mechanism in Medicine and Medical Science”, [w:] *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, [ed.] H.T. Engelhardt, Jr., S.F. Spiker, Dordrecht, D. Reidel, s. 51–66.
- Wade N.J., (2004), „Visual Neuroscience before the neuron”, *Perception*, 33(7), s. 869–889.

The Complexity and Diversity of Concepts of Disease

ABSTRACT. The article discusses methodological problems of philosophical reflection on the concept of disease its complexity and diversity. Presentation of different approaches is intended to justify the arguments put forward in the first part of the article. According to my account philosophical concepts of disease should be analyzed based on three theoretical perspectives: anthropological, epistemological and axiological.

KEY WORDS: disease, health, philosophy of medicine, complexity

dr Jarosław Sak, Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny,
ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin, jareksak@tlen.pl

