

JAROSŁAW SAK

## Filozoficzna refleksja nad zdrowiem i chorobą w XX wieku

The philosophical reflection on health and disease in the 20th century

Zakład Historii i Filozofii Katedry Nauk Humanistycznych  
Międzywydziałowe Centrum Dydaktyczne  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Słowa kluczowe:** zdrowie, choroba, filozofia medycyny

**Key words:** health, disease, philosophy of medicine

### **Streszczenie:**

Artykuł przedstawia koncepcje zdrowia i choroby powstałe w nurcie dwudziestowiecznej filozofii medycyny. Autor zwraca uwagę na prekursorski charakter dokonań w tym zakresie przedstawicieli późnego okresu polskiej szkoły filozofii medycyny: Edmunda Biernackiego, Władysława Biegańskiego oraz Ludwika Flecka. Omówione zostały również koncepcje filozoficzne racjonalizujące kategorie zdrowia i choroby z anglojęzycznego obszaru naukowego.

### **Summary:**

The paper presents the concepts of health and disease formulated in the twentieth-century philosophy of medicine. The author draws attention to the pioneering character of achievements of the representatives of the late stage of Polish School of philosophy of medicine: Edmund Biernacki, Władysław Biegański and Ludwik Fleck. The paper also presents philosophical, English-language concepts of health and disease.

## Wprowadzenie

Źródłem filozoficznej refleksji nad zdrowiem i chorobą w XX wieku należy upatrywać w dokonaniach przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny. Dwudziestowieczną refleksję filozoficzno-medyczną nad istotą zjawiska choroby zapoczątkowała – w wymiarze chronologicznym – książka Edmunda Biernackiego (1866-1911) „Co to jest choroba?”, wydana we Lwowie w roku 1905. Trzy dekady później Ludwik Fleck (1896-1961) – ostatni przedstawiciel polskiej szkoły filozofii medycyny<sup>1</sup> – opublikował „Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym”<sup>2</sup>. Okres II wojny światowej i jej skutki niestety oddzieliły refleksję filozoficzną nad medycyną uprawnianą na gruncie polskim od nauki zachodnioeuropejskiej. W połowie ubiegłego stulecia w Polsce zdominowanej przez system komunistyczny – drastycznie ograniczona została swoboda filozoficznej refleksji nad medycyną, co skutkowało zanikiem namysłu nad zdrowiem i chorobą<sup>3</sup>. W tym samym czasie, całkowicie niezależnie od wcześniejszych dokonań Biernackiego i Flecka, w medycynie i filozofii światowej podjęto problematykę definiowania ogólnej kategorii choroby. Dokonując przeglądu tych dokonań należy wskazać, zgodnie z przedstawionymi już wcześniej analizami, co najmniej trzy główne obszary problemowe, w jakich, w aspekcie metodologicznym, „zlokalizowano” tą refleksję. Obszary te odpowiadają trzem fundamentalnym działom filozofii: aksjologii, epistemologii oraz antropologii filozoficznej. Tezę zakładającą istnienie tych obszarów uzasadniono we wcześniejszych publikacjach<sup>4, 5, 6, 7</sup>. Dynamika rozwoju społecznego po II

wojnie światowej oraz akceleracja postępu w praktyce medycznej, w tym także korzystanie z nowych technologii, dodatkowo przyczyniły się do zapotrzebowania na refleksję filozoficzną nad zdrowiem i chorobą uwzględniającą zarówno style wartościowania (aksjologia), jak i sposoby tworzenia wiedzy (epistemologia).

## Aksjologiczna płaszczyzna sporów o istotę zdrowia i choroby w XX wieku

Refleksja filozoficzna nad zdrowiem i chorobą uwzględniająca inspiracje aksjologiczne rozpościerała się pomiędzy dwoma skrajnie odmiennymi stanowiskami: naturalizmem i normatywizmem. Naturaliści wykazywali niezależność wyjaśniania istoty choroby od stylów wartościowania. Jednym z najważniejszych propagatorów tego stanowiska był Christopher Boorse (1946–), który wykazywał w ramach prowadzonych szczegółowych analiz filozoficznych, że naukowy dyskurs nad istotą jednostek chorobowych, z natury jest niezależny zarówno od aksjologii społecznej, jak i jednostkowej. Upatrując istoty choroby w specyficznych gatunkowo zaburzeniach funkcji organizmu wyrażał przekonanie, że w celu identyfikacji odchyleń od normy konieczne jest korzystanie z nieaksjologicznych kategorii „klasy referencyjnej” i „normalnej zdolności funkcjonalnej”. Kategorie te miały stanowić kluczowe elementy racjonalizowania stanu choroby przez pryzmat „statystycznej fizjologii” ludzkiego organizmu. Miały one kodować – w wymiarze teoretycznym – zbiór organizmów koherentnych względem siebie w aspekcie funkcjonalnym (ujednolicony „wzór” funkcjonowania)<sup>8</sup>. Kategorię „klasy referencyjnej” doprecyzowywał Boorse używając zmiennych – wieku i płci i odwołując się do wyników współczesnej fizjologii, która uważa za istotne różnice wyznaczone przez te zmienne w obrębie tego samego gatunku. Natomiast kluczową kategorię „normalnej zdolności funkcjonalnej (normal functional ability)”, która służy doprecyzowaniu pojęcia choroby, definiuje dyspozycyjnie jako gotowość wewnętrznej części organizmu do spełniania wszystkich normalnych dla niej funkcji w typowych sytuacjach, z co najmniej „typową wydajnością” (typical efficiency). Poprzez „typową wydajność” rozumie zaś wydajność przekraczającą arbitralnie określone minimum

1 Musielak M, Zamojski J [red.]. Polska szkoła filozofii medycyny. Przedstawiciele i wybrane teksty źródłowe. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.

2 Fleck L. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Basel: Benno Schwabe & Co., 1935.

3 Jastrzębowski Z, Srogosz T. «Polska szkoła filozofii medycyny» a marksizm. Medycyna Nowożytna – Studia nad historią medycyny 1994;1(2): 61-68.

4 Sak J. Trzy wymiary pojmowania choroby we współczesnej filozofii medycyny: implikacje dla praktyki medycznej. Krytyka Lekarska 2010; 3(4/5): 3-20.

5 Sak J. Złożoność i różnorodność pojęć choroby. Studia Metodologiczne 2013; 30: 13-39.

6 Sak J. Wielowymiarowość postrzegania choroby w kontekście przekonań zdrowotnych i poczucia sensu życia: rozprawa habilitacyjna. Wyd. J. Sak, Lublin 2013.

7 Sak J. Trójwymiarowy model racjonalizowania pojęć choroby we współczesnej filozofii medycyny [w:] Filozofia

medycyny – rozważania o tradycji i współczesności. Pod red. Marcina Moskalewicza i Jana Zamojskiego Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2017, s. 132-143.

8 Boorse C. A Rebuttal on Health [w:] Humber JM, Almeder RF [red.] What Is Disease? Totowa, New Jersey: Humana Press, 1997, s. 7-8.

w statystycznym rozkładzie cechy gatunkowej. Jest to podstawowa idea teorii biostatystycznej Boorse'a, którą Autor ten dodatkowo wizualizuje poprzez wykres rozkładu normalnego z zakresami wartości wyznaczającymi stany patologiczne, prawidłowe oraz zakres „pewnego zdrowia” (positive health)<sup>9</sup>. Choroba miała być rozumiana zatem jako istotne ograniczenia biostatystycznej zdolności funkcjonalnej organizmu człowieka indukowane czynnikami endo i/lub egzogennymi<sup>10 11 12</sup>. Narzuca się tu nieodparte, i jak najbardziej słuszne, skojarzenie z upowszechnianym w medycynie XX wieku modelem biomedycznym.

Warto jednocześnie przytoczyć, korespondującą z powyższym ujęciem, racjonalizację pojęcia choroby dokonaną znacznie wcześniej przez Władysława Biegańskiego (1857-1917). Jeden z najważniejszych przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny podkreślał, że: „[...] choroba jest zdarzeniem złożonym, które wynika niewątpliwie z działania czynnika chorobotwórczego i ze zmian przez czynnik ten bezpośrednio spowodowanych, ale które podtrzymuje się i istnieje tylko dzięki zmianom pośrednim, regulacyjnym. Tylko przez te ostatnie utrzymana jest możliwość bytu ustroju wobec pierwotnego zaburzenia. Gdyby nie regulacje, to skutkiem działania czynników chorobotwórczych byłaby bardzo często tylko ogólna lub miejscowa śmierć, lecz nie byłoby choroby.”<sup>13</sup> Władysław Biegański wyrażał przekonanie, że postęp w medycynie jest związany przede wszystkim z rozwojem metod diagnostyki funkcjonalnej. W tym względzie powoływał się na opinie zarówno niemieckiego lekarza klinicysty Ottomara Ernsta Felixa Rosenbacha (1851-1907), jak i Witolda Eugeniusza Orłowskiego (1874-1966)<sup>14</sup>.

9 Boorse C. A Rebuttal on Health [w:] Humber JM, Almeder RF [red.] *What Is Disease?* Totowa, New Jersey: Humana Press, 1997, s. 8.

10 Boorse C. On the Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975; 5 (1):49-68.

11 Boorse C.. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 1977;44 (4):542-573.

12 Szewczyk K. *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001, s. 238-243.

13 Biegański W. *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego.* Księgarnia E. Wendego i S-ki. Warszawa 1908, s. 76-77.

14 Biegański W. *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego.* Księgarnia E. Wendego i S-ki. Warszawa 1908, s. 80 – 84. W zakresie znaczenia diagnostyki funkcjonalnej dla postępu w medycynie Biegański odwołuje się do artykułu W. Orłowskiego „Zadania i tory spólczesnej dyagnosyky chorób wewnętrzných” (Przegląd Lekarski 1907).

Niestety, teoretyczne ujęcia zdrowia i choroby dokonywane w ramach polskiej szkoły filozofii medycyny (E. Biernacki, W. Biegański), chociaż zdecydowanie wyprzedzały pod względem czasowym zarówno refleksję Boorse'a, jak i innych Autorów, nie były powszechnie znane w naukowym środowisku filozofów medycyny w drugiej połowie dwudziestego stulecia. Zdecydowała o tym zarówno bariera językowa (brak przekładów dzieł autorstwa przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny na język angielski), jak i uwarunkowania społeczno-polityczne w postaci „żelaznej kurtyny” skutecznie utrudniającej wymianę myśli naukowej pomiędzy polskimi i zachodnimi środowiskami naukowymi.

Naturalistyczną orientację w zakresie teoretyzowania zdrowia i choroby w dwudziestowiecznej filozofii medycyny prezentował również Leon Richard Kass (1939- ). Inspirował się nurtem arystotelesowskim w definiowaniu pojęć ogólnych, także tych dotyczących bezpośrednio egzystencji ludzkiej. Według tego Autora zdrowie należy definiować w sposób pozytywny, a nie tylko poprzez negację istnienia choroby (a więc nie poprzez tezę, że zdrowie to nieobecność choroby). Kass postrzegał zdrowie, jako „[...] standard cielesnej doskonałości lub sprawności fizycznej, w stosunku do każdego gatunku i w pewnym stopniu do każdego indywiduum”<sup>15</sup>. Zdrowie jest, zatem właściwym działaniem organizmu człowieka jako całości. Takie rozumienie pojęć zdrowia i choroby wykazuje pewną zbieżność z omówioną wcześniej koncepcją Boorse'a, zwłaszcza w aspekcie możliwości określenia stanów zdrowia i choroby bez konieczności odwoływania się do sfery wartości. Podobnie jak Boorse, tak też i Kass uważał, że istnieje możliwość odkrywania na drodze wyłącznie empirycznej normalnych funkcji organizmu, jako podstawy dla określenia stanów zdrowia lub choroby.<sup>16</sup>

Normatywiści wskazywali natomiast na istniejące zależności pomiędzy racjonalizowaniem zjawiska choroby, a społecznymi i indywidualnymi sposobami interpretowania rzeczywistości. Różnice pomiędzy naturalistycznym i normatywistycznym kategoryzowaniem zjawiska choroby w doskonały sposób można ujawnić zestawiając poprzednio wspomnianą biostatystyczną koncepcję Boorse'a (the Biostatistical Theory of Health and Disease) z holistyczną teorią zdrowia (the Holistic

15 Kass LR. *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health, Public Interest*, 40, 1975, s. 28-29.

16 Stempsey WE: *Disease and Diagnosis. Value-Dependent Realism.* Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, 2000, s. 83.

Theory of Health) Lennarta Nordenfeldta (1945- )<sup>17, 18</sup>. Autor ten wskazuje na „cel życiowy”, jako na centralną kategorię umożliwiającą filozoficzną racjonalizację różnic pomiędzy zdrowiem a chorobą, nie rezygnując jednocześnie z kategorii naturalistycznych, nawiązujących do biomedycznego kontekstu wyjaśniania zdrowia i choroby. Nordenfeldt podkreślał, że o stanie zdrowia człowieka należy prawomocnie orzekać, gdy „[...] struktura organiczna tego osobnika jest taka, że umożliwia jemu osiągnięcie wszystkich celów życiowych w danych standardowych warunkach środowiskowych.”<sup>19</sup> Warto zauważyć, że zarówno Boorse, jak i Nordenfeldt, w procesie racjonalizowania kategorii zdrowia i choroby, odwołują się do struktury organicznej człowieka. O ile jednak Boorse chorobę definiuje poprzez odniesienie struktury organicznej człowieka do jego biostatystycznej zdolności funkcjonalnej, programowo rezygnując z kontekstu aksjologicznego, o tyle Nordenfeldt koreluje strukturę organiczną z normatywną kategorią celu życiowego. Tą ostatnią kategorią obejmuje zaś „[...] stan spraw koniecznych dla zapewnienia danej osobie minimalnego poziomu szczęścia w długoterminowej perspektywie czasowej”<sup>20</sup>, jednocześnie zdecydowanie odróżniając ją od potocznego, subiektywnego rozumienia celu życiowego. W potocznym rozumieniu „celu życiowego” mieści się zwykle katalog spraw istotnych dla danego człowieka, często w dużym stopniu zindywidualizowanych, a ich realizacja albo też niezrealizowanie nie zawsze jest związane z dyspozycjami strukturalnymi bądź funkcjonalnymi organizmu. Kategoria „celu życiowego” wykorzystywana przez Nordenfeldta do racjonalizowania zdrowia i choroby dotyczy zaś zobiektywizowanych i uniwersalnych możliwości zapewnienia sobie schronienia, utrzymania się na przynajmniej minimalnym poziomie egzystencji, zdolności do wykonywania pracy zarobkowej.

W obszarze normatywistycznych ujęć zdrowia i choroby w dwudziestowiecznej filozofii medycyny odnaleźć można również koncepcje odnoszące kategorię „struktury organicznej” ludzkiego bytu do sfery świadomości. Jakość relacji pomiędzy ciałem i świadomością

decyduje o rozgraniczeniach pomiędzy stanami zdrowia i choroby. Przykładem takiej racjonalizacji jest fenomenologiczna koncepcja zdrowia i choroby autorstwa Susan Kay Toombs. Przygotowując definicyjne rozstrzygnięcie problemu choroby Toombs odwołuje się do filozoficznych idei Jean-Paula Sartre’a (1905-1980). Ten francuski filozof rozgraniczał przedrefleksyjną sferę odczuć człowieka od jego sfery refleksyjnej. Źródłem kategoryzowania odczuć związanych z chorobą doszukiwał się już na poziomie przedrefleksyjnym. Pierwotne, przedrefleksyjne doświadczenie bólu poprzedza – w przekonaniu Sartre’a – proces uświadamiania sobie istnienia składowych własnej cielesności. Na poziomie przedrefleksyjnym znajdują swoje źródła nieobojętne aksjologicznie racjonalizacje choroby. Sartre zauważał, że na poziomie pierwotnych odczuć – na przykład pacjenta z nagle występującymi objawami okulistycznymi – ból nie jest w oku, lecz „oko jest bólem”, pacjent „odczuwa” istnienie tej części ciała, która „podlega” bólowi. Reagując na silny bodziec bólowy chwytą się na przykład za okolicę oczodołową wykrzykując: „moje oko!”. Kiedy natomiast człowiek chory – już na poziomie refleksyjnym – zastanawia się nad odczuwanymi dolegliwościami bólowymi, próbując uchwycić ich istotę, niejako „utrwała” i „wyalienowuje” ze swojej cielesności odczuwany ból twierdząc, że „ból wszedł mi w oko”.<sup>21</sup> Na tym poziomie dokonywane racjonalizacje stanu chorobowego są wspomagane zobiektywizowaną wiedzą medyczną. Analogicznie w przypadku dolegliwości gastrologicznych „[...] obiektywizująca wiedza, która wykracza teraz poza doznany ból w stronę czegoś nazwanego już żołądkiem, jest wiedzą o pewnej obiektywnej naturze żołądka: wiem, że żołądek ma formę miecha przypominającego takie instrumenty jak kobza czy dudy, że jest workowatym pojemnikiem, że wytwarza soki trawienne i enzymy, że okrywa go osłonowy mięsień o gładkich włóknach etc. Mogę także wiedzieć – bo uświadomił mi to lekarz – że mój żołądek dotknięty jest chorobą wrzodową. [...] Z zasady wszystko to wywodzi się bądź z uzyskanej przeze mnie wiedzy o innych, bądź z posiadanej przez innych wiedzy na mój temat.”<sup>22</sup>

Susan Kay Toombs przedstawiając fenomenologiczną definicję choroby podkreśla, że choroba jest doświadczana przez pacjenta pierwotnie i fundamentalnie, jako „[...] globalne poczucie zaburzenia – zaburzenia, obejmującego naruszenie ludzkiego ciała (z jednoczesnym zakłóceniem własnego ja i odbierania

17 Nordenfeldt L. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.

18 Nordenfeldt L. *Animal and Human Health and Welfare: a Comparative Philosophical Analysis*. CABI, Wallingford, Oxfordshire UK, 2006.

19 Nordenfeldt L. *The Concepts of Health and Illness Revisited*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007;10:5-10.

20 Nordenfeldt L. *Animal and Human Health and Welfare: a Comparative Philosophical Analysis*. CABI, Wallingford, Oxfordshire UK, 2006, s. 147-148.

21 Sartre, Jean P. 2007. *Byt i nicość*. Tłum. J. Kiełbasa, P. Mróz, R. Abramciów, R. Ryziński, P. Małochleb. Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa, s. 426-447.

22 Sartre, Jean P. 2007. *Byt...*, s. 447.

świata) oraz jako zmienioną relację pomiędzy ciałem i własnym ja (manifestującą się poprzez obiektywizację i alienację względem swojego ciała).<sup>23</sup> Globalne poczucie zaburzenia, jako centralna kategoria racjonalizująca zjawisko choroby, z jednej strony odwołuje się do relacji ciało – świadomość, z drugiej zaś uwzględnia normatywne aspekty egzystencji człowieka takie jak poczucie kontroli, czy też swobodę w podejmowaniu decyzji i działaniu. Choroba jest w tym ujęciu niepożądanym i wartościowanym negatywnie zjawiskiem, które zakłóca fundamentalną jedność pomiędzy ciałem i świadomością (czyli „ja” w ujęciu fenomenologicznym). Warstwa somatyczna ludzkiej egzystencji, która w stanie zdrowia nie narzucała się swojemu „ja” i z nim harmonijnie „koegzystowała” – w stanie choroby wytwarza „opór” poznawczy wyrażany przez Toombs w kategorii „globalnego poczucia zaburzenia”.

#### Epistemologiczna płaszczyzna sporów o istotę zdrowia i choroby w XX wieku

Filozoficzny namysł nad konstytuowaniem się faktów medycznych został zapoczątkowany analizami dokonanymi przez Ludwika Flecka<sup>24</sup>. We wspomnianej na początku artykułu książce, opublikowanej pierwotnie w języku niemieckim<sup>25</sup>, dokonał on historycznej analizy tworzenia się pojęcia kiły, jako jednostki chorobowej z obszaru schorzeń zakaźnych<sup>26</sup>. Fleck podkreśla, że nie tyle należy doszukiwać się realizacji określonych reguł logicznych przy powstawaniu koncepcji poszczególnych jednostek chorobowych, ile należy raczej zwrócić uwagę na uwarunkowania społeczno-psychologiczne, które charakteryzują epokę, w której występuje kreacja interesujących nas pojęć i faktów z dziedziny medycyny. W historycznym procesie kształtowania

się pojęć naukowych wskazuje na praidee, jako istotne linie kierunkowe rozwoju poznania (np. w historii fizyki – praatomistyka Leucypa i Demokryta). Przednaukowa idea „krwi kiłowej” jest według Flecka praideą współczesnej serologicznej koncepcji kiły: „[...] reakcja wassermannowska jest w swoim stosunku do kiły nowoczesnym naukowym wyrazem starodawnej praidei, która współdziałała w budowie pojęcia kiły”<sup>27</sup>. Te i podobne spostrzeżenia stały się przesłankami do stworzenia przez Ludwika Flecka koncepcji stylów myślowych. Styl myślowy Fleck definiuje jako: „[...] ukierunkowane postrzeganie wraz z odpowiednią obróbką myślową i rzeczą tego, co postrzegane. Charakteryzują go wspólne cechy problemów, którymi kolektyw jest zainteresowany; sądów, które uważa za oczywiste; metod, których używa, jako środków poznawczych.”<sup>28</sup> Na kanwie definicji stylu myślowego charakteryzującego daną społeczność (kolektyw) naukowców Ludwik Fleck zaproponował teoriopoznawczą koncepcję faktu naukowego charakteryzując go jako: „[...] odpowiadającą stylowi myślowemu relację pojęciową (Begrijfsrelation), którą wprawdzie można badać z historycznego, indywidualnie i kolektywnie psychologicznego punktu widzenia, ale której nigdy w całej jej treści nie da się na podstawie takiego podejścia skonstruować. Znajduje tu wyraz fenomen nierozłącznej czynnej i biernej treści wiedzy, a także to, że ilościowo oba składniki rosną wraz z narastaniem faktów.”<sup>29</sup> Ludwik Fleck – w przeciwieństwie – do cytowanych wcześniej Autorów nie podaje zamkniętej definicji kategorii choroby. Styl myślowy stanowi centralną kategorię racjonalizującą sposób tworzenia się faktów naukowych, na kanwie których powstają pojęcia jednostek chorobowych. Można jednak na podstawie refleksji filozoficznej Flecka chorobę określić, jako konstrukt pojęciowy, zależny od danego stylu myślowego i ukonstytuowany w oparciu o fakty naukowe, będące relacjami pomiędzy biernymi i czynnymi elementami wiedzy akceptowanymi przez kolektyw myślowy, który jest nośnikiem danego stylu. Warto zauważyć, że koncepcja stylów myślowych nie dotyczyła tylko obszaru wiedzy medycznej. Posiadała – w zamierzeniu jej twórcy – znacznie szersze kompetencje eksplanacyjne, odnosząc się zarówno do obszaru myślenia naukowego, jak i potocznego, politycznego, religijnego, etc. Teoretycznym przesłaniem koncepcji stylów myślowych było jednoczesne wyjaśnianie odrębności myślowych pomiędzy różnymi kolektywami (naukowymi i pozanaukowymi) działającymi w tym

23 Toombs K S: *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht 2003, s. 90.

24 Sak J. *Thought Styles in Contemporary Medicine*. Ludwik Fleck Fifty Years On. [w:] *Von der wissenschaftlichen Tatsache zur Wissensproduktion*. Ludwik Fleck und seine Bedeutung für die Wissenschaft und Praxis. Hrsg. Bożena Chołuj, Jan C. Joerden Frankfurt am Main 2007, Peter Lang, s. 245-255.

25 Fleck L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Basel: Benno Schwabe & Co., 1935.

26 Fleck L. *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. Cackowski Z., Symotiuik S. [red.] Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2006.

27 Fleck L. *Powstanie...*, s. 55.

28 Tamże, s. 121.

29 Tamże, s. 107.

samym okresie historycznym. Ludwik Fleck podkreślał bowiem, że skomplikowane struktury społeczne w dwudziestowiecznej Europie powodują, że: „[...] kolektywy myślowe krzyżują się wielokrotnie w czasie i w przestrzeni i wchodzą we wzajemne relacje. Widzimy wspólnoty myślowe jakiegoś zawodu (np. kupiecka wspólnota myślowa, żołnierska wspólnota myślowa), sportu, sztuki, polityki, mody, jakiejś nauki, religii itd. Generalnie różnica między stylem myślowym fizyków i biologów nie jest bardzo wielka, [...]. Dużo większa różnica jest między stylem myślowym fizyka i filologa, jeszcze większa między stylem myślowym współczesnego europejskiego lekarza i lekarza chińskiego [...]. Można by, więc mówić o odcieniach stylu, odmianach stylu i różnych stylach.”<sup>30</sup> Przedstawienie tych niezwykle nowatorskich analiz w języku niemieckim na kilka lat przed początkiem II wojny światowej niestety nie sprzyjało właściwej recepcji tego dokonania przez środowisko naukowe. Udokumentowano jednak w ostatnich miesiącach przed początkiem zawieruchy wojennej – dzięki zamieszczeniu jej na łamach „Przeglądu Współczesnego” – polemikę Ludwika Flecka z Tadeuszem Antonim Bilikiewiczem (1901-1980) dotyczącą genezy faktów naukowych w medycynie oraz problemu realizmu w nauce. Polemikę tą w okresie powojennym przeanalizował dopiero lubelski filozof kultury Stefan Symotiuk (1943-2016)<sup>31</sup>, co w latach osiemdziesiątych XX wieku, stanowiło ważny element procesu odkrywania „de novo filozoficznych dokonań Ludwika Flecka”<sup>32</sup>. Zasygnalizowana przez wspomnianą polemikę potrzeba prowadzenia refleksji filozoficznej nad sposobami tworzenia się wiedzy medycznej<sup>33</sup> ujawniła się z nową siłą w dyskusjach naukowych w drugiej połowie dwudziestego stulecia. Wątki obecne w polemice Flecka z Bilikiewiczem pojawiły się w dyskusjach prowadzonych na łamach anglojęzycznej literatury naukowej, zwłaszcza już po publikacji amerykańskiego przekładu książki Flecka w 1979 roku<sup>34</sup>. Konstruktivistyczną koncepcję genezy faktów naukowych w medycynie przedstawił Robert Alan Aronowitz (1953- ). Jedną

z najistotniejszych inspiracji dla tego Autora była opinia Charlesa Rosenberga argumentującego, że przypisywanie nazw rzeczywistości będącej przedmiotem działań medycznych, czyli tworzenie pojęć jednostek chorobowych stanowi przede wszystkim akt o charakterze lingwistycznym a pojęcia te posiadają charakter konstruktu społecznego.<sup>35</sup> Inspirująca dla Aronowitza była również koncepcja Flecka wskazująca na zależność faktów naukowych – a tym samym i pojęć choroby, od środowiska społecznego i kulturowego. Robert Aronowitz analizuje szczegółowo genezę wybranych jednostek chorobowych (boreliozy, zespołu przewlekłego zmęczenia, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz choroby niedokrwiennej serca) wskazując na czynniki biologiczne i niebiologiczne w społecznym konstruowaniu pojęć choroby<sup>36</sup>.

### Zakończenie: „dryf” nozologiczny

Argumentami za słusznością przyjmowanych przez normatywistów (inspiracje aksjologiczne) i konstruktystów (inspiracje epistemologiczne) rozwiązań teoretycznych mogą być fakty związane z pojawianiem się „etykiet” nowych zaburzeń chorobowych oraz zanikaniem tych, które istniały jeszcze w pierwszej połowie dwudziestego stulecia. Racjonalizując te zjawiska można postawić hipotezę zakładającą występowanie swoistego, społeczno-kulturowego „dryfu” nozologicznego. Przykładem pierwszego rodzaju faktów jest uznanie przez międzynarodową społeczność psychiatrów istnienia zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD) potwierdzone umieszczeniem jej w trzeciej edycji podręcznika diagnostycznego DSM w roku 1980. Kolejne edycje tego podręcznika stanowią wytyczne dla diagnostyki psychiatrycznej. W genezie historycznej zespołu ADHD należy wskazać na wysiłki podejmowane przez amerykańskiego psychiatrę Leona Eisenberga (1922-2009) oraz brytyjskiego przedstawiciela tej samej specjalności medycznej Sir Michaela Llewellyna Ruttera (1933- ), którzy aktywnie zabiegali o to, aby diagnostyka psychologiczna obejmowała także syndrom objawiający się nadmierną aktywnością ruchową. Stało się to faktem w roku 1968, kiedy ADHD wykazano w drugiej edycji podręcznika DSM. Warto jednocześnie zauważyć, że w piątej edycji tego podręcznika, w roku 2013, zamiast „etykiet” diagnostycznych odnoszących

30 Tamże, s. 128-129.

31 Symotiuk S. Dwie socjologie wiedzy. Polemika Flecka z Bilikiewiczem. *Studia Filozoficzne*, nr 10/1983.

32 Gierasimiuk J. Socjologia poznania naukowego Ludwika Flecka. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1981;26: 533-547.

33 Koterski A. Zawiązanie się i sedno polemiki Ludwika Flecka z Tadeuszem Bilikiewiczem. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria* 2019; 28(3): 177-194.

34 Fleck L. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. T.J. Trewn, R. Merton [eds.]. Chicago: The University of Chicago Press, 1979.

35 Rosenberg C. E., Golden J. [red.] *Framing Disease: Studies in Cultural History*. Rutgers University Press. New Brunswick, NJ, 1992, s. xiii-xxvi.

36 Aronowitz R. A. *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge University Press. Cambridge U.K. – New York, 1998.

się do autyzmu i zespołu Aspergera, umieszczono kategorię „autism spectrum disorder” (ASD) t.j. spektrum zaburzeń autystycznych<sup>37</sup>. Jednocześnie w międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-10 (rewizja 10 z roku 2008) nadal jest ujmowany zarówno zespół Aspergera jako F 84.5, jak i autyzm dziecięcy (F 84.0)<sup>38</sup>.

Historyczna analiza filozoficznej refleksji nad kluczowymi dla praktyki medycznej kategoriami zdrowia i choroby umożliwia spojrzenie na omawiane kwestie z nieco innej perspektywy aniżeli ta, która jest na co dzień udziałem przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Szczególnie istotne wydaje się być uwzględnienie obszaru aksjologicznego w racjonalizowaniu kategorii choroby, co w przebiegu czasowym odpowiadało w medycynie zachodniej rozwojowi w XX wieku konkurencyjnych modeli względem modelu biomedycznego, na przykład modelu biopsychospołecznego Georgea L. Engela (1913-1999)<sup>39</sup>. Obecnie wydaje się oczywistym, że zarówno lekarz rozpatrujący problemy zdrowotne konkretnego chorego, jak i naukowiec, dokonujący teoretycznych generalizacji nie mogą unikać mierzenia się z kontekstami aksjologicznymi.

### Bibliografia

- [1] *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edycja 5. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013.
- [2] Aronowitz R. A. *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge University Press. Cambridge U.K. – New York, 1998.
- [3] Biegański W. *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego*. Księgarnia E. Wendego i S-ki. Warszawa 1908.
- [4] Boorse C. *A Rebuttal on Health* [w:] Humber JM, Almeder RF [red.] *What Is Disease?* Totowa, New Jersey: Humana Press, 1997.
- [5] Boorse C. *On the Distinction Between Disease and Illness*. *Philosophy and Public Affairs* 1975; 5 (1):49-68.
- [6] Boorse C. *Health as a Theoretical Concept*. *Philosophy of Science* 1977;44 (4): 542-573.
- [7] Engel GL. *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine*. *Science* 1977;196(3):129-136.

37 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edycja 5. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013, s. 50-59.

38 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, wydanie 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012

39 Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(3):129-136.

- [8] Fleck L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Basel: Benno Schwabe & Co., 1935.
- [9] Fleck L. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. T.J. Trewn, R. Merton [eds.]. Chicago: The University of Chicago Press, 1979.
- [10] Fleck L. *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*. Cackowski Z, Symotiuik S [red.] Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2006.
- [11] Gierasimiuk J. *Socjologia poznania naukowego Ludwika Flecka*. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1981;26: 533-547.
- [12] Jastrzębowski Z, Srogosz T. «Polska szkoła filozofii medycyny» a marksizm. *Medycyna Nowożytna – Studia nad historią medycyny* 1994;1(2): 61-68.
- [13] Kass LR. *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*. *The Public Interest* 1975;40:28-29.
- [14] Koterski A. *Zawiązanie się i sedno polemiki Ludwika Flecka z Tadeuszem Bilikiewiczem*. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria* 2019;28(3): 177-194.
- [15] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja. Tom I, wydanie 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012
- [16] Musielak M, Zamojski J [red.]. *Polska szkoła filozofii medycyny. Przedstawiciele i wybrane teksty źródłowe*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010
- [17] Nordenfelt L. *Animal and Human Health and Welfare: a Comparative Philosophical Analysis*. CABI, Wallingford, Oxfordshire UK, 2006.
- [18] Nordenfelt L. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.
- [19] Nordenfelt L. *The Concepts of Health and Illness Revisited*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007;10:5-10.
- [20] Rosenberg CE, Golden J. [red.] *Framing Disease: Studies in Cultural History*. Rutgers University Press. New Brunswick, NJ, 1992.
- [21] Sak J. *Thought Styles in Contemporary Medicine. Ludwik Fleck Fifty Years On*. [w:] *Von der wissenschaftlichen Tatsache zur Wissensproduktion. Ludwik Fleck und seine Bedeutung für die Wissenschaft und Praxis*. Chołuj B, Joerden HC [red.]. Frankfurt am Main, Peter Lang, 2007.
- [22] Sak J. *Trójwymiarowy model racjonalizowania pojęć choroby we współczesnej filozofii medycyny* [w:] *Filo-*

zofia medycyny – rozważania o tradycji i współczesności. Pod red. Marcina Moskalewicza i Jana Zamojskiego. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2017.

[23] Sak J. *Trzy wymiary pojmowania choroby we współczesnej filozofii medycyny: implikacje dla praktyki medycznej*. Krytyka Lekarska 2010; 3(4/5):3-20.

[24] Sak J. *Wielowymiarowość postrzegania choroby w kontekście przekonań zdrowotnych i poczucia sensu życia: rozprawa habilitacyjna*. Wyd. J. Sak, Lublin 2013.

[25] Sak J. *Złożoność i różnorodność pojęć choroby*. Studia Metodologiczne 2013; 30: 13-39.

[26] Sartre JP. *Byt i nicość*. Tłum. J. Kielbasa, P. Mróz, R. Abramciów, R. Rzyziński, P. Małochleb. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2007.

[27] Stempsey WE. *Disease and Diagnosis. Value-Dependent Realism*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000.

[28] Symotiuk S. *Dwie socjologie wiedzy. Polemika Fлека z Bilikiewiczem*. Studia Filozoficzne, nr 10/1983.

[29] Szewczyk K. *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

[30] Toombs KS. *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht 2003.