

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Wydział Filozoficzny

Nina Putała

**Lekarz w modelu holistycznym medycyny.
Próba zastosowania fenomenologii Maxa Schelera
do rozwiązywania trudności modelu**

Rodzaj pracy: doktorska

Promotor: ks. prof. dr hab. Grzegorz Hołub

Seminarium z bioetyki szczegółowej

Kraków, 2022

Opis bibliograficzny pracy

Nina Putała, Lekarz w modelu holistycznym medycyny. Próba zastosowania fenomenologii Maxa Schelera do rozwiązywania trudności modelu, praca doktorska napisana pod kierunkiem: ks. prof. dr. hab. Grzegorza Hołuba, Kraków, WF UPJPII, 2022 rok.

Abstrakt

W pracy przedstawiono zagadnienie przemian zachodzących we współczesnym modelu medycyny, będącym pod wpływem podejścia holistycznego. Zgodnie z tym kierunkiem postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne ma obejmować wartości ważne dla pacjenta. Postulowane zmiany okazały się jednak trudne do wprowadzenia. Celem pracy była próba krytycznego ujęcia tego humanistycznego zwrotu w medycynie – analiza generowanych tą zmianą szans, ale także trudności. Odnosząc się do fenomenologii Maxa Schelera, przedstawiono propozycję przezwyciężenia wykazanych problemów. Wyjaśniono, w jaki sposób lekarz może uwzględnić – obok faktów medycznych – także wartości i dlaczego może mieć to wpływ na leczenie. Zastosowano metody: analizę porównawczą, metodę analityczno-syntetyczną, analizę istotnościową. Wykorzystano materiały źródłowe: 23 i literaturę uzupełniającą: 144.

Słowa kluczowe:

- a) **imiennie:** Max Scheler
- b) **rzeczowe:** model holistyczny, model biomedyczny, fenomenologia, wartość

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	5
ROZDZIAŁ 1. MODEL HOLISTYCZNY I JEGO TRUDNOŚCI.....	20
1.1. Model holistyczny jako odpowiedź na redukcjonizm.....	20
1.1.1. Model biomedyczny.....	21
1.1.1.1. Założenia modelu biomedycznego.....	21
1.1.1.2. Koncepcja zdrowia i choroby.....	24
1.1.1.3. Myślenie lekarskie.....	27
1.1.1.4. Rola lekarza.....	33
1.1.1.5. Krytyka modelu biomedycznego.....	36
1.1.2. Model holistyczny.....	44
1.1.2.1. Założenia modelu holistycznego.....	45
1.1.2.2. Koncepcja zdrowia i choroby.....	53
1.1.2.3. Myślenie lekarskie.....	58
1.1.2.4. Rola lekarza.....	65
1.1.2.5. Przykładowe praktyczne rozstrzygnięcia w systemie opieki zdrowotnej.....	69
1.1.2.6. Pozytywna strona modelu holistycznego.....	73
1.2. Trudności modelu holistycznego i warunki ich przezwyciężenia.....	76
1.2.1. Trudność odparcia modelu biomedycznego.....	77
1.2.2. Niebezpieczeństwo nowej redukcji.....	84
1.2.3. Trudność „czytania pacjenta”.....	91
1.2.4. Konflikt w relacji lekarz – pacjent.....	95
1.2.5. Warunki przezwyciężenia trudności.....	99
ROZDZIAŁ 2. FILOZOFIA MAXA SCHELERA.....	111
2.1. Podmiot a wartości.....	112
2.1.1. Niezależność ducha od psychowitalnej organizacji ludzkiego bytu.....	112
2.1.2. Sposób, w jaki wartości dane są człowiekowi.....	117
2.2. Kluczowa rola uczuciowości w poznaniu.....	123
2.2.1. Problem uczuć w rozważaniach nad człowiekiem.....	123
2.2.2. Podział uczuć.....	127
2.2.3. Emocjonalne zniekształcenia a poznanie wartości.....	132
2.3. Doskonalenie możliwości poznawczo-moralnych.....	139
2.3.1. Warunki przyjęcia postawy naukowej i postawy filozoficznej.....	139
2.3.2. Odniesienie do wartości.....	149

2.3.3. Rola drugiego człowieka w procesie doskonalenia.....	154
2.4. Możliwość odniesienia fenomenologii Schelera do praktyki.....	162
2.4.1. Wątpliwości wokół Schelerowskiego ujęcia podmiotu moralnego.....	162
2.4.2. Obiektywizm w świetle Schelerowskiego zamysłu teoriopoznawczego.....	165
2.4.3. Problem powinności i jego przewyciężenie.....	168
ROZDZIAŁ 3. ZASTOSOWANIE MYŚLENIA SCHELEROWSKIEGO DO	
ROZWIĄZYWANIA TRUDNOŚCI MODELU HOLISTYCZNEGO.....	177
3.1. Wprowadzenie podejścia fenomenologicznego.....	180
3.1.1. Konieczność kształcenia filozoficznego na kierunkach medycznych.....	181
3.1.2. Zbliżenie podejść biomedycznego i holistycznego.....	186
3.2. Interpretacja trudności przez odniesienie do błędów w zakresie preferencji wartości.....	190
3.2.1. Problem uwznioślenia wartości utylitarnych.....	191
3.2.2. Problem subiektywizacji wartości.....	199
3.3. Model holistyczny w świetle obiektywnego porządku wartości.....	206
3.3.1. Zdrowie w kontekście obiektywnego porządku wartości.....	207
3.3.2. Wsparcie pacjenta pod kątem procesu odkrywania wartości.....	211
3.4. Lekarz w kontekście myślenia Schelerowskiego.....	217
3.4.1. Rola lekarza.....	217
3.4.2. Możliwość przyjęcia przez lekarza postawy filozoficznej.....	224
3.4.3. Znaczenie wartości w kształtowaniu postawy.....	232
WNIOSKI.....	241
BIBLIOGRAFIA.....	253

WSTĘP

Filozofia Maxa Schelera (1874–1928), niemieckiego fenomenologa, w niniejszej pracy ma stanowić punkt odniesienia dla refleksji nad praktyką lekarską. Przypisanie takiego zadania akurat jego filozofii może wydawać się o tyle zaskakujące, że Scheler nie jest kojarzony z medycyną, bioetyką czy filozofią medycyny. Jego ambicje badawcze były skoncentrowane na antropologii filozoficznej, zagadnieniach dotyczących religii czy problematyce wartości. Dorobek naukowy Schelera – niewątpliwie – wzbogacił historię filozofii¹, ale zestawianie myśli niemieckiego filozofa z zawodem lekarza jest powszechnie mało spotykane. Pomimo tego braku, można zastanowić się nad możliwym powiązaniem tej myśli z medycyną, bo – wbrew pozorom – w tej filozofii tkwi treść, która w tym ujęciu może okazać się przydatna.

Na początku wypada zauważyć, że wprawdzie Scheler znany jest przede wszystkim jako filozof, to jednak problematyka zdrowia nie była mu obca, gdyż poza filozofią studiował także medycynę, psychologię i socjologię². W kontekście badań medycznych skupiał się szczególnie na psychiatrii³. Powodem, dla którego rozszerzał on wiedzę w tym zakresie, mógł być jego osobisty problem związany z chorobą syna Wolfa Schelera, u którego lekarz Kurt Schneider⁴ zdiagnozował osobowość psychopatyczną⁵. Niemiecki fenomenolog wielokrotnie nawiązywał w swoich pracach

¹ Do filozofii Schelera odwoływali się kolejni znani filozofowie, np. Dietrich von Hildebrand, Edith Stein, Nicolai Hartmann.

² A. Węgrzecki, *Scheler Max*, w: *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8, red. A. Maryniarczyk, Lublin 2007, s. 941–942.

³ Wykładając od 1906 roku w Monachium, Scheler zbliżył się do grupy lekarzy psychiatrów, która została założona przez Wilhelma Spechta (1874–1945). Por. G. Cusinato, *Die Psychopathologie des Ordo amoris in der Perspektive Max Scheler und Bin Kimuras*, „Thaumazein”, 7 (2019), s. 110.

⁴ Kurt Schneider (1887–1967) niemiecki lekarz psychiatra, profesor Uniwersytetu w Heidelbergu, wywarł duży wpływ na rozwój psychiatrii, między innymi opisując dwa rodzaje depresji: endogenną i reaktywną, a także przedstawiając objawy schizofrenii pierwszego rzędu. Schneider poznał Schelera w 1919 roku, gdy zapisał się na jego seminarium filozoficzne na Uniwersytecie w Kolonii. Koncepcje przedstawione przez Schneidera nawiązują do filozofii Schelera, jego systemu wartości i uczuć. Por. J. Cutting, M. Mouratidou, T. Fuchs, G. Owen, *Max Scheler's influence on Kurt Schneider*, „History of Psychiatry”, 27 (2016), nr 3, s. 1–5. Na temat powiązania myśli Schelera i Schneidera por. także: R. Glazinski, *The Role of Emotions in Psychiatric Diagnosis: Max Scheler's Philosophy of Feelings As a Constituent Part of Kurt Schneider's Theory of Psychopathology*, Norderstedt 2018.

⁵ J. Cutting, M. Mouratidou, T. Fuchs, G. Owen, *Max Scheler's influence on Kurt Schneider*, dz. cyt., s. 5–6.

do kwestii chorób psychicznych i społecznego funkcjonowania pacjentów z zaburzeniami psychicznymi⁶. Rozwijał również badania nad psychoanalizą, odnosząc się do tej teorii krytycznie⁷. Powstało kilka prac bazujących na spostrzeżeniach Schelera na temat zaburzeń psychicznych⁸, istnieją też próby adaptowania jego filozofii do współczesnej psychiatrii, wśród których najbardziej zaawansowane wydają się prace brytyjskiego lekarza Johna Cuttinga. Autor ten rozważa zastosowanie w psychopatologii Schelerowskiej hierarchii wartości i podziału uczuć, inspirując się w tym zakresie wcześniejszymi dokonaniem Schneidera⁹. Podobny potencjał w filozofii Schelera dostrzegł również inny psychiatra, Viktor E. Frankl, korzystając z dorobku niemieckiego fenomenologa przy okazji tworzenia podstaw logoterapii i analizy egzystencjalnej¹⁰.

Są to wybrane przykłady zastosowania systemu Schelera, a te udane próby przekonują o tym, że jego filozofia pozostaje opcją płodną dla medycyny i w dużym stopniu nadaje się również do przewyższania jej aktualnych problemów – co ma wykazać również niniejsza praca, choć przy użyciu koncepcji Schelera w trochę innym charakterze, niż zaproponowali wspomniani wyżej lekarze. Rozważania niemieckiego fenomenologa nad problematyką dotyczącą psychiatrii oraz możliwości użycia jego myśli w psychopatologii nie są powodem wyboru właśnie tej filozofii jako odniesienia dla analizy problemów modelu holistycznego. Pomimo niewątpliwej wartości, wynikającej z zestawienia filozofii Schelera i psychiatrii, praca ta nie jest zorientowana na ten zakres tematyczny, a jedynie do niego nawiązuje.

Innym obszarem, w obrębie którego Schelerowska filozofia również mogłaby być rozważana, jest bioetyka lub etyka lekarska. Są to w końcu te gałęzie wiedzy, gdzie połączenie filozofii i medycyny znajduje szerokie zastosowanie. Filozofia dostarcza opisu norm, które pozwalają na ustalenie granic medycznych ingerencji i etycznych zasad pracy lekarza¹¹. Filozofia jest cennym oparciem dla medycyny i samych lekarzy. Nawet gdy konkretne nurty filozoficzne

⁶ Scheler zagadnieniom tym poświęcił dzieła: *O urojeniach samego siebie (Über Selbsttäuschungen)* oraz *Resentiment a moralność (Das Ressentiment im Aufbau der Moralen)*. Praca ta pierwotnie miała podtytuł *Przyczynek do psychopatologii kultury (Ein Beitrag zur Pathopsychologie der Kultur)*. Por. G. Cusinato, *Die Psychopathologie des Ordo amoris in der Perspektive Max Scheler und Bin Kimuras*, dz. cyt., s. 110.

⁷ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1986.

⁸ Por. J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, „History of Psychiatry”, 27 (2016), nr 2; G. Cusinato, *Die Psychopathologie des Ordo amoris in der Perspektive Max Scheler und Bin Kimuras*, dz. cyt.

⁹ Por. J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, dz. cyt.; J. Cutting, *Scheler, Phenomenology, and Psychopathology*, „Philosophy, Psychiatry & Psychology”, 16 (2009), nr 2; J. Cutting, M. Mouratidou, T. Fuchs, G. Owen, *Max Scheler's influence on Kurt Schneider*, dz. cyt.

¹⁰ Frankl inspirował się antropologią filozoficzną Schelera. Por. A. Chojniak, *Człowiek i sens: Frankla koncepcja autotranscendencji*, Poznań 2003, s. 31–36, za: A. Szulc, *W poszukiwaniu utraconego sensu: człowiek współczesny jako „homo patiens”*, „Seminare. Poszukiwania naukowe”, 34 (2013).

¹¹ Por. J. Wróbel, *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Rocznik Teologii Moralnej”, 4 (2012), nr 59, s. 187.

były tworzone bez ukierunkowania na taki cel, bywa, że rozważania takie stają się podłożem zasad etycznych pracy naukowca czy lekarza. Odniesienie do filozoficznych rozważań nad człowiekiem jest ważne, np. przy rozpatrywaniu problemu eutanazji i uporczywej terapii, określaniu statusu ludzkiego embrionu, ustalaniu zasad relacji lekarz – pacjent, w nawiązaniu do eksperymentów medycznych na ludziach i zwierzętach, przy wskazywaniu granic genetycznego ulepszania człowieka. Pod tym względem również można rozważać zastosowanie filozofii Schelera, ponieważ stworzył on własną teorię człowieka i oparty na wartościach system etyczny. Zasadnym jest zbadanie jego propozycji filozoficznej pod tym kątem.

Jednak nie taki cel zakłada ta rozprawa. Przeprowadzona analiza nie przynosi rozstrzygnięcia na temat tego, czy filozofia Schelera mogłaby stanowić dostateczne oparcie dla zagadnień z zakresu bioetyki i etyki lekarskiej. Poza tym możliwość zastosowania fenomenologii Schelera jako podłoża etyki (konkretnie etyki chrześcijańskiej) ocenił ksiądz Karol Wojtyła (późniejszy papież Jan Paweł II) w swojej pracy habilitacyjnej pt. *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksa Schelera*¹². Wnioski Wojtyły są negatywne i wydaje się, że taka sama konkluzja wieńczyłaby próbę oparcia na filozofii Schelera zagadnień bioetycznych lub etyki lekarskiej. Podobnie jak w pracy Wojtyły, filozofia niemieckiego fenomenologa także i w tym przypadku prawdopodobnie nie zdałaby egzaminu. Myśl Schelerowska nie dostarczyłaby wystarczającego podłoża normatywnego dla rozstrzygnięcia etycznych dylematów¹³.

Mimo że filozofia Schelera – biorąc pod uwagę analizy Wojtyły – raczej nie spełniłaby tak sformułowanych oczekiwań, to jednak wciąż warta jest uwagi, ale w odniesieniu do innego zadania i węższego obszaru, pozostając zarazem blisko etyki lekarskiej. Pod tym względem pracę Wojtyły można potraktować jako odpowiedź. Autor zauważa, że chociaż fenomenologia nie nadaje się zasadniczo do naukowej interpretacji etyki¹⁴, to jednak system Schelera może stanowić dla niej wsparcie. Wojtyła pisze:

„Ułatwia on nam mianowicie analizę faktów etycznych na płaszczyźnie zjawiskowej i doświadczalnej. (...) Badając w ten sposób przeżycie etyczne jako przeżycie wartości, pozwala nam metoda fenomenologiczna odkrywać tę szczególną prawidłowość przeżycia, która wynika w nim właśnie ze skierowania do wartości moralnych. Zrozumiałą bowiem jest rzeczą, że wartości te

¹² Por. K. Wojtyła, *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksa Schelera*, Lublin 1950.

¹³ Wojtyła negatywnie ocenił przede wszystkim emocjonalizm systemu Schelera oraz zmarginalizowanie sprawczości osoby (por. tamże).

¹⁴ Stawiając taki wniosek, Wojtyła ma na uwadze konkretnie etykę chrześcijańską (por. tamże, s. 118, 122).

kształtując przeżycia od wewnątrz wpływają na jego przebieg, tzn. powodują, że wszystkie realne współczynniki przeżycia układają się w pewien charakterystyczny sposób. (...) Fenomenolog zatem dojdzie do ujęcia tej szczególnej prawidłowości przeżycia etycznego, która w różnych wypadkach będzie się pojawiać analogicznie. (...) Nadaje ona pracom etycznym owo znamię doświadczenia, zbliża je do przeżyć konkretnego człowieka, pozwalając badać życie etyczne od strony przejawów”¹⁵.

Wojtyła wykazuje, że fenomenologia pomaga w ujawnieniu specyfiki aktów poznania wartości. Podążając za tą myślą, można potraktować filozofię Schelera jako cenne „narzędzie”, służące nakierowaniu lekarzy na zawodowy etos. Jego myśl mogłaby stanowić podpowiedź w osiągnięciu możliwego moralnego optimum w kwestii odnoszenia się lekarza do pacjenta. Również w takim zastosowaniu może ukazać się prawdziwa wartość dorobku niemieckiego fenomenologa¹⁶. Praca ta pośrednio będzie temu służyła – a to z tego względu, że jej główny cel (próba wykorzystania fenomenologii Schelera jako wsparcia modelu holistycznego) wymaga refleksji nad moralną dyspozycją lekarzy, niezbędną do realizacji podstawowych założeń tego modelu.

Powstaje jednak pytanie, co takie nacechowane pedagogiczną myślą rozważanie może mieć wspólnego z przekraczaniem przez lekarzy trudności modelu holistycznego – wszak trudności te dotyczą przede wszystkim leczenia pacjentów w nowym holistycznym ujęciu. Chodzi o przygotowanie lekarzy w zakresie umiejętności „całościowego” leczenia, nie zaś o wychowywanie tej grupy zawodowej. Wyzwaniem modelu holistycznego są pierwszorzędnie cele terapeutyczne, a nie wychowawcze. Odpowiedzią na to – wydawać by się mogło – niepoprawne przesunięcie akcentów jest z jednej strony sama specyfika modelu holistycznego, z drugiej przemyślenia Schelera, które mają stanowić wsparcie tego modelu.

Przede wszystkim należy zauważyć, że wedle podstawowej dyrektywy modelu holistycznego do zadań lekarza należy uwzględnienie w postępowaniu terapeutycznym właśnie wartości. Z kolei myśl Schelerowska ukazuje, że poznanie wartości zależy od rozwoju moralnego. Scheler łączy poznanie wartości z aktem moralnym. Adam Węgrzecki, wypowiadając się o Schelerze, podkreśla, że „poznania i moralności niepodobna w jego przekonaniu oddzielić od siebie”¹⁷. W związku z tym, szukając odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób lekarze modelu holistycznego mogą ujmować wartości w leczeniu, należy między innymi ustalić warunki poznawczo-moralne, które muszą oni spełnić, aby te wartości w ogóle rozpoznawać trafnie.

¹⁵ Tamże, s. 122–125.

¹⁶ Por. S. Sobczak, *Epistemologia wartości Maxa Schelera jako podstawa myślenia pedagogicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia”, 30 (2017).

¹⁷ A. Węgrzecki, *Scheler*, Warszawa 1975, s. 31.

Ustalenie takich warunków w odniesieniu do lekarza jest celem rozprawy, zaś rozważania Schelera na temat podmiotu i jego poznawczo-moralnych możliwości niezbędnych do prawidłowego odbioru wartości są tym obszarem badań filozoficznych, jaki ma być wzięty pod uwagę. Rozwój moralny związany ze zdolnością dokonywania wglądu fenomenologicznego miałby gwarantować trafniejsze rozpoznanie wartości w kontekście celów terapeutycznych, podobnie jak zdobyta sprawność manualna oraz umiejętność wykorzystania wiedzy medycznej stanowią o możliwościach poprawnego wykonania zabiegu chirurgicznego.

O tym, że zasada uwzględnienia wartości wymaga specjalnego przygotowania lekarzy, przypominają autorzy różnych koncepcji dotyczących wartości w medycynie. O takiej konieczności piszą amerykańscy lekarze, bioetycy: Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel. Ich zdaniem otwarty dialog między lekarzem a pacjentem na temat wartości tylko wtedy nie doprowadzi do nieporozumień, gdy lekarze zdobędą odpowiednie wykształcenie w zakresie interpretacji, artykułowania i dialogowania o wartościach¹⁸. Z kolei inny autor, filozof i psycholog, Bill Fulford, twórca praktyki i psychiatrii opartej na wartościach (*Values Based Practice – VBP*) stwierdza, że takie przygotowanie powinno należeć do podstawowych umiejętności klinicznych. Jego zdaniem lekarze powinni rozwinąć: świadomość wartości, rozumowanie etyczne, komunikację wartości oraz poszerzyć znajomość wiedzy w zakresie myślenia na temat wartości i znajomość różnych koncepcji aksjologicznych¹⁹. Ustalenie podmiotowych warunków poznawczo-moralnych, niezbędnych do właściwego odkrywania wartości, może być cennym uzupełnieniem zarówno zaleceń praktycznych, jak i ogólnych zasad etycznych dotyczących relacji lekarz – pacjent. Te kwestie będą rozważane w toku pracy. Z kolei w tym miejscu wypada jeszcze nakreślić specyfikę modelu holistycznego²⁰,

¹⁸ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, „The Journal of the American Medical Association”, 267 (1992), nr 16, s. 2225–2226.

¹⁹ Por. A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, „Etyka” 54 (2017), s. 32–36.

²⁰ Słowo „holizm” w odniesieniu do modelu medycyny jest terminem bardzo pojemnym i stosowanym z dużą dowolnością. Sformułowanie „model holistyczny” odpowiada nazwom: „model humanistyczny” czy „model aksjomedyczny”. Można też spotkać się z zapisem „model humanistyczny (holistyczny)”. Zbigniew Szawarski zauważa: „I tu pojawia się zasadniczy problem terminologiczny. (...) Nie istnieje jednak powszechnie przyjęta terminologia określająca poszczególne modele. Z reguły przeciwstawia się naukowy model medycyny modelowi humanistycznemu albo mówi się o modelu mechanistycznym lub redukcjonistycznym, przeciwstawiając go systemowemu lub holistycznemu podejściu do zdrowia. Niekiedy mówi się o opozycji modelu biostatycznego i holistycznego. A ostatnio pojawiła się nawet próba syntezy obu tych modeli w postaci modelu infomedycznego. (...) Wybór odpowiedniej konwencji terminologicznej jest w gruncie rzeczy arbitralny” (Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 69). Taka dowolność powoduje, że słowo „holizm” stosowane na oznaczenie modelu medycyny bywa mylące. Na przykład nie pokrywa się treściowo z pojęciem „holizmu” stosowanym na gruncie metodologii nauk społecznych. W obrębie tego ostatniego „holizm” stawiany jest w opozycji do „indywidualizmu”. Holizm wskazuje, że fakty społeczne mają przyczyny społeczne, zaś indywidualizm odnosi się do wyjaśnień opartych na mniemaniach i preferencjach osób (por. A. Grobler, *Metodologia nauk*, Kraków 2006, s. 232–237). Natomiast na poziomie rozważań z filozofii medycyny słowo „holizm” powiązane z modelem medycyny często bazuje na wnioskach dotyczących indywidualnych motywów. Przykładem takiego zastosowania pojęcia „holizmu” jest praca *The Clinician’s Voice of Brain and Heart: A Biopsycho-Ecological Framework for Merging the Biomedical and Holistic*, por. M.G. Stineman, *The Clinician’s Voice of Brain and Heart: A Biopsycho-Ecological Framework for Merging the Biomedical and Holistic*, „Topics in Stroke Rehabilitation”, 18 (2011), nr 1.

uzasadniając – dlaczego potrzeba uwzględnienia wartości jest w tym modelu tak ważna i dlaczego akurat rozważania Schelera mogą postulat ten podbudować.

Od lat osiemdziesiątych XX wieku obserwuje się odchodzenie od – ukierunkowanego na wymiar fizjologiczny – modelu medycyny biomedycznej na rzecz modelu holistycznego²¹. Podejście holistyczne – w przeciwieństwie do biomedycznego – zbliża się do ideałów humanistycznych, zakładając celowe uwzględnienie w praktyce klinicznej „niecielesnej strony medycyny” (*non-corporeal side of medicine*)²². Jednocześnie, nowe podejście wymaga, aby postulat uwzględnienia „niecielesnej strony medycyny” został opisany wężej i w taki sposób, żeby możliwe było jego uwzględnienie w praktyce klinicznej. Istotnym doprecyzowaniem tego humanistycznego zwrotu jest właśnie dyrektywa ukierunkowania lekarzy na wartości²³.

I choć sam problem wartości nie jest zagadnieniem nowym zarówno w medycynie, jak i dla samych lekarzy²⁴, to jednak w modelu holistycznym pojawia się jedna podstawowa zmiana. A mianowicie, w przeciwieństwie do modelu biomedycznego, w tym przypadku problem wartości zostaje ustawiony w kontekście celów terapeutycznych – co oznacza, że lekarze powinni zostać „wyposażeni” w systematyczną wiedzę oraz schematy postępowania klinicznego, które ukażą, w jaki sposób możliwe jest uwzględnienie czynnika aksjologicznego, w odróżnieniu od faktów medycznych²⁵. Jednocześnie chodzi o taką wiedzę i modele postępowania, które byłyby spełnieniem standardów na miarę „medycyny opartej na dowodach” (*Evidence Based Medicine – EBM*). A to jest już konkretnym i nowym wyzwaniem względem modelu biomedycznego²⁶. Wyróżnikiem modelu holistycznego jest więc zamiar, aby wartości nie były tylko kwestią poboczną lub zagadnieniem rozpatrywanym wyłącznie z perspektywy etycznej, ale stały się elementem praktyki lekarskiej, który jest uwzględniany zgodnie z określonymi schematami postępowania i który służy osiągnięciu lepszych wyników terapeutycznych.

²¹ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, Warszawa–Toruń 2014, s. 17.

²² R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, „Postmodern Openings”, 6 (2015), nr 1, s. 44.

²³ Sama idea holizmu łączona jest z całościowym podejściem do pacjenta, obejmującym obok „cielesnego” również „niecielesny” wymiar istoty ludzkiej, aczkolwiek na poziomie praktyki idea ta odnajduje bardzo różnorodne zastosowanie, na przykład dotyczy poszerzenia metod diagnostyczno-terapeutycznych, budowania podmiotowej relacji z pacjentem, tworzenia zespołów, w których skład wchodzi specjalistów różnych dziedzin, czy komplementarnego traktowania poszczególnych specjalizacji. Wprowadzenie tego rodzaju zmian jest związane z nowymi dyrektywami, kierowanymi przede wszystkim do lekarzy (między innymi taką dyrektywą jest uwzględnienie w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym aspektu aksjologicznego). Por. S. Szary, J. Knotowicz, *Różne oblicza holizmu w medycynie i fizjoterapii*, w: *Fizjoterapia wobec nowych wyzwań*, red. A. Borowicz, I. Kossowskiej, Poznań 2014.

²⁴ Na przykład powstało wiele prac poświęconych podejściu lekarza do pacjenta w obrębie polskiej lekarskiej myśli filozoficzno-moralnej w XVIII i XIX wieku. Są one wyrazem refleksji nad wartościami i dotyczą przeważnie moralnego postępowania lekarzy, nie zaś celów terapeutycznych. Por. J. Barański, *Cnoty lekarza w polskiej lekarskiej myśli filozoficzno-moralnej w XVIII i XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna”, 25 (2019), nr 1, s. 27–49.

²⁵ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 77–80.

²⁶ Por. tamże, s. 79–80.

Takie założenie brzmi atrakcyjnie, ale kryje w sobie także pewne ryzyko. Atrakcyjne jest dlatego, że stanowi asumpt do dalszych badań nad znaczeniem czynnika aksjologicznego w leczeniu, zaś niebezpieczeństwo polegałoby na zafałszowaniu prawdziwego znaczenia wartości. Taka obawa jest podyktowana dążeniami modelu holistycznego. Przed powstaniem tego podejścia problem wartości był stawiany w kontekście „dobra pacjenta” (niezależnie od utrzymującego się wówczas modelu biomedycznego), zaś w modelu holistycznym problem wartości jest rozpatrywany w obrębie samego modelu medycyny, a konkretnie „dobra subiektywnego”, uznawanego obok faktów medycznych za ważny, a nawet najważniejszy wyznacznik zdrowia²⁷. To przesunięcie jest jednak o tyle niebezpieczne, że może doprowadzić do zrelatywizowania znaczenia wartości do subiektywnych celów, jakie pacjent przyjmuje.

Zagrożenie to ujawnia się szczególnie w kontekście rozważań Edmunda Pellegrino, amerykańskiego bioetyka i lekarza, propagatora myśli filozoficznej i etycznej w medycynie. Pellegrino wyróżnił cztery rodzaje dóbr w odniesieniu do pacjenta. Są to: dobro kliniczne i medyczne, dobro przeżywane przez pacjenta, dobro pacjenta jako osoby i dobro duchowe pacjenta²⁸. Uwzględniając ten podział, można określić specyfikę poszczególnych modeli medycyny. Na tej zasadzie działanie lekarza modelu biomedycznego należałoby połączyć przede wszystkim z dobrem klinicznym i medycznym. Same modelowe rozwiązania umożliwiają przede wszystkim osiągnięcie wyników medycznych. Nastawienie na dobro medyczne nie neguje, co prawda, pozostałych dóbr, ale też zasadniczo nie obejmuje ich w samym postępowaniu terapeutycznym. Z kolei w modelu holistycznym dobro medyczne nie jest już najważniejsze. Mówi się dużo o tym, aby w centrum modelu medycyny postawić nie tyle normy biomedyczne, ale właśnie pacjenta²⁹. Proponowane metody zmierzają jednak przede wszystkim do ochrony dobra przeżywanego przez pacjenta, nie zaś do dobra pacjenta jako osoby. Na przykład w obrębie zaproponowanej przez Fulforda praktyki i psychiatrii opartej na wartościach (*Values Based Practice – VBP*) pojęcie wartości jest rozumiane w następujący sposób: „Wartości pojmuję się tutaj dosyć szeroko jako wszystko, co jest wartościowe dla podmiotów, czy to w sposób pozytywny, czy negatywny, i co prowadzi do podjęcia działania (np. potrzeby i preferencje)”³⁰.

Model holistyczny chętnie eksponuje indywidualność pacjenta, jego preferencje aksjologiczne, osobiste przekonania i subiektywne potrzeby, ale to sprawia, że dużym

²⁷ Por. tamże, s. 82.

²⁸ E. Pellegrino, *Moral Choice, The Good of the Patient, and the Patient's Good*, w: *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, eds. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame 2008, s. 165–173, za: G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 71.

²⁹ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model*, „Hec Forum”, 17 (2005), nr 3.

³⁰ A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, dz. cyt., s. 31.

niebezpieczeństwem tego podejścia jest redukcja samego dobra osoby właśnie do dobra przeżywanego przez pacjenta³¹. Tymczasem, jak ukazuje Grzegorz Hołub:

„Dobro pacjenta jako osoby zaś to dobro wynikające z faktu bycia osobą ludzką. Nie chodzi tu o to, że ktoś ma taki lub inny charakter, ale że zaistniał jako specyficzny typ istnienia, a z tym łączy się podstawowe dobro – dobro istnienia osobowego. Jeśli na przykład w stanie chorobowym jestem nieprzytomny i nie ujawniam swojej osobowości, to jednak nadal pozostaję osobą ludzką i jest to podstawowe dobro, które musi być uszanowane”³².

Filozofia Maxa Schelera również wydaje się chronić ten personalistyczny kierunek. Wartości – jak sam podkreślał – mają same w sobie określoną „moc” oddziaływania (w tym wartość osoby) i to właśnie tkwiący w nich moment domagania się określonej reakcji od podmiotu musi nadawać znaczenie temu, co ma zmienny charakter (na przykład aktualnym preferencjom). Jeśli wartości miałyby być postrzegane jedynie w kontekście samej sytuacji leczenia, wówczas powstaje ryzyko pominięcia źródłowego kontaktu z tym, co samo w sobie wartościowe i co domaga się właśnie takiego „czystego” ujęcia. Brak wyczulenia na tego rodzaju fenomenologiczny wgląd na rzecz analizowania wartości w kontekście celów praktycznych może doprowadzić do zafałszowania bądź zapomnienia o samej obiektywnej jakości wartości. Chodzi więc o to, aby za sprawą myśli Schelera wzmocnić zdolność lekarzy do filozoficznego odczytania wartości. Filozofia Schelera ma pomóc w ustawieniu problemu wartości w kontekście pytania o samo ich istnienie – ma doprowadzić do rozpoznania wymagań ustanowionych na mocy ontologicznego statusu wartości po to, aby leczenie holistyczne nie stało się obszarem napięć wynikających ze zderzenia subiektywnych potrzeb tych wszystkich osób, które w leczeniu uczestniczą (pacjenta, jego rodziny i bliskich, lekarzy, kadry zarządzającej itd).

Fenomenologia miałaby więc uczyć lekarza, że zanim wcieli się w rolę specjalisty i wda się w deliberację z pacjentem na temat ważnych dla niego wartości, najpierw, pozostając jeszcze poza tą rolą, powinien pogłębić własne doświadczenie w zakresie odkrywania wartości w ogóle. I właśnie to „pierwsze spojrzenie” ma być tłem dalszych poszukiwań w zakresie wartości istotnych w leczeniu – nigdy zaś odwrotnie. Dlatego tak ważne jest, aby lekarz wyrobił w sobie dyspozycję do tego rodzaju, wolnego od zrelatywizowania bytowego, spojrzenia na wartości obecne w spotkaniu z pacjentem. Perspektywa fenomenologiczna jest jedną z takich propozycji, która pod tym względem może być bardzo pomocna. Współczesna propagatorka fenomenologii Havi Carel zauważa, że

³¹ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 82–83.

³² G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych*, Kraków 2014, s. 71.

mimo niewątpliwego znaczenia fenomenologii dla medycyny, wciąż nie jest to podejście dostatecznie wykorzystywane zarówno w filozofii medycyny, jak i w praktyce medycznej oraz szkoleniach skierowanych do lekarzy³³.

Wprawdzie sam problem uwzględnienia wartości w kontekście terapii wzmógł potrzebę badania wartości na poziomie psychologii i socjologii, to jednak trudno o ukazanie potrzeby zaznajamiania się – przy okazji omawiania tych zagadnień – z dokonaniem filozofów. Rozważania z zakresu aksjologii fenomenologicznej mogą kojarzyć się jako zbyt odległe od praktyki. Najwięcej wskazówek wydaje się dostarczać psychologia. Obrazuje ona zachowania związane z ukierunkowaniem na wartości. Psychologowie wyjaśniają też możliwe techniki komunikacji między lekarzem a pacjentem, które miałyby gwarantować uwzględnienie osobistych preferencji, aczkolwiek wyjaśnienia psychologiczne, choć niewątpliwie cenne dla medycyny, mogą okazać się niewystarczające. Piotr Brzozowski zauważa, że choć istnieją psychologiczne badania nad wartościami, usytuowane na pograniczu psychologii społecznej i psychologii osobowości, to jednak „dziedzinie tej brakuje ważkich koncepcji teoretycznych”³⁴. Sam autor postuluje potrzebę oparcia badań nad wartościami właśnie na aksjologii Maxa Schelera. Swój wybór uzasadnia faktem, że niemiecki fenomenolog przyjmuje stabilną strukturę porządku wartości. Jest to – jak ukazuje Brzozowski – ważna perspektywa myślenia o wartościach wobec badań psychologicznych. Badania nad wartościami prowadzone na gruncie psychologii zwykle są zorientowane na subiektywną stronę zjawisk, co z kolei powoduje, że uniwersalny charakter wartości może umykać uwadze. To, co w doświadczeniu wartości wspólne, nie jest widoczne. Negatywną konsekwencją wąskiej refleksji nad wartościami może być przekonanie, że odniesienie do wartości cechuje się wyłącznie dowolnością i arbitralnością. Brzozowski, czerpiąc z przemyśleń Schelera, poszukuje wzorcowej hierarchii wartości dla europejskiego kręgu kulturowego³⁵.

Przemyślenia Brzozowskiego, co prawda, nie dotyczą zagadnień, które w obrębie tej pracy będą podejmowane, ale warto wspomnieć jego pomysł o tyle, iż jest to kolejny przykład zastosowania filozofii Schelera, który dodatkowo wskazuje na konieczność sięgania przy okazji refleksji nad wartościami nie tylko do badań psychologicznych, ale także po dorobek filozofów. W wąskiej optyce poszukiwań psychologicznych specyfika poznania aksjologicznego może nie zostać opisana w pełni. I ta uwaga ma zastosowanie również w odniesieniu do medycyny. Aby uniknąć zbytnich uproszczeń, wypada, aby model medycyny zorientowanej na wartości był opisany nie tylko przy użyciu wiedzy z zakresu psychologii czy socjologii, ale także rozważony w świetle

³³ H. Carel, *Phenomenology and Its Application in Medicine*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, 32 (2011), nr 1, s. 33.

³⁴ P. Brzozowski, *Wzorcowa hierarchia wartości. Polska, europejska czy uniwersalna?*, Lublin 2007, s. 9.

³⁵ Por. tamże, s. 9–11.

wiedzy filozoficznej. Niniejsza praca, badając możliwość zastosowania fenomenologii Schelera jako wsparcia modelu holistycznego, ma na ten brak odpowiadać.

Ale wciąż można postawić pytanie, dlaczego akurat filozofia Schelera, a nie jakaś inna teoria poznania dotycząca wartości, miałyby stanowić wsparcie modelu holistycznego. W końcu aksjologią zajmowało się wielu wybitnych fenomenologów (np. Dietrich von Hildebrand, Edith Stein, Nicolai Hartmann). Odpowiedź na to pytanie odsłania się przy okazji badania specyfiki trudności modelu holistycznego. A mianowicie, jednym z podstawowych problemów modelu holistycznego jest ustalenie „miejsca” wartości względem faktów medycznych. Biorąc pod uwagę charakter praktyki lekarskiej, należy wskazać, czym różni się poznawanie wartości od odkrywania faktów³⁶. Lekarz musi to wiedzieć, aby podjąć konkretne działania. Przemyślenia Schelera wydają się korespondować z tak postawionym problemem. Scheler analizował specyfikę poznania wartości w kontekście poznania naukowego. Sam był bowiem głęboko przejęty jakością rozważań aksjologicznych w czasach, gdy szybki rozwój nauk pozytywnych przejawiał się obojętnością na wartości. W kontekście tego kryzysu rozważał, w jaki sposób wrażliwość na wartości może być ochroniona. Opisał, czym wyróżnia się doświadczenie wartości wobec poznania naukowego. Jednocześnie, doceniając oba porządki (filozoficzny i naukowy), Scheler postulował jedynie konieczność ich odróżnienia, nie zaś wykluczenia któregoś z nich. Podobny problem dotyczy współczesnych lekarzy. I oni muszą poszukiwać sposobów docierania do wartości w naukowo przesyconej sztuce lekarskiej, a także – wobec wielu uproszczeń tego zagadnienia – kształtować swoje osobiste zdanie na temat tego, co ważne.

W kontekście wyzwań dotyczących wartości Schelerowska myśl staje się szczególnie aktualna. Ustalanie za Schelerem podmiotowych warunków tych dwóch ścieżek poznania (ukierunkowanego na wartości poznania filozoficznego i ukierunkowanego na fakty poznania naukowego) jednocześnie zbliży nas do Hipokratesowego ideału lekarza-mędrca. W związku z tym praca ta doprowadzi poniekąd do pytania o to, czy w osobie lekarza możliwe są do pogodzenia dwie różne postawy względem świata – postawa naukowca i filozofa. To ważne pytanie, gdyż – jak się okaże przy okazji analizy specyfiki modelu holistycznego – jedynie lekarz o filozoficzno-naukowym usposobieniu może poważnie odpowiedzieć na zadania nowego modelu medycyny.

Uzasadniając wybór tej orientacji filozoficznej, wypada jeszcze zaznaczyć, że niewątpliwym atutem filozofii Schelera jest również to, że jego prace podyktowane są troską o praktyczną stronę życia. Adam Węgrzecki zauważa:

³⁶ Por. A. Kapusta, *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, 51 (2015), nr 2, s. 172–173.

„Niekiedy można spotkać się z poglądem, że w swojej pracy naukowej Scheler zajmował się głównie zagadnieniami tzw. <<filozofii praktycznej>>. Rzeczywiście faktem jest, że w porównaniu z Husserlem znacznie bardziej interesował się – przynajmniej w większej mierze dawał temu wyraz – kwestiami aktualnymi i w jakimś stopniu zarazem praktycznymi”³⁷.

Sam Scheler, jak również zauważa Węgrzecki, ma swój wkład także do „filozofii teoretycznej”, ale to właśnie przez to ukierunkowanie praktyczne jego myśl może okazać się szczególnie cenna dla zawodu lekarza.

Zadanie związane z ulepszaniem modelu holistycznego przy użyciu fenomenologii Schelera wpisuje się w ideę doskonalenia medycyny za sprawą wiedzy humanistycznej. Sama myśl humanistyczna na różnych etapach rozwoju medycyny była podejmowana w kontekście pracy lekarza z różnym natężeniem, choć w istocie jest nieodłącznym elementem praktyki lekarskiej. Jej obecność daje o sobie znać już choćby w pytaniu o możliwości zrozumienia drugiego człowieka i docierania do jego problemu, nie należy jednak traktować wiedzy humanistycznej wyłącznie jako teoretycznej osnowy pracy lekarza. „Obejmuje ona nie tylko samą wiedzę kliniczną czy lekarską refleksję nad doświadczeniem choroby, ale jest też wiedzą praktyczną, uczy, jak działać, jak postrzegać i rozumieć innego człowieka, jak rozumieć człowieka chorego”³⁸. Tego rodzaju refleksje, wraz ze zwiększającym się zainteresowaniem podejściem holistycznym w ostatnich latach, zyskują na sile. Dziś dużo mówi się o tym, że powodzenie terapeutyczne nie tylko zależy od wiedzy *stricte* medycznej, ale także od zdolności lekarza do nawiązania kontaktu z chorym na różnych poziomach jego bytowej złożoności. Do trafnej diagnozy prowadzi skomplikowany kod danych, nie tylko biochemicznych, ale także subiektywnych odczuć chorego. Przedmiotem leczenia jest człowiek z całą złożonością swojej natury. Pacjent wyrażając, co dzieje się w jego ciele, mówi o swoim bólu, ale jego wypowiedź nie jest z konieczności prawdą medycyny. Chociaż rozmowa może dotyczyć symptomów, to jednak wewnętrzne i nieujawnione przeżycia, lęki związane z chorobą i leczeniem czy subiektywne poczucie sensu leczenia też rzutują na powodzenie terapii³⁹. Praca lekarza okazuje się czymś więcej niż tylko prostym zastosowaniem wiedzy medycznej. Kim właściwie jest dobry lekarz? Czy to tylko fachowiec, który posiada wiedzę z medycyny i potrafi ją skutecznie zastosować, czy także człowiek wykazujący nieprzeciętną mądrość w przenikaniu problemów chorego – problemów jego zdrowia, ale też – nierzadko – problemów związanych z doświadczaniem sytuacji granicznej?

³⁷ A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 18.

³⁸ T. Rakowski, *Medycyna humanistyczna. Nowe wyzwania w praktyce lekarskiej*, „Medycyna po Dyplomie”, 17 (2008), nr 10, s. 206.

³⁹ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

Wprowadzenie perspektywy humanistycznej wydaje się dla rozstrzygnięcia tych kwestii konieczne, ale też problematyczne. Bywa, że orientacja humanistyczna upowszechnia pobeżne interpretacje leczenia, które często nie przystają do powagi nauk medycznych i w zasadzie ich praktyczne zastosowanie nie przynosi oczekiwanych zmian⁴⁰. Krytyczne podjęcie problematyki humanistycznej – czy węższej, problematyki wartości – pozostaje więc pożądanym wyzwaniem. Chodzi o to, aby pomimo niemożności zoperacjonalizowania niektórych zagadnień, które dotyczą obszaru „niecelesnej strony medycyny”, dążyć do wypracowania wiedzy pewnej i ścisłej. Korzystając z ważkich koncepcji filozoficznych (jaką niewątpliwie jest aksjologia fenomenologiczna), można badaniom humanistycznym w medycynie nadać oczekiwaną powagę. Fenomenologia wyznaczyła bowiem własną, odpowiednią dla zagadnień przekraczających myślenie naukowe zasadę ścisłości⁴¹, która jednocześnie czyni zadość wysokiej jakości badań nauk medycznych.

W realizacji postawionych w tej pracy zadań zostały wykorzystane metody: analiza porównawcza, metoda analityczno-syntetyczna, analiza istotnościowa. Każdą z tych metod użyto w innym celu. Analiza porównawcza pozwoliła na ukazanie specyfiki modelu holistycznego poprzez odniesienie tego podejścia do modelu biomedycznego. Zbadano oba modele pod kątem tych samych problemów: założeń modelu, koncepcji zdrowia i choroby, myślenia lekarskiego, roli lekarza. Metoda analityczno-syntetyczna była szczególnie przydatna w wyodrębnieniu optymalnej wersji modelu holistycznego, który w dalszym kroku był wzbogacany przy użyciu fenomenologii. Przeanalizowano poszczególne punkty podejścia holistycznego, najważniejsze z nich wyodrębniono i ujęto krytycznie. Podobnie postąpiono przy okazji rozważań nad filozofią Schelera. Poddano analizie poszczególne kwestie, aby następnie przewodnie wątki zebrać, ująć krytycznie i na tej podstawie zaproponować, w jakim ujęciu myśl Schelera ma być użyta do poprawy modelu holistycznego. Z kolei analiza ejdetyczna wyznaczyła cel podjętej próby doskonalenia modelu, akcentując, ku jakim jakościom powinien zmierzać⁴². Jako podejście skupione na istocie rzeczy

⁴⁰ Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, w: *Biomedicine Examined*, eds. M. Lock, D. R. Gordon, Boston 1988, s. 82.

Rozważając problematykę modelu holistycznego, warto także zwrócić uwagę na to, że słowo „holizm” odniesione do problematyki zdrowia jest często używane w potocznym znaczeniu, np. na określenie charakteru medycyny niekonwencjonalnej – co może zaciemniać naukowy dyskurs na temat „całościowego” podejścia do leczenia i przyczyniać się do powstawania nieuzasadnionych uprzedzeń względem ważnej tematyki modelu holistycznego, jaka jest podejmowana w obrębie medycyny naukowej (por. S. Szary, J. Knotowicz, *Różne oblicza holizmu w medycynie i fizjoterapii*, dz. cyt.). Biorąc pod uwagę tę sytuację, należy do zagadnienia „holizmu” w medycynie podejść z dużą rozważą, uwzględniając jedynie rzetelne prace i dookreślając obszar prowadzonych badań.

⁴¹ Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 262.

⁴² Metoda ta została użyta w wybranych fragmentach rozdziału trzeciego. Przemyślenia bazujące na zastosowanej w tej pracy analizie ejdetycznej są wyraźnie zainspirowane podejściem fenomenologicznym samego Schelera. Filozof często ukazywał określone fenomeny, starając się – zgodnie z przyjętą metodą – zachować wolność od wszelkich założeń, ale jednocześnie nie odbierało mu to okazji do wzbogacania opisu fenomenologicznego poprzez

analiza ejdetyczna odsłoniła, czym właściwie jest fenomen wsparcia, który źródłowo wpisany jest w spotkanie osoby pomagającej i osoby potrzebującej pomocy (w tym przypadku spotkanie lekarza z pacjentem) jeszcze wtedy, gdy wszelka fachowość, wynikająca na przykład z odniesienia do teorii naukowych, możliwości technologicznych i farmakologicznych, nie jest wzięta pod uwagę. W ten sposób możliwe było wyeksponowanie osobowych możliwości lekarza, jakie może w sobie wzbudzić, odnosząc się jedynie do faktu spotkania z osobą bezbronną wobec doświadczenia choroby.

Badania zostały przeprowadzone na podstawie następujących materiałów:

1. Oryginalnych dzieł Maxa Schelera oraz przekładów wybranych prac niemieckiego fenomenologa na język polski, w znakomitej większości dokonanych przez Adama Węgrzeckiego.
2. Książek i artykułów drukowanych oraz dostępnych w Internecie, w szczególności obejmujących wiedzę z zakresu filozofii medycyny i bioetyki.
3. Fragmentów wywiadów z lekarzami przeprowadzonych w latach 2018–2020 w ramach: „Badania doświadczenia wartości. Studium analitycznego na podstawie konfliktów wartości u lekarzy”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018). Wywiady zostały przeze mnie opracowane w postaci szablonu pytań otwartych. Były one ukierunkowane na dwa zasadnicze wątki. Po pierwsze, zmierzały do odsłonięcia wartości ważnych dla rozmówcy oraz ich wpływu na przyjmowaną postawę w pracy. Po drugie, rozmowy dotyczyły konfliktów wartości i barier, jakie ujawniają się wraz z realizacją wartości w warunkach codziennej pracy. Należy jednak zaznaczyć, że wykorzystane w niniejszej dysertacji fragmenty z wywiadów nie stanowią samodzielnego dowodu. Służą jedynie jako ilustracja dla wniosków sformułowanych w oparciu o wymienione metody.

Praca została podzielona na wstęp, trzy zasadnicze rozdziały oraz wnioski. Pierwszy rozdział skupia się na zarysowaniu specyfiki modelu holistycznego i wyodrębnieniu jego trudności. W celu wyjaśnienia etymologii modelu holistycznego najpierw został opisany dominujący model biomedyczny, ponieważ stanowi on punkt wyjścia dla humanistycznego zwrotu w medycynie. Ukazano, w jaki sposób narastająca krytyka podejścia redukcjonistycznego wpłynęła na rozwój medycyny holistycznej. Po zarysowaniu obu modeli została dokonana szersza analiza negatywnej strony modelu holistycznego. W tym punkcie uwaga jest już zorientowana na sytuację samych lekarzy. Badane są podstawowe problemy tkwiące bądź w założeniach modelu holistycznego, a ujawniające się jako problem na poziomie praktyki, bądź pojawiające się na poziomie samej

odniesienie do różnych teorii czy twierdzeń (przykładem tak napisanego dzieła jest *Istota i formy sympatii*). Mimo że Scheler chętnie odwoływał się do różnych koncepcji i badań, to jednak nic innego, ale właśnie postawa fenomenologiczna nadawała kierunek jego filozoficznym poszukiwaniom.

praktyki lekarskiej. Na końcu rozdziału pojawia się też propozycja doprecyzowania modelu holistycznego w taki sposób, aby mógł być ulepszony.

Drugi rozdział skupia się na przedstawieniu filozofii Schelera, a szczególnie tego jej zakresu, który ma być zastosowany do przezwyciężenia wyłonionych trudności modelu holistycznego. W pierwszej kolejności zarysowano koncepcję człowieka i jego strukturę bytową odpowiadającą za poznanie poszczególnych modalności wartości. Następnie wyróżniono odpowiadające za poznanie wartości rodzaje uczuć, przy czym uwydatniono możliwe emocjonalne zniekształcenia, które wpływają na efekty poznania. W dalszej kolejności podjęto rozważanie nad tym, w jaki sposób podmiot może doskonalić własny potencjał poznawczo-moralny w kierunku lepszego podejmowania problemu wartości. Odróżniono postawę naukową od postawy filozoficznej, szerzej opisując specyfikę podejścia fenomenologicznego i jego rolę w docieraniu do wartości. Wyjaśniono, w jaki sposób sam podmiot doskonali się, ale także jaka jest w tym przedmiocie rola drugiego człowieka. Rozdział kończy się krytycznym spojrzeniem na fenomenologię Schelera: jako że emocjonalistyczne założenia teoriopoznawcze wzbudziły wśród niektórych komentatorów tej filozofii zastrzeżenia, zbadano, czy odniesienie systemu Schelera do praktyki jest zasadne. Biorąc pod uwagę negatywne uwagi, zaproponowano, aby Schelerowskie rozstrzygnięcia zostały uzupełnione o myśl Blaise'a Pascala, ponieważ filozof ten, podobnie jak Scheler, przypisał ludzkiej uczuciowości zasadniczą rolę, ale – moim zdaniem – trafniej niż Scheler wyeksponował związek zachodzący między poznaniem emocjonalnym a poznaniem racjonalnym.

Ostatni rozdział koncentruje się na zestawieniu filozofii Schelera i modelu holistycznego. Postawiony jest postulat, aby metoda fenomenologiczna została wprowadzona do kształcenia przyszłych lekarzy. Rozważanie najpierw zmierza do wykazania, że podejście fenomenologiczne pomaga we właściwym zharmonizowaniu aspektu aksjologicznego i faktów medycznych. W kolejnym etapie rozważań badanie skupia się już na sposobie uwzględnienia w medycynie dyrektywy dotyczącej samych wartości, pokazując, że lekarz ukierunkowany na wartości musi być w pierwszej kolejności zdolny do odparcia aksjologicznych zniekształceń. Za pomocą Schelerowskiej teorii resentymentu zinterpretowane są negatywne postawy, które utrudniają wgląd w wartości i które powinny być przezwyciężone, aby możliwe było właściwe wprowadzenie modelu holistycznego. W dalszej części rozważono, czym byłoby prawidłowe podejście do wartości. Zarysowano, w jaki sposób leczenie może być zinterpretowane w kontekście Schelerowskiego systemu wartości, przy tym zwrócono uwagę na szczególne znaczenie afirmacji wartości osobowych w procesie terapeutycznym. Następnie ustalono podmiotowe warunki tego rodzaju pracy z pacjentem. Zaproponowano także, w jaki sposób lekarz może otworzyć się na aspekt aksjologiczny i na jakiej zasadzie doświadczenie wartości może mieć wpływ na rozwój

osobowości lekarza i rozszerzenie jego kompetencji zawodowych.

We wnioskach dokonano podsumowania całości rozważań. W tej końcowej części zestawiono także poszczególne trudności modelu oraz wypracowany przy zastosowaniu myśli Maxa Schelera „wzór” postawy lekarza. Przedstawiono, w jaki sposób lekarz spełniający warunki tej filozofii, odpowiadałby na wykazane bariery modelu holistycznego.

ROZDZIAŁ 1. MODEL HOLISTYCZNY I JEGO TRUDNOŚCI

1.1. Model holistyczny jako odpowiedź na redukcjonizm

Model holistyczny nie jest w praktyce zupełnie odrębną propozycją, ale często stanowi rozszerzenie modelu biomedycznego. Nowe metody, wynikające z holistycznego ujęcia pacjenta i jego zdrowia, wprowadzane są jeszcze przy podtrzymaniu metod redukcjonistycznych, charakterystycznych dla modelu biomedycznego⁴³. Aktualnie rozwiązania metodologiczne przypisane odrębnie każdemu z tych modeli zbiegają się. Zarówno personel medyczny, jak i pacjenci przyzwyczajeni są do ugruntowanego w zachodniej medycynie paradygmatu biomedycznego, więc ujęcie holistyczne pojawia się jako stopniowa zmiana lub nowe, pojedyncze elementy, dołączone do wcześniejszego podejścia⁴⁴. W związku z tym zrozumienie etymologii modelu holistycznego nie jest możliwe bez ukazania modelu biomedycznego. Rozważając sytuację lekarza otwartego na idee holizmu, warto mieć na uwadze zderzenie tych dwóch podejść w medycynie, ponieważ jedną z trudności, z jaką lekarz otwarty na postulaty modelu holistycznego musi się zmierzyć, jest właśnie odparcie dominującego paradygmatu. Wydaje się nawet, że współczesny lekarz jest doprowadzony do sprzeczności wynikającej z dwóch różnych stylów myślenia medycznego. Jeśli ma spełniać zadania wynikające z założeń modelu holistycznego, niejako musi to robić w opozycji do niektórych założeń i tendencji charakterystycznych dla modelu biomedycznego. A zapewne nie jest to łatwe, gdyż biomedyczne podejście było przez wieki zakorzenienie w medycynie zachodniej. Lekarze otwierający się na nowe podejście prawdopodobnie nie są wolni od dominującego kierunku.

⁴³ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt., s. 44.

⁴⁴ Por. Y. Alonso, *The Biopsychosocial Model in Medical Research: The Evolution of the Health Concept over the Last Two Decades*, „Patient Education and Counseling”, 53 (2004), nr 2.

1.1.1. Model biomedyczny

1.1.1.1. Założenia modelu biomedycznego

Na rozwój modelu biomedycznego istotny wpływ miała filozofia Kartezjusza zorientowana na problem człowieka – a konkretnie – ta jej część, która dotyczy koncepcji ciała-maszyny⁴⁵. Sam Kartezjusz (René Descartes, 1596–1650) zakładał złożenie w człowieku dwóch substancji: materii (*res extensa*) i ducha (*res cogitans*), ale medycyna redukcjonistyczna wznosi się jedynie na kartezjańskiej doktrynie zmechanizowania żywych ciał, z pominięciem pierwiastka niematerialnego. Szczegółowe rozważania na temat człowieka-maszyny okazały się bardziej płodne dla medycyny i łatwiejsze do wprowadzenia w naukach praktycznych niż rozważania nad jednością ciała i umysłu⁴⁶. Patricia Easton zauważa, że przyczyną takiego fragmentarycznego użycia myśli kartezjańskiej mógł być fakt, że sam Kartezjusz oddzielał oba zagadnienia. Filozof w znacznej mierze rozważania nad zmechanizowaniem żywych ciał prowadził niezależnie od swoich całościowych poglądów na człowieka⁴⁷, poza tym w większości swoich przemyśleń skupiał się na różnicy między materią rozciąglą a duchem, natomiast zależność, występującą pomiędzy obiema substancjami pokazał w bardzo nielicznych dziełach⁴⁸. Nie zaskakuje więc fakt, że – wobec tego oddzielenia zagadnień – medycyna przyswoiła przede wszystkim zmechanizowane ujęcie człowieka, jednocześnie ignorując wpływ na ludzką kondycję substancji niematerialnej⁴⁹.

Wpływ przemyśleń Kartezjusza na temat materii rozciągląj przejawia się w podstawowych założeniach modelu biomedycznego. Istotnym zagadnieniem kartezjańskiego zamysłu jest przekonanie, że wszystkie ciała składają się z jednej materii, która ma charakter mechanistyczny. Do jej właściwości należy podzielność i ruch. Wszelkie ciała, zawierające te własności, podlegają

⁴⁵ Por. N. Mehta, *Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective*, „Mens Sana Monographs”, 9 (2011), nr 1.

⁴⁶ Por. F. Bardziński, *O holistycznym modelu ludzkiej natury u Maine de Birana i Michela Henry*, dz. cyt., s. 92–97.

⁴⁷ Por. P. Easton, *The Certesian Doctor, François Bayle (1622–1709), on Psychosomatic Explanation*, „Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences”, 42 (2011), nr 2, s. 204.

⁴⁸ Kartezjusz możliwą zależność pomiędzy ciałem a duszą rozważa na przykład w traktacie *Namiętności duszy* (por. R. Descartes, *Namiętności duszy*, tłum. L. Chmaj, Warszawa 2001).

⁴⁹ Medycyna redukcjonistyczna czerpała głównie z kartezjańskiej doktryny zmechanizowanego ciała, ale istnieją też próby implikacji w medycynie kartezjańskiego zamysłu o zależności ciała i umysłu, szczególnie w psychiatrii i psychologii (co powszechnie mniej zauważane). Przykładem wpływu dualizmu na medycynę jest „psychologia racjonalna”, w obrębie której rozważana jest niematerialna substancja, przejawiająca się w myśleniu. Do kartezjańskiego dualizmu odniósł się na przykład lekarz François Bayle (1622–1709), opowiadając się za psychosomatycznym wyjaśnieniem zdrowia i choroby. Por. P. Easton, *The Certesian Doctor, François Bayle (1622–1709), on Psychosomatic Explanation*, dz. cyt.

określonym, ujmowanym mechanistycznie prawom. Dzięki temu, odnosząc się do ustaleń nauk ścisłych można opisać stan wszystkich rzeczy. Na przykład, kiedy chcemy opisać zmianę zachodzącą w danym ciele, wówczas – zgodnie z filozofią kartezjańską – powinniśmy mieć na uwadze ruch jej części⁵⁰. Kartezjusz podkreślał konieczność redukcji życia do własności materii, pisząc, aby doszukiwać się w niej immanentnej zasady ruchu⁵¹. Na przykład w *Zasadach filozofii* czytamy:

„Ruch zaś (mianowicie przestrzenny, bo żaden inny nie podpada pod moją myśl, i dlatego nie sędzę, by jakikolwiek inny miał być przypisywany naturze rzeczy), ruch – mówię – jak się potocznie przyjmuje, nie jest niczym innym, jak działaniem, przez które jakieś ciało przenosi się z jednego miejsca w drugie. (...) A mówię, że jest przenoszeniem się, a nie siłą czy działaniem, które przenosi, aby pokazać, że on zawsze jest w rzeczy ruchomej, a nie poruszającej, ponieważ nie dość dokładnie zwykło się to odróżniać i że jest, ściśle biorąc, tylko jej modyfikacją, a nie jakąś rzeczą samoistną, podobnie jak kształt jest sposobem zjawiania się rzeczy ukształtowanej, a spoczynek [modyfikacją] rzeczy spoczywającej”⁵².

W analizach przeprowadzanych przez Kartezjusza można dostrzec staranie o szczegółowe wyjaśnienia badanych zjawisk. Kartezjusz dążył do sformułowania wiedzy pewnej. Postulował, aby o prawdziwości stawianych tez świadczyła jasność i wyraźność⁵³. W tym celu próbował ugruntować swoje badania, odwołując się do takich nauk, które proponują domknięty opis zjawisk. Takie podejście wpłynęło na rozwój teorii biologicznych. Biologia mechanistyczna inspirowana myślą kartezjańską skupia się na opisywaniu żywych organizmów poprzez ich części składowe i na wyjaśnianiu wzajemnych oddziaływań, które między tymi częściami zachodzą⁵⁴. Kartezjusz na przykład pochwalał prace biologa Williama Harveya, który wykorzystał ideę modelu mechanistycznego, aby opisać układ krążenia krwi⁵⁵.

Przedstawiony przez Kartezjusza deterministyczny obraz świata materialnego wywarł wpływ na styl myślenia lekarskiego modelu biomedycznego, a także wyznaczył uprzywilejowaną pozycję biologii. Fritjof Capra, amerykański fizyk, dostrzega znaczny wpływ Kartezjańskich

⁵⁰ Por. R. Descartes, *Zasady filozofii*, przeł. I. Dąbmska, Warszawa 1960, II, 23–25, s. 66–68.

⁵¹ Kartezjusz wyróżniał w człowieku dwie odrębne zasady ruchu. Pierwsza wywodzi się z rozciągłości ciał, druga ma swoje źródło w aktach myślenia. Por. P. Easton, *The Certesian Doctor, François Bayle (1622–1709), on Psychosomatic Explanation*, dz. cyt.

⁵² R. Descartes, *Zasady filozofii*, dz. cyt., II, 23–25, s. 66–68.

⁵³ Por. R. Descartes, *Medytacje o filozofii pierwszej*, przeł. J. Hartman, Kraków 2002, s. 40–53.

⁵⁴ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1987, s. 144.

⁵⁵ Por. tamże, s. 149.

poglądów na historię medycyny aż po wiek XX. Jego zdaniem, można wskazać różnego rodzaju tendencje w nauce (w tym medycynie), które mają swoje pochodzenie w nurcie propagowanym przez francuskiego filozofa⁵⁶. Podejście mechanistyczne stało się bazą kolejnych poszukiwań z zakresu medycyny.

Jak ważny grunt dla rozwoju nauki stworzył Kartezjusz, pokazuje próba czasu. Począwszy od XVII wieku aż po współczesność intuicje kartezjańskie wielokrotnie były poddane krytyce i choć niektóre badania oparte na mechanistycznym pojmowaniu organizmów żywych ponosiły fiasko⁵⁷, to jednak same wyjaśnienia redukcjonistyczne utrzymywały się. Ewentualna zmiana dotyczyło rozwoju wiedzy i rozszerzania myśli kartezjańskiej o kolejne odkrycia. Na przykład, w wieku XVIII nastąpił znaczny rozwój w dziedzinie chemii, który zmodyfikował i wzbogacił model mechanistyczny. Początkowo, nowe badania w tym zakresie stanowiły „zagrożenie” dla utrzymującej się biologii mechanistycznej, ale potem rozwinęło się przekonanie o możliwości redukcjonowania organizmów żywych już nie tylko do własności biologicznych, ale także chemicznych⁵⁸. Dodając te nowe elementy, naukowcy jednocześnie starali się o podtrzymanie paradygmatu kartezjańskiego. Podobne nastawienie można zaobserwować przy kolejnych wielkich odkryciach, znaczących dla medycyny. Warto tu wymienić choćby takie przełomowe momenty w historii nauki, jak teoria ewolucji Charlesa Darwina (XIX wiek) czy odkrycie przez Gregora Mendla genów jako jednostek dziedziczności (XIX wiek). W tych przypadkach – przynajmniej początkowo – idea mechanistycznych wyjaśnień zyskała. Zwolennicy paradygmatu kartezjańskiego włączyli oba te odkrycia do swoich badań. Odnosząc się do teorii ewolucji, starali się wyjaśnić chemiczne i fizyczne mechanizmy dziedziczenia. Z kolei odkrycie genu wzmocniło przekonanie o tym, że możliwe jest wyjaśnianie zjawisk zachodzących w ciele ludzkim poprzez odniesienie do jednostek elementarnych. Taka koncepcja współgrała z dążeniami Kartezjusza. Filozof zachęcał do tworzenia opisów poszczególnych funkcji życiowych poprzez ukazywanie zachowań najmniejszych części organizmu⁵⁹.

Capra jednak zauważa, że o ile początkowe odkrycia w dziedzinie genetyki wzmocniły przekonania redukcjonistyczne, o tyle kolejne badania w tym zakresie trudno było uzgodnić, pozostając przy założeniach poglądu mechanistycznego. Przykładowo, takie zjawiska jak rozwój i różnicowanie się komórek wymagały wyjaśnień bardziej złożonych i wielowymiarowych. Podobnie sytuacja przedstawiała się na gruncie neurobiologii. W przypadku badań nad wyżej

⁵⁶ Por. tamże, s. 143–144.

⁵⁷ Na przykład niepowodzeniem zakończyła się próba zastosowania metody mechanistycznej do opisu takich funkcji życiowych, jak trawienie czy przemiana materii. W badaniu nie zauważono znaczącego wpływu procesów chemicznych i elektrycznych, niezbędnych do właściwego wyjaśnienia funkcji życiowych (por. tamże, s. 149).

⁵⁸ Por. tamże, s. 149–151.

⁵⁹ Por. tamże, s. 150–59.

zorganizowanym układem nerwowym redukcja do mechanizmów molekularnych nie była możliwa⁶⁰. Różne systemy odznaczały się zbyt skomplikowanym układem zależności.

Nowe odkrycia zachwiały pewnością wyjaśnień opartych na biologii molekularnej, ale ostatecznie nie obaliły idei ciała-maszyny. Okazuje się więc, że kartezjańska koncepcja jest czymś więcej niż konkretnym pomysłem na taki czy inny opis fizjologii człowieka. Zamysł mechanistycznego ujęcia człowieka przekształcał się i dostosowywał do powoli zmieniającej się medycyny, ale wciąż zachowywał, widoczną w pracy naukowców i lekarzy, tendencję do uproszczonych i redukcjonistycznych wyjaśnień jako tych, które świadczą o naukowości badanych zjawisk. Być może jądrem kartezjańskiej myśli, po wiekach jej przekształceń, jest przekonanie, które wyraził w 1928 roku biolog Joseph Needham, pisząc: „W nauce człowiek jest maszyną; a jeżeli nie, to jest w ogóle niczym”⁶¹.

1.1.1.2. Koncepcja zdrowia i choroby

Kartezjańska filozofia znajduje odzwierciedlenie w sposobie ujmowania zdrowia i choroby. W myśl tego podejścia zdrowa osoba powinna być postrzegana jako idealnie pracująca maszyna. Kartezjusz porównywał ludzki organizm do dobrze funkcjonującego zegara⁶² i systemu fontanny pompującej wodę⁶³. Na takiej zasadzie opisywał różne funkcje życiowe, takie jak odżywianie czy trawienie. Przy takim obrazowym opisie ciała łatwo też było o zdefiniowanie choroby, która – analogicznie – była ujmowana jako mechanizm funkcjonujący wadliwie. Mechanistyczne zasady miały wyjaśniać przyczyny występujących zaburzeń bez konieczności odwoływania się do odrębnej, przekraczającej materialny układ, przyczyny. Filozof podkreślał, że należy wystrzegać się wyjaśnień bazujących na pojęciu duszy wegetatywnej czy zmysłowej. Badając ciało ludzkie, należy odciąć się również od praktyk okultystycznych⁶⁴. W świetle tego podejścia – zarówno zdrowie, jak i choroba powinny być określane przy samych założeniach mechanistycznych. Dają temu wyraz przeprowadzone przez filozofa analizy stanów chorobowych. W czwartej części *Zasad filozofii* czytamy:

⁶⁰ Por. tamże, s. 166–167.

⁶¹ J. Needham, *Man a Machine*, New York 1928, s. 86, cytat za: F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 152.

⁶² Por. R. Descartes, *Medytacje o filozofii pierwszej*, dz. cyt., s. 91–92.

⁶³ Por. R. Descartes, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, przeł. A. Bednarczyk, Warszawa 1989, s. 12.

⁶⁴ Por. P. Easton, *The Certesian Doctor, François Bayle (1622–1709), on Psychosomatic Explanation*, dz. cyt., s. 205.

„Po pierwsze bowiem rozmaite choroby, które atakują sam tylko mózg, znoszą lub zakłócają wszelkie doznawanie, tak samo jak i sen, którego siedzibą jest tylko mózg, codziennie odbiera nam w znacznej mierze zdolność odczuwania, którą potem przywraca nam jawa. Następnie, jeśli mózg jest nienaruszony, a tylko drogi, którymi rozciągają się nerwy od członków zewnętrznych do mózgu, zostaną zablokowane, przez to samo ginie również czucie tych członków. A wreszcie odczuwamy niekiedy ból, jak gdyby umiejscowiony w niektórych członkach, w których nie ma żadnej przyczyny bólu, natomiast jest ona w innych, przez które przechodzą nerwy, ciągnące się od nich do mózgu”⁶⁵.

Współczesna medycyna poszerzyła sposób pojmowania choroby, ale kartezjańskie myślenie nadal do pewnego stopnia znajduje odzwierciedlenie w postępowaniu lekarskim. W modelu biomedycznym organizm jest sumą części, które są przedmiotem odpowiedniej specjalizacji medycznej. O zdrowiu tego całościowego układu można mówić bez konieczności odwoływania się do takich pojęć, jak życie duchowe czy umysł (umysł w znaczeniu niematerialnym)⁶⁶. Zdrowie w modelu biomedycznym – podobnie jak ukazywał to Kartezjusz – rozumiane jest jako strukturalna stabilność ciała⁶⁷ i zdolność organizmu do prawidłowego funkcjonowania, a choroba jest zakłóceniem normalnych funkcji⁶⁸. Przejście to nie ma charakteru jakościowego, lecz jest zmianą stanu⁶⁹. Obraz ten – zarówno pod względem funkcjonowania prawidłowego, jak i patologicznego – ustala się przede wszystkim przy odniesieniu do anatomii, fizjologii, biochemii i mikrobiologii. Jak zauważa Zbigniew Szawarski, kluczową rolę w takim sposobie definiowania zdrowia i choroby pełnią konkretne normy. Naukowcy i lekarze dążą do wyznaczenia obiektywnego kryterium prawidłowego i patologicznego funkcjonowania człowieka. Obraz sprawnego ciała zestawiany jest z jego wadliwym funkcjonowaniem. Taki sposób rozumowania rozwinął się w postaci dwóch zasadniczych gałęzi wiedzy medycznej – fizjologii i patofizjologii⁷⁰.

Dążenie do jasnego definiowania stanów patologicznych wyraża się również w tworzeniu systemów klasyfikacji chorób. W tym celu naukowcy i lekarze chętnie odwołują się do poziomu biologii molekularnej oraz stosują charakterystyczne dla tego poziomu prawa i pojęcia⁷¹. Ponadto, znamienną cechą biomedycznego sposobu ujmowania choroby jest poszukiwanie bardzo jasnego

⁶⁵ R. Descartes, *Zasady filozofii*, dz. cyt., IV, 196, s. 342.

⁶⁶ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 71.

⁶⁷ Por. L. Shapiro, *The Health of the Body-Machine? Or Seventeenth Century Mechanism and the Concept of Health*, „Perspectives on Science”, 11 (2003), nr 4.

⁶⁸ Por. H. Kostyło, *Zdrowie – społeczeństwo – edukacja. Koncepcje Ericha Fromma i Theodore’a Bramelda*, „Rocznik Andragogiczny” 21 (2014), s. 159.

⁶⁹ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 57.

⁷⁰ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 71.

⁷¹ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 318.

uzasadnienia stanu patologicznego. Każda choroba jest łączona z jakimś podstawowym czynnikiem, będącym jej przyczyną, np. w XIX wieku za taki główny czynnik były uznawane bakterie. W podobny sposób, wraz z kolejnymi znaczącymi odkryciami, wyznaczano nowe przyczyny, np. wirusy czy anomalie genetyczne⁷².

Sposób definiowania zdrowia oparty na schematycznym rozumowaniu i odniesieniu do poziomu biologii molekularnej doprowadza do konkretyzacji zagadnień, ale też stanowi dość duże ograniczenie dla możliwości medycyny. W podejściu redukcjonistycznym możliwe jest rozszerzenie definicji zdrowia tylko do pewnego stopnia. Na przykład – jak pokazuje Szawarski – biomedyczna koncepcja zdrowia wpisuje się w przemyślenia Darwina na temat zdolności organizmu do przetrwania⁷³. Zgodnie z tym ujęciem, człowiek rozumiany jest jako żywy organizm poddany prawom biologii i jak każdy żywy organizm dąży do przetrwania na przestrzeni trzech stadiów rozwoju. Pierwszym etapem tej drogi są narodziny i okres dojrzewania, drugim dojrzałość i okres aktywności reprodukcyjnej, ostatnim stopniowe obumieranie. Przyglądając się tym fazom pod kątem biologicznym, można zauważyć określone prawidłowości. Człowiek zmierza do najlepszego przystosowania, aby zachować genetyczną ciągłość. O zdrowiu i sprawności będzie więc mowa, gdy określony osobnik, biorąc pod uwagę jego biologiczną budowę, ma potencjalną możliwość przetrwania. Każde zaś odchylenie od tej normy, utrudniające realizację takiego celu, jest określane mianem choroby. Choroba jest więc czymś negatywnym wobec uprzednio ustalonych możliwości biologicznych⁷⁴. Warto na tę zasadę zwrócić uwagę, gdyż negatywny sposób pojmowania choroby jest specyficznym elementem modelu biomedycznego.

Definicje zdrowia i choroby w modelu biomedycznym są wąskie, skupione na braku lub występowaniu patologii. W związku z tym, leczenie jest przywracaniem sprawności pojmowanej mechanistycznie. Nie należy jednak zapominać o tym, że praktyka lekarska nie jest jednoznacznym odzwierciedleniem teoretycznych opisów. Sam proces diagnostyczny wydaje się dalece bardziej złożony niż jasne ramy ustaleń naukowych. Lekarz, przeprowadzając wywiad diagnostyczny, korzysta nie tylko z nabytej w toku edukacji wiedzy, ale również zmuszony jest działać intuicyjnie, aby dopasować określony schemat do konkretnego przypadku. Sytuacja spotkania z chorym zawsze będzie wносиła dość niewiadomych, aby rozbić pewność teoretycznych, naukowych dyrektyw. Ronald Munson stwierdza: „Jednak w ostatecznym rozrachunku medycyna zasadniczo różni się od nauki. To nie jest, chcę zasugerować, słabość spowodowana jakąś fatalną wadą. Raczej jest odzwierciedleniem właściwości, jakie posiada medycyna, będąc swego rodzaju

⁷² Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 206.

⁷³ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 73.

⁷⁴ Por. tamże, s. 73–74.

przedsiębiorczością”⁷⁵.

W samym zastosowaniu teorii nie ma jasności. Ale nawet wtedy, gdy praktyka z istoty przekracza wąskie ramy biomedycznego modelu i naukowych ustaleń, nie bez znaczenia pozostaje to, za jakim modelem zdrowia i choroby opowiada się lekarz. Przyjęcie przez lekarza definicji redukcjonistycznej niesie konkretne konsekwencje, np. w sposobie przeprowadzania wywiadu z chorym (w tym przypadku zorientowanego na wykrycie patologii). Sposób rozumowania, do jakiego lekarz jest przyzwyczajony, orientuje proces lekarskich poszukiwań na określone – akcentowane w definicji – aspekty, zarówno w odniesieniu do doboru terapii, jak i sposobu budowania kontaktu z chorym. A to wydaje się już istotną sprawą z punktu widzenia ograniczeń i szans wynikających z wyboru jednego z modeli medycyny.

1.1.1.3. Myślenie lekarskie

Założenia ontologiczne o istnieniu ciała-maszyny mogą wpływać na metody stosowane w samym podejściu lekarskim. Jak zauważa Jan Woleński, redukcjonizm ontologiczny prowadzi do stosowania redukcjonistycznych metod⁷⁶. W ten sposób filozoficzne rozważania nad zmechanizowanym ciałem znalazły odzwierciedlenie w redukcjonistycznym stylu myślenia medycznego⁷⁷. Jest to widoczne szczególnie w jego cechach – zwłaszcza wtedy, gdy zestawia się styl myślenia oparty na metodologii redukcjonistycznej z podejściem antyredukcjonistycznym. Takie porównanie przedstawił Marcin Juś w książce *Spór o redukcjonizm w medycynie*⁷⁸. Juś wyodrębnia kilka dyrektyw, które określają redukcjonistyczny styl myślenia. Są to: uprzywilejowanie języka fizykalnego, mikroredukcja, teoria identyczności, zasada przyczynowego domknięcia świata fizycznego, dążenie w nauce do prostoty ontologicznej i eksplanacyjnej⁷⁹.

Pierwszą tezą, która wpisuje się w redukcjonistyczny styl myślenia, jest uprzywilejowanie

⁷⁵ R. Munson, *Why Medicine Cannot Be a Science*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 6 (1981) 2, s. 184.

⁷⁶ Por. J. Woleński, *Redukcjonizm*, w: *Słownik pojęć filozoficznych*, red. W. Krajewski, Warszawa 1996, s. 173.

⁷⁷ W swojej pracy używam sformułowania „styl myślenia” w odniesieniu do roli lekarza jako tego, kto określone założenia metodologiczne stosuje w praktyce. Samo sformułowanie „styl myślenia” pochodzi od Ludwika Flecka, polskiego mikrobiologa. Za tym też autorem to pojęcie stosuję, akcentując kolektywny wymiar myślenia. W literaturze z zakresu filozofii medycyny można się spotkać z określeniem „styl myślenia w medycynie”. Termin ten wydaje się odnosić zarówno do założeń teoretycznych, jak i wskazań praktycznych, które są tworzone przez różne wspólnoty społeczne (np. lekarzy, pacjentów). Por. W. Sady, *Spór o racjonalność naukową: od Poincarégo do Laudana*, wyd. 2, Toruń 2014, s. 207–248.

⁷⁸ M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt.

⁷⁹ Tamże, s. 151.

języka fizykalnego. Takie stanowisko rozpowszechniło się w wieku XX, w dużej mierze za sprawą dyskusji, jakie toczyły się na gruncie filozofii. Wśród filozofów o orientacji neopozytywistycznej rozpowszechniało się przekonanie, że wszystko na świecie jest utworzone przez jednostki fizyczne. Niektóre rzeczy wprost jawiły się jako fizyczne, a te, które były postrzegane jako niefizyczne (np. umysł), miały być zależne od fizycznej podstawy. Do opisu tak skonstruowanego świata – jak łatwo się domyślić – stosowano język fizyki⁸⁰. Neopozytywiści wyznaczyli epistemologiczne kryteria, które określiły sposób badania rzeczywistości zmierzający do wiedzy naukowej. W realizacji tego celu okazała się pomocna tradycja empirystyczna oraz sukcesy logiki matematycznej. Pierwsza z nich była z powodzeniem rozwijana przez Ernesta Macha (1838–1916), fizyka i filozofa, który ukazywał rolę nauk doświadczalnych. Mach zmierzał do oczyszczenia nauki z niejasnych pojęć, które nie sprowadzały się do czystych faktów empirycznych. Z kolei na ukształtowanie pojęcia naukowości przy odniesieniu do logiki duży wpływ miał Ludwig Wittgenstein (1889–1951). Ten filozof wskazał na zależność zachodzącą między prawami logiki a strukturą świata. Ta idea została podjęta przez kolejnych myślicieli, którzy przyłączając się do tzw. Koła Wiedeńskiego, analizowali język nauki. Wśród nich znaleźli się między innymi Moritz Schlick, Rudolf Carnap i Otto Neurath⁸¹.

Neopozytywiści zaproponowali konkretne zasady, które miały doprowadzić do opisu świata opartego na naukach empirycznych. Drogą do realizacji tego postulatu była analiza logiczna. Polegała ona na redukcji wypowiedzi o rzeczywistości do „zdań atomowych” – czyli takich zdań, który były najprostsze i jednocześnie wskazywały na to, co doświadczalne empirycznie. Naukowe ujęcie świata wyrażało się w prostych zdaniach obserwacyjnych lub w zdaniach złożonych, które można było zredukować do zdań obserwacyjnych. O ich naukowym charakterze świadczył fakt, że mogły być poddane empirycznej weryfikacji. Na podstawie dokonywanych obserwacji świata określano ich prawdziwość lub fałsz. Poza tym w naukach przyrodniczych istniały też twierdzenia nauk formalnych, takich jak matematyka czy logika. Te również były uznane za sensowne, ale już nie poprzez ich weryfikację, lecz ze względu na to, że wskazują na logiczną strukturę świata⁸². Inaczej rzecz się miała z twierdzeniami metafizyki. Jako wypowiedzi nieweryfikowalne empirycznie i – według neopozytywistów – również pozbawione sensu tego rodzaju zdania co najwyżej były uznawane za swobodną ekspresję uczuć. Ale na to – według przedstawicieli Koła Wiedeńskiego – w nauce nie ma miejsca⁸³.

⁸⁰ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, „Dialogues in Philosophy Mental and Neuro Sciences”, 10 (2017), nr 2, s. 43–46.

⁸¹ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 78–83.

⁸² Por. S. Wszolek, *Elementy metafizyki*, Tarnów 2008, s. 42–50.

⁸³ Por. tamże, s. 50–51.

Kolejną tezę, która ma wpływ na styl myślenia w modelu biomedycznym, jest mikroredukcja i jedność nauki. Mikroredukcja dotyczy sprowadzenia praw różnych nauk do praw fundamentalnej fizyki, na przykład w ten sposób stany opisywane w języku psychologii mają być ostatecznie wyjaśnione na poziomie fizyki. Mikroredukcję można przedstawić jako proces wyjaśniania całości poprzez jej części elementarne. Irena Szumilewicz w następujący sposób wyjaśnia tezę o mikroredukcji: „Postulat mikroredukcji stanowi zalecenie, aby teorię T_{n+1} zredukować do teorii T_n . Upraszczając, można powiedzieć, że postulat mikroredukcji zaleca wyjaśnianie własności całości na podstawie własności jej części i relacji między nimi”⁸⁴. Autorka dopatruje się początków mikroredukcji już w starożytności, na przykład w reprezentowanej przez Demokryta atomistycznej koncepcji świata. Grecki myśliciel starał się wytłumaczyć świat poprzez relacje zachodzące pomiędzy atomami. Zakładał, że jako proste, niezmiennie i niepodzielne jednostki są one podstawowym budulcem skomplikowanych układów. Zgodnie z tym podejściem, uwaga badacza powinna być skierowana przede wszystkim na poszukiwanie niezmiennego i podstawowego budulca wszelkich złożonych rzeczy⁸⁵. Szumilewicz w podejściu Demokryta dostrzega dwa założenia:

„Po pierwsze, całość stanowi sumę samoistnych części zachowujących wszystkie własności, które te części miały wówczas, gdy nie były ze sobą związane. Własności całości są funkcją własności jej części składowych i relacji między nimi. Po drugie, istnieje ścisły związek między hierarchią – rzeczy w sensie ontologicznym a tą hierarchią w sensie poznawczym. Jeżeli część jest prostsza od całości, to pierwotniejsze w sensie logicznym są koncepcje opisujące części niż odnoszące się do całości”⁸⁶.

Wedle powyższej koncepcji naukowa wiedza ostatecznie opiera się na prawach podstawowych i nieredukowalnych, i to one powinny stanowić podłoże weryfikacji innych opisów. Ta zasada znalazła zastosowanie również w medycynie. Można dostrzec różne poziomy organizacji ludzkiego bytu, ale czujność naukowca powinna być skierowana przede wszystkim na cząsteczki elementarne jako te, które stanowią podstawę złożonych układów. Na tej zasadzie prawa obserwowane na poziomie molekularnym stanowią wyjaśnienie dla zachowania komórek. Taka redukcja przebiega stopniowo, od najwyższej gałęzi wiedzy po podstawową⁸⁷. Juś przypomina, że

⁸⁴ I. Szumilewicz, *Postulat mikroredukcji od Lukrecjusza do Boltzmanna i Brillouina*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 14 (1969), nr 1, s. 17.

⁸⁵ Por. tamże, s. 18.

⁸⁶ Tamże.

⁸⁷ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 84.

niektórzy autorzy (np. Jaegwon Kim) mikroredukjonistyczny schemat łączą także z zasadą przyczynowego domknięcia świata fizycznego. Jest to zasada, według której cząstki elementarne stanowią przyczynę zjawisk odnotowanych na poziomie innej gałęzi wiedzy. Ostatecznie, na poziomie mikrofizyki miałyby być wyjaśnione obserwacje każdego innego rodzaju⁸⁸.

Z postulatem mikroredukcji łączy się jeszcze jedno istotne podejście, a mianowicie postulat jedności nauki. Wprawdzie teza ta nie znajduje bezpośredniego przełożenia na rzeczywistość współcześnie rozwijającej się wielospecjalistycznej wiedzy, to jednak może być widoczna w przyjmowanym przez naukowców światopoglądzie. Sama ta teza wiąże się z przekonaniem, że możliwe jest ujednoczenie wiedzy zarówno poprzez unifikację stosowanego w nauce języka, jak i poprzez redukowalność teorii naukowych⁸⁹. Takie poglądy były charakterystyczne dla neopozytywistów, a współcześnie można je odnieść do przekonania o możliwości skonstruowania ostatecznej teorii. Współczesnymi reprezentantami tego podejścia są np. Stephen W. Hawking, Roger Penrose, Frank Tipler czy Steven Weinberg⁹⁰.

Omówione dyrektywy (uprzywilejowanie języka fizykalnego oraz zasada mikroredukcji i związana z nią teza o jedności nauki) wydają się najistotniejsze dla charakterystycznego w modelu biomedycznym redukjonistycznego stylu myślenia, ale można też – za Marcinem Jusiem – dodać inne zasady, które wspierają powyższe postulaty, takie jak teoria identyczności oraz prostota ontologiczna i eksplanacyjna. Pierwsza z nich – teoria identyczności – występuje w dwóch postaciach: egzemplarycznej i typicznej. Typ egzemplaryczny zakłada, że „każde jednostkowe zdarzenie w przyrodzie jest zarazem pewnym zdarzeniem fizycznym”⁹¹. Z kolei wersja typiczna jest to przekonanie, według którego „każde zdarzenie określonego typu (z zakresu np. biologii lub psychologii) jest tożsame ze zdarzeniem fizycznym określonego typu”⁹². Teoria identyczności znajduje odzwierciedlenie na przykład w redukcji psychologicznych opisów do wyjaśnień z zakresu neurofizjologii⁹³. Druga teza – prostota ontologiczna i eksplanacyjna – zmierza do uproszczenia nauki. Jest to idea wyrażona w filozofii jako zasada niemnożenia bytów ponad te, które są konieczne (tzw. „brzytwa Ockhama”). W nauce postulat ten przejawia się jako selekcjonowanie wyjaśnień i wybieranie tylko tych, które bazują na małej liczbie założeń⁹⁴.

Powyższe zasady metodologiczne wywarły wpływ na styl myślenia charakterystyczny dla modelu biomedycznego. Ich przejawem jest między innymi odgraniczanie w medycynie tego, co

⁸⁸ Por. tamże, s. 84.

⁸⁹ Por. M. Szykiewicz, *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych*, Poznań 2009, s. 31–32.

⁹⁰ Tamże, s. 108.

⁹¹ M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 86.

⁹² Tamże.

⁹³ Tamże, s. 86.

⁹⁴ Por. tamże, s. 87–88.

może być uznane za naukowe od subiektywnych poglądów. Zgodnie z redukcjonistycznym stylem myślenia, medycyna jest postrzegana jako nauka przyrodnicza, a podstawowym kryterium świadczącym o jej naukowości jest właśnie stosowanie języka fizykalnego. Język fizykalny pozwala na znacznie precyzyjniejsze określenie badanych zjawisk niż stwierdzenia potoczne, dlatego stosowany jest z powodzeniem. Jak zauważa Juś: „Język fizykalny ma zatem opisywać czasoprzestrzennie obserwowane fakty, ujmując je w mierzalne matematycznie relacje”⁹⁵. Ten typ myślenia widoczny jest na przykład w pracy lekarzy podczas konsyliów. Specjaliści, podejmując decyzje, posługują się spójnym i precyzyjnym językiem, o jasno określonej terminologii. Dokumentacja medyczna opiera się na twierdzeniach medycznych czy wężziej opisach fizjologicznych, które – podobnie jak zakładali neopozytywiści – można sprowadzić do prostych zdań empirycznie weryfikowalnych. Taki obraz stanowi podstawę wiarygodnego rozpatrywania poszczególnych przypadków. Za obiektywne dane uznawane są wyniki sparametryzowane, a nie subiektywne odczucia chorego. Dodatkowym wsparciem dla takiego podejścia jest zastosowanie technologii komputerowej, dzięki której generowane są określone dane, np. w postaci rezonansu magnetycznego, badań rentgenowskich czy tomografii komputerowej⁹⁶.

W praktyce lekarskiej zastosowanie znajduje także postulat mikroredukcji. Skomplikowane i złożone zjawiska chętnie są sprowadzane do prostszych i bardziej specjalistycznych ujęć, które można opisać za pomocą zasad fizyki i chemii⁹⁷. Juś jako przykład stosowania zasady mikroredukcji podaje sposób wykonywania i odczytywania obrazu elektrokardiograficznego (EKG). Rejestracja czynności serca sprowadzona do możliwie podstawowych jednostek stanowi podłoże poprawnie prowadzonej diagnostyki. Obserwacja właściwości fizycznych komórek mięśnia sercowego jest pomocna w ustaleniu konkretnych schorzeń. Innym przykładem są badania w obszarze ryzyka zachorowań na raka. Szkodliwość palenia została wykazana właśnie na podstawie analizy właściwości mikrocząsteczek w dymie papierosowym i ich interakcji z mikrocząsteczkami organizmu⁹⁸.

Na podstawie powyższych przykładów można zauważyć, że wnioski istotne dla medycyny są oparte na badaniach dotyczących podstawowych gałęzi nauki (zajmujących się możliwie najbardziej podstawowymi własnościami). Te dane są uznawane w nauce za obiektywne i rzetelne. Prezentowane podejście nie pozostaje bez wpływu na samych lekarzy. Specjaliści modelu biomedycznego, udzielając konkretnych zaleceń, bazują na badaniach opartych na

⁹⁵ Tamże, s. 82.

⁹⁶ Por. tamże, s. 152–153.

⁹⁷ Carl G. Hempel postulował redukcję praw biologicznych do opisów fizykochemicznych. Por. C.G. Hempel, *Filozofia nauk przyrodniczych*, tłum. B. Stanosz, Warszawa 2001, s. 213–214.

⁹⁸ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 154.

redukcjonistycznym stylu myślenia. Wedle tego podejścia, wiedza odnosząca się do poziomu molekularnego jest bardziej wiarygodna niż osobiste przekonania chorego i jego subiektywny odbiór własnego stanu zdrowia. Poza tym same sytuacje kliniczne zmuszają do oparcia się na podejściu redukcjonistycznym. Im poważniejszy jest stan pacjenta i wymagający szybszych działań, tym bardziej lekarze zmuszeni są do zawężonego myślenia – myślenia, w którym to nie kontekst, nie przeżycia wewnętrzne osoby, a nawet nie narząd brane są pod uwagę, ale konkretny parametr. Są takie momenty w medycynie, że życie i zdrowie pacjenta sprowadzane są do liczby. Na przykład u pacjenta w przebiegu terapii onkologicznej podstawą decyzji związanej z kontynuacją chemioterapii jest liczba białych krwinek; z kolei w przebiegu akcji resuscytacyjnej istotna jest zmiana zapisu elektrokardiograficznego i obecność akcji serca.

Redukcjonistyczne podejście wywarło także wpływ na psychiatrię – choć jest to ta część medycyny, która z trudnością sprowadza się do jednorodnych metodologicznie ujęć. Prawdziwym wyzwaniem jest określenie specyfiki świadomości. Według zwolenników redukcjonistycznego stylu myślenia możliwe jest wyjaśnienie natury świadomości poprzez odniesienie do procesów zachodzących w mózgu i opisanie ich w języku chemii i fizyki⁹⁹. Zgodnie z tym podejściem, należy zachować wąskie ramy definiowania zdrowia i choroby. Redukcjonistyczne podejście do zdrowia psychicznego jest też wspierane przez psychologię behawiorystyczną. Behawioryzm stanowi mniej lub bardziej udaną próbę rozprawienia się z problemami, które wielu badaczy uznałoby za humanistyczne. I choć samo podejście behawiorystyczne nie dokonuje rzetelnej redukcji zjawisk natury psychologicznej do języka fizyki, ponieważ posługuje się stwierdzeniami potocznymi¹⁰⁰, to jednak, dążąc do przeformułowania zagadnień psychologicznych do prostszych i precyzyjnych ujęć, do pewnego stopnia naśladuje redukcjonistyczny styl myślenia.

Ponadto można wyróżnić kilka podstawowych cech, które określają charakter praktyki klinicznej modelu biomedycznego. Według Andrew C. Ahna, Muneesha Tewari, Chi-Sanga Poona oraz Russella S. Philippsa są to¹⁰¹:

1. Skupienie na pojedynczych czynnikach odpowiadających za wystąpienie danej choroby, bez uwzględnienia przyczyn mniej oczywistych (na przykład w przypadku infekcji jest to patogen, w przypadku raka jest to guz).
2. Dążenie do przywrócenia homeostazy organizmu poprzez odniesienie do statycznych norm, a pomijanie stanów dynamicznych (na przykład suplementacja potasu do odpowiedniego,

⁹⁹ Por. M. Szynekiewicz, *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych*, dz. cyt., s. 109–110.

¹⁰⁰ L. Kołakowski, *Filozofia pozytywistyczna*, Warszawa 2003, s. 194–195, za: M. Szynekiewicz, *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych*, dz. cyt., s. 107.

¹⁰¹ Por. A.C. Ahn, M. Tewari, Chi-Sang Poon, R.S. Phillips, *The Limits of Reductionism in Medicine: Could Systems Biology Offer an Alternative?*, „PloS Medicine”, 3 (2006), nr 6.

ustalonego poziomu).

3. Ocenianie czynników ryzyka w sposób uproszczony (przewidywania dotyczące wystąpienia danej choroby są dokonywane w oparciu o podstawowy czynnik ryzyka, a nie poprzez analizę wielu wzajemnie wpływających na siebie czynników).

4. Fragmentaryczna analiza zagadnień medycznych (leczenie addytywne) (np. pacjent cierpiący na wiele chorób leczony jest przez różnych specjalistów, natomiast uwadze umyka jego całościowa kondycja).

Styl myślenia biomedycznego widoczny jest w przyjętych standardach leczenia. Odzwierciedleniem tego podejścia jest także ogólne przekonanie, że proponowany model medycyny przysłuży się do zobiektywizowania niejasnych zjawisk zdrowia i choroby. Nastawienie to ujawnia się także jako potrzeba panowania nad przedmiotem możliwej wiedzy w taki sposób, aby leczenie było jak najbardziej dookreślone. I choć model biomedyczny zmieniał się wraz z rozwojem nauki, to jednak ambicje związane z chęcią przeniknięcia zagadek ludzkiego ciała i dążenie do widocznego zlikwidowania nieprzyjemnych dolegliwości pozostawały niezmiennie.

1.1.1.4. Rola lekarza

W poprzednich podrozdziałach został przybliżony model biomedyczny pod kątem jego podstawowych kwestii: zdrowia, choroby oraz stylu myślenia. W tym miejscu wypada wyjaśnić, kim w modelu biomedycznym są lekarz i pacjent. A konkretnie, jaką rolę zajmują w układzie wzajemnego odniesienia. Mówiąc o roli lekarza, właściwie nie sposób odciąć się od problemu postępowania względem pacjenta. Wymagania, jakie są stawiane lekarzom, dotyczą przede wszystkim standardów leczenia i etycznego, a zarazem zgodnego z prawem odniesienia do pacjentów. Dla określenia roli lekarza nie jest bez znaczenia to, jak definiowany jest sam pacjent oraz pojęcia zdrowia i choroby. Założenia dotyczące tych kwestii mają wpływ na charakter pracy lekarza.

Jean-Christophe Mino i France Lert zauważają, że w modelu biomedycznym pacjent jest uważany za przypadek kliniczny. Problemy, z którymi zgłasza się do specjalisty, są przeformułowywane w objawy, składające się na obraz semiologiczny i/lub nosologiczny. Z medycznego punktu widzenia osoba (jako wyraz „ducha”) nie jest istotna. Tak postrzegany pacjent pozostaje pasywny wobec działań lekarza. Nie ma możliwości dokonania oceny sytuacji, w której

uczestniczy. Nie wie, w jaki sposób problemy, które wypowiada, są przeformułowane w konkretne decyzje medyczne¹⁰². Tylko specjalista dysponuje taką wiedzą. Obecność pacjenta sprowadza się przede wszystkim do bycia jednostką chorobową.

Z kolei lekarz jest tym, kto interweniuje. Jego celem jest leczenie pacjenta w oparciu o ocenę symptomów, standardy techniczne i normy postępowania. Do opisu konkretnego przypadku nie są potrzebne subiektywne przeżycia chorego. Uwaga specjalisty skierowana jest na przykład na tkanki, funkcje fizjologiczne, komórki, cząsteczki¹⁰³. Fritjof Capra zauważa: „Sprowadzając w ten sposób funkcje biologiczne do mechanizmów molekularnych i <<zasad czynnych>>, naukowcy ograniczają się do wycinkowych aspektów zjawisk, jakimi się zajmują. W rezultacie udaje im się osiągnąć jedynie fragmentaryczny obraz badanych zaburzeń”¹⁰⁴. Capra podkreśla: „W ciągu długich lat rozwoju medycyny naukowej lekarze zgłębili najbardziej utajone mechanizmy ludzkiego ciała i doprowadzili rozwój technologii medycznej do stopnia niebywałej złożoności i wyrafinowania”¹⁰⁵.

Koncentracja na ciele-mechanizmie i redukcjonistyczny styl myślenia rzutują na rolę lekarza. Chociaż lekarz może być zainteresowany również całą osobą, którą jest pacjent, to jednak w wąskich ramach, jakie nakreśla model biomedyczny, trudniej o rozwinięcie szerszego spojrzenia na człowieka. Władysław Szumowski, lekarz i historyk medycyny, dostrzega u lekarzy skłonność do fragmentarycznego ujęcia choroby. Zgodnie z tą tendencją, lekarze „naprawiają” tę część ciała ludzkiego, która dotyczy ich specjalizacji, pomijając nie tylko całość kondycji psychosomatycznej pacjenta, ale także jego cierpienie czy społeczne funkcjonowanie¹⁰⁶. Na takie podejście wpływają różne czynniki, na przykład: szybki rozwój nauki i konieczność przyswajania nowych informacji, edukacja nastawiona na wiedzę *stricte* medyczną, poważanie lekarzy przede wszystkim za ich specjalistyczne przygotowanie, rozwój technologii medycznej, liczne badania z zakresu biomedycyny i nakłady finansowe w tym zakresie, rozwój przemysłu farmakologicznego, spychanie na plan dalszy problemów lekarzy, ich przemęczenia i stresu na rzecz wyeksponowania ich efektywnej pracy¹⁰⁷.

W modelu biomedycznym zaznacza się też znaczna dominacja lekarza nad pacjentem – zarówno pod względem wyboru metod leczenia, jak i odpowiedzialności. Zjawisko choroby jest uznane za problem, który można zobiektywizować i rozwiązać jedynie poprzez zastosowanie konkretnej wiedzy, jaką posiada lekarz. Capra wskazuje, że model biomedyczny potęguje w

¹⁰² J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt., s. 232.

¹⁰³ Tamże, s. 232.

¹⁰⁴ F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 182.

¹⁰⁵ Tamże, s. 183–184.

¹⁰⁶ Por. W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Kęty 2007, s. 77.

¹⁰⁷ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 183–223.

lekarzach poczucie sprawstwa i dlatego lekarze przyjmują względem pacjentów rolę ojcowską. Może to być surowy ojciec bądź łagodny, ale zawsze charakteryzuje się postawą nadrzędną i autorytarną¹⁰⁸. Lekarz przejmuje kontrolę, ponieważ posiada doświadczenie i wiedzę. Taka zaangażowana postawa specjalistów jest podtrzymywana również dlatego, że w modelu biomedycznym pacjent nie jest uczony odpowiedzialności za przebieg leczenia.

Problem relacji między lekarzem a pacjentem szczegółowo przeanalizowali Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel – ukazując, w jaki sposób zmienia się rola lekarza w zależności od udziału pacjenta w podejmowanych decyzjach medycznych. Autorzy wyodrębnili cztery modele możliwej interakcji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Model paternalistyczny – określający właśnie „ojcowską” dominację lekarza i bierność chorego – jest jedną z czterech wymienionych przez nich form komunikacji¹⁰⁹.

Podejście paternalistyczne do pacjenta – często łączone z modelem biomedycznym – nazywane jest również rodzicielskim lub kapłańskim. Zgodnie z tą perspektywą istnieją obiektywne kryteria określające, co jest chorobą i jak można ją leczyć. Taką wiedzę ma tylko lekarz. Tylko on wie, co jest najlepsze dla pacjenta pod kątem skutecznej walki z chorobą. Lekarz odgrywa rolę strażnika, który zabiega o dobór najlepszych metod i ich prawidłowy przebieg. Podaje tylko wybrane informacje, które zachęcą pacjenta do wyrażenia zgody. A jeśli pacjent takiej zgody nie może udzielić, wówczas zakłada się, że i tak będzie wdzięczny za działanie medyczne przeprowadzone bez jego świadomości, a zgodne z przekonaniem lekarza¹¹⁰.

Biomedyczna definicja zdrowia wydaje się sprzyjać realizacji podejścia paternalistycznego. Określa jasne kryteria zdrowia i choroby, a na tej podstawie łatwiej ustalić, które metody lepiej przysłużą się do osiągnięcia terapeutycznych celów. Pomijane są z kolei aspekty trudniejsze do jednoznacznego zdefiniowania i zależne od subiektywnych przeżyć, takie jak odczucia chorego. W myśl modelu biomedycznego, lekarz nie musi posiadać wysokich kompetencji interpersonalnych, ale nie może zabraknąć mu wiedzy i technicznej sprawności. Powinien też myśleć w oparciu o jasno ustalone procedury. Jego rola przede wszystkim sprowadza się do bycia specjalistą. Celem lekarskich starań jest przywrócenie ciała-mechanizmu do sprawności, zgodnie z wyznaczonymi normami. Siłą lekarza jest umiejętność sprawowania intelektualnej kontroli nad żywiołem choroby, co wyraża się poprzez zobiektywizowane ujęcie patologii, posiadaną specjalistyczną wiedzę, zastosowanie terminologii medycznej czy osiągnięcie konkretnych wyników. Sukcesem jest dowód,

¹⁰⁸ Por. tamże, s. 216.

¹⁰⁹ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*, dz. cyt. Pozostałe trzy podejścia do pacjenta wymienione przez Emanuelów to: model informatywny, model interpretatywny i model deliberatywny (tamże).

¹¹⁰ Tamże, s. 2221–2224.

który jest mierzalny. Takie podejście bardzo długo było pożądanym ideałem lekarskiego przygotowania, przynosiło i przynosi określone efekty. To uproszczenie pozwala na szybkie przejście kontroli przez specjalistę i w wielu przypadkach sprzyja skutecznej terapii i ratowaniu życia. Chociaż, jak zostanie pokazane w kolejnym punkcie, wąskie spojrzenie na problem zdrowia i skrajnie paternalistyczne podejście mają również negatywne skutki.

1.1.1.5. Krytyka modelu biomedycznego

Nie sposób pominąć sukcesów medycyny opartej na podejściu redukcjonistycznym. Do dziś metodologia bazująca na redukcjonistycznym stylu myślenia ma swoje ważne miejsce w zachodniej medycynie. Można powiedzieć, że przetrzymała próbę czasu, bo począwszy od idei kartezjańskiego ujęcia ciała jako maszyny minęło kilka wieków. I choć we współczesnej medycynie stanowisko konsekwentnego redukcjonizmu metodologicznego wydaje się nie do utrzymania, to jednak wciąż postępowanie diagnostyczne i leczenie ma w znacznej mierze oparcie w metodologii redukcjonistycznej. Reducjonistyczny sposób przeprowadzenia dowodu rozjaśnił tajemnice ludzkiego ciała, przyczyniając się do zbudowania stabilnej pozycji modelu biomedycznego¹¹¹. Dlatego, mówiąc o sukcesach modelu biomedycznego, w pierwszej kolejności wypada wskazać te ważne odkrycia, które są wynikiem zastosowania redukcjonistycznego stylu myślenia i do dziś stanowią punkt odniesienia dla praktyki klinicznej. Są to na przykład: rozwój immunologii, zastosowanie antybiotyków, skuteczne metody walki z epidemiami, opis ludzkiego genomu czy odkrycie neuromodulatorów i neuroprzekaźników¹¹².

Silną stroną modelu biomedycznego jest również wypracowanie specjalistycznego, precyzyjnego języka, klasyfikacja chorób, kliniczne modele postępowania terapeutycznego, użycie wyspecjalizowanej technologii do diagnostyki i leczenia, rozwój specjalizacji medycznych. Te cechy sprawiły, że możliwe było wspólne działanie lekarzy i naukowców w walce o zdrowie społeczeństwa i przedłużenie życia. I te cele zostały osiągnięte. Liczba lat życia człowieka znacznie wzrosła. Klasyfikacja chorób, normy i jasne procedury pozwoliły też na konceptualizację kolejnych działań, łatwiejsze i szybsze oddziaływanie na szerszą skalę. Najogólniej rzecz ujmując, model biomedyczny dał lekarzom grunt do systematycznego ulepszania praktyki klinicznej¹¹³.

¹¹¹ Por. J. Kałuża, *Humanistyczne i ahumanistyczne aspekty redukcjonizmu we współczesnej medycynie*, w: *Nauka – religia – dzieje*, red. J.A. Janik, Kraków 1992, s. 75.

¹¹² Por. A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka*, „Problemy Higieny i Epidemiologii: organ Polskiego Towarzystwa Higienicznego”, 93 (2012), nr 4, s. 683–684.

¹¹³ Por. tamże.

Pomimo szybkiego rozwoju medycyny, popartego licznymi dowodami, nastąpiło jednak załamanie modelu biomedycznego. Okazało się, że skuteczność nie może być bezwzględnym kryterium praktyki lekarskiej. Przypomnijmy, że dla modelu biomedycznego najważniejsza jest strona somatyczna. Choroba jest traktowana jako coś niezależnego od podmiotu i jego przeżyć wewnętrznych. Leczenie opiera się na naukowym opisie obiektywnych przyczyn oraz zmierza do wykorzystania specjalistycznej wiedzy w praktyce, aby doprowadzić stan pacjenta do określonych norm. Może to zrobić jedynie odpowiednio przygotowana osoba – czyli lekarz. Redukcjonistyczne i obiektywne ujęcie zdrowia i choroby po części wpływają na skuteczne działanie i wyeliminowanie przyczyn bądź skutków choroby, ale jednocześnie w tak „wąskim” podejściu pomijana jest psychiczna i duchowa strona. Na przykład stosując reguły redukcjonistyczne, nie można opisać w pełni czynności ośrodkowego układu nerwowego¹¹⁴. Redukcjonistyczne programy badawcze ujmują jedynie przedmiotową stronę zjawisk, a to okazuje się niewystarczające. Podmiotowa strona również ma znaczenie. W modelu biomedycznym uwadze umyka sam pacjent jako ten, kto choruje i walczy z chorobą¹¹⁵.

Z pola widzenia lekarza niknie fenomen samoistnego dążenia organizmu do zdrowienia na rzecz poszukiwania zarówno somatycznego podłoża choroby, jak i chęci jej skutecznego i szybkiego wyeliminowania. Pomijany jest wpływ charakterystycznych dla wszystkich organizmów żywych naturalnych sił bytu do samozdrowienia. Capra zauważa, że analizy dokonane w obrębie paradygmatu biomedycznego nie wyjaśniają złożonych, podmiotowych możliwości osoby¹¹⁶. Problem ignorowania potencjału ludzkiego bytu jest znacznie szerszy i szersze są też negatywne skutki pomijania takich zagadnień. Przykładowo, jeśli pacjent cierpi na depresję, to najpewniej typowym działaniem lekarza o zdecydowanej orientacji biomedycznej będzie zastosowanie środków farmakologicznych, bez uwzględnienia pracy świadomości pacjenta, jego psychicznej i duchowej walki nastawionej na przewyciężenie przyczyn somatycznego rozstroju¹¹⁷.

Model biomedyczny wzmocnił przekonanie, że człowiek może zawładnąć materią. I nawet do pewnego stopnia medycyna oparta na fizykalizmie osiągnęła taki cel. Problem polega jednak na tym, że przejście kontroli nad somatyczną stroną nie poprawia samopoczucia pacjenta, a przecież

¹¹⁴ Józef Kałuża zauważa: „Ośrodkowy układ nerwowy jest tym terenem, na którym przebiega granica między zjawiskami rozpoznanymi poprzez redukcjonistyczne programy badawcze a zjawiskami, które się nie mieszczą w tych programach. Jest to równocześnie granica – tak się przynajmniej wydaje – między tym, co redukowalne, i tym, co nieredukowalne w człowieku. Ta granica ma nie tylko znaczenie dla wyjaśnienia roli, którą spełnia redukcjonizm we współczesnej medycynie, lecz także dla określenia linii podziału na przedmiotowość i podmiotowość człowieka w naukach lekarskich” (J. Kałuża, *Humanistyczne i ahumanistyczne aspekty redukcjonizmu we współczesnej medycynie*, dz. cyt., s. 82–83).

¹¹⁵ Por. tamże, s. 82–83.

¹¹⁶ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 172.

¹¹⁷ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, dz. cyt., s. 46–49.

chory nie zgłasza się do lekarza po to, aby jego parametry osiągnęły w warunkach laboratoryjnych określoną normę, ale po prostu w miejscu swojego codziennego funkcjonowania chce poczuć się lepiej. Dobre samopoczucie nie sprowadza się do sprawnie działającego organizmu. Tymczasem fizykalne ujęcie nie oddaje tej subiektywnej strony zdrowia. Mimo że chęć wzmocnienia ogólnej kondycji człowieka wydaje się podstawową pobudką niesionej przez lekarza pomocy, to jednak w modelu biomedycznym trudno o wyjście poza aspekt somatyczny. Apodyktyczne narzucanie rozwiązań skutecznych w świetle wiedzy biomedycznej – paradoksalnie – może nawet jakość życia pacjenta obniżyć. Taki przypadek zachodzi, gdy pomyślna operacja doprowadza do urazu psychicznego¹¹⁸.

Poważną wadą modelu biomedycznego jest skoncentrowanie na biofizycznych zmianach, bez uwzględnienia indywidualnych cech pacjenta i szerszego kontekstu jego życia. Uwadze umykają czynniki, które również mają wpływ na zdrowie, np. stan psychiczny, społeczne funkcjonowanie, środowisko, duchowość¹¹⁹. Trudność dostrzeżenia szerszego tła zależności dotyczących wystąpienia choroby wynika też z rozbicia medycyny na poszczególne specjalizacje. I choć sam ten podział przyniósł wiele korzyści dla poszczególnych analiz, to jednak osłabił czujność lekarzy w odniesieniu do całościowego obrazu diagnostyczno-terapeutycznego. W obrębie modelu biomedycznego niełatwa wydaje się zarówno integracja tych różnych gałęzi wiedzy medycznej, ale także przekroczenie samego stylu myślenia opartego na zasadach redukcjonistycznych. Władysław Szumowski zauważa:

„Samo zsumowanie kilkunastu analiz nie da jeszcze diagnozy. Myślenie kliniczne wymaga syntezy, ogarnięcia całości, która jest czymś więcej niż sumą przedziałów człowieka, jednakże urok analiz jest tak wielki, że dla wielu lekarzy ich liczba jest niemal równoznaczna z naukowością medycyny. (...) Co więcej, patologia izolowała istotę ludzką ze środowiska społecznego, fizycznego, kosmicznego; zlekceważyła stosunki i prawa harmonii między ustrojem żywym a wszechświatem. Oddzielając ciało od duszy, stracono z oczu jedność osobnika”¹²⁰.

Ponadto redukcjonistyczny styl myślenia nie ukazuje funkcji, jaką pełni choroba. Jest ona wyraźnie interpretowana jako coś negatywnego – patologia czy defekt. Tymczasem bywa też tak, że choroba okazuje się czymś pozytywnym dla rozwoju¹²¹, na przykład, gdy wyzwala potencjał

¹¹⁸ Por. P. Tillich, *The Meaning of Health*, „Perspectives in biology and medicine”, 5 (1961), nr 1, s. 99.

¹¹⁹ Por. A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 686.

¹²⁰ W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, dz. cyt., s. 77.

¹²¹ Por. K. Szewczyk, *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii, biologii i medycyny*, Łódź 2002, s. 245.

podmiotu w kierunku przystosowania się do nowych warunków, weryfikuje styl życia, przyjmowane wartości czy priorytety. Ale dostrzeżenie tej specyfiki nie było możliwe ze względu na brak dynamicznego i wieloaspektowego ujęcia zdrowia¹²². Fizykalizm stał się na długo bezpieczną „bazą” myślenia lekarskiego. Atrakcyjność przyjęcia takiej perspektywy była dodatkowo stymulowana rozwojem przemysłu farmakologicznego, który oferuje szybsze łagodzenie dolegliwości¹²³. Nie negując wartości tej drogi leczenia, można jednocześnie postawić pytanie o swobodne możliwości podejmowania przez lekarzy wielopoziomowych poszukiwań w zakresie stawiania diagnozy i leczenia. Redukcjonizm może przyzwyczajając do zbyt prostego postępowania w stosunku do złożonej natury problemów. A przecież cierpienie, z jakim zgłasza się pacjent, wymyka się biomedycznej kontroli, a jego przyczyny są znacznie bardziej złożone niż może to wykazać metoda redukjonistyczna.

Ten problem odsłonił się przede wszystkim w obszarze psychiatrii. Lekarz psychiatra skoncentrowany na problemach umysłu mógłby najpewniej odnieść się do złożoności ludzkiego bytu. Ale to nie było łatwe, bowiem i ta część medycyny rozwijała się pod wpływem redukjonistycznego stylu myślenia, zachowując, podobnie jak inne specjalizacje, przede wszystkim „orientację organiczną”. Taka ścieżka rozwoju okazała się bardziej oczywista. Wzajemna zależność pomiędzy aspektem fizycznym a umysłowym (necielesnym) pozostawała zbyt dużą zagadką dla zorientowanej naukowo medycyny¹²⁴. I choć już w XIX wieku wzrastało zainteresowanie badaniami nad psychiką, to jednak główny trzon psychiatrii skutecznie odcinał się od tych odkryć. W XIX wieku powstaje na przykład psychoanaliza jako metoda filozoficznego ujęcia problemów psychiki, ale w obrębie psychiatrii sposobem na przezwycięzenie bólu pozostaje przede wszystkim farmakoterapia¹²⁵. Poza tym psychoanaliza – ze względu na swoje naturalistyczne ukierunkowanie – nie wydaje się propozycją konkurencyjną, która w sposób dostateczny objęłaby problematykę „ducha”. W związku z tym leczenie zaburzeń psychicznych w modelu biomedycznym nie uwzględnia złożonych przyczyn stanu pacjenta i jego podmiotowych możliwości powrotu do zdrowia. Tak zwany problem psychosomatyczny do dziś jest trudnym zagadnieniem w medycynie. Na przykład Ana K. Diaz i Joy C. Honea pokazują, jak biomedyczne podejście ukierunkowuje uwagę lekarza i pacjenta wyłącznie na obraz neurologiczny i zdarzenia fizjologiczne, przesłaniając źródła choroby ukryte w mniej widocznym, subiektywnym doświadczeniu. Taka orientacja utrudnia dokonanie zmian w tym pozabiologicznym zakresie, w

¹²² Por. A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 684.

¹²³ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, dz. cyt., s. 46.

¹²⁴ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 179.

¹²⁵ Por. tamże, s. 195.

jakim choroba również może mieć swój początek¹²⁶. Kontrowersyjne refleksje Diaz i Honea prowadzą do przekonania, że leczenie psychiatryczne oparte na redukcjonistycznych metodach może odebrać pacjentom pozytywne szanse zrozumienia siebie i możliwości przekroczenia problemów. I trudno o jednoznaczne odparcie tych obaw.

Model biomedyczny zatracił też różnice między jednostkami¹²⁷. Zaburzenie jest określane na podstawie odchylenia od przyjętych norm. Normy te przybierają w modelu biomedycznym charakter idealny, bez uwzględnienia różnic. Tymczasem to, co w jednym przypadku jest korzystne, w innym może już takie nie być. Uogólnienia stają się punktem odniesienia dla lekarzy, ale jednocześnie uwadze mogą umknąć indywidualne cechy, które również mają znaczenie. Szawarski stwierdza nawet, że próba ustalania doskonałych norm dla każdej funkcji i struktury jest podstawową wadą modelu biomedycznego. Nie można już choćby stwierdzić, co konstytuuje idealny genotyp, tym samym nie jest możliwe również ukazanie patologii jako odchylenia od przyjętej *a priori* idealnej struktury doskonałej¹²⁸.

Krytyka modelu biomedycznego obejmuje również postawy pracowników służby zdrowia. Postępująca medykalizacja¹²⁹ nie tylko utrudnia szersze pojmowanie zdrowia, ale także może osłabiać szacunek względem samego człowieka i przygaszać wrażliwość na egzystencjalny trud zmagania z chorobą¹³⁰. Niektórzy autorzy zauważają, że takie „głębsze” ujęcie pacjenta w modelu biomedycznym nie jest możliwe.

Laurence J. Kirmayer, lekarz zajmujący się psychiatrią transkulturową, przychyliła się do stanowiska o wpływie redukcjonistycznej metodologii na postawę moralną lekarzy. Jego zdaniem wybór wyjaśnienia w medycynie jest nieodłącznie powiązany z przekazem określonych wartości. Dyskurs naukowy, znamieny dla modelu biomedycznego, może wydawać się wolny od wartości i neutralny, ale w rzeczywistości kształtuje nie tylko postawy badawcze, ale także określone nastawienie względem pacjenta. Zdaniem Kirmayera w modelu biomedycznym trudno o

¹²⁶ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, dz. cyt., s. 46–49.

¹²⁷ Por. K. Szewczyk, *Katastrofy przestrzeni*, dz. cyt., s. 244–245.

¹²⁸ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 74–75.

¹²⁹ „Medykalizacja” nazywana jest również „naturalizmem medycznym”, a oznacza redukcję aspektu psychologicznego do fizycznego. Wedle tego podejścia istnieje rzeczywisty i niezmienny świat naturalnych jednostek chorobowych. Przeciwną do naturalizmu medycznego koncepcją jest „społeczny konstruktywizm” (por. D. Pilgrim, R. Bentall, *The Medicalisation of Misery: A Critical Realist Analysis of the Concept of Depression*, „Journal of Mental Health”, 8 (1999), nr 3). Pojęcie medykalizacji ma też szersze znaczenie, „opisuje proces poddawania życia ocenie i kontroli medycznej, poprzez określanie go w kategoriach norm zdrowotnych i praktyki związanej z utrzymaniem, przywracaniem i polepszaniem zdrowia” (J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, *Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku*, „Hygeia Public Health”, 49 (2014), nr 3, s. 382).

¹³⁰ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, dz. cyt., s. 46–49.

uwzględnienie osobowego charakteru relacji lekarz – pacjent¹³¹. Podobne intuicje wyraża Kazimierz Szewczyk, stwierdzając, że model biomedyczny prowadzi do etyki utilitarnej¹³². Capra również pokazuje, że przyjęcie modelu biomedycznego wpływa na sposób traktowania pacjenta. Lekarz przestaje widzieć osobę w jej bogatym doświadczeniu, a postrzega jedynie przypadek chorobowy. W konsekwencji model biomedyczny, zdaniem autora, odznacza się nadmiernym zinstytucjonalizowaniem, depersonalizacją, brakiem współczucia i troski¹³³.

Na negatywny odbiór modelu biomedycznego niewątpliwie miały też wpływ prace Michela Foucaulta. Filozof szeroko opisał zjawisko instrumentalizacji człowieka w modelu biomedycznym. Jego zdaniem redukcjonistyczna wiedza medyczna jest narzędziem władzy, stosowanej w postaci systemu norm narzucanych społeczeństwu. Chodzi więc nie tylko o sposób ujmowania zdrowia pacjenta, ale w ogóle styl życia społeczeństwa, jaki jest kształtowany pod wpływem modelu biomedycznego. Zdaniem Foucaulta styl myślenia dotyczący ujęcia problemu zdrowia i choroby niejako wdziera się w całą przestrzeń życia ludzkiego. Zgodnie z tą myślą, lekarz staje się narzędziem służącym do wzmocnienia „biopolityki populacji” – regulowania życia przy wykorzystaniu kategorii naukowych. Lekarz przypomina inspektora, który robiąc obchód, z dumą sprawdza ewentualne odstępstwa od norm. Takie podejście – zdaniem filozofa – wymyka się z kontekstu szpitalnego i wpływa również na świadomość społeczeństwa. Refleksja Foucaulta odsłania wzajemne powiązanie między stylem myślenia w medycynie a postawą przyjmowaną względem innych¹³⁴.

Zarzut o braku wycucia potrzeb pacjenta jest często podnoszony w powiązaniu z modelem biomedycznym. Obawa wiąże się przede wszystkim z ryzykiem przeniesienia podejścia redukcjonistycznego – charakterystycznego dla terapii – na samą relację pomiędzy chorym a personelem. Krystyna Florek zauważa:

„Często świat medyczny pielęgniarstwa staje się światem przedmiotów, wyników, parametrów, specjalistycznego sprzętu. Zwraca również uwagę pewna tendencja w kształceniu kadr medycznych (pielęgniarek, lekarzy), gdzie umiejętności manualne, wiedza, znajomość obsługi urządzeń medycznych stoi wyżej niż zagrożenia antropologiczne, duchowe, psychospołeczne”¹³⁵.

¹³¹ Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors*, dz. cyt., s. 82–84.

¹³² Por. K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa–Łódź 2001, s. 229.

¹³³ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 170, 199–202; K. Sobczak, A. Janaszczyk, K. Leoniuk, *Prawo do śmierci – lekarz i chory w obliczu śmierci*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 6 (2012), nr 2, s. 43–44.

¹³⁴ Por. E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucaulta: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, w: *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Lublin 2002, s. 182–190.

¹³⁵ K. Florek, *W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osobę*, w: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, red. E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok 2005, s. 43.

Florek podkreśla, że stosowane metody kształcenia i działania mogą zasłonić problemy istotne z perspektywy etycznej. Personel, doskonale przygotowany do walki z chorobami, może jednocześnie być pozbawiony właściwej reakcji na podmiotową stronę relacji z pacjentami. Na podstawie badań autorka dowodzi, że nierzadko brakuje takiej właściwej postawy na poziomie relacji z chorymi¹³⁶.

Biorąc pod uwagę powyższe negatywne refleksje na temat postaw lekarzy, można zastanowić się, czy rzeczywiście wraz z rozwojem modelu biomedycznego zachodzi depersonalizacja relacji lekarz – pacjent? Jak to się może przejawiać w postawie samego lekarza? Zdecydowanie nie chodzi tutaj tylko o samo badanie chorego przy użyciu zasad redukcjonistycznego stylu myślenia, ale o połączony z takim podejściem brak wrażliwości i gotowości głębszego widzenia człowieka w ogóle. Wydaje się, że krytyka obejmuje takie sytuacje, gdy lekarz modelu biomedycznego przenosi redukcjonistyczny styl myślenia, charakterystyczny dla stosowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych, na całościowe postrzeganie człowieka, co w efekcie miałyby się wiązać z postawą obojętności wobec przeżyć pacjenta.

Nie wydaje się jednak, aby lekarz modelu biomedycznego musiał z konieczności przyjmować aż tak zamkniętą postawę względem chorego. Jest to raczej kwestia jego moralnej gotowości i samowychowania w tym zakresie, a nie problem samego modelu wiedzy medycznej. Warto podkreślić rzecz chyba dość oczywistą, ale jednak ważną – a mianowicie – że w samym stosowaniu metod opartych na redukcjonistycznym stylu myślenia nie można dopatrywać się postępowania niemoralnego (a przynajmniej w sensie intencjonalnego działania na szkodę pacjenta). Z pewnością lekarz dokonuje redukcji względem zjawiska choroby, chociażby zakładając, że pewną przestrzeń życia osoby można opisać w postaci biochemicznego obrazu, ale ta opisywana część – na jakiej skupia się uwaga specjalisty – nie jest całą osobą. Można wyobrazić sobie sytuację, kiedy lekarz przyjmuje paternalistyczną kontrolę i dominację, gdy chodzi o prowadzenie leczenia, ale jednocześnie po przyjacielsku traktuje pacjenta i z powagą odnosi się do jego zmagania egzystencjalnych. Zainteresowanie aspektem osobowym może się wyrażać na przykład w słowach troski, wsparcia, szacunku. Paternalistyczne przejęcie kontroli może wiązać się wyłącznie z prowadzoną terapią, a nie z usunięciem tych subtelnych elementów spotkania z chorym.

W modelu biomedycznym szersze tło doświadczanej choroby nie musi być wykluczone, a jedynie pozostaje jasno oddzielone od samego leczenia. Wartość zbudowania relacji terapeutycznej (relacji zaufania i troski) nie jest w modelu biomedycznym powiązana bezpośrednio z leczeniem,

¹³⁶ Por. tamże.

ale może stanowić integralną część spotkania lekarza z osobą cierpiącą. Redukcja metodologiczna dotyczy jedynie postawy badawczej. Stwierdzenie, jakoby w modelu biomedycznym pacjent jako osoba z pewnością ginął uwadze lekarza, nie może być uznane za prawdziwe tylko dlatego, że lekarz potrafi z łatwością ujmować pacjenta jako przypadek kliniczny.

Poza tym wiedza medyczna nie jest stosowana przez jakiś skomputeryzowany system, ale konkretną osobę – konkretnego lekarza, posiadającego własne przemyślenia i przeżycia. Ten czynnik ludzki znajduje odzwierciedlenie w podejściu lekarza do pacjenta. Charakter spotkania z chorym przekracza ustalone reguły. W związku z tym, zawsze pozostaje „miejsce” na osobistą odpowiedzialność lekarza za to, w jaki sposób nawiąże do doświadczenia chorego. Ważne jest to, jak sam lekarz odnosi się do podejścia redukcjonistycznego – czy ustosunkowuje się do narzucanej metodologii krytycznie i czy kieruje się również własną intuicją co do leczenia. Wprawdzie – jak zauważa Ludwik Fleck – myślenie lekarskie jest mocno ograniczone przez społeczność badaczy, wyznaczających dla poznania klinicznego określone reguły i standardy¹³⁷, to jednak wgląd poznawczy jest dokonywany przez konkretne osoby, które przecież odkrywają fenomeny zdrowia i choroby również poza rolą lekarzy, na przykład wtedy, gdy sami stają się pacjentami i doświadczają, czym choroba jest z tej perspektywy. Zapewne model biomedyczny nie zamyka dróg do głębszego widzenia osoby.

Nie można mówić o zupełnym zredukowaniu pacjenta do nośnika choroby również z tego względu, że postępowanie lekarza było i jest polem zainteresowań również nauk humanistycznych. Refleksja nad etycznym i aksjologicznym wymiarem relacji lekarz – pacjent pozostawała wystarczająco otwarta, aby lekarz mógł zinterpretować osobę ludzką w kontekście głębszego metafizycznego spojrzenia. Spełnianie reguł modelu biomedycznego jest tylko jedną stroną postrzegania pacjenta.

Reasumując zagadnienie postawy lekarzy w modelu biomedycznym, należałoby więc powiedzieć, że medyczny „świat przedmiotów” nie implikuje postawy ignorancji, ale stwarza okoliczności dogodne dla ucieczki od podmiotowego i trudnego spotkania z cierpiącym człowiekiem. Lekarz modelu biomedycznego nie depersonalizuje samej osoby, która zgłasza się do niego na wizytę, ale skupiając się na pacjencie jako przypadku chorobowym i opierając się na redukcjonistycznych metodach, może osłabić własną wrażliwość na dobro drugiego człowieka i odciąć się od podmiotowej strony spotkania z chorym. Wobec tego lekarz modelu biomedycznego musi być szczególnie czujny na pozabiologiczny wyraz osoby (zwłaszcza dlatego, że aspekt duchowy czy psychiczny w obrębie samej metody medycznej nie jest widoczny). Niebezpieczne

¹³⁷ Por. B. Płonka-Syroka, *Metodologia Ludwika Flecka w kontekście standardu teoretycznego medycyny klinicznej (1750–1935)*, w: *Ludwik Fleck, tradycje – inspiracje – interpretacje*, red. B. Płonka-Syroka, P. Jamicki, B. Balicki, Wrocław 2015, s. 20.

wydaje się na przykład celowe sterowanie przez lekarza wolą pacjenta dla realizacji wyłącznie dobra medycznego. Stawiając zdrowie pacjenta (w myśl biomedycznej wiedzy) powyżej wolności chorego, lekarz dokonuje pomieszczenia porządku aksjologicznego. Skrajny paternalizm, w którym lekarz w ogóle nie kieruje uwagi na stosunek pacjenta do proponowanej terapii, nieuchronnie wiąże się z naruszeniem autonomii pacjenta. Brak u lekarza wyczucia etycznej strony spotkania z chorym może powodować, że pacjent zostanie potraktowany przedmiotowo. Nawet gdy lekarz próbuje doprowadzić pacjenta do celu, jakim jest zdrowie w myśl medycznej wiedzy, to jednak chory stanowi tylko środek jego zawodowej aktywności. W efekcie pacjent jest potraktowany instrumentalnie, a działanie lekarza należałoby określić jako niemoralne. W związku z tym, trudno nie zgodzić się z autorami, którzy wykazują, że model biomedyczny sprzyja depersonalizacji (co przejawia się na przykład w obojętności, szpitalnej izolacji chorych czy „przelekowaniu” pacjentów).

Model biomedyczny zostaje poddany krytyce zarówno od strony metodologicznej, jak i etycznej. Leczenie domaga się szerszego spojrzenia na problem zdrowia i choroby niż dyktuje kartezjański ideał ciała-maszyny. Redukcjonizm metodologiczny wydaje się we współczesnej medycynie nie do utrzymania. Nowe pytania, wątpliwości i wiele paradoksalnych decyzji wynikających z konsekwentnego trzymania się ustaleń fizykalizmu rozbiły pewność oparcia praktyki lekarskiej na modelu biomedycznym. Idea podejścia holistycznego zrodziła się na bazie dążeń do bardziej złożonego ujęcia zdrowia człowieka i troski o jego prawa decydowania o własnym zdrowiu. Nowa perspektywa ma ukazać pacjenta w jego szerszym kontekście funkcjonowania, wskazując na ludzką kondycję w wymiarze psychicznym, społecznym, ekologicznym i duchowym, bez konieczności poddawania tych obszarów regułom nauk przyrodniczych.

1.1.2. Model holistyczny

Model holistyczny jest często kojarzony z definicją zdrowia, zaproponowaną w 1946 roku przez Światową Organizację Zdrowia, wedle której zdrowie należy pojmować jako pełny dobrostan, zarówno fizyczny, umysłowy, jak i społeczny. Zauważa się zależność tych wszystkich czynników i dąży się do ich zrównoważenia¹³⁸. Taki zwrot jest nawiązaniem do idei leczenia, zapoczątkowanej

¹³⁸ Por. E. Starzyńska-Kościszko, *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i

przez Hipokratesa (ok. 460–377 p.n.e.), uważanego za „ojca medycyny”, przedstawiciela szkoły lekarskiej w Kos. Hipokrates łączył różne style myślenia, aby jak najpełniej odsłonić zagadki ludzkiego ducha i ciała. Postrzegał człowieka jako istotę zjednoczoną ze środowiskiem, a ludzki organizm – zgodnie z założeniami szkoły w Kos – był przedstawiany jako równowaga przeciwieństw¹³⁹. Dziś te idee znajdują uznanie w modelu holistycznym. Propagatorzy podejścia holistycznego, odnosząc się do dawnych tradycji, podkreślają konieczność spojrzenia na ludzkie zdrowie szerszej niż jest to możliwe przy założeniach paradygmatu biomedycznego.

Trudność rozwijania tych optymistycznych idei w dzisiejszych czasach polega jednak na tym, że wiedza znacznie się rozwinęła. Każda z nauk wypracowała własny sposób badania obserwowanych zjawisk i niełatwo o ustalenie dla tych poszukiwań wspólnego mianownika. Tym bardziej, że chodzi o takie rozwiązania, które mają służyć praktyce. W pierwszym skojarzeniu zamysł wprowadzenia modelu holistycznego w medycynie może wydawać się programem utopijnym. Ale z drugiej strony, powrót do prostszych ustaleń modelu biomedycznego, opartego wyłącznie na metodologii redukcjonistycznej, nie jest już możliwy. Model biomedyczny okazał się propozycją, która nie gwarantuje właściwego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Wykazano wiele błędów tego modelu. W związku z tym, otwarcie na bardziej całościowe ujęcie ludzkiego zdrowia okazuje się nie tylko potrzebne, ale także nieuniknione. Do rozważań nad modelem holistycznym coraz częściej włączają się przedstawiciele takich dyscyplin, jak psychologia, socjologia czy filozofia. I choć każde z tych podejść obejmowało problematykę ludzkiego zdrowia wcześniej niż datuje się powstanie modelu holistycznego, to jednak współcześnie coraz częściej doceniane jest już nie tyle szerokie spektrum teoretycznych ujęć problematyki medycznej, co raczej interdyscyplinarne współdziałanie, zmierzające do wypracowania takich rozwiązań, które znajdą zastosowanie w praktyce.

1.1.2.1. Założenia modelu holistycznego

Założenia modelu holistycznego, podobnie jak w przypadku podejścia biomedycznego, również wpisują się w filozofię Kartezjusza, z tą jednak zmianą, że ambicje badawcze sięgają już nie tylko substancji rozciąglej, ale także specyfiki ducha. W samej medycynie zwiększa się potrzeba wyjaśnień, które będą zgodne z dualistyczną koncepcją człowieka. Najłatwiej zobaczyć to na

Przyrodznawstwo”, 16 (2010), s. 324–326.

¹³⁹ Por. Z. Domosławski, *Wprowadzenie do medycyny*, Jelenia Góra 2007, s. 23–25.

przykładzie psychiatrii. Ta specjalizacja, długo kształtowana pod wpływem kartezjańskiego poglądu na ludzkiego ciało, coraz częściej otwiera się na problem ludzkiego umysłu, jako drugiego, obok ciała, obszaru rozważań francuskiego filozofa. Koncepcja dualistycznej budowy człowieka napotyka jednak na wiele trudności, zwłaszcza wtedy, gdy chodzi o jej odniesienie do medycyny. Duch jest rozumiany jako niematerialna substancja, która ma moc wprowadzania ciała w ruch. Jak jednak wykazać jego powiązanie z materią i wzajemną zależność ciała i umysłu? W myśl podejścia biomedycznego życie psychiczne sprowadzono do wyjaśnień neurologicznych i fizjologicznych zdarzeń.

Taki kierunek w dużej mierze był też podtrzymywany przez filozofów analitycznych¹⁴⁰. Ale w kontekście rozwoju medycyny trudno było o utrzymanie wyłącznie metod redukcjonistycznych. Lekarze zgłaszali potrzebę wykraczania poza wąskie ustalenia stosowanej wiedzy. Współczesny psychiatra Kenneth S. Kendler ukazuje, że jego kliniczna praktyka stale i na co dzień uwikłana jest w problem psychofizyczny. Z jednej strony oceniając stan pacjenta, koncentruje się na funkcjonowaniu jego mózgu, z drugiej rozważa stan jego umysłu. Jest to jednocześnie zestawianie dwóch odrębnych obrazów – biologicznego i psychologicznego oraz odpowiadających tym opisom dwóch perspektyw badawczych: perspektywy nauk naturalnych (*natural science*) i perspektywy nauk o człowieku (*human science*). Leczenie zaburzenia psychicznego sprowadza się do eliminowania dysfunkcji umiejscawianej w mózgu i wymaga zastosowania działań farmakologicznych, ale przy tym nie sposób pominąć również osobowych przejawów życia psychicznego, na przykład przekonań czy dążeń. A to z kolei związane jest z leczeniem poziomu psychologicznego¹⁴¹.

Model holistyczny jest odpowiedzią na takie poszukiwania. Ma stanowić teoretyczną podbudowę i dostarczać wskazówek odnośnie możliwych działań. Jest próbą wprowadzenia do medycyny całościowego rozumienia człowieka. Bo choć sam psychofizyczny problem jest zagadnieniem szeroko podejmowanym w teorii, to jednak wymaga też konkretnych rozstrzygnięć, które znajdą odzwierciedlenie w praktyce. Z pewnością takie ustalenia powinny prowadzić do wykazania, w jaki sposób lekarz ma podejmować problem duchowej strony bytu w swojej pracy; w jaki sposób ma analizować stosunek pomiędzy ciałem a umysłem, jakie posiadać umiejętności i jakimi posługiwać się metodami, aby uwzględniać obie płaszczyzny (cielesną i duchową) w sposób adekwatny do ich specyfiki.

Podstawą wyjaśnień i analiz w tym zakresie często jest systemowy sposób rozumienia

¹⁴⁰ Por. A. Diaz, J. Honea, *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, dz. cyt., s. 43.

¹⁴¹ Por. K.S. Kendler, *Introduction: Why Does Psychiatry Need Philosophy?*, w: *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*, eds. K.S. Kendler, J. Parnas, Baltimore 2008, s. 1–18.

świata, który pozwala opisać człowieka „całościowo”. Zgodnie z tą propozycją owa „całość” może być pojmowana dwojako: w znaczeniu węższym i szerszym¹⁴². Pierwszy opis dotyczy wyłącznie ludzkiego organizmu, który jest pojmowany jako system złożony z wielu powiązanych i zależnych części. Capra obrazuje takie ujęcia jako „drzewo systemowe”, którego gałęzie oznaczają poszczególne, coraz bardziej złożone systemy, takie jak: komórki, tkanki, narządy, systemy narządów, a w końcu cały organizm. Każdy system jest wewnętrznie zintegrowaną i samoorganizującą się całością, zawierającą mniejsze części i sam stanowiący część większej całości¹⁴³. W obrębie tych rozważań badany jest na przykład stosunek zachodzący między poziomem tkankowym a poziomem komórkowym. Metody antyredukcyjności mają uwzględniać specyfikę poszczególnych sfer ludzkiego ciała, nie redukując ich z konieczności do najbardziej podstawowych jednostek. Drugie rozróżnienie wykracza już poza badanie samego organizmu. Słowo „całość” odnosi się do większych systemów, których ludzki organizm jest jedynie częścią¹⁴⁴. W tym przypadku analizy dotyczą zależności występujących pomiędzy organizmem a bardziej złożonymi systemami, np. systemem społecznym czy ekologicznym.

Fritjof Capra dość szeroko interpretuje model holistyczny. Bardziej skonkretyzowana definicja modelu pochodzi od Zbigniewa Szawarskiego. Nawiązując do idei holistycznego ujmowania człowieka, filozof mówi o modelu aksjomedycznym wiedzy medycznej, odróżniając go od modelu biomedycznego. Szawarski również nawiązuje do systemowego obrazu przyrody i utworzonej na tej podstawie biopsychospołecznej definicji zdrowia, ale jednocześnie dodaje, że nie jest to właściwe dookreślenie zagadnienia. Zdaniem filozofa kluczem rozumienia modelu holistycznego nie są wspomniane systemy (biologiczny, psychiczny czy społeczny) i uczestniczenie w nich, ale jest nim specyficzna tylko dla człowieka zdolność do realizowania stawianych sobie celów¹⁴⁵. Nazwa nawiązująca do aksjologii, jaką Szawarski stosuje na określenie modelu, oddaje istotę nowego podejścia.

Podążając za przemyśleniami Szawarskiego, założenia modelu holistycznego (aksjomedycznego) można sformułować następująco¹⁴⁶:

1. Przyroda rozumiana jest jako system złożony z części. Części te mają wspólne właściwości i zmierzają do harmonijnej równowagi dynamicznej.
2. Człowiek jako system naturalny należy do hierarchicznie zorganizowanej całości. Z jednej strony można wyróżnić systemową budowę ludzkiego ciała (składającego się np. z systemu

¹⁴² Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 434–435.

¹⁴³ Por. tamże, s. 383–384.

¹⁴⁴ Por. tamże, s. 434–435.

¹⁴⁵ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 76–77.

¹⁴⁶ Por. tamże, s. 75–77.

nerwowego, systemu molekularnego, poziomu atomów). Z drugiej strony człowiek należy do bardziej złożonej sieci systemów (takich jak rodzina, kultura, ludzkość).

3. Należąc do złożonej sieci systemów, człowiek jest istotą, która „tworzy i działa w świecie wartości (...). Jako istota wolna i rozumna nadaje samodzielnie sens własnemu życiu i bywa tak, że inne wartości są dlań nieporównanie ważniejsze niż zwykle przetrwanie biologiczne i reprodukcja. Celem istnienia człowieka staje się zatem nie czyste, animalne przetrwanie, lecz istnienie w sposób godny osoby ludzkiej”¹⁴⁷.

4. Zdrowie należy rozumieć jako dynamiczną równowagę różnych systemów, które obejmują biologiczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka.

Podobny sposób rozumienia modelu holistycznego przedstawia Małgorzata Krajnik, lekarz medycyny paliatywnej. Krajnik stwierdza, że model holistyczny przede wszystkim obejmuje trzy elementy:

„1) szczególne znaczenie duchowości w medycynie

2) <<leczenie>> i <<uzdrawianie>> jako cele działań medycznych

3) trzy składowe opieki holistycznej – chory (wraz z bliskimi), lekarz (wraz z zespołem leczącym) i relacje pomiędzy nimi”¹⁴⁸.

Przy tym Krajnik dodaje, że nie należy opieki holistycznej – wbrew widocznym praktykom – łączyć ze zintegrowanymi świadczeniami, które są proponowane przez różne instytucje, np. medyczne, opiekuńcze czy społeczne. Zdaniem autorki jest to tylko „związany z nią aspekt, ale nie istota opieki holistycznej”¹⁴⁹.

Teza Krajnik o uwzględnieniu duchowości koresponduje z modelem aksjomedycznym Szawarskiego. Aspekt aksjologiczny, o którym pisze Szawarski, obejmuje odniesienie do wartości i godności ludzkiej oraz problem sensu. A duchowość, według Małgorzaty Krajnik miałaby obejmować wartości, wyznaczenie oraz poszukiwania egzystencjalne. Krajnik dodatkowo zawęża krąg realizacji idei holistycznej do relacji między pacjentem a lekarzem, jako centrum urzeczywistniania się duchowości w medycynie. Wydaje się, że bliscy pacjenta i zespół leczący (którzy też są wymienieni) nie mają tego procesu przejmować, zwalniając lekarza z zadania związanego z realizacją głównego postulatu modelu holistycznego, ale wspierać proces, jaki dokonuje się w leczeniu prowadzonym przez lekarza.

¹⁴⁷ Tamże, s. 76.

¹⁴⁸ M. Krajnik, *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?*, „Medycyna Praktyczna”, 9 (2017), s. 122.

¹⁴⁹ Tamże, s. 122.

Tak postrzegany model holistyczny wzmaga potrzebę uwzględniania w rozważaniach nad medycyną wiedzy z zakresu nauk społecznych i humanistyki. Humanistyczne rozszerzenie jest kolejną istotną cechą modelu holistycznego. Wprowadzenie nowych obszarów wiedzy można połączyć z dwoma potrzebami. Pierwszą jest brak skuteczności wynikającej z biomedycznego ujęcia zdrowia i leczenia, a drugą sprzeciw humanistów wobec postępującej medykalizacji. Można więc powiedzieć, że z jednej strony celem humanistycznych dyskusji jest trafniejsza diagnostyka i nowe metody terapeutyczne oparte na pełniejszym rozumieniu człowieka; a z drugiej strony, takie otwarcie jest podyktowane troską o etyczny wymiar leczenia i etyczną relację pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Pierwsza ścieżka rozwoju humanistyki (niewystarczalność biomedycznego ujęcia zdrowia i leczenia) szczególnie widoczna jest w psychiatrii. W obrębie tej specjalizacji uwypatniła się potrzeba uwzględnienia specyfiki umysłu. Zgodnie z modelem holistycznym ma być leczone nie tylko ciało, ale także umysł. W drugiej połowie XX wieku zaczęły rozwijać się, odmienne od psychiatrii opartej na biomedycynie, nurty psychoterapeutyczne zorientowane na myśl humanistyczną. Między innymi taką propozycją była psychologia humanistyczna Abrahama Masłowa. Masłow odniósł się krytycznie zarówno do koncepcji człowieka jako złożonego zwierzęcia, jak i leczenia opartego – w myśl psychoanalizy Freuda – na obserwacji ludzkich popędów. Postulował, aby obok biologicznych aspektów ludzkiego zachowania dostrzec również specyfikę na przykład ludzkiego sumienia, poczucia winy, humoru. Zdaniem Masłowa te przejawy również są istotne dla utrzymania zdrowia i należy poszukiwać odpowiednich metod terapeutycznych dla ich kształtowania. Humanistycznie zorientowana psychologia miała badać przede wszystkim to, co jest pozytywnym przejawem ludzkiego życia, na przykład uczucia, pragnienia i nadzieje¹⁵⁰. Kolejni psychologowie humanistyczni wykraczali poza wąskie biologiczne pojmowanie chorego, ukazując interpersonalne stosunki między ludźmi i wpływ czynników społecznych na ludzką kondycję:

„Harry Stack Sullivan położył nacisk na stosunki interpersonalne w teorii i praktyce psychiatrycznej. Utrzymywał, że osobowości nie można badać w oderwaniu od sieci stosunków międzyludzkich, w których człowiek żyje. W jego definicji psychiatria jest dyscypliną poświęconą badaniom stosunków interpersonalnych i interakcji zachodzących między ludźmi”¹⁵¹.

Przykład przekształcającej się psychiatrii pokazuje, w jaki sposób założenia w medycynie zmieniają

¹⁵⁰ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 496–499.

¹⁵¹ Tamże, s. 499.

się. W modelu biomedycznym głównym źródłem wiedzy było ciało, natomiast nowe, holistyczne podejście ukazuje także znaczenie niematerialnych wymiarów życia człowieka.

Druga ścieżka wprowadzenia modelu holistycznego dotyczy przesłanek etycznych – konieczności uwzględnienia potrzeb pacjenta wynikających z jego ontologicznego statusu. Człowiek jako istota cielesno-duchowa domaga się, aby leczenie odpowiadało nie tylko jego potrzebom na poziomie biologicznym, ale także dotyczyło podmiotowej strony ujmowania choroby. Krajnik wskazuje, że taki

„koncept <<opieki holistycznej>> przywróciła nowoczesnej medycynie opieka paliatywna, która w swojej filozofii działania zawsze odwoływała się do konieczności równoczesnego wspierania chorego w jego sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Pokazywała też, że człowiek chory nawet w najbardziej wydawałoby się po ludzku <<beznadziejnych>> sytuacjach, takich jak zbliżanie się do umierania, może się rozwijać, być twórczy, a jego nadzieja może wzrastać”¹⁵².

Podobną opinię wyraża Grzegorz Hołub, pokazując, że model holistyczny przede wszystkim jest odpowiednią propozycją dla pacjentów zmagających się z chorobami przewlekłymi. Tej grupie powinna być zapewniona wieloaspektowa opieka. Doświadczenie choroby przewlekłej nie dotyczy bowiem wyłącznie obiektywnych niedogodności, ale także może być związane z trudnościami natury psychicznej i duchowej. Choroba przewlekła może powodować poważne zmiany dotyczące ciała, ale także obniżać jakość życia na wielu płaszczyznach funkcjonowania¹⁵³.

Tak pojmowany model holistyczny zyskuje na uznaniu również za sprawą rozwoju bioetyki, co można zaobserwować na przykładzie zmian dokonujących się w medycynie w Stanach Zjednoczonych. W drugiej połowie XX wieku powstają tam instytuty bioetyczne, które znacznie wzmocniły idee humanistyczne w medycynie. Jednym z tego rodzaju ośrodków był Instytut Wartości w Medycynie. Owocem pracy Instytutu były cztery programy istotne dla rozwoju bioetyki. Pierwszy z programów postulował interdyscyplinarny rozwój wiedzy. Spotkania humanistów, nauczycieli medycyny, a także przedstawicieli nauk społecznych, świata sztuki czy religii pozostawiły zapisy na temat wprowadzenia interdyscyplinarnego nauczania i wspólnego budowania wiedzy. Drugi program dotyczył sposobów wzbogacenia kierunków medycznych o nauczanie etyki, wartości i humanistyki. Trzecie działanie obejmowało przygotowanie nauczycieli, którzy mieliby integrować medycynę z humanistyką zarówno w praktyce, jak i przekazując wiedzę

¹⁵² M. Krajnik, *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?*, dz. cyt., s. 121.

¹⁵³ Por. G. Hołub, *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna – etyka”, 2 (2007).

uczniom. Czwarty program skupiał się na propagowaniu interdyscyplinarnego podejścia i idei humanistycznych w medycynie za sprawą czasopisma „Journal of Medicine and Philosophy”¹⁵⁴. Podane przykłady pokazują, w jaki sposób kolejne działania mogą wpisywać się w podstawowe założenia modelu holistycznego, takie jak interdyscyplinarna współpraca, uwzględnienie wartości i przygotowanie lekarzy w zakresie humanistycznym.

Poza ukierunkowaniem na aspekt aksjologiczny i duchowy model holistyczny postuluje też konieczność zindywidualizowanego podejścia do pacjenta. W leczeniu nie chodzi już tylko o przywrócenie organizmu do sprawności wedle przyjętych norm, ale pod uwagę brane są subiektywne odczucia chorego. W modelu holistycznym w dużej mierze to pacjent decyduje, kiedy czuje się zdrowy¹⁵⁵. Takie podejście często jest podbudowywane filozofią postmodernistyczną. Kiedy więc mówimy o uwzględnieniu wartości ważnych dla pacjenta, to najczęściej będzie mowa o indywidualnych przekonaniach chorego lub wartościach obowiązujących w określonej kulturze, nie zaś o apriorycznie przyjętym, obiektywnym systemie wartości¹⁵⁶. Postmodernistyczna filozofia, głosząc zasadę „radykalnego pluralizmu”, mocno kształtuje ustalenia modelu holistycznego¹⁵⁷. Wedle tego kierunku dopuszczalne są dowolne style życia, różne wzorce postępowania czy zmienne sposoby interpretacji zjawisk. Wolfgang Welsch w książce *Nasza postmodernistyczna moderna* w następujący sposób definiuje nowy kierunek: „Postmoderna jest tym etapem historii, w którym radykalny pluralizm jako podstawowa zasada społeczeństw staje się realny i uznany, a pluralistyczne wzory sensu i działania zyskują przewagę, a nawet stają się obowiązujące”¹⁵⁸. W

¹⁵⁴ Por. T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a konstruktywizm R.M. Veatcha*, Kraków 2014, s. 18–19. Powyższe inicjatywy łączone są z działaniami Pellegrino. Amerykański bioetyk propagował myśl filozoficzną i etyczną w medycynie, wskazywał na konieczność odnajdywania antropologicznych podstaw sztuki lekarskiej. Biorąc aktywny udział w kształtowaniu się myśli humanistycznej w medycynie, wyróżnił trzy okresy rozwoju bioetyki w Stanach Zjednoczonych. Są to następujące okresy: era protobioetyki (1960–1972), era bioetyki filozoficznej (1972–1985) i era bioetyki globalnej (od 1985 do dziś) (por. T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej*, dz. cyt., s. 15–19). Pellegrino w następujący sposób charakteryzuje te okresy: „W czasie protobioetyki przeważał język wartości humanistycznych; w czasie bioetyki rozumianej filozoficznie był to język etyki filozoficznej; a w czasie bioetyki rozumianej globalistycznie zasadnicze znaczenie zdobyły nauki o społeczeństwie i zachowaniach społecznych. W każdym z tych okresów zainteresowanie tradycyjnymi naukami humanistycznymi, obok filozofii, zwiększało się i zmniejszało. W początkowych latach dominowała religia i teologia. Z nastaniem lat siedemdziesiątych dominującą rolę objęła filozofia. W ostatnich dwóch dekadach coraz większy wpływ wywierały także inne dyscypliny, takie jak prawo, literatura i nauki społeczne” (E. Pellegrino, *The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, 9 (1999), nr 1, s. 74, cytata za: T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej*, dz. cyt., s. 16). Na przykładzie analizy zaproponowanej przez Pellegrino można zaobserwować, jak rozwój bioetyki łączył się ze stopniowym wprowadzeniem kolejnych dyscyplin na arenę rozważań nad ludzkim zdrowiem. Model holistyczny, którego początki datuje się na lata osiemdziesiąte XX wieku wydaje się poddany wpływom przede wszystkim nauk społecznych.

¹⁵⁵ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, „Argument Biannual Philosophical Journal”, 10 (2020), nr 1.

¹⁵⁶ Por. E.R. Schwarz, L. Cleenewerck, A. Phan, P. Bharadwaj, R. Hobbs, *Philosophical Implications of the Systemic and Patient-Oriented Management of Chronic Heart Failure*, „Journal of Religion and Health”, 50 (2011), nr 2.

¹⁵⁷ Por. F. Bardziński, *O holistycznym modelu ludzkiej natury u Maine de Birana i Michela Henry*, dz. cyt., s. 98–103.

¹⁵⁸ W. Welsch, *Nasza postmodernistyczna moderna*, tłum. R. Kubicki, A. Zeidler-Janiszewska, Warszawa 1998, s. 8.

świecie tego podejścia każdy człowiek ma prawo do wyboru ważnych dla niego wartości. Wolność jest między innymi rozumiana jako swobodne oderwanie się od hegemonii pojęcia jednej prawdy. Nikt nie może absolutyzować swoich twierdzeń. Charakterystyczną dla postmodernizmu postawą jest demystyfikacja ogólnie przyjętych norm i twierdzeń. Postmodernizm odcina się od ustaleń dokonanych w przeszłości, tkwiących w tradycji, kierując się na zindywidualizowaną i aktualną interpretację zjawisk¹⁵⁹.

Postmodernistyczne postulaty znajdują odzwierciedlenie w obszarze ochrony zdrowia. Medycyna poddana inspiracjom postmodernistycznym łączy wiele rozmaitych interpretacji człowieka i jego zdrowia. Bogdan de Barbaro ukazuje, że w psychoterapii mamy dziś do czynienia z wieloma szkołami, reprezentującymi różne języki, metody czy cele. Zgodnie z postmodernistycznym nastawieniem żadnej z tych propozycji nie powinno się wyróżniać, uznawać za wyższą. Ta zasada przejawia się na przykład w pojawiających się teoriach rodziny. Pluralizm sprawia, że nie istnieje ogólna norma, dzięki której można jakies wybrane podejście wyróżnić i uznać za prawdziwe¹⁶⁰. „Nie ma zewnętrznie ustalonych definicji, co jest zdrowe, a co chore, co jest funkcjonalne, a co dysfunkcjonalne. To, co może być dobre w jednym czasie i miejscu, w innym czasie i miejscu może być chore lub niedobre”¹⁶¹ – zauważa de Barbaro. Model holistyczny obejmuje swoim zakresem już nie tylko nauki przyrodnicze, ale także – odwołując się do ustaleń humanistyki – ukazuje wpływ wewnętrznych przeżyć człowieka na jego ogólny stan. Medyczna prawda jest tylko jedną z wielu i każdorazowo musi się skonfrontować z indywidualnym nastawieniem pacjenta do problemu własnego zdrowia. Współczesny pacjent nie pozostaje bierny i ufnie podporządkowany wiedzy lekarza. Istotnym elementem leczenia jest subiektywne doświadczenie zdrowia i choroby. A to oznacza, że drogą do wyzdrowienia jest praca na wartościach ważnych dla chorego. Pacjent określa aksjologiczną jakość własnej kondycji. Bada, czy jego aktualny stan jest w jego odczuciu dobry i pozytywny, czy raczej przeciwnie – utrudnia funkcjonowanie i godzi w jego poczucie dobrostanu¹⁶².

Nowa holistyczna perspektywa myślenia ma skutkować bardziej zindywidualizowanym podejściem do pacjenta oraz doprowadzić do uwzględnienia wartości ważnych dla każdego osobiście. Są to wyzwania, które mają być osiągnięte zarówno w kontekście celów medycznych, jak i etycznych standardów. Z jednej strony lekarz ma uwzględniać wartości ważne dla chorego i jego indywidualne odczucia, aby lepiej diagnozować i leczyć – z drugiej o uwzględnieniu osobistych

¹⁵⁹ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

¹⁶⁰ Por. B. de Barbaro, *Po co psychoterapii postmodernizm*, „Psychoterapia 3”, 142 (2007).

¹⁶¹ Tamże, s. 7.

¹⁶² Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

potrzeb chorego przypominają wymogi etyczne. A to powoduje, że rola lekarza zaczyna być analizowana i opisywana zgodnie z regułami różnych obszarów wiedzy. Niewątpliwie to bogactwo ujęć w odniesieniu do pracy lekarza niesie szerokie spektrum możliwości badawczych, ale jednocześnie rozszerza ilość wymagań, których zintegrowanie w samej praktyce może okazać się ponad siły i umiejętności lekarza – zwłaszcza, gdy chodzi o tak trudne do jednoznacznego określenia zjawiska, jak doświadczenie wartości czy odkrywanie sensu. Przy tym ważne jest również to, aby rozważając włączenie aspektu aksjologicznego czy duchowego do medycyny, mieć na uwadze postmodernistyczny nurt myślowy, który wskazanym postulatami nadaje specyficzny światopoglądowy odcień, ponieważ dla lekarzy zorientowanych holistycznie będzie to oznaczało konieczność zmierzenia się z nowymi możliwościami i pułapkami, związanymi z aksjologicznym pluralizmem.

1.1.2.2. Koncepcja zdrowia i choroby

Sposób interpretowania zdrowia i choroby w drugiej połowie XX wieku kształtował się pod wpływem idei holistycznej. Nowe definicje uwzględniały złożoność budowy człowieka oraz indywidualne doświadczenie pacjenta. Często przywoływaną koncepcją, która spełniała te postulaty, jest biopsychospołeczny model zdrowia autorstwa George'a L. Engela. Zamysł Engela odcinał się od redukcjonistycznego pojmowania zdrowia ludzkiego na rzecz uwzględniania, obok aspektu biologicznego, również poziomów: psychicznego i społecznego. Engel opisując te poszczególne płaszczyzny ludzkiego funkcjonowania, starał się wykazać, że człowiek, przeżywając siebie na tych różnych poziomach, niejako je scala. Koncepcja Engela zakłada wzajemną zależność poszczególnych systemów. Nie chodzi więc tylko o ukazanie tych podsystemów jako swoistych przejawów ludzkiego życia, ale także o odsłonięcie interakcji między nimi. Rozważania Engela zmierzały też do wyeksponowania, co sami pacjenci mają do powiedzenia o swoim doświadczeniu choroby¹⁶³.

Biopsychospołeczna definicja zdrowia była punktem wyjścia dalszych analiz. Rozszerzeniem tego podejścia jest na przykład model biopsychoekologiczny. Ta koncepcja ma wyjaśniać przyczyny i znaczenie niepełnosprawności. Margaret Grace Stineman, odnosząc się zarówno do modelu biomedycznego, jak i podejścia holistycznego, proponuje, aby w badaniu nad

¹⁶³ Por. G.L Engel, *From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain*, „Psychosomatics”, 38 (1997), nr 6.

uwarunkowaniami choroby i niepełnosprawności zwrócić większą uwagę na kontekst, w jakim pacjent funkcjonuje. Ważne jest przede wszystkim dotarcie do tego, w jaki sposób sam pacjent przeżywa środowisko fizyczne. Metody jakościowe mają to ujawnić. Model biopsychoeologiczny łączy aspekty jakościowe i rozumowanie indukcyjne, rozpoznając biologię, elementy mentalne, społeczne, ale też środowiskowe uwarunkowania choroby i niepełnosprawności. Zdaniem Stineman jest to ważne, ponieważ niepełnosprawność może się ujawniać jako uwięzienie w określonym kontekście. Jest to widoczne w przypadku osób po przebytym udarze. Doświadczenie choroby nieodłącznie miałyby się wiązać z odniesieniem do warunków codziennego funkcjonowania, począwszy od architektury domu, gdzie chory przebywa, po samoocenę wynikającą z wartości pielęgowanych bądź zaniedbanych w danej społeczności czy kulturze¹⁶⁴.

Kolejnym ważnym elementem jest opis zdrowia jako procesu. W modelu holistycznym zdrowie nie może być traktowane jako niezmienny stan, definiowany za pomocą określonych norm (tak jak to było w modelu biomedycznym). Istotnym przejawem zdrowia jest ciągle przystosowywanie się do środowiska i poszukiwanie dynamicznej równowagi. Capra podkreśla, że aby to zauważyć, należy przyjąć zasadę samoleczenia organizmu, którą autor łączy z adaptacją, homeostazą i regeneracją. Samoleczenie ujawnia się wielowymiarowo – na poziomie biologicznym, psychicznym, społecznym, duchowym i ekologicznym. Zdrowie można określić jako wewnętrzną dynamiczną równowagę. Poszczególne podsystemy pozostają względem siebie w „ruchu” po to, aby doprowadzić do możliwie najlepszej kondycji. Jednocześnie jest to dążenie zindywidualizowane, zależne od predyspozycji danej osoby. Utrzymanie wewnętrznej równowagi zależy od wielu zmiennych czynników. Z jednej strony organizm dąży do zachowania swojej indywidualnej autonomii np. indywidualnych wartości, reakcji, doznań, ale z drugiej strony – próbuje wpasować się w kontekst. Synchronizacja tych dwóch napięć miałaby świadczyć o zachowaniu zdrowia¹⁶⁵. Capra stwierdza: „Zdrowie zatem oznacza stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i umysłowa z sobą samym, jak również z otaczającym światem. Zakłócenie tej synchronii oznacza możliwość wystąpienia choroby”¹⁶⁶.

Capra, rozważając problematykę samoleczenia, odróżnia działanie samoistne od działania świadomego. Regeneracja samoistna widoczna jest w wewnętrznej pracy organizmu (na przykład w gojeniu się ran), zaś świadome działanie dotyczy twórczego odniesienia do siebie, takiego jak autoprzemiana i samotranscendencja¹⁶⁷. Poprzez te akty człowiek przekracza różne trudne dla niego doświadczenia i odzyskuje równowagę, na przykład za sprawą przyjmowanych wartości nadaje

¹⁶⁴ Por. M.G. Stineman, *The Clinician's Voice of Brain and Heart*, dz. cyt.

¹⁶⁵ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 438–443.

¹⁶⁶ Tamże, s. 443.

¹⁶⁷ Por. tamże, s. 442.

sens własnemu życiu. Choroba występująca na poziomie biologicznym nie neguje możliwości zdrowego funkcjonowania na poziomie bardziej złożonych systemów. Co więcej, doświadczenia transcendentne pomagają w integracji przeżyć związanych z chorobą. Mogą doprowadzać do pozytywnych zmian i dynamicznej równowagi systemów¹⁶⁸.

W takim ujęciu choroba niekoniecznie ma znaczenie negatywne, może być pozytywnym etapem na drodze ogólnego rozwoju człowieka i może prowadzić do odzyskania zachwianej równowagi na bardziej złożonych poziomach ludzkiego funkcjonowania. To znowu jest nowy element w stosunku do modelu biomedycznego, gdzie choroba była traktowana jako niepożądane zakłócenie lub patologia, a leczenie koncentrowało się na wyeliminowaniu przykrych doznań. W nowym podejściu choroba może doprowadzić do ponownej integracji. Ta myśl znajduje odzwierciedlenie w wielu teoriach zdrowia psychicznego i różnych nurtach psychoterapeutycznych. Wśród nich można wymienić teorię dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, logoterapię łączoną z nazwiskiem Viktora E. Frankla czy psychologię procesu Arnolda Mindella. W obrębie tych nurtów trudne doświadczenie jest bardzo istotnym elementem pracy pacjenta nad sobą. Proces terapeutyczny zmierza do przeformułowania kryzysu w potencjał, a w rezultacie ma doprowadzić do zmiany i poprawy jakości życia. Impulsem do przekroczenia kryzysu i przekształcania życia mogą być na przykład wartości i stawiane sobie cele (jak u Dąbrowskiego i Frankla), ale też reakcje, które są ekspresją głębszych, ale nie w pełni uświadomionych pragnień czy potrzeb (jak u Mindella) Z kolei koncepcja synchronizacji autonomicznej osoby z szerszymi systemami znajduje zastosowanie w psychoterapii systemowej. W podejściu tym ważnym elementem jest praca nad napięciem zachodzącym pomiędzy indywiduum a systemem rodzinnym, w kierunku eksternalizacji i zróżnicowania autonomii pacjenta.

Znaną propozycją wpisującą się w holistyczne ujęcie zdrowia jest również salutogeneza Aarona Antonovsky'ego¹⁶⁹. Jest to podejście wprowadzane w latach osiemdziesiątych XX wieku. Model ten w centrum stawia rozpoznanie aspektów sprzyjających zdrowiu. Zdaniem Antonovsky'ego człowiek przez całe życie stara się zaadaptować do zmieniających się warunków. Stan przetrwania nie jest jednak czymś oczywistym. Nie może być ujęty w odniesieniu do obiektywnych i precyzyjnych kryteriów. Antonovsky odżegnuje się od jednoznacznego dychotomicznego rozdzielenia zdrowia od choroby. Każdy człowiek we właściwy sobie sposób dostosowuje się do środowiska i radzi sobie z wyzwaniami. To, co dla jednych jest stanem chorobowym, utrudniającym funkcjonowanie, dla innych może być impulsem do walki o

¹⁶⁸ Por. tamże, s. 442–443.

¹⁶⁹ Por. E. Starzyńska-Kościuszko, *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, dz. cyt., s. 322.

przetrawianie, który ostatecznie doprowadzi do poprawy jakości życia. Antonovsky proponuje wobec tego szerokie i ruchome ujęcie stanu zdrowia i choroby, określając tzw. „kontinuum zdrowie – choroba”, gdzie skrajne bieguny tej linii wyznaczają idealne zdrowie i śmiertelną chorobę. O „miejscu” na kontinuum decyduje stan fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy¹⁷⁰.

W tak zarysowanym modelu celem leczenia nie jest doprowadzenie człowieka czy społeczeństwa do idealnego stanu ani proste wyeliminowanie patologii, ale odnalezienie i wzmacnianie tych czynników, które kierunkują ku biegunowi zdrowia. Przy tym bierze się pod uwagę stresory, uogólnione zasoby odpornościowe i poczucie koherencji. Teoria salutogenezy akcentuje konieczność świadomego organizowania warunków życia, które sprzyjałyby utrzymaniu równowagi i wzmacniałyby poczucie spójności własnego życia i świata. Ważnym wkładem tej propozycji i innych, podobnych ujęć zdrowia jest rozwój działań prewencyjnych i profilaktycznych¹⁷¹. To zdecydowanie pozytywny krok w stosunku do modelu biomedycznego, w którym nie zwracano uwagi na szerokie i złożone spektrum czynników.

Ostatnim elementem, na który warto zwrócić uwagę, rozważając sposoby definiowania zdrowia w modelu holistycznym jest subiektywna strona przeżywania choroby i kontekst kulturowy. W modelu biomedycznym choroba była czymś konkretnym, wywołanym przez określony czynnik, który powoduje odstępstwo od przyjętej normy. Czynnik ten pozostawał niezależny od świadomości człowieka, miał charakter przyrodniczy. Natomiast w modelu holistycznym, o tym, czym jest choroba, w dużej mierze decyduje sposób wartościowania własnej kondycji przez pacjenta oraz kontekst kulturowy, który definiuje, co jest uznawane za patologię, a co nią nie jest¹⁷². W odniesieniu do takiego rozróżnienia w filozofii medycyny mówi się o dwóch sposobach ujmowania choroby – realistycznym i anty-realistycznym. Podejście realistyczne jest łączone z modelem biomedycznym. Zgodnie z tą postawą obiekty medyczne mają status realnych bytów. Stąd wszelkie formułowane teorie muszą odnosić się do faktów. Mówiąc o chorobach, realiści próbują obiektywizować niejasne stany, odnosząc się do konkretnych przyczyn i objawów. Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen i Raben Rosenberg przedstawiają to podejście na następującym przykładzie:

„Profesor, który wygłasza wykład na temat astmy oskrzelowej, nie tylko opisuje objawy i oznaki choroby, ale także pokazuje studentom, na czym polega proces jej powstawania. Może on m.in.

¹⁷⁰ Por. M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 65 (2011), nr 3.

¹⁷¹ Por. tamże.

¹⁷² Por. E.R. Schwarz, L. Cleenewerck, A. Phan, P. Bharadwaj, R. Hobbs, *Philosophical Implications of the Systemic and Patient-Oriented Management of Chronic Heart Failure*, dz. cyt.

powiedzieć, że w wypadku astmy alergicznej swoiste alergeny powodują rozkład komórek tłuszczowych i że wytwarzane w tym procesie substancje przyczyniają się z kolei do wywoływania kurczów oskrzelowych. Jest więc całkowicie logiczne, że leczenie pacjentów obejmuje w tym wypadku usunięcie alergenów z otoczenia pacjenta oraz leczenie za pomocą silnych środków rozszerzających oskrzela i wdychania kromoglygonianu, który hamuje uwalnianie substancji aktywnych”¹⁷³.

W przypadku anty-realistycznego modelu choroby łączonego z podejściem holistycznym przyczyny występujących dysfunkcji nie są już tak jasne. Choroba jest czymś, co zależy od ludzkiego umysłu, kultury, społeczeństwa:

„W perspektywie anty-realizmu choroby nie są nam dane jako elementy naturalnego świata, lecz są przez nas wybrane/wyróżnione, abyśmy mogli realizować pewne pragmatyczne cele. To, co dla realistów może się wydawać efektem wnioskowania, dla anty-realistów stanowi jedynie spekulatywne i nieugruntowane założenie. Choroby jako jednostki nozologiczne istnieją w ramach konceptualnych systemów, stylów myślenia, klinicznych paradygmatów. Historycznie rzecz biorąc, poszczególne jednostki chorobowe mogą po prostu zniknąć, kiedy dotychczasowy system konceptualny, w ramach którego one funkcjonowały, podlega zmianie lub rewolucji”¹⁷⁴.

Niektórzy anty-realiści rezygnują ze wskazywania jasnych i regularnych prawidłowości. Na przykład Engel uznaje, aby nie oceniać naukowej wartości humanistycznych modeli zdrowia przy odwołaniu do kryteriów charakterystycznych dla nauk przyrodniczych. Jego zdaniem, dokonując oceny nowych podejść w medycynie, nie można bazować na wzorze analityczno-eksperymentalnym, lecz samej użyteczności danej propozycji¹⁷⁵.

Istnieje wiele koncepcji, które wspierają powyższe humanistyczne podejście do zdrowia. Na przykład Lennart Nordenfelt pokazuje, że zdrowie jest powiązaniem zdolności z celami, jakie jednostka sobie stawia. W związku z tym zdrowie można przedstawić następująco: „P jest zdrowy, wtedy i tylko wtedy, gdy P jest w stanie zrealizować te cele”¹⁷⁶. Takie dążenia są względne kulturowo, toteż o samym pojęciu zdrowia decyduje kontekst, w jakim osoba funkcjonuje¹⁷⁷. Podobnie, względny kulturowo charakter ma definicja funkcjonalna Talcotta Parsona. Zdaniem

¹⁷³ H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Warszawa 1993, s. 62.

¹⁷⁴ A. Kapusta, *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, dz. cyt., s. 172.

¹⁷⁵ Por. G.L. Engel, *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, „American Journal of Psychiatry”, 137 (1980), nr 5, s. 535–544.

¹⁷⁶ L. Nordenfelt, *Concepts of health and their consequences for health care*, „Theoretical Medicine”, 14 (1993), nr 4, s. 280.

¹⁷⁷ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 77.

autora o zdrowiu decyduje zdolność do pełnienia ról społecznych i wynikających z nich zadań. Ta definicja jest przykładem pojawiającej się w modelu holistycznym tendencji do ujmowania zdrowia jednostki w kontekście jej społecznego, a nawet ekonomicznego rozwoju¹⁷⁸. W takich definicjach zdrowie ustala się na zasadzie zbieżności pomiędzy indywidualnymi wartościami a aksjologicznymi preferencjami społeczeństwa. Na przykład w drugiej połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych ważną wartością była produktywność, dlatego stanowiła ważny aspekt przy określaniu właściwego funkcjonowania jednostki¹⁷⁹.

W dobie postmodernizmu sprawa jeszcze bardziej komplikuje się, ponieważ poglądy są mocno spolaryzowane, więc trudno o odniesienie do stabilnych i jednoznacznych ustaleń aksjologicznych. Każda osoba może się utożsamić z dowolnym kontekstem. W związku z tym, w modelu holistycznym uwaga przenosi się coraz bardziej na doświadczenie jednostki. Wedle takiej orientacji odniesienie do wartości i celów, jakie człowiek sobie stawia, wpływa na pozytywny bądź negatywny sposób doświadczania wewnętrznej koherencji, co z kolei ujawnia się w ogólnym biopsychospołecznym funkcjonowaniu. Stąd w leczeniu holistycznym odkrywanie wewnętrznego doświadczenia chorego uznawane jest za istotny element postępowania diagnostycznego. To skłania do poszukiwania nowego – względem paradygmatu biomedycznego – stylu myślenia w medycynie, który pomógłby połączyć fakty medyczne z wartościami.

1.1.2.3. Myślenie lekarskie

Styl myślenia w medycynie holistycznej wiedziony jest chęcią przekroczenia modelu biomedycznego. Jest to stopniowy proces odkrywania i rozumienia pacjenta i jego zdrowia. Przy tym nie jest możliwe całkowite odrzuceniu stylu myślenia charakterystycznego dla modelu biomedycznego. Medycyna biomedyczna przyniosła konkretne rezultaty i korzyści. Wyjaśnienia anatomiczno-fizjologiczne są ważnym punktem odniesienia. Mówiąc o nowym, holistycznym stylu myślenia trzeba więc mieć na uwadze nie tyle całkowitą negację porządku biomedycznego, co próbę ujęcia obok ludzkiego ciała również strony mentalnej – czy szerzej – duchowej, a także uzupełnienie klasyfikacji chorób o opisy doświadczenia choroby.

W realizacji tych celów pomocna okazuje się kognitywistyka i charakterystyczne dla nauk poznawczych podejście interdyscyplinarne. W ramach kognitywistyki podejmowany jest problem

¹⁷⁸ Por. J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia”, 40 (2013), nr 1, s. 11–12.

¹⁷⁹ Tamże, s. 12.

psychofizyczny. Badacze, próbując wyjaśnić tkwiącą w ludzkim byciu złożoność ciała i umysłu, starają się zachować ideał podejścia naukowego. Przed takim wyzwaniem postawiona jest współczesna psychiatria:

„Niezbędne jest więc ujęcie, które powiąże synapsy i sensory. W ten sposób psychiatra nawiązuje do dychotomii, na jakie narażona jest sama kognitywistyka: umysł/mózg, *software/hardware*, dziedziczne/nabyte, reaktywne/endogenne, interpretacyjne/eksplanacyjne, implementacyjne/komputacyjne (algorytmiczne). Powyższe dychotomie stanowią codzienną praktykę psychiatry i psychoterapeuty, który musi dokonać wyboru, czy będzie leczył pacjenta farmakologicznie, psychoterapią, czy też obiema metodami. Psychiatria może mieć nadzieję, że kognitywistyka będzie w stanie połączyć psychoterapię i psychiatrię, które zdawały się przynależać do dwóch odrębnych kultur: sztuki empatii i rozumienia oraz nauk empirycznych i wyjaśniania”¹⁸⁰.

Aby przekroczyć wskazane antagonizmy, wprowadzono do wiedzy medycznej pojęcie „intencjonalności”. W modelu biomedycznym akcent padał na wyjaśnienia przyczynowe, ukierunkowane na wyłonienie głównego mechanizmu przyczynowego, opisanego w języku fizycznym¹⁸¹. Takie podejście nie ujmowało jednak złożonego charakteru działań człowieka, jego celowych nastawień. Natomiast, mówiąc o intencjonalności można ludzkie zachowania wyjaśnić szerzej, na przykład smutek może pochodzić z uszkodzenia układu neuro-hormonalnego albo być wywołany doświadczeniem straty. Wyjaśnienia oparte na nastawieniu intencjonalnym pomagają zrozumieć zaburzenia psychiczne poprzez analizę „zjawisk umysłu nakierowanych na cel”¹⁸². Wykrywanie patologii polega na śledzeniu procesu reprezentacji i przetwarzania informacji:

„Intencjonalność w naukach kognitywnych wiąże się zasadniczo z reprezentacją (kodowaniem treści), która z kolei jest warunkiem prawidłowego działania. W przypadku zaburzeń psychicznych mamy do czynienia z błędną reprezentacją, której system nie jest w stanie skorygować. Błędne działanie nie musi być spowodowane fizycznym uszkodzeniem, ale konfliktem między dwoma równoprawnymi przedstawieniami. (...) Każdemu zdarza się problem wyboru między dwiema różnymi regułami, każdy też popełnia błędy. Z zaburzeniem psychicznym mamy jednak do czynienia, kiedy permanentnie postępujemy według reguł, które nie są adekwatne do danej

¹⁸⁰ A. Kapusta, *Rozumienie i wyjaśnianie patologii umysłu wobec „paradygmatu kognitywnego”*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio I, Philosophia-Sociologia”, 28 (2003), s. 97.

¹⁸¹ Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 53–54.

¹⁸² A. Kapusta, *Rozumienie i wyjaśnianie patologii umysłu wobec „paradygmatu kognitywnego”*, dz. cyt., s. 99.

sytuacji”¹⁸³.

Pojęcie intencjonalności odsłania zachowania nietypowe względem wyuczonych reguł. Ukazuje, w jaki sposób jednostka, zmieniając ten prawidłowy układ, reaguje na otoczenie i jest powiązana ze środowiskiem¹⁸⁴.

Inną propozycją, łączoną z modelem holistycznym, są wyjaśnienia funkcjonalne odniesione do różnych systemów. Zgodnie z tym podejściem o prawidłowym funkcjonowaniu będzie mowa wtedy, gdy dany system – mówiąc potocznie – spełnia swoją rolę, na przykład układ krwionośny ma dostarczać organizmowi funkcji odżywczych i oddechowych, a jeśli tak się dzieje, wówczas spełnia właściwą temu układowi funkcję¹⁸⁵. Ale o funkcji w modelu holistycznym można też mówić w odniesieniu do bardziej złożonych systemów, na przykład funkcji relacji rodzinnych. Taką problematykę podejmują nauki społeczne: „Wyjaśnienie funkcjonalne w naukach społecznych polega na wyjaśnianiu instytucji, norm kulturowych i wzorców zachowania społecznego przez wskazanie na ich funkcję, na przykład podtrzymywania trwałości społeczeństwa czy jego struktury”¹⁸⁶.

W medycynie zorientowanej humanistycznie ważna jest również zasada zrozumienia indywidualnego doświadczenia pacjenta. Mowa o „odczytaniu pacjenta” – o „odczytaniu jego wewnętrznego świata”¹⁸⁷. Tą częścią zajmuje się – przeciwstawiana medycynie opartej na faktach (*Evidence Based Medicine – EBM*) – medycyna narracyjna (*Narrative Based Medicine – NBM*)¹⁸⁸. Samo pojęcie „medycyny narracyjnej” zostało wprowadzone przez Ritę Charon – amerykańską lekarzkę i literaturoznawczynię. Pomysł ten bazuje na wykorzystaniu w diagnostyce i leczeniu indywidualnych opowieści pacjentów¹⁸⁹. Zbliżanie się do doświadczeń pacjenta jest też łączone z podejściem pierwszoosobowym, w odróżnieniu od podejścia trzecioosobowego – podkreślającego naukowo-krytyczny dystans¹⁹⁰. Zgodnie z tą perspektywą, lekarz poza wykorzystaniem specjalistycznej wiedzy powinien również w sposób empatyczny odkrywać osobiste przeżycia pacjenta. W tym celu musi dokonać wglądu w osobistą historię chorego i ocenić sposób jego

¹⁸³ Tamże, s. 103–104.

¹⁸⁴ Por. tamże.

¹⁸⁵ Por. tamże, s. 100.

¹⁸⁶ A. Grobler, *Metodologia nauk*, dz. cyt., s. 233.

¹⁸⁷ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt., s. 43–44.

¹⁸⁸ Por. P. Bracken, P. Thomas, *Postpsychiatry, Mental Health in a Postmodern World*, Oxford 2005, s. 196–197.

¹⁸⁹ Por. M. Luber-Szumniak, *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 23.

¹⁹⁰ Por. A. Kapusta, *Problem rozumienia w filozofii psychiatrii*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, 46 (2010), nr 3–4, s. 448.

funkcjonowania na wielu płaszczyznach życia¹⁹¹. Brana jest pod uwagę biografia chorego. Rekonstrukcja wydarzeń i przeżyć z przeszłości wykorzystywana jest do planowania opieki i ustalania krótko i długoterminowych strategii monitorowania zdrowia¹⁹².

Odsłonięcie doświadczenia chorego ma pomóc w integracji faktów medycznych i subiektywnych znaczeń, jakie pacjent przypisuje chorobie. Przy tym, opowieść nie jest traktowana jako zapis sprzeczny z wiedzą naukową. Opis „z pierwszej osoby” ma pomagać we właściwym ukierunkowaniu i wykorzystaniu faktów medycznych. Wprowadzenie medycyny narracyjnej nie wyklucza podejścia obiektywizującego, a jedynie powoduje, że podejście biomedyczne przestaje być perspektywą dominującą¹⁹³. Zrozumienie osobistych doświadczeń pacjenta ma prowadzić do nadania nowego znaczenia obserwowanym faktom. Na przykład, wgląd w historię pacjenta może ujawnić, że faktyczne objawy są powiązane z określonym traumatycznym przeżyciem. Dzięki zaobserwowaniu tej zależności możliwe jest dokonanie zmian, nie tylko na poziomie somatycznym, ale także psychologicznym czy dotyczącym zmian warunków, w jakich pacjent funkcjonuje. Wiedza oparta na opowieści służy wypracowywaniu strategii bazujących na informacjach szerszych i wieloaspektowych. Przekłada się na trafniejszą diagnostykę¹⁹⁴.

„Odczytywanie pacjenta” to proces, w którym wypowiedziane przez chorego treści pomagają w określeniu źródła choroby, ale też funkcją tej metody jest nawiązywanie wzajemnego porozumienia pomiędzy lekarzem a pacjentem¹⁹⁵. Ważnym elementem podejścia narracyjnego jest akcentowanie podmiotowości pacjenta. Zainteresowanie się historią chorego staje się wyrazem troski i szacunku. Taka postawa wzmacnia relację pomiędzy lekarzem a pacjentem i sprzyja leczeniu. Nie bez znaczenia jest również włączenie do współpracy bliskich pacjenta. Również oni są uczestnikami doświadczanej przez pacjenta choroby i mogą ważne informacje przekazać z własnej perspektywy¹⁹⁶.

Według Charon humanistyczne podejście ma się ujawnić w codziennej praktyce medycznej poprzez posiadane przez lekarzy kompetencje narracyjne, wyrażające się w empatycznym zbliżeniu do doświadczenia pacjenta i w umiejętnej interpretacji jego wypowiedzi. Lekarz miałby skłaniać

¹⁹¹ Sama jednostkowość i niepowtarzalność jest w metodologii łączona z podejściem idiograficznym, które stawia się w opozycji do bazującego na uogólnieniach podejścia nomologicznego. Idiograficzna formuła pozwala na opis niepowtarzalnych zdarzeń i cech, ale także odsłania sposoby, w jaki te indywidualne atrybuty mają być ujęte (por. A. Kapusta, *Problem rozumienia w filozofii psychiatrii*, dz. cyt., s. 453–454).

¹⁹² Por. M. Luber-Szumniak, *Medycyna narracyjna w Szwecji*, dz. cyt., s. 20.

¹⁹³ Por. M. Chojnacka-Kuraś, *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, w: *Medycyna narracyjna*, dz. cyt., s. 78–79.

¹⁹⁴ Por. A. Kuzio, *Teoria grzeczności a konstruowanie spójności w narracjach lekarzy i pacjentów. Studium diagnozy w polskim dyskursie medycznym*, w: *Medycyna narracyjna*, dz. cyt., s. 144.

¹⁹⁵ Por. tamże, s. 152.

¹⁹⁶ Por. H. Kulik, J. Dąbek, „Okaleczona kobiecość”. *Z pamiętników kobiet z niepełnosprawnościami*, w: *Medycyna narracyjna*, dz. cyt., s. 55.

pacjentów do relacji zaufania i ujawnienia przez nich własnej historii zmagania się z chorobą. Zbliżenie się do doświadczenia chorego ma przypominać swobodną rozmowę. Taki wywiad nie opiera się na jednoznacznym schemacie postępowania ani na prostym pozyskiwaniu danych. Pacjent musi poczuć się swobodnie, a to lekarz musi wydobyć z wypowiedzi chorego istotne informacje¹⁹⁷.

Zdaniem Charon umiejętności „czytania pacjenta” lekarz musi się nauczyć. Metodą pomocną w nabyciu kompetencji narracyjnych są na przykład ćwiczenia z analizy utworów literackich – zgodnie z założeniem, że interpretacja wypowiedzi pacjenta bardziej przypomina zrozumienie utworu niż analizę danych. Jedną z technik jest *close reading* – bycie blisko tekstu. Metoda ta polega na takiej interpretacji wypowiedzi, która pomijając kontekst zewnętrzny, genezę i informacje biograficzne, staje się bezpośrednim odczuwaniem wypowiadanej treści. W ten sposób możliwe jest zrozumienie różnych niuansów wypowiedzi, takich jak bezradność, lęk, kryzys. Medycyna narracyjna uwrażliwia lekarzy na to, aby swoje wypowiedzi oceniali, wczuwając się w odbiorcę. Podkreślany jest też sposób, w jaki lekarz wypowiada się do pacjenta. Jest to uznawane za bardzo ważne, ponieważ pacjenci oceniają wypowiedzi lekarza przez pryzmat swojego niepokoju związanego z chorobą. Specjalistyczna terminologia może być odnoszona do luźnych skojarzeń, które mogą wzbudzać zaufanie lub wprowadzać dyskomfort, skutkować zawiązaniem relacji lub wycofaniem¹⁹⁸.

Sama idea medycyny otwartej na doświadczenie pacjenta nie jest nowa. Wśród polskich lekarzy zajmujących się filozofią medycyny podobne przekonania rozpowszechniał Andrzej Szczeklik, porównując wywiad z pacjentem do procesu odkrywania tego, co choroba skrywa. Pisał:

„Zanim lekarz przystąpi do badania, które nazywamy przedmiotowym, czyli do oglądania, obmacywania, opukiwania i osłuchiwania, rozmawia z chorym, słucha jego opowieści, poznaje historię choroby. Pomaga choremu <<uwolnić się od zapomnienia>>. Takie jest źródło słowa greckiego na określenie prawdy, *aletheia*. Myśl grecką przenikało przekonanie, że prawda mieszka w nas. Na architrawie świątyni delfickiej starożytni napisali: <<Poznaj samego siebie>>, i za Platonem sądzili, że prawda jest przypomnieniem, anamnezą. Samej zaś prawdzie przypisywali moc wyzwalającą. W tym sensie prawda, odsłonięta przez chorego w wywiadzie, wyzwala rozpoznanie, przedstawia je lekarzowi. W blisko połowie przypadków rozpoznanie postawić można

¹⁹⁷ Por. M. Chojnacka-Kuraś, *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, dz. cyt., s. 78–80; A. Szugajew, *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna*, dz. cyt.

¹⁹⁸ Por. M. Chojnacka-Kuraś, *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, dz. cyt., s. 78–80; A. Szugajew, *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, dz. cyt.

z umiejętnie zebranej historii choroby. Reszta – jest potwierdzeniem”¹⁹⁹.

Podobne rozważania podejmował Szumowski, analizując, jaką rolę pełni uzdrowiciel w społeczeństwie i jaki jest jego wpływ na samych pacjentów i powodzenie leczenia. Autor starał się pokazać, że leczenie ma w sobie jakiś irracjonalny aspekt, który „wdziera się” w planowane działanie dość nieoczekiwanie i wywiera wpływ na to, jak przebiegnie terapia. Zdaniem Szumowskiego, przy okazji oceny tego oddziaływania ważna okazuje się nie tyle lekarska wiedza, co raczej lekarska intuicja²⁰⁰.

Capra również dostrzega znaczenie intuicji. Zauważa, że dzięki tej umiejętności lekarz może identyfikować ten rodzaj problemów, który umyka wyjaśnieniom naukowym. Zdolność do intuicyjnego wglądu rozważa w odniesieniu do wiedzy subiektywnej, którą – zdaniem autora – powinno się traktować równie poważnie, jak wiedzę naukową. Zarówno intuicja, jak i subiektywne odczucia czy to pacjenta, czy lekarza mogą doprowadzić do trafniejszej diagnozy²⁰¹. Trudno jednoznacznie ocenić, czym zdaniem Capry taki intuicyjny wgląd jest²⁰² – czy jest on rozumiany na przykład jako intuicja intelektualna, czy raczej jako akt poznania o charakterze uczuciowym. Niemniej jednak, można przyjąć, że praktyka lekarska w modelu holistycznym nie opiera się tylko na naukowym rozumowaniu.

Rozważając wybór odpowiedniego modelu medycyny, można zastanawiać się, jaki jest epistemologiczny status myślenia w medycynie – czy opiera się na czysto obiektywnych przesłankach i racjonalnym wnioskowaniu, czy również bazuje na wglądzie intuicyjnym i wczuciu. Współczesna medycyna traktuje zagadnienia humanistyczne z coraz większą powagą, ale jednocześnie starając się sprostać ideałowi systematycznego prezentowania wiedzy zmierza do ustalenia jasnych metod i konkretnych programów, które przygotowywałyby lekarzy do wykorzystania „miękkich umiejętności” w diagnostyce i prowadzeniu pacjenta. Z pewnością szkolenia dotyczące medycyny narracyjnej prowadzone przez Ritę Charon są przykładem takich działań. Ale ważnym wsparciem w realizacji tego celu jest również fenomenologia. W medycynie zorientowanej na wewnętrzne przeżycia pacjenta jest to podejście coraz bardziej doceniane.

Dzięki badaniu fenomenologicznemu możliwe jest rozjaśnienie zjawiska choroby, zdrowia i leczenia. Badanie obejmuje nie tylko doświadczenia samych pacjentów, ale też personelu medycznego. Wgląd w przeżycia zarówno chorych, jak i świadczeniodawców ma sprzyjać planowaniu działań w oparciu o wspólne zrozumienie zdarzeń, których obie strony są uczestnikami.

¹⁹⁹ A. Szczeklik, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007, s. 16.

²⁰⁰ Por. W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, dz. cyt.

²⁰¹ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 437.

²⁰² Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 131.

Badacze coraz częściej sięgają do przemyśleń fenomenologów, aby opracować metody pomocne w określaniu przeżyć pacjentów i personelu medycznego. Chętnie przywoływanym w tym celu filozofem jest Maurice Merleau-Ponty i jego fenomenologia egzystencjalna. To jeden z tych myślicieli, który dzięki metodzie fenomenologicznej zdobył uznanie w filozofii medycyny²⁰³. Francuski filozof rozjaśnił problem percepcji jako aktywności ucieleśnionej – co dziś znajduje zastosowanie w ukazywaniu przeżyć związanych z chorobą. Metoda fenomenologiczna pomaga zbliżyć się do doświadczenia konkretnej osoby i jej sposobu doświadczania własnego ciała.

Havi Carel formułuje kilka propozycji wykorzystania fenomenologii w praktyce lekarskiej. Autorka bazuje głównie na proponowanym przez Merleau-Ponty'ego rozróżnieniu na „ciało obiektywne” i „ciało żyjące”. Takie zestawienie miałyby być oddane poprzez obiektywizujące wyjaśnianie choroby oraz subiektywne przeżycia podmiotu. Przykładowo ciało kobiety cierpiącej na anoreksję w ocenie obiektywizującej jest postrzegane jako wychudzone, ale w ujęciu subiektywnym jawi się pacjentce jako otyłe i uciążliwe. Ta dysharmonia staje się kluczem do dalszych analiz zaburzenia, które są związane z percepcją ciała. Odróżnienie „ciała biologicznego” i „ciała przeżywanego” ma spełniać kilka funkcji; począwszy od wypracowania coraz głębszego samorozumienia przez pacjenta percepcji samego siebie, przez zderzenie oczekiwań pacjenta z wiedzą lekarza, aż po wypracowywanie takich rozwiązań terapeutyczno-organizacyjnych, które są dostosowane do stopniowego procesu autorefleksji, jaką pacjent podejmuje.

W modelu holistycznym proces odkrywania, czym kieruje się pacjent i jak wartościuje własne ograniczenia związane z chorobą, jest niezbędnym elementem działań terapeutycznych. Takie poszukiwania są ważne zwłaszcza w medycynie paliatywnej, gdzie leczenie dalekie jest od realizacji jasno określonego celu. Nie wiadomo, co to znaczy pomóc pacjentowi, który zmierza ku nieuchronnej śmierci. Humanistyczne propozycje, „postawione” obok naukowych biomedycznych ustaleń, mogą wydawać się dość trywialne. Ale nawet jeśli nowe metody narażone są na niepowodzenie jako całościowe koncepcje, to jednak doprowadziły do rozbicia biomedycznego stylu myślenia. A samo to może prowadzić do pozytywnych skutków przynajmniej pod tym względem, że wzmaga konieczność zachowania krytycznego podejścia do stosowanych metod i stwarza szansę na filozoficzne poszukiwania i dobór nowych możliwości terapeutycznych. Współcześnie łączenie metod redukcjonistycznych z wyjaśnieniami antyredukcjonistycznymi wydaje się rozwiązaniem optymalnym.

²⁰³ Por. H. Carel, *Phenomenology and Its Application in Medicine*, dz. cyt.; M.L.A. Sadala, R.D.C.F. Adorno, *Phenomenology as a Method to Investigate the Experience Lived: A Perspective From Husserl and Merleau Ponty's Thought*, „Journal of Advanced Nursing, 37 (2002), nr 3, s. 282–293.

1.1.2.4. Rola lekarza

W modelu holistycznym pojawia się nowe – w stosunku do ujęcia biomedycznego – rozumienie pacjenta. Pacjent nie jest już wyłącznie „nośnikiem” choroby, a staje się kimś, kto konstytuuje znaczenie zdrowia, nadaje własnej kondycji wartość, zastanawia się, czy i jak chce zwalczać chorobę. To wymaga wsłuchania się w potrzeby chorego i zrozumienie ich. Współczesny pluralizm światopoglądowy zmusza lekarza, aby obok śledzenia faktów medycznych był gotowy również do ciągłego poszukiwania znaczenia, jakie pacjent przypisuje medycznym interwencjom.

W modelu holistycznym „usytuowanie” pacjenta nie jest jednoznaczne. Aktualnie słowo „pacjent”, może być bezpośrednio łączone z doświadczeniem choroby, jaką ktoś przeżywa lub po prostu może odnosić się do każdej osoby, która korzysta z usług medycznych. Dodatkowo, odnosząc się do pojęcia „pacjent” można akcentować komponent konsumencki i prawa pacjenta²⁰⁴. W modelu holistycznym te aspekty nabierają wagi. Współczesny pacjent coraz częściej domaga się uwzględnienia jego potrzeb. Zdrowie jest wartością należącą do pacjenta – a ten nie traktuje własnego ciała wyłącznie jako instrumentu, który poddaje racjonalnemu osądowi. Przede wszystkim pacjent tkwi w sytuacji choroby, a to sprawia, że poważne działanie medyczne pociąga dany sposób przeżywania zmiany i konieczność odnalezienia się w nowej sytuacji²⁰⁵.

W zależności od tego, na co pada akcent, tak zmienia się rola lekarza i zestaw stawianych lekarzowi wymagań. Rolę lekarza można pojmować bardzo wąsko, wskazując wyłącznie na umiejętność diagnozowania i leczenia, ale też można mieć na uwadze te wszystkie rodzaje wartości, jakie mogą być powiązane z budowaniem dobrostanu pacjentów. Analizując rolę lekarza w opiece holistycznej, Małgorzata Krajnik stwierdza: „lekarz ma pomóc choremu integrować ważne dla niego aspekty duchowe z aspektami medycznymi również, zwłaszcza w odniesieniu do podejmowania decyzji co do leczenia. Ma starać się o to, aby aspekty medyczne nie zagłuszyły człowieka w chorym (ani w nim samym)”²⁰⁶.

Konsekwentne przyjęcie takiego kierunku zmuszałoby lekarzy do szerszego spojrzenia na problemy pacjentów. A to jednocześnie oznacza, że lekarz powinien posiadać bardzo różne kompetencje, począwszy od sprawnego wykorzystania wiedzy medycznej, orientację w kontekście prawnym, po umiejętności interpersonalne i dojrzałość moralną. Są to bardzo odmienne wymagania. Trudno sobie wyobrazić, że lekarze z łatwością łączą wszystkie te obszary – zwłaszcza podczas krótkiej wizyty. Wydaje się, jakby rozważania nad rolą lekarza były znacznie szersze niż

²⁰⁴ Por. A. Ulanowska, *Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane*, „Przegląd Sądowy”, 21 (2012), nr 3, s. 58–70.

²⁰⁵ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

²⁰⁶ M. Krajnik, *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?*, dz. cyt., s. 122.

faktyczne możliwości, przygotowanego przede wszystkim w zakresie wiedzy medycznej, specjalisty. Niemniej jednak model holistyczny niewątpliwie rozbił wąskie ramy podejścia biomedycznego i coś z tych mniej lub bardziej enigmatycznych roszczeń – słusznie – przedostaje się do praktyki lekarskiej. Warto przede wszystkim skupić się na tych nowych elementach, które są bezpośrednio łączone z modelem holistycznym i które jednocześnie świadczyłyby o tym, że lekarz wykonuje swój zawód zgodnie z głównymi wymaganiami postulowanego, holistycznego podejścia. Może to być na przykład analiza możliwości uwzględnienia duchowego wyrazu osoby, ujawniającego się w ukierunkowaniu na wartości. Jest to bowiem w modelu holistycznym ważna dyrektywa.

Możliwość włączenia wartości obrazują modele komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem zaproponowane przez Lindę i Ezekiela Emanuelów. W odniesieniu do modelu biomedycznego mowa była o podejściu paternalistycznym, w którym brane są pod uwagę głównie wartości obiektywne, a ich określeniem w zdecydowanej przewadze zajmuje się lekarz. Ale we współczesnej medycynie rzadko mówi się o słuszności podtrzymywania ojcowskiej, nadrzędnej roli lekarza. Postawa lekarza, który wie lepiej, czego potrzebuje pacjent, nie przystaje do postmodernistycznej orientacji modelu holistycznego. Wyjątek stanowią te sytuacje, gdzie stan pacjenta uniemożliwia podejmowanie przez chorego świadomych decyzji, a lekarz musi interweniować szybko.

Odejście od paternalizmu modelu biomedycznego wiąże się jednocześnie z próbą dookreślenia nowego kształtu relacji lekarz – pacjent. Pierwszym, omówionym przez Emanuelów modelem relacji lekarz – pacjent, gdzie uwzględnione są wartości ważne dla pacjenta, jest model informatywny, nazywany również naukowym, inżynierskim lub konsumenckim. Zgodnie z tym podejściem lekarz jest dostarczycielem wiedzy medycznej: ma ją jedynie przekazać pacjentowi, określić w zrozumiały sposób, jaki jest stan pacjenta i wskazać możliwe korzyści i ryzyko związane z poszczególnymi rozwiązaniami. Z kolei pacjent, kierując się własnymi wartościami, wybiera – jego zdaniem – najlepszą interwencję medyczną. Lekarz jest podporządkowany potrzebom pacjenta. Jak zauważają Emanuelowie, model ten zawiera wyraźne rozróżnienie pomiędzy faktami medycznymi a wartościami. Fakty medyczne są znane tylko lekarzowi, więc musi je wytłumaczyć pacjentowi, a wartości są określane tylko przez pacjenta. Lekarz nie próbuje zrozumieć wartości ważnych dla pacjenta, nie przedstawia też własnej perspektywy aksjologicznej, skupia się na faktach medycznych. Jednocześnie skuteczność terapii oceniana na podstawie faktów nie jest najważniejszą przesłanką wyboru: w tym modelu komunikacji wartości stoją wyżej niż fakty naukowe. Ostatecznie to czynnik aksjologiczny wyznacza kierunek diagnostyczno-terapeutyczny, a

nie racjonalne przesłanki oparte na danych medycznych²⁰⁷.

Kolejną propozycją komunikacji, która wpisuje się w podejście holistyczne, jest model interpretacyjny. W modelu tym, podobnie jak we wcześniejszym przypadku, lekarz przekazuje informacje na temat stanu pacjenta oraz przedstawia, jakie są korzyści i ryzyko wynikające z różnych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych. Prezentując te dane, nie pozostaje jednak wyłącznie w roli informatora czy technicznego eksperta, tak jak to było w poprzednim modelu, ale stara się przeniknąć i zrozumieć preferowane przez pacjenta wartości. W tym celu racjonalizuje jego potrzeby i rozjaśnia ich znaczenie na tle poszczególnych rozwiązań – niejako próbując połączyć określone preferencje wyrażone przez chorego z możliwościami medycyny. Dzięki temu, pacjent ma osiągnąć głębsze poznanie własnych wartości i rozpoznać ich wpływ na medyczne interwencje. W modelu tym rola lekarza może być skojarzona z byciem doradcą czy konsultantem. Sam lekarz nie może proponować własnych wartości. Musi liczyć się z wnioskami, do jakich doszedł pacjent. Decyzję co do dalszego kierunku leczenia podejmuje chory²⁰⁸.

Ostatnim rodzajem relacji jest model deliberacyjny. Model ten zakłada pomoc pacjentowi w wyborze tych wartości, które będą służyły jego zdrowiu. W tym celu lekarz musi ocenić preferencje, o jakie zabiega pacjent, i ukazać, które z nich są godne uwagi z perspektywy medycznego dobra pacjenta. Jednocześnie lekarz nie tylko skupia się na wartościach, o jakich mówi pacjent, ale też podpowiada, jaka postawa byłaby słuszna i posłuży choremu. Relacja ma sprzyjać ewentualnej dyskusji na ten temat. Lekarz pokazuje różnego rodzaju rozwiązania, ale też argumentuje za – jego zdaniem – najlepszą opcją i próbuje wpływać na postawę pacjenta. Na przykład, jeśli lekarz uznaje chemioterapię za najlepszą metodę w przypadku pacjenta ze stwierdzonym rakiem, choć ten boi się tego wyboru, to specjalista stara się wypracować u pacjenta dojrzałą postawę do podjęcia odpowiedniej decyzji. Lekarz nie tylko doradza, ale też dookreśla znaczenie dążeń, o których pacjent mówi, ukazując je na tle możliwych rozwiązań terapeutycznych. Pełni rolę nauczyciela lub przyjaciela, który przejęty jest wyborem, jakiego pacjent dokona. Specyficznym elementem tego modelu jest przekonanie, że przy dokonywaniu wyboru nie można pomijać aspektu moralnego. Lekarz angażuje pacjenta w dialog na temat tego, jaki sposób postępowania byłby najlepszy i godny – służący zdrowiu. Ale i w tym modelu ostateczna decyzja należy do pacjenta²⁰⁹.

Początkowe uzależnienie pacjenta od lekarza, które zaznacza się jeszcze w pierwszych opisywanych modelach, z czasem coraz bardziej ustępuje partnerstwu stron i aktywizacji pacjenta,

²⁰⁷ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2221.

²⁰⁸ Por. tamże, s. 2221–2222.

²⁰⁹ Por. tamże, s. 2222.

aby ten mógł wyrazić własne potrzeby i wartości²¹⁰. Lekarz nie dokonuje autonomicznej decyzji co do wyboru metod leczenia, lecz poprzez umiejętną komunikację włącza pacjenta w proces decyzyjny. W efekcie takich działań pacjent miałby określać znaczenie proponowanych medycznych interwencji w kontekście jego własnego dobrostanu.

W odniesieniu do aktywności pacjenta mowa również o odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie. Jest to istotny aspekt nie tylko z etycznego punktu widzenia, ale także w kontekście udanej terapii. Model holistyczny zakłada, że relacja lekarz – pacjent jest budowana przez dwie odpowiedzialne osoby. Pacjent jest pojmowany jako ktoś, kto posiada prawo do samostanowienia o sobie. A lekarz ma mu pomóc w przyjęciu odpowiedzialności za leczenie, co wyraża się na przykład w zapytaniach i zainteresowaniu opinią pacjenta. Zgodnie z „odpowiedzialną interakcją” w pierwszym kroku dochodzi do zawiązania relacji, która ma akcentować osobowe odniesienie do pacjenta. W związku z tym lekarz bierze pod uwagę sposób, w jaki pacjent odnosi się do własnego doświadczenia choroby i jak reaguje na proponowane rozwiązania. Na tym poziomie pacjent podejmuje decyzję o podjęciu leczenia i poddaniu się medycznym interwencjom. I choć w kolejnym kroku zostaje uprzedmiotowiony, to jednak bierność jest dobrowolnym wyborem, jest usankcjonowana wcześniejszym procesem porozumienia. Pacjent podporządkowuje się, ale nie traci poczucia odpowiedzialności za to, do czego się stosuje. Posłuszeństwo leży w jego interesie. Niemniej jednak to lekarz pomaga choremu tę moralną prawidłowość „poddania się” poprawnie zrozumieć²¹¹.

W takim kontekście działanie medyczne opiera się zarówno na wiedzy medycznej i jej zastosowaniu, ale także dotyczy rozwoju umiejętności interpersonalnych i dojrzałości moralnej. Lekarz nie tylko jest w roli specjalisty, ale przede wszystkim przedstawia się jako osoba zainteresowana udzieleniem szeroko pojętej pomocy. Zauważa trudne położenie pacjenta i pomaga mu podjąć decyzję. Ma wesprzeć pacjenta, biorąc pod uwagę integrację różnych aspektów doświadczenia choroby i wzmacniając jego poczucie sprawstwa²¹². Takie podejście ma znaczenie przede wszystkim w odniesieniu do pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Poważna diagnoza niesie za sobą konkretne zmiany w życiu człowieka i konieczność dostosowania się do nowej sytuacji. Reakcją na chorobę przewlekłą może być na przykład lęk przed utratą kontroli nad własnym ciałem i możliwościami psychicznymi czy obawą przed utrudnionym funkcjonowaniem w środowisku społecznym. Ta nowa sytuacja wymaga od pacjenta wzięcia odpowiedzialności za cały

²¹⁰ Por. A. Ostrowska, *Modele relacji pacjent – lekarz*, w: *Socjologia medycyny: podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2009.

²¹¹ Por. A. Gethmann-Siefert, *Consultation Instead of Prescription—a Model for the Structure of the Doctor–Patient Relationship*, „Poiesis & Praxis”, 2 (2003), nr 2, s. 17–19.

²¹² Por. tamże.

proces przystosowania się do niełatwych okoliczności²¹³.

Gotowość i zdolność do podjęcia samoopieki jest jedną z oznak pozytywnej reakcji na leczenie, wpisuje się w założenia modelu holistycznego o „samoleczeniu i synchronizacji”²¹⁴. Radu Bandol taką stopniową integrację nazywa „zaprzyjaźnianiem się z chorobą” i wskazuje, że realizacja tego procesu w dużej mierze zależy od postawy lekarza. To lekarz miałby wzmocnić nastawienie pacjenta oraz wzbudzić w nim poczucie troski o samego siebie²¹⁵. Przyjmując, że do zadań lekarza należy nie tylko leczenie chorego, ale także udzielenie pacjentowi wsparcia w procesie samoleczenia, znaczenia nabiera też wpływ lekarza na postawę chorego i jego rozwój moralny. Bandol podkreśla konieczność nabycia przez lekarzy kompetencji charakterystycznych dla psychoterapeutów. Lekarz ma skłaniać pacjenta do ujawnienia emocji i myśli. Wydaje się też, że to właśnie otwartość pacjenta, dialog o wartościach i wzbudzone na tym tle poczucie sprawstwa w dużej mierze sprzyjają zawiązaniu terapeutycznej więzi pomiędzy lekarzem a chorym.

1.1.2.5. Przykładowe praktyczne rozstrzygnięcia w systemie opieki zdrowotnej

Postulaty modelu holistycznego dotyczą relacji lekarz – pacjent, ale sama idea podejścia holistycznego wpływa też na organizację systemu opieki zdrowotnej. Zmiany dokonują się pod hasłem ukierunkowania na pacjenta. Mowa nawet o medycynie skoncentrowanej na pacjencie (*Patient-Centered Medicine – PCM*)²¹⁶. Pozycja pacjenta jest też wzmocniana przez zapisy normatywno-prawne, których lekarz winien przestrzegać, a za brak właściwego działania ponosi konsekwencje. Poza tym pacjent nazywany „klientem” ma szersze możliwości, związane z nabyciem uprawnień konsumenckich²¹⁷.

Zawód lekarza jest ciągle oceniany przez społeczeństwo. Pacjenci szukają w bogatych propozycjach usług medycznych najlepszych dla nich rozwiązań. Dodatkowo, różnorodne możliwości wyboru lekarza i leczenia są kreowane wskutek komercjalizacji medycyny. Prywatne podmioty lecznicze konkurują o przygotowanie oferty atrakcyjnej dla jak największej liczby

²¹³ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

²¹⁴ Por. podrozdział 1.1.2.2.

²¹⁵ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

²¹⁶ Medycyna skoncentrowana na pacjencie (*Patient-Centered Medicine – PCM*) bywa stawiana w opozycji do medycyny opartej na dowodach (*Evidence Based Medicine – EBM*) (por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt., s. 47).

²¹⁷ Por. A. Maciąg, I. Sakowska, *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski” (2006), nr 1.

odbiorców²¹⁸. Tego rodzaju postawy mogą być utrwalane również poprzez portale internetowe oceniające lekarzy. Wielu osobom dostarczają one cennych wskazówek co do wyboru odpowiedniego specjalisty. Przy tym warto zauważyć, że nie ma odgórnego kryterium stanowiącego o tym, co oznacza dobra praca lekarza. Każdy internauta może podzielić się własną opinią na temat specjalisty, którego wymienia się z nazwiska. Pacjenci zauważają tak różne aspekty pracy lekarza, jak różne są ich wyobrażenia, przeżycia czy doświadczenie z wizyty. Skuteczność leczenia (w znaczeniu biomedycznym) jest tylko jednym z kryteriów dobrej pracy lekarza. Ważne okazują się też postawa i sposób, w jaki lekarz interesuje się chorym²¹⁹.

Pozycję medycyny zorientowanej na pacjenta utrwała też działalność instytucji zajmujących się monitorowaniem zmian i certyfikacją w sektorze zdrowia. Corocznie prezentowane są wyniki badań dotyczące opinii pacjentów na temat pracy lekarzy. W ocenie brane są pod uwagę między innymi: czas poświęcony na konsultację, umiejętność zrozumiałego wy tłumaczenia zaleceń, możliwość zadawania przez pacjenta pytań i wyrażania obaw oraz włączenie pacjentów w proces decyzyjny dotyczący leczenia. Takie podejście sprzyja zaangażowanemu udziałowi pacjenta w przebieg leczenia i w dobór zastosowanych metod. Postawienie najsłabszego w centrum opieki zdrowotnej wydaje się przyjmowane przez odbiorców usług medycznych z entuzjazmem. Otwiera też coraz szersze możliwości zgłaszania względem lekarzy roszczeń i życzeń²²⁰.

Zindywidualizowane podejście do pacjenta dotyczy również organizacji leczenia środowiskowego. Dobrym przykładem tej formy pomocy jest deinstytucjonalizacja usług świadczonych dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Kierunek ten jest łączony z trzema elementami. Po pierwsze, dotyczy zwolnienia osób ze szpitali psychiatrycznych, po drugie, oznacza zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji i po trzecie, nastawiony jest na rozwój alternatywnych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja nie jest pojmowana tylko jako zmiana miejsca opieki, ale proces i ruch zmierzający do odbudowania u chorych poczucia przynależności do ważnej dla nich społeczności i sprawowanych ról. Istotną zasadą tej propozycji jest zindywidualizowany i szeroki program pomocy. Wśród dostępnych form wsparcia można wymienić: psychoterapię, mobilne zespoły specjalistów, pracę chronioną lub wspieraną, plany mieszkaniowe, współpracę z rodziną pacjenta. Są to działania zorientowane na udzielenie pomocy w miejscu zamieszkania chorego, które mają doprowadzić do integracji pacjenta ze środowiskiem, na przykład uzyskania przez niego pracy adekwatnej do stanu zdrowia²²¹.

²¹⁸ Por. tamże.

²¹⁹ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

²²⁰ Por. tamże.

²²¹ Por. H.R. Lamb, L.L. Bachrach, *Some Perspectives on Deinstitutionalization*, „Psychiatric Services”, 52 (2001), nr 8.

Wsparcie ma być dobrane do indywidualnych potrzeb. Jedną z metod lepszego docierania do preferencji chorego jest *Otwarty Dialog (Open Dialogue – OD)*. Jest to rodzaj interwencji terapeutycznej, łączącej elementy podejścia systemowego i psychodynamicznego. Model *OD* jest nastawiony na spotkania różnych specjalistów z pacjentem oraz jego bliskimi. Zespół ma stworzyć przyjazną dla pacjenta przestrzeń i okoliczności do rozmowy, które mają sprzyjać lepszemu docieraniu do ważnych dla chorego potrzeb i decyzji²²².

Medycyna holistyczna niewątpliwie przeniosła akcent zainteresowania z choroby na samo życie pacjenta i jego ogólne funkcjonowanie. Wyrazem tej zmiany mogą być też programy promocyjno-profilaktyczne. W modelu biomedycznym zwalczano choroby, zaś podejście holistyczne w dużej mierze dotyczy budowania dobrostanu pacjenta. Zmiana ta jest widoczna w przejściu z profilaktyki negatywnej na profilaktykę pozytywną. Pierwsza z nich koncentrowała się na identyfikacji i redukcji czynników, które są negatywne dla zdrowia i rozwoju. Z kolei aktualne podejście kładzie akcent na rozpoznanie i wzmocnienie zasobów jednostki i jej otoczenia. Organizowane są programy dla różnych grup wiekowych, a ich celem jest integralne i długoterminowe oddziaływanie służące zdrowiu. Nie chodzi już tylko o przeciwdziałanie rozwojowi procesów chorobowych, ale też o tworzenie warunków sprzyjających unikaniu czynników negatywnych oraz o promocję zdrowia. Profilaktyka pozytywna, w przeciwieństwie do bazującej na zakazach i nakazach profilaktyki negatywnej, ma charakter ofensywny i jest otwarta na różnorodne formy wsparcia. Zgodnie z holistyczno-systemowym podejściem brane jest pod uwagę także społeczne otoczenie pacjenta. Ważna jest współpraca z rodziną, szkołą, społecznością lokalną²²³.

Kolejnym elementem, który można rozpatrywać jako zmianę powiązaną z holistycznym podejściem, jest współpraca różnych specjalistów w trosce o chorego. Po pierwsze, taka integracja dokonuje się na poziomie samej wiedzy medycznej, a dotyczy łączenia specjalizacji medycznych w celu wypracowania trafniejszych efektów diagnostyczno-terapeutycznych. Aktualna wiedza z zakresu medycyny jest na tyle rozwinięta, że współpraca między lekarzami jest nieunikniona i wydaje się oznaką nie tylko troski o chorego, ale też wyrazem umiejętności krytycznego spojrzenia lekarza na własną wiedzę jako tę, która zawsze pozostaje jedynie częścią większej całości doświadczeń. Na lekarzu ciąży odpowiedzialność nie tylko aktualizowania wiedzy z własnej specjalizacji, ale również umiejętność łączenia różnych ujęć tego samego przypadku i gotowość nawiązywania w tym celu współpracy z innymi lekarzami. Po drugie, współpraca między

²²² Por. A.M. Freeman, R.H. Tribe, J.C.H. Stott, S. Pilling, *Open Dialogue: A Review of the Evidence*, „Psychiatric Services”, 70 (2019), nr 1, s. 46–59.

²²³ Por. P. Curyło-Sikora, A. Kaczmarska, *Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 22 (2016), nr 4.

specjalistami dotyczy także porozumienia budowanego między przedstawicielami różnych dziedzin, co łączy się z wyjściem poza możliwości samej medycyny w kierunku humanistyki i nauk społecznych jako tych gałęzi wiedzy, które gwarantują lepszy wgląd w „niecielesną stronę medycyny”. Takie interdyscyplinarne podejście rozwija się zarówno na poziomie teoretycznych rozważań, ale także dotyczy samej pracy z pacjentem. Zespołowa współpraca różnych specjalistów dotyczy przede wszystkim medycyny paliatywnej. W tym obszarze porozumienie między specjalistami jest szczególnie istotne. Zgodnie z holistyczno-systemowym podejściem, zdrowie obejmuje zarówno biologiczną budowę człowieka, jak i wymiar psychiczny, społeczny i duchowy, stąd do pracy z pacjentem włączają się osoby różnych zawodów i kompetencji: będą to przedstawiciele zawodów medycznych, ale też psychologowie, opiekunowie, duchowni czy rodzina pacjenta.

Jednym z przykładów takiej współpracy jest strategia zespołowego działania opisana przez Mino i Lerta dla medycyny paliatywnej. Zgodnie z holistycznym pojmowaniem choroby propozycja ta zmierza do poprawy funkcjonowania pacjenta możliwie w najszerszym wymiarze. Pomysł opiera się na teorii „ból całkowitego”, sformułowanej przez brytyjską lekarzkę, Cicely Saunders (1918–2005), założycielkę Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie i propagatorkę nowoczesnej medycyny paliatywnej. Według tego podejścia nie można sprowadzać bólu do objawów, które bada się bądź to na poziomie organicznego uszkodzenia, czy też jako nieprawidłowe funkcjonowanie fizjologiczne. Ból należy postrzegać jako samo w sobie zło²²⁴.

Jean-Christophe Mino i France Lert, odnosząc się do teorii „ból całkowitego”, pokazują, w jaki sposób zespół może wspierać pacjenta całościowo. Przede wszystkim istotnym elementem dobrze przeprowadzonej diagnozy i trafnie dobranego planu pomocy jest sposób, w jaki postrzega się pacjenta. Wiemy, że jest on osobą dotkniętą przez zło. Takie ujęcie wydaje się zagadkowe, ale właśnie dzięki temu wymaga od zespołu długich poszukiwań, zanim ostatecznie zapadnie decyzja o dalszym planie działania. Cierpienie ujawnia się na wielu poziomach. Złożona specyfika życia wymaga, aby „czytać pacjenta” na poziomie zmian fizycznych, życia psychicznego, funkcjonowania społecznego czy duchowych poszukiwań. Multidyscyplinarny zespół ma dotrzeć do każdej z tych rzeczywistości, dokonać „oceny bólu” (*pain judgment*) u pacjenta i stworzyć obraz jego „wewnętrznego ja” (*inner self*), zamiast diagnozy. Taki obraz jest tworzony na bazie wielu informacji, na przykład: sytuacji klinicznej, przebiegu i doświadczenia choroby, psychiki, cech osobowości, historii pacjenta, wierzeń, stosunków społecznych, historii i relacji rodzinnych, kariery zawodowej, pragnień, opinii i woli. Do zebrania tych wszystkich informacji potrzebny jest czas i odpowiednie warunki do rozmowy. Członkowie zespołu opieki paliatywnej często działają

²²⁴ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model*, dz. cyt.

nieformalnie, organizują spotkania z pacjentem z dużą dowolnością. Praca z pacjentem odbywa się w jego domu, szpitalu czy biurach zespołu. Dane zebrane z perspektywy różnych dziedzin są poddane zespołowej interpretacji. Na obraz pacjenta składają się różne informacje, ujęte z perspektywy odrębnych dyscyplin. Zespół próbuje te różne punkty widzenia zintegrować i tak powstaje obraz „pacjenta w bólu całkowitym”, który staje się podstawą planu działania²²⁵.

Ważną regułą proponowanej strategii jest usytuowanie pacjenta w centrum modelu i zindywidualizowane podejście do każdego przypadku. A to oznacza, że nic innego, ale właśnie pacjent i jego sprawa powinny dyktować dalszy tok postępowania. Mino i Lert zaznaczają, że norma biomedyczna nie powinna być dla zespołu dominującą zasadą, która rozstrzyga o wyborze rodzaju interwencji. To, co najlepsze w założeniu biomedycznym, może już takie nie być w kontekście oczekiwań chorego²²⁶.

Powyższe przykłady praktycznej realizacji idei holizmu pokazują, że medycyna zorientowana na pacjenta przede wszystkim podejmuje problem funkcjonowania osoby w jej codziennym środowisku. Bywa, że nowe podejście przybiera – tak jak wspomniana deinstytucjonalizacja – formę ruchu społecznego i pod hasłem „prawa do wolności” napędzane są zmiany²²⁷. W efekcie, idea medycyny holistycznej obejmuje już nie tylko leczenie organizmu, ale dotyczy szerszych, wielowymiarowych i zindywidualizowanych rozwiązań.

1.1.2.6. Pozytywna strona modelu holistycznego

Pozytywna strona modelu holistycznego wyraża się przede wszystkim w tych działaniach, które wynikają z postulatu całościowego ujęcia ludzkiego zdrowia. Model holistyczny jest związany z przekraczaniem redukcjonizmu. Zdrowie i samo życie okazują się czymś znacznie bardziej złożonym niż zdoła opisać język fizyczny. Można zaobserwować zmiany, jakie pod wpływem podejścia holistycznego dokonały się na poziomie stosowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Model biomedyczny koncentrował się na aspekcie cielesnym i redukcjonistycznym ujęciu choroby. Natomiast w modelu holistycznym problem zdrowia jest rozpatrywany na wielu poziomach (biochemicznym, psychicznym, społecznym, ekologicznym,

²²⁵ Por. tamże.

²²⁶ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

²²⁷ Por. M. Morzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii*, „Psychiatria Polska: Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego” 49 (2015), nr 2.

duchowym). W takim ujęciu choroba nie kończy się wraz z leczeniem jej somatycznych przejawów, ale towarzyszy pacjentowi również wtedy, gdy takie objawy ustępują, ale pacjent nadal ma trudność dostosowania się do codziennego środowiska życia i nie potrafi budować własnego dobrostanu. Takie podejście wpłynęło na rozwój różnego rodzaju usług. Zwrócono większą uwagę na wsparcie pacjenta w jego codziennym funkcjonowaniu. Powstało wiele programów nastawionych na kształtowanie zdrowego stylu życia, wprowadzono szersze i bardziej adekwatne formy pomocy choremu. Dużym sukcesem modelu holistycznego jest rozwój profilaktyki pozytywnej. Zyskują też wszelkie te metody, które ukazują indywidualne sposoby radzenia sobie z trudnościami i pomagają w eksplikacji wewnętrznych przeżyć pacjenta (np. fenomenologia, medycyna narracyjna).

Model holistyczny poprzez dążenie do całościowego ujęcia człowieka i jego zdrowia doprowadza też do współpracy między lekarzami, co z kolei przekłada się na mniejsze ryzyko popełnienia błędu w diagnozie. Obok współpracy lekarzy ważnym krokiem jest również pomoc osób posiadających inne umiejętności pracy z pacjentem, niż reprezentują lekarze. Na przykład, zostaje włączone doświadczenie i wiedza pielęgniarek, psychologów, psychoterapeutów, instruktorów zdrowienia, duchownych. Osoby te, ze względu na charakter swojej pracy niejednokrotnie obserwują bardziej osobiste i subtelne problemy pacjenta niż jest to możliwe dla lekarzy, stając się jednocześnie adwokatami wartości i potrzeb, ważnych dla chorych. Multidyscyplinarne zespoły dostarczają też informacji o pacjencie i jego środowisku, które są istotne na przykład w długoterminowych terapiach. Jest to szansa odepchnięcia zbyt jednokierunkowych działań (np. wyłącznie rozwiązań farmakologicznych) na rzecz szerszego podejścia do możliwości chorego i jego sieci społecznej²²⁸.

Model holistyczny ukazuje, że leczenie jest czymś więcej niż naprawianiem nieprawidłowo funkcjonującego ciała. Pod uwagę brany jest pozytywny wpływ zaangażowanej i odpowiedzialnej postawy pacjenta. I choć zależność między postawą pacjenta a powodzeniem terapii nie jest czymś odkrywczym, to jednak dopiero model holistyczny ustala warunki i metody sprzyjające uwzględnieniu perspektywy pierwszoosobowej. Przykładem tego kierunku jest zorientowana całościowo medycyna narracyjna. Poza tym odsłonięcie doświadczenia pacjenta uwydatnia błędy podejścia redukcjonistycznego. Leczenie w modelu biomedycznym zorientowane jest głównie na dobro medyczne, ale dobro przeżywane przez pacjenta z łatwością mogło być ignorowane. Bez pomocy pacjenta i bez jego głosu leczenie mogło rozmijać się z osobistymi zasobami pacjenta do samozdrowienia. Model holistyczny wprowadził istotne pytanie o to, na ile leczenie służy pacjentowi – na ile wzmacnia jego poczucie dobrostanu. Zwraca się też uwagę na to, w jaki sposób

²²⁸ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

potencjał pacjenta w zakresie doświadczenia wartości może być wykorzystany dla celów terapeutycznych²²⁹. Podejście humanistyczne odsłania znaczenie przeżyć chorego i w ten sposób służy zindywidualizowanemu leczeniu, ale również – w ten sposób – uwydatnia prawo pacjenta do decydowania o własnym życiu.

Pozytywnych skutków można też doszukiwać się w myśli postmodernistycznej, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę psychoterapię. Bogdan de Barbaro zauważa, że postmodernizm, mimo kilku negatywnych punktów, może przyczynić się do przyjęcia przez psychoterapeutów rozsądniejszych, pozbawionych uprzedzeń i zadufania postaw i stać się zachętą do krytycznego spojrzenia na własne myśli, oceny i teorie. Wydaje się, że wnioski autora są słuszne, o ile przesłanie „płynące” z tego nurtu będzie przez psychoterapeutów odczytywane w takim właśnie kontekście²³⁰.

Ogólnie rzecz ujmując, refleksja rozwijająca się wokół modelu holistycznego wydaje się lekcją pokory. Ukazuje, jak dalece wyspecjalizowane działanie lekarza może rozminąć się z potrzebami chorego. Nowe podejście niejako wybija lekarzy z przywiązania do modelu biomedycznego i zbytniego zaufania we własną specjalizację, a nawet w grunt naukowych odkryć. Efekty uzyskane na poziomie oceny biomedycznej mogą nie przekładać się na poprawę jakości życia pacjenta. Nowe podejście otwiera możliwość opisaną zniuansowanej natury zjawisk dotyczących zdrowia i choroby przy włączeniu wielu niewspółmiernych dyscyplin. Apelowanie o to, aby pacjent był postrzegany nie tylko jako ciało-mechanizm, ale przede wszystkim byt złożony z ducha i ciała, może przyczynić się do krytycznego spojrzenia na dobór metod leczenia. Redukcja pacjenta do przedmiotu chorobowego i dystans poznawczy przestają być jedyną opcją postrzegania pacjenta. Równie ważne może okazać się budowanie wzajemnego partnerstwa i dbałość lekarza o porozumienie na poziomie wartości. Powrót do całościowego myślenia o pacjencie podnosi też fundamentalne dla leczenia pytania o rolę uczuć, znaczenie wartości w medycynie czy rolę odpowiedzialności pacjenta za własny stan. W paradygmacie biomedycznym te istotne kwestie łatwo mogły być ignorowane. Model holistyczny ujawnia, że skuteczność związana z osiągnięciem mierzalnych wyników niekoniecznie jest najważniejszą oznaką dobrego podejścia. Równie ważne – jak pokazują Emanuelowie – jest doświadczenie pacjenta – procesy samorozumienia i moralnego samorozwoju, przez które miały w dużej mierze przeprowadzić pacjenta właśnie lekarz.

Poza tym sceptyczne spojrzenie na dominującą wiedzę może okazać się owocne, gdy skłania do krytycznego myślenia i nastraja do gotowości przystosowania się do nieoczekiwanych zmian. Podobną intuicję można odnaleźć u Szumowskiego, gdy opowiada o nieoczekiwanych korzyściach, jakie odnoszą lekarze prowincjonalni XX wieku, odcięci od nadmiernej naukowości.

²²⁹ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

²³⁰ Por. B. de Barbaro, *Po co psychoterapii postmodernizm*, dz. cyt., s. 13.

Ci właśnie, szczególnie zdani na własne wysiłki myślowe i poszukiwania, niejednokrotnie doprowadzali do trafniejszych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych niż lekarze przywiązani do wyuczonych i utrwalonych schematów²³¹. Podobnie mogą zadziałać tezy podnoszone w ramach podejścia holistycznego, gdy stają się szansą zbudowania bardziej wyważonego podejścia, w którym obok stosowania wiedzy *stricte* medycznej sprawdzają się też różnego rodzaju „umiejętności miękkie”.

Nową ideę medycyny można więc potraktować przede wszystkim jako okazję do pogłębionej i systematycznej refleksji nad udoskonalaniem postaw personelu medycznego w taki sposób, aby obejmowała ona szersze, niż dyktuje model biomedyczny, ujęcie człowieka. Jednocześnie warto zauważyć, że idee holistyczne przebijają czasem formę ruchu społecznego, w którym wybrzmiewają prawa pacjenta do wolności czy autonomii (jak w przypadku deinstytucjonalizacji). A to powoduje, że nowa propozycja jest stawiana w opozycji do modelu biomedycznego jako tego podejścia, w którym wyraźna kategoryzacja patologii jest przedstawiana jako działanie opresyjne wobec indywidualnych przekonań jednostki. Zachowując dystans wobec tego rodzaju skrajnych roszczeń towarzyszących zmianie, być może należałoby powiedzieć, że biomedyczny porządek nie był gorszy, a nowa propozycja nie będzie lepsza. Redukcjonistyczny styl myślenia, podobnie jak i holistyczny są tylko perspektywicznym ujęciem. I tak jak chciał Karl Jaspers należy pojedyncze podejścia w medycynie rozpatrywać jako perspektywy badawcze, zbliżające nas do rozwiązań, nie zaś jako wyczerpujące propozycje²³².

1.2. Trudności modelu holistycznego i warunki ich przewyższenia

Postulat o wielowymiarowym ujęciu zdrowia, choć *stricte* dotyczy praktyki lekarskiej, jest realizowany nie jako udoskonalenie leczenia na poziomie odniesienia lekarza do pacjenta, ale jako zintegrowana opieka nad pacjentami, świadczona przez różne grupy zawodowe. Dostępność różnych społecznych inicjatyw i usług (począwszy od promocji zdrowia aż po wsparcie środowiskowe) wydaje się łatwiej i szybciej oddziaływać na kształt opieki oferowanej pacjentom niż możliwości samych lekarzy. Teza o wielości poziomów zdrowia w praktyce zostaje oddana przede wszystkim jako zestaw różnych form pomocy. W takim zespołowym systemie opieki praca lekarzy pozostaje ta sama (oparta na paradygmacie biomedycznym), a jedynie lekarska interwencja

²³¹ Por. W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, dz. cyt.

²³² Por. A. Kapusta, *Problem rozumienia w filozofii psychiatrii*, dz. cyt., s. 449–450.

jest umieszczona w zintegrowanym spektrum propozycji (obejmujących na przykład leczenie w szpitalu, rozmowy z psychologami, wsparcie pacjenta w jego środowisku)²³³. W ten sposób słowo „całość” zyskuje dość karykaturalne odzwierciedlenie względem początkowych założeń.

Bez względu jednak na korzyści czy straty wynikające z realizacji idei holistycznej w postaci zintegrowanej opieki, nie należy zapominać – jak przypomina Małgorzata Krajnik – że nie jest to odpowiedź na główną tezę holizmu. Wszak w modelu holistycznym chodzi przede wszystkim o przewyższenie redukcjonizmu i instrumentalizacji pacjenta poprzez uwzględnienie aspektu „niecielesnego” w samym leczeniu (w spotkaniu między lekarzem a pacjentem)²³⁴. W związku z tym, rozstrzygnięcie problemu poprzez skoordynowanie opieki nad chorymi i poszerzanie form pomocy o nowe usługi nie powinno odsuwać, a tym bardziej zdejmować odpowiedzialności za całościowe ujęcie chorego z głównego filaru pracowników służby zdrowia. Ze względu na ten „unik” konieczna jest analiza przyczyn utrudniających realizację modelu holistycznego w lekarskiej praktyce, a następnie – ustalenie, czy i jak możliwe jest uwzględnienie „niecielesnej strony medycyny” w samym spotkaniu lekarz – pacjent. Nadal te pytania pozostają otwarte. Okazuje się, że lekarze – przygotowani do pracy w modelu biomedycznym – nie wiedzą, w jaki sposób mieliby realizować założenia modelu holistycznego w rzeczywistych sytuacjach²³⁵.

1.2.1. Trudność odparcia modelu biomedycznego

Model holistyczny nie stał się opcją konkurencyjną względem modelu biomedycznego i w samym leczeniu nie doszło do zmiany dominującego od wieków podejścia²³⁶. W pierwszym skojarzeniu przyczyny tej sytuacji można się doszukiwać w złożoności modelu holistycznego. Staje się to wyraźne, gdy zestawia się oba modele. Model biomedyczny, choć jest krytykowany za zbyt wąskie ujęcie pacjenta i jego zdrowia, to jednak przez ten minimalizm możliwy jest do realizacji przez lekarzy. Tak nie jest w przypadku modelu holistycznego. Szeroka definicja zdrowia oraz niejednoznaczne rozstrzygnięcia okazują się trudne do urzeczywistnienia w samej pracy lekarza²³⁷. Poza tym ogólnym problemem są jeszcze inne, bardziej szczegółowe przyczyny braku wyraźnych przekształceń. Wśród najważniejszych można wymienić następujące:

²³³ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

²³⁴ Por. M. Krajnik, *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?*, dz. cyt.

²³⁵ Por. Y. Alonso, *The Biopsychosocial Model in Medical Research*, dz. cyt.

²³⁶ Por. tamże.

²³⁷ Por. tamże.

1. Trudność odzwierciedlenia idei humanistycznych w postawach lekarzy.

Konieczność uwzględnienia nieoczywistych przejawów duchowości człowieka wydaje się głównym źródłem problemów dla medycyny, jako takiego rodzaju nauki, która zmierza do jednoznacznych i praktycznych rozstrzygnięć. Aby sprostać temu zadaniu, wprowadzono odpowiednie dyscypliny, takie jak psychologia czy socjologia, w obrębie których możliwe jest opisanie i wyjaśnienie charakteru „niecelesnej strony medycyny”. W tym zadaniu pomocna wydaje się także filozofia, dzięki której zgłębiany jest problem złożoności ludzkiego bytu i badana możliwość integracji cząstkowych ujęć rzeczywistości²³⁸.

Teoretyczne rozstrzygnięcia niewątpliwie poszerzyły refleksję nad potencjałem medycyny. Model holistyczny doprowadził do interdyscyplinarnego wglądu w psychofizyczny problem, ale prawdziwa trudność dotyczy przejścia między teoretycznymi rozważaniami a praktyką. I ta bariera okazuje się szczególnie kłopotliwa. Jak się okazuje, model holistyczny jest dyskutowany od dawna, ale nie został wprowadzony²³⁹. Na podstawie analiz nad przekształceniami modelu medycyny Yolanda Alonso zauważa, że pierwsze próby zmiany paradygmatu datowane są na koniec lat siedemdziesiątych. Okazuje się jednak, że mimo wzrostu dyskusji nad nowym podejściem, przez kolejne lata nie zaobserwowano przekształcenia metod leczenia. Również w edukacji lekarskiej pojawiły się zagadnienia dotyczące podejścia holistycznego, ale baza przygotowań, badania kliniczne, stosowane metody diagnostyczne i terapeutyczne są oparte przede wszystkim na ustaleniach modelu biomedycznego. Uznanie względem idei medycyny holistycznej, jakie można zaobserwować w niektórych akademickich i instytucjonalnych domenach, psychologii zdrowia, profilaktyce czy w samej opinii publicznej, nie rozpowszechniły się wśród lekarzy. Lekarze wciąż niechętnie uwzględniają „niecelesny” wymiar ludzkiego zdrowia²⁴⁰.

Trudność realizacji modelu holistycznego w lekarskiej praktyce wynika zapewne z wielu przyczyn, ale wśród najważniejszych Alonso podaje fakt, że medycyna holistyczna nie wytworzyła wyraźnych reguł postępowania dla praktyki klinicznej. Bo choć dzięki humanistyce i naukom społecznym mowa na przykład o różnych warstwach życia osoby, uwzględnianiu wartości, docieraniu do ukrytej jaźni pacjenta i jego relacji społecznych, to jednak nie sposób jednoznacznie określić, czym podejście holistyczne jest w samym spotkaniu lekarz – pacjent. Lekarze nie wiedzą,

²³⁸ Antonina Doroszevska i Anna Sadowska wskazują, że socjologia, obok psychologii i filozofii, to podstawowe dziedziny wiedzy dla praktyki medycznej. Zainteresowanie interdyscyplinarną współpracą wzrasta wraz z możliwymi przekształceniami w medycynie. Por. A. Doroszevska, A. Sadowska, *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 1 (2013), nr 41, s. 58–59.

²³⁹ Por. Y. Alonso, *The Biopsychosocial Model in Medical Research*, dz. cyt.

²⁴⁰ Por. tamże.

jak realizować ideały podejścia holistycznego²⁴¹. Przykładowo, zgodnie z podejściem holistycznym, lekarz ma uwzględnić wartości. To wynika z celu terapeutycznego i obowiązków etycznych. Takie postulaty zawierają na przykład modele Emanuelów. Są to modelowe i teoretyczne rozwiązania, wskazujące „na odgórne” zasady relacji i komunikacji z pacjentem. Jednocześnie żadne z tych ujęć nie pokazuje, jak lekarz ma dotrzeć do wartości i jak ma się przygotować, aby w ogóle rozpoznawać bogaty świat przeżyć pacjenta. Sami Emanuelowie, formułując tezę o uwzględnieniu wartości, zauważają, że proponowane przez nich modelowe wskazania nie są wystarczające. Lekarze muszą ukształtować odpowiednie postawy, potrzebne do wykonania takiego zadania. Spełnienie wyznaczonych norm jest uzależnione od przygotowania lekarzy, a nie tylko od wskazania na dobre rozwiązania w ujęciu modelowym²⁴². Autorzy nie podają jednak, czym dokładnie takie przygotowanie miałyby być i jak miałyby przebiegać.

Same teoretyczne rozważania i wyprowadzone w ten sposób postulaty wydają się ważne. Stanowią punkt odniesienia. Ustalają, co jest „dobrem” w spotkaniu lekarz – pacjent. Dzięki nim lekarz może identyfikować się z danym systemem etycznym lub określonym modelem komunikacji z pacjentem. Niebezpieczeństwo polega jednak na tym, że może to być odniesienie wyłącznie deklaratywne, bo jednocześnie lekarz może nie być przygotowany wewnętrznie – moralnie i poznawczo – do spełnienia proponowanych postulatów. A przecież chodziłoby o to, aby lekarze deklarowane wartości spełniali właśnie w trudnej sytuacji spotkania z pacjentem, w chaosie światopoglądowego pluralizmu, w warunkach wciąż dominującego modelu biomedycznego. To są realne przeszkody, stające na drodze prostego przeniesienia teoretycznego systemu do konkretnych sytuacji – przeszkody, z którymi musi się zmierzyć lekarz, opowiadając się za danym poglądem. Przyjęte normy czy modele komunikacji są punktem odniesienia, ale niekoniecznie gwarantują dostateczne rozwiązania wobec – niewątpliwie – trudnej sytuacji, w jakiej współcześni lekarze są postawieni – trudnej zarówno pod kątem rozpoznania, jak się zachować moralnie, ale też trudnej logistycznie z uwagi na warunki pracy lekarzy.

2. Problem czasu wizyty

Czas wizyt to kolejna istotna przeszkoda na drodze realizacji modelu holistycznego. Istnieją bowiem metody, które są praktyczną podpowiedzią w zakresie uwzględnienia przez lekarza wartości ważnych dla pacjenta, ale zwykle kluczem tych metod jest odpowiedni dialog. A ta forma zakłada, że pacjent będzie miał zapewniony na tyle długi czas wizyt, aby mógł swobodnie przedstawić swoją historię, odsłonić swój punkt widzenia, a nawet pogłębić swoją świadomość.

²⁴¹ Por. tamże.

²⁴² Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2226.

Przykładowo, medycyna narracyjna dostarcza wielu cennych wskazówek w zakresie prowadzenia rozmów z chorymi, ale jest to propozycja bardzo wymagająca organizacyjnie. Zgodnie z tym podejściem, lekarze musieliby poświęcić bardzo dużo czasu na wysłuchanie historii pacjentów. Taki sam warunek zakładają ukierunkowane na wartości modele Emanuelów, a zwłaszcza – najpełniej podejmujący płaszczyznę aksjologiczną – model deliberatywny. Tego rodzaju podejścia wymagają poświęcenia pacjentowi dużo czasu. Tymczasem sytuacje kliniczne często zmuszają lekarzy do podejmowania szybkich decyzji²⁴³. Trudno sobie wyobrazić, aby w takich warunkach proces podejmowania działań dotyczących leczenia przyjmował formę rozciągniętych w czasie poszukiwań egzystencjalno-aksjologicznych, przypominających rozmowy z gabinetu terapeuty. Jest to raczej niemożliwe. Lekarz – jako osoba prowadząca spotkanie – musi dokonać jakiegoś podsumowania otwartych dylematów w taki sposób, aby postępowanie medyczne posunęło się do przodu.

Ogólna sytuacja w służbie zdrowia także wydaje się niesprzyjająca dla wprowadzenia powyższych metod. W wielu krajach długość wizyty jest postrzegana przez pacjentów jako zbyt krótka²⁴⁴. „Zwięzłość konsultacji w ogólnej praktyce lekarskiej była źródłem niepokoju w tym stuleciu”²⁴⁵ – czytamy w raporcie na ten temat. W takich okolicznościach nie rozwiną się metody, które wymagają długich rozmów lekarza z pacjentem. Zadowolenie z oferowanej długości wizyty wydaje się wstępnym warunkiem zawiązania między lekarzem a pacjentem swobodnej, pełnej zaufania i otwartości rozmowy. W związku z tym, metody opierające się na dialogu, mimo iż są cenne, to jednak ich realizacja w wielu krajach może być utrudniona.

3. Problem uwzględnienia pozytywnej definicji zdrowia.

Yolanda Alonso zauważa, że problem aplikacji modelu holistycznego dotyczy również sposobu ujmowania zdrowia. W praktyce lekarskiej trudno o zastosowanie, charakterystycznej dla podejścia humanistycznego, pozytywnej definicji zdrowia. Znacznie łatwiej wypracować rozstrzygnięcia służące praktyce, gdy punktem wyjścia uczyni się – zgodnie z modelem biomedycznym – brak schorzenia. Węższy model zdrowia jest bardziej użyteczny i umożliwia postęp. W efekcie nadal „króluje” model biomedyczny, a co do idei holistycznych, to poza wzrostem wśród klinicystów świadomości na temat różnych definicji zdrowia i ewentualnego niepokoju względem podejścia redukcjonistycznego, nie można mówić o rzeczywistej zmianie w

²⁴³ Por. A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, dz. cyt., s. 34.

²⁴⁴ Por. A. Rodríguez Torres, E.C. Jarillo Soto, D. Casas Patiño, *Medical Consultation, Time and Duration*, „Medwave”, 18 (2018), nr 5.

²⁴⁵ Tamże, s. 3.

odniesieniu do praktyki klinicznej (zwłaszcza w odniesieniu do ogółu specjalizacji)²⁴⁶.

Alonso zauważa, że lekarze nadal są zorientowani na model biomedyczny, a kształtowanie nowych postaw sprawniej przebiega w opiece pielęgniarskiej. Pielęgniarkom łatwiej niż lekarzom zbliżyć się do doświadczeń chorych, ich codziennych zmagania i zaobserwować szersze tło funkcjonowania pacjenta. Z kolei uwaga lekarzy skierowana jest na dysfunkcję i te objawy, które są istotne z medycznego punktu widzenia. Jednak w tak wąskiej epistemologicznie orientacji trudno o humanistyczne rozszerzenie i wzmocnienie chorego. Pozytywne ujęcie zdrowia staje się wyzwaniem, któremu lekarze wykształceni w nurbie biomedycznym nie potrafią sprostać. Nie mają odpowiedniego przygotowania²⁴⁷.

To zawężenie jest barierą dla podejścia holistycznego, a zarazem poważną stratą. Zgodnie z modelem holistycznym, pozytywna definicja zdrowia miała gwarantować uwzględnienie fenomenu samozdrowienia. Jeśli przyjmiemy, że w praktyce lekarskiej możliwa jest tylko negatywna definicja zdrowia, wówczas uwaga nie kierunkuje się na potencjał, jaki tkwi w człowieku, lecz pozostaje skoncentrowana na patologii i jej wyeliminowaniu. W tak wąskiej perspektywie myślenia, możliwości pacjenta (np. psychiczno-duchowe) nie są wydobyte. Nie są też zintegrowane z przebiegiem leczenia.

4. Problem odrzucenia wartości na rzecz faktów.

Wprawdzie podmiotowa perspektywa wydaje się ściśle związana z leczeniem²⁴⁸, to – paradoksalnie – właśnie ta strona stanowi częstą przeszkodę w leczeniu pacjentów wedle wiedzy medycznej. Dane „z pierwszej osoby” zakłócają przejrzystość procedur modelu biomedycznego. Andrzej Kapusta ujawnia ten konflikt jako zderzenie faktów i wartości²⁴⁹, gdzie fakty przynależą do medycyny opartej na dowodach, a wartości do medycyny zorientowanej humanistycznie. Kapusta zauważa: „Główną trudnością definiowania pojęcia choroby jest dualizm faktów i wartości. Sfera faktów nadaje tej rzeczywistości obiektywny wymiar, a medyczny realizm daje nadzieję na postęp diagnostyczno-terapeutyczny. Koncentracja na wartościach ma za zadanie ujawnienie

²⁴⁶ Por. Y. Alonso, *The Biopsychosocial Model in Medical Research*, dz. cyt. Ewentualne przekształcenia dotyczą opieki paliatywnej, ponieważ w tym przypadku odzyskanie zdrowia nie jest nadrzędnym celem lekarskiej interwencji. Ważne jest też zapewnienie pacjentowi wsparcia. A to łączy się z koniecznością głębszego poznania możliwości osoby. Jest to jednak wyjątkowa sytuacja w stosunku do ogółu specjalizacji.

²⁴⁷ Por. tamże.

²⁴⁸ Związek pomiędzy procesem leczenia a osobistymi przeżyciami pacjenta przejawia się np. w postaci zaangażowanej postawy pacjenta. Pacjent przeświadczony o tym, że proponowane metody są ustalane z jego wartościami, bierze odpowiedzialność za przebieg leczenia, podejmuje walkę o zdrowie i lepiej współpracuje z lekarzem. I odwrotnie, brak zainteresowania głębszymi przeżyciami pacjenta może skutkować obojętnością chorego i lekceważącym stosunek wobec zaleceń. Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

²⁴⁹ Por. A. Kapusta, *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, dz. cyt., s. 172–173.

jednostkowych i społecznych oczekiwań i preferencji, ale jednocześnie spotyka się z zarzutem braku możliwości obiektywizmu i naukowości w medycynie”²⁵⁰.

Problem polega również na tym, że choć na gruncie teoretycznym obie gałęzie wiedzy mogą rozwijać się niezależnie, o tyle w gabinecie lekarskim dochodzi do zderzenia dwóch sposobów ujmowania pacjenta i jego choroby. Medycyna biomedyczna nauczyła lekarzy odróżniać fakty i uwzględniać je w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym. Ale metody oparte na holistycznym stylu myślenia dostarczają nowych informacji o pacjencie i jego zdrowiu, które rozbijają bezwzględny prymat naukowego porządku danych.

W wyniku wprowadzenia modelu holistycznego mogą powstać dwa niezbieżne opisy – jeden bazujący na faktach, drugi na wartościach. Jednocześnie, pomimo ujawniania przez humanistów znaczenia osobistych preferencji chorego, ta propozycja nie znajduje szerokiego odzwierciedlenia w praktyce lekarskiej. Na przykład Havi Carel wskazuje na możliwości zbliżenia się do przeżyć podmiotu przy użyciu metody fenomenologicznej, ale zauważa też: „to podejście nie jest dostatecznie wykorzystane w filozofii medycyny, a także w szkoleniach i praktyce medycznej”²⁵¹.

Można więc postawić pytanie: dlaczego opis „z pierwszej osoby” jest odrzucany na rzecz faktów? Czy rzeczywiście brak obiektywizmu i naukowości stojącej za metodami humanistycznymi jest uzasadnionym powodem ich odrzucenia? Z pewnością nie jest to obawa pozbawiona racji. Otwartość modelu holistycznego, niejednoznaczność i brak obiektywnych kryteriów mogą stać się „furtką” do wprowadzenia działań niezwyfikowanych i jakościowo słabych. Ale z drugiej strony, niektórzy autorzy w odcięciu medycyny od humanistyki dopatrują się nie tylko postawy ostrożności, ale też postawy uprzedzenia²⁵². I to stanowisko również nie jest pozbawione sensu.

Laurence J. Kirmayer, rozważając powód odrzucenia modelu holistycznego, wskazuje na problem postaw moralnych. Zdaniem Kirmayera za każdym modelem kryją się aksjologiczne preferencje. Nie istnieje postawa neutralna względem wprowadzanych metod. Autor bada wartości ukryte za retoryką podejścia biomedycznego i dochodzi do wniosku, że to podejście uwzniośla „naukową racjonalność” i „racjonalne opanowanie ciała”. Naukowcy i lekarze, pozostając pod wpływem tej aksjologicznej orientacji, mniej lub bardziej świadomie dyktują, jakie metody zostaną zaakceptowane. Na tej zasadzie z medycyny zostały wyrugowane rozwiązania niezbieżne z modelem biomedycznym – a dokładanie – niezbieżne z przekonaniem stojącym za tym podejściem. Ostatecznie, zdaniem Kirmayera, metody doprowadzające do racjonalizacji pacjenta

²⁵⁰ Tamże, s. 173.

²⁵¹ H. Carel, *Phenomenology and Its Application in Medicine*, dz. cyt., s. 33.

²⁵² Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 170–224.

jako systemu złożonego z faktów medycznych wciąż są traktowane jako lepsze niż inne opcje²⁵³. Na ten temat wypowiedział się również Engel. W jego opinii podejście biomedyczne dokonuje zbytnej konceptualizacji przeżyć. Uwolnienie od tej tendencji jest możliwe, ale tylko wtedy, gdy podejście humanistyczne nie będzie oceniane na podstawie kryteriów stosowanych w odniesieniu do modelu biomedycznego²⁵⁴.

A jednak nasuwa się zarzut, że przecież w medycynie rozwija się również orientacja psychosomatyczna. Umysł jest polem zainteresowania psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów. Czy wobec tego można mówić o bezwzględnej dominacji podejścia biomedycznego? Kirmayer odpowiada również na ten – ewentualny – argument. Jego zdaniem, nawet gdy w medycynie zachodniej uwzględniano problem umysłu, to zmiana dotyczyła tylko przeniesienia uwagi na inny obszar, bo postawy badawcze pozostawały te same. Już nie ciało (i jego mechanistyczne zasady) były kluczowe, ale tym razem umysł. Psychologiczne ujęcie ludzkiej choroby wniosło do medycyny kolejny koncept do dalszych analiz. Umysł stał się narzędziem nowej władzy, organizującej ciało i emocje podług indywidualnych potrzeb jednostki. Tym samym wciąż utrzymywały się postawy typowe dla modelu biomedycznego, związane z tworzeniem, np. psychoterapeutycznych podejść, które miałyby pomóc w utrzymaniu pod kontrolą tego, co w ludzkim cierpieniu niewygodne. Krótko mówiąc – medykalizacja została wsparta przez psychologizację niejasnych i trudnych do zaakceptowania zjawisk²⁵⁵.

Poza tym, jak zauważa Kirmayer, oddalenie się od problemu somatycznego na rzecz badania psychiki tylko pozornie może wskazywać na orientację całościowego ujęcia ludzkiego zdrowia, gdy tymczasem medycyna zainteresowana umysłem może – podobnie jak fizykalizm – prowadzić do nowych skrajnych podejść. Są na niego narażeni właśnie lekarze holistyczni, którzy w potencjale umysłu i wyobraźni mentalnej dostrzegają moc leczenia różnych schorzeń. Problem ten dotyczy na przykład psychologizacji raka²⁵⁶. Kirmayer stwierdza: „Ten holizm nie jest przekroczeniem dualizmu umysł – ciało, ale zaprzeczeniem jednego bieguna – ciało jest podporządkowane umysłowi”²⁵⁷.

Rozważania Kirmayera pouczają, aby nie dać się zwieść pozorom wprowadzenia bardziej całościowego i podmiotowego podejścia do pacjenta tylko dlatego, że powstają nowe metody, bowiem siła modelu biomedycznego nie jest związana z przywiązaniem do metodologii redukcjonistycznej, ale raczej z utrzymaniem – utrwalonych przez model biomedyczny – postaw

²⁵³ Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, dz. cyt., s. 82–84.

²⁵⁴ Por. G.L. Engel, *From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain*, dz. cyt.

²⁵⁵ Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, dz. cyt.

²⁵⁶ Por. tamże, s. 82.

²⁵⁷ Tamże.

„dominacji”. Bo w końcu już obserwujemy, że sposób definiowania zdrowia ulega zmianie – pojawia się większe zainteresowanie „umysłem”, ustępują łączone z podejściem redukcjonistycznym wyjaśnienia *bottom-up causation*²⁵⁸. To są przykłady cząstkowych przekształceń, ale jednocześnie te „przejścia” nie muszą pociągać za sobą zmiany preferowanych wartości. Okazuje się więc, że pożądany zwrot w medycynie nie może nastąpić przede wszystkim z powodu przyjmowanych postaw moralnych.

1.2.2. Niebezpieczeństwo nowej redukcji

Model holistyczny jako odpowiedź na redukcjonizm eksponuje szczególnie te aspekty ludzkiego życia, które są „dalekie od ciała”. Wśród nich rozpatrywana jest „duchowość”. Duchowość jest nawet rozważana jako jeden z aspektów ludzkiego dobrostanu – obok wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego²⁵⁹. Powstaje jednak pytanie, czym właściwie jest „duchowość” – zwłaszcza gdy jest ona odróżniona od porządku „psychicznego”.

Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie podaje, że jest to „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych”²⁶⁰. Niemniej jednak duchowość rozważana w formule doświadczeń transcendentnych wydaje się problemem trafnie ujętym w kontekście filozoficznych dysput – ale czy w takiej formie może być przyłączona do medycyny? Krytyczna analiza tego problemu pokazuje, że uwzględnienie doświadczeń transcendentnych (bądź to dotyczących odniesienia do wartości wyższych, bądź w odniesieniu do wiary) to punkt możliwego starcia pomiędzy medycyną biomedyczną a medycyną humanistyczną.

1. Pierwsza trudność polega na tym, że „duchowość” nie poddaje się prostemu definiowaniu. Sam problem duchowości jest na przykład rozważany na terenie filozofii, ale medycyna – w przeciwieństwie do filozofii – nie jest obszarem spekulatywnych dociekań. Lekarz musi działać w konkretnej sytuacji. Podejmuje decyzje dotyczące zdrowia i życia realnej osoby. Zmierza do jasno określonych celów (leczenia pacjenta, łagodzenia bólu), a do tego potrzebuje oparcia w jasnych

²⁵⁸ Wyjaśnienia *bottom-up causation* łączone są zwykle z podejściem redukcjonistycznym i przeciwstawiane charakterystycznym dla holizmu wyjaśnieniom *top-down causation* (por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, dz. cyt., s. 305–314).

²⁵⁹ Por. K. Chuengsatiansup, *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*, „Environmental Impact Assessment Review”, 23 (2003), nr 1.

²⁶⁰ M. Krajnik, *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?*, dz. cyt., s. 123.

procedurach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Zachodnia medycyna z powodzeniem wznosiła się jedynie na stabilnej naukowej wiedzy modelu biomedycznego. Wszelki brak jasności w praktyce klinicznej może wzbudzać wiele wątpliwości. A duchowość należy właśnie do takich niejasnych obszarów.

Mimo tej niezbieżności zagadnień, pojawia się propozycja, aby duchowość została uwzględniona w leczeniu. Aby to było możliwe, powstają próby zoperacjonalizowania duchowości. W ten sposób obszar ten miałby przystawać do charakteru wiedzy medycznej. Takie działanie doprowadza jednak do wielu nieporozumień. Wprawdzie w założeniu uwzględnienie duchowości ma służyć ochronie podmiotowości pacjenta, to jednak – paradoksalnie – może przyczynić się właśnie do instrumentalizacji osoby i naruszenia jej intymnych, wewnętrznych przeżyć.

Powyższą trudność ujawnia badanie, które w jednym z hospicjów przeprowadziły Sarah Nebel Pederson i Tara M. Emmers-Sommer, dotyczące wdrożenia modelu holistycznego. Badanie miało ukazać, w jaki sposób opieka holistyczna jest odbierana przez pacjentów. Chorych objęto specjalnym programem, który miał okazać się spełnieniem potrzeb na poziomie fizycznym, psychicznym, emocjonalnym i duchowym. Proponowano im różnego rodzaju usługi. Interdyscyplinarne zespoły hospicyjne oferowały terapie, takie jak „usługi duchowe, komfort pielęgnacyjny i masaż leczniczy”²⁶¹. Te działania miały odpowiadać na zróżnicowane potrzeby. Mimo wprowadzenia programu holistycznego, wyniki badań ujawniły trudność w odbiorze usług przez samych pacjentów. Zebrany materiał pokazał, że pacjenci w ogóle nie łączą działań ukierunkowanych na ich – rzekome – psychiczne, emocjonalne czy duchowe potrzeby z faktycznymi oczekiwaniami, jakie mieli co do hospicjum. Hospicjum traktowali wyłącznie jako miejsce oczekiwania na śmierć, nie zaś jako szansę odpowiedzi na ich wewnętrzne poszukiwania. Ewentualne potrzeby duchowe czy emocjonalne były traktowane jako sprawy osobiste, niezależne od opieki hospicyjnej – choć zgodnie z założeniami programowymi – miało być dokładnie odwrotnie.

Poza tym pacjenci zwykle kojarzyli duchowość z religią lub teologią chrześcijańską, chociaż w proponowanych usługach kwestie dotyczące duchowości miały być „wolne” od koncepcji religijnych i obejmowały jedynie pogłębioną refleksję nad takimi tematami jak: przegląd życia, ocena nadziei i lęków, znaczenie życia pozagrobowego, poczucie winy, przebaczenie, zadania związane z zakończeniem życia itp. W zamyśle pacjenci mieli odbierać oferowaną pomoc w sposób bardziej całościowy, interpretując opiekę hospicyjną nie jako czas umierania, ale szansy objęcia ich wieloaspektową troską. Tak się jednak nie działo. Nawet jeśli identyfikowano u pacjentów potrzeby

²⁶¹ S.N. Pederson, T.M. Emmers-Sommer, *“I’m Not Trying to Be Cured, so There’s Not Much He Can Do For Me”*: Hospice Patients’ Constructions of Hospice’s Holistic Care Approach in a Biomedical Culture, „Death Studies”, 36 (2012), nr 5, s. 419.

związane z otrzymaniem wsparcia emocjonalnego czy duchowego, to jednak nie łączyli oni swoich doświadczeń w tym zakresie z usługami proponowanymi przez interdyscyplinarny zespół specjalistów. Nie otwierali się z chęcią na te propozycje. Na przykład jeden z pacjentów połączył pytania o sprawy duchowe z własnym wyznaniem katolickim, ale dodał, że nie chciał, aby zespół specjalistów przechodził do niego i pytał o to²⁶².

Badacze ustalili, że powodem trudności związanych z aplikacją modelu holistycznego jest mentalność biomedyczna, która przejawia się jako brak otwartości na działania obce względem dominującego paradygmatu²⁶³. Jest to jednak tylko jeden z możliwych powodów. Sam problem wydaje się bardziej skomplikowany. Zagadnienie to szerzej przeanalizował Komatra Chuengsatiansup w artykule *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*. Autor pokazuje, że problematyczne jest już samo początkowe założenie związane z ujęciem duchowości jako jednego z przejawów zdrowia. Dominacja paradygmatu biomedycznego powoduje, że wymiar duchowy miałby być odniesiony do jasno określonych kategorii i przedstawiony w postaci obiektywnej i przejrzystej definicji. Doświadczenie duchowe nie wpisuje się jednak w tak wąskie ramy. Język stosowany w odniesieniu do rozważań z zakresu medycyny nie nadaje się do eksplikacji wewnętrznego życia duchowego. Duchowość jest przeżywana na przykład przez pośrednictwo metafor. Nie jest też możliwe proste oddzielenie „znawcy” od „znanego” – tak jak to się czyni w paradygmacie biomedycznym²⁶⁴. Chuengsatiansup podkreślając specyfikę przeżyć duchowych wskazuje też na relacyjność wewnętrznego doświadczenia i nieliniowy wzrost doświadczenia duchowego. Udowadnia również, że znaczenie choroby w przeżyciu duchowym znacznie odbiega od wąskiego jej pojmowania w modelu biomedycznym. Poważna choroba jest rozważana w kontekście celów ostatecznych i to one nadają jej znaczenie, nie zaś aktualny dobrostan²⁶⁵.

O problemie niewyraźności duchowej rzeczywistości w języku i rozumowaniu charakterystycznym dla nauki pouczają też przemyślenia wielu filozofów. Na przykład Gabriel Marcel ukazuje, że wiara nie może być opinią, przekonaniem, czy hipotezą. Wszystkie te określenia dotyczą określonego stanowiska względem przedmiotu wiedzy. Natomiast wiary nie można sprawdzić ani łatwo przedstawić. Co więcej – dodaje francuski filozof – wiara jest doświadczeniem wykraczającym poza myślenie w kategoriach: subiektywne – obiektywne²⁶⁶. Podobnie Max Scheler

²⁶² Por. tamże.

²⁶³ Por. tamże.

²⁶⁴ Por. K. Chuengsatiansup, *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*, dz. cyt.

²⁶⁵ Por. tamże.

²⁶⁶ Por. K. Tarnowski, *Gabriela Marcela filozofia wiary*, „Analecta Cracoviensia”, 23 (1991), s. 61–77.

opisuje odniesienie do wartości. Według Schelera poznanie aksjologiczne u swoich źródeł nie ma nawet charakteru intelektualnego, lecz uczuciowy. Wiedza dotycząca duchowości i wiedza medyczna rozwijają się w zupełnie odmienny sposób²⁶⁷. Nie jest możliwe ujęcie duchowości (w tym doświadczenia wartości wyższych) w modelach operacyjnych, znamienych dla medycyny. Jeśli tak się dzieje, wówczas samo doświadczenie duchowe zostaje zredukowane do dowolnych przejawów i skojarzeń. Co więcej, zatrzymanie uwagi na przejawach duchowości, jakoby były pełnią przedmiotu wiary, może prowadzić do nieporozumień lub pojęciowej idolatrii²⁶⁸.

Paradoks polega jednak na tym, że mimo nieprzystawalności aspektu duchowego do medycyny trudno o jednoznaczne wyrugowanie duchowości czy przeżyć aksjologicznych z refleksji o zdrowiu. Duchowość od zawsze była i jest ważna dla zdrowia. Medycyna u swoich początków była ściśle powiązana z życiem rytualnym i wierzeniami²⁶⁹, a dziś można wskazać wiele przykładów z biografii pacjentów, świadczących o istotnej roli wiary w procesie rekonwalescencji. Chuengsatiansup zauważa:

„doświadczenie medycznej praktyki i programy zdrowotne także wskazują, że życie to coś więcej niż procesy biologiczne. Na przykład doświadczenia osób żyjących z AIDS (lub PWA) lub osób, które przeżyły raka, wydają się wskazywać, że zdrowie duchowe jest istotnym wymiarem zdrowego życia. Przykłady z różnych relacji biograficznych sugerują, że osoby z PWA były w stanie pogodzić się z życiem, kiedy mogły znaleźć nowy sens życia. Dzięki tej duchowej przemianie będą wieść aktywne i zdeterminowane życie, pełne celów. W pewnym sensie przekształciły się z przedmiotu w podmiot działający w świecie. Dotarcie do możliwości prowadzenia celowego i sensownego życia, w pewnym stopniu spowodowało, że cierpienie w innych egzystencjalnych sferach życia, czy to fizycznej, psychicznej czy społecznej, stało się raczej trywialne. Z takich przykładów można wyciągnąć jedną lekcję: <<Jeśli wiesz, dlaczego żyjesz, możesz żyć z czymkolwiek i jakkolwiek>>. Powód naszego życia jest częścią egzystencjalnego celu, jaki nadaje się własnemu życiu, a to stanowi duchowy wymiar życia”²⁷⁰.

Powyższy opis pokazuje, że problem duchowości pozostanie dla lekarzy wyzwaniem, którego nie powinno się lekceważyć. Z jednej strony, pozytywna funkcja, jaką wiara odgrywa w

²⁶⁷ Por. K. Chuengsatiansup, *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*, dz. cyt.

²⁶⁸ Por. J.-L. Marion, *Bóg bez bycia*, tłum. M. Frankiewicz, Kraków 1996, s. 38.

²⁶⁹ Por. A. L. Suchman, D.A. Matthews, *What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic? Exploring the Connexional Dimension of Medical Care*, „Annals Internal Medicine”, 108 (1988), nr 1, s. 127.

²⁷⁰ K. Chuengsatiansup, *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*, dz. cyt., s. 8.

życiu pacjentów, powoduje, że aspekt duchowy czy aksjologiczny warto rozważać jako istotny element w medycynie, ale z drugiej strony – trudność konceptualizacji tych kwestii może skłaniać do wycofania się z takiej próby. Problem pozostaje otwarty.

2. Kolejną barierą związaną z uwzględnieniem duchowości jest trudność zbliżenia się do doświadczeń transcendentnych drugiej osoby i obawa, że zostaną naruszone jej intymne przeżycia. Przede wszystkim należy zauważyć, że przeżycia o charakterze duchowym mogą być czymś bardzo osobistym dla pacjenta. W związku z tym każda próba uwzględnienia duchowości w pracy z pacjentem wymaga zbudowania relacji zaufania. Medycyna humanistyczna korzysta z różnych metod zaczerpniętych z psychologii, które mają pomóc specjalistom w empatycznym i „delikatnym” zbliżaniu się do wewnętrznego doświadczenia pacjenta i w zachęceniu go do odsłonięcia swoich przeżyć.

Nabyte techniki komunikacji mogą jednak stać się narzędziem stosowanym w sposób niemoralny, gdy takie rozmowy nie prowadzą do zrozumienia i szacunku względem ujawnionej za przeżyciami treści wiary, a zmierzają wyłącznie do poddania doświadczeń wewnętrznych drugiej osoby celom terapeutycznym i ukierunkowaniu doświadczenia duchowego osoby na przeświadczenia służące zdrowiu. A to może być już jakimś naruszeniem ontologicznego i aksjologicznego porządku, zakładanego przez osobę wierzącą. Bo przecież osoba nie dlatego wierzy w Boga, że takie odniesienie pomaga w walce z chorobą, ale wierzy w Boga, a to często pomaga w walce z chorobą. Użycie przeżyć duchowych do wzmocnienia kondycji zdrowotnej może więc kłócić się z doświadczeniem osoby wierzącej. Ustawienie rangi wiary poniżej poczucia dobrostanu jest problematyczne.

Nie bez znaczenia wydaje się to, że za doświadczeniem duchowym, o jakim opowiada pacjent, mogą kryć się założenia dotyczące istnienia bytów niematerialnych. Co więcej, pacjent może mieć do Boga stosunek uczuciowy podobny do uczuć, jakie żywi względem bliskich osób. Opis funkcjonowania pacjenta nie ukazuje tych ontologicznych prawidłowości. Metafizyczna refleksja łatwo może być odcięta na rzecz opisu samych przeżyć chorego i ich funkcji. Tymczasem jeśli zaproszenie do ujawnienia duchowych przeżyć nie łączy się z uznaniem i aprobatą względem zakładanych w istnieniu bytów, wówczas może dojść nie tylko do nieporozumienia, ale też do niemoralnego przełamania barier intymnego świata drugiej osoby. Pacjent może zakładać wspólnotę doświadczeń między nim a specjalistą (np. psychologiem, psychoterapeutą, psychiatrą, specjalistą od „usług duchowych”²⁷¹), gdy równocześnie profesjonalista może doświadczenia pacjenta

²⁷¹ S.N. Pederson, T.M. Emmers-Sommer, *“I’m Not Trying to Be Cured, so There’s Not Much He Can Do For Me”*: Hospice Patients’ Constructions of Hospice’s Holistic Care Approach in a Biomedical Culture, „Death Studies”, 36 (2012), nr 5, s. 419.

traktować wyłącznie jako autosugestie, potrzebne danej osobie do lepszego funkcjonowania. Ewentualne odkrycie przez pacjenta, że druga strona nie tylko nie podziela tych samych przekonań, ale też dopatruje się w nich wyłącznie pozytywnej bądź negatywnej dla zdrowia funkcji, może być dla pacjenta nie tylko sprzeczne z istotą wiary, ale także krępujące bądź raniące – podobnie jak by to miało miejsce w przypadku, gdy pacjent długo opowiadałby o więzi z kimś z rodziny, po czym dowiedziałby się, że ta szczególna obecność drugiej osoby jest przez słuchającego traktowana wyłącznie jako nieistniejąca figura, potrzebna do poprawy kondycji. Uznanie wyrażone wyłącznie dla funkcji, jaką wiara pełni, mogłoby być w odczuciu wierzącego już jakąś deformacją i wyrazem nieuzasadnionej redukcji względem odniesienia relacyjnego: człowiek – Bóg, człowiek – wartość; na tej samej zasadzie, jak gdyby relacja, na przykład do matki, syna, brata, miała być rozpatrywana jako korzyść, a nie miłość do osoby²⁷².

Oczywiście, innym przypadkiem jest sytuacja, gdy pacjent zna wewnętrzne zasady rozmowy i sam dokonuje konceptualizacji własnego wewnętrznego doświadczenia, badając je od strony funkcjonalnej, i nie ma potrzeby zakładania wspólnej płaszczyzny metafizycznej. Takiego wglądu mogą jednak nie mieć pacjenci przeżywający trudne chwile walki z chorobą i tracący równowagę psychiczną. W związku z tym, ewentualne włączenie do medycyny doświadczeń duchowych (ale też wszelkich opowieści z pierwszej osoby) musiałyby się wiązać ze szczególną ostrożnością epistemologiczną, znajomością specyfiki problemu i odpowiednimi postawami moralnymi. Przekonanie, że „prawo” takiego wglądu może opierać się wyłącznie na uznaniu pozytywnej funkcji „zdrowia duchowego” i przygotowaniu starannego programu „usług duchowych”, mogłoby okazać się równią pochyłą do instrumentalizacji pacjenta i naruszenia jego intymnych przeżyć.

3. Trzecią trudnością jest psychologizacja doświadczeń transcendentnych. Życie wewnętrzne osoby, które ma być w modelu holistycznym wzięte pod uwagę, nie jest jednolitym zespołem aktów duchowo-psychicznych. Do pewnego stopnia, możliwa jest operacjonalizacja przeżyć psychicznych i powiązanie ich z objawami fizjologicznymi, czego wyrazem jest na przykład psychoneuroimmunologia, ale bardzo trudno o jednoznaczne ujęcie w medycynie doświadczeń transcendentnych. Doświadczenie wartości wyższych przekracza opis stanów zachodzących na płaszczyźnie psychofizycznej²⁷³.

Kirmayer bada powód nadmiernej konceptualizacji przeżyć i redukcji ich do pojęć

²⁷² Więcej na temat nieadekwatnego zbliżania się do doświadczeń drugiej osoby odsłonięta analiza dokonana przez Schelera na temat specyfiki przeżyć związanych z odniesieniem do wartości (por. podrozdziały 2.2.3 oraz 2.3.3.)

²⁷³ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 319–350.

psychologicznych. Jego zdaniem, w kulturze zachodniej perspektywa psychologiczna miała być odpowiedzią na zdepersonalizowaną medycynę. Zgodnie z psychologicznym rozszerzeniem, wymiar fizjologiczny został uzupełniony o opis umysłu. Ale jednocześnie, ten psychologiczny opis nie jest aksjologicznie neutralny, lecz zawiera określony, zaczerpnięty z modelu biomedycznego typ myślenia o człowieku. Umysł jest charakteryzowany za pomocą rozumowania znamiennego dla biomedycyny, wpisany w „łańcuch” tych samych wartości i metafor. A więc jest to taki opis, który zgodnie z metaforą „ciała-mechanizmu” doprowadzał do przecenienia „kontroli” i „dystansu poznawczego”²⁷⁴.

Kirmayer podaje, że w obrębie dyskursu psychologicznego osoba jest utożsamiana z umysłem, który poprzez psychologiczną aktywność daje początek osobowości. Z tą psychologiczną perspektywą powiązany jest również indywidualizm – przejawiający się w przeświadczeniu, że wartość osoby leży w jej autonomii – sile lub woli. Umysł stał się narzędziem kontroli nad ciałem, stąd też wzmocnienie osoby jest utożsamiane z promowaniem celów jednostki²⁷⁵. Być może odzwierciedleniem tej tendencji jest rozwijająca się w duchu holistycznym medycyna estetyczna, promująca potrzeby pacjentów i możliwości kreowania własnego wyglądu wedle wyobrażeń.

Zapewne opisy psychologiczne oddają w danym zakresie specyfikę życia wewnętrznego z perspektywy badań charakterystycznych dla tej nauki i w ten sposób są cennym odzwierciedleniem ludzkiego zdrowia na wyższych poziomach funkcjonowania. Niemniej jednak takie ujęcie nie odsłania istoty aktów noetycznych. Podążając za przemyśleniami Kirmayera należy zauważyć, że nadmierne skupienie uwagi na problemach umysłu i jego możliwościach może osłabić samą koncepcję osoby jako jedności psychofizycznej. A taki absolutyzujący świadomość kierunek jest sprzeczny z ideałem holistycznej medycyny i całościowym myśleniem o człowieku²⁷⁶. W związku z tym sposoby definiowania „ducha” wymagają krytycznej analizy. Traktowanie metod psychologii za dostateczne narzędzia do badania tej kwestii może prowadzić do zniekształcenia duchowo-cieleśnej natury człowieka i nieuzasadnionej psychologizacji badanych zjawisk. W tak jednostronnym ujęciu bardzo trudno na przykład o adekwatne wyjaśnienie sensu cierpienia²⁷⁷.

²⁷⁴ Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, dz. cyt.

²⁷⁵ Por. tamże.

²⁷⁶ Por. tamże.

²⁷⁷ Por. V.E. Frankl, *Homo patiens*, tłum. R. Czarnecki, Z. Jaroszewski, Warszawa 1998, s. 9–21.

1.2.3. Trudność „czytania pacjenta”

Model holistyczny zakłada, że pacjent jest „zagadką do odczytania”²⁷⁸ i należy dotrzeć do ważnych dla niego wartości po to, aby możliwe było ich uwzględnienie w decyzjach terapeutycznych. Czy jednak lekarze są w stanie odkryć, co tak naprawdę jest dla pacjenta ważne? Takie zadanie w prostych przypadkach nie wydaje się szczególnie trudne. Kiedy lekarz i pacjent zakładają taką samą podstawę aksjologiczną terapia posuwa się do przodu. Ufając lekarzowi, pacjent powierza mu problem własnego zdrowia i daje się prowadzić, współpracuje i stosuje się do zaleceń. Wydaje się nawet, jakby w ogóle nie było potrzeby podejmowania jakiegoś szczególnego procesu poszukiwania wspólnych wartości. Zbieżność preferencji przejawia się w postaci dobrze przebiegającej współpracy. Problem pojawia się wówczas, gdy zachowanie którejś ze stron zakłóca tę spójność. Na przykład pacjent proponuje własną ścieżkę leczenia, nie ufa lekarzowi, próbuje kontrolować jego działanie i z lekceważeniem podchodzi do zaleceń. Jeśli dodatkowo ukrywa tok własnego rozumowania, wówczas komunikacja jeszcze bardziej się komplikuje, a określenie wspólnych wartości staje się coraz bardziej skomplikowane. Rodzi się potrzeba ujawnienia, jakimi przekonaniem kierują się osoby prowadzące dyskusję: czy jest to na przykład konflikt na poziomie różnego zamysłu co do leczenia, jakieś subiektywne odczucia, uprzedzenia, wygórowane oczekiwania względem drugiej osoby, czy po prostu zwykły strach związany z koniecznością podjęcia poważnych zmian? Andrzej Kapusta zauważa: „Szczególną trudność w podejmowaniu decyzji na ogół sprawia brak wystarczających informacji, zdenerwowanie i niezadowolenie innych ludzi oraz ciężar podjętej odpowiedzialności”²⁷⁹.

Czy odkrycie, co pacjent „ma na myśli”, jest możliwe w takich konfliktowych sytuacjach? Problem polega na tym, że odniesienie do wartości kształtuje się w trakcie życia. I z pewnością doświadczenie ciężkiej choroby może być szczególnym momentem weryfikacji wyznawanych ideałów. Dotarcie do tego, jakie stanowisko aksjologiczne pacjent zajmuje w obliczu zmagania, jest niezwykle trudne, ponieważ sam pacjent może tego nie wiedzieć. Co więcej, w modelu holistycznym owo stanowisko ma być podstawą decyzji terapeutycznych. Rodzi się obawa, że „zagadka czytania pacjenta” w tych trudnych przypadkach przeradza się raczej w zgadywanek, która może zdestabilizować twarde ramy podejścia biomedycznego.

W podrozdziale 1.1.2.4. za Emanuelami zostały omówione trzy możliwe modele komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, które miałyby spełniać postulat uwzględnienia wartości. Sami autorzy, prezentując możliwe rozwiązania, dzielą się *stricte* swoimi obawami.

²⁷⁸ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model*, dz. cyt., s. 230.

²⁷⁹ A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, dz. cyt., s. 32.

Każdy z zaproponowanych modeli komunikacji łączy się z określonymi barierami. Pierwszy model, informatywny, choć zakłada uwzględnienie wartości ważnych dla pacjenta, to jednak nie daje wystarczających szans, aby chory mógł te wartości odkryć lepiej. Lekarz nie pomaga pacjentowi w ich zrozumieniu. Nie wnika w sposób myślenia pacjenta i w jego świadomość aksjologiczną. Przedstawia jedynie medyczne rozwiązania i pozwala, aby pacjent, kierując się własnymi przekonaniem, wybrał którąś z opcji leczenia. Taka postawa – zdaniem Emanuelów – prowadzi do negatywnych konsekwencji. W modelu tym błędnie zakłada się, że pacjent wie, jakie wartości są dla niego ważne i jakie znaczenie odegrają w trakcie terapii. Tymczasem – jak podkreślają Emanuelowie – pacjenci często nie wiedzą, czego chcą. Doświadczenie choroby może wpływać na sposób przeżywania wartości. Pacjenci dojrzewają do różnych decyzji, dokonują refleksji, przewartościowują wiele spraw, zmieniają zdanie. Ich decyzje bywają pochopne i powodowane lękiem. W związku z tym nie mogą pełnić roli konsumentów, którzy uprzednio wiedzą, czego oczekują i z łatwością wybierają najlepszą dla nich opcję. Gdy podejmują decyzję sami, pozbawiają się autonomii, bo nie mają szans na odkrycie, w jaki sposób – w obliczu trudnych doświadczeń – mogą „skorzystać” z własnej wolności, aby sobie pomóc. Poza tym model informatywny prowadzi do depersonalizacji profesji medycznej. Lekarz jest traktowany wyłącznie jako usługodawca – przedstawiciel wiedzy medycznej, a nie jako ktoś, kto rzeczywiście może troszczyć się o chorego i potrafi trafniej określić ścieżki możliwej pomocy²⁸⁰. Można powiedzieć, że model informatywny, mimo iż – w założeniu – uwzględnia wartości, to jednak nie zakłada reguł, które doprowadziłyby do ich lepszego zrozumienia.

Kolejny model – interpretatywny – też nie jest wolny od wad. Wprawdzie w modelu tym zwraca się uwagę na trudne położenie pacjenta i konieczność wsparcia chorego przez lekarza w aspekcie odkrywania wartości, to jednak realizacja takiego zadania może być zbyt trudna dla lekarza. Lekarz ma pokazać wpływ ważnych dla pacjenta wartości na zdrowie. Problem polega jednak na tym, że te aksjologiczne preferencje mają charakter dynamiczny oraz często są nieuświadomione. Rolą lekarza jest przeprowadzenie chorego przez skomplikowany proces samorozumienia, a to z kolei wiąże się z posiadaniem zdolności interpretacyjnych i terapeutycznych²⁸¹ i wtedy pojawia się wątpliwość co do kompetencji lekarzy. Emanuelowie przypuszczają, że wobec realiów pracy lekarza tak ambitne cele mogą być poza zasięgiem ich możliwości. W rezultacie lekarze – dla uproszczenia sprawy – ukierunkowywaliby potrzeby chorych na wartości, które sami uznają za ważne²⁸².

²⁸⁰ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2224.

²⁸¹ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

²⁸² Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2224–2225.

Wskazane trudności nie są jednak bezwzględne, a tylko osadzone w aktualnych warunkach. Emanuelowie zastanawiają się, co by było, gdy uznamy, że wspomniane bariery (brak kompetencji i brak czasu) są przezwyciężone. I w odniesieniu do takiej sytuacji autorzy wyrażają swoje obawy – również przy założeniu, że lekarz ma dostateczne możliwości, aby spełnić wymagania modelu interpretatywnego propozycja ta wzbudza wątpliwości. W modelu tym nie ma miejsca na krytyczny osąd wartości ważnych dla pacjenta. Dyskusja jest ograniczona do wartości, jakie uznaje pacjent. Lekarz nie przekonuje chorego do innych wartości niż te, które sam pacjent preferuje. A to – zdaniem Emanuelów – może prowadzić do zawężenia rozwiązań. Tylko pacjent określa treściowy zakres dialogu. Istnieje więc ryzyko, że w omawianych potrzebach nie mieści się możliwie najbardziej korzystna opcja. Wysłuchiwany pacjent może nabierać przekonań co do własnych racji jako tych najlepszych, ale jednocześnie nie zwraca uwagi na to, że lekarz zatroskany o jego dobro mógłby doprowadzić go do rozsądniejszych wyborów. Emanuelowie krytycznie oceniają powiązanie autonomii z samowystarczalnością²⁸³.

Ostatni model – deliberatywny – wydaje się powyższą trudność przezwyciężać. W przeciwieństwie do dwóch pozostałych modeli w tej propozycji ma dojść do ujawnienia nie tylko wartości ważnych dla pacjenta, ale także wartości, które lekarz uznaje za istotne (a przynajmniej tych, które dotyczą dobra medycznego). Lekarz wdaje się w moralną deliberację z chorym i może wpływać na zmianę jego aksjologicznych przekonań. Podpowiada, jakie rozwiązania będą służyły zdrowiu, i wspiera moralny rozwój chorego²⁸⁴.

Model ten zakłada, że lekarz posiada nie tylko wiedzę, ale też mądrość i umiejętność „czytania pacjenta”. Emanuelowie stwierdzają:

„Idealny lekarz – często ucieleśniony w literaturze, sztuce i popularnej kulturze – jest troskliwym lekarzem, który integruje informacje i istotne wartości, aby wydać zalecenie oraz, poprzez dyskusję, próbuje przekonać pacjenta, aby zaakceptował to zalecenie jako interwencję, która najlepiej promuje jego ogólne samopoczucie. Dlatego oczekujemy najlepszych lekarzy, angażujących swoich pacjentów w dyskusje oceniające problemy zdrowia i związane z nimi wartości”²⁸⁵.

Należy jednak zauważyć, że w modelu holistycznym pojęcie „zdrowia” rozciąga się na całość funkcjonowania – począwszy od wymiaru somatycznego, a skończywszy na wymiarze duchowym. A więc doradztwo musiałoby obejmować bardzo złożoną tematykę. A to wymagałoby posiadania

²⁸³ Por. tamże, s. 2224–2225.

²⁸⁴ Por. tamże, s. 2224–2225.

²⁸⁵ Tamże, s. 2225.

nie tylko umiejętności poznawania szerokiego spektrum wartości (począwszy od wartości związanych z potrzebami witalnymi po wartości duchowe), ale też zdolności związanej z dokonywaniem oceny etycznej powiązań między różnymi rodzajami wartości. Powstaje więc dylemat dotyczący roli lekarza. Czy lekarz może oceniać potrzeby i preferencje drugiej osoby? Takie zadanie wymaga już nie tylko znajomości zagadnień *stricte* medycznych, ale także dojrzałości – wycucia związanego z dokonywaniem trafnej oceny etycznej. Model holistyczny wymagałby więc lepszego przygotowania specjalistów pod kątem wiedzy humanistycznej.

Poza tym nie wydaje się, aby każdy lekarz był w stanie wcielić się w rolę znamioną dla terapeuty w pełni, przeprowadzając pacjenta przez proces zagubienia w zakresie wartości. Sama ta idea wydaje się wprawdzie atrakcyjna, to jednak możliwość jej realizacji zbyt daleka jest od realiów w odniesieniu do pacjentów trudnych i konfliktowych – i to nie tylko z tego powodu, że lekarz nie ma czasu, aby prowadzić pacjenta przez „proces samorozumienia”, ale również dlatego, że jest stroną ewentualnego sporu z pacjentem. Lekarz również kieruje się jakimś własnym interesem, choćby wynikającym z tego, aby nie zaryzykować takiego przebiegu terapii, która mogłaby się dla niego skończyć negatywnymi konsekwencjami prawnymi bądź niepotrzebnym wykorzystaniem ograniczonych zasobów na leczenie nieuzasadnione medycznie (jak w przypadku przetaczania krwi). Przyjmując względem pacjenta rolę zbliżoną do terapeuty czy mentora procesu odkrywania wartości, musiałby być wolny od własnej roli bycia lekarzem (pierwszorzędnie przedstawicielem wiedzy medycznej). Sam proces wspierania drugiej osoby w zakresie poznawczo-moralnym, jaki miałby prowadzić lekarz, wymaga wsłuchania, neutralności i swego rodzaju przyzwolenia na niepewność, tymczasem lekarz – z racji swojej roli – musi oceniać, stawiać wymagania, zajmować stanowisko, dokonywać jednoznacznego podsumowania wizyty, aby wyznaczyć konkretny kierunek leczenia.

Problem „czytania pacjenta” w kontekście omówionych modeli ujawnia się jako otwarty dialog pomiędzy lekarzem a chorym, w niektórych przypadkach bez widoku na jednoznaczne rozwiązanie. Lekarze holistyczni musieliby trafnie rozpoznawać i oceniać różne typy wartości. To zadanie wzbudza wiele wątpliwości i domaga się rozsądnych rozstrzygnięć, które obejmowałyby specyfikę pracy na wartościach i faktyczne warunki pracy lekarza. Dopiero biorąc pod uwagę, czym jest pomoc związana z uwzględnieniem wartości oraz jakie są ograniczenia, można zastanowić się, na ile lekarze mogliby podjąć się realizacji takiego zadania.

1.2.4. Konflikt w relacji lekarz – pacjent

Epistemologiczne poszukiwania w zakresie wartości ważnych dla pacjenta przeradzają się w problem etyczny. Zbigniew Szawarski zauważa:

„Model (aksjomedyczny lub holistyczny) bierze pod uwagę nie tylko obiektywnie sprawdzalne fakty, lecz także (a może nawet przede wszystkim) wewnętrzny świat przeżyć i wartości pacjenta oraz swoisty dlań ideał dobrego życia. Istotnym niebezpieczeństwem bezkrytycznej akceptacji tego modelu staje się podporządkowanie działań lekarskich indywidualnym wyborom pacjenta, co może prowadzić do pewnego relatywizmu epistemologicznego i moralnego. Różni bowiem bywają pacjenci i różne mogą być ich potrzeby zdrowotne”²⁸⁶.

W związku z tym, rozważając zagrożenia modelu holistycznego, należy zwrócić uwagę nie tylko na problem epistemologiczny dotyczący trudności „czytania pacjenta”. Chodzi także o ustalenie, co jest ważniejsze (moralnie donioślejsze): dobro przeżywane przez pacjenta (jego sposób ujmowania zdrowia), czy reprezentowane przez lekarza, dobro medyczne²⁸⁷. Ale to tylko jedna linia napięcia. Można również rozważać napięcie na linii lekarz – pacjent na poziomie wartości pozamedycznych, tj. przekraczających wartość zdrowia. Analiza obejmie oba warianty.

1. Wartości ważne dla pacjenta a fakty medyczne

Medycyna humanistyczna (holistyczna) przedstawia procesy chorobowe od strony przeżyć podmiotu. W efekcie lekarz ma do dyspozycji dwa obrazy – obraz faktów medycznych oparty na realistycznym ujęciu choroby oraz obraz dotyczący wartościowania przez pacjenta doświadczanej choroby. Można więc zadać pytanie: czy w praktyce klinicznej możliwe jest uzyskanie spójnego obrazu pacjenta na bazie tych dwóch ujęć? Przede wszystkim perspektywa pierwszoosobowa może odbiegać od zmian zachodzących w ciele. To, co w przeżyciu pacjenta jawi się jako korzystne, w świetle norm medycznych może być już stanem niekorzystnym dla zdrowia. Taką rozbieżność można zaobserwować na przykładzie pacjenta z niedowagą, który w zupełnie inny sposób przeżywa

²⁸⁶ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 82.

²⁸⁷ W tym miejscu warto za Pellegrino ponownie przypomnieć, że w kontekście relacji lekarz – pacjent możemy mówić o czterech dobrach: dobru klinicznym i medycznym, dobru przeżywanym przez pacjenta, dobru pacjenta jako osoby i dobru duchowym pacjenta (por. E. Pellegrino, *Moral Choice, The Good of the Patient, and the Patient's Good*, dz. cyt., s. 165–173, za: G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych*, dz. cyt. s. 71). W modelu holistycznym szczególnie wyróżnione jest dobro przeżywane przez pacjenta, a dobro medyczne wciąż pozostaje silnym oparciem dla lekarza. Stąd konflikt wydaje się koncentrować na tych dwóch rodzajach dóbr.

swoje ciało i inne dopuszcza nawyki żywieniowe, niż dyktują normy biomedyczne²⁸⁸. W związku z tym rodzą się obawy co do zasadności uwzględnienia perspektywy pierwszoosobowej, co stanowi kryterium oceny, zgodnie z którym należy przeżycia pacjenta uznawać za przewodnie dane lub za dane warte odrzucenia. Czy preferencje pacjenta mogą stanowić przesłanki postępowania terapeutycznego?

Trudność związana z dopuszczeniem opisu z pierwszej osoby polega na tym, że nie wiadomo, jakie opis ten ma miejsce w stosunku do medycyny opartej na faktach. Nie wiemy, co stanowi kryterium oceny doświadczenia wewnętrznego. Czy jest nim odczucie samego chorego i jego satysfakcja, ocena społeczna, „prawda” fenomenologiczna czy raczej tym kryterium jest norma biomedyczna, do której ostatecznie ujawnione przeżycia z pierwszej osoby mają być doprowadzone.

Konflikt dotyczący normy biomedycznej i wartości ujawnia się również w działaniu zespołowym. Pod tym kątem można przeanalizować strategię zespołowego działania, opisaną przez Mino i Lerta. Zgodnie z tą propozycją, różni specjaliści, bazując na zdobytym przygotowaniu metodologicznym, pracują z pacjentem i sporządzają opis problemu chorego z perspektywy własnej wiedzy i zgodnie z jej metodami, aby następnie te różne punkty widzenia zebrać w całościowy obraz „pacjenta w bólu całkowitym”²⁸⁹. Można więc sobie wyobrazić, że efektem takiej wielowymiarowej pracy jest mozaika różnych informacji o pacjencie, które składają się na możliwie wyczerpujący obraz funkcjonowania chorego. Bez rozstrzygnięcia pozostaje jednak sposób interpretacji zebranych o pacjencie danych – a konkretnie sposób ujednoczenia różnych postaw badawczych. Lekarskie badanie może wskazywać na inne rozstrzygnięcia niż na przykład rozmowa pacjenta z psychologiem, duchownym czy dane zebrane z wywiadu z bliskimi pacjenta. W efekcie nie wiadomo, które informacje należy potraktować za ważniejsze od pozostałych i decydujące. W proponowanym modelu aspekt biomedyczny nie jest najważniejszy²⁹⁰, ale jednocześnie zagadką pozostaje, jaki inny aspekt jest tym wiodącym i który ze specjalistów ostatecznie decyduje o hierarchii ważności poszczególnych opisanych warstw człowieka (fizycznej, psychicznej, duchowej, społecznej).

W kontekście holistycznego ujęcia zdrowia ostatecznie nie wiadomo, czy proces nadawania znaczeń może być ograniczany poprzez normy biomedyczne. Wydaje się, że najważniejsze jest to, jak pacjent wartościuje własny stan:

²⁸⁸ Por. H. Carel, *Phenomenology and Its Application in Medicine*, dz. cyt.

²⁸⁹ Por. J-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

²⁹⁰ Por. tamże.

„Pojęcie dobrostanu definiuje się jako osobiste przeżywanie przez jednostkę stanu relatywnie idealnego bytu, jako że stan ten jest reprezentowany przez wartości osadzone w danym środowisku społeczno-kulturowym i przez nie zapośredniczany. Na przykład operacja plastyczna – nawet kiedy nie zawsze jest medycznie wskazana – często poprawia dobrostan”²⁹¹.

Zgodnie z takim kierunkiem hierarchia ważności jest względna kulturowo, ale sposób na złagodzenie cierpienia znajduje się w umyśle pacjenta, a specjalny zespół specjalistów pomysł ten ma wydobyć. To pacjent interpretuje pojęcie własnego dobrostanu, np. określa, czy najważniejszy jest dla niego aspekt fizyczny, rozważanie choroby w aspekcie religijnym, czy komfort psychiczny. Takie ujęcie stawia jednak lekarza (wciąż jako reprezentanta wiedzy wywodzącej się z paradygmatu biomedycznego) w pozycji mocno zależnej od oczekiwań pacjenta oraz wartości relatywnych kulturowo, a cały proces diagnostyczno-terapeutyczny przybiera formę otwartego i ciągłego dialogu²⁹². Wobec tego, konsekwentne przyjęcie modelu holistycznego w obecnej postaci powoduje, że medycyna traci jasne normy, a zaczyna być polem dyskusji. Pojawia się jednak obawa, że przyjęcie takiej opcji uczyni z leczenia proces niestabilny i pełen napięć.

2. Wartości ważne dla pacjenta a wartości ważne dla lekarza

W dyskusjach nad komunikacją lekarz – pacjent mowa głównie o wartościach ważnych dla pacjenta (czyli o dobru przeżywanym przez pacjenta), natomiast nie zwraca się dostatecznej uwagi na wartości osobiście ważne dla lekarza. Jeśli mówi się o wartościach ważnych dla lekarza, to raczej ma się na uwadze dobro medyczne – czyli zakres wartości, jaki jest przypisany normom biomedycznym. W takim podejściu tkwi jednak ukryte i być może mimowolne założenie, jakoby lekarz nie miał własnych refleksji aksjologicznych poza wartościami ściśle odnoszącymi się do problemów medycznych. Byłaby to bardzo zawężająca perspektywa, daleka od realiów relacji lekarz – pacjent. W modelu holistycznym zakres tematyczny dyskusji wykracza poza obszar wiedzy *stricte* medycznej. Z jednej strony dialog dotyczy faktów i stosunku lekarza oraz pacjenta do badanej rzeczywistości (zawężonej do ujęcia biomedycznego), ale z drugiej strony dochodzi do otwartej dyskusji nad samą wartością życia ludzkiego i wartością wyborów, jakie pacjent dokonuje w horyzoncie szeroko pojmowanego funkcjonowania w społeczeństwie – w kulturze, rodzinie, wspólnotie religijnej itd. W modelu holistycznym to też są obszary, które mają znaczenie dla

²⁹¹ E.R. Schwarz, L. Cleenewerck, A. Phan, P. Bharadwaj, R. Hobbs, *Philosophical Implications of the Systemic and Patient-Oriented Management of Chronic Heart Failure*, dz. cyt., s. 352.

²⁹² Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

podtrzymania dobrego zdrowia. A w tym względzie medyczna wiedza nie jest rozstrzygająca, a raczej kluczowy będzie filozoficzny pogląd na człowieka w ogóle i stosunek do samego życia. Co więcej, to właśnie w tym zakresie może tkwić zarzewie konfliktu na linii lekarz – pacjent. Przykładowo, pacjentka może domagać się wykonania aborcji z uwagi na wady płodu, bo takie działanie – jej zdaniem – mogłoby ją prowadzić do poprawy dobrostanu, ale lekarz może negatywnie odnosić się do tego rozwiązania, na przykład kierując się wartościami etycznymi – które nie negują norm biomedycznych, ale przecież wykraczają poza nie.

Dialog, jaki pojawia się w relacji lekarz – pacjent, nie dotyczy wyłącznie norm medycznych, ale zmierza do odsłonięcia norm etycznych, bo tylko takie normy mogłyby rozstrzygać ewentualne spory na poziomie medycyny humanistycznej. W momencie gdy w gabinecie lekarskim „otwiera się furtka” na ujawnianie subiektywnych wartości ważnych dla chorego, lekarz nie może ani milczeć, ani ograniczać się do wiedzy medycznej. Takie ograniczenia sprawiałyby, że lekarz jest jedynie narzędziem do realizacji planów pacjenta. W związku z tym, wyzwaniem dla lekarza otwartego na dyskusje o wartościach będzie konieczność ciągłego zajmowania etycznego stanowiska. Takie zadanie nie wydaje się jednak łatwe w kontekście postmodernistycznego otwarcia, a także wobec promowania indywidualnych potrzeb pacjenta. W modelu holistycznym to pacjent „usytuowany” jest w centrum modelu i mowa przede wszystkim o wzmocnieniu jego osobistych poszukiwań i wartości²⁹³.

Podkreśla się, że lekarz powinien zachęcać pacjenta do dzielenia się swoimi potrzebami, wartościami i doświadczeniem. Danie pacjentowi przestrzeni na swobodną rozmowę może jednak wiązać się z tym, że chory będzie nabierał przekonania, iż lekarz wykorzysta wszelkie siły, aby odpowiedzieć na wypowiedziane potrzeby. Tymczasem lekarz ma na uwadze, poza wartościami ważnymi dla pacjenta, również fakty naukowe, ograniczenia medyczne, możliwości danej instytucji, w której pracuje, ale także własne wartości i przekonania. Może być zmuszony, aby rozczarować chorego, który – czerpiąc z ideałów podejścia holistycznego – błędnie może zakładać, że dobro opiera się na spełnianiu potrzeb słabszej strony interakcji²⁹⁴.

W kontekście haseł modelu holistycznego zajmowanie przez lekarzy konsekwentnego stanowiska wydaje się utrudnione. Jak dowodzi badanie przeprowadzone przez Stein Nilsen i Kirsti Malterud, lekarze zmuszeni do sprzeciwu względem roszczeń pacjentów czują się szczególnie niekomfortowo²⁹⁵. Zapewne nie bez znaczenia jest tu sama chęć, aby nie zawieść osoby proszącej o pomoc, ale poza tym lekarze są też poddani dużej presji społecznej związanej z koniecznością

²⁹³ Por. J.-C. Mino, F. Lert, *Beyond the Biomedical Model*, dz. cyt.

²⁹⁴ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

²⁹⁵ Por. S. Nilsen, K. Malterud, *What Happens When the Doctor Denies a Patient's Request? A Qualitative Interview Study Among General Practitioners in Norway*, „Scandinavian Journal of Primary Health Care”, 35 (2017), nr 2.

budowania pozytywnego wizerunku. Są oceniani za to, jak potraktują chorych. Pojawia się też wyraźny sprzeciw wobec paternalistycznej dominacji lekarza²⁹⁶. Jest to dość paradoksalna sytuacja, bo sprzeciw i wejście z pacjentem w konflikt może być właśnie wyrazem odwagi i troski. Lekarz, który weryfikuje przekonania i wyobrażenia pacjenta, wykazując ich błąd, ma szansę doprowadzić chorego do faktycznego dobra. Tymczasem silne ukierunkowanie na potrzeby pacjenta oraz zbyt duża presja dotycząca budowania przez lekarzy pozytywnego wizerunku mogą przyczynić się do skrepowania odwagi lekarzy i zniechęcić ich do bronięcia własnych wartości²⁹⁷.

W kontekście powyższych konfliktów pojawia się pytanie o rolę lekarza, o jego możliwość swobodnego działania, zarówno zgodnie z samym celem medycyny i posiadaną wiedzą, ale też wedle wartości, jakimi kieruje się na co dzień. Lekarz może mieć na uwadze faktyczne dobro pacjenta, ale niekoniecznie – w świetle odczuć chorego – tak może być odczytywana jego wola troski o niego. Kiedy ostatecznym kryterium działania jest dobrostan definiowany przez pacjenta, nie wiadomo, jaki powinien być charakter udzielanej pomocy. Czy ma to być usługa poddana potrzebom pacjenta-klienta, czy raczej dążenie do dobra chorego wedle posiadanej wiedzy, doświadczenia i szacunku do osoby. Ta konfliktowa sytuacja wymaga od lekarzy, aby w dobie możliwych przemian zdefiniowali swoją rolę na nowo – już nie tylko jako przedstawiciele wiedzy medycznej, ale także jako uczestnicy sporu o kształt relacji lekarz – pacjent.

1.2.5. Warunki przezwyciężenia trudności

Powyżej zostały przedstawione różne trudności, wynikające z podejścia holistycznego. Wykazane problemy ukazują, że model humanistyczny jest propozycją niejednoznaczną, a zatem nie może stanowić podłoża dla praktyki lekarskiej. Nie wydaje się jednak, aby trudności te miały zupełnie zamykać medycynę na rozstrzygnięcia humanistyczne. Model holistyczny obejmuje zagadnienia niełatwe do obiektywnego ujęcia, ale to nie oznacza, że należy całkowicie zrezygnować z prób ich uwzględnienia w medycynie, zwłaszcza gdy model holistyczny jest rozważany nie jako samodzielna propozycja, ale jako uzupełnienie modelu biomedycznego. W tej ostatniej formule bywa rozważany i jest to bodajże optymalne rozwiązanie. Wyzwaniem pozostaje więc nie tyle

²⁹⁶ Por. A. Gethmann-Siefert, *Consultation Instead of Prescription—a Model for the Structure of the Doctor–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 7.

²⁹⁷ Por. N. Putała, *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, dz. cyt.

opracowanie modelu holistycznego jako opcji konkurencyjnej względem modelu biomedycznego, ale dookreślenie „niecielesnej strony medycyny” i ukazanie, w jaki sposób nastawienie humanistyczne może współwystępować z podejściem biomedycznym.

Jak więc należałoby rozpocząć przewyżnianie wykazanych barier? Przede wszystkim narzuca się konieczność podjęcia podstawowego problemu modelu holistycznego, jakim jest jego niejednoznaczność i złożoność. Wielu autorów, rozważając możliwość aplikacji idei holistycznej w leczeniu, próbuje przewyżnić tę trudność, wyodrębniając wybrany zakres tematyczny. W tym świetle rozsądne wydaje się stwierdzenie Radu Bandola, według którego model holistyczny należy potraktować wężej – nie jako zmianę paradygmatu, lecz wyłącznie jako zmianę postaw, wyrażającą się w ukierunkowaniu na „niecielesną stronę medycyny”²⁹⁸. W ten sposób pytamy już nie o samą rozległą wiedzę medyczną, ale o to, co w samej postawie lekarzy ma ulec zmianie, aby utrwalone przez model biomedyczny postępowanie wzbogacili oni o wgląd w te przejawy ludzkiego bytu, które nie podlegają ujęciu redukcjonistycznemu. W kolejnym kroku pomocnym i rozsądnym doprecyzowaniem takiego kierunku jest dyrektywa uwzględnienia przez lekarzy wartości, przywołana w toku rozważań za różnymi autorami (np. Szawarskim, Krajnik, Emanuelami).

Przyjmując problem wartości za wyróżnik modelu holistycznego, wypada jeszcze raz powrócić do rozważań na temat możliwości uwzględnienia aspektu aksjologicznego w relacji lekarz – pacjent, ale tym razem pytając już nie o trudności, lecz o najlepsze rozwiązanie. Emanuelowie omawiają cztery podstawowe modele komunikacji, oceniając je pod kątem realizacji postulatu uwzględnienia wartości. Rozważania autorów mogą stanowić punkt odniesienia dla refleksji na temat możliwości wprowadzenia zagadnienia wartości do praktyki lekarskiej. Rodzi się jednak wątpliwość, czy któryś z omówionych przez Emanuelów modeli może być uznany za podstawę kolejnych badań, skoro każdy z nich – jak wykazano w analizach trudności – ma wady. Sami Emanuelowie, ogólnie rzecz ujmując, a więc biorąc pod uwagę większość sytuacji klinicznych, opowiadają się za wprowadzeniem – chyba najbardziej wymagającego – modelu deliberatywnego. Ich zdaniem, model ten uwzględnienia aspekt aksjologiczny w najpełniejszy sposób²⁹⁹.

Dokonany przez Emanuelów wybór pojawia się w kontekście krytyki innych podejść. Z pewnością niemożliwe jest cofnięcie się do paternalistycznego kształtu relacji lekarz – pacjent (szczególnie w formie skrajnego paternalizmu), gdzie nikt nie pytałby o wartości ważne dla

²⁹⁸ R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt., s. 47.

²⁹⁹ Emanuelowie ogólnie opowiadają się za modelem deliberatywnym, ale także zauważają, że korzyść wynikająca z zastosowania określonego modelu jest uzależniona od okoliczności. Na przykład model paternalistyczny, choć szeroko skrytykowany jako oparcie dla większości sytuacji spotkania z chorym, sprawdza się dobrze w przypadkach nagłych i krytycznych (por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt.).

pacjenta i jego potrzeby, zarówno te, które dotyczą zagadnień psychosomatycznych, jak i odnoszące się do szerszego odbioru choroby, na przykład związanego z wyznaniem wiary czy przyjmowanym światopoglądem. Dyskusje nad modelem holistycznym zbyt mocno odsłoniły wagę odniesienia do wartości w dążeniu do zdrowia, aby pominięcie tego aspektu było uzasadnione. Na tej samej zasadzie należy odrzucić model informatywny, gdyż – jak dowiedli Emanuelowie – prowadzi on raczej do zawężenia spojrzenia na wartości niż do ich głębszego odkrywania. Przyjęta w tym modelu forma komunikacji pomija proces samorozumienia, który warunkuje poznanie znaczenia poszczególnych dążeń aksjologicznych. Kolejny model – interpretatywny – zakłada procesowy charakter odkrywania wartości, ale model ten należy odrzucić z powodu założeń, które naruszają etos lekarski. W proponowanym podejściu lekarz nie może otwarcie zaproponować własnego stanowiska aksjologicznego, jest biernym wykonawcą zleceń. Liczy się przede wszystkim koncepcja wartości przyjęta przez pacjenta³⁰⁰.

W rozważaniach Emanuelów można dostrzec ważne założenia, które choć nie są jednoznacznie wyrażone przez samych autorów, to jednak w pracy tej koniecznie muszą być zaakcentowane jako niezbędne dla dalszych analiz. A mianowicie postulat dotyczący uwzględnienia aspektu aksjologicznego ma sens tylko wtedy, gdy nie zostanie zignorowany zarówno epistemologiczny, jak i etyczny charakter odkrywania wartości. Chodzi o uznanie dwóch istotnych cech: procesowego charakteru zgłębiania wartości oraz pytania o to, kiedy wybierane wartości są słuszne. Wzięcie pod uwagę tych dwóch wytycznych wiąże się z koniecznością spełnienia przez lekarza konkretnych warunków. Procesowy charakter odkrywania wartości wymaga zinterpretowania wartości ważnych dla pacjenta w kontekście działań medycznych. Z kolei moralny charakter odkrywania wartości powinien łączyć się z możliwością zajęcia etycznego stanowiska przez obie strony interakcji – pacjenta i lekarza. Mając na uwadze te wymagania, można powiedzieć, że trzy powyższe modele (paternalistyczny, informatywny i interpretatywny) są już pod względem założonej formuły komunikacji błędne. Żaden z tych modeli nie spełnia obu punktów łącznie, tym samym modele te nie stanowią podłoża dla odkrywania wartości, dlatego należy je odrzucić.

Ostatni model – deliberatywny – jak zostało wykazane, też nie jest pozbawiony wad, ale nie tkwią one w jego założeniach, lecz wynikają przede wszystkim z trudności jego realizacji³⁰¹. Założenia tego modelu ogólnie rzecz ujmując są słuszne. Na poziomie założeń wątpliwość wzbudza jedynie fakt połączenia wartości proponowanych przez lekarza wyłącznie z dobrem medycznym. Nie wiadomo, jaką postawę lekarz powinien przyjąć względem wartości pozamedycznych. Z

³⁰⁰ Por. tamże.

³⁰¹ Por. tamże.

omawianego przez autorów modelu to nie wynika. Hołub zauważa:

„Nie dochodzi tu bowiem do wskazania na podstawowy cel, który towarzyszy lekarzowi, a także powinien przyświecać samemu pacjentowi, a mianowicie dobro tego ostatniego. Prawdopodobnie cel ów jest obecny *implicite*, ale dobrze byłoby wyraźnie go nazwać (a przez to unaocnić jego charakter)”³⁰².

Uznając, że stanowisko lekarza może obejmować nie tylko dobro medyczne, ale również stosunek do dobra pacjenta, model ten, pomimo trudności związanych z jego realizacją, można potraktować jako właściwy punkt wyjścia do dalszego udoskonalania relacji lekarz-pacjent. Pochylając się nad tą propozycją, wypada wydobyć jej mocne strony, ale też poszukać możliwego przewyższenia słabych punktów niniejszego ujęcia.

Zaczynając od mocnych stron, po pierwsze, należy zauważyć, że model deliberatywny uwzględnia procesowy charakter odkrywania wartości. Po drugie, zachowuje etos lekarski. Lekarz przyjmujący postawę deliberatywną ma się ujawnić jako osoba godna prowadzenia chorego nie tylko na poziomie sprawnego wykorzystania możliwości medycyny, ale też odniesienia do wartości³⁰³. W propozycji tej obie strony (zarówno pacjent, jak i lekarz) powinny ujawnić swoje etyczne stanowisko. Model deliberatywny jest ambitną i słuszną propozycją realizacji idei holistycznej, ponieważ uwzględnia poznawczy i moralny charakter odkrywania wartości. Ale należy też spojrzeć na tę opcję od strony negatywnej, aby uzupełnić jej braki.

Przy okazji analizy trudności modelu holistycznego ustalono, że proces deliberacji to bardzo pracochłonne i skomplikowane zadanie, wymaga nie tylko myślenia etycznego, ale także umiejętności terapeutycznych, a nawet erystycznych. Podano w wątpliwość możliwości lekarzy do podjęcia tak złożonej roli, a biorąc pod uwagę brak przygotowania w tym zakresie i warunki pracy lekarzy, uznano nawet, że próby wzajemnego naradzania się obu stron mogą w niektórych przypadkach destabilizować proces terapeutyczny. Chodzi o te przypadki, gdy między lekarzem a pacjentem nie dochodzi do porozumienia. Lekarz zamiast skupiać się na kwestiach medycznych musiałby mierzyć się z napięciami dotyczącymi dwóch różnych sposobów ujmowania zdrowia i leczenia. Przyjmując, że lekarz powinien przeprowadzić pacjenta przez proces samorozumienia i moralnego rozwoju, należałoby uznać, że jest w stanie zrealizować również częściowe wymagania stojące za tymi wymaganiami, a więc:

³⁰² G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych*, dz. cyt., s. 248.

³⁰³ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt.

1. Zapewnić pacjentowi czas i przestrzeń do rozmowy³⁰⁴.
2. Przyjąć postawę „neutralną” (terapeutyczną), biorąc w nawias własne interesy i dobro biomedyczne, niejako stając ponad własną rolę bycia lekarzem (w sensie bycia reprezentantem wiedzy wyłącznie biomedycznej)³⁰⁵.
3. Doprowadzić rozmowę do konsensusu poprzez nadanie subiektywnym potrzebom pacjenta określonej rangi wyższości lub niższości oraz ustanowić na tyle jasne rozstrzygnięcia problemu aksjologicznego, aby ustanowione wartości stały się motorem procesu leczenia³⁰⁶.

Zgodnie z wnioskami z podrozdziałów 1.2.3. oraz 1.2.4. należy uznać, że powyższe zadania stanowią dla lekarzy problem, jeśli pacjent ma inne zdanie niż lekarz. A taka sytuacja – jeśli wierzyć temu, co stwierdził Robert M. Veatch – jest najczęstsza, jako że – zdaniem autora – lekarz i pacjent zakładają inną aksjologię³⁰⁷. Wydaje się, że w takiej sytuacji te pojedyncze zadania nie są w zasięgu możliwości lekarza, już choćby dlatego, że lekarz jako strona ewentualnego sporu oraz reprezentant wiedzy medycznej nie może jednocześnie zagwarantować „neutralności” – tak ważnej z perspektywy wsparcia pacjenta pod względem procesu samorozumienia. Ograniczony czas wizyt również stanowi przeszkodę dla głębszych rozmów z pacjentem.

Sama idea naradzania się z pacjentem brzmi słusznie, ale wymaga krytycznej analizy wygórowanych warunków deliberacji, aby podejść do nich możliwie najrozsądniej. W piśmiennictwie naukowym powtarzają się dwa podstawowe wymagania dotyczące właściwego prowadzenia procesu naradzania się. Pierwszy dotyczy okoliczności zewnętrznych i chodzi tu przede wszystkim o czas i przestrzeń niezbędne do prowadzenia dialogu z pacjentami, a drugi dotyczy kompetencji lekarzy – ukształtowania ich postaw w taki sposób, aby wartości interpretowali właściwie, umieli je artykułować i prowadzić o nich rozmowę³⁰⁸. Oba te warunki są niełatwym wyzwaniem, z tym, że pierwsza wytyczna, zważywszy na realia pracy lekarzy, jest niemal niemożliwa do wykonania, drugi warunek jest bardziej złożony i można rozważyć, w jakim stopniu należy go podtrzymać w stosunku do pracy lekarza.

Wychodząc od takiego stanu rzeczy, dla dalszych rozważań zostaje przyjęte założenie, że pierwszy warunek nie może zostać spełniony. Czas wizyt nie pozwala, aby dialog o wartościach mógł się rozwijać swobodnie. Natomiast zostaje podtrzymany warunek drugi, wedle którego lekarze – pomimo braku dostatecznego czasu – mają rozwinąć kompetencje niezbędne w pracy na

³⁰⁴ Por. tamże.

³⁰⁵ Por. R. Bandol, *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, dz. cyt.

³⁰⁶ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt.

³⁰⁷ Por. R.M. Veatch, *Professional Medical Ethics: The Grounding of Its Principles*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 4 (1979), nr 1.

³⁰⁸ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt.

wartościach. Przyjęcie takiego zadania wymaga jednak udzielenia odpowiedzi na następujące pytania: w jaki sposób lekarz może uwzględniać wartości i w jakim zakresie ma taki postulat podjąć, zważywszy na ograniczoną ilość czasu? Wydaje się, że spełnienie tego zadania mogłoby być możliwe przy uwzględnieniu różnicy zachodzącej pomiędzy dwoma sposobami ujmowania wartości. Chodzi mianowicie o odróżnienie odniesienia do „czystych wartości osobowych”³⁰⁹ od podjęcia procesu szczegółowych poszukiwań wartości w ujęciu sytuacyjnym, związanym z szerszym pozamedycznym kontekstem życia pacjenta³¹⁰.

Zakładam, że pierwsze zadanie (poznanie wartości osobowych) powinno być w zasięgu możliwości każdego lekarza i aby to było osiągalne, każdy lekarz musi być do tego zadania odpowiednio przygotowany w zakresie poznawczo-moralnym. Chodzi bowiem nie tylko o deklaratywne uznanie, że pacjent ma wartość jako osoba, ale o umiejętność odnoszenia się do wartości pacjenta w taki sposób, aby sytuacja leczenia nie zniekształcała tego wglądu. Takie zadanie wymaga od lekarza przede wszystkim ukształtowania podmiotowych warunków poznania wartości. Sam brak czasu nie jest w tym zadaniu przeszkodą. Nie jest też przeszkodą postawa pacjenta i jego stanowisko. Trudny, roszczeniowy pacjent dokładnie tak samo musi zostać „odczytany” w kontekście wartości, jak ten pacjent, który współpracuje z lekarzem. Jakość wypełnienia tego zadania zależy więc przede wszystkim od lekarza i jego dojrzałości moralnej, nie zaś od kontekstu.

W ustaleniu wartości istotowo przynależnych do bytu osoby nie jest konieczna deliberacja, a raczej – jak ukazuje myśl Schelerowska – prawidłowy, a więc wolny od względów sytuacyjnych akt miłowania bytu osoby oraz zdolność bytowego współuczestnictwa w tym, co wartościowe. To

³⁰⁹ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 258. Do tej grupy należy zaliczyć wartość osoby, ukierunkowania moralnej możności osoby oraz wartości związane z aktami osobowymi (akty uczuciowe, chcenia, działania) (por. M. Scheler, *Stosunek wartości „dobry” i „zły” do pozostałych wartości i dóbr*, w: *Z fenomenologii wartości*, red. W. Galewicz, Kraków 1988, s. 65–66 oraz por. J. Galarowicz, *Max Scheler. Etyka wartości*, Kraków 2019, s. 100–101).

³¹⁰ W tym przypadku chodziłoby o dialog z pacjentem obejmujący szersze spektrum przeżyć wartości i głębsze zapoznanie subiektywnych, wewnętrznych i nieświadomych motywów, jakie mają wpływ na decyzję podejmowaną przez pacjenta. Z pewnością takie zadanie nie jest możliwe przy założeniu krótkiego czasu wizyt, gdyż warunkiem *sine qua non* jest tu co najmniej czas i przestrzeń niezbędne do przeprowadzenia długich rozmów. Chodzi tu bowiem o wsparcie pacjenta pod względem procesu samorozumienia wewnętrznych stanów i osobistych pobudek oraz moralne dojrzewanie do wyboru właściwych wartości. Proces ten jest ważnym elementem leczenia, ale podaję w wątpliwość tezę, jakoby każdy lekarz miał ten proces prowadzić. Jednocześnie pominięcie tego procesu przez lekarza nie jest jednoznaczne z lekceważeniem przez niego zdania pacjenta i jego wyborów. Otwarte pozostaje pytanie o to, kto (w sensie roli) miałby pośredniczyć w rozpoznawaniu i odsłonięciu wartości „obecnych” w relacji lekarz – pacjent, aby lekarz miał dostęp do tego szerszego procesu aksjologicznych poszukiwań, jakie pacjent podejmuje, ale jednocześnie, aby sam tego procesu nie prowadził. Czy powinien to być np. psychoterapeuta, instruktor zdrowienia, filozof-etyk, specjalista mediujący problemy aksjologiczne? Poszukując odpowiedzi na to pytanie, na uwadze należy mieć szczególny rodzaj prowadzenia (o którym Emanuelowie piszą jako przeprowadzaniu przez proces dojrzewania moralnego), dotyczący właściwego wartościowania całej sytuacji medycznej zarówno w kontekście dobra osoby, jak i poszczególnych preferencji wartości, jakie uznają odrębnie pacjent i lekarz.

powoduje, że w odniesieniu do tego punktu okoliczności zewnętrzne związane z podjęciem przez lekarza dialogu o wartościach właściwie są drugorzędne, ale ciężar problemu przesuwają się na prawidłowe rozpoznanie przez lekarza wartości osobowych. W pierwszej kolejności oznacza to odparcie możliwych błędów poznawczych. W związku z tym, należy określić możliwe zafałszowania w obrębie wartości, na jakie współcześni lekarze są narażeni. Następnie wykazać, czym właściwie byłoby leczenie w kontekście prawidłowo odczytanych wartości osobowych. Zagadnienia te zostaną rozwinięte w oparciu o myśl Schelerowską. Sprawy te są kluczowe w odniesieniu do postulatu uwzględnienia w leczeniu aspektu aksjologicznego, ponieważ – jak ukazał Scheler – tylko na właściwym rozpoznaniu wartości osoby mogą się rozwijać dalsze poszukiwania – już dotyczące poszczególnych problemów sytuacyjnych. Wyraźnie zaznaczone wartości osobowe stanowią horyzont właściwego rozpatrywania wartości szczegółowych i osobistych preferencji.

Drugie ujęcie dotyczące wartości (podjęcia procesu szczegółowych poszukiwań wartości w ujęciu sytuacyjnym, związanym z szerszym pozamedycznym kontekstem życia pacjenta) powinno obowiązywać lekarza w ograniczonym stopniu. Zadanie to nie zawsze znajduje się w zasięgu lekarza. W wielu przypadkach lekarz może, a nawet powinien podjąć rolę przewodnika w zakresie rozpoznawania, co dla pacjenta jest ważne w życiu i jak na tym tle przedstawia się leczenie, ale nie zawsze taka rozmowa jest możliwa i nie zawsze korzystna. Gotowość do podjęcia takiego zadania może dotyczyć na przykład następujących sytuacji:

1. Sprzyjającą płaszczyzną do podjęcia tego rodzaju rozmowy jest dojrzałość moralna obu stron i zbliżony sposób odbioru wartości dotyczących troski o zdrowie. Takie przypadki dają się dość szybko wyróżnić po ocenie pozytywnego przebiegu dialogu. Sytuacje te nie są związane z koniecznością godzenia znacznych różnic. Nie wymagają też długiego czasu rozmów. Spójne podłoże aksjologiczne jest korzystnym gruntem dla rozwoju procesu samorozumienia. W takiej sytuacji lekarz wspólnie z pacjentem może korygować przebieg leczenia, niejako konfrontując pozamedyczne przekonania chorego z informacjami medycznymi. Taki scenariusz jest słuszny zwłaszcza wtedy, gdy spotkanie wsparte jest wzajemnym zaufaniem. Jeśli obie osoby (lekarz i pacjent) reprezentują podobne wyczucie wartości i są one zgodne z względem w dobro osoby, wówczas pacjent, widząc porozumienie na poziomie poglądów, może zaufać lekarzowi i poddać się jego prowadzeniu³¹¹. Tylko w takim pozytywnym przypadku zadanie związane z uwzględnieniem stosunku pacjenta do wartości jest możliwe do wykonania przez samego lekarza, ponieważ nie

³¹¹ Podobne spostrzeżenia ma Pellegrino, gdy pisze o realizacji dobra w relacji lekarz – pacjent, która jest oparta na wzajemnym zaufaniu. Aby to było możliwe, w relacji tej powinno być uwzględnione dobro pacjenta jako osoby, dobro kliniczne i medyczne, dobro przeżywane przez pacjenta i dobro duchowe pacjenta (por. G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych*, dz. cyt. s. 109, 111, 249–251).

wymaga poświęcenia znacznej ilości czasu na proces samorozumienia wartości i rozwoju moralnego, nie wymaga rozstrzygnięcia konfliktowych spraw.

Ale i w tym pozytywnym przypadku lekarz musi być bardzo ostrożny. Po pierwsze, nie może stracić „kontrolni nad chorobą” na rzecz wdania się w rozmowy. Po drugie, nie powinien przyjmować znamiennej dla etyka postawy arbitralnej, wartościując zachowania pacjenta. Musi raczej dać odczuć pacjentowi, że proponowane przez niego rozwiązania są jedynie jego punktem widzenia i jego sposobem wartościowania określonych możliwych działań. Lekarz nie może przyjmować postawy, jaka nie znajduje się w zasięgu jego przygotowania i możliwości. Ocena tego, jakie decyzje w całościowo pojętym życiu są lepsze, wymagałaby nie tylko umiejętności wyprowadzania sądów etycznych i posiadania szerszej wiedzy pod tym kątem, ale także znajomości wielu pozamedycznych sytuacji dotyczących pacjenta i wglądu w dokonywane przez niego sądy wartościujące – zrozumienia wartości, którymi chory kieruje się nie tylko ze względu na swoje zdrowie, ale z racji samego dobra, jakie w swoim życiu odkrywa. Takie poznanie raczej przekracza okoliczności spotkania lekarz – pacjent.

2. Zadanie związane z wartościowaniem poszczególnych potrzeb chorego może też w znacznej mierze dotyczyć lekarzy określonych specjalności, np. lekarzy medycyny paliatywnej, lekarzy psychiatrów, lekarzy pierwszego kontaktu. W kontekście tych specjalizacji staranniejsze podjęcie problemu wartości ważnych dla pacjenta wydaje się istotne z punktu widzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego³¹².

3. Problem wartości wymaga także szerszego podjęcia w odniesieniu do określonych pacjentów. Jest to ważne w kontekście procesu adaptacji, związanego z akceptacją poważnej przewlekłej choroby i przystosowania się do nowych warunków³¹³. Tak więc wskazanym jest, aby lekarz – o ile to możliwe – w takiej sytuacji rozszerzał dialog z pacjentem w kierunku wartościowania poszczególnych ścieżek terapeutycznych, przy czym wyrażając własne stanowisko etyczne nie powinien dokonywać oceny „za pacjenta”.

Zupełnie inaczej należy jednak rozważyć przypadki, gdy dialog między lekarzem a pacjentem nie rozwija się pomyślnie, pacjent nie chce lub nie jest w stanie prowadzić rozmowy o swoich potrzebach. Ewentualne próby prowadzenia deliberacji nie przebiegają pomyślnie, na przykład pacjent nie dysponuje dostatecznymi możliwościami poznawczymi, aby podjąć proces naradzania się. W takiej sytuacji może być konieczne zastosowanie innego, adekwatnego do

³¹² Por. J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, dz. cyt.

³¹³ Por. A. Starowicz, *Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań*, „Diabetologia Praktyczna”, 10 (2009), nr 3.

przypadku modelu (paternalistycznego, informatywnego bądź interpretatywnego). Wskazane trzy modele mogą posłużyć jako możliwe formy komunikacji korzystne do użycia w tych sytuacjach, gdy swobodna rozmowa o potrzebach i preferencjach nie jest możliwa. Jednocześnie lekarz, korzystając z określonej formuły komunikacji (paternalistycznej, informatywnej bądź interpretatywnej), powinien mieć świadomość, że jest to wybór dostosowany do aktualnych możliwości pacjenta, i stosując te podejścia, powinien zachować czujność na to, że wraz z przebiegiem terapii możliwości pacjenta mogą ulec zmianie. Przykładowo, pacjent uznany za niezdolnego psychicznie do wyrażenia świadomej zgody na leczenie może w trakcie terapii uzyskać zdolność do wyartykułowania swojego zdania, wrażeń czy odczuć. I ten podmiotowy wyraz osoby powinien być usłyszany i – o ile jest to uzasadnione dobrem pacjenta – stopniowo włączony do procesu terapeutycznego.

W tym punkcie należy zauważyć, że samo uznanie modelu deliberatywnego za właściwą opcję dialogu z chorym nie wyklucza zasadności użycia innych modeli komunikacji. Emanuelowie zauważają:

„Oczywiście w różnych okolicznościach klinicznych odpowiednie mogą być różne modele. (...) Niemniej jednak ważne jest, aby określić jeden model jako wspólne, paradygmatyczne odniesienie; wyjątki stosowania innych modeli nie byłyby automatycznie potępiane, ale wymagałyby uzasadnienia na podstawie okoliczności konkretnej sytuacji. Tak więc, powszechnie przyjmuje się, że w sytuacji awaryjnej, gdzie opóźnienia w leczeniu w celu uzyskania świadomej zgody mogą nieodwracalnie zaszkodzić pacjentowi, model paternalistyczny prawidłowo kieruje interakcją lekarz – pacjent. I odwrotnie, w przypadku pacjentów, którzy mają jasne, ale sprzeczne wartości, model interpretatywny jest prawdopodobnie uzasadniony”³¹⁴.

Model deliberatywny nie powinien być traktowany jako bezwzględnie obowiązująca forma relacji, a jedynie jako kierunek działania. W takim ujęciu sytuacja przedstawia się rozsądniej. Trudno o bezpośrednie odniesienie wymagającego modelu deliberatywnego do złożonych realiów spotkania lekarza i chorego. Każda sytuacja jest inna i wymaga wyczucia, dobrania odpowiedniego do okoliczności modelu. Kluczowe wydaje się jednak to, aby dokonany przez lekarza wybór określonej formy komunikacji nie utrwał wśród personelu określonego nastawienia do pacjenta, nie odbierał możliwości zmiany metod porozumienia.

Innym wyjściem z sytuacji niemożności podjęcia przez lekarza procesu deliberacji jest wprowadzenie zespołu innych specjalistów wspierających lekarza. Taka strategia może okazać się

³¹⁴ E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2225.

korzystna z powodu:

1. krótkiego czasu wizyt lekarskich,
2. konieczności podjęcia dłuższego i trudniejszego procesu odkrywania wartości,
3. subiektywnej i indywidualnej potrzeby pacjenta, związanej z chęcią głębszego przemyślenia znaczenia określonych działań medycznych w świetle ważnych dla niego wartości pozamedycznych,
4. braku porozumienia pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Proces samorozumienia wartości i moralnego rozwoju powinien zostać podjęty przez szczególnie przygotowanych do tego specjalistów. Zespół działający na rzecz pacjenta wydaje się bardzo dobrą odpowiedzią na złożone wymagania modelu holistycznego, aczkolwiek i w działaniu zespołowym może powstać konflikt sprzecznych racji w momencie, gdy dochodzi do konieczności podjęcia jednoznacznych decyzji. Specjaliści różnych dziedzin dysponują innym zakresem wiedzy i doświadczenia, które nie zawsze przystają do siebie. W propozycji zespołowego działania zarysowanej przez Mino i Lerta dla opieki paliatywnej został wykazany problem związany z hierarchizacją danych, które są zbierane przez różnych specjalistów³¹⁵. Dylemat koncentruje się wokół oceny, które ujęcie jest najważniejsze. Wydaje się, że w takich sytuacjach konieczne byłoby wprowadzenie perspektywy filozoficznej, która wyznaczałaby wspólny mianownik cząstkowych ujęć. Jedną z propozycji jest podejście fenomenologiczne. Fenomenologia – jak ukazał Scheler – pozwala na ujęcie różnych perspektyw badawczych pod kątem znaczenia, jakie mają dla człowieka. Stąd wgląd filozoficzny może pełnić funkcję spajającą „wielowymiarowy” obraz pacjenta. Zgodnie z opinią Schelera specyficzną cechą filozofa powinna być postawa wolna od zrelatywizowania zarówno światopoglądowego, jak i naukowego. Za pomocą fenomenologicznego opisu filozof jest w stanie określić poszczególne sytuacyjnie rozpatrywane potrzeby w kontekście możliwej realizacji samego dobra pacjenta jako wartości nadrzędnej³¹⁶.

Odciążenie lekarza z obowiązku związanego z doprowadzeniem pacjenta do bardziej przemyślanych decyzji i dojrzałych zachowań nie zwalnia jednak lekarza z bycia świadomym uczestnikiem dialogu prowadzonego przez zespół. Lekarz jako osoba pozostająca „blisko” pacjenta – osoba bezpośrednio uwikłana w spór – powinien mieć możliwość zajęcia własnego stanowiska, nie tylko dotyczącego dobra medycznego, ale także dobra w ogóle. Ta potrzeba znajduje odzwierciedlenie w następującej wypowiedzi jednego z lekarzy:

³¹⁵ Por. podrozdział 1.2.4.

³¹⁶ Propozycja wprowadzenia do medycyny metody fenomenologicznej jako podejścia niwelującego opozycję między faktami a wartościami zostanie rozwinięta w podrozdziale 3.1.2.

„Cała medycyna pełna jest sytuacji, w których podejmowane są rozstrzygnięcia, nazywane decyzjami <<życia i śmierci>>. Decyzja o terminalnej ciąży nie jest ich najdramatyczniejszym przykładem. Każda kwalifikacja do operacji mającej obiektywnie wyliczony wskaźnik ryzyka zgonu ma w sobie elementy takiej decyzji. I tak jak spowiednicy mają moc udzielania rozgrzeszenia lub nie (zapewne niektórzy udzielili rozgrzeszenia kobiecie, która dokonała aborcji), tak lekarze nie powinni być zwolnieni z udziału w takich decyzjach i brania za nie moralnej współodpowiedzialności”³¹⁷.

Otwarte stanowisko lekarza na temat preferowanych przez niego wartości jest jak najbardziej pożądane – zwłaszcza w odniesieniu do modelu holistycznego, w którym, jak zostało pokazane, dialog pomiędzy lekarzem a pacjentem generuje napięcia przekraczające poziom ustaleń biomedycznych. Emanuelowie zauważają nawet, że ujawnienie przez lekarza własnych preferencji jest zachowaniem uczciwszym w stosunku do pacjenta, niż milczące wsłuchiwanie się w ważne dla niego wartości i ukrycie za rolę neutralnego aksjologicznie specjalisty. Wbrew pozorom, to właśnie jasne i jednoznaczne stanowisko etyczne chroni relację przed paternalizmem, ponieważ tylko wobec jasnych deklaracji druga strona może wyrazić sprzeciw lub aprobatę. Inaczej gdy lekarz ukrywa własne stanowisko etyczne, a milczenie stanowi doskonałą okazję do manipulacji i utajonego forsowania przez lekarzy własnych wartości³¹⁸. Również

„Hutchinson nie wierzy w możliwość przyjęcia takiego filozoficznie neutralnego i zdystansowanego stanowiska. Za każdą deklarowaną neutralnością można bowiem odnaleźć ukryte założenia zdroworozsądkowe, które nieprzepracowane posiadają charakter niespójny, chaotyczny i eklektyczny. Dlatego bardziej uczciwe jest ujawnienie i opracowanie własnych filozoficznych założeń dotyczących ludzkiej natury, teorii poznania, koncepcji zdrowia, szczęścia czy umysłu”³¹⁹.

Ponadto, przy założeniu takiego otwartego dialogu, lekarz nie jest traktowany instrumentalnie, jego rola nie sprowadza się do bycia dostarczycielem wiedzy medycznej³²⁰.

Przyjmując głos lekarza za pozytywny przejaw interakcji, jednocześnie, warto dążyć do tego, aby lekarze byli przygotowani do takiej roli. Chodzi bowiem o to, aby zajmowane stanowisko nie było wyłącznie uzasadniane przywilejem znajdowania się blisko ludzkich dramatów, doświadczeniem czy znajomością faktów medycznych, ale także aby było wynikiem rzetelnego

³¹⁷ K. Madej, *Przyjdzie kiedyś Kazimierz Odnowiciel*, „Gazeta Lekarska”, nr 12/2020–01/2021, s. 18.

³¹⁸ E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2225–2226.

³¹⁹ A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, dz. cyt., s. 38.

³²⁰ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2225–2226.

filozoficznego namysłu nad wartościami w ogóle. Karl Jaspers przestrzegął na przykład „przed często spotykanym podejściem anty-filozoficznym w psychiatrii i badaniach z zakresu psychopatologii”³²¹. Wydaje się, że za postawą lekarza zawsze jest ukryta jakaś filozofia, której lekarz jest mniej lub bardziej świadomy, lecz od samego lekarza zależy, czy będzie to filozofia przemyślana i wypracowana, czy przyjęta bezrefleksyjnie, poddana przypadkowym potrzebom i światopoglądom. Dobrze by było, aby lekarz preferowany przez siebie porządek aksjologiczny poddał krytycznej refleksji, poznając jego etyczne i terapeutyczne konsekwencje możliwie najpełniej, weryfikując także ewentualne błędy w zakresie preferencji wartości. Chodziłoby również o to, aby mógł w ewentualnym sporze zajmować jasne i wypracowane stanowisko. Jego pogląd może stanowić jednoznaczny punkt odniesienia nie tylko dla pacjenta, ale także dla zespołu specjalistów.

Dalsze analizy skupią się więc na warunkach związanych z przygotowaniem lekarzy do wypełnienia powyższych zadań. Emanuelowie dzielą się kilkoma wskazaniem, jakie powinny być uwzględnione przez samych lekarzy, aby problem wartości został przez nich podjęty. Można je ująć w następujących punktach³²²:

1. Rozwój zdolności związanych z interpretowaniem i artykułowaniem wartości oraz dialogowaniem na ten temat.
2. Odparcie nadmiernego przywiązania do modelu informatywnego i wybranej specjalizacji.
3. Kształcenie poczucia troski o innych, w przeciwieństwie do myślenia w kategoriach stosowania wskazań i przepisów.
4. Ujęcie autonomii pacjenta od strony moralnego rozwoju, w którego kształtowaniu bierze udział zarówno pacjent jak i lekarz.

Emanuelowie nie rozwijają podanych wskazań. Schelerowska fenomenologia ma uzupełnić tę lukę. Może pomóc w głębszym zrozumieniu i uzasadnieniu powyższych warunków.

³²¹ A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, dz. cyt., s. 38.

³²² Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2226.

ROZDZIAŁ 2. FILOZOFIA MAXA SCHELERA

Max Scheler zbudował własny system etyczny oparty na wartościach, przy czym traktując podejście fenomenologiczne jako szczególną metodę dla etyki, ukazał problem wartości od strony doświadczenia podmiotu. Taka perspektywa badań jest cenna, ukazuje bowiem, że bez odpowiedniego samowychowania trudno o autentyczne wypełnianie obowiązujących norm etycznych. Dzięki takiej orientacji filozoficznej dyrektywy związane z uwzględnieniem wartości mogą zostać ukazane od strony niezbędnych do ich wypełniania poznawczo-moralnych warunków. Podążając za myślą Schelerowską, można zbliżyć się do realnej sytuacji podmiotu – podmiotu zależnego od dynamiki dziejów i poddanego otoczeniu, w którym wzrasta. W złożonym kontekście życia osoba poszukuje tego, co ważne i obowiązujące. Takie usytuowanie podmiotu, z jednej strony, uwydatnia konieczność ciągłego zadawania pytań o to, co w kontekście egzystencjalnej zmienności, jakiej człowiek ulega, jest trwałe i prawdziwe i co może stanowić oparcie dla podejmowanych wyborów; z drugiej strony, ukazuje konieczność ponoszenia straty, mówienia „nie” możliwościom, które są odkrywane jako fałszywe bądź mniej ważne względem spraw etycznie donioślejszych. Wrażliwość na wartości musi niejako przedzierać się przez całą różnorodność ludzkich potrzeb i pragnień, czy to związanych z przystosowywaniem do środowiska społeczno-kulturowego, czy też podyktowanych chęcią naukowego zrozumienia świata i jego praktycznego modyfikowania.

Jako osoba wykształcona w zakresie psychologii, socjologii i medycyny, a także przejęta problemami społecznymi i wychowaniem człowieka, Scheler był świadom bytowej zależności istoty ludzkiej, zarówno od jej strony biologiczno-psychicznej, jak i społecznej, czemu dał wyraz w swoich dziełach, pisząc o zmiennych „losach” jednostek czy narodów³²³. Ale jako fenomenolog nie zatrzymywał swojej uwagi na tej perspektywie i jego poszukiwania sięgają dalej: pytał, co jest niezmienną zasadą rzeczy, jaka jest istota i związki istotnościowe tego, co istnieje. Wydaje się, iż Scheler głęboko wierzył, że taka niezmienna podstawa jest nam dana, co więcej, że do jej odkrycia człowiek jest powołany. W tym kontekście pojawia się problem wartości, które istniejąc na sposób aprioryczny, stają się etycznymi drogowskazami i oparciem dla wyborów podejmowanych nie tylko przez jednostkę, ale także przez określone grupy społeczne.

³²³ Por. M. Scheler, *Ordo amoris*, w: *O miłości. Antologia*, red. M. Grabowski, Toruń 2013, s. 21–24.

Fenomenologiczne podejście do wartości pozwoliło Schelerowi na ukazanie, czym wartości są dla podmiotu, w jaki sposób istnieją i jakie tkwią w nich zasady. Odkrycie tego rodzaju – choć dane niezależnie od dociekań naukowych czy poszukiwań naturalnych – to jednak rodzi się i rozwija w kontekście zarówno pytań stawianych z perspektywy nauki, jak i w kontekście utrzymujących się światopoglądów. Według Schelera te dwa ostatnie podejścia do świata mogą zagłuszać pytanie o samą istotę wartości. Niezbędny jest więc proces wychowawczy, który pozwoliłby na rozwój tych sił poznawczych, od których zależy podejście do wartości. Scheler podkreślał szczególną rolę wrażliwości, która koniecznie musi być ochroniona, aby człowiek mógł zachować zdolność do głębszego widzenia świata. W rozważaniach Schelera można doszukiwać się podpowiedzi, które mogą znaleźć zastosowanie w ulepszaniu pracy lekarzy pod kątem uwzględnienia – obok faktów medycznych i naturalnych nastawień – także wartości. Zgodnie z jego filozofią, poznawanie wartości powinno zmierzać do odkrycia ich obiektywnego porządku jako kryterium oceny codziennych wyborów. Zyskując taki poziom poznania, można różne konkretne sytuacje (takie jak leczenie, kontakt lekarza z pacjentem) od strony aksjologicznej określać wnikliwiej. W związku z tym profesjonalne podejście w tym zakresie powinno łączyć się z wewnętrznym przekonaniem lekarza o konieczności podjęcia pracy nad własnym odniesieniem do wartości.

Czy jednak można zaufać myśli Schelerowskiej na tyle, aby przywoływać lekarzy do samowychowania zgodnego z duchem tejże filozofii? Zapewne taki zamiar wymaga zarówno ukazania potencjału tej filozofii, ale także krytycznej analiz tego podejścia – tym bardziej, że system Schelera ze względu na emocjonalistyczne założenia teoriopoznawcze został przez niektórych komentatorów oceniony negatywnie. Zachowując nadzieję, ale także ostrożność względem tej orientacji filozoficznej, w niniejszym rozdziale najpierw będą zaprezentowane podstawowe zagadnienia dotyczące odniesienia podmiotu do wartości, a na końcu zostanie podjęta krytyczna refleksja na temat powiązania myśli Schelerowskiej z praktyką.

2.1. Podmiot a wartości

2.1.1. Niezależność ducha od psychowitalnej organizacji ludzkiego bytu

Max Scheler zaproponował szczególny – wobec kartezjańskiej filozofii – sposób rozumienia

człowieka. Nie zgodził się z kartezjańskim dualizmem psychiki i ciała, wykazując jedność psychofizycznej organizacji bytu ludzkiego. Połączenie strony fizycznej i psychicznej jest możliwe przy uwzględnieniu zagadnienia życia, o której – zdaniem Schelera – Kartezjusz zapomniał: „Psychofizyczne życie jest jedno i ta jedność stanowi fakt, który dotyczy wszystkich istot żywych, a więc również człowieka”³²⁴. To w procesie życiowym dokonuje się wzrost zarówno fizjologicznych, jak i psychicznych możliwości. Są to dwa ontologicznie identyczne sposoby ukształtowania człowieka. Różnią się one od siebie wyłącznie fenomenalnie, stąd jedynie sposób ich opisu jest odmienny. Psychikę można badać w odniesieniu do wewnętrznych przeżyć, zaś system fizjologiczny jest opisywany od zewnątrz³²⁵.

Scheler uważał, że kartezjański dualizm wprowadził poważny błąd epistemologiczny, którego negatywne skutki dotyczyły zarówno filozofii, jak i medycyny oderwanej od zagadnienia życia, a zorientowanej na fizjologię³²⁶. Nie zauważano powiązania ciała i psychiki. Takie błędne podejście koniecznie próbował odeprzeć, formułując tezy, która są bardzo zbliżone do współczesnych postulatów modelu holistycznego. Na przykład wskazywał:

„Trzeba dzisiaj, moim zdaniem, postawić badaniom naukowym metodyczny cel, a mianowicie jak najszersze zbadanie, w jakiej mierze te same sposoby zachowania się organizmu raz mogą być wywołane i modyfikowane przez zewnętrzne bodźce fizykochemiczne, innym zaś razem przez pobudzenie psychiczne (...). Strzeżmy się więc bardzo fałszywego przeceniania (*Überstengung*) wyjaśnień wyłącznie fizjologicznych. Wrzód żołądka może być, według naszego dzisiejszego doświadczenia, uwarunkowany zarówno psychicznie, jak przez pewien proces fizykochemiczny, a całkiem określone korelaty psychiczne mają nie tylko choroby nerwowe, lecz również schorzenia organiczne”³²⁷.

Scheler od budowy psychofizycznej wydzielił natomiast zasadę duchową, przypisując ją do pojęcia „osoby”. Określenie „osoba” odnosi się więc wyłącznie do duchowej (noetycznej) sfery człowieka, która obejmuje myślenie pojęciowe, określony rodzaj naoczności (naoczności prafenomenów lub zawartości istot), akty wolitywne i akty emocjonalne³²⁸. Odróżnienie psychofizyczności i duchowej osoby wyznaczyło miejsce człowieka pośród organizmów żywych.

³²⁴ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, cyt., s. 131.

³²⁵ Por. tamże, s. 123–131.

³²⁶ Por. M. Scheler., *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*, Halle a.d. S. 1916, s. 152–156.

³²⁷ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 130.

³²⁸ Por. tamże, s. 82.

Człowiek pod względem budowy psychofizycznej jest usytuowany w zupełnie odmiennym położeniu w stosunku do innych istot, niż wtedy gdy rozpatruje się go pod kątem sfery noetycznej. Jeśli weźmie się pod uwagę sam ludzki organizm, wówczas człowiek niewiele różni się od zwierzęcia, a nawet należy uznać człowieka za „źle przystosowane, chore, cierpiące zwierzę”³²⁹. Według Schelera psychofizyczne przystosowanie nie wystarczyłoby człowiekowi do przetrwania. Inne ssaki poruszają się w środowisku znacznie sprawniej, a co z tym związane – stoją wyżej na szczeblu ewolucyjnej drabiny.

Nie jest specyficznym ludzkim również posiadanie psychiki (a przynajmniej wtedy, gdy pojęcie to interpretuje się za Schelerem bardzo wąsko). Ludzkie zdolności psychiczne – do których Scheler zaliczył pęd uczuciowy, instynkt, pamięć asocjacyjną, praktyczną inteligencję³³⁰ – nie są w stosunku do ukształtowania psychicznego ssaków nowym faktem istotnościowym. Zdolności psychiczne człowieka jedynie wielokrotnie przewyższają możliwości innych ssaków pod względem ilościowym. Analizując ludzką inteligencję, Scheler zauważa: „Między mądrym szympansem a Edisonem, gdyby go rozpatrywać tylko jako technika, istnieje jedynie – wprawdzie bardzo duża – różnica stopnia”³³¹.

Dzięki funkcjom psychiki możliwe jest co prawda zwrotne uzyskanie dostępu do treści, jakie są np. zmysłowo odbierane ze środowiska, ale psychiczne możliwości nie wykraczają poznawczo poza sam proces życia. Psychika ściśle zespala istotę ludzką z otoczeniem. Rozwój psychiki nie prowadzi do uwolnienia się od dynamiki procesu życiowego. Psychika jest jedynie zespołem różnych funkcji potrzebnych do przetrwania. Scheler krytykował połączenie psychiki z pojęciem duszy, która miałaby stanowić jakąś bazę psychicznych możliwości. Jego zdaniem psychika raczej łączyła się z biologicznym ukształtowaniem człowieka. Oba te procesy – psychiczny i fizjologiczny – ostatecznie działają na rzecz najlepszego przystosowania do otoczenia³³². Zdolności psychiczne rozwijają się tylko w obrębie „przestrzeni środowiskowej”, co przejawia się jako ciągła dynamicznie tworząca się zależność między ruchem indywiduum a środowiskiem. Ludzkie zdolności w tym zakresie nie są jakościowo czymś innym niż możliwości zwierzęcia. Ani ludzka psychika, ani możliwości zwierzęcia nie przekraczają „przestrzeni środowiskowej”. Scheler zauważa:

„Chociaż wyższe zwierzęta mają różnorodności podobne do przestrzeni, to nie są one

³²⁹ Tamże, s. 111.

³³⁰ Por. G. Mazur, *Struktura bytowa człowieka w ujęciu Maxa Schelera*, „Colloquia Theologica Ottoniana”, 1 (2015), s. 93–97.

³³¹ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 81.

³³² Por. M. Scheler, *Istota człowieka*, w: *Scheler*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1975, s. 206–219.

homogeniczne, tzn. takie, że miejsca jako uprzednio dany system miejsc pozostają niezmiennie (*fix*) w sferze optycznej i ostro oddzielają się od wypełniających [je] jakości i ruchów tworów środowiska”³³³.

Sama psychika nie tworzy „autocentralizacji”³³⁴ osoby, która dopiero umożliwiłaby świadome dotarcie do własnej podmiotowości i jednolitego, spójnego obrazu świata. To nie psychika – zdaniem niemieckiego fenomenologa – umożliwia przekroczenie granic „przestrzeni środowiskowej”, lecz właśnie duch (sfera noetyczna).

Duch nie jest uwarunkowany witalnie i nie jest już przynależny zwierzętom. To nowa zasada organizująca byt ludzki od strony noetycznej (aktowej), wkraczająca w „przestrzeń światową”. Scheler określa duchową zasadę następująco:

„Nowa zasada stoi poza tym wszystkim, co możemy nazwać <<życiem>> w najszerszym znaczeniu. To, co jedynie czyni człowieka <<człowiekiem>>, nie jest jakimś nowym stopniem życia – a tym bardziej nie jest tylko stopniem jednej formy manifestacji tego życia, [tj.] <<psyche>> – lecz jest zasadą przeciwstawną wszelkiemu i każdemu życiu w ogóle, również życiu w człowieku: prawdziwym, nowym faktem istotnościowym, który, jako taki, w ogóle nie może być sprowadzony do <<naturalnej ewolucji życia>>, lecz jeśli czemuś przypada, to jedynie najwyższej zasadzie samych rzeczy, tej samej zasadzie, której jedną wielką manifestacją jest <<życie>>”³³⁵.

W kontekście Schelerowskiej filozofii błędem byłoby połączenie możliwości ducha z działaniem psychicznych funkcji poznawczych, np. uwarunkowaną psychowitalnie inteligencją. Scheler udowadnia, że osoba dzięki zasadzie duchowej jest psychofizycznie indyferentna – a więc – mówiąc za filozofem – wolna „od władzy (*Bann*), nacisku, zależności od *tego, co organiczne*, od <<życia>> i tego wszystkiego, co do niego należy, a więc również od swojej własnej popędowej <<inteligencji>>”³³⁶. Strona aktowa zachowuje niezależność od wszelkich funkcjonalnych ośrodków życia. Ta odrębność jest możliwa na różne sposoby, na przykład ujawnia się jako zdolność przedmiotowego ujęcia poznawanych rzeczy oraz własnych procesów psychofizjologicznych. W ten sposób podmiot może ustosunkować się do otoczenia i własnego uwarunkowanego dynamiką dziejów losu³³⁷. Przy czym Scheler zauważa, że sam „duch” nie może

³³³ Tamże, s. 215.

³³⁴ Tamże, s. 214.

³³⁵ Tamże, s. 207.

³³⁶ Tamże, s. 208.

³³⁷ Por. M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 21–22.

być przedmiotem własnego poznania. Dzieje się tak dlatego, że – jego zdaniem – osoba stale się tworzy, dokonując kolejnych aktów³³⁸. Wprawdzie człowiek „zdaje sobie sprawę” z obecności tych aktów – jest samoświadomy siebie, to jednak nie może uczynić własnego osobowego ducha obiektem badania³³⁹.

Odróżnienie duchowej osoby od psychowitalnej organizacji bytu ludzkiego wydaje się dość oryginalnym pomysłem w kontekście bardziej powszechnego w myśli europejskiej kartezjańskiego dualizmu. Stanowisko Schelera, ze względu na złączenie procesów fizjologicznych i psychicznych z zasadą życia, zbliża się do monizmu witalistycznego. Ale ta koncepcja jest rozwinięta jeszcze pod kątem analiz ducha (jako nowego faktu istotnościowego), z którego wyłania się osoba jako skupienie aktów. Takie ujęcie człowieka wyznacza nowy rozbrat, już nie pomiędzy *res cogitans* i *res extensa*, co raczej dotyczący ducha i życia. Scheler dochodzi do wniosku: „Przeciwieństwo, na które natrafiamy w człowieku i które również subiektywnie jest przeżywane jako takie, należy do znacznie wyższego i bardziej zasadniczego porządku: jest to przeciwieństwo ducha i życia”³⁴⁰.

Filozof skupia się na wykazaniu odrębności ducha od organizacji psychowitalnej. Jego analizy tych dwóch struktur zawierają jednak wiele niedopowiedzeń. Niektórzy komentatorzy stawiają Schelerowi zarzut, że zbyt radykalnie i sztucznie wydzielił pojęcie ducha od psychiki³⁴¹. Analizując dzieła filozofa, niełatwo wykazać, w jaki sposób widział on złączenie tych dwóch ontologicznie odrębnych systemów. Scheler nie rozstrzyga tego problemu w sposób wyczerpujący. Odnosząc się do samej jego filozofii, trudno wyjaśnić, w jaki sposób strona noetyczna współwystępuje ze stanami psychiki, np. jakie jest odniesienie inteligencji do centrum aktowego. Adam Węgrzecki zauważa, że Scheler pomija wpływ uwarunkowań organicznych i psychicznych (również tych patologicznych) na ukształtowanie duchowe, w końcu wydaje się, że psychika nie pozostaje całkiem odrębna od ducha. Funkcje psychiczne również w jakiś sposób pośredniczą w tworzeniu się samoświadomości. Wspomniane wątpliwości Scheler pozostawił bez wyjaśnienia³⁴². Nie pomija jednak problemu zależności dwóch układów (aktowego i psychofizycznego) zupełnie, analizuje ich wzajemny stosunek pod kątem zasobu energetycznego i zastanawia się, czy można mówić o autonomicznym działaniu czynnika duchowego. Scheler zmieniał na ten temat poglądy. W

³³⁸ Trudno jednoznacznie określić, jak Scheler pojmuje osobę. W niektórych fragmentach swoich prac wskazuje, że osoba nie jest jedynie korelacją aktów, ale „substancją jednoczącą wszystkie akty” (por. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 257). Adam Węgrzecki w książce *Scheler* podaje za Maurice’em Dupuy, że Scheler „usiłuje utworzyć sobie drogę między dwoma ekstremami, z jednej strony ideą osoby – substancji różnej od swych aktów, z drugiej – ideą osoby, która byłaby tylko czystą korelacją (*corrélation*) albo prostym skrzyżowaniem (*entrecroisement*) aktów” (A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt. s. 84). Ale już sam Węgrzecki dodaje, że w Schelerowskiej filozofii jednak dominuje ujęcie antysubstancjalistyczne (por. tamże).

³³⁹ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt. s. 257–258.

³⁴⁰ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 134.

³⁴¹ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 90.

³⁴² Por. tamże, s. 90.

początkowej fazie jego twórczości (określanej teistyczną³⁴³) akty ducha charakteryzowały się odrębnością i samodzielnością; za to w późniejszych pismach (fazie ostatniej³⁴⁴) filozof uznaje, że centrum duchowe czerpie siłę z energii życiowej³⁴⁵.

Ostatecznie Scheler dochodzi więc do wniosku, że osoba choć nie jest uwarunkowana przez procesy psychowitalne, to jednak działanie tych systemów jest niezbędne dla aktywności ducha. Duch czerpie siłę właśnie z popędu psychowitalnego. „*Strumień siły i działania*, jedyny mogący ustanowić (*setzen*) istnienie i przypadkowe uposażenie jakościowe, przebiega w zamieszkiwanym przez nas świecie nie z góry na dół, lecz z *dołu do góry*”³⁴⁶ – zaznacza Scheler. Duch z kolei „wrywa” człowieka z ekstatycznego wtopienia w środowisko. Nie jest już człowiek zwierzęciem ani niewolnikiem życia, gdy siłą intencjonalnych odniesień zyskuje nowe i świadome ukierunkowywania. W intencjonalnych aktach ducha świat jest dostępny dużo szerzej, np. pod kątem poznania wartości.

Scheler pozostawił wiele niejasności, jeśli chodzi o problem budowy człowieka. W kontekście zastosowania jego fenomenologii do problematyki tej rozprawy nieścisłość ta nie jest jednak kwestią zasadniczą. Nie ma więc potrzeby rozstrzygnięcia wspomnianych dylematów. Schelerowski pogląd z zakresu antropologii filozoficznej został jednak przywołany, ponieważ stanowi tło dla bardziej szczegółowych rozważań Schelera nad problematyką poznania. Na podstawie powyższych analiz można zauważyć, że złożoność charakterystyczna dla istoty ludzkiej przekłada się na różnorodny sposób odniesienia do świata. Stronie noetycznej przypisał Scheler zachowanie poznawcze wolne od zrelatywizowania bytowego – niezbędne w docieraniu do obiektywnego świata wartości. Należy więc rozważyć, w jaki sposób wartości są dostępne dla człowieka i jakie modyfikacje muszą dokonać się w centrum aktowym, aby człowiek zyskał w tym zakresie możliwe optimum.

2.1.2. Sposób, w jaki wartości dane są człowiekowi

Rozważając złożoność człowieka, Scheler wskazał na niesprowadzalność aktów ducha do funkcji związanych z przystosowaniem do życia. Odzwierciedleniem tej rozbieżności są stopniowalne możliwości poznania świata wartości. Jak okaże się przy dalszych analizach, wartości

³⁴³ Tamże, s. 13.

³⁴⁴ Tamże.

³⁴⁵ Por. tamże, s. 89–90.

³⁴⁶ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 116.

są poznawane najpełniej na drodze poznania wykraczającego poza możliwości psychowitalne, co jednocześnie nie oznacza, że psychika i ciało nie mają żadnego powiązania ze światem wartości. Sam odbiór wartości nie jest jednolity, wymaga wyłączenia zarówno sił ośrodka psychicznego, jak i właściwego działania sfery noetycznej. Stopień zaangażowania określonej struktury bytowej w proces odkrywania wartości zależy od tego, o jakich wartościach jest mowa. Świat wartości jest bowiem w tym ujęciu aksjologii bardzo bogaty i tkwią w nim prawidłowości wyznaczające, co i jak może być poznawane. Trzeba więc najpierw przyjrzeć się, w jaki sposób wartości istnieją, badając przy tym możliwe sposoby ich doświadczania.

Zdaniem Schelera wartości, jako jakości materialne istnieją obiektywnie i niezależnie od człowieka, nie są więc ograniczone do ludzkich procesów poznawczych – tych przebiegających na poziomie psychicznym, jak i noetycznym. Co więcej, to nie człowiek nadaje rangę poszczególnym wartościom, lecz rangę tę wartości już mają. Istnieją apriorycznie w hierarchicznym uporządkowaniu. Jedne wartości są ważniejsze, a inne mniej ważne. Ranga poszczególnych typów wartości tkwi w samej ich istocie. Scheler podaje pięć modalności wartości. Są one następujące, zaczynając od najniższej³⁴⁷:

1. wartości tego, co przyjemne, i tego, co nieprzyjemne (hedoniczne),
2. wartości tego, co użyteczne, i tego, co nieużyteczne (użytkowe),
3. wartości tego, co szlachetne, i tego, co pospolite (witalne, życiowe, jak życiowa moc, słabość witalna, poczucie zdrowia),
4. wartości duchowe (wartości kulturowe, wartości estetyczne, wartości tego, co słuszne, i tego, co niesłuszne, wartość poznania prawdy),
5. wartości tego, co święte, i tego, co nieświęte (wartości religijne, stan szczęścia i rozpacz).

Poza wymienionymi istnieją jeszcze wartości moralne, które nie zajmują określonego miejsca w zaprezentowanej przez Schelera hierarchii. Wartości moralne odnoszą się do wszystkich pozostałych wartości i są rozpatrywane na kanwie wartości uporządkowanych hierarchicznie, niejako towarzysząc realizacji wartości wyższej nad niższą bądź niższej nad wyższą.

Do świata wartości przynależą zarówno wartości pozytywne, jak i negatywne. Zgodnie z filozofią Schelera jedne i drugie silniej oddziałują na wyższym poziomie hierarchii. Natomiast samo ich uporządkowanie opiera się na konkretnych zasadach. O randze wartości decydują następujące kryteria³⁴⁸:

1. trwałość,

³⁴⁷ A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 50.

³⁴⁸ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 88–98.

2. podzielność,
3. stopień bycia fundowanym przez inne wartości,
4. głębia zadowolenia,
5. stopień relatywności.

1. Cechę trwałości łatwo zauważyć w przypadku porównania witalnego samopoczucia, które należy do wartości niższych rangą, i szczęścia związanego z doświadczeniem sfery *sacrum*, która stoi wysoko w hierarchii wartości. Dobre samopoczucie wywołane wartością na niższym poziomie hierarchii kończy się wraz z pojawiającym się bólem. Wartości niższe rangą cechuje ulotność, ponieważ są one zależne od zmiennych stanów psychofizycznych i są im poddane. Natomiast szczęście związane z wartością wyższego poziomu trwa pomimo zmiennych stanów. Dzieje się tak dlatego, ponieważ wartości wyższe rangą wykazują możliwość istnienia wytrzymującego próbę czasu.

Fenomen trwałości wartości wyższych jest postrzegany przez Schelera jako wielkie dobro I pod tym względem analizuje doświadczenie miłości. Miłość do osoby ma charakter trwały, gdy jest związana z wartością osoby. W wartości osoby ujawnia się fenomen trwałości, a co się z tym łączy, intencjonalne ukierunkowanie na wartości osobowe również wykazuje większą trwałość. W samej miłości również trwałość ta jest zawarta. W odróżnieniu od miłości Scheler mówi o interesowności względem drugiej osoby, która bywa błędnie utożsamiana z miłością, choć rzeczywiście oparta jest na niższych wartościach i potrzebach. W tego rodzaju relacji osoby mogą przeżywać radość w sposób długotrwały, ale trwałość ta nie tkwi w samej istocie wzajemnego odniesienia osób do siebie. Fluktuacyjny charakter wartości i jakości przeżywanych uczuć opartych na wspólnocie interesów ujawnia się wówczas, gdy osoby nie mogą już zaspokoić swoich potrzeb. W efekcie nagłej utraty możliwości przeżywania określonych niższych wartości dynamicznie zmienia się stosunek do przedmiotu miłowania. Trwałość w tym przypadku nie istnieje jako immanentna cecha jakości takiej relacji³⁴⁹.

2. Kolejną cechą jest podzielność. Scheler wyjaśnia, że mniejszą podzielność mają wartości ściśle związane z dobrami materialnymi, takie jak materiał czy chleb. Doświadczenie tych wartości łatwo się wyczerpuje wraz z ich podziałem: niewielu może skosztować przyjemności zjedzenia bochenka dobrego chleba. Inaczej udzielają się wartości wyższe: piękno jest dostępne każdemu, kto jedynie posiada dyspozycję do jego dostrzegania. Co więcej, wartości wyższe mają siłę integrującą. Tak dzieje się w przypadku świętości. Świętość – podaje Scheler – nie jest uzależniona od materialnego nośnika. Zapośrednicza się jedynie przez materialne symbole i o ile symbole te mogą powodować

³⁴⁹ Por. tamże, s. 88–91.

konflikty i ulegają podziałowi, o tyle sama świętość jako najbardziej niepodzielna wartość dana jest każdemu. Czczenie tego, co święte, pozwala na współuczestnictwo w tej wartości wielu osób³⁵⁰.

3. Ujawnia się przy tym inna cecha wartości wyższych, a mianowicie, wartości wyższe nie są ufundowane w wartościach niższych. Ich znaczenie nie jest od nich zależne. Analogicznie, wartości niższe są ufundowane w wartościach wyższych. Na przykład to, co przyjemne, jest ufundowane w wartościach witalnych, stąd jakość przeżywanego przyjemności jest uzależniona od sposobu wystąpienia wartości życiowych. Przyjemność doznawana w chorym życiu nie będzie równa przyjemności przeżywanego w zdrowym życiu³⁵¹.

4. Następną cechą dotyczy głębi zadowolenia. Jest ona widoczna w zachowaniu podmiotu, który jest nastawiony na doznawanie wartości niższych, a ma problem z przeżywaniem wartości wyższych rangą. Zadowolenie na niższym poziomie skłania taką osobę do ciągłego impulsywnego pozyskiwania źródła przyjemnego przeżycia, które z zasady nie jest trwałe i nie przynosi głębszego poczucia szczęścia. Zdaniem Schelera tylko w wyższych wartościach można odnaleźć głębię zadowolenia, która przynosi spełnienie. A dzieje się tak dlatego, że te ostatnie wartości nie zależą od niższych i nietrwałych jakości. Osobie zwróconej ku wyższym wartościom nie dokuczają niepokój spowodowany przynaglającą potrzebą poszukiwania wartości użytecznych³⁵²:

„Głębszym od innego nazywamy zadowolenie [zawarte] w odczuciu pewnej wartości wtedy, kiedy jego istnienie okazuje się niezależne od odczucia tej innej wartości i związanego z nią zadowolenia, to ostatnie zaś zależne od niego. Całkiem szczególnym fenomenem jest np. to, że zmysłowe przyjemności lub niewinne radości zewnętrzne (np. doznawane podczas święta albo na spacerze), w pełni <<zadowolają>> nas wtedy i jedynie wtedy, kiedy czujemy się <<zadowoleni>> w <<centralnej>> sferze naszego życia – tam, gdzie idzie o sprawy <<poważne>>. Dopiero jakby na tle tego głębszego zadowolenia rozbrzmiewa także pełen zadowolenia śmiech z najbardziej zewnętrznych radości życiowych, podczas gdy – na odwrót – przy niezadowoleniu w tych centralnych warstwach pełne zadowolenie związane z odczuwaniem niższych wartości natychmiast ustępuje miejsca <<niezadowolonemu>> nieustannemu poszukiwaniu wartości użycia (*Genusswerte*), tak iż można wręcz wnosić, że każda z tysięcy form praktycznego hedonizmu jest zawsze oznaką <<niezadowolenia>> w zakresie wyższych wartości. Bowiem stopień poszukiwania rozkoszy jest odwrotnie proporcjonalny do głębokości zadowolenia, pojawiającego się na każdym szczeblu [tej] hierarchii”³⁵³.

³⁵⁰ Por. tamże, s. 91–92.

³⁵¹ Por. tamże, s. 92–94.

³⁵² Por. tamże, s. 94–95.

³⁵³ M. Scheler, *Wartości „wyższe” i „niższe”*, w: *Z fenomenologii wartości*, dz. cyt., s. 79.

5. Ostatnią cechą jest względność wartości. W tym punkcie Scheler wskazuje, że niektóre wartości potrzebują odpowiednio predysponowanego pomiotu po to, aby mogły być doznane. W ten sposób wartości tego, co przyjemne, oraz wartości witalne zależą od bytowo niższej warstwy zmysłowej i witalnej. Z kolei bezwzględnyymi wartościami są te, które są niezależne od działania tych uwarunkowanych środowiskowo struktur, a więc dane w czystym odczuwaniu (np. miłości czy aktach preferencji)³⁵⁴.

Analizując poziomy poszczególnych wartości, można zauważyć ich związek z budową człowieka oraz z poziomami życia uczuciowego. Na przykład prawda jest przybliżana poprzez akty ducha, a zmysłowa wartość smaku może być doznawana na niższym poziomie. Jednocześnie wszystkie wartości mają określone miejsce w całościowym porządku aksjologicznym. Zgodnie z myślą Schelerowską, nie należy poprzestawać na doświadczeniu pojedynczych wartości, ale starać się o ich szersze poznanie. W końcu dane jest ludziom do odczytania całe ich bogactwo. Szczególnie chodzi o wyłączenie sił poznawczo-moralnych w kierunku coraz wyżej usytuowanych wartości, które w pierwszym wrażeniu nie narzucają się z taką chwytliwością, jak wartości niższe rangą. Przy tym Scheler odróżnia moment zainteresowania poszczególnymi wartościami od ogólnego poznania obiektywnego świata wartości pod kątem ich hierarchii. W pierwszym odbiorze wartości może uczestniczyć zarówno duch osoby, jak i sfera psychowitalna, zaś w tym ostatnim przypadku ma udział wyłącznie system noetyczny. Tylko zasada duchowa ma zdolność docierania do zasad wyższości i niższości wartości. Za pomocą psychiki nie można rozpoznać rangi określonych wartości względem ich pełnego uniwersum.

Analizując sposoby odkrywania świata wartości, Scheler zastanawia się także, w jaki sposób wartości pojawiają się w rzeczywistym świecie. Wiadomo już, że wartości istnieją samoistnie, ale Scheler zauważa także, że wartości mają swoje „nośniki”. W przypadku wartości moralnych nośnikiem może być tylko osoba i jej akty. Po pierwsze, już sama osoba jest wartością. Po drugie, wartości moralne ujawniają się jako ukierunkowania moralnej możliwości osoby, a więc mowa tu będzie o cnotach i wadach osoby. I w końcu, nośnikiem wartości moralnych są różnego rodzaju akty osoby, takie jak akty uczuciowe, akty chcenia lub działania³⁵⁵. Inaczej jest z wartościami pozamoralnymi. Ich nośnikami mogą być zarówno osoby, jak i rzeczy.

Wartości pozamoralne mogą pojawiać się na dwa sposoby – przypadkiem i konstytuując określone rzeczy. W pierwszej sytuacji chodzi o rzeczy, które stają się dla człowieka cenne właśnie dlatego, że wartości są w tych rzeczach odkrywane. A drugi przypadek to taki, gdy od wartości

³⁵⁴ Por. M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 95–98.

³⁵⁵ Por. M. Scheler, *Stosunek wartości „dobry” i „zły” do pozostałych wartości i dóbr*, dz. cyt., s. 65–66.

zależy jedność danej rzeczy. Wówczas o takiej rzeczy można powiedzieć, że jest ona „dobrem”. Dobra są ukonstytuowane przez wartości, a nie przez swoją rzeczową strukturę – i to właśnie wartości ujawniają nam jakieś rzeczy jako dobra. Dana rzecz zyskuje miano „dobra” nie dlatego, że jest rzeczą, lecz z powodu własnej wewnętrznej hierarchii wartości. Z kolei wartości dzięki temu, że pojawiają się w rzeczach, stają się „rzeczywiste”, pojawiają się w pozycji przedmiotowej³⁵⁶.

Powiązanie wartości i rzeczy nie oznacza jednocześnie, że wartości „zachowują się” tak, jak rzeczowa struktura dobra. Scheler dużą uwagę poświęcił rozróżnieniu wartości od rzeczy. Rzeczy nie są trwałe, gdy tymczasem wartości pozostają nienaruszone. Tak dzieje się w przypadku słodkiego owocu, który z upływem czasu traci smak, lecz wartość słodczy pozostaje ta sama. Niezależność wartości ujawnia się również na poziomie kształtowania postaw. Na przykład, w przyjaźni dwóch osób, jedna z nich może okazać się fałszywa, ale przyjaźń jako wartość nadal istnieje i domaga się określonej uczciwej postawy, bez względu na negatywne zachowanie jednego z przyjaciół. Przyjaźń jako wartość – mówiąc za Schelerem – nie doznaje uszczerbku wskutek zdrady przyjaciela; dlatego że jako wartość trwa, może stanowić ciągle wezwanie do zmiany sytuacji między ludźmi³⁵⁷.

Inne jest też poznanie wartości i rzeczy..Podmiot dociera do wartości poprzez uczuciowe poruszenie i uczestnictwo w aksjologicznym uposażeniu świata. Natomiast rzeczowa struktura dana jest w aktach rozumowania i przedstawiania³⁵⁸. Stąd – podaje Scheler – można wyczuwać wartość przyjemności przebywania w danym pomieszczeniu, choć konkretne przesłanki świadczące o przyjemności tego pomieszczenia nie są jeszcze poznane racjonalnie³⁵⁹. Rozłączność świata wartości sprawia, że możliwe jest abstrahowanie czystych rzeczy od pojawiających się w nich wartości oraz abstrahowanie czystych dóbr od ich rzeczowości. Umiejętność docierania do samych wartości (niezależnych od ich przedstawień rzeczowych) wiąże się z wprawą i wrażliwością aksjologiczną. Scheler pokazuje to na przykładzie rozróżniania smaku wina: podobnie jak smak wina białego bądź czerwonego (jako wartość zmysłowa) może nie być możliwy do rozróżnienia, gdy nie widać nośnika smaku wzrokowo, a smak odgaduje niewprawna pod tym względem osoba, tak rzecz się ma z wartościami o wysokiej randze. Sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana, gdy chodzi nie tylko o rozróżnienie wartości od rzeczy, ale także wyróżnienie wartości samych od stanów psychicznych związanych z doznawaniem wartości. To szczególnie trudne, istnieje bowiem ryzyko pomieszania przeżyć i wartości, jakie w przeżyciach są dane. Czymś innym jest jednak

³⁵⁶ Por. M. Scheler, *Dobro a wartości*, w: *Z fenomenologii wartości*, dz. cyt., s. 54–55.

³⁵⁷ Por. tamże, s. 50–52.

³⁵⁸ Por. tamże, s. 47.

³⁵⁹ Por. tamże, s. 50.

emocjonalny stan wywołany daną wartością od samej wartości³⁶⁰.

Sama rozłączność bytu od wartości różnie bywa oceniana przez komentatorów filozofii Schelera. Oddzielając jakości wartości od samej struktury rzeczowej filozof zyskał obraz obiektów idealnych, które zachowują swoją trwałość względem przemijającego świata. Takie ujęcie problemu pozwoliło na ukazanie konieczności wykraczania poza zrelatywizowanie bytowe, tak aby to same wartości, nie zaś zmienne rzeczy, stanowiły stabilne i obiektywne odniesienie dla podmiotu. Z drugiej strony, takie oddzielenie może rodzić pytanie o możliwość połączenia wartości i bytu. Wydaje się, że wartości – w ujęciu Schelerowskim – są obojętne na wymiar egzystencjalny, a takie podejście wzbudza wątpliwości. Dylematy te zostaną podjęte w podrozdziale 2.4., w tym miejscu wypada jedynie zaznaczyć, że Schelerowska ontologia wartości poucza, iż podmiot wezwany jest do poszukiwania we własnym doświadczeniu niezmiennych i obiektywnych jakości, które byłyby niezależne zarówno od jego wewnętrznych stanów, jak i samej rzeczowej struktury świata.

2.2. Kluczowa rola uczuciowości w poznaniu

2.2.1. Problem uczuć w rozważaniach nad człowiekiem

Temat uczuciowości został przez Schelera wnikliwie przeanalizowany w książce *Istota i formy sympatii*. Nawiązując do myśli Blaise'a Pascala, niemiecki fenomenolog przywołał problem istnienia niezależnego wobec rozumu „porządku serca”. Twierdził, że zagadnienie uczuć, podobnie jak problem rozumu, powinno być rozważane w kontekście możliwości poznawczych. Postawił tezę o kognitywnej roli uczuć, co w jego czasach było pomysłem odważnym i nowatorskim³⁶¹. Aby obronić swój pogląd, musiał zmierzyć się z koncepcjami, które nie tylko dalekie były od takiego kierunku refleksji, ale nadto – zdaniem Schelera – zupełnie zniekształcały istotę tej sfery. Filozof przeanalizował błędne koncepcje uczuciowości, aby na tym tle przedstawić własne niezależne poglądy. Przywołując różne teorie, skupił się na wykazaniu błędów dotyczących braku rozróżnienia specyfiki samych uczuć względem woli i rozumu. Na przykład zauważa, że „miłość i nienawiść przydziela się raz sferze uczuć, raz sferze dążeń, raz sferze afektów, bądź też uważa się je za

³⁶⁰ Por. tamże, s. 47–55.

³⁶¹ Por. J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, Warszawa 1973, s. 85–86.

mixtum compositum takich faktów”³⁶². Równie poważnym błędem był brak wyróżnienia poszczególnych warstw ludzkiej uczuciowości. Scheler kwestionował poglądy, wedle których cała sfera wzruszeniowo-afektywna była sprowadzana do subiektywnych stanów emocjonalnych. W takim ujęciu wyższe akty uczuciowe były niesłusznie rozpatrywane jako przeżycia o charakterze fluktuacyjnym. Tymczasem, skoro struktura ludzkiego bytu jest złożona, to także pomiędzy uczuciami, które wywodzą się ze sfery ducha, a tymi, które są wyrazem ośrodka psychofizycznego, istnieje różnica. Nie do przyjęcia były dla filozofa teorie o wyłącznym psychofizjologicznym pochodzeniu uczuć. Błędów tego typu Scheler doszukiwał się zarówno w psychologii eksperymentalnej jak i poglądach naturalistycznych.

Zdaniem Schelera uproszczone i naiwne interpretacje uczuciowości utrudniały rzetelną dyskusję na ten temat. Uczuciowość rozpatrywana na tle racjonalizmu kojarzyła się z czymś banalnym. Ponadto wraz z krytyką istniejących koncepcji uczuć sam temat tracił na uznaniu i był niesłusznie ignorowany w refleksji filozoficznej. Scheler nie chciał się na to zgodzić, co wyraża w słowach:

„Jeśli nie tylko ten lub ów człowiek, lecz cała epoka zatraciła widzenie [pewnych faktów], traktując całe życie emocjonalne jako niemą, subiektywną faktyczność ludzką, bez znaczenia uzasadniającego obiektywną konieczność, pozbawioną sensu i ukierunkowania, to nie jest to następstwo jakiegoś urządzenia natury, ale wina człowieka i czasów – powszechny nieład w sprawach uczucia, w sprawach miłości i nienawiści”³⁶³.

Scheler odpierał błędne teorie, ale także demaskował uprzedzenia dotyczące zagadnienia uczuciowości. Starając się przywrócić filozofii pojęcie miłości, podjął się wypracowania własnej teorii uczuć i sformułował jedną z najpoważniejszych filozoficznych koncepcji uczuciowości. „Porządek serca” stał się podłożem zaproponowanej przez niego epistemologii wartości. Filozof przypisał uczuciom szczególną rolę dostępu do świata wartości. Niektórzy komentatorzy jego myśli zaznaczają, że zgodnie z zamysłem niemieckiego fenomenologa uczucia otwierają drogę do wartości, choć same nie mają władzy poznawania³⁶⁴. Inni piszą, że uczucia nie tylko umożliwiają poznanie, ale nawet poznają wartości³⁶⁵. Te rozbieżne stwierdzenia nie muszą być jednak sprzeczne ze sobą: wszystko zależy od tego, jak w odniesieniu do sfery uczuciowej samo „poznanie” jest

³⁶² M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 230.

³⁶³ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 32.

³⁶⁴ Por. J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 90.

³⁶⁵ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 56–57; M. Pyka, *O uczuciach, wartościach i sympatii, David Hume, Max Scheler*, Kraków 1999, s. 141.

definiowane.

Scheler zauważa, iż o sensie kognitywnym uczuć można mówić pod warunkiem, że poznania uczuciowego nie traktuje się identycznie, jak poznania racjonalnego opartego na sądach. Taką uwagę wyraża przy okazji analizy współodczucia w ujęciu filozofii Schopenhauera i Bergsona. Scheler komentuje:

„Schopenhauerowsko-Bergsonowskie ujęcie zawiera w każdym razie wielką prawdę, jeśli tylko słowo <<poznanie>> nie postawi się na równi z poznaniem idei, tzn. poznaniem mającym charakter przedstawienia, pojęcia bądź sądu, oraz wykreśli się i zrezygnuje z dawnej koncepcji (Spinoza, Leibniz), która między ideą i uczuciem, myśleniem i czuciem przyjmuje jedynie różnicę stopnia. Tutaj słusznie jest rozpoznana przynajmniej intencjonalna natura odczuwania (*Nachfühlen*) i współodczuwania, jak również funkcja prezentowania materii (*stoffgebende*) (mianowicie prezentowania wartości jako jakości, resp. jakości uczucia bez samego aktualnego uczucia). Jest ono (*diese*) <<kognitywne>> w tym samym prelogicznym sensie, w którym <<kognitywne>> jest również spostrzeżenie stanów rzeczy”³⁶⁶.

Jak zatem należałoby interpretować słowo „poznanie” w odniesieniu do władzy uczuć? Badając możliwości bezpośredniego dotarcia do wartości, Scheler wskazuje na poznanie intuicyjne. Charakter takiego wglądu nie może być łączony z sądem i wnioskowaniem³⁶⁷. Przypomina raczej poddanie własnych wewnętrznych poruszeń działaniu jawiącej się treści. Scheler używa słowa „uczestnictwo” na oznaczenie ukierunkowania uczuć na przedmiot. Wartości wychwytywane przez uczucia są źródłem doznawania i „przybliżania się” przedmiotu, a nie jego intelektualnej oceny. Coś jest, bo jest doznawane w horyzoncie wartości, zaś jakościowa strona nie tyle jest przedstawiana, co człowiek ma w niej udział właśnie poprzez uczuciowe ukierunkowanie na przedmiot. Tego rodzaju uczestnictwo o tyle jest powiązane z poznaniem, że opierając się na uczuciach, dostarcza wiedzy o umiłowanym przedmiocie takim, jakim ów przedmiot jest w jego ukonstytuowaniu przez wartości. Chodzi niejako o poruszenie obecnością przedmiotu poprzez doznanie jego wartości³⁶⁸.

Poznanie za pośrednictwem uczuć można więc interpretować jako przybliżanie się do przedmiotu. Wiedza jest w tym przypadku kojarzona ze „stosunkiem bytowym”. Polega na „uczestnictwie pewnego bytu w naturze (*Sosein*) innego bytu, że w tej naturze nie dochodzi do

³⁶⁶ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 98–99.

³⁶⁷ Por. tamże, s. 89.

³⁶⁸ Por. M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, dz. cyt., s. 368–373.

żadnej zmiany”³⁶⁹. Ale poza tym miłość przygotowuje „grunt” dla poznania rozumowego. Miłość kieruje zainteresowaniem podmiotu. Max Scheler zauważa: „Miłość jest zawsze budzicielką poznania i chcenia, matką ducha i samego rozumu. Tym jednym, co we wszystkim uczestniczy, bez czego chcenia nic realnego nie może być realne, dzięki czemu wszystkie rzeczy mają jakiś (duchowy) udział w sobie i są wspólnie solidarne”³⁷⁰.

Zdaniem Schelera uczucia stanowią podstawę dalszego poznawania bytów. Mają fundującą rolę wobec poznania (zwłaszcza miłość). Filozof zauważa:

„zgodnie z innym, wykrytym przez nas prawem fundowania, we wszystkich sferach aktów przedstawiających (przypominania, spostrzegania, oczekiwania, fantazjowania, czystego uchwytowania znaczenia) jakości wartości przedmiotów w jakimś stopniu są już uprzednio dane (*vorgegeben*) tam, gdzie nie jest nam jeszcze dany obraz i idea (*Bild-und-Ideenmässige*) przedmiotów; zatem ujęcie wartości funduje inne ujęcia przedmiotu. Mogłoby więc być tak, że odczuwanie i współodczuwanie zarówno ułatwia (*vermittelt*) obiektywne poznanie wartości czegoś metafizycznie realnego, jak w konieczny sposób przygotowuje pojęciowe poznanie (*Ideenerkenntnis*) jakościowego uposażenia tego, co realnie istnieje”³⁷¹.

Rozważania Schelera nad zagadnieniem uczuciowości pokazują, że nie jest to temat prosty. Niemniej jednak, jeśli faktycznie uczuciowość jest władzą poznania wartości, wówczas filozoficzna rzetelność wymaga, aby w badaniach nad doświadczeniem aksjologicznym kwestia ta została uwzględniona. Wszelkie umniejszenia dotyczące sfery emocjonalnej nie powinny prowadzić do zaniechania rozważań na ten temat. Odkrycie prawdziwego znaczenia uczuć – jak poucza Scheler – jest możliwe, jeśli zdystansujemy się do negatywnych skojarzeń. Schelerowska fenomenologia okazała się właściwym ku temu podejściem, ponieważ prowadziła do odrzucenia wszelkich teorii i spekulacji, a w ten sposób ukazała sferę uczuciową w nowym świetle. Wydaje się, że jest to ważne także w kontekście próby wykorzystania filozofii w praktyce. Schelerowską refleksję nad uczuciowością można potraktować jako wyzwanie. Chodzi o to, aby odnaleźć właściwy klucz do opisu doświadczeniem wartości – opisu, który z jednej strony, odwołując się do zagadnienia uczuć, nie okaże się banalny i naiwny, ale z drugiej strony, aby badając moralność człowieka, nie zrezygnować całkiem z zagadnienia uczuciowości na rzecz opisu wyłącznie aktów rozumu i woli.

³⁶⁹ M. Scheler, *Erkenntnis und Arbeit, GW*, w: *Die Wissensformen und die Gesellschaft*, Bern–München 1960, s. 203, cyt. za: A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 32.

³⁷⁰ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 25.

³⁷¹ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 99.

2.2.2. Podział uczuć

Scheler wyróżnił poszczególne poziomy uczuciowości i zbadał ich związek z hierarchią wartości. Zastanawiał się, w jaki sposób poszczególne rodzaje uczuć biorą udział w odkrywaniu wartości określonych modalności. Doszedł do wniosku, że nie wszystkie uczucia biorą udział w poznaniu. Co więcej, uczucia mogą doprowadzać do poznania wartości, ale bywa, że utrudniają poznanie. Istnieje zarówno miłość i pokora odsłaniające nowe rejony aksjologicznego bogactwa, jak i emocjonalne wypaczenia, które nie pozwalają na dostrzeżenie prawdziwej wartości doświadczanego przedmiotu. Zależy to od głębi uczuć i ich charakteru, ale też od całościowego uporządkowania wewnętrznego życia podmiotu³⁷².

W pierwszej kolejności, za Schelerem, można podać podział przeżyć uczuciowych ze względu na ich łączność z przedmiotem, który je wywołuje. Uczucia, które biorą udział w poznaniu rzeczy, niezależnych od podmiotu, Scheler nazywa „prawdziwymi i pierwotnie intencjonalnymi (tzn. nieuwarunkowanymi dopiero przez przedstawienia)”³⁷³. Intencjonalność wskazuje właśnie na połączenie z przedmiotem, co oznacza, że „uczucie jest czuciem *czegoś* (*von etwas*)”³⁷⁴. W tych uczuciach wartości są „wyodrębniane”. Nie są bowiem dane jako czyste jakości, lecz podmiot odkrywa je w ukonstytuowanych przez wartości dobrach lub rzeczach, które są nośnikami wartości. Podobnie jak w wyniku Husserlowskiego wglądu fenomenologicznego istota dana jest naocznie, w oderwaniu od przypadkowych modi istnienia, tak w uczuciu ukierunkowanym na dobro lub rzecz bezpośrednio odsłania się (i wyodrębnia) jej aksjologiczne ukonstytuowanie „intencja zdąża w kierunku istoty (tutaj istoty, resp. wziętej w aspekcie wartości istoty (*Wertwesen*) <<alter ego>> i czynników istotnościowych, które go konstytuują), do czego jest ono równie zdolne, jak naoczność w <<naoczności istoty>>, myślenie w <<myśleniu ide>>”³⁷⁵.

Do uczuć, które doprowadzają do poznania wartości, Scheler zaliczył „funkcje uczuciowe” i „akty”. Intencjonalne funkcje uczuciowe są odpowiedzialne za podstawowe i odbiorcze wychwytywanie wartości oraz przeżyć innych osób. Scheler tłumaczy ich rolę na przykładzie współodczuwania. Zauważa:

„Prawdziwe współodczuwanie jest jedynie pewną *funkcją* – bez własnego stanu uczuciowego, na

³⁷² Por. M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt.

³⁷³ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 98.

³⁷⁴ Tamże, s. 98.

³⁷⁵ Tamże, s. 103.

który kieruje się intencją. Dany we współcierpieniu stan uczuciowy [osoby] *B* jest całkowicie dany w drugim [człowieku]; ani nie przewędrowuje on w *A*, które współcierpi, ani nie <<wytwarza>> <<takiego samego>> czy <<podobnego>> stanu w *A*. *A* tylko go współcierpi, lecz nie posiada jako realnego przeżycia³⁷⁶.

Funkcje uczuciowe pozwalają na odkrycie istnienia wartości oraz na dotarcie do ich strony jakościowej, materialnej³⁷⁷.

Od funkcji uczuciowych Scheler odróżnił akty preferowania (*Vorziehen*³⁷⁸) i stawiania niżej wartości (*Nachsetzen*³⁷⁹). Ich specyfika polega na tym, że w nich dokonuje się poznanie hierarchii danych wartości. Akty preferencji i stawiania wartości niżej również mają charakter uczuciowy. Scheler podkreśla także, że nie należy mylić aktu preferowania z aktem dążenia, wybierania i chcenia. We wspomnianych aktach wysokość wartości ujawnia się, ale nie dotyczy jeszcze realizacji czynu przedkładanego nad inny, jak to jest w przypadku wyboru³⁸⁰. Akty preferowania i stawiania wartości niżej odnoszą się do tych wartości, które zostały odsłonięte poprzez inne przeżycia uczuciowe, ale niekoniecznie każda z tych zaznaczonych „w świadomym ukierunkowaniu (*Richtungsbewusstsein*)”³⁸¹ wartość musi być dana aktualnie. Realnie może być dana jedynie niższa wartość i to ona pociąga, a jednak nie zostaje ona zrealizowana z uwagi na przeczuwaną możliwość istnienia wyższej od niej wartości. Tak jest w przypadku powstrzymania się od jakiejś możliwej przyjemności na rzecz ujętej w akcie preferencji wartości o większej randze³⁸².

Wśród aktów uczuciowych Scheler wyodrębnił dwa prakty: miłości i nienawiści. Oba te akty są szczególnie ważne w kontekście doświadczenia wartości. Są to jednocześnie te akty, które stale towarzyszą poznawczej aktywności człowieka. Zdaniem Schelera poznanie jest nawet ufundowane na aktach miłości. To z powodu miłości badacz z chęcią zgłębia określone zagadnienia. Scheler, nawiązując do filozofii św. Augustyna, zaznacza, że miłość i nienawiść

„nie są li tylko dodatkiem do już uprzednio danej świadomościowo treści doznaniowej, treści spostrzeżeniowej itp. (tak iż dane te zawdzięczałybyśmy czysto intelektualnej aktywności): zainteresowanie <<czymś>>, miłość <<do czegoś>> są najbardziej pierwotnymi aktami, w których nasz duch w ogóle ujmuje <<możliwy>> przedmiot i które stanowią fundament wszelkich innych

³⁷⁶ Tamże, s. 74.

³⁷⁷ A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 57.

³⁷⁸ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 85.

³⁷⁹ Tamże, s. 86.

³⁸⁰ Por. tamże, s. 84–88.

³⁸¹ Tamże, s. 86.

³⁸² Por. tamże, s. 86–87.

aktów [duchowych]”³⁸³.

Ponadto od aktu miłości i nienawiści zależy obszar poznawanych wartości. Miłość rozszerza spojrzenie na wartości. Domaga się, aby odkrycie wartości zmierzało dalej – ku wartościom wyższym od tych, jakie są doświadczane w danym czasie. Można więc powiedzieć, że choć sama miłość nie ujmuje całościowej hierarchii wartości, to jednak przyczynia się do pogłębiania poznawczych aktów w kierunku wyższych wartości i co się z tym wiąże, ma moc przekraczania aktualnych możliwości podmiotu. Podmiot zostaje pociągnięty w kierunku bogatego świata wartości, co nie oznacza jednocześnie, że w miłości podmiot traci kontakt z przedmiotem miłości na rzecz doznawania samych wartości. Miłość w ujęciu filozofii Schelera nie jest ukierunkowana na wartości, ale na ich nosicieli, na same dobra, które niejako ujawniają się w świetle konstytuujących je wartości³⁸⁴. Scheler podkreśla nawet, że „poznawane rzeczy dopiero dzięki temu objawianiu samych siebie osiągają swój pełny byt i swą pełną wartość”³⁸⁵. Inaczej akt nienawiści – w nim zachodzi zawężenie świata wartości. Nienawiść jest ruchem ukierunkowanym na wartości niższe, od odnośnych. Przeciwnie niż jest to w akcie miłości, w którym wydobywane są wartości pozytywne, w uczuciu nienawiści zainteresowaniem cieszą się wartości negatywne³⁸⁶. Oba akty mają więc szczególny związek ze sposobem doznawania i postrzegania świata.

Zupełnie odmienną względem uczuć intencjonalnych grupą przeżyć są stany uczuciowe. Są one nieintencjonalne i nie odgrywają znaczącej roli w poznaniu wartości. W tego rodzaju poruszeniach nie ma znaczenia źródło uczuć, lecz sama warstwa przeżyciowa. Brak odniesienia do obiektywnej, niezależnej od podmiotu treści powoduje, że stany uczuciowe mają charakter fluktuacyjny i zależą od różnych zmiennych bodźców. Człowiek biernie poddany działaniu uczuć nieintencjonalnych nie ma pewności, dlaczego reaguje w taki, a nie inny sposób. Na przykład, popadając w stan smutku czy rozdrażnienia, może być daleki od ujęcia źródła tych przeżyć. Odkrycie przyczyny zmiennych poruszeń dokonuje się dopiero w wyniku refleksji wtórnej, wobec odczuwania. Przedmiot wywołujący określony stan emocjonalny jest domniemany. W odniesieniu do tych przeżyć nie ma więc mowy o bezpośrednim poznawczym wglądzie, tak jak ma to miejsce w intencjonalnych aktach uczuciowych.

Zagadnienie zróżnicowania uczuć można też analizować pod kątem powiązania rodzaju uczuć z określonym poziomem organizacji bytu ludzkiego. W podrozdziale 2.1.1. zostało wskazane, że byt ludzki złożony jest z warstwy psychofizycznej i ducha (strony aktowej). Sama

³⁸³ M. Scheler, *Miłość i poznanie*, w: *Wolność, miłość, świętość*, tłum. G. Sowiński, Kraków 2004, s. 33.

³⁸⁴ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 230, 256–257.

³⁸⁵ M. Scheler, *Miłość i poznanie*, dz. cyt., s. 35.

³⁸⁶ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 236–237.

reakcja na wartości dotyczy całościowej budowy człowieka, ale każda ze sfer ludzkiego bytu jest ukierunkowana w sposób szczególny na dany zespół wartości oraz powiązana z określonym rodzajem przeżyć uczuciowych. Scheler wymienił cztery poziomy uczuć, które odpowiadają złożoności bytu ludzkiego. Są to: wrażenia uczuciowe, uczucia witalne, uczucia psychiczne i uczucia duchowe metafizyczno-religijne³⁸⁷. Każda kolejna warstwa życia emocjonalnego (począwszy od poziomu wrażeń uczuciowych) przewyższa poprzednią pod względem funkcji poznawczej i jakości przeżyć, na przykład uczucia połączone z wyższą organizacją bytową wykazują większą trwałość i głębię.

1. Zmysłowe wrażenia uczuciowe mają charakter wyłącznie stanów, np. przyjemności, bólu, łaskotania, swędzenia. Są one rozciągnięte i umiejscowione w organizmie. Uczucia te, jak wskazuje Scheler, zwykle „nie myślą się co do wartości bodźca”, ale są „krótkowzrocznymi” i „partykularnymi świadkami”³⁸⁸. Za sprawą niższych stanów uczuciowych człowiek niejako pozostaje na powierzchni własnych przeżyć, ściśle związanych z przystosowaniem do środowiska. Wrażenia uczuciowe przejawiają się w takich reakcjach, jak unikanie szkód i czerpanie korzyści. Poddane stale działaniom różnych bodźców adekwatnie odpowiadają im, ale nie mają funkcji poznawczego przenikania przedmiotu, który je wywołuje.

2. Kolejnym rodzajem przeżyć są uczucia witalne, takie jak zmęczenie, świeżość, silne lub słabe poczucie życia, poczucie zdrowia lub choroby, spokój lub napięcie, lęk. Scheler zauważa, że uczucia witalne „w sposób nieokreślony rozpościerają się w całym ciele”³⁸⁹. Uczucia cielesne podlegają dynamice witalnej i pomagają w przystosowaniu się do otoczenia. To grupa uczuć, które – zgodnie z połączeniem psychofizycznej organizacji bytu – często są powiązane z warstwą uczuć psychicznych. Oba poziomy uczuć (cielesne i psychiczne), odnosząc się do życia, oddziałują na siebie, ale uczucia witalne (traktowane odrębnie od psychiki) występują wyłącznie aktualnie, nie mają – tak jak uczucia psychiczne – swojego powiązania w „Ja” i nie są komunikowalne. Występują wyłącznie w postaci stanów³⁹⁰.

3. Uczucia psychiczne są już bardziej złożone. W przeciwieństwie do uczuć cielesnych są powiązane z „Ja” i można mówić o ich intencjonalności. Podmiot jest ich świadom i może je współodczuwać, przypominać sobie, poprzez nie odnosić się do wartości³⁹¹. Uczucia psychiczne występują nie tylko jako przeżycia intencjonalne, ale także jako stany uczuciowe. Scheler pokazał

³⁸⁷ M. Scheler, *O sensie cierpienia*, w: tegoż, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s. 8.

³⁸⁸ Tamże, s. 7.

³⁸⁹ Tamże, s. 8.

³⁹⁰ Por. tamże, s. 7–8.

³⁹¹ Por. tamże, s. 8.

tę różnorodność życia psychicznego na przykładzie współodczuwania. Mówiąc o „współodczuwaniu czegoś” (czyli intencjonalnym uczuciu), ma na uwadze takie uczucie, w którym obecne jest przeżycie innej osoby. Radowanie się bądź cierpienie oparte jest na zgłębianiu cudzego doświadczenia. Przeciwnym przykładem jest stan „emocjonalnego zarażenia”, który przypomina współodczucie, lecz faktycznie nie jest związany z treścią cudzych przeżyć, ale wyłącznie mimowolną reakcją, np. na zachowanie tłumu. Podobnym przypadkiem jest „pozorne współodczuwanie”, które choć powstaje w wyniku zetknięcia z emocjami innej osoby, to jednak zwraca się ku przeżyciu samego quasi-empatycznego podmiotu. W uczuciu tym chodzi przede wszystkim o czerpanie korzyści z przeżywania sytuacji innych osób, nie zaś o zbliżenie się do istoty przeżyć drugiej osoby. Taki rodzaj emocji można zauważyć, gdy podmiot dzielący emocjonalną krzywdę innej osoby nie potrafi jednocześnie przeżywać radości i powodzeń tej osoby. W tym przypadku nie ma więc mowy o faktycznym zbliżeniu do istoty cudzych odczuć. Prawdziwy powód współodczuwania odległy jest od przenikania treści niezależnych od wewnętrznego życia podmiotu przeżywającego dane stany. Pozorna empatia nie jest intencjonalnie nakierowana na wartość drugiej osoby czy jej uczucia, ale dotyczy samego „współodczuwającego” podmiotu: „empatyczny” podmiot w tym przypadku nie odcina się od własnych przeżyć, a obecność innych osób jest przez niego doświadczana w klimacie wyłącznie jego własnych emocjonalnych stanów i te własne przeżycia zasłaniają świat wewnętrzny innych³⁹².

4. Uczucia duchowe są z istoty wyłącznie intencjonalne. Wśród uczuć duchowych Scheler wymienia na przykład szczęśliwość, rozpacz, ofiarę, spokój, skruchę, udrękę sumienia, bezpieczeństwo. Zgodnie z założeniem o niezależności duchowego centrum od psychowitalnej struktury bytu, również i uczucia przynależne do sfery ducha wykazują większą trwałość i autonomię. Uczucia te nie tylko są ukierunkowane na wartości, ale też wpływają na spójność życia emocjonalnego samego podmiotu. Przedmiotem duchowych aktów emocjonalnych są bowiem, obok wartości, także jakości poszczególnych uczuć. Dzięki tym aktom możliwe jest odkrycie całego bogactwa własnych przeżyć wzruszeniowo-afektywnych, jak i przeżyć innych osób³⁹³.

Opisane poziomy uczuć związane z budową bytu ludzkiego odpowiadają hierarchicznej organizacji świata wartości. Uczucia pochodzące z wyższej struktury bytowej zwracają się ku wyższym wartościom i adekwatnie, uczucia z niższych warstw są powiązane z wartościami o niższej randze. Nie oznacza to jednocześnie, że przeżycia emocjonalne są od siebie oddzielone. Zdarza się, że doznania dotyczące różnych warstw życia emocjonalnego występują razem. Stąd możliwe jest odczucie w tym samym czasie smutku i szczęścia, np. wartość ofiarności może

³⁹² Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 17–227.

³⁹³ Por. M. Scheler, *O sensie cierpienia*, dz. cyt., s. 9.

wywoływać radość ducha, mimo smutku utrzymującego się na poziomie stanu psychowitalnego.

Istnieją też uczucia, które dzięki temu, że występują na różnych poziomach życia emocjonalnego, dopełniają się. Na przykład miłość na poziomie witalnym jawi się jako popęd, lecz w wyniku intencjonalnych aktów uczuciowych miłość jest doznawana w jej trwalszym wymiarze jako miłość duchowa. Od stopnia doskonałości sfery uczuciowej zależy głębia możliwego przeżycia emocjonalnego, jak i horyzont doznawanych wartości, które w doświadczeniu o charakterze uczuciowym dochodzą do głosu. Osoba dojrzała emocjonalnie dzięki uczuciom intencjonalnym ma dostęp do obiektywnego świata wartości i w tym nawiązaniu rozpoznaje poszczególne sytuacje. Nie jest zaś możliwe właściwe odniesienie do świata wartości, jeśli podmiot zwraca się ku własnym nieintencjonalnym stanom uczuciowym, w nich bowiem traci kontakt z obiektywnym światem wartości i przyjmuje postawę nieadekwatną względem aksjologicznej rangi otaczających go dóbr.

Wyodrębniając poszczególne warstwy emocjonalne w jednym przepływie wzruszeniowo-afektywnym, Scheler pokazał, że życie uczuciowe nie jest jednolitym faktem. Pomiędzy kolejnymi stopniami uczuć zachodzą różnice, a poza tym wyodrębnienie poszczególnych poziomów uczuć pomaga w określeniu odpowiedniości zachodzącej pomiędzy uczuciami określonych typów, a rodzajami wartości. Na tej podstawie można wykazywać, że międzyludzka interakcja powinna zachodzić na poziomie duchowych poruszeń, o ile ma być stabilna i etyczna, ponieważ tylko te wykrywają obiektywną rangę wartości, a więc także wartość samej osoby. Tylko wtedy, gdy podmiot poprzez akty ducha osiąga określony stopień uporządkowania swojej sfery uczuciowej, zmienne przeżycia nie zakłócają procesu docierania do wartości, ale stają się jego częścią. Od uczuć zależy rozpoznawanie wartości, a co za tym idzie – uporządkowanie sfery emocjonalnej pozwala na odczytywanie aksjologicznych znaczeń na wyższym i bardziej złożonym poziomie.

2.2.3. Emocjonalne zniekształcenia a poznanie wartości

Odkrywanie wartości ujawnia się jako niełatwa i wymagająca wprawy sztuka. Max Scheler wymienił wiele możliwych błędów związanych z poznaniem wartości. Pierwszy problem pojawia się przy okazji prób ich właściwego określenia. Niełatwo przede wszystkim o ujęcie ich obiektywnego charakteru. Już sam fakt, że wartości występują jako „człony stanów aksjologicznych (np. bycie czegoś przyjemnym lub pięknym), czy jako momenty dóbr, czy jako wartość, którą ma jakaś rzecz”³⁹⁴ – sprawia, że trudno wyodrębnić same wartości. Takie pomieszanie wyraża się w

³⁹⁴ M. Scheler, *Dobro a wartości*, dz. cyt., s. 49–50.

języku. Gdy wartości występują w rzeczach, często określane są nazwą swoich nośników, np. różany zapach³⁹⁵. Zdarza się też, że wartości są określane poprzez opis stanu psychicznego, który im towarzyszy. Taki błąd często pojawia się odnośnie wartości moralnych, na przykład, wartość przypisywana jest osobie ze względu na to, że charakteryzuje ją jakiś stan, który z wartością tą jest kojarzony, chociaż niekoniecznie stan ten jest wywołany domniemaną wartością. Pochopne łączenie wartości z ich nośnikami o tyle jest niefortunne, iż może utrudnić właściwe określenie, czym są wartości same w sobie³⁹⁶.

Inna grupa błędów w zakresie poznania wartości dotyczy postawy moralnej. Scheler poddał krytyce dwa zasadnicze rodzaje zniekształceń aksjologicznych tego typu: postawę faryzejską oraz postawę powodowaną resentymentem. O postawie faryzejskiej może być mowa wtedy, gdy podmiot uznaje, że stan, jaki w sobie poznawczo ujmuje, jest jednoznaczny z przenikaniem samych wartości, a wręcz szczyty się, że odzwierciedlając dany stan, realizuje dane wartości. I choć stan ten w ujęciu racjonalnym może odznaczać się pewnymi cechami łączonymi z wartościami, to jednak błędem jest zrównanie przejawów znamienych dla doświadczenia wartości z faktycznym doświadczeniem wartości. Same wartości domagają się bowiem zaangażowania całego bytu osoby, intencjonalnych aktów uczuciowych. Odzwierciedlanie określonego stanu nie ma przełożenia na bytowe uczestnictwo w samym dobru, gdy dobro to nie jest obdarzone uczuciem i w jego warstwie aksjologicznej przenikane siłą tego uczucia. Brak rozróżnienia tych dwóch poziomów – bytowego współuczestnictwa i odzwierciedlania stanów zachodzących w podmiocie – może prowadzić do nieporozumień lub błędnego wnioskowania o wartościach na podstawie różnych psychowitalnych przejawów, chociaż poprzez nie wartości nie mogą być stwierdzone. Na tej zasadzie człowiek o postawie faryzejskiej przypisuje sobie jakąś wartość, wskazując na cechy, jakie prezentuje. Scheler pisze:

„To, że jakiś człowiek albo czyn jest <<szlachetny>> lub <<podły>>, <<odważny>> lub <<tchórzliwy>>, <<dobry>> lub <<zły>>, nie ujawnia się dopiero dzięki stałym cechom, jakie moglibyśmy odnaleźć w tych jednostkach lub procesach, ani też wcale na nich *nie polega*. Niekiedy wystarczy jeden czyn lub jeden człowiek, aby uchwycić w nim *istotę* tych wartości. Natomiast każda próba ustalenia poza sferą samych tych wartości jakiejś wspólnej cechy, [znamiennej] np. dla dobrych i złych, prowadzi nie tylko do poznawczego błędu w zakresie teoretycznym, lecz do najgorszego rodzaju iluzji moralnej. Ilekroć rojono sobie, że dobro i zło wiąże się z jakąś wziętą spoza samej dziedziny wartości *oznaką* (*Kennzeichen*) – czy miały nią być pewne wyrażnie cielesne

³⁹⁵ Tamże, s. 47.

³⁹⁶ Por. tamże, s. 46–57.

lub psychiczne dyspozycje i własności człowieka, czy przynależność do pewnego stanu lub partii – i stosownie do tego mówiono o <<dobrych i sprawiedliwych>> lub o <<złych i niesprawiedliwych>> niczym o jakiejś dającej się obiektywnie określić i zdefiniować *klasie*, tylekroć nieuchronnie popadano w pewnego rodzaju <<faryzeizm>>, który możliwe *nośniki* dobra i *ich* wspólne cechy (wyłącznie jako nośników) brał za *same* odnośne wartości i za istotę wartości, wobec których spełniają one przecież jedynie funkcję nośników³⁹⁷.

Postawę faryzejską Scheler analizuje również pod kątem odniesienia do wartości dobra. Ukazuje, w jaki sposób podmiot zakładający dobro jako cel swoich dążeń może rozminąć się z tą wartością. Po pierwsze, dobro nie powinno być celem. Działanie woli oparte na takiej zasadzie nie prowadzi do dobra. Scheler wyraża obawę, że człowiek, który obiera za cel dobro, może nie dostrzegać tego, komu należy się dobro, ale jest kierowany potrzebą udowodnienia sobie, że osiągnie wyobrażoną wartość:

„Kto pomaga drugiemu <<nie tak jak gdyby mu zależało na jego pomyślności czy zbawieniu>> – jak mówi Kant – lecz aby być dobrym; kto widzi cudzą osobę jako sposobność do tego, by samemu <<być dobrym>>, do <<działania dobrze>> itd., ten nie jest dobry i nie zachowuje się dobrze, a tylko tak [czyni], aby bez faktycznego pojawienia się wartości <<dobry>> w swoim byciu, chceniu, działaniu <<mógł sądzić>>: <<Jestem dobry>>”³⁹⁸.

Zdaniem Schelera dobro dopiero wtedy jest realizowane, gdy pojawia się jako skutek ukierunkowania na byt zgodnie z rangą jego wartości. Nigdy zaś nie może być spełnione, gdy podmiot siłą woli próbuje odznaczać się wartościami, jakie sobie wybiera za cel. Dlatego też, jak zauważa, trudno na przykład kierować się zasadą miłości pod presją obowiązku. Miłość wymaga zaangażowanego ukierunkowania na osobę ukochaną. Powinność – zdaniem Schelera – musi być ufundowana w samych wartościach. Tylko w ten sposób nakazane czyny są wartościowe³⁹⁹.

Kolejny, poważny błąd poznawczy w zakresie wartości dotyczy tak zwanego resentymentu. Scheler charakteryzuje resentyment jako „duchowe samozatrucie”⁴⁰⁰, które powstaje na podłożu nieprawidłowości życia emocjonalnego. Resentyment rozwija się na fali negatywnych uczuć, takich jak: mściwość, zemsta, nienawiść, złośliwość, zazdrość, zawiść czy szyderstwo. Ale do wykształcenia się niewłaściwego ukierunkowania na obiektywny porządek wartości dochodzi

³⁹⁷ Tamże, s. 48–49.

³⁹⁸ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 252–253.

³⁹⁹ Por. tamże, s. 243–247.

⁴⁰⁰ M. Scheler, *Resentymen a moralność*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1997, s. 33.

wtedy, gdy te negatywne uczucia są zahamowane, a podmiot przeżywa w związku z tym poczucie bezradności i niemocy, przy czym chodzi o niemoc dokonania czegoś, co doznawane jako wartościowe⁴⁰¹.

Na resentyment narażony jest między innymi człowiek doświadczający zniewagi, który jednocześnie nie może wyrazić własnego gniewu wobec zaistniałej sytuacji. Rozwój resentymentu postępuje wraz z długotrwałym tłumieniem negatywnych emocji. Dochodzi do sytuacji, gdy agresor lub niesprzyjające okoliczności są na tyle silne lub dominujące, iż uniemożliwiają wyrażenie negatywnych odczuć. Siła resentymentu, jak zauważa Scheler, wzmagają się wskutek „daremne go wierzenia przeciw ościenio wi autorytetu”⁴⁰².

Tłumione emocje powodują drażliwość i instynktowne poszukiwanie takich rozwiązań, które domknęłyby klamrę niezaspokojonego odwetu za doznaną zniewagę i bezradność. Osoba pałająca gniewem, nie mogąc ukierunkować swoich emocji na sprawcę, szuka nowego obiektu, który spełni rolę symbolicznego „kozła ofiarnego”. W tym momencie zostaje zagubione właściwe źródło emocjonalnych przeżyć. Negatywne emocje nie dotyczą już faktycznej przesłanki zemsty, lecz wyimaginowanej przyczyny, są przeniesione na inne osoby lub sytuacje⁴⁰³.

W kolejnym etapie niemoc skłania słabszy podmiot do poszukiwania sposobu zwalczania zagrożenia i zyskania dominacji nad „wrogiem”. Jedną z takich metod jest deprecjacja osób lub sytuacji, które reprezentują „agresora”. Opisując osobowość zawładniętą przez resentyment, Scheler wskazuje na potrzebę „szkalowania” cudzych wartości⁴⁰⁴. Chodzi tu głównie o przypisanie mniejszej rangi tym wartościom, które kojarzą się ze zniewoleniem. Właściwa hierarchia wartości zostaje zachwiana na rzecz ustanowienia nowego porządku, w którym drażliwe wartości zostają zredukowane do niższej pozycji niż wynika to z ich obiektywnej rangi. Pojawia się tak zwane „złudzenie co do wartości”⁴⁰⁵, które ma doprowadzić do wyimaginowanej dominacji. W świetle nowego porządku wartości słabszy podmiot wydaje się silniejszy. na przykład:

„Typowa dziewczka pomawia prawdziwą kobietę, która odczuwa szczerą wstyd – nie tylko piękny w swym wyrazie, ale przesłaniający też właśnie to, co piękne i co się po cichu uznaje za wartość pozytywną – o zwykłą obawę przed zdradzeniem defektów ciała lub ubioru. Cechy, których dziewczka z natury nie posiada lub które sztucznie stłumiła, w świetle resentymentu stają się po

⁴⁰¹ Por. tamże, s. 29–55.

⁴⁰² Tamże, s. 38.

⁴⁰³ Por. tamże, s. 32–55.

⁴⁰⁴ Por. tamże, s. 55.

⁴⁰⁵ Tamże, s. 52.

prostu <<efektem wychowania i obyczajów>>⁴⁰⁶.

Podobnie postawa resentymentu kryje się za przeciwną skrajnością, dotyczącą pruderii: „Z powodu resentymentu pruderia udaje bezcenny, prawdziwy wstyd”⁴⁰⁷.

Scheler zauważa, że człowiek resentymentu nosi w sobie dwa sprzeczne zrywy emocjonalne: z jednej strony jest przepełniony poczuciem niemocy, z drugiej odczuwa dumę i ambicję z powodu wymagowanej przewagi. Pałająca gniewem lub innym rodzajem negatywnych uczuć osoba w swoim wyobrażeniu dominuje nad przeciwnikiem, przy jednoczesnej niemocy opanowania sytuacji. Człowiek resentymentu nie osiąga realnej przewagi, ale ma subiektywne poczucie kontroli nad reprezentującym drażniące go wartości obiektem lub sytuacją. Deprecjonuje właściwą wartość dobra – „mści się na idei, wobec której nie może się ostać, ściągając ją do poziomu swego stanu faktycznego”⁴⁰⁸.

Konflikt sprzecznych odczuć – poczucia wyższości oraz niemocy – doprowadza do stopniowego emocjonalnego wypalenia. Człowiek resentymentu nie tylko wprowadza błąd w preferencji wartości, pomniejszając rangę wybranych wartości, ale też popada w stan duchowego zgorzknienia – „ślepoty na wartości”⁴⁰⁹, których nie może osiągnąć. W ten sposób odsuwa od siebie odczuwaną sprzeczność.

Innym sposobem załagodzenia nieprzyjemnego stanu jest propagowanie fałszywego podejścia. Nie chcąc zgodzić się na wewnętrzną niemoc, osoba może szukać sposobów na to, aby fałszywy porządek wartości został przyjęty przez otoczenie. W ten sposób resentyment zaczyna rozszerzać się na kolejne jednostki i grupy. Resentyment rozwija się zwykle na szerszą skalę dlatego, że często dotyczy doświadczeń powtarzających się w społeczeństwie. Takie możliwe „zarażenie” dokonuje się szczególnie wtedy, gdy w danej strukturze społecznej – mówiąc językiem Schelera – tkwi „groźba resentymentu”⁴¹⁰:

„Sposób i rozmiary, w jakich kształtuje się resentyment całych grup i jednostek, wiąże się przede wszystkim (...) z predyspozycjami danego materiału ludzkiego, a następnie za strukturą społeczeństwa, w którym dani ludzie żyją – z tym jednak, że sama struktura społeczna jest już określona przez dziedziczne predyspozycje ludzi takiego typu, który w danym czasie dominuje, i

⁴⁰⁶ Tamże, s. 59.

⁴⁰⁷ Tamże, s. 58.

⁴⁰⁸ Tamże, s. 176.

⁴⁰⁹ Tamże, s. 53.

⁴¹⁰ Tamże, s. 56.

przez ich sposób przeżywania wartości”⁴¹¹.

Resentyment jest w ujęciu Schelerowskiej filozofii zjawiskiem powszechnym: może być nim dotknięty każdy człowiek czy grupa, może on przyjmować formy mniej lub bardziej utajone. Czasami fałszywy porządek wartości wnika na tyle mocno w strukturę społeczeństwa, że jest to zjawisko niemal niezauważalne. Tendencje przejawiane przez dane środowisko są uznawane jedynie za specyfikę danej grupy, nie zaś jako możliwa utrata wrażliwości na prawdziwą hierarchię wartości.

Oprócz omawiania kwestii resentymentu, Scheler mówi również o trzech zasadniczych dla nowożytności „przesunięciach wartości”, które wynikają z resentymentu. Są to następujące zniekształcenia:

1. Pierwszym błędem jest przekonanie, że „wartość etyczna przysługuje tylko takim właściwościom, działaniom itd., które człowiek jako jednostka osiągnął własną siłą i pracą”⁴¹². W punkcie tym Scheler zwraca uwagę na możliwe różnice, zachodzące w zakresie moralnej predyspozycji poszczególnych osób, co niełatwo uznać jako fakt zastany. Filozof zauważa:

„Z twierdzeniem, że wartość moralna ogranicza się do tego, co <<człowiek sam zdobył>>, dane jest zarazem przekonanie, iż każdy jest etycznie wartościowy tylko ze względu na to, co <<on sam>> robi, dzięki czemu takie pojęcia jak <<wina dziedziczna>>, <<dobroć dziedziczna>>, <<udział w moralnej zasłudze świętych>>, <<wspólna wina>> stają się bezsensownym połączeniem słów”⁴¹³.

Scheler, poprzez krytykę tego błędu, stara się przywrócić ludzkiej solidarności wartość. Kładzie akcent na odpowiedzialność społeczną związaną z przyjmowaniem skutków dziedzictwa, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych⁴¹⁴.

2. Drugim błędem jest subiektywizacja wartości, przejawiająca się w traktowaniu wartości za „cienie naszych pragnień i odczuć”⁴¹⁵. Błąd ten polega na fałszywym przekonaniu, że wszystkie wartości (a szczególnie wartości moralne) są jedynie zjawiskami subiektywnymi, które zachodzą w świadomości ludzkiej. Błąd ten doprowadza też do odrzucenia obiektywnych podstaw sądów wartościujących. Tymczasem – jak zaznacza Scheler – jakości wartości nie zależą od tego, co i jak człowiek czuje czy myśli. Problem subiektywizacji jest też dotkliwy dla samych osób uwikłanych w

⁴¹¹ Tamże

⁴¹² Tamże, s. 162–163.

⁴¹³ Tamże, s. 169.

⁴¹⁴ Por. tamże, s. 171–172.

⁴¹⁵ Tamże, s. 174.

ten rodzaj błędów poznawczych. Według Schelera, zdanie się na własne przeżycia jako podstawę sądów wartościujących nie jest możliwe do utrzymania: „Człowiek powodowany resentymentem jest słabeuszem, w swym sędzie nie może być osamotniony. Stanowi absolutne przeciwieństwo tego typu człowieka, który realizuje dobro obiektywne, choćby sam jeden je dostrzegł i odczuł, wbrew oporom całego świata”⁴¹⁶. Podmiot ulegający subiektywizacji wartości potrzebuje jakiegoś potwierdzenia własnych wewnętrznych przeżyć, z niepokojem wypatruje czegoś lub kogoś, skąd otrzyma niezależne uznanie tegoż niestabilnego poczucia wartości. Negatywną konsekwencją takiego zjawiska jest poszukiwanie oparcia w „świadomości gatunku”⁴¹⁷, ale to, zdaniem Schelera, jedynie namiastka i złudzenie stałości. W takim przypadku „obiektywność” wartości bywa niesłusznie zastępowana „powszechnym uznaniem”⁴¹⁸.

3. Ostatnim przesunięciem w zakresie wartości jest „przełożenie wartości użytecznościowej nad wartość witalną w ogóle”⁴¹⁹. Błąd ten – zdaniem Schelera – dotyczy nie tylko moralności, ale także nauki i społecznych przekonań. Płaszczyzny te wzajemnie przenikają się, wzmacniając zafałszowanie w obrębie preferencji wartości. W ten sposób na przykład „ideał wiedzy” jest kształtowany poprzez resentyment tkwiący w światopoglądzie. Wartości witalne błędnie są rozpatrywane w świetle przyjemności lub pożytku. Tymczasem w opinii Schelera „życie <<powinno>> tworzyć rzeczy pożyteczne i korzystać z przyjemności tylko w tej mierze, w jakiej samo stoi wyżej w rzędzie wartości witalnych i w jakiej potrafi swobodnie panować nad rzeczami pożytecznymi”⁴²⁰. Z powodu uwznioślenia wartości użyteczności dochodzi również do zagubienia istoty wartości duchowych, na przykład prawdomówność powinna wynikać z samej odwagi głoszenia poglądów zgodnych z prawdą, a tymczasem w świetle użyteczności prawdomówność jest dopasowywana do opinii publicznej⁴²¹.

Resentyment powstaje na bazie indywidualnego doświadczenia, ale zmierza do rozszerzenia iluzji aksjologicznej na możliwie najszerszą skalę. W ten sposób trudniej o ujawnienie zafałszowania samych wartości. Pomniejszenie wybranych wartości przestaje być łatwo dostrzegalne wraz z powiększaniem się skali zjawiska. Iluzja co do wartości przybiera różnoraki charakter: ośmieszania, dewaluacji, tworzenia błędnego etosu⁴²², ale w każdej z tych sytuacji wybierany jest porządek wartości, który u swoich źródeł skrywa lęk porażki lub poczucie

⁴¹⁶ Tamże, s. 176.

⁴¹⁷ Tamże, s. 175.

⁴¹⁸ Tamże.

⁴¹⁹ Tamże, s. 181.

⁴²⁰ Tamże, s. 185.

⁴²¹ Por. tamże, s. 193.

⁴²² Por. tamże, s. 53.

bezradności⁴²³. Jednocześnie nie oznacza to, że człowiek tkwiący w społeczeństwie przenikniętym resentymentem pozbawiony jest zdolności poznania właściwego porządku wartości⁴²⁴. Co więcej, możliwość sprzeciwu względem dominujących w danym otoczeniu preferencji jest dana jako szansa moralnego rozwoju. Scheler pod tym względem szczególnie wyróżnił rolę „geniuszy moralności”, którzy kierowani wewnętrzną wrażliwością na wartości wychwytyją prawdziwy porządek wartości, dany ponad zastanym układem preferencji⁴²⁵. Zauważa również, że odzyskanie utraconego porządku wartości jest możliwe dzięki przyjęciu postawy filozoficznej⁴²⁶. W końcu to właśnie filozofowie są szczególnie odpowiedzialni za właściwy obraz rzeczywistości i ich rolą jest demaskowanie aksjologicznych kłamstw i złudzeń, ale też jest to zadanie każdego człowieka, który szuka prawdy – bez względu na to, w obrębie jakiej grupy zawodowej czy społecznej jest zobowiązany własną moralną postawę kształtować.

2.3. Doskonalenie możliwości poznawczo-moralnych

2.3.1. Warunki przyjęcia postawy naukowej i postawy filozoficznej

Scheler wyodrębnił trzy różne „poznawcze sposoby zachowania się, [jakimi są] 1) naturalny światopogląd, 2) światopogląd filozoficzny, 3) naukowe ujęcie świata”⁴²⁷. Pod względem ich charakterystyki te trzy postawy różnią się od siebie, ale jednocześnie wzajemnie się dopełniają. Początkiem wszelkiego poznania – czy to filozoficznego, czy naukowego – jest naturalny światopogląd. Jest to wstępny sposób orientowania się w świecie. Naturalny światopogląd obejmuje wszystko to, co istniejące oraz wartościowe, a więc „rzeczy, zdarzenia, naturalne wyobrażenie przestrzeni i czasu”⁴²⁸, a także charakterystyczny dla światopoglądu naturalnego sposób zachowania się, który wyraża się w specyficznych dla danej rasy czy grupy formach postrzegania, myślenia i języka. Formy te są uwarunkowane w określony przez kontekst sposób, przejawiający się w „zdrowym rozsądku” oraz „języku ludowym”⁴²⁹.

⁴²³ Por. tamże, s. 42.

⁴²⁴ Por. tamże, s. 56.

⁴²⁵ Por. tamże, s. 74.

⁴²⁶ Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 268–271, 285–288.

⁴²⁷ Tamże, s. 283.

⁴²⁸ Tamże.

⁴²⁹ Tamże.

Specyficzną cechą naturalnego światopoglądu jest traktowanie otoczenia jako „bytu świata (*Weltsein*)”⁴³⁰. Zgodnie z tym podejściem podmiot „bierze każdorazowy byt swego otoczenia (*sein Um-weltsein*), resp. wszelki w ogóle możliwy byt otoczenia, za byt świata (*Weltsein*) – i to we wszystkich kierunkach: przestrzennie, czasowo, w ukierunkowaniu na świat wewnętrzny i na świat zewnętrzny, w kierunku wybiegającym ku temu, co boskie, jak i zwróconym na przedmioty idealne”⁴³¹.

Naturalny światopogląd jest też ściśle związany z ludzkimi potrzebami. Kierując się nimi, człowiek staje się jakby centralnym punktem otoczenia. A dzieje się tak dlatego, że odbiór bytu otoczenia jest zrelatywizowany do ludzkiej struktury biologicznej, przez co nie dokonuje się odróżnienie tego, co istotowe, od realnego istnienia i jego form. Kierując się jedynie „zdrowym rozsądkiem”, podmiot ocenia możliwość spełnienia swoich potrzeb. Uzyskany w ten sposób obraz świata nie jest wiedzą pewną. Stąd Scheler taką orientację wiąże z platońskim pojęciem *doxa* (*δόξα*), na oznaczenie wiedzy niepewnej, niedoskonałej, opartej na opinii⁴³².

Kolejną formą poznania jest nauka. Wiedza naukowa wznosi się na naturalnym światopoglądzie i pozostaje od niego zależna. Każda zmiana struktury nauki ma swój początek w przemianach zachodzących na poziomie światopoglądu. Kontekst kulturowy wpływa na sposób postrzegania bytu i treści otoczenia, nadając poszukiwaniom naukowym kierunek. Mówiąc więc o obserwacji naukowej, nie można mieć na uwadze poznania wolnego od utrzymujących się w danym kręgu społecznym opinii i nastawień. Nie oznacza to jednocześnie, że nauka nie wytwarza wiedzy, „nowej” względem istniejących światopoglądów. Naturalny obraz świata jest poddawany redukcji. A mianowicie, w naukowym podejściu chodzi o usunięcie wszelkiego zrelatywizowania wobec jednostki, ludu czy rasy, na rzecz obrazu bytu zrelatywizowanego do ludzkiej organizacji lub identycznych cech. W taki sposób uzyskiwany jest obraz „powszechnie obowiązującego (dla człowieka) otoczenia”⁴³³.

Scheler wyjaśnia, w jaki sposób dokonuje się takie przejście między zrelatywizowaniem znamionem dla naturalnego światopoglądu a ujęciem naukowym. W pierwszej kolejności wskazuje na użycie „form strukturalnych”, które prezentują wybrany materiał⁴³⁴. Na przykład przyrodznawstwo wymaga zastosowania form naoczności zewnętrznej, a psychologia form naoczności wewnętrznej⁴³⁵. Nauka z konieczności musi posługiwać się znakami, aby z naturalnego

⁴³⁰ Tamże.

⁴³¹ Tamże.

⁴³² Por. tamże, s. 284–285.

⁴³³ Tamże, s. 285.

⁴³⁴ Por. tamże.

⁴³⁵ Por. tamże, s. 277.

światopoglądu „w sztuczny” sposób wyodrębnić interesujący przedmiot badań. Rzecz zostaje pomyślana, przedstawiona w określonym przez te formy koncepcie:

„Przedmiotami swego rozważania nauka nie czyni bezpośrednio rzeczy i procesów, lecz dopiero je *konstruuje*, jako <<nosicieli>> stanów rzeczy, tak jak one się tego domagają. ...Podczas gdy w naturalnym światopoglądzie rzeczy i zdarzenia są <<dane>>, w naukowym światopoglądzie nie są one <<dane>>, ale *skonstruowane i pośrednio pomyślane*”⁴³⁶.

Taka czynność wymaga rozwoju „specyficznych funkcji ludzkiego ducha”⁴³⁷, na przykład myślenia opartego na wnioskowaniu, sztuki obserwacji, myślenia intuicyjno-odkrywczego⁴³⁸. Nauka choć wolna jest od wartości, to jednak naukowiec – zdaniem Schelera – powinien posiadać określone moralne usposobienie, aby właściwie wykorzystać swój potencjał. Dla typu naukowca-badacza szczególnie ważne jest samoopanowanie impulsów popędowych przez rozumną wolę. Dzięki takiej zdolności, podmiot uwalnia się od zrelatywizowania bytowego charakterystycznego dla światopoglądu naturalnego i zaczyna dostrzegać przedmioty swojego poznania w sposób coraz bardziej adekwatny⁴³⁹. Inną ważną cechą typu naukowca-badacza jest wola panowania⁴⁴⁰. Scheler zauważa:

„Badacza pozytywnego w jego woli poznania ożywia pierwotnie *wola panowania* i dopiero z niej wypływająca *wola porządkowania* wobec całej przyrody; toteż „prawa”, *według* których da się opanować przyrodę są jego celem najwyższym. Interesuje go, nie to, *czym* jest świat, lecz to, jak można go pomyśleć jako utworzony (*gemacht*), aby przy tym ostatecznym ograniczeniu wyobrazić go [sobie] jako *w ogóle dający się praktycznie zmienić*”⁴⁴¹.

Obie cechy – samoopanowanie oraz chęć panowania – są ze sobą ściśle związane. Wewnętrzna powściągliwość ma nastrojać podmiot na zawładnięcie światem. Jest to nawet – zdaniem Schelera – podstawowy etos naukowców⁴⁴². Nauka opiera się na potrzebie kierowania przyrodą,

⁴³⁶ M. Scheler, *Lehre von den drei Tatsachen*, GW, w: *Schriften aus dem Nachlass*, Bern 1957, s. 453, cytat za: A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 20.

⁴³⁷ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 277.

⁴³⁸ Por. tamże, s. 277.

⁴³⁹ Por. tamże, s. 288–289.

⁴⁴⁰ Por. tamże, s. 290.

⁴⁴¹ Tamże.

⁴⁴² Por. tamże.

społeczeństwem i psychiką w taki sposób, aby była ona realizacją konkretnych celów⁴⁴³.

Analizując charakter nauki, Scheler zastanawia się, co właściwie osiągamy poprzez tę formę poznania – co zyskujemy, a czego nie można odkryć czy spostrzec w wyniku przyjęcia postawy specyficznej dla typu naukowca-badacza. Filozof postrzega pozytywne nauki jako wiedzę dającą władzę. Dzięki naukowcom to, co przypadkowe i zrelatywizowane bytowo do jednostki, rasy czy narodu, zostaje uporządkowane. Świat ujęty w postać faktów i stanów staje się „przestrzenią”, wobec której można mieć jakiś plan, można ten świat „opanowywać” i zmieniać: „Nauka pozytywna polega na potrzebie *kierowania* przyrodą, społeczeństwem i psychiką ku celom (*nach Zielen und Zwecken*), które wyodrębniły się jako <<dowolne>> spośród celów za każdym razem konkretnych, w jaki uwikłany jest pracujący w swym zawodzie człowiek”⁴⁴⁴. Scheler dostrzega ogromny potencjał nauki, ale jednocześnie radzi, aby zachwyty nad nauką nie był pozbawiony krytycznego namysłu. Nie można zapominać o tym, że wciąż mamy do czynienia z uwarunkowaniem treści przez „właściwości witalne” i „chcenie”⁴⁴⁵. Filozof podkreśla, że nauka – choć zakłada poznanie istoty rzeczy – to jednak go nie osiąga. Nie jest bowiem wolna od założeń badawczych, które rzutują na efekt poznania⁴⁴⁶. Poza dociekaniem naukowca pozostaje również byt absolutny. Naukowy obraz świata – choć zostaje „pozbawiony” nastawień indywidualnych to jednak zawsze jest jakoś uwarunkowany. Nauki – pisze Scheler –

„nieuchronnie mają do czynienia z bytem w najróżnorodniejszy sposób bytowo *zrelatywizowanym* (mianowicie *zrelatywizowanym* zarówno co do istnienia, jak i co do istoty) i które całe swoje poznanie czerpią (*vollziehen*) albo (naturalnie, *na podstawie* tzw. aksjomatów, opartych na związkach istotnościowych) z mentalnego bytu czystych fikcji umysłu (tak [postępuje] cała matematyka), albo z przypadkowego bytu (*Dasein*) i jego powiązania bytowego (*Daseinszusammenhang*)”⁴⁴⁷.

Zrelatywizowanie bytowe zostaje przewyżnione dopiero w postawie filozoficznej, którą – zdaniem Schelera – należy koniecznie odróżnić od podejścia naukowego. Scheler wielokrotnie podkreślał, że dążenia naukowe wymagają innego przygotowania niż poszukiwania filozoficzne, a także inne są ich cele. Ambicją filozofa jest możliwie najwyższa czystość poznania, uwolnienie od

⁴⁴³ Por. M. Scheler, *O pozytywistycznej filozofii historii wiedzy. Prawo trzech stadiów*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, dz. cyt., s. 304–319.

⁴⁴⁴ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 212.

⁴⁴⁵ Por. tamże, s. 289.

⁴⁴⁶ Por. tamże.

⁴⁴⁷ Tamże, s. 302.

wszelkiego zrelatywizowania bytowego – zarówno tego, które dotyczy światopoglądu naturalnego, jak i tego, które dotyczy nauki.

Scheler postuluje konieczność uwolnienia filozofii od wpływów nauki. Co miałyby oznaczać zupełną autonomię filozofii względem naukowego sposobu badania świata. A to oznacza, że przedmiot filozofii należy określić tylko przy użyciu metody wolnej od założeń, a taką posługuje się – znowuż – tylko filozofia. W związku z tym odpowiedzi na pytanie o to, czym zajmuje się filozofia, należy szukać w samej filozofii. „Samopoznanie filozofii przez filozofię”⁴⁴⁸ jest zarazem wymogiem refleksji filozoficznej. W ten sposób filozofia wchodzi w proces wewnętrznej samokonstytucji⁴⁴⁹.

Filozofowanie wiąże się nieodłącznie z odparciem wszelkich treści pochodzących z naturalnego światopoglądu, poznania historycznego, naukowego czy objawienia. I chociaż przedmioty tych poszczególnych dziedzin mogą być obszarem zainteresowania filozofa, to nie poprzez założenie prawdziwości tego, co w obrębie tych poszczególnych dziedzin jest ustalane, ale w nowym, filozoficznym ujęciu istoty tych badanych rzeczy. Wedle Schelerowskiej myśli jest to ważna uwaga. Jeżeli filozofia nie uwolni się od wpływu różnorodnych założeń, wówczas gubi swoją istotę i popada w tradycjonalizm, scjentyzm, fideizm lub dogmatyzm⁴⁵⁰.

Niezależność filozofii od nauki nie oznacza jednocześnie, że filozofia daleka jest od ścisłości, która zwykle łączona jest z nauką. Filozoficzny namysł również charakteryzuje się określonym porządkiem. Scheler mówi nawet o „idei ścisłości filozoficznej”⁴⁵¹, odróżniając ją od „ścisłości” określającej charakter nauki. W nauce „ścisłość” jest osiągnięta poprzez posługiwanie się miarą i liczbą. Naukowa „ścisłość” kojarzona jest z „dokładnością”⁴⁵². Z kolei filozoficzna „ścisłość” jest powiązana z bezpośrednim jawieniem się rzeczy. Taki charakter filozofii jest w myśli Schelerowskiej oddany poprzez nawiązanie do platońskiego określenia *episteme* (ἐπιστήμη), oznaczającego wiedzę pewną. W opinii Schelera filozofię pod kątem metodycznym powinno traktować się jako podejście „intelektualistyczne”, ponieważ wiedza filozoficzna, chociaż daleka od poznania naukowego, w rzeczy samej jest poznaniem⁴⁵³.

Można jednak zapytać, w jaki sposób ta pewność filozoficzna jest uzyskiwana, skoro nie chodzi tu o metody naukowe czyniące zadość zasadzie ścisłości. Scheler, pod tym kątem, dużo uwagi poświęcił na opis doświadczenia fenomenologicznego, które przybliży filozofa do poznania

⁴⁴⁸ Tamże, s. 242.

⁴⁴⁹ Por. tamże, s. 242–264.

⁴⁵⁰ Por. tamże, s. 243.

⁴⁵¹ Tamże, s. 262.

⁴⁵² Tamże.

⁴⁵³ Por. tamże, s. 252–257.

rzeczy. Jest to szczególnego rodzaju doświadczenie, różne od doświadczenia charakterystycznego dla aktywności naukowej, ale też jest czymś więcej niż kojarzone z życiem psychicznym doświadczenie wewnętrzne. Doświadczenie fenomenologiczne, w przeciwieństwie do wielu innych rodzajów poznania „rozumiejącego”, ma charakter aprioryczny – jest bezpośrednim „wglądem w istotę (*Wesensschau*)”⁴⁵⁴. Postawa fenomenologiczna przypomina podążanie za jawiącą się rzeczą, w wyniku czego podmiot dociera zarówno do istoty tego, ku czemu skierowany jest akt poznawczy, jak i dostrzega tkwiące w przedmiocie związki istotnościowe, zachodzące między jego poszczególnymi momentami⁴⁵⁵.

Warunkiem filozofowania jest więc poznanie, że wszystkiemu, co istnieje przysługuje „koniecznie jakiś byt istotowy albo istota (*Wassein*) (esencja) oraz jakieś istnienie”⁴⁵⁶. Podmiot przyjmujący postawę fenomenologiczną dostrzega tę prawidłowość we wszelkich bytach, ku którym kieruje swoje poznawcze poszukiwania. Możliwość docierania do warstwy istotowej pozwala na odróżnienie tego, co jawi się w sposób oczywisty (tak właśnie jawi się istota, stanowiąc o ścisłości filozoficznego poznania), od tego, co przypadkowe – o czym, w kontekście filozoficznych poszukiwań, można jedynie powiedzieć w kategoriach „oczywistości przypuszczenia” lub „oczywistości z zastrzeżeniem”⁴⁵⁷.

Zarówno istota, jak i związki istotnościowe ujawniają się w sposób wolny od społecznych opinii oraz założeń, jakie czyni na ich temat nauka. Można też powiedzieć, że wgląd fenomenologiczny wolny jest od „granic” określonych poprzez dyskurs naukowy. Przedmiot jawi się w sposób jasny, takim jakim on jest w swojej istocie, nie zaś takim jakim ten przedmiot jest w granicach konstruktów myślowych, niezbędnych do przeprowadzenia dalszych naukowych operacji. Co więcej, jasność ta nie powinna być uzasadniana czy argumentowana na tej zasadzie, jak domaga się tego fakt naukowy. Scheler zauważa: „Wgląd, o którym mówimy, nie byłby bynajmniej wglądem oczywistym, a cóż dopiero najbardziej pierwotnym, danym już wcześniej przy każdym usiłowaniu wątpienia w coś, jeśli trzeba by było go <<uzasadniać>>”⁴⁵⁸.

Przedmiotem poznania filozoficznego może być wszelki rodzaj bytu (np. byt realny przedmiotowy, aktowy, byt o charakterze wartości, byt egzystencjalny, atrybutowy, substancjalny, zrelatywizowany, byt możliwy lub konieczny, byt mentalny itd.⁴⁵⁹). Podejście fenomenologiczne nie jest ograniczone do jakiejś dziedziny, odseparowanej od obszaru zainteresowań nauki. To nie

⁴⁵⁴ A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 26.

⁴⁵⁵ Por. tamże.

⁴⁵⁶ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 298.

⁴⁵⁷ Tamże, s. 300.

⁴⁵⁸ M. Scheler, *Człowiek w epoce zacierania się przeciwieństw*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, dz. cyt., s. 193.

⁴⁵⁹ Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 293.

zakres przedmiotów określa, czym jest filozofia, co raczej charakterystyczny dla filozofii sposób ujmowania rzeczy – zupełnie odmienny niż jest to w obserwacji naukowej. W podejściu filozoficznym, o jakim mówi Scheler, a które ma doprowadzić do poznania pewnego, najczęściej zależy od postawy moralnej. Warunkiem pewności nie jest sama metoda, ale człowiek zdolny do takiego podejścia do świata, że zaczyna w nim dostrzegać „sferę istotnościową”. Ale aby to było możliwe, musi dokonać określonej przemiany w swoim zachowaniu poznawczym. W tym punkcie myśl Schelera nawiązuje do fenomenologii Husserla, ale jednocześnie fenomenologia, którą tworzy Scheler, jest zupełnie nową propozycją. Scheler niektóre elementy Husserlowskiego zamysłu przyjmuje, a inne odrzuca. Obie filozofie są zorientowane na esencjalną strukturę świata i opis możliwości docierania do niej⁴⁶⁰, z tym, że fenomenologia Husserla odnosi się do istnienia transcendentnej, czystej świadomości, która miałaby gwarantować bezpośredni dostęp do istoty rzeczy, zaś dla Schelera świadomość nie jest wyróżnioną dziedziną badawczą. Odrzuca on Husserlowski zamysł, wedle którego podmiot powinien w wyniku redukcji transcendentnej dotrzeć do uchwycenia istoty absolutnej świadomości. Natomiast, podobnie jak Husserl, podkreśla, że docieranie do istoty rzeczy jest związane z odrzuceniem momentów egzystencjalnych – czyli uznaje tak zwaną redukcję eidetyczną⁴⁶¹.

Za sprawą redukcji dochodzi do odrzucenia wszelkich praktycznych sposobów życia i naturalnych nastawień względem świata. Chodzi bowiem o to, aby przyzwyczajenia czy uprzedzenia nie zasłaniały samej istoty jawiącego się bytu. Odrzucenie treści naturalnego światopoglądu nie oznacza jednak ich negacji, a tylko „uchylenie na próbę”⁴⁶². Jest to jakby sprzeciw wobec afektywnego, przypadkowego odbioru świata, który zasłania samą rzecz, jaką podmiot pragnie objąć poznaniem. W tym punkcie podejście Schelera jest znacznie bardziej „umiarkowane” od Husserlowskiego zamysłu na tę sprawę. Scheler zastanawia się, czy rzeczywiście należy – tak jak uczynił to Husserl – wziąć w nawias sąd o istnieniu. Według Schelera odrzucenie momentów egzystencjalnych nie na tym polega, aby zapomnieć o rzeczywistości. Pisze on:

„Cóż więc oznacza owo <<nie>>, o którym mówiłem? Co to znaczy <<odrzczywistnić>> świat albo *dokonać* <<ideacji>> świata? *Nie* oznacza to, jak sądzi Husserl, powstrzymania się od *sądu* o istnieniu (tkwiącego już w każdym naturalnym spostrzeżeniu); <<*A* jest realne>> domaga się w samym swoim orzeczniku wypełnienia w *przeżyciu*, jeśli <<realny>> nie ma być pustym słowem. Raczej oznacza to *uchylenie* na próbę (dla nas) *samego momentu rzeczywistości*, unieważnienie

⁴⁶⁰ Por. M. Scheler, *Phänomenologie und Erkenntnistheorie*, w: tegoż, *Schriften aus dem Nachlass, Zur Ethik und Erkenntnislehre*, Bern 1957, s. 394–398.

⁴⁶¹ Por. J. Galarowicz, *Max Scheler. Etyka wartości*, dz. cyt., s. 25.

⁴⁶² M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 102.

(*annihilieren*) całego owego niepodzielnego, przemożnego doznania realności wraz z jego afektywnym korelatem, odsunięcie owego <<lęku>> wobec tego, co ziemskie⁴⁶³.

Opisując, na czym polega samodoskonalenie postawy filozoficznej, Scheler wskazuje na konieczność zaangażowania całego bytu osoby i wypracowania określonej postawy moralnej. Typ filozofa powinien odznaczać się wewnętrznym przygotowaniem, gotowością dokonania tak zwanego „wzlotu moralnego”. Ten szczególnie dla postawy fenomenologa sposób podejścia do świata zasada się na trzech aktach:

1) Pierwszym aktem jest „miłość całej duchowej osoby do absolutnej wartości i bytu”⁴⁶⁴. W wyniku tego aktu podmiot miałby przekraczać wszelkie powiązanie z bytem otoczenia. Miłość odnosząca się do absolutnej wartości i bytu niejako uwalnia od zrelatywizowania witalnego. Dzięki czemu osoba może uczestniczyć jako *ens intentionale* w absolutnej wartości tego, co od niej odrębne. Tylko w ten sposób poznawane dobra nie zostają zrelatywizowane do ograniczeń podmiotu poznającego, ale zachowują swoją własną, niezależną wartość⁴⁶⁵.

2) Kolejnym podstawowym aktem moralnym jest „ukorzenie (*Verdemütigung*) naturalnego Ja i jaźni (*Selbst*)”⁴⁶⁶. Za sprawą uczucia ukorzenia osoba wyzbywa się naturalnej dumy. Co z kolei doprowadza do uwolnienia od wpływu treści ośrodka psychofizycznego i warunkuje dokonanie istotowego wglądu. W ten sposób, czysta treść istotowa jest dostępna w oddzieleniu od przypadkowych modi istnienia oraz od „uwikłania w witalne <<gospodarstwo>> (*Vital-Haushalt*) psychofizycznego organizmu”⁴⁶⁷.

3) Trzecim aktem moralnym jest „samoopanowanie”⁴⁶⁸. Gwarantuje ono niezależność od impulsów popędowych w taki sposób, aby nie zaburzały procesu poznania. Dzieje się to poprzez ich powstrzymanie oraz uprzedmiotowienie. Z doznawanej treści są wydobywane same przedmioty, adekwatne względem poznania. Ta cecha jest akurat ważna nie tylko w poznaniu filozoficznym, ale także naukowym⁴⁶⁹.

Wzlot moralny jest wstępnym warunkiem uzyskania poznania filozoficznego⁴⁷⁰. Poza

⁴⁶³ Tamże, s. 102. Fenomenologia, tak jak przedstawia ją Scheler, nie tylko akcentuje konieczność docierania do istoty rzeczy, ale też obrazuje „przejście”, jakie dokonuje się pomiędzy nastawieniem naturalnym a wglądem ejdetycznym. Błędem byłoby mniemanie, że Scheler zapomina o poziomie egzystencjalnym i przeżyciu realności, które są momentami szczególnie ważnymi w kontekście problemu odniesienia do drugiego człowieka i wyborów związanych z wartościami.

⁴⁶⁴ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 286.

⁴⁶⁵ Por. tamże, s. 25.

⁴⁶⁶ Tamże, s. 286.

⁴⁶⁷ Tamże, s. 287.

⁴⁶⁸ Tamże.

⁴⁶⁹ Por. tamże, s. 286–288.

⁴⁷⁰ Por. tamże, s. 287.

trzema wymienionymi aktami Scheler opisuje bliżej dwa zasadnicze wglądy: pierwszym jest połączone z emocjonalnym przeżyciem filozoficznego zdziwienia doświadczenie, że „jest nie nic”. Moment ten konstytuuje filozoficzny wgląd w ogóle. Scheler nie zgadza się z koncepcjami, wedle których pierwszeństwo poznawcze przypada na przykład bytowi o charakterze wartości, bytowi o charakterze ważności czy bytowi o charakterze prawdy. Zdaniem filozofa przeżycie pozytywnej treści jest możliwe właśnie poprzez doświadczenie, że jest „nic”. Słowo „nic” (*Nichts*) odnosi się do „absolutnego nic”. Nie jest więc na przykład negacją istnienia, ale doświadczeniem na podłożu którego pozytywna treść ujawnia się jako coś zupełnie odmiennego. Scheler mówi nawet o konieczności spojrzenia „w otchłań absolutnego nic” jako tym przeżyciu, wobec którego byt jawi się jako oczywisty. W ten sposób poznanie przepełnione jest emocjonalnym poruszeniem, „że w ogóle jest coś, a nie raczej nic”⁴⁷¹. Pojawia się afirmacja bytu za to, że w ogóle jest. Takie nastawienie „uwalnia” z uprzednich nastawień, wyobrażeń, zapatrywań na świat, które mogłyby rzutować na sposób widzenia rzeczy. Przyczynkiem do przeżycia tego rodzaju może być refleksja nad śmiercią i cierpieniem. Te trudne momenty mogą przypominać o możliwości nieistnienia lub przynajmniej doprowadzać do „zachwiania” poznawczej pewności. Bliskość śmierci, ale także cierpienie mogą wzmocnić doświadczenie „absolutnego nic” i doprowadzić do – ugruntowanego w tym doświadczeniu – doznania pozytywnej wartości bytu. I przeciwnie, odpieranie świadomości śmierci i cierpienia może sprawić, że podmiot daleki będzie od tego rodzaju aktu poznawczego i będzie miał trudność w docieraniu do istoty rzeczy i trwałych wartości⁴⁷².

Drugi ważny wgląd dotyczy poznania, że jest coś absolutnie istniejącego⁴⁷³. W świetle takiego wglądu powinny być rozpoznawane wszelkie byty nieabsolutne. Każdy wgląd w to, co relatywne, ale też każda negacja tego, co istnieje w sposób absolutny, znowuż wskazuje na byt absolutny. Zdaniem Schelera prawda ta ujawnia się w sposób bezpośredni, a nawet „żyje się w niej”⁴⁷⁴. Poczucie, że istnieje byt absolutny, powinno towarzyszyć wewnętrznym poruszeniom każdej osoby o typie filozoficznym, przy czym nie chodzi o to, aby w każdym akcie poznawczym świadomie zakładać istnienie bytu absolutnego, lecz o poczucie kontrastu pomiędzy tymże bytem a bytem względnym. Jeśli podmiot zagubiłby ukierunkowanie na byt absolutny, wówczas absolutyzowałby to, co względne, popadając w relatywizm. W ten sposób horyzont poznawczy zostałby zawężony do własnego punktu widzenia⁴⁷⁵.

Analizując oba charakterystyczne dla postawy filozoficznej wglądy, Scheler jednocześnie

⁴⁷¹ Tamże, s. 293.

⁴⁷² Por. tamże, s. 297–298; M. Scheler, *O sensie cierpienia*, dz. cyt., s. 26–60.

⁴⁷³ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 295.

⁴⁷⁴ Tamże, s. 296.

⁴⁷⁵ Por. M. Scheler, *Zmiany etosu*, w: *Scheler*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1975, s. 184.

podkreśla, że musi im towarzyszyć pokora. Człowiek pokorny ma poczucie, że mógłby nie być i w ten sposób podejrzliwie patrzy na narzucającą się świadomości zrozumiałość: „Jedynie wówczas, gdy nauczymy się dziwić, że *sami nie jesteśmy*, będziemy mogli w pełni odebrać (*empfangen*) całą jasność światła obu wymienionych wglądów oraz ich pierwszeństwo pod względem oczywistości przed wszystkimi innymi wglądami”⁴⁷⁶. Pokora warunkuje przyjęcie postawy wsłuchania się w to, czym jest świat wokół, w niej uzyskiwana jest gotowość do odrzucenia wszelkich własnych mniemań i osądów⁴⁷⁷. W filozofii Schelera receptywna postawa ma bardzo duże znaczenie w odkrywaniu, że wartości nie są przestrzenią dowolnego kreowania siebie, swojego bycia w świecie. W samych wartościach tkwi wezwanie, które należy odczytać. Wartości domagają się przyjęcia określonej postawy.

Zdaniem Schelera przygotowanie moralne jest nam potrzebne po to, aby odeprzeć naturalny światopogląd i wynikający z niego egocentryzm, witalizm i antropomorfizm⁴⁷⁸. Jest to istotne również w kontekście podejmowania problemu człowieka. Dla typu filozofa inni ludzie nie są odkrywani wyłącznie jako ukształtowane przez otoczenie byty dla życia, zrelatywizowane do warunków psychofizycznych. W poznaniu nakierowanym na byt absolutny i esencjalną strukturę świata, podmiot zaczyna poruszać się w „światowej sferze bytu”⁴⁷⁹, w której wszelki przedmiot poznania ujawnia się jako byt dla siebie samego, takim jaki jest w swojej istocie⁴⁸⁰.

W powyższych rozważaniach zaznacza się różnica zachodząca między postawą naukowca, a postawą filozofa i wynikające odrębnie z obu postaw dobro. Poszukiwania naukowca są poprzedzone określonym nastawieniem do świata. Naukowiec przyjmuje konkretną perspektywę badawczą, zależną od naturalnego światopoglądu i wyznaczonych celów. Przejmuje kontrolę nad otoczeniem, nad dynamiką życia. To dzięki naukowcom możemy przekształcać świat, tak aby służył człowiekowi w praktyczny sposób. Natomiast filozofia powstaje z samego zamiłowania do bytu: „Filozofia rozpoczyna się, by użyć trafnego określenia Arystotelesa, od duchowego, uczuciowego odruchu zdziwienia [w obliczu tego], że jakaś rzecz o tej, [a nie innej] niezmiennej istocie oto <<w ogóle>> istnieje (*da ist*)”⁴⁸¹. Pytając o istotę rzeczy, filozof przyjmuje postawę afirmatywną względem świata, jest prawdziwie zatroskany o dobro i przeznaczenie bytów. Wzywa do tego, aby człowiek się „nie zagubił”, ale stale miał na uwadze to, ku czemu codzienne wysiłki powinny zmierzać (w tym naukowo-badawcza działalność). Ale tego rodzaju zaduma, jednocześnie

⁴⁷⁶ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 298.

⁴⁷⁷ Por. tamże, s. 292, 297–298.

⁴⁷⁸ Por. tamże, s. 286–287.

⁴⁷⁹ Tamże, s. 286.

⁴⁸⁰ Por. tamże, s. 285–286.

⁴⁸¹ M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 376.

oznacza, że rozwój filozoficznej postawy wymaga także odparcia tendencji znamiennej dla aktywności naukowej, uwolnienia od nadmiernej potrzeby panowania nad światem na rzecz „wysłuchania się” w świat i wydobycia jego sfery istotnościowej. Celem filozoficznej postawy duchowej nie jest bowiem panowanie, lecz kształcenie i przemiana podmiotu poznającego i poznawanego zgodnie z tym, czym w istocie są⁴⁸².

2.3.2. Odniesienie do wartości

Scheler w swoich rozważaniach dużo miejsca poświęcił badaniu poznawczych możliwości człowieka. Za pomocą fenomenologii ukazał sposób odkrywania wartości. Ale jego system wartości jest też podłożem – zaproponowanej przez filozofa – etyki materialnej. Bazując na założeniu istnienia obiektywnego, realnego porządku wartości, Scheler wykazuje, że ład aksjologiczny jest dany człowiekowi do odczytania po to, aby postępował słusznie.

Analizując problem „dobra” i „zła”, filozof podkreśla, że wartości moralne nie są same w sobie celem, lecz pojawiają się w aktach realizacji pozostałych wartości – tych, które tworzą hierarchiczny układ. Dobro moralne dotyczy ukierunkowania na pozamoralne wartości zgodnie z ich rangą. Przy tym Scheler rozróżnia dobro absolutne i dobro względne. Wartość dobra absolutnego – stwierdza – pojawia się, gdy akt realizacji wartości jest zwrócony ku najwyższej wartości. Z kolei względne dobro pojawia się w przypadku realizacji wartości wyższej od tej, która jest w danym przypadku brana pod uwagę. Analogicznie – wartość zła absolutnego jest związana z realizacją wartości najniższej, a względne zło dotyczy realizacji wartości niższej od odnośnej⁴⁸³.

Przy tym na bazie etyki materialnej Scheler wykazuje obiektywne prawa preferowania wartości, zapisując je w postaci następujących aksjomatów:

„I

1. Istnienie wartości pozytywnej jest samo pozytywną wartością.
2. Nieistnienie wartości pozytywnej jest samo negatywną wartością.
3. Istnienie wartości negatywnej jest samo negatywną wartością.
4. Nieistnienie wartości negatywnej jest samo pozytywną wartością.

II

⁴⁸² Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 286–302; M. Scheler, *O pozytywistycznej filozofii historii wiedzy*, dz. cyt., s. 312–313.

⁴⁸³ Por. M. Scheler, *Stosunek wartości „dobry” i „zły” do pozostałych wartości i dóbr*, dz. cyt., s. 62.

1. Dobrem jest wartość w sferze chcenia, która wiąże się z realizacją wartości pozytywnej.
2. Złem jest wartość w sferze chcenia, która łączy się z realizacją wartości negatywnej.
3. Dobrem jest wartość, która w sferze chcenia wiąże się z realizacją wartości wyższej (najwyższej).
4. Złem jest wartość, która w sferze chcenia wiąże się z realizacją wartości niższej (najniższej)⁴⁸⁴.

W kontekście problemu postępowania etycznego nie bez znaczenie jest również fakt, co lub kto jest nosicielem wartości. Wartości urzeczywistniają się w dobrach, stając się tym samym możliwym odniesieniem w realnych warunkach. Ale i w rzeczywistym świecie nie pojawiają się one przypadkowo. Nosiciele wartości również są odzwierciedleniem hierarchicznego uporządkowania. Na przykład wartość osoby przewyższa rzecz. Podobnie, przeżycia uczuciowe ukierunkowane bądź wywołane wartościami skrywają w sobie reguły zależne od uniwersalnego ładu aksjologicznego. Na tej zasadzie fluktuacyjne stany emocjonalne mają mniejsze znaczenie niż zwrócone na wartości akty intencjonalne⁴⁸⁵.

Ukazując, w jaki sposób wartości pojawiają się w realnym świecie, Scheler zastanawia się jeszcze nad jedną kwestią, a mianowicie rozważa, w jaki sposób świat wartości dostępny jest dla człowieka uwarunkowanego historycznie – innymi słowy, w jaki sposób wartości dane są w ludzkiej codzienności. Czy każdy ma do nich równy dostęp? W końcu tak wiele zależy od poznania całościowej hierarchii wartości, że nie sposób pominąć problemu dostępności do niej ludzi o różnym stopniu rozwoju życia emocjonalnego, a tym samym o różnym stopniu możliwości poznawczych. Tego rodzaju kwestie były dla Schelera bardzo ważne, nie zmierzał bowiem do stworzenia koncepcji idealistycznej⁴⁸⁶. Starał się więc nie tylko o wyznaczenie apriorycznych zasad tkwiących w świecie samych wartości, ale także badał „zachowanie” wartości od strony przekształceń dziejowych oraz w odniesieniu do ograniczeń sytuacyjnych. Zakładał, że świat wartości nie jest konkretnemu człowiekowi dany całościowo, ale za pośrednictwem panujących w różnych grupach społecznych oraz w danej epoce odzwierciedleń porządku wartości. Te odniesienia utrzymują się poprzez dominujące w danych czasach i kręgach reguły preferencji, które są określane etosami. Należy więc przyjrzeć się, na jakiej zasadzie funkcjonują etosy, skoro to właśnie one są pomostem do odczytania obiektywnego świata wartości.

Etosy wraz z biegiem czasu zmieniają się. W danym okresie dziejowym uznawane są za

⁴⁸⁴ Tamże, s. 63.

⁴⁸⁵ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 48.

⁴⁸⁶ Por. tamże, s. 46–47.

szczególnie ważne trochę inne wartości, np. uznaniem cieszą się inne typy osobowości, inny jest ideał moralny. W toku dziejów możliwe jest też ujawnianie się nowych wartości, które rozszerzają poznanie aksjologiczne. Jednocześnie, choć etosy ulegają przekształceniom, to jednak zawsze pozostają w jakimś stosunku do obiektywnego uporządkowania wartości. To jak dalece odbiegają od tego idealnego ładu wskazuje, czy możemy mówić o pozytywnej czy negatywnej zmianie. O postępie jest mowa wtedy, gdy etos rozwija się zgodnie z obiektywną hierarchią wartości. Możliwy jest jednak regres, który oznacza poznawcze zawężenie horyzontu wartości. Bywa też, że w danym etosie niższe wartości są traktowane jako ważniejsze niż dostępne poznaniu wyższe wartości, co jednocześnie jest związane z zachodzeniem złudzeń w obrębie preferencji⁴⁸⁷.

Same przekształcenia w obrębie etosu łączą się ze zmianami w aktach preferencji. Taki proces rozpoczyna się od zaaprobowania nowych wartości. Zainteresowaniem zaczynają cieszyć się takie wartości, które wcześniej przez daną grupę były pomijane lub niezauważane. Te nowe odniesienia aksjologiczne rzutują na sposób postrzegania dominujących reguł preferowania. W świetle nowych odniesień dawne wartości zostają zrelatywizowane. Przykładem takiego przejścia z jednego porządku wartości w inny jest według Schelera biblijne Kazanie na Górze⁴⁸⁸. Wypowiedź Jezusa uwzniośla wartości niedostrzegane w dominującym wówczas etosie. W kontekście podniesionych jakości dochodzi do pomniejszenia znaczenia wartości propagowanych wcześniej. Jednocześnie ten nowy wyraz aksjologicznej wrażliwości nie burzy samego porządku wartości, jaki tkwił w dawnych zasadach preferencji, lecz sprawia, że wartości istotne dla poprzedniego etosu, gdy są realizowane z pominięciem nowo ujawnionych odniesień, muszą z konieczności stać się – mówiąc za Schelerem – „błyszczącymi przywarami”⁴⁸⁹.

Wprawdzie Scheler dostrzegał przekształcenia w zakresie etosów, to jednak utrzymywał konieczność zbudowania etyki absolutnej, opartej na obiektywnym porządku wartości. Nie do przyjęcia jest dla niego przede wszystkim relatywizm wartości moralnych. W jego opinii jest to wyraz „ciasnoty i ślepoty moralnego horyzontu wartości”⁴⁹⁰. Relatywista absolutyzuje własne oceny i możliwości, ponieważ nie przyjmuje postawy pokory względem istniejącej hierarchii wartości jako odniesienia, które stale domaga się coraz pełniejszego odkrycia. Obiektywna hierarchia wartości jest miarą oceny wszelkich preferencji wartości dokonywanych w toku dziejów. Ale równie poważnym błędem jest stanowisko przeciwne, wedle którego istota zmian zachodzących w obrębie etosów w ogóle nie jest brana pod uwagę. Pod tym względem Scheler krytykuje formalną etykę absolutną. W orientacji tej błędnie zakłada się, że etos zawsze jest „jednakowy i stały, tak jak

⁴⁸⁷ Por. M. Scheler, *Zmiany etosu*, dz. cyt., s. 180–188.

⁴⁸⁸ Por. Mt 5, 1–12.

⁴⁸⁹ M. Scheler, *Zmiany etosu*, dz. cyt., s. 186.

⁴⁹⁰ Tamże, s. 184.

gdyby ludzie zawsze i wszędzie, w tym samym zakresie <<wiedzieli, co jest dobre i złe>>⁴⁹¹.

Ideałem jest więc „stabilna” koncepcja etyczna, ale przy jednoczesnym zachowaniu zasady, że w obrębie etosów musi dochodzić do relatywności ocen moralnych. Scheler stwierdza: „Właściwie pojęta *etyka absolutna* kategorycznie *domaga się* właśnie tej różnorodności, tego emocjonalnego perspektywizmu aksjologicznego (*Wert-Perspektivismus*) jedności czasowych i narodowych oraz tego zasadniczego niezakończenia stopniowego kształtowania samego etosu”⁴⁹². Zdaniem Schelera dopuszczenie zmienności jest konieczne dlatego, że człowiek nie osiąga pełnego odkrycia obiektywnej hierarchii wartości, ale zapoznaje ją stopniowo. Jeśli określona koncepcja etyczna ma być słuszna, to taka prawidłowość musi w niej zostać ujęta.

Analizując urzeczywistnianie się wartości, Scheler wskazuje także na moment „domagania się”, aby wartość została zrealizowana. Moment ten tkwi w pozytywnych wartościach i oddziałuje na podmiot. Z analiz, jakie Jacek Filek dokonał na temat tego zagadnienia, wynika, że jest to idea powrotu do problemu sumienia – „głosu”, który podpowiada, co należy uczynić lub wypominającego brak właściwej postawy. Autor pisze:

„<<Domaganie się>> ma więc charakter <<głosu>> i zachowuje swą tożsamość mimo nader zmiennego charakteru naszego udziału w wartościach. Czymś innym jest uczynić coś niesprawiedliwego (...) lub uczynić coś sprawiedliwego, czymś innym uczestniczyć w niesprawiedliwości (...) lub uczestniczyć w sprawiedliwości (...), a jeszcze czymś innym zaniedbać jakiegoś działania, które by do sprawiedliwości mogło prowadzić, lub też podjąć takie działanie. We wszystkich tych tak różnych aktach domaganie się wartości sprawiedliwości, niezależnie od tego, czy jest podjęte, czy odtrącone, zachowuje swój jednobrzmiący <<głos>>”⁴⁹³.

Moment domagania się ujawnia się w postawie podmiotu – w podjętym przez niego staraniu o określony sposób bycia. Podmiot zmierza do danej jakości, np. wewnętrznej uczciwości. Moment domagania się dotyczy bowiem zarówno siły pociągającej, jaka wychodzi od wartości, a z drugiej strony odnosi się do dyspozycji podmiotu i jego zaangażowania. Moment domagania się ukazuje, że fenomenologiczne odniesienie do wartości nie jest ograniczone do przeżywania wartości, ale nawiązuje do zmiany życia wedle wartości. Dzięki takiemu niezależnemu od przeżyć jednostki kryterium możliwe jest współuczestnictwo z innymi w świecie wartości, wspólne ukierunkowanie na nie i solidarne starania o prawdziwy porządek aksjologiczny.

⁴⁹¹ Tamże, s. 185.

⁴⁹² Tamże, s. 184.

⁴⁹³ J. Filek, *Z badań nad istotą wartości etycznych*, Kraków 1996, s. 66.

W tym miejscu należy też rozważyć problem powinności, związany z przeżyciem wartości. Scheler mówi o dwóch rodzajach powinności: powinności idealnej, która oznacza, że wartość pozytywna powinna zostać urzeczywistniona, ale jeszcze sformułowanie to nie zawiera nakazu oraz powinności realnej, które poprzez odwołanie do określonych norm wyznaczałyby, co należy uczynić⁴⁹⁴. Jednocześnie Scheler zastanawia się, kiedy nakazy są słuszne. Idealna byłaby sytuacja, gdy podmiot poruszony wartościami przyjmuje postawę, która jest zgodna z ich hierarchią. Powinność ufundowana na wartościach powoduje, że czyny nią kierowane są wartościowe. Ale gdy podmiot nie ma kontaktu z wartościami, a jest mu stawiane wymaganie spełnienia określonego czynu, wówczas – jak stwierdza Scheler – czyn rozmija się z dobrem. Formalny nakaz jest nawet postrzegany przez filozofa jako szkodliwy wobec samego przeżycia wartości. Taki nakaz – jego zdaniem – ma charakter represyjny. Podmiot, który kieruje się imperatywami etycznymi, a obce mu jest poznanie wartości – według Schelera – może zatracać istotę wartości moralnych⁴⁹⁵.

Zgodnie z myślą Schelerowską, odniesienie do wartości nie powinno sprowadzać się do kalkulacji słusznych zasad. Wybór wartości nie dokonuje się na sposób intelektualny. Człowiek nie analizuje wartości, lecz jest uczuciowo przejęty jakimś porządkiem wartości, który jawi mu się jako dobry i domagający się uwzględnienia. Ideałem jest więc taka dyspozycja wewnętrzna podmiotu, że wysokie wartości pociągają człowieka w sposób spontaniczny. „Kto ma najmniej oporów w obliczu dobra, ten jest najlepszy”⁴⁹⁶ – podkreśla Scheler.

Aczkolwiek nie oznacza to, że Scheler – krytyk etyki Kanta – zupełnie zrezygnował z pojęć „obowiązku” czy „normy” na rzecz podporządkowania aktów woli sile uczuciowego poruszenia jako jedynemu słusznemu podejściu w etyce⁴⁹⁷. Zdaje on sobie sprawę, że w niektórych sytuacjach obowiązek czy norma odgrywają istotną rolę. Co prawda, wyklucza on „konieczność wartości” (obowiązek i wartość wykluczają się), ale – jego zdaniem – wciąż sensowne jest mówienie o „konieczności powinności”⁴⁹⁸. Na przykład w odniesieniu do aktu wiary stwierdza możliwość zachodzenia następującej zasady: „Skoncentruj swoją uwagę na treści dogmatu swojego kościoła; spróbuj oddać się temu dogmatowi; wznies się na poziom wiedzy, który jest warunkiem wstępnym aktu wiary”⁴⁹⁹. Na podstawie rozważań Schelera o powinności można zauważyć, że filozof nie rozpatruje konieczności dokonywania słusznego czynu jako punktu wyjścia etyki, ale przesuwając akcent na jakość poznania wartości, z którego może wynikać dobry czyn. Ewentualnie, nakazy

⁴⁹⁴ Por. K. Wojtyła, *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksa Schelera*, dz. cyt., s. 18–19.

⁴⁹⁵ Por. tamże, s. 18–19; J. Filek, *Z badań nad istotą wartości etycznych*, dz. cyt., s. 71–72.

⁴⁹⁶ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 236.

⁴⁹⁷ Por. tamże, s. 225.

⁴⁹⁸ J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 106.

⁴⁹⁹ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 225.

miałyby pełnić funkcję korygującą wobec poznania wartości⁵⁰⁰.

Zgodnie z etyką Schelera wartości zachowują ważność względem dynamiki życia i motywują osobę do stawiania oporu przypadkowym impulsom. W ten sposób człowiek, odnosząc się do wartości, może brać odpowiedzialność za swoje życie, kierunkować je zgodnie z porządkiem wartości lub wbrew obiektywnej hierarchii. Natomiast gdy świat wartości jest w jego życiu uczuciowym zbyt wąski, wówczas, może powziąć zamiar o wejściu w proces wewnętrznego samowychowania, dokonując uporządkowania swojej sfery uczuciowej w taki sposób, aby w całym bogactwie przeżyć „do głosu” dochodziły uczucia subtelniejsze, ale ukierunkowane na głębsze poznanie wartości.

2.3.3. Rola drugiego człowieka w procesie doskonalenia

Schelerowska filozofia poucza, że człowiek nigdy nie jest sam w procesie doskonalenia moralnego. Wybór wartości w dużej mierze zależy od etosu, w jakim człowiek wzrasta. Scheler mówi o etosach różnych narodów, grup i zawodów⁵⁰¹, które są punktem wyjścia w zakresie moralnego rozwoju. Przy tym zastanawia się, co jest siłą wzmagającą poszukiwania w kierunku coraz pełniejszych odniesień aksjologicznych, tak że w realnym świecie dochodzi do poszerzenia świata wartości. Jego wyjaśnienia na ten temat bazują na koncepcji panującego w świecie porządku miłości i nienawiści, który jest przez Schelera nazywany *ordo amoris*⁵⁰². Porządek ten stanowi bardzo ważną zasadę relacji międzyludzkich i wzajemnego wspierania się jednostek w doskonaleniu możliwości moralnych. Adam Węgrzecki podkreśla nawet, że *ordo amoris* jest w rozważaniach Schelera traktowane jako rdzeń etosu⁵⁰³. Opisując warunki międzyludzkiej interakcji, należy więc odnieść się do tego zamysłu.

Sformułowanie *ordo amoris* można ujmować w dwóch znaczeniach, w zależności, czy mowa jest o osobistych preferencjach w zakresie wartości, czy o pełnym porządku wartości. W pierwszym przypadku – jak wyjaśnia Scheler – chodzi o znaczenie deskryptywne. *Ordo amoris* dotyczy tego, na co ukierunkowuje się konkretna osoba. *Ordo amoris* w takim jednostkowym ujęciu najłatwiej zauważyć, gdy na starania, dążenia, wybory osoby spojrzysz pod kątem dwóch

⁵⁰⁰ Por. tamże, s. 224–229.

⁵⁰¹ Por. M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 356.

⁵⁰² Por. M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt.

⁵⁰³ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 58.

podstawowych aktów – aktu miłości i aktu nienawiści. Akty te, jako siła pobudzająca całą sferę wzruszeniowo-afektywną, ukierunkowują osobę na określone wartości i tym samym wpływają na sposób postrzegania świata. Układ ten jest też nazwany jej „istotowym światem wartości”. To właśnie ten układ (indywidualny etos) sprawia, co jest dla konkretnego człowieka ważne:

„Istotowy świat wartości (*Wertwesenswelt*) jest tym, co ogranicza i określa poznawalny dla niego byt, wydobywa go jak wyspę z morza. Na czym zatrzymuje się jego duch (*Gemüt*), tam znajduje się dla niego <<rdzeń>> tzw. <<istoty>> rzeczy. <<Pozorne>> zaś i <<pochoptne>> wyda mu się to, co oddala się od owego przedmiotu”⁵⁰⁴.

Obok *ordo amoris*, które jest osobistym światem wartości, Scheler wyróżnia także „prawdziwe *ordo amoris*” jako uniwersalną dziedzinę wartości działającą we wszystkich poszczególnych aktach miłości i jednocześnie stanowiącą dla każdego bytu kierunek doskonalenia się. W tym przypadku pojęcie *ordo amoris* ma znaczenie normatywne i odnosi się do obiektywnego świata wartości. Istniejąca hierarchia określa, co może być uznane za godne miłości:

„Idea słusznego i prawdziwego *ordo amoris* stanowi dla nas ideę w pełni obiektywnej i od człowieka niezależnej, odznaczającej się porządkiem dziedziny tego, co godne miłości we wszystkich rzeczach (*Reich der geordneten Liebenswürdigkeiten aller Dinge*) (będąc czymś, co możemy jedynie poznawać, a nie <<ustanawiać>>, tworzyć)”⁵⁰⁵.

Przekonania Schelera na temat porządku miłości są związane z jego teistycznymi poglądami. Ranga wartości jest ustanowiona w sposób absolutny poprzez Ducha osobowego, utożsamianego przez Schelera z Bogiem. Duch osobowy jest wiecznym miłowaniem, a miłując, stwarza rzeczy, ustanawia ich ważność i kierunek ich doskonalenia. W ten sposób nad *ordo amoris* każdego człowieka panuje obiektywne *ordo amoris*, wzywające do urzeczywistnienia prawdziwego porządku miłości. Scheler stwierdza:

„Tym jednym, co we wszystkim uczestniczy, bez czego chcenia nic realnego nie może być realne, dzięki czemu wszystkie rzeczy mają jakiś (duchowy) udział w sobie i są wspólnie solidarne, tym jednym, co je stworzyło i do czego wspólnie one się wznoszą we właściwych i wyznaczonych im granicach – jest owo wszechmiłujące, dlatego też wszechpoznające i wszechchcące, a więc Bóg,

⁵⁰⁴ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 26.

⁵⁰⁵ Tamże, s. 20.

będący centrum osobowym świata jako kosmosu i całości. Cele i istotowe idee wszystkich rzeczy są w nim wiecznie miłowane (*vorgeliebt*) i myślane (*vorgedacht*)⁵⁰⁶.

Człowiek nie jest jednak wezwany do urzeczywistniania obiektywnego porządku w samotności. W odkrywaniu wartości i dążeniu do prawdziwego ładu aksjologicznego bardzo duże znaczenie ma ludzka wspólnota. Osoba jako moralny podmiot poprzez osobiste preferencje w zakresie wartości bierze wespół z innymi odpowiedzialność za panujący ponad jednostkowym bytem porządek miłości⁵⁰⁷. Taka „wspólnota moralna” jest możliwa a nawet konieczna dlatego, że każdy człowiek posiada tylko pewien zasób moralnych możliwości, który jest jednocześnie jego „indywidualnym przeznaczeniem”, a inni mają go uzupełniać⁵⁰⁸. W ludzkiej „wspólnocie moralnej” poszczególne osoby ujawniają się w ich indywidualnym ukierunkowaniu na wartości. Jest to jednocześnie wzajemne przenikanie świata wartości ważnego dla różnych osób. W tym całościowym układzie każdy ponosi odpowiedzialność za współtworzenie jednego porządku miłości. Świat wartości domaga się takiej współpracy ludzi, która gwarantowałaby zachowanie obiektywnego porządku wartości w coraz pełniejszym wymiarze⁵⁰⁹.

Koncepcja *ordo amoris* ukazuje, że problem miłości zajmuje w filozofii Schelera centralne miejsce. Przez pojęcie miłości filozof określa moralne relacje międzyludzkie, co jednak o tyle jest niezręczne, iż samo zagadnienie miłości – jak zresztą sam Scheler zauważa – często jest zniekształcane, więc trudno o poważne potraktowanie tych koncepcji filozoficznych, które do tego terminu się odwołują. Temat miłości może wydawać się zbyt trywialny w kontekście systematycznych rozważań na temat międzyludzkich relacji. Scheler zwrócił jednak uwagę, że o miłości należy myśleć jako o podłożu każdego ludzkiego aktu poznawczo-moralnego. Warto więc prześledzić, w jaki sposób Scheler analizował problem miłości od strony odniesienia osoby do osoby, aby wydobyć właściwe znaczenie słowa „miłość”, odcinając się od dowolnych interpretacji tego pojęcia.

Zgodnie z filozofią Schelera każda osoba powinna być poznawana w „klimacie” miłości, ponieważ jest to najpełniejszy i adekwatny sposób odnoszenia się do istoty ludzkiej. W aktach miłości drugi ujawnia się najpełniej pod kątem jego wartości i wartości, na jakie się kieruje. W miłości odsłania się „rdzeń aksjologiczny (*Wertkern*) osoby”⁵¹⁰. Scheler zauważa:

⁵⁰⁶ Tamże, s. 25.

⁵⁰⁷ Por. M. Scheler, *Istota osoby moralnej*, tłum. M. Skwieciński, w: *Filozofia i socjologia XX wieku*, red. B. Baczko, Warszawa 1965, s. 367 (354–370).

⁵⁰⁸ Por. M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 20–21.

⁵⁰⁹ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 254.

⁵¹⁰ Tamże, s. 232.

„Kto ma *ordo amoris* jakiegoś człowieka, ten ma tego człowieka. Znalazł (*hat*) on dla niego jako podmiotu moralnego to, co w przypadku kryształu stanowi formułę krystaliczną. Owego człowieka przenika spojrzeniem (*durchschaut*) w takim stopniu, w jakim można kogoś przeniknąć. Poza całym empirycznym zróżnicowaniem i skomplikowaniem dostrzega prosto przebiegające podstawowe linie jego życia uczuciowego (*Gemüt*), które bardziej aniżeli poznawanie i chcenie zasługuje na miano rdzenia człowieka jako istoty duchowej”⁵¹¹.

Jednocześnie Scheler wielokrotnie podkreśla, że akt miłości, choć odsłania byt od strony aksjologicznej, to jednak zwraca się nie na wartości, ale na ten konkretny byt – na empirycznie daną osobę. Co więcej, to właśnie w akcie miłości drugi przestaje być kimś anonimowym, ale ujawnia się jako indywidualium, jest rozpoznany od strony osobistego przeznaczenia, jakie ma spełnić w całościowym porządku miłości⁵¹².

Sposób, w jaki druga osoba dana jest w miłości, staje się jeszcze lepiej zrozumiały, gdy weźmie się pod uwagę specyfikę tego aktu. Zdaniem Schelera akt miłości dołącza się do wartości danej jako realna, ale jest ruchem skierowanym na „bycie wyższą wartością”⁵¹³. W ten sposób miłość nabiera twórczego charakteru, ale wciąż oparta jest na odniesieniu do realnego bytu⁵¹⁴. Takie ujęcie drugiej osoby dalekie jest jednak od przedmiotowego ujęcia duchowego rdzenia drugiej osoby. Przedmiotowo może zostać uchwycone jedynie ludzkie ciało, jedność cielesna oraz ośrodek psychiczny. Stąd możliwe jest przedstawianie psychosomatycznych przejawów osoby w postaci stanów. Możemy też przedmiotowo ujmować wartości pozamoralne, „przeżywając je w cudzym przeżywaniu”. W taki sposób dana jest na przykład wartość intelektu drugiej osoby. Natomiast nie jest to możliwe w odniesieniu do ludzkiego ducha⁵¹⁵. Niemożność przedmiotowego ujęcia duchowego rdzenia człowieka wynika z samej Schelerowskiej koncepcji osoby. Scheler stwierdza:

„Osoba jest niepoznana (*unerkante*) i w <<wiedzy>> nigdy nie dająca się zaprezentować (*nie gebbare*) indywidualnie przeżywającą substancją jednoczącą (*Einheitssubstanz*) wszystkie akty, które spełnia jakaś istota; nie [jest] zatem żadnym <<przedmiotem>>, a cóż dopiero <<rzeczą>>”⁵¹⁶.

⁵¹¹ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 16–17.

⁵¹² Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 230–248.

⁵¹³ Por. tamże, s. 239.

⁵¹⁴ Por. tamże, s. 239.

⁵¹⁵ Por. tamże, s. 258–259

⁵¹⁶ Tamże, s. 257–258.

A jednak nie oznacza to, że zbliżenie się do ducha drugiej osoby jest zupełnie niemożliwe. Dostęp do jej struktury noetycznej dokonuje się poprzez współdokonywanie aktów tej osoby. Są to dwa akty poznawcze – „współrozumienie” i „przeżywanie cudzego przeżywania” i jeden akt moralny streszczający się w formule: „pójście za” osobą⁵¹⁷. Ten ostatni akt dotyczy właśnie poruszenia miłości (współmiłowania) i w nim zostaje odsłonięta czysta wartość moralna osoby oraz wartości osobowe⁵¹⁸. Mówiąc o współdokonywaniu aktów miłości, Scheler odwołuje się do przenikania „<<idealnego>> obrazu aksjologicznego (*Wertbild*)”⁵¹⁹ drugiej osoby. A więc w miłości mamy do czynienia z osobą taką, jaką ona jest w istocie, a nie jaką jest w ujęciu egzystencjalno-empirycznym. Stąd Scheler mówi o odsłonięciu się absolutnego bytu osoby, przeciwstawiając go empirycznemu stawianiu się osoby (jej rozwojowi)⁵²⁰.

W myśli Schelerowskiej ważne jest również to, że miłością objęty jest cały człowiek. Miłość pozbawiona jest poznawczego dystansu i poszukiwania jakichś warunków, które drugi podmiot miałby spełnić. Takie bezinteresowne „zapoznavanie” drugiego doprowadza do „wyłaniania się” drugiej osoby w jej idealnym ujęciu⁵²¹. Miłość ma charakter absolutny w tym sensie, że nie jest przenikaniem poszczególnych właściwości człowieka, jego wad czy zalet. Nie jest też ani dążeniem, ani wybieraniem. Daleka jest od racjonalnej oceny i jakiegoś planu wychowawczego. Do powzięcia zamiaru wychowania, dążenia, wyboru itd. może dojść jedynie na podłożu aktów miłości i afirmatywnego odniesienia do wartości drugiego człowieka. W ujęciu filozofii Schelerowskiej tylko wtedy takie zamiary są czymś pełnym⁵²².

Dlaczego jednak tak ważne jest, aby miłość poprzedzała wszelkie celowe dążenie? Scheler przyjmuje, że przy zachowaniu takiego porządku nie dochodzi do narzucania własnych przeżyć czy celów na przedmiot miłości. W miłości (o ile nie podlega ona zniekształceniom) najpełniej zostaje zachowana odrębność drugiego człowieka. Oddany jest jego obiektywny obraz, jeszcze niepoddany żadnym wyobrażeniom czy przedstawieniom. Miłość jako akt intencjonalny uwalnia podmiot poznający od własnych subiektywnych przeżyć i zrelatywizowania bytowego, odsłaniając czystą moralną wartość osoby, ku której akt ten jest skierowany. Jednocześnie, w tym idealnym ujęciu drugiej osoby tkwi domaganie się, aby byt ten był potraktowany w taki sposób, w jaki jawi się w swojej wartości. Jest to „obiektywno-idealne wymaganie stania się całością jeszcze piękniejszą i

⁵¹⁷ Tamże, s. 258.

⁵¹⁸ Por. tamże, s. 258–159.

⁵¹⁹ Tamże, s. 239.

⁵²⁰ Por. tamże, s. 248.

⁵²¹ Por. tamże, s. 256.

⁵²² Por. tamże, s. 243–246.

lepszą”⁵²³. Filozof podkreśla, że takie wezwanie nie może być zrównane ze stwierdzeniem „*powinieneś być*”. Odniesienie się do drugiego z miłością niesie w sobie wezwanie, które jedynie można ująć w formule: „*Stawaj się tym, kim jesteś*”⁵²⁴. Chodzi tutaj raczej o afirmację bytu osoby, takim jakim jest w swoim indywidualnym przeznaczeniu (co poniekąd zawsze pozostaje jakąś tajemnicą i procesem ciągłego odkrywania, adekwatnie do ciągłego stawania się osoby).

Badając filozofię Schelera, można zauważyć, że w intencjonalnym uczuciu (a zwłaszcza miłości) jest coś więcej niż poznawanie wartości osoby i wartości osobowych. W miłości nie tylko dokonuje się najgłębsze i prawidłowe poznanie drugiej osoby, ale także wywierany jest jakiś wpływ na drugiego. Akt miłości nie dotyczy wyłącznie przeżyć osoby poznającej, ale także oddziałuje na człowieka, który jest w ten sposób odkrywany. W oglądzie fenomenologicznym byt jest bezpośrednio dany, ale za sprawą aktu miłości również afirmowany, przywoływany do bycia lepszym niż jest aktualnie. Miłość odnosi się do realnego człowieka, takiego, jakim on jest „tu i teraz”, ale jest ukierunkowana na jego „idealny obraz aksjologiczny”⁵²⁵. Sama specyfika aktu miłości wyraża się w coraz głębszym i doskonalszym udziale w świecie wartości. Stąd osoba o dojrzałej wewnętrznej sferze uczuciowej, której intencjonalne akty uczuciowe pozbawione są zniekształceń, sprzyja odnajdywaniu się innych w świecie wartości. Stwarza dla uczestników tego odniesienia dogodne warunki doskonalenia się. Scheler zauważa:

„Jeśli człowiek kocha jakąś rzecz, jakąś wartość, np. wartość poznania, jeśli kocha ten czy ów twór natury, jeśli miłuje człowieka jak przyjaciela albo jak cokolwiek, to zawsze oznacza, że w swym centrum osobowym wychodzi z siebie jako jedności cielesnej oraz że poprzez jego działanie przyczynia się, sprzyja, afirmuje ową tendencję w innym przedmiocie do [osiągnięcia] szczególnej doskonałości”⁵²⁶.

Takie afirmujące spojrzenie na innego człowieka wydaje się wyjątkowo ważne w sytuacji, gdy człowiek ten nie postrzega siebie w horyzoncie miłości i tym samym nie odkrywa pojedynczych preferencji w kontekście własnej wartości. Osoba o uporządkowanej sferze uczuciowej może odegrać w takim przypadku istotną rolę. Jej akt miłości, wyłaniając idealny byt drugiej osoby, może wzbudzić w tej poznawanej osobie poczucie indywidualnego przeznaczenia. Scheler zauważa:

⁵²³ Tamże, s. 239.

⁵²⁴ Tamże, s. 248.

⁵²⁵ Tamże, s. 239.

⁵²⁶ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 25.

„może być tak, że moje indywidualne przeznaczenie poznaje adekwatnie ktoś inny, aniżeli ja sam; może się również zdarzyć, że ktoś inny bardziej pomaga mi je urzeczywistnić, aniżeli ja sam. Bytowanie, istnienie jeden dla drugiego i poważanie siebie, przybierające formę współ-życia, współ-działania, współ-wierzenia, współ-spodziewania się, współ-tworzenia, stanowi nawet część powszechnie obowiązującego przeznaczenia każdej skończonej istoty duchowej”⁵²⁷.

W doskonaleniu moralnym ważną rolę odgrywają również tak zwane „aksjologiczne wzory”, które są odzwierciedleniem upragnionych wartości w konkretnym bycie. Reprezentowane przez wzory wartości pociągają jako coś lepszego względem moralnej kondycji, w jakiej się tkwi. Odniesienie do wzoru nie ma – przynajmniej pierwszorzędnie – charakteru intelektualnego. Wzoru się nie ocenia, lecz się go pragnie. Wzorem jest ideał, za którym człowiek tęskni i który respektuje, chce go naśladować. Jest on podpowiedzią w zakresie realizacji wartości⁵²⁸.

We wzorze nie chodzi więc o konkretną osobę, która żyła w określonym czasie (choć oczywiście wzór nie wyklucza takiego odniesienia). Do istoty wzoru nie należy historyczne istnienie. Wzorami mogą być zarówno konkretne osoby, jak i fikcyjne postaci. Nie muszą one faktycznie istnieć w określonej rzeczywistości, lecz mogą być wyobrażoną reprezentacją wartości. Wzory można odnaleźć na przykład w mitologicznych opowieściach, jak wzór Odysa. Pragnienie wartości może odnosić się też do różnych dziedzin ludzkiego życia, a co z tym związane, można wymienić różnorakie wzory: zawodowe, rodzinne, narodowe itd.⁵²⁹ Obok osobistych wzorów istnieją również „najogólniejsze modele wzorów”. Poprzez to pojęcie należy rozumieć aprioryczne idee aksjologiczne, które są powiązane z podstawowymi kategoriami wartości. Są to następujące ogólne wzory: artysty, ducha przywódczego cywilizacji, bohatera, geniusza (mędrca), świętego⁵³⁰.

Wzór jest reprezentacją wartości, które odnoszą się do idei osoby, mają postać osobową i w ten sposób odniesienie do wzoru daje poczucie możliwości bycia takim właśnie, jak „ideał”. Scheler pisze: „Wzór wymaga [konkretnego bytu], kształtu duszy”⁵³¹. Filozof wspomina również o tkwiącej w takim odniesieniu „mocy”⁵³² – oddziaływaniu, które skłania do przemiany własnego etosu. Wzory pomagają w naocznym przybliżaniu tych wartości, które emocjonalnie pociągają, ale nie są realizowane. Scheler zauważa:

⁵²⁷ Tamże, s. 21.

⁵²⁸ Por. M. Scheler, *Wzory i przywódcy*, w: tegoż, *Wolność, miłość, świętość*, dz. cyt., s. 206–207.

⁵²⁹ Por. tamże, s. 207.

⁵³⁰ Por. tamże.

⁵³¹ Tamże, s. 208.

⁵³² Tamże, s. 208.

„model wzoru dopiero w połączeniu z materiałem empirycznym historycznych osób staje się zdolny oddziaływać wzorem. Każdy wzór ma moment empiryczny i moment aprioryczny, coś z bytu i coś z powinności, komponent obrazowy i [komponent] wartościowy”⁵³³.

Obok wzorów Scheler rozpatruje również rolę „przywódców”. Przywódcy tym jednak różnią się od wzorów, iż muszą istnieć realnie, aby przewodzić innym. Przywództwo tworzy się w oparciu o socjologiczne uwarunkowania, zachowując relację dominującego przywódcy i osób podporządkowanych. Inne jest też oddziaływanie przywódcy. Przywództwo nie niesie za sobą z konieczności znaczenia wartościującego, lecz postęp. Wyjątkiem jest przywódca, który jednocześnie jest wzorem. W takim przypadku w fenomenie przywództwa pojawia się również aspekt aksjologiczny. Wartości reprezentowane przez przywódcę są wówczas urzeczywistniane w dokonanych osiągnięciach i wraz ze wzrostem konkretnych dóbr⁵³⁴.

Na koniec tego wątku wypada jeszcze zapytać już nie o odniesienie do wzoru, lecz o stawanie się wzorem. Scheler zauważa, że aby być wzorem dla innych, wcale nie trzeba się o to starać, a nawet takie starania byłyby niewskazane. Wzór emanuje autentycznym odniesieniem do określonych wartości i właśnie to staje się pociągające dla innych. Zamiar celowego podjęcia się roli przewodnika w zakresie wartości może łączyć się z ryzykiem, że podmiot będzie starał się ująć aspekt aksjologiczny na sposób przedmiotowy, zatracając rzeczywiste uczestnictwo w świecie wartości. Taki przypadek mógłby być raczej przejawem faryzeizmu bądź nieumiejętności pozostania w postawie pokory, tak ważnej w kontekście odkrywania wartości w sposób bezinteresowny. W związku z tym właściwe nastawienie powinno raczej łączyć się z autentyczną chęcią zgłębiania wartości, aniżeli z analizowaniem, jakie wartości są atrakcyjne dla otoczenia⁵³⁵.

Powyższe uwagi Schelera są istotne z punktu widzenia problemu relacji międzyludzkich i solidarnego uczestnictwa w wartościach. Odślaniają wagę kształtowania wewnętrznego życia uczuciowego. Osoba o rozwiniętej wrażliwości potrafi dostrzegać aspekt aksjologiczny z większą przenikliwością. Może też mimowolnie stać się wzorem dla innych i stwarzać dogodne warunki do odkrywania przez innych nowych odniesień aksjologicznych. Filozofia Schelera jednocześnie poucza, że wszelki program wsparcia i deliberacji w zakresie wartości tylko wtedy może sensownie działać, gdy zamysł ten rozwija się na podłożu miłości. Jeśli podmiot moralny nie afirmuje czystej wartości osoby i wartości osobowych, wówczas wszelki plan dotyczący przewodzenia w zakresie moralnym może zaciemnić czysty wgląd w same wartości. Ponadto, zagłuszenie przeżyć przez

⁵³³ Tamże, s. 207.

⁵³⁴ Por. tamże.

⁵³⁵ Por. tamże.

wodzący kierunkiem relacji koncept może utrudnić zbudowanie wolnej od oceny „przestrzeni” zaufania. Wartości wymagają wsłuchania się i przyjęcia postawy receptywnej, nie zaś „rewolucyjnej”.

2.4. Możliwość odniesienia fenomenologii Schelera do praktyki

2.4.1. Wątpliwości wokół Schelerowskiego ujęcia podmiotu moralnego

Niektórzy komentatorzy pism niemieckiego filozofa pytali o możliwość zestawienia filozofii Schelera z praktyką (np. Jerzy Trębicki, Jacek Filek). Trębicki wychodzi z założenia, że realizacja takiego zadania zależy od możliwości recepcji filozofii Schelerowskiej w intuicji potocznej. Pozostając na poziomie oceny samego ujęcia podmiotu moralnego, należy ocenić, na ile można wprowadzić Schelerowskie idee w warunkach codziennego życia. Sam Trębicki dochodzi do negatywnych wniosków: uznaje, że przekonania Schelera są zbyt wygórowane i nieprzystają do współczesnych realiów. Trudno chociażby o społeczną solidarność czy szerokie zainteresowanie wartościami duchowymi. Stwierdza:

„Trzeba nie być jakiego arystokratyzmu ducha i wrażliwości moralnej, by móc dokonać właściwej preferencji wartości. Uzasadniona jest opinia, iż etyka Schelerowska jest właściwie elitarna i do jej respektowania potrzebne są niepospolite kwalifikacje intelektualne”⁵³⁶.

Pomysł Schelera na podmiot moralny w opinii Trębickiego jest zbyt idealistyczny, aby tę propozycję odnieść do praktyki. Nie wydaje się jednak, że wymagające zapatrywania Schelera należy zlekceważyć. Znaleźli się autorzy, którzy bazując na jego przemyśleniach zaproponowali nowe rozwiązania praktyczne w obszarze pedagogiki, etyki biznesu czy medycyny⁵³⁷. Te przykłady pokazują, że system Schelera nie może zostać uznany za odległy ideał. Jeśli jego poglądy są prawdziwe, to należy uznać, że stanowią aktualne wyzwanie chociażby dla wewnętrznej pracy jednostkowego człowieka. Nawet gdy za Trębickim uzna się, że nie istnieją jednocześnie dogodne warunki dla zbudowania pełnych i doskonałych warunków dla rozwoju wrażliwości aksjologicznej

⁵³⁶ J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 160–161.

⁵³⁷ Por. na przykład prace: S. Sobczak, *Epistemologia wartości Maxa Schelera jako podstawa myślenia pedagogicznego*, dz. cyt.; B. Bombała, *Zastosowanie fenomenologii „moralnego wzlotu” Maxa Schelera do analizy przywództwa*, „*Annales. Etyka w życiu gospodarczym*”, 15 (2012), s. 325–338; R. Glazinski, *The Role of Emotions in Psychiatric Diagnosis*, dz. cyt.

ogółu społeczeństwa, nadal myśl Schelerowska może stanowić wezwanie do samowychowania określonych grup – podjęcia przez nie wewnętrznej transformacji, niezbędnej do lepszego wykonywania powierzonych ról. Na przykład w odniesieniu do lekarzy jest to uzasadnione. Medycy zderzają się na co dzień z sytuacjami, które są doniosłe aksjologicznie, więc wysoko rozwinięta wrażliwość moralna powinna być ambicją tej grupy zawodowej. Podtrzymując taki zamiar, należy jednak zmierzyć się z kolejnym – chyba najbardziej poważnym – problemem filozofii Schelera, jakim są emocjonalistyczne założenia teoriopoznawcze.

W ujęciu Schelerowskim gotowość do spełniania moralnych czynów jest uzależniona od wrażliwości emocjonalnej. Jest to jeden z tych punktów filozofii Schelera, który wzbudził wątpliwości. Niektórzy komentatorzy myśli niemieckiego fenomenologa ocenili negatywnie sam zamysł o poznawczej roli uczuć (np. Jerzy Trębicki, Herbert Spiegelberg, Gerhard Kränzlin)⁵³⁸. Trębicki zarzucił koncepcji Schelera brak naukowości⁵³⁹. System Schelera – w świetle krytyki – nie daje wystarczających podstaw do przekroczenia subiektywizmu na rzecz poznania obiektywnego⁵⁴⁰. A Gerhard Kränzlin nawet określa Schelerowską filozofię „świetną poezją” i „czarującym światopoglądem”⁵⁴¹. Z kolei Wojtyła wykazuje, że Schelerowski podmiot jest ograniczony poprzez własną perspektywę emocjonalną. Na przykład analizując fenomen sumienia, nie można – w kontekście systemu niemieckiego filozofa – dotrzeć do samych wartości, co raczej do przeżycia wartości, podobnie – gdy Schelerowski podmiot zwraca się do wzorów osobowych to nie po to, aby je naśladować, bo są wzorami, ale z uwagi na emocjonalny odbiór wartości, który dopiero skłania podmiot do podążania za wzorami. Według Wojtyły tak zarysowane fenomenologiczne podejście nie nadaje się do naukowego opracowania etyki, ale może posłużyć do opisu faktów etycznych od strony doświadczałnej⁵⁴².

Znalazły się jednak i takie opinie wśród komentatorów, które są bardziej ostrożne, na przykład Władysława Stróżewskiego czy Adama Węgrzeckiego. Węgrzecki nie zgadza się ze stwierdzeniem Wojtyły, wedle którego w systemie Schelera wartości nie są oddzielone od ich przeżywania⁵⁴³. Węgrzecki odsłania tkwiące w Schelerowskiej fenomenologii niuanse, pisze o charakteryzujących poglądy niemieckiego filozofa sprzecznościach, które utrudniają wypracowanie

⁵³⁸ Por. M. Pyka, *O uczuciach, wartościach i sympatii, David Hume, Max Scheler*, dz. cyt., s. 254–269.

⁵³⁹ Por. J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 145.

⁵⁴⁰ Por. M. Pyka, *O uczuciach, wartościach i sympatii, David Hume, Max Scheler*, dz. cyt., s. 255.

⁵⁴¹ G. Kränzlin, *Max Schelers phänomenologische Systematik*, Leipzig 1934, s. 12, cytat za: J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 92.

⁵⁴² Por. K. Wojtyła, *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Makska Schelera*, dz. cyt., s. 120–121. Rozprawa ta, co prawda, orientuje się na realizację tego ostatniego zadania – dotyczy doświadczenia wewnętrznego, jakie miałyby gwarantować wyższą jakość poznania (wpływając przez to na jakość czynu), aczkolwiek i w przypadku takiego wykorzystania filozofii Schelera brak rozłączności przeżycia i wartości byłby problematyczny.

⁵⁴³ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt. s. 69.

na temat jego myśli jednoznacznego stanowiska⁵⁴⁴. Również ocena dokonana przez Stróżewskiego jest znacznie bardziej wyważona niż tych krytyków, którzy w zastosowaniu filozofii Schelera dostrzegają ryzyko popadnięcia w subiektywizm. Stróżewski zaznacza:

„kiedy w określonych teoriach wartości przyjmuje się czynną (ustanawiającą wartość) rolę podmiotu, ma się na myśli zawsze podmiot ludzki. Może on być zresztą rozumiany rozmaicie: jako podmiot transcendentálny, konkretny, zbiorowy (w teoriach socjologicznych) itp. W większości przypadków teorie te prowadzą do aksjologicznego subiektywizmu. Nie są natomiast subiektywistycznymi te koncepcje, które rolę podmiotu ograniczają do <<odślaniania>> czy <<odczytania>> wartości, widząc w tego rodzaju aktach niezbędny warunek ich pełnej aktualizacji”⁵⁴⁵.

Aksjologia fenomenologiczna Schelera wydaje się zachowywać pozycję podmiotu odczytującego świat wartości. Mimo że jest to podmiot, którego poznanie zapośredniczone jest przez ograniczone historycznie etosy, to jednak miarą słuszności postępowania nie jest to, co jakkolwiek człowiek czy grupa preferują, ale ustanowiony przez Ducha osobowego obiektywny porządek wartości – porządek, który znajdując odzew w wewnętrznych przeżyciach osoby, domaga się odczytania.

Interesujące spostrzeżenia ma także Jacek Filek, który ukazuje aksjologię Schelera jako drogę do lepszego postępowania moralnego. Pisze:

„Wszak jeżeli pojąć – bez uprzedzeń – umocnioną przez Maxa Schelera postawę poznawczą, której istotą jest <<miłowanie>>, to przecież jasnym się staje, iż dokonujące się z jej perspektywy badanie ma na uwadze zabezpieczenie wartości. Zaś perspektywa taka nie tylko nie oznacza jakiegoś zagrożenia dla rzetelności myślenia, lecz przeciwnie – dostarcza mu dopiero podstawy i ukierunkowania”⁵⁴⁶.

Filek odpiera także zarzuty skierowane przeciwko samej aksjologii, jakie wysunęli Ludwig Wittgenstein i Martin Heidegger. Pierwszemu zarzuca, że jego krytyka odnosząca się do myślenia bazującego na autonomicznie istniejących wartościach sama jest sądem wartościującym – równie nieweryfikowalnym, jak doświadczenie wartości. Z kolei opinia Heideggera (przynajmniej w jej zasadniczym punkcie) zdaniem Fileka rozmija się z poglądami Schelera – z samą ideą

⁵⁴⁴ Por. tamże, s. 45–48.

⁵⁴⁵ W. Stróżewski, *Istnienie i wartości*, Kraków 1981, s. 32.

⁵⁴⁶ J. Filek, *Z badań nad istotą wartości etycznych*, dz. cyt., s. 14.

autonomicznie istniejących wartości, które jawią się w sumieniu, domagają się realizacji:

„Wydaje się jednak, iż główna siła ataku Heideggera nie trafia w wartość samą, jeśli rozumieć ją tak, jak ukazuje się ona w naszych badaniach. (...) Kiedy Nietzsche pisze: <<Wartości nadał rzeczom człowiek w potrzebie samozachowawczej>>, i kiedy Heidegger pisze: <<Wartość jest uprzedmiotowieniem celów związanych z potrzebami przedstawiającego urządzenia się w świecie jako obrazie>>, obaj mają na myśli co najwyżej pewien rodzaj <<wartości czegoś>>, który zaprawdę niewiele ma wspólnego z poświadczaną w fenomenie sumienia wartością samą”⁵⁴⁷.

Zdaniem Filka krytyka dokonana przez Heideggera nie niweczy odnoszenia się do wartości, tak jak ujął je Scheler⁵⁴⁸.

Biorąc pod uwagę ogół komentarzy, być może trudno o potraktowanie aksjologii fenomenologicznej jako konkurencyjnej propozycji w etyce, ale właściwie – czy trzeba od fenomenologii oczekiwać takich rezultatów? Wystarczy, że w samym zamyśle niemieckiego filozofa odnajdzie się dość spostrzeżeń, które odniesione do praktyki mogą zmienić ją na lepszą. Wydaje się, że byłyby to najbardziej rzetelny test praktycznego zastosowania filozofii. Niestety, taki test zawsze zostaje poza zasięgiem weryfikacji, bo któż może zmierzyć wartość wartości realizowanych za sprawą tej lub innej filozofii? Wydaje się, że jedynie sami filozofowie, przeszedłszy drogę filozoficzną, mogą świadczyć na rzecz jej praktycznej wartości, zarażając innych tym właśnie podejściem. I trochę w ten właśnie sposób broni się myśl Schelera, która będąc zorientowana praktycznie, jeśli nawet nie spełnia wymagań samodzielnej teorii etycznej, to przynajmniej może funkcjonować jako odpowiedź dotycząca wewnętrznego kształtowania postawy i techniki doskonalenia moralno-poznawczego.

2.4.2. Obiektywizm w świetle Schelerowskiego zamysłu teoriopoznawczego

Odnosząc się do systemu Schelera, można postawić wiele zarzutów, jak choćby związanych z brakiem jednoznaczności co do prezentowanych poglądów, aczkolwiek myśląc o problemie samowychowania w zakresie wartości, nie sposób zupełnie pominąć dorobku niemieckiego filozofa. Przedstawione przez niego rozstrzygnięcia pozostają atrakcyjne. Trzeba więc wymienić

⁵⁴⁷ Tamże, s. 20–21.

⁵⁴⁸ Por. tamże.

kilka punktów filozofii Schelera, które może nie gwarantują – często pożądaną w etyce – absolutnej obiektywności, ale dążąc ku niej, nakreślają możliwy kierunek wychodzenia z subiektywizmu, poprzez wypracowanie optymalnych warunków od strony przeżyciowej.

1. Po pierwsze, warto wspomnieć, że Scheler był przeciwnikiem relatywizmu etycznego oraz przyjmował postawę antypsychologiczną w odkrywaniu wartości. Czy wobec tego, filozof tak wybitny i przenikliwy, jakim niewątpliwie był Scheler, mógł popaść w subiektywizm – a więc popełnić błąd, który sam niestrudzenie krytykował? Scheler budował swoją teorię aby przeciwdziałać traktowaniu uczuciowości wyłącznie jako sfery alogicznej. Podjął się szczególnie trudnego zadania, bo z jednej strony chciał obronić obiektywizm wartości, a z drugiej – oprzeć etykę wartości na wewnętrznym życiu uczuciowym (które przecież kojarzy się z subiektywizmem). Samo podjęcie takiego zadania wskazuje, że musiał widzieć w uczuciowości ludzkiej jakieś „stabilne” oparcie dla poznania obiektywnych wartości. Scheler wyróżnił kilka warstw uczuciowości, aby na tym tle pokazać możliwość kierowania się tym rodzajem uczuć, które docierają do reguł tkwiących w aksjologicznym porządku. Zgodnie z jego myślą, nie można „aktowego centrum serca” kojarzyć z fluktuacyjnym charakterem stanów uczuciowych. Należy też z dużą ostrożnością oceniać, czym są same akty uczuciowe, które biorą udział w poznaniu wartości. Pisząc o poznaniu uczuciowym, Scheler nawiązywał do myśli Pascala i jego pojęcia „serca” jako władzy docierania do prawdy. Jest to klucz do zrozumienia, czym są akty uczuciowe. Samo bowiem pojęcie „serce” niekoniecznie wiąże się ze zmiennymi emocjami. Przez różnych filozofów termin ten jest interpretowany bardzo odmiennie. Może być kojarzony z „namiętnością i spontanicznością”, ale też komentatorzy mówią o pojęciu „serca” zupełnie inaczej – jako o „spotęgowanej intuicji intelektualnej”, „zmyśle mistycznym”, jako niezależnym od rozumu centrum „oceny dóbr nadnaturalnych” lub jako o władzy „intuicyjnego, instynktowego poznania faktów”⁵⁴⁹. Odnosząc się więc do uczuć, które biorą udział w poznaniu, należy odróżnić całość dynamicznych przeżyć wzruszeniowo-afektywnych od samej duchowej władzy uczuciowej zdolnej do takiego poznania, które pod względem pewności i ścisłości niczym nie ustępuje poznaniu intelektualnemu. Tak właśnie wydaje się przedstawiać koncepcja „porządku serca” i u Pascala, i u odwołującego się do jego myśli, Schelera.

Przyjmując taką interpretację „aktowego centrum serca”, można stawiać podmiotowi wyzwania o charakterze moralnym i wskazywać na konieczność uwolnienia się od zmiennych przeżyć emocjonalnych siłą wyższych aktów uczuciowych. W tym właśnie rzecz, aby poprzez „aktowe centrum serca”, stawiać opór alogicznym przepływowi emocji po to, aby wyodrębnić treści zapoznane intencjonalnie. Pochopnym byłoby stwierdzenie, że akty uczuciowe charakteryzują się,

⁵⁴⁹ S. Lubańska, *Pascal i Kierkegaard – filozofowie rozpaczy i wiary*, Kraków 2001, s. 29–30.

znamienną dla stanów uczuciowych, spontanicznością.

2. Za obiektywnością poznania uczuciowego przemawia również fakt, że wyższe uczucia zachowują kontakt z zaznaczoną w świadomości treścią także poza przepływem różnego rodzaju stanów wzruszeniowo-afektywnych⁵⁵⁰. Dzięki temu w poznaniu uczuciowym zaznacza się odrębność wartości. O randze wartości nie świadczy ich aktualność w przeżyciu. Poznanie wartości nie jest ściśle połączone z dyspozycją uczuciową podmiotu, taką jaką jest w danym momencie ujmowania wartości. Aktualnie przeżywane wartości mogą być odpychane na rzecz wartości, które są oczekiwane lub były doświadczane w przeszłości, ale obecnie podmiot ich nie doznaje. Człowiek może na przykład tęsknić za prawdziwą przyjaźnią, dobrem, prawdą czy pięknem i odczuwać, czym one są, wcale ich nie przeżywając aktualnie. Można więc powiedzieć, że wartość ujęta w aktach uczuciowych pozostawia jakiś ślad w pamięci, domagając się dokonywania takich wyborów, które nie zniweczą zapoznanej w jakimś momencie życia rangi wartości. Odkryte raz jakości wartości niejako nawołują do przekształcenia życia i do rozwoju sfery uczuciowej w taki sposób, aby odbiór rzeczy był adekwatny względem ich wartości. Możliwość ukierunkowywania się na te odległe wartości – zdaniem Schelera – jest oznaką wolności. Stwierdza:

„Wolność jest nazwą przeżytego związku między wyższą i niemechaniczną przyczynowością a niższą i mechaniczną. Więc istnieją przede wszystkim obiektywne wymagania dotyczące wartości! One powinny zostać zrealizowane”⁵⁵¹.

3. Etyka materialna Schelera kojarzona jest z emocjonalistycznym sposobem ujmowania wartości. Co jednak – wbrew pozorom – nie oznacza, że w systemie Schelerowskim nie ma miejsca na racjonalizm, a tym samym na wsparcie dążeń opartych na aktach uczuciowych poprzez odwołanie do analizy intelektualnej. Trębicki zauważa, że mylimy się w ocenie etyki Schelera, sądząc, że „normy moralne dedukowane mogą być jedynie w oparciu o pozaracjonalne operacje”⁵⁵². Badając zagadnienie „powinności”, filozof opiera się na aksjomatyce i elementach logiki, wedle których należy stawiać:

- 1) wartości wyższe nad niższe,
- 2) wartości pozytywne nad negatywne,
- 3) większą sumę wartości wobec mniejszej (w przypadku gdy chodzi o wartości z tej samej grupy)⁵⁵³.

⁵⁵⁰ Por. M. Scheler, *Dobro a wartości*, dz. cyt., s. 69.

⁵⁵¹ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 164.

⁵⁵² J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 106.

⁵⁵³ Por. tamże, s. 107.

Wobec tego, choć wartości nie są poznawane na drodze racjonalnej, to jednak istnieje możliwość odzwierciedlenia reguł dotyczących wartości.

Scheler zauważa, że gdy wartości są odczuwane prawidłowo i podmiot ma dostateczne predyspozycje pod tym względem, nie trzeba odwoływać się do żadnych norm. Są one zbędne. Osoba o uporządkowanym życiu wewnętrznym podejmuje dobre działania siłą odczuć. Natomiast inaczej jest wtedy, gdy należy odwrócić się od jakiegoś zła. Filozof podkreśla, że celem powinności realnej jest wyeliminowanie wartości negatywnych⁵⁵⁴. Nakazy mają sens, ale właśnie wtedy, gdy pełnią funkcję naprawczą i odpychającą od negatywnego porządku wartości. „Często gorączkowe uczucie nakazów i zakazów jest znakiem, że natychmiastowe odczucie wartości, którym się oddajesz, osłabło lub przynajmniej dążenie przyjęło przeciwny kierunek do tych wartości”⁵⁵⁵ – zauważa Scheler. Ale przy tym Scheler dostrzega potrzebę wsparcia rozwoju emocjonalnego poprzez możliwości intelektualne. Rzetelne zgłębianie wiedzy może służyć kształtowaniu dojrzałości emocjonalnej. Przykładem tego jest – wspomniana już w innym miejscu pracy – odpowiedź służąca rozbudzeniu wiary. Filozof pisze: „Skoncentruj swoją uwagę na treści dogmatu swojego kościoła; spróbuj oddać się temu dogmatowi; wznieś się na poziom wiedzy, który jest warunkiem wstępnym aktu wiary”⁵⁵⁶. Filozofia Schelera w centrum stawia „porządek serca”, ale nie należy traktować tej fenomenologii jako alogicznego poszukiwania wartości. W wewnętrznym życiu uczuciowym, ale także w samym apriorycznie istniejącym porządku wartości jest dość punktów oparcia, których uwzględnienie sprzyja osiągnięciu wyższego poziomu moralnego.

2.4.3. Problem powinności i jego przewycięzenie

Powyższe uwagi były skoncentrowane na ukazaniu, że aksjologia Schelera nie może być łączona z teoriami subiektywistycznymi. Warto jednak jeszcze raz przyjrzeć się Schelerowskiej koncepcji pod kątem problemu powinności, ponieważ poglądy niemieckiego fenomenologa w tym zakresie osłabiają możliwości wykorzystania tej propozycji jako wiedzy przydatnej na drodze doskonalenia moralnego. Zasadniczym problemem jest sposób, w jaki Scheler odnosi się do zagadnienia powinności. Zgodnie z jego poglądami, właściwe odczytanie hierarchii wartości zależy przede wszystkim od rozwoju warstwy emocjonalnej. Jeśli podmiot zaniedbuje pod tym kątem własny rozwój, wówczas – zdaniem filozofa – odniesienie do norm etycznych nie prowadzi do

⁵⁵⁴ Por. M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, dz. cyt., s. 217–221.

⁵⁵⁵ Tamże, s. 220.

⁵⁵⁶ Tamże, s. s. 225.

moralnego samodoskonalenia, a nawet może oddalać od dobra. Poznawanie nowych, coraz wyższych wartości od tych, które są znane, zawdzięczamy jedynie doświadczeniu miłości. W zasadzie tylko prawdziwa miłość jako praakt pociąga do realnych zmian na lepsze. Taki pogląd jednak bardzo zawęża opis możliwości osoby. Jeśli podmiot wykazuje duże braki pod względem wewnętrznych przeżyć, to dlaczego i na jakiej zasadzie miałby przekroczyć swoje wąskie *ordo amoris*, dokonując zwrotu ku wyższym wartościom? Możliwe jest także i to, że człowiek ulega nienawiści, która przecież – jak poucza Scheler – ogranicza horyzont wartości. Co w takim przypadku miałoby skłonić podmiot do zmiany tej negatywnej tendencji zachodzącej w jego życiu uczuciowym, skoro oparcie się na samych normach jest przez Schelera postrzegane negatywnie? Może być też tak, że całe grupy ulegają zafałszowaniom emocjonalnym i kreują tym samym błędne etosy. Pojawia się więc problem weryfikacji złudzeń i możliwości uwolnienia się z aksjologicznych iluzji.

Niestety, pozostając na gruncie filozofii Schelera, trudno znaleźć wyjście z tego rodzaju patologicznej sytuacji. A dzieje się tak dlatego, ponieważ Scheler przypisał uczuciom kluczową rolę w poznaniu wartości. Co więcej, przeżycia o charakterze emocjonalnym stanowią podłoże dla aktów woli i warunkują autentyczny wybór wartości. W momencie zaburzenia pracy wewnętrznego życia uczuciowego (np. w przypadku atrofii uczuć) podmiot moralny właściwie pozbawiony jest rzeczywistego kontaktu z wartościami.

Filozof nie dał wyraźnej alternatywy dla tego rodzaju patowej sytuacji, w jakiej podmiot – naturalnie – może się znaleźć. Wprawdzie Scheler pisze o pogłębianiu wiedzy na temat tego, co słuszne jako ewentualnej drodze do rozbudzania wyższych uczuć, to jednak same czyny pozbawione właściwego przeżycia wartości przedstawia w negatywnym świetle. Kiedy aktom woli nie towarzyszy właściwe uczuciowe przenikanie wartości, zgodnie z tym, co przedstawił Scheler, podmiot najpewniej popadnie w postawę faryzejską lub resentyment.

Zasadniczy problem polega więc na tym, że Scheler nie rozważa konieczności słusznego czynu, a podłożem czynów zgodnych z wartościami czyni przeżycie wartości. Zakładając, że warunkiem dobrego czynu jest dopiero wewnętrzna dyspozycja uczuciowa, a powinność ufundowana jest na przeżyciu wartości, właściwie nie ma znaczenia, jakie czyny są przez podmiot spełniane w momencie, gdy wciąż tkwi on poza oczekiwanym przeżyciem aksjologicznym. Każdy czyn i tak nie byłby dobry, a raczej stwarzałby pozory dobra. Scheler nie zarysował problemu powinności w sposób wystarczający. Wojtyła pisze nawet: „Scheler za wszelką cenę dąży do jej usunięcia z życia etycznego, jakby chciał mówić: raczej niech wartości nie będą realizowane, niżby miały być realizowane z nakazu. Jest on zresztą przekonany o mocy emocjonalnego pociągu, który

wywołuje samo odczucie wartości”⁵⁵⁷.

Pogląd Schelera na ten temat wydaje się kontrowersyjny i niestety pociąga za sobą krytykę. Warto przynajmniej zwrócić uwagę na to, że Scheler wyrażał swoje poglądy w opozycji do Kantowskiego formalizmu etycznego, co mogło wzmocnić potrzebę zaakcentowania sprzeciwu wobec zagadnienia powinności. Fakt ten być może łagodzi ostrze krytyki, ale nie usuwa zarzutów skierowanych pod adresem koncepcji Schelera. Nie wiadomo, w jaki sposób podmiot miałby się zachować, gdy dotyka go permanentny brak wewnętrznego emocjonalnego kontaktu z wartościami. Same imperatywy etyczne – zgodnie z jego rozważaniami – nie są właściwym powodem do zmiany.

Trudno o znalezienie rozwiązań na ten problem przy odwołaniu do samej Schelerowskiej fenomenologii. Koniecznie trzeba więc zdjąć „jarzmo” negatywizmu, jakie Scheler nałożył na czyn dokonywany na podstawie samego uznania norm. Tu tkwi bowiem newralgiczny punkt i zarazem próg filozofii Schelera. Spójrzmy choćby na sytuację lekarzy. Trudno założyć, że jakakolwiek grupa zawodowa osiąga doskonały stan moralny od razu. Prawdopodobnie umiejętność emocjonalnego kontaktu z wysokimi wartościami znajduje się poza zasięgiem wielu osób. Tymczasem odpowiedzialność lekarza za siebie oraz pacjentów jest konieczna w każdej chwili ich wzajemnej interakcji. Postępowanie wedle ustalonych norm jest bardzo istotnym warunkiem niesienia pomocy, bez względu na wewnętrzną dyspozycję podmiotu. Idealem byłaby sytuacja, wedle której lekarze pomagaliby chorym siłą miłości i współczucia, ale jeśli taki stan nie jest osiągalny zrazu albo w ogóle – to warto utrzymać założenie niesienia pomocy i wtedy, gdy po prostu oznacza ono dążenie do dobra na zasadzie obowiązku. Warto więc wzbogacić koncepcję Schelera poprzez odwołanie do takiej propozycji filozoficznej, wedle której poza zgłębianiem życia uczuciowego słusznym byłoby pogłębianie wiedzy na temat reguł tkwiących w wartościach (co zresztą Scheler uznaje), ale także pokora poddania się normom etycznym, bez względu na dyspozycję wewnętrzną podmiotu. Tylko takie rozwiązanie stwarzałoby szansę wyjścia z impasu uczuć.

Scheler obawiał się, że ukierunkowanie woli na cel uznany za dobry rozmija się z faktycznym doświadczeniem wartości i w efekcie z samym dobrem. Czy jednak taka zasada zachodzi zawsze? Odpowiedzią na to pytanie i zarazem podbudową myśli Schelera może być filozofia Pascala (do której Scheler chętnie się odnosił). Obaj myśliciele przyjęli bowiem podobne założenia o primacie uczuć nad rozumem, dla obu ideałem był czyn wynikający z uczuciowego poruszenia, ale Pascal, w przeciwieństwie do Schelera, zupełnie w innym świetle przedstawił

⁵⁵⁷ K. Wojtyła, *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksa Schelera*, dz. cyt., s. 19.

konsekwencje wyłącznego oparcia się na normach. Taka opcja nie była przez francuskiego myśliciela postrzegana negatywnie, co znajduje odzwierciedlenie choćby w następującej, zapisanej piórem francuskiego filozofa, sentencji: „Zabobonem jest kłaść swoje nadzieje w formalnościach, ale pychą jest nie chcieć się im poddać”⁵⁵⁸.

Pascal pochwalał dążenie ku dobru oparte nawet na kalkulacji korzyści. Przy czym zakładał, że powinna to być kalkulacja dokonana przez „niebanalny rozum” i na tyle przenikliwa, aby dążenie do szczęścia zostało obliczone w wymiarze nieskończoności. Tylko w poszukiwaniu najwyższego i nieograniczonego szczęścia można właściwie ocenić pojedyncze wybory. Dla Pascala kierowanie się tym, co w takim horyzoncie jawi się dla człowieka jako najlepsze, jest po prostu oznaką godnej pochwały racjonalności. I choć tkwi w tym podejściu lekka przewrotność, to jednak sam zamysł nie jest pozbawiony sensu. Pascal utrzymywał, że najbardziej doniosłe sprawy wymagają wglądu uczuciowego, bo samo rozumowanie może okazać się niewystarczające. Na przykład: „Nie można udowadniać, że należy nam się miłość, wyszczególniając powody do miłości”⁵⁵⁹. Ale w przypadku braku wyczucia dobra, trzeba wykorzystać wszelkie inne władze wewnętrzne, aby doprowadzić do możliwie najlepszych wyborów. Pascal szczegółowo przedstawia ten problem, analizując sytuację agnostyka, który przychylił się do korzyści wynikającej z uznania istnienia Boga, ale w ogóle nie przeżywa aktu wiary. Filozof ukazuje, że podjęcie konkretnych czynów – takich jak praktyka religijna, postępowanie zgodne z dogmatami i naśladowanie wierzących – może okazać się najlepszą szansą wzbudzenia autentycznych przeżyć. Wydaje się, że przykład ten można też odnieść do problemu kształtowania ukierunkowanej na wartości dyspozycji moralno-poznawczej. Powiedzmy, że ideałem byłoby takie podejście do drugiego człowieka, które rozwijałoby się na podłożu czystego aktu miłości ukierunkowanej na idealną wartość osoby, ale obowiązkiem byłaby troska o jego dobro.

Aksjologia Schelerowska – pomimo emocjonalistycznych założeń teoriopoznawczych – zawiera logiczne zasady, które wskazują, w jaki sposób należy podchodzić do wartości. W samej hierarchii wartości, hierarchii uczuć czy regułach preferencji można wskazać dość zasad, które mogą stanowić punkty odniesienia, również w sytuacji, gdy emocjonalne zaangażowanie nie osiąga oczekiwanego poziomu doskonałości. Warto po raz kolejny zaznaczyć choćby to, że Scheler podtrzymywał, iż urzeczywistnienie wartości pozytywnej jest czymś pozytywnym, a negatywne – negatywnym, a dobro realizuje się w ukierunkowaniu na coraz wyższe wartości od tych, które dane są aktualnie. Same te reguły pozwalają na ocenę relacji międzyludzkich. Odniesienie jednego człowieka do drugiego można nazwać dobrym, gdy jego postępowanie byłoby odzwierciedleniem

⁵⁵⁸ B. Pascal, *Myśli*, tłum. T. Żeleński, Warszawa 1983, s. 187.

⁵⁵⁹ Tamże, s. 41.

ruchu ku coraz wyższym wartościom. Za Pascalem wypadałoby uznać, że trzymanie się już samego takiego obowiązku jest warte pochwały.

Wsparciem na drodze doskonalenia moralnego – poza konkretnymi aksjomatami, tkwiącymi w Schelerowskim systemie wartości – jest też odniesienie do wzorów osobowych. Są one autentycznymi reprezentacjami określonych postaw, a w ten sposób stanowią dla innych podpowiedź w zakresie osiągnięcia możliwego moralnego optimum. Podpatrywanie różnych wzorów może okazać się bardzo pomocne w odkrywaniu nowych odniesień aksjologicznych oraz w lepszym określeniu właściwego porządku wartości. Według Schelera, ale też Pascala, naśladowanie innych ma duże znaczenie w procesie doskonalenia, z tym, że w koncepcji Schelera odniesienie do wzorów osobowych oparte jest na ukierunkowanym na wartości uczuciowym poruszeniu. Z kolei w opinii Pascala naśladowanie jest uzasadnione już choćby poprzez odwołanie do racjonalnej korzyści. Na bazie odpowiedniego rachunku i roztropności człowiek podpatruje innych i podobnie jak oni podejmuje podobne starania, zakładając, że takie działanie może mu pomóc w całościowym rozwoju i osiągnięciu wiecznego szczęścia.

Pascal zdaje sobie sprawę z kluczowej siły emocjonalnego poruszenia, ale wymaga, aby jej brak zastąpiła intelektualna przenikliwość i wola. Inaczej w filozofii Schelera: w obrębie tej propozycji pojawia się warunek uczuciowej dyspozycji, która dopiero miałaby sprawić, że podmiot podąży za wzorami. Przyjmując za Schelerem teorię wzorów osobowych, można jednak same powody zwracania się ku nim rozstrzygnąć w duchu refleksji Pascala, a więc doszukując się racjonalnych powodów naśladowania aksjologicznych wzorów. Jak taka kalkulacja mogłaby wyglądać przy odwołaniu do koncepcji niemieckiego fenomenologa?

W opinii Schelera wzór osobowy jest pociągający, ponieważ jest odzwierciedleniem realizacji wartości. Na przykład jakiś lekarz może być wzorem etycznym ze względu na swój sposób traktowania pacjentów. Aby nazwać go wzorem spełniającym wymagania hierarchii wartości należałoby uznać, że w jego zachowaniu dochodzi do zintegrowania wartości niższych w wartościach wyższych. Jak taki wzór może być rozważany przez osobę, która tych wartości nie czuje? Mimo że same wartości dla potencjalnego naśladowcy byłyby poza zasięgiem doświadczenia emocjonalnego, to jednak pewne cechy wzoru i rezultaty jego czynów mogłyby stanowić tymczasowy punkt odniesienia na drodze doskonalenia. Poza samym uznaniem, że realizacja wartości wyższych jest czymś dobrym, warto zwrócić uwagę jeszcze na to, że realizacji wartości wyższych towarzyszą określone zachowania, które w efekcie są bardziej pozytywne dla podmiotu niż te przeżycia, które towarzyszą realizacji wartości o mniejszej randze. Wydaje się, że podmiot o niskim poziomie rozwoju moralnego dość łatwo ulega niższym wartościom i może widzieć negatywne skutki tegoż w postaci braku wewnętrznej stabilności. Wartości niższe mogą

pociągać intensywnie, ale nie dają głębokiego zadowolenia. W efekcie podmiot o miernym poziomie samowychowania do wartości może odczuwać dyskomfort z powodu braku wewnętrznego spokoju, braku trwalszego zadowolenia itd. – tym samym braku oparcia w wyższych i trwalszych wartościach. W takim przypadku, postawy osób, które spełniają wyższe wartości i charakteryzują się dojrzałymi czynami, mogą być podpowiedzią w zakresie istnienia lepszych opcji. Takie osoby emanują odczuciami o wyższej jakości (odczuciami trwalszymi, głębszymi, dającymi większe zadowolenie), a opierając swoje działania na wyższych i niezależnych od zrelatywizowania bytowego wartościach, potrafią zachowywać stabilną postawę względem zmiennych okoliczności. Naśladowanie tych osób może się jawić jako korzyść, a ich czyny mogą stanowić podpowiedź w zakresie właściwego ukierunkowania na wartości. Czy jednak korzyść jest moralnie uzasadnionym motywem samowychowania?

Dla Schelera – takie myślenie mogłoby prowadzić do postawy faryzejskiej, dla Pascala byłoby szansą na pojawienie się właściwych ukierunkowań uczuciowych. Ta różnica w ocenie wynika z tego, że Pascal, rozwijając swoją filozofię serca, nie zapomniał o tym, że człowiek jest w określony sposób uwarunkowany i poprzez powtarzalność nowych czynności może dojść do modyfikacji swoich zachowań. Stwierdza: „jesteśmy tyleż automatem, co duchem (...). „Najsilniejsze i najbardziej skuteczne dowody tworzy zwyczaj; on urabia automat, który pociąga za sobą ducha bez jego wiedzy”⁵⁶⁰. Pascal nie zapomniał też, że uczucia są deformowane przez wyobraźnię. Biorąc pod uwagę konieczność kształtowania uczuciowości, podpowiada, że należy stawiać sobie racjonalnie zadania, aby to one wytrwale praktykowane tworzyły sposobność stopniowego budowania odpowiedniej dyspozycji uczuciowej. Warto jednak w tym miejscu przypomnieć rzecz chyba dość istotną, a mianowicie, szczęście nie jest w koncepcji Pascala ostatecznym celem, ale jedynie wzmocnieniem właściwych dążeń. Według Pascala, szczęście musi być oceniane w kontekście celów ostatecznych. Leszek Kołakowski zauważa, że rozumowanie Pascala nie jest pozbawione sensu, gdy podmiot początkowo, choćby w minimalny sposób zakłada możliwość istnienia tego, o co zapytuje i z czym łączy oczekiwania dotyczące szczęścia⁵⁶¹ – w przypadku refleksji dokonanej przez Pascala byłyby to Bóg, w przypadku filozofii Schelera musiałyby to być autonomicznie istniejące wartości. I w tym punkcie pojawia się kolejny problem. Czy sam świat wartości – tak jak przedstawił go Scheler – może być wystarczającą podstawą dobrego czynu?

Obawa koncentruje się wokół Schelerowskiej tezy o obojętności wartości na istnienie. Scheler ukazał, że jakości wartości istnieją na sposób idealny. Są niezależne od bytu. A takie ujęcie

⁵⁶⁰ B. Pascal, *Myśli*, dz. cyt., s. 187.

⁵⁶¹ Por. L. Kołakowski, *Bóg nam nic nie jest dłużny*, Kraków 1994, s. 205–206.

problemu rodzi pytanie o to, w jaki sposób wartości mogą być odniesione do realnego bytu. Czy istnieje w wartości coś, co łączy je z bytem? Scheler pisze co prawda o powinności zaistnienia wartości pozytywnych, ale nie wiadomo, jakie jest uzasadnienie takiej powinności w realiach. W samej idei wartości nie można odnaleźć wystarczającego wyjaśnienia. Władysław Stróżewski podaje: „Odwołanie się do tego, że wartość czy dobro jest wartością *a priori*, nie rozwiązuje naszego problemu, gdyż *a priori* odnosi się do <<czystych>> wartości (idei), nie zaś do ich urzeczywistnienia. Dlaczego więc urzeczywistnienie wartości pozytywnej jest czymś pozytywnym, a negatywne – negatywnym?”⁵⁶² Stróżewski widzi w filozofii Schelera lukę, ale dodaje, że możliwe jest uzupełnienie perspektywy aksjologicznej poprzez odniesienie do transcendentaliów. Chodzi bowiem o to, aby nie tylko wskazywać na wartości, ale także w odniesieniu do samego istnienia mówić o wartościowym bycie i wartościowym byciu. Stróżewski w następujący sposób rozstrzyga problem:

„Wydaje się, że jedyna odpowiedź możliwa jest poprzez odwołanie się do jeszcze jednego *a priori*, tym razem jednak nie dotyczącego wartości, lecz samego istnienia. (...) Urzeczywistnienie wartości pozytywnej jest czymś wartościowym (dobrym) dlatego, że pozostaje w najgłębszej <<zgodzie>> z istnieniem, urzeczywistnienie wartości negatywnej jest czymś złym, gdyż popada w konflikt z istnieniem, niwecząc to, co istnieje. Ale wobec tego, trzeba zgodzić się, że istnienie samo nie jest czymś aksjologicznie neutralnym. (...) Istnienie samo broni się przed autodestrukcją. Jest – i <<chce>> być”⁵⁶³.

Wydaje się, że fenomenologia Schelera nie zamyka drogi do rozumowania, jakie zaproponował Stróżewski. Opisany przez Schelera moment roszczenia tkwiący w wartościach, który dotyczy ich urzeczywistnienia, można potraktować jako swego rodzaju wyjście naprzeciw wezwaniu, tkwiącemu w samym istnieniu. Stróżewski widzi możliwość takiego dwustronnego dopełnienia się aksjologii i metafizyki. Stwierdza: „Dialektyka wartości polega na tym, że choć same potrzebują one bytowego podłoża, mają moc – ze swej strony – zwiększania jego metafizycznej mocy”⁵⁶⁴.

Byt domaga się realizacji wartości, zaś wartości – jak to pokazał Scheler – zawierają w sobie moment domagania się, aby były zrealizowane⁵⁶⁵. Scheler nie był zresztą bardzo daleki od takiego zamysłu, gdy w swoich tekstach nawiązywał do myśli św. Augustyna, broniąc perspektywy

⁵⁶² W. Stróżewski, *Istnienie i wartości*, dz. cyt., s. 94.

⁵⁶³ Tamże, s. 94.

⁵⁶⁴ Tamże, s. 67.

⁵⁶⁵ Por. tamże, s. 90–93.

metafizyczno-ontycznej. Za św. Augustynem ukazywał, że nie tylko podmiot w aktach miłości poznaje świat jako dobry, ale również świat wychyla się ku dobru⁵⁶⁶. Podobną rzecz dostrzega Karol Wojtyła, gdy wskazuje, że fenomenologia Schelera odnajduje dopełnienie w racjach, które są zawarte po stronie bytu. Bo choć samo podejście fenomenologiczne może okazać się niewystarczające jako stabilny system etyczny, który przecież – jak podkreśla Wojtyła – powinien uwydatniać problem czynu, to jednak może stanowić wsparcie zasad etycznych od strony opisu doświadczenia wewnętrznego. Konsekwentne podążanie za „regułami” metody fenomenologicznej może doprowadzić do myślenia metafizycznego:

„Ten moment zagadnienia, który nas zmusza do przejścia od metody fenomenologicznej do metody metafizycznej w dociekaniach etycznych, leży jeszcze na terenie doświadczenia fenomenologicznego. Fenomenologicznie mianowicie stwierdzamy normatywny charakter wartości etycznych w analizie aktu sumienia, który sam jako przeżycie należy jeszcze do zakresu doświadczenia fenomenologicznego. Normatywna działalność sumienia zmusza nas do szukania obiektywnych racji, czyli miar dobra i zła moralnego naszych aktów. Wtedy zaś musimy niejako wyjść z przeżycia dobra czy też zła moralnego w tym celu, ażeby to dobro czy też zło ustawić w przedmiotowym porządku dobra, na nim oprzeć”⁵⁶⁷.

Biorąc pod uwagę opinie różnych komentatorów, można stwierdzić, że aksjologia fenomenologiczna rysuje się jako interesująca perspektywa moralnego rozwoju osoby, stanowiąca uzupełnienie metafizyki. Nie bez znaczenia jest też fakt, że właśnie „filozofia serca” ma wzbogacić oparte na normach postępowanie lekarzy. Warunkiem poznania wartości – zgodnie z filozofią Schelera – jest podjęcie aktywnej pracy nad własną dojrzałością poznawczo-moralną. Schelerowski podmiot porządkuje swoje wewnętrzne poruszenia i wchodzi w lepszy kontakt z aksjologicznym uposażeniem świata. W doświadczeniu fenomenologicznym wychwytuje tkwiący w wartościach moment roszczenia, który skłania do tego, aby swoje działania przekształcać zgodnie z rangą doznawanych wartości. W związku z tym odpowiedź na postawione na początku rozdziału pytanie o to, czy oparcie się na emocjonalistycznych założeniach teoriopoznawczych – pomimo wielu wątpliwości – można uznać za słuszne, jest twierdząca. Ryzykowny pogląd o prymacie uczuć trzeba utrzymać. Można jednak potraktować tę tezę nie – jak chciał Scheler – jako warunek dobrego czynu, ale jako ideał, do którego zawsze powinno się dążyć.

⁵⁶⁶ Por. M. Scheler, *Miłość i poznanie*, dz. cyt., s. 34–35.

⁵⁶⁷ K. Wojtyła, *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksa Schelera*, dz. cyt., s. 124.

Myśl Schelerowska inspiruje i poucza, aby czynów dokonywanych na podstawie przyjętych obowiązków nie zrównywać z czynami dokonywanymi siłą aktu miłości. Gdyby były sobie równe, wówczas stawianie wymagań związanych z doskonaleniem wewnętrznego życia uczuciowego byłoby pozbawione sensu. Ma to znaczenie szczególnie w odniesieniu do relacji międzyludzkich. Czynienie dobra dla drugiej osoby w oparciu o normy etyczne nie jest czymś, co można zrównoważyć z uczuciowym odniesieniem do osobowego rdzenia aksjologicznego – do indywidualnego *ordo amoris* drugiej osoby. W tym ostatnim porządku istota ludzka jest uwznioślona za sprawą bycia miłowaną przez Ducha osobowego i to jest perspektywa możliwego odczytania wartości osoby. W tym kontekście człowiek i ludzkie życie powinny być nie tylko ujmowane racjonalnie i dobrze traktowane w ramach przyjętej słuszności, ale także odczuwane i afirmowane. O ile więcej znaczy fakt, że lekarz nie tylko pomaga, kierując się wyznaczonymi normami i racjonalnym odniesieniem do dobra człowieka, ale także autentycznie pragnie i stara się o dobro pacjenta. Warunki poznania wartości, tak jak przedstawił je Scheler, można więc potraktować jako wezwanie do zaangażowanego spełniania przez lekarzy swoich obowiązków. Zgodnie z takim kierunkiem, podmiot, który odnosi się do drugiego człowieka tylko w ujęciu rozumowym, musiałby stwierdzać konieczność szukania drogi do wypracowania wyższego poziomu doskonałości – doskonałości aktów uczuciowych. A jest to ważne szczególnie wtedy, gdy wymagania stawiane lekarzom dotyczą przenikania wartości doświadczanych przez pacjentów, jak to się dzieje właśnie w modelu holistycznym.

ROZDZIAŁ 3. ZASTOSOWANIE MYŚLENIA SCHELEROWSKIEGO DO ROZWIĄZYWANIA TRUDNOŚCI MODELU HOLISTYCZNEGO

Sprowadzenie podejścia holistycznego do problematyki wartości jest jedną z korzystniejszych propozycji dookreślenia nowego modelu w medycynie, ponieważ stanowi doprecyzowanie tej niejasnej koncepcji, ale jednocześnie zachowuje ideę całościowego ujęcia pacjenta i leczenia. Wartości są tym rodzajem bytów, który obejmuje pełnię potencjału istoty ludzkiej. Scheler dobrze uchwycił tę prawidłowość. Ukazał, że ukierunkowanie na wartości dotyczy różnych poziomów ludzkich możliwości. O wartościach można mówić zarówno w odniesieniu do układu psychowitalnego, na przykład wskazując na rzeźkość kondycji, jak i w nawiązaniu do poziomu aktowego osoby, mając na myśli chociażby troskę o życie. Wprawdzie leczenie kojarzy się z poprawą zdrowia psychosomatycznego (którą to wartość Scheler zaliczał do modalności wartości określonej jako to, co szlachetne), to jednak zapewnienie ogólnej dobrej kondycji obejmuje szersze spojrzenie na ludzkie możliwości. Człowiek może dbać o swoje ciało czy psychikę nie tylko pod wpływem nieintencjonalnego odruchu przetrwania, ale także dlatego, że ma do siebie jako osoby szacunek. A to ostatnie ma swoje oparcie w wartościach przekraczających zarówno ciało, jak i psychikę.

Mówiąc o znaczeniu poszczególnych modalności wartości, Scheler przyjął ufundowanie wartości „od góry”. Wartości wyższe rangą umożliwiają właściwy odbiór wartości niższych. Jednocześnie wartości „usytuowane” na niższym szczeblu aksjologicznej hierarchii, na przykład przyjemność czy ból, też nie mogą być lekceważone w całościowym rozumieniu człowieka. One bowiem, chociaż wartościom wyższym od nich nie nadają znaczenia, to jednak wpływają na nie. Zgodnie z myślą Schelerowską sfera noetyczna jest ożywiana przez niższy system organizacji bytowej. Można więc mówić o powiązaniu strony aktowej i psychowitalnej oraz o związku zachodzącym między wartościami odbieranymi na tych różnych poziomach.

Wartości ze względu na ten ogólny zasięg dobrze obrazują ideał całościowego ujęcia człowieka i jego złożonej aktywności. Otwarcie na holistyczne podejście do pacjenta i jego zdrowia mogłoby się rozwijać przy odwołaniu do aksjologii fenomenologicznej. Taki kierunek wymaga jednak określenia sposobu wprowadzenia do medycyny zagadnienia wartości. Niezbędne jest

wyznaczenie ścieżki badania aspektu aksjologicznego, tak aby przystawała do wysokich standardów naukowego dyskursu, jaki podejmowany jest nad kształtem praktyki lekarskiej, ale jednocześnie aby był to opis adekwatny do specyfiki problemu. Scheler zwrócił uwagę na kwalifikacje moralne, od których zależy sukces właściwego poznania wartości. Jego zdaniem konieczne jest przyjęcie postawy filozoficznej i uwzględnienie komponentu przeżyciowego. Postawa nastawiona na poznanie wartości nie może opierać się wyłącznie na ich rozumowym pojmowaniu. Scheler zauważa, że znamienne dla pracy naukowca intelektualne panowanie nad przedmiotem poznania nie jest jedynym sposobem pozyskiwania wiedzy. Ważne odkrycia dokonywane są również na poziomie zaangażowanego udziału w jakościową strukturę świata. W kontekście rozważań Schelerowskich lekarz powinien być nie tylko znawcą zagadnień z danej dziedziny, ale także mędrce, który przekształcając swoje życie zbliża się do istotowej warstwy bytów. Tego rodzaju podejście pierwotnie nie łączy się ze zrozumieniem, lecz z zachwytem – uczestnictwem w odkrywanej „sprawie”. „<<Miłośnik>> poprzedza <<znawcę>>”⁵⁶⁸ – podkreśla Scheler. Tylko zaangażowane odniesienie do świata podtrzymuje czujność na jego treść źródłową. Przy tym Scheler zaznacza, że nie chodzi o nieintencjonalny poryw emocji, lecz o akt uczuciowy, który odsłania przedmiot w pełni jego aksjologicznego uposażenia. Do tego potrzebne jest – mówiąc za Schelerem – ukorzenie własnego naturalnego „Ja” i powstrzymanie impulsów popędowych. Zdaniem filozofa, kto ekstatycznie jest zwrócony ku życiu i ulega wpływom naturalnego światopoglądu, nie jest w stanie zobaczyć duchowej zasady bytu. Człowiek o prawdziwie filozoficznym podejściu do świata pracuje nad sobą, gdyż tylko dzięki określonej postawie może stać się uczestnikiem istotowej struktury rzeczywistości. A to właśnie na mocy bytowego uczestnictwa w tym, co istotowe, najpełniej ją poznaje.

Niebezpieczeństwo „odchodzenia” od istoty rzeczy i „stępania” wrażliwości na aksjologiczne uposażenie świata może jednak następować zarówno w wyniku zbytniego przywiązania do naturalnego światopoglądu, jak i za sprawą bezkrytycznego poddania się nadmiernej dominacji modelu biomedycznego, stąd tak ważne, aby styl myślenia lekarskiego obejmował powrót do podejścia filozoficznego. Przenikając wszystko to, co w obrębie postawy naukowej i naturalnej jest ujęte jedynie jako relatywne względem bytu, należy szukać istoty rzeczy i obiektywnego porządku wartości, bo – jak ukazał Scheler – dopiero w tym świetle możliwe jest pełne rozpoznanie zarówno własnej postawy względem świata, jak i określenie różnych sytuacji życiowych od ich strony znaczeniowej.

Nauka, jak wykazał Scheler, pozostaje zależna od „właściwości witalnych” i „chcienia”, jej rozwój jest poddany przekształceniom zachodzącym w obrębie naturalnego światopoglądu, a tylko

⁵⁶⁸ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 272.

spojrzenie filozoficzne zmierza do uzyskania możliwie najwyższej niezależności od tej dynamiki. Stąd, przyjmując postawę filozoficzną, można zachować krytyczny dystans względem stosowanych metod, rozpoznając, czemu mają służyć. Takie rozważanie ma się dokonać w kontekście hierarchii wartości. Jest to z jednej strony działanie pozytywne, bo koncentruje się na pytaniach o to, czym jest obiektywny porządek wartości i jaki jest „ideał”, o który należy się starać. Z drugiej strony ważne jest rozpoznanie tego, co należy odrzucić, z czego należy się poznawczo wyswobodzić. Identyfikacja dominujących w obrębie stylu myślenia lekarskiego preferencji wartości jest szansą odparcia ewentualnych zniekształceń. W związku z tym próba zastosowania fenomenologii Schelera sprowadza się do trzech zasadniczych punktów:

1. Pierwszym zadaniem jest zbliżenie modelu biomedycznego i holistycznego (ich scalenie). Oba podejścia są metodologicznie różne i w tym leży też ich wartość. Ich powiązanie jest jednak możliwe przez odniesienie do postawy lekarza, który we własnej osobie scala różne perspektywy myślenia o pacjencie i leczeniu. Przyjmując postawę naukowo-badawczą, bierze pod uwagę strukturę psychofizyczną i te wartości, które są znamienne dla tego porządku, zaś tą pozostałą częścią (pozabiomedyczną) byłaby strona aktowa i jej treść, dana już tylko w nastawieniu filozoficznym.

2. Kolejnym działaniem jest określenie zasadniczych błędów w zakresie preferencji wartości, jakie pojawiają się w myśleniu lekarskim, „ustawionym” na styku modelu biomedycznego i modelu holistycznego. Nazwanie zniekształceń pozwala na zajęcie postawy krytycznej i korektę błędnych zachowań poznawczych. Zgodnie z filozofią Schelera człowiek odkrywa wartości poprzez etos, w jakim funkcjonuje, i etos ten jest punktem wyjścia dla oczekiwanej zmiany. W związku z tym, w dominujących zasadach preferencji należy odsłonić możliwe zniekształcenia, aby starania o szersze spojrzenie na leczenie i pacjenta były od nich wolne.

3. Ostatni punkt dotyczy możliwego zastosowania obiektywnej hierarchii wartości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym. Odzwierciedleniem podejścia holistycznego może być próba wsparcia pacjenta w zakresie odkrywania różnych, dopełniających się modalności wartości, a tym samym wzbudzenia całościowych możliwości regeneracyjnych.

3.1. Wprowadzenie podejścia fenomenologicznego

W związku z długo utrzymującym się problemem medykalizacji narasta potrzeba wprowadzenia do medycyny zagadnień humanistycznych. Model biomedyczny nie gwarantuje troski o potrzeby pacjenta. Od lat jest podkreślana konieczność dostarczenia rozwiązań, które staną się wyrazem ochrony wewnętrznego doświadczenia każdej osoby i ważnych dla niej wartości. Najprostszą odpowiedzią na te deficyty jest uwznioślenie potrzeb słabszej strony interakcji. W zakresie badań nad relacją lekarz – pacjent dużo mówi się o prawie do autonomii oraz o zindywidualizowanej koncepcji leczenia. To szansa zmiany, ale czy będzie to zmiana na lepsze? Wydaje się, że wiele zależy od jakości proponowanych metod i ich recepcji w kształceniu lekarzy. Laurence J. Kirmayer wspomina o ryzyku nieuzasadnionego deprecjonowania faktów naukowych na rzecz wprowadzania do medycyny naiwnych humanistycznych wyjaśnień. Sam Max Scheler, pisząc o podobnych zjawiskach, wspomina o niebezpieczeństwie zastępowania nauk szczegółowych „pyszałkową i nieautentyczną pseudofilozofią”⁵⁶⁹, która nie tylko nie doprowadza do właściwego podejścia do badanych problemów, ale także utrwała negatywne wyobrażenia o samej refleksji filozoficznej, tak niezbędnej w dokonywaniu rozsądnych przekształceń. Ta uwaga wydaje się aktualna także i dziś. Model holistyczny z jednej strony ograniczony jest przez przywiązanie do metafor konstytuujących podejście biomedyczne; z drugiej – jest w środowisku lekarzy ignorowany z uwagi na quasi-naukowość, towarzyszącą dyskusjom nad nowym podejściem. Poszukując właściwych rozwiązań, warto wziąć pod uwagę te powody. A to oznacza, że z jednej strony konieczne jest odparcie nadmiernej dominacji stylu myślenia biomedycznego, ale nie mniej ważne jest i to, aby przybliżając perspektywę „pierwszoosobową”, nie popaść w subiektywizm i powierzchowne rozstrzygnięcia.

W kontekście rozwoju modelu biomedycznego liczy się naukowa ścisłość. Nie sposób zanegować tej wartości w medycynie. Podążanie za tą wartością przyczyniło się do wypracowania wielu skutecznych metod leczenia. Co jednak może stanowić epistemologiczny filar modelu holistycznego (w tym postulatu uwzględnienia wartości)? Czy powinniśmy zrezygnować z naukowej ścisłości jako pożądanej jakości w medycynie na rzecz ustanowienia nowych kryteriów? Czy warunkiem wprowadzania nowych metod można na przykład uczynić aprobowaną w podejściu holistycznym wartość subiektywnych przeżyć (wzmocnionych społecznym uznaniem i argumentem z autobiograficznych historii samych pacjentów⁵⁷⁰)? Wydaje się, że ten kierunek nie jest dla

⁵⁶⁹ M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 327.

⁵⁷⁰ O wyważonym podejściu do argumentów i dowodów opartych na autobiograficznych historiach pacjentów piszą Lisa Bortolotti i Anneli Jefferson. Por. L. Bortolotti, A. Jefferson, *The Power of Stories: Responsibility for the Use of Autobiographical Stories in Mental Health Debates*, „Diametros”, 16 (2019), nr 60.

medycyny najlepszy – a przynajmniej nie wtedy, gdy jest traktowany jako oparcie dla praktyki lekarskiej⁵⁷¹.

Wydaje się, że chcąc zachować wysoką jakość usług medycznych, należy i nowe metody podejścia do pacjenta powiązać z jakością „ściśłości”, ale ściśłości szczególnej, specyficznej dla filozoficznego rodzaju wiedzy. Mówi o niej Scheler, wykazując konieczność „uwalniania się” od zrelatywizowania bytowego na rzecz wglądu ejdetycznego, który odsłania sam przedmiot. Zgodnie z takim kierunkiem, rzeczywistość „ma niejako <<przemówić>> do podmiotu poznającego, zaprezentować w fenomenach swoje rysy. Toteż wszelkie z góry przyjęte poglądy na rzeczy, (...) mogą jedynie wpłynąć deformująco na doświadczenie fenomenologiczne. Wymaga ono wyłącznie obecności tego, co się poznaje”⁵⁷². Warunkiem uzyskania tego rodzaju filozoficznej ściśłości Scheler uczynił postawę osoby poznającej, nie zaś metodę. Sama metoda fenomenologiczna nie przyniesie wielkich korzyści. Fenomenologia jako metoda może być dość łatwo przedstawiona i zastosowana, ale samo jej wprowadzenie nie gwarantuje prawdziwości dokonywanych wglądów. Nie można więc zastosować podejścia fenomenologicznego poprawnie, bez uprzedniego poznawczo-moralnego przygotowania. Zdaniem Schelera „postawa moralna jest wstępnym, z istoty koniecznym warunkiem tego szczególnego rodzaju poznania, które zwie się filozoficznym”⁵⁷³. Opisane przez Schelera warunki „moralnego wzlotu” miałyby gwarantować osiągnięcie ściśłości filozoficznej – ściśłości wynikającej z samego esencjalnego podłoża rzeczy.

3.1.1. Konieczność kształcenia filozoficznego na kierunkach medycznych

Fenomenologia wydaje się rozsądną propozycją przekroczenia modelu biomedycznego. Zamysł doskonalenia lekarskiej praktyki za sprawą fenomenologii można skojarzyć z koniecznością wejścia w proces wewnętrznego samowychowania. Jest to jednocześnie powrót do Hipokratesowego ideału lekarza – mędrca. Lekarz modelu holistycznego nie tylko ma posiadać wiedzę biomedyczną i w związku z tym odznaczać się wysokim poziomem poznania naukowego, ale także przenikać wartości, co z kolei – zgodnie z Schelerowską teorią wiedzy – wymagałoby przekształcenia za sprawą fenomenologii postawy poznawczo-moralnej.

Czy jednak takie zadanie jest wykonalne? Próba wydobycia z filozofii komponentów wychowawczych dla lekarzy może się wydawać pretensjonalną ambicją. Współcześnie filozofia

⁵⁷¹ Por. podrozdziały 1.2.3. oraz 1.2.4.

⁵⁷² A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 23.

⁵⁷³ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 266.

rzadko funkcjonuje w takim zastosowaniu. Wojciech Ostrowski zauważa, że obecność myśli filozoficznej w obszarach praktycznych często jest zredukowana do potocznych skojarzeń – dalekich od poważnego traktowania przedmiotu filozofii⁵⁷⁴. Studenci przygotowujący się do zawodu lekarza mają obowiązek zdobycia zaliczenia z filozofii, niemniej jednak, trudno sobie wyobrazić, że wobec konieczności przyswojenia ogromu wiedzy z medycyny mają czas – na programowo mniej istotne – refleksje filozoficzne.

W ubiegłych stuleciach, kiedy medycyna była rozwinięta dużo mniej niż współcześnie, podejście do nauczania filozofii było inne. Dla porównania, w średniowieczu, warunkiem przystąpienia do edukacji lekarskiej było uprzednie nabycie wiedzy w zakresie *artes liberales*⁵⁷⁵ wraz z poznaniem dyscyplin filozoficznych. Taka organizacja nauczania rozwijała u ówczesnych studentów nawyk krytycznego myślenia oraz podnosiła poczucie odpowiedzialności za własne myślenie, jeszcze przed rozpoczęciem edukacji ściśle związanej z lekarską praktyką. Żak wyedukowany m.in. pod kątem humanistycznym mógł dopiero rozpocząć naukę z zakresu medycyny. Wyodrębnienie filozofii i ćwiczenia w tym zakresie stanowiły zachętę do pogłębiania refleksji nad człowiekiem i wyrabiały w przyszłych lekarzach poczucie odpowiedzialności za własne myślenie, jeszcze w oderwaniu od celów medycyny⁵⁷⁶. Filozoficzny namysł był istotnym elementem doskonalenia się do przyszłego wykonywania pracy lekarza.

Badając podejście do kształcenia w średniowieczu, Jolanta Prochowicz zauważa: „Na uniwersytetach średniowiecznych *artes liberales* obok dyscyplin filozoficznych przygotowywały do studiów na trzech wyższych fakultetach: teologii, prawa i medycyny. W tej tradycji intelektualnej *artes liberales* odnosiły się do wykształcenia bezinteresownego, służącego jedynie zdobywaniu wiedzy dla niej samej. Tylko takie wykształcenie było bowiem godne człowieka prawdziwie wolnego. Przeciwwstawiano je kształceniu w duchu *artes illiberales*, odnoszącemu się do kwestii praktycznych”⁵⁷⁷.

Obecnie status filozofii w medycynie nie jest już programowo uwydatniony – nawet gdy filozofia jest wpisana na kierunkach medycznych do siatki zajęć. Filozofia ginie wobec naporu różnych informacji. Tymczasem realia pracy lekarza pod względem etycznej doniosłości

⁵⁷⁴ Por. W. Ostrowski, *Uwagi o kształceniu filozoficznym i dydaktyce filozoficznej*, w: *Philosophiae itinera. Studia i rozprawy ofiarowane Janinie Gajdzie-Krynickiej*, red. A. Pacewicz, A. Olejarczyk, J. Jaskółka, Wrocław 2009, s. 251–254.

⁵⁷⁵ Pojęcie *artes liberales* odnosi się do ogólnego przygotowania, które było podzielone na: *trivium* (gramatyka, retoryka, dialektyka) oraz *quadrivium* (arytmetyka, geometria, muzyka, astronomia). Celem kształcenia w zakresie *artes liberales* było przygotowanie do studiowania filozofii (por. J. Prochowicz, *Uniwersytet – humanistyka – filozofia. Problematyka kształcenia akademickiego w ujęciu Marthy Nussbaum oraz Alasdaira MacIntyre'a*, Lublin 2015, s. 76).

⁵⁷⁶ Por. tamże, s. 76–77.

⁵⁷⁷ Tamże, s. 77.

problemów zdrowia i życia, począwszy od czasu działalności Hipokratesa aż do dziś, nie zmieniły się. W praktyce lekarskiej było i jest wiele skomplikowanych problemów, które wymagają od lekarza namysłu filozoficznego i nabycia kwalifikacji związanych z rozpoznaniem złożoności ludzkiego bytu.

Jednym z takich tematów, który domaga się rozwoju zdolności filozofowania, jest postawa specjalisty względem chorego – zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę konieczność uwzględnienia aspektu aksjologicznego. Aktualnie rozwojem umiejętności związanych z budowaniem relacji z pacjentem najczęściej zajmują się psychologowie, socjologowie i sami lekarze. Za sprawą tych działań poprawia się jakość kontaktu lekarza z chorym⁵⁷⁸. Znane są treningi przygotowane specjalnie dla tej grupy zawodowej, które mają usprawniać budowanie relacji z pacjentem. Dzięki psychologii, propedeutyce danej specjalizacji oraz ćwiczeniom praktycznym dotyczącym badania fizykalnego i zbierania wywiadu, lekarz uczy się właściwych reakcji i postępowania względem różnych zachowań pacjentów. Zdobywa wiedzę o efektywniejszej komunikacji i kształci w sobie empatyczne podejście. Jak zostało jednak pokazane przy okazji analizy trudności modelu holistycznego, podejście psychologiczne czy socjologiczne mogą okazać się niewystarczające do właściwego odczytania sensu doświadczenia wartości. Wydaje się, że w medycynie są takie obszary, które wymagają autonomicznego filozoficznego namysłu, zanim zostaną zoperacjonalizowane do ujęcia psychologicznego czy socjologicznego. Pomijanie dokonań filozofów może okazać się dużą stratą. Mówiąc o wartości filozofowania w odniesieniu do sztuki lekarskiej – oczywiście – nie można mieć na myśli jakiegoś konkurencyjnego wobec innych nauk wyjaśnianie świata, ale szansę pełniejszego i krytycznego podejścia do własnej pracy. A to wydaje się bardziej prawdopodobne, gdy doskonalenie sztuki lekarskiej dokonuje się przy zastosowaniu różnych podejść – zarówno treningu psychologicznego, jak i rozwijania umiejętności filozofowania.

Niestety, w przeciwieństwie do psychologii zdecydowanie trudniej o wykorzystanie w lekarskiej praktyce aksjologii – wyników rozważań filozoficznych. Słyszemy o psychologii stosowanej, ale nieczęsto o filozofii stosowanej – o wykorzystaniu filozofii po to, aby ćwiczyć studentów medycyny w zakresie umiejętności praktycznych. Brak wyraźnej tradycji związanej „z wyjściem” filozoficznego namysłu poza akademicki dyskurs⁵⁷⁹ nie powinien jednak być powodem do zaniechania tego rodzaju starań, skoro filozofia – zgodnie z tym, co twierdzi Władysław Biegański – może być stosowana z pożytkiem w kształtowaniu postaw lekarzy⁵⁸⁰.

⁵⁷⁸ Por. J. Dąbała, *Pacjent świadomy i niepokorny*, „Medicale Tribune”, 2015, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18488,pacjent-swiadomy-i-niepokorny> (3.02.2022).

⁵⁷⁹ Por. W. Ostrowski, *Uwagi o kształceniu filozoficznym i dydaktyce filozoficznej*, dz. cyt.

⁵⁸⁰ Por. A. Raniszewska-Wyrwa, *Myśl etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857–1917)*, „Studia Philosophiae Christianae”, 49 (2013), nr 3, s. 43–70.

Pierwotnie zadaniem filozofii było właśnie doskonalenie do głębszego widzenia rzeczywistości. Filozoficzny namysł miał służyć dobremu życiu. Szeroko na ten temat wypowiedział się Pierre Hadot, analizując filozofię okresu hellenistycznego i rzymskiego. Hadot zauważa, że niegdyś filozofia była traktowana jako sposób życia. Nie chodzi jednak o życie przeciętne, ale takie, które jest przepełnione mądrością. Samo słowo *philo-sophia* tłumaczone jako „miłość mądrości” wyznacza to podstawowe zadanie, o które filozof – ale także każda osoba poważnie traktująca filozofię – musi się starać. Posiadanie mądrości nie jest jednak, jak zauważają starożytni myśliciele, sprawą powszechną. „Filozofia ukazywała się jako ćwiczenie myśli, woli, całego bytu podjęte w staraniu o osiągnięcie pewnego stanu – mądrości, zresztą prawie niedostępnej człowiekowi”⁵⁸¹ – pisze Hadot.

Wydaje się, że właśnie z tego poziomu mądrości poprzedzonego długim namysłem i ćwiczeniami dopiero można było dostrzec znaczenie dobrej praktyki. Wykład filozofii nie był ukierunkowany na dostarczenie recepty na problemy życia. Filozofia nigdy nie była łatwa w zastosowaniu. Najlepszym tego przykładem jest działalność Sokratesa, który nie dyktuje innym, jak mają żyć, ale przez przenikliwy dialog doprowadza swojego rozmówcę do konfrontacji z jego własnym poglądem na świat i stopniowo odsłania prawdę. Platon w metaforycznym obrazie dochodzenia do prawdy przedstawia człowieka poznającego jako tego, kto wyszedłszy z mrocznej jaskini, najpierw oślepiony jest światłem, zanim będzie gotów ujrzeć poszczególne kształty rzeczy⁵⁸². Doskonalenie moralne nie jest więc dodawaniem czegoś do dotychczasowej wiedzy, ale jest procesem wewnętrznego rozbicia i konfrontacji z własnymi przekonaniem, które krępują w dochodzeniu do prawdy.

W starożytności głęboki namysł filozoficzny był kojarzony z kształtowaniem sposobu bycia, ale rozróżniano też wykład filozofii jako systematyczny zbiór wiedzy. Niemniej jednak nie chodziło o uprawianie filozofii dla samego poszerzania teorii. Dostrzegano, że wiedza ma ostatecznie służyć kształtowaniu życiowej mądrości⁵⁸³. Sentencja Epikteta głosi: „Czczy jest wywód filozofa, jeśli się nie przyczynia do uleczenia choroby duszy”⁵⁸⁴.

Tego rodzaju pouczenia świadczą o tym, że niebezpieczeństwo oderwania teorii od sposobu bycia myślicielom antycznym było znane. Między teorią a życiem może istnieć całkowity rozdźwięk, np. świadomość etycznych zasad niekoniecznie znajduje odzwierciedlenie w postępowaniu. Można zastanawiać się także nad niebezpieczeństwem takiego rozszczepienia pomiędzy tworzeniem norm etycznych, które powinny być przestrzegane przez lekarzy, a

⁵⁸¹ P. Hadot, *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, tłum. P. Domański, Warszawa 2003, s. 288.

⁵⁸² Por. Platon, *Państwo*, Księga VII, 514 B, tłum. W. Witwicki, Warszawa 1990.

⁵⁸³ Por. P. Hadot, *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, dz. cyt., s. 291.

⁵⁸⁴ Epiktet, cytata za: P. Hadot, *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, dz. cyt., s. 292.

faktycznym przygotowaniem tej grupy zawodowej do działania zgodnego z nimi. W starożytności funkcjonowało przekonanie, że moralne postępowanie zależy bowiem nie tylko od wiedzy, ale także od ćwiczeń duchowych, właściwych wzorców, lektury itd.

W kolejnych okresach słabnie idea filozofii jako sposobu życia. Pierre Hadot wskazuje, że chrześcijańskie średniowiecze, nawiązując do starożytnych myślicieli, jeszcze z powagą traktuje życiową mądrość wywiedzioną z filozoficznego namysłu. Tak działo się w życiu klasztornym. Jednocześnie w średniowieczu wyodrębniło się pojęcie filozofii jako teorii – zwykle poddanej teologicznym rozstrzygnięciom i służącej jako uzasadnienie jej tez. W ten sposób drogi – filozofii jako sposobu życia oraz filozofii jako teorii coraz bardziej się rozchodziły⁵⁸⁵.

Odniesienie filozofii do sposobu życia zanika coraz bardziej w nowożytności. Filozofia coraz częściej kojarzy się już tylko z wykładami na uniwersytetach i z przekazywaniem systematycznej wiedzy kolejnym pokoleniom studentów. Niemniej jednak zawsze znajdowali się tacy filozofowie, którzy poprzez głęboki namysł wzywali do przekształcenia sposobu życia⁵⁸⁶. Scheler – niewątpliwie – należy do tej grupy. Metoda fenomenologiczna zachowała antyczną tradycję uprawiania filozofii jako narzędzia samodoskonalenia. Ukierunkowane na wartości podejście fenomenologiczne jest związane z procesem przemiany osoby poznającej. Takie rozumienie fenomenologii można już odnaleźć u Edmunda Husserla. Zgodnie z jego myślą

„fenomenologię można byłoby odczytywać jako swoistego rodzaju proces, w ramach którego jej adept staje przed zadaniem rozpoznania siebie w prawdzie własnego bytu oraz wzięcia siebie w jej świetle w posiadanie. W tym sensie fenomenologia byłaby swoistym procesem <<autokonstytucji podmiotu>> (*Selbstkonstitution*) we właściwym mu byciu”⁵⁸⁷.

Hadot stwierdza, że fenomenologia zbliża się do filozofii starożytnej także z racji nastawienia na kształtowanie określonego podejścia do badanych zjawisk⁵⁸⁸. Fenomenologiczny wgląd w istotę rzeczy jest możliwy tylko poprzez przyjęcie przez „amatora mądrości” określonej postawy pokory i miłości do bytu. Być może tego rodzaju metoda zbliżania się do pacjentów byłaby dla lekarzy propozycją alternatywną względem podejścia biomedycznego. Fenomenologia, wymagając transformacji moralnej samego podmiotu poznającego, przybliżyła do odkrycia na nowo siebie samego, a w ten sposób staje się szansą, mówiąc za Schelerem, powrotu do istoty własnego

⁵⁸⁵ Por. P. Hadot, *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, dz. cyt., s. 295–296.

⁵⁸⁶ Por. tamże, s. 297–298.

⁵⁸⁷ M. Adamczyk, *Fenomenologia procesem autokonstytucji, tj. zdradzania się podmiotu do właściwego mu bycia? Refleksja wokół antropologiczno–mistycznych wątków twórczości Edmunda Husserla*, „Ruch Filozoficzny”, 72 (2017), nr 1, s. 30.

⁵⁸⁸ Por. P. Hadot, *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, dz. cyt., s. 297–298.

osobowego bytu, co – jak zostanie pokazane w dalszej części rozważań – nie jest bez znaczenia w kontakcie z innymi i w samym prowadzeniu leczenia. Myśląc więc o kształceniu lekarzy do podjęcia zadań modelu holistycznego, należy mieć na uwadze przede wszystkim rozwój wewnętrzny związany z umiejętnością fenomenologicznego widzenia rzeczy. Scheler zauważa:

„<<Wykształconym>> nie jest ten, kto zna i zdaje sobie sprawę z <<wielu>> przypadkowych określeń jakościowych (*Sosein*) rzeczy (*Polymathia*), czy też ten, kto odwołując się do pewnych prawidłowości, potrafi maksymalnie [trafnie] przewidywać i opanowywać pewne procesy – to pierwsze czyni <<uczonego>>, to drugie <<badacza>> – ale wykształcony jest ten, kto przyswoił sobie pewną *osobową strukturę*, całokształt nadbudowywanych nad sobą w jedność *jednego* stylu idealnych, elastycznych schematów (*für*) naoczności, myślenia, pojmowania, wartościowania i obchodzenia się ze światem oraz z wszelkimi przypadkowymi rzeczami; schematów, które dane są *przed* wszelkim przypadkowym doświadczeniem, poddają je ujednocniającej obróbce i włączają je do *całości* osobowego <<świata>>”⁵⁸⁹.

3.1.2. Zbliżenie podejść biomedycznego i holistycznego

Przy okazji analizy trudności modelu holistycznego wielokrotnie pojawiał się problem zderzenia bazującego na faktach podejścia biomedycznego z nastawionym na wartości podejściem holistycznym. Niełatwo o połączenie tych dwóch płaszczyzn, co może prowadzić nie tylko do zaistnienia problemu metodologicznego, ale także do zagubienia roli lekarza. Problem ten można podjąć w kontekście rozstrzygnięć Schelerowskich. Scheler odróżnił postawę filozoficzną od postawy naukowej: zgodnie z jego poglądami są to dwa różne zachowania poznawcze zmierzające do wypracowania odrębnych rodzajów wiedzy. Pierwsze podejście związane jest z przekształcaniem świata i doprowadza do wiedzy „dającej władzę”, drugie nastawione jest na coraz pełniejsze ukonstytuowanie podmiotu w jego wartości i jest to wiedza kształcąca. Oba mają własną ścieżkę rozwoju: dla pierwszej najważniejsze jest użycie inteligencji, dla drugiej – kluczowy „wzlot moralny”. Filozof pokazuje te rozbieżności na następującym przykładzie:

„Problem [dla] inteligencji wyglądałby na przykład następująco: Teraz boli mnie tutaj ręka – jak

⁵⁸⁹ M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 380.

powstał ten ból, jak można go usunąć? Stwierdzenie tego byłoby zadaniem nauki pozytywnej, fizjologii, psychologii, medycyny. Ale ten sam ból mogę, zajmując wobec tego samego przeżycia postawę dystansu, zastanowienia, kontemplacji, ująć także jako <<przykład>> bardzo osobliwego i ogromnie zadziwiającego stanu *istotnościowego* (*Wesensverhalt*), że [oto] ten świat jest w ogóle naznaczony bólem, złem i cierpieniem. Wówczas zapytam inaczej: Czym jest właściwie <<*sam ból*>>, abstrahując od tego, że teraz go tutaj czuję, oraz jaka musi być zasada rzeczy, żeby było możliwe coś takiego, jak <<ból w ogóle>>?”⁵⁹⁰.

Zgodnie z Schelerowską teorią wiedzy, ukierunkowane na wartości poznanie filozoficzne koniecznie należałoby odróżnić od ukierunkowanego na fakty poznania naukowego. Scheler nie tylko zakładał niezależność filozofii i nauki, ale także podkreślał, że nie należy wyjaśnień dokonywanych na poziomie poznania naukowego zakłócać poprzez wgląd filozoficzny. Nauka sama musi stawiać założenia, usuwać swoje sprzeczności i sama musi formułować wnioski⁵⁹¹. Tym bardziej na odwrót. Filozofia powinna zachować autonomię. Co nie oznacza, że nie istnieje powiązanie tych dwóch obszarów. Rozważania filozoficzne nie powinny zakłócać procesu naukowych poszukiwań, ale mogą być zorientowane na całość nauk i ich założenia. Filozoficzne poznanie obejmuje bowiem istotnościowe podstawy nauki⁵⁹²:

„Dopiero całość nauk *wraz z* ich założeniami, np. matematyka *wraz z* utrzymującymi ją i przez samych matematyków wykrytymi aksjomatami, znowu staje się dla fenomenologii problemem w tym znaczeniu, że owa fenomenologicznie zredukowana całość zostaje jakby wzięta w cudzysłów i poddana badaniu z uwagi na jej naoczne istotnościowe podstawy”⁵⁹³.

Podobnie rzecz się ma z odniesieniem fenomenologii do faktów medycznych. Stosując podejście fenomenologiczne można odsłonić istotę faktów biomedycznych i ich zastosowania.

Przyjmując poglądy Schelera, należy stwierdzić, że konflikt wartości i faktów, o jakim była mowa przy okazji analizy trudności modelu holistycznego, właściwie nie występuje w tak zapisanej postaci, bo są to dwa niezależne obszary, które nie są względem siebie „konkurencyjne”. Co nie oznacza jednak, że w medycynie nie mamy do czynienia z żadnym konfliktem. Zapis opozycji fakty-wartości można uznać jako uproszczone ujęcie rzeczywistego konfliktu, który występuje na poziomie dwóch perspektyw aksjologicznych – jednej stojącej za podejściem biomedycznym i

⁵⁹⁰ M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, dz. cyt., s. 96–97.

⁵⁹¹ Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 264.

⁵⁹² Por. tamże, s. 264–265.

⁵⁹³ Tamże.

drugiej, która jest łączona z orientacją humanistyczną. Na przykład Kazimierz Szewczyk ukazuje, że model biomedyczny jest nastawiony na wartości użyteczne⁵⁹⁴. Z kolei model holistyczny jest mocniej zorientowany na wartości osobowe⁵⁹⁵. I na tym właśnie poziomie może występować faktyczny konflikt. Ujmując problem w ten sposób, w dalszej kolejności należy stwierdzić, że rozwiązanie nie może bazować na opozycyjnym zestawianiu faktów i wartości. Należy raczej dotrzeć do warstwy aksjologicznej obu modeli i na tym poziomie poszukiwać rozstrzygnięć.

Według Schelera choć nauka jest aksjologicznie neutralna (abstrahuje od wartości), to jednak nie jest aksjologicznie neutralny sam światopogląd, który na rozwój nauki wywiera wpływ. Preferencje aksjologiczne, jakie badacz przyjmuje, oddziałują na kształt uzyskanej wiedzy. Należy więc odkryć, co skłania naukowca-badacza do takiego, a nie innego poszukiwania naukowego. Ogólnie, pożądaną wartością dla typu osobowego badacza-naukowca – przynajmniej w europejskim kręgu kulturowym – jest, zdaniem Schelera, chęć panowania, będąca niejako siłą napędową rozwoju nauki. Podobne poglądy wyraża Kirmayer, gdy stwierdza, że za kształt modelu biomedycznego odpowiadają wartości ukryte za tą orientacją. Wśród nich ważna jest potrzeba zoperacjonalizowania badanej rzeczywistości, co znalazło odzwierciedlenie na przykład w mechanistycznym ujęciu ciała ludzkiego, a wraz z rozwojem psychologii w tworzeniu ideału umysłu, który zachowuje kontrolę nad procesami zachodzącymi w ciele.

Gdy problem tworzenia nauki przedstawi się jako postawę „panowania nad światem”, wówczas można już ten rodzaj zabarwionego określonym nastawieniem aksjologicznym zachowania poznawczego zestawić z podejściem holistycznym, jeśli to ostatnie na przykład pojąć jako nastawienie na współuczestnictwo lekarza i pacjenta w wartościach. W takim przypadku opozycja dotyczyłaby chęci panowania siłą inteligencji nad człowiekiem (jako bytem psychofizycznym) oraz chęci współ-przeżywania aktów ducha drugiej osoby siłą wewnętrznej wrażliwości na wartości. W ten sposób można uzyskać spójny „obszar badawczy”, w obrębie którego występują możliwe napięcia (dotyczące wartości kształtujących model biomedyczny a wartości kształtujących model holistyczny) oraz można zestawić obie zachodzące w jednym człowieku tendencje poznawcze, analizując ich wzajemne powiązanie. Zresztą Scheler dokonał takiego zestawienia i ukazał związki zachodzące na poziomie różnych rodzajów zdolności poznawczych i uzyskiwanych za ich sprawą typów wiedzy:

„Linia kierunkowa prowadzi od wiedzy dającej władzę, służącej praktycznemu przekształcaniu świata i możliwym osiągnięciom, dzięki którym możemy go zmieniać, do wiedzy <<kształcącej>>,”

⁵⁹⁴ Por. K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, dz. cyt., s. 229.

⁵⁹⁵ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 75–83.

dzięki której poszerzamy oraz rozwijamy byt i uposażenie jakościowe duchowej osoby w nas”⁵⁹⁶.

Przy tym wiedza dająca władzę obejmuje chęć opanowania przyrody zewnętrznej, jak i zwrócona jest na wewnątrz człowieka, „tzn. zadanie maksymalnego rozciągnięcia mocy i władzy woli, a poprzez nią i ducha również na procesy psychofizyczne organizmu”⁵⁹⁷.

W jaki sposób powyższe rozstrzygnięcia można odnieść do samego podmiotu, którym jest lekarz, o ile – zgodnie z przyjętym ideałem – miałby on łączyć poznanie naukowe z filozoficznym? Podążając za myślą Schelera, w pierwszej kolejności, należy stwierdzić, że rozwój postawy fenomenologicznej jest możliwy, gdy ten typ zachowania poznawczego zostanie wyodrębniony od poszukiwań naukowych. Są to dwie równie istotne postawy, ale każda z nich – jak poucza Scheler – wymaga innej dyspozycji wewnętrznej. Poszukiwania lekarza-fenomenologa są czymś innym niż badania lekarza-naukowca. I póki nie nastąpi w świadomości osoby takie wyodrębnienie, trudno o głębokie wejście w proces autokonstytucji własnej podmiotowości w postawie filozoficznej. Takie wyodrębnienie jest ważne, ponieważ fenomenologiczny „wzlot moralny” wymaga rozwoju swego rodzaju niezależności względem nastawienia typowego dla postawy naukowej. Druga ważna sprawa jest taka, że poznanie fenomenologiczne stoi na szczeblu rozwoju człowieka wyżej niż poznanie naukowe. Chodzi więc o to, aby podmiot, rozwijając swoją naukową działalność, umiał na swoje starania, efekty pracy i sposoby ich zastosowania spojrzeć krytycznie, oceniając ich znaczenie przez pryzmat celów przyświecających wyższym poziomom wiedzy. Scheler zauważa:

„wszelka wiedza służebna wobec pracy i możliwych celów człowieka jako istoty witalnej winna w ostatniej instancji *służyć* wiedzy kształcącej, zaś stawanie się i przekształcanie przyrody *stawaniu się* najgłębszego centrum człowieka, czyli jego *osoby*, a nie odwrotnie, panowaniu nad nią (również zaś każda autentyczna szkoła pracy prawdziwemu szkoleniu kształcącemu)”⁵⁹⁸.

W kontekście postępowania diagnostyczno-terapeutycznego ta uwaga pozostaje ważna. Zmiana, jakiej pacjent doświadcza na płaszczyźnie psychosomatycznej (związana z postępującą chorobą lub leczeniem), może oddziaływać na proces autokonstytucji jego podmiotowości. Fenomenologia rozszerza zainteresowanie w kierunku troski o to, w jaki sposób oferowane leczenie ciała i psychiki może być wartościowane i doświadczone przez pacjenta, ale nie mniej ważne – przynajmniej w

⁵⁹⁶ M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 373.

⁵⁹⁷ Tamże, s. 374–375. Poza tymi dwoma rodzajami wiedzy Scheler wspomina również o wiedzy wyzwalającej. Ten poziom rozwoju człowieka ujawnia się jako udział w „najwyższym bycie i zasadzie wszechrzeczy”. I jest to zdolność dopełniająca dwa pozostałe podejścia.

⁵⁹⁸ Tamże, s. 383.

świetle fenomenologii Schelera – jest i to, jaka jest wartość lekarskiego działania w kontekście obiektywnych wartości i idealnej wartości osoby. Lekarz zdolny do przyjęcia postawy fenomenologicznej mógłby oparte na faktach działania medyczne rozpoznawać pod kątem ich znaczeń, jakie odgrywają w kontekście szerszych odniesień aksjologicznych, związanych ze sferą noetyczną chorego. W ten sposób zbliżałby się do przeżyć pacjenta i jego wartości oraz pozostawał czujny na przejawy leczenia przekraczające aspekty biomedyczne.

Biorąc pod uwagę Schelerowskie rozważania, można powiedzieć, że podejście fenomenologiczne pomaga w odkrywaniu wartości, jakie tkwią za działaniami biomedycznymi, ale nie narusza wewnętrznej spójności wiedzy medycznej. Fakty medyczne można przedstawić od strony wartości związanych z ich tworzeniem lub zastosowaniem, a następnie rozpatrywać ich położenie w odniesieniu do innych wartości, pozostających poza tym wąskim układem problemów medycznych. Fenomenologiczny wgląd jednoczy poszczególne zróżnicowane obszary wiedzy i ustanawia hierarchiczny porządek między poszczególnymi działaniami związanymi z ich zastosowaniem. W ten sposób, przynajmniej w jakimś stopniu, podejście to niweluje opozycję medycyna biomedyczna – medycyna holistyczna i opozycję fakty – wartości.

3.2. Interpretacja trudności przez odniesienie do błędów w zakresie preferencji wartości

Scheler ukazał, że poznanie właściwego porządku wartości jest zapośredniczone w etosach, jakie utrzymują się w określonych grupach społecznych, stąd niezbędny jest krytyczny wgląd w zasady preferencji podtrzymywane w otaczającym nas środowisku. W przypadku lekarzy chodziłoby o namysł nad stylem myślenia lekarskiego, znamionym dla współczesnych przemian modelu medycyny. Taka przenikliwość miałaby służyć uzyskaniu poznawczego dystansu względem narzucanych, błędnych reguł preferencji wartości. Poniżej zostanie rozważony, kolejno, problem nadmiernego uwznioślenia w praktyce lekarskiej wartości utylitarnych oraz zagadnienie subiektywizacji wartości, jako dwóch możliwych zniekształceń aksjologicznych. Scheler oba te problemy ujął jako związane z resentymentem „przesunięcia wartości”⁵⁹⁹.

⁵⁹⁹ Por. podrozdział 2.2.3.

3.2.1. Problem uwzniożenia wartości utylitarnych

Linda i Ezekiel Emanuelowie podają, że koniecznym krokiem na drodze rozwoju relacji lekarz – pacjent jest odparcie modelu informatywnego oraz przewyciężenie nadmiernego przywiązania lekarzy do wiedzy z własnej specjalizacji. Budowaniu porozumienia z pacjentem ma sprzyjać przyjęcie postawy krytycznej względem schematycznego i odtwórczego myślenia⁶⁰⁰. Należy jednak podkreślić, że póki uprzedmiotowienie pacjenta jest podyktowane wyłącznie względami metodologicznymi, póty mamy do czynienia z właściwym użyciem zdolności poznawczego „panowania” nad przedmiotem badania. Problem pojawia się jednak wtedy, gdy metoda niejako „bierze górę” nad samym podmiotem i staje się nie tylko narzędziem opisu i rozumienia procesów zachodzących w sferze psychosomatycznej, ale także stylem życia i sposobem komunikowania się z drugim człowiekiem. Lekarz skupiony wyłącznie na faktach medycznych i procedurach informuje pacjenta o możliwych ścieżkach terapeutycznych, ale nie jest zainteresowany tym, czym one dla pacjenta są – w jaki sposób pacjent wartościuje poszczególne propozycje.

Odtwarzanie określonych schematów postępowania niewątpliwie jest istotnym filarem leczenia. Postępowanie zgodne z modelem informatywnym wydaje się gwarantować większą odrębność postępowania medycznego, czyniąc je niezależnym od podmiotowej interakcji z chorym – i w tym sensie jest to podejście prostsze i stabilniejsze od modelu pracy z pacjentem, który wymaga od lekarza przenikania wartości osobowych. Ale jeśli tego ostatniego brakuje, wówczas może dochodzić do nieuzasadnionego zawężenia świata wartości jedynie do tych jakości, które dają się ująć przedmiotowo. W taki sposób – jak wynika z przemyśleń Schelera – można opisać wartości pozamoralne, np. intelektu bądź siły artystycznej, ale nie jest to już możliwe w odniesieniu do czystych wartości osobowych, które Scheler kojarzy z wartością moralną osoby⁶⁰¹. W wąskim, nastawionym na racjonalną instrumentalizację podejściu słabnie szansa na zrozumienie związanych z leczeniem głębszych motywacji pacjenta – cała perspektywa sensu przewyciężania choroby. Należy więc zwrócić uwagę na to, z czego wynika zawężenie możliwości poznawczych w praktyce lekarskiej i jak można ten problem opisać.

Scheler wykazywał, że aby dobrze poznać rzeczywistość, należy zachować dbałość o obiektywny porządek wartości, ponieważ w świetle aksjologicznego ładu ujawnia się pełnia jakościowego uposażenia świata. Duże znaczenie w uzyskaniu takiego stanu rzeczy odgrywa dbałość o właściwy stosunek poszczególnych rodzajów wiedzy i celów, jakie przyświecają ich

⁶⁰⁰ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2226.

⁶⁰¹ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 258–259.

tworzeniu. Chodzi o połączenie wiedzy naukowej (zwróconej na opanowanie świata), wiedzy kształcącej (pozwalającej na poznawcze uczestnictwo w istocie bytów) i wiedzy wyzwalającej (ukierunkowanej na to, co istnieje w sposób absolutny). Całościowe podejście jest koniecznym warunkiem prawidłowego rozwoju człowieka, co Scheler wyraża następująco: „Człowiek, powiada Goethe, potrzebuje trzech [rodzajów] czci: w obliczu tego, co znajduje się ponad nim, poniżej i obok niego”⁶⁰². Taki jest ideał. Same realia Scheler oceniał krytycznie:

„Otóż spośród tych trzech ideałów wiedzy najnowsza historia Zachodu i jego samodzielnie rozwijających się odrośli kulturowych (Ameryka, *etc.*) uprawiała systematycznie w sposób coraz to bardziej jednostronny *wiedzę nastawioną na osiągnięcia*, ukierunkowaną prawie jedynie na możliwe praktyczne przeobrażanie świata, w formie respektujących zasady podziału pracy nauk szczegółowych. Wiedza kształcąca i wyzwalająca schodziły w późnej historii Zachodu coraz bardziej na dalszy plan”⁶⁰³.

Scheler badał różnego rodzaju zniekształcenia w obrębie preferencji wartości, które są wynikiem zbyt wąskiego rozwoju zdolności poznawczych. Jego opinię można odnieść do sytuacji współczesnych lekarzy i ich możliwości kształcenia się. Czy aktualne warunki rozwoju lekarzy są lepsze, niż było to za życia Schelera? Z rozważań dotyczących tej kwestii, jakie zostały przeprowadzone na początku rozdziału, wynika, że współcześni lekarze nie mają – przynajmniej programowo – zbyt wielu okazji do namysłu filozoficznego nad człowiekiem. Brak ten może wpływać na późniejszy sposób podchodzenia do wyzwań związanych z relacją z pacjentem. Tym bardziej jest to niepokojące, iż okoliczności pracy lekarzy nie wydają się sprzyjające dla wykazania przez nich zdolności moralno-poznawczych. Utrzymujący się biomedyczny program leczenia może tłumić spontaniczną troskę o chorego. Lekarze są kontrolowani i muszą liczyć się z szeregiem wytycznych i z publicznie wyrażanymi opiniami na ich temat. Taka sytuacja osłabia jednak system wewnętrznej odpowiedzialności i uderza w subtelną wartość zaufania do lekarzy. Traktuje się ich jako osoby, które należy weryfikować i oceniać, a stosunkowo mało mówi się o zaufaniu w odniesieniu do ich możliwości i własnych pokładów moralnych⁶⁰⁴.

Na podstawie analizy barier uniemożliwiających wprowadzenie ideałów modelu holistycznego można przypuszczać, że „aksjologiczny klimat” współczesnej zachodniej sztuki lekarskiej stanowi podatny grunt do powstawania iluzji w obrębie wartości. W praktyce lekarskiej

⁶⁰² M. Scheler, *Człowiek w epoce zacierania się przeciwieństw*, dz. cyt., s. 225.

⁶⁰³ M. Scheler, *Formy wiedzy i kształcenia*, dz. cyt., s. 374.

⁶⁰⁴ Por. N. Edwards, M.J. Kornacki, J. Silversin, *Unhappy Doctors: What are the Causes and What Can Be Done?*, „BMJ Clinical Research”, 324 (2002), nr 7341.

coraz bardziej widoczny jest, znamieny dla powstania resentymentu, problem pogłębiającego się napięcia między poczuciem siły i ambicji, wynikającej z posiadania wiedzy medycznej i wciąż wysokiego statusu tej grupy zawodowej, a poczuciem bezradności związanej z nadmiernymi oczekiwaniami skierowanymi do lekarzy. Trudno oczywiście uznać, że taka reguła zachodzi zawsze – zwłaszcza, gdy pomyślimy o ogóle lekarzy (jest to w końcu bardzo różnorodna grupa). Nie jest jednak celem tych rozważań ocena skali zjawiska, co raczej wydobyć istoty trudności. Nawet, jeśli lekarze niekoniecznie ulegają resentymentowi, to można przynajmniej – używając języka Schelerowskiego – powiedzieć, że w stylu pracy lekarza tkwi „groźba resentymentu”⁶⁰⁵.

Jeśli wierzyć temu, co Kirmayer przedstawia na temat trudności wprowadzenia ideału holistycznego, to możemy tylko uznać, że sytuacja lekarzy jest bardzo podobna do tej, o jakiej wspomina Scheler w odniesieniu do jego czasów. Preferowane wartości wydają się te same. Nadal w myśleniu lekarskim odznacza się potrzeba „instrumentalizacji” przedmiotu badania. Można zaryzykować stwierdzenie, że w obrębie praktyki lekarskiej dochodzi do zachwiania równowagi trzech ideałów wiedzy także i dziś. Mimo iż rozważania nad wielosystemowym ujęciem zdrowia przypominają o konieczności szerszego namysłu nad człowiekiem, to jednak sam model holistyczny jest wprowadzany przy podtrzymaniu etosu modelu biomedycznego. W tak wąskiej optyce nie jest możliwe zrozumienie wyższych możliwości osoby i jej bytowego uczestnictwa w wartościach.

Ujmując problem od strony negatywnej, można powiedzieć, że praktyce lekarskiej grozi zawężenie horyzontu wartości i zachowań poznawczych do podejścia utylitarnego, co można za Schelerem określić przesunięciem w obrębie wartości, gdzie wartości użycia (znamienne dla modelu biomedycznego) są ważniejsze niż osobowe, zależne od rozwoju wiedzy kształcącej. Aby wybrnąć z tej sytuacji, w pierwszej kolejności wypada zbadać, w jaki sposób przejawia się nadmierne przywiązanie do wartości wywodzących się z biomedycznego stylu myślenia, bo to one rzutują również na sposób recepcji ideałów holistycznych. Chodzi oczywiście o te sytuacje, kiedy postępowanie lekarza zaczyna godzić w obiektywną hierarchię wartości. A dzieje się tak, gdy biomedyczny styl myślenia wpływa na całościową aktywność lekarza, determinując jego sposób widzenia osoby chorego również poza postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym. Problem polega więc na tym, że wartość „panowania” jest na tyle istotna dla lekarza, że trudno mu o doświadczenie siebie i drugiego człowieka na mocy uczestnictwa w wartościach wyższych. Ogólnie można więc powiedzieć o przedłożeniu wartości utylitarnych nad wartości wyższe. I odpowiednio, wywyższeniu zdolności instrumentalizacji przedmiotu badania za pomocą wiedzy empirycznej bądź instrumentów formalnych (przy wykorzystaniu matematyki, logiki) ponad zdolność uczestnictwa

⁶⁰⁵ M. Scheler, *Resentyment a moralność*, dz. cyt., s. 56.

bytowego w wartości drugiej osoby. Fritjof Capra problem ten przedstawia jako nadmierne uznanie dla wartości kontroli, która jest kojarzona z posiadaniem siły⁶⁰⁶. Analizy przeprowadzone przez autora także pokazują, że w stylu myślenia lekarskiego może zachodzić zjawisko resentymetu (przesunięcia wartości). Można pod tym kątem spojrzeć na następujące przykłady:

1. Umiejętność opanowania sytuacji przez lekarza jest promowana już w trakcie edukacji. Capra mówi nawet o „niezdrowym systemie wartości w edukacji lekarskiej”⁶⁰⁷, wskazując na wysoki poziom konkurencji i krzewienie ducha rywalizacji jako cnoty:

„Ponadto szkoły medyczne propagują z zapałem bardzo jednostronny system wartości spod znaku <<macho>> oraz usilnie tłumią takie wartości jak intuicja, wrażliwość oraz zamiłowanie do pielęgnacji i wychowania, rozwijając jednocześnie nastawienia racjonalne, agresywne i konkurencyjne”⁶⁰⁸.

W kontekście takich nastawień możliwość wykazania wyników własnej pracy jest oznaką wartości lekarza. Dbalność o dostarczanie dowodów bycia dobrym lekarzem i doprowadzenie do wdzięczności za efekty pracy mogą stać się wyżej cenionymi wartościami i bardziej pożądanymi przeżyciami niż pragnienie czynienia faktycznego dobra dla pacjentów.

2. Problemy, których lekarz nie może opanować, są wypierane, dewaluowane lub przedstawiane w uproszczonej, aczkolwiek gubiącej ich istotę postaci, na przykład dotyczy to wpływu trudnych do jednoznacznego określenia aspektów psychologicznych, społecznych, środowiskowych, problemu uzdrawiania, problemu duchowości, sensu cierpienia, istoty procesu umierania, problemu bezradności czy kwestii przyznania się do niepowodzenia. A już skrajnym podejściem do niełatwych do zrozumienia problemów jest ośmieszenie „nośników” czy „wzorców” reprezentujących wypierany porządek wartości. Takie zachowanie ma doprowadzić do obniżenia rangi ewentualnych problemów, wymagań i oczekiwań, z jakimi lekarz powinien, a nie chce się mierzyć. Capra podaje przykład nazywania niewygodnych pacjentów określonymi przywarami⁶⁰⁹. Takie postawy mogą w środowisku lekarskim utrwaląć określony negatywny stosunek do niewygodnych kwestii. Według Schelera typowe dla resentymetu mechanizmy postępowania są ukierunkowane na podtrzymanie i rozszerzanie fałszywego porządku wartości na możliwie najszerszą skalę i uzyskanie społecznej „zgody” na ignorowanie tych kwestii, które nie poddają się opanowaniu. Wydaje się, że w społeczności lekarzy również może dochodzić do tego rodzaju

⁶⁰⁶ Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 170–223.

⁶⁰⁷ Tamże, s. 201.

⁶⁰⁸ Tamże, s. 220.

⁶⁰⁹ Por. tamże, s. 209.

uprzedzeń, w tym przypadku ukierunkowanych na ideał całościowego podejścia do pacjenta. W świetle wiedzy dającej władzę ideał ten jest „niewygodny”, ponieważ wyższe struktury bytu nie mogą być badane przy zastosowaniu metod dających poczucie poznawczej dominacji i kontroli. Dochodzi więc do jego odrzucenia.

3. Ignorowany jest związek zachodzący pomiędzy umysłem a ciałem. Pomijane jest ujęcie psychologiczne. Nie jest brany pod uwagę wpływ kondycji psychicznej pacjenta na powstanie choroby i znaczenie, jakie nastawienie psychiczne odgrywa w powrocie do zdrowia⁶¹⁰. Na przykład w wąskiej optyce biomedycyny ból jest rozpatrywany jako wskaźnik zaburzenia fizjologicznego, mimo iż w wielu przypadkach jego przyczyny obejmują szersze okoliczności⁶¹¹. Tę prawidłowość najpewniej mogą wykazać psychiatrzy, dlatego bywa, że są traktowani jako potencjalne zagrożenie dla modelu biomedycznego. Psychiatrzy są grupą tych specjalistów, którzy podejmując zagadnienia umysłu, niosą nadzieję przekroczenia fałszywego porządku wartości. W kontekście nowych perspektyw leczenia i podchodzenia do pacjenta, o jakich przypominają psychiatrzy, mogą się ujawnić defekty redukcjonistycznego podejścia przyjętego przez lekarzy wielu innych specjalności, co oczywiście nie jest pożądaną sytuacją, w świetle utrwalonych odniesień aksjologicznych. Mechanizmy znamienne dla resentymentu miałyby się przejawiać jako odpieranie szansy na przekroczenie przez psychiatrów podejścia biomedycznego. Rola psychiatrów – jak zauważa Capra – bądź jest dewaluowana przez innych specjalistów, a sama psychiatria traktowana jest jako specjalizacja drugiej kategorii, bądź psychiatrzy chcąc dostać się do quasi-elitarnej grupy specjalistów, ulegają resentymentowi, porzucając rzetelne badania nad złożonością problematyki dotyczącej ludzkiego umysłu na rzecz uwznioślenia również w psychiatrii orientacji organicznej. W świetle fałszywego porządku wartości mniejsze znaczenie ma podjęcie przez lekarza psychiatrię wymagającego problemem psychofizycznego niż wpisanie się w etos wypróbowanego od lat medycznego scjentyzmu⁶¹².

4. Kolejnym przejawem przesunięcia wartości jest skupienie lekarza na własnej specjalizacji przy jednoczesnym braku gotowości do postrzegania chorób jako zaburzenia całego organizmu, zaburzenia ogólnoustrojowego. Definiowanie problemów zdrowia w kontekście wąskiej specjalistycznej wiedzy daje poczucie spójności, fachowości i panowania nad przypadkiem, a więc pomaga lekarzowi w najszybszym osiągnięciu pozornej kontroli nad sytuacją. Dopuszczenie szerszego, pochodzącego od innych specjalistów lekarzy spojrzenia na przypadek może rozbić spójność jednostronnie ocenianych faktów. Rodzi się pokusa jak najdłuższego podtrzymywania

⁶¹⁰ Por. tamże, s. 179.

⁶¹¹ Por. tamże, s. 195.

⁶¹² Por. tamże, s. 196–198.

ścieżki terapeutycznej, podjętej zgodnie z wąską i jednoznaczną, ale niekoniecznie trafną diagnozą⁶¹³.

5. Nastawienie na opanowanie świata doprowadza do wyeliminowania z dyskursu lekarskiego myślenia filozoficznego oraz sposobu zadawania pytań, jaki umożliwia krytyczne podejście do metod stosowanych w leczeniu. Już choćby filozoficzne pytania takie jak: *Czym jest zdrowie? Czym jest choroba? Czym jest leczenie?* mogą wprowadzać niemałe zakłopotanie, gdy odpowiedź na nie ma być rozpatrywana poza wiedzą medyczną⁶¹⁴. Dzieje się tak wtedy, gdy tradycja rzetelnego myślenia filozoficznego nie jest podtrzymywana. Capra podkreśla, że konsekwencją ignorowania refleksji filozoficznej jest utopijne podejście do leczenia. Lekarz nastawiony na wartości paradygmatu biomedycznego traktuje śmierć jako niepowodzenie i dąży do celu, jakim jest wyeliminowanie przedmiotowo pojmowanych chorób, chociaż cel ten sam w sobie jest fikcją⁶¹⁵. Z kolei Scheler zauważa, że śmierć jest realnością, którą człowiek w postawie naturalnej przyjmuje. Pozostając jednak pod wrażeniem mechanistycznej koncepcji ciała ludzkiego, można ulec złudzeniu, że granica śmierci bywa dowolnie przesuwana. Śmierć „pod mikroskopem analizy i <<nauki>> zdaje się przeobrażać w wielość przechodzących w siebie nawzajem drobnostek!”⁶¹⁶. Takie podejście doprowadza do kolejnych negatywnych konsekwencji i zafałszowania wartości, co filozof opisuje z ironią:

„Skoro nie ma naturalnej śmierci, (...) to muszą też rzeczywiście istnieć długo poszukiwane <<środki przeciw śmierci>>. Można uważać jedynie za brak <<postępu>> naszej dotychczasowej medycyny, jeśli nie za przewinę moralną <<nie starających się należycie>> lekarzy, że ludzie ciągle umierają. Przecież *każdą* maszynę da się zasadniczo znowu naprawić. Byłaby to doprawdy jakaś nie pozbawiona winy niewiara w ludzką energię i zręczność, gdyby w śmierci upatrywać absolutne i ostateczne urządzenie (*Einrichtung*) w świecie. [Postąpić] jeszcze jeden krok dalej, i <<nauka>> staje się tutaj farsą (*Posse*), jak można o niej przeczytać – częściowo na serio, częściowo satyrycznie – w pragmatycznej książce amerykańskiej *Der Unflug des Sterbens*, w której śmierć definiuje się jako europejskie <<niedbalstwo>> woli”⁶¹⁷.

Człowiek nieuchronnie zmierza ku śmierci, a zdrowie i choroba są procesami daleko bardziej złożonymi, niż dyktuje to myślenie biomedyczne. Sprawa ta jest oczywista, ale niełatwa do

⁶¹³ Por. tamże, s. 214–215.

⁶¹⁴ Por. tamże, s. 199.

⁶¹⁵ Por. tamże, s. 199.

⁶¹⁶ M. Scheler, *Śmierć i dalsze życie*, w: tegoż, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, dz. cyt., s. 102.

⁶¹⁷ M. Scheler, *Śmierć i dalsze życie*, dz. cyt., s. 102–103.

uwzględnienia w wąskim horyzoncie wartości i w kontekście braku moralnego przygotowania do mądrego podjęcia tych zagadnień. Konieczna jest refleksja filozoficzna, która dostarczyłaby adekwatnych opisów wspomnianych problemów i która by pomogła osiągnąć wewnętrzną stabilność, gdy medycyna, psychologia i wyuczone schematy nie służą wystarczającym oparciem. Brak refleksji tego typu powoduje, że nawet jeśli lekarz jest świadom tych głębszych spraw, to może nie dysponować odpowiednim przygotowaniem i zasobem wartości, które pomogłyby mu wykorzystać osobowy potencjał, jaki sam posiada i jakim jest obdarzony pacjent, aby nie tylko orientować wysiłek w kierunku zwalczenia choroby, ale także aby zająć autentyczną postawę wobec tych niełatwych spraw, a nawet pomóc pacjentowi w mądrym i adekwatnym spojrzeniu na nieuchronne trudności i straty.

6. Przywiązanie do podejścia biomedycznego nie jest problemem wyłącznie personelu medycznego, ale także pacjentów. Lekarz nie tylko musi mierzyć się z kontekstem wartości narzucanych przez społeczność specjalistów tworzących system opieki zdrowotnej, ale także z nastawieniami pacjentów:

„Model biomedyczny jest dziś czymś więcej niż tylko modelem. Wśród zawodowych lekarzy zyskał status dogmatu, a dla szerokiej publiczności nierozzerwalnie łączy się z powszechnie obowiązującym systemem przekonań kulturowych. (...) Ponadto lubimy w ogóle pod płaszczykiem medycznej diagnozy ukrywać problemy natury społecznej”⁶¹⁸.

Capra podkreśla, że społeczeństwo jest wychowane w duchu modelu biomedycznego, więc oczekiwania chorych mogą także zawęzić perspektywy lekarskiego rozwoju i wprowadzać błędy w zakresie preferowania wartości. Na przykład pacjent może postrzegać własne życie instrumentalnie, projektując pomysł na jego lepszą jakość. Natomiast Scheler mówi o problemie błędnego pojmowania wartości witalnych, które są stawiane poniżej wartości użytecznych. Taki przypadek może zachodzić we współczesnym podejściu do zdrowia. W kontekście obiektywnego porządku aksjologicznego wartości życiowe są czymś nadrzędnym względem poczucia przyjemności i bólu. A to oznacza, że proces życiowy nie może być poddany odczuciu przyjemności, co raczej na odwrót – poznanie wartości życiowych ma doprowadzać do zintegrowania niższych odczuć (przyjemności i bólu). Prawidłowo zachowany porządek mógłby się objawiać jako ukierunkowanie na szacunek i dbałość o życie, aby dopiero na tym tle mogły być rozpatrywane działania medyczne, które niwelują ból. Pacjenci, którzy nie dostrzegają tej prawidłowości, mogą pozostawać „głusi” na rady lekarza związane z koniecznością zmiany stylu życia, traktując wypowiedzi specjalisty jedynie

⁶¹⁸ F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 222–223.

jako przejaw nieudolności i niemocy. W takim podejściu lekarz jest dewaluowany do roli narzędzia służącego wymagowanym potrzebom chorego. W świetle omówionego „przesunięcia wartości” lekarz nie ma leczyć, lecz zwalczać uciążliwe dolegliwości. Takie nastawienie zniekształca jednak prawdziwy etos tego zawodu.

Odniesienie trudności modelu medycyny do zjawiska resentymentu ustawia problem wokół postaw. Przykłady podane przez Caprę skupione na krytycznym ujęciu wpływu modelu biomedycznego wydają się dość uproszczone, ale raczej nie są dalekie od prawdy, gdy chcemy wydobyć możliwe i realne zagrożenia, tkwiące w samym podłożu aksjologicznym relacji lekarz – pacjent, kiedy jest ona poddana przede wszystkim wartościom tegoż modelu. Problem pojawia się wtedy, gdy postawa badawcza lekarza doprowadza do powstania deficytów w jego możliwościach poznawczo-moralnych. Biomedyczny styl myślenia, korzystny w określonym obszarze medycyny, zostaje rozciągnięty na samą relację z chorym. Mamy wówczas do czynienia z medykaliczacją zjawisk, jakich lekarz jest uczestnikiem.

Przyznanie, że w praktyce lekarskiej obecnych czasów zachodzi „przesunięcie w obrębie wartości” może przynieść korzyść, jeśli wzbudzi uważność na tendencje, które mogą zawęzić potencjał lekarzy i dewaluować prawdziwy charakter tej profesji. Przywołane przykłady przede wszystkim ukazują, w jaki sposób nadmierne uwznioślenie wiedzy dającej władzę i ukierunkowanie na wartości utylitarne mogą zniekształcać ideę praktyki lekarskiej. W kontekście poznania naukowego wydaje się, jakby zdrowie i życie mogły być kontrolowane. Pojawia się pokusa ciągłego mierzenia zewnętrznego efektu za cenę porzucania wyższych i bardziej wymagających wartości. Resentyment miałby się objawiać jako postawa uprzedzenia wobec metod czy refleksji, które wprowadzają zamęt w stylu myślenia biomedycznego, zaś skutkiem resentymentu byłoby osłabienie intencjonalnych aktów uczuciowych skierowanych na wartość drugiej osoby i wartości osobowe. Taki brak generuje kolejne trudności. Regres może obejmować również współuczestnictwo w wartościach ważnych dla pacjenta, jako że zgodnie z wykładnią aksjologii Schelerowskiej taki udział rozwija się prawidłowo na podłożu aktów miłości do bytu osoby, a więc znowuż zależny jest od wiedzy kształcącej i samowychowania do wartości. W związku z tym przedłożenie wartości utylitarnych nad wartości wyższe skutkuje utratą terapeutycznych możliwości tkwiących w spotkaniu lekarza z chorym.

W kontekście tak zdefiniowanych problemów rozmaite rozwiązania można rozpatrywać pod kątem modyfikacji etosu praktyki lekarskiej. A to – zgodnie z myśleniem Schelerowskim – musiałoby się wiązać z osłabieniem uroku wiedzy „dającej władzę”, co w odniesieniu do modelu medycyny oznacza demistyfikację wyobrażeń związanych z podejściem biomedycznym

(jednocześnie nie chodzi – jak chciał Capra – o rezygnację z podejścia biomedycznego w medycynie). Podobny kierunek przyjmuje Richard Smith. Autor zauważa, że wyobrażenia na temat medycyny i możliwości lekarzy są zawyżone i nierealne, co doprowadza do poczucia zawodu związanego z oferowaną pomocą. Taki kryzys – zdaniem Smitha – może jednak przerodzić się w dobrą zmianę. Autor wskazuje:

„Lekarze często są świadomi ograniczeń tego, co mogą zrobić, podczas gdy pacjenci – częściowo przez przesadną postawę lekarzy – mają wyolbrzymione wyobrażenia o sile medycyny. Negatywne doniesienia w mediach mogą oznaczać, że świat budzi się do świadomości ograniczeń lekarzy i medycyny i — choć teraz jest to niewygodne — może prowadzić do znacznie bardziej uczciwej, dojrzałej i komfortowej relacji”⁶¹⁹.

Konieczna jest więc transformacja społecznych oczekiwań i budowanie przez środowisko lekarskie autentycznego obrazu medycyny. Istnieje bowiem wąska granica między korzystaniem z dobrodziejstw wiedzy biomedycznej a zniewoleniem wartościami płynącymi z jej posiadania. Duma związana z wykorzystywaniem wiedzy medycznej jest uzasadniona i słuszna, ale nadmierne przywiązanie do niej prowadzi do regresu. W świetle szerszego horyzontu wiedzy okazuje się, że styl myślenia medycznego sam w sobie nie jest zasadniczą siłą ulepszania ludzkiego dobrostanu. Rzeczywista siła leży w kojarzeniu różnych możliwości poznania, podejść i metod. Mając na uwadze samych lekarzy, można powiedzieć, że pierwszym krokiem wprowadzenia idei modelu holistycznego byłaby świadomość zniekształceń i uzyskanie poznawczej niezależności względem uprzedmiotawiającego rolę lekarza stylu myślenia.

3.2.2. Problem subiektywizacji wartości

Przy okazji analizy trudności wprowadzenia modelu holistycznego wskazano, że nowy zamysł na leczenie nie doprowadza do zmiany utrwalonych w medycynie zasad preferencji wartości. Perspektywa psychologiczna ważna w modelu holistycznym wydaje się w jakimś stopniu rozszerzać spojrzenie na styl myślenia biomedycznego, ale niekoniecznie przekracza błędy w obrębie ujmowania porządku wartości konstytuujących etos leczenia. Za czasów Schelera badania

⁶¹⁹ R. Smith, *Why Are Doctors so Unhappy? There Are Probably Many Causes, Some of Them Deep*, „BMJ”, 322 (2001), nr 7294.

psychologiczne nie były jeszcze tak rozwinięte jak dziś, ale niemiecki fenomenolog przewidywał, że rozwój w tym zakresie nie zniweluje zakłóconego w kulturze zachodniej porządku wartości, co raczej wzmocni pozycję wiedzy „dającej władzę”. Czy tak rzeczywiście się stało? Trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Można jednak przypuszczać, że wskazana przez Schelera obawa nie jest bezzasadna. Badając już współczesne realia medycyny, Laurence J. Kirmayer dostrzega, że ujęcie psychologiczne nie doprowadza do podejścia holistycznego, co raczej wspiera wąskie spojrzenie na człowieka. Problemem nie jest oczywiście sama wiedza psychologiczna, co raczej psychologizacja zjawisk, które wymagałyby szerszego namysłu, niż dyktuje stosowane w medycynie podejście psychologiczne. Scheler przestrzegał właśnie przed niebezpieczeństwem zbyt wąskiego ujęcia problemu „ducha”. Obawiał się, że jeśli wiedza psychologiczna obejmie problem sfery noetycznej, wówczas z pola uwagi zniknie sens intencjonalnego ukierunkowania na obiektywną hierarchię wartości na rzecz subiektywizacji przeżyć.

Z kolei Piotr Brzozowski wydaje się mówić o tym problemie w odniesieniu do współczesnej psychologii skupionej na badaniach wartości. Zdaniem tego autora badania te odsłaniają subiektywną stronę doświadczenia wartości, ale nie obejmują ich uniwersalnej hierarchii⁶²⁰. Niebezpieczeństwo polegałoby na złudzeniu, że problematykę wartości można podjąć jedynie przy użyciu badań psychologicznych, a wartości jedynie są wytworem subiektywnych przeżyć. W tak wąskiej optyce badań trudno o ujawnienie sensu podejmowania filozoficznych zagadnień dotyczących sposobu istnienia i obowiązywalności wartości. A jest to o tyle niekorzystne, iż kluczowym elementem na drodze zmiany błędnych reguł preferencji wartości jest właśnie poznanie hierarchii wartości niezależnie od psychicznych dyspozycji podmiotu. Chodzi o dotarcie do „momentu roszczenia”, jaki zawarty jest w samych wartościach. Wymagania tkwiące w samych wartościach nadają moralnej transformacji konkretny kierunek. A myślenie tego rodzaju, zgodnie z filozofią Schelera, należałoby określić filozoficznym, nie zaś psychologicznym. Scheler pisze:

„*Granice* całej uprzedmiotowiającej psychologii w ogóle (a w szczególności psychologii eksperymentalnej) można wyraźnie [zakreślić], zaś fałszywe roszczenia tej nauki sensownie odeprzeć wtedy dopiero, gdy dokładnie ustali się naturę i uwarstwienie bytu psychiczno-duchowego [oraz określi] granicę, do której mogą docierać <<obserwacja>> w ogóle, eksperyment badający czystą reakcję (w którym badaniu prowadzi <<obserwator>>), eksperyment podbudowany <<systematyczną samoobserwacją>> (w którym obserwator jest *osobą* badaną) i w końcu (nieindukcyjny) fenomenologiczny eksperyment służący tylko unaocznieniu czegoś

⁶²⁰ Por. P. Brzozowski, *Wzorcowa hierarchia wartości. Polska, europejska czy uniwersalna?*, dz. cyt., s. 9–11.

<<domniemanego>>⁶²¹.

Co jednak uległo przekształceniu, gdy za sprawą ideałów modelu holistycznego zostały uwydatnione subiektywne potrzeby jednostki i społeczne uwarunkowania? Z pewnością zrodziła się nowa perspektywa praktyki lekarskiej, określana jako medycyna zorientowana na pacjenta. Jest to z jednej strony bardzo korzystna zmiana. Podkreślanie roli czynników psychicznych i środowiskowych ma szansę wpłynąć na poprawę jakości leczenia oraz polepszenie kontaktu z pacjentem i szerszy charakter opieki nad chorymi. Apelowanie o to wydaje się wskazane. Lekarze korzystający z wiedzy psychologów i socjologów prawdopodobnie mają większe szanse na poprawę jakości relacji z pacjentami. Ale z drugiej strony postawienie akcentu na wartości słabszej strony interakcji niekoniecznie przynosi pozytywne rezultaty, gdy ukierunkowanie na wartości obejmuje jedynie ich subiektywne rozumienie. Wystarczy spojrzeć na to, co dzieje się w obszarze aksjologicznym praktyki lekarskiej, gdy medycyna ukierunkowuje się na pacjenta, ale nadal filozoficzne poszukiwania w zakresie prawidłowego i pełnego porządku wartości nie mają znaczenia. Z analiz przeprowadzonych przez Laurence'a J. Kirmayera wynika, że wraz z pojawieniem się ideałów holistycznych poszerza się refleksja nad przeżyciami podmiotu, jego wolą kształtowania swojego zdrowia, ale wartości kontroli i racjonalnego panowania pozostają przewodnie – z tym, że w modelu holistycznym zmienia się sposób ich realizacji⁶²². I to niestety również są bardzo niekorzystne przekształcenia. Już nie poznanie lekarskie – mówiąc językiem Schelera – jest jedynym nośnikiem wartości kontroli. Siła lekarza jako tego, kto ma prawo do wyłącznego kontrolowania sytuacji, zostaje pomniejszona. Dochodzi do nieoczekiwanego przesunięcia ról. W modelu biomedycznym lekarz miał paternalistyczną władzę nad pacjentem: miał autorytet i status cieszący się szczególnym uznaniem, a posiadana przez niego wiedza medyczna była oznaką możliwości. Z kolei w modelu holistycznym, ukierunkowanym na potrzeby pacjenta, wartość kontroli zostaje przejęta przez pacjenta. Nie jest już połączona pierwszorzędnie z wiedzą lekarza, lecz z autonomią słabszego i jego indywidualnym poczuciem dobrostanu. Teraz to pacjent (wsparty przekonaniem społecznymi) wie, co jest dla niego najlepsze, a lekarz – posiadając określone umiejętności – ma pomóc choremu w urzeczywistnieniu tych pragnień.

Taka strategia, choć nastawiona na uwzględnienie potrzeb pacjenta, to jednak niekoniecznie im służy. Emanuelowie dostrzegają zagrożenie związane ze zbyt naiwnym ujmowaniem autonomii pacjenta. Ich zdaniem autonomia nie jest sprawą jednostki (konkretnie pacjenta), ale problemem tkwiącym w relacji lekarz – pacjent. To lekarz pomaga pacjentowi w zrozumieniu możliwości

⁶²¹ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 320–321.

⁶²² Por. L.J. Kirmayer, *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, dz. cyt., s. 83–84.

skorzystania z dobrodziejstw medycyny. Sam pacjent nie posiada dostatecznej orientacji w zagadnieniach medycznych, aby przewidywać, co jest dla niego najlepsze. Próbując badać własne problemy zdrowia samodzielnie, nie chroni swojego prawa do autonomii⁶²³. Wydaje się, że poglądy Emanuelów są trafne. Model holistyczny ukierunkowany na potrzeby pacjenta zbyt radykalnie odcina się od możliwości konstytuowania stanowiska pacjenta na mocy obiektywnych wartości, jakie stoją u podłoża współpracy pacjenta z lekarzem. Właściwym kierunkiem byłoby raczej wykazanie, że istnieje możliwość włączenia potrzeb jednostki w obiektywne dobro osoby, które mogłoby łączyć obie strony. Jak ważne jest zbudowanie intersubiektywnego porozumienia na poziomie wartości, ukazał Scheler, pisząc o współuczestnictwie ludzi o różnym wewnętrznym etosie w jednym obiektywnym *ordo amoris*, a więc w tym, co samo w sobie godne jest miłości. Niewątpliwie samo obiektywne dobro pacjenta jest wartością, do której mogą nawiązać obie strony, podobnie można mówić o wartościach tworzących relację. Czy jednak w modelu holistycznym obiektywne dobro osoby dostatecznie jest wyeksponowane na tle dobrostanu pojmowanego subiektywnie?

Subiektywizacja wartości prowadzi do wypaczenia obiektywnego porządku wartości. Przypomnijmy, że zdaniem Schelera subiektywizacja wartości jako jeden z błędów poznawczych przejawia się w traktowaniu wartości jedynie jako odzwierciedlenia naszych pragnień i odczuć⁶²⁴. Błąd ten polega na fałszywym przekonaniu, że wszystkie wartości (a szczególnie wartości moralne) są jedynie takim rodzajem zjawisk, które zachodzą w świadomości. Takie nieprawidłowe mniemanie doprowadza do odrzucenia obiektywnych podstaw sądów wartościujących. W związku z tym, gdy w modelu holistycznym w centrum są ustawione potrzeby pacjenta i mowa o ukierunkowaniu na wartości ważne dla niego, wówczas nadrzędnym kryterium byłyby przeżycia pacjenta i to one stanowią podstawę oceny pracy lekarza. Taka sytuacja jednak generuje wiele nieporozumień i napięć, niszczy obiektywne podstawy leczenia i aksjologiczny fundament relacji lekarz – pacjent. Konsekwencje tego rodzaju iluzji trudne są do przewyciężenia.

Pacjent może mieć zbyt wygórowane oczekiwania względem lekarza, jednocześnie sądząc, że ma prawo do kontrolowania sytuacji. Jak już zostało powiedziane za Richardem Smithem, pacjenci mają często zawyżone wyobrażenie mocy medycyny. Chcą być leczeni i traktowani na miarę wykreowanych przez usługodawców możliwości. Brak obiektywnej płaszczyzny porozumienia doprowadza do zderzenia dwóch przeciwnych spojrzeń na leczenie, z tym, że preferencje pacjenta są chronione wartością związaną z prawem słabszego, a to może przekładać się na społeczną presję wywieraną na lekarzy. „Wypada”, aby lekarz odpowiedział na potrzeby chorej

⁶²³ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt.

⁶²⁴ Por. M. Scheler, *Resentiment a moralność*, dz. cyt., s. 174.

osoby. Powstają nowe imperatywy, z którymi medycy muszą się liczyć. Nigel Edwards, Mary Jane Kornacki i Jack Silversin streszczają je w następujących punktach⁶²⁵:

1. Podjęcie większej odpowiedzialności (wprowadzone zostają kolejne wytyczne, których lekarze muszą przestrzegać).
2. Skoncentrowanie opieki na pacjencie.
3. Bycie dostępnym dla pacjentów, zapewnienie spersonalizowanego podejścia.
4. Współpracowanie z innymi w celu poprawy jakości.
5. Liczenie się z ocenami pacjentów i ważnymi dla nich kryteriami.
6. Zmierzenie się z poważniejszym systemem obwiniania.

Same te imperatywy, ogólnie rzecz ujmując, nie są czymś negatywnym. Problem pojawia się jednak wtedy, gdy zasady te nie zostały wpisane w obiektywny porządek wartości, ale są wypracowywane w oparciu o subiektywne kryteria, wzmocnione społeczną aprobatą. W takim kontekście ocenianie lekarzy coraz bardziej zależy od poczucia zadowolenia. Wydaje się, że skutki powyższego podejścia są w dużej mierze negatywne. Dochodzi do pogłębienia kryzysu:

„Niezadowoleni lekarze są zjawiskiem ogólnoświatowym. (...) Nigel Edwards i współpracownicy sugerują, że przyczyną jest zerwanie niejawnego porozumienia między lekarzami i społeczeństwem: indywidualna orientacja, do której lekarze zostali przeszkoleni, nie pasuje do wymagań obecnych systemów opieki zdrowotnej”⁶²⁶.

Odnotowuje się wzrost ilości wytycznych skierowanych do lekarzy, a do tego dochodzi deprecjonowanie autorytetu lekarskiego i utrata autonomii lekarza. Coraz więcej danych dowodzi przepracowania lekarzy, wypalenia zawodowego, spadku ideałów moralnych, ukrywania przez lekarzy słabości, kondycji zdrowia i uzależnień⁶²⁷.

Preferowanie niewłaściwego porządku wartości – jak ukazuje Scheler – zwykle blokuje rozwój osoby i wydaje się, że taka sytuacja dotyczy też lekarza uwikłanego w błędne oczekiwania. Wydaje się, że lekarz, który uczciwie liczy się z możliwościami medycyny, ale także i własnymi ograniczeniami, ę służy tym samym dobru chorego. Prawdopodobnie chce uczynić coś, co uznaje za wartościowe. Jeśli takie starania nie są doceniane, a nawet dewaluowane, wówczas współpraca pomiędzy lekarzem a pacjentem okazuje się trudna do zbudowania. Oferowane wartości nie mogą

⁶²⁵ Por. N. Edwards, M.J. Kornacki, J. Silversin, *Unhappy Doctors: What are the Causes and What Can Be Done?*, dz. cyt., s. 836.

⁶²⁶ Tamże, s. 835.

⁶²⁷ Por. tamże; R. Smith, *Why Are Doctors so Unhappy?*, dz. cyt. Por. J.W. Holsinger, B. Beaton, *Physician Professionalism for a New Century*, „Clinical Anatomy”, 19 (2006), nr 5.

być zrealizowane, a lekarz może być poddany presji odegrania roli społecznie akceptowalnej. Ta sytuacja przypomina „zakleszczenie” znamienne dla powstawania resentymentu. Według Schelera konflikt sprzecznych odczuć – poczucia wyższości oraz niemocy – doprowadza do stopniowego emocjonalnego wypalenia i „ślepoty na wartości”, których nie można osiągnąć⁶²⁸. Człowiek poddany takiej próbie może popaść w resentyment, akceptując fałszywy porządek wartości, pomniejszając rangę wybranych wartości, ale też ulegając duchowemu zgorzknieniu. W ten sposób odsuwa od siebie odczuwaną i niemożliwą do przewyciężenia sprzeczność.

W takiej sytuacji trudno o zbudowanie pomiędzy lekarzem a pacjentem relacji opierającej się na wyższych jakościach (na przykład zaufaniu, współuczestniczeniu w dobru itd.). Dochodzi raczej do polaryzacji stanowisk i walki o kontrolę nad sytuacją, a każda ze stron koncentruje się na ochronie własnych interesów. Scheler pokazał, że tylko najwyższe wartości mają siłę integrującą, więc konieczny byłby powrót do obiektywnej hierarchii aksjologicznej. Ale aby dotrzeć do tego poziomu rozpatrywania relacji, niezbędne jest poznanie istoty spotkania lekarz – pacjent w wolności od zrelatywizowania bytowego – od wpływu potrzeb jakiegokolwiek strony. W kontekście subiektywizacji wartości jest to niemożliwe, co dobrze wyraża myśl Schelerowska zapisana w książce *Resentyment a moralność*. Autor odnotowuje tam:

„Ten podstawowy w czasach nowożytnych pogląd prowadzi jednak dalej do dwojakich konsekwencji, które stały się dwoma punktami wyjścia moralności nowożytnej: albo do uzasadnienia całkowitej anarchii w kwestii ocen wartościujących – tak iż wydaje się, że żadnej <<stałości>> nie można tu osiągnąć; albo do przyjęcia zamiast prawdziwej obiektywności wartości jakiejś jej namiastki, jakiejś tzw. powszechnie obowiązującej <<świadomości gatunku>>, której przymus wobec jednostki przybiera po prostu postać głosu nakazującego kategorycznie: <<powinieneś>>; powszechne uznanie lub powszechna <<możliwość uznania>> jakiejś chęci i jakiegoś działania za <<dobre>> ma zastąpić brak obiektywności wartości. (...) W ten sposób <<powszechność>> lub <<powszechnie obowiązywanie>> tego, co uznane zostało za wartość, jest dla człowieka powodowanego resentymentem namiastką prawdziwej wartości obiektywnej. Przestaje dociekać sam, co jest dobre”⁶²⁹.

Kiedy wartości są powiązane z przeżyciami słabszego, dodatkowo chronionymi powszechną aprobatą, właściwie lekarz nie ma możliwości odwołania się do jakiegokolwiek porządku aksjologicznego, aby w tym świetle skrytykować zamysły pacjenta. W momencie gdy w kulturze

⁶²⁸ Por. M. Scheler, *Resentyment a moralność*, dz. cyt., s. 53.

⁶²⁹ Tamże, s. 174–177.

budowania relacji lekarz – pacjent dochodzi do deprecjacji obiektywnego porządku wartości, lekarz nie ma możliwości swobodnego odparcia błędnych przekonań, jakie są przez pacjenta narzucane. Same fakty medyczne w modelu holistycznym tracą moc na rzecz wartościowania ich w świetle subiektywnego poczucia dobrostanu. Nie wypada też, aby lekarz niejako sam z siebie sprzeniewierzył się potrzebom słabszego. System oceniania lekarzy przez pacjentów jeszcze bardziej utrudnia zachowanie przez lekarza autonomii. Lekarz, który ujawnia, że wyobrażenia pacjenta na temat możliwości leczenia są błędne, naraża się na krytykę. Niezadowolenie pacjenta niesie za sobą ryzyko uznania, że lekarz jest miernym specjalistą. Etos medycyny ukierunkowanej na słabszego nie jest bowiem dla lekarza punktem oparcia dla obrony własnego stanowiska. Nic więc dziwnego, że w takiej sytuacji lekarze, korzystając z przewagi związanej z pełnioną rolą, będą raczej manipulowali przebiegiem spotkania w taki sposób, aby pacjent nie poczuł się nadto zachęcony do wyrażenia własnych przeżyć. W kontekście braku obiektywnych kryteriów trudno o właściwe przyjęcie indywidualnych potrzeb. Medycyna zorientowana na pacjenta, gdy jest rozwijana poza obiektywnym porządkiem wartości, sama siebie unicestwia. W klimacie subiektywizmu model holistyczny nie może się rozwinąć.

Czy wobec wyżej przedstawionych okoliczności kształtowania się ideału podejścia holistycznego możemy oczekiwać od lekarzy jakiegokolwiek zmiany? Obawy są następujące: póki dowolny porządek preferencji aksjologicznych jest sankcjonowany prawem jednostki bądź – mówiąc za Schelerem – „świadomością gatunku”, póty jesteśmy narażeni na bardzo wąskie spojrzenie na wartości. Ujawnienie wewnętrznych przeżyć podmiotu, mimo iż dotyczy zagadnienia wartości, jednak może utrudnić fenomenologiczne doświadczenie ich pełnej hierarchii. Jeśli samemu indywidualnemu wartościowaniu faktów nadaje się rangę wysokiej wartości, wówczas nie uzyskujemy nowego wglądu, raczej doprowadzamy do wyartykułowania utrzymujących się społecznych zafałszowań w przeżyciach jednostek, wciąż deprecjonując znaczenie powinności „zapisanej” w samym porządku wartości. Aby w świadomości aksjologicznej lekarzy i odbiorców systemu leczenia dokonała się zmiana, konieczny jest namysł nie tyle nad samym podmiotem, co nad prawdziwym porządkiem wartości, jaki dany jest podmiotowi do odczytania. Konieczne jest więc szersze, filozoficzne spojrzenie na człowieka, które przybliży treści odrębne od podmiotu, a więc daje szansę dotarcia do prawdy o wartościach, niezależnej od względów sytuacyjnych i roszczeń którejkolwiek strony. Jeśli takiego ujęcia brakuje, wówczas nie można odnaleźć kryterium, które wskazywałoby na wspólny kierunek zmiany. Co jednak może zrobić lekarz uwikłany z jednej strony w iluzję możliwości modelu biomedycznego, z drugiej poddany naporowi społecznych oczekiwań? Zapewne, świadomość ewentualnych zafałszowań w obrębie wartości i umiejętność dokonywania krytycznego spojrzenia na własne podejście może być pierwszym

krokiem do uzyskania poznawczej wolności i szansą dokonania weryfikacji własnego postępowania, a w dalszej kolejności świadomego wyboru postawy i wartości, jakie chce przyjąć wobec tych niełatwych okoliczności, zachowując wewnętrzną autentyczność, ale też godząc się na ewentualne „straty”.

3.3. Model holistyczny w świetle obiektywnego porządku wartości

Promowany w modelu holistycznym indywidualizm może utrudniać zrozumienie wymagań, jakie można odczytać od strony wartości. Tymczasem tylko to ostatnie niesie szansę wyjścia poza układ dominujących preferencji. Aby odzyskać wysoki etos praktyki lekarskiej i wprowadzić model holistyczny w oparciu o pełniejsze rozpoznanie wartości, niezbędne jest wolne od zrelatywizowania bytowego odczytanie porządku wartości (a więc poznanie wolne od wpływu światopoglądów, jednostronności, a przede wszystkim resentymetu). Schelerowska filozofia poucza, że zmiana w obrębie podłoża aksjologicznej relacji lekarz – pacjent nie może być powodowana wyłącznie refleksją nad potrzebami osób zaangażowanych w leczenie (w tym przypadku pacjenta i lekarza), ale przede wszystkim musi opierać się na zapoznawaniu istoty samej relacji pomocowej – odkrywaniu wartości konstytuujących wzajemne odniesienie osób. Fenomenologiczna postawa ma służyć wypracowaniu odpowiedzialności za intersubiektywne podłoże relacji lekarz – pacjent, w którym pojedyncze potrzeby mogą dopiero osiągać właściwe dopełnienie. Chodzi już nie tylko o analizę społecznych potrzeb związanych z wartościami i o ich uwzględnienie, ale o przyjęcie postawy receptywnej względem świata i o odkrycie, jak same wartości jawią się i jakie „niosą” wymagania. I choć w dobie postmodernizmu trudno mówić o apriorycznym porządku wartości, to jednak medycyna w swojej warstwie praktycznej potrzebuje norm. Podobnie jak normy biomedyczne wyznaczają drogę leczenia i możliwość przechodzenia od punktu A do punktu B, tak w momencie, gdy w praktyce lekarskiej ma dojść do realnego uwzględnienia aspektu aksjologicznego, niezbędne jest wskazanie stabilnego punktu odniesienia również na tej płaszczyźnie. Tylko w ten sposób można wyznaczyć adekwatny dla problemu wartości kierunek „wzrostu”.

3.3.1. Zdrowie w kontekście obiektywnego porządku wartości

Filozofia Schelera może być pomocna w doprecyzowaniu kierunku i sposobu rozwoju holistycznie pojmowanej praktyki lekarskiej. Korzystając z Schelerowskiej aksjologii fenomenologicznej, można sformułować – kluczową w modelu holistycznym – pozytywną definicję zdrowia. Kwestia ta, jak wynika z dokonanych analiz nad trudnościami modelu, wciąż domaga się dookreślenia. Zanim jednak zostanie przedstawione możliwe użycie filozofii Schelera w tym zakresie, należy przypomnieć, jaka w założeniu jest funkcja pozytywnej definicji zdrowia.

Pozytywne ujęcie zdrowia łączy się z kilkoma podstawowymi poglądami na temat człowieka. Zauważa się, że istota ludzka ma zdolności samolecznicze, co realizuje się dwojako: w postaci samoistnej wewnętrznej pracy organizmu oraz na podłożu świadomie podejmowanej autoprzemiany i samotranscendencji. W tym kontekście zdrowie jest postrzegane dynamicznie: to ciągły proces scalania i synchronizowania systemów wewnętrznych i zewnętrznych, aż do uzyskania poczucia koherencji. Natomiast choroba niekoniecznie jest czymś negatywnym: bywa, że wyzwala głębszy potencjał biopsychospołeczny, niezbędny w procesie przystosowywania się do nowych warunków. Nie chodzi więc o jakiś stan statyczny, co raczej – jak wykazuje Antonovsky – o wychylenie na kontinuum zdrowie – choroba w kierunku pozytywnego bieguna⁶³⁰. Przy tak pojętym zdrowiu leczenie odpowiednio będzie odkrywaniem i wspieraniem potencjału tkwiącego w istocie ludzkiej, począwszy od adaptacji fizjologicznej aż po możliwości duchowe dotyczące samotranscendencji. Przyjęcie pozytywnej definicji zdrowia sprawia, że rola lekarza także się zmienia. Nowe podejście niewątpliwie wymaga rozwoju umiejętności szerszych, niż jest to konieczne w modelu biomedycznym. Ale wciąż owe „więcej” pozostaje zagadką. Schelerowska myśl może służyć doprecyzowaniu tych kwestii. Odnosząc się do pojęcia wartości, można ukazać proces zachodzący na linii zdrowie – choroba, a także wyjaśnić, w jaki sposób pacjent i lekarz partycypują w tego rodzaju „twórczym” podejściu do leczenia.

Scheler ujmował podmiot na sposób dynamiczny⁶³¹ – co jest korzystnym punktem wyjścia, biorąc pod uwagę, że jego fenomenologia ma stanowić wsparcie modelu zdrowia pojmowanego dynamicznie. Człowiek wciąż się rozwija, dokonując różnego rodzaju aktów, czy to intelektualnych, wolitywnych czy emocjonalnych. Jeśli weźmie się pod uwagę sam akt odniesienia do wartości, wówczas można przedstawić proces stawania się jako ruch w kierunku coraz szerszego horyzontu wartości, szczególnie wyższych wartości. Zapoznawanie wartości popycha do coraz lepszego pod względem jakościowym bytowania. Odkrywanie wartości jest szansą otwarcia się na

⁶³⁰ Por. M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, dz. cyt.

⁶³¹ Por. A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 84.

nowy sposób uczestnictwa w świecie. W ten sposób osoba dochodzi do coraz większych możliwości. Wartości są też niezbędnym elementem autokonstytuowania się podmiotu.

Kontinuum zdrowie – choroba w odniesieniu do filozofii Schelera należałoby więc pojmować jako rozpięcie zachodzące pomiędzy zaburzonym rozpoznaniem wartości a ujęciem ich w sposób zgodny z obiektywnym porządkiem. Tak więc istnieje wypaczenie wartości, które zawęża nasz sposób bytowania do błędnie aprobowanego w stosunku do całościowych możliwości człowieka kręgu jakości. Jest to negatywny biegun na kontinuum zdrowie – choroba. Następnie, w jakimś punkcie na tej linii znajduje się nasz indywidualny etos, który zgodnie z koncepcją Schelerowską jest zakresem aktualnie preferowanych wartości. W końcu, na drugim biegunie jest możliwa pełnia wartości, zawierająca wszystkie możliwe modalności wartości i stanowiąca wyznacznik dla ludzkiego rozwoju.

Tak zdefiniowane zdrowie nie tylko koreluje z nastawioną na wzmocnienie pozytywne teorią salutogenezy, ale także można je odnieść do modelu aksjomedycznego (holistycznego) wiedzy medycznej, zaproponowanego przez Zbigniewa Szawarskiego. Wedle tego kierunku, „jednostka poprzez wybór i realizację odpowiednich celów cząstkowych definiuje i realizuje cel swego indywidualnego istnienia jako osoby”⁶³². Biorąc pod uwagę zdolność osoby do samostanowienia poprzez wartości, możemy mówić o jej zdrowiu. Z dobrym stanem zdrowia należałoby połączyć ukierunkowanie na pełnię modalności wartości. W medycynie nie jest to perspektywa zupełnie nowa. Ukazując znaczenie odniesienia do wartości w leczeniu nerwic noogenych⁶³³, Viktor Frankl przywołuje właśnie podejście Schelerowskie. Píše: „Przypominamy sobie tę definicję Maxa Schelera, według której zdrowie (*Heil*) człowieka leży w wypełnieniu jego najwyższych możliwych wartości”⁶³⁴.

Na związek zachodzący pomiędzy zdrowiem a hierarchią wartości zwrócił uwagę także znający osobiście Schelera niemiecki lekarz psychiatra Kurt Schneider. Czerpiąc z przemyśleń filozofa, przedstawił dwa rodzaje depresji (endogenną i reaktywną), charakteryzując je poprzez kryterium związane z poziomem doświadczenia wartości. Depresja endogenna, nazywana też przez Schneidera depresją witalną, dotyczyła zaburzenia na poziomie przeżywania emocji związanych z wartościami witalnymi, zaś depresja reaktywna miała swoje podłoże w zakłóceniach występujących na poziomie wyższych uczuć psychicznych i duchowych oraz dotyczących odbioru wyższych

⁶³² Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, dz. cyt., s. 77.

⁶³³ Pojęcie nerwicy noogennej Frankl wprowadził na oznaczenie takiego rodzaju tego zaburzenia, którego przyczyny są powiązane z poziomem noetycznym (na przykład z cierpieniem wywołanym poczuciem bezsensu życia, konfliktem wartości), odróżniając ten przypadek od nerwicy psychogennej. Por. K. Michalski, *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, „Studia z Historii Filozofii”, 2 (2019), nr 10, s. 143–154.

⁶³⁴ V.E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse*, Weinheim und Basel 2010, s. 18, cytata za: K. Michalski, *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, dz. cyt., s. 165.

wartości⁶³⁵.

Kolejnym, już współczesnym przykładem zastosowania Schelerowskiego systemu wartości w psychopatologii są badania nad schizofrenią. Sam Scheler podjął ten temat, ukazując psychopatologiczny charakter zaburzeń postrzegania wartości, związany z przedrefleksyjną intencjonalnością ciała. W przypadku niektórych zaburzeń psychopatologicznych braki na poziomie przedrefleksyjnej intencjonalności są rekompensowane hiperrefleksyjnością. Zdaniem filozofa w schizofrenii następuje proces „odcieleśnienia”, kiedy to zdolność do automatycznego, naturalnego wykonywania odruchów jest osłabiona, utrudniony jest kontakt z wartościami witalnymi, na przykład chwytanie klamki przestaje być odruchem automatycznym, związanym z funkcją orientacji⁶³⁶.

Zarysowany przez Schelera kierunek rozważań znajduje odzwierciedlenie w badaniach przeprowadzonych przez współczesnych lekarzy psychiatrów, Giovanniego Stanghellini i Massimo Balleriniego, dotyczących wartości u osób ze schizofrenią. Autorzy zauważają, że u pacjentów ze schizofrenią występuje przeżycie wyjątkowości, które wynika z poczucia przynależności do wartości najwyższych, przy jednoczesnym zachowaniu rezerwy względem niższych wartości witalnych i wartości społecznie podzielanych⁶³⁷. Sami autorzy nie łączą w sposób wyraźny wyboru wartości z systemem Schelerowskim. Dopiero psychiatra John Cutting – odnosząc się do badań przeprowadzonych przez Stanghelliniego i Balleriniego – mocniej zarysowuje taką interpretację schizofrenii, podkreślając, że zaproponowany przez Schelera porządek wartości i uczuć pomaga w bardziej precyzyjnym określeniu specyfiki tego zaburzenia.

Cutting wyraźnie jest zainteresowany odkryciami Schelera. Bada możliwości recepcji Schelerowskiego systemu wartości i uczuć w medycynie⁶³⁸. Jego zdaniem filozofię tę należy postrzegać pod kątem potencjalnego znaczenia tej myśli dla rozwoju psychopatologii⁶³⁹. Cutting, bazując na systemie Schelerowskim, poszukuje adekwatnego wytłumaczenia objawów, które

⁶³⁵ Por. J. Cutting, M. Mouratidou, T. Fuchs, G. Owen, *Max Scheler's influence on Kurt Schneider*, dz. cyt., s. 342–343.

⁶³⁶ Podobnie jak zauważył Scheler, można wyjaśnić zaburzenia mowy (takie jak jąkanie i afazja). W tym przypadku osoba zamiast zwracać uwagę na znaczenie i kierować treścią wypowiedzi zastanawia się nad tym, co zostało powiedziane, na przykład od strony ruchu aparatu głosowego, wpływając na artykulację słów włączonych (por. M. Scheler, *Gesammelte Werke*, XV Bde., hg. M. Scheler, M.S. Frings, Bern–München–Bonn 1954–1997, s. 258–261, 290, 303, za: G. Cusinato, *Die Psychopathologie des Ordo amoris in der Perspektive Max Scheler und Bin Kimuras*, dz. cyt., s. 110–114).

⁶³⁷ Por. G. Stanghellini, M. Ballerini, *Values in Persons with Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin”, 33 (2007), nr 1, za: J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, dz. cyt., s. 225–226.

⁶³⁸ Por. J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, dz. cyt.; J. Cutting, *Scheler, Phenomenology, and Psychopathology*, dz. cyt.

⁶³⁹ Por. J. Cutting, *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, dz. cyt., s. 226.

towarzyszą różnym zaburzeniom. Na przykład opisuje pojawiające się u pacjentów z depresją „poczucie beznadziejności lub rozpacz”. Wyjaśnia, że sednem tego doświadczenia nie jest utrata nadziei, co raczej niemoc przeżycia nadziei, a więc nie chodzi o brak przeżycia konkretnych rzeczy, na które można mieć nadzieję, co właśnie patologii przeżycia nadziei jako wyższej wartości. Zdaniem Cuttinga, w świetle przemyśleń Schelera poczucie to może zostać zrozumiane głębiej, a jego rola uwzględniona w leczeniu⁶⁴⁰. Odniesienie do obiektywnej hierarchii uczuć i wartości ukazuje, że takie zaburzenia jak depresja albo takie objawy jak anhedonia (nieodczuwanie przyjemności) nie mogą być traktowane jako zjawiska jednolite, obejmujące całą warstwę wzruszeniowo-afektywną, ale należy ocenić, na jakim poziomie złożoności tej sfery występuje trudność. Zdaniem Cuttinga wykorzystanie Schelerowskiej koncepcji wielopoziomowości staje się obiecującym kierunkiem diagnozy nozologicznej w kontekście wieloletniej debaty na temat tego, czy depresja jest chorobą jednolitą, czy złożoną⁶⁴¹.

Odwołując się do filozofii Schelera, Cutting analizuje również zagadnienie anoreksji. Podaje, że anoreksja często jest badana pod kątem „przeżycia wstrętu” lub „chorobliwego strachu przed przytyciem” (*morbid fear of fatness*) i interpretowana w odniesieniu do fobii, nerwicy obsesyjnej, różnych form depresji, zaburzonego obrazu ciała. Autor zauważa jednak, że te wszystkie wyjaśnienia „nie mogą oddać sprawiedliwości faktom psychopatologicznym”⁶⁴². Sięgając do Schelerowskiej hierarchii wartości i uczuć, można zauważyć, że źródłowym uczuciem związanym z negatywnym odbiorem jedzenia jest utracone przeżycie wartości witalnej. A więc przyczyn anoreksji należałoby doszukiwać się w braku adekwatnego emocjonalnego poruszenia w zakresie tego rodzaju przeżyć i wartości⁶⁴³. Analizując sposoby interpretowania anoreksji, Cutting wskazuje na możliwe błędy wynikające z ignorowania filozoficznego ujęcia zjawiska apetytu⁶⁴⁴: „Sugestie, że jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) jest fobią lub formą depresji, są moim zdaniem nietrafione, ponieważ w obu przypadkach witalne uczucia – głównie lęk – są zachowane lub przesadzone, a nie utracone”⁶⁴⁵.

Na podstawie podanych przykładów można zaobserwować, w jaki sposób odniesienie do hierarchii uczuć i wartości jest zastosowane do wyjaśniania stanów patologicznych. W pracy tej również rozpoznanie różnego rodzaju wartości jest skojarzone ze zdrowiem, zaś zaburzenie interpretowane jako brak poznawczo-emocjonalnego kontaktu z różnymi modalnościami wartości –

⁶⁴⁰ Por. tamże, s. 227.

⁶⁴¹ Por. tamże, s. 224–228.

⁶⁴² Tamże, s. 227.

⁶⁴³ Por. tamże, s. 226–227.

⁶⁴⁴ Por. tamże, s. 226.

⁶⁴⁵ Tamże, s. 227.

z tym, że problem ten nie jest podejmowany pod kątem diagnozowania i leczenia już stwierdzonej patologii, co raczej działania profilaktycznego i zarazem koniecznego, gdy chodzi o podejście holistyczne⁶⁴⁶. Każde leczenie nastawione na wsparcie chorego domaga się ugruntowania w dobrze pojętych wartościach.

Viktor Frankl zauważa, że iluzją jest przekonanie o aksjologicznej neutralności procesu psychoterapeutycznego. „Psychoterapia, która uważa się za wolną od wartości, w rzeczywistości jest ślepa na wartości”⁶⁴⁷ – zaznacza. Wydaje się, że ta uwaga może też dotyczyć każdej relacji lekarz – pacjent. Jakieś wartości i jakaś ich hierarchia zawsze są obecne tam, gdzie chodzi o troskę o własne ciało, kondycję, życie. Nie tylko pacjent troszczy się o siebie i ten obszar doświadczenia wymaga wglądu – odkrycia, na jakich wartościach troska ta jest oparta dostatecznie, a w stosunku do jakich wartości jest osłabiona, ale także lekarz w określony sposób troszczy się o pacjenta i przyczynia się do powstawania układu napięć aksjologicznych. Troska zawsze jest przeżywana w jakimś aksjologicznym kluczu. Skoro wartości zawsze są dane w relacji pomocowej, to należy zastanowić się, jakie są to wartości i ku czemu prowadzą pacjenta. Świadome odzwierciedlanie przez lekarzy warstwy aksjologicznej może nie tylko – jak ukazał Cutting – służyć do trafniejszej diagnostyki zaburzeń psychicznych i doboru adekwatnych do źródła choroby kierunków leczenia psychiatrycznego, ale także przyczynić się do przyjmowania przez lekarzy różnych specjalności takich postaw, które sprzyjają wzmocnieniu lub odzyskiwaniu przez pacjentów zrównoważonego spojrzenia na wartości bez względu na charakter leczenia.

3.3.2. Wsparcie pacjenta pod kątem procesu odkrywania wartości

Czyniąc porządek wartości podłożem pozytywnego (holistycznego) ujęcia zdrowia, należy w dalszej kolejności odpowiedzieć na pytanie o to, w jaki sposób dokonuje się wsparcie procesu odkrywania obiektywnej hierarchii wartości. Jeśli zdrowie skojarzy się z ruchem ku pełni odczuwania różnych modalności wartości, wówczas właściwym podejściem opisującym ten proces może być metoda fenomenologiczna. W podejściu tym dany jest bowiem cały człowiek – zarówno

⁶⁴⁶ Takie nastawienie wydaje się ważne w przypadku każdego pacjenta, ale już szczególnie w odniesieniu do pacjentów dotkniętych chorobą przewlekłą. Wydaje się, że ryzyko utraty oparcia w wartościach pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy styl życia wymaga zmian i podjęcia znaczących dla chorego decyzji klinicznych. Na przykład stres związany z możliwością utraty jakości witalnych może wpływać na zniekształcenia w obiektywnym widzeniu całościowego horyzontu wartości.

⁶⁴⁷ V.E. Frankl, *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Bern 2005, s. 60, cytata za: K. Michalski, *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, dz. cyt., s. 166.

jego wartość, jak i jego jakościowe ukonstytuowanie (począwszy od wartości hedonicznych, a skończywszy na wartościach tego, co stanowi sferę *sacrum*). Dane są także przeżycia uczuciowe, związane z odbiorem tych różnych jakości. Wsparcie w tym zakresie musiałyby się opierać na umiejętności dokonywania przez osobę pomagającą wglądu fenomenologicznego. Nie można bowiem w pełni uchwycić, czym jest doświadczenie wartości, pozostając jedynie na poziomie metody naukowej. W podejściu badawczym istota odniesienia do wartości „nie jest widoczna”. Zgodnie z filozofią Schelera „opanować” można tylko psychofizyczną stronę, a więc ująć ją w określony koncept i świadomie modelować. Poprzez wyróżnienie aspektu cielesnego bądź psychicznego bada się ich specyfikę przy odwołaniu do ustalonych kryteriów. Według Schelera

„można nad rzeczami zapanować tylko *poza* granicą ich istotności i ich związków istotowych. Dlatego też wyjaśniającej nauki nie interesuje <<co>> (*Washeit*) rzeczy, ich istota. Nic przeto dziwnego, że nauka włącza świat w swoją strukturę pojęciową jedynie w takim zakresie, w jakim zawarty jest w nim mechanizm; jedynie bowiem o tyle można nad nim zapanować: technicznie nad przyrodą, medycznie, pedagogicznie, politycznie – nad ciałem i duszą”⁶⁴⁸.

Tak więc lekarz, kierując się potrzebą panowania nad przedmiotem badania, dojdzie do modelu biomedycznego i ujęcia pacjenta jako przypadku klinicznego. Natomiast poza zasięgiem „intelektualnego panowania” pozostaje przede wszystkim istota sfery noetycznej (aktowej). Poznanie tej warstwy jest dopiero możliwe dzięki przyjęciu postawy fenomenologicznej. Podmiot odznaczający się przygotowaniem w tym zakresie potrafi wydobyć zachodzące u innej osoby akty emocjonalne i na przykład określić związki, jakie występują pomiędzy dokonywanymi przez tę osobę poszczególnymi preferencjami wartości.

W kontekście filozofii Schelera wsparcie drugiej osoby pod kątem zgłębienia doświadczenia wartości jest opisane przy założeniu wielopoziomowej budowy człowieka i wielopoziomowego układu przeżyć uczuciowych. Odnosząc się do doświadczenia aksjologicznego drugiej osoby, należałoby wyróżnić poszczególne, skierowane na wartości poziomy uczuć. Niektóre z nich dotyczą stanów zachodzących na poziomie niższej psychowitalnej struktury bytowej, inne są związane z aktami intencjonalnymi angażującymi wyższe przeżycia psychiczne i duchowe. Scheler analizuje wielopoziomowość odczuwania w następujący sposób:

„Czuję coś zmysłowo przyjemnego na języku, innym zaś razem zmęczenie i świeżość, a jeszcze kiedy indziej czuję się dobrze lub niedobrze. W samym czuciu takich treści, a nie dopiero na

⁶⁴⁸ M. Scheler, *Śmierć i dalsze życie*, dz. cyt., s. 121.

podłożu dołączającego się do tego namysłu, zawarte jest pewne, odmienne w pierwszym i drugim przypadku, odniesienie egzystencjalne treści czucia do stanów mojego ciała. (...) Nie tylko w moim [odczuciu] świeżości i zdrowia, lecz również w świeżości np. cudzego wyglądu albo w świeżości majowego poranka zawiera się wyraźne odniesienie egzystencjalne do zmiennych stanów jakiegoś ciała. Jest tak jednak nie zawsze. Czuję także rozpacz oraz szczęśliwość przekraczającą mój byt lub moje chcenie, (...) bądź też przekraczającą byt i chcenie kogoś innego, kogo kocham. Odczuwam skruchę i żal, albo pełen radości, niezmacony spokój wobec mojej osoby oraz głębokie zadowolenie w spełnianiu pięknego czynu. Odczuwam to *bez* jakiegokolwiek współdanego odniesienia egzystencjalnego do ciała, chociaż równocześnie uprzytamniam sobie moje ciało i jego stany. (...) A to, co czuję w różnych momentach mojego życia, jest znowu połączone związkami sensownymi, które panują nad całością procesu życiowego”⁶⁴⁹.

Wprawny fenomenolog dociera do różnych poziomów przeżyć – niższego, skoncentrowanego wokół nieintencjonalnych stanów oraz obszaru funkcji uczuciowych i wyższych przeżyć intencjonalnych, w tym do ujętej w akcie miłości samej wartości osoby. Odkrywa ich wzajemny stosunek. W ten sposób można wyjaśnić, jakie znaczenie pełni dla danej osoby samoopanowanie w obliczu zmian zachodzących na płaszczyźnie fizycznej czy psychicznej, zachowane poprzez wyższe akty noetyczne odsłaniające sens cierpienia, szczęścia, samego życia itd. Jest to ważne w kontekście doświadczenia choroby, ponieważ wartości wyższe są z istoty trwalsze i nadają znaczenie niższym przeżyciom, a co za tym idzie – dostęp do wartości wyższych może być pomocy w zintegrowaniu wartości niższych, które z istoty poddane są większej labilności.

Dokonując tego rodzaju „oceny”, można też rozważać, w jaki sposób ujęta naukowo psychofizyczna strona istoty ludzkiej może być potraktowana, aby podjęte działania nie naruszyły wartości wyższych dotyczących już samej osoby. Innymi słowy, jakie znaczenie odegra działanie biomedyczne w kontekście całościowego ujęcia osoby i jej wartości? Podając fenomenologiczny opis osoby, można też określić, kiedy postępowanie medyczne godzi w obiektywną hierarchię wartości, a kiedy ją zachowuje. Zgodnie z myśleniem Schelera takie poszukiwania powinny zmierzać do zintegrowania wartości niższych w wartościach możliwie najwyższych, analogicznie niższe przeżycia powinny zostać zintegrowane w przeżyciach wyższych. Kiedy więc pacjent zgłasza jakąś potrzebę, wówczas należałoby zbadać, jakie wartości nim powodują. Na przykład chęć pozbycia się nieprzyjemnego bólu może dotyczyć wyłącznie zareagowania na wartości hedoniczne, wówczas pacjent skupiony na samym wąskim obszarze wartości może poszukiwać

⁶⁴⁹ Tamże, s. 111–112.

szybkich sposobów na zniwelowanie bólu. Ale może być i tak, że pacjent potrafi przekroczyć wartości hedoniczne w kierunku wartości witalnych. Refleksja nad zmianą stylu życia nie powinna być dla takiego pacjenta obca i chętniej podejmie wymagającą pracę nad doświadczeniem bólu. W tym przypadku stosowanie środków zaradczych będzie rozpatrywane w kontekście zdrowszego trybu życia i rozwoju psychoduchowego. Dla pacjenta, który odnosi się do wartości życiowych i wartości wyższych, takie rozumowanie będzie naturalne. Osoba pomagająca, która jest nastawiona na wychwytywanie wartości, może bezpośrednio nawiązywać do motywów, jakie powodują zachowaniem pacjenta, kierując potencjał chorego na możliwie szersze podejście do zdrowia. Wsparcie wiązałoby się z dotarciem do intencji chorego, jakie kryją się za uczuciami na poziomie wyższej struktury bytowej. Jest to ważne dlatego, że – jak podpowiada Scheler – intencjonalne akty uczuciowe skierowane na wyższe wartości pomagają w „odcięciu się” od ścisłego przyłgnięcia do życia, pomagają w osiągnięciu samoopanowania i przejęciu odpowiedzialności.

Praca z pacjentem na poziomie wartości została szczególnie doceniona przez Frankla, który w swoich przemyśleniach na temat podejścia do pacjenta nawiązywał do filozofii Schelera⁶⁵⁰ – idąc jego tropem, rozpoznawał poszczególne warstwy istoty ludzkiej – psychofizyczną i nastawioną na poszukiwanie sensu i wartości sferę noetyczną. Wymieniał także trzy źródła choroby: somatyczne, psychiczne i noetyczne. Lekarz – jego zdaniem – stawiając diagnozę, powinien rozpoznawać u swoich pacjentów wszystkie trzy poziomy⁶⁵¹. Frankl wskazuje konkretnie na lekarzy psychiatrów, ale w kontekście modelu holistycznego, w którym podkreślana jest potrzeba wychodzenia poza wąskie przygotowanie specjalistyczne w kierunku całościowego myślenia o pacjencie i możliwościach łączenia specjalizacji, czujność każdego lekarza na te trzy wymiary wydaje się konieczna, a już szczególnie dotyczy to określonych grup lekarzy, np. lekarzy psychiatrów, specjalistów medycyny paliatywnej, lekarzy pierwszego kontaktu (lekarza internisty, lekarza rodzinnego) – w których to przypadkach precyzyjniejsze określenie u pacjenta pracy sfery noetycznej względem całościowej kondycji psychosomatycznej wydaje się istotne z punktu widzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Perspektywa filozoficzna miałaby ułatwiać tego rodzaju całościowy wgląd.

Do podobnych wniosków doszedł, osobiście znający Schelera, Viktor von Weizsäcker – niemiecki lekarz neurolog i filozof. Weizsäcker dzielił się swoim przemyśleniami z I wojny światowej i z praktyki w szpitalu polowym. Doświadczenia z frontu przekonały go o tym, jak dalece różni się pomoc udzielana człowiekowi w warunkach polowych od leczenia w

⁶⁵⁰ Por. A. Chojniak, *Człowiek i sens: Frankla koncepcja autotranscendencji*, dz. cyt., s. 31–36.

⁶⁵¹ Por. K. Michalski, *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, dz. cyt., s. 154.

kontrolowanych warunkach. Gdy środki medyczne są ograniczone, jeszcze mocniej uwydatnia się sam żywioł ludzkich zmagania i podmiotowa strona leczenia, a także zaznacza się konieczność odniesienia się lekarza właśnie do pozamedycznego aspektu wsparcia. W warunkach szpitala polowego nie ma możliwości „ukrycia się” za schematami modelu biomedycznego: lekarz musi być gotów na spotkanie z drugim człowiekiem. Tradycyjny pozytywistyczny system medycyny jednak nie dostarczył takich podstaw. Weizsäcker pisze:

„Nauczyliśmy się, że ciało ludzkie składa się z tkanek. (...) Więc możemy stwierdzić: to jest chore. Ale chory mówi: jestem chory. Czy komórka może powiedzieć <<ja>>? Czy cząsteczka, atom, elektron mogą powiedzieć <<ja>>? Kim jest ten, kto mówi <<ja>>? Dowiedzieliśmy się tylko o rzeczach, które są <<czymś>>, ale nie dowiedzieliśmy się niczego o rzeczach, które są <<kimś>>”⁶⁵².

Weizsäcker szukał narzędzi, które nie tylko uzasadniłyby konieczność szerszego spojrzenia na medycynę od strony teoretycznej, ale także pomogłyby kształtować praktykę lekarską bardziej adekwatną do problemów człowieka. Myśl Schelerowska wydawała się Weizsäckerowi szczególnie atrakcyjna pod tym kątem. Rozwijając antropologię medyczną, nawiązywał właśnie do przemyśleń niemieckiego fenomenologa. Jego zdaniem prace Schelera szczególnie wpisują się w problemy medycyny. Po pierwsze, Scheler przekroczył kartezjański dualizm psychiki i ciała, ukazując ich ontologiczną jedność i związek (co ważne w kontekście badań nad połączeniem tych systemów), po drugie, pokazał, że istnieje w człowieku niezależne centrum aktowe, dzięki któremu osoba zyskuje dystans względem nacisku witalnego i zawiązuje więzi z innymi. Weizsäcker zakładał, że ten szczególny osobowy obszar istoty ludzkiej również jest zagadnieniem ważnym dla medycyny i musi zostać uwzględniony w leczeniu. Jego zdaniem antropologia medyczna nie zaczyna się od badania obiektu, ale od spotkania lekarza z pacjentem – to pomiędzy nimi zawiązuje się przestrzeń intersubiektywnego doświadczania zjawiska choroby w wymiarze moralnym i duchowym. Odnosząc się do Schelerowskiej zasady solidarności, Weizsäcker dochodzi do wniosku, że lekarz powinien wspierać osobowy rozwój chorego w zakresie wartości, skoro właśnie w tym spotkaniu problem aksjologiczny jest dany w sposób szczególny⁶⁵³.

Dużo więc zależy od umiejętności przyjęcia postawy filozoficznej, a konkretnie od docierania do samego porządku wartości. Jak bardzo jest istotne tego rodzaju całościowe ujęcie

⁶⁵² M. Anzalone, *Riformare la medicina, ripensare la soggettività. Viktor von Weizsäcker e l'antropologia filosofica di Max Scheler*, „Etica & Politica”, 21 (2019), nr 2, s. 476.

⁶⁵³ Por. tamże.

pacjenta, ukazuje się jeszcze wyraźniej, gdy na sprawę spojrzysz od strony negatywnej. Brak wglądu w całościową strukturę istoty ludzkiej może doprowadzić do podjęcia takich działań medycznych, które dla ogólnej kondycji człowieka (nie tylko psychofizycznej, ale także duchowej) mogą okazać się negatywne i godzą w wartości przynależne wyższym strukturom bytowym. Paul Tillich zauważa:

„pomyślna operacja może spowodować uraz psychiczny; skuteczna farmakoterapia może uspokoić niespokojne sumienie i doprowadzić do moralnej słabości; dobrze wytrenowane atletyczne ciało może skrywać osobowość neurotyczną; analitycznie wyleczony pacjent może być chory z powodu braku ostatecznego sensu w jego życie; przeciętne życie konformisty może być chore z powodu zahamowań do samoprzemiany”⁶⁵⁴.

Realizacja niższych wartości – jak wykazał Scheler – może przynosić szybkie zadowolenie – tak się dzieje, gdy na przykład zostanie wyeliminowany fizyczny ból, ale jedynie spełnianie wartości wyższych przynosi głęboki pokój. Nic więc dziwnego, że pacjenci pozbawieni poczucia sensu życia mają mniejszą chęć do podjęcia walki o zdrowie od tych osób, które posiadają cele powiązane z wysokimi wartościami⁶⁵⁵. Scheler ukazał, że wartości o wyższej randze zachowują m.in. większą głębię, trwałość, fundują inne wartości, nadając im znaczenie⁶⁵⁶. Tym samym nie należy rozpatrywać żadnego działania w oderwaniu od analizy potencjału osoby pod kątem tych wartości, które w obrębie możliwości osoby są najwyższe. Ważne jest i to, aby odnajdywać sposoby do pobudzenia chorego w kierunku równoważenia poszczególnych odniesień aksjologicznych. W podejściu fenomenologicznym dochodzi do odsłonięcia zróżnicowanych przeżyć wartości i wzmocnienia procesu autokonstytucji podmiotowości osoby poznającej i poznawanej, tym samym podejście to może być potraktowane jako adekwatna do problemu wartości metoda oddziaływania na pacjenta.

⁶⁵⁴ P. Tillich, *The Meaning of Health*, dz. cyt., s. 99.

⁶⁵⁵ Por. K. Chuengsatiansup, *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment*, dz. cyt., s. 8.

⁶⁵⁶ Por. podrozdział 2.1.2.

3.4. Lekarz w kontekście myślenia Schelerowskiego

3.4.1. Rola lekarza

Stosowanie metody fenomenologicznej nie jest łatwe: wymaga wykształcenia, samowychowania i wprawy. Należy więc postawić pytanie, jakie jest zadanie lekarza. Czy lekarz ma stać się fenomenologiem, aby uzyskać dostęp do wiedzy o wartościach swoich pacjentów? Przy okazji ustalania warunków przezwyciężenia trudności modelu holistycznego (podrozdział 1.2.5.) zostały podane podstawowe założenia na ten temat. Wyróżniono dwa sposoby odnoszenia się do wartości: odniesienie do wartości osobowych oraz szczegółowe rozpoznawanie, jakie działanie jest wartościowsze dla dobra pacjenta w ujęciu sytuacyjnym, związanym z szerszym pozamedycznym kontekstem życia pacjenta. Ustalono, że lekarz przede wszystkim ma skupić się na pierwszym zadaniu⁶⁵⁷. Zgodnie z filozofią Schelera, wsparcie drugiego człowieka w jego odniesieniu do wartości pierwszorzędnie wymaga uczuciowego dostępu do idealnej wartości osoby. Jest to niejako płaszczyzna dalszych, szczegółowych działań w zakresie wartości. Odkrywanie znaczenia poszczególnych przeżyć wartości w kontekście sytuacji pacjenta powinno zasadzać się na afirmacji wartości pacjenta. Nie każdy lekarz może pozwolić sobie na to, aby badać poszczególne związki zachodzące między różnymi wartościami przeżywanymi przez pacjenta, nie w każdym przypadku jest też konieczny szeroki ogląd w tym zakresie, ale słuszne byłoby, aby ewentualny proces takiego głębszego poszukiwania był rozpoczęty aktem afirmacji wartości osoby pacjenta, zaakcentowanym właśnie w szczególny sposób przez lekarza. W ten sposób lekarz wyznaczałby aksjologiczny kierunek dalszego wsparcia właściwie, bez względu na to, czy taka szersza pomoc (już w zakresie wartościowania poszczególnych rozwiązań) miałyby być udzielona przez niego samego, czy też przy udziale zespołu innych specjalistów. Wypada jednak zapytać, dlaczego to jest tak ważne – dlaczego podejście do chorego należy rozpocząć od aktu intencjonalnego skierowanego na wartość idealną osoby i czemu właśnie lekarz powinien inicjować tego rodzaju podejście do pacjenta. Aby odpowiedzieć na te pytania, należy przyjrzeć się, czym właściwie skutkuje afirmacja wartości osoby.

Zgodnie z myślą Schelera podejście fenomenologiczne skierowane na wartość drugiej osoby jest szansą odkrywania przez tę konkretną osobę głębszych odniesień aksjologicznych – odniesień, jakie w akcie intencjonalnego czucia jej wartości domagają się spostrzeżenia. W podejściu

⁶⁵⁷ Należy przypomnieć, że Scheler do grupy wartości osobowych zaliczył wartość osoby, ukierunkowania moralnej możliwości osoby oraz wartości związane z aktami osobowymi (akty uczuciowe, chcenia, działania). Por. M. Scheler, *Stosunek wartości „dobry” i „zły” do pozostałych wartości i dóbr*, dz. cyt., s. 65–66 oraz J. Galarowicz, *Max Scheler. Etyka wartości*, dz. cyt., s. 100–101.

nacechowanym uczuciem miłowania osoby zawsze tkwi wezwanie do przekraczania aktualnych możliwości na rzecz urzeczywistniania wartości wyższych od odnośnych. Miłość jako szczególny akt odkrywania coraz wyższych wartości pełni funkcję integrującą poszczególne przeżycia. Miłowanie wartości drugiej osoby zawsze jest odniesieniem twórczym i budującym, tym samym wpisuje się w ideę wzmacniania zdrowia pojmowanego dynamicznie. O tego rodzaju podejściu lekarza do pacjenta wspominają różni autorzy, nazywając ten typ oddziaływania na przykład przyjaźnią, ojcowską opieką, szczególną relacją troski. Interesujące rozważania na ten temat podjęli lekarze Anthony L. Suchman i Dale A. Matthews. Postawili pytanie o to, co sprawia, że relacja lekarz – pacjent jest terapeutyczna. Z ich analiz wynika, że w układzie tym utrzymuje się szczególna więź. Na podstawie badania praktyki klinicystów i przeżyć pacjentów wykazali znaczenie, jakie w leczeniu odgrywa doświadczenie koneksji (*connexional experience*). Doświadczenie to interpretują jako transpersonalną (*transpersonal*) płaszczyznę przeżywania, która poprzez poruszenie cierpieniem daje poczucie przekraczania własnej subiektywnej perspektywy na rzecz uczestniczenia w czymś łączącym, jednym, wywołującym poczucie przynależności, pokoju i szacunku związanego z tym, że druga osoba odsłania intymny i trudny obszar przeżyć. Autorzy opisują to doświadczenie w następujący sposób:

„Wspólne dla wszystkich tych doświadczeń jest cofanie się naszego poczucia wyraźnej indywidualności i osobistej kontroli, tak jak znajdujemy siebie w ciągłości z egzystencją, która jest większa niż my sami; pierwszy plan i tło zlewają się. Możemy na chwilę poczuć, że nasze zwykłe granice stają się porowate, co pozwala włączyć w obszar naszej własnej świadomości elementy, które zwyczajnie wydają się poza nami. Bez wyjaśniających modeli lub rytuałów, które wzywałyby naszą uwagę do doświadczeń koneksji i pomogłyby nam zintegrować je z resztą naszego życia, mogłyby one wszystkie umknąć niezauważone, albo gorzej, mogłyby one być doświadczane jako niepokojące, zawstydzające lub anomalne. Jednakże kiedy są one rozpoznawane i doceniane, doświadczenia te są źródłem inspiracji, radości i zdumienia”⁶⁵⁸.

Wskazując na zachodzące w relacji lekarz – pacjent zjawisko koneksji, autorzy dostrzegają jednocześnie potrzebę bliższego dookreślenia tej kwestii tak, aby lekarze mogli świadomie kształtować terapeutyczny obszar spotkania z chorym. Jest to ważne, gdyż doświadczenie koneksji może odegrać istotną rolę w przebiegu leczenia. Filozoficznie można tę kwestię rozjaśnić, ukazując za Schelerem twórcze działanie współuczestniczenia w wartościach, jakie są obecne w spotkaniu osoby pragnącej udzielić pomocy i bezbronnej wobec losu osoby potrzebującej. Przeżycie wartości

⁶⁵⁸ A.L. Suchman, D.A. Matthews, *What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic?*, dz. cyt., s. 126.

drugiej osoby jest aktem bezinteresownego przyjęcia jej z tym wszystkim, co przeżywa. W wyniku aktów intencjonalnego odczucia dana jest idealna wartość osoby, niezależnie od sytuacji egzystencjalnej, w jakiej ta osoba znajduje się. Podmiot zwrócony ku idealnej wartości drugiej osoby nie zatrzymuje się na tym, jaka jest dyspozycja psychosomatyczna czy moralna danej osoby – co jednocześnie nie oznacza, że to nie jest istotne. Chodzi raczej o to, że nawet jeżeli ta osoba w danym momencie, obiektywnie rzecz ujmując, jest w słabej kondycji oraz dokonuje złych wyborów (na przykład w obliczu choroby ulega słabości i dokonuje zawężenia świata wartości) to w świetle miłującego ujęcia jej idealnej wartości nie ma to znaczenia. Idealna wartość osoby pozostaje nienaruszona, jest źródłowo nadana, każdorazowo stanowiąc swego rodzaju wezwanie ku temu, aby tę osobę afirmować wedle tego, kim – w istocie – jest.

W literaturze naukowej bardzo często można spotkać się z określeniem, że lekarz powinien być empatyczny. Empatia jest wskazywana jako podstawowa zdolność, niezbędna do zbudowania relacji terapeutycznej. Z kolei odnosząc się do filozofii Schelera, można raczej powiedzieć, że empatia nie może stanowić podłoża relacji pomocowej. Pomoc w kontekście pozytywnie pojmowanego zdrowia ma nadawać kierunek „wzrostu”. Tymczasem, zdaniem Schelera, empatia jest jedynie przeżywaniem cudzych przeżyć, sama nie ma jednak siły przekraczania aktualnego stanu ku wyższym wartościom. Taką siłę ma jedynie akt miłowania. W opinii Schelera ten twórczy akt zwrócony na idealną wartość osoby powinien fundować inne przeżycia. Filozof w następujący sposób zestawia miłość i współczucie:

„Miłość bowiem nie kieruje się na cierpienie cierpiących, ale na *pozytywne*, złożone w nich *wartości*, a jedynie jej następstwem jest czyn usunięcia ich cierpienia. Natomiast owo żałosne uczucie miłości do cierpiących jako cierpiących jest właśnie w najwyższym stopniu wątpliwym faktem, na którego podstawie rodzą się próby wyprowadzenia miłości ze współczucia. Odwrotnie jest w przypadku przeżytego, przepelnionego miłością współczucia dla kogoś innego, kiedy to nasze serce łączy z innym [sercem] nie dobroczynność, lecz sama miłość i życzliwość, które uszczęśliwiają i które objawione współczucie ujawnia jedynie jako podstawa [ich] rozpoznania”⁶⁵⁹.

Scheler uznaje, że właściwe podejście do drugiego człowieka powinno zasadzać się na akcie miłości, w nim bowiem jawi się indywidualność danego człowieka, jego szczególne osobowe możliwości i specyficzne dla niego wartości (indywidualne *ordo amoris*), stąd tak ważne jest umiłowanie bytu osoby w świetle jego wartości, w przeciwieństwie do innych przeżyć uczuciowych oraz intelektualnej analizy ciała i psychiki. Tego rodzaju doświadczenie staje się wyrazem

⁶⁵⁹ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 226–227.

możliwości wspólnego bytowania w szerszym świecie wartości, niż jest to możliwe dla samego chorego, który pobudzony lękiem o własną sytuację egzystencjalną może mieć trudność w odnalezieniu właściwych odniesień aksjologicznych. Na przykład widząc osobę z amputowanymi nogami jako pełnowartościową, która w sensie idealnym ma prawo, chodzić stwarza się protezy, umożliwiające przekraczanie barier sytuacyjnych. Ich zastosowanie jest odzwierciedleniem doznanych wcześniej wartości. A przecież wartości te w wyjściowej sytuacji pozostawały zupełnie odległe od psychowitalnego zasobu chorego człowieka. Gdybyśmy pozostawali na poziomie wartości zawężonych do określonego położenia egzystencjalnego, właściwie nigdy nie zostałyby stworzone nowe możliwości, dlatego tak ważny jest szeroki wgląd w całościową hierarchię wartości. Podobnie pacjent psychiatryczny pozbawiony prawa do samostanowienia musi być widziany w jego ograniczeniach, ale przeżywany w taki sposób, że w odniesieniu do jego wartości niezmiennie zostaje utrzymane to osobowe prawo do urzeczywistnienia siebie w pełni modalności wartości. Lekarz czujny na tę rozbieżność, o której Scheler pisał jako różnicy występującej pomiędzy trwałością wartości i zmiennością bytu, stwarza szansę na to, aby wartości połączone z istotą osoby nie zostały zanegowane wraz z leczeniem – tym samym, aby pacjent nie został pozbawiony noetycznych możliwości wyjścia z określonego w danym momencie stanu. Mimo niemożności realizacji pełni porządku wartości w realnych okolicznościach, osoba chopa wciąż pozostaje w sensie istotowym bytem otwartym na wartości. Pacjent może na przykład domagać się emocjonalnego kontaktu z wartościami, zbliżając się w ten sposób do zasobów własnej sprawczości, mimo że realizacja tych wartości jest ograniczona przez jego aktualną dyspozycję psychowitalną. Przeżycie wartości jako szczególny wyraz moralnych możliwości podmiotu może stanowić nie tylko siłę do walki z chorobą, ale także podłoże wypracowywania w chorym odpowiedzialności za leczenie. Afirmacja wartości osobowych wydaje się niezbędnym elementem wspierania drugiej osoby pod kątem procesu samookreślenia przez nią własnej autonomii w świetle przeżywanej choroby.

Trudne przeżycia, jakich doświadcza pacjent, mogą zawęzić krąg wartości bądź stawać się szansą odkrycia nowych głębszych odniesień aksjologicznych. Sposób, w jaki lekarz odniesie się do tego napięcia, wydaje się arcyważny. Postawa poznawczo-moralna, jaką lekarz przyjmuje, może być dla pacjenta pobudką do przeżycia wartości wyższych od odnośnych bądź wyrazem ich zawężania i ucieczki od spotkania osobowego. Dużo więc zależy od kierunku, w jakim lekarz pchnie proces walki z chorobą – czy zorientuje się wyłącznie na wartości powiązane z orientacją biomedyczną (która zawęzi krąg wartości), czy raczej będzie czujny również na wartości wyższe niż te, o które toczy się zmaganie medyczne. Lekarz jako gospodarz spotkania zarysowuje zakres modalności wartości, który staje się proponowaną przestrzenią porozumienia między nim a chorym.

Jeśli stać go na głębszy wgląd w wartości, wówczas istnieje szansa, że pacjent w proponowanym porządku wartości odnajdzie ważne dla niego jakości. Następująca wypowiedź lekarza *GP* (*General Practice*) daje temu wyraz:

„Potrzebujesz wartości, które są potrzebne pacjentowi, aby dotrzeć tam, gdzie pacjent chce. (...) Niektórzy powiedzieliby, że sednem tego jest postawienie prawidłowej diagnozy, abyś mógł mieć właściwe leczenie, ale w mojej dziedzinie lekarza *GP* (*General Practice*) możesz bardzo pomóc ludziom bez znajomości diagnozy lub diagnoza jest nieistotna. Diagnoza jest taka sama dla wszystkich, którzy mają tę diagnozę, ale problem jest indywidualny. Nie sądzę więc, że rdzeniem medycyny jest diagnoza. Rdzeniem jest pomoc człowiekowi, a to oznacza, że podstawowymi wartościami są te, które umożliwiają nawiązanie, utrzymywanie, rozwijanie i korygowanie tego rodzaju relacji, która jest pomocna”⁶⁶⁰.

Paradoksalnie, okazuje się, że w samym środku postępowania medycznego to nie wartości związane ze zdrowiem psychosomatycznym są najważniejsze. Chciałoby się powiedzieć, że lekarz powinien aktem miłości do osoby ustanawiać kierunek ku wartościom wyższym, niż dyktuje wąskie spojrzenie na ludzkie zdrowie, ponieważ tylko te pierwsze, niosąc poczucie trwalszego odniesienia, stają się ostoją w wyniku zmiennych przeżyć i pobudką do przekraczania aktualnej kondycji. Wydaje się to ważne zwłaszcza w trudnych przypadkach. Istnieją sytuacje, kiedy niewiele można zmienić, jeśli chodzi o stan psychosomatyczny, ale i w takich momentach nawiązanie do wartości osobowych może okazać się pomocne. Scheler pisze o transcendowaniu ciała poprzez akty ducha i również w tym kontekście można mówić o leczeniu. Ta perspektywa wydaje się ważna szczególnie w odniesieniu do problemu cierpienia i bólu. W obliczu takiego doświadczenia siłą aktów ducha odsłaniają się nowe, dotąd niewidziane jakości, które przeżywane cierpienie niejako spychają na drugi plan. Od głębi przeżyć zwróconych na wartości wyższe zależy sposób odbioru bólu. Scheler ukazuje, że przekroczenie bólu zależy od zaangażowania duchowego rdzenia osoby w wysokie wartości: „Człowiek może znosić ból i cierpienie na bardziej peryferycznym poziomie tym łatwiej i tym bardziej błogo, im bardziej jest zadowolony na poziomie centralnym”⁶⁶¹.

Czym jednak byłoby przywoływanie wartości osobowych w konkretnych okolicznościach zawodu lekarza? Zapewne nie chodzi tutaj o wypracowanie jakiegoś modelu czy scenariusza postępowania. Praca na wartościach nie tyle sprowadza się do prostych i jednoznacznych zmian, co

⁶⁶⁰ Fragment z wywiadu przeprowadzonego w ramach „Badania doświadczenia wartości”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018).

⁶⁶¹ M. Scheler, *O sensie cierpienia*, dz. cyt., s. 59.

raczej zarysowuje miarę istoty ludzkiej od strony jakościowej, aby biorąc pod uwagę indywidualny etos osoby, szukać dla niej adekwatnych rozwiązań, niejako stanowiących dopełnienie tych wartości, jakie w odniesieniu do konkretnej osoby domagają się urzeczywistnienia. Mówiąc o intencjonalnym akcie miłości, jaki miałby wychodzić od lekarza, nie można mieć na myśli jakichś konkretnych słów, sugestii czy świadomego planu. Konieczna byłaby raczej emocjonalna czujność na wartości, które dla lekarza zdolnego do miłowania innych bytów są – w sensie fenomenologicznym – obecne. Każdy gest czy zwrot ku drugiej osobie jest nośnikiem wartości. Afirmacja wartości drugiej osoby pozostaje poza kontrolą intelektualną. A przynajmniej taka kontrola – jak poucza Scheler – nie może być źródłem działania. Pierwotnie chodzi o rodzaj spontanicznej odpowiedzi na obecność innego człowieka, który jawi się jako wartość – również jako wartość może jawić się jego zmaganie o siebie w sytuacji choroby.

Można więc powiedzieć, że wsparcie opierałoby się na sile poruszenia życiem drugiej osoby i pragnieniu jej dobra bez względu na to, w jakiej sytuacji ta osoba znajduje się. Tego rodzaju przeżycie jest aktem zupełnie bezinteresownym – w odróżnieniu od fałszywego altruizmu, o jakim Scheler pisze jako zainteresowaniu innymi na skutek nieumiejętności „bycia u siebie” i chęci zapełnienia wewnętrznej pustki obecnością innych. W bezinteresownym przeżyciu czyjejś idealnej wartości nie musi paść zwrotna odpowiedź, aby takie podejście do drugiego człowieka miało sens. Konieczność odkrycia wartości drugiej osoby jest roszczeniem *par excellence*, pozostaje niezależne od tego, czy odnośny podmiot doznaje tożsamy poruszeń moralnych. Na przykład, można afirmować czyjeś życie, widząc wartość w tym, że ta osoba walczy o swoje zdrowie, pomimo że ona sama tej wartości nie przeżywa.

Wydaje się, że w sztuce lekarskiej takie odniesienie jest szczególnie ważne. Wartości uobecniające się w wewnętrznych przeżyciach lekarza pozostają w polu wzajemnego odniesienia i w którymś momencie mogą zostać odczytane przez pacjenta. Taka szansa istnieje tylko dlatego, że jeden z podmiotów zachowuje wewnętrzną czujność na jakościowe uposażenie świata. Gdy na płaszczyźnie całościowego przebiegu wizyt w którymś momencie dochodzi do załamania „spójności” wzajemnie wymienianych pomiędzy lekarzem i pacjentem informacji i pada mniej lub bardziej adekwatne względem kontekstu pytanie o sens zmagania, wówczas odpowiedź na nie jest jedynie dopełnieniem tego, co samo przez się już w tym spotkaniu jest zawarte. Kiedy obecność wartości jest przez lekarza pogłębiana, wówczas łatwiej o dostrzeżenie przez niego osobowych możliwości, do jakich człowiek zdolny jest dotrzeć w obliczu choroby. Lekarz zorientowany na osobowe wartości postrzega problem choroby szerzej, niż dyktuje to paradygmat biomedyczny.

Wsparcie, jakie – zgodnie z modelem deliberatywnym autorstwa Lindy i Ezekiela Emanuelów – ma doprowadzić pacjenta do samorozumienia siebie i moralnego rozwoju, w świetle

Schelerowskiej filozofii polegałoby przede wszystkim na zagwarantowaniu choremu autentycznego doświadczenia jego wartości (bez względu na odbiór tego bezinteresownego daru przez samego pacjenta). Takie podejście może pobudzić w pacjencie poczucie własnych osobowych możliwości w kontekście doświadczanej przez niego choroby. Należy jednak zapytać dalej: dlaczego tak ważnym jest, aby właśnie lekarz obdarzał chorego tym odniesieniem? Poniekąd odpowiedź na to pytanie już padła: pacjent odsłania przed lekarzem przeżycia związane z chorobą i pomimo że dyskusja dotyczy kwestii psychosomatycznych, to jednak wewnętrzne doświadczenie pacjenta może być przepełnione lękiem, zagubieniem czy bezradnością. Szukając „recepty” na dolegliwości ciała i psychiki, pacjent faktycznie może pragnąć i domagać się utraconych wartości, niejako wypatrując w tym, co lekarz zaproponuje, odzyskania, np. pokoju, poczucia sensu, szacunku do siebie, poczucia sprawczości itd.

Leczenie w znaczeniu biomedycznym jest rozwiązaniem doraźnym, lecz nietrwałym. Konieczność odzyskania spójności w wymiarze już nie biomedycznym, ale aksjologicznym powraca wraz z pogłębiającym się kryzysem wywołanym ostateczną niemożnością zachowania kontroli nad żywiołem choroby czy samym procesem starzenia się i umierania. Dojrzały moralnie lekarz zdolny jest – mówiąc językiem Schelera – do bytowego współuczestniczenia w rozgrywającym się w jego obecności zmaganiu. Tym samym udziela adekwatnej odpowiedzi na obecność cierpiącego człowieka i nie traci szans danych w wyniku tej egzystencjalnej próby – szans związanych z udzieleniem terapeutycznego wsparcia. I chociaż wezwanie to może być dane w formie zakamuflowanej do postaci dialogu o dolegliwościach, to jednak w istocie lekarz jest zapytywany o wartości, które są lub mogą być utracone. To w przestrzeni jego gabinetu być może pierwszy raz dochodzi do ekspresji ciężaru wewnętrznego świata, jaki od dawna mógł być przez pacjenta skrywany. Wywołane wartości domagają się odpowiedniego przeżycia w każdym z podmiotów. Jeśli lekarz ma w sobie dostateczną poznawczo-moralną zdolność do wychwycenia tych momentów, wówczas można mówić o dużej szansie na zawiązanie pomiędzy nim a pacjentem szczególnej terapeutycznej relacji na poziomie aksjologicznym.

Wydaje się, że umiejętność przeżywania wartości drugiej osoby jest pierwszym i niezbędnym etapem realizacji modelu holistycznego, przyjęcia pacjenta z jego całościowym doświadczeniem. Ale istnieje jeszcze drugi, ważny powód, dla którego to właśnie lekarz ma być czujny na wartości osobowe. W systemie opieki zdrowotnej lekarzowi została przypisana szczególna i decydująca rola w stosunku do innych należących do personelu medycznego osób⁶⁶². Fritjof Capra zauważa, że społeczeństwo przypisuje lekarzom wyjątkową rolę, ponieważ to lekarz stwierdza, co jest chorobą. Lekarz pełni rolę swego rodzaju przewodnika po możliwościach

⁶⁶² Por. F. Capra, *Punkt zwrotny*, dz. cyt., s. 216–217.

medycyny. Od jego decyzji są też uzależnione inne osoby⁶⁶³. Tak postrzegana rola lekarza idzie w parze z Schelerowskim opisem przywódcy. Zadaniem przywódcy jest zmiana sytuacji, co realizuje się w wyniku relacji przywódca – osoby podporządkowane. Pacjent w osobie lekarza widzi możliwości dokonania zmiany, np. polepszenia swojej kondycji czy przeciwdziałania uciążliwym dolegliwościom. Lekarz, choćby dając skierowanie lub wystawiając receptę, „wprawia w ruch” podjęte decyzje terapeutyczne. Jeśli więc lekarz jako przewodnik popycha do przodu działania biomedyczne, to również – o ile leczenie ma się opierać na świadomym kształtowaniu procesu pogłębiania wartości – powinien wyznaczać horyzont wartości, który ma być podłożem dalszych działań podjętych przez niego samego lub innych podrzędnych i współpracujących z nim specjalistów.

Scheler zauważa, że choć kształtowanie się etosów zależy nie od przywódców, lecz od wzorów (osób szczególnie ujawniających porządek wartości), to jednak kiedy mamy do czynienia z przywódcą, który jednocześnie jest wzorem, wówczas podjęte przy jego oddziaływaniu czyny wpływają na realny przyrost wartości. Wartości krzewione przez przywódcę łatwiej są wdrażane i przyjmowane przez inne osoby, stąd tak ważne jest, aby lekarze, uznając swoją rolę przewodzenia, jednocześnie brali odpowiedzialność za jakość przekazywanych innym wartości. Skoro problematyka wartości jest nieodłączną częścią leczenia, to tym samym dobry lekarz powinien swoją postawą wносить taki układ preferencji aksjologicznych, który sprzyja rozwojowemu traktowaniu chorych. Wydaje się, że przynajmniej w tym zakresie podejście fenomenologiczne powinno być przez lekarza opanowane. Brak dbałości u lekarza o aspekt aksjologiczny wydaje się stać w sprzeczności z istotą leczenia.

3.4.2. Możliwość przyjęcia przez lekarza postawy filozoficznej

Domknięty opis rzeczy umożliwia intelektualne opanowanie złożonych zjawisk, ale jednocześnie może zasłaniać subtelne aspekty istnienia, redukując je do sztucznie ustanowionych znaków lub stanów. W europejskim kręgu kulturowym tego rodzaju „wiedza dająca władzę”, za jaką Scheler uważał nauki przyrodnicze (ale także pod tym kątem oceniał psychologię), wypiera między innymi antropologię filozoficzną, która pozwala na odkrycie, „czym jest człowiek i jaki charakter ma jego stanowisko w świecie”⁶⁶⁴. Uwagi Schelera o filozofii jako poznaniu niezależnym

⁶⁶³ Por. tamże, s. 193.

⁶⁶⁴ A. Węgrzecki, *Scheler*, dz. cyt., s. 75.

od naukowego i naturalnego światopoglądu są ważne również dla współczesnej medycyny. Lekarze na co dzień muszą doskonalić się w stosowaniu metod naukowych. Z racji specyfiki swojego zawodu nie tylko sprawnie używają wiedzy jako narzędzia „stosowanego” wobec człowieka, ale też dokonują swego rodzaju uzasadnionego uprzedmiotowienia osoby do przypadku medycznego. Namysł filozoficzny może być korzystną przeciwwagą dla tego podejścia. Może chronić przed redukcjonistycznym traktowaniem samej osoby, przy jednoczesnym odniesieniu do wyników różnych dziedzin nauki. Refleksja filozoficzna, zdaniem Schelera, uczy otwartości i pokory badawczej względem przedmiotu zainteresowania – odsłania problem, nie tylko, aby go lepiej poznać, ale też aby go głębiej doświadczyć. Poza tym osobie o rozwiniętej postawie fenomenologicznej łatwiej o zachowanie krytycznego i przenikliwego podejście względem stosowanych procedur, co, zważywszy na złożoność praktyki lekarskiej, jest umiejętnością niezbędną⁶⁶⁵.

Fenomenologia Schelera może być zarówno wyzwaniem, jak i treningiem zmierzającym do trudnej sztuki zintegrowania przez lekarza dwóch przeciwnych zdolności poznawczych. Z jednej strony, w zawodzie lekarza istnieje konieczność panowania nad sytuacją (prowadzonym przypadkiem), co wiąże się z precyzyjnym działaniem i wyłączeniem intelektualnych możliwości. Z drugiej strony, egzystencjalny wymiar leczenia, ale i tajemnica końca życia domagają się gotowości odparcia bezwzględnej dominacji rozumu i nabycia kwalifikacji pozwalających na odnalezienie się w sytuacjach skomplikowanych aksjologicznie. Każda sytuacja spotkania (jest nią również spotkanie lekarz – pacjent) pociąga za sobą odniesienie do wartości. Rozmowa o chorobie – mimo że ograniczona przez kontekst instytucjonalny i procedury diagnostyczno-terapeutyczne – w istocie nie jest wyłącznie dyskursem o charakterze medycznym, lecz otwiera pytanie o sens napięcia między procesem życia a procesem umierania – a co za tym idzie, wymaga zobaczenia chorego w optyce szerszej, niż dyktuje paradygmat naukowy. To jedno z podstawowych wyzwań stojących przed lekarzami otwartymi na ideał podejścia holistycznego – podejścia skupionego nie tylko na likwidacji patologii, ale także na pozytywnym ujęciu ludzkiego zdrowia – na wyzwaniu osobowego potencjału.

Biorąc pod uwagę konieczność rozszerzenia stylu myślenia biomedycznego o postawę filozoficzną, należy wskazać, w jaki sposób lekarz mógłby podjąć ten kierunek. W pierwszej kolejności, idąc za przemyśleniami Schelera, wypada zaznaczyć, że droga zmierzająca do wypracowania postawy fenomenologicznej znacznie odbiega od przygotowania związanego z realizacją dyrektyw modelu biomedycznego. Zgodnie z tym ostatnim, lekarz zdobywa wiedzę i uczy się ją wykorzystywać w odniesieniu do człowieka zoperacjonalizowanego do przypadku

⁶⁶⁵ Por. A. Raniszewska-Wyrwa, *Myśl etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857–1917)*, dz. cyt., s. 47–51.

klinicznego. Z kolei podejście fenomenologiczne bazuje nie tyle na racjonalności instrumentalnej, co raczej na przygotowaniu emocjonalnym. Scheler wskazuje, że w podejściu naukowym przedmiot poznania niejako jest umiejscowiony „naprzeciw” badacza, co niemożliwe w przypadku odbioru strony noetycznej osoby. Stwierdza:

„(duchowa) osoba jako osoba w ogóle jest bytem, który nie może *stanąć nam naprzeciw* (*nicht objizierbares Sein*), lecz tak samo jak <<akt>> (osoba zaś jest tylko pozaczasowym i pozaprzeznaczonym porządkiem układu aktów, których konkretna całość bytowa współokreśla każdy pojedynczy akt, a całościowa ich zmiana współmodyfikuje każdy pojedynczy akt; to znaczy jak mam zwyczaj mówić, osoba jest <<substancją aktową>>) jest, pod względem *istnienia* (*Dasein*), bytem dopuszczającym bytowe uczestnictwo jedynie przez *współ-dokonywanie* (*Mitvollzug*) (współ-myślenie, współ-chcenie, współ-odczuwanie, myślenie następcze, odczuwanie itd.). Tylko *to* uczestnictwo bytowe zastępuje wiedzę o przedmiotach, które mogą stać nam naprzeciw”⁶⁶⁶.

Podejście fenomenologiczne wymaga, aby wnioskowanie dyskursywne zostało uzupełnione o akt ideacji, potrzeba panowania i kontroli została „powściągnięta” na rzecz uczestnictwa bytowego, leczenie zwróciło się w kierunku wsparcia osobowego potencjału, a zainteresowanie objęło już nie tylko byt zrelatywizowany psychosomatycznie, co raczej byt esencjalny, takim jakim jest w swojej istocie i w konstytuujących go wartościach. Rozwój umiejętności związanych z fenomenologicznym doświadczeniem pacjenta jest w pewnym sensie odwrotnością przygotowania medycznego. Wiedza i procedury postępowania zdobyte w szczególności w zakresie konkretnej specjalizacji stanowią płaszczyznę możliwego interpretowania poszczególnych przypadków, zaś w podejściu fenomenologicznym tego rodzaju teoretyczno-praktyczny fundament może utrudniać dokonanie czystego wglądu w istotę rzeczy. Czymś innym będzie też sukces lekarza – naukowca od sukcesu lekarza – mędrca. W pierwszym przypadku najważniejsze jest wyeliminowanie dysfunkcji, w drugim nawiązanie relacji z pacjentem, która pomaga mu osiągnąć wyższy poziom poznawczo-moralnego odbioru zdrowia i choroby, który jednocześnie sprzyja leczeniu. Inny jest także w obu przypadkach proces nauki i przygotowania. Biorąc pod uwagę zadania wynikające z modelu biomedycznego, nikt nie zastanawia się nad tym, jaką kondycję zdrowotną ma lekarz. Przed wszystkim ważne jest to, jaką dysponuje wiedzą i umiejętnościami. Lekarz może doskonale leczyć (w znaczeniu biomedycznym), sam nie będąc zdrowym. Inaczej rzecz się ma ze wsparciem procesu odkrywania wartości. W tym przypadku kluczem do sukcesu jest to, że lekarz sam przeżywa

⁶⁶⁶ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 336.

wartości w dojrzały sposób. Stanowi to nawet warunek *sine qua non* podejścia holistycznego. W obliczu medycyny zorientowanej na wartości pytanie o to, kim jest lekarz (jakie jest jego ukształtowanie poznawczo-moralne), nie może być pominięte.

Mówiąc o wstępnych warunkach fenomenologicznego wglądu, Scheler wskazuje na poszczególne akty moralne, które łącznie określa „moralnym wzlotem”. Są to: miłość do absolutnej wartości i bytu, ukorzenie naturalnego „Ja” i jaźni oraz samoopanowanie. Uznaje również, że przyjęcie postawy filozoficznej powinno łączyć się z odkryciem, że wszystkiemu, co istnieje, przysługuje koniecznie jakiś byt istotowy albo istota oraz jakieś istnienie, ponadto kluczowe jest doświadczenie zdziwienia, że „jest nie nic”, oraz doświadczenie, że jest coś absolutnie istniejącego. Te wstępne warunki mają ukierunkować ducha osoby na sferę istotnościową wszelkiego możliwego bytu. Pomagają również w odparciu fałszywych poglądów⁶⁶⁷.

Jak jednak w postawie lekarza może dokonać się zwrot ku tego rodzaju poznawczo-moralnej wrażliwości? Czy i w tym zakresie można z filozofii Schelera zaczerpnąć jakąś odpowiedź? Myślą naprowadzającą na rozwiązanie mogą być jego rozważania nad cierpieniem i śmiercią. Konfrontacja z tymi zjawiskami – jak ukazuje filozof – może rozbudzić głębszy sposób poznawania esencjalnego podłoża rzeczy⁶⁶⁸. Scheler zaznacza, że cierpienie może spełnić funkcję „oczyszczającą”, która oznacza „klarowanie (*Reinigung*) i oddzielanie *tego, co prawdziwe*, od tego, co *nieprawdziwe*, powolne odrzucanie tego, co niższe, od tego, co wyższe, w centrum naszej duszy”⁶⁶⁹. Cierpienie uczy pokory, a ta jest stałym elementem wskazanych przez Schelera warunków „wzlotu moralnego”.

Wypada więc postawić pytanie: czy okoliczności pracy lekarza są dalekie od szansy wykształcenia tego rodzaju spojrzenia na rzeczywistość? Powierzchniowo rzecz ujmując, można powiedzieć, że lekarze są tą grupą zawodową, której nie jest obcy kontakt z ludzkim cierpieniem, stratą, bezradnością i śmiercią. Można więc postrzegać tę profesję jako poznawczo-moralne wyzwanie w zakresie zdobywania pokory. Paradoks polega jednak na tym, że bliskość empirycznych przejawów wymienionych faktów niekoniecznie przekłada się na bliskość względem ich istotowej wartości. Instrumentalizacja tych trudnych momentów pracy lekarza, jaka pojawia się ze strony stylu myślenia biomedycznego lub nastawień praktycznych, wydaje się tłumić wrażliwość niezbędną w podejściu fenomenologicznym⁶⁷⁰. W kontekście tych ograniczeń, lekarz może podjąć się pracy nad wewnętrznym rozwojem przede wszystkim siłą poczucia odpowiedzialności za to, w

⁶⁶⁷ Por. podrozdział 2.3.1.

⁶⁶⁸ Por. M. Scheler, *Śmierć i dalsze życie*, dz. cyt., s. 105–120.

⁶⁶⁹ M. Scheler, *O sensie cierpienia*, dz. cyt., s. 56.

⁶⁷⁰ Jest to uzasadnione w momencie stosowania metod redukcjonistycznych, jednak może okazać się stratą w odniesieniu do szerszego potencjału osobowych możliwości lekarza i ich wykorzystaniu w leczeniu.

czym uczestniczy. Cenna pod tym kątem jest następująca wypowiedź lekarza medycyny paliatywnej:

„Nie można pracować z pacjentem paliatywnym, jeżeli człowiek nie konfrontuje się z własnym wyobrażeniem umierania, To nie jest tak, że ja chodzę i myślę: *Jestem śmiertelna, umieram...* Natomiast to bardzo człowieka ustawia w pewnych, powiedziałabym, takich ramach. I to jest niesamowicie ważne. Człowiek wie, co tak naprawdę... jest dla niego ważne. Jeżeli ja się nie skonfrontuję, dlaczego ja tu jestem, to ja będę uciekać, ja będę miała lęki. A każdy pacjent będzie czynnikiem sprzyjającym do somatyzacji. (...) A jeżeli skonfrontuję się z tym albo historia jakiejś osoby przypomina mi coś... to wtedy jestem w stanie wyjść do tego chorego i nawet sobie przyjdę i powiem tak: *Wiem, dlaczego to mnie tak zezłościło, wiem dlaczego, to się tak dzieje*. Jeżeli nie wiem, to znaczy, że mam z tym problem i nie będę w stanie być autentyczna, nie będę w stanie w sposób naturalny wyjść, bo to nie o to chodzi, żebym jako lekarz przyszła, posłuchała, pomacała, nogi oglądnęła. (...) Myślę, że ważne jest spojrzenie przez pryzmat tego człowieka, który leży – jakie on może mieć potrzeby. To, co też jest bardzo ważne, to jeżeli chorzy nie radzą sobie np. w sferze emocji czy czasami pojawiają się takie objawy jakościowe, czyli jakościowe zaburzenia świadomości. (...) Taki rodzaj majaczenia jest czymś bardzo dla tych chorych trudnym, bo to wygląda niebezpiecznie i to jest też trudne dla nas, osób zewnętrznych. Część chorych mówi o tym jako strasznym cierpieniu dla głowy – mówiąc kolokwialnie. Czyli możemy to sobie uświadomić dopiero, jak chcemy wiedzieć. Tylko mówimy no tak, jest pobudzony, może by przymus bezpośredni założyć, no bo coś się dzieje, ale zawsze przez to gdzieś przedziera się takie ogromne cierpienie człowieka”⁶⁷¹.

Schelerowska filozofia ukazuje, że zachowanie szerszego podejścia poznawczego pozwala na umiejętną ocenę granic stosowanych metod. W kontekście zawodu lekarza chodziłoby o to, że lekarz wie, kiedy i dlaczego stosuje daną metodę specyficzną dla stylu myślenia biomedycznego, a kiedy metoda staje się okazją do ucieczki przed spotkaniem osobowym. Rozważania Schelera ukazują, że szansą pozytywnej zmiany, uobecnienia siebie w sposób autentyczny i wyzwolenia głębszych pokładów poznawczo-moralnych byłoby pojawienie się swego rodzaju zagubienia, które może zintensyfikować się wtedy, gdy doświadczenie cierpienia czy problemu śmierci niejako rozbijają pewność oparcia się na wiedzy i wyuczonych metodach. Wartość panowania znamienne dla zachowania naukowca – badacza okazuje się niewystarczająca i skłania do zastanowienia się nad tym, co można w takiej sytuacji utraty kontroli zrobić i na czym się oprzeć⁶⁷².

Bezradność powodowana egzystencjalnymi trudnościami może pobudzić do głębszego sposobu zdobywania wiedzy – już nie tylko polegającej na wnioskowaniu, ale na bazie „bezpośredniego uczestnictwa”. Wydaje się, że lekarze, którzy odważyli się podjąć refleksję nad

⁶⁷¹ Fragment z wywiadu przeprowadzonego w ramach „Badania doświadczenia wartości”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018).

⁶⁷² Por. M. Scheler, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, dz. cyt.

takim, pozornie destrukcyjnym doświadczeniem utraty kontroli, skorzystali z szansy rozwinięcia wyższej jakości kontaktu z pacjentem, zarówno pod względem moralnym, jak i terapeutycznym. Płaszczyzną szczególnej wewnętrznej przemiany lekarza może być sytuacja, kiedy on sam zostaje pacjentem – zwłaszcza wtedy, gdy problem dotyczy poważnego stanu. Jedną z lekarek (specjalista chorób wewnętrznych) rozważa tego rodzaju własne doświadczenie w następujący sposób:

„I tak naprawdę doświadczenie bezsilności, bezradności, samotności w cierpieniu, pomimo tego, że jest tabun ludzi, doświadczenie bólu nie do zniesienia, doświadczenie tego, że wołasz kogoś i nikt cię nie słyszy. Myślę, że to się zrobił taki skarb, jest dla mnie trudnym prezentem, bardzo trudnym prezentem, ale dla tych ludzi – no myślę – że to coś ważnego. (...) [Mam] świadomości bardziej tego, co ten gość [pacjent] może czuć. Ja tego nie przeżywam, ja mam świadomość, co on może czuć i co się z nim dzieje. I tak naprawdę, co w tym momencie może być pomocne. Jest to bezcenna wiedza, ale nabywanie jej jest tak cholernie trudne, że nikomu tego mimo wszystko nie życzę... W mojej sytuacji i z moim charakterem pewnie by do tego nie doszło. Ja bym dalej była: *pyk, pyk, pyk*, ja bym to poukładała. (...) W tym takim moim relatywizmie i w tym takim poukładaniu cała reszta była mniej ważna. (...) Przejdźcie tą drogą, takiego gdzieś godzenia się z tym, co się ma lub czego się nie ma, jest drogą. Zdaję sobie sprawę, że ci ludzie też na tej drodze są. Nie wiem. Zdaję sobie sprawę, że niektóre rzeczy się odsłaniają i że to nie jest tak, że ja już jestem mądra i to jest po wydarzeniu. Jestem w trakcie, jestem w drodze... To jest doświadczenie przerycia. To jest doświadczenie olbrzymiego przerycia i rzeczywiście wielu rzeczy, których nigdy w życiu bym nie chciała spotkać. Bezsilność, bezradność to były ostatnie słowa, które można by było przy mnie postawić, a tak naprawdę stało się, stało się moją częścią, także doświadczenie bólu, bólu przewlekłego. To jest trudne doświadczenie. (...) Człowiek po takim doświadczeniu jest inny. Myślę, że to mnie uwrażliwiło. Inaczej widzę, inaczej czuję”⁶⁷³.

Max Scheler zauważa, że cierpienie może spowodować, iż człowiek przyjmie wobec świata postawę fenomenologiczną. Dzieje się tak dlatego, że wgląd fenomenologiczny (w tym wgląd, że „jest nie nic”, i wgląd, że istnieje coś absolutnego) wymaga ukorzenia naturalnej dumy i odparcia przekonania o „zrozumiałości bytu”. Pisz:

„Zarówno <<zrozumiałość sama przez się>> bytu, będąca właśnie tym, co zasłania jasny wgląd w niezmierną pozytywność stanu faktycznego, że w ogóle coś jest, a nie raczej nic, jak też pojawiające się u różnych podmiotów w rozmaity sposób i [w odniesieniu] do różnych sfer relatywnego bytu *zaprzeczenie relatywnemu niebytowi* rzeczy, ich względnej <<znikomości>> – są funkcją zależną owej <<naturalnej dumy>>, owego naturalnego, instynktownego (oczywiście biologicznie celowego) przeceniania siebie i wynikającej stąd pewności siebie istnienia, która tak osobiście każe zatajać przed świadomością np. śmierć i niezmierny czas, w którym nas nie było i

⁶⁷³ Fragment z wywiadu przeprowadzonego w ramach „Badania doświadczenia wartości”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018).

w którym nas nie będzie. Jedynie wówczas, gdy nauczymy się dziwić, że sami nie jesteśmy, będziemy mogli w pełni odebrać (*empfangen*) całą jasność światła obu wymienionych wglądów oraz ich pierwszeństwo pod względem oczywistości przed wszystkimi innymi wglądami”⁶⁷⁴.

Zdolność odparcia naturalnej dumy, ale także rozwoju innych wspomnianych warunków uzyskania moralnego wzlotu, może się wzmóc wraz z poczuciem cierpienia lub świadomością śmierci. To właśnie te przeżycia, krystalizując rangę doświadczanych wartości, pomagają we właściwym czystym odbiorze bytów, współuczestnictwie z innymi w zmaganiach o to, co Scheler nazywa prawdziwym *ordo amoris*. Przy tym filozof podkreśla, że właściwe podejście do problemu cierpienia łączy się z zobaczeniem egzystencjalnego ciężaru, przyjęciem, że cierpienie jest tylko cierpieniem, ból jest bólem, a jeśli taka droga prowadzi do moralnego rozwoju, to nie dlatego, że cierpienie ma walor normatywny, co raczej, że „*przecierpienie* w cierpieniu własnym i współcierpienie”⁶⁷⁵, doprowadzając do weryfikacji wiedzy i ukorzenia naturalnego „Ja”, daje szansę na autentyczny akt miłości, w którego świetle cierpienie dopiero nabiera funkcji rozwojowej⁶⁷⁶. Krytycznie natomiast oceniał trzy drogi ucieczki od cierpienia, które sprowadzał do następujących postaw: „*przytępienia* cierpienia aż do apatii, *heroicznej walki* z cierpieniem oraz wypierania cierpienia aż do próby *iluzorycznego odrzucenia go*”⁶⁷⁷. Tylko uczciwe przyjęcie własnej słabości pozwala na odrzucenie pozornej siły, autentyczną postawę i otwarcie się na człowieka, gdy jest on bezbronny wobec choroby. Warto prześledzić pod tym kątem następującą refleksję lekarza *GP* (*General Practice*):

„Podobało mi się, że mój tata był lekarzem. Moja mama jest pielęgniarką. (...) Absolutnie nie było możliwości rezygnacji z kariery. Jako dziecko nienawidziłem myśli o krwi i cierpieniu, więc wiedziałem, że nigdy nie będę lekarzem. Kiedy poszedłem do liceum, przyjaciele wokół mnie mieli studiować medycynę i jakoś to wychyciłem. To bardzo imponujące studiować medycynę! Chcę być imponujący! Więc wtedy złożyłem podanie do szkoły medycznej. Nie miałem motywów altruistycznych. Nie chciałem pomagać ludziom. Chciałem sobie pomóc. A także chciałem mieć poczucie bezpieczeństwa, które wiąże się z tym zawodem, mieć dochód, jakąś pewność pracy, być szanowanym i takie tam. (...) Normalną tendencją dla nas wszystkich jest bycie egocentrycznym. Oznacza to, że dbasz o swój status, nie popełniasz błędów, jesteś chwalony i doceniany, cieszysz się rzeczami, które lubisz. Ale wszystkie te rzeczy mogą być przeszkodą, gdy musisz pomóc innym, ponieważ przyjdą z problemami, z którymi nie wiesz, co zrobić. Więc poczujesz się mały i bezradny. I nie chcesz tam być. Będą również rzucać ci wyzwania w kwestiach, których tak naprawdę nie rozumiesz ani nie obejmujesz intelektualnie. Sprawią, że będziesz zawstydzony. Więc chodzi o jakąś szczerą w stosunku do siebie samego i poczucie bezpieczeństwa, kiedy jesteś niepewny, czujesz się ignorantem, nie wiesz, co

⁶⁷⁴ M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 297–298.

⁶⁷⁵ M. Scheler, *O sensie cierpienia*, dz. cyt., 55.

⁶⁷⁶ Por. tamże, s. 49–60.

⁶⁷⁷ Tamże, s. 49.

robić, kiedy czujesz się zagrożony faktem, że ludzie ci ufają i opierają się na tobie jako autorytecce, gdy nie jesteś pewien, kiedy możesz temu sprostać... Wszystkie te rzeczy wymagają dużo uczciwości i pewnego rodzaju siły, aby móc żyć ze sobą i czuć się wystarczająco dobrze, kiedy jesteś wrażliwy i słaby”⁶⁷⁸.

Autorefleksja nad doświadczeniem utraty kontroli wydaje się czymś cennym w zawodzie lekarza – w zawodzie tym szczególnie zaznacza się napięcie pomiędzy opanowaniem choroby a akceptacją bezradności i trudu cierpienia. Wydaje się ważne, aby już student medycyny nie tylko miał świadomość tych antagonistycznych procesów, co raczej uczył się mądrze przeżywać problem utraty kontroli, podobnie jak uczy się stosować wiedzę medyczną w celu przezwyciężenia dolegliwości psychosomatycznych. Scheler podkreśla: „*Kształcenie człowieka* (także kształcenie jego serca) poprzedzać winno każdą <<fachowo-naukową>> postawę wobec przyrody jako przeciwnika, nad którym trzeba zapanować”⁶⁷⁹. Postawa fenomenologiczna, jako czysty odbiór istotowej warstwy wszelkich bytów, miałaby być podłożem działalności specjalistycznej.

Jednym ze sposobów kształcenia przyszłych lekarzy w takim duchu jest zaproponowana przez Edvina Schei i współpracowników interakcja z ciężko chorymi pacjentami już na wczesnym etapie nabywania wiedzy medycznej⁶⁸⁰. Wedle tej idei wczesny kontakt z pacjentami nastawiony na zbliżenie się do doświadczeń chorych ma pomóc w uformowaniu tożsamości zawodowej związanej z normalizacją emocji jako integralnej części pracy klinicznej. Zdaniem autorów takie podejście jest ważne, gdyż, jak wykazują badania, tłumienie emocji w medycznych środowiskach doprowadza do braku empatii, wypalenia zawodowego i problemów ze zdrowiem psychicznym⁶⁸¹. Autorzy ukazują, że uczestnicy poddani tego rodzaju edukacji wskazywali na różnego rodzaju negatywne i pozytywne emocje związane z wizytami domowymi. Doświadczenie to było związane z utratą kontroli, staraniami o zachowanie profesjonalizmu, a także demaskacją utrzymujących się stereotypów i uprzedzeń. Schei i współpracownicy dochodzą do wniosku, że wczesne spotkania

⁶⁷⁸ Fragment z wywiadu przeprowadzonego w ramach „Badania doświadczenia wartości”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018).

⁶⁷⁹ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 170.

⁶⁸⁰ Wskazany kierunek przygotowania lekarzy nawiązuje do programu edukacyjnego PASKON. Por. E. Schei, H.S. Knoop, M.N. Gismervik, M. Mylopoulos, J.D. Boudreau, *Stretching the Comfort Zone: Using Early Clinical Contact to Influence Professional Identity Formation in Medical Students*, „Journal of Medical Education and Curricular Development”, 6 (2019).

⁶⁸¹ L. Dyrbye, T. Shanafelt, *A Narrative Review on Burnout Experienced by Medical Students and Residents*, „Medical and Education”, 50 (2016), nr 1; E. Ekman, M. Krasner, *Empathy in Medicine: Neuroscience, Education and Challenges*, „Medical Teacher”, 39 (2017), nr 2; S. Mahoney, R.M. Sladek, T. Neild, *A Longitudinal Study of Empathy in Pre-clinical and Clinical Medical Students and Clinical Supervisors*, „BMC Medical Education”, 16 (2016), nr 1; L.S. Rotenstein, M.A. Ramos, M. Torre i in. , et al. *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis*, „JAMA”, 316 (2016), nr 21, 2214–2236, za: E. Schei, H.S. Knoop, M.N. Gismervik, M. Mylopoulos, J.D. Boudreau, *Stretching the Comfort Zone*, dz. cyt., s. 5.

kliniczne wywołują wśród studentów medycyny reakcje, które mogą stanowić podłoże rozwoju dojrzałości emocjonalnej, umiejętności relacyjnych i postaw skoncentrowanych na pacjencie, ale może być też odwrotnie. Trudne przeżycia emocjonalne związane z poczuciem niepewności mogą wzmacniać dystans względem przeżywanych przez pacjentów trosk. W związku z tym, przeprowadzanie studentów przez ten etap dojrzewania do zawodu lekarza wydaje się niezwykle istotny. Ochrona potencjału związanego z emocjonalnością przyszłych lekarzy okazuje się ważnym aspektem praktyki lekarskiej, który – zważywszy na dominujący dyskurs edukacji medycznej – wymaga świadomego prowadzenia⁶⁸².

Podjęcie filozoficzne wymaga, aby lekarz nie tylko zdobył wiedzę i nauczył się ją stosować na konkretnych przypadkach, co raczej aby zwrócił się ku własnemu wnętrzu, kształtując własną dyspozycję uczuciową w taki sposób, aby być przy innych na sposób współuczestniczący. Najpierw chodziłoby więc o wejście za sprawą postawy fenomenologicznej w proces autokonstytucji własnej podmiotowości, o zrozumienie istoty własnego bytu i zrozumienie siebie w kontekście przeżywanych wartości w ogóle, aby w ten sposób zyskać usposobienie sprzyjające wychwytywaniu aksjologicznego bogactwa obecnego już w spotkaniu z pacjentem.

3.4.3. Znaczenie wartości w kształtowaniu postawy

W poprzednim podrozdziale wskazano, że podłożem rozwoju dojrzałych postaw wśród lekarzy mogą być doświadczenia, które odsłaniają „czystą”, pozbawioną teoretycznych założeń, rzeczywistość. Jednym z przykładów takiej ścieżki samowychowania jest interakcja z ciężko chorymi pacjentami już na wczesnym etapie edukacji medycznej. W tym punkcie zostanie rozważone, co do tego rodzaju podejścia może dodać aksjologia fenomenologiczna Max Schelera, gdy problem wartości zostanie odniesiony już nie do zdrowia pacjenta, ale do postawy lekarza.

Wartości pełnią szczególną rolę w kształtowaniu się osobowości. Motywują do działania, ale także dzięki odniesieniu do wartości człowiek realizuje siebie i zaznacza swoją indywidualność⁶⁸³. Waldemar Janiga pisze: „Przede wszystkim wartości ukierunkowują rozwój osobowości. Jeżeli zostaną one zinternalizowane, mają decydujący wpływ na cele i zadania realizowane przez człowieka, na kształtowanie sumienia, dokonywanie ocen moralnych, na poczucie zadowolenia, a zwłaszcza na doświadczenie sensu życia, a w konsekwencji na wybór

⁶⁸² Por. E. Schei, H.S. Knoop, M.N. Gismervik, M. Mylopoulos, J.D. Boudreau, *Stretching the Comfort Zone*, dz. cyt.

⁶⁸³ Por. W. Janiga, *Funkcje wartości w kształtowaniu się osobowości*, „Studia Warmińskie”, 43 (2006).

określonego stylu życia”⁶⁸⁴.

Rolę wartości w kształtowaniu przez lekarza własnej postawy można przedstawić w następujących punktach:

1. Wspomniany program interakcji studentów z ciężko chorymi pacjentami jest nastawiony na kształtowanie sfery emocjonalnej. Autorzy zauważają, że jest to ważne podłoże pracy lekarza. Warstwa wzruszeniowo-afektywna jest też bazą przeżycia wartości wedle filozofii Schelera. Od dojrzałości emocjonalnej zależy prawidłowe rozpoznanie różnych modalności wartości. Scheler uwydatnił znaczenie życia emocjonalnego, ale przy tym pokazał, że ma ono wielorakie wymiary. Właściwe rozpoznanie tych różnic jest ważne. Ukazuje, kiedy przeżycia uczuciowe faktycznie obejmują poznanie drugą osobę i wartości osobowe, a kiedy są to tylko chaotyczne, pozbawione logiki stany. Jest to istotna uwaga również w kontekście ewentualnego uczuciowego odbioru przez lekarza chorej osoby. Przy uwzględnieniu systemu Schelera, charakter relacji z pacjentem może być zaplanowany precyzyjniej. Czerpiąc z filozofii Schelera, można podać funkcje, jakie poszczególne rodzaje emocji pełnią w wypracowywaniu postawy, która byłaby odpowiednia dla sytuacji leczenia. Scheler ukazał, że stan emocjonalny wywołany cudzymi przeżyciami znacznie różni się od intencjonalnego uczuciowego odbioru drugiej osoby. Pierwszy rodzaj reakcji w wielu sytuacjach może być niewskazany. Nie ma waloru poznawczego. Stany uczuciowe powiązane są z ośrodkiem psychofizycznym i choć mogą być wywołane na przykład cierpieniem drugiej osoby, to jednak są zwrócone nie tyle na drugą osobę czy na jej wartość, co raczej ku własnym subiektywnym odczuciom. Emocje o takim charakterze nie dostarczają wiedzy o przedmiotach, a nawet mogą ją „przesłaniać”. Inaczej dzieje się w przypadku przeżyć intencjonalnych. Te uczucia mają dostęp do świata zewnętrznego, w nich dochodzi do zapoznawania innych ludzi i współ-przeżywania wewnętrznego doświadczenia drugiej osoby – co dalekie jest od intelektualnej analizy, ale jednocześnie nie sprowadza się do spontanicznej reakcji emocjonalnej, która doprowadzałaby do utraty poznawczego dystansu.

Ta ostatnia uwaga jest bardzo ważna, ponieważ ukazuje, że lekarz nie musi odznaczać się bogatą gamą emocji. Według Schelera nawet empatia nie jest kluczową odpowiedzią na drugiego człowieka. Lekarz na poziomie wzruszeniowym może niewiele doświadczać (w sensie szerokiego zakresu odczuć), wciąż pozostając zdolnym do ujmowania wartości za pomocą intencjonalnych aktów uczuciowych. Co więcej, wydaje się, że powściągliwość emocjonalna na niższym poziomie życia uczuciowego w wielu sytuacjach może być pomocna. Bliskość budowana na bazie wyższych uczuć przekłada się na współuczestnictwo w wartościach, a opanowanie na poziomie niższych przeżyć pozwala na zachowanie odpowiedniej rezerwy, korzystnej przy podejmowaniu działań

⁶⁸⁴ Tamże, s. 225.

medycznych. Wydaje się, że sztuką byłoby właściwe wyważenie przez lekarza bliskości i dystansu właśnie przez „dopuszczanie” lub „wyciszanie” określonych rodzajów odczuć.

2. Emocje okazują się bardzo istotne w pracy lekarza, ale jednocześnie jest to sfera szczególnie podatna na zniekształcenia. Bazując na aksjologii fenomenologicznej Schelera, można jeszcze lepiej ją zbadać i ukierunkować. Gdy „wartość” niejako staje się „atomem” prowadzonej autorefleksji, wówczas możliwe jest śledzenie przepływu uczuć, ich wzrostu i prawdziwości. Wydaje się, że w odniesieniu do pracy lekarza taka ocena jest bardzo ważna. W końcu samo uczuciowe ożywienie, mimo iż chwilowo staje się remedium na wypalenie zawodowe, wkrótce znów może odsłonić egzystencjalną pustkę, jeśli nie jest „zakorzeniane” w wysokich wartościach. Przeżycia nie mogą być celem samym w sobie, co raczej prowadzą do poznania rzeczy, do lepszego czynu, lepszej postawy względem chorego i rozwoju w zakresie budowania terapeutycznej relacji z pacjentem itd.

Scheler krytykuje koncepcje, wedle których samo współcierpienie miałoby doprowadzać do rozwoju podmiotu, jak jest to na przykład w teorii Schopenhauera⁶⁸⁵. A nawet obawia się, że przypisywanie cierpieniu pozytywnego znaczenia może doprowadzać do utajonej „przyjemności związanej z cierpieniem drugiego człowieka”⁶⁸⁶. W świetle takiego zamysłu, trudne przeżycia innych osób stają się okazją do doświadczenia siebie: „Oglądanie samego cierpienia wywiera szczególny czar – występuje pozornie sprzeczne z naturą pragnienie zatrzymania się nad tym, co jest w sobie bolesne”⁶⁸⁷. I choć przeżycie tego rodzaju nie neguje z konieczności dobrego czynu, to jednak może utrudniać dostęp do wartości pozytywnych jako tych, z których dobry czyn – w istocie – powinien się rodzić⁶⁸⁸. Co więcej, przykłady tego błędnego nastawienia, zdaniem Schelera, można odnaleźć właśnie wśród osób wybierających zawody medyczne. Filozof zauważa:

„motywem wyboru zawodu pielęgniarki, czasami też chirurga (oraz podobnych zawodów) (...) często bywa [chęć] oglądania cierpienia, bólu i ich zewnętrznego wyrazu, jak rany, krew itd. Naturalnie, ów motyw wyboru zawodu bynajmniej nie wyklucza przy tym ścisłego wypełnienia obowiązku niesienia pomocy i wszelkiego z tym związanego, moralnie pozytywnego działania (z <<obowiązku zawodowego>>). Chorobliwy w sobie popęd może stać się ukrytym bodźcem (*Dampf*), skłaniającym ostatecznie do działalności zawodowej w sobie samej dobrej, a nawet pełnej

⁶⁸⁵ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 88–95.

⁶⁸⁶ Tamże, s. 91.

⁶⁸⁷ H. Spencer, *Prinzipien der Psychologie*, Stuttgart 1882–1886, cytat za: M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 93.

⁶⁸⁸ Por. M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 92.

zasług⁶⁸⁹.

Samo poruszenie emocjonalne, jakiego lekarz doświadcza w kontekście zmagania chorego, choć stwarza klimat dogodny dla budowania relacji zaufania i nawet może przyczyniać się do powstawania zachowań pomocowych, to jednak nie jest żadnym oparciem ani gwarantem, że zawiązywana w ten sposób relacja przełoży się na urealnienie jakiegokolwiek dobra. Taka gwarancja może tkwić dopiero w wyborze wartości, jakie za uczuciami stoją. Scheler ukazuje, że dopiero akt miłości skierowany na osobę i jej wartość jest podstawą właściwego współcierpienia. To wartości doznawane w akcie miłowania bytu osoby są płaszczyzną faktycznego porozumienia między osobami, nie zaś same przeżycia. Bywają bowiem specjaliści, którzy posiadają doskonały warsztat jeśli chodzi o techniki komunikacji, mają też empatyczne podejście i wycucie sprzyjające uzewnętrznianiu przez chorych trudnych doświadczeń, aczkolwiek jeśli za tymi kompetencjami nie stoi dojrzałość moralna i ugruntowanie w stabilnych wartościach, wówczas pacjent kierowany zaufaniem może być wprowadzany w pustkę – zderzony jedynie z własnym rozbitym w wyniku egzystencjalnych zmagania zasobem wartości i możliwościami specjalisty zbyt powierzchownymi aksjologicznie, jak na zadania związane z pracą na wartościach. Stąd ważna jest refleksja nad tym, co lekarz czy inny specjalista prowadzący chorego mają do zaproponowania z własnego zasobu wartości – czy sami w swoim życiu wypracowali dojrzały sposób odpowiadania na to, co aksjologicznie doniosłe. To ważne, gdyż od ich osobistej odpowiedzialności za własny rozwój w tym zakresie zależy, w jakim „świecie” ustawią doświadczenie chorego. Ten silny i pozytywny komponent profesjonalizmu nie może zostać zaoferowany innym, gdy sam podmiot – mówiąc językiem Schelera – uległ „ślepotcie na wartości” lub „duchowemu zgorzknieniu”⁶⁹⁰.

Ze strony filozofii Schelera pojawia się odpowiedź, aby uczucia badać w kontekście apriorycznego porządku wartości. Odnosząc się do tego rodzaju kryterium, można postawić pytanie o jakość przeżyć i podejmowanych czynów, badając, czy są one zgodne z domagającymi się realizacji wartościami. Jeśli uczucia nie są ukazane od strony ich funkcji poznawczej, wówczas powstaje ryzyko utraty obiektywizmu, a sama warstwa wzruszeniowo-afektywna, jak doskonale pokazał Scheler, łatwo może być sprowadzona do „niemej, subiektywnej faktyczności ludzkiej”⁶⁹¹, co z kolei prowadzi do banalizacji jej znaczenia i zniekształceń.

3. Scheler podkreśla, że wartości są szczególnym wyrazem osoby. „Osoby (...) dzięki *samemu ich uposażeniu jakościowemu* są jako konkretne centra aktów zawsze *odmienne*”⁶⁹² – zauważa filozof.

⁶⁸⁹ Tamże, s. 93.

⁶⁹⁰ Por. podrozdział 2.2.3.

⁶⁹¹ M. Scheler, *Ordo amoris*, dz. cyt., s. 32.

⁶⁹² M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 111.

To poprzez odniesienie do wartości, a więc indywidualny etos, człowiek odnajduje swój własny sposób rozumienia siebie i świata. Znaczenie, jakie odgrywa odniesienie do wartości, można prześledzić na podstawie wybranych wypowiedzi lekarzy, którzy dzielą się, czym są ważne dla nich wartości w kontekście sytuacji zawodowych⁶⁹³:

Lekarz GP (*General Practice*):

Omawiana wartość: dyscyplina

Dostałem kiedyś list od pacjentki, którą znam od kilku miesięcy, duży i długi list, w którym narzeka na moją arogancję, złą komunikację, niesłuchanie jej i po prostu chęć zmiany jej i brak szacunku, i tak dalej. I bardzo dobrze pamiętam stan cielesny, przez który przeszedłem, kiedy czytałem ten list. I to uruchomiło moje myślenie, jakąś część mnie mówiącą – *– nigdy więcej cię nie zobaczę!* Potem wszystkie inne części, szczerłość... Ona oczywiście pisze, opisując swoje własne reakcje. Nie sądzę, aby to się miało stać, że mogę ją znowu zobaczyć. Czy będę się wstydzić? Czy jestem tak słaby, że nie mogę stawić jej czoła ponownie? Więc masz te wszystkie negocjacje ścierające się ze sobą. Myślę, że to rodzaj dyscypliny, aby zmusić się do bycia szczerym i ponownie być godnym zaufania. I wybierasz bycie silną osobą, która może przeproszać, i poniżasz się przed bardzo chorą osobą, bez perspektyw lub czegokolwiek. Więc chcesz winić drugiego... I jestem z tego dumny, że nadal często uczę z tą pacjentką, zawsze przypominając jej, żeby przyniosła ten list i ja czytam go studentom. (...) Bycie zdyscyplinowanym oznacza, że również mi zaufają: *Nie tylko jest miły, ale też pofatygował się, żeby usłyszeć moją historię, zbadal moje ramię, skierował na badanie krwi, zlecił prześwietlenie...*, te wszystkie rzeczy”.

Lekarz ortopeda

Omawiana wartość: szczerłość

„Chcę być szczerzy wobec każdego, mimo że to czasem jest bolesne. Co najgorsze, jest to związane z tym – ja się często na tym łapię – że właśnie wtedy jestem źle oceniany, że ktoś jakby tego nie rozumie. Że mamy jakby konwencję i dopuszcza się, że ja mogę nie być szczerzy. A ja chcę, żeby ta szczerłość była ponad wszystko, bo uważam, że jeżeli będę szczerzy, to gdy ktoś to doceni czy zauważy, to te relacje będą bliższe. Nie bierze się pod uwagę tej autentyczności, tej szczerłości. Bo jeżeli ja komuś powiem, że ja czegoś nie wiem, on powie, że ja jestem cymbałem, bo ja powinienem wszystko wiedzieć. A ja nie chcę mówić, że ja wiem. Nie chcę być kłamcą. Chcę być szczerzy wobec niego. Przyszedł człowiek, młody człowiek po urazie i była taka sytuacja, że on nie poszedł gdzieś tam na SOR, tylko przyszedł do mnie, do prywatnego centrum. Mówię: *Proszę pana, muszę panu powiedzieć, że mam wątpliwości, czy tutaj ma pan złamanie czy nie. Nie wiem. Mogę tylko powiedzieć, że zdjęcie rentgenowskie ma swój limit wiarygodności. Trzeba będzie może powtórzyć.* Mówię: *Nie jestem przekonany do końca.* A on: *Jak to pan nie wie?* I on mnie wyśmiał. Ja się poczułem w pewien sposób upokorzony przez niego. Nie to, że ja się jakoś tym przejmuję, ale on nie zrozumiał tego, co ja mu powiedziałem. On wziął to, że moja niewiedza jest wynikiem mojej słabości, że ja jestem niedoukiem. Dla niego życie jest proste, czarne albo białe”.

⁶⁹³ Fragmenty z wywiadów przeprowadzonych w ramach „Badania doświadczenia wartości”, sfinansowanego z dotacji celowej dla młodych naukowców, przyznanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (projekt nr 9/WF/2018).

Omawiana wartość: pokora

„Jeżeli ktoś nie przyjmuje moich argumentów, no to mówię – *no dobra, pokora*. Bo czasem mam problem z pychą. Pycha to jest takie wywyższanie się, że ja jestem lepszy, że ja oceniam, co on robi. Słowo pokora w obecnym języku jest synonimem słabości. Ja bym raczej rozpatrywał tę pokorę jako traktowanie równorzędne wszystkich uczestników, których spotykamy. Że ktoś ma prawo do innego myślenia, do podejmowania innych decyzji, które mogą mi się nie podobać (...) Na przykład zostałem odsunięty. Poczulem to, że oni zaczęli robić te operacje, bo już się nauczyli i robią. I tu była mi potrzebna pokora. Bo ja przyjeżdżam i jak trzeba stoję i asystuję tym zabiegom. Ja myślę, że przychodzi taki moment, że trzeba... Ja to też sobie próbowałem w ten sposób wytłumaczyć, że taki moment musiał kiedyś przyjść, że ja.. – że tak powiem – że nikt mnie nie potrzebuje, że bym ja tam coś doradził, więc generalnie powiedziałem – *no ok, no dobra*. Dobrze są wyszkoleni, to prawda, jakiś tam pewnie udział mam w tym. I jest z tego satysfakcja i jest pokora. Nie na zasadzie, że ja tu wchodzę i wszyscy powinni mi klaskać i ja to powinienem robić tylko najtrudniejsze zabiegi. Nie. Ja asystuję nawet przy jakichś prostych zabiegach, tak jak dzisiaj ten kolega, z którym na koniec operowałem”.

Lekarz psychiatra

Omawiana wartość: prawda

Rozmawiamy tutaj o psychiatrii. Pacjenci czerpią z postawy etycznej mojej, podejmując swoje decyzje życiowe. Postawa etyczna mnie obliguje do prawdy. Ty możesz oczywiście w ogóle nie uznawać tego, co mówię, ale ja uważam, że nie możliwe jest przebaczenie bez czegoś głębszego niż psychologia. Ale ja mogę ci powiedzieć, że to jest kierunek. Postawa etyczna wyznacza kierunek. Bo jeżeli wyznaczam kierunek hedonistyczny: *ty jesteś najważniejszy, twoje ja, twoje ego..*, no to też jest pewna koncepcja, ale ja jestem przekonany, że ona wiedzie do kłamstwa. Biorąc pod uwagę moje przekonania wiary, zadaję sobie pytanie, czy moje spotkanie z drugim człowiekiem przybliży go do prawdy, czy oddala. Niezwykłą uważność muszę zachowywać, żeby nie rzucać jakiegoś hasła czy zdania.. To mi pomaga i przeszkadza, taki aspekt. Ja jestem głęboko przekonany, że przebaczenie nie odbywa się tylko na poziomie biologicznym, psychologicznym, socjologicznym, ale na pewno na poziomie duchowym, bo nie sposób przebaczyć łotrowi tak różnych dramatycznych rzeczy, który np. gwałci, morduje matkę na oczach swoich dzieci. Nie ma odpowiedzi na takie pytania. Ja nie jestem w stanie powiedzieć pacjentowi, że *Bóg był w nas*. Mam zbyt duży szacunek do pacjenta, ale mnie to pomaga, że Bóg tam był wtedy. W takim też nieosądzaniu.

Lekarz internista

Omawiana wartość: autentyczność

„Jak Pani interpretuje tę wartość?”

W byciu prawdziwym, w powiedzeniu prawdy i niepozwoleniu też wejścia sobie na głowę. Że dotąd jest gdzieś moja granica, nie dam rady inaczej. Nie chcę inaczej. Bycie takim prawdziwym stanowi dla mnie wyzwanie, żeby nie pójść takim tropem wystraszonego, że skoro mnie ciśnie, to ja wam wystawię, co chcecie. Nie! Nie chcę. Rzeczywiście zdarzają się sytuacje, że ktoś wrzeszczy i robi cyrki, krzyczy. To wtedy może psychicznie już tego nie zniosę. (...) Myślę, że stawiam sobie taką poprzeczkę, że ja lecę, ja się pod tym podpisuję. No i chcę być autentyczna w tym.

Co osłabia tę wartość?

Lęk, lęk przed prokuratorem, lęk przed głupią rodziną. (...) Tchórzostwo, no i ten lęk. I też takie przygniecenie przez

kogoś. Na takiej zasadzie duszenia, że ktoś umiera, a niech pani da respirator, a niech pani reanimuje. Zastraszenie takie”.

Lekarz gastrolog

Omawiana wartość: pokora

„Wyzwanie stanowiła pokora. Generalnie rozumiem ją w taki sposób, że to jest takie prawo do tego, że ja mogę się mylić i jakby z tą pokorą przyznać się do tego, że ten błąd popełniłam. (...) Splot ostatnich sytuacji sprawiał, że było mi bardzo trudno wejść z pokorą w leczenie pacjenta. Nie czułam się taka kompetentna, żeby przeprowadzić swoje zadanie. Jestem gastrologiem, natomiast pacjent miał problem nefrologiczno-urologiczny. Koledzy mieli różne zdania. Nawet wśród urologów było różne zdanie. Czułam się jakby pomiędzy młotem a kowadłem. Chciałam bardzo współpracować. Ale to tak było, ktoś mówi jedno, a ktoś drugi co innego. Było mi z tym bardzo trudno. Nie wiedziałam, jak wybrnąć z tej sytuacji. Jakoś przyszło mi na myśl, że ktoś tutaj tę pokorę powinien wykazać, jakby uznać pierwszeństwo. Tam była wielka kłótnia. Szwankowała pokora tych osób, które uczestniczyły w całej opiece nad tym pacjentem.

Co osłabia tę wartość?

Oslabia to takie zadufanie w sobie, które jest związane z tym, że ktoś przyznaje sobie tylko to prawo do nieomyślności (...) Możemy pójść w terapii jedną drogą. A druga droga? I tak mi też wydaje się, że to zadufanie w sobie nie opłaca się finalnie, bo albo zaszkodzi pacjentowi, albo lekarzowi. W jakiś sposób ugodzi w niego, chociażby przez jakiś błąd w sztuce”.

Scheler pokazuje, że doświadczenie wartości może skłonić do wykroczenia poza zastane aksjologiczne odniesienia. A to oznacza, że lekarz wrażliwy na wartości i gotowy je wybierać potrafi powiedzieć „nie” temu, co stanowi presję z zewnątrz, a co nie jest w zgodzie z domagającą się realizacji wartością, i temu, co sam przeżywa, ale w kontekście wartości musi odrzucić jako mniej istotne. Wydaje się, że jest to ważna strona budowania zawodowej autonomii i wewnętrznej stabilności. Ale w takim odniesieniu tkwi coś więcej niż tylko walor samowychowawczy. Lekarz, który rozwija się w zakresie poznania wartości (a więc przekracza własny, wąski krąg przeżyć i potrzeb w kierunku wyższych, ale trwalszych odniesień aksjologicznych), stanowi dla innych stabilniejszy punkt odniesienia, obdarza innych większym szacunkiem. Stawiając poniżej własne chwilowe potrzeby, interesy czy stan emocjonalny, osiąga sposób bycia odpowiadający wartościom, w których udział mogą wziąć inne osoby. Oparte o niższe wartości dążenia, jak pokazał Scheler, relatywizują innych do perspektywy jednostki i jej dynamiki, zaś wyższe rangą jakości stwarzają szansę wyjścia poza indywidualizm. Na przykład Scheler mówiąc o wartości przyjaźni ukazuje, że w przypadku zdrady przyjaciela nadal istnieje „przyjaźń” jako wartość, tym samym wzywając do zgodnego z tą jakością sposobu bycia. Jeśli któraś z osób zdolna jest do ochrony we własnych przeżyciach samej wartości „przyjaźni”, wówczas w rzeczywistym świecie

nadal jest zachowana jakość, w której inne osoby mogą wziąć współudział. Podobnie może być w sytuacji spotkania z trudnym pacjentem. Lekarz może reagować bądź na aktualny stan pacjenta i jego zachowanie, zamykając drogę do wzajemnego porozumienia, bądź uzależnić własną postawę od wglądu w idealną wartość drugiej osoby, zachowując dystans względem emocjonalnego (w znaczeniu niższych przeżyć) odbioru zachowań chorego. Kontakt z wartością drugiej osoby powoduje, że dynamiczne przeżycia nie są przyczynkiem postawy przyjmowanej względem tej odnośnej osoby.

W kontekście powyższego przykładu okazuje się też, że nie bez znaczenia jest to, ku jakim wartościom podmiot się zwraca, czy rzeczywiście są to coraz wyższe wartości. Schelerowska propozycja filozoficzna związana z istnieniem hierarchii wartości, choć w świetle pluralizmu światopoglądowego może być uznana za naiwną, a nawet w jakimś stopniu wzbudza wątpliwości, to jednak poucza nas o tym, że samego porządku aksjologicznego należy poszukiwać i w nim weryfikować własne czyny. Odniesienie do hierarchii wartości, jeśli nawet nie jest ostateczną instancją świadcząca o etyczności czynu, to jednak może stanowić podłoże pracy nad wewnętrzną dyspozycją i jakością postępowania. Ale i do tego niezbędna jest pokora przyjęcia postawy receptywnej względem wartości – postawy wsłuchania oraz minimalne przekonanie o tym, że w samym bogatym świecie wartości tkwi jakiś ład i że wartości kryją w sobie moment wymagania, aby były zrealizowane. Podsumowującą myślą na ten temat niech będzie dłuższy fragment refleksji Karola Tarnowskiego, który stwierdza:

„Wartości wyższe muszą się jakoś objawić, stać się danymi, nie można o ich istnieniu wnioskować z wartości niższych. Ostateczną instancją jest, moim zdaniem, jakieś objawienie – dopiero wtedy może się dokonać odkrycie hierarchii wartości i prawdy o niej. Sądzę, że warunkiem odczytania tej hierarchii jest zarówno otwartość na nią, jak i wiara, że ona w ogóle istnieje. To jest chyba warunek *sine qua non*: bo jeżeli jest się zaprzędanym relatywistą, czyli uważa się, że nie ma w ogóle żadnej hierarchii, to człowiek się na nią zamyka i objawienie się jej do niego się nie przedrze. Wtedy człowiek sam sobie blokuje możliwość odróżnienia wartości niższych od wyższych. Ale z tego jeszcze wcale nie wynika, że w rzeczywistości jesteśmy zawsze zdolni do rozpoznania wartości wysokich. Możemy nawet nie być relatywistami, ale być tak zaaferowani niskimi wartościami, że wyższe wartości również do nas nie docierają. Trzeba nie być niewolnikiem konsumpcji, jakoś się od niej uwalniać, żeby wyższe wartości w ogóle mogły do nas dotrzeć. Czasami coś się przebudzi, na przykład wtedy, kiedy zobaczymy nagle, że coś dla kogoś możemy poświęcić, z czegoś zrezygnować. Może się we mnie <<na dnie>> zbudzić poczucie, że jednak nie mogę swojego człowieczeństwa zaprzepaścić, nie mogę go przegrać. (...) Tischner mówi o tym <<usprawiedliwić

istnienie: czyli abym się nie musiał siebie wstydzić. Kluczem otwierającym wysokie wartości jest to, że moje człowieczeństwo jest ponad tymi wszystkimi sprawami, które w codzienności życia mnie osaczają czy też wymagają mego zaangażowania. Ale wielu ludzi w ogóle nie ma poczucia, że warto o coś walczyć. To najdziwniejsze: ludzie nie mają często poczucia, że są więcej wari niż to, co robią”⁶⁹⁴.

⁶⁹⁴ K. Tarnowski, *W mroku uczonej niewiedzy*, Łódź 2017, s. 260–262.

WNIOSKI

Celem rozprawy była próba użycia fenomenologii Maxa Schelera do przewycięzania trudności modelu holistycznego, przy czym badanie ograniczono do sytuacji lekarzy. Rozważania zostały podzielone na dwa obszary: z jednej strony objęły medycynę i zmierzały do stworzenia takiej formuły modelu holistycznego, aby można było go ulepszyć; z drugiej strony chodziło o przedstawienie filozofii Schelera w ujęciu, które pozwalałoby na jej recepcję.

Pierwsza część pracy skupiła się więc na modelu holistycznym. Najpierw określono specyfikę modelu holistycznego, a następnie na podstawie dostępnej literatury wyodrębniono bariery, które są związane z wprowadzeniem tego podejścia w praktyce lekarskiej. Określono je w następującej postaci:

1. Trudność odparcia modelu biomedycznego, w tym:

- a) Trudność odzwierciedlenia idei humanistycznych w postawach lekarzy.
- b) Problem czasu wizyty.
- c) Problem uwzględnienia pozytywnej definicji zdrowia.
- d) Problem odrzucenia wartości na rzecz faktów.

2. Niebezpieczeństwo nowej redukcji, w tym:

- a) Problem zdefiniowania duchowości.
- b) Trudność zbliżenia się do doświadczeń transcendentnych drugiej osoby i obawa, że zostaną naruszone jej intymne przeżycia.
- c) Psychologizacja doświadczeń transcendentnych.

3. Trudność „czytania pacjenta” związana z docieraniem do ważnych dla niego wartości.

4. Konflikt w relacji lekarz – pacjent, w tym:

- a) Konflikt dotyczący wartości ważnych dla pacjenta a faktów medycznych.
- b) Konflikt dotyczący wartości ważnych dla pacjenta a wartości ważnych dla lekarza.

Po opisanie trudności modelu holistycznego niezbędne było zaproponowanie rozwiązań jeszcze na poziomie medycyny. Model domagał się dookreślenia i został zawężony do postulatu uwzględnienia w praktyce lekarskiej wartości. Interpretacja modelu holistycznego za pomocą zagadnienia „wartości” wiele ułatwiła. Po pierwsze, istnieją różne koncepcje wartości odnoszące się do samej praktyki lekarskiej, omówione na przykład przez Lindę i Ezekiela Emanuelów. Można na nich bazować, badając, jak je udoskonalać. Po drugie, samo pojęcie „wartości” wydaje się trafnym zobrazowaniem całościowego ujęcia człowieka i jego zdrowia. Odniesienie do wartości obejmuje zarówno reakcje psychosomatyczne – np. dotyczące odbioru przyjemności czy bólu – ale też dotyczy wyższych, noetycznych możliwości osoby – np. troski o siebie, odpowiedzialności, doświadczenia sensu cierpienia itd. Biorąc pod uwagę te przesłanki, przyjęto, że model holistyczny będzie w dalszej części ulepszany pod kątem odniesienia lekarza do wartości. Jednak taka dyrektywa nadal wymagała doprecyzowania. Istnieje bowiem kilka koncepcji pracy lekarza na wartościach. Ważny był wybór tej opcji, która jest słuszna. Przyjęto, podobnie jak zrobili to w swoich pracach Emanuelowie, że najlepszym modelem jest deliberacja. Opcja ta uwzględnia procesowy charakter rozumienia wartości oraz zakłada, że każdy podmiot (lekarz i pacjent) ma prawo do wyrażenia własnego stanowiska na temat wartości. Uznano, że jest to ideał, do którego lekarz powinien zmierzać, choć nie w każdym przypadku model ten będzie można z powodzeniem zastosować. Istnieją sytuacje, gdzie naradzanie się z pacjentem na temat wartości nie jest możliwe, i wówczas konieczne jest zastosowanie mniej skomplikowanych modeli komunikacji.

Wybierając jednak model deliberatywny jako wzór działania, należało w dalszej kolejności zmierzyć się z trudnościami tego podejścia. Model deliberatywny wymaga długiego czasu na rozmowy i wysokich kompetencji w zakresie pracy na wartościach. W związku z tym, podstawową barierą był krótki czas wizyt i słabe przygotowanie lekarzy, z tym, że pierwszy warunek wydaje się w wielu krajach niemożliwy do przewyciężenia. Zaproponowano więc, aby postulat dotyczący wartości został podzielony na dyrektywę uwzględnienia wartości osobowych oraz dyrektywę dotyczącą szczegółowego badania wartości w ujęciu sytuacyjnym, związanym z szerszym pozamedycznym kontekstem życia pacjenta. Pierwsza część pracy na wartościach miałaby obowiązywać każdego lekarza holistycznego i dotyczyć każdej sytuacji spotkania z chorym. Postawiono bowiem tezę, że uwzględnienie wartości osobowych jest podstawowym wyrazem całościowego przyjęcia pacjenta oraz właściwym podłożem dalszych, szczegółowych działań na wartościach. Druga część pracy na wartościach, dotycząca badania poszczególnych modalności wartości w ujęciu sytuacyjnym, jako czynność bardziej złożona i pracochłonna niekoniecznie musi być podjęta przez każdego lekarza. W tym przypadku pomocny mógłby okazać się zespół różnych specjalistów. Tak zarysowane wątki domagały się, aby je filozoficznie uzasadnić. Konieczne było

wyznaczenie warunków, jakie lekarz ma spełnić, aby wartości rozpoznawać właściwie. A także należało odpowiedzieć na pytanie, dlaczego uwzględnienie wartości osobowych jest podstawowym wyrazem całościowego przyjęcia pacjenta oraz podłożem dalszych, szczegółowych działań na wartościach. Te cele ustawały dalszy tok rozważań.

Po ustaleniu formuły modelu holistycznego i przedstawieniu jego tez, które mają być uzasadnione, przystąpiono do rozważań nad filozofią Maxa Schelera (rozdział 2). Omówiono koncepcję człowieka i specyfikę odkrywania wartości, przy czym odróżniono rolę zwróconego na wartości podejścia fenomenologicznego od roli podejścia naukowego. Wykazano również, jakie są zasadnicze błędy w poznawaniu wartości. Na koniec podjęto problem wykorzystania fenomenologii Schelera w praktyce. Sama taka próba była uzasadniona, ponieważ filozofia Schelera jest – jak podaje Adam Węgrzecki – zorientowana praktycznie. Podejmowane były refleksje filozoficzne nad odniesieniem systemu Schelera do praktyki (np. Jerzego Trębickiego, Jacka Filka). Można też wskazać liczne przykłady udoskonalania medycyny przy wykorzystaniu filozofii Schelera (np. przez Kurta Schneidera, Viktora Frankla, Viktora von Weizsäckera, Johna Cuttinga). Zasadniczy dylemat nie polegał więc na tym, czy filozofia Schelera może być wykorzystana w praktyce, co raczej na udzieleniu odpowiedzi na pytanie, czy warto udoskonalać pracę lekarza w oparciu o tę orientację filozoficzną. Wątpliwości skupiły się wokół emocjonalistycznych założeń systemu Schelera. Obawa polegała na tym, że emocje nie mogą być wyłączną podstawą działania. Ostatecznie ustalono, że emocje są najwyższym stopniem odniesienia do wartości i w tym kluczu starano się w dalszej części pracy rozważać możliwości lekarza, badając, czym jest afirmacja wartości osobowych (emocjonalne poruszenie nimi), nie zaś ich intelektualne poznanie. Niemniej jednak zaznaczono, że Scheler bezkrytycznie zaufał mocy poruszeń emocjonalnych, z których ma wynikać moralny czyn, jednocześnie odcinając się od możliwości oparcia czynu na pobudkach rozumu i nakazach formalnych. Ostatecznie uznano, że uczucia są najwyższą formą odpowiedzi na to, co doniosłe, ale nakazy formalne również stanowią słuszne oparcie dla czynu zgodnego z wartościami. A to oznacza, że wartości – inaczej niż chciał Scheler – można stawiać jako cel działań, pamiętając jednak, że wola bycia dobrym nie jest najlepszym sposobem odpowiadania na wartości. Tą najlepszą – choć nie jedyną odpowiedzią – wciąż byłaby Schelerowska idea *ordo amoris* i poruszenia emocjonalne.

Po ustaleniu formuły modelu holistycznego oraz prezentacji filozofii Schelera przystąpiono do zestawienia obu obszarów. Taka próba wiązała się ze zobrazowaniem postawy lekarza przy wykorzystaniu myśli Schelerowskiej. Określono następujące warunki, jakie lekarz modelu holistycznego miałby spełnić, aby wartości poznawać właściwie:

1. Ustalono, że podstawowym warunkiem poznania wartości jest przyjęcie postawy

fenomenologicznej. Lekarz modelu holistycznego powinien odróżniać podejście naukowe od podejścia fenomenologicznego, czyniąc to ostatnie zasadniczym sposobem odbioru pacjenta, w myśl Schelerowskiej reguły: „*kształcenie człowieka (także kształcenie jego serca) poprzedzać winno każdą <<fachowo-naukową>> postawę wobec przyrody jako przeciwnika, nad którym trzeba zapanować*”⁶⁹⁵. Ujęcie fenomenologiczne miałyby pomagać w odkrywaniu wartości, jakie tkwią za działaniami biomedycznymi. Odsłaniając chociażby znaczenie, jakie pacjent przypisuje działaniu medycznemu, można ten poziom wartości rozpatrywać w odniesieniu do innych wartości, pozostających już poza tym wąskim układem problemów medycznych. W ten sposób leczenie byłoby oparte na szerszych i bardziej zindywidualizowanych przesłankach.

2. Kolejnym warunkiem jest uzyskanie krytycznego podejścia względem dominujących zniekształceń w zakresie wartości – zarówno tych, jakie wniósł model biomedyczny, jak i tych, które są propagowane w podejściu holistycznym. Opierając się na teorii resentymentu, ustalono, że lekarz powinien zachować dystans względem dwóch postaw: utrwalonej przez biomedycynę „postawy panowania” oraz względem subiektywizmu wartości. Niezbędne jest więc – z jednej strony – dokonanie demistyfikacji krzewionych w modelu biomedycznym wartości utylitarnych, związanych z nadmierną potrzebą kontroli i racjonalnej instrumentalizacji. A z drugiej strony ważne jest uzyskanie wewnętrznej wolności od społecznej presji, od oczekiwań zbudowanych w oparciu o idealistyczne i subiektywne potrzeby chorych.

3. Trzecim warunkiem jest przyjęcie postawy receptywnej względem istniejącego apriorycznie porządku wartości. A to oznacza, że konieczne jest odczytanie pacjenta w duchu hierarchii wartości wyższych i niższych. Przyjmując za Schelerem różnorodność wartości, można zmierzać do tego, aby w życiu pacjenta ujawniła się pełnia ich modalności. Chodziłoby o wsparcie pacjenta pod względem szerszego odbioru wartości, jakie w obliczu doświadczenia choroby są dane. Takie badanie może dotyczyć niwelowania braków, jakie pacjent przeżywa w kontekście całościowej hierarchii wartości. Mogą to być braki na poziomie wartości niższych bądź wyższych. Proces naradzania się na temat wartości miałyby więc prowadzić do zinterpretowania choroby i leczenia w kontekście szerszego ujęcia wartości.

Spełnienie powyższych warunków ma prowadzić do lepszej orientacji na temat wartości. W dalszej części pracy skupiono się na tym, czym lekarz – spełniający te warunki – miałby się zająć i jaka jest jego rola. Założono, że minimalnym zakresem działania jest odniesienie do pacjenta na

⁶⁹⁵ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 170.

zasadzie afirmacji wartości osobowych. Teza ta wymagała filozoficznego uzasadnienia. Odpowiedź na wartości osobowe została skojarzona z przeżyciem koneksji, która zachodzi pomiędzy osobą szukającą pomocy, a osobą pomagającą, zapoczątkowując terapeutyczną więź⁶⁹⁶. Z kolei wykorzystując filozofię Schelera wskazano na umiejętność współuczestniczenia w wartościach osobowych, jakie ujawniają się w spotkaniu lekarz – pacjent. Wartości osobowe wzywają do tego, aby w myśleniu lekarskim dokonała się swoista personalizacja. Z myśli Schelerowskiej płynie pouczenie, że drugi człowiek dany jest nie tyle jako przedmiot rozumienia, co raczej jako towarzysz współuczestnictwa w tym, co wartościowe. Lekarz najwyczejniej powinien czuć się poruszony doniosłością zmagania, jakie chory musi ponieść: afirmując wartość osoby, określa, w jakim kluczu doświadczana choroba może być przyjmowana i w ten sposób niejako pobudza pacjenta do podjęcia odpowiedzialności za siebie.

Według Schelera „zdrowie (*Heil*) człowieka leży w wypełnieniu jego najwyższych możliwych wartości”⁶⁹⁷. Lekarz miałby wspierać pacjenta w tym kierunku. Ustalono, że jako osoba prowadząca leczenie w sposób szczególny oddziałuje na pacjenta. Postawa poznawczo-moralna, jaką lekarz przyjmuje, może być dla pacjenta pobudką do przeżycia wartości wyższych bądź wyrazem ich zawężania i ucieczki od spotkania osobowego. Dużo więc zależy od kierunku, w którym lekarz pchnie proces walki z chorobą – czy zorientuje się wyłącznie na wartości powiązane z orientacją biomedyczną (która zawęzi krąg wartości danych w relacji), czy raczej będzie czujny na wartości wyższe niż te, o które również toczy się zmaganie medyczne. Jako gospodarz spotkania lekarz zarysowuje zakres modalności wartości, który staje się proponowaną przestrzenią porozumienia między nim a chorym. Jeśli dokonuje głębszego wglądu w wartości, wówczas istnieje szansa, że pacjent w proponowanym porządku wartości odnajdzie ważne dla niego jakości. Jest to nie tyle poziom słownej komunikacji, co raczej uobecniających się samoistnie jakości w naturalnych, codziennych działaniach, jakie lekarz podejmuje, np. w jego gestach, zainteresowaniu, podjętej odpowiedzialności itd. Poza tym, jako osoba decydująca o postępowaniu innych członków personelu medycznego lekarz powinien ustawiać leczenie na wartościach, które dla pacjenta będą budujące. To właśnie na takim podłożu może rozwijać się dalsza praca na preferencjach i potrzebach ważnych dla pacjenta, podjęta przez samego lekarza bądź zespół innych specjalistów. W ten sposób rolę lekarza można odczytać w duchu Schelerowskiej teorii wzorów i przywódców, gdzie lekarz miałby nie tylko stawiać diagnozę, ale także jako przewodnik leczenia wyznaczać określony aksjologiczny klucz czytania pacjenta.

⁶⁹⁶ Por. A.L. Suchman, D.A. Matthews, *What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic?*, dz. cyt.

⁶⁹⁷ V.E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse*, dz. cyt., cytata za: K. Michalski, *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, dz. cyt., s. 165.

Tak zarysowane podejście do pacjenta nie zależy jednak od zdobytej wiedzy, wymaga raczej wejścia w proces samowychowania, a to z kolei jest kwestią wrażliwości, nie zaś przymusu z zewnątrz. Dalsza część rozważań skupiła się więc na rozwinięciu pierwszego warunku, związanego z przyjęciem postawy fenomenologicznej i określeniu, w jaki sposób lekarz może otworzyć się na tego rodzaju spojrzenie na rzeczywistość. Bazując na filozofii Schelera, ustalono, że lekarz, który miałby pracować na wartościach, najpierw powinien rozwinąć wyższy poziom przeżyć emocjonalnych, bo to właśnie sfera emocjonalna odpowiada za właściwy odbiór wartości. Jednym ze sposobów uformowania tożsamości zawodowej związanej z normalizacją emocji jako integralnej części pracy klinicznej jest zaproponowana przez Edvina Schei i współpracowników interakcja z ciężko chorymi pacjentami już na wczesnym etapie nabywania wiedzy medycznej⁶⁹⁸. Kierunek ten podbudowano aksjologią Schelera. Czerpiąc z aksjologii fenomenologicznej, wykazano, że na poziomie emocjonalnym musi dokonać się tzw. *wzlot moralny*, który odpowiada za wysublimowanie ukierunkowanych na wartości aktów intencjonalnych. W ten sposób poznanie staje się wolne od zrelatywizowania bytowego – od światopoglądu naturalnego i poglądu naukowego. Chodzi o czysty sposób doświadczania wartości i udoskonalenie wewnętrznego etosu (czyli jakości poruszeń na to, co wedle *ordo amoris* jawi się jako domagające się uwzględnienia).

Rozważając, w jaki sposób lekarz może otworzyć się na tego rodzaju ścieżkę doskonalenia, wzięto pod uwagę charakter jego pracy. Przesycona naukowo sztuka lekarska oferuje bardzo dużą ilość medycznych rozwiązań, które mają łagodzić ludzkie cierpienie. Taki jest cel leczenia w znaczeniu biomedycznym. Lekarz jest zorientowany na eliminację patologii, a gdy się to udaje, można mówić o sukcesie i dobru. Ale to tylko jedna strona zawodu lekarza. Druga jest taka, że ten pozytywny cel często znajduje się poza zasięgiem ludzkich możliwości. Pacjenci bywają sfrustrowani niemożnością przezwyciężenia słabości albo przytłoczeni komplikacjami związanymi z podejmowaną terapią, a lekarze czasem pozostają bezradni i nie mogą sprostać oczekiwaniom chorych. Bodajże największym sukcesem, do jakiego mogą doprowadzić limity podejścia biomedycznego, byłoby uznanie, że ta negatywna część stanowi ważny i wartościowy obszar pracy personelu medycznego. Powaga medycyny nie tylko leży w sukcesach, ale też może wiązać się z konstruktywnym przyjmowaniem porażek. Do zadań lekarza nie tylko należy leczenie, ale także dojrzałe podejście do błędów, bezradności czy nieuniknionego cierpienia. Co więcej, sprawy te wydają się stwarzać najlepszą okazję do ukształtowania postawy fenomenologicznej. W związku z tym zaproponowano, aby praca nad postawą była oparta na refleksji nad cierpieniem i utratą kontroli, jako tych doświadczeń, które wpisane są w zawód lekarza i które przy właściwym odbiorze mogą przyczynić się do wypracowania trzech znamienych dla postawy

⁶⁹⁸ Por. E. Schei, H.S. Knoop, M.N. Gismervik, M. Mylopoulos, J.D. Boudreau, *Stretching the Comfort Zone*, dz. cyt.

fenomenologicznej aktów moralnych: „aktu umiłowania absolutnej wartości i bytu”, „aktu ukorzenia naturalnego Ja i jaźni” oraz „aktu samoopanowania”. Szczególne na etapie tej wewnętrznej pracy jest jednak ukorzenie naturalnego „Ja”, czyli – innymi słowy – pokora. Pokora – zgodnie z tym, co ukazał Scheler – przygotowuje fenomenologiczny odbiór rzeczy, ponieważ przyczynia się do odparcia pewności wszelkiej wiedzy. W takim spojrzeniu druga osoba, jej doświadczenie i przeżycia jawią się nie jako przedmiot badania empirycznego – przedmiot, który może, mówiąc językiem Schelera, „stać nam na przeciw”⁶⁹⁹, jak cudzy stan somatyczny pod mikroskopem analiz – ale właśnie druga osoba jawi się w jej indywidualnym *ordo amoris*, a więc w indywidualnym przeżyciu wartości.

Spojrzenie na pacjenta przez pryzmat wartości – jak zostało ukazane – nie jest bez znaczenia dla samego leczenia, ponieważ sprawia, że chory „wzywany” jest do podjęcia problemu swojego ciała i psychiki w kontekście odsłanianych przez lekarza wartości osobowych. Ale na tym się nie kończy. Zgłębianie przez lekarza doświadczenia wartości nie tylko wprost służy celom pomocowym, ale także samemu lekarzowi – co też może uzasadniać potrzebę przygotowania fenomenologicznego. Lekarz, który rozwija się w zakresie poznania wartości (a więc przekracza własny, wąski krąg przeżyć i potrzeb w kierunku wyższych, ale trwalszych odniesień aksjologicznych), stanowi dla siebie samego i innych stabilniejsze oparcie. Nie musi trwożyć się w obliczu tych trudnych, niepoddających się kontroli sytuacji, ponieważ jego tożsamość ma szansę rozwijać się w oparciu o kontakt z wartościami, które gwarantują większą trwałość i głębsze zadowolenie niż osiągnięte cele. W świetle wartości można ustrzec się przed postawą zawodowej „omnipotencji”, lokując zadowolenie nie na poziomie osiągnięć, lecz moralnej jakości bycia. Poza tym doświadczenie doniosłych wartości – jak ukazał Scheler – pomaga w uzyskaniu swego rodzaju wolności względem zmiennych warunków. To właśnie wartości nadają sens działaniu, nie zaś fluktuacyjne potrzeby, psychowitalne stany czy napór oczekiwań z zewnątrz. Stabilność takiej osoby jest autentyczna, bo oparta na trwalszych jakościach. Fenomenologia – jak pokazał Edmund Husserl – prowadzi do autokonstytucji własnej podmiotowości. Wydaje się, że takie przygotowanie może być w zawodzie lekarza szczególnie cenne, choć w edukacji lekarskiej jest zaniedbywane. Brak uporządkowania sfery emocjonalnej i tłumienie emocji w medycznych środowiskach doprowadzają do braku empatii, wypalenia zawodowego i problemów ze zdrowiem psychicznym⁷⁰⁰.

⁶⁹⁹ M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, dz. cyt., s. 336.

⁷⁰⁰ L. Dyrbye, T. Shanafelt, *A Narrative Review on Burnout Experienced by Medical Students and Residents*, dz. cyt.; E. Ekman, M. Krasner, *Empathy in Medicine*, dz. cyt.; S. Mahoney, R.M. Sladek, T. Neild, *A Longitudinal Study of Empathy in Pre-clinical and Clinical Medical Students and Clinical Supervisors*, dz. cyt.; L.S. Rotenstein, M.A. Ramos, M. Torre i in., *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students*, dz. cyt., za: E. Schei, H.S. Knoop, M.N. Gismervik, M. Mylopoulos, J.D. Boudreau, *Stretching the Comfort Zone*, dz. cyt., s. 5.

W związku z tym praca na emocjonalnym odbiorze wartości jest obiecującym kierunkiem.

Wydaje się, że fenomenologia Schelera odpowiada na wykazane braki modelu holistycznego. Aby to jeszcze mocniej pokazać, warto na koniec zestawić poszczególne trudności modelu holistycznego oraz wypracowany przy zastosowaniu myśli niemieckiego fenomenologa „wzór” postawy lekarza – w ten sposób podsumowując, w jaki sposób lekarz spełniający warunki filozofii Schelera odpowiadałby na wykazane bariery.

1. Pierwszą barierą była trudność odparcia nadmiernej dominacji modelu biomedycznego, który – w przeciwieństwie do modelu holistycznego – jawił się jako propozycja konkretna i łatwiejsza do zrealizowania. Aby wprowadzić model holistyczny, należało go ująć wężiej. Zaproponowano, aby model ten był jedynie częścią rozszerzonego podejścia biomedycznego (jako – pomimo roszczeń nauk społecznych i humanistyki – podstawowego paradygmatu) i został zawężony do postulatu uwzględnienia wartości. W związku z tym pacjent i jego zdrowie zostały opisane poprzez aspekt aksjologiczny. W ten sposób przedstawiono pozytywną definicję zdrowia. Leczenie w takim pozytywnym ujęciu obejmowałoby wsparcie pacjenta w rozpoznaniu różnych modalności wartości, a lekarz miałby przede wszystkim realizować pierwszy etap pracy na wartościach. Etap ten został opisany jako zawiązanie więzi terapeutycznej z pacjentem na bazie afirmacji wartości osobowych. Z kolei w zakresie dalszego skomplikowanego procesu rozpoznania wartości i deliberacji lekarz – jeśli to konieczne – miałby zyskiwać oparcie w zespole innych specjalistów. Za adekwatną metodę do wypełniania tego rodzaju zadań uznano fenomenologię oraz samowychowanie w zakresie emocjonalnym. Takie przygotowanie miałoby zmierzać do wysublimowania skierowanych na odczytanie wartości uczuciowych aktów intencjonalnych. Lekarz miałby też zyskać krytyczny wgląd w zafałszowania w zakresie wartości, poddając refleksji własny etos oraz badając, dlaczego jest przywiązany do określonych wartości i w jaki sposób rzutują one na kontakt z pacjentem. Zwrócono uwagę przede wszystkim na dwa podstawowe zagrożenia, tj. nadmierne uwznioślenie wartości utylitarnych oraz subiektywizację wartości.

2. Kolejna bariera dotyczyła podjęcia problemu duchowości, a konkretnie trudności jej zdefiniowania, naruszenia intymnych przeżyć pacjenta oraz psychologizacji doświadczeń transcendentnych. Wydaje się, że lekarz przygotowany w zakresie fenomenologicznym potrafiłby tego rodzaju wyzwania podejmować lepiej. Postawa fenomenologiczna przekłada się na współuczestnictwo w aktach drugiej osoby zwróconych na wartości wyższe, takie jak wartości duchowe i religijne. Ten poziom odbioru daleki jest od przedmiotowego ujęcia. Poza tym w samym ukierunkowaniu na wartości osobowe zaznacza się szacunek do drugiego człowieka. We współ-

przeżywaniu wartości nie dochodzi do uprzedmiotowienia danych treści do określonych postaci, gdyż nie są one pierwotnie przedmiotem intelektualnej analizy. Lekarz–fenomenolog odróżnia też akty noetyczne od stanów, jakie zachodzą w centrum psychowitalnym, zdając sobie sprawę, że tylko te ostatnie mogą być ujęte instrumentalnie.

3. Następną trudnością było „czytanie pacjenta” pod kątem ważnych dla niego wartości. Wskazano, że najlepszym modelem docierania do potrzeb i preferencji chorego jest deliberacja. Emanuelowie wykazali jednak, że ten rodzaj komunikacji z pacjentem wymagałby od lekarzy dodatkowego przygotowania, a konkretnie chodzi o⁷⁰¹:

- 1) Rozwój zdolności związanych z interpretowaniem i artykułowaniem wartości oraz dialogowaniem na ten temat.
- 2) Odparcie nadmiernego przywiązania do modelu informatywnego i wybranej specjalizacji.
- 3) Kształcenie poczucia troski o innych, w przeciwieństwie do myślenia w kategoriach stosowania wskazań i przepisów.
- 4) Ujęcie autonomii pacjenta od strony moralnego rozwoju, w którego kształtowaniu bierze udział zarówno pacjent, jak i lekarz.

Uznano, że lekarz nie zawsze ma prowadzić złożoną deliberację z pacjentem, ale powinien być gotowy na właściwe otwarcie procesu naradzania się. Wydaje się, że w tym zakresie przygotowanie fenomenologiczne byłoby pomocne. Odnosząc się do filozofii Schelera, można na powyższe punkty odpowiedzieć w następujący sposób:

Ad. 1) Osoba wykształcona w zakresie aksjologii fenomenologicznej zdecydowanie ma szerszą wiedzę na temat wartości, potrafi lepiej rozróżniać różnego rodzaju wartości, oceniając ich rangę i skutki. Na przykład zdaje sobie sprawę, które wartości sprzyjają lepszemu zawiązaniu relacji z pacjentem i na jakiej zasadzie możliwe jest zbudowanie trwalszych odniesień aksjologicznych. Osoby, które kierują się wysokimi wartościami, przyjmują stabilniejszą postawę, co niewątpliwie sprzyja budowaniu dialogu o potrzebach.

Ad. 2) Postawa fenomenologiczna pozwala na uzyskanie wolności od bytowego zrelatywizowania, od wiedzy naukowej i światopoglądu. W związku z tym lekarz–fenomenolog prawdopodobnie byłby w mniejszym stopniu narażony na przywiązanie do modelu informatywnego i własnej specjalności. Poza tym filozofia uczy myślenia krytycznego. Schelerowski lekarz nie odrzuca więc naukowej wiedzy i procedur, uznając ten porządek za podstawowy w medycynie, ale jednocześnie zachowując zdolność do istotowego spojrzenia na pacjenta, nie ztraca kontaktu z osobowymi wartościami, nie neguje istnienia tego, co naukowo nie daje się opanować, i nie ztraca zdolności

⁷⁰¹ Por. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 2226.

do podmiotowej relacji z drugim człowiekiem na rzecz przedmiotowego ujęcia otaczającej go rzeczywistości.

Ad. 3) Niewątpliwie fenomenologia i rozróżnienie za jej sprawą wyższego poziomu uczyć pomaga też w uformowaniu postawy troski i w budowaniu więzi na poziomie trwalszych wartości. Wysokie wartości – jak ukazał Scheler – mają moc integrującą, np. w prawdzie może wziąć udział wiele osób. W związku z tym lekarz, który osiąga wyższy poziom przeżycia wartości, ma szansę zaoferować taki charakter spotkania, który z istoty jest integrujący.

Ad. 4) Ujęcie autonomii pacjenta od strony moralnego rozwoju, w którego kształtowaniu biorą udział pacjent i lekarz, koresponduje z Schelerowską ideą solidarnego uczestniczenia w tym, co godne miłości (tj. w *ordo amoris*). Podmiot ukierunkowany na wartość drugiej osoby wspiera tę odnośną osobę w zakresie samookreślenia. W związku z tym lekarz wypełniający to podstawowe zadanie związane z pracą na wartościach już w jakimś stopniu orientowałby deliberację na wzmocnienie autonomii pacjenta.

4. Ostatnia trudność dotyczyła konfliktu w relacji lekarz – pacjent, zachodzącego na poziomie wartości ważnych dla pacjenta i faktów medycznych oraz na poziomie wartości ważnych dla obu stron. W obiektywnym uporządkowaniu wartości można doszukiwać się kryterium ważności. Nie da się jednak bezpośrednio zestawić faktów i wartości. Należałoby raczej zastanowić się nad wartościami, jakie są nadawane faktom medycznym w stosunku do innych wartości, niezwiązanych z tym obszarem. Lekarz wyedukowany w zakresie filozofii Schelera powinien być zorientowany na taki właśnie sposób rozważania człowieka. Za sprawą postawy fenomenologicznej mógłby rozpoznawać fakty medyczne od strony znaczeń, jakie pacjent im nadaje. Chodziłoby więc nie tylko o to, co w świetle wiedzy medycznej jest słuszne, ale także o wyczulenie na wartości, jakie pacjent przypisuje określonej propozycji leczenia, gdy ją przyjmuje lub odrzuca. Jeśli ją odrzuca, należałoby zbadać, jaką wartością kieruje się. Deliberacja miałaby prowadzić do lepszego usytuowania potrzeb chorego w kontekście obiektywnej hierarchii aksjologicznej.

Porządek wartości rzuca pewne światło na dyskusję o tym, co jest ważniejsze, ale nie rozstrzyga w sposób jednoznaczny tego rodzaju dylematów. Sytuacja egzystencjalna jest zbyt złożona, aby z łatwością określić właściwy porządek wartości. Można więc potraktować system Schelera jako podpowiedź, nie zaś bezwzględne kryterium rozstrzygania, co jest dobre. Podobnie rzecz się ma z konfliktem na poziomie wartości ważnych dla obu stron. Wydaje się, że postawa fenomenologiczna do pewnego stopnia może pomóc w określeniu, która wartość w danym przypadku jest ważniejsza, ale zasadniczy walor fenomenologii sprowadza się do budowania dojrzałych postaw względem samego konfliktu. Lekarz, który pracuje nad własnym etosem, ma

szansę lepiej przemyśleć sposób własnego postępowania, może łatwiej docierać do zafałszowań w zakresie wartości, jakim sam ulega lub jakim ulega pacjent. Zajmuje jednoznaczne i przemyślane stanowisko aksjologiczne, co w konfliktowej sytuacji wiele ułatwia.

Celem pracy była próba wykorzystania fenomenologii do przewyższania trudności modelu holistycznego. Czy zadanie to zostało spełnione? Jerzy Trębicki napisał o filozofii Maxa Schelera, że przy odniesieniu tej opcji do praktyki należy zważyć na to, iż jest to propozycja elitarna, która wymaga od jej odbiorców niepospolitych kwalifikacji intelektualnych⁷⁰². Co oczywiście nie powinno zniechęcać osób ambitnych, ale jednocześnie uprzytamnia, że wskazania zbudowane na systemie Schelera pozostają trudnym do osiągnięcia ideałem. Niełatwo na tak wymagającej filozofii oprzeć na przykład etykę lekarską, ale można powiązać system Schelera z doskonaleniem etosu. Chodziłoby więc o zachętę do podjęcia przez lekarzy pracy na wartościach, przede wszystkim zmierzającej do rozpoznania wartości osobowych jako tych, które dla leczenia holistycznego są kluczowe. Jest to nie tyle domknięty projekt, co raczej swego rodzaju moralno-poznawcze wyzwanie. Ćwicząc się w zakresie fenomenologicznym, można w mniejszym lub większym stopniu zbliżyć się do moralnej doskonałości. Tak postawione zadanie w istocie nie sprowadza się do zdobycia określonej wiedzy, co raczej realizuje się poprzez wewnętrzną pracę nad sobą – poprzez samowychowanie, które swój wyraz zyskuje w zwróconym na wartości sposobie bycia i krytycznym spojrzeniu na własną postawę. Ostatecznie chodzi więc o to, że podmiot (tu konkretnie lekarz), podejmując fenomenologiczną ścieżkę rozwoju, odznaczałby się bardziej przenikliwym spojrzeniem na wartości i uobecniałby korzystny w praktyce lekarskiej sposób budowania więzi.

Niemniej jednak należy zważyć na to, że podjęta w tej pracy próba udoskonalania praktyki lekarskiej jest zrealizowana tylko w tym zakresie, na jaki pozwala filozoficzny charakter pracy i sama metoda fenomenologiczna. Filozofia Schelera pomogła w określeniu kierunku rozwoju i teoretycznie uzasadniła jego założenia. Biorąc jako całość model postępowania lekarskiego, można przeniknąć naocznie jego istotnościowe podstawy⁷⁰³. Natomiast nie da się użyć filozofii do wypracowania rozstrzygnięć szczegółowych. To ostatnie zadanie wymagałoby większego skupienia na stronie praktycznej. Konieczne byłoby przeprowadzenie skrupulatniejszych badań nad danymi empirycznymi oraz odniesienie do innych dyscyplin. Takie zadanie wykraczałoby już poza ramy tej pracy. W związku z tym zaproponowana próba może pozostawiać niedosyt. Dochodzi tylko do określonych granic ulepszania pracy lekarza – a precyzyjniej mówiąc – służenia jej poprzez podbudowanie teoretyczne. Niedosyt ten nie jest jednak związany z jakimś brakiem w samej

⁷⁰² Por. J. Trębicki, *Etyka Maxa Schelera*, dz. cyt., s. 160–161.

⁷⁰³ Por. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, dz. cyt., s. 264–265.

filozofii, co raczej wynika z jej specyfiki. Filozofia domaga się interdyscyplinarnego „wsparcia” i to byłby dalszy i pożądaný kierunek podjętej pracy. Istotne byłyby również szersze badania nad doświadczeniem praktyków i opis ich osobistych starań w zakresie wartości – jako rzeczywisty wyraz podmiotowych możliwości lekarzy.

BIBLIOGRAFIA

Dziela źródłowe:

- Scheler M., *Człowiek w epoce zacierania się przeciwieństw*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 191–240.
- Scheler M., *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*, Verlag von Max Niemeyer, Halle a.d.S. 1916.
- Scheler M., *Dobro a wartości*, w: *Z fenomenologii wartości*, tłum., red. W. Galewicz, Papieska Akademia Teologiczna, Kraków 1988, s. 46–59.
- Scheler M., *Erkenntnis und Arbeit, GW*, w: tegoż, *Die Wissensformen und die Gesellschaft*, Francke Verlag, Bern–München 1960, s. 191–259.
- Scheler M., *Formy wiedzy i kształcenia*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 320–383.
- Scheler M., *Gesammelte Werke*, XV Bde., hg. M. Scheler, M.S. Frings, Francke Verlag, Bouvier Verlag, Bern–München–Bonn 1954–1997.
- Scheler M., *Istota człowieka*, w: *Scheler*, tłum. A. Węgrzecki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975, s. 206–219.
- Scheler M., *Istota i formy sympatii*, tłum. A. Węgrzecki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
- Scheler M., *Istota osoby moralnej*, tłum. M. Skwieciński, w: *Filozofia i socjologia XX wieku*, red. B. Baczko, Wiedza Powszechna, Warszawa 1965, s. 354–370.
- Scheler M., *Lehre von den drei Tatsachen, GW*, w: tegoż, *Schriften aus dem Nachlass*, Francke, Bern 1957, s. 433–502.
- Scheler M., *Miłość i poznanie*, w: tegoż, *Wolność, miłość, świętość*, tłum. G. Sowinski, Wydawnictwo Znak, Kraków 2004, s. 9–36.
- Scheler M., *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Państwowe

- Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 241–303.
- Scheler M., *O pozytywistycznej filozofii historii wiedzy. Prawo trzech stadiów*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 304–319.
- Scheler M., *O sensie cierpienia*, w: tegoż, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 3–60.
- Scheler M., *Ordo amoris*, w: *O miłości. Antologia*, red. M. Grabowski, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2013.
- Scheler M., *Phänomenologie und Erkenntnistheorie*, w: tegoż, *Schriften aus dem Nachlass, Zur Ethik und Erkenntnislehre*, Aufl. Franke Verlag, Bern 1957, s. 377–430.
- Scheler M., *Resentyment a moralność*, tłum. A. Węgrzecki, Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 1997.
- Scheler M., *Stanowisko człowieka w kosmosie*, w: tegoż, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 43–149.
- Scheler M., *Stosunek wartości „dobry” i „zły” do pozostałych wartości i dóbr*, w: *Z fenomenologii wartości*, red. W. Galewicz, Papieska Akademia Teologiczna, Kraków 1988, s. 60–67.
- Scheler M., *Śmierć i dalsze życie*, w: tegoż, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 67–130.
- Scheler M., *Wartości „wyższe” i „niższe”*, w: *Z fenomenologii wartości*, red. W. Galewicz, Papieska Akademia Teologiczna, Kraków 1988, s. 67–83.
- Scheler M., *Wzory i przywódcy*, w: tegoż, *Wolność, miłość, świętość*, tłum. G. Sowinski, Wydawnictwo Znak, Kraków 2004, s. 200–313.
- Scheler M., *Zmiany etosu*, w: *Scheler*, tłum. A. Węgrzecki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975, s. 180–188.

Literatura uzupełniająca:

- Adamczyk M., *Fenomenologia procesem autokonstytucji, tj. zradzania się podmiotu do właściwego mu bycia? Refleksja wokół antropologiczno-mistycznych wątków twórczości Edmunda Husserla*, „Ruch Filozoficzny”, 72 (2017), nr 1, s. 29–52.
- Ahn A.C., Tewari M., Poon Chi-Sang, Phillips R.S., *The Limits of Reductionism in Medicine: Could Systems Biology Offer an Alternative?*, „PloS Medicine”, 3 (2006), nr 6, s. 709–713.

- Alonso Y., *The Biopsychosocial Model in Medical Research: The Evolution of the Health Concept over the Last Two Decades*, „Patient Education and Counseling”, 53 (2004), nr 2, s. 239–244.
- Anzalone M., *Riformare la medicina, ripensare la soggettività. Viktor von Weizsäcker e l'antropologia filosofica di Max Scheler*, „Etica & Politica”, 21 (2019), nr 2, s. 473–490.
- Bandol R., *Self-care as Actualization of the Human Model in the Philosophy of Medicine*, „Postmodern Openings”, 6 (2015), nr 1, s. 35–53.
- Barański J., *Cnoty lekarza w polskiej lekarskiej myśli filozoficzno-moralnej w XVIII i XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna”, 25 (2019), nr 1, s. 27–49.
- Barbaro B. de, *Po co psychoterapii postmodernizm*, „Psychoterapia 3”, 142 (2007), s. 5–14.
- Bardziński F., *O holistycznym modelu ludzkiej natury u Maine de Birana i Michela Henry*, „Filozofia i Nauka. Studia Filozoficzne i Interdyscyplinarne”, 5 (2017), s. 89–104.
- Biesaga T., *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a konstruktywizm R.M. Veatcha*, Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, Kraków 2014.
- Bińczyk E., *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykacji jako praktyki władzy*, w: *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002, s. 181–194.
- Bombała B., *Zastosowanie fenomenologii „moralnego wzlotu” Maxa Schelera do analizy przywództwa*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym”, 15 (2012), s. 325–338.
- Bortolotti L., Jefferson A., *The Power of Stories: Responsibility for the Use of Autobiographical Stories in Mental Health Debates*, „Diametros”, 16 (2019), nr 60, s. 18–33.
- Bracken P., Thomas P., *Postpsychiatry, Mental Health in a Postmodern World*, Oxford University Press, Oxford 2005.
- Brzozowski P., *Wzorcowa hierarchia wartości. Polska, europejska czy uniwersalna?*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Capra F., *Punkt zwrotny*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.
- Carel H., *Phenomenology and Its Application in Medicine*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, 32 (2011), nr 1, s. 33–46.
- Chojnacka-Kuraś M., *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 73–93.
- Chojniak A., *Człowiek i sens: Frankla koncepcja autotranscendencji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003, s. 31–36.
- Chuengsatiansup K., *Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in*

- Health Impact Assessment*, „Environmental Impact Assessment Review”, 23 (2003), nr 1, s. 3–15.
- Curyło-Sikora P., Kaczmarska A., *Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 22 (2016), nr 4, s. 253–259.
- Cusinato G., *Die Psychopathologie des Ordo amoris in der Perspektive Max Scheler und Bin Kimuras*, „Thaumazein”, 7 (2019), s. 108–142.
- Cutting J., *Max Scheler's Theory of the Hierarchy of Values and Emotions and Its Relevance to Current Psychopathology*, „History of Psychiatry”, 27 (2016), nr 2, s. 220–228.
- Cutting J., Mouratidou M., Fuchs T., Owen G., *Max Scheler's influence on Kurt Schneider*, „History of Psychiatry”, 27 (2016), nr 3, s. 336–344.
- Cutting J., *Scheler, Phenomenology, and Psychopathology*, „Philosophy, Psychiatry & Psychology”, 16 (2009), nr 2, s. 143–159.
- Dąbała J., *Pacjent świadomy i niepokorny*, „Medicale Tribune”, 2015, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18488,pacjent-swiadomy-i-niepokorny> (3.02.2022).
- Descartes R., *Medytacje o filozofii pierwszej*, przeł. J. Hartman, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2002.
- Descartes R., *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, przeł. A. Bednarczyk, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
- Descartes R., *Namiętności duszy*, tłum. L. Chmaj, Wydawnictwo Antyk, Warszawa 2001.
- Descartes R., *Zasady filozofii*, przeł. I. Dąmbska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1960.
- Diaz A., Honea J., *The Effects of Reductive Physicalism within the Field of Mental Healthcare*, „Dialogues in Philosophy Mental and Neuro Sciences”, 10 (2017), nr 2, s. 41–52.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia”, 40 (2013), nr 1, s. 5–29.
- Domosławski Z., *Wprowadzenie do medycyny*, Kolegium Karkonoskie Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Jelenia Góra 2007.
- Doroszevska A., Sadowska A., *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 1 (2013), nr 41, s. 57–68.
- Dyrbye L., Shanafelt T., *A Narrative Review on Burnout Experienced by Medical Students and Residents*, „Medical and Education”, 50 (2016), nr 1, s. 132–149.
- Easton P., *The Certesian Doctor, Francois Bayle (1622–1709), on Psychosomatic Explanation*, „Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences”, 42 (2011), nr 2, s. 203–209.

- Edwards N., Kornacki M.J., Silversin J., *Unhappy Doctors: What are the Causes and What Can Be Done?*, „BMJ Clinical Research”, 324 (2002), nr 7341, s. 835–838.
- Ekman E., Krasner M., *Empathy in Medicine: Neuroscience, Education and Challenges*, „Medical Teacher”, 39 (2017), nr 2, s. 164–173.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L., *Four Models of the Physician–Patient Relationship*, „The Journal of the American Medical Association”, 267 (1992), nr 16, s. 2221–2226.
- Engel G.L., *From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain*, „Psychosomatics”, 38 (1997), nr 6, s. 521–528.
- Engel G.L., *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, „American Journal of Psychiatry”, 137 (1980), nr 5, s. 535–544.
- Filek J., *Z badań nad istotą wartości etycznych*, Wydawnictwo Platan, Kraków 1996.
- Florek K., *W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osobę*, w: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, red. E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej, Białystok 2005, s. 42–47.
- Frankl V.E., *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Hans Huber, Bern 2005.
- Frankl V.E., *Homo patiens*, tłum. R. Czarnecki, Z. Jaroszewski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.
- Frankl V.E., *Logotherapie und Existenzanalyse*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2010.
- Freeman A.M., Tribe R.H., Stott J.C.H., Pilling S., *Open Dialogue: A Review of the Evidence*, „Psychiatric Services”, 70 (2019), nr 1, s. 46–59.
- Galarowicz J., *Max Scheler. Etyka wartości*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2019.
- Gethmann-Siefert A., *Consultation Instead of Prescription—a Model for the Structure of the Doctor–Patient Relationship*, „Poiesis & Praxis”, 2 (2003), nr 2, s. 1–27.
- Glazinski R., *The Role of Emotions in Psychiatric Diagnosis: Max Scheler’s Philosophy of Feelings As a Constituent Part of Kurt Schneider’s Theory of Psychopathology*, Books on Demand, Norderstedt 2018.
- Grobler A., *Metodologia nauk*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006.
- Hadot P., *Filozofia jako ćwiczenie duchowe*, tłum. P. Domański, Wydawnictwo ALETHEIA, Warszawa 2003.
- Hempel C.G., *Filozofia nauk przyrodniczych*, tłum. B. Stanosz, Fundacja Aletheia, Warszawa 2001.
- Holsinger J.W., Beaton B., *Physician Professionalism for a New Century*, „Clinical Anatomy”, 19 (2006), nr 5, s. 473–479.
- Hołub G., *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna – etyka”, 2 (2007),

s. 165–168.

Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2014.

Janiga W., *Funkcje wartości w kształtowaniu się osobowości*, „Studia Warmińskie” 43 (2006), s. 225–236.

Juś M., *Spór o redukcjonizm w medycynie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Warszawa–Toruń 2014.

Kałuża J., *Humanistyczne i ahumanistyczne aspekty redukcjonizmu we współczesnej medycynie*, w: *Nauka – religia – dzieje*, red. J.A. Janik, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1992, s. 75–85.

Kapusta A., *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, 51 (2015), nr 2, s. 167–174.

Kapusta A., *Problem rozumienia w filozofii psychiatrii*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, 46 (2010), nr 3–4, s. 447–459.

Kapusta A., *Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?*, *Etyka* 54 (2017), s. 29–40.

Kapusta A., *Rozumienie i wyjaśnianie patologii umysłu wobec „paradygmatu kognitywnego”*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio I, Philosophia-Sociologia”, 28 (2003), s. 95–106.

Kendler K.S., *Introduction: Why Does Psychiatry Need Philosophy?*, w: *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*, eds. K.S. Kendler, J. Parnas, John Hopkins Universitas Press, Baltimore 2008, s. 1–18.

Kirmayer L.J., *Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine*, w: *Biomedicine Examined*, eds. M. Lock, D. R. Gordon, Kluwer Academic Publishers, Boston 1988, s. 57–93.

Kłós J., Gromadecka-Sutkiewicz M., Zysnarska M., *Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku*, „Hygeia Public Health”, 49 (2014), nr 3, s. 382–388.

Kołąkowski L., *Bóg nam nic nie jest dłużny*, Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1994.

Kołąkowski L., *Filozofia pozytywistyczna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2003.

Kostyło H., *Zdrowie – społeczeństwo – edukacja. Koncepcje Ericha Fromma i Theodore'a Bramelda*, „Rocznik Andragogiczny” 21 (2014), s. 157–171.

Krajnik M., *Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny?* „Medycyna Praktyczna”, 9 (2017), s. 121–124.

Kränzlin G., *Max Schelers phänomenologische Systematik*, S. Hirzel, Leipzig 1934.

Kulik H., Dąbek J., *„Okaleczona kobiecość”. Z pamiętników kobiet z niepełnosprawnościami*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego,

Warszawa 2019, s. 49–70.

- Kuzio A., *Teoria grzeczności a konstruowanie spójności w narracjach lekarzy i pacjentów. Studium diagnozy w polskim dyskursie medycznym*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 142–163.
- Lamb H.R., Bachrach L.L., *Some Perspectives on Deinstitutionalization*, „Psychiatric Services”, 52 (2001), nr 8, s. 1039–1045.
- Lubańska S., *Pascal i Kierkegaard – filozofowie rozpacz i wiary*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2001.
- Luber-Szumniak M., *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 15–31.
- Maciąg A., Sakowska I., *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski”, (2006), nr 1, s. 50–62.
- Madej K., *Przyjdzie kiedyś Kazimierz Odnowiciel*, „Gazeta Lekarska”, nr 12/2020–01/2021, s. 17–18.
- Mahoney S., Sladek R.M., Neild T., *A Longitudinal Study of Empathy in Pre-clinical and Clinical Medical Students and Clinical Supervisors*, „BMC Medical Education”, 16 (2016), nr 1, s. 1–8.
- Marion J-L., *Bóg bez bycia*, tłum. M. Frankiewicz, Wydawnictwo Znak, Kraków 1996.
- Mazur G., *Struktura bytowa człowieka w ujęciu Maxa Schelera*, *Colloquia Theologica Ottoniana*, 1 (2015), s. 89–106.
- Mehta N., *Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective*, „Mens Sana Monographs”, 9 (2011), nr 1, s. 202–209.
- Michalski K., *Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla*, „Studia z Historii Filozofii”, 2 (2019), nr 10, s. 143–171.
- Mino J-C., Lert F., *Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model*, „Hec Forum”, 17 (2005), nr 3, s. 227–236.
- Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii*, „Psychiatria Polska: Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego”, 49 (2015), nr 2, s. 391–401.
- Munson R., *Why Medicine Cannot Be a Science*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 6 (1981) 2, s. 183–208.
- Needham J., *Man a Machine*, W.W. North & company, New York 1928.

- Nilsen S., Malterud K., *What Happens When the Doctor Denies a Patient's Request? A Qualitative Interview Study Among General Practitioners in Norway*, „Scandinavian Journal of Primary Health Care”, 35 (2017), nr 2, s. 201–207.
- Nordenfelt L., *Concepts of health and their consequences for health care*. „Theoretical Medicine”, 14 (1993), nr 4, s. 277–285.
- Ostrowska A., *Modele relacji pacjent – lekarz*, w: *Socjologia medycyny: podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 235–259.
- Ostrowski W., *Uwagi o kształceniu filozoficznym i dydaktyce filozoficznej*, w: *Philosophiae itinera. Studia i rozprawy ofiarowane Janinie Gajdzie-Krynickiej*, red. A. Pacewicz, A. Olejarczyk, J. Jaskółka, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2009, s. 251–254.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka*, „Problemy Higieny i Epidemiologii: organ Polskiego Towarzystwa Higienicznego”, 93 (2012), nr 4, s. 682–686.
- Pascal B., *Myśli*, tłum. T. Żeleński, Wydawnictwo PAX, Warszawa 1983.
- Pederson S.N., Emmers-Sommer T.M., *“I'm Not Trying to Be Cured, so There's Not Much He Can Do For Me”: Hospice Patients' Constructions of Hospice's Holistic Care Approach in a Biomedical Culture*, „Death Studies”, 36 (2012), nr 5, s. 419–446.
- Pellegrino E., *Moral Choice, The Good of the Patient, and the Patient's Good*, w: *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, eds. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame 2008, s. 163–186.
- Pellegrino E., *The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, 9 (1999), nr 1, s. 73–88.
- Pilgrim D., Bentall R., *The Medicalisation of Misery: A Critical Realist Analysis of the Concept of Depression*, „Journal of Mental Health”, 8 (1999), nr 3, s. 261–274.
- Piotrowicz M., Cianciara D., *Teoria salutogenezy--nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 65 (2011), nr 3, s. 521–527.
- Platon, *Państwo*, tłum. W. Witwicki, Akme, Warszawa 1990.
- Płonka-Syroka B., *Metodologia Ludwika Flecka w kontekście standardu teoretycznego medycyny klinicznej (1750–1935)*, w: *Ludwik Fleck, tradycje – inspiracje – interpretacje*, red. B. Płonka-Syroka, P. Jarnicki, B. Balicki, Wydawnictwo Fundacji „Projekt Nauka”, Wrocław 2015, s. 13–40.
- Prochowicz J., *Uniwersytet – humanistyka – filozofia. Problematyka kształcenia akademickiego w ujęciu Marthy Nussbaum oraz Alasdaira MacIntyre'a*, Wydawnictwo Academicon, Lublin 2015

- Putala N., *Holistic Model as a Challenge for the Medical Profession*, „Argument Biannual Philosophical Journal”, 10 (2020), nr 1, s. 173–194.
- Pyka M., *O uczuciach, wartościach i sympatii, David Hume, Max Scheler*, Universitas, Kraków 1999.
- Rakowski T., *Medycyna humanistyczna. Nowe wyzwania w praktyce lekarskiej*, „Medycyna po Dyplomie”, 17 (2008), nr 10, s. 206–212.
- Raniszevska-Wyrwa A., *Myśl etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857–1917)*, „Studia Philosophiae Christianae”, 49 (2013), nr 3, s. 43–70.
- Rodríguez Torres A., Jarillo Soto E.C., Casas Patiño D., *Medical Consultation, Time and Duration*, „Medwave”, 18 (2018), nr 5, s. 1–6.
- Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., et al. *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis*, „JAMA”, 316 (2016), nr 21, s. 2214–2236.
- Sadala M.L.A., Adorno R.D.C.F., *Phenomenology as a Method to Investigate the Experience Lived: A Perspective From Husserl and Merleau Ponty's Thought*, „Journal of Advanced Nursing”, 37 (2002), nr 3, s. 282–293.
- Sady W., *Spór o racjonalność naukową: od Poincarégo do Laudana*, wyd. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2014.
- Schei E., Knoop H.S., Gismervik M.N., Mylopoulos M., Boudreau J.D., *Stretching the Comfort Zone: Using Early Clinical Contact to Influence Professional Identity Formation in Medical Students*, „Journal of Medical Education and Curricular Development”, 6 (2019), s. 1–6.
- Schwarz E.R., Cleenewerck L., Phan A., Bharadwaj P., Hobbs R., *Philosophical Implications of the Systemic and Patient-Oriented Management of Chronic Heart Failure*, „Journal of Religion and Health”, 50 (2011), nr 2, s. 348–358.
- Szeklik A., *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
- Shapiro L., *The Health of the Body-Machine? Or Seventeenth Century Mechanism and the Concept of Health*, „Perspectives on Science”, 11 (2003), nr 4, s. 421–442.
- Smith R., *Why Are Doctors so Unhappy? There Are Probably Many Causes, Some of Them Deep*, „BMJ”, 322 (2001), nr 7294, s. 1073–1074.
- Sobczak K., Janaszczyk A., Leoniuk K., *Prawo do śmierci – lekarz i chory w obliczu śmierci*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 6 (2012), nr 2, s. 39–45.
- Sobczak S., *Epistemologia wartości Maxa Schelera jako podstawa myślenia pedagogicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia”, 30 (2017),

s. 17–26.

- Stanghellini G., Ballerini M., *Values in Persons with Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin”, 33 (2007), nr 1, s. 131–141.
- Starowicz A., *Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań*, „Diabetologia Praktyczna”, 10 (2009), nr 3, s. 97–105.
- Starzyńska-Kościszko E., *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, 16 (2010), s. 319–326.
- Stineman M.G., *The Clinician’s Voice of Brain and Heart: A Biopsychological Framework for Merging the Biomedical and Holistic*, „Topics in Stroke Rehabilitation”, 18 (2011), nr 1, s. 55–59.
- Stróżewski W., *Istnienie i wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1981.
- Suchman A.L., Matthews D.A., *What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic? Exploring the Connexional Dimension of Medical Care*, „Annals Internal Medicine”, 108 (1988), nr 1, s. 125–130.
- Szary S., Knotowicz J., *Różne oblicza holizmu w medycynie i fizjoterapii*, w: *Fizjoterapia wobec nowych wyzwań*, red. A. Borowicz, I. Kossowskiej, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, Poznań 2014, s. 7–17.
- Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2005.
- Szewczyk K., *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Łódź 2001.
- Szewczyk K., *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii, biologii i medycyny*, Zakład Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2002.
- Szugajew A., *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 109–124.
- Szulc A., *W poszukiwaniu utraconego sensu: człowiek współczesny jako „homo patiens”*, „Seminare. Poszukiwania naukowe”, 34 (2013), s. 97–111.
- Szumilewicz I., *Postulat mikroredukcji od Lukrecjusza do Boltzmanna i Brillouina*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 14 (1969), nr 1, s. 15–29.
- Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2007.
- Szynkiewicz M., *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych*, Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych, Poznań 2009.

- Tarnowski K., *Gabriela Marcela filozofia wiary*, „Analecta Cracoviensia”, 23 (1991), s. 61–77.
- Tarnowski K., *W mroku uczonej niewiedzy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017
- Tillich P., *The Meaning of Health*, „Perspectives in biology and medicine”, 5 (1961), nr 1, s. 92–100.
- Trębicki J., *Etyka Maxa Schelera*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1973.
- Ulanowska A., *Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane*, „Przegląd Sądowy”, 21 (2012), nr 3, s. 58–70.
- Veatch R.M., *Professional Medical Ethics: The Grounding of Its Principles*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 4 (1979), nr 1, s. 1–19.
- Welsch W., *Nasza postmodernistyczna moderna*, tłum. R. Kubicki, A. Zeidler-Janiszewska, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Węgrzecki A., *Scheler Max*, w: *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8, red. A. Maryniarczyk, Lublin 2007, s. 941–943.
- Węgrzecki A., *Scheler*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
- Wojtyła K., *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maksxa Schelera*, Tow. Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1950.
- Woleński J., *Redukcjonizm*, w: *Słownik pojęć filozoficznych*, red. W. Krajewski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996, s. 172–173.
- Wróbel J., *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Rocznik Teologii Moralnej”, 4 (2012), nr 59, s. 169–193.
- Wszolek S., *Elementy metafizyki*, Biblos, Tarnów 2008.
- Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.