

PROF. DR HAB. MARIA NOWACKA
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki
w Lublinie

Recenzja rozprawy doktorskiej

mgr NINY PUTAŁY

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

napisanej pod kierunkiem ks. prof. dr. hab. Grzegorza Hołuba

Rozprawa doktorska mgr Niny Putały jest próbą wykazania zasadności modelu holistycznego terapii medycznej i zarazem ulepszenia tego modelu na gruncie fenomenologii Maxa Schelera. Koncepcja holistycznego leczenia wydaje się być bardzo atrakcyjnym kierunkiem rozwoju metod terapeutycznych, gdyż łagodzi skutki coraz większego technicyzowania medycyny, skutkującego przedmiotowym traktowaniem pacjenta. Z drugiej strony jednak zderza się z postawą lekarzy, nastawionych na skuteczne leczenie naprawcze, w którym organizm jest traktowany jako przedmiot wymagający usunięcia zaburzeń funkcjonalnych. Autorka pracy bardzo trafnie zauważa, że problem stosowania modelu leczenia całościowego w praktyce medycznej jest w istocie problemem wpisania wartości w proces działań terapeutycznych. Struktura pracy jest właściwa z punktu widzenia zamierzonych celów – najpierw omówiona zostaje koncepcja modelu holistycznego, jego założenia i problemy z zastosowaniem, następnie naszkicowana zostaje fenomenologia Schelera z zasygnalizowaniem możliwości odniesienia jej do kwestii holistycznego podejścia do pacjenta, a w trzeciej kolejności przeprowadzone zostało uzasadnienie możliwości zastosowania metody fenomenologicznej w procesie formowania przyszłych lekarzy. Najważniejszym z merytorycznego punktu widzenia jest oczywiście trzecia część rozważań.

Prezentacja modelu holistycznego dokonana została przede wszystkim z punktu widzenia lekarskiego. Jest to, moim zdaniem, ujęcie słuszne, ponieważ istota rozważanego problemu niejako tkwi w mentalności lekarza, w jego odczuwaniu (bądź nieodczuwaniu) potrzeby wyjścia poza przedmiotowe traktowanie pacjenta. Dodatkowo zaś podejście to pozwala lepiej ukazać trudności w stosowaniu ujęcia holistycznego. Doktorantka omawia najpierw kartezjańskie podłoże modelu biomedycznego, zgodnie z którym organizm jest traktowany w procesie terapeutycznym analogicznie do maszyny wymagającej naprawienia, ponieważ jej części zużyły się lub rozregulowały. Słusznie wskazuje na związany z takim ujęciem redukcjonizm, stanowiący konieczny aspekt modelu biomedycznego, jego

fizykalizm, przede wszystkim zaś na przedmiotowe traktowanie pacjenta. Mam jedynie wątpliwości, czy paternalistyczna postawa lekarza wobec pacjenta jest znacząco silniej umocowana na gruncie modelu biomedycznego, co zdaje się sugerować Autorka – sądzę, że paternalizm bierze się z uwarunkowań psychicznych lekarza determinowanego swą wiedzą zawodową i świadomością braku takiej wiedzy u pacjenta, a więc może występować w każdym modelu leczenia.

Przedstawiona w pierwszej części pracy krytyka modelu biomedycznego – ale uwzględniająca też jego zalety – została przeprowadzona wnikliwie i wszechstronnie, zarówno w aspekcie metodologicznym, jak i etycznym. Ma ona prowadzić do ujawnienia wyższości modelu holistycznego. Tu jednak rozważania nie są tak przekonujące. Doktorantka widzi tę wyższość w odejściu od redukcjonizmu, w budowaniu wzajemnego partnerstwa między lekarzem a pacjentem, zwiększeniu odpowiedzialności pacjenta za swój stan zdrowia, wreszcie we wzroście roli uczuć i wartości w medycynie. Jednak argumentacja sprowadza się do przytaczania opinii różnych autorów wskazujących na potrzebę przejścia od widzenia organizmu do widzenia pacjenta. Są to jednak uwagi dość ogólnikowe i sama ta potrzeba powinna zostać o wiele mocniej uzasadniona. Wskażę na dwa punkty, które uważam za najistotniejsze. Po pierwsze, jeżeli twierdzi się, że w ramach modelu holistycznego lekarz nie podejmuje decyzji jednoosobowo, lecz „włącza pacjenta w proces decyzyjny” (s. 65), to mamy tu do czynienia z problemem autonomii pacjenta, która wymaga odejścia od postawy paternalistycznej, ale może być realizowana równie dobrze w modelu biomedycznym. Po drugie, jeżeli twierdzi się, że na gruncie modelu holistycznego lekarz ma nie tylko leczyć, ale też pomagać pacjentowi w „przyjęciu odpowiedzialności za leczenie” (s. 65), to należałoby wyjaśnić, na czym ta odpowiedzialność miałaby polegać, skoro przecież lekarz nie może przestać być odpowiedzialny za przebieg leczenia.

Powyższe wątpliwości wskazują, że model działań terapeutycznych rozumiany jest w omawianej pracy dwojako. Gdy mowa o modelu biomedycznym, przez model rozumie się sposób ujęcia organizmu ludzkiego i dostosowaną do tego ujęcia metodę leczenia. Gdy natomiast mowa o modelu holistycznym, przez model rozumie się typ relacji między lekarzem a pacjentem. Potwierdzają to podane przykłady praktycznych rozstrzygnięć w ramach opieki zdrowotnej. Należałoby w takim razie mówić nie o dwu modelach, lecz o potrzebie dopełnienia biomedycznego podejścia do organizmu pacjenta holistycznym podejściem do pacjenta jako chorego człowieka. W istocie mamy tu do czynienia nie z dwoma modelami o tym samym przedmiocie, lecz z dwoma ujęciami dwu różnych

przedmiotów: w pierwszym przypadku organizmu, w drugim zaś człowieka. Praca napisana jest bez świadomości tej różnicy.

Tę konstatację potwierdza opis trudności stosowania modelu holistycznego. Wszystkie one polegają w istocie na niechęci lekarzy do wyjścia poza ramy wiedzy i umiejętności zawodowych. Doktorantka omawia to bardzo wnikliwie na podstawie obfitej literatury przedmiotu. Ale właśnie dzięki temu, że omówienie jest staranne i szerokie, widzimy wyraźnie, że problem jest natury psychologicznej, nie zaś medycznej. Inaczej mówiąc, czytając nabieramy przekonania, że o ile model biomedyczny należy do dziedziny nauk biomedycznych, o tyle model holistyczny należy do dziedziny psychologii. Jak twierdzi p. mgr N. Putała, główną i zasadniczą przyczyną dystansu lekarzy do zaleceń formułowanych na gruncie modelu holistycznego jest trudność uznania istotnej roli wartości w procesie działań terapeutycznych. Jest to niewątpliwie słuszna ocena. Jeżeli jednak twierdzi się za jednym z autorów, że przyczyną jest fakt, iż „medycyna holistyczna nie wytworzyła wyraźnych reguł postępowania dla praktyki klinicznej” (s. 75), to należałoby zapytać, czy wytworzenie takich reguł i ich stosowanie znacząco zwiększyłyby skuteczność terapii, a nie tylko, dobrostan pacjenta. Bez choćby próby uzasadnienia, że to zwiększenie by nastąpiło, przeprowadzona argumentacja dotyczy nie jakiegoś „modelu holistycznego”, lecz po prostu właściwego podejścia lekarza do pacjenta, umiejętności traktowania go jako cierpiącego człowieka. Takie właściwe, empatyczne traktowanie pacjenta polepsza jego stan psychiczny i w jakimś stopniu ułatwia leczenie, ale z punktu widzenia lekarza nie jest czynnikiem zwiększającym skuteczność zastosowanej terapii; co gorsza, może wydawać się, z powodu znacznej czasochłonności i uciążliwości, czynnikiem utrudniającym terapię. W konsekwencji wszystkie wskazane w rozprawie p. mgr Putały warunki i sposoby przezwyciężania trudności stosowania podejścia holistycznego mogą zadziałać pod warunkiem uprzedniego przekonania lekarzy, iż holistyczne podejście do pacjenta polepsza nie tylko jego stan psychiczny, ale także zwiększa skuteczność terapii. Może więc fakt, że medycyna holistyczna nie stworzyła reguł dla praktyki klinicznej, świadczy, że jej znaczenie dla praktyki lekarskiej jest mało znaczące. Zabrakło mi w pracy refleksji nad tym aspektem problemu.

Druga część pracy poświęcona jest omówieniu filozofii Maxa Schelera. Odwołanie się do fenomenologii Schelera jest zasadne i trafne – skoro model biomedyczny opiera się na dualizmie kartezjańskim, a ujęcie holistyczne na uznaniu jedności psychofizycznej człowieka, to analizy Schelera, zmierzające do wykazania wadliwości ujęcia kartezjańskiego, wydają się być właściwą pomocą w uzasadnianiu potrzeby przejścia do terapii holistycznej. W

rozważaniach Schelera szczególnie ważna jest też analiza sposobu, w jaki dane są człowiekowi wartości, oraz ustalenia dotyczące istotnej roli uczuć w procesie ludzkiego poznania. N. Putała omawia te kwestie bardzo wnikliwie, w szerokim kontekście etycznym i epistemologicznym, z odniesieniem do problemu relacji międzyludzkich. Nie mam zastrzeżeń do tej części pracy i uważam, że przeprowadzony opis i podana interpretacja świadczą o kompetencjach analitycznych Autorki rozprawy. Zarazem Autorka dostrzega i ukazuje wątpliwości wysuwane wobec Schelerowskiej aksjologii, podziela je, jednocześnie jednak zauważa, iż nie musi to być przeszkodą w efektywnym zastosowaniu jej do problematyki stanowiącej temat jej rozprawy. Możliwość przezwyciężenia trudności widzi w odwołaniu się do myśli Pascala. Jest to ciekawe rozwiązanie, które wydaje mi się całkowicie zasadne, zważywszy, że (na co wskazuje Autorka) obaj myśliciele zgodni byli co do tezy o prymacie uczuć nad rozumem, a różnili się co do oceny konsekwencji wyłącznego oparcia się na normach racjonalnych. Doktorantka sygnalizuje, że w odniesieniu do rozważanej problematyki modelu biomedycznego i modelu holistycznego zagadnienie przedstawia się jako pytanie o to, w jakiej mierze racjonalne normy medyczne (spajające model biomedyczny) mogą być i powinny zostać dopełnione uczuciowym odniesieniem do pacjenta (co postuluje model holistyczny). Takie ukierunkowanie rozważań uważam za bardzo interesujące, ale stopień jego efektywności ukaże się w kolejnym rozdziale pracy.

W rozdziale trzecim mgr N. Putała podejmuje próbę zastosowania ustaleń Schelera do pokonania trudności w zastosowaniu modelu holistycznego w praktyce terapeutycznej. To właśnie aksjologia fenomenologiczna miałaby ułatwić holistyczne realizowanie terapii, a zatem problem sprowadza się do kwestii możliwości wpisania aksjologii w praktykę terapeutyczną. Doktorantka wskazuje trzy warunki konieczne realizacji tego zamierzenia. Po pierwsze, należy „zbliżyć” czy „scalić” te dwa metodologicznie odmienne modele. Zdaniem Doktorantki ta odmienność modeli stanowi o ich wartości, a ich powiązanie jest możliwe „przez odniesienie do postawy lekarza, który we własnej osobie scala różne perspektywy myślenia o pacjencie i leczeniu” (s. 171). Po drugie, konieczne jest „określenie zasadniczych błędów w zakresie preferencji wartości, jakie pojawiają się w myśleniu lekarskim” (s. 171) na gruncie modelu biomedycznego. Po trzecie, należy zmierzać do „możliwego zastosowania obiektywnej hierarchii wartości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym” (s. 171).

Warunkiem postulowanego zbliżenia dwu modeli jest, zdaniem p. mgr N. Putały, odpowiednie, nastawione na aksjologię, nauczanie filozofii na studiach medycznych. Doktorantka ma świadomość trudności z realizacją tego zadania – za P. Hadotem przyjmuje,

że wskazany jest powrót do starożytnego ideału uprawiania filozofii jako środka do samodoskonalenia, a najbardziej do tego ideału zbliżoną jest metoda fenomenologiczna. Uznaje, że na gruncie fenomenologii możliwe jest zbliżenie dwu modeli poprzez analizę porównawczą tkwiących w nich aksjologii, uzgadnianie ich i na tej podstawie formułowanie wniosków praktycznych dla procesu terapii. Doktorantka faktycznie zakłada, że zbiory wartości w obu modelach wprawdzie nie są tożsame, ale nie są też względem siebie sprzeczne; dlatego możliwe ma być owo zbliżenie modeli.

Z kolei warunkiem przeprowadzenia analizy porównawczej dwu modeli w aspekcie ich aksjologii jest uwyrażenie wadliwej preferencji wartości w modelu biomedycznym. Doktorantka bardzo mocno podkreśla (słusznie zresztą), że model biomedyczny preferuje wartości o charakterze utylitarnym, czego skutkiem jest skupienie się lekarza wyłącznie na medycznych faktach i procedurach. Środkiem zaradczym ma być „uwzniesienie” wartości utylitarnych, możliwe na gruncie aksjologii fenomenologicznej. Wprawdzie nie zostało to powiedziane wprost, ale tok wywodów wskazuje, że ma ono polegać na odnoszeniu wartości utylitarnych nie tylko do poszczególnych etapów procesu terapeutycznego, lecz zarazem do całościowego procesu leczenia pacjenta. Doktorantka zauważa, że może to prowadzić do subiektywnego traktowania wartości (z punktu widzenia pacjenta), co może być niekorzystne dla samego pacjenta, gdy jego subiektywne preferencje okażą się sprzeczne z obiektywnymi wskazaniami medycznymi.

Pojawia się więc problem, czy na gruncie modelu holistycznego możliwy jest obiektywny porządek wartości. Doktorantka twierdzi, że jest to możliwe pod warunkiem przyjęcia pozytywnej definicji zdrowia, wedle której zdrowie postrzegane jest dynamicznie, jako „ciągły proces scalania i synchronizowania systemów wewnętrznych i zewnętrznych, aż do uzyskania poczucia koherencji” (s. 198). W kontekście tej definicji choroba niekoniecznie musi być zjawiskiem negatywnym, ponieważ może wyzwać „głębszy potencjał biopsychospołeczny, niezbędny w procesie przystosowywania się do nowych warunków” (s. 198). To pozytywne – czyli, wedle Doktorantki, holistyczne – ujęcie zdrowia ma z kolei umożliwić wsparcie chorego człowieka w procesie odkrywania przezeń obiektywnej hierarchii wartości.

Rozważania nad możliwością stosowania modelu holistycznego w praktyce terapeutycznej dopełnione zostały omówieniem sytuacji lekarza w kontekście tego modelu. Sprowadzają się one w istocie do wskazania, że lekarz powinien wobec pacjenta przyjmować postawę empatyczną; samo w sobie jest to stwierdzenie banalne w swej ogólnikowości.

Podstawową wadą tych rozważań jest brak wyraźnego rozróżnienia rodzajów czy typów sytuacji, w jakich lekarz wchodzi w relację z pacjentem; ta relacja musi się przecież różnić w zależności od tego, czy lekarz ma do czynienia z chorobą lekką czy ciężką, krótkotrwałą czy przewlekłą, uleczalną czy nieuleczalną; a już zasadniczą różnicę stanowi to, czy lekarz ma do czynienia z chorobą somatyczną, czy psychiczną. Te niejednorodności i niekonsekwencje występują zresztą u Schelera i Doktorantka od niego je przejmuje.

Oceniając podjętą próbę owego zbliżenia dwu modeli, należy podkreślić przede wszystkim słuszność oparcia jej na aksjologii fenomenologicznej w ujęciu Maxa Schelera. Chodzi mi o to, że jeśli w ogóle próba taka ma się powieść, to nie potrafiłabym wskazać, na jakim innym systemie filozoficznym można byłoby przeprowadzić ją lepiej. Nasuwają się jednak istotne wątpliwości. Po pierwsze, nie jest jasne, na czym miałyby polegać „zbliżenie” dwu modeli. Doktorantka wypowiada się niejednoznacznie, raz zdaje się mówić o postawie lekarza ujmującego czy ujednolicającego oba modele w swej praktyce terapeutycznej, innym razem o zmianie hierarchii wartości w modelu biomedycznym, a w jeszcze innych miejscach o dopełnieniu modelu biomedycznego wartościami preferowanymi w modelu holistycznym. Ta niejednoznaczność potwierdza wyrażoną wyżej opinię, że w istocie dokonuje się porównania nie dwu modeli, lecz modelu biomedycznego (natury obiektywnej) z postawą wobec pacjenta (empatyczną, czyli subiektywną). Jest to porównanie wadliwe, ponieważ porównywać czy scalać można model z modelem a postawę z postawą.

Po drugie, niejasne jest również, na czym polegać by miało owo uwznioślanie wartości utylitarnych w modelu biomedycznym. Autorka sygnalizuje trudności, lecz ich nie rozwiązuje, wątpliwe jest zresztą, czy jakieś rozwiązanie jest możliwe. Jakkolwiek byśmy rozumieli owo „uwznioślanie”, musiałoby ono zmieniać hierarchię wartości w modelu biomedycznym, a w takim razie należałoby uzasadnić, że jest to wskazane z uwagi na cele, które chcemy osiągnąć. Dochodzimy do wskazanej już niemożności wykazania lekarzowi, że zmiana jego podejścia do pacjenta w znaczący sposób zwiększy skuteczność leczenia. Doktorantka ma świadomość tych trudności i daje temu wyraz, jednak nie potrafi ich ująć całościowo i zaproponować rozwiązania istotnego z punktu widzenia praktyki klinicznej. Jak wskazałam, uważam, że nie jest to możliwe z powodu wadliwości porównania.

Po trzecie, teza, że ustalenie obiektywnego porządku wartości w ramach modelu holistycznego jest możliwe dzięki sformułowaniu pozytywnej definicji zdrowia, pozostaje nieuzasadniona. Doktorantka nie podaje definicji zdrowia – jej rozważania są opisem Schelera rozumienia, czym jest zdrowie, i żadna definicja nie zostaje skonstruowana na

podstawie tego opisu. Jest dość zastanawiające, że w pierwszej części rozważań Doktorantka przytacza definicję zdrowia sformułowaną przez WHO, mającą być w intencji autorów definicją pozytywną, tzn. nie określającą zdrowia negatywnie, jako braku choroby; jednak w dalszych rozważaniach nie wraca do niej.

Chciałabym, aby powyższe uwagi zostały odczytane nie jako krytyka, lecz jako polemika z Autorką rozprawy. Zdaję sobie sprawę, że na mój stosunek do jej rozważań ma wpływ moja krytyczna ocena tzw. „leczenia całościowego”, której dawałam wyraz w moich artykułach; recenzowana praca utwierdza mnie w moim negatywnym stanowisku. Nie znaczy to jednak, że negatywnie oceniam pracę. Wręcz przeciwnie – uważam, że mgr Nina Putała wykazała się znajomością tematu, erudycyjnością, przede wszystkim zaś sprawnością w interpretowaniu i analizowaniu tekstów oraz dokonywaniu porównań stanowisk. Szczególnie warta podkreślenia jest umiejętność badania problemu na gruncie i przy użyciu kategorii danego systemu filozoficznego, w tym wypadku fenomenologii. Skłonna jestem sądzić, że gdyby Doktorantka mówiła nie o potrzebie wdrażania „modelu” holistycznego w praktyce terapeutycznej, a o potrzebie wzbogacenia i dopełnienia na gruncie modelu biomedycznego postępowania lekarskiego rozpoznaniem i zachowaniami skutkującymi wzmocnieniem postaw empatycznych, tok jej rozważań przebiegałby inaczej i nie podlegałby większości moich uwag krytycznych. Konkludując: uważam, że praca p. mgr Niny Putały w pełni odpowiada wymogom stawianym rozprawom doktorskim.

Zgłaszam wniosek o uznanie dysertacji mgr Niny Putały za odpowiadającą przepisom ustawowym i o dopuszczenie jej Autorki do dalszych etapów postępowania w przewodzie doktorskim.

30.05.2022.



(-) prof. dr hab. Maria Nowacka