

Anna Ziółkowska-Juś
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ORCID: 0000-0001-9757-9095

Poznanie integralne w praktyce lekarskiej

Wprowadzenie

Koncepcja poznania integralnego, którą zaproponowałam i rozwinęłam m.in. w książce *Doświadczenie estetyczne jako podstawa poznania integralnego*, wyłoniła się w ramach krytycznej analizy estetyki pragmatycznej (Johna Deweya, Richarda Shustermana, Marka Johnsona).¹ Są w niej również widoczne inspiracje zaczerpnięte z hermeneutyki (Martina Heideggera, Hansa-Georga Gadamera) oraz fenomenologii Maurice'a Merleau-Ponty'ego. Idea poznania integralnego wyrosła z krytyki racjonalistycznego ujęcia poznania, opartego na założeniu, że można „wypreparować” czysty rozum z ciała, uczuć, zmysłów, środowiska i uczynić go gwarantem wiedzy pewnej, jasnej i wyraźnej. W perspektywie m.in. estetyki pragmatycznej takie założenie okazuje się fałszywe i destrukcyjne.² Poznanie integralne, w odróżnieniu od poznania racjonalnego, wymaga uwzględnienia sfery cielesnej, zmysłów, uczuć, świadomości nierefleksyjnej, wyobraźni, intuicji, czyli tych komponentów, które były umiejscawiane poza wiedzą rozumianą „czysto” intelektualnie. Wymaga ono nie tylko uświadomienia sobie przez osobę poznającą

¹ A. Ziółkowska-Juś, *Doświadczenie estetyczne jako podstawa poznania integralnego. W perspektywie estetyki pragmatycznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2022; *Rola doświadczenia estetycznego w poznaniu integralnym. Ku Deweyowskim inspiracjom*, „Estetyka i Krytyka” 2016, 3, t. 42; *Świadomość i poznanie integralne. W kręgu inspiracji pragmatyzmem Johna Deweya*, „Filo-Sofija” 2018, 4, t. 43; *Uczucia estetyczne i poznanie integralne. W perspektywie estetyki pragmatycznej Johna Deweya*, „Ruch Filozoficzny” 2021, 2, t. LXXVII.

² Odnosnie do Deweyowskiej krytyki tradycji racjonalizmu: J. Dewey, *Experience and Nature*, [w:] *idem, The Later Works:1925–1953*, vol. 1, Carbondale, London and Amsterdam 1969–1990.

roli tych komponentów w poznaniu, ale również ich kultywowania i konstruktywnego przekształcania. Celem artykułu jest pokazanie, że praktyka lekarska jest szczególnie predestynowana do tego, aby stawać się poznaniem integralnym. Często jednak wpisuje się ona w racjonalny model poznania, co niesie ze sobą destrukcyjne konsekwencje. W artykule zostaje podkreślona waga komponentów estetycznych w praktyce medycznej. Uważam, że nie powinny być one traktowane tylko jako dodatek do wymaganych w procesie leczenia wiedzy i umiejętności, ale jako czynniki, które je warunkują i stanowią dla nich podstawę. Dopiero doskonalenie tych komponentów przez lekarza może sprawić, że poznanie w praktyce lekarskiej będzie stawać się integralne. W pierwszej części artykułu przedstawiam założenia i charakterystykę poznania integralnego, w drugiej — wskazuję, że praktyka lekarska jest zarówno nauką, jak i sztuką; w trzeciej — podkreślam rolę estetycznych komponentów w poznaniu lekarskim.

Charakterystyka i założenia poznania integralnego

Poznanie integralne, zgodnie z pragmatycznym ujęciem poznania, wywodzi się z życiowego doświadczenia, samo jest doświadczeniem i weryfikuje się przez doświadczenie. Jednak funkcje poznania integralnego nie ograniczają się do celów pragmatycznych. Nie ma ono charakteru wyłącznie instrumentalnego, ale samo w sobie jest wartościowym doświadczeniem oddziałującym konstruktywnie na osobę poznającą i jej otoczenie. Stanowi ono dla osoby poznającej źródło satysfakcji i spełnienia. Jakkolwiek pokonywanie życiowych trudności; osiąganie harmonii ze sobą samym i otoczeniem; przekształcanie i wzbogacanie doświadczenia są w poznaniu integralnym ważne, to jednak — inaczej niż w ujęciu pragmatycznym — rozjaśnia ono egzystencję oraz przyczynia się do głębszego rozumienia otaczającego świata.

Poznanie integralne opiera się na założeniu, że racjonalność jest nierozdzielnie spleciona ze sferą estetyczną. Chodzi tu o Baumgartenowskie rozumienie estetyki, która

[...] zrywa z prymatem rozumu i rehabilituje to, co zmysłowe (zatem rolę *aisthesis*) w poznaniu: *primo* jako warunek konieczny i punkt wyjścia każdego procesu poznawczego, *secundo* jako sposób dopełnienia czy udoskonalenia poznania czystego, abstrakcyjnego.³

W odróżnieniu od podmiotu poznania w ujęciu racjonalnym podmiot poznania integralnego jest wielowymiarowy (racjonalny, uczuciowy, zmy-

³A. Bandura, *Aisthesis. Zmysłowość i racjonalność w estetyce tradycyjnej i współczesnej*, Universitas, Kraków 2013, s. 11-12.

słowy), zakorzeniony w określonym środowisku i kontekście życia prywatnego, społecznego oraz kulturowego.

Poznanie integralne łączy w sobie wiele elementów, które pozostawały poza ujęciem wiedzy rozumianej czysto intelektualnie. Wykracza ono poza ugruntowane w tradycji filozoficznej dualizmy typu: podmiot — przedmiot, umysł — ciało, rozum — uczucia, teoria — praktyka, środki — cele itd. Konstytutywną rolę odgrywają w nim takie czynniki, jak świadomość (refleksyjna i nierefleksyjna), zmysły, uczucia, wyobrażenia, myślenie jakościowe i myślenie refleksyjne. Czynniki te nie są od siebie niezależne, ale wzajemnie się warunkują i na siebie oddziałują.⁴ O integralności poznania przesądza jednak nie tylko ich obecność, ale również ich konstruktywne transformowanie. Jeśli czynniki te są w procesie poznawczym kultywowane, to wówczas jego immanentną składową staje się doświadczenie estetyczne.

Poznanie integralne opiera się na doświadczeniu estetycznym w znaczeniu, jakie mu nadał John Dewey. W swojej ostatniej książce *Sztuka jako doświadczenie* pisał on o doświadczeniu estetycznym jako doświadczeniu integralnym, w które zaangażowane są ciało, uczucia, zmysły, intuicja, wyobrażenia i rozum.⁵ Dewey rozwinął swoją koncepcję doświadczenia estetycznego w opozycji do zakorzenionych w tradycji estetycznych ujęć łączących doświadczenie estetyczne z bezinteresownością, dystansem, swoistym nastawieniem estetycznym, percepcją wartości estetycznych itd.⁶ W ujęciu Deweya osoba doświadczająca estetycznie nie daje się oddzielić od otaczającego ją środowiska. Doświadczenie to wiąże się z „żywą percepcją”, „byciem tu i teraz”, pełnym zaangażowaniem zmysłów, uczuć, intuicji i wyobraźni. Cechami doświadczenia estetycznego są również jedność, różnorodność, ciągłość i spójność.⁷ Dewey wyróżnił dwa rodzaje doświadczeń estetycznych: czyste i rzeczywiste.⁸ Te pierwsze są charakterystyczne dla sztuki, która swoją celowość odnajduje w sobie samej, a te drugie mają cele pozaestetyczne, które realizują w estetyczny sposób. Sztuka stanowi paradygmatyczny wzorzec doświadczenia estetycznego, nie jest jednak jedyną dziedziną, w której doświadczenie estetyczne może się pojawić. Poznanie integralne stanowi — po-

⁴ O komponentach poznania integralnego, jakimi są świadomość, uczucia, zmysły, myślenie jakościowe, wyobrażenia, uczucia i myślenie refleksyjne, pisałam w książce *Doświadczenie estetyczne jako podstawa poznania integralnego...*, s. 139-198.

⁵ Zob. J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, przeł. A. Potocki, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław — Warszawa — Kraków — Gdańsk 1995.

⁶ O swoistości doświadczeń estetycznych zob. M. Gołaszewska, *Zarys estetyki. Problematyka, metody, teorie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1973.

⁷ J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, s. 45.

⁸ *Ibidem*, s. 5.

sługując się terminologią Deweya — przykład doświadczenia estetycznego rzeczywistego. O estetyczności poznania stanowi pełne zaangażowanie zmysłów, uczuć, świadomości nierefleksyjnej, wyobraźni, intuicji. W poznaniu integralnym szczególnie ważne jest myślenie refleksyjne, które jednak wymaga wyczulenia na znaczenia jakościowe (barwy, dźwięki, zabarwienia emocjonalne słów, atmosferę emanującą z otoczenia).⁹ Znaczenia jakościowe znajdują swój wyraz w języku nacechowanym metaforycznie, który wymaga uruchomienia pokładów uczuć, wyobraźni i intuicji. Osoba poznająca integralnie, posługując się pojęciami, słowami, symbolami, ideami, zarazem doświadcza w sposób bezpośredni ich właściwości jakościowych, a także otaczającej ją atmosfery.

Według Deweya sztuka i poznanie mają ze sobą wiele wspólnego. Są zakorzenione w procesie życia. Stanowią odpowiedź na zaistniałą trudność, problem, napięcie. Muszą liczyć się z rytmami otaczającego świata i organizmu.¹⁰ Celem zarówno poznania, jak i sztuki jest doprowadzenie do pełniejszej harmonii organizmu z otoczeniem dającej poczucie satysfakcji i spełnienia. Oba rodzaje doświadczeń cechują się również kumulatywnością, celowością i uporządkowaniem. W koncepcji Deweya nie ma więc opozycji pomiędzy sztuką i poznaniem, ale raczej wskazanie na ich wspólne źródła, zbliżony charakter i przebieg. Poznanie staje się tym pełniejsze, im bardziej aktywizowane w nim zostają komponenty estetyczne.¹¹ Niemniej pewna różnica pomiędzy poznaniem i sztuką zostaje zachowana. Jest to przede wszystkim różnica w dominujących w nich celach i wartościach.

Poznanie integralne nie jest nigdy zakończone i ostateczne. W związku ze swoją wielowymiarowością nie może mieć charakteru „czystego”, pewnego, oczywistego i absolutnego. Jest antydogmatyczne i antyesencjalistyczne. Ma charakter perspektywiczny, interpretacyjny, samokorygujący. Jest wyczulone na konkret i szczegół. Nie ma charakteru bezzałożeniowego, ale jest świadome swoich założeń.

Prawda poznania integralnego jest zawsze „w drodze”. Nie daje się ona sprowadzić do pragmatycznej koncepcji prawdy. Prawdy poznania integralnego nie można zredukować do subiektywnego ani też intersubiektywnego

⁹ O znaczeniach jakościowych jako podstawach znaczeń konceptualnych zob. więcej w: M. Johnson, *Znaczenie ciała. Estetyka rozumienia ludzkiego*, przeł. J. Płuciennik, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015 oraz M. Johnson, G. Lakoff, *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*, University Chicago Press, Chicago — London 2007.

¹⁰ Dewey pisze, że: „Rytm jest tą pierwszą charakterystyczną cechą otaczającego świata, która umożliwia istnienie formy artystycznej” (J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, s. 178).

¹¹ „Nie sposób oddzielić doświadczenia estetycznego od doświadczenia intelektualnego, bowiem to drugie musi mieć piętno estetyczne, aby stać się całkowite” (*ibidem*, s. 49).

konstruktu, jak i również do adekwatności myśli i rzeczywistości. Sytuuje się ona w przestrzeni interakcyjnej pomiędzy podmiotem i światem. Ma skrywająco-odkrywający charakter. Jej charakter oddaje najlepiej reaktywowane przez Heideggera greckie słowo *aletheia*.¹² Prawda poznania integralnego „wyrasta” z doświadczenia. Nie daje się jej „oderwać” od towarzyszącego jej kontekstu. Nie daje się więc ona zamknąć w odizolowanej od życia myśli, ale rozjaśnia egzystencję, odnosi się do obiektywnie istniejącego świata. Pluralizm metod, podejść, interpretacji nie kłóci się z tak rozumianą prawdą, gdyż rozum w poznaniu integralnym nie ma charakteru transcendentalnego ani instrumentalnego, ale transwersalny.¹³

Poznanie integralne nie wyklucza metodyczności, komunikowalności i intersubiektywności. Jest ono intencjonalne, celowe, spójne, kumulatywne. Stanowi jednak przeciwieństwo poznania schematycznego, naznaczonego rutyną i sztywną proceduralnością, sprowadzającego to, co inne, do znanych schematów, kategorii i wykluczającego wszystko to, co nie podpada pod utarte szlaki wyznaczone przez ustanowione reguły i metodę.

Istotny jest również aksjologiczny wymiar poznania integralnego. Realizuje ono nie tylko wartości poznawcze i użyteczne, ale również moralne, estetyczne i witalne. Chociaż wartości poznawcze i użyteczne wiodą w nim prym, to jednak — inaczej niż w tradycyjnym pragmatyzmie — charakteryzuje je rozszerzenie zakresu realizowanych wartości, a nie ich zawężenie.¹⁴ Sądzę, że chociaż wartości moralne, poznawcze i estetyczne są od siebie różne, to jednak nie są od siebie niezależne. Miarą integralności doświadczenia jest ich współzależność i współwystępowanie, przy zachowaniu ich specyfiki. Wbrew pragmatycznemu instrumentalizmowi aksjologicznemu poznanie integralne jest wartościowe nie tylko ze względu na zakładane cele, ale również samo w sobie.

Poznanie integralne stanowi nie tyle zaprzeczenie poznania racjonalnego, co raczej jego korekturę i dopełnienie. Może być ono realizowane zarówno w filozofii, jak i w różnych dziedzinach nauki (zarówno przyrodniczych, jak

¹² M. Heidegger, *Źródło dzieła sztuki*, przeł. J. Mizera, [w:] *idem, Drogi lasu*, przekład J. Gierasimiuk, R. Marszałek i in., Aletheia, Warszawa 1997, s. 7-65.

¹³ Nawiązując do koncepcji rozumu transwersalnego Welscha, Jan Paweł Hudzik pisze: „Transwersalny rozum jest [...] współczesną artykulacją mądrości, działa zawsze w obrębie pewnej wielości roszczeń, zwraca uwagę na różnice, na tarcia i sprzeczny; jest wyczulony na stłumienia i wykluczenia, otwarty na to, co nieokreślone, nieogarnięte; wie o istnieniu innych możliwości, nie nalega na ich eliminację, lecz próbuje je zbadać, wybierając właściwe w danej sytuacji rozwiązanie” (J.P. Hudzik, *Estetyka egzystencji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998, s. 73).

¹⁴ W książce *Doświadczenie estetyczne jako podstawa poznania integralnego...* (s. 127-138), polemicznie odniosłam się do pragmatycznego ujęcia wartości.

i humanistycznych). Jest ono również możliwe w sztuce i w codziennym życiu. Może mieć charakter zarówno instytucjonalny, jak i pozainstytucjonalny.

Koncepcja poznania integralnego ma charakter postulatywny. Poznanie integralne jest jednak nie tylko czymś pożądanym, ale również coraz częściej realizowanym.¹⁵ Jest ono nie tylko kształtujące, ale również kształtowane. W kształtowaniu poznania integralnego istotną rolę odgrywa edukacja i kontakty osoby poznającej ze sztuką.

Estetyczność poznania integralnego sprawia, że ma ono charakter dialektyczny. Sytuuje się ono (podobnie jak sztuka) pomiędzy konstruktywizmem i realizmem; ogólnością i szczegółowością; częścią i całością; praktycznością i kontemplatywnością; jawnością i niejawnością; pewnością i niepewnością.

Praktyka lekarska. Pomiędzy sztuką a nauką

Pomimo że współcześnie medycyna nie jest raczej łączona ze sztuką, a nawet jest jej często przeciwstawiana, w samych swych początkach była z nią nierozdzielna. Określenie „sztuka lekarska” odsyła do źródłowego, genetycznego związku pomiędzy leczeniem i sztuką. Zgodnie z mitologią grecką sztukę leczenia zapoczątkował Asklepios, syn Apolla, opiekuna muz. Poświęcone Asklepiosowi świątynie stały się ośrodkami leczniczymi, w których działalność leczniczą prowadzili kapłani. Pierwotnie chorobę uznawano za karę zesłaną przez bogów, stąd też leczenie polegało na oczyszczaniu, składaniu ofiar i odmawianiu zaklęć. Obok religijno-mitycznego rozumienia medycyny pojawiło się jej ujęcie racjonalne i empiryczne, do czego niewątpliwie przyczyniła się myśl filozoficzna. Prekursorem naukowo-racjonalnej medycyny był Hipokrates z Kos (ok. 460 — ok. 370 p.n.e.). Istotna różnica pomiędzy podejściem Hipokratesa a podejściem religijno-mitycznym polegała na tym, że wskazywał on na naturalne i empiryczne przyczyny i uwarunkowania chorób.¹⁶ Postrzegał swoją działalność jako sztukę. Wzorując się na lekarzach — kapłanach lekarze hipokratejscy podchodzili do pacjenta w sposób holistyczny, tzn. leczyli całego człowieka, dążąc do przywrócenia mu jego utraconej harmonii.¹⁷ Ponadto wyróżniało ich podejście praktyczne, zorientowane na leczenie pacjenta będącego indywidualną i niepowtarzalną jednostką. Medycyna hipokratejska była trwale osadzona w kontekście filozoficznym i zarazem estetycznym. Towarzyszyły jej pitagorejskie przeświadczenia, że wszechświat jest całością uporządkowaną oraz istnieje izomorfizm

¹⁵ Na przykłady poznania integralnego w filozofii i wskazują w: *ibidem*, s. 214-233.

¹⁶ M. Nowacka, *Filozoficzne konteksty medycyny. Ujęcie historyczne od starożytności do końca XVIII wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2012, s. 18.

¹⁷ *Ibidem*, s. 17.

między makrokosmosem i mikrokosmosem, budową świata i człowieka. Według tzw. wielkiej teorii medycznej zadaniem lekarza jest przywracanie utraconej równowagi człowieka ze samym sobą i środowiskiem. Można tu dostrzec analogię do wielkiej teorii estetycznej, według której piękno polega na symetrii i proporcji. W starożytnej Grecji dostrzegano analogię pomiędzy działalnością filozoficzną (leczeniem duszy) i leczeniem ciała. Pomimo wpływu orfizmu rozdziałającego pierwiastek duchowy i cielesny, dominował pogląd o jedności psychofizycznej ludzkiego ustroju i wzajemnym warunkowaniu sfery cielesnej i duchowej. Greckie ujęcie harmonii miało wymiar filozoficzny, naukowy i estetyczny. Tym, co istotnie różniło sztukę leczenia od filozofii, był jej charakter praktyczny, zorientowanie na rozwiązywanie konkretnych problemów, czyli uśmierzanie bólu i fizycznego cierpienia oraz zwalczanie choroby.¹⁸

Medycyna od czasów starożytnych była pojmowana jako sztuka w znaczeniu *techne*. Greckie pojęcie *techne* oznaczało umiejętność opartą na znajomości reguł, przepisów i wiedzy fachowej. Obejmowało ono nie tylko tzw. sztuki piękne, ale również rzemiosła.¹⁹ W starożytności sztuka była powiązana z poznaniem, ale poznanie to miało charakter praktyczny. Pojęcie *techne* odsyła do wspólnych źródeł sztuki i nauki, które w czasach nowożytnych zostały od siebie rozdzielone. Jak napisał Hans-Georg Gadamer:

Opozycja czystej nauki i praktycznego wykorzystania, jaką my znamy, ukształtowała się przez specyficzną metodykę nowożytnej nauki — zastosowanie matematyki do poznania przyrody. Natomiast greckie pojęcie *techne* nie zawiera praktycznego zastosowania wiedzy teoretycznej, lecz własną formę wiedzy praktycznej.²⁰

Celem sztuki lekarskiej było (i jest) nie tyle samo zdrowie, co raczej proces zdrowienia. Dzieło sztuki lekarskiej odznacza się specyfiką na tle innych wytworów sztuki. Jego tworzywem jest organizm ludzki. Ma on charakter żywy, dynamiczny, kruchy, stąd jego równowaga pozostaje chwiejna. Zdrowie i choroba niczym heraklitejska „harmonia przeciwieństw” warunkują się nawzajem, współwystępują ze sobą i na siebie wskazują, tocząc grę jawności/niejawności. Organizm ludzki jest zarazem przedmiotem i podmiotem sztuki lekarskiej. „Wytwarzanie” jest tu zarazem „odtworzeniem” i „współwytwarzaniem”. Lekarz nie jest całkowitym wytwórcą zdrowia, ale raczej towarzyszem i współtwórcą procesu zdrowienia, w którym bierze także udział

¹⁸ *Ibidem*, s. 324.

¹⁹ W. Tatarkiewicz, *Dzieje sześciu pojęć. Sztuka, piękno, forma, twórczość, odtwórczość, przeżycie estetyczne*, PWN, Warszawa 1975, s. 21-22.

²⁰ H.-G. Gadamer, *O skrytości zdrowia*, przeł. A. Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011, s. 48.

pacjent oraz szereg czynników kulturowych i naturalnych niepoddających się całkowitej kontroli i przewidywaniom. Choroba ma charakter dynamiczny i psychofizyczny. Tkwi w tym, co żyje, działa i odczuwa. Pomiędzy lekarzem i pacjentem istnieje wzajemna relacja modyfikująca przebieg choroby. Granice pomiędzy podmiotem i przedmiotem zostają tutaj zatarte. Jak pisze Gadamer:

Tym, co zostaje tu wytworzone, nie jest jakieś dzieło, *ergon*, coś, co jako nowe wchodzi w byt, dowodząc czyjejś umiejętności. Jest nim odtworzenie [...] chorego, a tego, czy jest to efekt wiedzy i umiejętności lekarza, wprost w tym nie widać.²¹

Wiele historycznych, kulturowych i filozoficznych uwarunkowań wpłynęło na stopniowe przekształcanie sztuki leczenia w odrębną dyscyplinę naukową z wypracowaną metodologią i określonym przedmiotem badań. W średniowieczu, za sprawą nowo powstałych uniwersytetów, rozwijała się medycyna spekulatywna, co przyczyniło się do podniesienia prestiżu lekarzy oraz wytworzenia środowiska lekarskiego połączonego wspólnymi interesami i celami. Istotny dla rozwoju medycyny był również wpływ religii chrześcijańskiej, która nałożyła na praktykę lekarską standardy etyczne i przyczyniła się do postrzegania działalności lekarza jako swojego rodzaju posługi i misji. W renesansie medycyna stała się bardziej niż w średniowieczu nauką praktyczną, nakierowaną na studiowanie przyrody i ludzkiego ciała, chociaż nadal pozostawała pod wpływem myślenia magicznego i religijnego. Istotny przełom w zakresie unaukowania medycyny dokonał się w XVII w., do czego przyczyniła się filozofia kartezjańska. Kartezjański podział na rzeczywistość empiryczną i duchową doprowadził do autonomizacji i rozwoju nauk przyrodniczych. Zaczęto pojmować organizm w kategoriach mechanistycznych i witalistycznych. Dla rozwoju medycyny szczególnie istotne było to, że przestano odwoływać się do czynników ponadnaturalnych w wyjaśnianiu genezy i przebiegu chorób. Paradygmat kartezjańsko-newtonowski przyczynił się jednak do traktowania ludzkiego organizmu jako przedmiotu, do którego można przykładać zewnętrzne wobec niego miary matematyczno-fizykalistyczne.²² W nowożytności wzrastała wiara w możliwości medycyny, jak i świadomość jej społecznych uwarunkowań. Jan Amos Komeński i John Locke zainicjowali wychowanie profilaktyczne, mające zapobiegać powstawaniu chorób. W czasach oświecenia medycyna stała się już w pełni nauką, korzystającą z wyników innych nauk przyrodniczych, jak i stymulującą ich rozwój. Prze-

²¹ *Ibidem*, s. 49.

²² H.-G. Gadamer wskazuje, że wraz z zastosowaniem w medycynie miar zewnętrznych (*metron*) zostały zatracone z pola uwagi miary wewnętrzne (*metrion*), przynależne samej naturze i należącym do niej organizmom jako żywym całościom (*ibidem*, s. 125).

jawem unaukowania medycyny były kliniki, w których leczenie pacjentów było połączone z badaniami eksperymentalnymi i działalnością dydaktyczną. W czasach oświecenia medycyna nie tylko korzystała z wyników innych nauk, ale również zaczęła budować i rozwijać swoje własne podstawy teoretyczne. Rozwijały się instytucje związane z medycyną, polityką i ekonomią, zajmujące się społecznym wymiarem medycyny i działalnością prozdrowotną. W XVIII wieku medycyna stawiała się nauką coraz bardziej wyspecjalizowaną, metodyczną i wyraźnie określoną co do swojego zakresu przedmiotowego. W połowie XIX wieku wraz z postępem nauk szczegółowych i szerzeniem się scjentyistycznego paradygmatu nasiliło się dążenie do ujmowania medycyny jako nauki ścisłej, co w ujęciu pozytywistycznym wykluczało możliwość traktowania medycyny jako sztuki. Specjalizacja i unaukowanie medycyny wiązały się z wyjaśnianiem wszelkich chorób poprzez odwoływanie się do anatomii i fizjologii. W XX wieku medycyna w dalszym ciągu uniezależniała się od wszelkich założeń ideologicznych, filozoficznych i światopoglądowych, paradoksalnie przyjmując założenia filozofii pozytywistycznej.

Trudno przecenić postępujące unaukowanie medycyny. Proces ten doprowadził do oddzielenia medycyny od zabobonu, religii i magii oraz przyczynił się do ogromnego postępu w zakresie wiedzy i praktyki medycznej. Jednak w drugiej połowie XX wieku pojawiły się wątpliwości co do jednostronności rozwoju medycyny. Wraz z postępem technologicznym, medykacją ludzkiego życia, choroby i śmierci zaczęto coraz bardziej odczuwać potrzebę wzbogacenia dotychczasowego paradygmatu klinicznego aspektami filozoficznymi oraz aksjologicznymi.²³ Niewystarczające, a nawet zubażające okazało się redukcjonowanie procesów organicznych do kategorii mechanicznych, a nawet witalistycznych. Tendencje redukcjonistyczne wyrażające się w coraz węższych specjalizacjach medycznych zaczęto dopełniać niezbywalnym podejściem holistycznym do człowieka.²⁴ Jakkolwiek wymiar poznawczy i etyczny medycyny wydają się w powszechnym mniemaniu i medycznym dyskursie dość ważne i oczywiste, to jednak — moim zdaniem — wciąż w niedostatecznym stopniu uwzględniana jest waga estetycznych komponentów praktyki lekarskiej.²⁵

Wraz z rozwojem medycyny dokonywały się jej przemiany związane z odejściem od postrzegania jej jako sztuki w kierunku postrzegania jej jako nauki. Unaukowanie medycyny wiązało się z przeniesieniem akcentów

²³ M. Nowacka, *op. cit.*

²⁴ M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie. Studium metodologiczne*, FNP, Warszawa — Toruń, 2014.

²⁵ Jakkolwiek estetyczne aspekty w praktyce medycznej były najczęściej pomijane, to jednak niektórzy lekarze i filozofowie je dostrzegali. Zob. *Sztuka lekarska i jej rękodzieło. Wybór tekstów z estetyki lekarskiej*, wstęp i wybór J. Barański, wyd. adam marszałek, Toruń 2010, s. 7.

z podejścia holistycznego, indywidualnego, intuicjonistycznego, religijno-magicznego na podejście autonomiczne, redukcjonistyczne, racjonalne, empiryczne, metodyczne i społeczne. Niemniej stając się nauką, medycyna nie przestawała być sztuką. Pomimo dokonującej się zmiany akcentów, zawierała ona w sobie (i nadal zawiera) cechy charakterystyczne bardziej dla sztuki niż nauk ścisłych. Jest dziedziną praktyczną, nakierowaną na leczenie konkretnego, indywidualnego i niepowtarzalnego człowieka. Mimo że choroby są powtarzalne, to jednak ich zindywidualizowany przebieg często zależy od niepowtarzalnych czynników i uwarunkowań, na które lekarz musi być szczególnie wyczulony. Pomimo ogromnego postępu medycyny, istnieje w niej wielki obszar nieprzewidywalności i niepewności, co zbliża ją raczej do sztuki niż do tak zwanych nauk ścisłych.

W obrębie medycyny nowożytnej wykształcił się podział na teorię medyczną jako naukę ścisłą i praktykę terapeutyczną.²⁶ Co do praktyki lekarskiej istniała (i nadal istnieje) różnica stanowisk co do tego, czy jest ona sztuką czy nauką.²⁷ Te podziały zarysowały się w związku z kulturowanymi od czasów nowożytnych założeniami opozycji pomiędzy nauką i sztuką, teorią i praktyką, wiedzą racjonalną i doświadczeniem empirycznym, abstrakcyjnością myślenia i konkretnością doświadczenia, procedur racjonalnych i czynników pozaracjonalnych (uczuć, intuicji, wyobraźni).²⁸

W poznaniu integralnym wskazane wyżej dychotomiczne myślenie zostaje przekroczone jako błędne i fałszywe. Aspekty estetyczne i poznawcze nie są w nim traktowane jako heterogeniczne względem siebie. Myślenie refleksyjne wyrasta z pierwotnej wobec niego nieokreśloności. Zgodnie z koncepcją poznania integralnego nie ma opozycji między teorią, wiedzą, rozumem, poznaniem, myśleniem refleksyjnym, nauką z jednej strony a praktyką, doświadczeniem empirycznym, uczuciami, wyobraźnią, intuicją, sztuką — z drugiej, ale raczej ich wzajemne dopełnianie. Poziom estetyczny jest warunkujący wobec refleksji i naukowych procedur. Koncepcja poznania integralnego nie kłóci się z naukowością, metodycznością i racjonalnością, ale wskazuje na cielesność, intuicję, uczucia, wyobraźnię jako warunkujące racjonalność i poznanie. W poznaniu integralnym nie tylko dostrzeżona zostaje

²⁶ J. Barański, *Ciało i sztuka leczenia. Wprowadzenie do sztuki lekarskiej*, Academia Medica Wratislaviensis, Wrocław 2011, s. 224.

²⁷ Do uczonych i lekarzy traktujących praktykę lekarską jako sztukę należą: Hipokrates, Paracelsus, S. Hahnemann, E. Schweningen, V. von Weizsäcker, G. Honigmann. Natomiast za naukę praktykę lekarską uważali A. Vesaliusz, R. Virchow, a w Polsce J. Dieth i W. Szumowski. Za traktowaniem praktyki lekarskiej zarówno jako nauki, jak i sztuki opowiadali się F. Sauerbuch, H. Nusbaum, E. Biernacki, H. Święcicki, J.G. Zimmermann. Jednak wszyscy wymienieni uczeni ujmowali aspekty naukowe i estetyczne jako wzajemnie heterogeniczne. Zob. *ibidem*.

²⁸ *Ibidem*, s. 224.

rola tych komponentów, ale też waga ich kultywowania i konstruktywnego transformowania. W tej perspektywie za postęp w poznaniu nie uznaje się pozytywistycznego modelu wiedzy, w którym znaczenia jakościowe, intuicja, uczucia, wyobrażenia, sztuka zostają wyparte i zastąpione przez wyabstrahowane z kontekstu życia doświadczenie i rozum. Miarą postępu poznania staje się natomiast jego integralność uwzględniająca rozum, ludzkie zmysły, uczucia, cielesność, wyobrażenie oraz współoddziaływanie z otoczeniem w ich wzajemnym wpływie i niepodzielnej jedności.

Komponenty estetyczne w poznaniu lekarskim

O integralności poznania lekarskiego możemy mówić wtedy, gdy jego komponenty intelektualne oraz umiejętności są dopełnione i warunkowane komponentami estetycznymi. Do estetycznych komponentów poznania lekarskiego należą: percepcja lekarska i związane z nią znaczenia jakościowe; uczucia; wyobrażenia i intuicja. W poznaniu integralnym komponenty te nie są lekceważone, ale właśnie kultywowane i doskonalone. Poznający integralnie lekarz uświadamia sobie ich znaczenie i rolę w procesie diagnostycznym i przebiegu leczenia. Poznanie integralne jest poznaniem ucieleśnionym. Zakorzenione w cielesności zmysły, uczucia, wyobrażenia i intuicja umożliwiają wyjście poza dualizmy umysłu — ciała, organizmu — otoczenia, podmiotu — przedmiotu.

Jak pisze Jarosław Barański, percepcja lekarska, nawiązująca do greckiej *aisthesis*, dotyczy estetycznych jakości ciała (skorelowanego ze zdrowiem piękna ciała); jakości estetycznych środowiska (czasu i przestrzeni), w których dokonuje się leczenie; elementów obrazowych teorii i praktyki medycznej (wykresów, ilustracji, modeli, elektronicznej wizualizacji, narzędzi wirtualnych); estetycznych komponentów werbalnego i niewerbalnego komunikowania się z pacjentem i zespołem medycznym; estetycznych aspektów urządzeń medycznych i narzędzi.²⁹ Diagnozowanie i proces leczenia wymagają wyostrzenia i zarazem wysubtelnienia zmysłów wzroku, dotyku, słuchu, węchu w ich wzajemnej integralności. W perspektywie estetyki pragmatycznej zmysły nie działają w izolacji od siebie, ale we wzajemnym powiązaniu.³⁰ Dają się one od siebie oddzielać tylko w teorii.

Szczególnie istotna w praktyce lekarskiej jest percepcja estetyczna ciała, zapośredniczona przez kulturowe konwencje estetyczne. Jak zauważa Richard Shusterman w nawiązaniu do Michela Foucaulta: „ciało, ze względu na swą uległość i plastyczność, jest miejscem odciskania się władzy społecz-

²⁹ *Ibidem*, s. 45.

³⁰ J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, s. 146.

nej³¹. We współczesnej kulturze ciało zostało „zawłaszczone” przez strategie estetyzacyjne powiązane z marketingiem i konsumpcjonizmem. Estetyzacja zdrowia łączy się z upiększaniem ciała (w czym specjalizuje się najbardziej medycyna estetyczna), co z kolei wpisuje się w kulturowy projekt „pięknego życia” i szczęścia. W potocznym mniemaniu piękne ciało staje się często synonimem zdrowego ciała. Spojrzenie lekarskie zostaje więc także zapośredniczone przez percepcję estetyczną związaną ze społecznie wykreowaną normą pięknego ciała. Percepcja lekarska zorientowana na piękno i zdrowie ma charakter wartościujący. Wykreowane społecznie pojęcia zdrowia, piękna i normy mogą oddziaływać w sposób represjonujący. Jednak ciało — co podkreśla Shusterman — nie jest tylko społecznie konstruowane, ale również konstruujące.³² Ma wymiar zarówno podmiotowy, jak i przedmiotowy. Nie jest tylko wytworem społecznym ani tylko biologicznym przedmiotem, ale naszym usytuowaniem w świecie, z którego wyrasta nasze doświadczenie. Jak pisze Maurice Merleau-Ponty:

Jeżeli mam ciało i za jego pośrednictwem działam w świecie, przestrzeń i czas nie są dla mnie sumą leżących obok siebie punktów ani nieskończonością relacji, których syntezy dokonywałaby moja świadomość, wciągając w nią moje ciało; nie jestem w przestrzeni i czasie, nie myślę przestrzeni i czasu; jestem z przestrzenią i z czasem, moje ciało odnosi się do nich i je obejmuje.³³

W perspektywie estetyki pragmatycznej nie ma rozdziału ciała i umysłu.³⁴ W tej perspektywie zarówno umysł jest ucieleśniony, jak i ciało uduchowione. W integralnym poznaniu lekarskim podmiotowy wymiar ciała odnosi się zarówno do lekarza, jak i pacjenta. Estetyczność i zarazem integralność percepcji lekarza wyraża się w uchwytywaniu przez niego tych znaczeń (niedyskursywnych, jakościowych), które sytuują się poza biologicznymi i społecznymi modelami ciała. Chodzi o wsłuchiwanie i wpatrywanie się w pacjenta, aby uchwycić wewnętrzny rytm i oznaki jego ciała, niekiedy wymykające się zewnętrznym miarom i parametryzacji. Tego typu percepcja wymaga od osoby leczącej pogłębiania wrażliwości zmysłowej i świadomości własnego ciała, czemu może służyć np. kontakt ze sztuką. Uchwytywane za pomocą zmysłów znaczenia jakościowe odnoszą się najczęściej do aspektów

³¹ R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, wyb. oprac. i przeł. W. Małecki, Alta 2, Wrocław 2007, s. 77.

³² *Ibidem*.

³³ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, przeł. M. Kowalska, J. Migasiński, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2001, s. 160.

³⁴ R. Shusterman, *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*, przeł. W. Małecki, S. Stankiewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 244.

niewerbalnych praktyki lekarskiej, ale nie tylko. Są one związane również z komunikacją werbalną pomiędzy lekarzem i pacjentem. Pogłębiona wrażliwość zmysłowa manifestuje się w komunikacji z pacjentem poprzez gesty, mimikę, intonację, ale również w sposobie doboru słów, a zwłaszcza w metaforyzacji pozwalającej wyrazić specjalistyczne terminy medyczne w sposób bardziej przystępny i przyjazny pacjentowi. Diagnozowanie choroby ma charakter hermeneutyczny. Na podstawie widzialnych objawów ukazujących się symptomatycznie na powierzchni ciała, lekarz wnioskuje o tym, co niejawne. Natura choroby ma skryty charakter. Podstawowe znaczenie w procesie diagnostycznym mają — obok wiedzy, umiejętności, zręczności i doświadczenia lekarza — jego dotyk, spojrzenie, słuch i węch.

Praktyka lekarska wymaga również zaangażowania uczuciowego. W perspektywie pragmatyzmu Deweya uczucie jest pewnym rodzajem zmysłu. W rozważaniach Deweya znajdujemy kilka ważnych tez dotyczących uczuć. Mają one charakter świadomy i intencjonalny, w odróżnieniu od warunkujących je odruchów fizjologicznych; nie są zamknięte w jaźni, ale odnoszą się do doświadczanej, obiektywnej sytuacji; stanowią warunek nadawania znaczeń; wiążą się z wartościowaniem i ustosunkowaniem do danej sytuacji; są zawsze konkretne; mogą, ale nie muszą wiązać się z refleksją. Zgodnie z koncepcją Deweya nad uczuciami można pracować, można je wysubtelniać i czynić bardziej estetycznymi.³⁵ Estetyczna sublimacja uczuć umożliwia uniknięcie rozproszenia, niezdyscyplinowania z jednej strony oraz rutyny, braku spontaniczności i elastyczności — z drugiej. W poznaniu integralnym w praktyce medycznej uczucia estetyczne pełnią ważne funkcje: umożliwiają zaangażowanie się w proces diagnostyczno-terapeutyczny; stanowią warunek uporządkowania danych doświadczenia, dokonania hierarchii ich ważności i odniesienia do pożądanego celu; umożliwiają dostrzeżenie tego, co konkretne, jednostkowe, indywidualne i niepowtarzalne; umożliwiają odniesienie toczącego się procesu chorobowego do holistycznego obrazu pacjenta; oddziałują na jakość komunikacji z pacjentem, a tym samym na przebieg procesu leczenia.

Niezbywalnymi komponentami integralnego poznania lekarskiego są wyobraźnia i intuicja. Według Deweya wyobraźnia polega na twórczej syntezie tego, co znane i przyswojone, z tym, co w danym momencie wyłania się jako nowość. Umożliwia ona scalenie tego, co przeszłe, z tym, co teraźniejsze³⁶: „Funkcją wyobraźni jest rozszerzenie tego, co dane bezpośrednio

³⁵ Zagadnienie uczuć estetycznych (*aesthetic feelings*) pojawia się w pracy Johna Deweya *Psychology*, [w:] *idem, The Early Works, 1882–1998*, vol. 2, Carbondale, London and Amsterdam 1969–1990, s. 267–280, a zostaje najpełniej rozwinięte w jego ostatniej książce *Sztuka jako doświadczenie* (ed. cit.).

³⁶ J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, s. 327–328.

(doznawane), o wartości i znaczenia bezpośrednio nieobecne³⁷. Kiedy wyobrażenia działa w nagłym zrywie, „jak błysk objawienia”, wówczas mamy do czynienia z intuicją.³⁸ Jednak intuicja nie pojawia się znikąd, gdyż jest warunkowana przez doświadczenie, wiedzę i poprzedzona długim okresem dojrzewania. Trudno przecenić udział wyobraźni i intuicji w poznaniu lekarskim. Jak pisze Jarosław Barański, wyobrażenia lekarska

[...] w swej kreatywnej postaci polega na niezwykle szybkiej asocjacji doświadczonych jakości zmysłowych ciała pacjenta, w twórczym przywoływaniu noszonych w pamięci zmysłowych obrazów chorobowych. Jest to wyobrażeniowa zdolność diagnostyczna lekarza, która decyduje o jego talencie lekarskim i biegłości w sztuce lekarskiej. Ta zdolność wyobraźni lekarskiej jest źródłem intuicji, przenikliwego poznania zmysłowego, które uaktywnia się, gdy istnieje niewiele pewnych przesłanek decyzji lekarskiej, gdy występują sytuacje kliniczne dotąd nieznanne, dla których nie wypracowano procedur działań, gdy, wreszcie, sytuacje te wymagają nagłej decyzji. To wykorzystanie zdolności wyobrażeniowej dla wypracowania uzasadnienia działania w sytuacji, w której procedury racjonalne nie mogą być zrealizowane lub oferują takie rozwiązania problemu medycznego pacjenta, które nie będą skuteczne leczniczo.³⁹

Zakończenie

Celem artykułu było pokazanie, że praktyka lekarska jest szczególnie predestynowana do stawania się poznaniem integralnym. Ważnym zadaniem było również wskazanie warunków integralności poznania lekarskiego. Praktyka lekarska nie zawsze przybiera postać poznania integralnego. Poznanie integralne w praktyce medycznej wiąże się z uświadamianiem sobie przez lekarza roli, jaką w leczeniu odgrywają czynniki pozamedyczne (zwłaszcza estetyczne) i ich konstruktywne przekształcanie. Chodzi tu o takie komponenty działania lekarskiego, jak zmysłowa percepcja, uczucia, wrażliwość na znaczenia jakościowe, wyobrażenia, intuicja. Estetyczność praktyki lekarskiej wyraża się w trosce o pacjenta w wymiarze cielesnym, psychicznym, duchowym, ale również w trosce lekarza o samego siebie. Intuicja, uczucia i wyobrażenia umożliwiają odniesienie badanego aspektu ciała pacjenta do jego psychoorganicznej całości. Umożliwiają również zastosowanie nabytej wiedzy do konkretnego problemu. Dialektyka myślenia analitycznego i synte-

³⁷ K. Wilkoszewska, *Sztuka jako rytm życia. Rekonstrukcja filozofii sztuki Johna Deweya*, Universitas, Kraków 2003, s. 104.

³⁸ J. Dewey, *Sztuka jako doświadczenie*, s. 326.

³⁹ J. Barański, *op. cit.*, s. 14.

tycznego łączy się z integralnością poznania. Poznanie integralne w praktyce medycznej nie jest czymś danym, ale zadaniem. Kształtowaniu i doskonaleniu estetycznych komponentów sprzyja m.in. pogłębianie przez lekarza świadomości uczuć i ciała, jego kontakt ze sztuką oraz praktyka artystyczna. Poznanie integralne oddziałuje budująco nie tylko na pacjentów, ale również na osobę leczącą i jej środowisko. W poznaniu integralnym pacjent nie jest traktowany wyłącznie w sposób przedmiotowy, ale także jako podmiot mający wpływ na swoje zdrowie, posiadający zdolność do autoterapii. Terapia stanowi część życiowego procesu. Wpisuje się ona w dynamiczne rozumienie życia, zdrowia i choroby. W poznaniu integralnym cel i środki prowadzące do celu pozostają ze sobą w harmonii. W pogłębianiu integralności poznania lekarskiego istotną rolę odgrywa również kształtowanie świadomości filozoficznej, dzięki której osoba lecząca może zdystansować się wobec społecznie i kulturowo wytworzonych norm i sposobów obchodzenia się z ciałem. Poznaniu integralnemu w praktyce lekarskiej towarzyszy świadomość jego perspektywiczności, skończoności i nieostateczności. W perspektywie koncepcji poznania integralnego lekarz nie jawi się jako cudotwórca, ale raczej jako osoba współpracująca z naturą w procesie zdrowienia, świadoma swych ograniczeń i niemocy w zapanowaniu nad śmiercią. Głównym celem praktyki lekarskiej jest zdrowie rozumiane jako stan równowagi organizmu ze samym sobą i z otoczeniem. Ponieważ życie i wpisane weń zdrowie i choroba mają charakter dynamiczny, równowaga ta ma zawsze charakter względny i chwiejny. Jako że proces leczenia dotyczy żywego człowieka w jego psychofizycznej jedności i dynamice, jest on spowity aksjologiczną aurą. Integralność poznania zakłada świadomość nierozdzielności poznania i wartościowania, a także zróżnicowania i zarazem heteronomiczności wartości, zwłaszcza poznawczych, etycznych, witalnych i estetycznych. Praktykowanie poznania integralnego w praktyce lekarskiej zapobiega rutynie i sztywnej proceduralności, przyczyniając się do humanizacji medycyny, relacji lekarz — pacjent oraz satysfakcji osoby leczącej z wykonywanej pracy.

Anna Ziółkowska-Juś

Cognition in Medical Practice

Abstract

Integral cognition is an alternative to unilateral intellectual cognition. It does not focus on the intellect, but requires taking into account the senses, feelings,

corporeality, as well as imagination and intuition hence it involves the whole person and his or her creative and direct interaction with the environments. Integral cognition is not a given. It requires education and is an important challenge today. The article demonstrates how to implement integral cognition into medical practice. Integral cognition in medical practice requires the involvement of aesthetic components. It is situated behind dichotomous division into irrational art and rational science.

Keywords: integral cognition, pragmatic aesthetics, medical practice.