

FILOZOFIA I NAUKA
Studia filozoficzne i interdyscyplinarne
Tom 9, cz. 1, 2021

Alina Bernadetta Jagiełłowicz

ZAANGAŻOWANA FILOZOFIA OCHRONY ZDROWIA

10.37240/FiN.2021.9.1.18

STRESZCZENIE

W studium omówiono koncepcję zaangażowanej filozofii ochrony zdrowia; za jej twórcę można uznać Juliana Aleksandrowicza, polskiego lekarza i humanistę. Dyskursywne tło analizy stanowią problemy moralne współczesnego świata, rozwiniętego pod względem ultratechnologicznym oraz informacyjnym. Wyeksponowano potrzebę przewartościowania spuścizny neopozytywistycznej i nowego systemowego projektowania metodologii prozdrowotnej, uwzględniającego ochronę zdrowia na poziomie jednostkowym oraz zaprowadzanie ładu „dobrze stworzonej natury” i pokoju w globalnej społeczności. Według tej koncepcji cel ów osiągnąć można dzięki procesowi integrowania rewolucji naukowo-technicznej z rewolucją humanistyczną, zgodnie z holistyczną interpretacją zdrowia definiowanego w kategoriach emergentnej, dynamicznej i witalnej całości osiąganego jako efekt synergiczny. W modelu filozofii zaangażowanej idea autokreacji przyjmuje wartość „subiektywnego zdrowia”, znajdując przeciwwagę w „zobiektywizowanej chorobie”. Nie pozostaje ona obojętna na etyczny wymiar wyboru życia albo śmierci, określanego w charakterze alternatywy wykluczającej. W studium zastosowano metodę badań jakościowych. Uzasadniono podstawowe tezy filozofii zaangażowanej, ujęte w świetle problemu ochrony.

Słowa kluczowe: filozofia zaangażowana, emergencja, efekt synergiczny, ochrona zdrowia, pokój.

OD FILOZOFII ZAANGAŻOWANIA DO ZAANGAŻOWANEJ FILOZOFII

Podjmując w optyce systematycznych badań aksjologii dyskurs na temat reinterpretacji kategorii życia i zdrowia oraz paradygmatów ich ochrony w warunkach obserwowanych zmian cywilizacyjnych, na wielu poziomach świadczących o degeneracji współczesnego świata, zwrócę uwagę na fakt, iż w XX wieku, zwłaszcza w jego drugiej połowie, w polskiej myśli medycznej wypracowane zostały narzędzia humanizmu wraz z metodami kształcenia, pomocne przy formowaniu filozofii ochrony zdrowia. Ta zaś ewoluowała od aktywistycznej filozofii zaangażowania na rzecz zintegrowanego wewnątrz-

nie jednostkowego życia ludzkiego do zaangażowanej filozofii, z której, niczym z pnia, w procesie przywracania dobrze stworzonej natury wyrastają wszelkie kulturowe dzieła (w tym również medyczne). W niniejszej aksjologicznej analizie wiodącego problemu podkreślenie to jest istotne nie tyle z powodów faktograficznych, co ze względu na doniosłość udokumentowanych potwierdzeń permanentnie rosnącej, począwszy od XIX stulecia, potrzeby przeprowadzania badań jakościowych dotyczących istoty i wartości życia w celu dokonania rewizji oraz zrewolucjonizowania jego form. Z jednej strony wyłoniły się: industrializm, przewrót naukowo-techniczny, rozwój ultratechnologii, wąska specjalizacja, utylitaryzm i mechanistyczne podejście do człowieka z jednej strony. Z drugiej zaś strony, postępowało formowanie się i rozwój psychologii, cerebriologii, ekologii, sozologii, waleologii w świecie obciążonym traumą wojenną i post-pamięcią, także postmodernistyczna debata w duchu personalizmu, dotycząca opozycyjnej, w stosunku do wielkich systemów, idei różnicy i statusu mikronarracji w procesie subiektywnego poznania. Oba te typy fenomenów sprzyjały poszukiwaniom takiej filozoficznej konceptualizacji zdrowia, która byłaby otwarta na przemiany cywilizacyjne i zarazem spinała jedną klamrą wiele pól problemowych, dyscyplin i specjalności. Zarówno w obszarze materialistycznych jak również idealistycznych nurtów myślenia odpowiadała na to zapotrzebowanie znana od starożytności i odwołująca się do kanonu antycznego humanizmu, rewaloryzowana w niespotykanych dotąd warunkach całościowa koncepcja świata. W przeciwieństwie jednak do metody średniowiecznej *renovatio*, przywracającej pierwotną, modelową doskonałość dzięki wiernemu odtwarzaniu, reaktywowana idea holizmu nasyciała się walorami emulacji o znaczeniu procesu (s)twórczego, w treści bliskiego odrodzeniowemu *renascentia*: kreatywnemu przyswajaniu wzorców i przysposabianiu ich do nowoczesnych form bytowania.

W wielu medycznych kręgach holistyczny pogląd określający zdrowie interdyscyplinarnie i szeroko – w kategoriach pełnego dobrostanu/samopoczucia (ang. *well-being*)¹ – poddawano ostrej krytyce i dotąd niewiele się zmieniło w tym zakresie. Zarzuty dotyczą generalnie niejasności definicyjnej i podejrzeń co do możliwości wykraczania w leczeniu poza próg standardu medycyny naukowej, zobiektywizowanego. Niezależnie jednak od prezentowanego w tej kwestii stanowiska, zgadzano się co do jednego kryterium opieki medycznej: wymogu zaangażowania pracowników służby zdrowia dla dobra osobowych jednostek, zintegrowanych wewnętrznie na poziomie psychofizycznym, zgodnie z potwierdzonym naukowo interakcjonizmem rozu-

¹ Definicja zdrowia rozumianego jako „pełny dobrostan (dobre samopoczucie) fizyczny, umysłowy i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby czy kalectwa” przyjęta została przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*). Zob. A. Solik, *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych*, w: *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych a ich realizacja w Polsce*, Z. Dąbrowska (red.), Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, Warszawa 2003, s. 6.

mu, uczuć, emocji i ciała.² W praktyce klinicznej oraz w pedagogice studiów lekarskich reprezentowane przez lekarzy-specjalistów, psychologów, filozofów, pedagogów rozmaite modele szkół medycznych wybiórczo przyswajały i przekształcały filozoficzne konceptualizacje, których naczelną zasadę stanowi zaangażowanie na korzyść życia, realizowane w biofilnie podejmowanych wyborach. Cechowała je wspólna właściwość: przekonanie o potrzebie przewartościowania w akademickiej medycynie paradygmatycznej spuścizny neopozytywistycznej oraz konieczności redefiniowania kategorii „zdrowie” w oparciu o krytykę izolacjonizmu, redukcjonizmu, celularyzmu, nihilizmu terapeutycznego, mechanicyzmu, utylitaryzmu i chorobocentryzmu. Polscy propagatorzy rewolucji humanistycznej w medycynie, w nawiązaniu do hipokratesowego wzorca, postulowali leczenie nie wyłącznie chorób organicznych, lecz także psychiki powiązanej z cielesnością; zalecali w praktyce lekarskiej uwzględniać podmiotowość pacjenta. Miało to odpowiednik, z jednej strony, w empatii, niwelowaniu lęków, uspokajaniu, z drugiej – wyrażało się w stopniowej rezygnacji w diagnostyce i procesach terapeutycznych z paternalizmu na korzyść personalnej medycyny.³ Wpisując się w nurt humanizmu, lekarze polskich szkół postrzegali wewnątrznie scaloną osobę jako wartość, w stosunku do której należy przyjąć postawę otwartości i uczuciowo-emocjonalnego zaangażowania. Stali tym samym w opozycji do szkół niemieckich, gdzie współczucie i zjednanie sobie zaufania pacjenta oraz stwarzanie psychologicznych warunków dla budowania nadziei na wyzdrowienie traktowano jako sentymentalizm zbędny w reperacji chorego narządu. „W szkole niemieckiej – pisał Władysław Biegański – chory ustąpił miejsca chorobie, zaczęto więc chorych traktować jako materiał mniej lub więcej ciekawy”.⁴ Bożena Płonka-Syroka w krytycznej analizie paradygmatu medycyny neopozytywistycznej problem ujmuje szeroko; wskazuje na patogenność sytuacji, kiedy dwa podmioty stoją naprzeciwko siebie – „jednym jest lekarz, natomiast drugim – już nie osoba pacjenta, lecz obiektywnie pojmowana choroba”.⁵

Ograniczenia dyktowane formalnymi wymogami niniejszego tekstu pozwalają mi w tle głównego wątku rozważań wspomnieć zaledwie kilku reprezentatywnych dla okresu ubiegłego stulecia przedstawicieli polskiej filozoficznej myśli, których dziełem są szkoły humanistycznie profilujące medycynę. Znaczące treści dla odrodzenia humanizmu we współczesnej medycynie

² Zob. J. Strojnowski, *Psychologia fizjologiczna*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1989, s. 219–225; A. R. Damasio, *Błąd Kartezjusza: emocje, rozum i ludzki mózg*, przeł. M. Karpiński, Rebis, Poznań 2002.

³ Zob. A. B. Jagiełłowicz, *Wartość i różnica w teorii subiektywnego zdrowia*, w: Kryzys wartości – wartość kryzysu, P. Korobczak (red.), *Filozofia XLV*, Wyd. UW, Wrocław 2020, s. 112–113; <http://www.wuwr.com.pl/products/2206.html> (Dostęp: 03.01.2021).

⁴ W. Biegański, *Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich*, Drukarnia K. Kowalewskiego, Warszawa 1894, s. 15.

⁵ B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, w: *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, B. Płonka-Syroka (red.), Oficyna Wyd. Arboretum, Wrocław 2001, 4.

głosił lekarz, logik i filozof Władysław Biegański (1857–1917), który – przywołując zapatrywania na etykę lekarską Tytusa Chałubińskiego (1820–1889) oraz Ignacego Baranowskiego (1833–1919) – określał zasady deontologii lekarskiej jako powiązane z uczuciami oraz moralną postawą, konstytuującą odpowiedzialność lekarzy.⁶ Stworzenie nowej dziedziny nauki, „techniki moralnej”, rozumianej jako zastosowanie wiedzy humanistycznej regulującej relacje międzyludzkie, postulował Józef Pieter (1904–1989) – psycholog, filozof, pedagog, naukoznawca. Dzięki swoistemu zjednoczeniu badań nad różnorodnymi formami życia ludzkiego z obszaru nie tylko psychologii, ale także ekonomii, medycyny i prawa, położył on fundament pod nową koncepcję; człowieka żyjącego we wspólnocie, współodpowiedzialnego za rozwój i zdrowie.⁷ Natomiast projekt psychiatrii aksjologicznej wślawił Antoniego Kępińskiego (1918–1972).⁸ Lekarz akcentował swoistość badania psychiatrycznego: jego niepewność, nieskończoność i nieściskość. Wartość wzorcowej, stanowiącej syntezę podejścia przyrodniczego i humanistycznego, relacji lekarza i pacjenta – owej wzajemnej podmiotowej zależności opartej na intuicji – nadał sytuacji, w której leczący stając niejako obok siebie ma możliwość z dystansu, „trzecim okiem” obserwować zarówno reakcje emocjonalne chorego jak też własne, tj. lekarza, i traktować te przeżycia jako przedmiot badań.⁹

Zróznicowane, oparte na antropocentryzmie konceptualizacje wyróżnionych tutaj szkół wdrażane były do praktyki klinicznej przez lekarzy specjalizujących się w rozmaitych dziedzinach wiedzy, dyscyplin i subdyscyplin. Treści zaś w prowadzonej przez nich edukacji medycznej i w realizowanych programach nadawały specyficzny ton przesycony wartościami humanizmu. Stworzone zatem zostały w obrębie naukowej medycyny korzystne warunki dla przyswajania i weryfikacji różnorodnych filozoficznych konceptów zaangażowania po stronie życia i zdrowia osobowych jednostek. Ich prototypy po II wojnie światowej rozpoznać można było w PRL-u, m.in. w organizacji państwowego systemu medycyny publicznej i szeroko pojętej opieki, w profilaktyce i leczeniu gruźlicy oraz chorób nowotworowych, w projekcie leczenia chorych na polio, w programach rehabilitacji czy opieki paliatywnej i wielu innych. Model zaangażowania w praktyce lekarskiej na rzecz pacjenta-osoby uzasadniany był na polu naukowym (w psychologii i neurobiologii) i w odwołaniu do interdyscyplinarizmu. Wyeksponowano w terapii czynniki ludzkie, podkreślając znaczący wpływ głębokich relacji lekarza z pacjentem na procesy zdrowienia. Na tym teoretycznym fundamencie zakładano i wdraża-

⁶ Zob. M. Biegańska, *Władysław Biegański. Życie i praca*, Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego Instytutu Popierania Nauki, Warszawa 1930; Wł. Biegański, *Etyka ogólna*, Księgarnia Polska B. Polonieckiego, Lwów–Warszawa 1922; S. Gawrychowski, *Władysław Biegański. Lekarz i filozof*, PAN, Kraków 1980.

⁷ Zob. Z. Hojka, *Profesor Józef Pieter i jego czasy*, PWN, Warszawa 2020.

⁸ Zob. A. Jakubik, J. Masłowski, *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, PZWL, Warszawa 1981.

⁹ Zob. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 8–24.

no w życie modele lecznictwa, odnosząc je do wysokich wartości moralnych, charakteryzujących zawodowy etos lekarza. Na tym polu – wykorzystując teoretyczne przesłanki etyki, aksjologii, antropologii, dialogiki, psychologii – milowy krok w badaniach nad życiem i zdrowiem postawił Kazimierz Dąbrowski (1902–1980). W koncepcji dezintegracji pozytywnej¹⁰ ujawnia się, choć nie wprost wyrażone, zaniepokojenie jednostronnością, jednowymiarowością i statycznością interpretacji zdrowia w kategoriach antropocentryzmu sentymentalnego, melodramatycznego, negatywnie przystosowawczego oraz obawa przed zagrożeniami wnoszonymi przez ten model: skostnienia, schematyzmu, zautomatyzowania zachowań, wypalenia zawodowego, resentymentu, ideologizacji. Dąbrowski w swej kompletnej definicji zdrowia uwzględnił czynnik wielowymiarowości, rozwoju oraz dynamiki.

Dopiero jednak Juliana Aleksandrowicza (1908–1988)¹¹ ujęcie złożonego, wieloaspektowego problemu szeroko pojętego zdrowia, rozumianego jako nadrzędna w życiu wartość, możemy potraktować w charakterze pierwowzoru filozofii odpowiadającej duchowi naszych czasów: filozofii zinternalizowanej, ale otwartej na przemiany, multidyscyplinarnie zintegrowanej, łączącej rewolucję naukowo-techniczną z rewolucją humanistyczno-etyczną, zaangażowanej we wszelkie (a nie wyłącznie na poziomie spekulacji) procesy życiowe; w nim dookreślone zostają wszelkie funkcje medycyny, z uwzględnieniem całego kontekstu społecznego, ekonomicznego, duchowego, infosferycznego, komunikacyjnego, środowiskowego, kosmicznego, globalnego. Jądem tego systemu jest witalność określana w kategoriach synergii, dynamizmu, autokreacji. Ona też stanowi odpowiedź na problemy współczesnego świata, lapidarnie wyrażone w dysjunkcji przyjmującej postać alternatywy wykluczającej „życie albo śmierć”. W tej optyce staje się oczywiste, że kultura medyczna (jak i wszelkie inne kulturowe formy życia) winna się przyczyniać do podporządkowywania wszelkich przejawów istnienia zdrowiu, które jawi się jako naturalna podstawa witalności i jako jej kręgosłup moralny.

¹⁰ Zob. K. Dąbrowski, *Dezintegracja pozytywna*, PWN, Warszawa 1979.

¹¹ Julian Aleksandrowicz, „Wielki Aleksandrowicz” – Profesor nauk medycznych, lekarz internista, hematolog, filozof medycyny i humanista, społecznik. Podczas II wojny światowej walczył w kampanii wrześniowej. Był więziony w getcie krakowskim, z którego uciekł. Jako porucznik „Doktor Twardy” walczył też w partyzantce. Po II wojnie światowej zorganizował III Klinikę Chorób Wewnętrznych w Krakowie, przekształconą w Klinikę Hematologii. Polem jego medycznej działalności była ekologiczna profilaktyka białaczek i chorób cywilizacyjnych. Walczył z hałasem, zatruciem wody i powietrza. Postulował ograniczenie komunikacji spalinowej w centrum Krakowa. Walczył o zdrową żywność bogatą w biopierwiastki. Przyczynił się do zapoczątkowania produkcji filtrów do wody i niezmiękczenia wody pitnej. Grał na skrzypcach, interesował się malarstwem, fotografią, żeglarstwem. W medycynie stosował arteterapię. Był współtwórcą Polskiego Towarzystwa Hematologicznego, organizował Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej w Krakowie, Komisję Ochrony Zdrowia Społecznego PAN, Towarzystwo Chorych na Stwardnienie Rozsiane, Towarzystwo Zdrowego Człowieka oraz Towarzystwo Magnezologiczne. Wielokrotnie odznaczany, zyskał przydomek „Człowieka Renesansu”. Zob. J. Aleksandrowicz, *Kartki z dziennika Doktora Twardego*, Wyd. Literackie, Kraków 2001; J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, *Tyle wart człowiek...*, Wyd. Lubelskie, Lublin 1992; A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania filozofii ochrony zdrowia”*, Wyd. „Lena”, Wrocław 2011, s. 21–35.

JULIANA ALEKSANDROWICZA FILOZOFIA OCHRONY ZDROWIA

Aleksandrowicz był krytyczny w stosunku do ujawniających się we współczesnej kulturze medycznej tendencji, świadczących o odcięciu medycyny od jej korzeni filozoficznych. Wysuwał zwłaszcza zarzuty wobec chorobocentryzmu, redukcjonizmu, izolacjonizmu, mechanicyzmu oraz nihilizmu terapeutycznego, za kolebkę których uważany jest neopozytywistyczny paradygmat medycyny. Osobiście poszukiwał filozofii ochrony zdrowia otwartej na przemiany cywilizacyjne współczesnego świata, łączącej w sobie rewolucję naukowo-techniczną z rewolucją humanistyczną, integrującej rozmaite dziedziny wiedzy i sztuki. Modelował ją w formie ukorzenionej w filozofii systemowej. Dowodził, że czasy obecne – w których rozwijają się w zawrotnym tempie nauki szczegółowe, ultratechnologia, teoria informacji oraz komunikacja – wymagają zmiany jakościowej w procedurach naukowo-badawczych, edukacyjnych, leczniczych: „Musimy nauczyć się posługiwać specjalnościami. A ponieważ nie jest możliwe proste, linearne sumowanie wiedzy tych specjalności [...] konieczne jest przyjęcie innej metodologii – systemowej”.¹² Z racji podstawowych teoretycznych założeń, a także metody uprawiania przez Aleksandrowicza filozofii, przyjmuję, że był on protoplastą zaangażowanej filozofii ochrony zdrowia.

Ukorzenie w filozofii holistycznie interpretującej świat, zorientowanej multidyscyplinarnie oraz integrującej w jedną całość rozmaite dziedziny wiedzy i sztuki stanowi fundament stworzonej przez Aleksandrowicza polskiej szkoły filozofii ochrony zdrowia rozumianego szeroko i odnoszonego do wszelkich sfer egzystencji świata ożywionego i nieożywionego. Preferuje się w niej afirmację życia i poszanowanie zdrowia, wyrażające się w myśleniu i aktywności pacyfistycznej, proekologicznej, personalistycznej, arte-terapeutycznej. Podkreślane są w niej: wartość samoistnie cennego życia jako takiego i potrzeba podnoszenia jego jakości; twórczość, w tym – autokreacja; wolność.

Wyróżnionych postulatów Aleksandrowicz nie traktował deklaratywnie, czego potwierdzeniem są powołane przez niego „Banki Czynników Zagrożenia” i „Banki Czynników Ochrony Przetrwania”¹³, których projekt realizowany był z cybernetykiem Józefem Kosseckim. Na polu medycyny naukowej i klinicznej Aleksandrowicz podejmował współpracę z przedstawicielami nauki i sztuki: między innymi z filozofami – z twórcą bioelektroniki Włodzimierzem Sedlakiem oraz z autorką filozofii codzienności Marią Szyszkowską, z Kazimierzem Dąbrowskim, z którym powołał do życia Towarzy-

¹² J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, PZWL, Warszawa 1988, s. 25.

¹³ Zob. J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wyd. Łódzkie, Łódź 1987, s. 172–183; A. B. Jagiełłowicz, *Wartość i różnica...*, op. cit., s. 125–126; A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania...*, op. cit., s. 125, s. 143–155.

stwo Higieny Zdrowia Psychicznego, z satyrykiem i pisarzem Janem Izydorem Sztudyngerem (swoim pacjentem) – opracował on metodę „terapii przez śmiech” i uczestniczył w leczniczych działaniach szpitala, w którym pracował Aleksandrowicz, z poetką Wisławą Szymborską, prowadzącą tutoringowe warsztaty arte-terapeutyczne z pacjentami, na przykład z Haliną Poświatowską.¹⁴ Współpracował też z Wrocławskim Teatrem Laboratorium, założonym przez Jerzego Grotowskiego.¹⁵ Natomiast z pedagogiem i pacjentką Reginą Knapik Aleksandrowicz opracował futurologiczne zasady wychowania w aspekcie zdrowia społecznego.¹⁶ III Klinika Chorób Wewnętrznych w Krakowie na przełomie lat 50-tych i 60-tych ubiegłego wieku dysponowała założonym przez Aleksandrowicza ośrodkiem naukowo-leczniczym w Żegiestowie-Zdroju,¹⁷ gdzie wspólnie z muzykami, między innymi z Henrykiem Gaertnerem i Tadeuszem Natansonem, w terapii leczniczej eksperymentowano z dźwiękami jako stymulatorami pożądanego stanu psychofizycznego oraz wykorzystywano „strefy ciszy”, przyczyniając się tym do zmniejszania u rekonwalescentów napięcia, stanów lękowych oraz objawów psychosomatycznych.¹⁸

Aleksandrowicz węzłem ochrony wiązał zdrowie z pokojem. Powołując się na analizy z zakresu politologii przyjmował, że działania pacyfistyczne mieszczą się w sferze intelektu, natomiast mechanizmy wyzwalań agresji – w strefie uczuciowo-emocjonalnej człowieka; z tych przesłanek wyprowadzał wnioski, że profilaktyki i terapii wojny nie należy ograniczać do czynności demilitaryzacyjnych, winna ona także przyjmować postać pozytywną: troski o środowisko psychofizyczne i dbałości o stan emocjonalny ludzi. Mowa więc tutaj o pełnym, nieinteresownym zaangażowaniu w proces rozwiązywania kluczowych problemów ludzkości.¹⁹ Na polu pragmatyki społecznej, w odpowiedzi na raport U Thanta *The Problems of Human Environment* z 1969 roku, nawołujący zwłaszcza do uregulowania „zastarzałych waśni” oraz zahamowania wyścigu zbrojeń,²⁰ wraz z zespołem byłej III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie Aleksandrowicz wystosował do ONZ w formie memoriału list otwarty, w którym wyróżnił w profilaktyce atrybut „profilaktyki wojen” i „ochrony pokoju”, manifestujących się

¹⁴ Zob. J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 55–152.

¹⁵ Na ten temat: M. Szyszkowska, *Zdrowie w ujęciu higieny psychicznej*, Wykład inauguracyjny na Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Szkoleniowej Konferencji Naukowej „Wartość jakości głosu w filozofii ochrony zdrowia. Problemy teoretyczne i praktyczne” (druga edycja), Legnica 14–15.05.2019 r.; <https://rola-glosu.pl/relacja-z-konferencji-2019/> (Dostęp: 26.01.2020).

¹⁶ Zob. J. Aleksandrowicz, R. Knapik, *Futurologiczne aspekty wychowania i nauczania młodzieży uniwersyteckiej a problemy zdrowia społecznego*, *Znak*, 11–12 (173–174), 1968, s. 1478–1493.

¹⁷ Zob. P. Osóbka, *Wspomnienia z mojej pracy w Żegiestowie*, w: *Almanach Muszyny 2002*, B. Mściwujewska-Kruk (red.), Wyd. Towarzystwo Miłośników Ziemi Muszyńskiej, Muszyna 2002, s. 161.

¹⁸ Zob. A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania...*, op. cit., s. 32–33.

¹⁹ Zob. J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 183–184.

²⁰ Zob. D. H. Meadows, D. L. Meadows, J. Randers, W. W. Behrens, *Granice wzrostu*, przeł. W. Rączkowska, S. Rączkowski, PWE, Warszawa 1973, s. 37.

w porządku myślenia o konieczności „przywracania dobrze stworzonej natury” i adekwatnego do owego myślenia działania.²¹ Problem wojny interpretował w optyce potencjalnych cierpień i groźby zagłady: „Świadomością ludzi rządzących i rządzonych powinna kierować zasada, że warunkiem zdrowia i przetrwania jest pokój. Pokój bowiem jest tym dla rodzaju ludzkiego, czym zdrowie dla pojedynczego człowieka.”²² Aleksandrowicza zadziwił niski poziom zainteresowania stanu lekarskiego problemami wojny i pokoju. Twierdził, że w sercu nauk, którym powierzona została troska o zdrowie, centralne miejsce zajmuje czynność ochrony, przypisywana zgodnie z tradycją powołaniu lekarskiemu i obwarowana nakazami kodeksu etycznego, odwołująca się do humanistycznych wartości. Mając na uwadze założenia etyki Hipokratesa, jako obowiązek lekarzy traktował działania profilaktyczne pojmowane w charakterze ochrony struktur i funkcji organizmów przed uszkadzającymi je czynnikami, również militarnymi.

Zdaniem Aleksandrowicza podziały specjalistyczne w nauce są tworem sztucznym, przydatnym wyłącznie w pracach administracyjnych i dydaktycznych oraz w statystyce, uniemożliwiają, w najlepszym razie utrudniają bądź ograniczają, holistyczną interpretację życia i zdrowia, pojmowanych szeroko. W przeciwieństwie do rewolucji „naukowo-technicznej” odpowiedzialnej za kryzysy, decydującą rolę w profilaktyce wojen odgrywa rewolucja „naukowo-etyczna” domagająca się pełnej rewolucji psychiki człowieka. Ludzkość stoi dziś na progu zasadniczego wyboru pomiędzy życiem a śmiercią: można kontynuować pęd ku samounicestwieniu albo odnaleźć drogę do przeżycia i przyszłego rozwoju. Możliwość totalnej zagłady uświadamia współczesnemu człowiekowi potrzebę pilnego przeformułowania problemu zapobiegania akcydentalnie w dziejach rozniecanym ogniskom wojennym: w świetle filozofii zaangażowanej pytanie nie dotyczy już konkretnych wojen-potyczek, w których ożywają: złość, nienawiść, współzawodnictwo, partykularny interes, przemoc, taki bowiem dyskurs wymagałby opowiedzenia się po jednej ze stron konfliktu i przedstawienia filozoficznej konceptualizacji zaangażowania na jej korzyść oraz naukowego uzasadnienia założeń. Mówić zatem należy o profilaktyce wojny w ogóle, o potrzebie opracowania metody systemowej, dzięki której człowiek, bez względu na rodowód, przynależność kulturową, religijną, ideologiczną czy polityczną, będzie mógł podnosić się ponad własne ograniczenia i uczestniczyć w aktach kreacji pokoju, zdrowia, piękna, szczęścia, dobra.

Aleksandrowicz stworzył jako emergentną całość wrażliwy na dokonujące się transformacje cywilizacyjne wielowymiarowy tożsamościowy system ochrony szeroko pojmowanego zdrowia. System ten pokonuje inercję ortodoksji i hipokryzję wierności doktrynie, jest plastyczny i dynamizuje własny

²¹ Zob. J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 173.

²² *Ibidem*, s. 184.

rozwój oraz ma wpływ na jakościową przemianę człowieka i środowiska. Dzięki otwartej formule istnieje w obrębie tego systemu możliwość kształtowania innowacyjnych pod względem jakości form psycho-społecznego bytowania. Formy te wpisują się w ramy kulturowe, stymulują do posługiwania się sprawnościami moralnymi i do nowych synergicznych interakcji – komplementarnych i zsynchronizowanych – zachodzących pomiędzy wieloma prostszymi, zróżnicowanymi elementami struktury. Dyrektywa ta pozostaje w zgodzie z maksymą Antoniego Kępińskiego, że dla zachowania vitalności „żywa istota musi coraz dalej sięgać w otaczający świat. Im dalej sięga, tym wyższy jej stopień ewolucji”.²³

FILOZOFICZNY KORZEŃ MEDYCyny

Opracowanie prekursorskiej strategii prowitalnej w postaci zaangażowanej filozofii, za sprawą której podjęte zostaną korzystne dla ochrony zdrowia oraz pokoju decyzje i – w konsekwencji – zintegrowane działania, nie należy do łatwych przedsięwzięć w świecie nacechowanym drapieżnością, okrucieństwem, agresją – usprawnianymi dodatkowo przez ultratechnologie oraz za pośrednictwem stosowanych przez media wyrafinowanych technik manipulacji. W moim przekonaniu jest ono jednak priorytetowym wymogiem współczesności. W dobie przemian cywilizacyjnych naszych czasów stanowi pierwszorzędną zadanie filozofii, dla której jest wyzwaniem. Powołując się na badania Józefa Kosseckiego i jego cybernetykę kultury zdrowia, już w ubiegłym wieku Aleksandrowicz wyeksponował humanistyczno-społeczny i środowiskowy wymiar tego namysłu, integrujący wyniki badań różnych dyscyplin. Ich projektowanym celem było osiągnięcie stanu, w którym kultura rozwijana zgodnie z ideałami humanizmu będzie miała wpływ na kształtowanie postaw twórczych i szlachetnych, a więc na modelowanie szeroko i holistycznie interpretowanego zdrowia.²⁴ Sytuacja medycyny porównana przez Wielkiego Aleksandrowicza do kwiatu skazanego „na obumieranie, ponieważ pozbawiono go jego korzeni”²⁵ stanowi współcześnie aż nazbyt wyrazistą aluzję do porozrywanego systemu naczyniowego, łączącego niegdyś medycynę z filozofią: medycyna umiera, ponieważ odcięto ją od jedyne go życiodajnego źródła, jakim jest miłość mądrości.

Przyczyn kryzysu współczesnej medycyny Aleksandrowicz doszukiwał się w dwóch podstawowych czynnikach. Twierdził, po pierwsze, że nie spełnia ona pokładanej w niej nadziei związanej z odczuwaną potrzebą podnoszenia

²³ A. Kępiński, *Lęk*, Wyd. Sagittarius, Kraków 1992, s. 59.

²⁴ Zob. J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s. 39–48; J. Kossecki, *Cybernetyka kultury*, PIW, Warszawa 1974.

²⁵ J. Aleksandrowicz, A. Hameed, *Filozoficzne i historyczne przesłanki elementologii medycznej*, w: *Ekologizm w ochronie zdrowia*, J. W. Dobrowolski, Sh. B. Vohora (red.), Ossolineum, Wrocław–Kraków 1989, s. 11.

jakości życia do poziomu wysokich wartości: zdrowia, piękna, szczęścia, pokoju; po drugie, że jest bierna względem przemocy i patologii społecznych. Wskazywał na ułomność procesu edukacyjnego studiów lekarskich, których „programy nauczania medycyny i modelowania postaw adeptów, a więc również ich zawodowego etosu, budzą krytyczne refleksje”.²⁶ W jego przekonaniu, zapaść medycyny nastąpiła na skutek postępującego współcześnie kryzysu wartości, którego źródło upatrywał w utylitaryzmie i komercjalizacji życia, natomiast przejawów tegoż – między innymi w instrumentalizacji filozofii i związanego z owym procesem wąskiego specjalizowania oraz izolowania subdyscyplin, także wyodrębniania etyk zawodowych. Zauważmy, że wyeksponowane tendencje współcześnie znajdują wyraz zwłaszcza w działalności edukacyjnej na poziomie szkolnictwa wyższego, a powołane do życia kierunki filozofii stosowanej oraz coachingu filozoficznego stanowią tego procesu transparentne przykłady. Są egzemplifikacjami filozofii zaangażowanej w realizację określonego programu (np. ochrony zdrowia).

W kwestii obserwowanej utraty znaczenia filozofii we współczesnym świecie (w życiu podmiotowym i społecznym) zauważyć można pewną zbieżność stanowisk Aleksandrowicza i Richarda Rorty’ego. Rorty odejście od platońskiego esencjalizmu i zwrócenie się w stronę pragmatyzmu egzystencjalizmu i postmodernizmu wiązał z modyfikacją intelektualnych zainteresowań współczesnego człowieka: z rezygnacją z wysiłku zrozumienia świata na korzyść aktywistycznego przekształcania rzeczywistości. Filozofię traktował jako związaną z etyką stosowaną w równym stopniu, co inne akademickie dyscypliny. Przyjmował że wszystkie one poszerzają moralną wyobraźnię, będącą źródłem postępu.²⁷ O ile jednak Rorty moralność traktował jako zbiór przekonań historycznie i kulturowo uwarunkowanych, to Aleksandrowicz zachowywał dystans wobec teorii usprawiedliwiających relatywizm etyczny; twierdził że jest on metodycznie i nie bezinteresownie „inkorporowany w ludzką świadomość”.²⁸ Ponadto Aleksandrowicz obniżenie zainteresowania filozofią wiązał z kryzysem moralnym ludzkości, podniesienie z upadku uzależniał od powrotu do korzeni. W takim zaś ujęciu filozofia nie może pełnić roli narzędzia rozszerzającego wyobraźnię (jednego z wielu), stanowi fundament, system korzeniowy z rozrośniętym pnem, na którym rozkwitają różnorodne formy życia i kultury. Nie ma zatem potrzeby wyklądać argumentów w obronie filozofii bądź przeciwko niej, będąc bowiem uniwersalną systemową podstawą, otwiera szeroką perspektywę rozwoju wszelkim dziedzinom i właśnie jako taka samoistnie się broni.

²⁶ J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, op. cit., s. 31.

²⁷ Wykład, w którym Rorty wskazał na problem zakwestionowania roli filozofii, został wygłoszony w 2005 roku na dorocznym spotkaniu organizowanym przez Towarzystwo Etyki Biznesu (The Society for Business Ethics); zapoczątkował nim dyskusję polemiczną na ten temat. Zob. G. Kamińska, *Filozofia a etyka stosowana. Dyskusja nad propozycją Richarda Rorty’ego*, *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*, t. 11, 1, 2008, s. 111–120.

²⁸ J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 21.

Pojmowana w duchu Aleksandrowiczowskim zaangażowana filozofia nie ma nic wspólnego z coachingiem filozoficznym, którego zwolennicy podejmują próby wzorowania się na ontologii Platona. *Coaching* instrumentalizuje filozofię, traktuje ją zadaniowo, posiłkując się holistyczną interpretacją człowieka oraz wykorzystując ćwiczenia psycho-duchowe niektórych nurtów terapeutycznych. Ta modna współcześnie eklektyczna dyscyplina jest porównywaną do logoterapii duchową praktyką rozchwianego emocjonalnie osobowego indywiduum, skupionego na sobie samym, poszukującego „Sensu” w procesie uwalniania umysłu od „pato-logicznych pseudoznaczeń”.²⁹ Jest formą metafizyki immanentnego – i, jak sądzę, przeznaczonego dla elit – doświadczenia podmiotu przeżywającego „Moje tu i teraz” (również na poziomie uczuć wypływających z ciała jako istotnego składnika tego doświadczenia), które można opisać w charakterze „budzenia sumienia” czy oczekiwania na osobiście doświadczane *rhema*: „Boski głos przemawiający indywidualnie”.³⁰ Wsparta na założeniach psychologii koncepcja transformacji jednostkowej mimo woli przywodzi na myśl przebudzenie Wittgensteina, zwiastujące jego „nową filozofię” zwieńczoną *Dociekaniem filozoficznymi*³¹, w których porównał problem filozoficzny do choroby. Personalizując ów problem, *de facto* przenosił go do przestrzeni psychicznej jednostki ludzkiej; zwracał się w stronę metafizyczności, wyobraźni, intuicji. „A jak wygląda sprawa z takim oto zwrotem: «Gdy mówiłeś, to w sercu swym rozumiałem to?»”³² – pytał, żywiąc przekonanie, że „Najlepszym obrazem duszy ludzkiej jest ciało ludzkie”.³³

Problemy postmodernizmu pozwoliły dostrzec i zaakceptować obszary, które nie podlegają ścisłemu logicznemu rozbirowi i zarachowaniu. Poprzedzona krytyczną analizą wielkich systemowych narracji, tendencja postmodernizmu do przekierowywania uwagi na poziom mikroopowieści – zróżnicowanego wewnętrznego ukonstytuowania jednostek, stanowi przełom w myśleniu człowieka na temat sensu istnienia. W naukach o zdrowiu problem podwójnego (logicznego i metafizycznego) kodowania stanu choroby-zdrowia spełnia się w medycynie spersonifikowanej z kluczową dla niej kategorią „zdrowia subiektywnego”, tworzącego przeciwwagę (nie alternatywę!) dla określanej przez parametry medyczne „obiektywnej choroby”.³⁴ Dobra jakość życia odzwierciedla się w subiektywnym poczuciu zdrowia, jej niedobór natomiast świadczy o chorobie, którą można zdiagnozować i zastosować wobec niej terapię *par excellence* medyczną (wraz z niekonwencjo-

²⁹ P. Leśniak, *Filozofia tu i teraz. Ontologia procesu jako podstawa filozoficznego coachingu*, *Studia Philosophiae Christianae*, 54(3), 2018, s. 111.

³⁰ *Ibidem*, s. 121.

³¹ Zob. B. Wolniewicz, *O dociekaniach*, w: L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 2000, s. ix–xxvi.

³² L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 2000, s. 250.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Zob. A. B. Jagiełłowicz, *Wartość i różnica...*, op. cit., s. 115–116.

nalnymi, ale komplementarnymi w stosunku do medycyny naukowej metodami).

Idea samorozwoju nie jest negowana przez filozofię zaangażowaną reprezentowaną przez Aleksandrowicza i jego następców. Zakłada się w niej względną samoistność uniwersalnych wartości aksjologicznych oraz wewnętrzną i zewnętrzną integrację osobowych jednostek. W optyce tej wszechstronna samorealizacja nie jest ograniczana do jednostkowego samozadowolenia i spełnienia na poziomie podmiotu. Wypływa ona z szeroko pojmowanych interesów wspólnoty ludzkiej i świata, polega na aktywności spiętej kłamrą trwałych wartości i wysokich moralnych, znajdujących wyraz w ideale zdrowego życia, do którego należy dążyć, uwzględniając szeroki społeczno-środowiskowy i globalny kontekst. Napięcie wywołane przez poczucie bezradności wobec patogenicznego świata wyraża się w wysiłku poznawania i modelowania rzeczywistości oraz takiego jej konceptualizowania, by oddać głębię i uniwersalny, ponadczasowy sens istnienia.

Aleksandrowicza należy zatem uznać za protoplastę współczesnej medycyny ukorzenionej w zaangażowanej filozofii oraz jej przewodnika – dla lekarzy, naukowców, filozofów, artystów i wszystkich, którzy pragną wspomagać proces poprawy jakości życia: „Model kliniki wypracowałem wzorując się na idei Platona. Drogę do szczęścia, czyli także do zdrowia, wytycza etyka i estetyka. Żeby zbliżyć rzeczywistość do tego ideału założyliśmy w klinice Koło Przyjaciół Chorych, grupujące ludzi dobrej woli, którzy starali się pomagać pacjentom. Sens w tym, by troska o chorego przekraczała mury szpitala”.³⁵ Wprawdzie ideę ukorzenienia medycyny w filozofii symbolizowało hasło zapisane na tablicy umieszczonej przy wejściu do nieistniejącej już obecnie III Kliniki Chorób Wewnętrznych w Krakowie: „Klinika nie tylko leczy, ale uczy, jak żyć, by zachować zdrowie”³⁶, jednak Aleksandrowicz w swojej koncepcji ochrony zdrowia nie odwoływał się do założeń antropocentryzmu. Ludzi postrzegał „jako śmiertelne ogniwa nieśmiertelnego łańcucha”³⁷, jako incydentalnie pojawiających się w szerokim kontekście wielu sfer istnienia, oddziałujących na nie w procesie podejmowania moralnych wyborów i pozostających w zwrotnej relacji ze światem. Troskę o człowieka i jego zdrowie utożsamiał ze zgodną z „sumieniem ekologicznym” dbałością o Kosmos i życie w ogóle, tylko bowiem w zdrowym środowisku jest możliwe efektywne podnoszenie jakości życia jednostek ludzkich. W takiej teoretycznej optyce jawne stają się, jak twierdził, „niedostatki [...] kartezyjskiego paradygmatu. Widać też niewystarczalność zbyt wąsko pojmowanego humanizmu”³⁸ – z jego centralnym punktem odniesienia: człowiekiem.

³⁵ J. Aleksandrowicz, *Myśli profesora Juliana Aleksandrowicza*, w: *Myśl i dzieło profesora Juliana Aleksandrowicza jako znaczący wkład w rozwój nauki służącej zdrowiu społecznemu*, T. Wojtaszek (red.), Agencja Prom. „Ambar”, Kraków 2008, s. 38-39.

³⁶ Idem, *Sumienie ekologiczne*, op. cit., s. 16.

³⁷ J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 5.

³⁸ Ibidem, s. 11.

ALTERNATYWA WYKLUCZAJĄCA „ŻYCIE ALBO ŚMIERĆ”

Aleksandrowicz opierając się na własnym doświadczeniu lekarza podkreślał, że „ludzie pragną uwzględnienia ich rzeczywistości psycho-etycznej”³⁹, nie zaś uprzedmiotawiającego traktowania w charakterze „precyzyjnego mechanizmu” czy „maszyny biologicznej”. Przy współudziale zreformowanej medycyny, zintegrowanej z innymi dziedzinami wiedzy i sztuki, dostrzegał możliwość nadbudowywania ponad chorobę pełni człowieczeństwa (zwłaszcza w tak istotnym – jak twierdził – wymiarze subiektywnego poczucia zdrowia). Był przekonany, że aby stało się możliwe przywrócenie szczególniego posłannictwa medycyny, należy ją na nowo ukorzenić, zapośredniczając w filozofii poprzez odwołania do wartości wysokich. Niech mi będzie wolno dla uplastycznienia tej myśli wykorzystać symbolikę zaczerpniętą z botaniki: jeśli okazała roślinę zaszcześcić na wybranym dorodnym pniu, najszlachetniej się rozkrzewi; w przeciwnym razie zdziczeje. Tak też sprawa ma się z medycyną: najdoskonalsza jej postać rozwinie się na pniu, który czerpie soki odżywcze z filozoficznego korzenia: z umiłowania mądrości; poza nim ulega degeneracji. A do doskonałości wszak została ona powołana jako dziedzina, poprzez którą udzielane ma być zdrowie i wzmacniana vitalność.

W fazie, w jakiej znalazł się współczesny świat, do pozyskiwania nowej świadomości wykorzystywana jest nie moc filozofii, lecz potęga gwałtownego cywilizacyjno-kulturowego przeobrażania się społeczeństw i jednostek ludzkich, dokonującego się pod wpływem czynników informacyjnych oraz ultratechnologii. Jesteśmy też świadkami, jak filozofia stwarza karykaturalną i bezwolną postać siebie: ulegając rygorom i mechanizmom obowiązujących społeczno-politycznych reguł, tendencji i nacisków, staje się narzędziem w rękach mocarzy świata skorumpowanego i bezwzględne⁴⁰. Tymczasem raporty wyspecjalizowanych jednostek badawczych informują, że w rozmaitych dziedzinach życia zmiany zachodzą za cenę niewspółmierną do osiągniętych rezultatów i korzyści z nich wypływających. W środowisku stechnologizowanym przeciętny człowiek z trudnością egzystuje, nie mówiąc o pozyskiwaniu i zachowywaniu zdrowia, o szczęściu i radości, zaś pesymizm będący skutkiem utylityzacji, komercjalizacji, mechanizacji i instrumentalizacji świata (zwłaszcza jego funkcji życiowych) oraz kryzysów ekologiczno-etycznych jest dodatkowo wzmacniany przez dystopijną wizję zdemoralizowanych post-pikselowych przyszłych pokoleń: bezrefleksyjnych niewolników permanentnie unowocześnianych elektronicznych fetyszy i gadżetów. Coraz bardziej realny staje się literacki obraz Juliusza Verne’a – pozwolę sobie na parafrazę jego przesłania wyrażonego w języku metafory – w którym wytwarzane przez ludzi maszyny pożerają wszystko co żywe. Przedstawiana

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Niech za przykład posłuży wspomniana wyżej filozofia stosowana czy *coaching* filozoficzny.

w piśmiennictwie *science fiction* rzeczywistość dystopii nie daje cienia nadziei na zachowanie witalności, w tej postaci jawi się jako jednoznacznie pejoratywna, śmiertelna.

Na progu totalnego zagrożenia dysjunkcja będąca alternatywą wykluczającą: „życie albo śmierć”, łamie własną zasadę wyboru, sobie zaprzeczając. Dla witalności jedynym uprawomocnionym jest wszakże wybór w obszarze istnienia⁴¹, a zatem również ochrona życia i wyprowadzanie chorującego świata ku zdrowiu. Rzeczywistość patogenna, zdemoralizowana domaga się filozofii zaangażowanej, niegłuchej i nieślepej na bolączki współczesności: ochraniającej życie i zdrowie, dzięki której przywrócona zostanie oryginalna, źródłowa treść tych wartości, nie zaś ich namiastka. Tymczasem filozofia przyjmuje postać zinstrumentalizowanego wytworu świata skomercjalizowanego i pozostaje na jego usługach. Świata, w którym życie ceni się w takim stopniu, w jakim jest ono użyteczne.

W profilaktyce wyeksponowane zostało dwojakie znaczenie funkcjonalne kategorii „ochrona”: raz jest ona definiowana w charakterze opieki, osłony i zabezpieczenia, innym razem – interpretuje się ją w znaczeniu gniewu, odpierania ataku, inwazji.⁴² Znaczenie „ochrony zdrowia» podlega funkcjom języka, szczególnie w tym aspekcie, w którym poprzez pojęcie «profilaktyka» [...] kształtuje głębokie treści społeczne, usankcjonowane humanistyczną tradycją filozoficzną».⁴³ W moim przekonaniu istotną przyczyną doświadczanych współcześnie problemów jest jednostronne rozumienie kategorii „ochrona” i powszechna akceptacja pobudzającego do walki konfliktu, usprawiedliwanego ze względu na przyjmowane zakorzenienie w naturze oraz poszukującego uzasadnienia w teoriach naukowych i potwierdzenia w badaniach i eksperymentach. Niech za przykład posłuży teoria wojny sprawiedliwej jezuita Franciszka Suáreza⁴⁴ oraz koncepcja „broni nieletalnej” (*Non Lethal Weapons*).⁴⁵ Konflikt ów, jak zauważa Kazimierz Dąbrowski, ujawnia się w antynomiach dobra i zła, miłości i nienawiści, życia i śmierci, wolności i przymusu, rozwoju i niezmienności, podmiotu i przedmiotu.⁴⁶ Dla niniejszych rozważań istotne jest, że model ten został zaanektowany również przez tradycyjną akademicką medycynę (z definicji chorobocentryczną) w stosowanych przez nią procedurach zwalczania chorób (niedopuszczających do pozytywnego modelowania, wzmacniania i potęgowania zdrowia w oparciu o wzorce wypracowane przez waleolo-

⁴¹ Zob. A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania...”, op. cit., s. 104.*

⁴² Zob. *ibidem*, s. 17–19; 45.

⁴³ A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania...”, op. cit., s. 176.*

⁴⁴ Zob. R. Goczał, *Francisco Suáreza teoria „wojny sprawiedliwej” i jej średniowieczna proweniencja*, w: *Profilaktyka wojny*, A. B. Jagiełłowicz (red.), Wyd. „Akademia Pióra”, Wrocław 2015, s. 104–130.

⁴⁵ Zob. E. S. Dzwonkowska, *Broń nieśmiertelna – czy dzięki niej będzie możliwa wojna bez rozlewu krwi*, w: *Profilaktyka wojny*, A. B. Jagiełłowicz (red.), Wyd. Akademia Pióra, Wrocław 2015, s. 92–102.

⁴⁶ Zob. K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, PWN, Warszawa 1989, s. 187–192.

gię)⁴⁷, a treść z nim związana jest upowszechniana i popularyzowana. Zwyczajowo ochrona zdrowia jest w tym systemie myśli określana jako „zorganizowana działalność obronna, ogarniająca swym zasięgiem profilaktykę i leczenie”,⁴⁸ profilaktyka natomiast to „wszelka działalność zapobiegająca zjawiskom szkodliwym: chorobom, wypadkom, przestępczości itd., przez zwalczanie przyczyn”.⁴⁹

Konflikt, ustawiczne zmaganie się i zwalczanie przeciwstawnych sił i tendencji, traktowany jest zatem jako nieodłączny i naturalny czynnik codzienności, w wielu conceptach rozwojowy i dialektyczny – ani nieredukowalny, ani też nieusuwalny. Dwoistość, tę zasadniczą i źródłową w człowieku sprzeczność dookreślił Erich Fromm twierdząc, że wyraża się ona w walce „między pierwotną i najbardziej podstawową tendencją w życiu – aby trwać w życiu i jej przeciwieństwem, które pojawia się wtedy, gdy człowiekowi nie udaje się rozwinąć swoich instynktów życia”.⁵⁰ Człowiek zaś w tej walce, mając możliwość permanentnego dokonywania wyborów pomiędzy biofiliją a umiłowanie śmierci bez konieczności bezwzględnego opowiedzenia się po jednej ze stron sporu, nieustannie poszukuje rozjemcy pomiędzy dobrem a złem, rozjemcy który by przejął odpowiedzialność za podejmowane ryzyko decyzyjne.⁵¹ Problemy natury teoretycznej, postulatycznej i pragmatycznej związane z walką generują współcześnie płaskie i płytkie, mechanistyczne wartościowanie życia i przeżycia, sterowane przez utylitaryzm, inwazyjność i agresję oraz przez bezwzględną eksploatację zasobów – politykę hołdującą partykularnym interesom jednostek oraz instytucji. Rozumienie to pozbawione jest holistycznej podstawy interpretacyjnej zagadnienia życia i zdrowia, takiej podstawy, z której perspektywa badawcza rozciąga się na wiele płaszczyzn, poziomów oraz wymiarów poznawczych, docenianej wszak i rozwijanej już w starożytności.

Niedostatek w poczuciu bezpieczeństwa, spełnienia, szczęścia oraz wyalienowanie w bezwzględnym technologiczonym świecie przytłaczającym nadmiarem informacji, obcym, nieprzyjaznym zderza się z najsilniejszym, jak się zdaje, instynktem: z zakodowaną w człowieku (i wszystkich organizmach ożywionych) wolą przetrwania, instynktem życia. Wytworzona przez ów stan wewnętrzznego napięcia, wzmacniana i utrwalana bariera psychotycznego wręcz lęku przed nieznanym: przed zmianą ostateczną – śmiercią, rozpadem, należy do grupy patogennych czynników,⁵² które wzmagają

⁴⁷ Zob. E. Bulicz (red.), *Potęgowanie zdrowia. Czynniki, mechanizmy i strategie zdrowotwórcze*, Radom 2003.

E. Bulicz, I. Muravov, *Czy profilaktyka medyczna prowadzi do zdrowia?*, Radom 2006.

⁴⁸ R. J. Burek (red.), *Encyklopedia popularna*, t. 6, PWN, Warszawa 1998, s. 433.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 450.

⁵⁰ E. Fromm, *Wojna w człowieku: psychologiczne studium istoty destrukcyjności*, przeł. P. Kuropatwiński et al., Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1994, s. 24.

⁵¹ Zob. *ibidem*, s. 33.

⁵² Wspomnę tylko stagnację, znudzenie, rozleniwienie, przemęczenie, wypalenie zawodowe, negatywne przystosowanie, uległość względem stereotypów, uzależnienia, depresyjność.

agresję i hamują rozwój jednostek ludzkich, blokując postęp kulturowy. W następstwie zintensyfikowanych współcześnie, destruujących procesów psycho-społecznych generujących stany lękowe, aktywność przyjmuje znamiona zachowań patologicznych, samozachowawczych albo autodestrukcyjnych, o cechach neurotycznych, resentymetu, niekiedy hysterii zbiorowej czy paniki.

Życie i śmierć, zdrowie i choroby są uwarunkowane kulturowo; wartość znaczeniowa kategorii „choroba” i „zdrowie” winna być zatem ujmowana nie tylko w aspekcie psychofizycznym, ale również społecznym i moralnym. W treść tego założenia wpisuje się teza Juliana Aleksandrowicza, że w pracy nad ochroną zdrowia i przetrwania niezbędne jest ustalenie podstawowych kryteriów zła i dobra.⁵³ W optyce etyki definiuje on człowieka zdrowego: „jest dobry w potocznym rozumieniu tego słowa, myśli i postępuje moralnie, a więc – używając tradycyjnych określeń – uczciwie i z poczuciem odpowiedzialności”⁵⁴, zaś za antynomię dobra uznaje działania, które przysparzają cierpienie egzystencjalnych.⁵⁵ Zależność istniejąca pomiędzy kulturą a zdrowiem i chorobą oraz koincydencja życia i śmierci stanowią zatem w społeczeństwie lustrzane odbicie interakcji zachodzących pomiędzy czynnikami zadawania i legitymizacji cierpienia, bólu oraz czynnikami minimalizującymi je.

KONKLUZJE

W akademickiej kulturze medycznej wspartej na neopozytywizmie nie uwzględnia się szerokiego kontekstu problemu zdrowia-choroby. Tło kulturowo-środowiskowe i personalne problemów zdrowotnych zostało wyparte przez system użyteczności i komercji; w sukurs przyszła mu intensywnie rozwijająca się wąska specjalizacja, instrumentalizacja pacjenta, technologia diagnostyki, dyskredytacja medycyny personalnej, a wraz z tym: umiejętności przywracania choremu nadziei i subiektywnego poczucia zdrowia. Współcześnie zatem jesteśmy biernymi uczestnikami procesu, w którym pacjent został uprzedmiotowiony, zaś odnotowana w kartotece historia jego choroby staje się interesująca wyłącznie ze względu na „chorobowy przypadek” oraz możliwość sprzedawania usług. Transformacja współczesnego świata domaga się uformowania takiej filozoficznej konceptualizacji zdrowia, która byłaby otwarta na przemiany cywilizacyjne i zarazem spinała jedną klamrą humanizmu wiele pól problemowych, dyscyplin i specjalności. Na to zapotrzebowanie odpowiada holistyczna interpretacja świata. Niezależnie od krytycznych uwag, wysuwanych względem tej konceptualizacji wyrażana

⁵³ Zob. J. Aleksandrowicz, *Nie ma nieuleczalnie...*, op. cit., s. 21.

⁵⁴ Ibidem, s. 19.

⁵⁵ Zob. ibidem, s. 21.

jest zgoda co do jej podstawowej przesłanki: potrzeby nadania kulturze medycznej wymiaru humanistycznego.

W polskiej myśli medycznej ubiegłego stulecia wypracowano narzędzia humanizmu wraz z metodami nauczania, kształtujące oryginalną filozofię ochrony zdrowia. Ta zaś ewoluowała od aktywistycznej filozofii zaangażowania na rzecz zintegrowanego wewnątrznie osobowego życia i zdrowia do zaangażowanej filozofii, z której – jak się zakłada – winny wyrastać wszelkie kulturowe dzieła, także medyczne. Polscy propagatorzy rewolucji humanistycznej w medycynie, m.in. Tytus Chałubiński, Ignacy Baranowski, Władysław Biegański, Józef Pieter, Antoni Kępiński, postulowali w praktyce lekarskiej uwzględnić podmiotowość pacjenta. W obrębie naukowej medycyny stworzone zostały korzystne warunki dla przyswajania i weryfikacji różnorodnych filozoficznych konceptów zaangażowania po stronie życia i zdrowia osobowych jednostek, odnosząc je do wysokich wartości moralnych. Na tym polu przełom stanowi koncepcja wielopoziomowej i dynamicznej dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, która wyrosła na gruncie zaniepokojenia jednostronnością, jednowymiarowością i statycznością interpretacji zdrowia w kategoriach antropocentryzmu oraz obawa przed wynikającymi z niego zagrożeniami: skostnieniem, schematyzmem, zautomatyzowaniem zachowań, ideologizacją. Jednak dopiero Juliana Aleksandrowicza ujęcie złożonego, wieloaspektowego oraz zintegrowanego wewnątrznie problemu zdrowia rozumianego w kategoriach nadrzędnej wartości możemy potraktować jako pierwowzór współczesnej zaangażowanej filozofii we wszelkie (a nie wyłącznie na poziomie spekulacji) procesy życiowe. Projekt jest systemem otwartym na przemiany, multidyscyplinarnie zintegrowanym, jednoczy rewolucję naukowo-techniczną z rewolucją humanistyczno-etyczną. Dookreślone w nim zostają wszelkie funkcje medycyny, z uwzględnieniem całego kontekstu środowiskowego, społecznego, duchowego, kosmicznego. Jądem tego systemu jest witalność określana w kategoriach synergii, dynamizmu, autokreacji.

Podjęty w optyce systematycznych badań aksjologii dyskurs na temat reinterpretacji kategorii życia i zdrowia oraz paradygmatów ich ochrony w warunkach obserwowanych zmian cywilizacyjnych, niejednokrotnie świadczących o kryzysie i degeneracji współczesnego świata, dokumentuje, że zaangażowana filozofia – w przeciwieństwie do form humanistycznych dyscyplin, instrumentalizujących filozofię – jest kompletną, ale otwartą na zmiany, i podstawową odpowiedzią na problemy zdrowotne. Jako taka, filozofia zaangażowana stanowić winna korzeń medycyny. Kształtuje ona bowiem głębokie treści społeczne, usankcjonowane humanistyczną tradycją, podkreślając znaczenie tak ochrony zdrowia jednostkowego, jak również bezpieczeństwa i pokoju w globalnym społeczeństwie.

BIBLIOGRAFIA

- J. Aleksandrowicz, *Kartki z dziennika Doktora Twardego*, Wyd. Literackie, Kraków 2001.
- _____, *Myśli profesora Juliana Aleksandrowicza*, w: *Myśl i dzieło profesora Juliana Aleksandrowicza jako znaczący wkład w rozwój nauki służącej zdrowiu społecznemu*, T. Wojtaszek (red.), Agencja Prom. Ambar, Kraków 2008, s. 38–39.
- _____, *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wyd. Łódzkie, Łódź 1987.
- _____, *Sumienie ekologiczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
- J. H. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, PZWL, Warszawa 1988.
- J. A. Aleksandrowicz, A. Hameed, *Filozoficzne i historyczne przesłanki elementologii medycznej*, w: *Ekologizm w ochronie zdrowia*, J. W. Dobrowolski, Sh. B. Vohora (red.), Ossolineum, Wrocław–Kraków 1989, s. 11–15.
- J. R. Aleksandrowicz, R. Knapik, *Futurologiczne aspekty wychowania i nauczania młodzieży uniwersyteckiej a problemy zdrowia społecznego*, *Znak*, 11–12 (173–174), 1968, s. 1478–1493.
- J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, *Tyle wart człowiek...*, Wyd. Lubelskie, Lublin 1992.
- M. Biegańska, *Władysław Biegański. Życie i praca*, Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego Instytutu Popierania Nauki, Warszawa 1930.
- W. Biegański, *Etyka ogólna*, Księgarnia Polska B. Połonieckiego, Lwów–Warszawa 1922.
- _____, *Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich*, Drukarnia K. Kowalewskiego, Warszawa 1894.
- E. Bulicz (red.), *Potęgowanie zdrowia. Czynniki, mechanizmy i strategie zdrowotwórcze*, Radom 2003.
- E. Bulicz., I. Muravov, *Czy profilaktyka medyczna prowadzi do zdrowia?*, Radom 2006.
- R. J. Burek (red.), *Encyklopedia popularna*, t. 6, PWN, Warszawa 1998.
- A. R. Damasio, *Błąd Kartezjusza: emocje, rozum i ludzki mózg*, przeł. M. Karpiński, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002.
- K. Dąbrowski, *Dezintegracja pozytywna*, PWN, Warszawa 1979.
- _____, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, PWN, Warszawa 1989.
- E. S. Dzwonkowska, *Broń nieśmiertelności – czy dzięki niej będzie możliwa wojna bez rozlewu krwi*, w: *Profilaktyka wojny*, A. B. Jagiełłowicz (red.), Wyd. Akademia Pióra, Wrocław 2015, s. 92–102.
- E. Fromm, *Wojna w człowieku: psychologiczne studium istoty destrukcyjności*, przeł. P. Kuropatwiński et al., Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1994.
- S. Gawrychowski, *Władysław Biegański. Lekarz i filozof*, PAN, Kraków 1980.
- R. Goczał, *Francisco Suáreza teoria „wojny sprawiedliwej” i jej średniowieczna proveniencja*, w: *Profilaktyka wojny*, A. B. Jagiełłowicz (red.), Wyd. Akademia Pióra, Wrocław 2015, s. 104–130.
- Z. Hojka, *Profesor Józef Pieter i jego czasy*, PWN, Warszawa 2020.
- A. B. Jagiełłowicz, *Juliana Aleksandrowicza „poszukiwania filozofii ochrony zdrowia”*, Wyd. Lena, Wrocław 2011.
- _____, *Wartość i różnica w teorii subiektywnego zdrowia*, w: *Kryzys wartości – wartość kryzysu*, P. Korobczak (red.), *Filozofia XLV*, Wyd. UW, Wrocław 2020, s. 111–127; <http://www.wuwr.com.pl/products/2206.html> (Dostęp: 03.01.2021).
- A. J. Jakubik, J. Masłowski, *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, PZWL, Warszawa 1981.
- G. Kamińska, *Filozofia a etyka stosowana. Dyskusja nad propozycją Richarda Rorty'ego*, *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*, 11 (1), 2008, s. 111–120.
- A. Kępiński, *Lęk*, Wyd. Sagittarius, Kraków 1992.
- _____. *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- J. Kossecki, *Cybernetyka kultury*, PIW, Warszawa 1974.
- P. Leśniak, *Filozofia tu i teraz. Ontologia procesu jako podstawa filozoficznego coachingu*, *Studia Philosophiae Christianae*, 54 (3), 2018, s. 111–147.
- D. H. Meadows, D. L. Meadows, J. Randers, W. W. Behrens, *Granice wzrostu*, przeł. W. Rączkowska, S. Rączkowski, PWE, Warszawa 1973.
- P. Osóbka, *Wspomnienia z mojej pracy w Żegiestowie*, w: *Almanach Muszyny 2002*, B. Mściwujewska-Kruk (red.), Wyd. Towarzystwo Miłośników Ziemi Muszyńskiej, Muszyna 2002, s. 161–167.

- B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, w: *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, idem (red.), Oficyna Wyd. Arboretum, Wrocław 2001, s. 3–8.
- A. Solik, *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych*, w: *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych a ich realizacja w Polsce*, Z. Dąbrowska (red.), Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, Warszawa 2003, s. 5–28.
- J. Strojnowski, *Psychologia fizjologiczna*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1989.
- M. Szyszkowska, *Zdrowie w ujęciu higieny psychicznej*, Wykład inauguracyjny na Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Szkoleniowej Konferencji Naukowej „Wartość jakości głosu w filozofii ochrony zdrowia. Problemy teoretyczne i praktyczne” (druga edycja), Legnica 14–15.05.2019 r., <https://rola-glosu.pl/relacja-z-konferencji-2019/> (Dostęp: 26.01.2020).
- L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 2000.
- B. Wolniewicz, *O dociekaniach*, w: L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 2000, s. ix–xxvi.

ENGAGED PHILOSOPHY OF HEALTH PROTECTION

ABSTRACT

The text considers the concept of engaged philosophy of health protection. The recognized precursor of this philosophy is Julian Aleksandrowicz, a Polish doctor and humanist. Moral problems of the contemporary world, developed in the aspect of ultratechnology and information, are a discursive background of the presented analysis. The paper highlights a need of reevaluating the neopositivist legacy and systemic projects of pro-health methodology. The methodology includes the ideas of health protection at the individual's level as well as of implementing order and peace in global society. According to this concept the aim can be achieved through integrating the scientific–technical revolution with the humanistic one and with the holistic interpretation of health. Health is defined in the category of emergent, dynamic and vital whole, reached as a synergic effect. In the model of the engaged philosophy the idea of self-creation assumes the value of „subjective health,” its counterweight is “objectified disease.” It is not indifferent to the ethical dimension of choice between life or death, determined in the character of an exclusive alternative. The study uses the method of qualitative research. The basic theses of engaged philosophy, defined in the light of the health care problem have been justified.

Keywords: engaged philosophy, emergency, synergic effect, health care, peace.

O AUTORCE – dr, Instytut Filozofii Uniwersytetu Wrocławskiego, ul. Koszarowa 3;
51-149 Wrocław; ORCID: 0000-0001-6168-3798.

Email: alina.jagiellowicz@uwr.edu.pl