

W tej sytuacji czytanie Adorna powinno być nie tyle odnajdywaniem zapowiedzi naszej intelektualnej teraźniejszości, ile próbą pomyślenia – razem z nim, co nie zawsze musi znaczyć za nim – propozycji ciekawszej i ważniejszej niż te, które mamy w zanadru. Żeby tę próbę podjąć, trzeba jednak zrozumieć najpierw samego Adorna. Jak sądzę, jego dzieło, we wszystkich swych wersjach i fazach, jest konsekwentnie ponawianą i pogłębianą próbą *autorefleksji* Oświecenia. Tej autorefleksji nie wolno pomylić z *negacją* dokonywaną z zewnątrz, z urojonego punktu znajdującego się ponad Oświeceniem lub obok niego.

Zastrzeżenie to jest ważne: można bowiem przypuścić, że kontekst duchowy, w którym będzie odbywać się polska recepcja Adorna, zepchnie ją na stereotypowe tory. Wystarczy wymienić hasło „krytyka Oświecenia”, a już znajdą się chętni do organizowania „sądu” nad tą tradycją, odpowiedzialną ich zdaniem za terror rewolucyjny i parę innych nieszczęśliwych przypadków. W modnym kostiumie „postmodernizmu” występuje dziś często lekko jedynie odświeżony romantyczny estetyzm, wznoszący kapliczki już to „twórczości”, już to „rozumiejącej” i „wczuwającej się” hermeneutyce. Adorno jednak był oddalony o lata świetlne od apologii irracjonalizmu, karmiącej się niepowodzeniami swego śmiertelnego wroga (powiedział nawet, że po nazistowskim epizodzie nikt już nie zmyje z niej krwawego koloru). Nie interesował go też „bunt kwiatu przeciw korzeniom”: beznadziejna rewolta estetyzującego intelektualisty przeciw społeczno-ekonomicznej totalności, dzięki i na gruncie której on żyje, choć nie chce z nią mieć nic wspólnego.

Zamiast kierować się na te zarosłe mchem ścieżki, podejmował on zagubiony w historycznym rozwoju Oświecenia, wieloznaczny nakaz: „przemysłuć myślenie”. W książce napisanej wspólnie z Horkheimerem próbował dokonać – zwracającej się również przeciw sobie, bo blokującej przez swą przenikliwość narzucające się rozwiązania i drogi wyjścia – „autokorektury” myślenia, które już u swych archaicznych początków sprzęgło się z panowaniem. W późniejszej o dwie dekady *Teorii...* pokazywał, jak sztuka, to jest pewien rodzaj „naocznego namysłu”, przedstawia panowaniu chwiejną i zagrożoną, ale rzeczywistą przez swe dzieła, jego alternatywę.

Recenzował Jacek Zychowicz

Henryk R. Wulff, Stig Andur Pedersen, Raben Rosenberg: *Filozofia medycyny*. Tłum. Z. Szawarski. Warszawa 1993, 275 stron.

Omaiwana książka, prezentująca w dość nietypowy (odbiegający od akademickiego), a przy tym pobieżny i nieprecyzyjny sposób współczesną koncepcję filozofii medycyny, jest wspólnym dziełem trzech autorów: Stiga A. Pedersena

(filozofa nauki), Henryka R. Wulffa (gastroenterologa) i Rabena Rosenberga (psychiatry).

Jak wspominają autorzy w *Przedmowie*, większą część książki wypełnia analiza nauk medycznych w ich dotychczasowym rozwoju. Medycynę traktują oni jedynie jako narzędzie, które powinno być „stosowane w urzeczywistnianiu ludzkich celów i wartości” (s. 15). Sądzą oni, że sukcesy medycyny naukowej osiągnięte w XX wieku świadczą jednoznacznie o tym, że wkracza ona w nowy okres rozwoju, który nazywają – korzystając z pojęcia „paradygmatu” Thomasa Kuhna – okresem „paradygmatycznej niestabilności”. W okresie tym medycyna powinna zrewidować swoje podstawowe pojęcia (np. „zdrowia”, „choroby”, „dobra”, „łęku”) oraz założenia filozoficzne, na których się opiera, kwestionując te, które godzą w autonomię i godność człowieka jako czującej, świadomej i bogatej wewnętrznie osoby. W celu oddzielenia problematyki medycznej od pozamedycznej (należącej do innych nauk), autorzy proponują ustalenie granic prawomocnych badań. Ich zdaniem, konieczne jest także zanegowanie i odrzucenie błędnych teorii (np. mechanicznego modelu choroby) i przestarzałych metod badawczych, ponowne przeanalizowanie i ocenienie uznawanych w etyce medycznej wartości pod kątem uwzględniania potrzeb pacjentów i społeczeństwa. Twierdzą oni, że lekarze powinni nie tylko badać funkcjonowanie całego ciała, ale również ukazywać związki pomiędzy tym funkcjonowaniem a szeroko rozumianym środowiskiem.

Głównym zadaniem książki jest wprowadzenie zorientowanego medycznie czytelnika w zakres pojęć i podstawowych zagadnień filozofii medycyny z jej bogatym zakresem problematycznym.

Rozdział I (s. 19–32) zatytułowany *Paradygmat medycyny*, poświęcony jest pobieżnemu omówieniu teorii nauki Thomasa Kuhna oraz nowym kierunkom myślenia medycznego. Dostosowując teorię Kuhna do specyfiki medycyny, autorzy podkreślają, że teorie medyczne pod wpływem odkryć naukowych zmieniają się, lecz nie zawsze w sposób skokowy. Rozwój medycyny różni się bowiem „od rozwoju nauk ścisłych, takich jak fizyka lub chemia”, ponieważ „lekarze zajmują się nie tylko badaniami podstawowymi, lecz także badaniami klinicznymi oraz praktyką medyczną” (s. 25). Poza tym „medycyna obejmuje wiele najróżniejszych szczegółowych dyscyplin i trudno oczekiwać, by wszelkie myślenie medyczne opierało się na jednym tylko paradygmacie” (s. 26). Opiera się raczej na wielu powiązanych ze sobą paradygmatach. Analiza tych związków jest jednym z podstawowych zadań filozofii medycyny.

Wulff, Pedersen i Rosenberg dostrzegając głębokie zmiany w kierunkach myślenia medycznego (m.in. odejście od mechanicznego modelu choroby, tj. od opisywania procesów chorobowych w terminach nauk przyrodniczych, zwłaszcza anatomii i fizjologii; powstanie krytycznej szkoły klinicznej; wzrost zainteresowania filozoficznymi podstawami medycyny, etyką lekarską oraz środowiskowymi i społecznymi uwarunkowaniami choroby; rozbieżność w definiowaniu

głównych pojęć, np. „zdrowia psychicznego” w psychiatrii) doszli do wniosku, że „zwłaszcza medycyna kliniczna weszła w okres paradygmatycznej niestabilności” (s. 26).

Rozdział II (s. 33–52) nosi tytuł *Empiryzm i realizm jako problem filozoficzny*. Zawiera on uproszczone wyjaśnienia pojęć „realizmu”, „antyrealizmu”, „racjonalizmu” i „empiryzmu”. Rozdział zakończony jest postulatem uwzględniania przez medycynę zarówno aspektu empirycznego, jak realistycznego wraz z zachodzącymi między nimi relacjami.

W rozdziale III (s. 53–70) pod tytułem *Empiryzm i realizm: dwa nurty w myśleniu medycznym*, autorzy ukazują sposób kształtowania się tych nurtów. Realizm kontrolowany empirycznie, a będący reakcją na realizm spekulatywny, ma mieć tę przewagę nad empiryzmem, że usiłuje dotrzeć do samego mechanizmu powstawania choroby – elementu rzeczywistości niezmiennej. Według stanowiska empiryzmu jest to w ogóle niemożliwe. „Współczesne myślenie medyczne przenika realizm” (s. 62), gdyż lekarzy interesuje sposób pojawiania się choroby, jej fazy i następstwa. Ponieważ racjonalne wnioski wyprowadzane przez medycynę biologiczną nie zawsze są dostatecznie uzasadnione, więc konieczna jest ich weryfikacja empiryczna w praktyce, co też czyni medycyna kliniczna. Ścisłe przewidywania kliniczne uniemożliwia jednak zmienność biologiczna jednostki ludzkiej.

W rozdziale IV (s. 71–87) omówiony został mechaniczny (biologiczny) model choroby, zgodnie z którym choroba jest defektem funkcjonowania „maszyny biologicznej”. Na przykładzie dialogu pomiędzy dwoma filozofującymi lekarzami autorzy *Filozofii medycyny* wykazują, że „choroby nie są jedynie bytami biologicznymi” (s. 86). Dotychczasowa dominacja empiryzmu w medycynie jest błędna, gdyż – mimo większego obiektywizmu w ocenie efektów leczniczych – sugeruje łatwość zdefiniowania zdrowia i odróżnienia go od choroby (choroby jawią się wówczas jako byty zewnętrzne w stosunku do chorego). Zdaniem autorów, nie wolno redukować zjawisk pozabiologicznych do biologii, gdyż otrzymamy zniekształcony obraz człowieka. To „nie organizmy biologiczne są chore, lecz żywi ludzie” (s. 86–87). Medycyna kliniczna domaga się od lekarza uwzględniania świata wewnętrznego pacjenta (ból, cierpienia, godności, poczucia sensu życia; myśli, uczuć, aktów woli), słowem, racjonalnego traktowania zjawisk pozabiologicznych.

Rozdział V (s. 88–101) traktuje o pojęciu przyczynowości w naukach medycznych. Stwierdza się tu, że choroba w świetle paradygmatu mechanicznego jest przyczyną objawów, lecz sama także posiada przyczyny swego istnienia, tj. złożone zespoły składników istotnych, od których poznania (zlokalizowania w sieci kauzalnej) zależy skuteczność terapii. Często brakuje oczekiwanych skutków leczenia po zastosowaniu określonego typu działań terapeutycznych. Działania te często nie uwzględniają tego, co nieobserwowalne – elementów ludzkiej duchowości.

W rozdziale VI (s. 102–119) dotyczącym opartej na modelu mechanicznym klasyfikacji chorób autorzy wykazują, że współczesna klasyfikacja chorób opiera się na niepełnej znajomości czynników chorobotwórczych, a przez to na ograniczonej znajomości mechanizmów biologicznych. W świetle historycznego rozwoju klasyfikacji chorób da się stwierdzić, że naturalne rodzaje chorób nie są rodzajami stanów chorobowych, lecz procesów chorobowych przebiegających w systemach otwartych (ludzkie ciało w relacji z otoczeniem). Klasyfikacja chorób jest w dużej mierze „mieszaniną jednostek chorobowych definiowanych ze względu na różne kryteria: anatomiczne, fizjologiczne, mikrobiologiczne. Jest ona jednak nieustannie doskonała” (s. 106), o czym świadczy pojawienie się nowych jednostek chorobowych wyprowadzonych z kategorii immunologicznych. Zdaniem autorów, dotyczący klasyfikacji chorób spór między zwolennikami skrajnego nominalizmu medycznego, a zwolennikami skrajnego realizmu pojęciowego (platonizmu) w medycynie, odzwierciedla klasyczny spór filozoficzny o uniwersalia. Dla pierwszych nazwy chorób są etykietami oznaczającymi grupy pacjentów podobnych do siebie pod pewnymi względami (klasyfikacja aktem arbitralnym), dla drugich – zespołem realnie istniejących odwiecznych bytów. Autorzy są przekonani o konieczności syntezy obu stanowisk, której wzorem może być teoria J. Locke’a: „zbudowana przezeń teoria łącząca oba te podejścia, szczególnie dobrze nadaje się do przedstawienia klasyfikacji chorób” (s. 119).

Rozdział VII (s. 120–137) nosi tytuł *Prawdopodobieństwo i przekonanie*. Prawdopodobieństwo jest tu traktowane jako podstawowe pojęcie myślenia klinicznego. Prawdopodobieństwu statystycznemu jako „prawdopodobieństwu idealnej lub prawdziwej częstości występowania danego zdarzenia” (s. 123), w języku potocznym odpowiada „prawdopodobieństwo subiektywne jako miara subiektywnego przeświadczenia o wystąpieniu określonego zdarzenia” (s. 123). Gdy lekarz przyporządkowuje określonemu obrazowi klinicznemu odpowiadającą mu chorobę, czyni to na zasadzie prawdopodobieństwa (prawdopodobieństwo diagnostyczne). Ten typ prawdopodobieństwa będzie się różnił od prawdopodobieństwa nozologicznego, a jeszcze bardziej od prawdopodobieństwa hipotez. Ponieważ nauki doświadczalne zawsze opierają się na przyjętych wcześniej przekonaniach, nie są wolne od „przeświadczeń wartościujących” (s. 137), więc nie można z nich wyeliminować czynnika subiektywnego.

Rozdział VIII (s. 138–155) jest zatytułowany *Naturalistyczne podejście do psychiatrii*. Autorzy wskazują tu na problemy współczesnej psychiatrii, koncentrując się w zasadzie na przyczynach różnorodnego definiowania pojęcia „choroby psychicznej”, np. jako nieprawidłowej funkcji biologicznej, niewłaściwego zachowania i in. W zależności od przyjętego przez psychiatrię stanowiska (biologiczne, psychologiczne, społeczne), mogłaby być ona traktowana jako nauka przyrodnicza, psychologiczna lub społeczna. Różne też byłyby założenia ontologiczne, poglądy na istotę choroby oraz metody terapii (np. psychiatrii

społeczni akcentując znaczenie środków zapobiegawczych dopuszczaliby ingerencję typu społeczno-politycznego). Niezależnie od przynależności do określonej szkoły psychiatrycznej (autorzy opisują cztery), psychiatrzy zgodnie opowiadają się za naturalistycznym opisem chorób psychicznych, traktując swoją dyscyplinę jako naukę przyrodniczą. W rozdziale tym zostało także omówione i poddane krytyce stanowisko antypsychiatryczne oraz eklektyczne. Autorzy recenzowanej książki słusznie przyjmują i uzasadniają stanowisko psychiatrii egzystencjalnej.

W rozdziale IX (s. 156–171) pod tytułem *Hermeneutyka, czyli o naturze człowieka w szerszej perspektywie*, autorzy wykazują, że człowiek jest nie tylko organizmem biologicznym, a medycyna nie tylko gałęzią nauk przyrodniczych. Naturalistyczna teoria człowieka, jako „nazbyt prymitywna i ograniczona oraz ignorująca najważniejsze elementy istoty ludzkiej” (s. 156) została przeciwstawiona hermeneutycznej koncepcji człowieka, w której jest możliwa „racjonalna analiza zjawisk etycznych, psychologicznych i społecznych” (s. 87). Zjawisk tych nie można zrozumieć analizując jedynie dane statystyczne, jeżeli nie określi się znaczenia istotnych pojęć, np. pojęcia „lęku”. Autorzy wyróżniają trzy rodzaje lęku: 1) lęk racjonalny, 2) lęk irracjonalny (fobie) i 3) lęk niewytłumaczalny (nie mający żadnego jednoznacznego źródła), który można nazwać egzystencjalnym, będącym trwogą o istnienie naszego osobowego „ja” wraz z całym bogactwem jego wewnętrznego świata. Empiryczna filozofia medycyny nie sięga do duchowej istoty człowieczeństwa (istnienia jej nie można dowieść empirycznie). Dopiero „hermeneutyczna analiza osoby” (s. 168) pozwala na dotarcie do jej konstytutywnych właściwości, więc jest „niezbędnym warunkiem badań empirycznych. (...). I dlatego też nauki przyrodnicze są podporządkowane refleksji hermeneutycznej” (s. 168), która ma inspiracje w nienaturalistycznych koncepcjach człowieka, np. Kierkegaarda, Heideggera, Gadamera, Sartre’a czy Habermasa. Do prawdy obiektywnej prowadzą metody nauk przyrodniczych, a do prawdy subiektywnej metody hermeneutyczne, tzn. interpretacji i refleksji (*hermeneutike* – sztuka interpretacji). Lęk, wolność, wola, rozumienie, poczucie tożsamości osobowej, czyli konstytutywne cechy osoby sprzeciwiają się „traktowaniu chorego człowieka jako jedynie zepsutej «maszyny»”.

Rozdział X (s. 172–196), zatytułowany *Medycyna i socjologia*, uświadamia czytelnikowi dominację poglądu naturalistycznego w medycynie i socjologii oraz wykazuje, że myślenie empiryczne jest obecne bardziej w tych dyscyplinach, niż w medycynie somatycznej. Chcąc aby medycyna społeczna służyła nie tylko interesom technicznym, ale również osobie ludzkiej (subiektywny stosunek do osoby), należy wykroczyć poza podejście empiryczne stosując w niej metody hermeneutyczne oraz prowadząc badania krytyczne. Lekarz powinien uwzględniać nie tylko ciało pacjenta, ale także stan jego ducha, np. stosunek do choroby.

Filozoficzny stosunek do choroby przedstawia rozdział XI pod tytułem *Psychoanaliza: nauka przyrodnicza czy hermeneutyka?* Autorzy omawiają psy-

choanalizę Z. Freuda i wskazują na odmienną od biologicznej strukturę psychoanalizy jako teorii badawczej, naukowej (niepodobna zweryfikować eksperymentalnie istnienia *libido* czy *superego*). Psychoanaliza jest dyscypliną hermeneutyczną, gdyż jej przedmiotem są związki znaczeń zawartych w języku, a metodą rozumienie, interpretacja i refleksja. Pojęcia hermeneutyczne tworzą język metahermeneutyczny, którego przykładem jest język psychoanalizy, służący prawidłowemu odtworzeniu programu zawartego w umyśle psychotycznego pacjenta (jeśli jego procesy psychiczne przyrównamy do „niewłaściwego programu komputerowego”).

W rozdziale XII (s. 213–230) poświęconym „etyce medycznej jako dyscyplinie filozoficznej”, będącej także „dyscypliną medyczną w takiej mierze, w jakiej rozstrzygane w niej problemy mają charakter medyczny” (s. 214), autorzy analizują znaczenie pojęć „dobry” i „powinien” z punktu widzenia lekarza i pacjenta, pochodzenie moralności (moralność i system moralny jako dzieło człowieka) oraz strukturę rozumowania etycznego. Ich zdaniem, filozofia moralna powinna rozstrzygać, czy etyka deskryptywna da się pogodzić z etyką normatywną i metaetyką czy też nie (wiele medycznych problemów moralnych nie sprowadza się tylko do konfliktu racji utylitarystycznych i deontologicznych). Autorzy uważają, że „etyka medyczna powinna opierać się na sformułowanej przez Kierkegaarda i Kanta koncepcji człowieka jako istoty świadomej i obdarzonej wolną wolą. Względy utylitarne powinny ustąpić miejsca racjom poszanowania autonomii jednostki i sprawiedliwości społecznej” (s. 230).

Rozdział XIII (s. 231–249) pod tytułem *Etyczne aspekty decyzji medycznych* dotyczy ogólnych aspektów rozumowania etycznego, zarówno w badaniach klinicznych, jak i w praktyce. Do podstawowych obowiązków lekarza należy 1) „czynienie tego, co jest najlepsze dla pacjenta”, 2) „uwzględnianie interesów społeczeństwa” oraz 3) „poszanowanie autonomii pacjenta” (s. 235). W sytuacji konfliktu dobra pacjenta z interesami społeczeństwa, lekarz powinien wybrać to pierwsze. Szanując autonomię pacjenta (który zazwyczaj pragnie współuczestniczyć w podejmowaniu dotyczących go decyzji), lekarz jest zobowiązany uwzględniać konsekwencje swego postępowania. W sytuacji ograniczonej autonomii pacjenta niezbędne jest postępowanie paternalistyczne. Autorzy analizują sytuacje, w których mają miejsce trzy typy paternalizmu: prawdziwy (*genuine*), upoważniony (*solicited*) i nieupoważniony (*unsolicited*). Czy publiczna debata i badania oczekiwań pacjentów pozwolą na ustalenie powszechnie akceptowanych norm, którymi mają się kierować lekarze? Autorzy sądzą że tak, ale moim zdaniem jest to nie tylko niemożliwe, ale także metodologicznie nieuprawnione: norm etycznych (tego, co być powinno) nie wolno wyprowadzać z opisu oczekiwań (tego, co jest i może się zmienić). Decyzje dotyczące pacjentów głęboko upośledzonych powinni – zdaniem autorów – podejmować oni sami, gdy są do tego zdolni, zaś kontrolowane próby kliniczne – gdy zgoda pacjentów jest niemożliwa lub niepożądana – niezależne komitety złożone z lekarzy i osób postronnych.

W ostatnim rozdziale XIV (s. 250–267) zatytułowanym *Umysł i ciało*, autorzy wykazują jak rozstrzygnięcie problemu związku ciała (procesów i stanów somatycznych) z umysłem (procesów i stanów psychicznych) wpływa na stanowisko w medycynie. Przedstawiają oni współczesne rozwiązania tego problemu (behawioryzm logiczny, kauzalną teorię umysłu, teorię tożsamości, tj. monizmu fizykalnego, funkcjonalizmu i interakcjonizmu) stwierdzając przy tym, iż w obecnym stanie wiedzy wybór między monizmem a dualizmem jest daleki od rozstrzygnięcia. Opis ludzkich „uczuć, nastrojów, nadziei i pragnień wymaga odwołania się do kategorii psychicznych” a „lekarz stoi w obliczu ludzkiego cierpienia, lęku, rozpacz” (s. 266–267) i musi podjąć określone działania. Stąd niezbędne jest uwzględnianie duchowości człowieka i stosowanie skutecznych metod do badania zjawisk ze sfery subiektywnej – metod hermeneutycznych. Medycyna powinna więc – zdaniem autorów – stać się płaszczyzną integrującą podejście naukowe z podejściem hermeneutycznym.

Autorzy *Filozofii medycyny* zgodni są co do tego, że „studia filozoficzne mogą pomóc lekarzom w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa (s. 32), lecz „nie traktują filozofii medycyny jako dyscypliny akademickiej” (s.32). A szkoda, gdyż tradycje jej są bogate również w przemyślenia aktualne. Nie należy także zupełnie negować autorytetów, gdyż – nawet jeśli pominąć poprawność głoszonych przezeń teorii – często w praktyce klinicznej prezentowali wzory zachowań moralnych godne poznania i naśladowania. Wypada jeszcze dodać, że filozofia medycyny jako przedmiot akademicki była wykładana już w czasie rewolucji francuskiej, a jej drogi rozwoju wiodły również przez Polskę (por. prace z filozofii medycyny Władysława Szumowskiego).

Omawiana książka jest jednak godna uwagi, i to nie tylko ze względu na współpracę filozofa i lekarzy przy jej pisaniu (historia filozofii medycyny tworzona była przez wielu filozofujących lekarzy), także dlatego, że daje nowy, uaktualniony obraz przedmiotu i zakresu filozofii medycyny, inspirujący czytelnika do ponownego przejrzenia i szczegółowej analizy całości europejskiego (w tym polskiego) dorobku naukowego z tej dyscypliny. Dorobku tego nie wolno bezkrytycznie negować, gdyż wiele występujących w jego obrębie przemyśleń i teorii, często zapomnianych, jest godnych popularyzacji.

Opisowi rozwoju i postępu medycyny powinien towarzyszyć opis rozwoju filozofii medycyny, czego – niestety – w recenzowanej pracy brakuje.

Można również polemizować z naszkicowanym przez autorów modelem lekarza, który swoje zadanie rozumie nie tyle jako wynikającą z powołania (posłannictwa) służbę wartościom uniwersalnym, historycznie niezmiennym, co jako zespół działań zgodnych z tzw. opinią społeczną. Ponieważ opinię tę tworzą jednostki nie zawsze kompetentne medycznie czy filozoficznie, istnieje uzasadniona obawa przed dokonaniem nadużyć wartości moralnych, zwłaszcza życia i zdrowia, jeśli środowiska lekarskie nie będą ich zdecydowanie bronić.

Przesłankami do nadużyć są nowe zjawiska w medycynie (dializy, transplantacje, ingerencje genetyczne, wymuszane prawnie eutanazje i in.) oraz niski poziom moralny społeczeństwa współczesnego.

Wcześniejsza filozofia medycyny ukierunkowana była głównie na to, co w mniemaniu lekarzy miało służyć dobru pacjenta. Współczesna filozofia medycyny, zwłaszcza anglosaska, coraz szerzej uwzględnia interesy samego pacjenta oraz społeczeństwa. Winna to jednak czynić ostrożnie i rozważnie, nie poddając się presji, często omylnej a przy tym zmiennej opinii publicznej, gdy ta godzi w życie w ogóle, a w życie ludzkie w szczególności.

Nigdy wcześniej medycyna nie była miejscem tak otwartym do wszelkich nadużyć, jak obecnie. Ten fakt skłania do jej dokładniejszej analizy i oceny, tak globalnej (kierunek rozwoju i jego zależność od innych nauk), jak szczegółowej (ocena poszczególnych teorii i ich zastosowań w praktyce).

Główna wartość omawianej książki sprowadza się jednak do zachwiania stereotypowego myślenia w medycynie oficjalnej, zaś ściślej, do negacji jej materialistycznych podstaw. Konsekwencją tego stanu medycyny była ignorancja duchowej strony człowieka, a przy tym pobłażliwy – co najwyżej – stosunek do psychiatrii i psychologii. Te tendencje nie sprzyjały partnerskiej relacji lekarza z pacjentem, utrudniały jedynie proces terapii. Zaslugą autorów jest więc postulat całościowego ujmowania człowieka.

Recenzowała *Lucyna Patyjewicz*