

Wybrane problemy historii medycyny. W kręgu epistemologii i praktyki

pod redakcją

Anity Magowskiej, Katarzyny Pękackiej–Falkowskiej i Michała Oweckiego

Wydawnictwo Kontekst
Poznań 2020

Jacek Halasz

Gdański Uniwersytet Medyczny

ORCID: 0000-0003-1976-8207

e-mail: halasz@gumed.edu.pl

Krytyka teorii specyficznej etiologii chorób w ujęciu Tadeusza Kielanowskiego. Przewycięzanie redukcjonizmu i jego konsekwencji w medycynie XX w.

Streszczenie. Celem artykułu jest analiza problematyki wiążącej się z krytyką teorii tzw. specyficznej etiologii chorób (konsekwencji odkryć mikrobiologii) oraz mechanicznej koncepcji choroby i biomedycznego paradygmatu. Punktem odniesienia są publikacje Tadeusza Kielanowskiego (1905–1992) – wybitnego lekarza–fityzjatri, społecznika, jednego z najciekawszych polskich filozofów medycyny drugiej połowy XX wieku. W artykule wykorzystane zostały prace naukowe T. Kielanowskiego (np. *Elementy etiologii gruźlicy płuc*, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*) oraz jego felietony i artykuły popularnonaukowe drukowane w różnorodnych czasopismach. Praca oparta jest o krytyczne studium dorobku naukowego i publicystycznego Kielanowskiego, badania porównawcze jego stanowisk ze współczesną i dzisiejszą literaturą przedmiotu. Rekonstrukcja myśli bazuje na interpretacji o charakterze historycznym i adaptacyjnym. T. Kielanowski wypracował oryginalne rozumienie medycyny odwołujące się do współczesnych mu światowych nurtów (ale także do tradycji hipokratejskiej). Odrzucał zwłaszcza uproszczenia redukcjonistycznego podejścia nauk medycznych do człowieka – jego myślenie idzie w kierunku systemowych ujęć medycyny. Krytyka „teorii specyficzności” ukazuje chorobę jako zjawisko złożone i wieloprzyczynowe (wieloczynnikowy model choroby). Ponieważ człowiek jest całością psychofizyczną istotne znaczenie w zaistnieniu choroby oraz terapii mają również czynniki psychiczne i społeczne (model biopsychospołeczny) – stąd u Kielanowskiego koncepcja „rehumanizacji” medycyny.

Wstęp

Opozycyjność dwóch współczesnych paradygmatów medycyny: biomedycznego i holistyczno–systemowego oraz leżących u ich podstaw – odpowiednio – redukcjonizmu i antyredukcjonizmu, to zagadnienia, które w literaturze przedmiotu pojawiły się z końcem ubiegłego wieku. Zainteresowała się nimi zwłaszcza filozofia medycyny, ale również socjologia i psychologia zdrowia. Oba modele odmiennie ujmują kluczowe dla medycyny kwestie, czyli sam sposób jej rozumienia, cele, fundamentalne teorie i pojęcia – zdrowia i choroby.

Dawna, a zarazem przełomowa teoria specyficznej etiologii, dająca możliwość jednoznaczego zdefiniowania przyczyn chorób zakaźnych, zapoczątkowana wielkimi odkryciami L. Pasteura i R. Kocha przeszła już w zasadzie do historii. Jednak jej główne założenia wywarły istotny wpływ na medycynę i odcisnęły na niej trwałe ślad. Jest ona wyrazem redukcjonistycznego stylu myślenia w medycynie, a jednocześnie – dzięki swej pierwotnej efektywności i precyzyjnieszemu identyfikowaniu przyczyn wielu chorób oraz możliwości ich leczenia – ten styl utrwałała.

Późniejsze osiągnięcia nauk biomedycznych (immunologii czy genetyki) oraz nauk społecznych (socjologii medycyny i młodej dziedziny – psychologii zdrowia) zaczęły ujawniać bardziej złożoną naturę zdrowia i choroby. Nauki społeczne akcentują szeroki biopsychospołeczny sposób ich rozumienia, podkreślając znaczenie całego układu wielowymiarowych i dynamicznych współzależności biologicznych i środowiskowych, psychologicznych i społeczno–kulturowych.

Proces odchodzenia od uproszczonych ujęć przyczynowości w medycynie ma też ważki związek ze zmianami w społecznym obrazie chorób stanowiących zasadnicze problemy zdrowotne i przyczynę śmiertelności (choroby zakaźne dominują w początkach XX w., a od drugiej jego połowy – chroniczne i o skomplikowanej etiologii). Jednak w zależności od preferowanego stylu myślenia akcenty będą rozłożone odmiennie i wydaje się, że w głównym nurcie medycyny podejście koncentrujące się na poszukiwaniu jednej bądź kilku bezpośrednich przyczyn odgrywa decydującą rolę i biomedyczna interpretacja zdrowia i choroby jest zdecydowanie uprzywilejowana.

W Polsce jednym z najważniejszych krytyków redukcjonistycznej orientacji medycyny był Tadeusz Kielanowski¹, który w swych publikacjach podejmował zagadnienia natury medycyny, zdrowia i choroby, a także etyki lekarskiej i tanatologii. Ograniczenia wynikające z doktryny specyficzności, a szerzej – konsekwencje redukcjonizmu w medycynie, zwłaszcza w praktyce lekarskiej, stały się tematem wielu jego publikacji. Pisał o tym w pracach medycznych, ale przede wszystkim w felietonach ukazujących się w czasopiśmie lekarskich, społeczno–kulturalnych oraz popularnonaukowych.

Doktryna specyficznej etiologii

Teoria specyficznej etiologii jest związana z osiągnięciami w bakteriologii i oparciem medycyny na naukach ścisłych, przyrodniczych. Na przestrzeni dziejów choroby koja-

¹ Tadeusz Kielanowski, prof. dr hab. (1905, Lwów – 1992, Gdynia) – absolwent Wydziału Lekarskiego UJK we Lwowie, ftyzjatra. Współorganizator i dziekan Wydziału Lekarskiego UMCS w Lublinie; rektor UMCS. Współtwórca i rektor AM w Białymstoku. Od 1956 r. w AM w Gdańsku – 20 lat kierował Katedrą i Kliniką Gruźlicy i Chorób Płuc. Twórca otwartych sanatoriów przeciwgruźliczych dla studentów (lata 30. XX w.) oraz polskiego telefonu zaufania (1967 r.), autor projektu kodeksu etyki lekarskiej, organizator Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów. Członek Francuskiej Akademii Nauk Medycznych; dr h.c. uczelni medycznych w Białymstoku i Lublinie.

rzono z różnorodnymi czynnikami interpretowanymi w kontekście teorii humoralnych, miazmatycznych czy też zaburzeń nerwowych. Wraz z postępem medycyny naukowej i w miarę odkryć choroby zaczęto łączyć z uszkodzeniami anatomicznymi, później, w miarę rozwoju fizjologii, ze zmianami fizjologicznymi – co też stanowiło podstawy zmian w ich definiowaniu i klasyfikacji.

Wyjątkowego znaczenia nabral rozwój mikrobiologii i dokonania naukowe jej twórców – Pasteura i Kocha², dowodzące m.in. chorobotwórczej roli drobnoustrojów. Przeprowadzono więc nową klasyfikację, biorąc za kryterium rodzaj czynnika zakaźnego³. Był to historyczny moment – zakaźna teoria stała się trzonem poglądu, że należy dążyć do wskazania jednej lub zasadniczej przyczyny danej choroby, traktowanej jako odrębny „gatunek”⁴. Fundamentalnymi dyrektywami metodologicznymi stały się „postulaty Kocha”, dzięki którym można było udowodnić – poprzez identyfikację drobnoustrojów, ich hodowlę na pożywkach i eksperymenty na zwierzętach – związek przyczynowy między określonymi drobnoustrojami a daną chorobą⁵.

Teoria specyficznej etiologii – pierwotnie odnoszona do chorób zakaźnych – formułowała tezę, że konkretnej jednostce chorobowej odpowiada jedna wywołująca ją przyczyna, np. gruźlicę wywołuje prątek Kocha, a cholera – przecinkowiec cholery. Liczba przyczyn, tak jak chorób, w myśl tej teorii miała być poznawalna i ograniczona a rozumienie etiologii uległo zawężeniu, tak że przyczyna choroby utożsamiana była z zakażeniem. Za kluczowy uznano schemat: bakteria – choroba – lek przeciwbakteryjny. Przez to uproszczenie utrwaliło się przekonanie o skutecznych – po prawidłowym zdefiniowaniu choroby – sposobach leczenia. Stany chorobowe wywoływane eksperymentalnie na zwierzętach, poddawanych działaniu jednego czynnika (zakażenia bakteryjnego), uważano za modele chorób człowieka. Model ten, ukazujący prostą zależność: specyficzny czynnik chorobotwórczy (np. bakteria, wirus) → określona patologia (np. gruźlica, grypa) został przyjęty przez wczesną biomedycynę i chociaż dotyczył chorób zakaźnych, to jego przejrysta, przyczynowo–skutkowa formuła, znalazła szersze zastosowanie⁶.

Do powodzenia tej koncepcji przyczyniła się również nauka Darwina o powszechnej w przyrodzie walce o byt, w której zwycięża silniejszy. Analogicznie, w chorobach

² Zob. np. Ostrowski, 1995; Zwolska, 2013.

³ Jednostki chorobowe klasyfikowane są dziś ze względu na różne kryteria, np.: anatomiczne, fizjologiczne, mikrobiologiczne, immunologiczne, genetyczne.

⁴ Grunt pod nią był wcześniej przygotowany, np. G. Fracastro – *contagium animatum*.

⁵ Zob. Zwolska, 2013, s. 165. Nie każda choroba zakaźna, nawet bakteryjna, spełnia wszystkie postulaty; np. nie udaje hodować się na pożywkach *Mycobacterium laeprae*, wywołujące trąd.

⁶ Blaxter 2004, s. 23; Firkowska–Mankiewicz, 2009, s. 56–58. Ten prosty schemat później rozszerzono. Współczesny model biomedyczny, wg Firkowskiej–Mankiewicz: {podatność genetyczna, koncentracja antygenów, zestaw antyciał, stan systemu odpornościowego} + {inwazja czynnika chorobotwórczego} → {reakcja systemu odpornościowego} → {określona patologia}. Odnosi się głównie do chorób zakaźnych, w przypadku przewlekłych zastąpiono go „statystycznym modelem korelacyjnym”, opartym o kategorię „czynników ryzyka”.

zakaźnych walczą agresywne mikroorganizmy z makroorganizmem, aż do unicestwienia przeciwnika, śmierci człowieka lub drobnoustrojów, co z kolei prowadziło do swoistej „paniki bakteryjnej” pojawiającej się w okresie wczesnych odkryć. Dopiero później okazało się, że w przyrodzie znacznie częściej dochodzi do wzajemnie korzystnego współżycia organizmów niż konfliktu, a mikrobiolodzy zaczęli ukazywać, że świat drobnoustrojów stanowi fundamentalną część całego ekosystemu, jest jego niezbędnym warunkiem. Człowiek żyje więc w zgodzie z wieloma gatunkami drobnoustrojów (np. mikroflora układu pokarmowego) czy też zakaża się często zupełnie „bezkarnie”.

Skupienie się na poszukiwaniu jednostkowych przyczyn przynosiło sukcesy, jak np. zastosowanie szczepień ochronnych w miarę wyizolowywania czynników chorobotwórczych, odkrycie sulfamidów, antybiotyków czy osiągnięcia aseptyki. Doktryna specyficzności, także przez jej krytyków, była i jest postrzegana jako „najpotężniejsza siła rozwoju medycyny”⁷ i prototyp wyjaśniania większości chorób, który ma wciąż trwałą pozycję w medycynie⁸. Jest tak, ponieważ stała się ona jednym z filarów tzw. mechanicznego modelu choroby i redukcjonistycznego stylu myślenia charakteryzującego medycynę XX w.

Problem redukcjonizmu w medycynie

Niezwykle szybki rozwój nauk medycznych, poczynwszy od połowy XIX w., dokonujący się dzięki zdobyczom przyrodoznawstwa, współkształtował materialistyczny i mechanistyczny obraz świata, na którym nauki przyrodnicze zbudowały swój sukces, a odkrycia i postęp technologiczny potwierdzały takie jego rozumienie. U jego źródeł stała już filozofia kartezjańska – zarówno ontologiczny dualizm *res cogitans* i *res extensa* (w odniesieniu do człowieka – dualizm duszy i ciała) – jak i reguły metodologiczne, gdzie jedną z kluczowych jest analiza, rozkład na czynniki najprostsze. Rozciągała materia (*res extensa*) charakteryzuje się nieskończoną podzielnością i podlega zmianom determinowanym przez prawa mechaniki. Kartezjusz przyjął mechanistyczny model świata, który potraktował ilościowo i geometrycznie – obejmuje on również organizmy, stąd możliwe jest objaśnianie faktów biologicznych w terminach fizyki. Ciało człowieka, jak wszystkie organizmy, jest redukowalną do swoich części „maszyną”, a zdrowie jest rozumiane jako jej stabilność. Myśl kartezjańska trwale określiła styl nowożytnego przyrodoznawstwa i miała poważne konsekwencje dla nauk medycznych, które przejęły aspekt mechanistyczny i deterministyczny wraz z kultem analizy i redukcji.

Pojęcie „redukcjonizmu” jest wielowymiarowe – najogólniej oznacza pogląd, według którego złożone zjawiska i procesy oraz rządzące nimi swoiste prawa dadzą się wyjaśniać przez sprowadzenie ich do zjawisk i procesów prostszych i odpowiadających im mniej skomplikowanych zasad. W filozofii odróżnia się zazwyczaj dwa jego typy – ontologiczny

⁷ Dubos, 1965, s. 326.

⁸ Aronowitz, 1998, s. 8; za: Ross, 2018, s. 37.

i metodologiczny. Pierwszy jest stanowiskiem monizmu metafizycznego: istota wszystkich zjawisk może być sprowadzona do ich podłoża fizycznego. Metodologiczny, który wywarł decydujący wpływ na współczesną naukę – głosi prymat redukcji jako metody badania i wyjaśniania, uznając za najpewniejsze i najbardziej płodne poznawczo te metody, które odwołują się do podstawowych praw rządzących rzeczywistością⁹. Można go scharakteryzować w oparciu o kilka głównych tez: uprzywilejowanie języka fizykalnego, program mikroredukcji, zasadę przyczynowego domknięcia świata, prostotę ontologiczną i eksplanacyjną¹⁰.

Redukcjonistyczny program i dążenie do opartej na nim jedności nauki, wiąże się ze scjentyzmem filozofii neopozytywistycznej. Charakterystyczne dla niej „epistemologiczne uprzywilejowanie języka fizykalnego” wyraża się w przekonaniu, że najbliższym doskonałemu językowi nauki jest powszechnie zrozumiały język fizykalny – „uniwersalny i intersubiektywny”¹¹. Najjaśniej opisuje on obserwowalne fakty, ujmując je w matematycznie mierzalne relacje. Unifikacja i moc nauki jest osiągalna zwłaszcza dzięki jedności praw naukowych. Zgodnie z koncepcją neopozytywistyczną prawa każdej nauki są sprowadzalne (w miarę postępu poznawczego) do praw dziedziny bardziej podstawowej, ostatecznie do fizyki. Postulat redukowalności wydawał się atrakcyjną zasadą metodologiczną, ponieważ w związku z udanymi „redukcjami” – jak np. optyki do teorii elektromagnetycznej (i spodziewanej redukcji klasycznej genetyki do biochemii) – przyczyniły się one do postępów w nauce¹². Istotą tej metody są tzw. mikroredukcje, co oznacza sprowadzenie teorii danego układu, badanego jako całość, do teorii jego elementów. Oznacza to, że mikroredukcje zachodzą między poszczególnymi poziomami struktury rzeczywistości¹³. Dlatego zaproponowano hierarchię poziomów, odpowiadającą stopniom organizacji obserwowanej w przyrodzie „materii”: (od najbardziej złożonych) 1. grupy społeczne, 2. wielokomórkowe żywe organizmy, 3. komórki, 4. molekuly, 5. atomy, 6. cząstki elementarne. W myśl tego, ogólnie, prawa nauk społecznych redukują się do praw psychologii, te do praw biologii lub fizjologii (np. neurofizjologii), z kolei te do praw chemii i ostatecznie do fizyki; odpowiednio – z praw bardziej podstawowych można wyprowadzić prawa wyższych poziomów¹⁴. Program redukcji opiera się na złożeniu fizykalizmu w jego mocnej wersji, tzw. fizykalizmu typicznego (*type-physicalism*) – zgodnie z którym, każde zdarzenie „niefizycznie” (np. społeczne, psychiczne, biologiczne)

⁹ Urbanek, 1987; za: Juś, 2014, s. 68. Omówienie redukcjonizmu w: Urbanek, 1987; Paprzycka, 2005; Grobler, 2006; Juś, 2014.

¹⁰ Za: Juś, 77–88. W pracy *Spór o redukcjonizm w medycynie* M. Juś szeroko analizuje spór między redukcjonizmem i antyredukcjonizmem, ukazując wynikające z tego konsekwencje dla medycyny.

¹¹ Wg określenia R. Carnapa; za: Juś, 2014, s. 82.

¹² Grobler, 2006, s. 197–198.

¹³ Zasady mikroredukcji przedstawili P. Oppenheim i H. Putnam. Zob.: Grobler, 2006, s. 198; Juś, 2014, s. 83.

¹⁴ Uzasadnionym przejściom miała służyć koncepcja „praw pomostowych” E. Nagela, umożliwiająca przekład terminów między teoriami poszczególnych pięter.

danego typu jest tożsame z zdarzeniem fizycznym danego typu¹⁵. Siła redukcjonizmu przejawiała się w jego ontologicznej i eksplanacyjnej prostocie – jednorodna rzeczywistość i jej potencjalnie przejrzysty obraz wyrażony w fundamentalnych naukach przyrodniczych.

Redukcjonistyczny styl myślenia charakteryzuje medycynę XX w., a doktryna specyficzności postrzegana jest jako jego zasadniczy filar¹⁶ i spełnia wszystkie metodologiczne postulaty. Nośność i atrakcyjność wynikała właśnie z jej „prostoty” i klarowności. W myśl zasady mikroredukcji choroba zostaje sprowadzona do jej przyczyny, czy wręcz z nią utożsamiona. Udaje się też chorobę zredukować do poziomu molekularnego, wyjaśniającego procesy zachodzące w organizmie w wyniku np. infekcji bakteryjnej. Mechanizmy chorobowe są więc opisywalne na poziomie języka fizykalnego.

Kielanowski nie neguje użyteczności takiego podejścia, wskazuje natomiast na jego ograniczenia. Nie podejmuje, co prawda, analiz filozoficzno–metodologicznych, które zaczęto już wtenczas przeprowadzać z pozycji antyredukcjonistycznych¹⁷. Jego refutacja redukcjonizmu odnosi się bardziej do ogólnego rozumienia tego stanowiska i koncentruje się na jego konsekwencjach, tym bardziej, że wybór perspektywy redukcjonistycznej w medycynie prowadzi do podobnie zorientowanej praktyki klinicznej i lekarskiej. Stylem uprawiania medycyny, jako nauki, stał się tzw. paradygmat biomedyczny (nazywany też redukcjonistycznym). Zakładając materialistyczny i deterministyczny obraz świata rozumie on procesy życiowe jako podległe prawom, które dają się zredukować do praw fizykochemicznych. Aby poznać funkcjonowanie organizmu należy sprowadzić złożony biomechanizm do prostszych elementów, które dostępne są szczegółowemu badaniu. Wiedza medyczna jest sumą wiedzy poszczególnych dyscyplin naukowych, tak jak organizm jest sumą organów i funkcji¹⁸. Elementem tego paradygmatu jest mechanistyczny model choroby – w którym, w myśl metafory McClellanada

ciało traktowane jest jak maszyna, naprawiana za pomocą usuwania lub wymiany wadliwych części albo niszczenia ciał obcych, stanowiących przyczynę awarii¹⁹.

Efektywność tak rozumianej medycyny była bardzo wysoka, jak np. zdecydowanie lepsze poznanie budowy i mechanizmów biologicznych organizmu człowieka, opraco-

¹⁵ To podejście wyrażone zostało także w zasadzie przyczynowego domknięcia świata, głoszącej że „każde zdarzenie, które ma przyczynę w czasie t ma przyczynę fizyczną w czasie t' ”. Zob.: Juś, 2014, s. 84.

¹⁶ Szewczyk, 2001, s. 227.

¹⁷ Antyredukcjoniści przytaczają wiele kontrargumentów: np. tezę o braku hierarchii dziedzin nauki (J. Dupré) i tezę o „wielorakiej realizacji” (H. Putnam, J. Fodor), wskazującą, że zdarzenia tego samego typu z dziedziny nauk nie–fizycznych, badanych przez różne nauki, mogą realizować się w postaci różnorodnych zdarzeń fizycznych – tzn. tego samego typu zdarzenia społeczne, psychiczne czy biologiczne nie muszą być tego samego typu zdarzeniami fizycznymi. Redukcjonizm krytykowano szczególnie z pozycji nauk społecznych, ale także przyrodniczych, głównie biologii (L. Bertalanffy – teoria systemów, F. Jacob, K. Lorenz).

¹⁸ Szawarski, 2005, s. 70.

¹⁹ Cyt. za: Sheridan, Radmacher, 1998, s. 4.

wanie zaawansowanych technik diagnostycznych (w oparciu o prawa fizyki czy analizę chemiczną), skuteczna farmakologia i znaczące postępy w leczeniu wielu chorób czy też rozwój wysokospecjalistycznych technik zabiegowych.

Jednakże model ten – co było przedmiotem krytyki Kielanowskiego – prowadzi do poważnych, negatywnych następstw praktycznych, utrwalając przekonanie, że człowiek jest tylko skomplikowanym biomechanizmem, redukowalnym do swoich części. Umysł i życie duchowe nie są więc koniecznym warunkiem prawidłowego jego działania – stąd dla medycyny nie mają większego znaczenia subiektywne doznania chorego, a w diagnozie preferuje się obiektywne badania laboratoryjne i obrazowe²⁰. Zdrowie rozumie się jako brak choroby, więc uwagę skupia się na jej właściwym zdefiniowaniu, gdzie pierwszorzędne znaczenie ma pojęcie normy, odniesione do średnich statystycznych (choroba jest wynikiem zaburzenia tzw. normalnych funkcji ustroju)²¹. Człowiek jest zdrowy, kiedy prawidłowo funkcjonuje jako organizm – ustalenie jego prawidłowych parametrów staje się najistotniejsze dla wiedzy medycznej i determinuje lekarską praktykę. Nacisk położony jest na walkę z chorobą – mniej na profilaktykę. Choroba bywa identyfikowana z jej przyczynami, w myśl teorii specyficzności, co prowadzi do zjawiska nazwanego później „ontologizacją” – traktowania jej jakoby rzeczywistego „bytu” atakującego człowieka. Pacjent zostaje w ten sposób zredukowany do nośnika chorób – co wiąże się z skłonnością nadmiernej koncentracji na samej jednostce chorobowej, z którą walczy medycyna, i pomijania osoby chorego w jej konkretnym, społecznym i przyrodniczym środowisku²².

Kryzys medycyny?

Jednostronność metodologii redukcjonistycznej, mimo jej sukcesów, w opinii Kielanowskiego, prowadzi do swoistej dysharmonii pomiędzy nauką a społecznymi oczekiwaniami, spektakularnymi osiągnięciami medycyny ratującej życie, „heroicznej” a medycyny „dnia codziennego”, postępem naukowo-technologicznym a ciągłym wzrostem ilości ludzi chorych i cierpiących²³. W latach sześćdziesiątych, i później, to odczucie jakiegoś rozdźwięku dosyć często się ujawniało, dlatego miesięcznik „Więź” (1963) przeprowadził obszerną ankietę-dyskusję zatytułowaną „Czy kryzys medycyny współczesnej?” zwracając się z tym pytaniem do lekarskich autorytetów – przeważały opinie o rzeczywistym

²⁰ Kielanowski, 1960, s. 5; Kielanowski, 1961, s. 242; Kielanowski, 1974c, s. 18.

²¹ Kielanowski, 1974b, s. 166. Por. definicja J.G. Scaddinga – „choroba to tyle co ogół odbiegających od normy zjawisk cechujących pewną grupę organizmów żywych w powiązaniu z pewną określoną wspólną cechą lub zbiorem cech, ze względu na które różnią się one od normy swoistej dla danego gatunku w taki sposób, iż jest to dla nich biologicznie niekorzystne”. Cyt. za: Wulff i in., 1993, s. 53.

²² Bilikiewicz, Kielanowski, 1964, s. 24. Konsekwencją ontologizacji choroby i koncentracji na walce jest zjawisko nazwane przez M. Wilsona „ideologią szpitalną”. Zob. Wilson, 1984, s. 32–58.

²³ Kielanowski, 1977b, s. 27.

kryzysie (np. Julian Aleksandrowicz i Antoni Kępiński). Wypowiedź Kielanowskiego była bardziej stonowana, ze względu na nieostrość i wieloznaczność tego pojęcia, mówił o trudnym etapie przejściowym²⁴. Ale w innych zajmował stanowisko zdecydowane, wskazując na konieczność przemian i dając wyraz niepokojowi, m.in. w związku z rozwijającym się na Zachodzie ruchem tzw. antymedycyny. W *Antymedycynie za progiem* pisał, że „kryzys nie był nigdy taki ostry [...] taki niebezpieczny”²⁵ i dokonywał tu ważnego rozróżnienia: trudności przeżywa głównie medycyna jako sztuka leczenia, w jej wymiarze klinicznym – w niewielkim stopniu dotyczą one nauk biomedycznych rozwijających się zgodnie z obowiązującym paradygmatem.

Kielanowski upatrywał źródeł kryzysu lekarskiej *techné* m.in. w trwałości modelu medycyny końca XIX w., który skupił się na przyrodniczym aspekcie choroby²⁶ i poszukiwał prostych, jednoczynnikowych jej wyjaśnień, co ograniczało zainteresowanie wymiarem psychologicznym i społecznym choroby. Sztuka lekarska zaczęła przegradzać się w

rzemiosło naprawiania zepsutych maszyn ludzkich, dział techniki mogący nosić nazwę „antropotechniki naukowej” a nie medycyny w jej dawnym znaczeniu²⁷.

Ujawniające się problemy wiązały z praktycznymi konsekwencjami redukcjonizmu: depersonalizacją pacjenta, uprzedmiotowieniem relacji lekarz–chory i deprecjacją wywiadu lekarskiego. Zwracał uwagę na koncentrację na sferze somatycznej (na dysfunkcji jedynie określonego narządu lub układu) i chemioterapii, na brak zaufania do medycyny naukowej i zwracanie się ku niekonwencjonalnej. Zjawiska te Kielanowski nie tylko recenzował, ale szukał ich rozwiązań.

Przekonanie Kielanowskiego o kryzysie medycyny wpisywało się w światowe trendy. Zjawisko to bywa interpretowane w filozofii medycyny w oparciu o koncepcję rewolucji naukowych T. Kuhna i jego pojęcia paradygmatu²⁸, jako zbioru przesłanek naukowego myślenia, określającego strukturę, w obrębie której poruszają się uczeni. Kryzys w nauce zaczyna się ujawniać, w miarę kumulowania się faktów niezgodnych z założeniami i podstawowymi teoriami, wykraczającymi poza aparaturę pojęciową paradygmatu. Obowiązujący styl myślenia ulega osłabieniu, w końcu załamaniu – a w konsekwencji następuje faza rewolucji naukowej i proces kształtowania się nowego paradygmatu. Co prawda bezpośrednie odniesienie koncepcji Kuhna do objaśniania przemian w medycynie nie byłoby uprawnione ze względu na jej złożoność i praktyczny wymiar, nie mniej doświadczenie trudności i ożywienie dyskusji o jej założeniach, podstawowych teoriach

²⁴ Kielanowski, 1963, s. 39; Wejroch, 1963.

²⁵ Kielanowski, 1977a, s. 1.

²⁶ Kielanowski, 1975a, s. 18.

²⁷ Kielanowski, 1960, s. 5.

²⁸ Wulff i in., 1993, s. 20–26. Zob. Kuhn, 2001.

i kategoriach mogłoby świadczyć o początkach konstytuowania się odmiennego stylu myślenia²⁹.

Krytyka teorii specyficznej etiologii

Narodzenie się teorii specyficzności wiąże się z początkami redukcjonistycznej medycyny. Tak rozumiał to już Kielanowski. Zagadnienie przyczynowości szczególnie interesowało go jako ftyzjatrę. Podejmuje je zwłaszcza w *Elementach etiologii gruźlicy człowieka*, przedstawiając krytykę tej doktryny i twierdząc, że jedyną czy też najważniejszą przyczyną zachorowania jest, w przypadku gruźlicy, zakażenie *mycobacterium tuberculosis*, ponieważ

choroba gruźlicza człowieka jest następstwem splotu (konstelacji) wielu okoliczności różnej natury, a nie tylko samego zakażenia prątkiem Kocha.

W związku z tym pytał:

Czy wolno wobec tego nazywać zakażenie prątkiem Kocha przyczyną choroby gruźliczej człowieka, a jedynie leczenie przeciwprątkowe leczeniem przyczynowym?³⁰.

Analizy Kielanowskiego odnoszą się do gruźlicy, ale mają też charakter ogólniejszy. Zwraca uwagę jego wielostronne podejście do zagadnienia: analizowanie etiologii gruźlicy i dyskusja z teorią specyficzności i redukcjonizmem są wynikiem zarówno jego własnych obserwacji lekarza klinicysty, jak i refleksji nad historią tej choroby i odwołaniem się do współczesnych mu osiągnięć, a także wcześniejszych koncepcji.

Gruźlica płuc, opisana przez Hipokratesa pod nazwą „suchoty”, była obecna w świecie starożytnym i w kolejnych okresach (zwykle związana z dużymi skupiskami ludzi) – ale głównie w formie endemicznej. Przerodzenie się endemii w groźną, zabójczą epidemię i klęskę społeczną nastąpiło w Europie na przełomie XVIII i XIX stulecia i trwało do lat sześćdziesiątych XX w.³¹. Przyczyn gruźlicy upatrywano w przeróżnych czynnikach (np. dziedzicznych zaburzeniach przemiany materii, złych warunkach bytowych, podejrzewano też jej charakter zakaźny) i poszukiwano odpowiednich sposobów leczenia. Dokonanie Kocha, zidentyfikowanie prątka gruźlicy w 1882 r., dawało nadzieję na jej rychłe pokonanie poprzez opracowanie odpowiedniego, bakteriobójczego leku lub szczepionki. Trzeba było jednak czekać wiele lat – szczepionkę opracowano dopiero w 1921 r. (A. Calmette, C. Guérin), a pierwszy skuteczny lek, streptomycynę w 1943 r.

²⁹ Por. Wulff i in., 1993, s. 26.

³⁰ Kielanowski, 1965, s. 11.

³¹ Gruźlica płuc ma wiele postaci klinicznych a pozapłucna stanowi ok. 8% (też ma kilka odmian narządowych). Obecnie, wg szacunków WHO, 1/3 ludności świata zakażona jest prątkiem gruźlicy – ok. 90% zachorowań przypada na kraje Trzeciego Świata. Zob. Porzezińska (red.), 2008, s. 160.

(S. Waksman); później pojawiły kolejne ważne: izoniazyd, etambutol, ryfampicyna – używane do dzisiaj. Wprowadzenie na szeroką skalę, po II wojnie światowej, leczenia swoistego oraz szczepień przyniosło zdecydowane efekty; od 1953 r. wyraźnie spadła śmiertelność i coraz mniej ludzi zapadało na gruźlicę³².

Dlaczego więc Kielanowski podjął krytykę doktryny specyficzności? Wydawało się, że sukcesy w leczeniu gruźlicy potwierdziły zasadność tej koncepcji i w latach sześćdziesiątych stała się ona dominującą, ale Kielanowski nazywał to „renesansem naiwnej bakteriologii”³³. Kształtowała styl medycznego myślenia w sposób uproszczony, nie tylko w odniesieniu do gruźlicy: zakażenie (lub inny czynnik) jest synonimem zachorowania, a jedynym skutecznym sposobem walki z chorobą jest leczenie swoiste. Konsekwencje takiego podejścia były poważne: w przypadku gruźlicy prowadziło do nieuprawnionego przekonania o potencjalnie szybkim zwalczeniu „białej dżumy”. Ponadto przestano interesować się innymi ważkimi zagadnieniami, jej złożonym i wieloczynnikowym charakterem. Zdaniem Kielanowskiego w niepamięć poszła ważna wcześniejsza empiria lekarska.

Przeciwko doktrynie specyficzności profesor przytacza cały szereg argumentów wynikających z: formy przebiegu epidemii – jej rozwoju i wygaszania, ze zjawiska zakażenia bezobjawowego, uwarunkowań genetycznych, znaczenia warunków socjalno-bytowych, wpływu stresu i urazów psychicznych, potencjalnej efektywności leczenia nieswoistego i in. Wychodząc od analizy epidemii gruźlicy, która w Europie największe rozmiary osiągnęła krótko po wojnach napoleońskich, wykazuje, że od połowy XIX w. umieralność na gruźlicę zaczęła stopniowo, ale systematycznie spadać (poza okresami I i II wojny światowej)³⁴ – w latach 1845–1945 umieralność obniżyła się dziesięciokrotnie: od ok. 450 do 45 zgonów rocznie na 100 tys. mieszkańców w 1945 r. Jest to jednocześnie czas globalnego zakażenia, w miastach dotyczyło praktycznie wszystkich (np. badania odczynem tuberkulinowym w okresie międzywojennym wskazywały na powszechność zakażenia, podobnie materiał sekcyjny)³⁵ – malał natomiast odsetek chorujących i umierających; coraz więcej było zakażonych bezobjawowo lub chorowało lekko i zdrowiało bez leczenia³⁶. Tendencja ta nie była wynikiem działalności leczniczej – nie istniało wówczas żadne leczenie swoiste ani nie stosowano powszechnie szczepień BCG³⁷.

Wynikają z tego wnioski: skoro zastosowanie leków przeciwprątkowych (oraz szczepień) przypada na schyłkowy czas epidemii, więc przypisywanie opanowania zachorowań

³² Kielanowski, 1965, s. 27–29.

³³ Ibidem, s. 31.

³⁴ W 1920 r. oraz w 1947 r. umieralność jest już niższa niż bezpośrednio przed wojnami. Zob. Kielanowski, 1965, s. 27.

³⁵ Np. M. Zierski podaje, że 1946 r. w Łodzi zakażonych było ok. 90 % dorosłych. Zierski, 1947, s. 339–331.

³⁶ Kielanowski, 1965, s. 27–30.

³⁷ Korzystną zmianę sytuacji epidemiologicznej (także innych chorób zakaźnych) próbowano łączyć z: poprawą warunków bytowych i odżywiania się, warunków sanitarnych (np. Dubos), naturalną selekcją lub też zmianą wirulencji patogenu. Zob. Kielanowski, 1965, s. 29.

jedynie nowoczesnej farmakologii (opartej na teorii specyficzności) jest według Kielanowskiego daleko idącym nadużyciem – i ogólniej, wygaszanie lub rozwój epidemii nie są wprost proporcjonalne do stosowania środków leczniczych i zapobiegawczych. Zwraca uwagę również na fakt nierównej ciężkości chorób epidemicznych (odry, kiły, cholery, grypy i in.) w różnych okresach ich pojawiania się – a zwłaszcza na najczęściej dramatyczny przebieg tzw. pierwszej epidemii – co wskazuje, że należy szukać przyczyn tej różnorodności w dwóch zmiennych: cechach zarazka (jego „zjadliwości”) i cechach gospodarza³⁸. Kielanowski będzie się przede wszystkim koncentrował na tej drugiej zmiennej, na roli „terenu” – czyli nieswoistych cechach ustroju człowieka.

Kluczowym kontrargumentem jest zjawisko zakażenia bezobjawowego, opisane już z końcem lat dwudziestych, m.in. przez Ch. Nicolle – dobitnie dowodzące, że infekcja nie równa się wystąpieniu choroby. W myśl krytykowanej teorii nie sposób wyjaśnić stosunkowo małej zapadalności na gruźlicę przy powszechności zakażenia; a tym bardziej, dlaczego personel zakładów przeciwgruźliczych, narażony na ciągłą ekspozycję, niekoniecznie często na nią zapada³⁹ lub dlaczego współmałżonek osoby chorej zaczyna chorować zwykle wiele miesięcy po śmierci męża lub żony, a nie w trakcie długotrwałej opieki nad nim.

Ważne odkrycie prątka gruźlicy dokonane było w sztucznych warunkach eksperymentu (na zwierzętach szczególnie wrażliwych, jak świnki morskie, zakażanych parenteralnie)⁴⁰ – dlatego Kielanowski podkreślał, że błąd Kocha polegał na tym, że nie tylko chciał wyjaśnić skomplikowane zjawisko ludzkiej choroby za pomocą prostej przyczyny, ale także na tym, że z eksperymentu na zwierzęciu wyprowadzał zbyt śmiałe wnioski na jej temat. Nie rozwinię się oczywiście gruźlica bez obecności prątków w organizmie, ale zakażenie nimi jest dla człowieka w większości przypadków nieszkodliwe. A odnosi się to również do znaczącej części tzw. chorobotwórczych drobnoustrojów – infekcja nie jest jednoznaczna z wystąpieniem choroby.

Unaoczniało to konieczność analizy warunków, które wywołują chorobę i Kielanowski przywołuje słowa E. Sergenta:

trudno sobie wyobrazić, by biologią człowieka miały rządzić prawa sprzeczne z tymi, które rządzą wszystkimi innymi objawami życia. Zboże wysiane na skale nie wyrośnie!, na polu nieurodzajnym nie wyrośnie nic⁴¹.

³⁸ W przypadku wybuchu epidemii gruźlicy z pocz. XIX w. Kielanowski uważa za mało prawdopodobną tezę o tak szybkiej zmianie cechy wirulencji, jako wyniku mutacji prątka. Zob. Kielanowski, 1965, s. 23, 29.

³⁹ Zachorowalność jest oczywiście wiele wyższa wśród personelu opiekującego się chorymi – wg ówczesnych badań, co najmniej pięciokrotnie. Jednak Kielanowski stawia pytanie, odwołując się do prac M. Gebauerowej – dlaczego ponad 90% pracowników ekspozowanych na zakażenie pozostała zdrowa. Zob. Kielanowski, 1965, s. 51.

⁴⁰ Kielanowski, 1965, s. 44. Eksperymenty z zakażeniem naturalnym, przez kontakt, przeprowadzali znacznie później A. Calmette i M.B. Lurie.

⁴¹ Kielanowski, 1965, s. 39.

Metaforyczne „nieurodzajne pole”, oporność na zakażenie, w istotny sposób ukształtowane jest genetycznie – to jeden z kierunków myślenia Kielanowskiego. Przytacza wiele prac jeszcze z I połowy XX w. podejmujących tę kwestię i prezentujących badania nad dziedziczną skłonnością do zachorowania, np.: M.B. Lurie – eksperymenty ze zwierzętami z hodowli wsobnej, K. Diehl – badania nad przebiegiem gruźlicy u bliźniąt jednojajowych (znaczące podobieństwa przebiegu choroby), F. Ickert – badania genealogiczne⁴². Niezrozumiałym było więc minimalizowanie tej sfery w okresie „nawnej bakteriologii”.

Pojęcie „terenu” w *Elementach etiologii...* jest rozumiane jednak zdecydowanie szerzej – to synteza (lub synergia) własności, które mogą sprzyjać większej lub mniejszej podatności na zachorowanie i przebieg choroby. Ma więc na to wpływ nie tylko genetyczna konstytucja, ale cały zespół uwarunkowań: poziom i warunki życia (odżywianie, warunki mieszkaniowe, higiena), wpływy środowiskowo–społeczne, przebyte lub toczące się choroby (zwłaszcza cukrzyca), alkoholizm, konstytucja psychiczna, przeżywane troski i lęki etc. Znaczna część pracy Kielanowskiego jest poświęcona właśnie rozważeniu całej gamy czynników nieswoistych, które szczegółowo analizuje (korzysta z wcześniejszej empirii klinicznej i aktualnych koncepcji) – dowodząc ich większego lub mniejszego znaczenia dla choroby gruźliczej, jej różnych postaci i przebiegu (zwłaszcza groźnych odmian gruźlicy popierwotnej). Zasadniczym rysem zarówno tu, jak i w innych publikacjach dotyczących zdrowia, choroby i przyczynowości w medycynie, jest akcentowanie znaczenia czynników psychospołecznych – przywołuje np. stosowane w latach trzydziestych pojęcie „gruźlicy psychoreaktywnej”, którym określano nagły zryw gruźlicy popierwotnej w wyniku wyjątkowo silnego urazu psychicznego⁴³.

Teorii specyficzności przeczy również, przynajmniej częściowo, efektywność leczenia nieswoistego. Leki przeciwprątkowe były „wielkim triumfem nauki” – ich skuteczność jest bardzo wysoka. Jednak dawniej – adekwatnie do upatrywania przyczyn w takim, bądź innym czynniku – próbowano stosować przeróżne formy leczenia, większość co prawda nie wytrzymała próby czasu („chyba nie ma rośliny ani minerału, których by ktoś nie zalecał jako leku przeciwko suchotom”⁴⁴), ale z końcem XIX w. zaczęto stosować metody względnie skuteczne: sztuczną odmě płucną, torakoplastykę, leczenie sanatoryjne – klimatyczne oraz dietetyczno–higieniczne. Interesującym jest brak dowodów na korzystne oddziaływanie określonego klimatu – najistotniejszy okazuje się sam fakt pobytu w sanatorium – wzmacnianie „sił” organizmu poprzez wypoczynek, oderwanie od codziennych trosk, odżywianie i in.

W zakończeniu *Elementów etiologii...* Kielanowski formułuje trzy ważne wnioski:

⁴² Ibidem, s. 31.

⁴³ Ibidem, s. 72.

⁴⁴ Kielanowski, Szeleżyński, 1972, s. 25.

- naturalne zakażenie człowieka *mycobacterium tuberculosis* nie wywołuje w większości wypadków żadnej postępującej choroby; regułą jest zakażenie bezobjawowe, natomiast choroba jest wyjątkiem⁴⁵;
- osobnicza, nieswoista skłonność do zachorowania na gruźlicę jest uwarunkowana genetycznie⁴⁶;
- każdy człowiek bezobjawowo zakażony prątkiem Kocha może zachorować na gruźlicę płuc niezależnie od wieku, a „wpływ na zachorowanie wywiera nędza, pojęcie złożone z wielu elementów – natury materialnej i moralnej. Nędza wywołuje stan fizjologicznej bezbronności, nazywany stresem”⁴⁷.

Konkluzje te wiele mówią o naturze chorób w ogóle, wskazując na trzy zasadnicze klasy czynników w sieci kazualnej: swoiste przyczyny, uwarunkowania genetyczne i system odpornościowy oraz różnego rodzaju przyczyny nieswoiste.

Interesujące jest tu pojęcie nędzy⁴⁸, któremu Kielanowski poświęcił wiele uwagi, a które wydaje się anachroniczne i w XX w. zarzucone w koncepcjach medycznych (choć gruźlicę czasem nazywano „chorobą nędzy”). Rozumie to pojęcie szeroko – wykraczając poza konwencję językową – nie tylko jako skrajne ubóstwo, niedostatki bytowe. Odnosi je do jednostki, całej rodziny, grupy społecznej czy też kraju. To uogólnione pojęcie „nędzy” można zanalizować, rozkładając je na wiele czynników prostych dotyczących

mieszkania i ubrania [...] i jakości odżywienia, warunków pracy i przepracowania, stopnia swobody i wolności osobistej, odczuwanego ucisku politycznego, itd. Żaden czynnik, spośród wyliczonych, istniejący samodzielnie, nie upoważnia jeszcze do rozpoznawania nędzy, ani nie bywa subiektywnie odczuwany jako nędza.[...] odczucia subiektywne ludzi znajdujących się w sytuacji, którą mamy określić, są bowiem równie istotne, jak stwierdzenia obiektywne⁴⁹.

Zdaje sobie sprawę, że tak nieprecyzyjny termin można uznać za nienaukowy⁵⁰, stosuje go jednak celowo, a najistotniejszym i nowym jest odniesienie nędzy do sfery *psyche* – na oznaczenie wszelkich depresyjnych czynników psychicznych, utrwalonych negatywnych emocji, urazów, czyli tego wszystkiego, co wiąże się z doświadczeniem stresu, który jest ważnym składnikiem sieci przyczynowej choroby.

⁴⁵ Wyjaśnia, że na podstawie danych dotyczy to Europy w II poł. XX w., ale w innych krajach i czasach może być inaczej.

⁴⁶ W gruźlicy cecha skłonności jest raczej dominująca i kumulatywna. Jednak wobec wymierania nosicieli (zwłaszcza w okresach epidemii) przed pozostawieniem potomstwa, procent osobników o skłonnościach genetycznych maleje w kolejnych pokoleniach.

⁴⁷ Zob. Kielanowski, 1965, s. 112.

⁴⁸ Przynajmniej od czasów rzymskich łączono występowanie gruźlicy z nędzą (dotykała głównie plebejuszy). Pojęciem nędzy posługiwano się przed epoką Kocha, ale używał go także R. Virchow w odniesieniu do innych chorób epidemicznych.

⁴⁹ Kielanowski, 1965, s. 59.

⁵⁰ Ibidem, s. 58.

Dlatego Kielanowski uważał, że pojęcie etiologii trzeba poddać „gruntownej rewizji”, oprzeć je o

teorię jedności człowieka z przyrodą, ze światem, ze środowiskiem, w którym żyje, którego wpływom ulega bez przerwy i na który sam nieustannie wpływ wywiera⁵¹.

Jego celem było ukazanie i uświadomienie złożonej sieci kazualnej choroby człowieka; *Elementy etiologii...* dotyczą gruźlicy – w przypadku innych chorób konstelacja czynników będzie odpowiednio różna, ale zawsze z udziałem „nieswoistych”. Pierwszoplanowym jest jednak wymiar praktyczny – wskazujący na konieczność wieloaspektowych badań nad przyczynowością oraz metodami terapii i zapobiegania. Wnioski dotyczące zapanowania nad chorobami epidemicznymi nie są zbyt optymistyczne – ze względu na złożoną sieć przyczynową. Walka z nimi jest realna, wymaga jednak zaangażowania znacznych środków medycznych i społecznych, a czasem stworzenia całego systemu organizacyjnego⁵². Istotnym jest przeciwdziałanie – np. likwidacja nędzy, w szerokim rozumieniu (jak w przypadku gruźlicy), troska o środowisko przyrodnicze i społeczne.

Krytyka doktryny specyficzności dotyczyła jeszcze innego aspektu. Wynikało z niej, że dzięki wskazaniu czynnika zakaźnego byłaby możliwa jego całkowita eliminacja. A jest to niewykonalne, gdyż zawsze może przetrwać w jakimś rezerwuarze, dlatego też pełna eradykacja chorób zakaźnych jest mało prawdopodobna. I o ile walka z chorobą może być w pewnym zakresie skuteczna, to walka ze światem mikroorganizmów jest skazana na niepowodzenie⁵³.

Ważną rolę w eksponowaniu złożonego charakteru choroby przez Kielanowskiego odegrały prace R. Dubosa, H. Selye’go i H. Dawydowskiego, którzy wykazywali, że liczba „przyczyn chorobowych jest wręcz nieskończona” i że „rzeczywistość jest znacznie bardziej skomplikowana, niż sądzili twórcy teorii specyficzności chorób”⁵⁴. Inspirował się ich pracami, ale też odnajdował w nich potwierdzenie swoich obserwacji i intuicji oraz ich rozwinięcie. Niezwykle cenił Dubosa⁵⁵, jednego z czołowych mikrobiologów a jednocześnie krytyków uproszczonej etiologii chorób i tendencji redukcjonistycznych; czerpie wiele z jego idei „nowej medycyny hipokratesowej” i dynamiczno–adaptacyjnej koncepcji zdrowia. Z uznaniem odnosił się do osiągnięć Selye’go, którego teoria stresu uzasadniała jego lekarskie spostrzeżenia i bardzo wcześnie zaadoptował ją do wyjaśniania różnych zjawisk związanych z chorobą i jej przebiegiem. Koncepcję Selye’go uważał za antytezę nauki o specyfice chorób⁵⁶ i przyjmował, że stresorami mogą być praktycznie wszystkie

⁵¹ Ibidem.

⁵² Podstawą stworzenia takiego systemu w okresie panowania gruźlicy w Polsce była *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy z 1959 r.*

⁵³ Kielanowski 1965, s. 106.

⁵⁴ Kielanowski, 1974a, s. 12.

⁵⁵ Jest autorem tłumaczenia książki Dubosa *Mirage of Health (Miraze zdrowia)* z 1959 r.

⁵⁶ Kielanowski, 1965, s. 54.

nieswoiste czynniki, stresorem może być nawet każda zmiana warunków życia, chociażby w ocenie obiektywnej nie była to zmiana na gorsze.

Rola czynników psychicznych

Już w 1938 r. Kielanowski opublikował artykuł *Rola układu nerwowego i psychiki w odporności. Próba ujęcia zagadnienia odporności z punktu widzenia teorii holizmu*⁵⁷, w którym zwracał uwagę na konieczność komplementarnego rozumienia człowieka w medycynie. Odwoływał się do badań prowadzonych w ramach medycyny korowo-trzewnej przez S. Metalnikowa i W. Chorina, którzy przeprowadzali eksperymenty dotyczące odporności przeciwzakaźnej u zwierząt – uzasadniające znaczenie układu nerwowego i psychiki w całokształcie fizjologii i patologii. Konkluduje tu, że oddziaływanie psychiczne jest „istotnym czynnikiem, który zwiększa w sposób wymierny siły i ciała odpornościowe organizmu”⁵⁸.

Ukazywanie roli czynników psychicznych, a także społecznych w zdrowiu i chorobie jest jednym z wciąż powracających tematów. Często przypominał, że człowiek jest całością psychofizyczną, więc podział na *soma* i *psyche* (ugruntowany kartezjańskim dualizmem) jest podziałem sztucznym. Psychiczne i duchowe życie pacjenta powinno być w medycynie równie ważne jak kondycja jego ciała – *soma* i *psyche* nie są odrębnymi częściami człowieka, lecz stanowią jedność, są przejawami tego samego biologicznego zjawiska życia. Dlatego, jak pisał w artykule *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie* –

żadnych znakomitych zdobyczy ostatniego stulecia opartych na fizyce i chemii nie wolno odrzucać, na odwrót, należy je nadal bogacić, natomiast nadrabiać trzeba czas stracony w zakresie badania roli czynników psychicznych [...]⁵⁹.

Sfera psychiczna – świadomość, pamięć, emocje, przeżycia – odgrywają ważną rolę w sieci przyczynowej. Tym bardziej, że choroba nie jest prostą, bezpośrednią

reakcją narządu lub układu na proste, swoiste uszkodzenie, ale zmienionym stanem biologicznym całego ustroju. [...] nie choruje nigdy pojedynczy narząd, ale zawsze cały człowiek, [a] „nie jest całym człowiekiem, jeżeli się pomija jego świadomość, jego życie psychiczne, zajmujące pośród fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych człowieka najprawdopodobniej centralną pozycję”⁶⁰.

Doświadczenie choroby wiąże się przede wszystkim z subiektywnymi doznaniem (ang. *illness*). Zdarzają się bezobjawowe okresy choroby (jak w przypadku

⁵⁷ Kielanowski, 1938.

⁵⁸ Ibidem, s. 68.

⁵⁹ Bilikiewicz, Kielanowski, 1964, s. 21.

⁶⁰ Ibidem, s. 24.

nowotworów) i osoba, która nie odczuwa dolegliwości – w kategoriach przedmiotowych – jest obiektywnie chora (w rozumieniu ang. *disease*). Psychika odgrywa jednak szczególną rolę, zarówno w przebiegu choroby, jak i poprzez nadawane chorobie znaczenie. Dla doznającego jej człowieka jest nade wszystko cierpieniem, które w subiektywnym odczuciu jest zasadniczą jej treścią. Kielanowski wskazywał, że pojęcie cierpienia, którym dawniej nazywano chorobę, znika w ogóle z lekarskiego słownictwa, a

jest ono ważną, prawdziwą i istotną cechą każdej ludzkiej choroby i wymaga takiej samej uwagi ze strony lekarza jak wszystkie inne objawy⁶¹.

Tak jak urazy fizyczne mogą powodować reakcje psychiczne lub nawet psychiczne stany chorobowe – analogicznie – urazy psychiczne mogą być i często są przyczyną zaburzeń somatycznych. Wiele z nich, w etiologii których wykazano udział urazów psychicznych, nazwano chorobami psychosomatycznymi, jak np. choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy⁶². Odwołując się do badań Selye'go, przypomina Kielanowski, że również u zwierząt, w odpowiednim eksperymencie, można poprzez stres wywołać stany chorobowe dosyć podobne np. do choroby wrzodowej człowieka. A człowiek, z uwagi na niezwykle skomplikowany ośrodkowy układ nerwowy jest systemem bez porównania czulszym. Jego zdaniem wielu chorób nie zaliczono jeszcze do psychosomatycznych tylko dlatego, że „albo brak dostatecznie przekonujących spostrzeżeń albo brak odwagi, aby obalić pewne, zbyt mocno zakorzenione teorie i zapatrywania”⁶³ – i właściwie każda, w przypadku której znaczącą rolę odgrywają determinanty psychiczne lub która sprawia, że samopoczucie psychiczne istotnie się pogarsza, może być nazwana „psychosomatyczną”. Unaoczniając fakt – zwykle nieznaną odzwierciedlenia w praktyce medycznej – istotnego wpływu sfery *psyche* na patogenezę, przytaczał ilustracje innych chorób, uchodzących za somatyczne, jak np. alergiczne, w których swoisty alergen może zostać zastąpiony nawet swoim symbolem⁶⁴ i spowodować uczuleniową reakcję organizmu. Z kolei życiowe sytuacje, wyzwania wymagające dużej mobilizacji, mogą chronić (pozytywny wpływ stresu), przynajmniej na jakiś czas, przed zachorowaniem.

Jeśli czynniki psychiczne odgrywają tak ważną rolę wśród przyczyn, to mają równie ważkie znaczenie w terapii⁶⁵. W większości chorób ich przebieg ulega zmianie pod wpływem afektów i stanu umysłu pacjenta. Nawet przy znikomym znaczeniu przyczynowym,

⁶¹ Kielanowski, 1974a, s. 12.

⁶² Mimo, że dziś wskazuje się na znaczenie bakterii *Helicobacter pylori* – nie jest to czynnik ani konieczny, ani wystarczający.

⁶³ Bilikiewicz, Kielanowski, 1964, s. 21.

⁶⁴ Ibidem, s. 25.

⁶⁵ Wpływem czynników psychicznych wyjaśniał oddziaływanie zdrowotne, najczęściej krótkotrwałe, różnych metod medycyny alternatywnej, gdzie zasadniczą rolę odgrywa wiara w ich skuteczność.

zawsze mogą wpływać na jej przebieg, dynamikę i wyzdrowienie⁶⁶, a na to wskazuje obserwacja kliniczna. Okres hołdowaniu mechanicyzmowi utrwalił jednak poszukiwanie jedynie zabiegowych lub chemicznych metod i środków leczniczych – „magicznych pocisków medycyny” według określenia Dobosa, piszącego, że „leki zajęły centralną pozycję w umysłach” – i niezależnie od natury choroby „najważniejszym zadaniem jest odkrycie magicznego pocisku, który byłby zdolny osiągnąć i zniszczyć demona w ustroju człowieka”⁶⁷.

Oddziaływaniu psychicznemu – w głównym nurcie medycyny redukcjonistycznej – odmawiano w związku z tym wpływu na leczenie, uznając, że jest co najwyżej niewiele znaczącym dodatkiem. Zdaniem Kielanowskiego jest to postawa niezrozumiała, tym bardziej iż nie budzi zadziwienia fakt, że choroby rzekomo czysto psychiczne, schizofrenie, depresje i in. możemy już

leczyć wcale skutecznie metodami fizycznymi, chemicznymi, a nawet chirurgicznie, ale fakt odwrotny, a niewątpliwy, że choroby rzekomo czysto somatyczne poddają się nieraz leczeniu psychoterapeutycznemu, toruje sobie z oporami drogę do świadomości lekarzy⁶⁸.

Oddziaływaniem na psychikę, psychoterapią w najprostszej formie jest już właściwy, bliski i oparty na życzliwym zainteresowaniu kontakt lekarza z pacjentem i umiejętnie prowadzony dialog – gdzie też istotne znaczenie ma etos lekarza i sama jego osobowość, sposób zachowania, mówienia, gesty, etc.; wszystko to ma wpływ na chorego⁶⁹. A współczesny specjalista, który potrafi wiele wyczytać z wyników laboratoryjnych, przestaje czasem w ogóle rozmawiać z chorym, „bo nieudolnie formułowane skargi wydają mu się nudne i niepotrzebne”⁷⁰; koncentrowanie się na przedmiotowym leczeniu, powoduje, że potrzeba wzbudzenia pozytywnych emocji, nadziei jest przez lekarzy niedoceniana⁷¹.

Należy podkreślić, że ukazywanie przez Kielanowskiego znaczenia psychicznych uwarunkowań zdrowia i choroby, a także społecznych, poprzedzało wyodrębnienie się psychologii zdrowia na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych (a także poprzedzającej ją psychologii medycznej). Przypadało natomiast na czas rozwoju socjologii medycyny. Już w 1950 r. pisał, że

każdy przypadek zachorowania stwarza zagadnienie psychologiczne i zagadnienie społeczne [a każda choroba] najbardziej zdawałoby się błaha, posiada swój aspekt psychologiczny

⁶⁶ Dzisiaj fakt, że system odpornościowy ulega zmianie pod wpływem stanów psychicznych nie jest generalnie poddawany w wątpliwość. Zob. Florkowski i in., 2008.

⁶⁷ Dubos, 1962, s. 136–137.

⁶⁸ Bilikiewicz, Kielanowski, 1964, s. 25.

⁶⁹ Najwięcej uwagi poświęcił psychoterapii chorych terminalnie w koncepcji eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu.

⁷⁰ Kielanowski, 1961, s. 242.

⁷¹ Zob. Kielanowski, 1974c.

i społeczny, i badanie tych aspektów i rozwiązywanie zagadnień, które one stwarzają, musi być w przyszłości w większej mierze niż dotąd zadaniem lekarza i współczesnej medycyny”⁷².

Zdynamizowanie badań nad psychospołecznymi aspektami choroby–zdrowia w ostatnich dekadach XX w. wiązało się ze zmianami w społecznej strukturze chorób i przyczyn zgonów w krajach uprzemysłowionych, gdzie na początku stulecia dominowały choroby zakaźne o ostrym, często epidemicznym przebiegu (tyfus, gruźlica, ciężkie postaci grypy) a po jego połowie zaczęły przeważać przewlekłe choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, udary; znacząco wzrosła ilość nerwic i chorób psychicznych. Procesy te ujawniały potrzebę odwołania się do psychologii i nauk społecznych oraz wymuszały przemiany w medycynie⁷³. Odkrywanie roli determinant psychicznych i społeczno–kulturowych oraz ich zwiększającego się, w związku z przemianami cywilizacyjnymi, wpływu na zdrowie, dowodziło, że tradycyjne redukcjonistyczne podejście jest niewystarczalne i rodziło potrzebę szerszego spojrzenia – biopsychospołecznego, i był to kierunek wytyczany również przez Kielanowskiego.

Humanistyczny wymiar medycyny

Kielanowski, wcześniej dostrzegając konsekwencje redukcjonizmu, wskazywał, że ich przewyższenie wymaga głębokich przemian w medycynie, której nie wolno zapominać, że zajmuje się człowiekiem jako całością – konieczne jest przywrócenie jej charakteru bardziej holistycznego. Wszystkie zdobycze nauk medycznych i odkrycia przyrodnicze są cenne, podobnie jak technologiczny postęp, w obrębie metod diagnostycznych i terapeutycznych – bo dzięki temu można zdecydowanie więcej zrobić dla chorych. Należy jednak te osiągnięcia ująć w nowej perspektywie, nie redukcjonistycznej, rozpoczynając od otwarcia się medycyny na wiedzę humanistyczną – psychologiczną, socjologiczną, filozoficzną – i korzystać z jej osiągnięć.

Tym, co paradoksalnie oddaliło sztukę leczenia od człowieka chorego – jak pisał – był

bałwochwalczy kult abstrakcyjnej nauki, zła organizacja pracy i mechanizacja medycyny, jednym słowem to, co dość trafnie nazywamy dehumanizacją naszego zawodu”⁷⁴.

Nazywa to dehumanizacją, bo medycyna zagubiła aspekt ludzkiej podmiotowości. Dlatego należy przywrócić ten utracony wymiar, uczynić medycynę ponownie nauką także humanistyczną – za P. Delorem i neohipokratejczykami proces ten nazywa rehumanizacją⁷⁵, która musi

⁷² Kielanowski, 1950, s. 83.

⁷³ Heszen–Niejodek, 1998, s. 48.

⁷⁴ Kielanowski, 1983, s. 18.

⁷⁵ Kielanowski, 1960, s. 2.

widzieć człowieka całego, a wszechstronne widzenie człowieka i jego fizyczne i duchowe bogactwo, jest właśnie istotą humanizmu⁷⁶.

Motyw humanizmu był często przywoływany w wypowiedziach Kielanowskiego, a ostatni napisany przez niego w 1991 r. artykuł nosił tytuł *O potrzebie rehumanizacji medycyny* i był przesłaniem lekarza mijającego stulecia. Mówi w nim

o ogromnym postępie medycyny, a z drugiej strony o jej trudnościach, o zapoznaniu podstawowej prawdy, że choroba w wymiarze podmiotowym jest fizycznym i moralnym cierpieniem⁷⁷.

W jego przekonaniu zadaniem medycyny u progu XXI w. jest właśnie doskonalenie walki z cierpieniem, a nie tylko z przedmiotowo rozumianą chorobą, dlatego

należy uzupełnić naukę i praktykę medyczną, i – jeżeli się tak można wyrazić – humanizować lub rehumanizować sztukę lekarską, pamiętając, że człowiek nie jest maszyną, którą można naprawić tak, jak naprawiamy przedmioty⁷⁸.

Przywracanie medycynie tego wymiaru powinno dokonywać się na wielu płaszczyznach: w samej nauce a zwłaszcza sztuce lekarskiej, poczynając już od opracowania odpowiednich programów kształcenia na uczelniach medycznych⁷⁹, a także w organizacji służby zdrowia.

Humanistyczna perspektywa medycyny obejmuje różne jej sfery (w tym zagadnienia etyczne)⁸⁰ i ma konkretny sens teoretyczny i praktyczny, a w kontekście omawianej problematyki dotyczący m.in.:

- poszerzenia biomedycznej orientacji i wyjścia poza mechanistyczne objaśnienia, bo człowiek jest żywym i dynamicznym systemem; złożoność psychofizycznej natury człowieka i jej relacyjny charakter (społeczeństwo, środowisko), stanowi o wielowymiarowej naturze zdrowia i choroby;
- konieczności wieloczynnikowej interpretacji etiologii chorób; ich podłożem jest (zwykle) złożona sieć kausalna obejmująca czynniki psychiczne, społeczne, środowiskowe, a nie tylko swoiście biologiczne;
- waloryzacji subiektywnego wymiaru choroby, który ma szczególne znaczenie w jej osobowym doświadczeniu – a w nim jest cierpieniem. Determinanty psychiczne odgrywają też znaczącą rolę w terapii. Możliwe jest wzmacnianie potencjału psychicznego,

⁷⁶ Kielanowski, 1959, s. 5.

⁷⁷ Kielanowski, 1992, s. 84.

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ Kielanowski, 1975b, s. 23.

⁸⁰ Zagadnienia etyki medycznej były główną dziedziną refleksji Kielanowskiego. Był m.in. redaktorem i współautorem Etyki i deontologii lekarskiej (1980; 1985), przez wiele lat jedyne opracowania z tego zakresu.

istotnego w każdej chorobie i zachowaniu zdrowia⁸¹ (budowanie odporności). Stąd znaczenie „psychoterapii” – jako pozytywnego oddziaływania w codziennej praktyce lekarskiej;

- indywidualizacji terapii – ze względu na niepowtarzalność człowieka przebieg choroby jest osobniczy i rokowanie odmienne, dlatego pacjent wymaga bardziej zindywidualizowanego podejścia medycznego;
- pozytywnego rozumienia zdrowia, które nie jest tylko brakiem choroby, ale wymaga „poczucia siły, zdolności do pokonywania przeszkód, czynienia [...] wysiłków fizycznych i umysłowych, a nawet chęci do czynienia wysiłków”⁸². Natura zdrowia jest biopsychospołeczną oraz ma dynamiczny i homeostatyczny charakter, wiążący się ze zdolnością adaptacji do warunków „środowiska”;
- relacji lekarz–pacjent – opartych na życzliwości i współczuciu, szacunku dla pacjenta i jego autonomii. Wymaga tego etyka lekarska, ale kształt tej relacji ma wymiar pragmatyczny – bo również od niej zależy powodzenie terapii; odpowiedni kontakt ma wpływ na emocje, sferę psychiczną chorego. Dlatego ważna jest umiejętność rozmowy z chorym, gdzie chodzi zarówno o jej wartość diagnostyczną, jak i terapeutyczną.

Zakończenie

Redefinicja medycyny była zasadniczym celem krytycznych analiz Kielanowskiego. Przekonanie o konieczności zmiany perspektywy w medycynie wynikało z jego wieloletniego doświadczenia klinicznego i z obserwacji licznych niepożądanych zjawisk (jak np. symplifikacja natury choroby, uprzedmiotowienie pacjenta). Skutkowało to odczuciem kryzysu medycyny, zwłaszcza w jej społecznym wymiarze. Kielanowski dążył do zdiagnozowania podłoża tych zjawisk, a przyczyn różnych trudności upatrywał w ówczesnym modelu medycyny opartym na redukcjonistycznym stylu myślenia. Model ten przyniósł postęp i sukcesy poznawcze, diagnostyczne, terapeutyczne i technologiczne, ale skoncentrował się jedynie na sferze somatycznej, przyrodniczej.

Doktryna specyficzności, która jest wyrazem metodologii redukcjonistycznej, stała się filarem tzw. mechanicznej koncepcji choroby – węzłowej teorii w obrębie paradygmatu biomedycznego. Przeprowadzona przez Kielanowskiego analiza doktryny specyficzności dotyczy samych podstaw medycyny – fundamentalnego dla niej pojęcia choroby. Upraszczając jej rozumienie poprzez redukcję do jednego decydującego czynnika, koniecznego i wystarczającego, może prowadzić do nieadekwatnej terapii i profilaktyki. Dlatego uważał, że pojęcie etiologii trzeba poddać „gruntownej rewizji”. Jego krytyka do-

⁸¹ Problematyka ta podjęta została wielostronnie np. w interakcyjnej koncepcji stresu i radzenia sobie R.S. Lazarusa i S. Folkmana, a zwłaszcza w koncepcji salutogenezy A. Antonovsky’ego.

⁸² Kielanowski, 1961, s. 69; Kielanowski, 1974b. Nie tworzył nowej definicji, włączał się w dyskusję. Bliska była mu definicja zdrowia WHO (mimo jej braków, jak idealizacja czy statyczność). Najczęściej nawiązywał do dynamiczno–adaptacyjnej koncepcji Dubosa.

wodzi wieloczynnikowego podłoża chorób, co wynika już z samej złożoności systemów biologicznych, wśród których człowiek zajmuje wyjątkową pozycję, a wielowarstwowość jego natury, jego psychika oraz uwarunkowania społeczne i środowiskowe muszą być uwzględniane w nauce i praktyce medycznej. Wieloaspektowość choroby wymaga nie tylko poznania jej „biologii” odniesionej do procesów fizyko–chemicznych, ale też całego kontekstu biopsychospołecznego i jego dynamiki. W leczeniu i zapobieganiu chorobom konieczne jest branie pod uwagę złożonej sieci kazualnej.

Kielanowski uzasadniając, że zagadnienie przyczynowości w medycynie należy rozumieć szerzej, odwoływał się do światowych nurtów: medycyny korowo–trzewnej, amerykańskiej psychosomatyki, niemieckiej szkoły fenomenologicznej oraz do prac Selye’go i Dubosa⁸³. Wszystkie te ujęcia akcentowały znaczenie sfery psyche oraz kontekstu społecznego lub środowiskowego w zdrowiu i w chorobie. Wskazywały na niedostatki redukcjonistycznego paradygmatu, podkreślając, że zdrowie i choroba mają wiele wymiarów – tym samym zmieniały medyczny styl myślenia.

W 1977 r. w „Science” ukazał się, uważany za przełomowy, artykuł G. Engela *Zapotrzebowanie na nowy model medyczny: wyzwanie dla biomedycyny*, w którym autor pisał:

stoimy w obliczu konieczności poszerzenia podejścia do chorób, tak aby uwzględniało ono czynniki psychospołeczne, nie rezygnując z wielkich zalet podejścia biomedycznego⁸⁴.

Słowa te właściwie mogłyby puentować stanowisko Kielanowskiego, jednak – co istotne – chodziło mu również o zmianę podejścia do człowieka chorego, jako podmiotu działań medycznych. Dlatego też przewyżczenie redukcjonizmu i jego konsekwencji prowadziło go do wypracowywania humanistycznego modelu medycyny. Stąd w korespondencji do prof. T. Brzezińskiego pisał kontrowersyjnie:

medycyna uchodzi niesłusznie za naukę przyrodniczą, bo jest nauką humanistyczną *par excellence*; jest nauką o człowieku, istocie, która zajmuje w tzw. przyrodzie miejsce szczególnie [...] Nie badamy przyrody człowieka z samej tylko ciekawości, badamy ją świadomie antropocentrycznie po to, by nam wiedza służyła⁸⁵.

Humanistyczną koncepcję medycyny, formułowaną przez Kielanowskiego można rozumieć jako jedną z prekursorskich wersji antyredukcjonistycznego, holistyczno–systemowego paradygmatu medycyny, który odmiennie ujmuje podstawowe ogólnomedyczne pojęcia, teorie i jej cele, odmiennie pojmuje człowieka i podejście do chorego.

⁸³ Poprzez swoje publikacje i tłumaczenia książek (R. Dubosa, K. Engelhardta) przybliżał te nowe style myślenia o zagadnieniach medycznych.

⁸⁴ Cyt. za: Sheridan, Radmacher, 1998, s. 6.

⁸⁵ Cyt. za: Wdowiak, 1992, s. 137.

Bibliografia

1. Aronowitz R.A. (1998) *Making sense of illness: science, society, and disease*, Cambridge: University Press.
2. Bilikiewicz T., Kielanowski T. (1964), Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie, „Zdrowie Publiczne”, nr 1/2.
3. Blaxter M. (2009), *Zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!.
4. Dubos R. (1962), *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, Warszawa: PZWL.
5. Firkowska–Mankiewicz A. (2009) , *Teorie przyczyn chorób*, w: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
6. Florkowski A., Gałęcki P., Talarowska–Bogusz M., Zboralski K. (2008), Zaburzenia emocjonalne i psychosomatyka, „Polski Merkurusz Lekarski” 2008, nr 25.
7. Grobler A. (2006), *Metodologia nauk*, Kraków: Wydawnictwo Aureus.
8. Heszen–Niejodek I. (1998), *Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia*, „Acta Universitatis Palackianae Olomucensis”, nr 32.
9. Juś M. (2014), *Spór o redukcjonizm w medycynie*, Toruń: Wydawnictwo UMK.
10. Kielanowski T. (1938), Rola układu nerwowego i psychiki w odporności, „Polska Gazeta Lekarska”, nr 4.
11. Kielanowski T. (1950), Psychologiczne i społeczne zagadnienia gruźlicy, „Wiadomości Lekarskie”, nr 3.
12. Kielanowski T. (1959), Twórca doktora Knocka, „Służba Zdrowia”, nr 51.
13. Kielanowski T. (1960), Antropotechnika czy medycyna, „Argumenty”, nr 5.
14. Kielanowski T. (1961), *Propedeutyka medycyny. Wstęp do studiów lekarskich*. Warszawa: PZWL.
15. Kielanowski T. (wypow.) (1963), Czy kryzys medycyny współczesnej?, „Więź”, nr 4.
16. Kielanowski T. (1965), *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa: PZWL.
17. Kielanowski T., Szeleżyński K. (1972), *Cała prawda o gruźlicy płuc*, Warszawa: PZWL.
18. Kielanowski T. (1974a), Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia, „Problemy”, nr 12.
19. Kielanowski T. (1974b), *Zdrowie człowieka*, w: K. Maślankiewicz (red.), *Człowiek i Nauka*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
20. Kielanowski T. (1974c), *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, „Problemy”, nr 6.
21. Kielanowski T. (1975a), *Mała filozofia medycyny*, „Czas”, nr 5.
22. Kielanowski T. (1975b), *O potrzebie humanistycznego wykształcenia lekarzy*, „Kwartalnik Akademii Medycznych”, nr 1.
23. Kielanowski T. (1977a), *Antymedycyna za progiem*, „Argumenty”, nr 46.
24. Kielanowski T. (1977b), *Medycyna rajy nie przyrzeka*, „Polska”, nr 8.
25. Kielanowski T. (1983), *Renesans myśli moralnej w medycynie*, „Polski Tygodnik Lekarski”, nr 33/34.
26. Kielanowski T. (1992), *O potrzebie rehumanizacji medycyny*, w: K. Imieliński (red.), *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
27. Kuhn T. (2001), *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa: Fundacja Aletheia.
28. Ostrowski W. (1995), *Wkład Pasteura do rozwoju mikrobiologii i biotechnologii*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego”, nr 58.
29. Paprzycka K. (2005), *O możliwości antyredukcjonizmu*, Warszawa: Wydawnictwo Semper.
30. Porzezińska M. (red.) (2008), *Choroby układu oddechowego i gruźlica*, Gdańsk: Akademia Medyczna.

31. Ross L.N. (2018), The doctrine of specific etiology, „Biology & Philosophy”, nr 37.
32. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998), Psychologia zdrowia, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
33. Szawarski Z. (2005), Mądrość i sztuka leczenia, Gdańsk: Słowo/ Obraz Terytoria.
34. Szewczyk K. (2001), Dobro, zło i medycyna, Warszawa: PWN.
35. Urbanek A. (1987), Redukcjonizm, w: M. Iżewska (red.) Filozofia a nauka: zarys encyklopedyczny, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
36. Wdowiak J. (1992), Profesor Tadeusz Kielanowski a historia medycyny, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, nr 2.
37. Wejroch J. (1963), W poszukiwaniu źródeł kryzysu, „Więź”, nr 4.
38. Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. (1993), Filozofia medycyny, Warszawa: PWN.
39. Zierski M. (1947), Gruźlica w Łodzi po wojnie, „Gruźlica”, nr 15.
40. Zwolska Z. (2013), Robert Koch – bakteriolog, lekarz, humanista, „Nauka”, nr 4.