

Nina Putała

 <https://orcid.org/0000-0002-2084-2518>

 ninajoannaputala@gmail.com

Centrum Działań Profilaktycznych w Wieliczce

Doskonalenie zawodu lekarza przy zastosowaniu metody fenomenologicznej – szanse i trudności

 <https://doi.org/10.15633/lie.32102>

Abstrakt

Doskonalenie zawodu lekarza przy zastosowaniu metody fenomenologicznej – szanse i trudności

Havi Carel, współczesna propagatorka podejścia fenomenologicznego, zauważa, że fenomenologia może odegrać bardzo ważną rolę w rozwoju metod leczenia, a jednak taki zamysł nie jest w środowisku lekarskim powszechnie znany. Metoda ta rzadko jest wykorzystywana w szkoleniach nastawionych na udoskonalenie praktyki lekarskiej. Artykuł koncentruje się więc na pytaniach, czy i gdzie w medycynie jest „miejsce” na fenomenologię. Rola tego nurtu ujawnia się szczególnie wtedy, gdy fenomenologiczne podejście do pacjenta zestawia się z niezbędnym w medycynie ujęciem naukowym. W świetle tego ostatniego chory pojmowany jest jako przypadek kliniczny. Fakty naukowe są podłożem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Z kolei w przypadku metody fenomenologicznej niewątpliwym atutem jest możliwość docierania do przeżyć pacjenta i wartości obecnych w leczeniu. Wyzwaniem pozostaje jednak sposób wykorzystania myśli fenomenologicznej w praktyce lekarskiej. Celem artykułu jest ukazanie, że medycyna oparta na dowodach nie może być jedyną i wyczerpującą odpowiedzią na złożoną sytuację leczenia. Perspektywa filozoficzna uzupełnia ten brak, a jej wprowadzenie jest możliwe poprzez wypracowanie podejścia fenomenologicznego względem tych obszarów medycyny, które nie poddają się uprzedmiotowieniu do obiektu badania.

Słowa kluczowe: doświadczenie pacjenta, fenomenologia, medycyna oparta na dowodach, model biopsychospołeczny, postawa lekarska

Abstract

Improving the quality of medical practice using phenomenological method – chances and difficulties

Havi Carel, a modern advocate of the phenomenological approach, notes that phenomenology can play a very important role in development of medical treatment methods. However she thinks that the phenomenological approach is not known in the medical community. This method is rarely used in training aimed at improving the quality of medical practice. This article is focused on the questions of whether and where there is a “place” for phenomenology in medicine. The role of phenomenology is revealed especially when the phenomenological approach to the patient is compared with the scientific approach necessary in medicine. In the light of the latter, the patient is treated as a clinical case. Scientific facts are the basis for diagnostic and therapeutic procedures. Phenomenological method—in contrast—offers undoubted advantage, the ability to reach the patient’s experiences and the values that are present in the treatment. However, the possibility of introducing a phenomenological approach to medical practice remains a challenge. The aim of the article is to show that evidence-based medicine cannot be the only and comprehensive answer to a complex treatment situation. The philosophical perspective compensates for this deficiency, and its introduction is possible through the development of a phenomenological approach to those problems of medicine which are not descriptive by objective categories.

Keywords: phenomenology, evidence-based medicine, patient’s lived-experience, doctor’s attitude, biopsychosocial model

Zawód lekarza wiąże się z częstym kontaktem z ludzką niemocą. Bezradność, której świadkiem jest lekarz, przejawia się w różny sposób. W kontekście szpitalnym łączy się z lękiem pacjenta o sprawy fundamentalne, takie jak utrata życia, lęk przed ograniczeniem fizycznym, lęk o bliskich czy utrata możliwości rozwoju. Lekarz doświadcza wraz z drugim człowiekiem różnego rodzaju strat, dla których nie ma łatwego uzasadnienia — ostatecznie tajemnice życia i śmierci wymykają się metodom „szkiełka i oka”, a zawód ten wymaga nie tylko medycznej wiedzy, ale także mądrości.

Wydaje się, że lekarz powinien sobie uzmysłowić, jaki jest jego własny stosunek do dylematów związanych z ludzkim cierpieniem. Jako świadek ludzkiej niemocy wezwany jest do wypracowania w tym zakresie osobistej odpowiedzi. Rozmawiając z chorymi, choćby na temat możliwego leczenia, uczestniczy w ich zmaganiach. Mówiąc językiem Józefa Tischnera, jest postawiony na scenie wspólnego dramatu¹. Jego mniej lub bardziej świadome reakcje zawsze są rodzajem jakiegoś przekazu. Może być on na przykład oznaką afirmacji godności cierpiącego człowieka, obojętności albo — inaczej — ucieczki od spotkania osobowego.

Ucieczka zawsze jest możliwa i również jest odpowiedzią — zajęciem określonego stanowiska wobec wezwania, które rodzi się z samej sytuacji egzystencjalnej.

Tischner zwrócił uwagę, że:

ucieczka — jak powiedziałem — kryje jakiś paradoks: uciekając, zarazem potwierdzam obecność. Im głośniejsze mówię o potrzebie odejścia, tym dobitniej stwierdzam, że drugi jest. Wypędzeni wracają — wracają we śnie, w marzeniu, we wspomnieniu. Dlatego możemy powiedzieć, że ucieczki są zarazem otwieraniem horyzontów dla powtórzonych spotkań. Zło, które grozi, ukazuje się również jako pokusa².

Można wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz, skupiony wyłącznie na medycznym przypadku, świadomie umyka od widocznego w zachowaniu

1 Por. J. Tischner, *Filozofia dramatu*, Kraków 1998, s. 12–16.

2 J. Tischner, *Filozofia dramatu*, s. 185.

pacjenta niepokoju. Zapewne próba omijania niewygodnych sygnałów nie zawsze jest łatwa — zwłaszcza gdy chory szuka oznak sensu i nadziei dla swojej życiowej sytuacji właśnie w postawie lekarza. To jemu powierza swoje zdrowie. Wydaje się, że od dojrzałości moralnej lekarza zależy, czy i jak odnajdzie się w takich momentach i w jaki sposób udzieli na nie odpowiedzi — jak poradzi sobie z wyzwaniem związanym z przekroczeniem roli specjalisty³.

W ucieczce od trudnych pytań egzystencjalnych pomaga dominujący w kulturze zachodniej biomedyczny model medycyny. Podejście to, bazujące na redukcjonistycznym stylu myślenia, kieruje uwagę lekarzy na ciało fizyczne, co — choć pod wieloma względami jest uzasadnione metodologicznie — może doprowadzić do zignorowania tych zagadnień związanych z leczeniem, które nie podlegają tego rodzaju metodom⁴. Poza tym zawód lekarza poddany jest wpływowi dynamicznie rozwijającej się światowej gospodarki, w tym komercjalizacji medycyny. W kontekście tych zmian etos zawodu lekarza może kojarzyć się ze sprzedażą wysokiej klasy usług medycznych oraz sprawną i życzliwą komunikacją — komunikacją, która niekoniecznie ma coś wspólnego z rzeczywistym kontaktem z drugim człowiekiem, z egzystencjalnym wymiarem jego zmagania⁵.

Niemniej, biorąc pod uwagę specyfikę wizyt w szpitalach czy przychodniach, można się zastanawiać, czy zawód lekarza rzeczywiście obliguje do udzielenia odpowiedzi na ludzki dramat na poziomie aksjologicznym. W pierwszym skojarzeniu wydaje się, że podczas wizyty brakuje czasu, aby lekarz prowadził z pacjentem dialog na temat sensu albo wartości. Miejscem na takie dyskusje jest ewentualnie poradnia psychologiczna, a w przypadku problemów duchowych — odpowiednio — pomoc powinna zostać zaoferowana na przykład przez wspólnotę religijną lub dojrzałych mentorów. Brak czasu z jednej strony i konieczność zachowania kontroli nad samą chorobą

3 Por. N. Putała, *Holistic model as a challenge for the medical profession*, „Argument. Biannual Philosophical Journal” 10 (2020) no. 1, s. 189–192, <https://doi.org/10.24917/20841043.10.1.10>.

4 Por. E. Schei, A. Fuks, J. D. Boudreau, *Reflection in medical education. Intellectual humility, discovery, and know-how*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 22 (2019) no. 2, s. 168, <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9878-2>.

5 Por. T. Biesaga, *Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 9, s. 21.

z drugiej są rzeczywistym usprawiedliwieniem lekarzy. Muszą oni kierować uwagę przede wszystkim na problemy medyczne. A jednak, czy lekarz może zupełnie zignorować fakt, że pacjent poszukuje jakiegoś uzasadnienia doświadczonej choroby? Specyfika spotkania lekarza i pacjenta — czyli spotkania pomiędzy kimś, kto jest w roli pomagającego a osobą szukającą pomocy, wymaga od lekarza przynajmniej nieprzypadkowej reakcji wobec przeżyć chorego. Sam charakter spotkania z osobą cierpiącą przywołuje pytanie o to, jak lekarz zachowa się wobec bezbronności drugiej osoby. Trafnie przypomniał o tym Emmanuel Levinas, pisząc o mowie twarzy Innego, w której ukrywa się żądanie, by nie zostać skrzywdzonym⁶.

Konieczność zachowania powagi może więc być rozpatrywana jako wymóg etyczny wynikający z samego statusu osoby cierpiącej. I od tego wymogu nikt nie jest wolny. Jednak, poza tą ważną pod względem etycznym dyrektywą, istnieje też całkiem praktyczny powód, dla którego szczególnie lekarz powinien zainteresować się tym, co pacjent przeżywa osobiście. A mianowicie — zrozumienie przeżyć pacjenta może mieć związek z efektywnością leczenia, szczególnie w przypadku poważnych chorób przewlekłych i złożonych. Okazuje się, że leczenie jest nie tylko działaniem zdepersonalizowanym do oceny biomedycznej i czynności wykonywanych wedle ustanowionych procedur postępowania, ale obejmuje także podmiotowe oddziaływanie i trudną do uchwycenia „grę” na subiektywnych przeżyciach. I odwrotnie, leczenie w znaczeniu biomedycznym wkracza w całość fizyczno-duchowej budowy człowieka. Jak zauważył Paul Tillich, „pomyślna operacja może spowodować uraz psychiczny”⁷, podobnie „skuteczna farmakoterapia może uspokoić niespokojne sumienie i doprowadzić do moralnej słabości”⁸. To, co w medycynie „cielesne”, i to, co „niecielesne”, tworzy związek trudny do wyjaśnienia.

6 Zob. E. Lévinas, *Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philippe'em Nemo*, przeł. B. Opolska-Kokoszka, Kraków 1982, s. 49.

7 P. Tillich, *The meaning of health*, „Perspectives in Biology and Medicine” 5 (1961) no. 1, s. 99, <https://doi.org/10.1353/pbm.1961.0011>.

8 P. Tillich, *The meaning of health*, s. 99.

Przeżycia pacjenta a leczenie

Medycyna jako nauka posługuje się metodologicznym redukcjonizmem, aby uchwycić zagadnienie choroby w sposób możliwie najbardziej jednoznaczny. A jednak fenomen zdrowia jest na tyle złożony, że wciąż rozważane są nowe metody, które będą adekwatną próbą podjęcia problematyki nie tylko — używając rozróżnienia kartezjańskiego — materii (*res extensa*), lecz także ducha (*res cogitans*)⁹. Komatra Chuengsatiansup zwrócił uwagę na możliwość opisu zdrowia poprzez nawiązanie obok poziomów biologicznego, psychicznego i społecznego, a także do wymiaru duchowego jako jednego z elementów całościowej kondycji ludzkiej¹⁰. Badacz, analizując znaczenie duchowości w leczeniu, ukazał, że proces zdrowienia bywa ugruntowany w poczuciu sensu. Zarówno medyczna praktyka, programy zdrowotne oraz relacje biograficzne są dowodem na to, że pacjenci żyjący z AIDS (lub PWA) oraz osoby, które chorowały na raka, łatwiej godziły się z sytuacją i zachowywały ogólnie

9 Specjalista, lecząc chorego człowieka, nie tylko posługuje się redukcjonistycznym stylem myślenia medycznego, ale także niezależnie dokonuje — świadomie bądź nie — wyboru antropologii filozoficznej, czyli reprezentuje jakiś etyczny pogląd na istotę ludzką. To przekonanie wyznacza z jednej strony moralne standardy podejścia do pacjenta, z drugiej stanowi asumpt do odczytania sygnałów istotnych dla samego postępowania terapeutycznego (na przykład wpływu psychicznego nastawienia pacjenta) — o ile oczywiście będzie to antropologia, która uwzględnia tego rodzaju szerszy pogląd na człowieka. W związku z tym, mimo że podejście filozoficzne nie wprowadza niczego nowego do samych danych biomedycznych (są one neutralne aksjologicznie), pomaga w umieszczeniu ich w odpowiednim kontekście.

10 Taki zamysł wymaga ostrożności. Może bowiem prowadzić do nieuzasadnionego zredukowania duchowości wyłącznie do jej przejawów obecnych na poziomie życia psychicznego. W efekcie definicja duchowości błędnie byłaby wywiedziona z oceny możliwości psychofizycznych. Przed błędem tym przestrzegali Edith Stein oraz Max Scheler, odróżniając akty intencjonalne ducha od powiązanych z ciałem uczuć psychicznych. Por. E. Stein, *O zagadnieniu wczucia*, tłum. D. Gierulanka, J. F. Gierula, Kraków 2014, s. 131–133; M. Scheler, *O sensie cierpienia*, w: *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s. 7–9; M. Scheler, *Istota i formy sympatii*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1986, s. 327–337. Niemniej, zachowując świadomość co do różnicy zachodzącej między istotą ducha a psychicznym stanem osoby, w której dokonują się pozytywne przejawy duchowości, warto badać, na ile poczucie sensu duchowego lub jego brak wpływa na kondycję psychosomatyczną oraz co sprawia, że ten sens może być ustanowiony i podtrzymany. O wymiarze duchowym w kontekście całościowej kondycji zdrowotnej człowieka pisał także Tillich, wymieniając tę sferę obok wymiarów: mechanicznego, chemicznego, biologicznego, psychicznego i historycznego. Por. P. Tillich, *The meaning of health*, s. 94–99.

lepszą kondycję biopsychospołeczną, gdy w obliczu doświadczanej choroby umiały określić nowy sens życia. Zgodnie z tymi danymi umiejętność odkrywania sensu i gotowość przekształcania życia mogą być uznane za elementy, które sprzyjają zachowaniu dobrej kondycji¹¹.

Inny przykład powiązania przeżyć pacjenta i leczenia dotyczy wzajemnego oddziaływania sfery psychicznej i somatycznej. Wielu badaczy, dostrzegając wagę dylematu psychofizycznego, postuluje wprowadzenie modelu medycyny, w obrębie którego badany jest wpływ przeżyć osoby na ogólną kondycję. Na przykład psychiatra Georg L. Engel zaproponował, aby leczenie wiązało się z przekroczeniem skupionego na konkretnych organach podejścia redukcjonistycznego na rzecz szerszego spojrzenia na problemy pacjenta. Jego zdaniem biopsychospołeczne ujęcie zdrowia pozwala na zrozumienie przyczyn wielu chorób i efektywniejszy dobór terapii¹². Autor, analizując przypadek pacjenta Glovera, który trafił do szpitala z migotaniem komór serca, ukazał ograniczenia redukcjonistycznego stylu myślenia. Lekarze o nastawieniu biomedycznym uznali, że przyczyną stanu chorego jest niedokrwienie serca wynikające z niedrożności tętnic. W efekcie został on poddany inwazyjnym metodom leczenia. Engel zauważył jednak, że w tym przykładzie lekarze nie zwrócili uwagi na wyższy poziom powiązań systemowych, takie jak wewnętrzne przeżycia pacjenta, oraz nie uwzględnili oddziaływania komunikacji na stan chorego. Tymczasem w przypadku pana Glovera istotny wpływ na wyniki miały sposób przeżywania przez niego całej sytuacji i brak właściwej komunikacji na linii personel–pacjent; czynniki te, pobudzając system nerwowy, wzmagaly u niego poczucie zagrożenia i w efekcie doprowadzały do migotania komór. Engel, podając przykład pacjenta Glovera, podkreślił konieczność pozyskiwania informacji pochodzących z wyższych poziomów systemowych, takich jak relacje międzyludzkie. Opisany przypadek wymagał myślenia systemowego. Istnieje bowiem powiązanie między stanem

11 Por. K. Chuengsatiansup, *Spirituality and health. An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, „Environmental Impact Assessment Review” 23 (2003) no. 1, s. 8, [https://doi.org/10.1016/S0195-9255\(02\)00037-9](https://doi.org/10.1016/S0195-9255(02)00037-9).

12 Zob. G. L. Engel, *From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain*, „Psychosomatics” 38 (1997) no. 6, s. 521–528, [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71396-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3).

załamania psychicznego a wzrostem ryzyka śmiertelnych zaburzeń rytmu serca¹³. Podobnie inni badacze, Luana Colloca oraz Damien Finniss, odnotowali, że już sama relacja z lekarzem, w tym sposób komunikacji i przeżywania przez pacjenta okoliczności związanych z leczeniem, może – mimo braku wprowadzenia ingerencji medycznych – doprowadzić do pogorszenia stanu pacjenta (efektu nocebo). Stąd podkreśla się konieczność minimalizowania przez lekarza negatywnego kontekstu terapeutycznego. Między innymi jest to możliwe poprzez zwrócenie większej uwagi specjalisty na autonomię pacjenta i sposób, w jaki chory uczestniczy w procesie leczenia¹⁴.

Osobista historia pacjenta i jego przeżycia kryją wiele cennych danych, które bywają kluczowe w kontekście właściwej diagnozy i możliwości terapeutycznych. Andrew C. Ahn, Muneesh Taweri, Chi-Sang Poon, Russell S. Phillips dowiedli, że leczenie pacjentów z cukrzycą może być efektywniejsze, gdy bierze się pod uwagę uwarunkowania różnych systemów, takie jak kontekst środowiskowy, nawyki czy stan psychiczny. I przeciwnie – leczenie ukierunkowane bezpośrednio na obniżenie glukozy, wynikające z nadmiernego skupienia się lekarza na analizie hiperglikemii jako objawu cukrzycy, może prowadzić do pominięcia indywidualnego dla danej osoby przebiegu choroby¹⁵. Podobne wnioski na podstawie badań wysuwają Małgorzata Anna Basińska i Katarzyna Schmidt. Autorki podają, że istnieje powiązanie między cukrzycą typu I a osobowością. Czynniki psychologiczne mogą wpływać na ryzyko zachorowania i odwrotnie, sama cukrzyca typu I także wywołuje istotne zmiany w strukturze potrzeb na poziomie psychicznym¹⁶. W związku z tym klinicysta systemowy, który uwzględnia przeżycia pacjenta, jego

13 Zob. G. L. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 6 (1981) no. 2, s. 108–120, <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>, za: M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, Warszawa–Toruń 2014, s. 243–249.

14 Zob. L. Colloca, D. Finniss, *Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes*, „JAMA. The Journal of the American Medical Association” 307 (2012) no. 6, s. 567–568, <https://doi.org/10.1001/jama.2012.115>.

15 Zob. A. C. Ahn, M. Taweri, C. S. Poon, R. S. Phillips, *The clinical applications of a systems approach*, „PLOS Medicine” 3 (2006) no. 7, s. 957–958, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030209>.

16 Por. M. A. Basińska, K. Schmidt, *Specyfika struktury potrzeb u osób chorych na cukrzycę typu I*, w: *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań*, red. M. A. Basińska, A. Ratajska, Bydgoszcz 2010, s. 151–178.

cechy osobowe i czynniki środowiskowe, może zaproponować trafniejsze rozwiązania.

O konieczności uwzględniania przeżyć chorego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym może też przekonywać rozwój psychoneuroimmunologii. Wykazano zależność zachodzącą między wskaźnikami funkcjonowania immunologicznego a stanem emocjonalnym i zachowaniem. Przy ustalaniu tego rodzaju powiązań ważny jest nie tylko zakres sfery psychicznej, który można bez większych trudności obserwować — a więc wszystko to, co z pacjentem się dzieje — lecz także sposób interpretowania okoliczności przez pacjenta¹⁷.

Znajomość doświadczeń pacjenta pomaga też w przewidywaniu, czy deklaratywnie wyrażana przez pacjenta chęć współpracy przełoży się na faktyczne stosowanie się do zaleceń specjalisty w kolejnych etapach leczenia. Sposób, w jaki pacjent przeżywa swoją chorobę, ingerencje medyczne oraz postawę lekarza, niejako jest polem rozgrywających się zmagani i decyzji. Wszystkie te elementy mogą motywować pacjenta do podjęcia troski o siebie lub wzmacniać u niego brak zaangażowania i ostatecznie wpłynąć na jego decyzję o zaniechaniu dalszego leczenia¹⁸.

Trisha Greenhalgh stwierdziła, że lekarz podczas rozmowy z pacjentem powinien odczytać tak zwany tekst z doświadczenia (*the experiential text*), który obejmuje znaczenia przypisywane przez pacjenta różnym objawom i konsultacjom w okresie poprzedzającym spotkanie kliniczne¹⁹. Takie dane ujawniają system wartości i przekonań, którymi pacjent kieruje się w codziennych sytuacjach. Lekarz może uwzględnić te informacje, by zbudować z chorym spójne podłoże aksjologiczne, które stanie się motorem współpracy i wpłynie korzystnie na ostateczne efekty leczenia. I przeciwnie — jeśli brakuje tego rodzaju porozumienia, wówczas starania lekarza mogą zupełnie rozmijać się z oczekiwaniami chorego. Przykładowo lekarz, kierując się troską o zdrowie pacjentki, proponuje jej zabieg mastektomii. Natomiast dla chorej wartość estetyczna jest na tyle ważna, że jest ona skłonna odrzucić to rozwiązanie.

17 Por. M. Juś, *Spór o redukcjonizm w medycynie*, s. 255–256.

18 Por. N. Putała, *Holistic model*, s. 189–192.

19 Zob. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine. Narrative based medicine in an evidence based world*, „British Medical Journal (Clinical Research Edition)” 318 (1999) no. 7179, s. 325, <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>.

W innym przykładzie lekarz może zalecać otyłemu pacjentowi zmianę stylu życia na bardziej restrykcyjny w sposobie odżywiania, ale pacjent nie jest gotów na rezygnację z przyjemności na rzecz poprawy stanu zdrowia. Jeżeli lekarz i pacjent zakładają odmienne usytuowanie wartości witalnych względem innego rodzaju wartości (na przykład duchowych, hedonistycznych, utylitarnych), wówczas trudno o ustalenie wspólnego kierunku postępowania. Wartość zdrowia może być nadrzędna względem innych wartości lub im podporządkowana²⁰.

Powyższe przykłady ukazują, że leczenie nie jest przestrzenią zdepersonalizowaną do procedur czy faktów, ale jest też zdarzeniem, w którym zachodzi oddziaływanie na poziomie relacji podmiotowej. Lekarz może być doskonałym specjalistą przy jednoczesnym braku woli i umiejętności, dzięki którym byłby w oczach pacjentów godny zaufania — co w efekcie może prowadzić do tego, że pacjenci, mimo uznania wiedzy lekarza, zniechęcają się do dalszego leczenia. Okazuje się, że decyzja o kierunku terapii i jej przebieg — wspólnie wypracowane przez lekarza i pacjenta — niekoniecznie są oparte wyłącznie na obiektywnych przesłankach medycznych. Bazą decyzji i współpracy lekarza oraz pacjenta mogą być też przekonania obu stron (mniej lub bardziej świadome).

Efekty leczenia są wypracowywane na znacznie bardziej skomplikowanym poziomie zależności niż praca uwzględniająca jedynie standardy medycyny opartej na dowodach (*Evidence Based Medicine — EBM*)²¹. Greenhalgh zauważyła, że: „Ci, którzy badali zjawisko niezgodności klinicznej, jak również ci z nas, którzy praktykują medycynę w warunkach klinicznych, wiedzą aż za dobrze, że sądy kliniczne są zwykle dalekie od obiektywnej analizy zbioru wybitnie mierzalnych «faktów»”²². Autorka wskazała także, że: „Podejście do podejmowania decyzji klinicznych oparte na dowodach często błędnie

20 Por. N. Putała, *Holistic model*, s. 188, 190.

21 Model biomedyczny, opierając się na kartezyjańskiej metaforze ciała jako maszyny, dopuszcza tylko te metody, które pozwalają na instrumentalizację zjawiska chorowania. Choć kierunek ten wciąż stanowi słuszne oparcie dla praktyki lekarskiej, to jednak bywa niesłusznie uznawany jako jedyny możliwy wzorzec dla medycyny. Por. L. J. Kirmayer, *Mind and body as metaphors. Hidden values in biomedicine*, w: *Biomedicine examined*, eds. M. Lock, D. R. Gordon, Boston 1988, s. 57–93.

22 Zob. T. Greenhalgh, *Narrative based medicine*, s. 323.

opiera się na założeniu, że obserwacja kliniczna jest całkowicie obiektywna i powinna, podobnie jak wszystkie pomiary naukowe, być odtwarzalna²³.

Obiektywizacja działań medycznych do konkretnych jednostek jest pomocna, ale nie sposób zaprzeczyć, że na efekty leczenia wpływa coś więcej niż tylko to, co zdoła opisać medycyna nastawiona redukcjonistycznie. Troska o zdrowie chorego skłania do poszukiwania metod, które adekwatnie ujmują złożoną problematykę leczenia. I nie chodzi tylko o samą ochronę podmiotowości pacjenta, lecz także o sprawność diagnostyczno-terapeutyczną związaną z łączeniem danych z różnych, „pozornie” odległych systemów.

Uwzględnienie przeżyć pacjenta przy użyciu podejścia fenomenologicznego

Ważnym powodem użycia fenomenologii w medycynie jest dążenie do lepszego zrozumienia przez lekarzy pierwszoosobowego spojrzenia na zjawisko chorowania. Badacze coraz częściej sięgają do przymieśln fenomenologów, aby opracować metody pomocne w określaniu przeżyć pacjentów, co z kolei ma wspomóc proces diagnostyczno-terapeutyczny prowadzony przez lekarza. Przykładowo Havi Carel przedstawiła, w jaki sposób lekarz, stosując podejście fenomenologiczne, może pracować z pacjentem. Jej pomysł nawiązuje do przymieśln Maurice’a Merleau-Ponty’ego. Autorka, czerpiąc z koncepcji poznania ucieleśnionego, wskazała na konieczność odróżnienia „ciała-obiektu” (Husserlowskie *Körper*) od „ciała żyjącego” (Husserlowskie *Leib*) oraz wyjaśniła, że pomiędzy oboma ujęciami ciała występuje zależność. Związek ten staje się wyraźny szczególnie wtedy, gdy w ciele fizycznym zachodzi wyraźna zmiana. Carel — za Merleau-Pontym — podała przykład bólu fantomowego. Wyjaśniła, że osoba po amputacji kończyny może w obiektywnie nieistniejącej części ciała odczuwać swędzenie czy ból. Są to iluzoryczne

23 T. Greenhalgh, *Narrative based medicine*, s. 323.

doświadczenia, zgodnie z wyjaśnieniami Merleau-Ponty'ego, pochodzące z wrażeń „ciała żyjącego”²⁴.

Odróżnienie „ciała żyjącego” od „ciała-obiektu” jest szczególnie pomocne w opisie doświadczenia choroby. U zdrowego człowieka — jak podała Carel — oba ujęcia ciała harmonizują ze sobą. Ciało jako obiekt, pozostając neutralne i milczące, niejako nie blokuje dążeń osoby. A nawet wtedy, gdy ciało staje się przedmiotem myśli (na przykład osoba identyfikuje kondycję swojego ciała), taka sytuacja nie doprowadza do chaosu czy dekoncentracji. „Ciało-obiekt” sprzyja realizacji zamierzonych celów. Inaczej dzieje się w przypadku wystąpienia choroby. Uwaga jest wówczas skierowana na dysfunkcję, a myśli krążą wokół nieprawidłowo działającej części. Pierwotna harmonia zostaje zachwiana. Przykładem zaburzonej równowagi jest jadłowstręt psychiczny. Choć ciało anorektyczki jest obiektywnie wychudzone, pacjentka przeżywa je jako otyłe i uciążliwe. Zgodnie z przyjętą fenomenologiczną formułą choroby, ciało stało się przedmiotem nadmiernego zainteresowania, a rozdźwięk pomiędzy „ciałem żyjącym” a „ciałem-obiektem” się pogłębia²⁵.

Powyższy przykład pokazał, że fenomenologiczne badanie nie odnosi się do fizycznych przyczyn choroby, lecz relacji zachodzącej między aktem intencjonalnym podmiotu a światem. Podjęcie przez lekarzy takiego toku rozumowania jest dość nietypowe na tle dominującego w praktyce klinicznej redukcjonistycznego stylu myślenia. W modelu biomedycznym lekarz koncentruje się na procesach zachodzących w obrębie „ciała fizycznego”. Specjaliści o takim nastawieniu są jednak bardziej narażeni na pomijanie wpływu medycznych ingerencji na ogólne samopoczucie pacjenta. Przygotowanie w zakresie podejścia fenomenologicznego miałyby uzupełnić te braki. Metoda umożliwia zestawienie wiedzy medycznej z subiektywnymi przeżyciami chorego, co sprzyja wypracowywaniu strategii terapeutycznych adekwatnych do procesu odzyskiwania przez pacjenta wewnętrznej spójności.

Biorąc pod uwagę możliwość wzbogacenia pracy lekarza o podejście fenomenologiczne, warto jednocześnie odróżnić filozoficzny styl myślenia od

24 Zob. H. Carel, *Phenomenology and its application in medicine*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 32 (2011) no. 1, s. 35–41, <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>.

25 Zob. H. Carel, *Phenomenology and its application in medicine*, s. 40–42.

podejścia naukowego. Zaakcentowanie ich odmienności pomaga w określeniu, jakiego przygotowania wymaga użycie każdego z nich. Między innymi takiego zestawienia dokonał Max Scheler. Filozof opisał trzy rodzaje poznawczego zachowania: światopogląd naturalny, światopogląd filozoficzny oraz naukowe ujęcie świata²⁶. Zestawiając podejścia fenomenologiczne i naukowe, wykazywał zachodzące między nimi różnice. W podejściu fenomenologicznym istota rzeczy ujawnia się nie ze względu na ambicje badawczo-naukowe, cele czy założenia, ale siłą samego zdziwienia, że dana rzecz w ogóle istnieje²⁷. Tego rodzaju doświadczenie „uwalnia” podmiot (w tym przypadku lekarza) od własnego zrelatywizowania bytowego i pomaga w ukierunkowaniu aktów poznawczych na istotę rzeczy. W kontekście „czytania pacjenta” taka umiejętność wydaje się bardzo ważna — zbliża do „czystych zjawisk”, na przykład związanych z przeżyciami pacjenta. Ostatecznie chodzi o to, aby lekarz, formułując rozstrzygnięcia terapeutyczne, umiał określić przypadek nie tylko w odniesieniu do klinicznych modeli postępowania, lecz także w kontekście fenomenologicznego, czyli bezzakołazeniowego, ujęcia przeżyć chorego.

Te dwa spojrzenia prowadziłyby więc do dwóch obrazów pacjenta: fenomenologicznego oraz modelowego. Można je opisać jako napięcie zachodzące między „ja” aksjologicznym (tak jak zdefiniował je Józef Tischner) a modelowym ujęciem danego przypadku klinicznego. „Ja” aksjologiczne — zgodnie z nauczaniem Tischner — jest otwarte na nowe możliwości, stale dokonuje samookreślenia w kontekście tego, co zewnętrzne i co zarazem dla niego wartościowe²⁸. Z kolei modelowe ujęcie danego przypadku miałoby wskazywać na postępowanie pacjenta i z pacjentem, które w świetle medycznej wiedzy jest najkorzystniejsze. W kontekście tak zdefiniowanego napięcia lekarz może zachować się dwojako. Może być zainteresowany jedynie ujęciem modelowym, nie zważając na to, kim jest ta konkretna osoba, która ma zostać poddana leczeniu. Taki lekarz pomijałby wpływ modelowego postępowania na całościową

26 Zob. M. Scheler, *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 283.

27 Zob. M. Scheler, *Stanowisko człowieka w kosmosie*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 96–97, 293.

28 Zob. J. Tischner, *Studia z filozofii świadomości*, Kraków 2006, s. 328, 411–413; J. Tischner, *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 1994, s. 122–123.

kondycję chorego i jego poczucie spójności. Druga opcja polegałaby na zwróceniu uwagi przez lekarza na oba wymiary. W tym przypadku specjalista nie tylko zalecałby, aby pacjent dokonał najlepszego w świetle wiedzy medycznej wyboru, ale także zbliżałby się do jego sfery przeżyciowej — uwzględniałby zarówno wiedzę biomedyczną, jak i proces samookreślenia, z którym chory mierzy się w kontekście zmian zachodzących w jego ciele. Kolejnym etapem takiego rozróżnienia byłoby dążenie do tego momentu, który Tischner opisał jako „solidaryzację egotyczną”²⁹, czyli proces utożsamiania się „ja” z nowymi możliwościami, zmierzający do „odnalezienia siebie w czymś”³⁰ (w kontekście leczenia może to być na przykład budowanie nowego stylu życia po amputacji kończyny). Celem specjalisty byłoby więc zharmonizowanie przeżyć pacjenta oraz wiedzy przedmiotowej.

Warto na koniec tego wątku zaznaczyć, że nawet jeśli lekarz — zważywszy na ograniczenia wynikające z jego pracy — nie mógłby prowadzić takiego procesu harmonizacji w pełni, powinien inicjować i swoją postawą wspierać proces „solidaryzacji egotycznej” u swoich pacjentów, pozostając niejako wobec pozostałego personelu (pielęgniarek, psychologów, innych lekarzy) i samego pacjenta świadomym promotorem i świadkiem leczenia holistycznie pojmowanego człowieka (biopsychospołecznej jednostki), a nie przedstawicielem leczenia wyłącznie organicznej dysfunkcji.

Krytyczne ujęcie zastosowania fenomenologii w medycynie

Przeżycia pacjenta mają istotny wpływ na przebieg terapii, dlatego gdy są lekceważone, tracona jest szansa uzyskania lepszych efektów leczenia. Pomijanie tego, co pacjent myśli i czuje, może prowadzić do nieporozumień — a więc do sytuacji, gdy to, co medycznie uzasadnione, jednocześnie skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla samej osoby. Bywa, że określone leczenie, korzystne w kontekście norm biomedycznych, jest przez pacjenta przeżywane negatywnie. W rezultacie pozytywny wynik nie pokrywa się z osobistym

29 J. Tischner, *Studia z filozofii świadomości*, s. 317–333.

30 J. Tischner, *Studia z filozofii świadomości*, s. 325.

poczuciem dobrostanu. Pacjent, choć zdaje sobie sprawę, że przeprowadzona ingerencja medyczna jest uzasadniona, to jednak niekoniecznie — w obliczu zachodzących w jego ciele zmian — jest gotów na podjęcie walki o siebie. A bez tej wewnętrznej odpowiedzialności i zaangażowania nie jest w stanie zadbać o swoje zdrowie w pełni podmiotowych możliwości.

Szansa uwzględnienia doświadczenia pierwszoosobowego wzrasta, gdy w medycynie wykorzystywane jest podejście fenomenologiczne. Metoda zakłada nowy sposób rozumienia pacjenta. Dzięki niej pacjent nie jest postrzegany wyłącznie jako obiekt działań medycznych czy przypadek kliniczny, lecz jako osoba doświadczająca choroby i przeżywająca utratę zdrowia. Lekarz, przyjmując postawę fenomenologiczną, jest zainteresowany tym, jak osoba strapiona poważnymi dolegliwościami postrzega własne ciało i proponowane interwencje medyczne. Można na tej podstawie przewidywać, w jaki sposób będzie reagowała na daną terapię, jakie znaczenie przypisze jej poszczególnym etapom i czy w obliczu zmian zachodzących w ciele nawiąże kontakt z otoczeniem³¹.

Fenomenologia niewątpliwie rzuca nowe światło na problemy związane z leczeniem — uwrażliwia na szerszy kontekst rozumienia choroby. Próba skorzystania z tej metody wymaga jednak zwrócenia uwagi na ryzyko jej niewłaściwego stosowania. Odnosząc się do zaproponowanego przez Schelera podziału na trzy rodzaje zachowania poznawczego (filozoficznego, naturalnego

31 W artykule rozważane jest wprowadzenie podejścia fenomenologicznego do medycyny. Wartością tej metody jest chociażby wspomniany pogłębiony opis choroby przy użyciu pojęcia intencjonalności. Niemniej istnieją także inne podejścia mające podobny cel, czyli szersze spojrzenie na leczenie i zdrowie pacjenta. Przykładem może być opracowana przez brytyjskiego psychiatrę Billa Fulforda praktyka medyczna oparta na wartościach (*Values-Based Practice* — VBP), która obok medycznych faktów (danych „technicznych”) skupia się na tym, co ma znaczenie dla pacjenta. Propozycja ta nawiązuje nie tylko do fenomenologii, lecz także analitycznej filozofii języka. Por. A. Kapusta, *Psychiatria oparta na wartościach — teoria czy praktyka?*, „Etyka” 54 (2017), s. 29–40. Inną propozycją jest medycyna narracyjna. Jej twórczyni, internistka i literaturoznawczyni Rita Charon, wykazała, że historię choroby należy między innymi odczytywać jak tekst literacki, rozpoznając znaczenie poszczególnych wydarzeń na tle życia pacjenta i przy uwzględnieniu aspektu emocjonalnego. Por. M. Luber-Szumniak, *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 15–31. Przykłady te pokazują, że inspiracją dla praktyki lekarskiej mogą być różne nurty filozoficzne i humanistyczne.

i naukowego), można stwierdzić, że poszukiwaniom fenomenologicznym grozi rozmycie, gdy na czystość bezzakołazeniowego poznania wpływają tendencje znamienne dla postawy naukowca-badacza albo światopogląd naturalny.

O pierwszym przypadku można by mówić wówczas, gdy lekarz, korzystając z wiedzy naukowej, jednocześnie nie potrafiłby spojrzeć na pacjenta w wolności od odgórných schematów postępowania. Taki lekarz, koncentrując się na stosowaniu wiedzy specjalistycznej, zniekształcałby ważne w kontekście efektów leczenia informacje pozamedyczne³². Istotna jest więc czystość stosowania obu podejść (naukowego i fenomenologicznego) oraz adekwatny do złożoności problemu dobór metody. Po wypracowaniu rozstrzygnięć biomedycznych cenna byłaby analiza fenomenologiczna sposobu harmonizowania przez pacjenta medycznych zaleceń.

Druga skrajność, skojarzona z nadmiernym przywiązaniem do światopoglądu naturalnego, miałaby polegać na zbytnim zaangażowaniu w przeżycia chorego i w efekcie na relatywizacji aksjologicznego wymiaru leczenia do aktualnych potrzeb. W tym miejscu należy podkreślić, że postawa fenomenologiczna od światopoglądu naturalnego różni się tym, że w niej zachowany jest poznawczy dystans względem przedmiotu poznania. Kluczowe w podejściu fenomenologicznym akty intencjonalne, mimo że mają – zdaniem Schelera – charakter uczuciowy (intuicyjny), który może kojarzyć się z utratą dystansu, nie są poddane fluktuacyjnym emocjom przynależnym ośrodkowi psychowitalnemu³³. Lekarz, który nie dostrzega różnicy między podejściem naturalnym a filozoficznym, naraża się na ryzyko utraty kontroli nad chorobą oraz na brak obiektywnej oceny aspektu aksjologicznego. Można się nawet obawiać, że tego rodzaju pozbawiona jakości quasifenomenologia doprowadzi do subiektywizmu w medycynie, wzmacniając nieuzasadnione

32 Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel dostrzegali w tym barierę utrudniającą deliberację z pacjentem na temat ważnych dla niego wartości. Zob. E. J. Emanuel, L. L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*, „JAMA. The Journal of the American Medical Association” 267 (1992) no. 16, s. 2226, <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.

33 Zob. M. Scheler, *O sensie cierpienia*, s. 9.

roszczenia pacjentów i lekarzy — tylko dlatego że w jakiś indywidualny sposób coś przeżywają³⁴.

Powyższe obawy ukazują, jak ważne jest przygotowanie samego adepta filozofii. Wzmocnienie poznawczych sił czystej fenomenologicznej intuicji okazuje się jednak niełatwym zmaganiem ze sobą. „Prawdziwym obowiązkiem jest bycie niezwiązanym [...] i nie stanowi to żadnej przyjemności”³⁵ — pisał na temat postawy fenomenologicznej Husserl. Jak zatem lekarz — zakorzeniony w tak wyraźnym kontekście medycznej wiedzy — miałby wstąpić na drogę filozoficznego poszukiwania? Biorąc pod uwagę rady Husserla o odparciu treści pochodzących z różnych teorii, można się zastanawiać, gdzie w medycynie jest ten „moment”, który byłby najbliższy postawie fenomenologicznej — „moment”, który sam z siebie zapraszałby specjalistów do wolnego od założeń poznania oglądowego. W odpowiedzi można wskazać dwa rodzaje okoliczności. Po pierwsze katalizatorem poznania ejdetycznego mogą okazać się zwyczajne zmagania, takie jak konflikty wartości, trudne relacje z pacjentami, wypalenie zawodowe. Po drugie praca na trudnościach być może byłaby dobrym gruntem do wzbudzenia postawy fenomenologicznej, a następnie wykorzystania nabytych w ten sposób umiejętności w tych sytuacjach i względem tych obszarów praktyki lekarskiej, dla których schematy myślowe nie są adekwatnym rozwiązaniem. Krótko mówiąc, lekarz musiałby podjąć się swoistego rodzaju autoterapii, aby choć trochę zacząć „oglądać świat” w sposób fenomenologiczny.

Przy założeniu filozoficznego programu umożliwiającego lekarzom refleksję nad własnym doświadczeniem, trudność stawałaby się katalizatorem nowego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość. Specjalista, przyglądając się własnym zmaganiom, miałby dostrzec funkcję i wpływ przeżyć, z którymi

34 Por. N. Putała, *Lekarz w modelu holistycznym medycyny. Próba zastosowania fenomenologii Maxa Schelera do rozwiązywania trudności modelu*, Kraków 2023, s. 210–217.

35 E. Husserl, *Grenzprobleme der Phänomenologie. Analysen des Unbewusstseins und der Instinkte. Metaphysik. Späte Ethik. Texte aus dem Nachlass (1908–1937)*, Hrsg. R. Sowa, Th. Vongehr, Dordrecht 2014, s. 397 (Husserliana: Edmund Husserl — Gesammelte Werke, 42), za: M. Adamczyk, *Fenomenologia procesem autokonstytucji, tj. zdradzania się podmiotu do właściwego mu bycia? Refleksja wokół antropologiczno-mistycznych wątków twórczości Edmunda Husserla*, „Ruch Filozoficzny” 72 (2016) nr 1, s. 41.

mierzą się pacjenci. Trudność — bez względu na to, czy jest przeżywana w roli specjalisty, czy chorego — na poziomie filozoficznym ujawnia te same fenomeny. Analiza ejdetyczna miałaby ukierunkować proces refleksji na istotę doświadczenia trudu — na jego intersubiektywny poziom, w odróżnieniu od indywidualnej specyfiki przeżywania kryzysów. Wyodrębnienie uniwersalnych podmiotowych potrzeb może ułatwić budowanie naturalnej płaszczyzny komunikacji z pacjentem i przyczynić się do zachowania korzystniejszej współpracy³⁶.

„Momentem” wzbudzania intuicji filozoficznej w praktyce są także początki edukacji medycznej — czas, kiedy młody człowiek snuje pierwsze wyobrażenia na temat przyszłego zawodu. Zgodna z tym kierunkiem jest idea formowania postaw przyszłych lekarzy poprzez organizację spotkań z poważnie chorymi pacjentami już na wczesnym etapie studiów medycznych. Adeptci są wysyłani na rozmowy z cierpiącymi osobami w ich domach. Bazując na własnym doświadczeniu, pod okiem mentorów uczą się odkrywać znaczenie choroby i zmagają pacjentów, podejmują refleksję nad sobą, swoimi przekonaniami, uprzedzeniami, zbyt idealistycznym podejściem. W ten sposób przyszli lekarze mają szansę na wyzwolenie w bezpiecznych warunkach własnych osobowych możliwości. Rozpoznają potencjał własnej emocjonalności, aby w przyszłej pracy wykorzystać go w rozsądny sposób. Koncepcja zakłada, że student medycyny powinien wyjść poza strefę komfortu związanego z pasywnym przyswajaniem informacji i w praktyce nauczyć się łączenia wiedzy teoretycznej (biomedycznej) z wymiarem humanistycznym. Model edukacyjny oparty na wczesnym kontakcie klinicznym (*Early Clinical Contact — ECC*) został między innymi szeroko opracowany i wdrożony na Uniwersytecie w Bergen³⁷.

Podsumowując powyższe rozważania, wykorzystywanie fenomenologii w praktyce lekarskiej może przynieść korzyści, o ile osoby ją stosujące nabędą

³⁶ Por. N. Putała, *Lekarz w modelu holistycznym medycyny*, s. 236–244.

³⁷ Por. E. Schei, H. S. Knoop, M. N. Gismervik, M. Mylopoulos, J. D. Boudreau, *Stretching the comfort zone: Using early clinical contact to influence professional identity formation in medical students*, „Journal of Medical Education and Curricular Development” 6 (2019), s. 2–5, <https://doi.org/10.1177/2382120519843875>; E. Schei, A. Fuks, J. D. Boudreau, *Reflection in medical education*, s. 173–175.

odpowiednie ku temu dyspozycje. Istota aplikowania fenomenologii polega bowiem na umiejętnym wyważeniu własnych możliwości, co z kolei wymaga starannego przygotowania i ćwiczeń. W końcu, jak pouczają ojcowie kierunku, fenomenologia nie jest metodą, którą można posłużyć się w prosty sposób, jest raczej wewnętrzną transformacją człowieka, czyli postawą, którą wypracowuje się w mozolnym trudzie badania własnego wnętrza.

Bibliografia

- Adamczyk M., *Fenomenologia procesem autokonstytucji, tj. zrzadzania się podmiotu do właściwego mu bycia? Refleksja wokół antropologiczno-mistycznych wątków twórczości Edmunda Husserla*, „Ruch Filozoficzny” 72 (2016) nr 1, s. 29–52, <https://doi.org/10.12775/RF.2016.002>.
- Ahn A. C., Tewari M., Poon C. S., Phillips R. S., *The clinical applications of a systems approach*, „PLOS Medicine” 3 (2006) no. 7, s. 956–960, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030209>.
- Basińska M. A., Schmidt K., *Specyfika struktury potrzeb u osób chorych na cukrzycę typu I, w: Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań*, red. M. A. Basińska, A. Ratajska, Bydgoszcz 2010, s. 151–178.
- Biesaga T., *Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 9, s. 19–23.
- Carel H., *Phenomenology and its application in medicine*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 32 (2011) nr 1, s. 33–46, <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>.
- Chuengsatiansup K., *Spirituality and health. An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, „Environmental Impact Assessment Review” 23 (2003) no. 1, s. 3–15, [https://doi.org/10.1016/S0195-9255\(02\)00037-9](https://doi.org/10.1016/S0195-9255(02)00037-9).
- Colloca L., Finniss D., *Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes*, „JAMA. The Journal of the American Medical Association” 307 (2012) no. 6, s. 567–568, <https://doi.org/10.1001/jama.2012.115>.
- Emanuel E. J., Emanuel L. L., *Four models of the physician–patient relationship*, „JAMA. The Journal of the American Medical Association” 267 (1992) no. 16, s. 2221–2226, <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.

- Engel G. L., *From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain*, „Psychosomatics” 38 (1997) no. 6, s. 521–528, [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(97\)71396-3](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(97)71396-3).
- Engel G. L., *The clinical application of the biopsychosocial model*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 6 (1981) no. 2, s. 101–123, <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>.
- Greenhalgh T., *Narrative based medicine. Narrative based medicine in an evidence based world*, „British Medical Journal (Clinical Research Edition)” 318 (1999) no. 7179, s. 323–325, <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>.
- Husserl E., *Grenzprobleme der Phänomenologie. Analysen des Unbewusstseins und der Instinkte. Metaphysik. Späte Ethik. Texte aus dem Nachlas (1908–1937)*, Hrsg. R. Sowa, Th. Vongehr, Dordrecht 2014 (Husserliana: Edmund Husserl — Gesammelte Werke, 42).
- Juś M., *Spór o redukcjonizm w medycynie*, Warszawa–Toruń 2014.
- Kapusta A., *Psychiatria oparta na wartościach — teoria czy praktyka?*, „Etyka” 54 (2017), s. 29–40.
- Kirmayer L. J., *Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine*, w: *Biomedicine examined*, eds. M. Lock, D. R. Gordon, Boston 1988, s. 57–93.
- Lévinas E., *Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philippe'em Nemo*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, Kraków 1982.
- Luber-Szumniak M., *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 15–31.
- Putala N., *Holistic model as a challenge for the medical profession*, „Argument. Biannual Philosophical Journal” 10 (2020) no. 1, s. 173–194, <https://doi.org/10.24917/20841043.10.1.10>.
- Putala N., *Lekarz w modelu holistycznym medycyny. Próba zastosowania fenomenologii Maxa Schelera do rozwiązywania trudności modelu*, Kraków 2023.
- Schei E., Fuks A., Boudreau J. D., *Reflection in medical education. Intellectual humility, discovery, and know-how*, „Medicine, Health Care Philosophy” 22 (2019) no. 2, s. 167–178, <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9878-2>.
- Schei E., Knoop H. S., Gismervik M. N., Mylopoulos M., Boudreau J. D., *Stretching the comfort zone. Using early clinical contact to influence professional identity formation in medical students*, „Journal of Medical Education and Curricular Development” 6 (2019), s. 1–6, <https://doi.org/10.1177/2382120519843875>.

Scheler M., *Istota i formy sympatii*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1986.

Scheler M., *O istocie filozofii i moralnym warunku poznania filozoficznego*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 241–303.

Scheler M., *O sensie cierpienia*, w: *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s. 3–60.

Scheler M., *Stanowisko człowieka w kosmosie*, w: *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 43–149.

Stein E., *O zagadnieniu wczucia*, tłum. D. Gierulanka, J. F. Gieruła, Kraków 2014.

Tillich P., *The meaning of health*, „Perspectives in Biology and Medicine” 5 (1961) no. 1, s. 92–100, <https://doi.org/10.1353/pbm.1961.0011>.

Tischner J., *Filozofia dramatu*, Kraków 1998.

Tischner J., *Studia z filozofii świadomości*, Kraków 2006.

Tischner J., *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 1994.