

Angelika Nowak, Marek Jakubiec

## Terapia a filozofia

### O kilku filozoficznych aspektach nauk o zdrowiu

#### Uwagi wprowadzające

Poszukując związków pomiędzy terapią a filozofią, można dostrzec przynajmniej dwa, które wydają się niezwykle interesujące. Po pierwsze, istotne okazuje się dostrzeżenie filozoficznych założeń stojących u fundamentów każdego procesu terapeutycznego, niezależnie od tego, czy dotyczy on fizycznej czy psychicznej<sup>1</sup> sfery funkcjonowania człowieka, co można określić mianem „filozofii w terapii” czy „filozofii w naukach o zdrowiu (*health sciences*)”. Z drugiej strony, nie sposób nie zauważyć wzrastającej roli samej filozofii jako środka terapeutycznego. Dotyczy to zarówno „filozofii jako zbioru terapii” w rozumieniu zaproponowanym przez Ludwiga Wittgensteina<sup>2</sup>, jak również tzw. terapii filozoficznej, mającej stanowić pomoc dla osób pragnących lepiej radzić sobie z codziennymi trudnościami bądź też poszukujących wsparcia w swoich intelektualnych poszukiwaniach.

---

<sup>1</sup> Pomijamy w tym miejscu kontrowersje związane z dyskusją wokół statusu zjawisk mentalnych.

<sup>2</sup> L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, tłum. B. Wolniewicz, Warszawa 2000, § 133.

W niniejszym artykule pragniemy zwrócić uwagę na kilka fundamentalnych zagadnień związanych z „filozofią w terapii”, ze szczególnym uwzględnieniem procesu fizjoterapeutycznego. Podejmiemy próbę analizy wybranych istotnych problemów z punktu widzenia praktyki terapeutycznej oraz, co może wydawać się kontrowersyjne, „filozofii w nauce”, rozumianej jednak na tyle szeroko, że obejmującej również „filozofię w naukach o zdrowiu”. Musimy jednak zaznaczyć, że poruszymy jedynie te zagadnienia, które w naszej, z natury rzeczy subiektywnej opinii wydają się szczególnie warte uwagi, a dotyczą relacji pomiędzy podmiotami terapii. Z tego względu tekst ten traktować należy raczej jako wprowadzenie do poruszanej problematyki, a nie wyczerpującą analizę relewantnych z tej perspektywy zagadnień. Ponieważ pomiędzy terapią a działaniami medycznymi występują powiązania, w wielu miejscach będziemy odwoływać się do problematyki z pogranicza filozofii medycyny oraz bioetyki.

## **Przedmiot i podmioty terapii**

Rozpocznijmy od kilku fundamentalnych uwag. Spoglądając na interesujące filozoficznie aspekty terapii, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że niezależnie od rodzaju działań praca osoby podejmującej się terapii wymaga od niej wzięcia na siebie odpowiedzialności za przebieg procesu terapeutycznego, a tym samym za samego pacjenta (osobę poddawaną terapii). Pojęcie odpowiedzialności jest wysoce kontrowersyjne i interpretowane na wiele sposobów. W tym kontekście bycie odpowiedzialnym można określić, odwołując się do jego intuicyjnego rozumienia, jako bycie gotowym do ponoszenia konsekwencji podejmowanych działań, czyli wzięcia na siebie zarówno dobrych, jak i złych skutków własnego postępowania. Jak zauważył Ingarden, terapeuta podejmując się swojej pracy, wchodzi w rolę społeczną, stając się podmiotem odpowiedzialności, pod warunkiem, że odznacza się racjonalnością i samoświadomością. W opinii autora *Książeczki o człowieku* przedmiotem odpowiedzialności jest czyn związany przyczynowo

z osobą. Ponadto czyn ten jest nośnikiem wartości w kontekście działania, jego konsekwencji oraz samego sprawcy<sup>3</sup>. Należy jednak zaznaczyć, że wartość czynu powinna być określana m.in. przez obowiązki, ponieważ za ich wykonywanie bądź lekceważenie terapeuta jest odpowiedzialny. Taki rodzaj odpowiedzialności określany jest mianem odpowiedzialności formalnej. W celu stwierdzenia, czy czyn jest dobry czy zły, należy rozważyć, czy wartość czynu osoby jest tożsama z wartością obowiązku<sup>4</sup>. Ta metoda jest stosunkowo łatwo aplikowalna, gdy obowiązki są regulowane stosownymi rozporządzeniami (prawa, regulaminy itp.), co powinno być obligatoryjne w przypadku każdego miejsca pracy, w szczególności w przypadku zawodów obarczonych dużą odpowiedzialnością, do jakich zalicza się bez wątpienia profesja terapeuty<sup>5</sup>.

## Z historii spojrzenia na relację pacjent–terapeuta

Podjmując próbę eksplikacji natury odpowiedzialności terapeuty oraz relacji pomiędzy nim a pacjentem poddawany terapii, warto zauważyć, że pacjent uznawany jest współcześnie za podmiot działań fizjoterapeutycznych, czynnie uczestniczący w *procesie usprawniania* (w przypadku fizjoterapii; w odniesieniu do innych rodzajów terapii właściwe będą inne określenia). Terapeuta zobowiązany jest do respektowania jego praw, a także kierowania się regułami, takimi jak między innymi: zasada szacunku dla autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności oraz sprawiedliwości, co wydaje się oczywiste w przypadku wszystkich zawodów medycznych i paramedycznych.

Podstawowym dokumentem na kontynencie europejskim regulującym między innymi kwestie związane z praktycznymi, jak i teoretycznymi aspektami działań medycznych (a więc pośrednio

---

<sup>3</sup> R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Warszawa 1987, s. 77, 81, 73–74.

<sup>4</sup> K. Szewczyk, *Wychować człowieka mądrego. Zarys etyki nauczycielskiej*, Warszawa–Łódź 1999, s. 54.

<sup>5</sup> K. Pezdek, *Odpowiedzialność jako wartość w pracy fizjoterapeuty*, „Fizjoterapia” 2010, t. 18, nr 1, s. 73–77.

również terapeutycznych) jest Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny (Oviedo, 1997). Zgodnie z zamiarami twórców tego dokumentu stanowi on jedynie ramy prawne dla tematyki biomedycznej. Stosując się do art. 1, sygnatariusze byli zobowiązani do wprowadzenia postanowień niniejszej Konwencji do prawa wewnętrznego<sup>6</sup>. Co istotne, dokument ten wskazuje na godność i autonomię pacjentów jako wartości niezwykle istotne w praktyce medycznej, jak również na konieczność respektowania ich praw jako podmiotów procesów terapeutycznych. Poprzez te stwierdzenia wprowadza określone spojrzenie na istotę relacji lekarz (terapeuta)–pacjent, które jawi się współcześnie jako oczywiste. Okazuje się jednak, że jest to wynik długotrwałego procesu zmieniania się wizji stosunku pomiędzy terapeutą a osobą poddawaną terapii. Warto krótko wskazać na istotę modelu starożytnego, którego twórcy – wbrew obiegowej opinii – w całkowicie inny sposób niż współcześni spoglądali na uprawnienia pacjenta. Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego, które mają swój początek w dawnych kodeksach deontologicznych, minimalizowały bowiem rolę pacjenta w procesie leczenia.

Już w przysiędze Hipokratesa znajduje się wiele dyrektyw dotyczących powinności lekarza, natomiast nie odnajdujemy w nich wzmianek o prawach pacjenta. Przez wieki model przedstawiający relację lekarz–pacjent akcentował autorytet lekarza oraz bierne podporządkowanie się pacjenta. To po stronie lekarza leżało wyłączne prawo i obowiązek stwierdzenia, co jest najlepsze dla pacjenta, w związku z czym miał on prawo decydować o całym procesie diagnostycznym i leczniczym, nie pytając o opinię pacjenta, a tym bardziej nie uzyskując jego zgody. Ta skrajnie paternalistyczna postawa nie budziła jednak kontrowersji, ponieważ taki model relacji panował powszechnie w ówczesnym społeczeństwie. Współczesne kodeksy etyczne odmiennie ujmują etykę lekarską, co wynika z głębokich zmian, które miały miejsce w ostatnim pół-

---

<sup>6</sup> J. Karski, *Bioetyka. Konwencja Praw Człowieka i Biomedycyny*, Warszawa 1997.

wieczu. W tym okresie rozwinęła się doktryna etyczna oparta na partnerstwie, w której pacjent staje się pełnoprawnym podmiotem, równorzędnym lekarzowi. Ponadto świadomie, wspólnie z lekarzem podejmuje decyzje dotyczące procesu leczniczego. Lekarz natomiast staje się doradcą, który poprzez swoją wiedzę i doświadczenie pomaga choremu w wyborze właściwego kierunku postępowania leczniczego.

### **Kilka uwag na temat fizjoterapii jako szczególnego typu oddziaływania terapeutycznego**

Rehabilitacja medyczna, na którą składa się w pierwszej kolejności fizjoterapia, stanowi obecnie integralną część leczenia. Mimo że zawód fizjoterapeuty (traktowany jako zawód paramedyczny) nie jest w Polsce regulowany przez żadną ustawę (w odróżnieniu od profesji lekarza i lekarza dentystry<sup>7</sup>), to jednak organizacje zrzeszające fizjoterapeutów stworzyły własny kodeks etyczny, którego zasady są spójne z tymi prezentowanymi w kodeksach zawodów medycznych<sup>8</sup>. Zgodnie z założeniami polskiego modelu rehabilitacji powinna ona być: powszechna, wczesna, kompleksowa oraz ciągła.

Powszechność należy rozumieć jako pełną dostępność do wszelkich form rehabilitacji dla potrzebującego jej pacjenta, jednak po uprzednim zleceniu przez lekarza prowadzącego. Wczesność natomiast odnosi się najczęściej do tzw. „ostrzych przypadków”, które wymagają podjęcia działań usprawniających już w pierwszej dobie hospitalizacji (m.in. leczenie udaru mózgu). Kolejne założenie, kompleksowość rehabilitacji, dotyczy wszechstronnego podejścia do pacjenta, który zawsze jest postrzegany jako podmiot. Problemy i potrzeby pacjenta powinny być realizowane nie tylko poprzez możliwie pełny powrót do aktywności fizycznej sprzed choroby, ale winny też uwzględniać aspekty psychologiczne, zawodowe i spo-

<sup>7</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857).

<sup>8</sup> Zob. <http://fizjoterapia.org.pl/kodeks.pdf> (20.02.2014).

leczone. Ponadto w leczeniu niezwykle ważna jest ciągłość rehabilitacji, która w przypadku chorób o przebiegu ostrym pozwala na uzyskanie optymalnych efektów leczniczych, umożliwiających powrót do życia zawodowego i społecznego, natomiast w przypadku chorób przewlekłych, wrodzonych lub po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego rehabilitacja pozostaje jedyną uznaną formą leczenia, która dodatkowo spełnia istotną rolę w hamowaniu postępu choroby i jej powikłań, co ma także działanie psychoterapeutyczne<sup>9</sup>. Odmienny problem, zdecydowanie wykraczający poza ramy niniejszego tekstu, stanowi oczywiście realizacja tych założeń, która w związku z permanentnymi trudnościami w funkcjonowaniu instytucji odpowiedzialnych za proces terapii pozostaje wciąż w sferze powinności, a nie faktów.

Rozważając powyższe aspekty funkcjonowania zawodu fizjoterapeuty, uzasadnione wydaje się więc stwierdzenie, że jest to profesja zbliżona do zawodu lekarza w wysokim stopniu. Nie oznacza to jednak, iż rozpatrując teoretyczne aspekty fizjoterapii, wystarczy zastosować na zasadzie analogii koncepcje wypracowane uprzednio dla nauk medycznych. Poniżej przedstawimy trzy modele relacji uczestników terapii, wskazując również pośrednio (nie *expressis verbis*) na pewne subtelne odmienności medycyny i nauk o zdrowiu.

## **Modele relacji uczestników terapii – presupozycje procesu terapeutycznego**

Analizując modele i typy relacji zachodzących pomiędzy pacjentem i terapeutą, można wyróżnić model biomedyczny, humanistyczny oraz holistyczny. Wydaje się, że nie jest nadużyciem ich określenie mianem filozoficznych presupozycji procesu terapeutycznego (przy czym pojęcie „presupozycja” rozumiane jest szerzej niż w analitycznej filozofii języka). Pomimo iż *prima facie* mogą

---

<sup>9</sup> A. Kwolek, *Rehabilitacja medyczna*, t. 1, Wrocław 2002, s. 30–31.

wydawać się one irrelewantne z punktu widzenia praktyki terapeutycznej, to jednak, poprzez bezpośredni wpływ na sposób pojmowania obowiązków terapeuty, odgrywają istotną rolę z punktu widzenia analizy podejmowanych czynności.

### **Model biomedyczny**

Prezentację ich kluczowych aspektów rozpocznijmy od modelu biomedycznego. Jego istotą jest obiektywna wiedza biologiczna i naukowa, a co za tym idzie – poznanie w obszarze bytu fizycznego. Relacja podmiot–przedmiot oparta jest na redukcjonistycznej koncepcji człowieka, w której byt ludzki zostaje sprowadzony do skomplikowanego układu fizyko-chemicznego. Problem, z którym winien zmierzyć się terapeuta (np. choroba, uszkodzenie ciała), rozumiany jest jako odstępstwo od wyznaczonej normy, tworzonej przez zbiór takich zmiennych biologicznych, które można zmierzyć<sup>10</sup>. Ponieważ choroba przebiega poza kontrolą doświadczającego jej podmiotu, leczenie jest wyłącznie zadaniem profesjonalistów<sup>11</sup>. Ten model terapii prezentuje pogląd, w którym celem żywych organizmów jest przetrwanie oraz reprodukcja, czemu podporządkowana jest zarówno struktura, jak również funkcja każdego organizmu. Człowiek zdrowy funkcjonuje jak dobrze działająca maszyna, natomiast proces chorobowy to defekt mechaniczny tejże maszyny. Takie pojmowanie organizmu ludzkiego wskazuje na przyjęcie monizmu materialistycznego oraz pewnej odmiany mechanicyzmu. Każdy stan organizmu odbiegający od przyjętej normy jest traktowany jako odchylenie – nie ma większego znaczenia czy jest to uszkodzenie, dysfunkcja, wada genetyczna bądź upośledzenie umysłowe. Sukces terapeutyczny jest możliwy do osiągnięcia tylko wtedy, gdy stany te zostaną usunięte. W modelu tym duże znaczenie mają „twarde, po-

---

<sup>10</sup> J. Aleksandrowicz, *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, „Studia Filozoficzne” 1972, nr 9, s. 19–21.

<sup>11</sup> A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, t. 93, nr 4, s. 683.

twierdzone empirycznie fakty i statystyka”, nie ma w nim więc miejsca na empatię, przez co terapeuta uzyskuje możliwość zdystansowania się od bólu i cierpienia pacjenta. Biomedyczny model terapii jest zatem modelem technicznym, pacjent staje się dla fizjoterapeuty obiektem badawczym, a podczas terapii ocenia się i leczy jego stan funkcjonalny. Takie urzeczowienie pacjenta pozbawione empatii oddala terapeutę od rzeczywistego poznania pacjenta i jego dolegliwości oraz jest traumatyzujące dla samego pacjenta.

### Model humanistyczny

Odmienną relację terapeuta–pacjent akcentującą współodczuwanie, współrozumienie i współczucie prezentuje humanistyczny model terapii. W jego ramach pacjent nie jest obiektem badawczym, lecz bytem osobowym, dzięki czemu możliwe jest powstanie relacji podmiot–podmiot<sup>12</sup>. Tego rodzaju swoiste „poznanie humanistyczne” możliwe jest poprzez doświadczenie bezpośrednie i nie wymaga uczenia się. Relacja fizjoterapeuta–pacjent, której podstawą jest humanistyczny model terapii, powoduje wzajemne zaangażowanie się emocjonalne obu stron. Terapeuta powinien jednak być w swojej pracy niezmiernie uważny ze względu na możliwość „założenia” przez pacjenta maski<sup>13</sup>, która mogłaby zafałszować jego właściwy stan psychiczny. Z uwagi na przyjmowane odmienne presupozycje filozoficzne celem terapii w modelu humanistycznym jest wyleczenie chorego człowieka z jego dolegliwości, a nie, jak miało to miejsce w przypadku modelu biomedycznego, usunięcie defektu maszyny (organizmu). Fizjoterapeuta pozbawiony maski obojętności obserwatora angażuje się emocjonalnie w kontakt z chorym, natomiast pacjent dzięki takiej relacji czuje się traktowany jako osoba, a nie przedmiot badań i działań terapeutycznych.

---

<sup>12</sup> Zob. E. Kelly, *Relationship-Centered Counseling: A Humanistic Model of Integration*, „Journal of Counseling & Development” 1997, Vol. 75, Issue 5, s. 337–345.

<sup>13</sup> Zob. J. Tischner, *Ludzie z kryjówek*, [w:] tegoż, *Myślenie według wartości*, Kraków 1982, s. 415–433.



Prowadzenie terapii zgodnej z założeniami modelu biomedycznego bądź humanistycznego wiąże się z różnymi konsekwencjami – zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi. Założenia modelu biomedycznego implikują przyjęcie poglądu, zgodnie z którym zdrowie jest równoważne z brakiem choroby, stąd przedmiotem badań staje się choroba oraz jej uwarunkowania. Walka z chorobą, utrzymanie i przedłużanie życia, a także powstanie tzw. profilaktyki negatywnej (tj. prewencji służącej zabezpieczeniu człowieka przed chorobą) stały się celem postępowania zgodnego z modelem biomedycznym. Taki sposób myślenia o zdrowiu i chorobie doprowadził do lepszego poznania mechanizmów biologicznych stanowiących podstawę budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu, przyczynił się do rozwoju wysokospecjalistycznych technik medycznych oraz postępu w leczeniu chorób genetycznych. Z drugiej strony, ideologia medycznego profesjonalizmu lekarza, która daje mu prawo do rozpoznawania obiektywnego dobra pacjenta, może prowadzić do jego uprzedmiotowienia oraz paternalistycznego stosunku do chorego, a tym samym wpływać negatywnie na samopoczucie pacjenta. Relacja podmiot–podmiot, która tworzy się pomiędzy fizjoterapeutą i pacjentem w przypadku humanistycznego modelu terapii, prowadzi do dialogu. Empatia terapeuty, jego zainteresowanie pacjentem jako osobą, a nie przedmiotem badań umożliwia zdobycie zaufania pacjenta, które staje się niezbędne przy pozyskiwaniu zgody na leczenie czy prowadzenie terapii. Istnieje jednak zagrożenie, że starając się tylko zrozumieć subiektywny, indywidualny świat chorego, terapeuta odrywa się od obiektywnego, realnego gruntu naukowego.

### **Model holistyczny (aksjomedyczny) – *via media*?**

Inaczej chorobę definiuje się w modelu holistycznym, który staje w opozycji do dwóch wyżej zaprezentowanych. Choroba jest w jego świetle przede wszystkim sposobem, w jaki autonomiczna osoba potrafi postrzegać i interpretować określone symptomy w kontekście własnego życia. Właściwa diagnoza biomedyczna jest tylko częścią procesu leczniczego, w *spectrum* zainteresowania terapeuty jest

również człowiek i jego otoczenie<sup>14</sup>. Rozumienie zdrowia i choroby jest szersze oraz obejmuje większą liczbę czynników niż w przypadku modelu biomedycznego: człowiek uznawany jest za istotę, która posiada nie tylko wymiar cielesny, ale także psychiczny i duchowy<sup>15</sup>. Jak zauważa Zbigniew Szawarski, zdrowie to nie tylko sprawność systemu biologicznego, lecz stan dynamicznej równowagi wszystkich systemów, które obejmują biologiczne, psychiczne oraz społeczne poziomy funkcjonowania jednostki<sup>16</sup>. Terapeuta pozostaje ekspertem na poziomie biologicznego funkcjonowania organizmu człowieka, jednak pacjent *sam decyduje o sobie*, wyrażając swoją autonomiczną decyzję. W modelu „biopsychospołecznym” terapii diagnoza nie kończy się na ustaleniu przyczyn fizjologicznych choroby, bowiem uwzględnia się również czynniki psychologiczne, społeczne i duchowe. Ponadto sama terapia nie polega tylko na wyleczeniu choroby, lecz zwraca także uwagę na czynnik psychosomatyczny oraz historię i plany życiowe pacjenta. Tym samym pacjent staje się pełnoprawnym i przede wszystkim autonomicznym partnerem w relacji z terapeutą<sup>17</sup>. W modelu holistycznym podkreśla się związek pomiędzy chorobą somatyczną a psychiką i duchowością człowieka, dlatego tak ważne w tej relacji jest zaufanie pomiędzy terapeutą i pacjentem oraz wejście w dialog i jego kontynuacja. Terapeuta stara się wpłynąć na pacjenta jako na integralną całość, nie naruszając przy tym jego autonomii, dlatego też terapia staje się procesem wzajemnego oddziaływania na siebie terapeuty i pacjenta.

## Czy terapeuta potrzebuje filozofii?

W świetle powyżej zaprezentowanych uwag wydaje się, że pewne filozoficzne założenia stojące u podstaw terapii odgrywają istot-

---

<sup>14</sup> A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, dz. cyt., s. 683.

<sup>15</sup> G. Hołub, *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 2, s. 165–168.

<sup>16</sup> Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 76–79.

<sup>17</sup> Tamże.

ną rolę z punktu widzenia praktyki osób wykonujących zawody związane z naukami o zdrowiu i medycyną. Dekonstruując spory filozoficzne, które znajdują swe odzwierciedlenie w mnogości modeli terapii, warto wskazać na jeden z nich, który wydaje się najistotniejszy.

Idzie oczywiście o dyskusję dotyczącą statusu człowieka. Jest to zagadnienie niezwykle złożone i wieloaspektowe, w związku z czym podejmowanie w tym miejscu prób skrótowego zaprezentowania stanowisk głoszonych przez przedstawicieli różnych nurtów filozoficznych miałyoby się z celem. Ograniczymy się więc do krótkiej analizy jednego z przypadków.

Jak wskazaliśmy, kluczową filozoficzną presupozycją modelu biomedycznego jest przyjęcie obrazu człowieka – maszyny. Nie bez powodu nasuwa się skojarzenie z dziełem słynnego myśliciela oświeceniowego La Mettriego – *L’homme machine*<sup>18</sup>. Jednym z fundamentalnych założeń tego filozofa było przyjęcie monizmu materialistycznego. Wydaje się, że można je przypisać również tym, którzy przyjmują wynikający z aplikacji wytycznych tego modelu sposób postępowania. Z kolei model holistyczny przyjmuje istnienie kilku aspektów funkcjonowania człowieka relewantnych z punktu widzenia przeprowadzanej terapii, włączając sferę duchową. Niezależnie od interpretacji tego określenia zdaje się ono sprawiać, że ów model staje w opozycji do biomedycznego redukcjonizmu.

Rzecz jasna, spór pomiędzy przedstawicielami materializmu i myślicielami przyjmującymi istnienie również sfery niematerialnej wydaje się nierozstrzygalny, jak większość problemów filozoficznych. Podobnie więc i w przypadku dyskusji nad adekwatnością konkretnego modelu stanowiska stron będą zapewne bardzo różnicowane, a argumenty rozmówców mogą okazać się dla nich wzajemnie nie do zaakceptowania. Podejmowanie jakiegokolwiek rozmowy na temat odpowiedniego modelu terapii, a co za tym idzie stanowionych kodeksów postępowania, powinno jednak uwzględniać

---

<sup>18</sup> Wydanie polskie: J. La Mettrie, *Człowiek – maszyna*, tłum. S. Rudniański, Warszawa 1953.

filozoficzne presupozycje stojące za określonymi stanowiskami. Nawet jeśli nie przyczyni się to wprost do zwiększenia efektywności pracy terapeutycznej, to z pewnością może mieć olbrzymie znaczenie dla samej możliwości terapii i stosowanych w jej trakcie środków.

## Summary

### Therapy and Philosophy: On some philosophical aspects of the health sciences

In this paper, we present some issues linked to therapy that seem important from the philosophical point of view. After some basic remarks concerning the problem of the therapist-patient relationship we discuss the philosophical presuppositions of three models of therapy: biomedical, humanistic and holistic. Each of them is based on different respective philosophical positions. Next, we try to examine whether the deconstruction of these assumptions may be relevant for contemporary representatives of the practical health sciences.

**Keywords:** therapy, health science, biomedical model, holistic model, humanistic model

## Bibliografia

- Aleksandrowicz J., *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, „Studia Filozoficzne” 1972, nr 9, s. 19–21.
- Hołub G., *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 2, s. 165–168.
- Ingarden R., *Książeczka o człowieku*, Warszawa 1987.
- Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynak, Bydgoszcz 1999.
- Karski J., *Bioetyka. Konwencja Praw Człowieka i Biomedycyny*, Warszawa 1997.
- Kelly E., *Relationship-Centered Counseling: A Humanistic Model of Integration*, „Journal of Counseling & Development” 1997, Vol. 75, Issue 5, s. 337–345.
- Kwolek A., *Rehabilitacja medyczna*, t. 1, Wrocław 2002.
- La Mettrie J., *Człowiek – maszyna*, tłum. S. Rudniański, Warszawa 1953.

- Ostrzyżek A., Marcinkowski J., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, t. 93, nr 4, s. 683.
- Pezdek K., *Odpowiedzialność jako wartość w pracy fizjoterapeuty*, „Fizjoterapia” 2010, t. 18, nr 1, s. 73–77.
- Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005.
- Szewczyk K., *Wychować człowieka mądrego. Zarys etyki nauczycielskiej*, Warszawa–Łódź 1999.
- Tischner J., *Ludzie z kryjówek*, [w:] J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Kraków 1982.
- Wittgenstein L., *Dociekania filozoficzne*, tłum. B. Wolniewicz, Warszawa 2000.