

Czeska filozofia medycyny XX wieku

Josef Kuře

*Uniwersytet Masaryka w Brnie
Uniwersyteckie Centrum Bioetyczne,
Instytut Etyki Lekarskiej
Wydział Medyczny*

1. Wstęp

Może to zabrzmieć zaskakująco, lecz w XX wieku nie można znaleźć niczego, co można by było nazwać czeską szkołą filozofii medycyny. W czeskiej filozofii XX wieku z wielu powodów nie wykształciło się nic takiego, co można by uznać za samodzielne lub specyficzne podejście do medycyny, które wykazywałoby cechy specyficznej „szkoły” czy „nurtu”. Mimo tego, że cały szereg filozoficznych podejść takich jak masarykowski myślenie krytyczne, pozytywizm czy zwłaszcza fenomenologia lub egzystencjalizm mogłyby być dla niej punktem wyjścia. Jednym z najbardziej poważnych argumentów dowodzących braku swojej tradycji czeskiej filozofii medycyny w XX wieku jest fakt, że w czeskiej myśli filozoficznej XX wieku nie można znaleźć żadnego typowego przedstawiciela filozofii medycyny, który mógłby taką szkołę lub nurt (kierunek) zapoczątkować.

Niektórzy z czeskich filozofów XX wieku wprowadzili problematykę medycyny i refleksją filozoficzną nad medycyną jako jednym z wielu kolejnych tematów, tym niemniej nie daje to podstaw do twierdzenia, by był wśród nich ktoś, kogo można by było nazwać rzeczywiście filozofem medycyny. Warto uwagi jest fakt, że mimo tego, że niektórzy filozofowie się me-

dycyną zajmowali, w trakcie całego XX wieku żaden z czeskich filozofów nie napisał dzieła, które można by było uważać za coś w rodzaju podstawowego podręcznika filozofii medycyny. Z poprzedniego wieku nie pochodzi żadna monografia filozofii medycyny napisana przez czeskiego filozofa. Paradoksalnie jedyną czeską monografią filozofii medycyny jest przekład filozofii medycyny autorów radzieckich z lat 60. minionego stulecia¹. Jeżeli przyszłoby nam określić jakąś szkołę w czeskiej filozofii medycyny XX wieku, jedynym nurtem, który jednocześnie można by było oznaczyć za szkołę byłby najprawdopodobniej marksizm-leninizm czy po prostu marksizm. Wśród filozofów i filozofujących

¹ Chodzi o tom *Filozofie medicíny* [Filozofia medycyny], którego autorami są Gennadij Iwanowicz Caregorodcew i Wiktor Porfirjewicz Petlenko, Praha 1984 (oryginał: *Filosofskije woprosy medicíny*, Moskwa 1962, w Polsce por. G. I. Caregorodcew, *Materializm dialektyczny a medicyna*, Warszawa 1966). Oprócz tej monografii w latach 60.–80. XX w. zostały wydane cztery publikacje, których tytuły zawierają filozofię medycyny i za punkt wyjścia biorą sobie obowiązującą wówczas doktrynę: J. Beránek i in., *Filosofické problémy medicíny: Určeno pro posluchače fakulty všeobecného lékařství, fakulty hygienické a fakulty dětského lékařství* [Filozoficzne problemy medycyny. Dla słuchaczy wydziału lekarskiego, wydziału higienicznego i wydziału pediatrii], Praha 1967, 190 s., J. Adamec (red.), *Filosofické problémy medicíny. Sborník materiálů ze semináře v Hradci Králové a Pecce ve dnech 24.–26. října 1966* [Filozoficzne problemy medycyny. Zbiór materiałów z seminarium w Hradci Králové i Pecce w dniach 24–26 października 1966], Praha 1968, 184 s., J. Beránek, Z. Šafář, *Filosofické a společenské problémy medicíny* [Filozoficzne i społeczne problemy medycyny], Praha 1982, 311 s., J. Máchová, M. Hérová (red.), *Některé filozofické a metodologické problémy medicíny se zaměřením na pediatrii: sborník výňatků z prací aspirantů fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy z let 1978–1985: studijní příručka pro aspiranty lékařských oborů. Připravil kolektiv pracovníků kabinetu marxismu-leninismu* [Niektóre filozoficzne i metodologiczne problemy medycyny z ukierunkowaniem na pediatrię: zbiór cytatów z prac doktorantów wydziału pediatrii Uniwersytetu Karola z lat 1978–1985: skrypt dla doktorantów specjalizacji medycznych. Przygotował zespół pracowników zakładu marksizmu-leninizmu], Praha 1987, 297 s. Podane podręczniki miały służyć raczej indoktrynacji (zwłaszcza studentów wydziałów lekarskich) niż refleksji filozoficznej, nie przedstawiają sobą żadnej samodzielnej filozofii medycyny, którą mogłaby być jakaś forma nieortodoksyjnej marksistowskiej filozofii medycyny.

lekarzy w XX w. znajdziemy kilku autorów, dla których punktem wyjścia była ortodoksja marksistowsko-leninowska lub znajdowali się pod znacznym wpływem marksizmu, jednak nie stworzyli oni samodzielnej szkoły filozoficznej, w ich przypadku chodziło raczej o znajdujące się pod intensywnym wpływem marksizmu lub orientacji lewicowej myślenie.

Filozofię medycyny jako „szkołę obowiązkową” w latach 1948–1989 można by tylko z trudem nazwać czeską szkołą marksistowsko-leninowskiej filozofii medycyny, ponieważ o wiele bardziej chodziło tutaj o „marksistowsko-leninowski internacjonalizm”, który specyfikę narodową eliminował. Co więcej, po Praskiej Wiośnie zakończonej inwazją radzieckich i internacjonalistycznych czołgów stało się mniej więcej jasne, że jakakolwiek samodzielna czeska filozofia medycyny „na tym ugorze nie wszędzie”. Po prostu dobrze już było wiadomo, czym jest rewizjonizm i co znaczy normalizacja.²

Czeska książka zajmująca się w pewnym stopniu także filozofią medycyny została wydana pod tytułem *Medycyna w kontekście myśli zachodniej* dopiero w 2008 r.³ i oprócz problematyki cierpienia i śmierci w swojej pierwszej części zajmuje się również historią myśli medycznej (s. 17–135).

Czeską filozofię medycyny XX w. tworzą więc fragmenty poszczególnych autorów rozproszone po różnych częściach ich dzieł. Można wśród nich dokonać podziału przede wszystkim na dwie grupy: jedną grupę tworzą lekarze, którzy w duchu tradycji hipokratejskiej jako lekarze-filozofowie kontynuowali refleksję wymiaru filozoficznego medycyny, jej podstaw filozoficznych, zwłaszcza zaś epistemologicznych i antropologicznych.

Drugą grupę tworzą filozofowie, którzy w jakiś sposób w swoim dziele zajmowali się również medycyną, biologią i naukami

² Wielka część tekstów dotycząca filozofii medycyny z okresu 1948–1989 pochodzi z okresu normalizacji.

³ Chodzi o cytowany już zbiór: L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicina v kontextu západního myšlení*. Praha 2008.

przyrodniczymi lub filozofią nauki, choć to ich zainteresowanie nigdy nie stanowiło pierwszego lub głównego ich zainteresowania. W następnej części zostaną wymienieni przedstawiciele obu wymienionych grup i dla dookreślenia zostanie dołączonych kilka fragmentów tekstów z ich spuścizny. Ze względu na to, że w pierwszej dekadzie XXI w. pojawiło się drukiem kilka prac istotnych dla omawianego tematu, na końcu pracy zostanie dołączona krótka wycieczka do czeskiej filozofii medycyny XXI wieku.

2. Filozofujący lekarze

Spśród filozofujących lekarzy jako pierwszego podaję popularyzatora medycyny i propagatora „nowoczesnego poglądu na życie” **Richarda Adamíka** (1867–1952). W filozofii lekarz ten był zwolennikiem R. W. Emersona i stał na pozycji idealizmu moralnego. Zajmował się problematyką zdrowia, eugeniki, filozofii ewolucyjnej i „nowoczesnego poglądu na życie”. Jego ujęcie „nowoczesnego poglądu na życie” jest kombinacją transcendentalizmu inspirowanego Emersonem (stąd idealizm moralny) i szacunku wobec natury, wzmacnianą z jednej strony tak ewolucyjnym podejściem (biologią) jak dbałością o zdrowie (medycyna). Emersonowskie przekonanie, że przyroda i człowiek są w istocie dobrem, nie pozwalało mu na rozważanie eugeniki w sposób radykalny; jego ujęcie eugeniki ma raczej charakter wsparcia dla naturalnych procesów uzdrawiania niż negatywnej selekcji na podstawie cech biologicznych.

Richard Adamík przyczynił się intensywnie do popularyzacji medycyny. W edycji *Biblioteka popularnych dzieł medycznych* opublikował dwa dzieła: *Život pohlavní* [Życie płciowe, tom 30] oraz *Choroby duševní* [Choroby psychiczne, tom 37]. Jego prace medyczne dotyczą filozofii, mimo że ich środek ciężkości stanowi popularyzacja medycyny.

Do tego typu publikacji należy zaliczyć zwłaszcza: *O nemocech duševních* (1901) [O chorobach psychicznych], *Hygiena duševní prá-*

ce (1904) [Higiena pracy umysłowej], *Choroby duševní, jejich příčiny a jejich léčení* (1907) [Choroby psychiczne, ich przyczyny i ich leczenie], *O moderním názoru životním* (1909) [O nowoczesnym poglądzie na życie], *Síla vůle a životní energie* (1913, 2 wydanie 1922) [Siła woli i energia życiowa], *O pověře v lékařství* (1913, 2 wydanie 1920) [O przesądzie w medycynie], *Zdravé a churavé nervy* [Zdrowe i chore nerwy] (1910), *Otázky života* (1923) [Pytania życia] i artykuł *Degenerace a regenerace ve společnosti lidské* (1902) [Degeneracja i regeneracja w społeczeństwie ludzkim], który w dużym fragmencie zamieszczono poniżej.

R. Adamík zajmuje się w nim problematyką degeneracji, jej przejawów i przyczyn (nabytych i dziedzicznych). Przeciwko niej stawia regenerację jako siłę naprawczą i zwalczającą patologię i odbudowującą cały organizm. Regenerację uważa za społecznie bardzo doniosłą i rozumie ją jako naturalny proces (surowe samowychowanie i prawidłowe odżywianie). Z dzisiejszego punktu widzenia cenne jest całościowe spojrzenie na człowieka i świadomość bardzo ścisłego złączenia ciała i duszy (psychiki)⁴.

Wybrany fragment:⁵

” Spoglądając na społeczeństwo z punktu widzenia zdrowia, możemy zauważyć dwa wielkie nurty, które je napędzają. Pierwszy z nich wzmacniany stale przez nowe źródła chorób nabytych i dziedzicznych usiłuje doprowadzić do rozkładu i zguby system społeczny – to nurt stopniowej degeneracji; drugi to siła regeneracyjna, przeciwstawiająca się pierwszemu poprzez z jednej strony swoją siłę przyrodzoną a ponad to poprzez edukację i uświado-

⁴ Dane faktograficzne o życiu i dziele Richarda Adamíka łącznie z bibliografią zostały zaczerpnięte z: J. Gabriel i in., *Slovník českých filozofů* [Słownik czeskich filozofów], Brno 1998, s. 11.

⁵ Richard Adamík: *Degenerace a regenerace ve společnosti lidské* [Degeneracja a regeneracja w społeczeństwie ludzkim], 1902. Artykuł pierwotnie ukazał się w czasopiśmie filozoficznym *Česká mysl* [Myśl czeska]. Wersja zamieszczona tutaj została skrócona.

mienie ludzi; siła ta stara się zyskać przewagę na drodze stopniowego rozwoju. Wynik starcia tych dwóch podstawowych sił, które nieustająco prowadzą walkę, to miara zdrowia określonego społeczeństwa: od nich zależy sprawność i siła fizyczna, ale także jego siła duchowa, w nich znajduje się zarodek zdolności przyszłych pokoleń, lub ich słabość, zanik.

Znakiem tych dwóch organicznych procesów jest to, że toczą się najczęściej w kilku pokoleniach na drodze dziedziczności. [...] W codziennym życiu przyzwyczailiśmy się postrzegać człowieka zbyt wąsko; rozumiemy najczęściej tylko charakter jednostki bez jej związków z pokoleniami poprzednimi i bez uwzględnienia ich wzajemnych wpływów. Jeżeli chcemy zrozumieć zakres wpływu degeneracji i regeneracji na społeczeństwo, musimy brać pod uwagę całe rody. [...] Nasza uwaga niech będzie przede wszystkim poświęcona zakresowi degeneracji. Degeneracja oznacza w zasadzie dziedziczne odchylenie od danego typu w kierunku czegoś gorszego, to znaczy takie, które wpływa negatywnie na potomstwo. Definicja ta zawiera pewną trudność, ponieważ czasami trudno zdecydować, czy w danym przypadku chodzi o odchylenie w ramach indywidualnego wariantu czy o odchylenie patologiczne.

Porównując bowiem istoty mocno zdegenerowane z takimi, które mają postać lekkiego obciążenia lub wykazują ślady wyleczonego obciążenia, zadanie staje się dla nas trudne, ponieważ także ludzie zdrowi przejawiają odchylenia, które w zupełności podobne są odchyleniom spowodowanym degeneracją. Dla przykładu szczególnie nienormalny kształt czaszki, pewne zniekształcenia małżowiny usznej i jeszcze bardziej pewne odchylenie cech charakteru (o czym jeszcze będzie mowa) mogą być zaledwie indywidualnym odchyleniem jednostki, która wchodzi w zakres normy. Podobne trudności napotykamy także wszędzie, gdzie chodzi o przejście pomiędzy zdrowiem i chorobą. U większości przypadków jednak wątpliwości te nie wchodzi w grę i definicja przytoczona wyżej obowiązuje. Degeneracja może odnosić się wyłącznie do cielesno-

ści, jak jest np. w przypadku gruźlicy, która, będąc przenoszona w sposób dziedziczny, niszczy różne organy i prowadzi do degeneracji cielesnej. Na temat tego rodzaju degeneracji nie zamierzamy się tutaj rozwódzić. Tu interesuje nas degeneracja innego rodzaju, którą można nazwać „degeneracją osobowości”, która jest – jednak w nierównym stopniu – jak cielesna tak również duchowa i która prowadzi w swojej skrajności do rozpadu jednostki. Po między cielesną i duchową stroną zachodzą w przypadku danej degeneracji najściślejsze związki do tego stopnia, że nie można ich od siebie oddzielić, na odwrót należy je uważać za bardzo blisko spokrewnione, mogące w różnych formach zastępować jedna drugą. To pokrewieństwo z pozoru zupełnie różniących się stanów ducha naświatliły zwłaszcza badania dziedziczności chorób psychicznych. [...]

Degeneracja objawia się w bardzo urozmaiconych formach, raz w postaci choroby psychicznej, kiedy indziej samobójstwa lub alkoholizmu, jeszcze kiedy indziej tylko jako pewne obciążenie dziedziczne w formie nienormalnych skłonności. – Podczas gdy formy ciężkie, takie jak choroby psychiczne, przyciągają nas ze względu na swoją klarowność, formy lżejsze – te wzmiankowane nienormalne skłonności – są także nie mniej ważne ze względu na swoją powszechność i znaczenie dla społeczeństwa. Dlatego chcemy im poświęcić szczególną uwagę.

Niektórzy badacze oddzielają „dyspozycję dziedziczną” od tzw. „dziedzicznego obciążenia” (Belastung) oraz od „degeneracji”. Taki podział ma znaczenie praktyczne, ponieważ znamionuje stopień lub wielkość choroby. Rozumiemy zatem pod „dyspozycją dziedziczną” wyłącznie skłonność do chorowania, jakiś słaby charakter; pod obciążeniem zaś cięższe lub lżejsze obciążenie dziedziczne prawdopodobnie charakteru patologicznego, które, jak podano niżej, objawia się licznymi znakami cielesnymi i duchowymi; natomiast w degeneracji widzimy już jawny rozpad jednostki.

Przyczyny degeneracji mają dwojaki charakter: nabyty i dziedziczny. Do tych pierwszych należy kiła i alkoholizm. Do grupy dziedzicznych przyczyn należą choroby psychiczne, padaczka, histeria i in. W przypadku nabytych proces degeneracji jest bardziej klarowny. Wyjaśnijmy go sobie na przykładzie: męczyzna zachorowuje na kiłę; następstwa mogą wystąpić u niego, ale także u jego potomstwa. W przypadku niesprzyjających okoliczności – niewystarczającego leczenia lub w następstwie kolejnych seksualnych ekscesów lub w wyniku złego odżywiania i trudnych warunków bytowych – może u niego dojść w późniejszym wieku do władu rdzenia pacierzowego lub stopniowego paraliżu.

Tak więc chodzi o wpływ kiły na chorobę pacierza, kiedy indziej chorobę mózgu – jeżeli taki człowiek ożeni się szybko po zainfekowaniu i jeżeli był niewystarczająco leczony, dochodzi albo do poronień u jego żony pod wpływem infekcji syfilitycznej albo rodzi się dziecko z oznakami tej choroby. Choroba ta jednak rzadko prowadzi do dalszej degeneracji, raczej na odwrót, za sprzyjających okoliczności może zostać w zupełności regenerowana. – Choć problem, czy choroby nabyte przeradzają się w dziedziczne dzisiaj nie jest definitywnie rozstrzygnięty, przyjmuje się raczej, że choroba nabyta czy to psychiczna czy cielesna, o ile nie doszło do uszkodzenia płodu, z trudem mogła by zapoczątkować i prowadzić do degeneracji. [...]

Były czasy, kiedy znaki cielesne, głównie określony kształt czaszki, nosa, koniuszków ucha, kończyn, ogólną proporcjonalność ciała i in., uważano za najpewniejsze oznaki degeneracji. Wierzano, że znaki te są wystarczające do wykazania wad dziedzicznych. Musimy porzucić tę zbytnią naukową zuchwałość. Przede wszystkim istnieje szereg chorób psychicznych, ewent. degeneracji, które nie dają żadnych podobnych objawów. I po drugie znaki te znajdujemy także u osób, w przypadku których przez całe ich życie żadnych nienormalnych zjawisk nie obserwujemy, tłumacząc je jako resztki przeniesione z degeneracji na potomstwo. Służą więc te znaki

tylko jako cenne wsparcie dla diagnozy lżejszej, kiedy znajdujemy także inne znaki degeneracji.

Ważne są symptomy witalne i funkcjonalne. W przypadku osób obciążonych spotykamy często dużą, niewspółmierną reakcję na różne szkodliwe czynniki zewnętrznego świata: zbyt wczesną dojrzałość płciową, wczesny rozwój zdolności psychicznych wyprzedzający rozwój cielesny, spazmatyczne ataki; w trakcie lekkich zachorowań udział funkcji mózgowych: delirium, senność, halucynacje, epilepsję. Wysoka podatność na alkohol, wielkie pragnienie przyjemności. W sferze seksualności obciążenie wykazuje różne anomalie. Seksualny instynkt jest albo zbyt silny, a kiedy indziej zbyt słaby; często charakteru perwersyjnego itp.

Z jeszcze większym urozmaiceniem spotykamy się w sferze duchowej (bądźmy jednak świadomi tego, że chodzi tutaj właśnie o bardziej subtelne odcienie obciążenia, o charaktery, które nie wpadną na całe życie w sidła choroby, lecz które niosą w sobie pewien patologiczny rys). Jak wygląda taki nienormalny charakter? Najważniejszą cechą takich charakterów bywa naruszenie równowagi duchowej. Jednostki te, choć w życiu wykonują różne, nawet trudne zawody, rzadko zdolne są do przestrzegania rozumnego i harmonijnego trybu życia. Szybko ulegają nastrojom chwili, instynktownym pragnieniom; tutaj wybuchają z powodu małego interesu, gdzie indziej nie potrafią skupić uwagi na poważnej sprawie. Są zdolne do wykonywania wyuczonych funkcji, lecz niezdolne do samodzielnego postępowania i oryginalności. Jednym słowem, są to charaktery nieustająco wewnętrznie rozedrgane, wykazujące silne rozchwianie duchowej równowagi.

Kiedy indziej w oczy rzuca się znacząca nadpobudliwość psychiczna, nawet drażliwość z jednoczesnym popadaniem w przygnębienie i zmęczenie. Jednostki te reagują nadmiernie na wszystkie wrażenia. Są przeczulone, nie potrafią wykaazać się dystansem i trzeźwością, na odwrót, w jednej chwili potrafią wylać cały zapas

uczuciowości, by w następnej popaść w przygnębienie i odrętwienie. Ich charakter oscyluje nieustająco pomiędzy skrajnościami egzaltacji i depresji. Znajdujemy u charakterów nienormalnych jeszcze kolejną rzecz – zbytne podkreślanie i na pierwszy plan wysuwanie własnego ja. Takie osoby starają się przyciągać uwagę, czy to z próżności czy pod pretekstem ofiarnego altruizmu czy sentymentalnego męczeństwa. Często okazują nieukrywany egoizm, ogłaszając za właściwe tylko swoje sposoby na życie i swoje postępowanie. Ta dziwna chorobliwa próżność prowadzi do prowadzenia ekscentrycznego życia. Istoty te muszą mieć swoje własne reguły życiowe, swoje zwyczaje i swoje specyficzne morale i sztukę. U nienormalnych charakterów spotyka się i miesza nieustająco jakby dwojakie życie: to nienormalne przecina się ze stanami normalnymi i dodaje tak charakterowi owemu czegoś dwojakego, przeciwstawnego. Nierzadko znajdujemy też dziwactwa, które prowadzą aż do perwersyjności, mające znaczące miejsce w życiu uczuciowym i wrażliwym. Obciążeni bywają też często nawiedzani przez tzw. natrętne wyobrażenia, impulsy, afekty (Zwangsgedanken, Zwangsimpulse); na koniec obserwujemy u nich pewną okresowość w występowaniu chorobowych zjawisk, np. w pojawianiu się ataków lęku, wściekłości, chandry lub w występowaniu zmiany nastroju, w skłonnościach do picia, hulaszczego trybu życia i uczucia wstrętu wobec życia.

Do kategorii tej przynależy szereg tzw. typowych charakterów; są to dusze nastrojone subtelnie, płacźliwe, marzyciele, fantaści, samotnicy, ludzie skrupulatni, nastrojowi, jednostki egzaltowane i ekscentrycy, uparciuchy, osoby wielkoduszne, nietaktowne, oszczerzy, lekkoduchy, innowatorzy, temperamenty niespokojne, złośliwcy, dziwacy, kolekcjonerzy, wynalazcy, reformatorzy, niedocenione charaktery.

Nie wymaga chyba zbyt wielu uzasadnień postulat, że w każdym przypadku lżejszego obciążenia należy postępować z dużą dozą krytyczności i dokładnością psychiatryczną, by można było okre-

ślić charakter obciążony. Pojedynczy symptom nie jest dowodem na rzecz obciążenia dziedzicznego. Ważne jest określenie całego zespołu symptomów nienormalnych, by można było stwierdzić zależność dziedziczną w linii prostej i w liniach bocznych, by można było, o ile to jest możliwe, ustalić przyczyny choroby i jej postać. [...]

Dziedziczność ma tendencję do przenoszenia na potomstwo jednorodnych elementów. Dotyczy to także przenoszenia chorób, tylko że ta reguła nie obowiązuje bez zastrzeżeń, częstsza tutaj bywa dziedziczność niejednorodna lub polimorficzna.

To jeden z najbardziej interesujących problemów dziedziczności. Dlaczego z ojca chorego psychicznie rodzi się jedno dziecko chore psychicznie, drugie mniej więcej nietknięte chorobą, trzecie hipochondryczne i czwarte bardzo inteligentne; dlaczego choroba psychiczna daje raz chorobę nerwową, drugi raz powoduje samobójstwo; dlaczego syn obciążonego ojca pozostaje nietknięty a wnuk zapada na tę samą chorobę, na którą cierpiał ojciec lub choroby podobne – te fakty dzisiaj tylko stwierdzamy, jednak nie mamy dla nich wytłumaczenia.

Nie można tu roztrząsać tych zagadek, przypominamy tylko, że przyczyny danych zjawisk będziemy z konieczności szukać w organicznych podstawach choroby – w chorym systemie nerwowym, poprzez który obciążenie jest przenoszone, a także z jednej strony w szkodliwych czynnikach nabytych, z drugiej w procesie regeneracji, który głównie na drodze krzyżowania doprowadza do lepszych stopni choroby w odwrocie.

Regeneracja to proces tak samo ważny jak degeneracja. Jednak do tej pory nie poświęcano jej należytej uwagi, głównie dlatego, że postępuje zbyt wolno, skrycie, uwagę ludzkości zaś przyciągają zjawiska zaskakujące i ważne. Regeneracja to siła naprawcza nakierowana na stany patologiczne, odnawiająca organizm siłą

własną, walczącą z degeneracją. [...] Wynik tego starcia znamionuje zdolność do regeneracji.

Sam organizm posiada pewną zdolność do regeneracji, choć w przypadku stanów dziedzicznych nie jest ona największa. Widzimy to na przykładzie nabytej kiły. Im dłuższy okres upływa od momentu zarażenia się, tym większe prawdopodobieństwo donoszenia płodu. Podobnie rzecz ma się w przypadku gruźlicy; choć dyspozycja do niej jest dziedziczna, nie musi się rozwinąć w chorobę, jeżeli jednostka nie jest poddana działaniu czynników szkodliwych. Wiemy, że wiele z chorób uaktywnia się dopiero pod wpływem niesprzyjających okoliczności, wpływu warunków szkodliwych i urazów.

W taki sposób budzi się padaczka, czasami po ciężkim urazie, szoku, po chorobach płciowych; w taki sposób rozwijają się liczne choroby psychiczne u kobiet podczas ciężkich porodów, w okresie poporodowym lub w czasie karmienia piersią; inne choroby znów pod wpływem alkoholizmu lub innych ekscesów. Niektórym wystarcza do uaktywnienia naturalne osłabienie organizmu np. w trakcie dojrzewania płciowego lub, odwrotnie w trakcie starzenia się. Nie można więc nie przyznać, że organizm posiada zdolność regeneracyjną. Wydaje się, że tylko bardzo ciężkie obciążenia wykazują skłonność do ujawniania się, natomiast lżejsze poddają się procesom regeneracji.

Najważniejszą zaś rolę na gruncie regeneracji odgrywa krzyżowanie płciowe. Tak jak degeneracja porusza się na drodze dziedziczenia w poprzek kilku pokoleń, tak na drodze krzyżowania dochodzi do leczenia regeneracyjnego. Zdrowa jednostka łącząca się z jednostką obciążoną osłabia u potomków inklinację do zachorowania. Tą drogą rodzaj ludzki ponownie wzmacnia swoje zdrowie. – Jednak tego rodzaju regeneracja ma swoje granice; cięższe obciążenia i choroby tylko rzadko zdolne są do regeneracji. Wszystko zależy od anatomicznej wady systemu nerwowego.

W danym przypadku dziedziczne obciążenie może powodować trudności do tego stopnia, że nawet doświadczony psychiatra nie jest w stanie określić zakresu i siły regeneracji. Dlatego też przedsięwzięcia medyczne dzisiaj kierowane są głównie przeciwko zaślubianiu jednostek ciężko obciążonych. Należy bardzo żałować, że ta tak istotna sprawa życiowa nie jest jeszcze w wystarczającym stopniu uregulowana. Mimo określonych osiągnięć nauki do tej pory dochodzi do zaślubin jednostek z padaczką, alkoholizmem, kiłą i w ten sposób degeneracja rozszerza się dalej. Jest obowiązkiem społeczeństwa skutecznie ingerować przeciwko temu złu, ponieważ naturalny proces regeneracyjny musi być wspierany rozumnym kierownictwem ludzkim, jeżeli w grę wchodzi dobrostan ogółu. Naturalną regenerację wspiera wszystko, co wzmacnia organizm. Z jednej strony chodzi o oddalenie przyczyn szkodliwych, takich jak uraz, choroby zakaźne, nadmierny wysiłek cielesny, kiła, alkohol itp., z drugiej zaś wyśmienite odżywianie, sen, polepszenie warunków bytowych. Znaczenia wpływów szkodliwych nie można nie doceniać, przecież one często powodują przebudzenie do pełnej siły utajonego dziedzicznego obciążenia i nie można pozostawać obojętnym ani wobec tego, że organizm cierpi na utajoną, może osłabioną skłonność, ani wobec jawnej choroby.

Ze względów leczniczych na wzmiankę zasługuje wyhodowanie silnego charakteru u osoby obciążonej. Nic nie może być zalecane goręcej niż rygorystyczne samowychowanie i prawidłowy tryb życia. Wszelki marzycielski romantyzm podobnie jak wszystko to, co ekscentryczne i podlegające nastrojom powinno być wyeliminowane. Człowiek taki musi przyzwyczaić się do surowego realistycznego patrzenia na życie, do kierowania swojego postępowania mocną siłą woli i do stłumienia w zarodku chorobliwych pragnień i popędów. W ten sposób przyczyni się do pokonania obciążenia. [...] ⁶

⁶ Źródło: E-LOGOS. Electronic Journal for Philosophy 97, ISSN 1211-0442. Artykuł jest do dyspozycji na: nbvse.cz/kfil/elogos/archives/mysl-3/ADAM-1.htm.

Kolejnym z filozofujących lekarzy tego okresu jest **František Mareš** (1857–1942), fizjolog, filozof (o orientacji nacjonalistycznej i później faszystowskiej), polityk, profesor Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola w Pradze (od 1895 r.), dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola i rektor Uniwersytetu Karola. Najpierw studiował filozofię, której nie skończył, później medycynę. Nawet będąc lekarzem nie zaprzestał zajmowania się filozofią; był zwolennikiem witalizmu (jego inauguracyjny wykład rektorski w 1913 r. zatytułowany został *Žítie – síla tvůrčaz*⁷ i przeciwnikiem czeskiego pozytywizmu. W sensie filozoficznym zbliżony był do neokantyzmu. Należał do krytyków pozytywizmu, materializmu, marksizmu i darwinizmu.

Do jego głównych prac filozoficznych należą *Idealism a realism v přírodní vědě* (1901) [Idealizm i realizm w naukach przyrodniczych], *Konec sporu o idealism a realism v přírodní vědě* (1903) [Koniec sporu o idealizm i realizm w naukach przyrodniczych], *Psychologie bez duše. Ke kritice základů psychologie prof. F. Krejčího* (1912) [Psychologia bez duszy. O krytyce podstaw psychologii prof. F. Krejčígo], *Pravda nad skutečnost* (1918) [Prawda ponad rzeczywistość], *Otázky filosofické, národní a sociální v politice* (1923) [Pytania filozoficzne, narodowe i społeczne w polityce], *Dialektický materialismus. Filosofie Leninova* (1937) [Materializm dialektyczny. Filozofia Lenina] oraz *Soumrak duchovní kultury před svítáním. Srovnání středověké filosofie křesťanské s přírodní vědou a filosofii nové doby* (1939) [Zmierzch kultury duchowej przed brzaskiem. Porównanie chrześcijańskiej filozofii średniowiecznej z naukami przyrodniczymi oraz filozofią nowożytną]. Spośród dzieł poświęconych kwestiom filozofii medycyny należy wspomnieć zwłaszcza następujące: *Mravnost a kultura. K otázce vivisekce* (1910) [Moralność i kultura. O kwestii wiwisekcyj], *Život – tvůrčí síla* (1913) [Życie – siła twórcza] oraz *Životní účelnost* (1917) [Celowość życiowa].⁸

⁷ Prof. dr František Mareš pełnił funkcję rektora Uniwersytetu Karola dwa razy: w okresach 1913–1914 i 1920–1921.

⁸ Dane faktograficzne łącznie z bibliografią Františka Mareša zaczerpnięte zostały z: J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 368–370.

Edward Babák (1873–1926), lekarz, fizjolog, biolog, filozof, był organizatorem szkolnictwa wyższego. Od 1917 r. był profesorem fizjologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Karola w Pradze, od 1919 r. zaś profesorem fizjologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Masaryka w Brnie, której był współzałożycielem. Był najbardziej znaczącym uczniem profesora Františka Mareša (patrz wyżej) i założycielem czeskiej fizjologii porównawczej. Został dziekanem Wydziału Lekarskiego i rektorem Uniwersytetu Masaryka w Brnie. W obrębie medycyny zajmował się zwłaszcza adaptacyjnymi właściwościami organizmu oraz fizjologią oddychania.

Edward Babák należał do lekarzy świadomych filozoficznych podstaw medycyny i biologii. W swoich pracach filozoficznych zajmował się właśnie biologicznymi i psychologicznymi teoriami swoich czasów. Już w 1904 r. opublikował pracę *Pojem biologie* [Pojęcie biologii], w której określił się wobec mechanicystycznych i materialistycznych koncepcji biologii. Odrzucał pozytywizm i psychofizyczny paralelizm. W duchu witalizmu bronił tezy, iż biologia opiera się na zasadzie życia (widoczny wpływ Mareša); podobnie w odniesieniu do psychologii stosował koncepcję „psychologii z duszą”. Jego *Tělověda* [Nauka o ciele] stanowiła po wojnie podstawowy podręcznik biologii i fizjologii w szkołach wyższych⁹. Jest to nie tylko podręcznik fizjologii i biologii, lecz opiera się na filozoficznych, antropologicznych i psychologicznych podstawach. Do jego kolejnych biologicznych i medycznych dzieł z konotacją filozoficzną należą *O teorii vývojové* (1904) [O teorii ewolucji], *O proměnách energií u živých těl* (1917) [O przemianach energii w ciałach żywych] i *Filosofické důsledky novodobé biologie* (1924) [Filozoficzne następstwa biologii nowoczesnej], które świadczą o tym, że starał się doprowadzić do końca konsekwencje założeń, którymi biologia i medycyna nie zajmują się

⁹ *Tělověda* Babáka to opus magnum, które tworzą 2 tomy o całkowitej objętości ponad 1500 stron. Dzieło po raz pierwszy wyszło w 1908 r., dalsze wydania nastąpiły w latach 1922 i 1924.

i z istoty rzeczy (oraz ze względów metodologicznych) nawet zajmować się nie mogą¹⁰.

Jaroslav Stuchlík (1890–1967), psychiatra, psycholog, filozof, był wybitną i wielostronną osobowością czechosłowackiej medycyny. Ukończył studia z zakresu nauk przyrodniczych i medycyny na uniwersytecie w Zurychu. Po powrocie do Czech zajmował się praktyką lekarską. W 1917 r. rozpoczął pracę w klinice neurologicznej w Wiedniu, gdzie zapoznał się z nowoczesną psychiatrią i psychiatrią egzystencjalną (zetknął się tutaj z Freudem i Adlerem).

Po I wojnie światowej został ordynatorem oddziału psychiatrycznego szpitala w Koszycach, którego był założycielem. Po II wojnie światowej został ordynatorem kliniki psychiatrycznej w Bratysławie i później w Pilźnie. W 1948 r. został profesorem psychiatrii na Uniwersytecie J. A. Komeńskiego w Bratysławie. Rok później odwołano go z funkcji ordynatora i otrzymał zakaz publikowania. W tym samym roku przeszedł na emeryturę. Przeciwno niemu stanęła nie tylko ówczesnie panująca ideologia, lecz także pozytywistycznie zorientowana czechosłowacka psychiatria i psychologia, mimo że był prekursorem bądź jednym z prekursorów wprowadzenia na grunt nauk medycznych w Czechosłowacji psychoanalizy (*O psychoanalizie*, 1916) [O psychoanalizie]. Jego przenikliwy wkład dotyczy nie tylko filozofii psychologii i psychiatrii, lecz także psycholingwistyki, gdzie mu było po drodze z ujęciem strukturalnym Jacquesa Lacana. Zajmował się także analizą egzystencjalną *Dasein* jako określoną reakcją na czysto biologiczną orientację ówczesnej psychoanalizy. (*Existential approach to the psychology of propaganda*, 1963; *Existenciální přístup k psychologii propagandy*, 1990) [Podejście egzystencjalne do psychologii propagandy]. Nie jest niczym zaskakującym, że

¹⁰ Dane biograficzne dot. życia i dzieła Edwarda Babáka włącznie z bibliografią są przejęte z książki: P. Bravený, *Edward Babák*, Brno 1997, z: J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 18, ze strony internetowej Uniwersytetu Masaryka (www.muni.cz – dostęp 14.1.2012) i z *Encyklopedie Brna* (encyklopedie.brna.cz – dostęp 14.1.2012).

ówczesna czeska i czechosłowacka marksistowska lub lewicowo zorientowana psychologia przeważnie skłaniała się ku czysto biologicznemu lub fizjologicznemu ujęciu (psychologia jako wyższa czynność nerwowa), Jaroslav Stuchlík znajdował się więc poza jej głównym nurtem lub wręcz „płynął pod prąd”.

Do jego długookresowych zainteresowań należała higiena psychiczna. Jako jeden z paradoksów jego historii życia należy traktować fakt, iż jego główne dzieło dotyczące tej problematyki *Nárys psychoterapie a psychohygieny* [Zarys psychoterapii i higieny psychicznej] zostało w 1949 r. przez cenzurę komunistyczną wyłączone z obiegu. Jego dzieło oraz jego fascynujące życie stało się przedmiotem dociekań psychologa i filozofa **Vladimíra Boreckýego** (1941–2009), który poświęcił mu pracę *Stuchlíkovy snahy o filozofické zakotvení medicíny* (1990) [Usiłowania Stuchlíka o filozoficzne zakotwiczenie medycyny], stanowiącą, jak dotychczas, najbardziej znaczącą próbę całościowego podsumowania filozofii medycyny Jaroslava Stuchlíka.¹¹

Lekarz i biolog **Jan Bělehrádek** (1896–1980) był od 1931 r. profesorem biologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Masaryka (w 1923 r. przeszedł z Uniwersytetu w Leuven w Belgii za profesorem Babákem do Brna). Od 1934 r. był profesorem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola, w okresie 1937–1938 pełnił funkcję dziekana tegoż wydziału i w latach 1945–1946 funkcję rektora Uniwersytetu Karola w Pradze. Podczas wojny był więźniem Terezina. Po lutym 1948 r. udał się na emigrację. Od 1949 r. pracował dla UNESCO w Paryżu, skąd pod presją ówczesnej czeskiej partyjnej władzy zmuszony został w 1956 r. do odejścia. Od 1956 r. żył w Anglii, gdzie pracował na Wydziale Lekarskim Middlesex University; działał także w emigracyjnej Czechosłowackiej Partii Socjaldemokratycznej (*exilová ČSSD*) oraz w brytyjskim oddziale *Komitetu Obrony Niesprawiedliwie Prześladowanych* (VONS). Zmarł w 1980 r. w Londynie.

¹¹ Dane faktograficzne łącznie z biografią i bibliografią Jaroslava Stuchlíka zaczerpnięte zostały z: J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 544–545.

Jan Bělehrádek nie był filozofem–twórcą, lecz lekarzem i biologiem świadomym filozoficznego wymiaru medycyny. Z różnych dziedzin filozofii czerpał to, co uważał za nośne i istotne dla własnej wiedzy naukowej w dziedzinie biologii i medycyny. Za istotną w tym kontekście uważał aktualną w jego czasach filozofię holistyczną. Jako obrońca holizmu krytykował redukcjonistyczny sposób ujmowania nauk przyrodniczych, którego jedyną metodą jest analiza, a syntezę odrzuca się jako nieodpowiednią dla nauki. W przeciwieństwie do tego, opowiadał się za całościową percepcją rzeczywistości – tak świata jak i nauki; przedmiot należy ujmować jako całość, narzędziem zaś takiego ujmowania jest myślenie kompleksowe, które stosuje metody analizy i syntezy.

W nawiązaniu do ówczesnych filozofów i przyrodników uważał on za podstawę podejścia holistycznego następujące tezy:

” 1) Wszelkie istnienie jest ustrukturyzowane, każda część jest jednocześnie całością. 2) Całość to więcej niż prosta suma jej części. 3) Rozkładając całość na części, musimy założyć istnienie czegoś, co znajduje się poza tymi częściami. 4) Części rzeczywistej (ustrukturyzowanej) całości różnią się ze względu na swoje funkcje tak w odniesieniu do całości jak i wzajemnie wobec siebie. 5) Nowe wartości powstają tam, gdzie części skupiają się w rzeczywistą całość. Nowa wartość zależy od wewnętrznego charakteru całości, powstaje i rozwija się celowo według »planu«. 6) Całości posiadają pewien stopień »wewnętrznej wolności«, który wzrasta wraz z »wysokością« całości – od całości nieorganicznych poprzez organiczne aż po duchowe”¹².

Metodę holistyczną rozumianą jako poszerzenie witalizmu przykładał do biologii i psychologii, usiłując tym samym przywrócić im „życie” i „duszę”. Do jego dzieł z filozoficznymi odniesieniami należą: *Moderní názory o povaze živé hmoty* (1928) [Nowoczesne poglądy o naturze żywej materii], *Život a voda*

¹² Cyt. za *ibidem* s. 31.

(1930) [Žycie i woda], *Obecná biologie* (1934) [Biologia ogólna], *Nauka o člověku* (1936) [Nauczanie o człowieku], *O holismu* (1941) [Holizm], *Zrakem biologie* (1942) [Okiem biologa], *Novým dechem* (1946) [Z nowym oddechem] i *Věda a společnost* (1946) [Nauka i społeczeństwo].¹³

Ferdinand Herčík (1905–1966), lekarz, fizjolog i biolog, był prekursorem czechosłowackiej biofizyki i założycielem czechosłowackiej radiobiologii. Od 1946 r. był profesorem na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Masaryka, w latach 1949–1959 pełnił funkcję dziekana tegoż wydziału. Po wojnie jako członek samorządu miasta Brna (1945–1946) pozyskał na rzecz instytutów teoretycznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Masaryka budynek dotychczasowej niemieckiej Wyższej Szkoły Technicznej i przeszedł tam jako dyrektor Instytutu Biologii. Od 1947 roku zajmował się także mikroskopią elektronową bakteriofagu, poprzez co wniósł znaczący wkład w rozwój biologii molekularnej w ówczesnej Czechosłowacji. Od maja 1945 r. był członkiem Komunistycznej Partii Czechosłowacji, po lutym 1948 r. także członkiem Centralnego Komitetu Wykonawczego Frontu Narodowego¹⁴ w Pradze. Był laureatem kilku państwowych odznaczeń. W jego poglądach filozoficznych można wyróżnić, pod względem ich czasowego trwania, dwa okresy: okres holizmu (1930–1948) i okres marksizmu (1948–1966). Istotniejszy był ten pierwszy, którym zapisał się w poczet czeskich myślicieli. Trudno dzisiaj ocenić, jaką rolę w akcesie do „postępowej biologii”, reprezentowanej przez łysenkizm czy w ogóle ideologię tamtych czasów, odegrało jego pragmatyczne nastawienie¹⁵, biorąc pod

¹³ *Ibidem* s. 30–31 oraz z *Encyklopedie Brna* (encyklopedie.brna.cz – dostęp 17.1.2012).

¹⁴ Front Narodowy Czechów i Słowaków, *Národní fronta Čechů a Slováků* – grupa partii kierowanych przez Komunistyczną Partię Czechosłowacji, później należały do niego także organizacje społeczne, przyp. tłum. E.Z.

¹⁵ Por. W. Droženová i in., *Etika vědy v České republice: Od historických kořenů k současné bioetice*. Praha 2010, s. 126–132.

uwagę także fakt, że Herčík dobrze się orientował w historii filozofii i w filozofii nauki.

Jednak dogmatyzm jakiegokolwiek zabarwienia był mu obcy, a nawet jego ujęcie holizmu nie miało charakteru ortodoksyjnego. Jego całościowe podejście antycypowało teorię systemową; jego dążenia zawsze miały w tle poszukiwanie wyższego jednoczącego stanowiska. Zakładał, że istotą życia jest niezmiernie skomplikowana i delikatna sieć przyczynowo-skutkowa poszczególnych fizycznych i chemicznych procesów; sieć tak delikatna, że nawet przez dotyk można ją poważnie uszkodzić. W związku z tym miał również świadomość trwałej aproksymacji ludzkiego poznania, łącznie z poznaniem naukowym; stąd także jego ujęcie przyczynowości, wyraźnie respektujące rolę stochastycznych procesów w systemach biologicznych, jest bardzo dalekie od rygoryzmu¹⁶.

Krytykował pozytywizm za pomijanie możliwości poznawania zewnętrznego świata także innymi kanałami niż tylko organami zmysłowymi. Holizm, rozumiany nieortodoksyjnie, według niego był reakcją na mechanicystyczną przyczynowość i neowitalistyczną entelechiją. Oprócz tego, każdy ustrukturuwany system stanowił dla niego organizm – obojętnie czy chodziło o organizm żywy (komórkę) czy atom lub planetę. Do czeskiej biologii wprowadził „biologię kwantową, uważając, iż jej podstawy tworzy wiedza o skutkach promieniowania na żywą materię, teoria ingerencyjna i z niej wywodząca się teoria wrażliwej objętości oraz teoria wzmocnienia”¹⁷. Czas uważał za czwarty wymiar kosmosu. Należy przypomnieć, że w owych czasach takie ujęcie było bardzo rozpowszechnione. Jego filozofia nauki, opierająca się na teorii systemów i broniąca aproksymacji gnozeologicznej, przypisuje nauce charakter mistyczny (w odróżnieniu od pozytywistycznego podejścia czy podejścia marksizmu). To m.in. dowodzi, że nigdy nie udało mu się w pełni zaakceptować marksizmu. Ferdinand Herčík w odróżnieniu od poprzednio wymie-

¹⁶ Por. J. Gabriel i in., *Słownik českých...*, s. 172.

¹⁷ *Ibidem*.

nionych lekarzy, którzy zajmowali się filozoficznymi podstawami medycyny i biologii, wniósł swój wkład także do filozofii nauki, zwłaszcza filozofii biologii.

Do jego spuścizny filozoficznej należą zwłaszcza: *Die Oberflächenspannung in der Biologie und Medizin* (1934), *O smrti a nesmrtnosti* (1937) [O śmierci i nieśmiertelności], *Problém života* (1938) [Problem życia], *Kauzální princip v biologii* (1939) [Zasada przyczynowości w biologii], *Život a čas* (1940) [Życie i czas], *Záření a život* (1941; 3. wydanie 1957) [Promieniowanie i życie], *Mladý biolog* (1941; 3. wydanie 1954) [Młody biolog], *Věda a zdravý rozum* (1942) [Nauka i zdrowy rozsądek], *Prostorový model života* (1943) [Przestrzenny model życia], *Od atomu k životu* (1946) [Od atomu do życia], *Život člověka* (1947) [Życie człowieka], *Úvod do kvantové biologie* (1949) [Wprowadzenie do biologii kwantowej], *Na prahu života* (1950) [Na progu życia], *Za materialistickou biologii* (1950) [Za biologię materialistyczną], *Život a hmota* (1950) [Życie i materia], *Chybné základy mendelismu* (1952) [Błędne podstawy mendelizmu], *Jak vznikl život na zemi* (1953) [Jak powstało życie na Ziemi], *Na hranicích života* (1963) [Na granicy życia].¹⁸

Jaroslav Kríženecký (1896–1964) był biologiem zajmującym się aspektami filozoficznymi ewolucji. Badanie teorii ewolucji doprowadziło go do pojmowania biologii w szerszym kontekście. Przyczynił się do pogłębienia badań naukowych i wykorzystania genetyki w medycynie i rolnictwie. Uzyskał habilitację z biologii i w okresie 1922–1949 był docentem w Wyższej Szkole Rolniczej w Brnie. W 1925 r. opublikował artykuł *Dlaczego nie jestem komunistą*. Był więziony podczas II wojny światowej. Po wojnie, za swoje poglądy został zwolniony z funkcji kierownika Instytutu Zootechniki (jako jeden z nielicznych bronił genetyki mendelowskiej, którą wówczas oceniano jako koncepcję reakcyjną)¹⁹.

¹⁸ *Ibidem* s. 171–173 oraz z *Encyklopedie Brna* (encyklopedie.brna.cz – dostęp 17.1.2012).

¹⁹ V. Orel, *Jaroslav Krizenecky (1896–1964): Tragic Victim of Lysenkoism in Czechoslovakia* [w:] *The Quarterly Review of Biology*, 1992; 67/4, s. 487–494.

Zarabiał na życie jako pracownik administracji; po krótkiej działalności w Słowackiej Akademii Nauk został w 1958 r. uwięziony²⁰. Z więzienia powrócił z osłabionym zdrowiem. Od 1963 r. pracował w Muzeum Morawskim, gdzie zajmował się budowaniem ekspozycji poświęconej Mendlowi, jednak jej otwarcia już nie dożył.

W ostatnich latach swojego życia zajmował się naukową spuścizną Mendla w kontekście ówczesnego rozwoju genetyki. Jednocześnie w wielu swoich publikacjach poświęcał uwagę problemom filozofii biologii i filozofii nauki. Należą do nich zwłaszcza: *Filozofické základy eugeniky* (1916) [Filozoficzne podstawy eugeniki], *Ochrana mládeže a eugenika* (1916) [Ochrona młodzieży i eugenika], *Studium kolektivního života, sociologie a biologie* (1918) [Badanie życia grupowego, socjologii i biologii], *Eugenika a socialismus* (1920) [Eugenika i socjalizm], *O individuální potenci* (1921) [O potencji indywidualnej], *Kapitoly o eugenice* (1922) [Rozdziały o eugenice], *Život a individualita, Krise vývojové teorie, Jak se dnešní biologie dívá na darwinismus, Má příroda rozum?* (1925) [Życie i indywidualność, Kryzys teorii ewolucji, Jak dzisiejsza biologia zapatruje się na darwinizm, Czy przyroda ma rozum?] *Darwin a vývojová teorie* (1932) [Darwin i teoria ewolucji], *Darwin a darwinismus* (1938) [Darwin i darwinizm], *Boj o život a dohoda k životu* (1940) [Walka o życie i umowa na życie], *Příroda a kultura* (1940) [Przyroda i kultura], *Věda, teorie a praxe. Pokus o vymezení pojmů* (1943) [Nauka, teoria i praktyka. Próba określenia pojęć], *Fundamenta genetika* (1965), *Gregor Mendel, sein Werk, Leben und Wirkung* (1965).²¹

Zupełnie inne podejście do filozoficznych problemów medycyny i biologii reprezentuje lekarz i historyk medycyny **Miloslav**

²⁰ W 1957 r. w wystąpieniu publicznym skrytykował Łysenkę i bronił Mendla (*Přehled vývoje nauky v plemenitbě* – Przegląd rozwoju nauki w dziedzinie hodowli); został zatrzymany i w wyniku sfingowanego procesu skazany na karę jednego i pół roku więzienia bez zawieszenia (1958–1959).

²¹ Por. J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 315–316 oraz *Encyklopedie Brna* (encyklopedie.brna.cz – dostęp 17.1.2012).

Matoušek (1900–1985). Od 1947 r. był docentem historii medycyny na Wydziale Lekarskim w Pradze i od 1955 r. profesorem medycyny społecznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu F. Palackého w Ołomuńcu. W 1925 r. wstąpił w szeregi Komunistycznej Partii Czechosłowacji i z polityką tej partii, wliczając w to tzw. realny socjalizm, utożsamiał się przez całe swoje życie. W ramach historii medycyny zajmował się zwłaszcza czeskimi fizjologami. Jego praca doktorska jest krytyką z pozycji marksizmu wyżej wzmiankowanego F. Mareša (*Fysiolog František Mareš a jeho idealistická filosofie*, 1955) [Fizjolog František Mareš i jego filozofia idealistyczna].

Oprócz medycyny i nauk przyrodniczych interesował się także naukami społecznymi (zwłaszcza filozofią) i swoje zainteresowania przenosił na działalność polityczną (w okresie 1948–1952 był ambasadorem CSRS we Włoszech). W swoich pracach filozoficznych koncentrował się na problematyce przeciwieństwa materializmu i idealizmu i w równej mierze na walce materializmu z idealizmem i religią. Jako konsekwentny zwolennik materializmu pisał również o stosunku religii i nauk przyrodniczych. „Jego krytyczna postawa wobec doktryn religijnych była paradoksalnie powiązana z własną bezkrytyczną postawą wobec oficjalnych interpretacji doktryny marksizmu-leninizmu”.²²

Do jego publikacji należą następujące prace:

Věda ve státě buržoasním (1925) [Nauka w państwie burżuazyjnym], *Filosofický idealism* (1928) [Idealizm filozoficzny], *Materialismus und Empiriokritizismus* (1928), *Positivism a náboženský socialism* (1929) [Pozytywizm i socjalizm religijny], *Kam dochází idealistická filosofie?* (1930) [Dokąd dochodzi filozofia idealistyczna], *O dialektickém myšlení* (1930) [O myśleniu dialektycznym], *Hmota a duch* (1931) [Materia i duch], *O vztahu mezi duševním a tělesným* (1932) [O stosunku między duchownym i cielesnym], *O poměru lékaře ke společnosti* (1933) [O relacji lekarz–społeczeństwo], *O filosofii*

²² J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 387.

Purkyňově (1937) [O filozofii Purkyně], *Stručné dějiny českého lékařství* (1947) [Krótka historia czeskiej medycyny], *Náboženství jako odpůrce vědeckého lékařství* (1956) [Religia jako przeciwnik medycyny naukowej], *Stručný kurs dějin lékařství* (1956) [Krótki kurs historii medycyny], *Morálka socialistického lékaře* (1957) [Moralność lekarza socjalistycznego], *O vývoji a současném stavu historie lékařství v Československu* (1958, po rosyjsku 1959) [O ewolucji i stanie współczesnym historii medycyny w Czechosłowacji], *Medicína a náboženství* (1960) [Medycyna i religia], *K filosofickým problémům medicíny* (1962) [O filozoficznych problemach medycyny], *Pokusy novotomismu o ovlivnění lékařského myšlení* (1965) [Próby neotomizmu wpływania na myśl lekarską] *Ateismus v myšlení socialistického lékaře* (1977) [Ateizm w myśleniu socjalistycznego lekarza].²³

3. Filozofowie zajmujący się (również) medycyną

Bohuslav Brouk (1912–1978) to pierwszy filozof w tym przeglądzie, który m.in. zajmował się również medycyną. Był popularizatorem psychoanalizy, *enfant terrible* i jedną z najbardziej oryginalnych osobowości czechosłowackiej awangardy międzywojennej. W 1948 r. wyemigrował z Czechosłowacji i mieszkał kolejno w Niemczech, Francji, Australii i w Anglii, gdzie zmarł. Skończył biologię i antropologię na Wydziale Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Karola oraz na Wydziale Filozofii tegoż Uniwersytetu estetykę (doktoraty odpowiednio w 1937 i w 1946 r.). Od początku lat 30. XX w. należał do artystycznej awangardy, był propagatorem psychoanalizy freudowskiej, łączył uwolnienie indywidualności, do którego dąży psychoanaliza i surrealizm, z emancypacją społeczną, do której dąży marksizm. Był także zwolennikiem emancypacji nauki i sztuki, ich uwolnienia od wpływu każdej ideologii. Przeciwstawiał się usiłowaniom

²³ *Ibidem* s. 386–387.

niektórych czeskich psychiatrów, by patologizować twórczość surrealistyczną. Bohuslav Brouk fascynował „swoją zdolnością schodzenia z wytartych szlaków, przeciwstawiania się głównemu nurtowi, nieprzystosowywania swoich poglądów do przyjętych konwencji”, podobnie jak tym, w jaki sposób „demaskował zakorzenione sposoby myślenia, automatyczne przyjmowanie różnych religijnych czy ideologicznych »odwiecznych prawd« życiowych” (Jaroslav Formánek).²⁴ Jego dzieło charakteryzujące się prowokacją, ironią, sarkazmem i demystyfikacją społecznych konwencji oraz (pseudo)wartości nie zawiera odniesień do filozofii medycyny, można jednak w jego spuściźnie znaleźć artykuły, które znajdują się na pograniczu psychologii, filozofii i medycyny, np.: *Psychoanalytická sexuologie* (1933) [Psychoanalityczna seksuologia]²⁵, wydanie drugie pod tytułem *Lidská duše a sex*, Praha 1992 [Ludzka dusza i seks]), *Autosexualismus a psychoerotismus* (1935) [Autoseksualność i psychoerotyzm], *O smrti, lásce a žárlivosti* (1936)²⁶ [O śmierci, miłości i zazdrości], *Patologie životní zdatnosti* [Patologia sprawności życiowych] (1937 – pierwotnie dysertacja pt. *Intelligence, talent, genialita a metody jejich výzkumu* [Inteligencja, talent, genialność i metody ich badań], obroniona na Wydziale Nauk Przyrodniczych UK w 1937 r.), *O funkcích práce a osobitosti* (1938) [O funkcjach pracy i indywidualności].²⁷

²⁴ www.bohuslavbrouk.cz – dostęp 17.01.2012.

²⁵ Drugie wydanie ukazało się pod tytułem *Lidská duše a sex* [Dusza ludzka i seks] w 1992 r.

²⁶ Wydrukowane egzemplarze książki *O smrti, lásce a žárlivosti* [O śmierci, miłości i zazdrości], w której Brouk zajmował się problematyką dobrowolnej śmierci, zostały na mocy decyzji Sądu Wojewódzkiego w Pisku (numer sprawy: TI 7/36, 6. maja 1936 r.) zarekwirowane i zniszczone z uzasadnieniem, że autor na s. 52 i 53 w rozdziale „Racjonalizacja śmierci” podburza do przestępstwa i wyczerpuje tak opis czynu zabronionego, opisanego jako wykroczenie przeciwko przepisom Ustawy o Ochronie Państwa – por. www.bohuslavbrouk.cz (dostęp 17.01.2012).

²⁷ Dane o życiu i dziele Bohuslava Brouka zaczerpnięte zostały z pracy znawcy jego dzieła Vladimíra Boreckiego *Skeptický ctitel svobody: Bohuslav Brouk* [Sceptyczny wyznawca wolności: Bohuslav Brouk] [w:] B. Brouk, *Na ztracené vartě*

Swój wkład w filozofię medycyny w sposób pośredni wniósł również jeden z najważniejszych czeskich filozofów XX w. **Jan Patočka** (1907–1977)²⁸. Dotyczy on z jednej strony jego własnego dzieła filozoficznego, z drugiej odnosi się do prac jego uczniów, jak również do tradycji szkoły fenomenologicznej w ogóle, którą zapoczątkował. Jan Patočka pierwotnie zajmował się fenomenologią, później filozofią historii, literaturą, sztuką, kulturą i etyką i pod koniec swojego życia (po podpisaniu Karty 77) także refleksją nad odpowiedzialnością obywatelską. Opublikował szereg prac o filozofii E. Husserla, M. Heideggera, R. Ingardena, spośród autorów czeskich pisał zwłaszcza o filozoficznym dziele J. A. Komenskiego i T. G. Masaryka. Za życia drukiem ukazało się w Czechach (oprócz samizdatu) niewiele z jego prac. Oprócz pięciotomowego wyboru wydanego w latach 80. XX w. w Niemczech i oprócz przekładów na inne języki jego dzieło dopiero od 1996 r. w edycji *Sebrané spisy Jana Patočky* [Dzieła zebrane Jana Patočky] publikuje wydawnictwo OIKOYMENH (do 2011 r. opublikowano 15 tomów).

Wśród jego dzieł na darmo szukalibyśmy filozofii medycyny. Nie znajdziemy żadnych prac, które można by było wprost uznać za filozofię medycyny. Choć jest to może zaskakujące, pozostaje jednak prawdą, że jeden z największych czeskich filozofów XX wieku w zasadzie w ogóle nie zajmował się problematyką filozoficznej refleksji medycyny. Można byłoby długo przytaczać rzeczywiste i hipotetyczne powody, dlaczego tak się działo. Byłoby niewłaściwe wkładać mu w usta jakkolwiek filozofię medycyny lub z tego, co napisał, filozofię medycyny wywodzić. Można by było oczywiście niektóre z jego tekstów wykorzystać dla

Západu. [Na utraconej straży Zachodu], Praha 2001, s. 542–557 i 657–661, oraz z: J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 55–57, a także ze strony www.bohuslavbrouk.cz (dostęp – 17.01.2012).

²⁸ Biograficzne i bibliograficzne dane o Janie Patočce zostały zaczerpnięte z następujących publikacji: E. Kohák, *Jan Patočka: Filosofický životopis* [Jan Patočka: życiorys filozoficzny], Jinočany 1993; I. Dubský, *Filosof Jan Patočka*, Praha 1997; I. Blecha, *Jan Patočka*, Olomouc 1998.

filozoficznej refleksji nad medycyną, lecz miałyby to charakter recyklingu jego oryginalnych tekstów. Tak więc tutaj raczej wskażemy, że niektóre teksty Patočki mają lub mogą mieć znaczenie dla filozofii medycyny. W jego pracach można się doszukać jej symptomów, które trzeba by było jednak dopiero na potrzeby filozofii medycyny dokładnie rozpracować. Sam Patočka za życia nie doprowadził do rozwinięcia tych wątków w postać elementarnej bądź systematycznej refleksji medycyny.

Wspominane wątki znaczące dla filozofii medycyny można znaleźć zwłaszcza w jego dziełach *Přirozený svět jako filosofický problém* (1936) [Świat przyrodzony jako problem filozoficzny], *O principu vědeckého svědomí* (1968) [O zasadzie sumienia naukowego], *Morálka obecná a morálka vědce* (1969) [Moralność ogólna i moralność naukowca], *Duchovní základy života v naší době* (1970) [Podstawy duchowe życia w naszych czasach], *Doba poevropská a její duchovní problémy* (1970) [Czasy poeuropejskie i ich problemy duchowe], *Kacířské eseje o filosofii dějin* (1975) [Eseje heretyckie z filozofii dziejów]²⁹ oraz w zbiorach wykładów, które wygłosił na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Karola, kiedy po 20 latach nieobecności pozwolono mu powrócić (*Tělo, společenství, jazyk, svět* – 1968 [Ciało, wspólnota, język, świat] i *Problém přirozeného světa* – 1969 [Problem świata przyrodzonego]).

W swojej pracy habilitacyjnej *Přirozený svět jako filosofický problém* [Świat przyrodzony jako problem filozoficzny] Patočka nawiązał do koncepcji świata przyrodzonego (*Lebenswelt*) Husserla, który jest światem pierwotnego i bezpośredniego doświadczenia. Nieobecność tego pierwotnego, naturalnego doświadczenia powoduje, że człowiek postrzega świat tylko przez pryzmat (obiektywnego) spojrzenia nauki, ta jednak rozkłada świat na szereg nieprzejrzystych małych segmentów i w ten sposób uniemożliwia jego rozumienie i zrozumienie jako sensownej całości. Świat przyrodzony jako przeciwieństwo racjonalnego i obiektywnego

²⁹ Wyd. polskie 1998.

świata nauki medycznej stanowiłby wartościowe tło krytycznego badania świata technologiczowanej i naukowej medycyny zwłaszcza z ostatnich dekad XX w., czyli świat, w którym to pierwotne doświadczenie człowieka nie jest (zbyt) obecne, ewentualnie pojawia się tylko w sytuacjach granicznych, takich jak choroba, cierpienie i śmierć. Sytuacja pacjenta zdeterminowana jest w dużym stopniu przez koncepcyjną niemożność objęcia spojrzeniem w tym sfragmentaryzowanym świecie medycyny, całości i jej sensu, co prowadzi raczej do fatalizmu, bierności i pozbywania się odpowiedzialności za własne zdrowie. Co więcej, fragmentaryczność medycyny (nad pacjentem pochyla się, badając go i lecząc, wiele dyscyplin i specjalności) wzmacnia to podstawowe odczucie pacjenta, iż współczesna medycyna często zaprzecza i druzgocznie osobę i osobowość w niej.

Patočka do tematu świata przyrodzonego powrócił jeszcze raz (po 33 latach), kiedy napisał kontynuację *Problém přirozeného světa* (1969) [Problem świata przyrodzonego], w której raczej niż do późnego Husserla nawiązuje do Heideggera (*Bycie i czas*). Antropologia, którą tutaj się zajmuje (podobnie jak antropologia w pracy *Negativní platonismus* [Platonizm negatywny] napisanej na początku lat 50.) i podobnie jak jego analiza trzech egzystencjalnych ruchów życia ludzkiego mogłyby posłużyć jako istotne narzędzia do refleksji medycyny. Dwa krótkie artykuły, które napisał pod koniec lat 60. – *O principu vědeckého svědomí* (1968) [O zasadzie sumienia naukowego] i *Morálka obecná a morálka vědce* (1969) [Moralność powszechna a moralność uczonego] stanowią co prawda ogólne rozprawy o etyce i moralności w nauce, lecz antycypują to, co dzisiaj podciągamy pod termin *Scientific Integrity*. Byłoby także możliwe dostosowanie ich na potrzeby lekarza pracującego przy pomocy metod naukowej medycyny. Wartościowe w tych artykułach jest to, że Patočka o wiele bardziej niż na zewnętrzne normy i regulatory takie jak zasady, instrukcje i reguły zwraca uwagę na normy wewnętrzne, czyli sumienie jednostki i jej ogólną moralność.

W pracy *Duchovní základy života v naší době* [Podstawy duchowe życia w naszych czasach] opublikowanej w czasopiśmie *Křesťanská revue* [Przegląd Chrześcijański] w 1970 r. Patočka zajmuje się duchowymi fundamentami Europy. W kontekście medycyny interesująca jest myśl o realizacji nieśmiertelności przy pomocy technologii i przywoływane w przeciwstawie do tej utopii heideggerowskie ujęcie człowieka jako bytu ku końcowi, to znaczy ku śmierci (*Sein zum Tode*). Fragment tej pracy znajduje się poniżej.

Z rozprawy nawiązującej do poprzedniej *Doba poevropská a její duchovní problémy* (1970) [Czasy poeuropejskie i jego problemy duchowe], w której Patočka zajmuje się duchową sytuacją współczesnej mu Europy, dla medycyny, a ściślej rzecz biorąc, dla pacjenta, istotne są analizy liberalizmu (zwłaszcza wolność i samookreślenie). Rozprawa *Doba poevropská a její duchovní problémy* w wydawanych *Dziela zbranych* weszła w skład większego dzieła *Evropa a doba poevropská* (1970–1977) [Europa i czasy poeuropejskie], w którym rolę kluczową odgrywa platońskie ujęcie filozofii jako *troski o duszę*. Troska o duszę tutaj stanowi plan ontologiczny, a wspólnota staje się projekcją duszy. W tym kontekście można by wyjść od wątków Patočki i zastosować je do stechnologizowanej i zdepersonalizowanej medycyny, czego jednak sam Patočka za życia uczynić nie mógł – oprócz tego stopień nasycenia technologią i odpersonalizowanie medycyny w połowie lat 70. minionego wieku nie osiągało aż takich rozmiarów jak dzisiaj.

Z dzieła Patočki, które spośród wszystkich jest chyba najbardziej znane, czyli z *Esejów heretyckich z filozofii dziejów* (1975) dla filozofii medycyny najważniejsza jest część ostatnia, w której zajmuje się on cywilizacją techniczną, która nas poprzez jednostronny rozwój techniki doprowadziła do stulecia wojen. Tej tendencji Patočka przeciwstawia możliwość pojmowania życia człowieka w całości, łącznie z jego zasadniczym odniesieniem do śmierci (na podobny temat pisał w części środkowej *Podstaw duchowych życia w naszych czasach*).

Ze zbioru wykładów *Ciało, wspólnota, język, świat* dla medycznych odniesień istotna jest zwłaszcza jego fenomenologia cie-

lesności i przeżywania (ciało nie jest ujmowane w aspektach anatomicznych czy fizjologicznych, tylko „ciało jako subiektywny fenomen, ciało ludzkie, jak z nim żyjemy, jak go przeżywamy”³⁰). Głębszym opracowaniem fenomenologicznych analiz medycyny Patočka się nie zajął. Mimo to jego dzieło w sposób wyraźny wpłynęło na myśl czeską 2. połowy XX wieku, a fragmenty filozofii medycyny można znaleźć u jego bezpośrednich i pośrednich uczniów.

Wybrane fragmenty:

I.³¹

” *Inne utopijne zadanie, które wydaje mi się nie mniej problematyczne, to urzeczywistnienie ludzkiej nieśmiertelności. Również nieśmiertelność to jedno z odwiecznych ludzkich pragnień a empiryczna realizacja nieśmiertelności należy do problemów, którymi człowiek zajmuje się od dawna w sztuce, magii i dzisiaj także w technice. Współcześni biolodzy jak wiadomo twierdzą, że urzeczywistnienie nieprzerwanej egzystencji żywej substancji znajduje się w ramach możliwości, którymi dysponujemy. Pojawia się więc pytanie, czy przy założeniu, że udałoby się zrealizować warunki takiej nieprzerwanej egzystencji w przypadku człowieka, nie ucierpiałaby wówczas pewna istotna struktura człowieczeństwa, czy nie zostałyby wyeliminowane pewne odwieczne problemy? Czyż nie one właśnie – skończoność, śmiertelność, tajemnica nicości oraz przeżycia – aktywizują w dotychczasowym historycznym życiu ludzkości całe ogromne połacie ducha, a zwłaszcza religię? Czyż człowiek nie jest właśnie z powodu swojej śmiertelności*

³⁰ J. Patočka, *Tělo, společenství, jazyk, svět* [Ciało, społeczeństwo, język, świat], Praha 1995, s. 11.

³¹ J. Patočka, *Duchovní základy života v naší době* [Podstawy duchowe życia w naszych czasach], 1970 [w:] J. Patočka, *Sebrané spisy (Péče o duši II)* [Dzieła zebrane (Troska o duszę II)], Praha 1999, tom II, s. 20–23, 27–28.

homo religiosus? Gdyby udało się zrealizować w laboratorium empiryczną ludzką nieśmiertelność, czyż nie stanowiłoby to końca wszelkich tych dziedzin, czyż nie byłaby dopiero³² poprzez to definitywnie w praktyce³³ zdemaskowana własna antropomorficzna natura jego conceptów, którą wcześniej tak często z takim trudem próbowano na drodze abstrakcyjnego rozumowania wykazać? Dla epoki współczesnych instytutów i laboratoriów biologicznych byłby więc zarezerwowany atak na jeden z fundamentów, za ich pośrednictwem człowiek wkroczyłby do permanentnie pozytywnego stadium. Ba, czegoś takiego jak pełnej biologicznej nieśmiertelności nawet nie byłoby trzeba, zadanie byłoby o wiele prostsze: to, co jest w fenomenie śmierci tak podstępne i zagadkowe, to jej niesterowalność, to, że nas zaskakuje, jak i kiedy chce; wystarczyłoby rozwiązać kilka dotychczas otwartych problemów metodycznych (tak w oryg. czeskim; przyp. red.), które tak czy siak znajdują się na drodze do wyjaśnienia, takich jak problem guzów złośliwych oraz problemy związane z transplantacjami organów itp., i wydłużyć życie w taki sposób, by wola życia wygasła samoistnie – wtedy nie byłoby owego fenomenu losowej, podstępnej śmierci nie do opanowania, który tak jakby człowieka miażdżył świadomością, że nie zna dnia ani godziny i że w żadnej mierze nie jest władcą.

Jeżeli spojrzymy na fenomen wydłużenia ludzkiego życia w perspektywie rozwoju cywilizacji europejskiej, tendencja ku „śmierci naturalnej” rzeczywiście jawi się jako coś, do czego człowiek dąży i czego w dawniejszych czasach nie udawało mu się urzeczywistnić głównie z powodu braku środków do życia. Osoby zwiedzające stare klasztory, w których znajdują się zapiski o latach życia i śmierci tam pogrzebanych, zwracają uwagę na niski wiek – wczesną młodość – zmarłych tam mnichów, w wiekach dwunastym, trzy-

³² To słowo znajduje się w autorskim maszynopisie, brakuje go w wersji drukowanej. (Uwaga wydawcy czeskiego).

³³ W tym miejscu kończy się zachowana część maszynopisu autorskiego (Uwaga wydawcy czeskiego).

nastym, czternastym. Asceza w tych czasach była często pełnym odejściem od życia. Dzisiaj takie środki w dużym stopniu posiadamy, możemy więc łatwo rozwiązać także ten wielki problem samoopanowania człowieka przez człowieka. Świat ludzki w ten sposób zamknie się do wewnątrz, stanie się czymś, czym człowiek steruje jak w odniesieniu do jego występowania – poprzez dobrovolność i kontrolę urodzeń oraz eugeniczne procedury selekcji potomstwa, które ma się urodzić – tak w odniesieniu do jego jakości, kiedy będziemy mieli wpływ na wybór dyspozycji dziedzicznych według uznania, i później także w odniesieniu do jego (tj. życia ludzkiego – przyp. tłum.) przebiegu i końca.

Jednakże skończoność ludzkiego życia nie polega na jego faktycznym przebiegu, lecz na samej faktyczności; nie na tym, że rzeczywiście zostało przerwane z zewnątrz bez możliwej ingerencji i obrony, lecz że to się zawsze może zdarzyć; nie na tym, że bieg jego ma koniec, lecz na jego byciu ku końcowi. Życie nie stanie się mniej życiem ku końcowi, jeżeli zostanie otoczone nadmierną opieką, troskliwością i wszelkimi zabezpieczeniami. Przesunięte zostaną tylko punkty graniczne. Ostateczność będzie właśnie w owej stałej niezbędnej opiece i zabezpieczeniach, mimo tego życie nie przestanie być życiem przed sobą, wyprzedzaniem własnej teraźniejszości i później u tej ostatniej niemożliwej do wyprzedzenia możliwości, gdzie stają twarzą w twarz z nicością. Oczywiście życie może tę możliwość dokładnie zasłonić i ludzie mogą doskonalić techniki owego zasłaniania, konsensu wzajemnej ulgi. W tej ucieczce kryje się ostateczność trwania, jednak trwania szczególnie sterylnego i wewnętrznie zmartwiałego. W życiu pozostanie ostateczność wyperswadowana i zagadana. W dzisiejszej fazie tego problemu rzeczy mają się tak, że nawet wszechstronna opieka, taka, jak ją opisuje np. pani de Beauvoir w książce *Un mort si douce*³⁴ prowadzi niekiedy do tego, że to naturalne

³⁴ Naprawdę chodzi o książkę Simone de Beauvoir *Une mort très douce* z 1964 r. (przyp. tłum., E.Z.)

stadium taedium vitae, znużenie życiem z jego wewnętrznego osłabienia, w ogóle nie następuje i śmiertelnie chory znajdzie się bezpośrednio w sytuacji, kiedy z życia zostaje brutalnie wyrwany właśnie przez to, że są chronione jego zasoby; tak więc koniec tak naprawdę nie odbiega zbyt od śmierci przed wylotem lufy.

Tak jak istnieje zamiana szczęścia na rozkosz w kontekście upadku tabu seksualnych, podobnie w odniesieniu do problemu panowania nad śmiercią istnieje zamiana wewnętrznej skończoności na zewnętrzne zakończenie. I to znów zakłada patrzenie na życie z zewnątrz jako na szereg momentów i jako problem jawi się: przedłużyć czy skrócić. Jednak problemem nie jest tylko przedłużenie czy skrócenie, nie jest nim nawet pytanie, czy osiąść, oswoić własną śmierć jako coś, na co można wyrazić zgodę. Problem tkwi w owym pierwotnym i przez człowieka niewybieralnym „żyć śmierć w życiu”, żyć ostatecznie, ponieważ inaczej człowiek nie może.

Nie brakuje wprawdzie również w dzisiejszych czasach myślicieli, którzy starają się pokazać, że życie jest wewnętrznie nieodzownie nieskończone. E. Husserl w pewnym godnym uwagi tekście pochodzącym z jego spuścizny³⁵ stara się pokazać, że choć człowiek jest oczywiście czymś skończonym, śmiertelnym, sam fundament człowieczeństwa, nieustająco dający o sobie znać w człowieku, odpowiedzialna za jego doświadczenie transcendentalna świadomość, jest nieskończony i nieśmiertelny. Wynika to dla niego z fenomenu, iż nie istnieje coś takiego jak pierwszy i ostatni moment życia, że zawsze coś zatrzymujemy i antycypujemy, że z tego obciążonego przeszłością dążenia przed siebie nie można amputować żadnego składnika. Wprawdzie można pomyśleć, że świadomość ta zostanie na zawsze przesłonięta i pogrąży się w ciemności, że usnie na wieki; lecz usnąć nie znaczy zginąć, zniknąć w absolut-

³⁵ Por. E. Husserl, *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass, Zweiter Teil; 1921–1928*, ed. I. Kern, Den Haag 1973, Beilage XX, s. 154 i nast., *Husserliana*, tom XIV. (Przypis wydawcy czeskiego).

nej nicości. Umierając, w rzeczywistości pogrążamy się dosłownie w wiecznym śnie i o tym, że jest wieczny, decyduje tylko nasze świeckie doświadczenie; z punktu widzenia fenomenologii nie jest wykluczona ani reinkarnacja, ani przywrócenie do życia w czysto wewnętrznym świecie osobistym.

To, co jest nie do pomyślenia, to tylko całkowite zniknięcie. Czysta pasywność takim zniknięciem nie jest. Husserl tutaj dla swoich celów wykorzystał fakt niemożności pomyślenia śmierci. Nie jesteśmy w stanie pomyśleć śmierci, zaniku w ogóle. Żaden filozoficzny sposób nie potrafi rzeczywiście tematyzować czystego zniknięcia. Myślimy wtedy albo o zmianie, lecz zmiana zakłada trwanie czegoś w stanie zmienionym, albo o kontinuum wygasania, które jednak w tym kończącym się ubywaniu nigdy nie dochodzi do pełnego końca; lub myślimy zanik w sposób dialektyczny pod tytułem „bycie i nicość są identyczne”, lecz wówczas nic przechodzi z konieczności również w bycie a nawet w dobro, nie mniej niż bycie w nic³⁶. Tylko że doświadczenie śmierci – bycie w sobie i w innym – staje się, być może, doświadczeniem tego, że myślenie nie jest podejściem adekwatnym do wszystkiego, co bezspornie stanowi komponent świata. Myślenie jest zawsze przedmiotowe; tam, gdzie przedmiot znika, myśl pozostaje z zagadką, z którą nie jest w stanie sobie poradzić. W porównaniu z tym podstawowy nastrój, który nas stawia w sytuacji, że znajdujemy się w świecie, że w nim jesteśmy i swoje bycie musimy nieść, ponieważ jego pochodzenia, początku nie jesteśmy pewni, że treściowe i pozytywne podejście do tych rzeczy jest nam odebrane dokładnie tak jak podejście ku końcowi, nastrój ten trzyma nas w niezwykłości, niezadomowieniu i w przepastności naszego życia. Przepastność wszakże znaczy przepaść nicości, rzeczywistego niebycia, dla jego obecności i determinującej roli wystarczy zaś, że nie można ich wykluczyć i w tym sensie ta przepaść nicości jest kresem, na którym стоимy.

³⁶ Por. analizy E. Finka w dziele *Metaphysik und Tod*, Stuttgart 1969 r.

* * *

Pozwólcie, bym teraz powrócił do owej tragicznej sprzeczności, która wydawała mi się konsekwencją otwartego spojrzenia na nowe tendencje kształtujące czasy właśnie budzące się do życia i w których przychodzi nam żyć. Sprzeczność pomiędzy olbrzymim potencjałem współczesnego rozumu technicznego, który wymaga jedności, planowości, precyzji funkcjonowania i jednolitego spojrzenia z pojedynczego punktu, a wielością nowych kolosów społecznych, spoglądających na problemy z przeróżnych poziomów historycznych, doprowadzi świat w przyszłości do takiego stanu, który będzie prawdziwym zaprzeczeniem idylli. Rozum techniczny dostarcza niebywałych środków do życia i niszczenia i ponieważ sam jest instancją na wskroś pośredniczącą, nie można od niego wymagać rozwiązań. Do tego niezbędna jest nowa zasklepiająca pozytywność, coś nadającego cel i nie tylko pośredniczącego; poprzez niepośredniczące nadawanie celu można wszakże definiować właśnie duchowość, spirytualność – życie duchowe żyje blisko celu, jest [tam – przyp. tłum. E.Z.] u siebie, nie tylko w drodze. Nie możemy naturalnie określić, jaki typ duchowości przyszłość rzeczywiście wybierze. Postawiliśmy już hipotezę, że współczesność będzie wymagała od jednostek, grup i innych części składowych społeczeństwa niesłychanych przejawów subordynacji. Człowiek będzie bardzo radykalnie modyfikował warunki i całość formy własnej egzystencji, lecz zarazem w tym samym stopniu i tempie poddawany będzie zdeterminowaniu i uzależnianiu swojej własnej indywidualności. Pojawi się ogromne niebezpieczeństwo utraty własnej duszy, nie tylko pod ciśnieniem olbrzymich mas historycznych, lecz także pod wpływem owych obietnic władzy i dostatku, które czekają go w epoce nauko-techniki. W naszych rozważaniach tu i teraz możemy zaledwie określić tę duchowość, która, jak nam się wydaje, byłaby w stanie wobec nowego rodzaju mierności planetarnego ciała ludzkości odegrać rolę planetarnej duszy – duchowość, która jest załączkiem możliwego rozwiązania kwestii, jak pozytywnie, bez uproszczenia i sceptycyzmu, pogodzić

wielość substancji. Cierpliwość i rozwagę, które do tego są potrzebne, może rozwinąć tylko ten, który odnalazł własny środek, czyli, według słów Josefa Čapka: człowiek z duszą. W nowym kolosalnym planetarnym okresie, do którego wstąpiliśmy, człowiek pozostanie tym, czym był, pozostanie istotą istniejącą, która ma nie tylko kres, lecz, właśnie z powodu kresu, także wieczny początek. Istota istniejąca, która się nie zamyka, lecz której hasłem jest otwartość, będzie może, miejmy nadzieję, zdolna zapanować nad tymi rozłamami, których ciśnienie już odczuwamy i które w okresie, w jakim rozpoczęli życie, będą w coraz większym stopniu musieli rozwiązywać dzisiejsi ludzie.

Człowiek z duszą jest jednak tym, który ma wrażliwość nie tylko na innego w jego potrzebie, w jego oczywistej biedzie; człowiek z duszą jest także uwrażliwiony na fundamentalną tajemnicę wszechrzeczy. Tak więc nie sceptyczna tolerancja, która bywa wynikiem neutralizacji tego, na czym ludziom w życiu najbardziej zależy, lecz zrozumienie faktu, że mamy zbyt mało kluczy w porównaniu z bogactwem, które się przed nami otwiera, byłoby może ścieżką do wzajemnego zrozumienia owego pluralizmu substancji historycznych, które reprezentują sobą coś na wskroś fundamentalnego, wywodzącego się z głębi egzystencji i które będą jednym z głównych zwiastunów tej epoki w dziejach, do której prawdopodobnie właśnie weszliśmy.

II.³⁷

” Troska o duszę dotyka więc w pierwszym rzędzie całości bycia, po drugie zaś państwa, warunkując jego przebudowę, i po trzecie jest samopoznaniem, zagłębianiem, opanowywaniem samego siebie.

³⁷ J. Patočka, *Pěče o duši jako ovládnutí sebe sama* [Troska o duszę jako panowanie nad samym sobą], ok. 1977 [w:] J. Patočka, *Evropa a doba poevropská* [Europa i czasy poeuropejskie] [w:] J. Patočka, *Sebrané spisy (Pěče o duši II)* [Dzieła zebrane (Troska o duszę II)], Praha 1999, tom II, s. 143–147

Będziemy się teraz zajmować tym trzecim aspektem, ale trzeba poczynić uwagę, że każdy z wymienionych aspektów zakłada oba pozostałe, które nawzajem się wspierają.

Kosmologia pokazała, gdzie dusza w całości bycia się znajduje i że jest początkiem ruchu i tylko na podstawie ruchu zrozumiała. Nauka o państwie pokazała ją jako strukturę, wielość jednoczesnych momentów, które znajdują się we wzajemnym napięciu. Co jest teraz istotą duszy w całości? Co nam troska o duszę mówi o istocie duszy? Jaki jest jej stosunek do świata cielesnego, do ciała i do niecielesnego bycia, które jest nieruchome?

Duszę można pojąć tylko wtedy, kiedy istnieje bycie, które nie jest „fizyczne”, cielesne, nie jest światem rzeczy i zdarzeń wokół nas. To bycie ona sama odśłania, jest ono dostępne tylko poprzez jej własny ruch, poprzez jej myślące samookreślanie i refleksję tego samookreślenia. Jest to imperium powodów i źródeł. Imperium powodów jest jednak jednocześnie imperium przyczyn i ich porządku. Prawdziwe bycie uczy, z czego rzeczy się wywodzą, nie tylko ich stosunków czasowych dotyczy. Duszy nie można znaleźć, zadając wyłącznie pytanie o funkcjonowanie życia w człowieku; można ją znaleźć tylko wtedy, jeśli istnieje wyłącznie nie tylko poziom „rzeczywistości” i jeśli porzucimy zwykły sposób rozumienia oddziaływania, łączenia i dzielenia, zagęszczania i rozrzedzania, przenikania i odłączania i wejdziemy na grunt jednostek niezmiennych z ich skomplikowaną, lecz nad wyraz przejrzyste skomponowaną strukturą, która dopiero prowadzi do prawdziwych przyczyn, to znaczy do powodów, które same prowadzą do jeszcze bardziej pierwotnych początkowych powodów – tylko w ten sposób można odkryć duszę w jej prawdziwej postaci. Dlatego że powody ideowe są tym, co prawdziwe a dusza jest tym, poprzez co i dlaczego prawdziwe jest, dlaczego prawdziwe się pojawia i jest potem obrazowane i wypowiedane. To, że bycie nie tylko jest, lecz także się jawi, to jest dusza: że istnieje własna, mocna struktura jawienia się, obrazowania i wypowiedania, nie dająca się prze-

kształcić w nic innego i w ten sposób, naturalnie, także w stosunek jawienia się wobec siebie samego.

Doświadczenie duszy polega na odkryciu, że istnieje głębia bycia, którą człowiek odślania tylko wtedy, kiedy kroczy zupełnie przeciwko nurtowi i powszechnemu trendowi realności, rzeczowości. To podążanie w przeciwnym kierunku jest, co prawda, zawarte już w samej rzeczywistości, jest warunkowane jej skomplikowaną sprzeczną strukturą; lecz właśnie dusza poprzez swój własny ruch ten symptom rozwija i przenika na wskroś rzeczywistość, nie dając się jej zmylić. Ponieważ jest jednakże z rzeczywistością, rzeczowością powiązana i stanowi jej część składową, musi w tym odrotnym podążaniu pokonać także własną rzeczywistość w tym znaczeniu, że nie tylko spojrzy w oczy śmierci, lecz także powita śmierć żyjącą we własnym życiu i uczyni z niej wehikuł samorozumienia.

Możemy do tego w nawiasie dodać, że całe to podążanie w przeciwnym kierunku, można wyinterpretować z rzeczywistości jako re-akcję przeciwko czasowi i przeciwko zanikowi, zagrażającemu istocie żywej. Jednak nawet jeżeli znalazłoby się to tutaj wyłącznie jako przedmiot sennego koszmaru skończonej istoty żywej, to poprzez tę istotę to coś znajduje się tutaj, i to nie w sposób samowolny, lecz z konieczności. I właśnie ta okoliczność, że bycie rzeczywiste samo siebie przekracza poprzez jawienie się, to jest doświadczenie duszy. I że ta transgresja nie jest żadną iluzją słabeuszy, na odwrót, do jej rozwinięcia konieczna jest cała siła moralnego usiłowania, która żyje w człowieku; świadczy o tym właśnie skupienie uwagi na ostateczności, śmierci i nicości, pochłaniającej życie; nie chodzi tu o iluzję końca, która bazuje na petryfikacji końcowej samowoli. To, że życie stwarza sobie iluzję końca nie jest argumentem przeciwko temu, że samo ono zależy od czegoś innego, od czegoś, co nie ma natury realnej i skończonej i co umożliwia jak prawdę tak iluzję. (Czym to coś wszakże jest, jaką to coś ma prawdziwą esencję i naturę, to, poczynając od Pla-

tona, stanowi podstawowe pytanie metafizyki). Iluzje końca nie dowodzą, że ta podstawowa „iluzja” to iluzja. Używając metafory, w sercu świata musi znajdować się coś, co określa – choć na różne sposoby – zarówno rzeczywistość, rzeczowość, jak również prawdę, choć również rzeczywistość może prawdę płodzić, lecz nigdy nie może prawdy fundować i określać, podczas gdy prawda przenika rzeczywistość, lecz nigdy na sposób realnej „siły”, czyli czegoś, co powoduje i determinuje ruch w czasie.

Ten, komu związki te zaczynają się w zarysie objawiać, ten znajduje się w przełomowym momencie swojego życia. Jego życie nie jest już kurczowym trzymaniem się życia, iluzorycznym chowaniem się przed śmiercią, ponieważ w śmierci ujrzał ogólną tendencję rzeczywistości ku nicości i pogrążaniu się w nicości. Zdecydowanie wszakże na to nie reaguje (tak jak niektóre religie orientalne oraz nauka o duszy) poprzez odrzucenie rzeczywistości jako takiej i dążeniem, by się z niej wywikłać, w zamian zajmując wobec niej dystans i zarazem stosunek odpowiedzialności. Lecz przecież jego spojrzenie nie jest też w pierwszym rzędzie zorientowane na życie człowieka, jego cierpienie i ból, ten padół też i jego źródło, nie ma być wprowadzeniem miłosiernej eutanazji, życie nie powinno być osłabione, lecz na odwrót poprzez troskę o duszę ma zostać doprowadzone do skrajnego wzmocnienia życiowego (duchowego) ruchu.

Teraz jednak spojrzymy na troskę o duszę z perspektywy, którą się jeszcze oddzielnie nie zajmowaliśmy, a mianowicie z punktu widzenia jej relacji do ciała i życia cielesnego. Cieleśność jest obserwowalna o tyle, o ile jest współodczuwana i współdoświadczana w kontakcie z rzeczami, jawiąc się wtedy jako rzeczowa, połączona i spokrewniona z rzeczowością, to znaczy z tym, co jest w niej nieokreślone i nieograniczone. Nieokreśloność i nieograniczoność cieleśności w relacji z duszą objawia się w sprzecznym połączeniu rozkoszy i smutku, odrzucaniu i obrony z jednej strony, pragnienia i zaspokojenia z drugiej strony, w nieustająco odnawiającej się żądzy i jej wymogu wzmocniania i przedłużania, które nie mają

granic. Schyłkowa tendencja życia, jego samowplątanie się w tę monotonną nieskończoność rzuca się w oczy tym silniej, im bardziej intensywne są pokusy żądzy i presja bólu. Nie tyle cielesność w ogóle, lecz życie cielesne w pragnieniu i w bólu, przywiązanie do bezpośredniego zaspokojenia, to w dużym stopniu upadek sam. Nieuleganie mu, pozbycie się tej bierności, tych nieustających pokus i zagrożenia możliwe jest tylko razem z pozbyciem się życia w ogóle. Osiągnięcie niezależności od tego wszystkiego leży u podstaw troski o duszę, dlatego należy jej szukać na drodze „wyzwolenia” z cielesności, więc na drodze ku śmierci. Dlatego filozofa cechuje usiłowanie w sprawie bezcielesnej duszy, która niejako „na wstępie” pozbawiona jest konieczności zwalczania tego wewnętrznego upadku. To usiłowanie pełne jest paradoksów. Wszelka bezpośredniość – wraz z nią świat rzeczy – powinna szczeniąc; czuje, że świat ten chwieje się w posadach. Dlatego też nastrój w dniu egzekucji w więzieniu bywa tak dwuznacznie podniosły; nie jest to już czysta radość z dysput filozoficznych, ta rozkosz już nie działa, cała terażniejszość w porównaniu z myślą o tym jedynym w swoim rodzaju odejściu odchodzi w dal, lecz ból mimo to zawiera w sobie niezrozumiałe jądro radości. Walka z cielesnością, dążenie do bycia bez ciała, to nie tylko metafizyczne złudzenie, posiada swoją bezsporną i niezaprzeczalną podstawę w odczuwaniu. Jest to podstawowe zabarwienie wolności – oswobodzenie od rzeczywistości, od treściowości świata w ogóle, zabarwienie, które mimo wszystko nie znaczy sprowadzenia nicości, lecz bycia, które jest – na granicy realnego świata – zarazem „pozytywne” i „negatywne”.

Właściwe „dowody nieśmiertelności” mają związek z owym byciem duszy na granicy, z jej powiązaniem z nie-rzeczywistością, które jednak nie jest żadnym zaprzeczeniem istnienia, lecz tym, co jest zawsze, co nie przemija, co nas od samych podstaw już przed urodzeniem określa. Jeżeli w dziedzinie bycia istnieje ten podstawowy komponent, który znajduje się w istotowej relacji z duszą, jest nią dusza przeniknięta i zdeterminowana najbardziej podstawową swoją esencją i to można także określić jako jej nieśmier-

telność. To, że ta struktura nieprzemijalności bycia znajduje się w nierozzerwalnym powiązaniu z dobrem, dlatego, że prawdziwe bez dobrego w ogóle nie jest możliwe, ponieważ prawdziwe jest to, co się jawi i nic nie może się jawić, nie mając znaczenia dla kogoś, nie będąc dobrem lub brakiem dobra dla kogoś – jest tylko dalszym rozwinięciem tegoż spojrzenia. Szybko jednak staje się tak, że nieśmiertelność i jej konsekwencje są pojmowane zbyt wszechogarniająco: nieśmiertelne i żywe jest tym, co wieczne źródło ruchu; to, co jest wiecznym źródłem ruchu, ma swoją siedzibę w niebie (οὐρανός); dusza – to, co ma ruch z siebie samej – porusza zarazem wszystkim, a dobro, które jest jej dobrem, jest więc zarazem dobrem wszelkiego bycia, czy to wiecznego, czy rzeczywistego, a powierzchowna przyczynowość tego, co nas otacza, zostaje absolutnie odrzucona i zniesiona w imię przyczynowości fundacyjnej. Wówczas także pytanie o los duszy przed urodzeniem i po śmierci staje się o wiele bardziej natarczywe niż kiedykolwiek wcześniej. Dusza, jej pochodzenie z prawie boskiego, zdecydowanie jednak niebiańskiego źródła, jej powrót do niego, wzajemne oddziaływanie ludzkiego i boskiego; można by powiedzieć, że nasuwa się tu nieodparcie wcielenie tego co boskie w człowieka.

Najważniejszy jednak wydaje się aspekt następujący. We wszystkich wcześniejszych mitologicznych wyobrażeniach życia (człowieka, ludzkiej „duszy”) przed urodzeniem lub po śmierci poprzednie i późniejsze życie było właściwie życiem dla innych, sposób bycia duszy był tylko z innymi, był tym, czym jest człowiek we wzajemnej wymianie i we wzajemnym doświadczaniu. W formie troski o duszę stało się teraz po raz pierwszy jasnym bycie duszy dla samej siebie i w sobie samej: jej ruch w górę lub jej błąkanie się, jej wewnętrzna rozmowa, jej poszukiwanie jedności, jej stosunek do pozornego i prawdziwego bycia, krótko mówiąc: tutaj dusza prowadzi rzeczywiste i istotowe życie własne w postaci życia wewnętrznego – gdy nabyła skupienia do wewnątrz – sam człowiek stał się skupiony na swoim wnętrzu. „Nieśmiertelność” w ten sposób uzyskała treść, nie jest już iluzoryczną kontynuacją zwy-

czajnego życia w jakiejś innej, fantastycznej krainie i w upragniony zewnętrzny sposób. Wstąpiła do mocno ugruntowanej relacji w odniesieniu do istotowego ruchu duszy, tym samym do dobra i zła, do zapłaty i kary w sensie podstawowym, do uzyskania bycia i rozpacz z utraty bycia; wewnętrzne działanie się przyjęło wyraźnie określoną postać i historię, jasność co do tego, skąd i dokąd dusza zmierza, jakie są jej kroki, jaka jej wędrówka. W ten sposób dusza nie tylko uzyskała – domniemaną czy rzeczywistą – znajomość siebie samej, lecz przede wszystkim osiągnęła bogactwo życia wewnętrznego, nieprzeczuwanego wcześniej: to wszystko z samookreślenia skupionego na wnętrzu człowieka do bycia czy niebycia, do pozornego bycia, do dobra i zła, a więc ze zrozumienia siebie jako wolności, jako istoty, która ma ruch z siebie samej.

Ludzkie bycie na swojej drodze otrzymało słupy milowe, swoje σηματα, i w związku z tym zwykle pojęcia dla przeżyć takich jak rozkosz i ból, postrzeganie, myślenie, wspomnienie, dla stanów takich jak sen i czuwanie, dla funkcji takich jak pragnienie, miłość, złość i odwaga, dla pojmowania tego, co je przygotowało (λογος), zyskały zupełnie nowe znaczenia i głębię, podobnie jak napięcie pomiędzy poziomami i funkcjami duszy i możliwością ich zharmonizowania. Nic dziwnego, że od tego czasu nawet ruch długo umieszczano w istotnym związku z duszą i że naturę ruchu postrzegano jako ruch z tego punktu, z tego właśnie zmierzania „w górę”.

Jedynym bardziej rozpowszechnionym kierunkiem filozoficznej refleksji zajmującym się medycyną, który można znaleźć w czeskiej filozofii w XX w., był marksizm. Trzeba podkreślić, że marksizm w odniesieniu do medycyny, tak ogólnie, przedstawia sobą zróżnicowane zjawisko.

Zupełnie na boku pozostawimy szereg nauczycieli akademickich, którzy od lat 50. do 80. uczyli na wydziałach lekarskich studentów tego jedynie słusznego spojrzenia filozoficznego na medycynę, mianowicie spojrzenia marksizmu-leninizmu.

Napisania osobnej pracy wymagałaby analiza różnie pojmowanego marksizmu i ówczesnych możliwości uprawiania pod szyldem marksizmu-leninizmu jeszcze innych mniej lub bardziej ortodoksyjnych lub mniej lub bardziej nieortodoksyjnych marksistowskich ujęć i perspektyw ujmowania świata. To różnym autorom udawało się różnie, ponieważ balansowali na ostrzu noża, by zwłaszcza po wprowadzeniu tzw. „normalizacji” i po „naukach z kryzysu”³⁸ nie zostali oskarżeni o rewizjonizm i nie zakończyli swojej kariery akademickiej w roli nocnych stróżów bądź wprost za firankami z sowieckiej stali.

Już wśród filozofujących lekarzy, którym za pozycję wyjściową służył marksizm, można było dostrzec różne podejścia, jeżeli przypomnimy sobie choćby Ferdinanda Herčíka czy Miloslava Matouška. Nie inaczej sytuacja wyglądała wśród filozofów, dla których medycyna była „hobby”. O ile niektórzy z nich, jak np. Jan Beránek³⁹ (ur. 1926) lub Antonín Jašek⁴⁰ (ur. 1914), bronili

³⁸ Autor ma na myśli główny partyjny dokument z okresu po interwencji wojskowej Paktu Warszawskiego w 1968 r. *Poučení z krizového vývoje ve straně a společnosti po XIII. sjezdu KSČ* [Nauki (płynące) z kryzysowego rozwoju (situacji) w partii i społeczeństwie po XIII Zjeździe KPCz] z 1970 r., dający wykładnię Praskiej Wiosny i interwencji wojskowej zgodną z prosowiecką linią reżymu Husaka (przyp. tłum. E.Z.).

³⁹ J. Beránek, *Marxistická filozofie, přírodní vědy a medicína* (1981) [Filozofia marksistowska, nauki przyrodnicze i medycyna]; tego samego autora, *Marxisticko-leninská filozofie a medicína* [Marksistowsko-leninowska filozofia i medycyna], [w:] *Filozofické a společenské problémy medicíny* (1982) [Filozoficzne i społeczne problemy medycyny], s. 9–32; tego samego autora, *Marxisticko-leninská filozofie a soudobé lékařské myšlení* [Marksistowsko-leninowska filozofia i współczesne myślenie lekarskie], [w:] *Českoslovenko-sovětská konference k filozofickým otázkám medicíny* (1985) [Czechosłowacko-radziecka konferencja o filozoficznych problemach medycyny], s. 64–73.

⁴⁰ A. Jašek, *Člověk a socialistická společnost: sborník prací z ideologické konference pořádané u příležitosti 60. výročí Velké říjnové socialistické revoluce*. [Człowiek i społeczeństwo socjalistyczne: zbiór prac z konferencji ideologicznej zorganizowanej z okazji 60. rocznicy Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej]; tego samego autora *Biologické teorie a dialektika*. [Teorie biologiczne i dialektyka].

marksistowsko-leninowskiej jedynie słusznej wiary⁴¹, inni byli filozofami marksistowskimi lub filozofami broniącymi lewicowej i społecznie zorientowanej filozofii politycznej, którą przenosili także na medycynę lub starali się w ramach ówczesnych możliwości uprawiać w sposób nieideologiczny kwestie związane z filozofią medycyny⁴². Za przykład otwartych i wrażliwych myślicieli, którzy zaczęli od marksizmu, służyć mogą nazwiska Jana Kamarýta czy Rudolfa Steindla.

Jan Kamarýt (1927–2000) ukończył studia filozoficzne i biologię na Uniwersytecie Karola. Od 1958 r. pracował w Instytucie Filozofii Czeskiej Akademii Nauk. Swoimi tłumaczeniami i komentarzami przyczynił się do wprowadzenia na grunt czeskiej literatury przedmiotu myśli takich autorów jak Ludwig von Bertalanffy, Ulrich Beck czy Konrad Lorenz. Zajmował się filozofią biologii (*Die Bedeutung der Theorie des offenen Systems in der gegenwärtigen Biologie*, 1961; *Historický materialismus a etologická redukce sociálního na biologické*, 1980 [Materializm historyczny i etologiczna redukcja społecznego do biologicznego]; *Filosofické*

⁴¹ M. Matoušek, *K filozofickým problémům medicíny* (1962) [O filozoficznych problemach medycyny]; L. Malinovský, *Význam anatomie pro formování vědeckého světového názoru* (1981) [Znaczenie anatomii dla kształtowania naukowego światopoglądu]; H. Horz, *Marxisticko-leninská filozofie a moderní přírodní vědy*, [Marksistowsko-leninowska filozofia i nowoczesne podejście nauk przyrodniczych], [w:] *Filosofické a společenské problémy medicíny* (1982) [Filozoficzne i społeczne problemy medycyny], s. 53–87; I. Hruška, *Lenin, filozofie a medicína* [Lenin, filozofia i medycyna] [w:] *Praktický lékař* [Lekarz praktyczny], 1985; 65/10, s. 361–364.

⁴² K. Bouček, H. Lhotská, *K filosofické problematice vztahu tělesných a duševních funkcí člověka* [O problematyce filozoficznej relacji cielesnych i duchowych funkcji człowieka] [w:] *Časopis lékařů českých* [Czasopismo czeskich lekarzy], 1979; 118/13, s. 385–387; K. Bouček, *K problematice nemoci a zdraví jako filosofickému problému* [O problematyce choroby i zdrowia jako problemie filozoficznym] [w:] *Časopis lékařů českých* [Czasopismo czeskich lekarzy], 1981; 120/7, s. 177–181; *idem* *K problematice filozofických kategorií nutnosti a nahodilosti v lékařské praxi* [O problematyce filozoficznych kategorii konieczności i przygodności w praktyce lekarskiej] [w:] *Časopis lékařů českých*, 1985; 124/3, s. 65–67.

problémy klasické a moderní etologie [Problemy filozoficzne klasycznej i współczesnej etologii] (wraz z Rudolfem Steindlem,⁴³ 1989).

Wniósł swój udział do dialogu młodych marksistów z biologami, redagował *Filosofické problémy moderní biologie* (1963) [Filozoficzne problemy współczesnej biologii], pisał także o badaniach osoby ludzkiej *Die philosophischen Aspekte und Kriterien des Experiments am Menschen* (1969). Później skierował się w stronę socjologii (możliwości sterowania przyrodą ożywioną i człowiekiem) oraz ekologii (*Nové technologie a genová etika* (1991) [Nowe technologie i etyka genowa]; *Riziková společnost a ekologická modernizace* (1995) [Społeczeństwo ryzyka i ekologiczna modernizacja]; *Příčiny ekologické krize a rizika panství člověka nad přírodou* (1996) [Przyczyny kryzysu ekologicznego i ryzyko panowania człowieka nad przyrodą]. W książce *Kapitoly z filozofie přírody* (1997) [Rozdziały z filozofii przyrody] zajmował się aktualnym rozwojem nauk biologicznych, zwłaszcza etologii, ekologii, ale także genetyki i medycyny.⁴⁴

Rudolf Steindl (1944–2001) ukończył studia filozoficzne na Wydziale Filozofii Uniwersytetu Karola. Wyszedł od marksizmu, lecz w latach 90. XX w. poszedł własną drogą. Najbardziej wartościowym jego wkładem do filozofii medycyny są rozważania dotyczące problematyki śmierci, którą zajmował się dłuższy czas – konkretnie, pojęciem śmierci w historii myślenia filozoficznego. Na ten temat opublikował dzieło *Kontinuita života. Vztah života a smrti od starověku po současnost* (1987) [Ciągłość życia. Stosunek życia i śmierci od starożytności po współczesność]. Do jego kolejnych prac odnoszących się do filozofii medycyny należą: *Má smrt nebo nemá smysl?* (1992) [Czy śmierć ma czy nie ma sensu?], *Jed-*

⁴³ Rudolf Steindl (1944–2001), podobnie jak Jan Kamarýt, zaczynał z pozycji marksizmu. Jest autorem pracy *Kontinuita života. Vztah života a smrti od starověku po současnost* [Ciągłość życia. Stosunek życia i śmierci od starożytności po współczesność] (1987).

⁴⁴ Dane faktograficzne o życiu i dziele Jana Kamarýta por.: J. Gabriel i in., *Slovník českých...*, s. 255–256.

nou přijde i můj čas, aneb co je thanatologie (1993) [Kiedyś przyjdzie także mój czas lub czym jest thanatologia], *Tod in der modernen Gesellschaft* (1993), *Tod und Ethik in der modernen Gesellschaft* (1994), *Menschliche Gesundheit und Tod* (1996), *Todesproblem und Bioethik in Ost-Mitteleuropa* (1997).⁴⁵

Na specjalną uwagę zasługuje wyjątkowa osobowość czeskiej filozofii (inspirowanej marksizmem) **Egon Bondy** (1930–2007). Poeta, filozof i prozaik Bondy (prawdziwe nazwisko Zbyněk Fišer) był wyrazistym inspiratorem czeskiego undergroundu. Z perspektywy filozofii medycyny jako bardzo cenna jawi się jego analiza sensu ludzkiej egzystencji w związku z możliwym stworzeniem sztucznych, od biotycznych egzystencji niezależnych istot, zamieszczona w książce *Juliiny otázky* (1971) [Pytania Julii].

Innym typem filozofa jest **Jan Sokol** (ur. 1936), zięć Jana Patočky, dla którego punktem wyjścia była tradycja fenomenologiczna. Ten tłumacz i wyrazisty czeski intelektualista zaangażował się także politycznie (był ministrem szkolnictwa w rządzie fachowców w 1998 r.). W lutym 2003 r. był ostatnim kontrkandydatem Václava Klause w wyborach prezydenckich w Republice Czeskiej. Zajmuje się przede wszystkim antropologią filozoficzną, etyką i filozofią religii. Z dziedziny filozofii medycyny pochodzi niżej zamieszczony fragment jego tekstu o śmierci, który dotyka aktualnych pytań o ludzką egzystencję w kontekście choroby i zaawansowanej medycyny.

Wybrany fragment:⁴⁶

” Cokolwiek robisz – i tak umrzesz. Dlaczego więc w ogóle o śmierci mówić? Dopóki żyję, śmierci nie ma, i kiedy przyjdzie, mnie już nie będzie: śmierć więc mnie w żaden sposób nie dotyczy, mówi stary epikurejski sofizmat. Czy jest prawdziwy? Raczej nie. Milcząco bowiem zamienia „śmierć” na „moją śmierć”, co dla człowieka nie

⁴⁵ *Ibidem* s. 536–537.

⁴⁶ J. Sokol, *Smrt v našich rukou* [Śmierć w naszych rękach], tekst z 1998 r.

jest tym samym. Choć (na razie) żyję, śmierć dla mnie już istnieje, co najmniej jako doświadczenie śmierci kogoś innego. Dlatego można huknąć z za węgla na człowieka „pieniądze albo życie” – co w większości daje efekt: człowiek wie, co to znaczy. Udomowiony pies może się nauczyć „respektowania” bata, ale czy śmierci? Jak chcieliby go państwo nauczyć, by respektował rewolwer?

Mówić i zastanawiać się nad śmiercią ma więc sens dlatego, że śmierć dla nas już teraz, w życiu coś znaczy – co najmniej to, że śmiercią można (żywemu) człowiekowi grozić, domagając się czegoś, szantażując go. I człowiek czujący lufę rewolweru w plecach rzeczywiście nie ponosi winy za to, co „musiał” zrobić. Musiał? Dokładnie rzecz biorąc, nie musiał: bohater woli dać się zastrzelić. Ale czy człowiek musi być bohaterem? Czy każdy człowiek? O dziwo, w pewnym sensie tak: dopóki żyje, żyje ciągle pod groźbą śmierci, dlatego że wie, że musi umrzeć. Może ten moment odsuwać, odraczać, unikać go – lecz tylko dlatego, że o niej wie. Dlatego, że wie, że jej w końcu nie uniknie. Także ten, który o niej nigdy nie mówi, który nawet boi się o niej pomyśleć. A mimo to żyje, wysiła się, walczy. Jego życie nie jest „życiem ku śmierci”, jak chciał pewien słynny filozof, lecz „życiem przeciwko śmierci”, nieustającą walką o „jeszcze nie”, o której obserwator z boku musiałby powiedzieć, że jest z góry przegrana. Tyle tylko, że żywy człowiek nie jest właściwie jedynie obserwatorem z boku. Z tą wiszącą groźbą nad nimi ludzie żyli od zawsze. Dokładnie rzecz biorąc, dopiero o tych naszych przodkach, o których wiemy, że zajmowali się śmiercią i martwymi, możemy z całą pewnością powiedzieć, że byli ludźmi. Zresztą do zupełnie nie tak dawnych czasów ludzie mieli wiele okazji do spotkania śmierci: towarzyszyła im na każdym kroku, nie tylko w wojnach i w epidemiach. Nauczyli się z nią obchodzić i układać.

Zrozumienie starych form obchodzenia się ze śmiercią jest dla nas jednak trudne, dlatego, że się od swoich przodków istotnie różnimy, i to w trzech punktach: przede wszystkim tym, jak mało

się ze śmiercią stykamy, po drugie wyobrażeniem „ludzkości” i po trzecie akcentem na życie indywidualne. O tym pierwszym już rozmawialiśmy: cierpkie doświadczenie śmierci nowoczesne społeczeństwo próbuje „usunąć” z horyzontu, wywołać jakieś powierzchowne wrażenie, jakoby człowiek nie umierał. O śmierci się nie mówi, ludzie umierają za zamkniętymi drzwiami szpitali, a także w filmach gangsterskich umierają tylko łotrzy, natomiast James Bond jest nieśmiertelny. Nie trzeba dodawać, że wyniki tego krótkowzrocznego podejścia mogą być także tylko bardzo powierzchowne. W istocie człowiek nowoczesny nie jest na spotkanie śmierci – śmierci innych i śmierci własnej – w ogóle przygotowany. Dlatego wydaje mu się „bezsensowna”, napędzając mu jeszcze większej grozy niż jego przodkom i dlatego też jest skłonny ulegać najróżniejszym fantastycznym wyobrażeniom, które mu śmierć w jakiś sposób „od-wyjaśnia”. Dla wszystkich starych społeczeństw charakterystyczne jest wyraźne oddzielenie śmierci kóregoś z własnych członków, „ziomka”, od śmierci obcego, to znaczy wroga. W większości nowoczesnych języków można jeszcze odnaleźć ślady tego przykrego dzielenia świata na „nasz” i „obcy”, przy czym tylko „nasi” to tak naprawdę ludzie we właściwym sensie tego słowa. Do teraz na wojnach, i owszem, także w filmach akcji, obowiązuje reguła, że zabicie obcego, to znaczy wroga, nie jest żadnym morderstwem, tylko czynem bohaterским. Tacyt pisze o plemieniu germańskim, w którym młodym mężczyznom nie wolno było skracać włosów i wąsów, dopóki nie zabili pierwszego wroga, „by w ten sposób zasłużyć sobie na własne miejsce na ziemi”. Piloci myśliwców do dzisiaj na swoich samolotach zaznaczają swoje „zwycięstwa”. Wroga zabija się, krótko mówiąc, dlatego, że nie jest człowiekiem, w lepszym przypadku, dlatego, że jest konkurentem: na śmierć i życie. Niemniej dla wielu „naturalnych” narodów mamy doniesienia, że bojownik po powrocie z wyprawy walecznej musiał poddać się oczyszczeniu z powodu przelanej krwi, choć była ona krwią obcą, krwią wroga. Natomiast śmierć człowieka z własnej grupy, „jednego z naszych”, zawsze była wydarzeniem. Szok wywołany śmiercią bliskiego człowieka stare

społeczeństwa rozładowały przede wszystkim w ten sposób, że podkreślały wspólnotowość, życie plemienia, całości, nie życie jednostki. Jednostki rodzą się i umierają, lecz plemię żyje dalej. Prawdopodobnie można zakładać, że już w czasach paleolitu przynajmniej zmarli wodzowie byli uroczyście grzebani w grobach, do których kładziono wartościowe przedmioty, gdzieś tam z tej okazji również zabijano niewolników i żony zmarłych. Być może należałoby to traktować jako pierwsze oznaki wyobrażeń o życiu pośmiertnym, zapewne wspieranym także przez wspomnienia żałobników, ewentualnie przez sny. Społeczeństwa rolnicze nakładają na mężczyzn rygorystyczny obowiązek zajęcia się przedłużeniem rodu. Głowa rodziny, gospodarz, nie jest właścicielem majątku rodowego, lecz tylko tymczasowym zarządcą czegoś, co otrzymał od swoich przodków i ma przekazać potomnym. Kiedy umiera, zostaje pogrzebany bądź w samym domu, lub na ganku, i „żyje” tam do tego czasu, dopóki potomkowie okazują mu szacunek i zanoszą pożywienie. Przeciwnieństwem tego obowiązku, kultu przodków, jest troska o zapewnienie sobie podobnej usługi ze strony własnych potomków. Dlatego mężczyzna, który nie chciał się ożenić, gdzieś tam karany był śmiercią i bezdzietni małżonkowie mieli obowiązek adoptować syna: inaczej zagroziłoby pośmiertnemu życiu swoich przodków i popełniliby przewinienie wobec nich. Szereg zwyczajów do dziś kultywowanych na naszych cmentarzach sięga głęboko do neolitu. Pozostałością wyobrażeń rodowej „nieśmiertelności” są nasze nazwiska, łącznie z regułami ich przekazywania w linii męskiej. Wraz z rozpadem społeczeństwa rodowego, na początku głównie w miastach, życie zaczyna się indywidualizować i wyzwalać, jednocześnie podporządkowując indywidualizacji także śmierć: z nią teraz powinien sobie dać radę każdy w osamotnieniu. Ten znaczący krok możemy już dokładnie prześledzić w literaturze: poczynając od Eposu o Gilgameszu, gdzie bohater, przeżywając śmierć przyjaciela, po raz pierwszy uświadamia sobie własną śmiertelność, poprzez biblijną Księgę Hioba i całą starożytną literaturę chrześcijańską aż po wyłonienie się problemu indywidualnej śmierci w późnym

średniowieczu, np. w poemacie o Oraczu i Śmierci Jana z Žatca⁴⁷. Kiedy ta przygnębiająca myśl „osamotnionej” śmierci po raz pierwszy dopada człowieka, stara się on opanować ją różnymi sposobami. O epikurejskim „odrzuconiu”, intelektualnej próbie uniknięcia rozmyślenia o śmierci, wzmiankowaliśmy już na samym początku. Bardziej znaczące są dwa pozostałe: nauczanie o wcielaniu się (metempsychoza, reinkarnacja) oraz nauczanie o życiu wiecznym. Im obu wspólne jest wyobrażenie o nieśmiertelnej duszy, przygotowane poprzez doświadczenie wspomnień o zmarłych („Żyje dalej w naszych sercach” mówi sentymentalna nagrobna inskrypcja) i prawdopodobnie także poprzez sny, które w dawnych czasach odgrywały znaczącą rolę.

Myśl o wcielaniu się pojawia się w szczytowym antyku oraz w młodszych warstwach tradycji indyjskiej. Jest bardzo pociągająca głównie ze względu na to, że odbiera indywidualnej śmierci jej nieznosnie ostateczny charakter. Moje życie co prawda kończy się śmiercią, ale to tylko jedno z żyć i następnym razem moja dusza otrzyma nową okazję.

W ten sposób jednak zostaje mocno osłabiona także powaga i ważność „tego” obecnego, teraźniejszego życia, w którym zatem, mówiąc ogólnie, nie o tak wiele chodzi: to, co się nie uda teraz, poprawimy następnym razem. To jest, między innymi, główny powód, dla którego zarówno judaizm jak i chrześcijaństwo w tak kategoryczny sposób odrzuciły tę ideę. W nowoczesności myśl o „reinkarnacji” często powraca, trafiając jednak na zupełnie inny grunt.

Człowieka współczesnego można bowiem zaspokoić tylko wtedy, kiedy pod pojęciem „duszy” wyobraża sobie własne ja, to znaczy własną świadomość. W starożytnych wyobrażeniach tak jednak

⁴⁷ Chodzi o dzieło Jana z Žatca *Der Ackermann aus Böhmen* [Oracz z Czech] z ok. 1400 r. – przyp. red. polskiej.

nie było, nawet u Platona dusza tylko mimo woli przypomina sobie coś ze swojej przeszłości. Jeżeli jednak chodziłoby o moją świadomość, trudno wytłumaczyć, dlaczego niczego ze swoich poprzednich żyć nie pamiętam. Wyobrażenie wiecznego życia (w zupełnie innych warunkach) po raz pierwszy pojawia się w późnym antyku, w późnym judaizmie i zwłaszcza w chrześcijaństwie. W odróżnieniu od wcześniejszej metempsychozy nie odbiera życiu teraźniejszemu jego wyjątkowości, może wszakże prowadzić do pewnego „zlekceważenia” samej śmierci, jakby chodziło tylko o „zmianę” życia. Zresztą życia „w zupełnie innych warunkach” człowiek nie potrafi sobie wyobrazić, co jest dla nowoczesnego człowieka trudne do przyjęcia: to, czego nie potrafię sobie wyobrazić, nie może istnieć. Sam Jezus z Nazaretu w swoim kazaniu ogranicza się do obrazów „uczty” i „wesela” i wyraźnie przestrzega, że to, czego zbawiony człowiek po śmierci może się spodziewać, zasadniczo przekracza wszelkie zmysłowe doświadczenie. Dlatego nawet myśliciele chrześcijańscy nie wazili się o naturze tego „innego życia” zbytnio spekulować. Dla przykładu ze św. Augustyna wynika, że wieczności nie wyobrażał sobie jako niekończącej się kontynuacji czy trwania, lecz jako „bezczasową teraźniejszość” – podobnie jak Plotyn.

Spójrzmy jednak na problem indywidualnej śmierci od innej strony: jakie ma znaczenie dla naszego życia? Na pierwszy rzut oka wydaje się, że czysto negatywne: śmierć to przecież koniec życia, świadomości, wszystkiego. Nawet przyjmując, że śmierć jest „ostatnią możliwością, jako koniec wszelkich moich możliwości” (Heidegger), nie powinniśmy przeoczyć, że ta „pewna możliwość” w sposób zasadniczy rzuca – z powrotem na życie.

Życie, które ma kres, to zupełnie co innego niż życie „bez końca”. Problematyczność tego wyobrażenia dawno zauważyła mądrość ludowa i wyraziła ją w bajkach o Śmierci – Cioteczce Chrzestnej itp. Śmierć, przynajmniej śmierć „naturalna”, nie gwałtowna, nie spada na człowieka zniecka. Poprzedza ją starzenie się, to

jest z jednej strony ubywanie sił życiowych i możliwości, z drugiej strony przyzwyczajenie i zmęczenie. Życie ludzkie, jako odkrywanie i tworzenie nieodzownie traci na swojej atrakcyjności i dramatyczności, kiedy człowieka otaczają doświadczenia i w końcu „wszędzie już był, wszystko wie i wszystko widział”. Dla starego człowieka więc wyobrażenie „życia bez końca” może stać się koszmarem nocnym nigdy niekończącej się nudy bez dna.

Jest to więc właśnie skończoność, ograniczoność życia, która nadaje ludzkiej egzystencji całe jej napięcie i dramatyczność. Tylko człowiekowi śmiertelnemu może się przytrafić, że na coś „nie ma czasu”, że gdzieś się śpieszy, że cisną go terminy i z czymś nie nadąża. Ale też na odwrót, tylko skończone, ograniczone życie może w końcu stworzyć opowieść, którą można opowiedzieć jako całość. Tak jak obraz czy powieść także ludzkie życie musi się skończyć, tylko niektóre seriale TV udają „nieskończoność”, która szybko przekształca się w nieskończoną nudę. Ludzka śmierć więc właśnie poprzez to, że już jest z góry obecna w życiu, jako widok na przyszłość, nadaje temu życiu kształt, napięcie, powagę i postać dramatu. Nadaje zdarzeniom i czynom ich wyjątkowość, ważność i wartość. Tylko dzięki niej może istnieć bohaterstwo i to ona nadaje ważność np. zawodowi lekarza.

Po tym krótkim przedstawieniu ludzkiej śmierci w jej bogactwie i szerokim zakresie możemy bez obaw zająć się kilkoma aktualnymi kwestiami, w których problem śmierci występuje w nowej postaci i domaga się rozwiązań. Poprzednim wywodem ograniczyliśmy bowiem niebezpieczeństwo przeoczenia rzeczywistych problemów związanych ze śmiercią lub ugrzęźnięcia w krótkowzrocznej modnej sentymentalności.

Tyle tylko, że tam, gdzie się decyduje o życiu i śmierci człowiek nie powinien się kierować tylko sentymentem. I właśnie o to chodzi w aktualnych kwestiach eutanazji czy aborcji: człowiekowi współczesnemu objawia się zupełnie nowa strona obchodzenia się ze

śmiercią. Do tej pory albo zabijał – i tłumaczył to sobie, jak to pokazaliśmy – albo czekała na niego śmierć. Dzisiaj coraz częściej znajduje się w sytuacji, kiedy musi o życiu innych decydować nie jako wróg, lecz jako sędzia. Tak, jak kiedyś na początku swojej egzystencji otrzymał „w swoje ręce” swój los i życie, tak dzisiaj dostaje w swoje ręce także decyzję o śmierci innych nie formie „kary”, ale w formie „technicznego przedsięwzięcia”.

Zanim zaczniemy rozważać te drażliwe kwestie, powinniśmy pokrótce zatrzymać się na już wzmiankowanym – i wciąż aktualnym – temacie „kary” śmierci. Obok nagiego faktu, że ludzie zawsze mniej lub bardziej zabijali, wszelkie stare i tradycyjne społeczeństwa stosowały uśmiercanie jako skrajny środek przymusu, jako karę. Niektóre społeczeństwa stosują je do dzisiaj – i pod presją wzrastającej przestępczości wielu ludzi zadaje pytanie, dlaczego nie mielibyśmy go również my stosować. Decyzja w społeczeństwie demokratycznym należy oczywiście do parlamentu, jednak wcześniej należałoby zapoznać się ze wszystkimi istotnymi argumentami. W powyższych refleksjach niektóre z nich są, być może, zawarte.

Uśmiercenie człowieka może znaczyć wiele różnych rzeczy: zależy od okoliczności. Również wyrok śmierci, orzeczony zgodnie z procedurą, legalny i mający legitymację znaczy co innego w społeczeństwie, które choćby w większości podziela przekonanie, że śmierć nie jest definitywnym końcem człowieka. W taki sposób formułka skazująca jeszcze do niedawna w czasach nowożytnych podkreślała, że skazany ma zostać przekazany „w ręce sprawiedliwości Bożej”. Dlatego też w krajach chrześcijańskich podczas egzekucji asystował ksiądz. To jednak jest zupełnie co innego niż „kara absolutna”, jak się ją dziś w języku specjalistycznym nazywa. Między innymi także z tego powodu, że wraz z wyobrażeniem nieśmiertelnej duszy można rzeczywiście mówić o „karze”. Nowoczesna teoria prawa mówi o wychowawczym aspekcie kary. Ponieważ jednak skazany wraz z egzekucją „kończy się” w sposób

*absolutny, zasadne jest pytanie – „kto” właściwie został ukarany?
I co w ten sposób zostało osiągnięte?*

Spółeczeństwo pozbawia się w ten sposób niebezpiecznej jednostki i kara ta może odstraszyć innych ewentualnych przestępców, powie zwolennik kary śmierci. Pozostawmy na boku funkcję odstraszenia, co do której wśród kryminologów nie ma zgody, i zwróćmy uwagę na motyw „eliminacji”. Tak, obywatele zagrożeni przestępczością życzą sobie oczywiście, by przestępca nie mógł dalej mordować. Tylko że państwa nowoczesne, dysponujące olbrzymimi środkami przymusu, muszą bardzo uważać, by nie stały się „zorganizowaną przemocą”.

Inaczej mówiąc, muszą uważać na swoją legitymację. Jeśliby ją utraciły, nie będą się zbytnio różnić od dyktatur totalitarnych czy od mafii. Na odwrót, charakterystyczną cechą nowoczesnego państwa są „rządy prawa”, które nie wiążą wyłącznie obywateli, lecz także władzę państwową, ewent. parlament. Ten problem jest jeszcze ważniejszy w przypadku państw, które swoją legitymację wywodzą z woli obywateli. Panujący z „Bożej łaski” mógł pozwolić sobie na rzeczy, na które wybrana reprezentacja pozwolić sobie nie może, bowiem nie jest do tego uprawniona. I to jest, zdaje się, przypadek kary śmierci. Jak można sobie wyobrazić, że obywatel udzieli komuś pełnomocnictwa do odebrania mu życia? Nawet gdyby wszyscy obywatele w plebiscycie opowiedzieli się za egzekucją określonego człowieka, władza demokratyczna nie jest, obawiam się, uprawniona do zadośćuczynienia takiemu życzeniu. Za bardzo przypominałoby to głosowanie rozbitków na temat tego, kogo powinno się wyrzucić za burtę.

W kwestii sztucznych poronień, czyli „aborcji” pozostawimy na boku problemy medyczne, jakimi są możliwe uszczerbki na zdrowiu matki. Ograniczymy się tylko do tego, że sztucznie wywołane poronienie jest poważną i, ogólnie mówiąc, zapewne niepożądaną ingerencją przerywającą dalszy rozwój żywego płodu. Ma nie-

wątpliwie aspekt indywidualny i społeczny. Sztuczne poronienia to nowoczesne wynalazki i prawodawca nie może więc oczekiwać, że je poprzez odpowiednią ingerencję wyeliminuje w zupełności, może je jednak skutecznie ograniczyć. Miałby przede wszystkim skoncentrować się, o ile to możliwe, na ograniczeniu powstawania sytuacji, kiedy matce lub rodzicom aborcja jawi się jako konieczna. Kiedy jednak aborcja już się wydarzy, można na nią patrzeć z różnych stron. Nie chcę się tutaj zajmować analizą medycznych czy społecznych wskazań, lecz niedawno w Internecie znalazłem następujące sugestywne pytanie: „Co by Państwo doradzili biednej kobiecie, prawdopodobnie alkoholiczce, która jest w ciąży z ósmym dzieckiem; z poprzednich jej dzieci cztery zmarły i trzy są głuchonieme?”. Odpowiedź: „ponieważ nikogo nie zapytała, urodził jej się mały Ludwig, później znany jako van Beethoven”.

Pozostaje stanowisko skrajnego indywidualizmu, które wyraża się w stwierdzeniu „mam prawo do swojego ciała” oraz stanowisko określonej tradycji, utożsamiającej poronienie z zamordowaniem niewinnej istoty. Każde z nich, przyznajmy, jakieś ziarno prawdy zawiera. Lecz właśnie tylko „jakieś”. Dziecko poczęte, płód, bynajmniej nie stanowi wyłącznie „ciała matki”. Jest tu też ojciec i sam przyszły człowiek, który nie może należeć do nikogo. Już od czasów rzymskich prawo widzi w nim przyszłego człowieka, „osobę w zawieszaniu”, która mimo tego, może już np. dziedziczyć. Znane wewnątrzmaciczne zdjęcia płodów – choć wykorzystywane w skandalizujących celach – to zresztą potwierdzają w inny sposób. Matka ma go co prawda w tej chwili w swojej „fizycznej mocy” i dziecko będzie od niej jeszcze długo zależne, lecz to wcale nie znaczy, że może z nim zrobić cokolwiek. Przeciwno temu tradycjoniści wykorzystują, trochę w złej wierze, fakt, że nie można znaleźć ostrego rozgraniczenia pomiędzy zapłodnionym jajeczkiem i dzieckiem. Na dodatek wnoszą do dyskusji politycznych problem, którego w takiej postaci nie można poddać pod głosowanie: kto chciałby podnieść rękę za „morderstwem niewinnej isto-

ty”? i właściwie o to chodzi: parlament nie może stanowić o tym, co jest dobre a co złe, powinien jednak znaleźć politycznie możliwe i skuteczne rozwiązanie konfliktu, który zapewne ma także swój wymiar metafizyczny. Nie powinno być jednak wątpliwości, że pojawienie się kwestii „sztucznych poronień” jest symptomem i cechą towarzyszącą utracie wrażliwości i popadnięciu społeczeństw w ordynarność.

Problem eutanazji na pierwszy rzut oka wydaje się prostszy. Pożyteczny – choć z oczywistych względów – nieostry podział na eutanazję bierną (zaprzestanie opieki) i aktywną (uśmiercenie) pozwala na pierwsze twierdzenie. Eutanazja „bierna” przynależy w sposób nieodłączny ludzkiemu życiu w biedzie i wyostrza się tylko, kiedy w grę coraz bardziej wchodzi pieniądze. To nas jednak prowadzi do odkrycia prostej prawdy, że człowiek zawsze żyje w (jakiegoś rodzaju) nędzy czy w stanie ograniczeń: nigdy nie jest tak, jak by sobie życzył, zawsze musi wybierać, decydować. Jednak prawdziwy problem stanowi eutanazja aktywna. Pozostawmy na boku pytanie o zagrożenie dla zaufania do lekarza, które kiedyś zabezpieczała przysięga Hipokratesa: „Nikomu [...] nie podam śmiertelności trucizny...”. Jest to, co prawda, pytanie ważne, dotyczy jednak samych lekarzy. Nasze pytanie brzmi: czy człowiek należy do siebie samego w takim stopniu, by to swoje własne „posiadanie siebie” mógł przenieść na inną osobę? Pierwsza odpowiedź nasuwa się sama – dlaczego nie? Jednakże co z tymi, którzy go kochali lub kochają? Oprócz tego, zdecydowanie sam sobie życia nie dałem, nie zarobiłem go ani nie kupiłem – i to niezależnie od tego, czy uważam, że otrzymałem go od rodziców lub, za ich pośrednictwem, od Stwórcy. Czy może ono być, w takim razie, tak do końca „moje”? To pytanie możemy także postawić niejako z drugiej strony: kiedy ludzkie życie staje się tak beznadziejne, że będzie dozwolone jego zakończenie? Ma się rozumieć – z rozmysłem, bez afektu, z pełną odpowiedzialnością. Czy tak jest wtedy, kiedy na człowieka czeka już tylko cierpienie? Kto odważy się o tym zdecydować z defini-

tywną nieodwołalnością? Czyż zresztą „wartość” życia nie polega raczej na tym, co człowiek potrafi, ewentualnie, co wytrzyma, niż na tym, jak sobie używa? I na koniec: jeżeli jakieś ludzkie życie nie ma wartości teraz, jaką miało wczoraj lub rok temu? Jak w tym kontekście oceniać życie ludzi ciężko uszkodzonych, niepełnosprawnych?

Gdyby „przyroda” mogła mówić, na oba powyższe pytania odpowiedziałaby negatywnie. Tylko że przyroda nie mówi i jej rzecznikiem nie może być nikt inny niż, ponownie, człowiek.⁴⁸

4. Czeska filozofia medycyny na początku XXI wieku

Mimo że znajdujemy się dopiero po pierwszej dekadzie XXI wieku, właśnie w tym okresie ukazało się kilka znaczących rozpraw dotyczących problematyki filozofii medycyny. Większość z nich to dzieła autorów młodszego pokolenia, przedstawiające nowy typ filozoficznej refleksji nad medycyną.

Pierwszym z autorów tego młodszego pokolenia jest **Jan Payne** (ur. 1953). Studiował medycynę oraz filozofię, przez kilka lat pracował jako neurolog. Jan Payne więc należy do grupy filozofujących lekarzy, niektórych spośród nich omówiono wcześniej. Habilitację uzyskał z dziedziny teologii ewangelickiej na Wydziale Teologii Ewangelickiej Uniwersytetu Karola w Pradze (2008 r.). Aktualnie pracuje w Instytucie Studiów Humanistycznych Pierwszego Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Karola w Pradze.

W swojej filozofii Jan Payne nawiązuje do fenomenologii i zajmuje się przede wszystkim kwestiami normalności, zdrowia, jakości życia i intencjonalności w stosunku do funkcji mózgu. Jan

⁴⁸ Źródło: www.jansokol.cz/cs/n-p-smrt.php (dostęp – 5.1.2011); później opublikowano [w:] J. Sokol, Z. Pinc, *Antropologie a etika* [Antropologia i etyka], Praha 2003, s. 146–152.

Payne redagował obszerną monografię poświęconą jakości życia i zdrowia *Kvalita života a zdraví* (2005) [Jakość życia i zdrowia]. Do jego ważnych artykułów z filozofii medycyny należą *Zdraví a celek lidské bytosti* (2002) [Zdrowie i całość istoty ludzkiej] oraz *Smrt – jediná jistota* (2008) [Śmierć – jedyna pewność].

Na początku podkreśliliśmy, że obszerniejsza monografia zajmująca się także filozofią medycyny ukazała się dopiero w 2008 r., prawie dwie dekady po politycznej i społecznej transformacji zapoczątkowanej w listopadzie 1989 r. W odniesieniu do medycyny współczesnej wspomniana praca pt. *Medicína v kontextu západního myšlení* [Medycyna w kontekście myśli zachodniej] zawiera trzy podstawowe rozdziały, których autorami są Petr Kouba, Josef Kuře i Marek Petru.

Autorem pierwszego z nich pt. *Perspektivy současné medicíny ve světle Foucaultových dějin evropského myšlení* [Perspektywy medycyny współczesnej w świetle dziejów myślenia europejskiego Foucaulta]⁴⁹ jest praski filozof **Petr Kouba** (ur. 1973). Kouba jest absolwentem filozofii na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Karola, gdzie aktualnie pracuje w charakterze asystenta. Jest autorem książki *Fenomén duševní poruchy: perspektivy Heideggerova myšlení v oblasti psychopatologie* (2006) [Fenomen wady psychicznej: perspektywy myślenia Heideggera w dziedzinie psychopatologii], opublikował również artykuł o konceptualizacji zdrowia i choroby⁵⁰.

We wspomnianym rozdziale Kouba, w nawiązaniu do *Narodzin kliniki* Foucaulta, zajmuje się epistemologicznymi założeniami medycyny i ich rozwojem we współczesności. Charakteryzuje medycynę współczesną w kontekście (kartezjańskiego i postmodernistycznego) europejskiego myślenia. Analizuje

⁴⁹ P. Kouba, *Perspektivy současné medicíny ve světle Foucaultových dějin evropského myšlení* [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu...*, s. 101–117.

⁵⁰ P. Kouba, *Conceptualizing Health and Illness* [w:] *Journal of Phenomenological Psychology*, 2008; 39: s. 59–80.

zmiennie ujmowanie patologii i normalności, które w sposób istotny określają rozumienie teoretycznej i klinicznej medycyny. W końcowych fragmentach swojej pracy pisze on z pewną przesadą (a może i bez niej) o obiektywnej naukowej medycynie bez człowieka; doprowadza jakby do końca ów dogmat współczesnej medycyny naukowej (*evidence based medicine*), konkludując: „Można sobie nawet wyobrazić, że medycyna wkrótce będzie potrafiła nie tylko stwierdzić patologiczną wadę wcześniej niż ujawni się ona w postaci indywidualnych dolegliwości, lecz że będzie umiała ją w zupełności usunąć, zanim pacjent zdoła sobie uświadomić coś więcej niż »że stwierdzono u niego jakąś chorobę«. Tego rodzaju profilaktyczno-terapeutyczna opieka w sposób radykalny zmieni od tysięcy lat funkcjonującą postać relacji lekarz-pacjent. Nam zaś nie pozostanie nic innego niż starać się zrozumieć, jakie przeszkody, jakie możliwości manipulacji i działania w złej wierze w tej nowej konstelacji działania lekarskiego się kryją”.⁵¹ Poniżej znajduje się fragment końcowej części tej rozprawy.

Wybrany fragment.⁵²

” Perspektywy ponowoczesnego myślenia

Zamiast narzekać nad śmiercią człowieka należy się zastanowić nad perspektywą, która się przed nami otwiera. Miejsce, w którym się teraz znajdujemy, stanowi granicę nowoczesnej epistémé, za którą rozpościera się niejasny dotąd obszar nowego typu myślenia. Na podstawie analiz Foucaulta można o tym myśleniu na razie powiedzieć tylko tyle, że nie będzie miało charakteru myślenia antropologicznego, tak jak ukształtowało się ono w nowoczesności. Punktem odniesienia dla niego nie będzie już

⁵¹ P. Kouba, *Perspektivy současné medicíny ...*, s. 104.

⁵² *Perspektivy post-moderního myšlení; Medicína bez člověka* [Perspektywy ponowoczesnego myślenia; Medycyna bez człowieka] [w:] *ibidem*, s. 99–103.

jednostka ludzka, otrzymująca indywidualność i zaświadcająca o niej na podstawie swojego stosunku do śmierci i do wszystkiego nie – do pomyslenia, z samej swojej natury nie poddającego się pojmowaniu. Nie będzie to osoba, która oswaja własną śmierć podobnie jak wszystko, co umyka jej pojmowaniu, ponieważ stanowi ono dla niej, w sposób nieredukowalny, inność. Na odwrót, można założyć, że struktura nowego typu myślenia umożliwi prześledzenie procesów, w których indywidualność ludzkiej egzystencji bezustannie znika lub dopiero się rodzi i ponownie ulega rozpadowi; w nowym epistemologicznym porządku wraz z odejściem człowieka pojawi się przestrzeń dla poznawania procesów, które wykraczają poza i zarazem warunkują indywidualne doświadczenie.

Byłoby jednak naiwnością widzieć w tym zejściu na poziom przedindywidualny ostateczne zwycięstwo nauk przyrodniczych. Oprócz bowiem biologicznych podstaw życia należy również uwzględnić bezosobowe struktury nieświadomości, anonimowe reguły całości społecznych lub formalną budowę mowy. Wszystkie te obszary badań stopniowo wyłaniają się spoza cienia człowieka, zamiast wraz z nim zniknąć z mapy zachodniej wiedzy.

W każdym przypadku jest jednak za wcześnie na to, by w sposób definitywny przesądzać o przyszłej organizacji zachodniego myślenia. Jedyne, co możemy zrobić, nie chcąc popaść w czystą spekulację, to spróbować uzyskać o nowym epistemologicznym porządku choćby cząstkowe wyobrażenie na podstawie pytań, które odślaniają się przed nami coraz bardziej, mimo że nowoczesne myślenie antropologiczne nie potrafi dać na nie żadnych odpowiedzi. Jedną z dziedzin, w których pytania bez odpowiedzi z coraz większą intensywnością dają o sobie znać, jest także medycyna kliniczna, stanowiąca centralny punkt naszych rozważań. To właśnie tutaj, za sprawą takich problemów jak neuronowa struktura mózgu, funkcjonowanie ośrodków mózgu lub przenoszenie informacji genetycznej i jej potencjał lekarski, okazuje się z coraz

większą natarczywością, że „w naszych czasach można myśleć wyłącznie w pustce, która pozostaje po zniknięciu człowieka”⁵³ Spróbujmy więc zastanowić się nad sytuacją, w której znajduje się współczesne myślenie medyczne.

Medycyna bez człowieka

Jeżeli przyjmiemy, że era człowieka osiągnęła swój koniec, należy przede wszystkim wyjaśnić, jak tego rodzaju epistemologiczne zdarzenie przejawia się w odniesieniu do tematu zdrowia i choroby. Jak można ujmować stany normalne i patologiczne, jeżeli człowiek jako kluczowy temat myślenia zachodniego znalazł się u swojego końca? Jako pewna wskazówka w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie może nam służyć dzieło filozofa i teoretyka nauki George'a Canguilhema, który przez długi czas zajmował się problematyką normalności i nie-normalności w kontekście medycyny. Medycyna jako sztuka lub technika ustanawiania stanu normalnego dawała mu szerokie pole do badań, ponieważ, jak czytamy w *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* [Esej o niektórych problemach dotyczących normalnego i patologicznego]⁵⁴ nie chodzi o naukę w wąskim sensie tego słowa, lecz raczej o specyficzną dziedzinę dyskursu, która znajduje się na pograniczu kilku dziedzin naukowych⁵⁵. Z tego względu wydaje się logiczne, że każda transformacja myślenia medycznego jest ciasno związana ze zmianami całościowej konstelacji europejskiej wiedzy.

W pracy *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, która stanowi podstawowy filar rozważań Canguilhema na temat normalnego i patologicznego, autor

⁵³ M. Foucault, *Les mots et les choses. Un archéologie des sciences humaines*. Paris 1966, s. 353, [cytat za tłum. czeskim, E.Z.].

⁵⁴ Praca z 1943 r. – przyp. tłum. E.Z.

⁵⁵ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 4e édition, Paris 1993, s. 7.

zarysował na tle szerokiego historycznego ekskursu w głąb myślenia medycznego obrazu zdrowia i choroby, tak jak pojawiają się one w stosunku do jednostki ludzkiej. Zdrowie i choroba są tutaj ujmowane jako dwa podstawowe sposoby indywidualnej egzystencji; są to dwa wzajemnie się uzupełniające sposoby radzenia sobie z faktycznością indywidualnego życia. Podczas gdy zdrowie charakteryzuje ogólna równowaga organizmu w jego stosunku do świata, która danej jednostce daje poczucie pewności, suwerenności i lekkości, choroba oznacza naruszenie tej całościowej równowagi, co w chorej jednostce wywołuje uczucie niestabilności, niepewności i zagrożenia. Jednocześnie w jednostce chorej aktywizują się reakcje obronne, których celem jest adaptacja do nowej sytuacji i ponowne ustanowienie stanu równowagi. Reakcje obronne, które przebiegają w interesie przetrwania organizmu, prowadzą jednak z konieczności do pewnego samoograniczenia, ograniczenia niektórych możliwych zachowań oraz do fiksacji na tej prowizorycznej normie zachowania. Jeżeli więc egzystencja indywidualna realizuje się w otwieraniu nowych możliwości i tworzeniu nowych norm zachowania, wówczas choroba jest stanem nie-normalnym nie dlatego, że byłaby jakimś wykroczeniem przeciwko ogólnej normie, lecz dlatego, że ogranicza i krępuje tę normotwórczą naturę egzystencji. Zdrowie zatem jest stanem normalnym tylko w tym znaczeniu, że umożliwia rozwój normotwórczej natury indywidualnej egzystencji.

W danym kontekście więc nie ma sensu mówić o chorobie jako chorobie określonego organu czy tkanki. Chorą może być tylko konkretna jednostka, której egzystencja w całości została przez chorobę zmieniona i przez nią naznaczona. Choroba jest więc ujmowana jako globalna zmiana, która poprzez ból, cierpienie, dezintegrację struktur relacyjnych zachowania i następnie zawężenie zakresu dostępnych możliwości negatywnie wpływa i obciąża życie konkretnej jednostki. To właśnie chora jednostka jest tą spośród wszystkich, która pewnego dnia jako pierwsza stwierdza, że coś z nią jest nie w porządku. Canguilhem przypomina, że to

zawsze w końcu najpierw sam pacjent uświadamia sobie nieprzyjemną zmianę swojego stanu (co prawda w *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* są brane pod uwagę zaburzenia psychopatologiczne, lecz w tym względzie mogą przedstawiać pewien wyjątek) i dopiero w następstwie tego udaje się do lekarza⁵⁶. Dlatego choroba jako normatywna przemiana stanu jednostki poprzedza wiedzę medyczną, nie na odwrót. Mówiąc po prostu, medycyna istnieje tylko dlatego, że człowiek czuje się chory. Wolno jednak zadać sobie pytanie, w jakim sensie był chory np. człowiek, który zginął w wypadku samochodowym i dopiero w trakcie sekcji wyszło na jaw, że cierpiał na nowotwór złośliwy. Jeżeli w tym przypadku brakowało jakiegokolwiek pojęcia o chorobie, można tu mówić o niej tylko jako o procesie, który w żaden sposób nie rzutował na stosunek indywidualnej egzystencji do niej samej. To, co się ujawnia w przypadku, że określone zaburzenie pozostaje dla jednostki przez długi czas niezauważalne, choć zagraża jej życiu, to „choroba bez osoby chorej”⁵⁷. Choć tutaj choroba w żaden sposób nie odbija się na egzystencji danej jednostki i posiada tylko zdepersonalizowaną realność faktu naukowego, Canguilhem mimo to pozostaje przy twierdzeniu, że choroba ma pierwotnie indywidualną naturę, ponieważ bez indywidualnego przeżycia choroba nigdy nie mogłaby się stać przedmiotem badań medycznych i medycyna nie mogłaby nigdy zejść aż tak daleko, by badać chorobę niezależnie od indywidualnego przeżycia pacjenta⁵⁸.

Kiedy jednak Canguilhem po dwudziestu latach powraca do tematu normalnego i patologicznego, jego spojrzenie na zdrowie i chorobę ulega radykalnej zmianie: w *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* [Nowe refleksje

⁵⁶ *Ibidem*, s. 153 (ten i następne cytaty z *Le normal...* za tłumaczeniem czeskim, E.Z.).

⁵⁷ *Ibidem*, s. 53.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 53–54.

dotyczące normalnego i patologicznego] odchodzi od indywidualnego pojmowania choroby i w jego miejsce stawia koncepcję, w której zaburzenie patologiczne wyjaśnia jako błąd. Choroba jest w niej nie tyle faktem indywidualnym, ile raczej błędem, który pojawia się na przedindywidualnej płaszczyźnie życia. Należy jednak zauważyć, że takie pojmowanie patologicznej rzeczywistości jest bardzo dalekie od klasycznego obrazu bytów przyrodniczych, w ramach którego pojawiały się wątki błędu natury i monstrualności. Tak samo nie można w nim widzieć również powrotu do klasyfikacyjnej medycyny gatunków, która stroną indywidualną choroby odsuwała na bok lub maksymalnie się od niej dystansowała po to, by spojrzeniu lekarza mogła objawić się obiektywna prawda patologicznej rzeczywistości. Ponieważ pojęcia subiektywności i obiektu należą do kartezyjskiego arsenału klasycznej wiedzy, jakiegokolwiek rozróżnianie subiektywnej i obiektywnej strony choroby z konieczności prowadzi na manowce. O ile więc Canguilhem mówi w związku z patologicznym zaburzeniem o „błędzie”, należy pozostawić na boku wszelkie wyobrażenia o obiektywnej rzeczywistości choroby. Jeżeli patologiczne zaburzenie rozumiane jako błąd ma posiadać odniesienie do rzeczywistości, chodzi raczej o wirtualną rzeczywistość życia, w której życie jawi się jako permanentna wymiana informacji, gra kodowania i dekodowania. Na tej wirtualnej płaszczyźnie otwiera się przestrzeń dla wahań, perturbacji i mutacji systemów informacyjnych, co z jednej strony prowadzi do pozytywnych zmian rozwojowych, z drugiej strony do procesów patologicznych. Życie jest bowiem w ostateczności tym, co jest zdolne do błędu. Zdolność do popełniania błędów jednakże nie odnosi się wyłącznie do struktur świadomości i schematów behawioralnych, lecz także do kodu genetycznego i reakcji enzymatycznych, w których każde zaburzenie jawi się jako błędny zapis informacji lub jej złe dekodowanie. Stąd później wynika możliwość zaburzeń warunkowanych genetycznie i biochemicznie, które nie przejawiają się od razu w trakcie narodzin, lecz dopiero z biegiem czasu, kiedy ukształtuje się sprzyjające dla ich rozwoju środowisko. Z tego powodu błędy natury genetycz-

nej i biochemicznej, najczęściej dziedzicznego pochodzenia, z konieczności poprzedzają i wykraczają poza wszelkie patologiczne objawy na poziomie indywidualnego przeżywania. Choroba więc tutaj nie jest odniesiona do indywidualnego przeżywania i do indywidualnej odpowiedzialności, tylko do podstawowej organizacji życia, gdzie działa jako pewnego rodzaju pomyłka. Jak stwierdza Canguilhem: „Jeżeli organizacja jest, w zasadzie, określonym gatunkiem języka, choroba genetycznie uwarunkowana już nie jest zwykłym przekleństwem, tylko nieporozumieniem. Podobnie jak złe odczytanie manuskryptu, istnieje złe odczytanie hemoglobiny. Tutaj jednak chodzi o słowo, którego żadne usta nie wypowiedziały, o list, którego żadna ręka nie napisała”⁵⁹. Znaczy to, że należy przede wszystkim zapomnieć o różnicy pomiędzy tym, kto mówi, i tym, co jest powiedziane, podobnie jak o różnicy pomiędzy tym, kto pisze, a tym, co jest napisane. I nawet jeżeli błąd w kodzie genetycznym lub w odczycie enzymatycznym w ostateczności może się wyrazić w cierpieniu, ograniczeniu i utrudnieniu życia konkretnej jednostki, chodzi zawsze o błąd w funkcjonowaniu życia, nie zaś błąd tego, kto funkcjonuje. Zdrowie natomiast można charakteryzować jako stan genetycznej i enzymatycznej poprawności (le correction génétique et enzymatique) lub przynajmniej jako stan, w którym przypadkowe odchylenia w kodzie genetycznym i w procesach biochemicznych nie przejawiają się jako szkodliwe dla życia⁶⁰.

Byłoby jednak błędem sądzić, że poprawność czy pomyłka są dane w organizmie same przez się, niezależnie od jego stosunku do środowiska życia. Zarysowana koncepcja zdrowia i choroby dlatego zyskuje swój pełen sens dopiero wtedy, kiedy jest w odpowiedni sposób naświetlony stosunek organizmu do otaczającego środowiska. Organizm, którego zachowanie i reakcje fizjologiczne są uwarunkowane przez informację genetyczną i procesy enzyma-

⁵⁹ *Ibidem*, s. 210.

⁶⁰ *Ibidem*, s. 208.

tyczne, nie jest ustanowiony jako odizolowany, pojawiający się znikąd byt, lecz rozwija się w relacji ze swoim środowiskiem życia. Nawet środowisko życia nie jest czymś jednoznacznie określonym; nie jest to czysto fizyczny, lecz raczej biologiczny fakt. Środowisko życia jest współ-ustanawiane i współ-kształtowane przez biologiczną aktywność organizmu. Organizm nie jest więc wrzucony do środowiska, do którego musi się dostosować, by przetrwać, lecz porządkuje swoje środowisko życia wraz z rozwojem swoich zdolności. Życie, tak jak je rozumie Canguilhem, nie jest niczym innym niż tego rodzaju nieustającą interakcją, w której zamazuje się różnica pomiędzy żyjącym a przeżywanym. Z faktu, że organizm i środowisko nie tworzą dwóch przyczynowo niezależnych serii, lecz wzajemnie powiązane systemy, wynika także rozumienie procesu adaptacji, który dla życia organizmu ma zasadnicze znaczenie i wszelkie jego ewentualne zaburzenia mogą mieć dla niego bardzo nieprzyjemne konsekwencje. Do tzw. zaburzeń adaptacyjnych można zaliczyć dla przykładu syndrom niespecyficznego reakcji obronnej, kiedy organizm wprowadza się w stan gotowości w celu odwrócenia potencjalnego zagrożenia, mimo że nie jest to konieczne ani pożądane. Następstwem nieadekwatnej reakcji na bodźce płynące ze środowiska jest zatem stale powtarzająca się ekscytacja lub, odwrotnie, wyczerpanie, pojawiające się wtedy, kiedy zostaną przekroczone zdolności reakcyjne organizmu. W obu przypadkach można wraz z Canguilhemem zastosować koncept pomyłki, ponieważ chodzi tu o nadmierną reakcję organizmu na bodźce środowiskowe, która prowadzi do zachorowania⁶¹. Chorobę tutaj można pojmować jako błędną interpretację bodźców płynących ze środowiska życia organizmu. Ten schemat obowiązuje m.in. także dla alergii, które polegają na nieadekwatnej reakcji na pewne bodźce, przez co dochodzi do komplikacji interakcji organizmu z jego środowiskiem życia⁶².

⁶¹ *Ibidem*, s. 204–205.

⁶² *Ibidem*, s. 206.

Od alergii i innych zaburzeń adaptacyjnych, które naruszają relacje pomiędzy organizmem i jego środowiskiem nie tylko na płaszczyźnie somatycznej lecz także na płaszczyźnie psychosomatycznej, nie jest już daleko do zaburzeń neurologicznych i psychiatrycznych. Także do nich można odnieść pojęcie błędu, o ile uświadomimy sobie, że chodzi w nich o zaburzenie adaptacji organizmu do jego środowiska życia. Pierwszym krokiem wyjaśniającym te relacyjne zaburzenia jest odrzucenie założenia przyjmowanego a priori o ludzkiej indywidualności, co stwarza przestrzeń dla badania procesów indywidualacji, w ramach których dochodzi do integracji indywidualnego bycia. Ponieważ jednak ustanawianie struktur indywidualnych może przebiegać wyłącznie na poziomie stosunku do środowiska życia, które się nieustająco kształtuje i zmienia, należy wraz z procesami indywidualacji śledzić również relacje intencjonalne; jednak również te nie są pewnie zafiksowane, lecz podobnie jak konstytuowanie jednostki przechodzą przez procesy dezintegracji i reintegracji. W ten sposób rozpadanie i ustanawianie stosunków intencjonalnych burzy utrwalony schemat – ludzka świadomość versus świat – w zamian wprowadzając temat porządku i chaosu. Jeżeli współczesne badania w dziedzinie neurologii i psychiatrii miałyby pójść do przodu w poznawaniu takich zaburzeń jak np. schizofrenia, muszą odejść od tematu: człowiek i jego miejsce w świecie, rozważając schizofreniczny rozpad osobowości raczej w kategoriach porządku i chaosu. W odróżnieniu od schematów nowoczesnego myślenia można bowiem z ich pomocą opisać rozpad intencjonalnych struktur indywidualnej egzystencji tak samo jak tworzenie paranoidalnych systemów fantazji, których celem jest wniesienie choćby prowizorycznego porządku w morze chaosu.

W tym kontekście nie można oczywiście pominąć zasadniczej roli, jaką dziś w dziedzinie neurologii i psychiatrii odgrywają badania ośrodków mózgu i sieci neuronów. Tutaj dla współczesnego myślenia otwiera się olbrzymie pole do badań, które wykraczają poza pojęciowe struktury wiedzy nowoczesnej. Świadectwa

tego można odnaleźć w koncepcji filozoficznej G. Deleuze'a i F. Guattari'ego, którzy w swojej książce *Qu'est-ce que la philosophie?* [Co to jest filozofia?] odmawiają redukcji mózgu do faktu czysto antropologicznego; według nich mózg nie jest organem, który funkcjonuje w ramach ludzkiego stosunku do świata. Deleuze i Guattari opowiadają się przeciwko twierdzeniu „To człowiek myśli, nie mózg”, mówiąc, iż jest właśnie na odwrót: „Myśli mózg, a nie człowiek, dlatego że człowiek to tylko krystalizacja mózgu. O mózgu będziemy mówić w taki sposób, w jaki Cézanne mówi o pejzażu: brakuje człowieka, ale jest on w całości w mózgu...”⁶³. Zrozumienie tego dziwnego sformułowania wymaga, byśmy przestali postrzegać mózg jako zobiektywizowany organ myślenia, który ukryty jest w ludzkim ciele. Mózg stanowi przejście pomiędzy wnętrzem i zewnątrzem i jako taki ustanawia pole, na którym pojawiają się i znów znikają relacje intencjonalne. Właściwie na tym polu wstępują do gry siły porządku i chaosu, ponieważ mózg nie jest tylko stosunkiem pomiędzy wnętrzem i zewnątrzem, lecz także całościowym stanem, który znajduje się pomiędzy porządkiem i chaosem; to stan niepewności na pograniczu ustrukturyzowanego porządku myślenia, zwyczajowych opinii czy zafiksowanych modeli zachowania po jednej stronie oraz niekończącej się zmienności chaosu po stronie drugiej.

Josef Kuře⁶⁴ (ur. 1963), filozof i bioetyk, w wyżej wspomianej książce *Medicína v kontextu západního myšlení* w rozdziale *Technologizovaná medicína a etika* [Stechnologizowana medycyna i etyka]⁶⁵ wykracza poza zwykły schemat zakładający w oczywisty sposób, że medycyna jest przedmiotem etyki, stawia natomiast zasadni-

⁶³ G. Deleuze, F. Guattari, *Co je filozofie?* [Co to jest filozofia?], przekład czeski M. Petříček, Praha 2001, s. 183, [tłumaczenie za przekładem czeskim, E.Z.].

⁶⁴ Josef Kuře aktualnie jest także dyrektorem Instytutu Etyki Lekarskiej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Masaryka w Brnie.

⁶⁵ J. Kuře, *Technologizovaná medicína a etika* [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu...*, s. 76–90.

cze pytanie, dlaczego w ogóle współczesna technologiczowana (i w dużym stopniu odhumanizowana) medycyna jest przedmiotem badań filozoficznych. Pytania, które zadaje, nie bazują na tradycyjnej etyce lekarskiej ograniczającej się do etosu zawodów medycznych ani na dziś już tradycyjnym dyskursie bioetycznym, który zajmuje się tym, jak rozwiązać taki czy inny dylemat moralny medycyny współczesnej.

Zwraca uwagę na fakt, że we współczesnej bioetycznej dyskusji nad medycyną (*Red Bioethics*) chodzi o bardziej podstawowe kwestie niż argumentacja moralna na rzecz takiego czy innego stanowiska. Do tych bardziej zasadniczych pytań należy pytanie o filozoficzne i antropologiczne przesłanki współczesnej (bio)medycyny, podobnie jak pytania o jej cele i założenia epistemologiczne. Pytania o przesłanki filozoficzne, filozoficzno-antropologiczne, podobnie jak pytania o przesłanki filozoficzno-społeczne należy stawiać na nowo i badać je właśnie w kontekście dzisiejszej techno-bio-info-medycyny. W swoich pracach Josef Kuře wskazuje również na konieczność ontologicznego (nie zaś metafizycznego) dookreślenia konceptów poprzedzających dyskusję na temat kwestii moralnych w medycynie. Podkreśla, że jakkolwiek sensowna dyskusja np. na temat eutanazji wymaga od jej uczestników wcześniejszego precyzyjnego określenia znaczeń diskutowanych konceptów, w innym wypadku dyskusja taka szybko zamienia się wyłącznie w emocjonalną wymianę ognia⁶⁶. Argument o ontologii poprzedzającej etykę zastosował także do dziedziny badań nad ludzko-zwierzęcymi kombinacjami (chimerami i hybrydami)⁶⁷.

Prawdopodobnie najwartościowszym wkładem w filozofię medycyny w cytowanej monografii jest rozprawa **Marka Petru** pt.

⁶⁶ J. Kuře, *Good Death Within Its Historical Context and as a Contemporary Challenge: A Philosophical Clarification of the Concept of Euthanasia* [w:] J. Kuře (red.), *Euthanasia: The „Good Death” Controversy in Humans and Animals*. Rijeka 2011, s. 3–44 (darmowa edycja online – www.intechopen.org).

⁶⁷ J. Kuře, *Ontological Status of Human–Non-Human Embryonic Chimeras* [w:] B. J. Capps, A. V. Campbell (red.), *Contested Cells. Global Perspectives on the Stem Cell Debate*. London 2010, s. 279–320.

Mody lékařského myšlení [Modusy myśli medycynej]⁶⁸. Marek Petrů (ur. 1974) ukończył studia w zakresie filozofii i języka francuskiego na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu. Studia podyplomowe odbył we Francji na l'Université de Paris-Sorbonne (Paris-IV). W 2008 r. obronił pracę habilitacyjną w zakresie filozofii na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, gdzie aktualnie pracuje jako docent, wykładając jednocześnie także na Uniwersytecie w Ostrawie. Jest autorem dwóch monografii znaczących dla filozofii medycyny: *Fyzjologie mysli. Úvod do kognitivní vědy* (2007) [Fizjologia myśli. Wprowadzenie do kognitywistyki] oraz *Možnosti transgrese: Je třeba vylepšovat člověka?* (2005) [Możliwości transgresji: czy należy ulepszać człowieka?].

W tekście przytoczonym w tej książce, na przykładzie fenomenu choroby, tego „jednego z najbardziej dramatycznych wymiarów ludzkiej egzystencji”, Petrů pokazuje trzy modusy myślenia lekarskiego, które warunkują medyczną epistemologię, czyli samo rozumienie tego, czym jest choroba, co jest jej przyczyną i, jeżeli jest uleczalna, w jaki sposób należy ją leczyć. Medycyna jako nauka co prawda nie kontroluje swojej własnej struktury myślenia, tym niemniej na podstawie jej podstawowego oglądu świata można wyróżnić cztery typy medycznych procesów myślowych, którym odpowiada określona epistemologia medycyny: medycynę magiczną, archaiczną, empiryczną i eksperymentalną. Jest oczywiste, że dla współczesnej naukowej medycyny znaczenie mają zwłaszcza trzeci i czwarty paradygmat. Choć jest dla niej charakterystyczny także pewien regres – cofnięcie się do pierwszego typu. Zwłaszcza chodzi tu o reakcję na lekarskie wmuszanie określonej idei choroby i zdrowia pod pozorem terapii, która w wielu przypadkach okazuje się nadaremna. Człowiek kształtowany przez kulturę zachodnią w sposób naturalny skłania się ku myśleniu konceptualnemu, nie zaś symbolicznemu czy magicznemu. Tak więc lekarze

⁶⁸ M. Petrů, *Mody lékařského myšlení* [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu...*, s. 105–119.

o wiele bardziej nadawali się do roli doradców, do których można się zwracać o radę. „Biada jednak, by do nich miało należeć ostatnie słowo w kwestii zdrowia i choroby. Na odwrót, powinni się częściej przyznawać do niewiedzy i bezradności”⁶⁹.

5. Zakończenie

Jeżeli pominiemy obowiązkową uwagę, którą medycynie musieli poświęcać nauczyciele marksizmu-leninizmu na wydziałach lekarskich w Czechosłowackiej Republice Socjalistycznej i z tej uprzednio określonej pozycji nią się zajmować, dojdziemy do wniosku, że oprócz tego rodzaju systematycznej uwagi poświęcanej medycynie w ramach czeskiej filozofii XX wieku o żadnej innej systematycznej refleksji medycyny mowy być nie może. To raczej lekarze niż filozofowie uświadamiali sobie filozoficzny wymiar medycyny i ten jego aspekt okazjonalnie raczej niż systematycznie badali. Większą uwagę poświęcano filozofii nauk przyrodniczych, zwłaszcza zaś biologii. Medycyna czeskim filozofom XX wieku w dużym stopniu raczej umykała.

Współczesna stechnologizowana i pod względem finansowym, organizacyjnym i administracyjnym bardzo skomplikowana i w dużym stopniu odhumanizowana medycyna jak również w ogóle cały kompleksowy fenomen służby zdrowia i opieki zdrowotnej przedstawia dla filozofii skomplikowane i duże wyzwanie. Reakcja na to wyzwanie znajduje się w fazie powolnego i okazjonalnego stawania się. Niemniej na dokładniejszą odpowiedź na to wyzwanie ze strony filozofów zajmujących się nie tylko filozofią historii i „czystą” filozoficzną systematyką (niedotkniętą i „niezanieczyszczoną” przez realny świat), lecz reflektującą codzienne życie człowieka w zdrowiu i chorobie, będziemy musieli jeszcze poczekać.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 119.

Filozofickou refleksí medicíny v XX věku, zejména v kontextu etické refleksie nelidských experimentů na člověku, lze porovnat do situace vyvolání strážáků, když vybuchá požár. Vyryvalo filozofy z jejich klidného „čistého“ filozofování v sterilním a umělém světle a prosazeno je, aby se podělili o něco z té moudrosti ověřené v průběhu historie, kterou filozofie měla být.

Můžeme mít jen naději, že filozofie XXI věku neopřehléne aktuálních výzev současnosti.

Literatura

Ze zřetelů na charakter textu zůstali jsme alfabetyčným seznamem literatury – přizp.

- Adamec J. (red.), *Filozofické problémy medicíny. Sborník materiálů ze semináře v Hradci Králové a Pece ve dnech 24.–26. října 1966*. Socialistická akademie, Praha 1968.
- Adamík R., *Degenerace a regenerace ve společnosti lidské* [w:] E-LOGOS. *Electronic Journal for Philosophy* 97, ISSN 1211-0442 – nb.vse.cz/kfil/elogos/archives/mysl-3/ADAM-1.htm (dostup 17.01.2012).
- Babák E., *Tělověda*. Laichter, Praha 1924.
- Bouček K., Lhotská H., *K filozofické problematice vztahu tělesných a duševních funkcí člověka* [w:] *Časopis lékařů českých*, 1979; 118/13, s. 385–387.
- Bouček K., *K problematice nemoci a zdraví jako filozofickému problému* [w:] *Časopis lékařů českých*, 1981; 120/7, s. 177–181.
- Bouček K., *K problematice filozofických kategorií nutnosti a náhodnosti v lékařské praxi* [w:] *Časopis lékařů českých*, 1985; 124/3, s. 65–67.
- Bravený P., *Edward Babák*. Nadace Universitas Masarykiana, Brno 1997.
- Beránek J. i in., *Filozofické problémy medicíny: Určeno pro posluchače fakulty všeobecného lékařství, fakulty hygienické a fakulty dětského lékařství*. SPN, Praha 1967.
- Beránek J., Šafář Z., *Filozofické a společenské problémy medicíny*. Univerzita Karlova v Praze, Praha 1982.
- Beránek J., *Marxistická filosofie a soudobé lékařské myšlení*. Avicenum, Praha 1983.
- Beránek J. (red.), *Československo-sovětská konference k filozofickým otázkám medicíny*. ILF, Brno 1985.
- Blecha I., *Jan Patočka*. Votobia, Olomouc 1998.
- Borecký V., *Stuchlíkovy snahy o filozofické zakotvení medicíny*. [w:] *Filozofický časopis*, 1990; 38/6, s. 851–852.

- Brouk B., *Na ztracené vartě Západu*. Prostor, Praha 2001.
- Drozenová W. i in., *Etika vědy v České republice: Od historických kořenů k současné bioetice*. Filosofia, Praha 2010.
- Dubský I., *Filosof Jan Patočka*. OIKOYMENH, Praha 1997.
- Fialová L., Kouba P., Špaček M. (red.), *Medicína v kontextu západního myšlení*. Galén, Praha 2008.
- Gabriel J. i in., *Slovník českých filozofů*. Masarykova univerzita, Brno 1998.
- Hruška I., *Lenin, filozofie a medicína* [w:] Praktický lékař, 1985; 65/10, s. 361–364.
- Máchová J., Hérová M. (red.), *Některé filozofické a metodologické problémy medicíny se zaměřením na pediatrii: sborník výňatků z prací aspirantů fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy z let 1978–1985: studijní příručka pro aspiranty lékařských oborů*. Univerzita Karlova – Ústav marxismu-leninismu, Praha 1987.
- Jašek A., *Biologické teorie a dialektika*. Univerzita J. E. Purkyně, Brno 1983.
- Kohák E., *Jan Patočka: Filozofický životopis*. H&H, Jinočany 1993.
- Kouba P., *Conceptualizing Health and Illness* [w:] Journal of Phenomenological Psychology, 2008; 39, s. 59–80.
- Kouba P., *Perspektivy současné medicíny ve světle Foucaultových dějin evropského myšlení*, [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu západního myšlení*. Galén, Praha 2008, s. 101–117.
- Kuře J., *Good Death Within Its Historical Context and as a Contemporary Challenge: A Philosophical Clarification of the Concept of „Euthanasia”* [w:] J. Kuře (red.), *Euthanasia: The „Good Death” Controversy in Humans and Animals*. Intech, Rijeka 2011, s. 3–44.
- Kuře J., *Ontological Status of Human–Non-Human Embryonic Chimeras* [w:] B. J. Capps, A. V. Campbell (red.), *Contested Cells. Global Perspectives on the Stem Cell Debate*. Imperial College Press, London 2010, s. 279–320.
- Kuře J., *Technologizovaná medicína a etika*, [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu západního myšlení*. Galén, Praha 2008, s. 76–90.
- Orel V., *Jaroslav Krizenecky (1896–1964): Tragic Victim of Lysenkoism in Czechoslovakia* [w:] The Quarterly Review of Biology, 1992; 67/4, s. 487–494.
- Patočka J., *Sebrané spisy (Péče o duši II)*, OIKOYMENH, Praha 1999, tom. II.
- Patočka J., *Tělo, svět, společenství, jazyk, svět*. OIKOYMENH, Praha 1995.
- Petruš M., *Mody lékařského myšlení* [w:] L. Fialová, P. Kouba, M. Špaček (red.), *Medicína v kontextu západního myšlení*. Galén, Praha 2008, s. 105–119.
- Sokol J., Pinc Z., *Antropologie a etika*. Triton, Praha 2003.
- Steindl R., *Kontinuita života. Vztah života a smrti od starověku po současnost*. Mladá fronta, Praha 1987.

Strony internetowe:

- encyklopedie.brna.cz (dostup 17.1.2012).
- www.bohuslavbrouk.cz (dostup 17.01.2012).
- www.muni.cz (dostup 14.1.2012).