

Warszawa 26.02.2018

Prof. dr hab. Robert Piłat

Instytut Filozofii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej UKSW

Ul. Wóycickiego 1 / 3 bud. 23

01- 938 Warszawa

e-mail: r.pilat@uksw.edu.pl

tel.: 695943772

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Autor: mgr. Weronika Kałwak

Tytuł: *O poznawaniu cudzego bólu – projekty, metody i praktyki*

Promotor: dr hab. Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz

Afiliacja: Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Przedmiotem tej recenzji jest rozprawa doktorska pani mgr. Weroniki Kałwak łącząca empiryczne badania z zakresu psychologii społecznej z refleksją filozoficzną, a w szczególności z metodami hermeneutycznymi i fenomenologicznymi zastosowanymi do analizy zgromadzonego materiału empirycznego. Ten ostatni stanowi 19 godzinnych wywiadów z lekarzami-specjalistami na temat badania i terapii bólu. Analiza praktyki medycznej pomaga Autorce odpowiedzieć na główne pytanie: W jaki sposób poznajemy fakt i własności bólu doznawanego przez innych? Analiza Autorki umieszcza poznanie bólu w szerokim horyzoncie praktyk medycznych i celów etycznych, zastanawiając się nad takim modelem poznawania bólu, który mógłby sprostać wszystkim oczekiwaniom. W skrupulatnej i wszechstronnej analizie wypowiedzi lekarzy Autorka pokazuje niepewność i wieloznaczność w odniesieniu do zobiektywizowanych metod badania bólu. W szczególności wyróżnia i omawia dokładnie szereg niepoznawczych funkcji, pełnionych przez badanie bólu. Na tym tle wyraźniej widać trudności w poznawaniu bólu i uwikłanie tego poznania w inne relacje i funkcje związane z działaniami medycznymi. Istotną cechą pracy jest to, że deklarowana w rozprawie metoda interpretacji wypowiedzi i praktyk – nawiązujące do filozoficznej hermeneutyki, m. in. Paula Ricoeura – jest nie

tylko ogólnym przekonaniem filozoficznym, lecz przekształca się w konkretne kroki interpretacyjne w analizie wywiadów.

Podjmując swój projekt Autorka wpisuje się w tradycję filozoficzną i antropologiczną, w której ból traktowany jest jako istotny składnik ludzkiej kondycji i samorozumienia, a także jako podstawowe wyzwanie dla komunikacji. Nurt ten reprezentuje na przykład książka Elaine Scarry, *Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*, do której okazjonalnie nawiązuje Autorka rozprawy. Punktem wyjścia tamtej klasycznej już pozycji jest spostrzeżenie, że ból fizyczny jest trudno wyrażalny w języku; ogromne słownictwo dotyczące bólu, zasobne w metafory, metonimie i inne środki wyrazu o wielkiej sile ekspresyjnej, lecz nie deskryptywnej. Słownictwo to wspomaga narrację na temat bólu, lecz sam fenomen bólu pozostaje w dużej mierze ukryty. Nawet zwykły opis bólu w czasie wywiadu lekarskiego napotyka na wielkie przeszkody. Ból jest zatem fenomenem trudnym do opisania, co ma poważne konsekwencje w praktyce społecznej. Scarry wychodzi od diagnostycznej funkcji bólu w medycynie pokazując, jak ukształtował się w medycynie swoisty przestrzenno-czasowy model bólu. Niedostępność bólu wytwarza konieczność takich obiektywizacji, lecz zarazem pokazuje ich słabe ugruntowanie i możliwość zignorowania, co z kolei otwiera drogę do ignorowania samego bólu innych ludzi. Zarówno sam cierpiący podmiot jak i ci, którzy zadają cierpienie np. w zabiegach medycznych stosują w interpretacji swoiste analogony żywego doświadczającego i doświadczanego ciała, uciekając w stronę innej narracji. Cierpiące ciało ulega tu marginalizacji.

Zadanie podjęte przez panią mgr. Kałwak nie tylko nie odbiega aspiracjami od tamtego klasycznego już studium, ale jest w pewnym sensie od niego bogatsze i bardziej wielostronne za sprawą zaangażowania konkretnego materiału empirycznego oraz dzięki zakorzenieniu rozważań w filozoficznym problemie intersubiektywności. Autorka wychodzi od analizy fenomenologicznej, inspirowanej zarówno klasycznymi analizami Edmunda Husserla z jego prac o intersubiektywności, jak i nurtem fenomenologii zainicjowanym przez Maurice'a Merleau-Ponty'ego, fenomenologii zorientowanej na doświadczenie cielesne (w miejsce czystej analizy intencjonalnej). Jej druga filozoficzną inspiracją jest hermeneutyka, szczególnie w wersji Paula Ricoeura. Połączenie fenomenologii, hermeneutyki i metody badania praktyki i dyskursów metodami empirycznymi stanowi o oryginalności recenzowanej rozprawy. Podstawowymi zaletami tego połączenia jest pokazanie wielowarstwowości i wielostronności wypowiedzi o

relacji do cudzego bólu oraz krytycyzm. Uważam, że Autorka wykazała, że nie tylko w badaniu szczegółowego problemu bólu, lecz również w ogólnych rozważaniach metodologicznych w pierwszej części rozprawy, że metody filozoficzne okazują się skuteczne poznawczo – szczególnie wtedy, gdy pewnego rodzaju dyskurs aporetyczny (mowa nie wprost, niespójność postaw, trudności decyzyjne zasłanianie przez przyjęte procedury, obszary jawnej i skrywanej niewiedzy itd.) jest obecny w samych wypowiedziach osób badanych. Autorka z powodzeniem unika zasadzki bezkrytycznego opisu i kategoryzacji *prima facie*, wiedząc, że aporetyczny dyskurs jest częścią samego badanego zjawiska. Autorka z powodzeniem stosuje ogólną zasadę koła hermeneutycznego, w którym rozumienie wyjściowe i docelowe modyfikują się wzajemnie w kolistej zależności. Wstępna kategoryzacja materiału (wypowiedzi) stanowi pewne przedrozumienie, które nabiera pełnego sensu dopiero z perspektywy własnego przekroczenia; osiągnięte zrozumienie na zasadzie hermeneutycznego koła wzbogaca zasoby przedrozumienia, co z kolei pozwala przejść do nowej postaci rozumienia. W dalszej części tej recenzji pojawią się przykłady ilustrujące tę metodę Autorki. Źródłem dla tego rodzaju nawarstwiającej się interpretacji jest zarówno teoria jak praktyka medyczna. Autorka podziela hermeneutyczne założenie, że praktyka i teoria mają wspólne źródło.

Motywy do podjęcia badań jest zmieniająca się świadomość medyczna i prawna dotycząca bólu, która przyjęła postać normatywną w deklaracjach i aktach prawnych, w tym w polskiej ustawie o prawach pacjenta z 2017 mówiącej o prawie do leczenia bólu. Zmiany te wyrażają się między innymi w przesuwaniu akcentu z pojmowania bólu jako symptomu choroby na pojmowanie bólu jako jednostki chorobowej.

Główne etapy rozumowania i najciekawsze wyniki

1. Pierwsza część rozprawy poświęcona jest ogólnym filozoficznym trudnościom związanym z poznawaniem cudzego bólu. Autorka podkreśla trudności w badaniu procesów poznawczych, w których w grę wchodzi żywe ciało (s. 11). Wymiar poznawczy łączy się tu bowiem automatycznie z wymiarem etycznymi i przeżyciowym. Autorka podkreśla również nieprzejrzyistość aktów mowy, w których badania odnoszą się do swoich doświadczeń, postaw i przemyśleń związanych z cudzym bólem. Referuje (s. 20) zarazem głosy sceptyczne wobec możliwości

językowego ujęcia bólu i głosy podkreślające konieczność jego poznania (S. Weil). Do tych ogólnych trudności dołączają się specyficzne trudności związane z kontekstami medycznymi. Zostały one obszernie i jasno omówione na s. 19-24.

2. Na s. 24-40 Autorka przeprowadza dokładną i erudycyjną analizę problemów związanych z definicją bólu, w tym kluczowego problemu uznania bólu przewlekłego za jednostkę chorobową. Bardzo dobre jest tu wyłożenie trudności pojawiające się w dyskursie medycznym (s. 28n). Autorka odnosi się między innymi do rozpowszechnionego przeświadczenia, że naturalistyczny model bólu jest i pozostanie uprzywilejowany (s. 34). Odróżnia w dyskursie medycznym trzy pozycje dyskursywne: 1) obiektywizująca pozycję naukową; 2) pozycję efektywnego dyskursu; 3) pozycję związaną z rzeczywistą praktyką lekarzy.
3. Na podstawie swoich badań Autorka wyróżnia trzy osie problemu poznawania cudzego bólu: 1) konieczność działania przeciwbólowego; 2) uzależnienie działania przeciwbólowego od badania bólu; 3) definicja bólu IASP. Następuje detaliczna analiza wszystkich tych osi, przy czym każda z nich, w szczególności pierwsza, rozbita jest na kilka aspektów. (i) Ból jest w obecnej praktyce niedostatecznie uśmierzany konieczność tak jako kwestia etyczna, ale też związana z kosztami leczenia (s. 46); (ii) Ulga w bólu jako prawo człowieka. Autorka omawia też głosy sceptyczne, odwołujące się do argumentu o możliwej eksplozji roszczeń pacjentów. (iii) Konsekwencje zdrowotne nieleczzonego bólu są poważne i niedoceniane. Autorka przedstawia konkretne argumenty medyczne i psychologiczne w tej sprawie (s. 50). Ważna jest też uwaga Autorki do wszystkich powyższych punktów: Łatwiej jest dotrzeć do decydentów i opinii publicznej z komunikatem opartym na ustaleniach medycznych niż z komunikatem kulturowo-psychologicznym, choć ten drugi oddaje niewątpliwie ważne treści związane z doświadczeniem bólu. Pozostałe dwie osie problemu nie są już tak szczegółowo omówione, jako że budzą mniej kontrowersji. W zakresie drugiej osi znajdujemy ważną uwagę Autorki o tym, że niewłaściwe jest założenie o odrębności poznania od praktyki. Jeśli poznanie dotyczy sensu doświadczenia bólu, to zarówno działania obliczone na poznawanie jak i praktyki nastawione na niesienie ulgi i leczenie uprzystępniają ten sens.
4. W paragrafie 3 znajdujemy obszerny i fachowy przegląd metod badania bólu: skale, metody wielowymiarowe, metody ilościowe jakościowe (Kwestionariusz Bólowy McGill). Przegląd ten jest częściowo krytyczny (np. podkreślenie wad czysto

ilościowych badań), lecz krytyka ta przyjmuje na ogół postać cytowania głosów krytycznych. Brakuje to nieco usytuowania własnych badań Autorki wśród badań zbliżonych w metodzie i intencji. Nie sądzę, by oryginalny projekt empiryczno-hermeneutyczny Autorki miał bardzo zbliżone odpowiedniki, lecz właśnie dlatego przeprowadzenie autorskiej krytyki badań o podobnych aspiracjach byłoby cenne.

5. W paragrafie 4 Autorka zdaje sprawę z historii pytania o badanie bólu. Tu szczególnie ważne jest wprowadzenie wielowymiarowości (Radden/ Melzack) doświadczenia bólu – uwzględnienie wymiarów afektywnych i sensorycznych, a także uwzględnienie wielomodalności bólu (s 69-70). Badanie bólu implikuje badania doświadczanego ciała. Wszakże to, jak doświadczamy własne ciało jest ukryte, trudno wyrażalne. Autorka zwraca uwagę, że respondenci pytania o doświadczenie bólu wyliczają raczej zdarzenia niż coś, co można by nazwać elementami doświadczenia.
6. Część II rozprawy zawiera analizę praktyk medycznych dotyczących bólu na podstawie przeprowadzonych wywiadów. Autorka formułuje swoje główne pytania jako pytanie „o znaczenie badania bólu ... przede wszystkim w kontekście medycznym ...” (s. 76). Sformułowanie „pytanie o” jest wyrażeniem omownym, tzn. nie jest ekspresją pytania tylko wypowiedzią o pytaniu. Ten sposób wypowiadania się może być mylący. Sądzę, że w tekście naukowym pytania trzeba po prostu zadawać. Pewne ogólne wskazania kierunku czy dziedziny pytań mają swoje miejsce w innego typu refleksji. W dzisiejszej prozie filozoficznej wyrażenie „pytanie o x” zamiast „pytanie o to, czy (jak, gdzie, itd.) x” spotyka się nader często, lecz nie widzę żadnych zalet tej praktyki.
7. Autorka wypowiada jedno z najważniejszych swoich założeń stanowiących o oryginalności jej przedsięwzięcia filozoficzno-psychologicznego - włącza mianowicie do badania refleksyjność badacza (s. 79). Założenia motywujące pytania w wywiadach i wstępne hipotezy weryfikowane przez dalszy bieg rozmowy należą do techniki tego badania – bardzo trafnej w odniesieniu do szczególnego przedmiotu, bólu, w stosunku do którego każdy ma wstępne, choćby nieuświadomione przekonania. Bez ich jawnego wprowadzenia do dyskursu nie otrzyma się nigdy konkluzyjnych wyników. Nieco dalej Autorka mówi bardziej szczegółowo o technice owego uwzględniania refleksyjności (s. 85), o zasadach prowadzenia dodatków, o formułowaniu wstępnych przypuszczeń itd. Dobry przykład zastosowania tego postulatu w praktyce znajduje się na s. 225. Autorka mówi o wątpliwościach, jakie budzi w niej słowo „perspektywa”

(w wyrażeniu „perspektywa pierwszoosobowa”). Słowo sugeruje dystans. Tymczasem ciało zawsze obecne nie można się od niego oddalić – jest aspektem całej osoby. Cała osoba jest zatem źródłem poznania bólu. Następnie Autorka przechodzi do materiału pochodzącego z badania: Lekarze zdają sobie sprawę z zanurzenia doświadczenia bólu w całej strukturze osoby, lecz nie sprawia to, że rezygnują z prymatu obiektywności.

8. Pod względem metodologicznym: sposób dobrania grupy badanej itd., badanie wydaje mi się poprawne, choć jest to jedynie opinia laika, bez doświadczenia w badaniach empirycznych. Autorka sprawozdaje szczegółowo trudności w prowadzeniu badania (s. 89-90), przedstawia szczegółową charakterystykę respondentów, a także wyjaśnia zasady dobierania nasyconej próby zgodnie z zasadami tzw. Teorii ugruntowanej. Wydaje mi się, że świadomość metodologiczna Autorki całkowicie odpowiada współczesnym standardom w tej materii.
9. W analizie wypowiedzi Autorka (s. 96-104) bardzo ciekawie wydobywa dwuznaczności w wypowiedziach o stosowaniu obiektywnych skal w badaniu bólu. Pokazuje też obszernie (paragraf 3.2) uzależnienie zadania poznawczego związanego z bólem od zadania lekarza - leczenia. Dowiadujemy się z wywiadów, że badanie bólu nie jest priorytetem. (s. 106), lecz służy celom pobocznym wobec leczenia: popularyzacja, komunikowanie się, ochrona pewnych humanitarnych wartości, respektowanie potrzeb pacjenta – chodzi o cele związane bardziej z byciem osobą czy obywatelem niż z byciem pacjentem. W innym miejscu Autorka podkreśla (s. 135) cztery funkcje nie związane z poznaniem bólu, które pełni pomiar bólu: informacja zwrotna dla pacjenta, uśmierzanie bólu, narzędzie działania pacjenta.
10. Pewnym skutkiem takiego podejścia jest skłonność do delegowania badania bólu na pozostały personel medyczny. Delegowanie to prowadzi następnie do umniejszenia rangi samych czynności: „... pielęgniarki rano oceniają ból mechanicznie skoro były świadome, że to pozorne działanie, niczemu w rezultacie nie służące, mnie związane z żadną późniejszą decyzją.” (s. 110)
11. Autorka wydobywa pewien rdzeń postawy medycznej wobec bólu: Chodzi o projekcję obiektywizacji (s.119), czyli połączenie subiektywnej perspektywy pacjenta z rolą lekarza, która jest poznanie obiektywne. Respondenci są świadomi niedoskonałości tego zamierzenia – całkowita obiektywizacja jest niemożliwa. Istnieje jednak silne przekonanie, że tylko przez taką obiektywizację, a następnie

postępowanie zgodnie z jej treścią można przynieść ulgę pacjentom (s. 123). Ta świadomość medyczna jest notorycznie niedoskonała. Autorka pisze przekonująco o konieczności wzięcia pod uwagę np. elementów biograficznych (s. 152) zauważając zarazem, że będzie to podważać „racjonalistyczna funkcję dekontekstualizacji poznania”. Właśnie ta aporia wpływa na nieciągłość i dwuznaczność przekazu medycznego odnoszącego się do poznawania bólu pacjenta.

12. Bardzo ciekawy jest paragraf rozprawy poświęcony roli skal bólu w budowaniu pamięci o bólu.
13. Przechodząc w paragrafie 3.4 do badania samego poznania bólu Autorka czyni użytek z wprowadzonej już wcześniej konwencji typograficznej: pisze *badanie bólu* (s. 174) mając na myśli korzystanie z obiektywnych skal bólu oraz o poznaniu bólu, które jest zmierzaniem do rozumienia sensu bólu w kontekście rozumienia samego doświadczenia. To ostatnie musi przyjmować pewną postać interakcyjną. Ważne jest tu również doświadczenie własne lekarza. Analiza materiału badawczego prowadzi Autorkę do wniosku ważnego zarówno z poznawczego jak i normatywnego punktu widzenia. Właściwe medium poznawania bólu stanowi nie obserwacja czy kwestionariusz, lecz rozmowa. Autorka wydobywa z wypowiedzi respondentów wszystkie informacje odnoszące się do rozmowy. Skutecznie stosuje strategię ujawniania sensu całej praktyki, a nie tylko deklaracji respondentów – drogą do tego jest często analiza rozbieżności, dwuznaczności itd. Istotne jest w całym badaniu to, że nie opiera się na wygłoszonych przekonaniach respondentów - zawierających autointerpretację, lecz na wypowiedziach, których sens odkrywa się w związku z horyzontami, takimi jak priorytet woli i praw pacjentów, priorytet ochrony przed bólem, czy wzgląd na szanse wyleczenia (s. 205)
14. Paragraf 3.4.2.2. mówiący o prawdzie w poznawaniu bólu jest bardzo ważny, choć moim zdaniem, zbyt nisko umieszczony w strukturze tekstu. Prawda rozpoznania bólu jest bardzo istotna – to poniekąd główny problem rozprawy. Na s. 206-213 Autorka przeprowadza oryginalne rozumowanie prowadzące do wniosku, że poznanie bólu jest swoistym wezwaniem wymagającym zaangażowania odczuć samego lekarza – przeradza się to w intuicję lekarza co do rozpoznania bólu. Autorka podkreśla również rolę empatii: „..... ból pacjenta lekarz rozpoznaje w sobie (s. 213). Spostrzeżenia te są spójne z postulatem dialogiczności w poznawaniu cudzego bólu.

Za takim wnioskiem stoi również uznana tradycja filozoficzna: związek rozumienia i dialogu eksponował najbardziej H-G. Gadamer (*Prawda i metoda*).

15. Skoro rozumienie bólu ma charakter dialogiczny tym ważniejsze stają się pytania (s. 251) o to, co następuje w umyśle lekarza – nie tylko identyfikacja, lecz rozeznanie treści (sensu) bólu przez dopytywanie. Nie można się tu obyć bez pewnych metafor związanych z zasłanianiem i odsłanianiem, zakrywaniem, zaciemnianiem i rozjaśnianiem itd.
16. Bardzo istotne są uwagi (s. 266) na temat trudności w docieraniu do opisu własnego bólu przez samego pacjenta. W samym stwierdzaniu faktu bólu pacjentowi przysługuje autorytet, lecz deskrypcja ma inny status. Respondenci zauważają, że pacjenci posługują się w autoopisie słowami, których nie rozumieją (s. 270).
17. Ostateczny wniosek z przeprowadzonych przez Autorkę badań można sformułować następująco: Ukryte jest nie tyle same zjawisko bólu, ile jego sens. Do jego wydobycia nie wystarczy ani samoopis ani naoczność (skądinąd ciekawe uwagi na temat kategorii naoczności u H. Plessnera na s. 290), ani prywatne wrażenie sensoryczne. Próbuąc wydobyć ten sens natykamy się na aporie związane z obiektywizacją subiektywności. Ból wskazuje na indywidualnego doznającego i jego osobiste cierpienie. Wydobicie sensu cierpienia wymaga zaangażowanej, dialogicznej praktyki. Konkludując swoje rozważania Autorka nie dezawuuje jednak obiektywnych metod poznawania bólu. Problem polega na tym, że obiektywizm podejmuje się – jak to zostało wykazane w pracy – w imię etycznych celów – chodzi o pomoc pacjentowi. Jednak przez brak refleksji metody obiektywne mogą właśnie narazić na niepowodzenie etyczny projekt jakim jest działanie oparte na rozumieniu cudzego bólu.

Uwagi do dyskusji

Rozprawa mgr. Weroniki Kałwak solidna, erudycyjna i bardzo interesująca, tak w metodzie jak w wynikach. Moje uwagi krytyczne dotyczą małych fragmentów przedstawionego rozumowania oraz pewnych cech stylu. Zacznę od tego drugiego, ponieważ rzecz sprowadza się do pewnego wyczucia stylistycznego – pod rozwagę Autorki. Praca jest starannie zredagowana, lecz nie przemawiają do mnie zupełnie stylistyczne wybory Autorki. Chodzi przede wszystkim o dwie cechy:

1. Nienaturalna konstrukcja zdań. Chociaż konstrukcja wielu zdań złożonych mieści się w normie językowej, to jednak wydaje mi się sztuczna i utrudnia lekturę. Oto jeden z wielu przykładów: „Z kolei lekarze, którzy kreślą obraz bólu, w którym rozmowa z pacjentem jest podstawową drogą, praktykują przede wszystkim w przychodniach, prywatnych gabinetach i ambulatoriach, gdzie przyjmują pacjentów indywidualnie”. Nienaturalne jest zaczynanie od wypowiedzi, a potem dopiero wprowadzanie samego aktu wypowiedzi i jego okoliczności (A mówi B w okolicznościach C). Można wprowadzić konstrukcje cytowanego zdania zrozumieć w świetle stylistyki raportu badawczego, gdzie wypowiedzi są daną. Ale ta nienaturalność jest niepotrzebna, czytelnik sam może dokonać odpowiedniej inwersji, gdyby usłyszał zwyczajnie zbudowane zdanie: „Lekarze przyjmujący pacjentów indywidualnie w przychodniach i prywatnych gabinetach uznają [częściej?] rolę rozmowy w poznawaniu bólu pacjenta”. Słowo „częściej” dodane w nawiasie kwadratowym ma zwrócić uwagę, że zabiegi stylistyczne nie pozostają bez wpływu na treść. W tym przypadku jest ona niepełna. Dość często w tej pracy trafia się na zdania, których sens jest niejasny za sprawą zbyt złożonej budowy i osobliwego szyku słów.
2. Zbyt liczne wtrącenia w nawiasach. Nie zawsze są one potrzebne, a ponadto obciążają tekst dopowiedzeniami, które w intencji mają czynić rozumowania jaśniejszymi, a w istocie wywołują efekt odwrotny – wprowadzają nową treść, która trzeba przemyśleć nie mając dość danych ku temu. Ponadto tekst jest i tak obciążony bardzo wielką liczbą przypisów. Niektóre z nich dałoby się na pewno pominąć. Nie chcę jednak kwestionować przypisów, ponieważ świadczą o erudycji, przemyśleniach i dodają nowy materiał dowodowy do niektórych twierdzeń, mianowicie materiał z wywiadów pominięty w tekście głównym.

Przechodząc do uwag rzeczowych:

1. Chciałbym zwrócić uwagę na dwa miejsca w których Autorka obszerniej wykorzystuje filozofię Heideggera, który w kontekście rozważań o zapomnieniu bycia mówi o bólu w pewnym po-metafizycznym sensie. Powstaje pytanie, czy tak odległy horyzont związany z Heideggerowską ontologią jest przydatny w analizie bólu ulokowanego w cielesnym podmiocie. Nie wykluczam, że jest potrzebny, lecz nie znajduję na to dowodów w tekście rozprawy. Zgodnie z przyjętą metodologią hermeneutyczna rozszerzanie horyzontu powinno pozostawać w ścisłym związku

z dialogiem interpretacji – przechodzeniem od przedrozumienia do rozumienia w ponawiającym się odwołaniu do tekstu. Tekst – wypowiedzi lekarzy – nie daje, moim zdaniem, powodów do takiego akurat zaangażowania filozoficznego. Kiedy opuszcza się ramy dozwolone przebiegiem interpretacji powstaje niebezpieczeństwo metaforyzacji bólu. Nazywam je niebezpieczeństwem, pomimo że metafora jest stałym komponentem myślenia, ponieważ istnieje napięcie pomiędzy metaforą i fenomenem. Autorce zależy zarówno na uchwyceniu fenomenu bólu jak i na odsłonięciu sensu bólu. Jeśli sens będzie zbyt obciążony filozoficznie, to stanie się to kosztem fenomenu. Inaczej mówiąc, perspektywa Heideggera pojawia się w rozprawie nieugruntowana, niczym przysłowiowy *deus ex machina*.

2. Autorka mówi na s. 76 o dwóch dylematach i dwóch pytaniach z nimi związanych. Jednak moim zdaniem, nie są to dylematy ani pytania. Oba dylematy są tu raczej zwykłą niewystarczalnością środków do celów, jakie sobie stawiamy. To że stan faktyczny (tu: możliwości poznawcze) rozchodzi się ze stanem pożądanym wynika z samego pojęcia normatywności. Dylemat może powstać wtedy, gdyż dwa stany o różnych proporcjach tego co faktyczne i tego co pożądane są przedmiotem decyzji, którą trudno jest podjąć. Z kolei pytania powiązane z dylematami nie mają w ogóle językowej postaci pytań. Sformułowanie „... pytanie dotyczy recepcji postulatu badania bólu ...” nie jest pytaniem. Jest tylko wskazaniem pewnego pola problemowego.
3. Pomimo deklaracji Autorki o inspiracji fenomenologią, metoda ta ma stosunkowo marginalne znaczenie w rozprawie. Nie pojawia się tu właściwie typowa analiza intencjonalna, systematyczne badania intersubiektywności Husserla są raczej wskazane niż wykorzystane. Nawet ważny dla Autorki Merleau-Ponty pojawia się raczej jako głosiciel pewnego podejścia do fenomenologii niż jako źródło konkretnej analizy filozoficznej. Powstaje przez to wrażenie, że filozofia dostarcza tylko idei, które można dość dowolnie stosować – nie jest natomiast zobowiązująca jako teoria filozoficzna i jako metoda badawcza. Ta pozycja fenomenologii w książce kontrastuje z pozycją hermeneutyki – ta bowiem zastosowana jest w rozważaniach Autorki konkretnie i efektywnie.
4. Autorka formułuje w pewnym miejscu (s. 81) swoje zdanie jako odkrywanie współdzielonego sensu [bólu]. Zakłada się tu zapewne, że sens indywidualny, tak

jak indywidualne doświadczenie jest czymś pierwotnym, na podstawie którego konstytuuje się sens współdzielony. Ale to wątpliwe założenie. Czy jest w ogóle coś takiego jak indywidualny sens? Dość podobną uwagę prowokuje inny fragment (s. 129): „Instytucja badania bólu – silnie ufundowana na etycznych aspektach pracy lekarza – okazuje się dotyczyć jednak nie norm umiejscowionych wewnątrz lekarza, w orbicie jego praktyki i relacji z leczonym przez niego pacjentem, ale norm, które rozgrywają się w przestrzeni publicznej”. Problem polega na tym, że tak jak trudno uzasadnić wychodzenie od sensów indywidualnych, tak też trudno mówić o całkowicie wcielonych normach, które nie byłyby normami publicznymi. Kilkadziesiąt lat temu obie te tezy stanowiły część programu filozoficznego Wittgensteina i były przedmiotem sporu. Dziś ostrze sporu stępiało – można powiedzieć, że na wiele sposobów odrobiono lekcję Wittgensteina i nie bardzo widać pożytek z utrzymywania przekonania indywidualnych sensach czy normach.

5. Sformułowanie na s. 125: „...w pewnym sensie ma wręcz powoływać ból do istnienia ..” (przez czynienie go widocznym) wydaje mi się przesadne. Ma posmak konstruktywistyczny, co nie pasuje do reszty rozważań, jako że mają one raczej optykę realistyczną.
6. W kolejnym nawiązaniu do Heideggera na s. 288 Autorka przedstawia badanie bólu (bez kursywy, czyli w szerszym rozumieniu niż pomiary bólu) to dobra ilustracja badania człowieka rozumianego jako egzystencja. Następnie Autorka sugeruje, że istnieje bardziej podstawowe pytanie: Czym jest ból? Otóż wątpię, czy takie esencjalne lub wręcz definicyjne pytania są bardziej podstawowe. Raczej odwrotnie: na podstawie badań dochodzi się czasem do formuł definicyjnych. Trudno jednak od nich zaczynać.
7. Na s. 292 znajdujemy niezbyt przekonującą krytykę poglądu P. Ricoeura. Nie widzę racji dla wniosku, że rozróżnienie na prywatne doświadczenie i publiczny sens udaremniłoby sensowność poznania sensu cudzego bólu w medycynie. Wydaje się, że występuje bardzo wiele przeszkód w odwoływaniu się lekarzy do ich własnych doświadczeń i empatii. Nie wydaje się jednak, by udaremniało to medyczne poznanie. Odwołanie się do publicznych sensów nie czyni zadość całej ludzkiej aspiracji do godnego i pomocnego obcowania z innymi ludźmi –

szczególnie cierpiącymi. Może Autorka nie nazwałaby tego poznaniem, a być może fragment ten jest po prostu zbyt zwięzły a przez to niejasny.

Konkluzja recenzji

Rozprawa pani mgr. Weroniki Kałwak jest pracą naukową o wysokiej jakości i bardzo oryginalną. Dotyczy tematu, którego stopień zbadania jest odwrotnie proporcjonalny do jego wagi. Autorka proponuje z powodzeniem zastosowanie zarówno metod empirycznych, jak filozoficznych. Stawiając pytanie o poznawanie sensu cudzego bólu uruchamia przekonująco procedurę hermeneutyczną, dokonując interpretacji korpusu wypowiedzi lekarzy przez detaliczne przechodzenie od wstępnych rozpoznań i intuicji do coraz lepiej zweryfikowanego obrazu teorii i praktyk zaangażowanych w medycynę bólu. Dialogiczny model poznawania cudzego bólu zaproponowany w rozprawie czyni zadość wielowymiarowej strukturze bólu, łączy fenomenologię doświadczenia cielesnego z analizą dyskursu. Rozważania Doktorantki mają również znaczny potencjał normatywny – pozwalają myśleć o konkretnej etyce związanej z medycyną bólu. Zgłoszone przeze mnie uwagi krytyczne dotyczą spraw, które warto poddać dyskusji w czasie obrony rozprawy, lecz nie naruszają mojego przekonania o bardzo wysokiej jakości badań pani mgr. Weroniki Kałwak. Wnioskuje o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Robert Piłat