

Jarosław BARAŃSKI

UWAGI DO EPISTEMOLOGII LEKARSKIEGO POZNANIA ZMYŚLOWEGO

1. Wyrafinowanie i ponadnormatywność zmysłowa lekarza

Lekarz doświadcza ciało człowieka wszelkimi zmysłami, choć ich udział w budowaniu tego doświadczenia jest zróżnicowany. Doznanie zmysłowe lekarza podlega kulturowemu procesowi wyrafinowania jednych zmysłów, swoistemu upośledzeniu innych. Przez ostatnie stulecia dominowały doznania słuchowe, wzrokowe i dotykowe i one budowały treść zmysłową obrazu nozograficznego pacjenta. Największą treść poznawczą nosły zmysły teoretyczne, czyli zmysł słuchu i wzroku. Dziś jesteśmy świadkami dominacji jednego zmysłu — zmysłu wzroku, na którego skale pomiaru przekłada się wrażenia innych zmysłów. Jednym słowem, lepiej słyszy się szmer skurczowy serca, jeśli lekarz widzi zapis fonokardiogramu; lepiej słyszy się szmer oskrzelowy, jeśli lekarz widzi zdjęcie radiologiczne. Zmysł słuchu ustępuje technologicznym parametrom pomiaru oznak fizycznych, które właściwe są dla danej zmiany patologicznej organizmu. Henrik R. Wulff podaje dwa przykłady, które obrazują dominację zmysłu wzroku nad zmysłem słuchu. Przykład pierwszy: „Starsza kobieta ma wysoką temperaturę. Lekarz kilkakrotnie osłuchuje klatkę piersiową i nie stwierdza żadnych nieprawidłowości. Pacjentka trafia w końcu do szpitala, gdzie rutynowe badanie rentgenowskie ujawnia jednorodne zagęszczenie w górnej części lewego płuca. *Dopiero wtedy* lekarz słyszy wyraźne stłumienie i szmer oskrzelowy w lewej okolicy podobojczykowej i zaczyna leczyć pacjentkę na zapalenie płuc”¹. Przykład drugi: „Inny pacjent został przyjęty na oddział wskutek stale powtarzających się dolegliwości. Ani przyjmujący pacjenta lekarz, ani też jego starszy kolega, który nazajutrz przeprowadzał badanie, nie stwierdzili żadnych patologicznych szme-

¹ H.R. Wulff, *Racjonalna diagnoza i leczenie*, Warszawa 1993, s. 34.

rów sercowych. Trzeci lekarz, który także osłuchiwał pacjenta, zauważył szmer skurczowy. Wykonano fonokardiogram i dopiero wtedy dostrzeżono wyraźny szmer przedskurczowy typu *crescendo*, który później wysłuchiwał bez większych trudności każdy lekarz². Problem nie tkwi wyłącznie w samym usłyszeniu jednego czy drugiego rodzaju szmerów—bodźców, lecz w skali pomiarowej, która efektywnie klasyfikowałaby słyszalne dźwięki.

Lekarz dysponuje ponadnormatywną umiejętnością doznania słuchowego, którego treść zmysłowa nie tylko stanowi część racjonalnego obrazu nozograficznego pacjenta, lecz nadto decyduje o dalszych procedurach działań diagnostycznych i leczniczych. Nie ma bowiem możliwości instytucjonalno-ekonomicznych kierować wszystkich pacjentów z gorączką na badania rentgenowskie, wszystkich pacjentów z dolegliwościami kardiologicznymi na badania fonokardiograficzne. Dlatego nawet przy dominacji zmysłu wzroku, lekarz winien kształtować umiejętność wykorzystywania innych zmysłów do budowy obrazu nozograficznego pacjenta. Tę umiejętność nazwiemy wyrafinowaniem zmysłowym lekarza. Polega ona na przyporządkowaniu doznania zmysłowego określonej skali pomiarowej, która obiektywizuje spostrzeżenia i czyni z nich treść obserwacji.

Tendencja do obiektywizacji kategorii pomiaru wymusza dominację jednego zmysłu nad innymi oraz zastępowanie zmysłów słabszych parametrami pomiarowymi urządzeń laboratoryjnych i medycznych. Od lekarza jednak zależy, od jego umiejętności ponadnormatywnego doznania zmysłowego, w jaki sposób i w jakim czasie jego doznania zmysłowe mogą wspomóc, a niekiedy utworzyć, adekwatny obraz nozograficzny pacjenta na podstawie oznak fizycznych. Wiarygodność oznak fizycznych zależy więc od zaangażowania zmysłowego lekarza, tzn. od efektywnego udziału możliwych doznań zmysłowych, od ujednolicenia terminologii kategorii pomiarowych, od staranności badań przedmiotowych i od umiejętnej interpretacji badań pracownianych i pomiarów urządzeń medycznych. Dokładność, dbałość i staranność oraz krytycyzm poznawczy stanowią warunki estetyczne budowania obrazu nozograficznego pacjenta i stawiania diagnozy. Zmysły są bowiem źródłem zniekształceń oznak fizycznych, jak również danych deskryptywnych (np. wyników badań radiologicznych, scyntygraficznych i histologicznych), dlatego lekarz winien dysponować krytycyzmem poznawczym, dzięki któremu przy budowaniu obrazu nozograficznego pacjenta otwarty jest na możliwe wątpliwości, jakie wynikają z interpretacji oznak fizycznych i danych deskryptywnych. Szczególnie ważny jest ów krytycyzm wtedy, kiedy istnieje możliwość sugestii diagnostycznej, jaka warunkowana jest zadaniami związanymi z podziałem pracy w szpitalu, czy danymi zawartymi w karcie pacjenta, czy też diagnozą

² Ibidem, s. 34/35.

uprzednio postawioną przez innego lekarza. Lekarz, dokonując obserwacji, obciążany jest znajomością innych elementów obrazu nozograficznego pacjenta, dlatego *dokładność* obserwacji oznaki fizycznej wyznaczona jest poprzez odniesienie do innych metod badawczych, które mogą potwierdzić lub wykluczyć diagnozę postawioną dzięki obserwacji. Uteoretycznienie zmysłów w procedurze diagnostycznej wytwarza bowiem nierozstrzygalny *dylemat obserwacyjny*: z jednej strony, zmysły przenoszą jakości zmysłowe, będące danymi empirycznymi dla budowy obrazu nozograficznego; z drugiej strony, elementy obrazu nozograficznego kierunkują zmysły na odbiór określonych bodźców, których doznanie może uzupełnić lub przekształcić obraz nozograficzny. Powtarzanie, o ile to możliwe, badań przedmiotowych i procedury interpretacji danych pracownianych minimalizuje ryzyko błędu diagnostycznego. Stawianie diagnozy jest procedurą *odwracalną*, co oznacza, że można analizować i powtarzać jej poszczególne etapy oraz stosować alternatywne metody badawcze.

2. Udział zmysłów w postępowaniu lekarskim

Zmysł smaku nie jest w postępowaniu lekarskim zmysłem poznawczo aktywnym. Przyczyna jest dwojaka: po pierwsze, kulturowo zmysł ów nosi w sobie najbardziej subiektywne doznania, które nie tworzą obiektywnych sądów estetycznych, tj. nie oferują intersubiektywnych kategorii pomiarowych dla jakości doznań tego zmysłu; po drugie, doznania smakowe, jeśli kształtowały się już w praktyce lekarskiej, musiały być zepchnięte przez aseptykę chroniącą lekarza przed zarażeniem. Zmysł smaku stanowi grupę wrażeń takich, jak: słodycz, gorzkość, kwaśność i słodkość, która nie daje żadnych kategorii opisu oznak fizycznych. W 1673 roku stwierdzono słodki smak moczu u cukrzyków i było to jednocześnie ostatnie lekarskie wykorzystanie tego zmysłu do procedury stawiania diagnozy. Zmysł smaku został zastąpiony badaniami pracownianymi, które przekraczają progi doznania smakowego. Zmysł ów jest całkowicie nieprzydatny, aczkolwiek można wyobrazić sobie jego wykorzystanie w czasie, gdy nie istniały chemiczne badania laboratoryjne. Wyparły one zmysł smaku z praktyki lekarskiej, zanim mógł on zaistnieć jako zmysłowy instrument uzyskiwania diagnostycznie istotnych doznań.

Podobnie stało się ze zmysłem węchu: brak „obiektywnych podstaw klasyfikacji i mierzenia zapachów”³ decyduje również o nieprzydatności tego zmysłu w formułowaniu diagnozy, aczkolwiek nieznany jest wpływ zapachu chorego ciała na lekarza, czy odbiera on woń chorego jako sugestię bądź uzupełnienie w zmysłowym doznaniu ciała pacjenta. Doświadczony lekarz z pewnością wypra-

³ M. Golaszewska, *Estetyka pięciu zmysłów*, Warszawa—Kraków 1997, s. 18.

cowuje sobie śladowe formy klasyfikacji zapachu potu i moczu u chorych. Pozostaje to jednak jego wyłącznie subiektywną zdolnością i częściej doznanie węchowe jest potwierdzeniem już zaobserwowanych dzięki innym zmysłom oznak fizycznych lub wcześniej sformułowanej diagnozy. Przykładowa klasyfikacja Henninga grupy wrażeń węchowych potwierdza znikomą przydatność tego zmysłu w praktyce lekarskiej: zapachy dzielą się na gnilny, kwiatowy, owocowy, spaleniowy, korzenny i żywiczny.

Tutaj również chemiczne badania laboratoryjne wyparły treść doznania węchowego, przekraczając progi zmysłowe węchu i oddając obiektywne i głębsze różnicowanie chemiczne. Jest więc oczywiste, że wykorzystywanie doznania węchowego w praktyce lekarskiej jest ograniczone: „Woń moczu jest aromatyczna, określa się ją tylko w moczu świeżo oddanym. Zmiana woni towarzyszy często zmianie odczynu moczu (np. woń amoniakalna moczu zasadowego). Gnilna woń występuje w ropomoczu, a acetonowa w mocznicy”⁴. Jeśli woń moczu jest tak silna i o wyrazistej „barwie” zapachowej, może ona stanowić treść doznania węchowego, która sugerować winna trop dla podjęcia ukierunkowanych badań diagnostycznych.

A jednak można mówić o ponadnormatywności, choć nie wyrafinowaniu, lekarskiego zmysłu węchu. Zapachowe bodźce (np. przykra woń ropieni) oddziałują na receptor węchowy tak samo, jak na innych ludzi, mimo tego reakcja lekarza na bodziec zapachowy nie ulega potocznym standardom reakcji: na twarzy lekarza nie pojawia się grymas obrzydzenia, nie zasłania się on dłonią itd. Reakcja na przykry zapach podlega bowiem kontroli wolincjonalnej, której celowość ma podłoże racjonalne: standardowa reakcja lekarza na przykry zapach chorego pacjenta narusza poczucie intymności pacjenta i zaprzepaszcza możliwość terapeutycznego kontaktu lekarza z pacjentem. W procesie kulturowym woń ciała, także ciała chorego, zepchnięta została w obszar biologicznego przejawiania się cielesności i otoczona sferą intymno-prywatną człowieka, a nadto dlatego właśnie dławiona powszechnym użyciem produktów przemysłu kosmetycznego. Dlatego też chory czuje się zobowiązany przed kontaktem z lekarzem, przed badaniami przedmiotowymi, eliminować „niezdrowy zapach” poprzez zabiegi higieniczne, mając dzięki temu poczucie zachowanej właśnie intymności. Wszelkie próby lekarza, które związane byłyby z doznaniem woni chorego, przyjęte byłyby przez pacjenta jako naruszenie intymności, jako wręcz „niezdrowy objaw” zainteresowania lekarza ciałem człowieka.

⁴ J. Leńko, *Podstawowe badania urologiczne*, [w:] J. Leńko (red.), *Zarys urologii*, Warszawa 1970, s.35.

Wyrafinowanie i ponadnormatywność zmysłowa lekarza ujawnia się już w zmyśle dotyku, jednym z podstawowych zmysłów, które zostały kulturowo wykorzystane dla doznania ciała człowieka i ingerencji w nie. Bogactwo wrażeń, które uporządkowane na skali pomiarowej stanowią mogą kategorie klasyfikacji oznak fizycznych, jest w zmyśle dotyku prawie nieograniczone. W 1667 roku La Mertinière pisał o rozpoznaniu tętna u człowieka: „trzeba położyć trzy albo cztery palce na arterii ramienia blisko dłoni chorego, która nie powinna być ani podniesiona, ani opuszczona, ani uciśnięta, ani ściśnięta. Samo tętno w dotyku palcami może być równe, nierówne, gwałtowne, mdlejące, przerywane, słabnące, małe, twarde, napięte, cienkie, konwulsyjne, rzadkie, późne, chwiejne, robaczkowe, mrowiące, drażniące, faliste, szerokie, miękkie”⁵. Repertuar tych doznań tworzy grupa wrażeń zmysłu dotyku określająca właściwości fizyczne przedmiotu: twardość, sprężystość, nieprzenikliwość, gładkość, lepkość, ukształtowanie powierzchni. Ich źródłem jest przede wszystkim dłoń, która pod względem ilościowym ma wrażliwość na dotknięcie czy ucisk kilkakrotnie większą niż reszta skóry. Człowiek dysponuje nadto wewnętrznym zmysłem dotyku: „uczucie ciśnienia, więc poczucie większej lub mniejszej odporności ciał oceniamy lepiej za pomocą zmysłu mięśniowego”⁶.

Ciało człowieka jest przedmiotem o wielu właściwościach fizycznych, które stanowią bodźce zróżnicowanych wrażeń, jakie budują podstawy obserwacji zmian patologicznych organizmu. Aczkolwiek lekarski dotyk ciała pacjenta rejestruje aktualną oznakę fizyczną, która wcale nie musi być trwała: jednego dnia można wyczuć wątrobę 3 cm poniżej łuku żebrowego, innego dnia jest ona zupełnie niewyczuwalna. Dlatego zmysł dotyku odgrywa swoistą rolę sugestii diagnostycznej w badaniach przedmiotowych i musi być wsparty innymi metodami badawczymi. Inny jest problem, jeśli na zmyśle dotyku spoczywa zadanie rozpoznania, tak jak jest to w wypadku raka piersi. Rozbieżności obserwacyjne wskazują na słabsze uteoretycznienie zmysłu dotyku, a więc na słabszą racjonalizację doznań z niego płynących, nie zapewniających obiektywności kryteriów pomiarowych: taką rozbieżność zanotowano, „kiedy dwaj lekarze badali kobiety z chorobowymi zmianami piersi i rejestrowali rozmiar guza oraz obecność lub nieobecność węzłów pachwowych. Jest to wyjątkowo niepokojące zjawisko, ponieważ te właśnie objawy kliniczne raka piersi często stanowią podstawę określenia fazy nowotworu i mogą determinować dalsze leczenie”⁷. Problem rozbieżności obserwacyjnej potwierdza potrzebę kształcenia umiejętności zmysłowych lekarza

⁵ F. Lebrun, *Jak dawniej leczono*, Warszawa 1997, s.60.

⁶ H. Nussbaum, *O wrażeniach zmysłowych*, Warszawa 1885, s.45.

⁷ H.R. Wulff, op.cit., s.36.

i konieczność obiektywizacji kryteriów pomiarowych właśnie tam, gdzie od umiejętności zmysłowej lekarza zależy szybka diagnoza i efektywna procedura leczenia. Zarzucanie umiejętności dotykowej na rzecz innych zmysłów, badań pracownianych bądź innych metod diagnostycznych pozbawia lekarza ważnego instrumentu techniki badania przedmiotowego.

U lekarza stomatologa kciuk i palec wskazujący „rejestrują nieznaczny nawet ruch korzeni i w ten sposób lekarz może się np. zorientować, że odległość od siebie szczytów korzeni (korona korzeni zębów), może być tak duża w stosunku do przygrzbietowej szerokości zębodołu, że to całkowicie przesądza o możliwości wyprowadzenia korzeni w całości i bez złamania”⁸. Brak tej umiejętności uniemożliwia najbardziej efektywne leczenie, narażając pacjenta na przedłużający się stan dyskomfortu psychicznego, ból, a w skrajnych wypadkach pozostawienia resztek korzenia w zębodole — na powikłania zapalne. „Lekarz przez brak należytego wykształcenia lub przez nieuwagę pozbawia się możliwości odbioru swoich „uszu” i „oczu”, które informują go, co dzieje się w kości. Traci on czucie w palcach wówczas, gdy odruchowo zbyt mocno naciska nimi na wyrostek zębodołowy lub zębodołową część żuchwy, wymazując w ten sposób doznania płynące z opuszków palców”⁹. Zawarte w tym cytacie porównanie dotyku do doznań słuchowych i wzrokowych nie jest przypadkowe, jeśli uwzględni się wagę diagnostyczną i leczniczą zmysłu dotyku w postępowaniu lekarza-stomatologa.

Doznania dotykowe tworzą zmysłowy obraz narządów organizmu człowieka. Jest to obraz wyobrazeniowy, który stanowi podstawę dalszych działań diagnostycznych i leczniczych wtedy, kiedy lekarz nie może się posilkować innymi zmysłami. Zmysł dotyku jest wtedy źródłem wrażeń, które niosą wartość diagnostyczną: np. badanie stercza przez odbytnicę przez wprowadzenie palca — „Obmacywać należy dookoła całą bańkę odbytnicy, sprawdzając, czy nie stwierdza się guza odbytnicy, a następnie należy delikatnie, bez niepotrzebnego uciskania obmacać stercz. Podczas badania trzeba zwrócić uwagę na jego wielkość, granice, spistość, tkiwość, gładkość powierzchni itd.”¹⁰.

W działaniach lekarskich dotyk pełni rolę nie tylko źródła poznania empirycznego, lecz również rolę terapeutyczną. Terapeutyczne efekty zależą jednak od stanu psychicznego pacjenta, od jego zmysłowej wrażliwości i doświadczenia zmysłowego kontaktu z ludźmi, a także od rodzaju choroby, nasilenia i częstotliwości występowania dolegliwości: „Dotykiem można więc przekazać pacjentowi

⁸ T. Paweła, J. Wnukiewicz, K. Paweła, *Usuwanie zębów*, Wrocław 1992, s.217.

⁹ Ibidem, s.217.

¹⁰ S. Wesołowski, *Wywiad. Symptomatologia urologiczna. Badania chorego urologicznego*, [w:] *Zarys urologii*, op.cit., s.17.

duchowe wsparcie i troskę, wzbudzić jego zaufanie. Należy przy tym pamiętać, że chory mający poczucie zagrożenia przejawia większą potrzebę kontaktu fizycznego¹¹. Działania lekarskie często wiążą się dla pacjenta z wyobrażeniem bezpośredniego zagrożenia własnej intymności, a nawet bezpieczeństwa. Wkroczenie w sferę intymności fizycznej pacjenta, zarezerwowanej dla jego seksualności, wymaga od lekarza wielkiej subtelności i delikatności. Dzięki fizycznemu kontaktowi z pacjentem lekarz może obniżyć niepokój pacjenta, wzbudzić do siebie zaufanie, wywołać stan poczucia bezpieczeństwa i opieki. Dotyk ramienia, przytulenie, podanie dłoni, bliskość fizyczna przy łóżku chorego mogą decydować o tym, w jaki sposób chory podda się badaniu przedmiotowemu bądź innym działaniom lekarskim.

Nie można rozdzielić badań przedmiotowych od terapeutycznej roli dotyku. Zbyt bowiem natarczywe badanie, nasilające dyskomfort psychiczny, sprawiające ból, nieprzejryste dla pacjenta w swej funkcji diagnostycznej wywołuje fizyczny opór badanego, co istotnie zakłóca procedurę diagnostyczną. We wszelkich badaniach przedmiotowych lekarz winien kierować się delikatnością, wyczuciem najdrobniejszych reakcji negatywnych pacjenta, subtelnością oraz daleko posuniętą ostrożnością. Nie tylko wyczuwany winien być w opuszkach palców lekarza badany organ, lecz wszelkie reakcje pacjenta na badanie.

Zmysł słuchu i zmysł wzroku są kulturowo najbardziej wyrafinowanymi zmysłami, których doznania najsilniej podlegają racjonalizacji w myśleniu teoretycznym. W postępowaniu lekarskim zmysł słuchu stał się źródłem poznania empirycznego bodaj najpóźniej. Na przełomie XVIII i XIX wieku Corvisart uczynił osłuchiwanie badaniem rutynowym, a Laennec wprowadza osłuchiwanie za pomocą stetoskopu. Jest znamienne, że osłuchiwanie wyradza się swoście z dotyku, usamodzielnia się wobec tego zmysłu, z którym przed Laennecem było wyraźnie spokrewnione. Świadczy o tym historia stetoskopu: nie mogąc usłyszeć koniuszkowego bicia serca u otyłej pacjentki, a nie chcąc naruszać jej intymności przez przykładanie ucha do piersi, Laennec zwinął rulon papieru i przyłożył go do piersi pacjentki, unikając kontaktu zmysłowego przez dotyk.

Grupę wrażeń dźwiękowych stanowią: głośność (siła dźwięku), wysokość (częstotliwość fali głosowej) oraz barwa (wzajemny stosunek tonów częściowych). Kulturowe wyrafinowanie tego zmysłu i jego znaczenie społeczne powodują, iż jest to zmysł, którego nieprawidłowości funkcjonowania w istotny sposób zakłócają kontakt człowieka z rzeczywistością. Jest zatem oczywiste, że lekarz, który nie potrafi, ze względu na wadę słuchu lub okresową niedyspozycję wynikłą

¹¹ M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak, *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Warszawa 1994, s.51.

z powikłań chorobowych, doznać zróżnicowanej skali głośności dźwięku, jego wysokości i barwy, pozbawiony jest ważkiego źródła wiedzy o stanie zdrowia pacjenta. Niepełne doznania słuchowe lekarza w życiu codziennym gwarantować mogą realizację niezbędnych standardów kontaktu z otoczeniem, lecz w pracy zawodowej wykluczają go z działań diagnostycznych, bowiem wadliwe osłuchiwanie pacjenta prowadzi bezpośrednio do wadliwych diagnoz. Prócz podstawy związanej z wyćwiczeniem, rozumianym jako racjonalna umiejętność rozróżniania siły dźwięku, wysokości i jego barwy, wykraczającym poza normy życia codziennego, zmysł słuchu jest również fizjologiczną podstawą estetycznych warunków doznania ciała pacjenta.

Pomimo tego, iż zmysł ten jest zmysłem teoretycznym, dysponuje jednak dużą subiektywnością doznań dźwiękowych, które z trudnością odnajdują swoją reprezentację w obiektywnej klasyfikacji. Problemy związane z możliwością werbalizacji dźwięków słyszalnych w klatce piersiowej człowieka często uniemożliwiają ustanowienie precyzyjnych kategorii klasyfikacyjnych: „Według niektórych podręczników trzeszczenie to tyle, co suchy trzeszczący dźwięk, w innych zaś pisze się o trzeszczeniu grubobańkowym. Istnieją podręczniki, w których odróżnia się suche rżenie od furczenia, w innych zaś dostrzega się istotną różnicę pomiędzy furczeniem a rżeniem wilgotnym. Dla niektórych rżenia trzeszczące są ostrzejsze niż zwykle trzeszczenie”¹².

Od wysublimowania zmysłu słuchu u lekarza zależy doznanie istotnych diagnostycznie odmienności dźwięków. Terminologia dźwięków wysłuchiwanych w klatce piersiowej odwołuje się do języka potocznego (rżenie, furczenie, trzeszczenie itp.), co subiektywizuje kategorie klasyfikacyjne. Jest to jednak względna subiektywizacja, bowiem konwencje klasyfikacji zależą od wyćwiczonej umiejętności osłuchiwania, która może być wspólna grupom lekarzy (szkoła lekarska, zespół szpitalny itd.). Nadal jednak zmysł słuchu jest koniecznym warunkiem estetycznym postępowania lekarskiego, ważkim diagnostycznie źródłem poznania empirycznego, którego nie zastąpią badania radiologiczne czy badania fonokardiologiczne, a jedynie uzupełnią jako alternatywne źródło wiedzy o stanie zdrowia pacjenta.

Zmysł wzroku jest najważniejszym i najbardziej uprzywilejowanym zmysłem w postępowaniu lekarskim. Jego dominacja nad pozostałymi zmysłami jest tak silna, że klasyfikacja kategorii oznak fizycznych doznawanych słuchowo czy dotykowo zazwyczaj odnajduje swoją reprezentację w klasyfikacji kategorii zbudowanych na jakości doznań wzrokowych: osłuchiwanie klatki piersiowej pacjenta odnajduje tę reprezentację w obrazie radiologicznym czy obrazie fonokar-

¹² H.R. Wulff, op.cit, s.34.

diologicznym. Dominację zmysłu wzroku można określić jako kulturowy i technologiczny wyraz zmysłowej ufności w treść doznań wzrokowych. U ich podstaw tkwi grupa wrażeń związana z wrażeniem barwy: jakość (zależna od długości fali światła), jasność (stopień różnicy danej barwy od czerni), nasycenie (stopień wyrazistości). Doznanie wzrokowe nie dotyczy jednak samej barwy, lecz ułożonych względem siebie barwnych przedmiotów: zabarwienie jednego przedmiotu zależy od barwy sąsiadującego z nim; przedmioty dalej położone mają barwy mniej nasyczone. Doznanie wzrokowe uwarunkowane jest społecznie określoną normą fizjologiczną, będącą gwarantem adekwatności odbioru wrażeń przez oko. Norma ta nie jest silnie restrykcyjna, tym niemniej nie rozpoznane wady wzroku, postacie daltonizmu mogą w istotny sposób zakłócić procedury diagnostyczne, a nawet generować ich nieadekwatność.

Zmysł wzroku u lekarza ulega również wyspecjalizowaniu, co jest związane z coraz subtelniejszym odróżnianiem konturów, odcieni, różnicy barw na zdjęciach rentgenowskich, obrazach ultrasonograficznych, w diagnostyce kontrastowej czy na obrazie rezonansu magnetycznego. Wyrafinowanie zmysłu wzroku spektakularnie ujawnia się wtedy, gdy przedmiotem doznania zmysłowego jest wnętrze ciała ludzkiego: wyobrażenia zmysłowa budowana na doznaniach wzrokowych oferuje obrazy zmysłowe, które nie są możliwe do wywołania w oparciu o standardowe doznania wzrokowe. Umiejętność oparta na zmyśle wzroku nie polega wyłącznie na interpretacji danych diagnostycznych, które angażują wzrok, lecz również na technice oświetlania pola diagnostycznego lub leczniczego oraz organizacji położenia narzędzi i urządzeń medycznych w polu widzenia lekarza. Odgrywa ona istotną rolę od najdrobniejszych działań diagnostycznych aż po pole operacyjne, którego wymiary ustanawia nasycenie i ukierunkowanie oświetlenia, czas działań i przestrzeń organizacyjna wokół operatora.

Wyrafinowanie zmysłu wzroku, jak i każdego innego aktywnego w postępowaniu lekarskim, określone jest przez intencjonalność doznania zmysłowego. Oznacza to, że lekarz w badaniach przedmiotowych nie dysponuje doznaniem biernym, nie uprzedzonym, lecz aktywnym i poprzedzonym sugestią diagnostyczną lub elementami obrazu nozograficznego pacjenta. Uwrażliwia to receptor i dzięki temu dostarcza więcej bodźców zmysłowych, jak również kieruje doznaniem zmysłowym jako doznaniem uporządkowanym, którego treść włączona jest w racjonalną procedurę podbudowaną wyobrażnią zmysłową lekarza. Takie doznanie nazywamy właśnie daną diagnostyczną. W jaki sposób jest uwikłane doznanie zmysłowe we wzajemne sprzężenie z procedurami racjonalnymi, ujawnia problem zniekształceń danych diagnostycznych. Radiolog spostrzega cień w płucu i zapisuje rozpoznanie „zapalenie płuc”, a jednak nie jest wykluczone, że cień ten „w przypadku pacjenta z wysoką temperaturą zostałby określony mianem guza nowotworowego, gdyby pacjent został przyjęty na oddział z dużą utratą wagi

ciała i krwiopluciem”¹³, aczkolwiek jest koniecznym warunkiem badań klinicznych, aby radiolog nie znalazł całkowitego obrazu nozograficznego. Nie istnieją czyste dane diagnostyczne. Są one rezultatem wspomnianego sprzężenia procedur racjonalnych i doznań zmysłowych, jakby *zanieczyszczone* wzajemnym wpływem tego, co racjonalne, i tego, co zmysłowe. Rodzaj wzajemnego wpływu racjonalności na zmysłowość i odwrotnie nie zależy od natury poszczególnych komponentów zmysłowych czy racjonalnych, lecz od historycznego stylu myślenia, który przyznaje tym komponentom określoną wartość poznawczą.

3. Zmysły a styl diagnostyczny

„O znaczeniu dokładnie zebranego wywiadu oraz szczegółowego badania fizykalnego nie trzeba nikogo przekonywać. Pozwalają one nie tylko ustalić wstępne rozpoznanie, ale decydują o doborze właściwych badań diagnostycznych”¹⁴ — to oczywista konstatacja, lecz wcale nie zakłada oczywistości poznawczej badań przedmiotowych. Jeśli lekarz jest przekonany do interpretacji oznak fizycznych, to wynika to jedynie z jego ufności w wyuczoną umiejętność uzyskiwania i rozumienia danych diagnostycznych. Przywołując Ludwika Flecka, można powiedzieć, iż zależy to od stylu myślenia, od ukierunkowanego i ograniczonego odczuwania i działania. Stylowość ta jest więc niczym innym, jak właśnie utrwaloną w danym czasie określoną formą sprzężenia procedur racjonalnych i doznań zmysłowych lekarza. Ludwik Fleck podaje znamieny przykład, ilustrujący styl myślenia lekarskiego: „Rzeczą charakterystyczną jest, że Löw między właściwościami widocznymi opisanego moczu wymienia „brak zagotowalności”, jak gdyby to była właściwość bezpośrednio widoczna, który to brak, w każdym razie dzisiaj, dla nas nie istnieje: jest to postać zbudowana według teorii — którą Löw bezpośrednio widział, natomiast my jej nie widzimy. Ale też wiele innych, obcych nam określeń, jak wspomniana „urina jumentosa” odpowiada gotowym teoretycznym postaciom, których my nie widzimy, które jednak Löw, posiadający stylową gotowość ich postrzegania, bezpośrednio postrzegał...”¹⁵. Jeśli więc lekarz doznaje zmysłowo w sposób intencjonalny, tzn. zamierzony i uprzedzony, to jego doznanie zależy od stylu działań diagnostycznych, a zatem dana diagnostyczna nie jest poznawczo czysta — ma jedynie wysoki stopień adekwatności, który przyznawany jest w danym stylu diagnostycznym.

¹³ Ibidem, s.43.

¹⁴ K. Mizan-Gross, R. Junik, P. Lass, *Nowoczesne metody diagnostyczne w chorobach tarczycy*, Polski Merkuriusz Lekarski, t.III, nr 15, Warszawa 1997, s.97.

¹⁵ L. Fleck, *Powstanie faktu naukowego*, Lublin 1986, s.169.

Nie zmienia tego stanu rzeczy także technologia medyczna, która substytuuje doznania zmysłowe wynikami chemicznych badań laboratoryjnych bądź fizycznymi parametrami urządzeń medycznych. Przekraczają one progi ludzkich doznań zmysłowych, upośredniają doznanie ciała, często wymuszając zarzucenie wrażeń zmysłowych jako źródła poznania, wytwarzając liczbowy obraz teoretyczny, którego treść interpretacyjna należy również do panującego stylu diagnostycznego. Lekarz, prócz wiedzy racjonalnej, staje się także nosicielem azmysłowego obrazu ciała pacjenta. Obraz ten jest wyrazem wtórnego dystansu estetycznego. Azmysłowość ta odnajduje analogię do azmysłowości współczesnej sztuki artystycznej.

Nawet, jeśli przyznamy technologii medycznej najwyższy stopień adekwatności rozpoznania stanu zdrowia pacjenta, to jednak nie wyczerpuje ona konieczności badania przedmiotowego. Specjalistyczna diagnostyka nie może zastąpić badań przedmiotowych, w których umiejętności zmysłowe lekarza decydują o podstawowym rozpoznaniu. Kształtowany obecnie styl diagnostyczny preferuje diagnostykę specjalistyczną, czego rezultatem jest zatracanie umiejętności zmysłowych lekarzy, a w konsekwencji wzrost społecznych kosztów opieki zdrowotnej.

SUMMARY

Jarosław Barański

REMARKS ON EPISTEMOLOGY OF MEDICAL SENSORY COGNITION

The author tries to analyse the contribution of senses to diagnostic and therapeutic activities of a medical doctor. The sensory cognition in medical activities is based on perception of two theoretical senses, the sense of sight and the sense of hearing, though predominance of the sense of sight is at present more apparent. However, medical technique makes use of the data that go beyond the limits of sensitivity of human senses, making them theoretical, i.e. linking them with the level of medical knowledge and skills in a technologically and institutionally determined style of treatment. That gives rise to an unsolvable observational dilemma in diagnostics.