

ANTROPOLOGIA WIEDZY JAKO NOWA PERSPEKTYWA BADAŃ NAD HISTORIĄ MEDYCyny

BOŻENA PŁONKA-SYROKA

Prowadząc badania nad historią zachodnioeuropejskiej medycyny nowożytnej i nad recepcją jej standardu w polskim środowisku naukowym XVIII–XIX w. (Płonka-Syroka 1990), zaczęłam z czasem zmierzać do przedstawienia analiz obserwowanych w tym okresie przemian w sposób wykraczający poza ujęcie idiograficzno-opisowe (Płonka-Syroka 1992; 1993; 1995a; 1995b; 1996a; 1996b; 1998a; 1998b; 1999b). Moim celem stało się opracowanie metod umożliwiających konstruowanie narracji z uwzględnieniem czynników wywierających wpływ na proces modernizacji medycyny, zarówno o charakterze wewnątrznaucowym, jak i zewnątrznaucowym.

W latach 1984–1999 miałam okazję zapoznać się ze współczesnym niemieckim standardem historiografii medycyny, w którym rywalizowały ze sobą różnorodne orientacje teoretyczne (Płonka-Syroka 1999b, 15–133; Płonka-Syroka i Wiktorowski 2014; Płonka-Syroka 2018c). Zapoznając się z przykładami praktyki interpretacyjnej prowadzonej zgodnie z ich założeniami, za szczególnie inspirujący heurystykę uznałam nurt badań kulturowych stworzony w latach 1918–1933 (Płonka-Syroka 2007b, 52–56; 2016c, 117–128), który po 1945 r. zdołał się szerzej upowszechnić w niemieckiej historiografii medycyny, od lat 70. stając się w niej nurtem dominującym (Płonka-Syroka 2007b, 57–85). Nurt ten odegrał również inspirującą rolę w kształtowaniu się współczesnej anglosaskiej historiografii medycyny. Ze względu na różnorodność propozycji teoretycznych występujących w niemieckim piśmiennictwie historyczno-medycznym nurtu kulturowego (Jütte 2000) oraz fakt, że większość autorów zmierzała do wypracowania własnych narzędzi analitycznych z zamiarem ich wykorzystania w swoich badaniach szczegółowych, nie zdecydowałam się przyjąć we własnej

praktyce historycznej żadnego z nich w ich skończonej postaci (Płonka-Syroka 2000b), ale zwróciłam się ku inspiracjom, które pobudzały prace teoretyczne historyków niemieckich, zarówno rodzimym, jak i czerpanym z nauki anglosaskiej.

W 1985 r. rozpoczęłam prace nad opracowaniem własnych narzędzi analitycznych, użytecznych w badaniach nad procesem modernizacji medycyny europejskiej między XVI a XIX w., a także nad genezą i uwarunkowaniami recepcji teorii i doktryn medycznych. W tym okresie podjęłam też analizę przydatności stosowania w praktyce historyka medycyny koncepcji T.S. Kuhna (Kuhn 1985). Ostatecznie, mimo że uznałam ją za inspirującą, oceniłam tę przydatność krytycznie, co obszernie argumentuję (Płonka-Syroka 2000c; 2016c, 48–83, 137). Innym źródłem inspiracji stała się dla mnie koncepcja Ludwika Flecka (Fleck 1986; Płonka-Syroka 1994a; 1994b; 2003a; 2007a; 2009; 2015e), nie zdecydowałam się jednak (podobnie jak większość znanych mi historyków niemieckich) przejść we własnej praktyce zaproponowanych przez niego narzędzi analitycznych (Płonka-Syroka 2016c, 129–135). Przejęłam jednak od Flecka właściwy mu sposób definiowania praktyki naukowej, zakorzeniony w jego doświadczeniu zawodowym jako klinicysty (Płonka-Syroka 2015a). Uznałam go za szczególnie przydatny w badaniach nad historią medycyny, ponieważ wg Flecka każdą działalność poznawczą poprzedza dostrzeżenie pewnego problemu, uznawanego za wart rozwiązania i do rozwiązania możliwy, a następnie sprecyzowanie narzędzi uznawanych za umożliwiające jego rozwiązanie. Od Flecka i Kuhna przejęłam zainteresowanie dla analiz podmiotowych aspektów poznania naukowego, zarówno indywidualnych twórców, jak i społeczności naukowych. To właśnie ten obszar zagadnień stał się osnową tworzonej przeze mnie heurystyki antropologii wiedzy.

Inspirującą rolę w kształtowaniu moich poglądów teoretycznych odegrali także Stefan Amsterdamski (Amsterdamski 1983; Płonka-Syroka 2007b, 125–136; 2016c, 15, 36, 42, 47–49, 195–197, 429–439) i Barbara Skarga (Skarga 1989; Płonka-Syroka 2016c, 39–42). Zawdzięczam im pogłębioną refleksję nad relacjami indywidualnej praktyki naukowej uczonych do tendencji teoretycznych występujących w zbiorowości, do której ową praktykę odnoszą. Akceptowany przez Skargę i Amsterdamskiego model poznania naukowego podkreśla indywidualny i podmiotowy charakter tej praktyki, natomiast z drugiej definiuje ją jako powstającą w kontekście społecznym. Każdy rodzaj indywidualnej praktyki ma swoją genezę w owym kontekście, który tworzy zarazem (pomyślnie lub nie) uwarunkowania recepcji jej wyników. Podejmowane w pracach obojga tych uczonych kwestie relacji między indywidualnym podmiotem poznającym a zbiorowością, kształtującą jego poznawcze perspektywy, wpisującą jego świadomość w pewien system reguł dotyczą-

cych praktyki naukowej i określających jej metodologię i granice, skierowały moją uwagę w stronę ujmowania procesu modernizacji medycyny jako następstwa ideałów nauki i realizacji pewnych strategii poznawczych. Strategie te mogą być wybierane przez uczonych praktykujących wewnątrz zbiorowości naukowej, w której żyją i pracują, na jej marginesie (ze względu na niespójność własnych poglądów naukowych z poglądami głoszonymi przez autorytety) lub poza tą społecznością (ze względu za zasadniczą sprzeczność ich poglądów z poglądami autorytetów własnej społeczności). W tym ostatnim przypadku adresują swoją praktykę naukową w stronę innej społeczności niż ta, z której się wywodzą i w stronę której początkowo adresowali swoje propozycje metodologiczne lub wyniki swoich badań. Poglądy Skargi i Amsterdamskiego zwróciły moją uwagę na możliwości badania zagadnień międzykulturowej recepcji teorii i doktryn medycznych.

Innym źródłem refleksji teoretycznej stały się dla mnie prace Pierre'a Duhema (Szlachcic 2011), w tym szczególnie jego ujęcie praktyki naukowej jako realizacji pewnych poznawczych konwencji (Płonka-Syroka 2016c, 104–110). Uznałam je za szczególnie przydatne w badaniach nad historią medycyny, w której od zawsze ścierały się z sobą niewspółmierne nurty teoretyczne, określające ramy dla tworzonych w ich granicach teorii i doktryn medycznych. Każdy z tych nurtów uznawany był przez swoich twórców (ustanawiających ramy dyskursu) i zwolenników (realizujących swoją praktykę naukową wewnątrz danego dyskursu) za dostosowany do rzeczywistej struktury świata, a proponowane i akceptowane w ramach danego dyskursu metody poznania uważane były przez nich za najbardziej efektywne. Z punktu widzenia historyka medycyny nowożytnej mamy tu do czynienia z rywalizacją pewnych poznawczych konwencji, różniących się od siebie nie tylko sposobem interpretacji obserwacji, lecz także ich zakresem. Niewspółmierne poznawcze konwencje występujące w zachodnioeuropejskiej medycynie przedklinicznej i klinicznej różnią się z tego powodu w bardzo znaczący sposób, a zadaniem historyka medycyny jest nie tylko zdanie sobie sprawy z zakresu tych różnic, lecz także podjęcie próby zrozumienia i opisanie uwarunkowań ich powstania. Podjęłam się tego zadania w swoich studiach nad kształtowaniem się standardu niemieckiej medycyny romantycznej, którego geneza wiązała się zarówno z rodzimym dziedzictwem naukowym (nawiązania do koncepcji Paraceususa, Stahla i in.) i filozoficzno-światopoglądowym (nawiązania do niemieckiej filozofii idealistycznej i do luteranizmu), jak i z sytuacją polityczną Europy w latach 1780–1848 (Płonka-Syroka 1999b: 192–221).

Inspirującą rolę w kształtowaniu się mojej koncepcji badań nad historią medycyny odegrał również Wojciech Wrzosek (Wrzosek 1995, 2009), od którego przejęłam sposób definiowania źródeł historycznych, pojęcie imputacji kultu-

rowej i wiele innych wskazówek określających sposób tworzenia narracji historycznej (Płonka-Syroka 2016c, 143–144, 426–428).

W ten sposób zostały wypracowane moje własne propozycje teoretyczne (Płonka-Syroka 1999b, 136–158; 2005a; 2007b, 121–159; 2008a; 2008b; 2008d; 2009; 2010a; 2010d; 2016c). Ich geneza jest zakorzeniona w mojej praktyce badawczej jako historyka medycyny, a poszczególne pojęcia, definicje lub schematy interpretacyjne powstały w kontakcie ze źródłami charakterystycznymi dla tej dyscypliny wiedzy historycznej (Płonka-Syroka 1999b, 242–456; 2007b, 161–473). Celem niniejszego artykułu jest charakterystyka praktyki badawczej prowadzonej w standardzie antropologii wiedzy. Zaprezentuję podstawowe aspekty teoretyczne tej perspektywy poznawczej, a następnie przedstawię uzyskane rezultaty.

ANTROPOLOGIA WIEDZY – PRÓBA DEFINICJI

Antropologię wiedzy obszernie przedstawiam w monografii z 2016 r., wraz z przykładami jej praktycznego zastosowania w badaniach wybranych obszarów tematycznych (Płonka-Syroka 2016c, 143–188). W tym miejscu omówię w związku z tym wyłącznie kwestie podstawowe. Definiuję antropologię wiedzy jako naukę o człowieku tworzącym w określonym kontekście społecznym, kulturowym i historycznym zespoły przekonań poznawczych dotyczące świata, w którym żyje. Przekonania te mają charakter zmienny historycznie, a dla tworzących je podmiotów subiektywnie racjonalny. Racjonalność ta jest oparta na zmiennych historycznie kryteriach oczywistości poznawczej i zmiennych metodach dochodzenia do niej. Celem poznawczym antropologii wiedzy jest dokonanie ewidencji, opisu, krytycznej analizy i racjonalnej rekonstrukcji historycznie zmiennych systemów przekonań, mających w badanych epokach i kulturach dla żyjących w nich ludzi istotne funkcje przystosowawcze do otaczającego ich świata. Przekonania te dotyczą: 1) kontekstu metafizycznego, 2) otaczającej człowieka natury – poczucia ładu naturalnego, 3) koncepcji ludzkiej podmiotowości oraz jej stosunku do kontekstu metafizycznego i ładu naturalnego, 4) relacji społecznych wiążących człowieka z otoczeniem, w którym żyje, 5) możliwości poznawczych człowieka – przekonań odnoszących się do źródeł ludzkiej wiedzy, sposobów dochodzenia do niej, pojęcia prawdy i oczywistości, 6) celu uprawiania działalności poznawczej. System przekonań, złożony z wyżej wymienionych elementów, jest przeze mnie określany mianem wiedzy.

Antropologię wiedzy można też zdefiniować jako naukę o historii procesów wiedzytwórczych, wiodących do sformułowania historycznie zmiennych systemów przekonań, pełniących w danej kulturze, w pewnej grupie społecznej, w pewnej epoce, szkole naukowej, społeczności akademickiej danego kraju lub

kontynentu itp. rolę przekonań naukowych. Procesy wiedzotwórcze powinny być zawsze badane w powiązaniu z działalnością ludzi, którzy uczestniczą w praktyce naukowej danej epoki lub na badanym przez historyka obszarze, wnosząc do niej swoją osobistą perspektywę. Historyk nauki powinien badać te procesy, uwzględniając podmiotowe aspekty poznania, a nie w oderwaniu od nich, to jest wyłącznie jako historię idei naukowych, analizowanych w sposób izolowany od historycznego i podmiotowego kontekstu, w których zostały sformułowane i upowszechnione.

Stworzenie narracji dotyczącej wybranego do analizy przez historyka problemu z zakresu historii medycyny wymaga uprzedniego nabycia przez badacza obszernej erudycji dotyczącej epoki, którą studiuje, jak również zapoznania się ze współczesnym stanem wiedzy na temat badanych zjawisk. Tylko w takim wypadku bowiem historyk będzie w stanie poddać refleksji to, przed jakimi problemami stali niegdyś uczeni, w jakim stopniu uświadamiali sobie ich istnienie, w jakim stopniu ignorowali możliwe już do wykonania przy ówczesnym stanie nauki i techniki obserwacje, ponieważ nie dysponowali teorią, która mogłaby im cokolwiek wyjaśnić za pośrednictwem tych obserwacji. Na tej podstawie historyk może określić, jakie były tego skutki. Niedostrzeżenie istniejących w środowisku naturalnym zagrożeń wiązało się bowiem z tym, że żyjący w dawnych epokach ludzie nie podejmowali żadnych prób ich neutralizacji. Przyczyny występowania chorób tłumaczono za to, korzystając z czynników, które nie mogły (jak dziś już wiemy) mieć wpływu na etiopatogenezę. Wiązało się z wykonywaniem praktyk mających na celu zneutralizowanie tych czynników. Nie mogło to jednak prowadzić do efektywnego zapobiegania chorobom ani też ich zwalczania. Przykładów tego rodzaju przytoczyć można w historii medycyny znacznie więcej. Im bardziej obserwacje uznawane niegdyś przez lekarzy za odnoszące się do realnie istniejących (w ich opinii) faktów oraz interpretacje owych faktów różnią się od naszych (to jest od naszego sposobu definiowania faktów naukowych i interpretowania ich w formie złożonych konwencji poznawczych), tym bardziej historyk powinien uruchomić pokłady swojej erudycji zakorzenionej we współczesnym mu standardzie wiedzy. Pozwoli mu to lepiej zrozumieć dawne sposoby przedstawiania fizjologii i patologii, a także kryteria, jakie były niegdyś w tym celu stosowane.

Badane przez historyka medycyny dawne konwencje poznawcze powinny być sproblematyzowane w ten sposób, aby dotrzeć do pytań, na które odpowiedzi są podstawą każdej z tych konwencji. Jest bowiem istotne dla zrozumienia ich treści i struktury, stawianie jakich pytań lekarze z dawnych czasów uważali za celowe, co miały im wyjaśnić odpowiedzi na te pytania, jakie wątpliwości miały rozstrzygnąć. Historyk powinien zmierzać (korzystając ze współczesnego stanu wiedzy) do odtworzenia obiektywnej sytuacji problemowej występującej

na danym obszarze w badanej epoce. Powinien podjąć próbę stworzenia katalogu problemów medycznych, które potencjalnie wiązały się z zachowaniem zdrowia lub możliwością wystąpienia chorób u członków zamieszkującej ów obszar populacji, jej poszczególnych warstw itp.¹

Następnie powinien poddać refleksji proces tworzenia się subiektywnych sytuacji problemowych, to jest tych, które jednostki dokonujące refleksji w obrębie problematyki medycznej uznawały za kwestie wymagające podjęcia, a następnie rozwiązania. W procesie tworzenia subiektywnych sytuacji problemowych występowały wyraźne różnice związane z przynależnością ich twórców do pewnych grup wyznaniowych, ich miejscem w strukturze społecznej itp. Jest interesującą kwestią badawczą dokonanie ewidencji tych różnic, a także podjęcie próby wyjaśnienia ich uwarunkowań. Możliwe są także prowadzone w tym samym standardzie badania nad recepcją teorii i doktryn medycznych, ujmowanych jako poznawcze konwencje będące odpowiedzią na charakterystyczny sposób postrzegania sytuacji problemowej. Ich recepcja może być bowiem pomyślna, cząstkowa lub zablokowana, w zależności od tego, czy społeczność naukowa, w której upowszechnienie to ma się dokonać, akceptuje sytuację problemową w taki sam sposób jak twórca teorii lub doktryny medycznej, czy jest to sposób zbliżony, czy też zupełnie inny i czy uznaje inne kwestie za zagrażające dobrostanowi populacji i jej ważnym interesom. Historyk medycyny, zdający sobie sprawę z tego, co było możliwe w danych warunkach historyczno-środowiskowych do dostrzeżenia przez dawnych lekarzy, a czego dostrzec nie mogli lub nie chcieli, może stworzyć odpowiednią heurystykę prowadzącą do udzielenia odpowiedzi na te pytania. W historii nauk przyrodniczych spotykamy się bowiem często z sytuacją, w której już istniejące obserwacje, odkrycia lub wczesne próby ich interpretowania nie znajdują żadnego odbicia w strukturze wiedzy medycznej, uznawanej w badanej społeczności naukowej za normatywną. Rodzi się wówczas pytanie, jakie były tego przyczyny. Dlaczego to, co dla nas jest wyraźnie widoczne i odgrywa (jak już dziś wiemy) istotną rolę w przebiegu procesów fizjologicznych i patologicznych, przez wcześniejszych uczonych w ogóle nie było dostrzegane, bywało łączone z elementami, które przez nas nie są uznawane za obserwacyjne, albo z tymi, które wprawdzie możemy obserwo-

¹ Zróżnicowanie problemów medycznych mogących potencjalnie wystąpić na badanym obszarze wiąże się m.in. z dostępem danej populacji do wody pitnej, bliskością bagien lub pustyń, gęstością zaludnienia, współczynnikami urbanizacji, przebiegiem szlaków handlowych, warunkami klimatycznymi, obecnością zwierząt roznoszących choroby itp. Współcześnie wiemy już, jakie potencjalne zagrożenia zdrowia populacji wiążą się z każdym z tych czynników. Korzystając z tej wiedzy, historyk może zbadać – analizując źródła z interesującej go epoki – czy i w jakim zakresie zagrożenia te były rozpoznawane.

wać (jak gwiazdy i planety), ale nie uznajemy ich wpływu na przebieg procesów patologicznych za rzeczywisty.

Antropologicznie zorientowany historyk medycyny powinien poszukiwać w źródłach realności podmiotowej, to jest odtworzenia w swojej praktyce badawczej dawnych koncepcji medycznych, które przez ich autorów i ich zwolenników były uznawane za oparte na realistycznych podstawach, a także za skuteczne. Powinien dążyć do odtworzenia tego, co w badanej przez niego epoce uznawane było przez lekarzy (i inne badane przez niego podmioty) za fakt naukowy, i starać się zrozumieć przesłanki tego procesu. Powinien starać się zrozumieć, dlaczego pewne obserwacje jawiły się dawnym uczonym jako realistyczne, a ich interpretacje jako racjonalne, podczas gdy dla nas jest to nie tylko nieoczywiste, lecz czasem trudne do przyjęcia, np. ze względów logicznych². Historyk powinien badać, do kogo wyrażane przez lekarzy przekonania były adresowane, czy były podzielane przez inne podmioty uczestniczące w ówczesnym czasie w dyskursie publicznym i prywatnym, w jaki sposób przebiegała ich recepcja, co mogło ją ułatwiać, a co utrudniać itp. Ważne jest, aby szerokiego upowszechnienia się pewnej naukowej koncepcji (np. patologii humoralnej) nie traktować jako rzeczy oczywistej, ale poddać refleksji to, jakie mogły być przesłanki jej długotrwałej popularności. Tak samo w przypadku koncepcji, których szersza recepcja była przez stulecia zablokowana, a które we współczesnym standardzie medycyny klinicznej są uznawane za dobrze uzasadnione i oparte na faktach. Historyk powinien zastanowić się nad przyczynami tej sytuacji³. Ujmując historię medycyny jako historię kolejnych poznawczych konwencji, historyk powinien zmierzać do poszukiwania dających się zaobserwować prawidłowości dotyczących ich powstawania, upowszechniania, a następnie eliminowania z praktyki naukowej.

Zakres tematyczny antropologii wiedzy wykracza poza ramy profesjonalnego dyskursu medycznego. Przedmiotem zainteresowań historyków medycyny stają się więc obszary, które nie mieszczą się w granicach naukoznawstwa, lecz także

² Trudno jest np. zrozumieć, dlaczego starożytni lekarze uznawali za racjonalny element diagnozy obserwacje wnętrzości zwierząt ofiarowanych przez chorego, lotu ptaków albo układu gwiazd i planet, podczas gdy w naszym poczuciu realizmu elementem racjonalnej diagnozy są badania wnętrza ciała pacjenta (RTG, tomografia komputerowa, NMR), morfologia krwi, oznaczenie stanu zapalnego (leukocytoza, CRP). Różnice te wynikają z dokonanego także w świadomości potocznej procesu somatyzacji choroby i ograniczenia jej do obszaru ludzkiego ciała, podczas gdy w dawnych epokach historycznych odwoływano się w procesie diagnozy do zbioru elementów pozasomatycznych.

³ Dotyczy to np. koncepcji seminów i kontagiiów, prekursorskich wobec współczesnego standardu bakteriologii, których recepcja została zablokowana przez szeroko upowszechniony w medycynie europejskiej standard patologii humoralnej.

nie wiążą się w sposób bezpośredni z diagnostyką i leczeniem. Zmierząc do przedstawienia historii medycyny w szerszym kontekście kulturowym i społecznym, historyk powinien poddać refleksji inne niż medycyna obszary, które wywierają jednakże istotny wpływ na jej treść. Zaleca się więc badania nad filozoficznymi podstawami wiedzy medycznej, nad metodologią, z której korzystają lekarze, tworząc teorie i doktryny medyczne, nad czynnikami społecznymi, politycznymi, ekonomicznymi itp. mogącymi wywierać wpływ na sposób konceptualizowania problemów uznawanych przez lekarzy za wymagające rozwiązania, nad czynnikami ułatwiającymi, utrudniającymi lub blokującymi upowszechnianie się pewnych koncepcji medycznych, nad świadomością potoczną – jako obszarem recepcji idei naukowych i źródłem inspiracji czerpanych przez lekarzy, nad społeczną konceptualizacją problemów związanych z chorobą, starością, niepełnosprawnością i śmiercią, nad sposobami „radzenia sobie z chorobą” itp.

Tak szerokie ujęcie problematyki badawczej antropologicznie zorientowanej historiografii medycyny zbliża ją bardziej do praktyki nauk humanistycznych i społecznych niż – jak dawniej – do przyrodniczych, kiedy to historia medycyny pełniła rolę propedeutyczną w kształtowaniu świadomości zawodowej lekarzy, budowała ich tożsamość grupową itp. Obecnie historiografia medycyny uprawiana jest w większości przez badaczy o wykształceniu humanistycznym, którzy wnoszą do tej dyscypliny własne preferencje badawcze i własną poznawczą wrażliwość. Nie jest już przez nich definiowana ze względu na cel propedeutyczny: ukazanie dróg dojścia do współczesnego standardu klinicznego, ale ze względu na autoteliczną wartość badań nad praktykami leczniczymi w dawnych epokach i kulturach, zasługujących na naszą uwagę jako ukształtowanych w pewien określony sposób, który staramy się zrozumieć i opisać.

PRZYKŁADY PRAKTYKI BADAWCZEJ

Praktyka badawcza prowadzona w standardzie antropologii wiedzy koncentruje swoją uwagę na analizie podmiotowych aspektów poznania naukowego, zarówno indywidualnych, jak i społecznych. Zajmuje się także podmiotowymi aspektami recepcji teorii i doktryn medycznych. Wpisuje dzieje medycyny w historię światopoglądów kształtujących ramy obrazu świata, uznawanego w pewnych społecznościach i przez związane z nimi grupy uczonych za realistyczny i obiektywny, natomiast przez inne nie. Różnice występują zarówno na poziomie obserwacyjnym, jak i interpretacyjnym i są wyrazem bardziej podstawowych struktur poznawczych niż nauka. Medycyna jako nauka praktyczna odnosi się w swym zakresie do określonego sposobu definiowania miejsca człowieka w świecie. Ponieważ sposób ów, zarówno w ujęciu diachronicznym,

jak i synchronicznym, jest różny w odmiennych kulturach, społecznościach, konfesjach, warstwach społecznych itd., wywiera to realny wpływ na określenie przez lekarzy celów ich działalności praktycznej, jak również na wybór metod, które umożliwiają ich realizację. Działalność poznawcza będąca podstawą praktyki medycznej jest uwikłana kulturowo, jej priorytety nie są bowiem samodzielnie określane przez lekarzy, ale przez społeczność, w której żyją i do której adresują swoją pracę. To czynniki społeczne, a nie wyłącznie dążenie do zaspokojenia ciekawości poznawczej czy też odkrycia prawdy są rzeczywistym motorem tej praktyki. Jako grupa społeczna zajmująca się praktyką medyczną, to jest diagnozowaniem i leczeniem chorób, lekarze zmuszeni są odpowiadać na określone oczekiwania wyrażane pod ich adresem przez społeczność, w której żyją. Typowym zjawiskiem jest w związku z tym to, że podejmują się rozwiązywania problemów, które nie są istotne wyłącznie dla nich samych, lecz także dla innych podmiotów, których sposób definiowania tych problemów daleko wykracza poza kwestie medyczne. To, czy dany obszar zagadnień zostanie w danym czasie w pewnej społeczności uznany za problem wymagający dokładniejszego zdefiniowania i przedstawienia perspektyw jego możliwego rozwiązania, rzadko w historii medycyny było określane przez lekarzy, a przynajmniej nie wyłącznie przez nich. Dominowała raczej odwrotna perspektywa: na określenie pewnej klasy faktów jako problemów wymagających rozwiązania wpływ wywierały podmioty usytuowane wyżej niż lekarze w hierarchii społecznej, które określały ramy dyskursu publicznego, silnie oddziałując zarazem na medyczny dyskurs prywatny. Podejmowanie pewnych tematów w strukturze nauki uniwersyteckiej mogło się bowiem wiązać z perspektywą osobistego awansu danego uczonego, zapewnienia mu stabilnej pozycji społecznej, przyznania środków umożliwiających prowadzenie badań i upowszechnianie ich wyników. W tym samym czasie, w tym samym środowisku i kontekście społecznym podejmowanie innych tematów mogło prowadzić do zahamowania dalszej kariery uczonego, utraty posady uniwersyteckiej, utraty środków na prowadzenie badań (lub ich nieprzyznania) i uniemożliwienia upowszechniania osiągniętych wyników (Płonka-Syroka 2007b, 299–353). Sytuacja ta stawiała uczonych przed wyborem między konformizmem wobec instytucji wywierających w danym miejscu i czasie realny wpływ na warunki uprawiania działalności naukowej a mniej lub bardziej przewidywalną (i wstępnie akceptowaną przez uczonego) alienacją, koniecznością „pisania do szuflady”, ograniczania pola badań (z braku finansów, asystentów, sprzętu), poszukiwania zwolenników wśród laików i amatorów. Rodziła także ryzyko wkroczenia w obszar działalności paranaukowej. Pewnym rozwiązaniem dla uczonych nieznajdujących możliwości uprawiania praktyki naukowej w rodzimym środowisku akademickim stawała się emigracja, nie zawsze jednak spełniająca ich oczekiwania. Mogła bowiem

prowadzić do marginalizacji, pauperyzacji i utraty kontaktu uczonego emigranta ze współczesnym środowiskiem akademickim. Tylko nieliczni lekarze znajdowali na tyle siły, by uprawiać działalność naukową i praktyczną wbrew czynnikom środowiskowym, które odnosiły się krytycznie do wyznawanych przez nich koncepcji. Było to możliwe m.in. dzięki wsparciu władcy, który bronił danego lekarza przed atakami różnego rodzaju instytucji lub osób, lub dzięki uzyskaniu przez tegoż lekarza autentycznego autorytetu w środowisku lekarskim, co umożliwiło mu skuteczne działania na rzecz popularyzacji swoich poglądów, wbrew oponentom⁴. Zasygnalizowane powyżej czynniki znalazły odbicie zarówno w moich pracach własnych, jak i zespołowych poświęconych podmiotowym aspektom poznania w naukach przyrodniczych i medycynie.

Pierwszą grupą opracowań tego typu są monografie zbiorowe poświęcone kształtowaniu się zróżnicowanych obrazów natury i analizie metod uznawanych za umożliwiającej jej poznanie i eksploatację. Monografie te powstały przy udziale historyków, filozofów, antropologów, religioznawców i przedstawicieli nauk przyrodniczych i zawierają analizy wpływów kulturowych na treść i strukturę wiedzy przyrodniczej. Wpływy te są uznawane za trwałe elementy przyrodoznawstwa, niedające się wyeliminować z jego treści i struktury. Wyniki badań prowadzonych w tym obszarze zostały opublikowane w seriach wydawniczych: *Antropologia wiedzy* (Płonka-Syroka 2005a; 2006; 2008f; 2010b; Płonka-Syroka i Kaźmierczak 2011; Płonka-Syroka i Dąsał 2014; Płonka-Syroka, Dąsał i Marchel 2016), *Studia z Dziejów Kultury Medycznej* (Płonka-Syroka i Syroka 2012), *Orbis exterior – orbis interior* (Płonka-Syroka i Rudolf 2012) i *Medycyna i religia* (Płonka-Syroka i Dąsał 2017)⁵. Obok analiz treści i struktury konkretnych koncepcji naukowych z zakresu nauk przyrodniczych zostały w nich przedstawione czynniki społeczno-kulturowe tworzące kontekst dla kształtowania się ideałów nauki – średniowiecznego, nowożytnego i współczesnego, a także dla praktyki naukowej europejskich uczonych prowadzonej zgodnie z tymi ideałami. Praktyka ta miała zarówno wymiar indywidualny, jak i odnosiła się do przekonań zbiorowości. W prezentowanym tu ujęciu zmiany modelu europejskiego przyrodoznawstwa są przedstawiane w kontekście współlistniejących z nimi przemian społecznych, ekonomicznych i ustrojowych, a także jako wyraz

⁴ Przykładem mogą tu być postaci znakomitych niemieckich klinicystów: Christopha Wilhelma Hufelanda, Rudolfa Virchowa i Roberta Kocha, a we Francji Ludwika Pasteura, którzy zdołali skutecznie spopularyzować swoje poglądy naukowe pomimo opozycji, z którą się spotkali. Częstszym jednak przykładem skutków oporu środowiska lekarskiego, wspieranego przez władzę, blokującego upowszechnienie nowatorskich koncepcji medycznych jest biografia Ignacego Semmelweisa, którego poglądy zostały przez środowisko odrzucone jako irracjonalne, co przyczyniło się do zakończenia jego kariery i przedwczesnej śmierci.

⁵ Tomy 2 i 3 serii zostaną opublikowane w Wydawnictwie DiG w 2019 r.

określonych tendencji światopoglądowych wiążących się ze zmianą usytuowania człowieka wobec uniwersum.

Elementy kulturowe wywierały także istotny wpływ na sposób definiowania przedmiotu zainteresowań medycyny: człowieka w jego usytuowaniu w zewnętrznym świecie. Człowiek był bowiem w różny sposób sytuowany wobec środowiska. W definiowaniu granic ludzkiej podmiotowości brały udział różne elementy, w tym także te, których nie zaliczamy już we współczesnym standardzie klinicznym do obszaru medycyny. Dopiero uświadomienie sobie tych różnic w sposobie definiowania podmiotowości człowieka jako przedmiotu zainteresowań medycyny pozwala historykowi na tworzenie rekonstrukcji sytuacji problemowej medycyny w danym miejscu i czasie. Odmienne definiowanie podmiotowości pacjenta wyznaczało bowiem medycynie inne cele praktyczne i inne kierunki eksploatacji środowiska, które było uznawane dla człowieka za naturalne środowisko jego życia. Uzasadniało też posługiwanie się zróżnicowanymi metodami badań: od daleko wykraczających poza ludzką somatykę do skoncentrowanych wyłącznie na niej. Odmienne definiowanie ludzkiej podmiotowości określało zarazem uwarunkowania uznania pewnych faktów i obserwacji za należące do obszaru zainteresowania medycyny, natomiast innych za pozostające poza tym obszarem. Przyjmowane w tym zakresie kryteria wykraczały poza historycznie ukształtowane koncepcje fizjologii i patologii. Przedmiotem zainteresowania medycyny zawsze był bowiem człowiek, którego miejsce w świecie było w pierwszym rzędzie definiowane przez kulturę (religię i światopogląd), a dopiero później przez medycynę. Akceptacja dla określonej koncepcji podmiotowości człowieka miała z tego powodu poważne implikacje teoretyczne i praktyczne. Była podstawą wyznaczania zagadnień uznawanych za priorytetowe, wymagających przedstawienia pilnego rozwiązania dla zachowania integralności populacji i realizacji jej długoterminowych celów, a zarazem pomijania innych, których nie tylko nie uznawano za ważne, lecz plasowano w obszarze dla nauki zakazanym. Na podejmowanie (lub niepodejmowanie) tych problemów w teorii i praktyce medycznej większy wpływ wywierały czynniki zewnątrznaukowe niż osobiste zainteresowanie czy też preferencje lekarzy. W tym obszarze badawczym zostały opublikowane moje studia nad podmiotowością człowieka jako obszaru teoretycznej refleksji i praktyki medycyny (Płonka-Syroka 1996a; 1998a; 1999a; 2003b) oraz wybrane monografie zbiorowe wydane w serii Studia z Dziejów Kultury Medycznej (Płonka-Syroka 1999d; 2001a; 2002b; 2005b).

Spójeczno-kulturowe zakorzenienie teorii i praktyki medycyny jest szczególnie widoczne w odniesieniu do zagadnień medycznych występujących w skali populacji, takich jak zagrożenie epidemiami chorób zakaźnych i kontrola urodzeń. W tym pierwszym obszarze mamy przede wszystkim do czynienia ze

zróznicowaniem poziomu zagrożenia epidemicznego i zakresu ochrony przeciwepidemicznej, warunkowanym przez umiejscowienie podmiotu (grupy podmiotów) w strukturze społecznej (Płonka-Syroka 2014b). Wysoki poziom zagrożenia dotyczył (i nadal dotyczy) głównie członków warstw plasujących się na niższych szczeblach struktury społecznej: niewolników i członków wiejskich i miejskich warstw plebejskich. Ich stan zdrowia nie był przedmiotem uwagi władzy, a ze względu na brak środków nie mogli oni samodzielnie opłacać profesjonalnego leczenia. Byli więc skazani na samolecznictwo. Warunki ich życia, określane przez strukturalny niedostatek, ciężką pracę, niedostateczne odżywianie i brak higieny, szczególnie sprzyjały zachorowaniom na choroby zakaźne, co powodowało, że wspomniane warstwy stały się głównym rezerwuarem tych chorób. Na drugim biegunie pod względem zagrożenia epidemicznego znajdowali się członkowie społecznej elity, żyjący w warunkach umożliwiających zabezpieczenie wszystkich potrzeb życiowych (mieszkanie, odżywianie, ubiór, aktywność społeczna, praca), a posiadane środki umożliwiały im korzystanie z profesjonalnego leczenia. W razie wybuchu epidemii wielu członków warstw uprzywilejowanych mogło ratować się ucieczką do swoich posiadłości znajdujących się poza obszarem epidemii lub też na dłuższy czas zamknąć się w posiadłościach leżących na obszarze epidemicznym. Nie kontaktowali się jednak wówczas z otoczeniem i korzystali ze zgromadzonych wcześniej zapasów i źródeł wody. W XIII w. konstytucje medyczne cesarza Fryderyka Barbarossy zapewniły przedstawicielom europejskich warstw uprzywilejowanych bezpieczeństwo diagnostyki i terapii, wprowadzając obowiązek uzyskiwania przez lekarzy dyplomów potwierdzających ich kwalifikacje. Leczenie członków warstw ubogich pozostawiono jednak bez jakiegokolwiek państwowego nadzoru. Aż do XVIII w. władze państw europejskich nie angażowały się w żaden sposób w organizację stale funkcjonującego systemu zabezpieczeń epidemicznych, wyrażając jedynie zgodę na organizację i działanie miejskich systemów tego typu. W prowadzonych przeze mnie badaniach kładłam nacisk na analizę czynników hamujących podejmowanie prac nad stworzeniem efektywnej ochrony przeciwepidemicznej. Badałam zarazem uwarunkowania, które doprowadziły do zmiany tego stanu rzeczy. Wykazałam, że zmiana ta miała uwarunkowania zewnętrzne wobec standardu medycyny i była wynikiem przemian społecznych i światopoglądowych (Płonka-Syroka 2015f; 2018d). Dopiero w 2. połowie XVIII w. władze niektórych państw europejskich (Austria, Prusy) uznały za priorytet zwiększenie dostępu ludności do profesjonalnej medycyny, co miało umożliwić realną kontrolę epidemii w skali państwa, mimo że lekarze rozpoznali ten problem wcześniej i przedstawiali różne metody jego potencjalnego rozwiązania (Płonka-Syroka 2016d). Uznanie zgodnie z doktryną populacjonizmu liczebności populacji za jedną

z przesłanek określających siłę państwa, podobnie jak wydolności ekonomicznej jego obywateli (kameralizm), stało się podstawą tworzenia inicjowanych przez władze państwowe kolegiów eksperckich złożonych z lekarzy. Miały one na celu określenie możliwości poprawy efektywności leczenia, a przede wszystkim ograniczenie zagrożenia epidemicznego w całej populacji. Władze państwowe wspierały także rozwój wyższego szkolnictwa medycznego i oparcie programów nauczania lekarzy na zmodernizowanych podstawach (Płonka-Syroka 2016h; 2018a). Wprowadzenie tych zmian miało stać się podstawą stworzenia efektywnych systemów medycyny publicznej, ukierunkowanych nie tylko na zwalczanie epidemii, które już wystąpiły, lecz także na zapobieganie ich wystąpieniu. W związku z tym władze wspierały, a często także finansowały, publikowanie poradników medycznych popularyzujących zasady prozdrowotnego stylu życia, racjonalnej diety, higieny osobistej itp. Wydawały też zarządzenia dotyczące higieny komunalnej, obejmujące m.in. nadzór sanitarny nad mieszkańcami najuboższych dzielnic i wsi. Badania kliniczne prowadzone w Europie w latach 1750–1850 nawiązywały do odmiennych teorii medycznych, co było wypadkową nie tylko różnic w ówczesnym standardzie medycyny w tych krajach (Płonka-Syroka 2015d), lecz także występujących między nimi różnic ustrojowych, ich sytuacji budżetowej, różnic religijnych i światopoglądowych (Płonka-Syroka i Syroka 2003). Wspólny był jednak ich zasadniczy cel, jakim było dążenie władz państwowych do wzrostu efektywności medycyny. Sposoby realizacji tego celu bywały jednak różne, dostosowane do lokalnych tradycji kulturowych i sytuacji ekonomicznej danego państwa. Od końca XVIII w. do chwili obecnej występują w zakresie poziomu ochrony przeciwepidemicznej znaczące różnice między państwami świata. Nie są one jednak rezultatem odmiennego definiowania zagrożeń epidemicznych przez lekarzy, którzy pracują we wszystkich krajach w tym samym standardzie określonym przez WHO, ale wynikają z przesłanek społecznych. Poziom ochrony przeciwepidemicznej jest zależny od tego, w jaki sposób władze danego państwa definiują zagrożenie epidemiczne jako problem wymagający rozwiązania, jak usiłują go rozwiązać, jakie środki przeznaczają na ten cel (Płonka-Syroka i Srogosz 2005; Płonka-Syroka 2017e). Czynniki społeczne wywierają także wpływ na dokonujące się od końca XVIII w. w medycynie zmiany w relacjach lekarz–pacjent. Są one zależne nie tylko od wzrastającego poziomu wiedzy medycznej, lecz także od regulacji prawnych dotyczących uprawnień lekarzy (Płonka-Syroka 2005b). Zmienia się także – wraz z tworzeniem przez państwo systemów medycyny publicznej – stosunek mieszkańców do działalności charytatywnej i prywatnej jałmużny (Płonka-Syroka i Syroka 2007). Akceptacja dla prywatnych darowizn na ten cel radykalnie się zmniejsza, wzrasta natomiast zgoda na redystrybucję części dochodów państwa uzyski-

wanych z podatków powszechnych na tworzenie i funkcjonowanie systemu medycyny publicznej dostępnego dla wszystkich. Zmiana ta współgrała z upowszechnieniem się w świadomości społecznej standardu bakteriologii i uświadomieniem sobie przez członków warstw uprzywilejowanych skali zagrożenia chorobami zakaźnymi, których rezerwuarem są ubodzy. W XIX w. zmienia się także stosunek do samej idei zapobiegania chorobom zakaźnym – akceptowanej przez zdecydowaną większość lekarzy, a początkowo niedocenianej przez wiele rządów i budzącej obawy fundamentalistów religijnych. Od początku XIX w. upowszechniają się w Europie Zachodniej szczepienia przeciw ospie, które okazują się skutecznym remedium przeciw epidemiom tej choroby (Adamowicz i Płonka-Syroka 2018). Jest to pierwsza praktyka profilaktyczna, o której stosowaniu decydowały już nie różnice socjalne między obywatelami danego kraju, ale obywatelstwo państwa posiadającego na swoim terytorium system medycyny publicznej (albo nie).

Innym przykładem wpływu czynników kulturowych na kształtowanie się sytuacji problemowej medycyny jest kwestia antykoncepcji, to jest ograniczenia liczby urodzeń i umożliwienia uzyskania indywidualnej kontroli nad dzietnością. Dopóki nieograniczoną rozrodczość kobiet uznawano za normę kulturową odpowiadającą obowiązkom ich płci, którą należało podtrzymywać ze względu na interes populacji, nie prowadzono żadnych badań nad zmniejszeniem liczby dzieci wydawanych na świat przez kobiety w wieku rozrodczym zarówno w rodzinie, jak i poza małżeństwem. Działo się tak mimo dokładnie rozpoznanych od końca XVIII w. przez lekarzy zagrożeń zdrowia i życia kobiet będących skutkiem nadmiernej dzietności. Moraliści jako jedyny dostępny kobietom środek ograniczający możliwość zajścia w kolejną ciążę dopuszczali seksualną wstrzemięźliwość, ale tylko za zgodą męża, którego prawo do wypełniania obowiązków małżeńskich przez żonę nie było przez nich kwestionowane. Godzili się (jako remedium na wielodzietność żon) na niewierność mężów i korzystanie przez nich z usług prostytutek, traktując to jako mniejsze zło niż stosowanie przez żony jakichś form antykoncepcji. Zmiany w stosunku do planowania urodzin przez kobiety z warstwy średniej i wyższej zaczęły się dopiero w ostatnich dekadach XIX stulecia, wraz z trwałą recepcją w medycynie klinicznej standardu bakteriologii. Świadomość możliwości zakażenia się w kontakcie z prostytutką chorobą weneryczną, a następnie zarażenia żony i możliwego spowodowania kiły wrodzonej u dzieci stały się ważnymi przesłankami krytyki podwójnej moralności. Warunkiem powrotu mężów do domu stało się zapewnienie bezpieczeństwa współżycia seksualnego dla ich małżonek, to jest zgoda na ograniczenie liczby dzieci i związanego z częstymi porodami ryzyka. Do postawienia kwestii planowania rodziny jako problemu wymagającego rozwiązania przyczyniły się także inne ważne względy społeczne, które omawiam wraz

z innymi autorami (Płonka-Syroka *et al.* 2012). Ograniczenie przez względy kulturowe i światopoglądowe możliwości prowadzenia badań nad antykoncepcją w europejskich i amerykańskich państwowych instytucjach naukowych skłoniło do sfinansowania tych badań instytucje prywatne, które następnie angażowały się (już po uzyskaniu skutecznych środków hormonalnej kontroli urodzeń) we wprowadzenie zmian legislacyjnych umożliwiających ich legalną sprzedaż. Instytucje te angażowały się również w kreowanie popytu na produkowane przez przemysł farmaceutyczny środki antykoncepcyjne, inspirując i podtrzymując podjęcie debaty publicznej nad prawem kobiet do ograniczenia dzietności. Problemy związane z wyżej sygnalizowanymi kwestiami zostały omówione w monografiach zbiorowych ujętych w seriach *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu* (Płonka-Syroka i Szlagowska 2013) oraz *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet* (Płonka-Syroka i Szlagowska 2018). W wyniku badań nad różnymi dyskursami reprodukcyjnymi ustalono, że ich ramy nie zostały ustanowione przez klinicystów, dysponujących odpowiednią wiedzą na temat antykoncepcji hormonalnej i możliwości jej stosowania (a także ograniczeń w jej stosowaniu), ale przez podmioty społeczne reprezentujące szeroki wachlarz poglądów (od skrajnie pronatalistycznych, przez umiarkowane, po antynatalistyczne). W poszczególnych dyskursach profesjonalna argumentacja medyczna poddawana była reinterpretacji podporządkowywanej ogólnym założeniom każdego z nich. Argumenty kliniczne i farmakologiczne były w tych dyskursach wyolbrzymiane lub minimalizowane, a standard kliniczny nie był w nich traktowany jako autonomiczny. Był przedstawiany jako wymagający uzupełnień, dla których punktem odniesienia były normy i wzorce kulturowe o innej genezie i innych sposobach uzasadniania swojego istnienia i funkcjonowania niż medycyna kliniczna.

Ważnym obszarem tematycznym badań prowadzonych w standardzie antropologii wiedzy jest kwestia tzw. medycyny alternatywnej. Podjęto próby zdefiniowania tego pojęcia w odniesieniu do medycyny klinicznej (Płonka-Syroka 2011) i uwarunkowań kształtowania się tego standardu w Europie (Płonka-Syroka 2016a). Medycyna alternatywna jest tu definiowana jako próba stworzenia konkurencyjnego standardu teoretycznego i praktycznego wobec tego, który w latach 1750–1850 uznawany był za dominujący w większości krajów europejskich. Podjęłam badania nad dwiema doktrynami medycznymi charakterystycznymi dla europejskiego standardu medycyny alternatywnej: mesmeryzmem (Płonka-Syroka 1999c; 2017a) i homeopatią (Płonka-Syroka 1998b; 2001b), których twórcami byli absolwenci Uniwersytetu Wiedeńskiego, pragnący wnieść swój wkład do kształtowania standardu klinicznego w Europie. Zarówno oni, jak i ich zwolennicy uznawali swoje poglądy za przynależne do akademickiej wspólnoty intelektualnej, tyle że niezgodne z jej aktualnym standardem i meto-

dologią. Próbowali podważyć ów standard i doprowadzić do uprawomocnienia w europejskim środowisku akademickim proponowanej przez siebie metodologii. Dopiero kiedy próby te zawiodły, przystąpili do tworzenia systemu nauki alternatywnej, tworząc w tym celu instytucje wzorowane na akademickich: czasopisma, towarzystwa naukowe, grupy zwolenników sponsorujących badania itp. Ostatecznym efektem tych działań było wydanie w 1. połowie XIX w. przez większość państw europejskich zakazu praktykowania mesmeryzmu i homeopatii przez lekarzy legalnie praktykujących w danym państwie i przejście zwolenników tych doktryn do obszaru paranauki⁶. W przytoczonych publikacjach analizowane są również podmiotowe aspekty działalności twórców tych doktryn oraz ich zwolenników. Wybija się pośród nich materialny niedostatek i chęć szybkiego uzyskania awansu społecznego, związanego z wykonywaniem praktyki popularyzowanej wśród pacjentów. Wobec negatywnej oceny doktryn medycznych przez środowisko akademickie to pacjenci i laicy stają się głównym punktem odniesienia dla ich twórców. Zwracam także uwagę, że uzyskanie możliwości awansu społecznego przez lekarzy, którzy przez jakiś czas należeli do zwolenników alternatywnych doktryn medycznych, w związku z uzyskaniem przez nich możliwości wykonywania zawodu bez naruszania podstaw standardu klinicznego, w którym uzyskali wykształcenie, skłaniało ich do porzucania alternatywnej perspektywy poznawczej i związanych z nią praktyk. Jak się wydaje, o chwilowej akceptacji standardu medycyny alternatywnej decydowały więc raczej względy socjalne niż naukowe.

W badaniach nad kształtowaniem się świadomości społecznej w dziedzinie zdrowia i dla analizy jej współczesnego stanu istotne znaczenie mają uwarunkowania historyczne. Podjęłam z tego powodu wraz z zespołem analizę wybranych przykładów recepcji standardu medycyny klinicznej w świadomości potocznej w XIX (Płonka-Syroka 2015c) i XX w. (Płonka-Syroka 2017c). Recepcja ta często miała charakter paradoksalny ze względu na ograniczone możliwości przyswojenia popularyzowanych treści przez ich odbiorców i uznawanie przez nich za wiarygodne struktur poznawczych o rodowodzie odmiennym niż kliniczny (Płonka-Syroka 2016f). Recepcja standardu klinicznego bywała także blokowana przez inne czynniki społeczne, takie jak np. dysfunkcjonalność

⁶ Homeopatia jest jednak obecnie uznana za jedną z metod dopuszczonych do legalnego obrotu aptecznego, podobnie jak wykonywanie praktyki homeopatycznej przez lekarzy. Wiąże się to zarówno ze zmianami w standardzie homeopatii, która różni się od jej wersji stworzonej w początkach XIX w., jak i z uznaniem przez ustawodawców, że jej działanie jest oparte na efekcie placebo. Może więc być w niektórych przypadkach korzystne dla pacjentów. Takie samo jest stanowisko współczesnych władz państw europejskich wobec bioenergoterapii. Szerzej podejmuję te problemy w ujętych w bibliografii publikacjach.

polskiego współczesnego systemu medycyny publicznej (Płonka-Syroka 2018g) która utrudnia pacjentom dostęp do leczenia prowadzonego w standardzie klinicznym. Uruchamiało to niegdyś i uruchamia obecnie praktyki samolecznicze („radzenie sobie z chorobą”), których treść wypełniają: tradycja rodzinna o ludowym rodowodzie, współczesna paramedycyna (upowszechniana np. w Internecie) albo praktyki oparte na autodiagnozie. Łączą one dość dowolnie elementy standardu klinicznego, spajane przez pacjenta w sposób intuicyjny ze stosowaniem leków aptecznych dostępnych bez recepty. Badania nad historią praktyk samoleczniczych na ziemiach polskich przed 1918 r. i w Polsce niepodległej stanowią ważny punkt odniesienia dla analiz sposobów „radzenia sobie z chorobą” przez współczesnych polskich pacjentów. Umożliwiają ukazanie w kontekście historycznym i społecznym pewnych sposobów doświadczania choroby przez pacjentów i ich rodziny, co może być podstawą do konstruowania bardziej dostosowanych do ich perspektywy poznawczej programów edukacyjnych, programów wsparcia społecznego itp. (Płonka-Syroka i Skrzypek 2010; Płonka-Syroka 2016g; Płonka-Syroka, Wójcik i Syroka 2017).

Historia medycyny inspirowana antropologią kulturową może być także punktem odniesienia dla współcześnie prowadzonych badań społecznych nad praktykami żywieniowymi. Podjęłam wraz z zespołem badania w tym zakresie, ujęte w serii *Historia diety i kultury odżywiania* (Płonka-Syroka i Syroka 2018b)⁷. Ich wyniki umożliwiają refleksję nad zmiennością zaleceń dietetycznych określanych przez lekarzy jako prozdrowotne, optymalne dla danej grupy wiekowej, pracowniczej oraz płci. Analiza tych zaleceń z uwzględnieniem aspektów kulturowych pozwala stwierdzić, że zalecenia dietetyczne propagowane przez lekarzy jako prozdrowotne wpisywały się w nurt legalizacji i naturalizacji istniejących podziałów społecznych. Legitymowały nierówności społeczne występujące ze względu na pochodzenie, przynależność warstwową, wiek i płeć. Nie doszło (na podobieństwo koncepcji „praw reprodukcyjnych kobiet”) do sformułowania koncepcji „praw żywieniowych człowieka” obowiązujących we wszystkich społeczeństwach i kulturach, pomimo że medycyna kliniczna określiła pewne normy w tym zakresie („piramida zdrowego odżywiania”). Zapewnienie dostępu do zdrowej żywności i wody oraz niezbędnych do zachowania prawidłowego stanu zdrowia produktów (jakościowe i ilościowe) jest przedmiotem priorytetowej uwagi władz państw rozwiniętych gospodarczo, posiadających sprawnie funkcjonujące systemy medycyny publicznej. W tym samym czasie w wielu państwach zagadnienia te nie są traktowane priorytetowo, a jeszcze w innych nie poświęca się im żadnej uwagi. O zróżnicowaniu dostępu

⁷ Badania będą kontynuowane w latach następnych. Tom 2 serii ukaże się w 2019 r.

ludności do zdrowej diety decydują więc względy nie medyczne, ale społeczne. Prowadząc badania w tym obszarze tematycznym, historyk medycyny musi zatem uwzględniać nie tylko osiągnięcia dietetyki i bromatologii, lecz także poddawać analizie zagadnienia charakterystyczne dla ekonomii i antropologii kulturowej, podobnie jak występujące w tych dyscyplinach pojęcia i kategorie analityczne.

Ważnym aspektem badań nad historią praktyk terapeutycznych są badania nad historią lecznictwa uzdrowiskowego oraz (szerzej) nad historią kultury uzdrowiskowej w Europie⁸ (Płonka-Syroka i Kaźmierczak 2012; Płonka-Syroka 2013; 2013b). Ten obszar badawczy umożliwia wiele kierunków eksploracji, począwszy od historii medycyny, przez historię społeczną i gospodarczą, po historię kultury. W ten sposób teoria i praktyka medyczna została wpisana w szeroki kontekst odniesień zewnętrznaukowych, umożliwiając zbadanie oferty terapeutycznej kierowanej do pacjentów i ich rodzin wspólnie ze stworzonym w celu zrealizowania tej oferty modelem infrastruktury. Analizom poddane zostały różne podmiotowe perspektywy związane z przebywaniem w uzdrowisku: lekarzy, inwestorów uzdrowiskowych, przedstawicieli władz lokalnych i państwowych, pacjentów, ich rodzin oraz osób przybywających do uzdrowisk w celach towarzyskich (Płonka-Syroka 2014d; 2016i; 2017b; 2017d; Płonka-Syroka i Syroka 2017; Płonka-Syroka *et al.* 2018). Przykładem analiz kładących szczególny nacisk na aspekty związane z podmiotowością pacjenta mogą być artykuły omawiające zróżnicowane możliwości obecności osób niepełnosprawnych i starszych w przestrzeni publicznej. Jeżeli przestrzeń ta jest zlokalizowana na terenie uzdrowisk lub w ich pobliżu, osoby niepełnosprawne i starsze są przedmiotem ukierunkowanej opieki i troski o ich samopoczucie, zarówno fizyczne i psychiczne, jak i społeczne (Płonka-Syroka 2018e). Poza tymi wyróżnionymi obszarami stają często w obliczu barier uniemożliwiających korzystanie z przestrzeni publicznej w satysfakcjonujący dla siebie sposób (Płonka-Syroka 2018f). Przez wielu organizatorów masowych pobytów turystycznych potrzeby tej grupy osób nie są uznawane za istotne, a podejmowanie jakichkolwiek prób ich zaspokajania nie jest uznawane ani za naturalne, ani za konieczne. Na tym przykładzie obserwujemy „dyskurs wykluczenia” osób niepełnosprawnych i starszych, których obecność w przestrzeni publicznej nie jest postrzegana jako wartość, oraz – dla porównania – „dyskurs inkluzji” tych samych grup podmiotów w społeczeństwach o wyższej społecznej kulturze. Społeczeństwa te nie ograniczają obecności osób starych i chorych do ich domów, szpitali lub uzdro-

⁸ Wyniki badań zespołowych nad tą tematyką są publikowane w serii *Kultura uzdrowiskowa w Europie*, w której ukazało się dotąd 10 tomów, a tom 11 jest w przygotowaniu. Seria będzie kontynuowana w latach następnych.

wisk, lecz organizują wspólną przestrzeń publiczną w taki sposób, aby osoby o ograniczonym stopniu sprawności mogły realizować w niej własne preferencje kulturowe i przejawiać wspólnie z osobami zdrowymi różne rodzaje aktywności.

Wpływ elementów społeczno-kulturowych możemy także rozpatrywać w badaniach nad kształtowaniem się standardu wiedzy medycznej, ujmowanym jako wypadkowa podmiotowych wyborów dokonywanych przez uczonych w odpowiedzi na określaną przez nich sytuację problemową. Inspiruje ona lekarzy do podejmowania badań mających doprowadzić do rozwiązania niektórych problemów uznawanych przez nich za szczególnie istotne. Jest to wyraz szerszych tendencji teoretycznych obowiązujących w społeczności naukowej, w której ci lekarze żyją i z którą się identyfikują, a także uwarunkowań zewnątrz-naukowych określających możliwości ich działania i wyznaczających ich niemożliwe (lub przynajmniej trudne) do przekroczenia granice. W tym obszarze tematycznym podejmowałam badania nad kształtowaniem się świadomości i poglądów pojedynczych uczonych, uwzględniając nie tylko ich afiliacje do poszczególnych szkół naukowych czy szerszych tradycji teoretycznych, lecz także czynniki należące do osobistej biografii. Badaniem objęłam uczonych i grupy uczonych (społeczności naukowe) w ich wzajemnych relacjach oraz w relacjach z otaczającym środowiskiem zewnętrznym, konstytuowanym przez czynniki kulturowe, polityczne, religijne, światopoglądowe, instytucjonalne, prywatne itp. Do indywidualnych badań biograficznych wybrałam grupę lekarzy o uznanym dorobku naukowym i ugruntowanych aspiracjach naukowych i akademickich, w których doświadczeniu życiowym istotnym elementem okazała się wojna. Przedmiotem mojej analizy były ich reakcje na nią, jak również ich relacje ze środowiskiem naukowym przed jej wybuchem, w jej trakcie i po jej zakończeniu. Badałam m.in. biografię: Ludwika Flecka (Płonka-Syroka 2004; 2010c; 2016b), Ludwika Hirszfelda (Płonka-Syroka 2015g), Hanny Hirszfeld (Płonka-Syroka 2014a), Henryka Makowera (Płonka-Syroka 2000), Noemi Makower (Płonka-Syroka 2000a; 2014a) i Israela Milejkowskiego (Płonka-Syroka 2002a). Analiza ich biografii wykazała, że mimo tragicznych przeżyć wojennych zasadnicza oś orientacyjna ich biografii – prowadzenie działalności naukowej – została utrzymana w trakcie II wojny światowej i po jej zakończeniu. Po 1945 r. lekarze ci osiągnęli najbardziej znaczące rezultaty poznawcze i praktyczne. Israel Milejkowski nie zdołał przeżyć wojny, jednak zaplanował i przeprowadził w warszawskim getcie badania naukowe nad chorobą głodową, które nadały sens jego wojennej egzystencji i zachowały dużą wartość naukową po śmierci ich autora. Podałam także analizie relacje wspomnianych uczonych do społeczności naukowej w ośrodkach, w których praktykowali, poddając refleksji ich świadomość naukową, kształtowanie się indywidualnej tożsamości jako uczonych itp. Badałam również proces kształtowania się społeczności naukowej

jako zbiorowości o pewnych charakterystycznych lokalnych cechach świadomości i wyrazistym poczuciu tożsamości grupowej. Analizy objęły np: środowisko polskich lekarzy klinicznych w latach 1797–1848 (Płonka-Syroka 1999b, 370–393; 2014c), środowisko niemieckich psychiatrów klinicznych z XIX w. (Płonka-Syroka 2002c), środowisko niemieckich klinicystów – zwolenników romantycznego standardu medycyny (Płonka-Syroka 2008c), środowisko niemieckich historyków medycyny XIX i XX w. (Płonka-Syroka 2016e), środowisko polskich historyków medycyny w XIX w. (Płonka-Syroka 2008c), środowisko polskich lekarzy klinicznych z lat 1797–1848 w jego relacji do niemieckiego romantycznego standardu medycyny (Płonka-Syroka 2015b), środowisko europejskich parazytologów z XIX i początków XX w. (Lonc i Płonka-Syroka 2007), środowisko parazytologów polskich z lat 1945–2000 (Lonc i Płonka-Syroka 2004) oraz środowisko wrocławskich stomatologów akademickich z lat 1945–1989 (Płonka-Syroka 2007c). W każdym z analizowanych przypadków na kształtowanie się tożsamości grupowej wpływ wywierały nie tylko czynniki wewnątrznaukowe, lecz także zewnątrznaukowe. Te same elementy konstytuujące tożsamość grupową społeczności naukowej występowały w badanych grupach tworzonych odgórnie w celu rozwiązania istotnych problemów medycznych. Jednym z nich było stworzenie po 1945 r. polskiego systemu medycyny publicznej na Dolnym Śląsku (Płonka-Syroka 2013c; Gościński *et al.* 2015; Lonc *et al.* 2017). Grupy lekarzy współpracujące przy tworzeniu tego systemu nie tylko wykazywały aprobatę dla określonego sposobu postrzegania sytuacji problemowej (dostrzegając poważne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego polskiej populacji związane z niekontrolowanym rozprzestrzenianiem się epidemii chorób zakaźnych), lecz także wyprowadzały z tego konsekwencje o charakterze biograficzno-społecznym (przedkładając zaangażowanie na rzecz tworzenia systemu medycyny publicznej, umożliwiającego skuteczną walkę z epidemiami, nad aktywną działalność opozycyjną lub powstrzymywanie się od jakichkolwiek form współpracy z władzami PRL). Czynne uczestnictwo w badaniach nad zagrożeniem epidemicznym i tworzeniem systemu medycyny publicznej nie było równoznaczne z bezwarunkową akceptacją warunków polityczno-ustrojowych PRL.

Interesującym obszarem badań zespołowych prowadzonych w standardzie antropologii wiedzy są badania nad teorią i praktyką leczenia w Azji i Afryce (Płonka-Syroka i Braun 2015; Płonka-Syroka *et al.* 2017). Ważną kwestią są w tych badaniach odniesienia teorii i praktyki medycznej w krajach islamskich do dwóch tradycji medycznych o europejskim rodowodzie: standardu starożytnej medycyny grecko-rzymskiej i standardu XIX-wiecznej i współczesnej medycyny klinicznej. Pierwszy z nich został przez medycynę islamską przyswojony od VII do X w. n.e., a następnie był przez nią rozwijany i uzupełniany. Jego

podstawa teoretyczna – patologia humoralna – nie uległa jednak do końca XVIII w. zasadniczym zmianom. Drugi z tych standardów był wprowadzany w krajach islamskich stopniowo, począwszy od lat 30. XIX w. Już w latach 40. tego stulecia stał się podstawą nauczania na państwowych uniwersytetach w Imperium Osmańskim. W innych krajach tego obszaru kulturowego recepcja europejskiego standardu klinicznego następowała dopiero w XX w. Ze względu na różnice między islamem a grecko-rzymską religią bogów olimpijskich, a następnie między islamem a chrześcijaństwem konieczne było wyznaczenie ram recepcji europejskiej tradycji medycznej w leczeniu muzułmańskim. W przytoczonych powyżej badaniach zespołowych ukazane zostało napięcie epistemologiczne między tymi standardami, jego konsekwencje praktyczne i próby zażegnania rodzących się na styku kultur problemów teoretycznych i praktycznych. Recepcja europejskiego standardu medycyny w medycynie islamskiej wymagała dokonania jego translacji. W kulturze przyjmującej obce wzorce medyczne przyswojone zostały w niezmienionej formie tylko te treści, które dało się pogodzić z obowiązującym w niej systemem norm i wartości. Pozostałe zostały poddane reinterpretacjom, wynikającym nie tylko z islamu, lecz także z rodzimych wzorców postrzegania świata.

WNIOSKI

Na podstawie przedstawionych powyżej przykładów zastosowania standardu antropologii wiedzy do badań nad historią medycyny można postawić następujące wnioski:

1. Przyjęcie założenia o trwałej obecności elementów kulturowych w strukturze wiedzy medycznej umożliwia sprecyzowanie heurystyki, w której celem badań nie jest dokonanie dekonstrukcji owej wiedzy ukierunkowanej na ukazanie ich wpływu, definiowanego z góry jako zaburzający poznanie naukowe. Uznanie czynników społeczno-kulturowych za ważne w ustanawianiu sytuacji problemowej medycyny, a pozostających poza środowiskiem lekarskim podmiotów (instytucjonalnych i indywidualnych) za uczestniczące w wyznaczaniu ram konkurujących z sobą dyskursów medycznych wiąże się z dążeniem do wypracowania metod opisu wykraczających poza tradycyjny standard naukownawstwa, separujący naukę od innych form świadomości, a środowisko uczonych od innych środowisk społecznych. O ile separacja ta może być (choć z pewnymi zastrzeżeniami) uznana za zasadną w badaniach historii nauk podstawowych, takich jak np.: matematyka, fizyka czy chemia, o tyle w odniesieniu do medycyny nie znajduje uzasadnienia. Medycyna wkracza bowiem ze względu na swój przedmiot badań, jakim jest człowiek, w obszar wpływów wielu innych dyskursów niż medyczny. Ustanawianie dla badań nad dziejami medycyny

heurystyk uwzględniających wyłącznie logiczne kryteria jej rozwoju, koncentrujących się wyłącznie na kontekście uzasadniania i pomijających badania nad kontekstem odkrycia oraz ignorujących wpływ czynników zewnątrznaukowych na treść teorii i doktryn medycznych, prowadzi do ograniczenia pola badań, czego skutkiem jest niepełna rekonstrukcja przeszłości, w której unika się podejmowania pewnych tematów, z góry uznając je za nieistotne. Badania nad historią medycyny prowadzone w standardzie antropologii wiedzy unikają tego rodzaju zagrożeń, nie przyjmując tego rodzaju apriorycznych ograniczeń.

2. Badania nad teoriami i doktrynami medycznymi prowadzone w standardzie antropologii wiedzy zmierzają do wydobywania elementów, które przez ich twórców i zwolenników były uznawane za faktyczne i obserwacyjne oraz poddawane interpretacjom. Historyk medycyny ma możliwość podjęcia refleksji nad zmianami pojęcia rzeczywistości, do którego odnosi się wiedza medyczna na różnych historycznych etapach jej rozwoju, a także nad zmianami w ich interpretacjach. Celem badań jest zamiar odtworzenia treści teorii i doktryn medycznych w taki sposób, by opisać uwarunkowania postępującej somatyzacji wiedzy medycznej i eliminowania ze struktury wiedzy medycznej kolejnych elementów pozasomatycznych, które niegdyś uznawano za wywierające realny i istotny wpływ na ludzki organizm (np. magia medyczna, astrologia).

3. W badaniach nad kształtowaniem się sytuacji problemowej medycyny historyk posługujący się metodami antropologii wiedzy uznaje, że uczestniczą w tym procesie nie tylko lekarze, lecz także inne podmioty społeczne. Tego rodzaju ujęcie ukierunkowuje badania w stronę poszukiwań zbieżności (lub rozbieżności) w perspektywach poznawczych lekarzy i przedstawicieli różnych ośrodków władzy lub środowisk opiniotwórczych. Analiza zbieżności (lub rozbieżności) w dyskursach nawiązujących do różnych podmiotowych perspektyw poznawczych umożliwia wyprowadzenie wniosków dotyczących przebiegu procesów modernizacyjnych w medycynie. Niektóre sytuacje problemowe spośród możliwych do stworzenia przez lekarzy (na podstawie elementów uznawanych przez nich za faktyczne i obserwacyjne) nie mogły się bowiem ukonstytuować i rozwinąć. Były bowiem blokowane przez instytucjonalne podmioty spoza środowiska lekarskiego. Występowały także sytuacje odwrotne, gdy podmioty instytucjonalne zewnętrzne wobec środowiska lekarskiego usiływały mu narzucić ramy epistemologiczne mające tworzyć podstawy do sprecyzowania sytuacji problemowej w określony sposób⁹.

⁹ Przykładem może być tu genetyka w krajach pozostających po II wojnie światowej w radzieckim obszarze wpływów politycznych, w których ingerencja władz prowadziła do ustanawiania ram dyskursu pozostającego w sprzeczności z ówczesnym standardem genetyki światowej. Ustanie w 1956 r. nacisków politycznych na środowisko genetyków polskich

4. Za pomocą metod antropologii wiedzy historyk medycyny może badać i opisywać proces kształtowania się grupowych form świadomości lekarzy. Uznając, że akceptowane przez nich strategie poznawcze są wyrazem ich indywidualnych podmiotowych wyborów, poszukuje ich uzasadnień nie tylko wśród czynników związanych z obszarem nauki, lecz także analizuje inne poziomy ich uczestnictwa w strukturze społecznej. Obok czynników opisywanych przez tradycyjne naukoznawstwo (takich jak akceptacja treści danej teorii czy doktryny medycznej ze względów logicznych albo ze względu na potencjalną efektywność praktyki lekarskiej) może również uwzględnić inne czynniki skłaniające lekarzy do akceptacji standardu pewnej szkoły medycznej i popularyzowania go wśród następców i pacjentów. Wiele tych czynników wykracza poza standard wiedzy medycznej, toteż proces kształtowania się świadomości grupowej lekarzy powinien być analizowany także z uwzględnieniem metod badawczych i wyników badań nauk społecznych.

5. Wprowadzając do swojej praktyki badawczej niektóre kategorie czerpane ze standardu antropologii kulturowej historyk medycyny zmienia podstawy perspektywy tworzącej zasadniczą oś narracji historycznej. Zamiast badań standardu tzw. naukowej medycyny w otaczającym go kontekście kulturowym i społecznym, przedmiotem swoich badań czyni szerszy niż naukowa medycyna zespół poglądów teoretycznych oraz praktyk związanych z ludzką cielesnością, jej niedomaganiem, próbami zapobiegania chorobom oraz ich leczenia. Medycyna jest w tym ujęciu już tylko jednym ze sposobów „radzenia sobie z chorobą” w danej społeczności, a charakterystyczny dla lekarzy sposób określania sytuacji problemowej jest tylko jednym z możliwych. Historyk medycyny może w związku z tym badać kwestie związane ze zdrowiem i chorobą, ujmując je z punktu widzenia różnych podmiotów społecznych, konfrontując ze sobą występujące w nich perspektywy i ich praktyczne skutki.

6. Historiografia medycyny zorientowana antropologicznie może badać procesy wiedzotwórcze w szerszy sposób niż w dotychczasowym standardzie naukoznawstwa. Może bowiem poszerzać swoje pole badań o obszary niebudzące dotąd szerszego zainteresowania lub postrzegane przez historyków medycyny jako marginalne. Zarówno w badaniach nad biografiami pojedynczych uczonych, jak i nad tworzeniem się standardu szkół naukowych czy grup o wyrazistej tożsamości środowiskowej może poszukiwać czynników wykraczających poza treści należące do obszaru nauki, wykazujące natomiast wyraźne komponenty społeczne.

doprowadziło w ciągu kilku miesięcy do zmiany sytuacji problemowej w tej dziedzinie nauki, która tworzyła się już w nawiązaniu do ówczesnego światowego standardu.

7. Za wartość wprowadzenia metod antropologicznie zorientowanej historiografii do badań nad historią medycyny uznaję nowe sprecyzowanie pytania o genezę i przebieg zmian teoretycznych i praktycznych w dziedzinie leczenia zachodzących w konkretnych społecznościach, epokach i kulturach. Nowa heurystyka uwzględnia zarówno nowe pytania, jak i nowe źródła umożliwiające udzielenie na te pytania odpowiedzi. W związku z tym, że przedmiotem badań historiografii medycyny nie jest już wyłącznie medycyna (zarówno w jej teoretycznym i praktycznym, jak i biograficznym aspekcie), ale praktyki zdrowotne występujące w badanej społeczności, z których profesjonalna praktyka medyczna jest tylko jedną z nich, historiografia uwzględnia znacznie szerszy niż dawniej zakres źródeł. Nowa historia medycyny jest bowiem pisana już nie wyłącznie z punktu widzenia lekarzy, lecz także z punktu widzenia pacjentów i innych podmiotów społecznych wypowiadających się w źródłach w kwestiach związanych ze zdrowiem. Tego rodzaju ujęcie różni się od występującego w niemieckich szkołach badań kulturowych z lat 30. XX w., w których badano medycynę w kontekście społecznym. Antropologicznie zorientowana praktyka badawcza bada historycznie kształtujące się sposoby „radzenia sobie z chorobą”. Profesjonalny dyskurs medyczny jest w tym ujęciu tylko jednym z nich. Inspiruje to badania zarówno nad recepcją profesjonalnego standardu medycyny w świadomości potocznej czy różnicami w postrzeganiu sytuacji problemowej przez lekarzy i polityków, jak i nad recepcją różnych przejawów świadomości potocznej i związanych z nimi praktyk leczniczych w medycynie określanej jako naukowa.

8. Antropologicznie zorientowana historiografia medycyny wprowadza jako prawomocny problem badawczy naukoznawstwa kwestię tzw. ślepych uliczek w historii medycyny, to jest odkryć, faktów i interpretacji, które nie wytrzymały próby czasu i zostały przez społeczność naukową odrzucone. Heurystyka tworząca podstawy narracji historycznej tego rodzaju badań opiera się na pojęciu subiektywnej racjonalności. Daje ona pewnej grupie uczonych podstawę do uznania dokonanego przez indywidualnego uczonego odkrycia za oparte na faktach, opracowanej na jego podstawie interpretacji za realistyczną, a wyrowadzanej z niej praktyki leczniczej za efektywną. Historyk medycyny może zbadać przesłanki tego rodzaju wyboru, następnie uwarunkowania pojawiania się argumentów krytycznych względem analizowanej koncepcji, a ostatecznie czynników prowadzących do jej wyeliminowania ze standardu akademickiego. Jeżeli tego rodzaju koncepcja zyskała także zainteresowanie środowisk pozaakademickich, historyk może badać uwarunkowania tego procesu. Celem badań jest tu analiza procesów wiedzotwórczych pod kątem ukazania uwarunkowań pozytywnej, a następnie negatywnej oceny danej koncepcji w środowisku akademickim oraz wskazanie czynników i argumentów, które wywarły wpływ na tę zmianę.

9. Analiza dziejów medycyny z uwzględnieniem metod antropologii wiedzy nie powinna odżegnywać się od wykorzystywania w praktyce badawczej historyka współczesnego mu oglądu świata, ukształtowanego na podstawie aktualnego standardu wiedzy. Przystępując do eksploracji pewnego obszaru badań (np. terytorium o określonych cechach, grupy społecznej żyjącej w pewnych warunkach itp.), historyk może dzięki uwzględnieniu zdobyczy współczesnej nauki uświadomić sobie, z jakimi zagrożeniami ludzie mogli mieć w tym obszarze do czynienia (np. występowanie malarii na terenach bagiennych, występowanie chorób zakaźnych układu pokarmowego związanych ze spożywaniem żywności i wody skażonej bakteriologicznie, występowanie chorób odzwierzęcych u mieszkańców wsi itp.), a następnie stwierdzić, czy i w jakim stopniu zagrożenia te były rozpoznawane przez lekarzy, władze, laików itp. Śledząc w źródłach sposoby postrzegania tych zagrożeń (z niektórych lekarze zdawali sobie sprawę, inne pozostawały całkowicie poza ich świadomością), może analizować sposoby konstruowania sytuacji problemowej i oceniać ich potencjalną efektywność. Stwarza to interesujące możliwości analizy przyczyn utrzymywania się błędnych ze współczesnego punktu widzenia koncepcji w profesjonalnej medycynie i określenia uwarunkowań tego zjawiska. Koncepcje te mogły bowiem utrzymywać się z różnych względów, nie tylko wewnątrz naukowych, lecz także wobec nauki zewnętrznych, ponieważ ich modyfikacja lub odrzucenie mogły nieść z sobą konsekwencje nieakceptowane przez władze, instytucje kościelne, elity społeczne i finansowe itp.

10. Jak ukazują przedstawione w niniejszym artykule przykłady publikacji, zarysowana tu perspektywa badawcza okazała się efektywnym narzędziem w badaniach różnych zagadnień związanych z historią mikrobiologii i parazytologii, historią systemów medycyny publicznej, kształtowaniem się standardu kultury uzdrowiskowej, historią antykoncepcji, a także nad wieloma innymi tematami. Prezentowane publikacje mają w zróżnicowanym stopniu rozwinięte elementy teoretyczne. Tylko niektóre z nich posługują się bardziej skomplikowanymi narzędziami analizy źródeł, w większości z nich występuje związana ze standardem wiedzy heurystyka. Autorzy podejmują w nich szeroki wachlarz tematów związanych z historią sposobów „radzenia sobie z chorobą”, a analizowane w tych tekstach problemy opisywane są z punktu widzenia podmiotów rozpatrujących je w ramach różnych dyskursów. W pracach tych podkreślane są niewspółmierności interpretacyjne występujące w tych dyskursach, a także odmienny zasób faktów będący podstawą do ich skonstruowania.

11. Ujmowanie procesów wiedzytwórczych jako związanych z podmiotem (lub też grupą podmiotów) ukierunkowujących swoją praktykę ze względu na cel, jaki pragną osiągnąć, pozwala historykowi medycyny wyjść poza idiograficzne ujęcie historii medycyny. Może zmierzać do stworzenia narracji uwzględ-

niającej wiele powtarzających się czynników, a także wzajemne relacje między nimi wynikające z odmiennego usytuowania w strukturze władzy.

12. W ostatnich latach pojawia się w historiografii medycyny nowy obszar badań, możliwych do przeprowadzenia jedynie w zespołach interdyscyplinarnych. Badania te dotyczą potencjalnej efektywności środków leczniczych wypracowanych w dawnych wiekach i w odległych od europejskiego standardu teoretycznego medycyny kulturach. Składają się z kilku poziomów. Pierwszym z nich jest odtworzenie na podstawie źródeł pisanych albo źródeł zebranych przez etnografów składu leku będącego przedmiotem uwagi. Następnie dokonuje się ewidencji jego zastosowań w terapii określonych chorób, opisywanych w taki sposób, jak tego dokonywali ich twórcy i użytkownicy. Kolejnym etapem badań jest określenie zgodnych z bieżącym stanem wiedzy medycznej zagrożeń, które mogły prowadzić do występowania na danym terenie pewnych chorób (lub ich grup). Następnie dochodzi do postawienia hipotezy dotyczącej choroby, z którą realnie dawni lekarze lub społeczności plemienne miały do czynienia, oraz określenia jej etiologii (bakteryjna, wirusowa, inna) i wyodrębnienia patogenów, które należałoby unieszkodliwić, aby zahamować proces chorobowy. Dalszym etapem jest skonstruowanie modelu leku, którego opis znajdujemy w źródłach historycznych lub etnograficznych, i zbadanie jego oddziaływania na te patogeny. Wnioski z tak prowadzonych badań daleko wykraczają poza dotychczasowy standard historiografii medycyny. Wiele zbadanych wieloskładnikowych leków roślinnych wykazuje bowiem efektywne działanie bakteriostatyczne i bakteriobójcze, pomimo że ani w koncepcji choroby, ani w poglądach dotyczących działania badanego leku, formułowanych przez lekarzy z dawnych epok albo uzdrowicieli i zielarzy z odległych od Europy kultur, pojęcia takie nie występują. Zarówno samo pojęcie choroby, cel terapii, jak i koncepcje dotyczące sposobu działania badanego leku są inne od współczesnych pojęć europejskich. Mimo to stosowana przez nich terapia była potencjalnie efektywna ze względu na skład zalecanego leku, wykazujący realne właściwości terapeutyczne. Badania w tym standardzie prowadzone są w USA, Brazylii, Niemczech, Francji oraz w Polsce, w tym na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

BIBLIOGRAFIA

Adamowicz, Anna, i Bożena Płonka-Syroka. 2018. „Szczepienia przeciw ospie prawdziwej oraz gruźlicy w opiniach lekarzy polskich w świetle wybranych tytułów polskiego czasopiśmiennictwa lekarskiego (1801–1900).” *Analecta* 27 (1): 157–204.

- Amsterdamski, Stefan. 1983. *Między historią a metodą. Spory o racjonalność nauki*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Fleck, Ludwik. 1986. *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. Przeł. M. Tuszkiewicz. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Gościński, Grażyna, Elżbieta Lonc, Anna Okulewicz, Bożena Płonka-Syroka. 2015. „Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania.” W *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości in memoriam profesora Tadeusza M. Lachowicz*, red. G. Bugla-Płoskońska i E. Lonc, 89–114. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Jütte, Robert. 2000. „Sozialgeschichte der Medizin: zakres – metody – cele.” Przeł. T. Srogosz. *Medycyna Nowożytna* 25 (1): 25–42.
- Kuhn, Thomas Samuel. 1985. *Dwa bieguny. Tradycja i nowatorstwo w badaniach naukowych*. Przeł. S. Amsterdamski. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Lonc, Elżbieta, i Bożena Płonka-Syroka, red. 2004. „Dzieje parazytologii polskiej w latach 1945–2000.” Warszawa–Wrocław: Polskie Towarzystwo Parazytologiczne – Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Lonc, Elżbieta, i Bożena Płonka-Syroka. 2007. „Historyczne konteksty parazytologicznych badań w tropiku, na przykładzie malarii”. *Wiadomości Parazytologiczne* 53 (3): 179–187.
- Lonc, Elżbieta, Grażyna Gościński, Anna Okulewicz, Bożena Płonka-Syroka, Marek Stych. 2017. „Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce.” W *Uzdrowiska. Zdrowie dla regionu* (2), red. E. Lonc i K. Plewa-Tutaj, 333–355. Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1990. *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1992. „Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej.” *Medycyna Nowożytna* [zestęp wstępny]: 7–38.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1993. „Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna (1736–1788). Problemy metodologiczne.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 4 (38): 3–37.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1994a. „Ludwik Fleck (1896–1961), mikrobiolog, prekursor nowoczesnej historii medycyny.” *Medycyna Nowożytna* 1 (1): 47–82.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1994b. „Poglądy metodologiczne Ludwika Flecka (1896–1961) i ich recepcja w literaturze światowej w latach 1935–1993.” *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 4 (57): 493–512.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1995a. „Problem wyboru teorii przez społeczność naukową na przykładzie nauk medycznych.” *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie. Seria: Filozofia, Socjologia* 4: 177–193.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1995b. „Społeczno-kulturowy kontekst historii medycyny – przegląd koncepcji i propozycje badawcze.” *Medycyna Nowożytna* 1 (2): 5–21.

- Płonka-Syroka, Bożena. 1996a. „Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych.” *Medycyna Nowożytna* 1–2 (3): 23–50.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1996b. „Społeczno-kulturowy model nauki i nowe metody jego analizy.” *Zagadnienia Naukoznawstwa* 4: 509–524.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1997. „Kierunki teoretycznego uzasadniania terapii w medycynie niemieckiej pierwszej połowy XIX stulecia.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 2 (42): 69–86.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1998a. „Koncepcja podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 2 (43): 69–80.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1998b. „Postawy lekarzy polskich generacji 1830–1859 wobec homeopatii i ich społeczne uwarunkowanie.” W *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski, 85–99. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1999a. „Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka i ich wpływ na ukształtowanie się założeń programowych nowożytnej medycyny.” W *Podmiot w procesie*, red. J. Jusiak i J. Mizińska, 211–239. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1999b. *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*. Warszawa: Wydawnictwo IHN PAN.
- Płonka-Syroka, Bożena. 1999c. *Mesmerizm. Od astrologii do bioenergoterapii*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 1999d. *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 2. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2000a. „Beschreibung medizinischer Probleme während des Warschauer Gettos in den Memoiren von Prof. Henryk Makower und seiner Frau Prof. Noemi Widgorowicz-Makower aus den Jahren 1940 bis 1943.” W *Sozialpolitik und Judentum*. Medizin und Judentum 5, red. A. Scholz i C.-P. Heidel, 140–144. Dresden: Union-Druckerei Dresden GmbH.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2000b. „Inspiracje antypozytywistyczne w europejskiej historiografii medycyny w XX stuleciu.” *Medycyna Nowożytna* 9 (1–2): 5–41.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2000c. „Inspiracje Kuhnowskie w historiografii medycyny.” *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 2 (63): 163–174.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2001a. *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 4. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2001b. „Recepcja homeopatii w polskiej myśli medycznej XIX stulecia.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1 (46): 7–27.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2002a. „Dr. Israel Milejkowski und sein seelisches Testament.” W *Das Bild des jüdischen Arztes in der Literatur*. Medizin und Judentum 6, red. A. Scholz i C.-P. Heidel, 150–159. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2002b. *Społeczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych w XVIII–XX wieku*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 5. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

- Płonka-Syroka, Bożena. 2002c. „Spory o kształtowanie się standardu nowoczesnej psychiatrii w XIX stuleciu.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1 (47): 161–183.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2003a. „Pojęcie stylu myślowego u Ludwika Flecka, Paula Diepgena i Wenera Leibbranda i konsekwencje jego wykorzystania w praktyce badawczej historyka medycyny.” W *Proces modernizacji nauk przyrodniczych w historii i historiografii nauki*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 7, red. B. Płonka-Syroka, 228–239. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2003b. „Wpływ zmian koncepcji podmiotowości człowieka na kształtowanie się relacji lekarz–pacjent.” *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 1 (66): 1–18.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2004. „Ludwik Fleck und die innere Emigration.” W *Emigrantenchicksale: Einfluss der jüdischen Emigranten auf Sozialpolitik und Wissenschaften den Aufnahmeländern*. Medizin und Judentum 7, red. A. Scholz i C-P. Heide. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2005a. *Antropologia wiedzy: perspektywy badawcze dyscypliny*. Wrocław: Wydawnictwo Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2005b. *Relacje lekarz–pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 10. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2006. *Nauka i społeczeństwo w stulecie szczególnej teorii względności Alberta Einsteina (1905–2005)*. Antropologia wiedzy 2. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2007a. „Koncepcja faktu naukowego Ludwika Flecka w odniesieniu do poglądów niemieckiej szkoły neoromantycznej.” W *Wielokulturowe środowisko historyczne Lwowa w XIX i XX wieku*, red. J. Maternicki i L. Zaskilniak, 24–41. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2007b. *Niemiecka medycyna romantyczna*. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2007c. „Kształtowanie się wrocławskiego środowiska stomatologii akademickiej w latach 1945–1989.” W *Zawód dentysty – lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, 234–250. Lublin: Wydawnictwo Makmed.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2008a. *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu 1. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2008b. „Antropologia wiedzy – nowa dyscyplina badań humanistycznych.” *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 53 (1): 153–169.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2008c. „Imputacje kulturowe w standardzie niemieckiej medycyny romantycznej.” W *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu 1, red. B. Płonka-Syroka, 313–331. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Medycznej we Wrocławiu.

- Płonka-Syroka, Bożena 2008d. „Medycyna alternatywna w perspektywie antropologii historycznej.” W *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski i B. Płonka-Syroka, 315–338. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2008e. „Polscy lekarze – historycy nauk medycznych w XIX wieku i kulturowe aspekty ich poglądów.” W *Historia – mentalność – tożsamość: miejsce i rola historii oraz historyków w życiu narodu polskiego i ukraińskiego w XIX i XX wieku*, red. J. Pisulińska, P. Sierżęga i L. Zaszkilniak, 78–89. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2008f. *Wzorce postrzegania rzeczywistości w nauce i społeczeństwie*. Antropologia wiedzy 3. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2009. „Interpretacja faktów historycznych we współczesnej historiografii medycyny i antropologii wiedzy.” W *Faktografia w badaniach historycznych*, red. K. Kleszczowa i J. Gwioździk, 43–61. Katowice: Wydawnictwo Biblioteki Śląskiej.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2010a. „Antropologia medycyny – geneza i pole badań.” W *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, 181–193. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2010b. *My i wy. Spory o charakter racjonalności nauki*. Antropologia wiedzy 4. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2010c. „Społeczno-kulturowy model nauki Ludwika Flecka i biograficzny kontekst jego genezy.” W *Polscy lekarze Żydzi w XIX i XX wieku*, red. Z. Podgórska-Klawe, 141–151. Warszawa: Wydawnictwo IHN PAN – Wydawnictwo Żydowskiego Instytutu Historycznego im. Emanuela Ringelbluma.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2010d. „Tradycje interpretacyjne w filozofii europejskiej a kształtowanie się standardu antropologii wiedzy”. W *Klio viae et inviae: opuscula Marco Cetwiński dedicata*, red. A. Odrzywolska-Kidawa, 261–268. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2011. „Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej.” W *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu 4, red. B. Płonka-Syroka, 23–42. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2013a. „Kultura uzdrowiskowa w Polsce w latach 1918–2012. Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmiany jej modelu.” W *Zdrowie i choroba: wpływ jakości życia na kulturę w Europie środkowej*. Kultura Europy środkowej 16, red. A. Barciak, 174–200. Katowice–Zabrze: Wydawnictwo Studio Noa.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2013b. „Uwarunkowania medyczne i społeczne kształtowania się standardu kultury uzdrowiskowej w Europie czasów nowożytnych – rys historyczny.” W *Kultura uzdrowiskowa na Dolnym Śląsku w kontekście europejskim 1*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 3, red. B. Płonka-Syroka i A. Kaźmierczak, 29–70. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2013c. „Podstawy organizacji polskiej publicznej opieki medycznej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej.” W *Kultura uzdrowiskowa na Dolnym Śląsku w kontekście europejskim 2*. Kultura uzdrowiskowa w Europie

- 4, red. B. Płonka-Syroka i A. Kaźmierczak, 113–129. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2014a. „Jüdische Wissenschaftlerinnen an der Universität und Medizinische Akademie in Wrocław nach 1945: Prof. Noemi Wigdorowicz-Makower, Prof. Hanna Hirszfeld, Prof. Wanda Mejbaum-Katzenellenbogen.” W *Die Frau in Judentum – jüdische Frauen in der Medizin*. Medizin und Judentum 12, red. C.-P. Heidel, 275–290. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2014b. „Odmienności stylu i poziomu życia codziennego przedstawicieli warstw zamożnych i ubogich od średniowiecza do początku I wojny światowej jako jedna z głównych przesłanek różnicowania stanu zdrowia populacji.” W *Bogactwo i bieda: krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Orbis exterior – orbis interior 6, red. B. Płonka-Syroka, 55–75. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2014c. „Wetter und Krankheit: die meteorologischen Beobachtungen an der Universität Vilna in den Jahren 1804 bis 1843.” W *Von Kometen, Windhosen, Hagelschlag und Wetterballons: Beiträge zur Geschichte der Meteorologie*. Europäische Wissenschaftsbeziehungen 8, red. I. Kästner i J. Kiefer, 199–212. Aachen: Shaker Verlag.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2014d. „Uzdrowiska Bad Schandau oraz Rathen w Saksonii – uwarunkowania rozwoju historycznego i problemy związane ze współczesnym funkcjonowaniem.” W *Uzdrowiska w procesie modernizacji (XIX–XXI wiek)*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 6, red. B. Płonka-Syroka, L. Czyż, A. Syroka, K. Sudoł, 489–527. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015a. „Metodologia Ludwika Flecka w kontekście standardu teoretycznego medycyny klinicznej.” W *Ludwik Fleck: tradycje, inspiracje, interpretacje*, red. B. Płonka-Syroka, P. Jarnicki, B. Balicki, 13–40. Wrocław: Wydawnictwo Projekt Nauka.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015b. „Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1948) w opiniach przedstawicieli polskiego środowiska naukowego do 1863 roku.” *Wiek XIX. Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza* 8 (50): 101–119.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015c. „Popularyzacja oświaty zdrowotnej za pośrednictwem medycyny wojskowej w XIX stuleciu i jej paradoksalna recepcja w polskiej kulturze ludowej.” W *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, ekonomice i kulturze popularnej*, red. B. Płonka-Syroka i A. Syroka, 85–106. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015d. „Spór o model medycyny klinicznej w Europie (1750–1850): Francja, Austria i Prusy – odmienne warianty modernizacji.” W *Zatargi, waśnie, konflikty w perspektywie historycznej i kulturowej*. *Stromata Anthropologica* 10, red. K. Łeńska-Bąk, 163–176. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015e. „Standard medycyny klinicznej jako podstawa koncepcji metodologicznej Ludwika Flecka (1750–1835).” W *Horyzonty konstruktywizmu: inspiracje, perspektywy, przyszłość*, red. E. Bińczyk, A. Derra i J. Grygieńć, 341–362. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015f. „System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia.” W *Czystość i brud: higiena*

- nowożytna (XV–XVIII w.)*, red. W. Korpalska i W. Ślusarczyk, 307–328. Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2015g. „Ludwik Hirschfeld – Arzt, Mikrobiologe, Organisator des wissenschaftlichen Lebens in Polen.” W *Von Maimonides bis Einstein: Jüdische Gelehrte und Wissenschaftler in Europa*. Europäische Wissenschaftsbeziehungen 9, red. I. Kästner i J. Kiefer, 195–312. Aachen: Shaker Verlag.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016a. „Curiosa therapeutica. Kształtowanie się standardu medycyny alternatywnej w Europie w latach 1797–1914.” W *Świat kuriozów: od zdziwienia do fascynacji*. *Stromata Anthropologica* 11, red. K. Łeńska-Bąk, 327–347. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016b. „Ludwik Fleck i lwowskie odniesienia jego biografii i twórczości.” W *Przedwojenny Lwów i jego uczeni: sylwetki, działalność naukowa, osiągnięcia*, red. S. Dorocki i P. Brzegowy, 115–142. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016c. *Medycyna w historii i kulturze*. Warszawa–Bellerive-sur-Allier: Wydawnictwo DiG–Edition La Rama.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016d. „Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej.” *Analecta* 25 (2): 39–60.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016e. „Niemiecka medycyna niematerialistyczna 1797–1848 w świetle historiografii z lat 1811–2014.” *Clio Polska. Studia i Materiały z Dziejów Historiografii Polskiej* 8: 145–174.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016f. „Przedstawienia zwierząt w polskiej ludowej kulturze medycznej w XIX i 1 poł. XX w.” W *Leki i choroby odzwierzęce* 1, red. L. Wdowiak, B. Płonka-Syroka i A. Syroka, 197–228. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016g. „Rola rodziny i otoczenia społecznego w przeżywaniu przez pacjenta choroby nowotworowej.” W *Doradztwo, poradnictwo, wsparcie*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsal i W. Wójcik, 187–208. Warszawa–Bellerive-sur-Alliere: Wydawnictwo DiG–Edition La Rama.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016h. „Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.” W *Czystość i brud: higiena w XIX wieku – wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska i W. Ślusarczyk, 279–315. Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2016i. „Wybrane uzdrowiska w Szwajcarii Saksońskiej po restrukturyzacji ich działalności w 1990 r.” W *Tradycje i perspektywy rozwoju kultury uzdrowiskowej w Województwie Świętokrzyskim w kontekście europejskim*. *Kultura uzdrowiskowa w Europie* 7, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsal i A. Syroka, 491–550. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2017a. „Mesmeryzm. Jak i dlaczego doktryna medyczna ewoluowała w stronę paranauki (1766–1848).” W *Głupota wszechobecną jest: o uniwersalności pewnej ludzkiej przywary*. *Stromata Anthropologica* 12, red. K. Łeńska-Bąk, 193–208. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2017b. „Rośliny lecznicze w ofercie marketingowej uzdrowisk i miejscowości wypoczynkowych w Szwajcarii Saksońskiej i okolicach.” W *Rośliny*

- w lecznictwie, w środowisku naturalnym i w krajobrazie kulturowym. Lek roślinny 6, red. B. Płonka-Syroka i A. Syroka, 265–276. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, red. 2017c. *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych 3. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2017d. „Uzdrowiska i miejscowości wypoczynkowe w Szwajcarii Saksońskiej w XIX–XX w. Warunki i ograniczenia ich rozwoju.” W *Elitarny model europejskiego uzdrowiska – ewolucja koncepcji i jej funkcjonowanie w praktyce*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 8, red. B. Płonka-Syroka, M. Migała, M. Dąsał i A. Syroka, 69–107. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2017e. „Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działania władz państw europejskich w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego (od XIII w. do 1914 r.)” W *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przeszłością*, red. Z. Galor, S. Kalinowski, U. Kozłowska, 181–200. Bielefeld: Societas Pars Mundi Publishing.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018a. „Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego: część pierwsza.” *Medycyna Nowożytna* 24 (1): 7–28.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018b. „Kuchnia mieszczańska na ziemiach polskich w XIX w.” W *Historia diety i kultury odżywiania* 1, red. B. Płonka-Syroka, H. Grajeta, A. Syroka, 87–110. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018c. „Kształtowanie się standardu metodologicznego i problematyki badawczej niemieckiej historiografii medycyny i jej wpływ na standard historiografii amerykańskiej.” *Historyka* 48: 51–82.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018d. „Medical doctrines at the turn of the 18th and 19th c. and their philosophical foundations.” *Polish Journal of Public Health / Zdrowie Publiczne* 1 (128): 36–43.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018e. „Organizacja przestrzeni publicznej z uwzględnieniem specjalnych potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych i starszych na przykładzie Gór Połabskich w Saksonii.” W *Tradycje i perspektywy rozwoju kultury uzdrowiskowej w Iwoniczu-Zdroju w kontekście europejskim*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 10, red. B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak, S. Jandziś i A. Syroka, 241–267. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018f. „Organizacja przestrzeni publicznej w parkach narodowych Sächsische Schweiz w Saksonii i Gramvousa na Krecie z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych i starszych. Studium porównawcze.” W *Bliżej ludzi – program dla nauk społecznych?*, red. P. Sałustowicz, S. Kalinowski, B. Goryńska-Bittner, 249–273. Bielefeld: Societas Pars Mundi Publishing.
- Płonka-Syroka, Bożena. 2018g. „Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym.” W *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*. Lek roślinny 7, red. B. Płonka-Syroka i A. Syroka, 139–158. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

- Płonka-Syroka, Bożena, i Łukasz Braun, red. 2015. *Kultura medyczna islamu*. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Mateusz Dąsał, red. 2014. *Źródło historyczne jako tekst kultury*. Antropologia wiedzy 6. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Mateusz Dąsał, red. 2017. *Medycyna i religia 1*. Warszawa–Bellerive-sur-Allier: Wydawnictwo DiG–Edition La Rama.
- Płonka-Syroka, Bożena, Mateusz Dąsał i Kaja Marchel, red. 2016. *Doświadczenie pokoleniowe a perspektywa osobista*. Antropologia wiedzy 7. Warszawa–Bellerive-sur-Allier: Wydawnictwo DiG–Edition La Rama.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Agnieszka Kaźmierczak, red. 2011. *Nauka w kontekście wzorców kultury*. Antropologia wiedzy 5. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Agnieszka Kaźmierczak, red. 2012. *Historia kultury uzdrowiskowej w Europie*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 1. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, Agnieszka Kaźmierczak, Sławomir Jandziś i Andrzej Syroka, red. 2018. *Tradycje i perspektywy rozwoju kultury uzdrowiskowej w Iwoniczu-Zdroju w kontekście europejskim*. Kultura uzdrowiskowa w Europie 10. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Elżbieta Lonc, 2012. „Profesor Rudolf Weigl – niedokończona biografia.” W *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 6, red. B. Płonka-Syroka, 391–405. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena, Arin Namal, Mateusz Dąsał i Grzegorz Wiktorowski, red. 2017. *Traditional medical systems of Africa and Asia and their transformations*. Wrocław: Oficyna Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: Societas Pars Mundi Publishing.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Edyta Rudolf, red. 2012. *Perspektywy poznawcze w kulturze europejskiej. Studium porównawcze*. Orbis exterior – orbis interior 5. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Michał Skrzypek, red. 2010. *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych 1*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Tadeusz Srogosz, red. 2005. *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny: medycyna w kontekście działań państwa*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 9. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Andrzej Syroka, red. 2003. *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 6. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Andrzej Syroka, red. 2007. *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 11. Wrocław: Wydawnictwo Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Andrzej Syroka, red. 2012. *Obrazy świata jako konstrukty kultury. Analiza historyczno-porównawcza*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej 12. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

- Płonka-Syroka, Bożena, i Andrzej Syroka, red. 2017. „Wybrane elementy historii uzdrowisk polskich i niemieckich do 1945 r.” *Kultura uzdrowiskowa w Europie* 9. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Aleksandra Szlagowska, red. 2013. *Problem kontroli urodzeń i antykoncepcji. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 7. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Aleksandra Szlagowska, red. 2018. *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet 2*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Płonka-Syroka Bożena, Aleksandra Szlagowska, Justyna Stacherzak-Raczkowska i Aleksandra Patyk. 2012. *Zjawisko antykoncepcji w perspektywie społecznej i historycznej*. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Płonka-Syroka, Bożena, i Grzegorz Wiktorowski. 2014. „Kształtowanie się standardu antropologii medycyny klinicznej w niemieckim i anglosaskim piśmiennictwie naukowym. Zarys zagadnienia.” W *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu: poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, red. M. Skrzypek, 215–257. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Płonka-Syroka, Bożena, Wiesław Wójcik i Andrzej Syroka, red. 2017. *Choroba w perspektywie społecznej – dialog, edukacja, wsparcie*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych 2. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- Skarga, Barbara. 1989. *Granice historyczności*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Szlachcic, Krzysztof. 2011. *Filozofia nauk empirycznych Pierre’a Duhema*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Wdowiak Lilianna, Bożena Płonka-Syroka i Andrzej Syroka, red. 2016. *Leki i choroby odzwierzęce 1*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Wrzosek, Wojciech. 1995. *Historia – Kultura – Metafora*. Monografie Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Wrocław: Wydawnictwo Leopoldinum.
- Wrzosek, Wojciech. 2009. *O myśleniu historycznym*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Epigram.

ANTHROPOLOGY OF KNOWLEDGE AS A NEW PERSPECTIVE FOR HISTORY
OF MEDICINE RESEARCH

SUMMARY

Anthropology of knowledge is based on German historiography school standard which takes under consideration social and cultural context in medicine sciences – *Kultugeschichte der Medizin* and *Sozialgeschichte der Medizin*. The source of these inspirations were concepts of P. Fuhem, T.S. Kuhn, S. Amsterdamski, B. Skarga and W. Wrzosek. The main purpose of the paper is to show the basic concepts of research

practice of anthropology of knowledge and the examples of application of its methods in the area of specific topics. The paper shows also my publications describing various thematic areas and collective studies edited (and co-edited) by Department of Human Sciences of Faculty of Pharmacy at Medical University in Wrocław employees in which collaborated a few hundreds of authors from various Universities in Poland.

Keywords: anthropology of knowledge, historiography of medicine