



Andrzej Pawłucki
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

NAUKOWA LEGITYMIZACJA REHABILITACJI CIELESNEJ*

ABSTRACT

Scientific legitimization of bodily rehabilitation*

In the article I present the ontological justifying of bodily rehabilitation sciences. I demonstrate why they are analogous to medical sciences. I am preceding the demand of constituting them by a metaphysical explanation of the nature of rehabilitation. I draw attention to the fact that in the substantialist existence of a person bodily rehabilitation is medical rehabilitation, while in the person's activity bodily rehabilitation is motor rehabilitation. Thus there are two cultural systems with the same name: bodily rehabilitation. In order to distinguish them, we called the first one the system of medical rehabilitation and the second one – the system of motor rehabilitation. In fact, both are systems of bodily rehabilitation of a person. The first one is a product of medical culture, whereas the second one – of physical culture. For this reason one should also speak about analogous separateness of motor rehabilitation sciences.

Key words: physical culture sciences, motor rehabilitation, physiotherapy

Co to jest teoria rehabilitacji cielesnej?
Nazwy *teoria* oficjalnie już nie ma, ale też po jej zniesieniu nie wprowadzono nazwy nowej, adekwatnej do rzeczy legitymizującej naukowość rehabilitacji zwanej *ruchową*. A rzeczy jako byty społeczne muszą mieć swoje nazwy, by można było poznać lepiej ich tożsamość, odróżnić od innych i, jeśli trzeba, odmienić ich stan. Z rehabilitacją cielesną osoby, jako dynamicznie zmiennym w czasie historycznym wytworem kulturowym, jest podobnie. Trzeba przybliżyć jego poznanie, by nie mylić z podobnymi wytworami kulturowymi oraz ochronić go przed utratą tożsamości bez względu na to, jak imponująca byłaby wielkość medycznych wzorów. Rehabilitacja cielesna nie jest nie-medycznym ani nawet para-medycznym wytworem kulturowym. Powstała w jego pobliżu, lecz nie jest do niego sprowadzalna. Choć od niego współzależy, nie jest jemu tożsama, podobnie jak lekarz – reprezentujący świat kultury medycznej – nie jest tożsamy *gimnastie* – wywodzącemu się ze świata kultury fizycznej. Rehabilitacja cie-

lesna jako system czynności *normatywnie uregulowanych* – stosowany w znoszeniu problemów osoby wykluczonej z kultury społecznej, w następstwie utraty sprawności działania – też zasługuje na własną dyscyplinę naukową.

Jak zobaczymy, **nauki o kulturze rehabilitacji cielesnej** nie mieszczą się w zbiorze nauk medycznych, jakkolwiek logicznie z nimi „korespondują” na takiej zasadzie, jak łączyć się mogą wyjaśnienia przyczynowości teorii nauk społecznych, sądy normatywne nauk humanistycznych czy twierdzenia optymalizacyjne nauk praktycznych. Poprawniej jednak będzie, jak powiemy, że nauki o kulturze rehabilitacji cielesnej są *analogiczne* do nauk medycznych, a to znaczy, że istnieje między nimi podobieństwo, czyli że przysługują im zapewne te same rodzaje racjonalności i te same metody pozyskiwania wiedzy.

Zanim o *wartości* naukowej rehabilitacji cielesnej powiemy, rozważmy metafizycznie, czym jest *habilitacja cielesna* jako czynność kulturowa.

* Fragment rozdziału przygotowywanej do druku książki *Nauki o kulturze fizycznej*.

Fragment of a chapter of a book prepared for the press entitled *Physical Culture Sciences*.

Habilitacja cielesna osoby. Osoba, która przestaje uczestniczyć, wbrew swej woli, w swej cielesnej możliwości, nie jest w stanie czynić swych zadań społecznych, których podjęcie od tej możliwości zależy. Osoba *bez-władna* cielesnie przestaje uczestniczyć w czynnościach społecznych, ponieważ utraciła uczestnictwo w swej naturalności. Wprawdzie udziału w życiu jako strukturze naturalnej swego bytowania nie utraciła, lecz zadań życia społecznego, które za pośrednictwem tej struktury mogłaby *sprawować* – właśnie dzięki sprawnościom cielesnym – podjąć nie może. Utrata *zdatności* cielesnej – ekstermalizującej się sprawnościami ruchowymi – wyklucza osobę z *czynu*. Poniekąd osoba przestaje mieć udział w swej godności (**traci możliwość czynu przez utratę możliwości cielesnej**, ale nie poczucia swej wartości), kiedy czynić społecznie niczego nie może – jako osoba dla osoby – na skutek cielesnych ograniczeń. Jak możliwość cielesna uzdatnia, *habilituje* do możliwości społecznej osobę, tak utrata władzy nad naturalnością *fizis* doprowadza ją do zapaści tożsamościowej. Tym objawia się wykluczenie z życia w kulturze.

Od niepamiętnych czasów człowiek chce mieć udział w swej fizycznej możliwości za pośrednictwem czynności (ćwiczeń wyrozumowanych), przydających jej doskonałości specjalnej – użytecznej w sprawnościach roli społecznej. Można powiedzieć, że człowiek **habilituje się** nieustannie cielesnie – zawsze za pośrednictwem kulturowo unormowanych czynności formacji swej *fizis* – by uzyskać dostęp do zadań dojrzałych, a ważnych dla społeczności jego życiowego spełnienia. Grupa społeczna nakłada obowiązek *cielesnej habilitacji* na każdego uczestnika życia we wspólnocie – stosownie do powierzonych jej zadań. Dorosłym zaleca formowanie typu cielesnego, odpowiadającego sprawdzianom jego przydatności w zadaniach społecznych, uczniom zaś jako osobom przeznaczonym do zadań dorosłych zakreśla obowiązek *habilitowania cielesnego* w długim zazwyczaj procesie *kulturacji* rodzicielskiej i nauczycielskiej. I od niepamiętnych też czasów człowiek chce mieć udział w utraconej możliwości cielesnej, jako jej uzdrowiciel. Kiedy choruje na ciele, traci sprawność fizyczną lub doświadcza urazów cielesnych, pomniejsza-

jących zasięg jego działania w kulturze – podejmuje czynności uzdrawiające i rehabilitujące cielesną możliwość. Staje się dla siebie dwójciem w jednym. Czasami wystarcza, że na drodze leczenia i operowania usuwa przyczynę niemożności cielesnej, a bywa, że bez jednego i drugiego obyć się nie może. Dzieli swoją fachowość na dwa składniki, gdyż do każdego z nich musi wnieść inny rodzaj kompetencji. Dzięki fachowości medycznej przywraca ciału – na drodze operacyjnego uprzedmiotowienia osoby – substancjalną jakość („udoskonała podmiot w istnieniu”), dzięki zaś fachowości rehabilitacyjnej udoskonała podmiot w działaniu – za pośrednictwem niej samej. Jak więc lekarz liczy na siebie, tak rehabilitant liczy na osobę *uczynniającą się* w samo-usprawnianiu fizyczności*. Z tego różnicowania fachowości ról zawodowych w sferze *utraconej doskonałości cielesnej człowieka* wynika, że system czynności rehabilitacyjnego doskonalenia podmiotu w działaniu cielesnym jest niesprowadzalny do systemu medycznej rekonstrukcji jej fizyczności. Mówiąc inaczej, tym różni się system rehabilitacji cielesnej od systemu medycznej naprawy cielesnej, że różne są źródła uczynniające substancjalną naturę osoby: w pierwszym wypadku jest nim podmiot samo-stanowiący się czynnymi aktami ruchowymi ku ponownej samodzielności cielesnej (re-habilitujący się), w drugim zaś – medycznym – podmiot stanowiący przedmiotowo w *przedmiocie* jego substancjalnej fizyczności.

Rehabilitacja cielesna w **istnieniu substancjalnym** osoby jest rehabilitacją medyczną. Natomiast rehabilitacja cielesna w *działaniu* osoby jest rehabilitacją ruchową. W rehabilitacji medycznej naprawia się substancjalne ciało przez zabiegi operacyjne uprzedmiotowionej osoby. W rehabilitacji ruchowej naprawia się cielesność przez działania czynnościowe upodmiotowionej osoby, które stają się jej sprawnościami. **Są więc dwa systemy kulturowe o tej samej nazwie: rehabilitacji cielesnej.** By je odróżnić, pierwszy nazwaliśmy systemem rehabilitacji medycznej, drugi zaś rehabilitacji ruchowej. W istocie obydwie są systemami rehabilitacji

* Korzystam z opisu form jakości ks. G. Dogiela [1, s. 124].

cielesnej osoby. Pierwszy jest wytworem kultury medycznej, a drugi – kultury fizycznej. Można więc też powiedzieć, patrząc na kulturę zmienność czynności przywracających osobie ponowny udział w jej fizyczności i – dzięki temu – ponowiony udział w społeczności, że dzieje **rehabilitowania i habilitowania cielesnego** przenikają się wzajemnie jako zintegrowane osiągnięcie panowania człowieka nad jego zmienną naturą przyrodzoności.

Wzory uporządkowanych normatywnie i wartościująco czynności *habilitacji cielesnej* – rozpoznawane najczęściej przez historyków jako *system kultury fizycznej* – przechodzą na osobę rehabilitowaną pod nazwą *gimnastyki korekcyjnej i gimnastyki leczniczej*. Tu są poddawane niezbędnej modyfikacji praktycznej – uwzględniającej ograniczenia przyczynowości sprawczej osoby rehabilitowanej.

Obydwa systemy kultury fizycznej: *habilitujący i rehabilitujący cielesność osoby* są tożsame ze względu na środki i przedmiot działania celowego. Uczestnik obydwu rodzajów formacji cielesnej dąży czynnie do zmiany fizyczności za pośrednictwem działań samozwrotnych: *przez siebie ku sobie* sprawczo nakierowanych. Nie staje się przedmiotem operacji *przez kogoś na swym cielem*, tylko *sam dokonuje operacji na swym cielem* – pod kierunkiem inicjacyjnym działacza (rehabilitanta) – na zasadzie wyzolenia w sobie działania usprawniającego. Kultura rehabilitacji cielesnej jest systemem unormowanych czynności, w którym natura fizyczności osoby jest i zasadą działania – źródłem uczynniających sprawności ruchowych – i jej celem (wynik działań do niej wraca, przetwarzając ją w pożądaną możliwość działania ruchowego).

Przybliżymy zagadnienie odmienności kulturowej rehabilitacji cielesnej, rozważając relację kultury fizycznej do kultury medycznej.

KULTURA FIZYCZNA A KULTURA MEDYCZNA

Obie dziedziny kultury: *fizyczną i medyczną* łączy substancjalna cielesność człowieka – stała w istotowej formie i **zmienna na tyle w żywej materii istnienia**, że rozciągająca

swe stany od niedoskonałości w chorobie do doskonałości w zdrowiu. Otóż, do owych stanów przypadłości w **zdrowotności i żywotności cielesnej** – nawiedzających każdego bez wyjątku – człowiek niespokojny o swe bezpieczne bytowanie w żywym istnieniu kieruje – kulturowo *udekorowane* myślenie medyczne i *salutogenetyczne*. Intelktualizuje obydwie stany swej zmiennej zdrowotności i żywotności, by wytoczyć im kulturową przeciw-odpowiedź – w akcie niezgody na chorobę, cierpienie i umieranie – oraz zuchwałą odpowiedź kulturowej prozdrowotności – w akcie afirmacji cielesnej *wellness* i *fitness*.

Od poczęcia do obumarcia ciało pozostaje w przyczynowym ruchu wewnętrznym – wszczętym raz na całe życie przez *arche* jako „źródło ruchu od wewnątrz” [patrz: 2, s. 162] – oraz przyczynowym akcie „zewnątrznym” – nadającym przypadłościom ciała zmiennej jakości. Człowiek sam odmienia ucieleśnioną materię siebie „od zewnątrz”, aktami ku sobie kierowanymi, już to w celu uzupełnienia jej stanu, już to w celu jej udoskonalenia. Człowiek może uczynić wiele – działając na siebie „od zewnątrz” – by swoją substancję cielesną wprawić w stan pożądaney jakości, idącej ku uzupełnieniu zdrowia lub zdążającej ku udoskoleniu zdrowia.

Jednym słowem, człowiek jest podmiotem aktualizującym zdrowotny stan swej cielesności w czynnościach sprawczych wycelowanych w przyczynę: 1) determinującą jego ujemne istnienie (stając się samemu przyczyną wobec choroby jako pierwotnej przyczyny niedostatku witalnej *fitness*), 2) determinującą jego dodatnie istnienie (stając się przyczyną wobec stanu zdrowia jako przypadłości doskonałej).

A zatem przedmiot odniesienia, jakim jest witalna i biotyczna przypadłość substancji cielesnej człowieka, łączy kulturę fizyczną z kulturą medyczną. Obie należą do tej samej macierzy: **kultury cielesnej natury człowieka**. Różni je natomiast odniesienie do jego stanu jakości: a) deficytu zdrowotności cielesnej i pomniejszonej żywotności, wywołanego chorobą somatyczną – w przypadku kultury medycznej, oraz b) doskonałości zdrowotnej i zrównoważonej żywotności cielesnej – w przypadku kultury fizycznej.

Obie dziedziny łączy też ta sama funkcja społeczna. W obydwu chodzi o to, by jej uczestnik nabył (oczywiście na różnej drodze metodycznego sprawstwa): a) doskonałości w witalnym i biotycznym wyposażeniu cielesnym umożliwiającym mu powrót do trwania w zadaniach społecznych – w przypadku uczestniczenia w kulturze medycznej, oraz b) ciągłości trwania w zadaniach społecznych życiowej misji – w przypadku uczestniczenia w kulturze fizycznej.

Dokładniej to wnioskowanie uzasadnia my następująco. Naturalna doskonałość zdrowotna umożliwia osobie istnienie w czynnościach kulturowych. Cielesna zdrowotność jest przypadłością substancjalną – *otrzymaną* z przyrodzenia – dzięki której osoba może czynić różnorako swoją powinność w zadaniach wymagających ulokowania w nich „ładunku” fizyczności. Zdrowotność jako przypadłość substancjalna umożliwia po prostu osobie aktualizację jej potencjalności fizycznej w kulturowych czynnościach życiotwórczych; gdyby nie naturalna doskonałość zdrowotna – zapośredniczona w życiu fizycznym (zdrowie tkwi w substancji cielesnej jako jej byt niesamodzielny) – życie osoby w kulturze nie mogłoby się dokonać na miarę jej ideału. Ubytek zdrowotności cielesnej ogranicza *eksternalizację* potencjału kulturowego, zawęża jej *actus*, zaś utrata zdrowotnej *fitness* wyklucza osobę z wszelkich zadań społecznego uczestnictwa. A zatem, jak długo osoba *utrzymuje się* w sposób naturalny przy zdrowiu cielesnym, tak długo może trwać w gotowości kulturowej. Wie o tym każdy, kto w kulturowości odnajduje na stałe – w perspektywie doczesności – swoje „zamieszkanie”. I każdy, bez wyjątku, też wie, że musi ograniczyć w niej mieszkalność, kiedy traci za przyczyną choroby doskonałość zdrowotną, oraz bezpowrotnie ją opuścić, kiedy żywotność fizyczna osoby ulega unicestwieniu (za przyczyną siły tajemnej, tkwiącej w samej substancji). Kiedy zdrowie człowieka „opuszcza” i kiedy śmierć „zagląda do oczu” – kulturowość osoby maleje lub zanika. Jak więc niedostatek zdrowia cielesnego ogranicza kulturowość osoby, tak śmierć fizyczna czyni jej życie społeczne nieodwracalnie niemożliwym.

Jednakże osoba nie byłaby sobą, gdyby ze swej rozumności nie wyprowadziła roztropności w poszukiwaniu niemożliwego, gdyby dla doskonałego działania w kulturze nie szukała sposobów na doskonałe istnienie w naturze. Prosty wgląd w historię naturalną rodziny ludzkiej pokazuje roztropność jej dorosłych członków w przeciężaniu: 1) ubytku cielesnej zdrowotności oraz 2) ubytku substancjalnej żywotności. Pokazuje ogrom wzorów *re-witalizacji* somatycznej i *re-animacji* biotycznej, ich prostotę i złożoność, magiczność i racjonalność oraz znachorską ludowość i technologiczną naukowość.

Zauważyć też można, że ponowoczesne wytwory kultury trans-humanistycznej – opiewające ideał niezniszczalnej substancjalności cielesnej – pokazują posuwanie się ludzkości ku zuchwałej uzurpacji w „nabywaniu” nieśmiertelności. I już nie chodzi tylko o skuteczne metody przywracania zdrowia fizycznego ani zwykłe, choć zawsze tajemne, praktyki przydawania życia osobie umierającej. Wzory medyczne kultury fizycznej nie spełniają oczekiwań *post-człowieka*. Choć są imponująco skuteczne, to spełnić nie mogą ani marzenia o usuwalnej starości, ani tym bardziej postulatu nieśmiertelności. A chodzi o to, by żyć nie tylko długo-wiecznie w zdrowiu „poza” starością, lecz także w nieśmiertelności, a nawet w zdolności do wskrzeszania zmarłego. I choć zdrowie cielesne jest przypadłością wielce niedoskonałą, a życiu substancjalnej podmiotowości zapisana jest w rodowodzie śmiertelność, to przeciw temu rodowodowi, jak pisze Odo Marquard, „[...] ludzie bronią się: chcą zmieniać. [...] Ale – *vita brevis* – ludzie nie zdołają wszystkiego zmienić; daremnie próbują pozbyć się swego rodowodu; zawsze jest tak, że mogą zmienić niewiele” [patrz: 3, s. 127–128].

A to oznacza *niewiele* i tak wiele, gdyby zważyć, że poza elegancką racjonalnością medyczną – przywracającą zawsze śmiertelnemu człowiekowi gotowość witalną – ten sam, roztropny *homo physicus*, popisał się przed sobą rozumnością post-medyczną – zakładającą *udoskonalanie w doskonałości* zdrowotnej. Poszukując coraz to lepszych wzorów medycznej rewalidacji somatycznej,

odkrył w rewolucyjnym ruchu kulturowym na rzecz prozdrowotności, że dzięki aktom z podłoża mięśniowego ciała wywiedzionym i ku tej samej substancji cielesnej skierowanym – za pośrednictwem powtarzanych czynności – może nie tylko walidować swą witalną *fitness* ku większej doskonałości, lecz także aktualizować jej *bios* ku dłuższej żywotności; że zdrowiu może przydawać zdrowia, a życiu fizycznemu dłuższego życia w zdrowiu. Z różnych punktów wychodząc, dochodził do odkrycia, że z kultury medycznej czerpać może wzory naprawy substancji cielesnej w jej chorobowym istnieniu, a z kultury fizycznej wzory działania prozdrowotnego – doskonałą substancję cielesną w jej witalnym i biotycznym wyposażeniu.

A zatem – powtórzmy – kultura fizyczna jest systemem „powiązany” z innymi systemami kulturowymi, podobnie jak kultura medyczna, będąca systemem społecznym w sobie, integruje się z każdym systemem społecznego uczestnictwa. I tak samo warunkuje ciągłość udziału osoby w życiu społecznym. Z tą różnicą, że udział w kulturze fizycznej polega na nieustającym *habilitowaniu* cielesnych sprawności osoby fizycznie zdrowej lub ich prewencyjnym *re-kreowaniu*, a w kulturze medycznej na okresowym *re-witalizowaniu* cielesnych możliwości osoby somatycznie chorej. Mimo różnic wzorów czynności, które są pochodną różnic jakościowej przypadłości substancji cielesnej, funkcja obydwu systemów kulturowych jest taka sama przez to, że przydaje *materialnej* gwarancji życiu społecznemu.

Z praktycznego (technologicznego) punktu widzenia wzory czynności kultury fizycznej zakładają społeczne, nieinwazyjne metody wpływu na ciało osoby, kultury medycznej zaś – wprost odwrotnie – metody biotechniczne, inwazyjne. Metody wpływu społecznego na ciało pacjenta są wtórne i pomocnicze. W kulturze fizycznej należą do podstawowych, natomiast biotechniczne – pomocniczych, w znaczeniu przedmiotowego wpływu na ciało osoby: w różnych odmianach masażu, prostym przyczynowo stosunku między nauczycielem a uczniem lub kapralem a musztrowanym żołnierzem, gdzie formacja cielesna dokonuje się wbrew woli *kresu*. I tylko tyle. Także w kulturze rehabili-

tacji cielesnej uznawanej za dziedzinę praktyki medycznej – działacz (*rehabilitant*) po-przestaje na społecznych metodach wpływu. W sytuacjach granicznych osoba rehabilitowana podlega wpływom działacza upoważnionego do medycznej interwencji sprawczej. Stąd podział działaczy na rehabilitantów gimnastyki leczniczej i rehabilitantów medycznych wydaje się ontologicznie uzasadniony. W praktyce nie jest jednak respektowany bezdyskusyjnie, co wynika z niezgody rehabilitanta gimnastyki leczniczej na podporządkowanie się w procedurach diagnostycznych i ordynacyjnych decyzjom rehabilitanta medycznego; jeśli nie samego lekarza, prowadzącego całe postępowanie aż do osiągnięcia przez pacjenta rehabilitowanego *odnowionych* lub zgoła nowych upełnomocnień życiowych.

Podobieństwo kultury fizycznej i kultury medycznej dotyczy więc przedmiotu odniesień sprawczych *działacza* wobec *kresu*, jakim jest ciało osoby, a zwłaszcza jego biotyczna, witalna i użyteczna wartość. Świat kultury fizycznej łączy się ze światem kultury medycznej przez substancjalną cielesność człowieka. Ona łączy uczestniczące w nich osoby przez komplementarność ról społecznych – nigdy wykluczających się nawzajem czy redukujących jedno przez drugie. Jak pacjent musi zawiesić rolę klienta gimnastyki aerobowej, tak lekarz – fachowiec od usuwania przyczyn choroby – nie może wejść w rolę trenera *fitness* – znawcy sposobów doskonalenia zdrowia – po wyjściu pacjenta z choroby. Żaden też lekarz nie zastąpi nauczyciela zdrowia, choć od lekarza oczekuje się wypełniania zadań edukacyjnych, a nauczyciel zdrowia – zobowiązany do nauczania wzorów i norm kultury medycznej – nie może zajmować się leczeniem. Przykładów łączności „światów” i komplementarności ról społecznych można podać więcej. Interesujące poznawczo są zwłaszcza relacje graniczne między kulturą rehabilitacji gimnastycznej a kulturą rehabilitacji medycznej. Z pewnością jedna rzeczywistość nie jest sprowadzalna do drugiej, jak i jedna drugiej zastąpić bądź wykluczyć nie może. Mimo to w praktyce społecznej działacze rehabilitacji postępują tak, jakby chcieli zwalczać się nawzajem. Tymczasem

fachowiec rehabilitacji gimnastycznej jest niezastąpiony sprawczo, na mocy posiadanych kompetencji sprawnościowo-ruchowych, a działacz rehabilitacji medycznej zaprzeczyłby sobie, gdyby wyzbył się kompetencji ordynacyjnych w ustalaniu programu znośzenia dysfunkcji cielesnej pacjenta. Jeden bez drugiego obyć się nie może. Niby dlaczego miałby, skoro łączy ich to samo doświadczenie, jakim jest utracona doskonałość cielesnej własności osoby pacjenta oraz ten sam cel – przywrócenie pacjentowi upelnomocnień cielesnych i sprawnościowych adekwatnych do zadań roli społecznej.

Co więc różni świat kultury fizycznej od świata kultury medycznej? Różnice są zasadnicze. Po stronie działacza dotyczą: metod społecznego wpływu w przypadku wzorów formacji cielesnej osoby zdrowej oraz biotechnicznych w przypadku osoby chorej. Od działaczy kultury fizycznej (instruktora *fitness*, kierownika ćwiczeń gimnastycznych żołnierza, trenera zdrowia, kosmologa, trenera sportu, trenera cyrkowca, nauczyciela tańca, animatora rekreacji, rehabilitanta) grupy społeczne oczekują kwalifikacji fachowych – zazwyczaj na poziomie zawodowych umiejętności. Od działaczy kultury medycznej, z wyjątkiem służb pomocniczych, grupy społeczne oczekują nie tylko kwalifikacji akademickich, lecz także ciągłego ich doskonalenia w zakresie biotechnologicznej specjalności. Jak dopuszcza się, by trener sportowca mógł być działaczem niewykształconym akademicko (często trener czynny jest kursantem), tak nie do pomyslenia jest, by lekarz kształcił się inaczej niż uniwersytecko.

Donioślejsze jednak różnice zauważalne są po stronie *kresu*. Jak uczestniczenie w kulturze fizycznej zakłada pełną niezależność osoby doskonalącej swoje ciało, według zasady „jesteś wolny w postanowieniach, czyni ciało według swego wyobrażonego ideału fizyczności”, tak uczestniczenie w kulturze medycznej w roli pacjenta zakłada uprzedmiotowienie osoby, co wynika z samego faktu jej chorobowego zniewolenia. Leczenie dokonuje się według zasady „twoja choroba cielesna jest usuwalna za moją – lekarza przyczyną”. Oczywiście lekarz zakłada podmiotowość pacjenta w przyczynowym po-

stępowaniu samo-zwrotnym. Obowiązkiem pacjenta jest czynne uczestniczenie w znoszeniu przyczyny choroby. I który lekarz współcześnie zaznajomiony z psychologicznymi teoriami podmiotowej samo-skuteczności* nie zechce włączyć pacjenta w samoleczenie na drodze wzbudzania w nim woli samostanowienia?

Czynności *uczestnika* kultury fizycznej są w ostatniej instancji niespołeczne. Jako zobowiązanie względem siebie są podejmowane w decydującej fazie procedury cielesnej formacji bez udziału *kierownika*. Bywa, że raz na całe życie pouczony przez swego nauczyciela zdrowia, sam sobą kieruje, zdobywając niezbędną wiedzę praktyczną. W większości przypadków osoby uczestniczące w kulturze fizycznej są kierowane przez wyspecjalizowanych działaczy – trenerów. Ostatecznie jednak, każdy uczestnik kultury fizycznej zostaje sam na sam z sobą, jako samotnik cierpiący w działaniu – oddalony od swego kierownika.

FUNKCJA SPOŁECZNA SYSTEMU MEDYCZNEGO I PROZDROWOTNEGO

Obydwa systemy: kultury fizycznej i kultury medycznej – jako przedmiotowo uwikłane w tę samą, substancjalną cielesność człowieka – są przechodnimi wobec wszystkich innych systemów uczestnictwa w kulturze. Są systemami czynności niespołecznych formacji cielesnej: reanimacyjnej – przywracającej życie, rewitalizacyjnej – przywracającej zdrowie, rehabilitacyjnej, rekreacyjnej i kreacyjnej – nadającej ciału wzór zgodny z rolą społeczną sfery prywatnej, publicznej i zawodowej, o własnych wzorach kultury społecznej. Ich *przechodność* wyjaśnia się przydawaniem nowych bądź odnowionych doskonałości cielesnych osobie uczestniczącej w perspektywie jej udziału w wyższych systemach społecznego uczestnictwa. Jak klient *fitness* opuszcza środowisko klubu, by wró-

* Mam na myśli zwłaszcza „zbiory” teoretyczne personalistycznej antropologii filozoficznej, w których pacjent jest pokazywany jako samolecząca osoba, powodowana rozumnością i wiarą w sens życia [4].

cić do zadań społecznych, sportowiec kończy cykl treningowy w sali, by podjąć wyzwanie stadionowe konkurenta, tak pacjent opuszcza szpital, by powrócić do zawieszonych ról społecznych.

ZALEŻNOŚĆ WYKONYWANIA RÓL SPOŁECZNYCH OD UCZESTNICTWA W KULTURZE FIZYCZNEJ

Systemy czynności kultury fizycznej (cielesnej) są przechodnimi wobec systemów uczestnictwa w kulturze bytu i kulturze symboli. Czynności kreacji, re-kreacji i rehabilitacji cielesnej, normatywnie i aksjologicznie pomyślane, czyli kulturowo „opieczętowane”, wyznaczają udział w systemach społecznych wyższego rzędu. Wyzwalają udział w rolach społecznych dzięki temu, że przydają doskonałości cielesnej osobie uczestniczącej w zakresie niezbędnym do jej wykonania. Funkcja czynności formacji cielesnej jest przechodnia w tym znaczeniu, że ich wynik sprawczy dopuszcza do roli społecznej; przechodzi na nią jako niezbywalny składnik możliwości kompetencyjnej osoby działającej. Podobnie jak powzięta wiedza „[...] dopuszcza do roli społecznej, do której człowieka niewykształconego w tej dziedzinie środowisko społeczne nie dopuszcza”^{*}.

Możliwe jest jednak, że kreujący swoje ciało człowiek poprzestaje na zachowaniu wyniku swego działania „w sobie”, po to by czerpać z niego przyjemność. Ale i wtedy wynik jego sprawstwa przechodzi na rolę społeczną hedonisty wobec siebie samego (hedonizm dla siebie przez siebie – jak u ekstremalnych wyczynowców, żądnych doznań zmysłowych, czy hedonisty przez hedonistę, jak u „flirciarzy” seksualnych).

Im bardziej wykonanie roli społecznej zależy od substancjalnych właściwości ciała, jak u górnika, murarza, wokalisty, chirurga, gospodyni domowej, tancerza, cyrkowca, kulturyisty czy sportowca, tym donioślejsza staje się:

- 1) poprzedzająca podjęcie roli społecznej czynność kulturowa *kreacji* cielesnej – przydająca ciału doskonałości biotycznej, witalnej i utylitarnej;

- 2) następująca po zakończeniu zadań roli społecznej czynność kulturowa *rekreacji* cielesnej – przywracająca ciało utraconą doskonałość utylitarną, powstałą w wyniku zmęczenia organicznego;
- 3) następująca po nagłym wykluczeniu z zadań roli społecznej czynność kulturowa rehabilitacji cielesnej – przywracająca ciału utracone właściwości i sprawności – niezbędne w ponowionych lub zmienionych zadaniach ról społecznych.

Im bardziej natomiast wykonanie roli społecznej zależy od duchowych i umysłowych przypadłości osoby, jak u kapłana, myśliciela, poety, naukowca-teoretyka, literata, tym mniej doniosłe staje się doskonałenie cielesne tej osoby. Indywidualnie może ono zanikać lub w najlepszym razie ograniczać się do doraźnych czynności prewencji higienicznej i stosownych do przyjętego obyczaju kreacji estetycznych.

Z tych powodów czynności kultury fizycznej: kreacyjne, rekreacyjne i rehabilitacyjne poprzedzają czynności kulturowe danego systemu społecznego uczestnictwa bądź następują po nich. Kultura fizyczna jako system czynności unormowanych łączy się ze wszystkimi systemami kulturowymi dzięki temu, że jej uczestnik wnosi do roli społecznej sprawności i właściwości cielesne, ułatwiające lub w ogóle umożliwiające bezwarunkowo jej wykonanie.

NAUKI O KULTURZE REHABILITACJI CIELESNEJ

Z poznawczego punktu wiedzenia zadanie naukowego rozpoznania społecznego wymiaru kultury fizycznej przypada socjologii kultury fizycznej, wzorów i norm kulturowania cielesności (samego jej „jądra” ontycznego, jakie tworzą historycznie zmienne wzory uprawy ciała) zaś – antropologii kultury fizycznej. To ogólne rozstrzygnięcie może okazać się pomocne przy ustalaniu ram naukowych systemu kultury rehabilitacji ruchowej.

Niewątpliwie, systemowi rehabilitacji przez gimnastykę też jakaś nauka „przy-

* O tej zależności pisze F. Znaniński [5, s. 527].

sługuje”, a raczej – jakaś nauka musi ją legitymizować. W myśl zasady, że każdy obszar kulturowej rzeczywistości jest wart swej nauki. Byłych *teoretyków rehabilitacji ruchowej* – kimkolwiek są z nazwy obecnie jako uczeni – należy zatem pytać podobnie: o stosunek ich *teorii* do socjologii zdrowia i medycyny oraz innych nauk społecznych (stosownych subdyscyplin psychologii), humanistycznych (stosownych subdyscyplin filozofii, etyki, bioetyki i pedagogiki) oraz nauk praktycznych (stosownych bio- i socjotechnologii); zwłaszcza o to zapytać – po utworzeniu *wydziałów fizjoterapii* (dlaczego nie *rehabilitacji ruchowej*) jako samodzielnych jednostek akademickich (z uprawnieniami do nadawania stopni naukowych) – jaka dyscyplina naukowa może legitymizować, ich zdaniem, terapię typu *kinezy* (w żadnym razie terapii typ *fizjo*) jako system społeczny „naprawy fizyczności” pacjenta. Dotkliwy brak wypowiedzi *akademickich fizjoterapeutów* jako *kinezyterapeutów* (tych od gimnastyki leczniczej) w sprawie ich samookreślenia naukowego – innego oczywiście wobec istniejących nazw nauk medycznych – osłabia ich pozycję w niekończących się sporach kompetencyjnych z technologami rehabilitacji medycznej, ortopedami czy chirurgami narządu ruchu. Po zlikwidowaniu *teorii fizjoterapii* (jako *wiedzy-bez-nauki*) nie wykorzystano naukotwórczo wolnej przestrzeni, by proklamować – w oparciu o uniwersalny słownik nazw nauk o kulturze – nazwę „nauki o rehabilitacji ruchowej” (adekwatną wobec „starego” przedmiotu poznania). Tymczasem, gdyby uznać, że przedmiotem tym są kulturowo unormowane czynności kreacji cielesnej pacjentów *samozwrotnie* usposobionych – za sprawą terapeuty – w naprawie ich własnej fizyczności (poprzez czynności ćwiczeń ruchowych o funkcji rekonstruującej witalną fizyczność pacjenta), to nic nie stałoby na przeszkodzie, by tym faktem społecznym – scalonym z czynności, stosunków i ról obydwu podmiotów – mogła rozporządzać naukowo *socjologia (kultury) rehabilitacji ruchowej* – podstawowa nauka teoretyczna o kulturze rehabilitacji cielesnej. Nauka, dla której empirycznym uzasadnieniem są zinstytucjonalizowane role społeczne rehabilitacyjnej formacji cielesnej.

Dalszym ciągiem tego przewrotu naukotwórczego powinno być równie śmiało ustanowienie filozofii rehabilitacji fizycznej jako subdyscypliny, filozofii kultury fizycznej oraz rozwinięcie subdyscyplinowe humanistyki w zakresie aksjologii i etyki normatywnej. Wreszcie, niezwykle ważne rozstrzygnięcie naukotwórcze – konstytutywne dla *wydziału rehabilitacji ruchowej* (w żadnym razie *fizjoterapii*) jako jednostki naukowej niezależnej – musi odnosić się do nazwy nauki praktycznej o rehabilitacji ruchowej. I w tym przypadku należy posłużyć się istniejącym kodem nazewniczym nauki uniwersalnej, w którym projektującej funkcji nauki o rehabilitacji fizycznej odpowiadać może nazwa *pedagogiki rehabilitacji ruchowej* jako subdyscypliny pedagogiki rewalidacyjnej oraz nazwa ogólniejsza – *prakseologii rehabilitacji ruchowej*.

I znowu, u podstaw tego rozstrzygnięcia znajduje się unormowana kulturowo czynność rehabilitacyjnej kreacji cielesnej (wyróżniająca się w relacyjnym sprzężeniu roli pacjenta z rolą rehabilitanta gimnastyki leczniczej). Jest ona wystarczającym faktem kulturowym, by można było uczynić z niej przedmiot poznania naukowego – w oparciu o racjonalność teoretyczną *socjologii (rehabilitacji ruchowej)* oraz racjonalność normatywną humanistyki jako *filozofii i pedagogiki rehabilitacji ruchowej*; a także – w oparciu o racjonalność projektującą nauki praktycznej – jako technologii rehabilitacji ruchowej.

W świetle tych nazewniczych rozstrzygnięć – zachęcających do wszczynania naukotwórczych procedur – jaśniej widnieje: a) akademicka droga absolwenta wydziału, która prowadzić może jedynie ku jego niemedycznej naukowości, oraz b) zawodowa kariera praktyka *rehabilitacji ruchowej* – sprwadająca się do stosowania niemedycznych – czyli w głównej mierze społecznych metod wpływu na cielesność pacjenta, przynależnych zakresowo do kultury gimnastyki rehabilitacyjnej, a nie kultury rehabilitacji medycznej.

Najważniejsze samoograniczenie naukowości *wydziału rehabilitacji ruchowej* wyrażałoby się w uznaniu za jedynie możliwą jej legitymizacji przez dwie nauki praktyczne: *technologię i pedagogikę rehabilitacji fi-*

zycznej. Mówiąc inaczej, absolwent wydziału miałby prawo: a) podawać się za *pedagogą rehabilitacji ruchowej (kinezyterapii)* – dzięki czemu nie byłby dla pacjentów żadnym *magistrem rehabilitacji* tylko *nauczycielem rehabilitacji* – oraz b) zajmować się pracą naukową jedynie jako *pedagog (technolog) rehabilitacji fizycznej* – dzięki czemu nie śniłby więcej o *medykalizacji* swej naukowej *figury*.

Wybór innej dyscypliny nauki niż macierzystą wymagałby od niego dodatkowych kwalifikacji. *Pedagog rehabilitacji ruchowej* musiałby wykazać się dyplomem ukończenia drugiego i kolejnego wydziału, gdyby zmierzał do akademickiej kariery na wydziale macierzystym w innej nauce. Musiałby ukończyć dodatkowo socjologię, gdyby zamierzał poświęcić się rozwijaniu socjologii rehabilitacji ruchowej, czy etykę, gdyby planował pracę naukową jako etyk rehabilitacji ruchowej lub fizjologię, biochemię, antropologię fizyczną itd., gdyby chciał wyjaśniać wpływ aktywności ruchowej pacjenta na jego organizm.

Kiedy czytam projekt taksonomii nauki polskiej, w którym *rehabilitacja ruchowa* pacjentów traktowanych klinicznie miałaby rozwiązywać zadania badawcze nauk o człowieku – od biochemii (biofizyki i genetyki brak), fizjologii, po biomechanikę (antropologii fizycznej – brak), to pytam, jakim prawem magister rehabilitacji ruchowej – aspirujący do roli uczonego – miałby wchodzić na obszary teorii nauk przyrodniczych. Czy tym tylko prawem, że wysłuchał kilkunastu godzin wykładu podręcznikowego z każdej z tych nauk i odbył może od 100 do 200 godzin ćwiczeń z *ludzkiej przyrody*? Jeśli tak było, to żaden absolwent wydziału rehabilitacji ruchowej nie może sobie tego prawa uzurpować, nawet gdyby wykazywał się wybitnymi osiągnięciami *studenckiego kółka przyrodniczych pasji*. Musiałby ukończyć wobec tego specjalny wydział jego pasji naukowo-przyrodniczej – od (bio)fizyki po bioantropologię – i stanąć następnie do konkursu na stanowisko asystenckiego prymusa w *katedrze* swego marzenia.

Poszerzenie zakresu poznania teoretycznego czynności rehabilitacyjnej kreacji cielesnej o jej medyczny przejaw, czyli czynności biotechnicznej interwencji (a zapośredniczonej zawsze w jakiejś, choćby resztkowej

relacji społecznej) – na gruncie socjologii byłoby i uprawnione, i wskazane. Jednakże na gruncie naukowo-praktycznym mogłoby prowadzić do sporów o kompetencje i zarzutów ze strony technologów rehabilitacji medycznej (klinikistów) – skądinąd słusznych – kierowanych do pedagogów rehabilitacji ruchowej o naruszanie pola badawczego medyków. Spór trwa odwiecznie na dwóch płaszczyznach: a) codziennej, rutynowej praktyki rehabilitacyjnej między lekarzami – fizjoterapeutami a kinezyterapeutami („tymi” od gimnastyki leczniczej) oraz b) naukowej pomiędzy technologami rehabilitacji medycznej (klinikystami) a technologami rehabilitacji ruchowej.

Przedmiot sporu między praktykami jest bardzo prozaiczny i wynika zazwyczaj z niechęci podporządkowania się rehabilitantów ruchowych decyzjom lekarzy – ordynujących terapię, a więc zlecających jej wykonanie w hierarchicznym porządku. Co bywa odbierane przez gimnastów leczniczych jako zamach na ich niezależność decyzyjną czy nawet pomniejszanie ich prestiżu w oczach pacjentów. Spór może być zniesiony, pod warunkiem że obie strony rozumieją, iż z socjologicznej perspektywy różnica między rolami lekarza i kinezyterapeuty jest doniosła i wynika ze zgoła odmiennego posługiwania się w działaniu sprawczym repertuarem metod wpływu na pacjenta: biotechnicznym ze strony rehabilitanta medycznego oraz społecznym ze strony gimnasty. Pierwszy jest bardziej „ordynatorem i operatorem” – kiedy przepisuje i zleca komuś terapię lub sam zlecenie podejmuje, a drugi „instruktorem” i „nauczycielem” – kiedy wyznacza czynność oraz wzwyczają do jej samodzielnego wykonania z sensem. Obydwaj znają się na czymś innym (a jedno i drugie jest ważne w rehabilitowaniu pacjenta – na zasadzie komplementarnej). Nie zmienia to faktu, że postępowanie gimnasty zawsze następuje po rozpoznaniu i interwencji lekarza; jest więc zawsze wtórne, co może wywoływać złudzenie jego niższej pozycji zawodowej.

W trwającym od pokoleń sporze znawcy rehabilitacji ruchowej zdają się nie zauważać, że w usprawnianiu fizyczności pacjenta oraz doprowadzaniu go do społecznej normalności przysługuje im jedynie posługi-

wanie się metodą społecznego wpływu. Na planie aktywności naukowej pedagog i technolog rehabilitacji ruchowej miałby zatem prawo do projektowania i szacowania metod społecznych postępowania sprawczego. Złożoność i różnorodność przypadków, jakie wymagają interwencji kinezyterapeutycznej, wyraża się w metodach społecznego wpływu. Dotyczą one:

- A) przypadków klinicznych, w których uczestnikami kultury gimnastycznej są pacjenci leczenia ortopedycznie, kardiologicznie, neurologicznie, onkologicznie, ginekologicznie czy pediatricznie. W odniesieniu do kultury rehabilitacji ruchowej pacjentów leczonych klinicznie nauką jej legitymizacją na wydziale rehabilitacji ruchowej (uczelni niemedycznej) może być wyłącznie – na płaszczyźnie nauk praktycznych – *pedagogika i andragogika rehabilitacji ruchowej osób leczonych klinicznie*;
- B) przypadku osób niepełnosprawnych, w których uczestnikami kultury fizycznej są sportowcy. Nauką legitymizacją wydziału rehabilitacji ruchowej może być wyłącznie – na płaszczyźnie nauk praktycznych – *pedagogika sportu osób niepełnosprawnych*;
- C) przypadku niepełnosprawności fizycznej osób upośledzonych umysłowo, w którym uczestnikami kultury fizycznej są uczniowie. Nauką legitymizacją wydziału rehabilitacji ruchowej może być wyłącznie – na płaszczyźnie nauk praktycznych – *pedagogika kultury fizycznej adaptowanej*;
- D) przypadku niepełnosprawnych ruchowo i upośledzonych umysłowo uczestników terapii zajęciowej – włączanych do uczestnictwa w gimnastyce usprawniającej. Nauką legitymizacją wydziału rehabilitacji ruchowej może być wyłącznie – na płaszczyźnie nauk praktycznych – *pedagogika kultury fizycznej specjalnej*.

Jak widać, wydział rehabilitacji ruchowej jest legitymizowany naukowo subdyscyplinami pedagogiki kultury fizycznej, co jest konsekwencją uznania czynności rehabili-

tacji ruchowej za odmianę czynności kreacji cielesnej – danych i zadanych osobie pacjenta (fizycznie niesprawnego i przez to wyłączonego ze społecznego życia) – jako poczynanie świadome wobec siebie samego. Ujmowanie czynności kreacyjno-rehabilitacyjnej pacjenta jako zależnej przyczynowo od czynności inicjacyjnych kinezyterapeuty (gimnastyki lecznictwa) pozwala je dostrzec jako unormowany układ dynamiczny, spełniający się podług określonego wzoru kulturowego oraz – patrząc szerzej – modelu ideologicznego społeczeństwa, w którego obrębie i na którego rzecz jest on zawiązywany przez obie strony. Rehabilitacja ruchowa jako współzależna czynność kreacji cielesnej pacjenta jawi się zatem jako zjawisko wybitnie społeczne – inicjowane, inspirowane i kierowane przez terapeutę metodami wychowawczego wpływu. Co więcej, staje się owa czynność – *rehabilitacji przez kulturę czynności gimnastycznej* – tym bardziej tożsama wychowaniu, im bardziej kinezyterapeuta wyzwala pacjenta ku jego podmiotowości (dokładnie, jak czyni to nauczyciel wobec ucznia), na drodze wzbudzenia w nim chęci do *samozwrotnego* usprawniania fizycznego (*samorehabilitowania*). Dalsze podobieństwo czynności rehabilitacyjnej wobec czynności wychowania cielesnego dotyczy jej funkcji społecznej. W obydwu przypadkach chodzi o doprowadzenie osoby edukowanej i rehabilitowanej do stanu społecznej samodzielności.

Z naukowego punktu widzenia obydwu czynnościom „przypisana” jest racjonalność teoretyczna socjologii (wychowania fizycznego i rehabilitacji ruchowej), a z naukowo-praktycznego – racjonalność projektująca dydaktyki oraz racjonalność normatywna pedagogicznej humanistyki. Oto dlaczego *pedagogika rehabilitacji ruchowej* (w jej szczególnych odmianach) powinna zostać uznana przez społeczność akademickie wydziałów rehabilitacji ruchowej za jedynie możliwą, bo macierzystą reprezentantkę ich naukowości. Uzurpacje medyczne uczonych tego wydziału – wyrażające się: a) medycyzacją procedur w samym kształceniu studentów *gimnastyki leczniczej*, b) nasycaniem kinezyterapii technikami typu *fizjo- i fizyko-* oraz c) zawłaszczaniem pola nauk o człowieku przez badaczy kinezyterapeutów (po-

zbawionych kompetencji teoretycznych w zakresie bioantropologii – potwierdzonych dyplomem drugich studiów) – mogą okazać się groźne dla ich naukowej niezależności.

Już dzisiaj uczeni – lekarze reprezentujący kliniczną rehabilitację medyczną znoszą rehabilitację ruchową w wykazach – jak na razie – nazw nauk medycznych. *Pedagogika rehabilitacji ruchowej* nie może być jednak przez nich zniesiona, ponieważ o statusie tej nauki praktycznej mogą decydować jedynie humaniści nauk o kulturze fizycznej. A klinicyści medycyny rehabilitacyjnej o tyle są humanistami, o ile w zaciszu domowym zajmują się pisaniem poezji. A i z kulturą fizyczną mają o tyle coś wspólnego, o ile biegać po zdrowie potrafią. Raporty o stanie zdrowia elit intelektualnych w Polsce nie wskazują na lekarzy – kimkolwiek z zawodu są – jako grupę społeczną, która świeciłaby przykładem prozdrowotnej poprawności. Zdrowy lekarz biegający po zdrowie – to rzadkość. Trzeba jednak sprawiedliwie oddać lekarzom nowocześnie oświeconym, że to im europejska kultura winna jest pamięć wdzięczności za uzasadnienie funkcji gimnastyki leczniczej w rewalidacji społecznej pacjenta. Bez udziału lekarzy klinicznie „usposobionych” świat nigdy by się nie dowiedział o znaczeniu ruchowych czynności gimnastycznych w znoszeniu niesprawności ruchowych oraz usuwaniu defektów cielesnych na drodze społecznego wpływu na pacjenta. Aparat ruchowy pacjenta można operować chirurgicznie i nastawiać ortopedycznie; można też jednak zmieniać (dys)

funkcję ruchowych struktur na drodze włączenia pacjenta w proces jego samozwrotnej kinezyterapii (ćwiczeniem ruchowym na sprawność ruchową). Kultura rehabilitacji ruchowej jest niewątpliwym osiągnięciem oświeconych myślą teoretyczną lekarzy, jednakże naukowe projektowanie jej nowych wzorów dyrektywalnych, metod nie-rutynowych po prostu, należy do empiryków pedagogiki rehabilitacyjnej.

Wynika z tych analiz, że nauki o rehabilitacji ruchowej są analogiczne do nauk medycznych, a to znaczy, że jednych nie można sprowadzić do drugich, ani tym bardziej wykluczyć ich arbitralnie z rejestrów taksonomicznych. Jeżeli więc kultura rehabilitacji cielesnej ma doczekać się naukowej legitymizacji po utracie rzeczony *teorii* – należy czym prędzej zrehabilitować ją samą na oczach świata medycznej nauki; bogata w osiągnięcia i zasługi dziedzina kultury fizycznej niczym sobie nie zasłużyła na naukowe sieroctwo. I nie znam takiej dziedziny kultury, która nie byłaby przedmiotem naukowego i filozoficznego poznania.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Dogiel G., *Metafizyka*, ITKM, Kraków 1992.
- [2] Krąpiec M.A., *Ja – człowiek*, KUL, Lublin 2005.
- [3] Marquard O., *Rozstanie z filozofią pierwszych zasad*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1994.
- [4] Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- [5] Znaniecki F., *Społeczne role uczonych*, PWN, Warszawa 1986.