

*Andrzej Kapusta*  
Instytut Filozofii  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

## **Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby**

**Abstrakt.** Celem artykułu jest zbadanie obiektywności języka medycyny na przykładzie pojęcia choroby. Autor omawia różnice między chorobą a doświadczeniem choroby, stawia pytania o filozoficzny status pojęcia choroby, szczególnie w odniesieniu do modelu biomedycznego i humanistycznego. Następnie przedstawia spór między realizmem a antyrealizmem w kwestii wyjaśnienia natury chorób. Autor zastanawia się nad możliwością pogodzenia dualizmu faktów i wartości w kwestii statusu pojęcia choroby.

**Słowa kluczowe:** choroba, filozofia medycyny, realizm i antyrealizm medyczny, fakty i wartości w medycynie

## **Objectivity Problem in the Medicine Exemplified by the Concept of Disease**

**Abstract.** This article aims to examine the objectivity of the language of medicine illustrated by the concept of disorder. The author discusses differences between the disease and the experience of illness, raises questions about the status of philosophical concepts of disease, particularly in relation to biomedical and humanistic model. He then presents the dispute between realism and anti-realism in medicine. The author reflects on the possibility of reconciling the duality of facts and values in the discussion about the status of the concept of disease.

**Keywords:** disease, philosophy of medicine, medical realism and anti-realism, facts and values in medicine

## **Wprowadzenie**

Pojęcie obiektywności w naukach medycznych wiąże się ze statusem medycyny jako aktywności naukowo-teoretycznej. Zwolennicy naukowego statusu medycyny widzą w możliwości obiektywnych badań i praktyki klinicznej długo oczekiwany cel i przejaw jej postępu. Przeciwnicy dostrzegają ograniczenia modelu biomedycznego, wskazując na nieuchronną obecność w praktyce i badaniach klinicznych wiedzy ukrytej oraz fakt jej społeczno-językowego zakorzenienia.

W artykule chciałbym wskazać na konsekwencje rozwoju ideału medycyny jako nauki obiektywnej i jego ograniczenia, na które wskazują badania prowadzone przez nauki społeczne i filozofię medycyny. Omówię na przykładzie pojęcia choroby dwa współcześnie dyskutowane w ramach filozofii medycyny modele oraz przedstawię poglądy na temat statusu pojęcia choroby w dyskusjach teoretycznych. Chciałbym szczególnie skoncentrować się na pytaniu, czy symptomy chorobowe

rzeczywiście odzwierciedlają leżącą u ich podstaw strukturę świata i stanowią rodzaj naturalny, czy też są efektem porządkowania symptomów zgodnie z różnorodnymi, subiektywnymi kryteriami? Centralny spór w filozofii medycyny dotyczy sposobów wyjaśniania obiektów „medycznych”.

## 1. Czy pojęcie choroby jest nam potrzebne?

Zacznę od refleksji na temat użyteczności pojęcia choroby w teorii i praktyce medycznej oraz od wątpliwości co do sensowności zajmowania się tym problemem z perspektywy teoretycznej. Germund Hesslow (Hesslow 1993) podkreśla, że pojęcia zdrowia i choroby nie funkcjonują bezpośrednio w teoriach medycznych (szczególnie biomedycznych) i trudno jest wskazać na jakieś prawa i generalizacje łączące chorobę jako pojęcie wyższego rzędu z istotnymi zmiennymi i odkryciami empirycznymi. Funkcje, jakie można przypisać „zdrowiu” i „chorobie” mają raczej charakter pozateoretyczny, nie związany bezpośrednio z medyczną aktywnością naukowo-badawczą. Trudno bowiem wskazać na naukowe prawa nozologii, natomiast istnieją zasady o charakterze moralnych i legalnym związane z interwencją medyczną lub odpowiedzialnością za dokonane działania pacjenta (albo ich brak). Hesslow prezentuje następujące przykłady takich sytuacji:

- rozpoznanie choroby jest warunkiem uzasadnionej interwencji medycznej (chyba, że mamy np. do czynienia z medycyną estetyczną czy sportową lub chorobami, które nie wywołują poważnego dyskomfortu pacjenta);
- zaklasyfikowanie stanu jako chorobowego jest podstawą do pokrycia kosztów leczenia przez firmy ubezpieczeniowe;
- obecność choroby zwalnia pacjentów z obowiązków służbowych i niesie w konsekwencji moralny i prawny obowiązek pomocy/wsparcia takiej osoby;
- wiele chorób (szczególnie psychicznych) zwalnia pacjenta z prawnej odpowiedzialności za własne czyny.

W wymienionych przypadkach Hesslow podważa konieczność używania ścisłej i konsekwentnej definicji choroby, wskazując na szereg okoliczności stosowania dodatkowych klauzuli, aby stosować zabiegi medyczne pomimo braku faktycznej diagnozy chorobowej (np. ubezpieczenia dotyczące zachowań ryzykownych w postaci uprawiania sportów ekstremalnych). Czy rzeczywiście nie potrzebujemy definicji „choroby” a pojęcie choroby nie odgrywa żadnej większej roli w teorii i praktyce klinicznej? Czy jest ono jedynie w centrum zainteresowania filozofów nauki i filozofów medycyny lub badaczy społecznych, natomiast znajduje się na marginesie zainteresowań klinicystów i badaczy medycznych? Powyższy sceptycyzm wobec sensowności badania pojęcia choroby wydaje się nieco przesadny. Jednakże stanowi dobry pretekst do ukazania specyfiki wiedzy medycznej oraz modeli, jakie funkcjonują w ramach filozofii medycyny. Tego rodzaju omówienie

może spotkać się z zarzutem abstrakcyjnych rozważań na temat filozoficznych aspektów medycyny. Z drugiej strony pozwala lepiej zrozumieć naturę teoretycznych sporów w filozofii medycyny.

## 2. Choroba a doświadczenie choroby

Spór o obiektywny charakter medycyny i jej pojęć pojawia się na poziomie podstawowych uściśleń pojęciowych. W języku angielskim funkcjonuje pojęcie choroby – *disease* oraz doświadczenia choroby/chorowania/dolegliwości – *illness*. Pojęcie choroby (jako *disease*) może być zidentyfikowane w wyniku naukowych poszukiwań i klinicznej diagnostyki. W ten sposób wydaje się mieć charakter bardziej realny i obiektywny. Choroba jako *disease* charakteryzuje się zaburzeniami struktury czy funkcji organów lub całego organizmu. Z kolei choroba jako *illness* dotyczy całościowego doświadczenia pacjenta, któremu towarzyszą zmiany w doświadczeniu własnej cielesności i złe samopoczucie.

Pojęcie choroby tradycyjnie zyskało dwa ujęcia – ontologiczne i fizjologiczne (Canguilhem 2000; Stempsey 2000). Podejście ontologiczne koncentruje się na czynniku wywołującym zaburzenia (patogen, wirus, pasożyt, bakteria) wkraczających do ciała nosiciela i wywołujących określony stan chorobowy. Koncepcja fizjologiczna stara się nie traktować choroby jako zewnętrznego obiektu, którym niczym demon wkracza do ciała pacjenta. Podkreśla możliwość jej wyjaśnienia w kategoriach fizjologicznego funkcjonowania organizmu. Jak powiada Engelhardt (1975, 131) choroby „mają charakter bardziej kontekstualny niż substancjalny, są bardziej rezultatem indywidualnej konstytucji, praw fizjologii, i właściwości środowiska, niż rezultatem chorobowej tożsamości” (Engelhardt 1975, 131). Jeżeli choroba jest odejściem od normy funkcjonalnej, wysiłek jej definiowania koncentruje się na ustaleniu charakteru tej normy. Można odwoływać się do gatunkowego *designu* (biologicznego wyposażenia) ustalanego również statystycznie (koncepcja biostatystyczna Boorse’a). Koncepcja Boorse’a (Boorse 1995; Kapusta 2013, 2014) poszukuje obiektywnego, naukowego opisu choroby, jednocześnie zdając sobie sprawę z jej subiektywnego i wartościującego wymiaru przyjmującego postać bolesnego doświadczenia i cierpienia pacjenta. Biologiczne podejście stara się również zakorzenić pojęcie normy w ewolucyjnie pojmowanej dysfunkcji. W tym przypadku kładzie się szczególny nacisk na obecność mechanizmów adaptacyjnych, a chorobę traktuje jako rodzaj nieodpowiedniego dostosowania do środowiska. Gorączka jest nie tylko symptomem chorobowym, lecz także mechanizmem adaptacyjnym chroniącym ciało przed czynnikami infekcyjnymi. W dzisiejszych badaniach dotyczących natury procesów chorobowych wskazuje się również na czynniki genetyczne traktowane jako efekt mutacji, defektu lub braku odpowiedniej sekwencji genowej. Większość chorób ma charakter poligenetyczny z istotnym udziałem czynników środowiskowych. Podejście biomedyczne

jest na ogół krytykowane za nieuwzględnianie społecznego i kulturowego kontekstu choroby. Doświadczenie chorobowe uwzględnia wartości pacjenta i jego otoczenia, co z pozycji naturalistycznych traktowane jest jako zarzut. Obecność wartości i elementu oceniającego w definiowaniu i diagnozowaniu choroby uznawana jest często jako przykład nieokreśloności, a nawet nienaukowości samego pojęcia (Fedoryka 1997). Tego rodzaju klasyczną naturalistyczną perspektywę próbuje przewyciężyć Bill Fulford (Fulford 1989). Podkreśla, że pojęcie choroby nie ma charakteru faktualnego, lecz głęboko ewaluacyjny. Pojęcie doświadczenia chorobowego (*illness*) jest dla niego czymś bardziej pierwotnym niż pojęcie choroby (*disease*). Choroba jest ostatecznie traktowana jako niepowodzenie w działaniu, a nie rodzaj biologicznej dysfunkcji. Przejawia się w negatywnym doświadczeniu, które na ogół poprzedza diagnozę kliniczną. Doświadczenie pacjenta jest szczególnie mocno akcentowane w podejściu fenomenologicznym (Svenaeus 2000, 2001; Kapusta 2014)

### 3. Filozoficzne spory o status choroby

Filozofia medycyny analizuje zjawiska zdrowia i choroby w szerszym kontekście teoretycznym (Sak 2012). Nasze poglądy na temat świata natury i świata społecznego kształtują charakter modeli medycznych oraz teorię i praktykę kliniczną. Odmienne postawy światopoglądowe, czyli rozstrzygnięcia w sprawach fundamentalnych, niosą ze sobą odmienne rozumienie takich pojęć jak „ciało”, „pacjent”, „terapia”, „przyczynowość” oraz „choroba”. Aby opisać modele medyczne należy zastosować złożoną siatkę pojęciową. Marcum (2008) przeciwstawia sobie zasadniczo dwie grupy pojęć, które pozwalają mu zestawić ze sobą istotne cechy modelu biomedycznego oraz humanistycznego (holistycznego). Pojęcia funkcjonują na zasadzie kontrastu: monizm mechanistyczny – dualizm/holizm, redukcjonizm – emergentyzm, fizykalizm (materializm) – organicyzm.

We współczesnej literaturze często napotykamy rekonstrukcję modelu biomedycznego i humanistycznego (Sak 2012; Stempsey 2000; Nordenfelt 1987). Lekarz może, najczęściej nieświadomie, przyjmować odpowiednie postawy czy założenia metafizyczne wobec różnych medycznych tożsamości takich jak np. pojęcie choroby lub pacjenta. Model biomedyczny jest kojarzony z mechanicznym monizmem, który wyjaśnia wszelkie zjawiska w kategoriach fizykalnych (materialistycznych). Świat, a szczególnie ludzkie ciało jest złożonym mechanizmem, który funkcjonuje jak maszyna, przenosząc siły, ruch i energie z jednego miejsca na drugie. Zgodnie z metaforą ciała jako maszyny pacjent stanowi dla medycyny zbiór części i specyficznych funkcji. Monizmowi przeciwstawia się podejście dualistyczne kojarzone z medycyną humanistyczną, które obok ciała wskazuje jeszcze na umysł. Choroba nie ma więc jedynie wymiaru fizjologicznego, lecz także psychologiczny, a nawet egzystencjalny. Współczesne modele humanistyczne nie tylko uwzględniają ciało

i umysł, lecz także uwarunkowania środowiskowe oraz konteksty społeczne i kulturowe. Podejście biomedyczne wpisuje się również w stanowisko naturalistyczne, które zgodnie z zasadą „żadnych cudów”/„nic dziwnego” odwołuje się jedynie do procesów naturalnych. Dlatego temu podejściu towarzyszy często redukcjonizm i determinizm. Podejście humanistyczne przeciwstawia redukcjonizmowi emergentyzm, zgodnie z którym obok poziomu fizykalnego istnieją własności wyższego rzędu – chemiczne, biologiczne, psychologiczne.

Rozstrzygnięcia z zakresu ontologii klinicznej czy nozologicznej (Sadegh-Zadeh 2012) zajmującej się sposobem istnienia i statusem chorób są głęboko uwiłkane w wyżej wymienione rozróżnienia. Model biomedyczny wpisuje się łatwo w stanowisko realistyczne, zgodnie z którym choroby mają charakter przyrodniczy i mogą być opisane w odniesieniu do pojęcia przyczynowości. Model humanistyczny w większym stopniu dostrzega ludzki charakter choroby, nie tylko zresztą na poziomie indywidualnego doświadczenia, ale również na poziomie społecznego i kulturowego konstruowania pojęć medycznych.

Lekarze humaniści często wykazują powinowactwo wobec postawy antyrealistycznej i wskazują na odrębność medycyny w stosunku do nauk podstawowych takich jak: fizyka, chemia, biologia, czy fizjologia, ze względu na specyficzny jej status i cel. Jak wypowiada się na temat chorób Eric J. Cassell: „są rzeczywiste w tym samym sensie jak rzeczywiste są idee, rzeczywiste są pojęcia, rzeczywiste są kategorie” (Cassell 1991, 105). Podejście humanistyczne przeciwstawia się nadmiernej obiektywizacji chorób w ramach modelu biomedycznego.

#### **4. Realizm i antyrealizm medyczny a status pojęcia choroby**

Szczególny punkt sporu o naturę chorób przejawia się między dwoma skrajnymi teoretycznymi postawami: realizmem i antyrealizmem, pomiędzy stanowiskiem, że choroby są odkrywane i takim, że są przez nas wymyślane. Realizm medyczny to ontologiczno-epistemologiczna postawa zgodnie z którą wszystkie obiekty medyczne istnieją realnie i to niezależnie od tego jak je ujmujemy za pomocą języka i teorii. Takimi obiektami są wirusy, bakterie, geny, potencjał neuronalny, bóle głowy, choroby, przyczyny chorób, itp. Istnieją one niezależnie od tego, czy jesteśmy ich świadomi lub też nie. Antyrealizm medyczny twierdzi, że fakty nie istnieją niezależnie od umysłu, są bowiem efektem/produktem kultury i społeczności.

Realisci naiwni zakładają, że świat jest taki, jaki dostarczają nam zmysły. Medycynę interesuje przede wszystkim realizm o naukowych charakterze, zgodnie z którym abstrakcyjnym i nieobserwowalnym pojęciom takim jak atom, czy ewolucja odpowiadają realne zjawiska i procesy w świecie. Naukowe teorie mogą dzięki temu być potwierdzone przez odpowiednie procedury. Realizm naukowy zakłada postępowanie wiedzy i przybliżanie się do samej rzeczywistości.

Jednym z głównych argumentów za realizmem jest argument „żadnych cudów” (Simon 2011). Podkreśla on, że bez istnienia w naturze realnego odpowiednika konceptów teoretycznych trudno byłoby wyjaśnić ich eksplanacyjną i predyktywną moc. Argument sugeruje też, że w przypadku anty-realistów jesteśmy skazani na „cudowne” wyjaśnienia sukcesów nauki i medycyny.

Teorie medyczne są w przybliżeniu prawdziwe, ponieważ inaczej trudno jest wyjaśnić ich możliwości predykcyjne i terapeutyczne. Współczesnej medycynie towarzyszy aura coraz większej skuteczności terapeutycznej, szczególnie wobec chorób, które wcześniej nie były uleczalne. Choroba jako coś naturalnego jest niezależna od ludzkich intencji, wartości, idei. Pojęcie realizmu często jest łączone z pojęciem przyczynowości. W medycynie jednak rzadko mówimy o jednej przyczynie choroby. Wskazujemy raczej na wielość przyczyn, które należy interpretować w kategoriach prawdopodobieństw, niż warunków koniecznych i wystarczających. Spór dotyczący statusu pojęcia choroby może wyglądać na wysoce teoretyczny i abstrakcyjny. Jednakże w samej literaturze klinicznej napotykamy w sposobie prezentowania wiedzy obecność języka metateoretycznego, który niesie ze sobą pewne rozstrzygnięcia metafizyczne.

W perspektywie anty-realizmu choroby nie są nam dane jako elementy naturalnego świata, lecz są przez nas wybrane/wyróżnione, abyśmy mogli realizować pewne pragmatyczne cele. To, co dla realistów może się wydawać efektem wnioskowania, dla anty-realistów stanowi jedynie spekulatywne i nieugruntowane założenie. Choroby jako jednostki nozologiczne istnieją w ramach konceptualnych systemów, stylów myślenia, klinicznych paradygmatów. Historycznie rzecz biorąc, poszczególne jednostki chorobowe mogą po prostu zniknąć, kiedy dotychczasowy system konceptualny, w ramach którego one funkcjonowały, podlega zmianie lub rewolucji.

Głównym argumentem przeciwko realizmowi jest twierdzenie, że nigdy nie mamy do czynienia z identycznymi pacjentami, dlatego definiując choroby możemy wskazywać na nieskończoną liczbę różnic i podobieństw. Nawet wśród tych pacjentów, którzy zdają się posiadać taką samą chorobę nie da się wskazać niearbitralnych podobieństw, dzięki którym moglibyśmy ją uznawać za chorobę rzeczywistą. Jest to możliwe również dlatego, że nawet realiści medyczni muszą przyznać, że trudno ustalić jednoznaczną przyczynę większości chorób. Sieć przyczynowa jest czymś bardziej skomplikowanym, uwarunkowania chorób mają charakter genetyczny, społeczny i środowiskowy. W niektórych przypadkach, jak np. zapalenie reumatoidalne, trudno w ogóle ustalić przyczynę chorób, dlatego nie możemy ich definiować w oparciu o etiologię.

Według anty-realizmu (a szczególnie konstruktywizmu) twierdzenia teoretyczne stanowią jedynie językowe, niezinterpretowane narzędzia do systematyzowania obserwacji i czynienia predykcji w oparciu o wcześniejsze doświadczenia dotyczące pacjenta lub grup pacjentów. Choroby stanowią inny rodzaj bytów niż

elementy świata naturalnego. Nie da się dla nich ustalić regularnych prawidłowości w postaci równie regularnych praw. Dlatego też różni ludzie w różny sposób reagują na to samo leczenie. Anty-realizm może przyjmować postać określaną jako instrumentalizm medyczny, według którego wiedza stanowi narzędzie przewidywania i kontroli zaburzeń oraz integrację naszych działań teoretycznych ze światem doświadczenia.

## 5. Zakończenie

Główną trudnością definiowania pojęcia choroby jest dualizm faktów i wartości. Sfera faktów nadaje tej rzeczywistości obiektywny wymiar, a medyczny realizm daje nadzieję na postęp diagnostyczno-terapeutyczny. Koncentracja na wartościach ma za zadanie ujawnienie jednostkowych i społecznych oczekiwań i preferencji, ale jednocześnie spotyka się z zarzutem braku możliwości obiektywizmu i naukowości w medycynie. Wielu badaczy widzi rozwiązanie tego dualizmu świata faktów i wartości w próbach wzajemnego pokazania ścisłego związku obu obszarów. Fulford (1989) i Stempsey (2002) twierdzą, że wartości są obecne w każdej diagnozie i chociaż są często ukryte, jawią się w postaci opinii na temat tego, co dla człowieka jest niekorzystne, co jest źródłem cierpienia oraz tego, jakie elementy należałoby kontrolować w naszej biologicznej naturze. Tylko wówczas, kiedy istnieje zgoda co do tych wartości (np. że ból jest czymś zawsze niekorzystnym), kiedy występuje ukryty konsensus w społeczności badaczy, w ramach pewnego stylu myślenia i paradygmatu, element aksjologiczny staje się niewidoczny, a badacze lub sami pacjenci zyskują przekonanie, że choroba ma szczególnie wymiar faktualny, a diagnoza odnosi się jedynie do procedury ustalenia faktów. Element wartościowania dotyczy również samego języka medycyny, w postaci konieczności wyboru między różnymi językami teoretycznego opisu rzeczywistości medycznej. Nawet jeśli zgadzamy się z postawą realizmu, że choroba odnosi się do samej rzeczywistości przyrodniczej, to trudno zakwestionować postawę anty-realistów, że mamy różne języki opisujące tę samą rzeczywistość. Wybór schematu pojęciowego i aparatury pojęciowej jest wówczas sprawą odpowiednich wartości i preferencji.

## Literatura

- Boorse C., 1975, *On the Distinction Between Disease and Illness*, „Philosophy and Public Affairs”, 5(1), s. 49–68.
- Canguilhem G., 2000, *Normalne i patologiczne*, tłum. P. Pieniążek, Gdańsk: Słowo/obraz terytoria.
- Cassell E. J., 1991, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, New York: Oxford University Press.
- Engelhardt H. T., 1975, *The concepts of health and disease*, w: Engelhardt H. T., Jr., Spicker S. F. (eds.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences: Proceedings of the First Trans-*

- Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9–11, 1974, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, The Netherlands, s. 125–141.
- Fedoryka K., 1997, *Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 22: 143–160.
- Fulford K. W. M., 1989, *Moral theory and medical practice*, Cambridge University Press. Cambridge.
- Hesslow G., 1993, *Do we need a concept of disease?*, „Theoretical Medicine” 14: 3.
- Kapusta A., 2013, *Spór o pojęcie choroby psychicznej*, w: *Bioetyka*, Chańska W., Różyńska J., Warszawa: Wolters Kluwer, s. 165–176.
- Kapusta A., 2014, *Filozofia zdrowia*, w: *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu*, red. M. Skrzypek, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Marcum J. A., 2008, *Humanizing Modern Medicine. An Introductory*, New York: Springer.
- Nordenfelt L., 1987, *On the nature of health: An action-theoretic approach*, Dordrecht; Boston: D. Reidel Pub. Co.
- Pellegrino E. D., Thomasma D. C., 1993, *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.
- Sak J., 2012, *Wielowymiarowość postrzegania zdrowia i choroby w kontekście przekonań zdrowotnych i poczucia sensu życia*, [Rozprawa habilitacyjna, Uniwersytet Medyczny] Lublin.
- Jeremy R., Simon J. R., 2012, *Medical ontology*, w: Fred Gifford (ed.), *Philosophy of Medicine*. Elsevier.
- Stempsey W. E., 2000, *Disease and Diagnosis. Value-Dependent Realism*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Svenaesus F., 2000, *Das Unheimliche – Towards a Phenomenology of Illness*, „Medicine, Health Care and Philosophy”, vol. 3, nr 1, s. 3–16.
- Svenaesus F., 2001, *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Toulmin S., 1975, *Concepts of function and mechanism in medicine and medical science*, w: *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, red. H. Tristram Engelhardt, Dordrecht: D. Reidel, s. 51–66.
- Sadegh-Zadeh K., 2012, *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Dordrecht/Holland: Springer.