

Filozofia personalistyczna jako fundament medycyny zorientowanej na osobę

Jednym z największych problemów organizacyjnych współczesnych społeczeństw jest powszechna dostępność zorganizowanej opieki medycznej¹. Wiele państw napotyka na trudności finansowe i administracyjne w proporcjonalnym i efektywnym rozplanowaniu budżetu i zasad przyznawania usług medycznych. Nękające ludzkość epidemie, w tym pandemia wirusa COVID-19, zakwestionowały wiele modeli zarządzania systemem opieki zdrowotnej. Przyjęty kilkadziesiąt lat temu model medycyny opartej na faktach (ang. *evidence-based medicine*) okazał się w wielu przypadkach niewystarczający lub nieskuteczny. Niektórzy filozofowie medycyny, jak również teoretycy i klinicyści zauważyli, że należałoby dążyć do opracowania nowego, szerszego modelu, który byłby lepiej dostosowany do współczesnych, zwłaszcza postpandemicznych czasów. Jedną z takich propozycji jest model medycyny zorientowanej na osobę (ang. *person-centered medicine*)². W związku z tym nasuwają się interesujące pytania filozoficzne: Czy nowy model medycyny zorientowanej na osobę (rozumianej w sensie praktyki, teorii i dydaktyki) uzupełnia, czy zastępuje poprzedni model? Na ile nowe podejście rzeczywiście inspirowane jest filozofią

¹ M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition, Cambridge 2024, s. 3. Interesujące, że autorzy we wstępie do monografii przedstawiają obraz praktyki medycznej zagrożonej przez szybki rozwój technologii oraz świat postpandemiczny. Jest to czwarte wydanie, w którym do listy powodów ponownego sformułowania PCM dodano niezrównoważony rozwój technologiczny i pandemię.

² M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt. Autorzy wywodzący się z różnych środowisk naukowych i filozoficznych przedstawiają przeglądowo wszystkie najważniejsze założenia modelu medycyny skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient-centered medicine*) od samego początku jego sformułowania w 1995 r.

personalistyczną? W niniejszym artykule autor przewiduje również możliwą przyszłość personalizmu w dziedzinie tworzenia modeli medycznych.

Artykuł podzielono na trzy części. Pierwsza część ukazuje, czym jest model medycyny opartej na faktach oraz na czym opiera się jego krytyka. W drugiej autor skupia się na zagadnieniach modelu medycyny zorientowanej na osobę, jak również na tym, jakie problemy rodzi ów model. Z kolei trzecia część odpowiada na pytanie, jaka jest relacja między filozofią personalistyczną a modelem medycyny zorientowanej na osobę, a także jak filozofia personalistyczna jutra stawia czoła wyzwaniom medycyny.

Model medycyny opartej na faktach

Jednym z najczęściej dyskutowanych zagadnień we współczesnej filozofii nauki i metodologii nauk przyrodniczych jest formułowanie modeli teoretycznych. Badania ogniskują się wokół pytań: Czy modele teoretyczne odzwierciedlają rzeczywistość, czy są tylko użytecznymi narzędziami pozwalającymi przewidywać zachowanie poszczególnych elementów przyrody? Jak dalece modele te upraszczają rzeczywistość, pozostając nadal wiarygodnymi reprezentacjami przyrody? Na ile można weryfikować empirycznie modele teoretyczne? Czy modele przybliżają do prawdy o rzeczywistości oraz na ile skuteczne i wiarygodne jest stosowanie komputerów w modelowaniu świata przyrody?³

Wspomniane wyżej pytania stawia się w ramach badań metodologicznych medycyny⁴. Ilekroć w artykule pojawi się termin „model medycyny”, tylekroć autor ma na myśli zespół założeń teoretycznych i praktycznych stosowanych w systemie opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest przedstawienie teoretycznej wiedzy klinicznej wraz z jej praktycznymi aplikacjami.

Aktualnie w literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się następujące modele medycyny, których głównym kryterium klasyfikacji jest para pojęć: choroba – zdrowie. Oto one:

- model medycyny opartej na faktach (ang. *evidence-based medicine*)⁵,

³ Zob. M. Szynkiewicz, *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych. Studium metodologiczne*, Poznań 2009; J.M. Janowski, *W poszukiwaniu tożsamości współczesnej filozofii przyrody*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 57 (2021), nr 2, s. 73–99.

⁴ Zob. K. Sadegh-Zadeh, *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Philosophy and Medicine 113, 2nd edition, Berlin 2015; S. Patrzyk, A. Woźniacka, *Sztuczna inteligencja w medycynie*, Łódź 2022.

⁵ W artykule stosuje się następujące skróty: EBM – *evidence-based medicine*, PCM – *person-centered medicine*. O ile pierwsza nazwa (EBM) została powszechnie przyjęta, o tyle druga (PCM) występuje w kilku wariantach, np. medycyna skoncentrowana na pacjencie (ang. *patient-centered medicine*), opieka skoncentrowana na pacjencie (ang. *patient-centered care*), medycyna humanistyczna (ang. *humanistic medicine*). Różnice wynikają z rozłożenia akcentów, jednakże wszystkie wymienione modele spełniają najważniejsze założenia PCM.

- model medycyny zorientowanej na osobę (ang. *person-centered medicine*),
- model praktyki medycznej opartej na wartościach⁶ (ang. *value-based practice*)⁷.

Jak zauważa Lucien Karhausen, w ciągu ostatnich kilkunastu lat filozofowie wnieśli istotny wkład w zrozumienie założeń koncepcyjnych nauk medycznych w aspekcie teoretycznym, praktycznym i zarządczym. W ten sposób filozofia medycyny stała się nieodłącznym elementem myślenia klinicznego. Negatywną konsekwencją wspomnianego procesu jest według Karhausena zbytne skupienie się filozofii na sobie samej, co objawia się przede wszystkim brakiem jednolitych i spójnych pytań metodologicznych⁸.

Model EBM wprowadzono w 1992 r., ukazując podwójne nastawienie heurystyczne i eksplanacyjne: nowe rozumienie praktyki klinicznej i dydaktyki medycznej. Główny postulat dotyczył zmiany sposobu ujmowania problemów zdrowotnych. Model ten systematycznie wykluczał wszelkie myślenie intuicyjne, zmierzał do oparcia praktyki terapeutycznej na danych biomedycznych uzyskiwanych na drodze standaryzowanej metody statystycznej. W pewnym sensie był to model na wskroś epidemiologiczny, który dążył do wytworzenia pewnej i rzetelnej wiedzy. Zdominował podręczniki medycyny klinicznej przełomu XX i XXI w. Jego definicja ewoluowała przez lata, aby w 2005 r. przyjąć, że EBM wymaga integracji najlepiej udokumentowanych dowodów naukowych z wiedzą kliniczną oraz z jednostkowymi wartościami i okolicznościami życia pacjenta⁹. Innymi słowy, omawiany model terapeutyczny promuje koncepcję, że do leczenia pacjentów należy stosować dane najbardziej godne zaufania, a najcenniejsze z nich uzyskuje się na podstawie randomizowanych badań kontrolnych. Jest to obecnie najczęściej stosowany model medyczny.

Mimo szerokiego spektrum zastosowania model EBM ma również znaczące ograniczenia kliniczne, dydaktyczne oraz systemowe. Jednym z nich jest jego stosowanie w szerokim zakresie zabiegów chirurgicznych¹⁰. O ile aplikacja tzw. podwójnej ślepej próby w badaniach klinicznych o profilu farmakologicznym raczej nie wzbudza zastrzeżeń (z wyjątkiem badań prowadzonych na dzieciach lub kobietach

⁶ Należy tu wspomnieć, że podejście to wywodzi się z praktyki diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych. Podkreśla się w nim znaczenie wartości w diagnostyce, leczeniu i decyzjach badawczych. Więcej: zob. *Values-Based Health and Social Care: Beyond Evidence Based Practice*, eds. J. McCarthy, P. Rose, London 2014.

⁷ L. Karhausen, *The Fragility of Philosophy of Medicine: Essentialism, Wittgenstein and Family Resemblances*, Berlin 2023, s. 40–41.

⁸ L. Karhausen, *The Fragility...*, dz. cyt., s. VIII.

⁹ L. Karhausen, *The Fragility...*, dz. cyt., s. 122. Prawdopodobnie pierwsza do takiego wniosku doszła Fang Gao Smith. F.G. Smith, J.L. Tong, J.E. Smith, *Evidence-Based Medicine*, „Continuing Education in Anesthesia Critical Care & Pain” 6 (2006), iss. 4, s. 148.

¹⁰ W.A. Rogers, K. Hutchison, *The Ethics of Surgical Research and Innovation*, w: *Medical Research Ethics: Challenges in the 21st Century*, eds. T. Zima, D.N. Weisstub, Berlin 2023, s. 222–223.

w ciąży), o tyle implementacja tej głównej zasady EBM w chirurgii wydaje się nie tylko pozbawiona sensu, ale również niebezpieczna. Trudno bowiem przeprowadzić zabieg chirurgiczny, nie wiedząc, jaką techniką się go wykonuje. Istnieją jednakże próby zinterpretowania teorii, praktyki oraz dydaktyki chirurgicznej według modelu medycyny opartej na faktach¹¹.

Innym problemem związanym z EBM – jak zauważa Alexander Rosenberg – jest ogólna złożoność systemów biologicznych, która nieustannie przekracza ludzkie zdolności poznawczo-teoretyczne. Bardzo trudno jest np. stworzyć model teoretyczny opisujący i scalający wiedzę dotyczącą praw Mendla i wyjaśnienia molekularnego¹², a przecież jednym z głównych zadań, przed jakimi stoją nauki przyrodnicze – w tym medycyna – jest zebranie twierdzeń i uporządkowanie ich (uhierarchizowanie) w pewien system.

Jednym z powodów, które doprowadziły do sformalizowania międzynarodowej grupy badawczej skupionej wokół PCM, był szybki rozwój modelu EBM z jego przesadnym zainteresowaniem narządami i chorobami, niekwestionowanym postępowaniem w diagnostyce i leczeniu z równoczesnym zaniedbaniem relacji lekarz – pacjent, dehumanizacją medycyny oraz komercjalizacją systemu ochrony zdrowia¹³.

Kolejna grupa postulatów wskazujących na konieczność zmiany lub uzupełnienia modelu EBM wywodzi się ze środowiska psychologiczno-psychiatrycznego. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne zaleca w swoich publikacjach wydanych po 2005 r. stosowanie tzw. trójkąta terapeutycznego, na który składa się przegląd literatury naukowej, określenie wspólnych czynników generowanych przez relację terapeuty – pacjenta oraz uwzględnienie preferencji osoby podlegającej terapii¹⁴.

Karhausen, powołując się na publikację Joachima P. Sturmberga¹⁵, zauważa, że zadanie stojące przed działaniem medycznym wymaga, aby „dokonać rozróżnienia

¹¹ Interesującą propozycją jest monografia: *Evidence-Based Surgery: A Guide to Understanding and Interpreting the Surgical Literature*, eds. A. Thoma, S. Sprague, S.H. Voineskos i in., Berlin 2019. Stanowi ona próbę przedstawienia metodologii, której głównym celem jest ułatwienie chirurgom orientacji teoretycznej w EBM.

¹² A. Rosenberg, *Instrumental Biology or the Disunity of Science*, Chicago 1994, s. 20–22. Temat ten podejmuje praca: I. Brigandt, *Beyond Reduction and Pluralism: Toward an Epistemology of Explanatory Integration in Biology*, „Erkenntnis” 73 (2010), iss. 3, s. 295–311.

¹³ J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction to Person Centered Medicine*, w: *Person Centered Medicine*, eds. J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., Berlin 2023, s. 3.

¹⁴ L. Walker, *PTSD and Biomedical Research: Ethical Conundrums*, w: *Medical Research Ethics...*, dz. cyt., s. 324.

¹⁵ J.P. Sturmberg, *Knowledge Translation in Healthcare – Towards Understanding Its True Complexities*, „International Journal of Health Policy and Management” 7 (2018), iss. 5, s. 455–458. Autor uzasadnia rozszerzenie modelu EBM o założenie, że wiedza nie jest sumą jej składowych, ale zawsze pewną ilością danych interpretowanych w określonym kontekście. Taka retoryka stanie się szczególnie ważna dla zwolenników PCM.

posunięć właściwych (np. przestrzeganie wytycznych EBM), i działania w świetle potrzeb i kontekstu osoby¹⁶. Można dostrzec w tym sformułowaniu przesunięcie z EBM¹⁷ do PCM. Silne podkreślenie wpływu kontekstu, w którym prowadzi się konkretną działalność kliniczną, należy już do modelu PCM.

Postać modelu medycyny zorientowanej na osobę

Pierwsze sformułowanie koncepcji PCM pojawiło się w latach 80. XX w. i przez pewien okres znajdowało się na peryferiach filozofii medycyny. W latach 90. główne postulaty PCM zostały ściślej ujęte i przyjęte z większym entuzjazmem w środowisku medycznym, zwłaszcza w nauczaniu klinicznym. Znaczne osłabienie zainteresowania nastąpiło w pierwszym dziesięcioleciu XXI w., w którym dominował model EBM. Druga i trzecia dekada obecnego wieku wydaje się czasem przejścia lub uzupełnienia EBM o wskazania teoretyczno-filozoficzne wyrażone w PCM¹⁸.

Jak wskazuje zespół Juana E. Mezzicha, w modelu PCM za podstawowe założenie przyjmuje się, że celem działań zdrowotnych jest cała osoba uznana za protagonistę¹⁹. Wokół tego przekonania uformował się ruch międzynarodowy, który skupia klinicystów i teoretyków medycyny z ponad 130 krajów, zorganizowanych w 65 sekcjach tematycznych i wydających monografie naukowe. Dzięki temu na przestrzeni kilkudziesięciu lat udało się wzbudzić wśród studentów, lekarzy i menedżerów systemu ochrony zdrowia zainteresowanie kontekstualnym ujęciem osoby pacjenta i lekarza²⁰.

W dalszej części monografii Mezzich i współpracownicy stwierdzają, że pojęciowy rozwój PCM stawia osobę w centrum działania terapeutycznego. Ten kluczowy termin przeciwstawiono dwóm powszechnie używanym w EBM, jakimi są: „jednostka” oraz „ja”. Autorzy wymieniają dwa powody takiego rozróżnienia: termin „osoba” wykazuje bardzo silny związek z etyką, która w medycynie jest elementem niezwykle ważnym oraz niesie ze sobą powiązanie z prawodawstwem. Stąd wniosek, do którego dochodzą: każde działanie medyczne jest etyczne, jeżeli jest skoncentrowane na osobie²¹. W praktyce terapeutycznej założenia PCM ujawniają się poprzez szacunek dla modelu EBM, który uzupełniono o równoważne znaczenie wartości, którymi kieruje się osoba, oraz o jej przekonania²².

¹⁶ L. Karhausen, *The Fragility...*, dz. cyt., s. 122.

¹⁷ Niektórzy autorzy zauważają, że krytyka modelu EBM nie jest wolna od uprzedzeń oraz ideologicznej stronniczości. Zob. F.G. Smith, J.L. Tong, J.E. Smith, *Evidence-Based Medicine*, art. cyt., s. 151.

¹⁸ Zob. M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 3–4.

¹⁹ J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction...*, art. cyt., s. 2.

²⁰ J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction...*, art. cyt., s. 4.

²¹ J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction...*, art. cyt., s. 7.

²² J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction...*, art. cyt., s. 8.

Teoretycy PCM w monografii programowej wymieniają następujące obszary badawcze stanowiące fundament ich modelu:

- silne zaangażowanie etyczne,
- świadomość kulturowa i reakcja osoby,
- ujęcie holistyczne,
- koncentracja uwagi na relacjach zachodzących w procesie terapeutycznym,
- znaczenie opieki zindywidualizowanej,
- wspólna podstawa dla wspólnej diagnozy,
- cały system ochrony zdrowia zorientowany na osobę,
- edukacja i badania kliniczne zorientowane na osobę²³.

Moira Stewart i współpracownicy w jednej z najnowszych monografii przyjmującej filozofię PCM przedstawiają cztery założenia modelu medycyny zorientowanej na pacjenta²⁴:

- badanie zdrowia, choroby i sposobu doświadczania choroby,
- ujęcie całej osoby,
- znalezienie wspólnej płaszczyzny porozumienia,
- poprawa relacji pacjent – klinicysta²⁵.

Jak zauważają autorzy, niemożliwe jest skuteczne praktykowanie opieki zdrowotnej bez uwzględnienia szeregu problemów psychologicznych i społecznych. Co więcej, realizacja programu PCM wymaga integracji takich pojęć, jak zdrowie i choroba, z poszanowaniem osobowego wymiaru jednostki, w tym jej indywidualnego sposobu przeżywania życia²⁶.

Istotnym elementem oceny klinicznej stanu pacjenta jest odczytanie jego indywidualnej strategii reagowania na ból i cierpienie²⁷. Uwzględnienie czynników

²³ J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., *Introduction...*, art. cyt., s. 9.

²⁴ Różnicę między medycyną zorientowaną na osobę i medycyną zorientowaną na pacjenta omawia przyp. 5.

²⁵ Oczywiście nie jest to podział kanoniczny, lecz pewna próba uporządkowania wiedzy w kolejnym wydaniu monografii. Inne akcenty stawiają autorzy w artykule: G. Terry, N. Kayes, *Person Centered Care in Neurorehabilitation: A Secondary Analysis*, „Disability and Rehabilitation” 42 (2020), iss. 16, s. 2334. Opisując model PCM, wyróżniają następujące elementy: doświadczenie i potrzeby pacjentów, potrzeba orientacji relacyjnej w opiece zdrowotnej, znaczenia zaufania, współtworzenie skuteczności terapii.

²⁶ Autorzy wskazują również, że wymiar duchowy (religijny) może pełnić (lub nie) istotny element przeżywania choroby. Podkreślają, że nie tylko w chorobach terminalnych i stanach paliatywnych, ale również w chorobach przewlekłych pacjenci mogą szukać pocieszenia i nadziei w wymiarze transcendentnym, co powinno się uwzględnić w ramach terapii klinicznej. Zob. M. Stewart, J.B. Brown, C.L. McWilliam i in., *The First Component: Exploring Health, Disease, and the Illness Experience*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 41–61.

²⁷ J.B. Brown, W. Watson, *The Second Component: Understanding the Whole Person, Section 1 – Individual and Family*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 76–77.

kontekstualnych jest cechą charakterystyczną w praktyce klinicznej PCM. Znaczenie zdrowia i choroby różni się w zależności od okoliczności. Każda wiedza kliniczna nabiera odpowiedniego znaczenia dopiero po odniesieniu jej do życia konkretnej osoby. Nie istnieje ani idealny pacjent, ani idealne zdrowie, ani idealna choroba²⁸.

Trzecim założeniem PCM jest znalezienie wspólnej płaszczyzny między prowadzącymi terapię a pacjentami odnośnie do wyboru najlepszej strategii leczniczej. Znacząca różnica między EBM a proponowanym tutaj rozwiązaniem polega na świadomym uwzględnieniu potrzeb, wartości i przekonań pacjenta w proponowanym działaniu terapeutycznym. Cel ten osiąga się poprzez zbadanie w pierwszej kolejności doświadczeń pacjenta związanych ze zdrowiem i chorobą, a jednocześnie oznak wskazujących na stan patofizjologiczny organizmu. Jak postuluje zespół Judith Belle Brown, poszukiwanie wspólnej płaszczyzny ma przebiegać w trzech krokach:

- zdefiniowanie problemu,
- ustalenie celów i priorytetów leczenia,
- określenie ról, jakie podejmuje pacjent i klinicysta²⁹.

Zgodnie z ostatnim punktem programu PCM pacjenci oczekują od lekarzy, że zaangażują się oni w rozmowy na tematy duchowe, a nie tylko medyczne³⁰. Stewart i współpracownicy potwierdzają, że debata dotycząca znaczenia relacji pacjent – terapeuta w procesie leczniczym trwa od wielu lat. Pomimo wielu trafnych argumentów potwierdzających przekonanie, że relacje te powinny się budować w sposób trwały i świadomy, często pozostają one jednak w sferze teoretycznych aspiracji. Nadal wyżej ceni się profesjonalizm wiedzy i nauki w procesie leczniczym niż więź, jaka powstaje w spotkaniu obu stron³¹.

²⁸ T.S. Freeman, J.B. Brown, *The Second Component: Understanding the Whole Person, Section 2 – Context*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 86–87, 94.

²⁹ J.B. Brown, W.W. Weston, C.L. McWilliam i in., *The Third Component: Finding Common Ground*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 100–101. Autorzy podkreślają znaczenie wytworzenia między terapeutą a pacjentem tzw. gruntu wspólnego zrozumienia, który powinien być jednym z zamierzonych celów leczniczych.

³⁰ Zob. L.E. Selman, L.J. Brighton, S. Sinclair i in., *Patients' and Caregivers' Needs, Experiences, Preferences and Research Priorities in Spiritual Care: A Focus Group Study across Nine Countries*, „Palliative Medicine” 32 (2018), iss. 1, s. 216–230.

³¹ Zob. M. Stewart, J.B. Brown, T.R. Freeman, *The Fourth Component: Enhancing the Patient-Clinician Relationship*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine...*, dz. cyt., s. 132–133, 137–140. Warto zaznaczyć, że również w okresie perinatalnym (przed porodem) oraz w opiece paliatywnej (na końcu życia) doktryna PCM znajduje interesujące rozwinięcie. Zob. S.H. Hill, *Care of the Family and Social Aspects*, w: *Palliative Care and Catholic Health Care: Two Millennia of Caring for the Whole Person*, eds. J. Cataldo, D. O'Brien, London 2019, s. 119–137. Sarah Hill pod-

Jak wskazują Gareth Terry i Nicola Kayes, obecnie trwa proces tworzenia kultury opieki zdrowotnej, której celem jest wspieranie wysiłków praktyków implementujących główne założenia PCM³².

Model medycyny zorientowanej na osobę kresem filozofii personalistycznej?

Badanie historyczne i zarysowanie filozofii personalistycznej wymagałyby osobnego studium³³. W tym artykule przyjmuje się koncepcję personalizmu Johna F. Crosby'ego. Według tego filozofa personalizm to raczej ruch niż jakiś wyraźnie określony pogląd. Elementem wspólnym personalistów jest zdecydowany sprzeciw wobec ujmowania osoby w kategoriach kolektywu lub indywidualizmu. Kryterium różnicującym jest interpretacja znaczenia teologii w argumentacji filozoficznej: część filozofów uwzględniła w swoich pracach inspiracje teologiczne w przedstawieniu osoby, jednakże część odrzuca takie podejście, starając się zachować neutralność teologiczną³⁴.

Ujmując zagadnienie bardziej szczegółowo, należy zaznaczyć, że perspektywa personalistyczna charakteryzuje się krytyką antropologii dualistycznej, broniąc równocześnie podejścia inkarnacyjnego³⁵. Z filozoficznego punktu widzenia należałoby w takim postulatcie dostrzec otwarcie na pluralistyczną koncepcję bytu. Owa maksymalistyczna metafizyka jako obraz świata jest bodajże jedną z najważniejszych przyczyn odrzucenia chrześcijańskich źródeł myśli personalistycznej w PCM³⁶. To znamienne, że we wszystkich zacytowanych w artykule monografiach i artykułach brakuje wyraźnych (*explicite*) odniesień do filozofii personalistycznej o proveniencji chrześcijańskiej. Wydaje się, że autorzy PCM, przedstawiając swój model nowoczesnej medycyny zorientowanej na osobę, unikają wskazywania na źródła personalistyczne autorów uznanych w historii filozofii XX w. za zdeklarowanych filozofów osoby, którzy wnieśli istotny wkład w ukształtowanie się klimatu przyjaznego osobie. Brak takich myślicieli, jak Karol Wojtyła, Edyta Stein, Jacques Maritain, należy uznać za brak precyzji badań teoretycznych twórców PCM.

kreśla znaczenie opieki przedkonceptyjnej (ang. *perinatal palliative care*) jako modelu skupionego na osobach.

³² G. Terry, N. Kayes, *Person Centered...*, art. cyt., s. 2334.

³³ I. Dec, *Personalizm*, w: *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8, red. A. Maryniarczyk, W. Daszkiewicz i in., Lublin 2007, s. 122–127; C.S. Bartnik, *Personalizm*, Lublin 1995, s. 124–156; S. Kowalczyk, *Personalizm – podstawy, idee, konsekwencje*, Lublin 2012. Autorzy zwięźle przedstawiają historię omawianego prądu filozoficznego.

³⁴ J.F. Crosby, *Personalist Papers*, Washington 2004, s. IX–X.

³⁵ Takim podejściem odznacza się m.in. wspomniany już Crosby.

³⁶ Warto zwrócić uwagę, że w największym słowniku filozoficznym dostępnym online *Stanford Encyclopedia of Philosophy* w haśle *philosophy of medicine* brakuje bezpośredniego odniesienia do personalizmu i odwrotnie.

Wydaje się, że rację ma Grzegorz Hołub, gdy pisze, że Karol Wojtyła przyznawał ważną rolę doświadczeniu w poznawaniu osoby w jej działaniu, jednakże samo empiryczne podejście nie wystarcza, aby poznać człowieka, potrzebna jest analiza fenomenologiczna i metafizyczna³⁷. Z pewnością filozofia osoby zaproponowana w zarysie przez Wojtyłę należy do tych projektów filozoficznych, których podstawy teoretyczne wpasowują się w model PCM. Świadczy o tym wspólna troska o osobę, podkreślanie jej ontologiczno-relacyjnego charakteru, sprzeciw wobec indywidualizacji i kolektywizacji, precyzyjne określenie granic osobowego działania, wezwanie do poszukiwania świata wartości drugiej osoby. Tym, co wyraźnie przekracza PCM i co powinno być uzupełnieniem modelu, jest koncepcja sumienia i znaczenie (współ)odpowiedzialności.

Jaka mogłaby być filozofia personalistyczna jutra w odniesieniu do medycyny? We współczesnych monografiach autorzy przywołują takie zagadnienia filozoficzne, jak: osoba jako istota relacyjna, zależność osoby od społeczeństwa, holistyczne ujęcie bytu osobowego, godność osoby ludzkiej, wspólne dobro³⁸. Filozofia personalistyczna jutra wspierająca modele medyczne powinna wyklarować swoje rozumienie najważniejszych wspólnych terminów, aby ułatwić w ten sposób stosowanie konstrukcji intelektualnych ukrytych w słowach.

Warto rozważyć utworzenie filozofii translacyjnej, funkcjonującej podobnie do biologii translacyjnej, która wybiera najważniejsze odkrycia dokonane w badaniach podstawowych, aby następnie – najczęściej w postaci modelu teoretycznego – zainspirować dalsze badania biomedyczne. Ułatwia to komunikację między różnymi środowiskami naukowymi i ukazuje współzależności teoretyczno-badawcze.

Kolejnym zadaniem stojącym przed personalizmem jutra może być utworzenie wspólnej platformy teoretycznej, zawierającej najważniejsze postulaty filozofii osoby. Inspirując się modelami medycznymi, może warto stworzyć filozofię zorientowaną na osobę, która podobnie jak epistemologia globalna zawierałaby twierdzenia dotyczące natury bytu osobowego, pozostawiając całą bogatą i cenną dyskusję nad szczegółami na terenie filozofii teoretycznej. Ukazałoby to z pewnością filozofię w jej służbie społeczeństwu, a nie samej sobie.

Jak zauważa Hołub, filozofia personalistyczna może być odpowiedzią na takie współczesne zagrożenia, jak materializm i scjentyzm, transhumanizm³⁹ i ekstremalny ruch na rzecz ochrony środowiska⁴⁰. Rzecz jasna, poglądy te przenikają również do medycyny, stąd filozofia personalistyczna jutra, ukazując wartość osoby ludzkiej, będzie musiała poddać je krytycznej refleksji. Zwłaszcza na

³⁷ G. Hołub, *Struggling with the Reality of the Person and Its Interpretation: On the Method of Karol Wojtyła's Philosophy*, „Forum Philosophicum” 28 (2023), nr 2, s. 385–397.

³⁸ Zob. *Palliative Care...*, dz. cyt.

³⁹ Więcej na temat transhumanizmu i personalizmu: zob. *Ulepszanie człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Kraków 2018.

⁴⁰ Zob. G. Hołub, *The Validity of Karol Wojtyła's Philosophy Today*, „Logos i Ethos” 27 (2021), nr 1, s. 75–85.

polu sporów światopoglądowych i bioetycznych personalizm znajdzie wiele konkretnych rozwiązań.

Zakończenie

Celem artykułu jest ukazanie genezy dwóch modeli medycyny, które wzajemnie się uzupełniają. Model EBM przyjęty przez środowisko medyczne pod koniec XX w. pomimo silnego podporządkowania badań i praktyki klinicznej nauce wywołał w wielu środowiskach falę krytyki, wskazującą na porzucenie przez medycynę zainteresowania człowiekiem na rzecz danych statystycznych. Z propozycją ponownego przemyślenia miejsca człowieka w medycynie wystąpili przedstawiciele skupieni wokół PCM. Duże zaangażowanie teoretyczne i praktyczne doprowadziło w przeciągu 20 lat do sformułowania wielu postulatów przywracających główne zainteresowanie medycyny człowiekiem. Niemniej badania filozoficzne nad oboma modelami dokumentują przekonanie, że wśród teoretyków modelu PCM, mimo przyjęcia wielu tez personalistycznych, dominuje brak świadomości ich pochodzenia. Artykuł ten stanowi zatem próbę mobilizacji środowiska personalistycznego i szerzej filozoficznego do zaangażowania się na tym polu badawczym. Model PCM nie jest kompletny i wymaga wielu uzupełnień, choćby o teorię sumienia i współodpowiedzialności. Dla filozofów personalistycznych doceniających aspekt empiryczny jest to wyzwanie, które może spopularyzować osiągnięcia ruchu i przyczynić się znacząco do poprawy warunków leczenia i życia osób na całym świecie.

Bibliografia

Opracowania

- Brigandt I., *Beyond Reduction and Pluralism: Toward an Epistemology of Explanatory Integration in Biology*, „Erkenntnis” 73 (2010), iss. 3, s. 295–311.
- Brown J.B., Watson W., *The Second Component: Understanding the Whole Person, Section 1 – Individual and Family*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition, Cambridge 2024, s. 62–85.
- Brown J.B., Weston W.W., McWilliam C.L. i in., *The Third Component: Finding Common Ground*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition, Cambridge 2024, s. 100–131.
- Crosby J.F., *Personalist Papers*, Washington 2004.
- Evidence-Based Surgery: A Guide to Understanding and Interpreting the Surgical Literature*, eds. A. Thoma, S. Sprague, S.H. Voineskos i in., Berlin 2019.

- Freeman T.S., Brown J.B., *The Second Component: Understanding the Whole Person, Section 2 – Context*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition, Cambridge 2024, s. 86–99.
- Hill H., *Care of the Family and Social Aspects*, w: *Palliative Care and Catholic Health Care: Two Millennia of Caring for the Whole Person*, eds. J. Cataldo, D. O'Brien, London 2019, s. 119–137.
- Holub G., *Struggling with the Reality of the Person and Its Interpretation: On the Method of Karol Wojtyła's Philosophy*, „Forum Philosophicum” 28 (2023), nr 2, s. 385–397.
- Holub G., *The Validity of Karol Wojtyła's Philosophy Today*, „Logos i Ethos” 27 (2021), nr 1, s. 75–85.
- Janowski J.M., *W poszukiwaniu tożsamości współczesnej filozofii przyrody*, „Studia Philosophiae Christianae” 57 (2021), nr 2, s. 73–99.
- Karhausen L., *The Fragility of Philosophy of Medicine: Essentialism, Wittgenstein and Family Resemblances*, Berlin 2023.
- Mezzich J.E., Appleyard W.J., Glare P. i in., *Introduction to Person Centered Medicine*, w: *Person Centered Medicine*, eds. J.E. Mezzich, W.J. Appleyard, P. Glare i in., Berlin 2023.
- Palliative Care and Catholic Health Care: Two Millennia of Caring for the Whole Person*, eds. J. Cataldo, D. O'Brien, London 2019.
- Patrzyk S., Woźniacka A., *Sztuczna inteligencja w medycynie*, Łódź 2022.
- Rogers W.A., Hutchison K., *The Ethics of Surgical Research and Innovation*, w: *Medical Research Ethics: Challenges in the 21st Century*, eds. T. Zima, D.N. Weisstub, Berlin 2023.
- Rosenberg A., *Instrumental Biology or the Disunity of Science*, Chicago 1994.
- Sadegh-Zadeh K., *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Philosophy and Medicine 113, 2nd edition, Berlin 2015.
- Selman L.E., Brighton L.J., Sinclair S. i in., *Patients' and Caregivers' Needs, Experiences, Preferences and Research Priorities in Spiritual Care: A Focus Group Study across Nine Countries*, „Palliative Medicine” 32 (2018), iss. 1, s. 216–230.
- Smith F.G., Tong J.L., Smith J.E., *Evidence-Based Medicine*, „Continuing Education in Anesthesia Critical Care & Pain” 6 (2006), iss. 4, s. 148–151.
- Stewart M., Brown J.B., Freeman T.R., *The Fourth Component: Enhancing the Patient-Clinician Relationship*, w: M. Stewart, J.B. Brown, W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition, Cambridge 2024, s. 132–156.
- Stewart M., Brown J.B., McWilliam C.L. i in., *The First Component: Exploring Health, Disease, and the Illness Experience*, w: M. Stewart, J.B. Brown,

- W.W. Weston i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition,, Cambridge 2024, s. 41–61.
- Stewart M., Brown J.B., Weston W.W. i in., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, 4th edition,, Cambridge 2024.
- Sturmberg J.P., *Knowledge Translation in Healthcare – Towards Understanding Its True Complexities*, „International Journal of Health Policy and Management” 7 (2018), iss. 5, s. 455–458.
- Szynkiewicz M., *Teorie ostateczne w naukach przyrodniczych. Studium metodologiczne*, Poznań 2009.
- Terry G., Kayes N., *Person Centered Care in Neurorehabilitation: A Secondary Analysis*, „Disability and Rehabilitation” 42 (2020), iss. 16, s. 2334–2343.
- Ulepszanie człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Kraków 2018.
- Values-Based Health and Social Care: Beyond Evidence Based Practice*, eds. J. McCarthy, P. Rose, London 2014.
- Walker L., *PTSD and Biomedical Research: Ethical Conundrums*, w: *Medical Research Ethics: Challenges in the 21st Century*, eds. T. Zima, D.N. Weisstub, Berlin 2023.

Filozofia personalistyczna jako fundament medycyny zorientowanej na osobę

Abstrakt

Celem niniejszego artykułu jest zbadanie jednego z najnowszych modeli teoretycznych medycyny, tj. medycyny zorientowanej na osobę. W pierwszym punkcie przedstawiono i poddano krytycznej analizie model medycyny opartej na faktach. Następnie zajęto się ukazaniem ogólnej postaci modelu medycyny zorientowanej na osobę. Próbę zestawienia wspomnianego modelu z filozofią personalistyczną zaprezentowano w punkcie trzecim. Końcowa konkluzja brzmi następująco: pomimo stosowania w nazwie modelu medycyny zorientowanej na osobę przemilcza się w jej opisie źródła myśli personalistycznej.

Słowa kluczowe: filozofia personalistyczna, filozofia medycyny, model medycyny opartej na faktach, model medycyny zorientowanej na osobę

The Personalist Philosophy as the Foundation of Person-Centered Medicine

Abstract

The aim of my article is to examine one of the latest theoretical models in medicine: person-centered medicine. In the first section, I present and critically analyze the mo-

del of Evidence-Based Medicine. I then move on to outlining the general framework of the person-centered medicine model. In the third section, I attempt to compare this model with personalist philosophy. The conclusion I reach is as follows: despite the use of the term “person-centered medicine” in its name, there is a noticeable silence in this approach regarding the sources of personalist thought.

Keywords: Personalistic philosophy, philosophy of medicine, evidence-based medicine model, person-centered medicine model