

<http://dx.doi.org/10.16926/pd.2021.03.06>

Maksymilian CZAJA

<https://orcid.org/0000-0003-2488-2901>

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, doktorant

## **Filozofia w ramach współczesnej praktyki medycyny amerykańskiej. Różne formy relacji obu dyscyplin: propozycja Edmunda D. Pellegrina**

### **Streszczenie**

Prezentowany artykuł ilustruje zagadnienie filozofii w ramach współczesnej praktyki medycyny amerykańskiej. W niniejszym tekście omówione zostaną cztery formy relacji obu dyscyplin: filozofia i medycyna, filozofia w medycynie, medyczna filozofia oraz filozofia medycyny. Celem artykułu jest zilustrowanie specyficzności zaproponowanych form relacji, tzn. kontrastu pomiędzy autonomicznym ujęciem obu dyscyplin a realistyczną filozofią medycyny, promowaną przez Edmunda D. Pellegrina, która w sposób ścisły łączy zagadnienie natury i teorii medycyny z przedsięwzięciem filozoficznej refleksji. Zostanie także poruszona kwestia aktualności filozofii medycyny Edmunda D. Pellegrina w kontekście aktualnych wyzwań amerykańskiej służby zdrowia.

**Słowa kluczowe:** filozofia, medycyna, nauka, zdrowie, osoba, pacjent, leczenie, służba zdrowia, Edmund D. Pellegrino.

### **Wprowadzenie**

Powstanie i rozwój współczesnych dyscyplin filozofii medycyny, bioetyki i medycznej humanistyki, przypadający na drugą połowę dwudziestego wieku, nie może być właściwie zrozumiany bez znajomości uformowania charakteru tychże dyscyplin dokonanego przez amerykańskiego lekarza i filozofa Edmunda D. Pellegrina (Pellegrino 2008, 1). Pellegrino, urodzony 22 czerwca 1920 roku w Newark, New Jersey, ukończył studia z zakresu medycyny w szkole medycznej Uniwersytetu Nowy Jork (New York University College of Medicine) w 1944 roku. Z racji swego wykształcenia oraz rozbudzonych wcześniej zainteresowań łączył naukę medycyny z analizowaniem problematyki filozoficznej

i moralnej (Biesaga 2014, 11). W swych licznych publikacjach, podkreślał, że właściwe zrozumienie charakteru oraz docenienie istotnego znaczenia dyscyplin bioetyki, medycznej humanistyki czy prawa medycznego dla kształtowania tożsamości profesji lekarskiej oraz personelu pracującego w służbie zdrowia, jest zależne od zrozumienia swoistego rdzenia filozofii medycyny wyrażonego poprzez wewnętrzną moralność (internal morality) medycyny (Pellegrino 2001, 560) oraz cel wewnętrzny (*telos*) medycyny (Pellegrino 2005, 24). Szczegółową charakterystykę innowacyjnego charakteru filozofii medycyny Pellegrina, poprzedzając, proponowane przez niego, rozróżnienia określonych form relacji pomiędzy dyscyplinami filozofii i medycyny (Pellegrino 2008, 7).

## Filozofia i medycyna

*Filozofia i medycyna* stanowią pierwszą formę relacji obu dyscyplin, zaproponowaną przez Pellegrina. *Filozofia i medycyna*, w tej formie, pozostają jako oddzielne, niezależne dyscypliny, a zatem każda z nich zachowuje swoją tożsamość, przy jednoczesnej możliwości prowadzenia wzajemnego dialogu między medycyną a filozofią, z zastrzeżeniem konieczności poszanowania autonomii obu dyscyplin (Pellegrino 2008, 30). Historia medycyny dostarcza przykładów, które przyczyniły się do ustanowienia i utrwalenia niezależności *filozofii i medycyny*. Pisma Hipokratesa pt. *Sztuka i Medycyna starożytna* „są poświęcone zagadnieniu ustanowienia niezależności metody medycyny od metody filozoficznej” (tamże). Badacze kontynuujący hipokratejską tradycję myślenia na temat natury i teorii medycyny „przyjmują ważność obserwacji indywidualnych przypadków i rozumowanie oparte na empirycznej ewidencji” (tamże). Autorzy ci jednocześnie „odrzucają spekulację, szczególnie spekulację praktykowaną przez określonych filozofów i filozofów będących jednocześnie lekarzami” (tamże).

Postęp i wynikające z niego nowe naukowe i technologiczne możliwości medycyny amerykańskiej, ruchy polityczne, walka o prawa pacjenta, kwestia wyboru lub odrzucenia określonych sposobów leczenia, w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku w USA, stanowiły czynniki decydujące o współczesnym, etycznym ukierunkowaniu filozoficznych zainteresowań w zakresie medycyny (Pellegrino 1994, 50).

Lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte w USA, naznaczone były nie tylko społeczną walką o prawa pacjentów, okres ten przyniósł ważną zmianę w medycznym paradygmacie chorób. Paradygmat chorób infekcyjnych o ostrym przebiegu, leczonych za pomocą antybiotyków i szczepień, został przekształcony w paradygmat chorób chronicznych, systematycznie postępujących, takich jak: choroby serca, nowotwory, nieprawidłowe funkcjonowanie organów czy procesy demencyjne u osób starszych. Technologie medyczne rozwijane w celu walki z nowym typem chorób chronicznych, często nie wykazywały efektyw-

nego działania (Veatch 2002, 345). Zastosowane technologie medyczne zwykle stabilizowały stan pacjenta ale nie prowadziły do wyleczenia czy też całkowitego powrotu do zdrowia. Długotrwałe leczenie pacjentów z chorobami chronicznymi powodowało, że pacjenci dysponowali długim okresem czasu aby dokonywać świadomej refleksji na temat swojej kondycji zdrowotnej i proponowanych przez lekarza, różnych opcji leczenia. Po drugie zdarzało się, że żadna z opcji leczenia, zaproponowana pacjentowi, nie wydawała się prowadzić do osiągnięcia maksimum dobra medycznego przez pacjenta. Odrzucenie czy zaniechanie leczenia wobec pacjenta okazywało się właściwą, dobrze uzasadnioną opcją. Wszystkie te czynniki powodowały iż kwestie etyczne stawały się coraz wyraźniejsze podczas codziennego praktykowania medycyny w relacji lekarz – pacjent. Lekarze podejmujący leczenie swych pacjentów stopniowo zauważali, że znajomość wartości życiowo ważnych dla pacjenta, tworzących osobistą, personalną koncepcję dobrego, wartościowego życia pacjenta, może stanowić istotny element w podejmowaniu medycznych decyzji co do wyboru opcji dalszego przebiegu leczenia (Veatch 2002, 346). Etyczne dylematy codziennej praktyki medycyny, rodzące się z nowych technologicznych możliwości medycyny amerykańskiej, wytworzyły konieczność rygorystycznej analizy koncepcji, teorii i metod stosowanych w etyce filozoficznej. Etyczne teorie wywodzące się z kazuistyki, filozofii troski, doświadczenia, zagadnienie cnót w medycynie, zaczęły przeżywać swoisty renesans w wymiarze medycyny ujętym jako etyczne przedsięwzięcie (Pellegrino 2008, 32).

## Filozofia w medycynie

Zastosowanie danych przedmiotów filozofii np. logiki, aksjologii czy etyki w refleksji na temat określonych zagadnień medycyny zostaje określone przez Pellegrina jako relacja filozofii w medycynie (Pellegrino 2008, 33). „Diagnoza medyczna dla przykładu jest badana pod względem jej logiki, pojęcia zdrowia i choroby są egzaminowane pod względem ich ontologicznego i epistemologicznego statusu” (tamże). Autor podkreśla, że *filozofia w medycynie* „była i jest owocna zarówno dla medycyny, jak i filozofii” (tamże, 34).

Jednym z przykładów owocnych osiągnięć *filozofii w medycynie*, przytaczanych przez Pellegrina, jest system czterech zasad etyki medycznej Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa. Wspomniani filozofowie, korzystając z teorii obowiązków *prima facie* Wiliama Rossa oraz pojęcia moralności potocznej, proponują, aby cztery *prima facie* zasady etyczne (zasada szacunku dla autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości) służyły jako efektywne narzędzie w rozstrzygnięciu konfliktów moralnych w medycynie (Beauchamp, Childress 1996, 47).

Etyka medyczna Beauchampa i Childressa spotkała się jednak z ostrą krytyką, która akcentowała fakt, że zasady nie dostarczają właściwej struktury dla etyki

służby zdrowia. Na czele pierwszej linii krytyków pryncypizmu Beauchampa i Childressa stoją tzw. deskryptywiści z Dartmouth – K. Danner Clouser, Bernard Gert i Ronald Green. Zarzucają oni iż proponowane zasady są czymś na kształt pewnej listy sprawdzającej lub stanowią swoiste nagłówki rozdziałów i w przeciwieństwie do reguł etycznych nie zawierają odpowiedniej treści aby móc rozstrzygać etyczne dylematy i wskazywać kierunek działania. Analiza zasad etyki medycznej proponowanych przez Beauchampa i Childressa obnaża brak podstawowej etycznej teorii, która stanowiąc właściwą podstawę filozoficzną, mogłaby systematyzować zasady. Zasady są pozbawione porządku systematycznego są tzw. konstrukcjami ad hoc. Proponowane *prima facie* zasady etyki medycznej wykazują tendencję do współzawodnictwa ze sobą i popadania w konflikt, co przy braku podstawowej teorii filozoficznej powoduje, że nie można poradzić sobie z konfliktem etycznym w danych rozważanych przypadkach a także z dodatkowym problemem konfliktu samych zasad etycznych (Beauchamp 1995, 186).

Współcześni amerykańscy przedstawiciele kazuistyki tacy jak Stephen Toulmin i Albert Jonsen, tworzący drugą linię krytyki pryncypizmu Beauchampa i Childressa, akcentują małe znaczenie etyki medycznej czterech zasad w klinicznych realiach medycyny. Podkreślają fakt, że kliniczna etyka medyczna powstaje raczej z analizy klinicznych przypadków nie zaś z zastosowania ogólnych etycznych zasad do przypadków. Rozumowanie moralne kazuistów obniża znaczenie zasad, w zamian przywołuje takie elementy jak narracje, paradygmatyczne przypadki, analogie, modele, schematy klasyfikacyjne, jednocześnie doceniając wartość bezpośredniej intuicji i bystrego wglądu. Kazuiści podkreślają, że zasady i reguły są zbyt nieokreślone aby mogły dostarczyć sformułowania w postaci określonych szczegółowych moralnych sądów. Refleksja kazuistyki na temat partykularnych klinicznych przypadków staje się centralna dla etyki w medycynie. Zasady muszą być niejako uzgadniane z wymogami szczegółowych przypadków a to oznacza że rozumowanie moralne ujęte jako jednokierunkowy ruch od zasad etycznych do przypadków jest zbyt dużym uproszczeniem właściwego rozumowania mającego miejsce w formułowaniu rozstrzygnięć konfliktów etycznych w medycynie (Beauchamp 1995, 191).

## Medyczna filozofia

Nieformalna komunikacja lekarek i lekarzy podczas obchodów szpitalnych czy też wspólne konwersacje w czasie wolnym na temat doświadczeń płynących z leczenia swych pacjentów, ustanawiają tzw. medyczną filozofię, która jest dodatkową relacją obu dyscyplin wyróżnioną przez Pellegrino (Pellegrino 2008, 34). Refleksja w ramach *medycznej filozofii* obejmuje różnorodną tematykę. Tematyka ta może dotyczyć określonego stylu praktyki medycznej: możemy tu zawrzeć style praktyki, takie jak: „terapeutyczny entuzjazm, nihilizm

lub minimalizm” (tamże). Styl praktyki powoduje określenie nastawienia lekarza do proponowanego wyboru testów i terapii w ramach praktykowanej medycyny. Lekarki i lekarze klinicyści określani jako tzw. diagnostyczni entuzjaści, stosują wszelkie dostępne testy kliniczne dla dobra pacjenta. Są także przedstawicielki i przedstawiciele profesji lekarskiej prezentujący tzw. *elegancki* styl praktykowania medycyny, których Pellegrino nazywa diagnostycznymi artystami. Praktykują oni medycynę kliniczną w sposób kompetentny, dobierając właściwy rodzaj i odpowiednią ilość dostępnych testów i określonych zasobów medycznych służących maksymalizowaniu dobra pacjenta.

Rodzaj relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jest także tematem *medycznej filozofii*. Pellegrino podaje przykład lekarza, który przyjmuje postawę przyjacielską w stosunku do pacjenta. Inni lekarze mogą zaś preferować bardziej oficjalny, kierowniczy dystans w relacjach z pacjentami (tamże). Dodatkowe znaczenie *medycznej filozofii* wyraża się jako swoista kliniczna mądrość lekarza uzyskana poprzez lata doświadczeń w praktykowaniu określonej specjalizacji medycyny. Kliniczna mądrość zawarta w tekstach i książkach opisujących lata doświadczeń w praktykowaniu medycyny nie oznacza ścisłego formalnego stylu analizy filozoficznej lecz wyraża pewien specyficzny model refleksji filozoficznej w „tradycyjnym sensie poszukiwania mądrości” (tamże).

## Filozofia medycyny

*Filozofia medycyny* zaproponowana przez Edmunda D. Pellegrina podjęła na nowo intelektualne zadanie polegające na określeniu humanistycznego i moralnego wymiaru medycyny. Zagadnienie wewnętrznej moralności medycyny, określanie celu wewnętrznego medycyny a wreszcie centralne znaczenie relacji lekarz – pacjent w codzienności praktyki medycyny stanowią, według Pellegrina, najważniejsze elementy moralności i humanistyki w ramach praktykowania profesji medycyny.

*Filozofia medycyny* oznacza krytyczną refleksję na temat medycyny, tzn. na temat treści, metody, pojęć i założeń właściwych *medycynie jako medycynie*. W tym celu *filozofia medycyny* musi przekraczać naukową metodę medycyny, tzn. metodę nauki, klinicznej obserwacji, klinicznego sądu. *Filozofia medycyny* czyni specyficzną dziedzinę medycyny przedmiotem studium prowadzonym za pomocą metody filozoficznej (Pellegrino 2008, 36).

*Medycyna jako medycyna* rozpoczyna się w momencie klinicznego spotkania lekarza z pacjentem, gdy wiedza nauk szczegółowych przynależnych medycynie zaczyna być „używana do realizacji specyficznego celu leczenia, zapanowania, poprawy, zapobiegania chorobom indywidualnego człowieka” (tamże). *Filozofia medycyny jako medycyny* posiada, zdaniem Pellegrina, swój określony, własny przedmiot koncentrujący się na badaniu problemów z zakresu medycyny klinicznej oraz zdrowia publicznego. Należy jednak podkreślić, iż perspektywa tychże

badań jest odmienna od sposobu badań naukowych oraz od metod samej medycyny klinicznej i zdrowia publicznego (tamże). Filozofia medycyny

poszukuje rozumienia natury i fenomenów klinicznego spotkania, tzn. interakcji pomiędzy osobami potrzebującymi pomocy specyficznego rodzaju odnoszącego się do kwestii zdrowia a innymi osobami, które oferują pomoc i są desygnowane przez społeczeństwo do tego rodzaju pomocy (tamże).

Filozoficzne analizy Edmunda D. Pellegrina dotyczące medycznej moralności, zobowiązują lekarzy nie tylko do stawiania relacji lekarz – pacjent w centrum właściwie praktykowanej medycyny, analizy te są także zaproszeniem lekarzy do podjęcia intelektualnego namysłu nad znaczeniem elementów konstytuujących relację lekarza z pacjentem. Edmund D. Pellegrino proponuje aby relacja lekarza z pacjentem (healing relationship), której celem jest podjęcie leczenia, przywracanie zdrowia pacjenta, była definiowana przez trzy fenomeny *fakt choroby, akt profesji, oraz akt medycyny* (Pellegrino 2006, 67).

*Fakt choroby* sytuuje pacjenta w tzw. kondycji „zranienia i zależności” (Pellegrino 2006, 67). Stan choroby powoduje że nasze ciało przestaje być gotowym instrumentem, który służy i działa według naszych zamierzeń, ciało w stanie choroby, jak podkreśla amerykański lekarz, zaczyna niejako dyktować warunki i tyranizować pacjenta. Po drugie osoba która staje się pacjentem w stanie choroby nie posiada zdolności i wiedzy aby odpowiedzieć na trzy fundamentalne pytania zrodzone przez kondycję chorobową: „co złego się dzieje? Co może zostać uczynione? oraz co powinno zostać uczynione?” (Pellegrino 2006, 67). Powyższe pytania, zdaniem Pellegrina, rodzą pozycję nierówności pomiędzy lekarzem a pacjentem, oraz poczucie zależności pacjenta od lekarza. Z jednej strony relacji znajduje się pacjent, często przepełniony strachem o swą kondycję, który potrzebuje fachowej opieki, nie posiadający wiedzy medycznej na temat swej choroby. Po drugiej stronie relacji znajduje się kompetentny lekarz dysponujący odpowiednią wiedzą z zakresu medycyny (Pellegrino 2006, 67).

Fakt pozycji nierówności relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem rodzi potrzebę złożenia obietnicy pomocy pacjentowi, wyrażoną przez lekarza w *tzw. akcie profesji. Akt profesji* zakłada, że lekarz posiada właściwą medyczną wiedzę, że jest wystarczająco kompetentny aby udzielić fachowej pomocy pacjentowi. Po drugie, że będzie używał swoje kompetencje nie w swoim w interesie lecz w najlepiej pojętym interesie pacjenta tzn. realizacji dobra pacjenta. Już w pierwszym spotkaniu lekarza z pacjentem kiedy lekarz pyta pacjenta „*jak mogę pomóc?* ” (Pellegrino 2006, 67) deklaruje swym pytaniem obietnicę pomocy pacjentowi, pomocy w ramach możliwości aktualnego stanu wiedzy nauk medycznych (Pellegrino 2006, 67).

Trzeci fenomen stanowiący podstawowy element relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem wyraża *tzw. akt medycyny. Akt medycyny zostaje* ustanowiony poprzez działania, które prowadzą do podejmowania kompetentnych decyzji medycznych przez lekarza tzn. są zgodne z najnowszymi wynikami badań nauko-

wych w ramach medycyny i niosą możliwe rezultaty w postaci wyleczenia pacjenta oraz przywrócenia „harmonii cielesnej pacjenta” (Pellegrino 2006, 67). Edmund D. Pellegrino podkreśla jednak z całą mocą, że akt medycyny nie kończy się wraz z podjęciem poprawnej naukowo, kompetentnej decyzji lekarza w ramach leczenia pacjenta. Decyzja lekarza oprócz naukowej kompetencji powinna realizować także dobro pacjenta zrozumiane w sensie realizacji „dobra osobowego w najpełniejszym sensie” (Pellegrino 2006, 67). Dobra decyzja lekarza powinna być wrażliwa i niejako zgodna z wartościami życiowo ważnymi dla pacjenta.

## Filozofia medycyny a system amerykańskiej służby zdrowia

Centralne znaczenie relacji lekarza z pacjentem w praktykowaniu medycyny, stanowiące jedno z podstawowych, omówionych zagadnień filozofii medycyny Edmunda D. Pellegrina, okazuje się aktualną kwestią i realnym problemem amerykańskich lekarzy. Świadczy o tym niedawny artykuł, opublikowany na łamach prestiżowego wydawnictwa artykułów z zakresu medycyny *New England Journal of Medicine*, przez innego wybitnego amerykańskiego lekarza, klinicystę, neurologa, Johna Noseworthy’ego. John Noseworthy, omawiając aktualną sytuację amerykańskiej służby zdrowia, zwraca uwagę, że lekarze w XXI wieku, pracujący w Stanach Zjednoczonych, są coraz bardziej rozdarci pomiędzy koncepcją medycyny, stanowiącą humanistyczną działalność na rzecz dobra pacjenta a koncepcją służby zdrowia rozumianą jako biznes nastawiony na konkurencyjne działanie (Noseworthy 2019, 2265).

Amerykański system służby zdrowia, nieustannie podejmuje wysiłki w celu zapewnienia

rozsądnego i osiągalnego finansowo dostępu do opieki zdrowotnej, zapewnienia odpowiedniego podejścia do opłat za opiekę zdrowotną, tworzenia możliwości dla innowacji, czy konieczności zagwarantowania wszechstronnej opieki dla pacjentów z kompleksowymi wynikami zdrowotnymi lub z wieloma koegzystującymi schorzeniami (Noseworthy 2019, 2265).

Na końcu szeregu problemów znajdują się pacjenci i ich rodziny zatroskani o rosnące opłaty za korzystanie z określonych usług medycznych służby zdrowia, często obawiający się możliwości tzw. „*personalnego medycznego bankructwa*” (Noseworthy 2019, 2265). Coraz bardziej fragmentaryczny system amerykańskiej służby zdrowia, powoduje, iż pacjenci są pozbawiani możliwości spędzenia adekwatnej ilości czasu z podejmującymi ich leczenie klinicystami. Dodatkowo pacjenci korzystający z wizyt u kilku lekarzy cierpią na brak lekarza prowadzącego, który, w atmosferze wzajemnego zaufania, w oparciu o informacje medyczne o pacjencie, pochodzące z różnych źródeł, byłby zdolny do udzielenia zunifikowanej odpowiedzi na temat stanu pacjenta i sformułowania

odpowiedniego planu leczenia (Noseworthy 2019, 2265). Oczekiwania administratorów i udziałowców organizacji służby zdrowia co do wzrastającej produktywności, obniżania kosztów, obciążenie lekarzy pracą administracyjną i urzędową powodują, że lekarze coraz częściej odczuwają brak zadowolenia z wykonywanej profesji. (Noseworthy 2019, 2266).

Będąc praktykującym neurologiem i klinicystą obserwującym proces zmian i złożoność dzisiejszej służby zdrowia, John Noseworthy, podobnie jak Edmund D. Pellegrino, uważa, że relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem, zawsze znajdowała się w samym sercu służby zdrowia i powinna pozostać centrum profesji medycyny (Noseworthy 2019, 2265). Noseworthy proponuje dwie ważne zasady, mające na celu utrzymanie centralnej ważności relacji lekarz – pacjent w codzienności niełatwych wyzwań przed jakimi stoi amerykańska służba zdrowia. Pierwsza zasada akcentuje konieczność umożliwienia lekarzom spędzania odpowiedniej ilości czasu z pacjentami, szczególnie z pacjentami, którzy potrzebują dodatkowego czasu, są to przede wszystkim „pacjenci z diagnostyczną niepewnością a także pacjenci których plany leczenia zawiodły oraz pacjenci znajdujący się w ostatnich stadiach życia” (tamże, 2265). Po drugie, amerykański lekarz wskazuje na konieczność zidentyfikowania i wspierania pracy koordynującego lekarza dla pacjentów, którzy korzystają z wizyt u kilku specjalistów naraz, aby w ten sposób zapewnić odpowiednią komunikację między różnymi specjalistami leczącymi tego samego pacjenta w celu „wyjaśnienia diagnozy, planu leczenia i pomocy pacjentowi w podjęciu decyzji co do następnego kroku leczenia” (tamże, 2265).

## Zakończenie

Filozofia medycyny zaproponowana przez Edmunda D. Pellegrina okazuje się szczególnie ważna dla amerykańskich lekarzy, którzy stają przed wyzwaniami i problemami związanymi z terażniejszą koncepcją służby zdrowia. Koncepcja promowana przez administratorów rozumiejących służbę zdrowia jako formę biznesu, w której lekarzy traktują się jako *dostarczycieli usług medycznych* a pacjentów jako *konsumentów tychże usług*, grozi coraz większą erozją humanistycznej tożsamości lekarza. Warto na koniec podkreślić, że to właśnie Edmund Pellegrino jako jeden z pierwszych, w swych publikacjach, wyraził sprzeciw wobec ujmowania służby zdrowia jako formy towaru i produktu na sprzedaż, akcentując iż towary i produkty medyczne używane podczas procesu zapewniania opieki zdrowotnej nie mogą tworzyć mylnego ujęcia służby zdrowia, która jako całość stawałaby się towarem (Pellegrino 1999, 247). Koncepcja promowana przez Pellegrino, definiuje służbę zdrowia jako

zapewnienie asystencji osobom, które znajdują się w potrzebie opieki, leczenia, edukacji, lub pomocy związanej z traumą, chorobą, niepełnosprawnością, dysfunkcją przez



inne osoby posiadające wiedzę i umiejętności, zdolne do zapewnienia takiej formy asystencji (Pellegrino 1999, 247).

Koncepcja ta zobowiązuje lekarzy do powinności ochrony personalnego charakteru relacji z pacjentami i sprzeciwu wobec propozycji interakcji z pacjentami jako formy transakcji handlowej opartej na regulacjach prawnych i formie kontraktu (tamże, 249).

## Bibliografia

- Beauchamp T.L. (1995), *Principlism and Its Alleged Competitors*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, t. 5, nr 3, s. 181–198.
- Beauchamp T.L., Childress J. (1996), *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza Press, Warszawa.
- Biesaga T. (2012), *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie. Wydawnictwo Naukowe, Kraków.
- Noseworthy J. (2019), *The Future of Care — Preserving the Patient–Physician Relationship*, „The New England Journal of Medicine” 381; 23, s. 2265–2269.
- Pellegrino E.D. (1994), *Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician – Patient Relationship*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy”, t. 10, (Reprint in: Pellegrino E.D. (2008), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Indiana).
- Pellegrino E.D. (1998), *What the Philosophy of Medicine Is*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, t. 19, s. 315–336 (Reprint in: Pellegrino E.D. (2008), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Indiana).
- Pellegrino E. D. (1999), *The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic*, „Journal of Medicine and Philosophy” t. 24, nr. 3, s. 243–266.
- Pellegrino E.D. (2001), *Philosophy of Medicine: Should It Be Teleologically or Socially Constructed?*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, t. 11, s. 169–180 (Reprint in: Pellegrino E.D. (2008), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Indiana).
- Pellegrino E. D. (2001), *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” t. 26, nr. 6, s. 559–579.
- Pellegrino E. D. (2005), *The ‘telos’ of medicine and the good of the patient*, [w:] *Clinical bioethics: a search for the foundations*, red. C. Viafora, Springer, Dordrecht, s. 21–32 (International Library of Ethics, Law and the New Medicine, t. 26).

Pellegrino E. D. (2006), *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The American Journal of Bioethics” 6, nr 2, s. 65–71.

Pellegrino E.D. (2008), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Indiana.

Veatch R. M. (2002), *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” 11, s. 344–352.

## **Philosophy within the contemporary practice of American medicine. Various forms of the relationship between both disciplines: Edmund D. Pellegrin's approach**

### **Summary**

The paper presented here illustrates the issue of philosophy within the contemporary practice of American medicine. Four forms of relationship between both disciplines will be discussed: philosophy and medicine, philosophy within medicine, medical philosophy, and philosophy of medicine. The aim of the paper is to illustrate the specificity of the proposed forms of relationship, i.e. the contrast between the autonomous approach of the both disciplines and the realistic philosophy of medicine promoted by Edmund D. Pellegrin, which closely links the issue of the nature and theory of medicine with the undertaking of philosophical reflection. The issue of the topicality of Edmund D. Pellegrin's philosophy of medicine in the context of the current challenges of American health care will also be discussed.

**Keywords:** philosophy, medicine, science, health, person, patient, treatment, health care, Edmund D. Pellegrino.