

## Czym jest zdrowie?

Lennart Nordenfelt (tłum. Dorota Szawarska)

### Punkt wyjścia. Dwa nurty w filozofii zdrowia i choroby

Głównym problemem współczesnej filozofii medycyny jest teoria istoty zdrowia i choroby lub też pojęcie zdrowia i choroby. Rzekłbym, że istotnie jest to jej ulubiony temat, a być może stanie się on obecnie jeszcze bardziej popularny, gdyż jest to ten aspekt filozofii medycyny, który wzbudził zainteresowanie samych lekarzy i innych osób profesjonalnie zajmujących się sprawami zdrowia i choroby.

Istnieją dwa główne nurty teorii zdrowia i choroby. Pierwszy z nich określany bywa mianem medycznej lub też biostatystycznej teorii zdrowia. Typowe dla filozofów tego nurtu jest twierdzenie, że pojęcia zdrowia i choroby oraz ich pojęcia pokrewne, takie jak cały zbiór pojęć medycznych typu: dolegliwość lub złe samopoczucie (*illness*), obrażenie cielesne, wada, niepełnosprawność, inwalidztwo – są pojęciami czysto biologicznymi, a w niektórych wypadkach psychologicznymi. „Zdrowie” i „choroba” są pojęciami biologii w tym samym znaczeniu, co „serce”, „płuco”, czy też „ciśnienie krwi”. Ściśle mówiąc, jak twierdzą reprezentanci tego nurtu, pojęcie zdrowia i choroby nie zawiera żadnych treści subiektywnych lub oceniających.

Drugi główny nurt filozofii zdrowia ma zupełnie przeciwne podejście do tych kwestii. Według tych filozofów, których często nazywa się normatywistami, pojęcia zdrowia i choroby są na wskroś przesycane wartościami. Nie można ich zdefiniować wyłącznie w terminach biologii czy psychologii, nawet jeśli terminy te są aksjologicznie neutralne. Kiedy mówimy, że ktoś jest zdrowy, twierdzą normatywiści, to częściowo znaczy to, że dana osoba jest w dobrym stanie ducha czy ciała. Mówiąc zaś, że ktoś zachorował, mówimy, że osobie tej przydarzyło się coś, co jest dla niej złe.

Na razie odróżniłem jedynie z grubsza i powierzchownie dwa nurty myślenia w tej dziedzinie. Trudno jest jednak jasno pokazać i ściśle od siebie odróżnić poszczególne wersje owych nurtów. W samym podejściu normatywnym istnieje parę różnych wersji. Postaram się zatem uprościć sytuację i skoncentruję się na najbardziej charakterystycznej wersji każdego nurtu myślenia oraz szczególnie je zanalizuję.

## Biostatystyczna teoria zdrowia i choroby Boorse'a

Wybór biologicznej teorii zdrowia jest bardzo prosty. Całkowicie dominują w tym zakresie artykuły Amerykanina C. Boorse'a. Artykuły te stanowią również cel większości argumentów krytycznych wysuwanych przez normatywistów. Prezentując teorię Boorse'a, posłużę się jej najnowszą wersją, w wydaniu samego autora, przedstawioną w obszernym artykule broniącym jego pozycji, a opublikowanym w 1997 roku pod tytułem *A Rebuttal on Health* (2).

Celem biostatystycznej teorii choroby (BST) Boorse'a jest analiza rozróżnienia między normalnością i patologią (1, 2). Pragnąc uchwycić istotę współczesnego, swoistego dla Zachodu pojęcia choroby, Boorse podejmuje i rozwija starożytną ideę, iż to, co normalne, jest tożsame z tym, co naturalne. Innymi słowy, powiada on, zdrowie to tyle, co zgodność z projektem gatunkowym (*species design*). Wyrażając to w języku współczesnym, Boorse powiada, że „projekt gatunkowy to wewnętrzna, funkcjonalna organizacja typowa dla członków gatunku, mianowicie: wewnętrznie spójna hierarchia procesów funkcjonalnych, na każdym poziomie, od organelli po tkanki komórkowe, organy i ogólne zachowanie, dzięki któremu organizmy danego gatunku podtrzymują i zachowują życie” [(2), s. 7]. Boorse pisze, że wszystkie stany traktowane przez medycynę jako patologia, stanowią po prostu zachwianie pewnych funkcji organizmu na jakimś poziomie tej hierarchii.

Charakterystyka ta stanowi dla Boorse'a podstawę do wprowadzenia następujących definicji:

„1. Klasa odniesienia (*reference class*) stanowi naturalną klasę organizmów o jednakowym projekcie funkcjonalnym, np. grupa wiekowa danej płci danego gatunku, np. człowieka.

2. Normalna funkcja części ciała czy też procesu u członków klasy odniesienia stanowi ich typową statystycznie kontrybucję do indywidualnego przetrwania i reprodukcji.

3. Choroba stanowi typ stanu wewnętrznego, który polega albo na naruszeniu normalnej zdolności funkcjonalnej, tzn. stanowi obniżenie jednej lub kilku zdolności funkcjonalnych (*functional ability*) poniżej poziomu typowej skuteczności, bądź też spowodowane przez czynniki środowiskowe ograniczenie zdolności funkcjonalnych.

4. Zdrowie jest brakiem choroby” [(2), s. 7-8].<sup>1</sup>

1 W swojej ostatniej pracy, Boorse (2) mówi, że jego analiza pojęcia choroby (*disease*) dotyczy jedynie pojęcia choroby w sensie patologicznym. Nie twierdzi on niczego, co pozwoliłoby mu stosować jego pojęcie choroby np. w sytuacji spotkania klinicznego (*clinical encounter*). Przyjmuję to do wiadomości. Nie należy zatem postrzegać mojej analizy BST w niniejszym szkicu jako krytyki obecnego stanowiska Boorse'a. Jednakże moja analiza wcale nie jest bezpodstawna, albowiem nadal istnieją zwolennicy pewnych wersji BST, którzy uważają, że można ją stosować w kontekstach klinicznych.

## Holistyczna teoria zdrowia i choroby

Niektóre teorie należące do nurtu normatywistycznego także koncentrują się na celach, ale robią to w zupełnie inny sposób. Nie odwołują się do biologicznych celów, lecz do celów w zwykłym, ludzkim rozumieniu tego słowa, tzn. przyświecających działaniom umyślnym. Kiedy mamy zamiar coś zrobić albo coś osiągnąć, znaczy to, że mamy zamiar osiągnąć jakiś cel. Nie jest on jedynie celem poszczególnego organu. Jest celem całej istoty ludzkiej. Dlatego też teorie te są często nazywane teoriami holistycznymi.

Istotne jest, że teorie holistyczne (lub НТН, jak będę je ogólnie nazywać) uznają pojęcie zdrowia za pierwotne, a pojęcie choroby za wtórne. Zdrowie ma swoją podstawę na poziomie całej osoby. To osoba, a nie pojedyncze organy, jest zdrowa [(3), s. 35-37]. Pozwolę sobie przedstawić tę koncepcję zdrowia w sposób tradycyjny, podobnie jak to kiedyś uczynił Galen, słynny rzymski lekarz i filozof z 200 roku naszej n.e., który powiedział: „Zdrowie jest stanem, w którym ani nie cierpimy zła, ani też nie jesteśmy ograniczeni w funkcjach dnia codziennego” [(4), s. 637]. W moim własnym języku ideę tę można wyrazić w sposób następujący: osoba A jest w pełni zdrowa wtedy i tylko wtedy, gdy A znajduje się w pewnym umysłowym i cielesnym stanie, takim mianowicie, że przy założeniu normalnych warunków (*standard circumstances*) A ma wtórną (*second order-ability*) zdolność do osiągnięcia wszelkich swoich celów życiowych (*vital goals*), tzn. tych stanów rzeczy, które (na dłuższą metę) są konieczne i wystarczające dla osiągnięcia przez A minimum szczęścia [(5), s. 93].

Zgodnie z holistyczną teorią zdrowia, jeżeli dana osoba nie posiada w pełni takiej zdolności, to czuje się ona w pewien sposób źle (*is to some extent ill*). Ów stan złego samopoczucia (*a state of illness*) może mieć różnorakie przyczyny, zlokalizowane zarówno w ciele, jak i w umyśle owej osoby. Chorobą (*disease*) nazywamy więc często występujące lub typowe przyczyny złego stanu zdrowia (*ill health*). Tak więc według holistycznej teorii zdrowia, choroba (*disease*) to taki stan ciała i umysłu, który z reguły prowadzi do złego stanu zdrowia danej osoby.

Dwa rodzaje zjawisk zajmują centralne miejsce w tradycyjnych, holistycznych koncepcjach zdrowia i choroby. Pierwsze to rodzaj poczucia swobody (*of ease*) czy też dobrego samopoczucia w przypadku zdrowia, oraz bólu lub cierpienia w przypadku choroby; drugie zjawisko to sprawność lub niepełnosprawność: pierwsze jest wskaźnikiem, a drugie chorobą. Te dwa rodzaje zjawisk są ze sobą pod wieloma względami powiązane. Po pierwsze jest to powiązanie przyczynowe. Dobre samopoczucie przyczynia się do sprawności danej osoby. Poczucie bólu lub cierpienia może zaś bezpośrednio przyczynić się w pewnej mierze do jej niepełnosprawności. I na odwrót, postrzeganie przez podmiot swej sprawności lub niepełnosprawności ma ogromny wpływ na jego stan emocjonalny.

W mojej analizie zakładam, że istnieje mocny związek między cierpieniem i niepełnosprawnością (*disability*). Przez cierpienie rozumiem w tym

kontekście bardzo szerokie pojęcie zawierające w sobie zarówno ból fizyczny, jak i psychiczny (*mental distress*). Osoba nie może doświadczyć cierpienia, nie okazując jednocześnie pewnego stopnia braku sprawności. Ale nie zawsze zachodzi relacja odwrotna: osoba może nie być w pełni sprawna, a nawet w jakiś sposób pod wieloma względami kaleka, jednocześnie nie cierpiąc. Istnieją na przykład paradygmatyczne przypadki złego stanu zdrowia, w których nie występuje cierpienie. Przypadkiem najbardziej oczywistym jest stan nieodwracalnej utraty świadomości (*coma*), w którym osoba w ogóle nic nie czuje. Inne przypadki dotyczą pewnych chorób i stanów niedorozwoju umysłowego. Ogólnie rzecz biorąc, kiedy pacjent nie jest w stanie prawidłowo osądzić swojej sytuacji, wtedy niepełnosprawność wcale nie musi powodować cierpienia. Krótko mówiąc, zawsze tam, gdzie jest wielkie cierpienie, jest też brak sprawności, ale nie na odwrót.

Spostrzeżenia te sugerują, że pojęcie braku sprawności odgrywa o wiele większą rolę w definiowaniu złego stanu zdrowia niż korespondujące z nim pojęcie cierpienia. Jeżeli jedno z tych pojęć jest istotne dla zdefiniowania złego stanu zdrowia, to musi być to pojęcie braku sprawności. Konkluzja ta nie lekceważy bynajmniej wielkiej wagi bólu i cierpienia – jako doświadczeń, a nie tylko przyczyn braku sprawności – w większości wypadków złego stanu zdrowia.

### Ocena biostatystycznej i holistycznej teorii zdrowia

Porównajmy obie te teorie.

I. BST. *A* jest całkowicie zdrowy wtedy i tylko wtedy, gdy wszystkie organy *A* funkcjonują normalnie, tzn. w sposób charakterystyczny dla swojego rodzaju przyczyniają się do przetrwania indywiduum i gatunku, w statystycznie normalnym środowisku. Choroba to nienormalne funkcjonowanie człowieka pod jakimś względem cielesnym lub umysłowym.

II. HTH. *A* jest całkowicie zdrowy wtedy i tylko wtedy, gdy stany cielesne i umysłowe *A* są takie, że *A* jest w stanie osiągnąć wszystkie swoje cele życiowe, w normalnych okolicznościach. Choroba to proces ciała lub umysłu, który prowadzi do zmniejszenia holistycznie rozumianego zdrowia człowieka.<sup>2</sup>

Jakie są kryteria oceny pojęć zdrowia, bycia chorym (*illness*) i choroby? Na podstawie jakich kryteriów oceny możemy powiedzieć, że jedna z tych teorii jest lepsza od drugiej?

Istnieje wiele możliwych kryteriów oceny tych pojęć, takich jak:

- a) zgodność wewnętrzna,
- b) bliskość do języka potocznego,
- c) bliskość do języka medycznego,
- d) użyteczność w praktyce lekarskiej,
- e) użyteczność w kontekście zdrowia publicznego.

<sup>2</sup> W najnowszej wersji mojej teorii, na przykład w (5) na s. 93, używam raczej wyrażenia „przyjęte okoliczności” niż „standardowe okoliczności”. Wytlumaczenie tej zmiany terminologicznej znajduje się w (5), na stronach 80-83.

Kryteria te nie wykluczają się wzajemnie. Niektóre z nich wspierają siebie nawzajem, a nawet zakładają. Zgodność wewnętrzna jest ważna w każdym z tych kontekstów. Pożyteczność w praktyce lekarskiej, jak i w kontekście zdrowia publicznego, zakłada znaczną bliskość do języka potocznego, gdyż praktyka medyczna implikuje komunikację z osobami niemającymi wiele wspólnego z medycyną.

Zakres tego artykułu nie pozwala na bliższą analizę tych wszystkich kwestii. Rozważę tu jedynie dwa ostatnie kryteria: pożyteczność w praktyce lekarskiej i pożyteczność w kontekście zdrowia publicznego. Pozwolę sobie najpierw rozważyć fenomen spotkania medycznego (*medical encounter*), tj. spotkania pomiędzy potencjalnym pacjentem a profesjonalistą medycznym (lekarzem, pielęgniarzem lub paramedycykiem). Aby to uczynić, opowiem najpierw krótką historię.

1. Osoba zwraca się do instytucji opieki zdrowotnej z konkretnym problemem medycznym.

Jan zwraca się do lekarza pierwszego kontaktu z problemem. Mówi, że od jakiegoś czasu czuje się chory (*illness*). Dość mocno boli go brzuch, co spowodowało, że przez tydzień nie chodził do pracy. Mówi, że musi mieć jakąś chorobę (*disease*). Nie potrafi inaczej wytłumaczyć swego złego samopoczucia (*ill health*). Jak widać, Jan stwierdza, iż jest chory. Ale nie zbadał on swojego ciała, aby potwierdzić ten fakt. Poczul ból (ból, który nie ma bezpośredniej zewnętrznej przyczyny) i zauważył, że ból ten nie pozwolił mu iść do pracy. Zakłada zatem, że to choroba (*disease*) jest przyczyną jego problemu.

2. Lekarz ustala diagnozę i leczy pacjenta.

Lekarz bada Jana. Próbuje ocenić istotę problemu, a kiedy upewni się co do niej, szuka jego przyczyny. Jako człowiek o wykształceniu medycznym najpierw szuka przyczyn problemu w organicznym funkcjonowaniu ciała Jana. Krótko mówiąc, poszukuje jakiejś choroby (*disease*). Ważne jest to, że nie szuka on tej choroby dla niej samej. Nie dopatruje się jakichkolwiek zadawnionych dolegliwości (*old malady*). Chce on ustalić przyczynę problemu danego pacjenta przede wszystkim w terminach języka chorób, który swoisty jest dla podręczników i systemów klasyfikacji chorób. Stwierdziwszy chorobę, która – jak sądzi – jest przyczyną problemu, lekarz zaczyna leczyć ją *lege artis*, tzn. zgodnie z zaleceniami nowoczesnej medycyny.

3. Pacjent jest zdrowy, kiedy pozbędzie się problemu.

Wizyta lekarska będzie uważana za udaną, zwłaszcza przez Jana, jeśli przestanie go boleć brzuch i gdy będzie mógł pracować jak zwykle.

Ten prosty przykład udanej wizyty lekarskiej uświadamia mi, że użyto w tym kontekście pojęcia zdrowia typowego dla teorii holistycznej. Po pierwsze, stwierdzenie faktu, że Jan czuje się chory, nie zakłada żadnego badania wewnętrznego na poziomie narządów. Jan sam może (co najmniej równie dobrze jak lekarz) stwierdzić, że jego stan zdrowia jest zły. Dla Jana zły stan zdrowia to ból i niemożność wykonywania jakiejś pilnej czynności, np. pójścia do pracy

w normalnych okolicznościach, tzn. takich, które same przez się bezpośrednio nie uniemożliwiają mu wykonania danego zadania.

Po drugie, jasne jest, że zarówno pacjent, jak i personel medyczny rozumie przez zdrowie coś więcej niż jedynie stan braku choroby (*disease*). Nie powracamy do zdrowia tylko dlatego, że wyleczono nam chorobę (*disease*). Zazwyczaj pacjent nie jest w pełni zdrowy (np. nie może iść do pracy), dopóki nie minie pewien okres rekonwalescencji i rehabilitacji. To także jest argument na rzecz interpretacji pojęcia zdrowia w języku teorii holistycznej.

Rozważmy teraz kwestię promocji zdrowia w skali społecznej. W wielu krajach prowadzi się obecnie liczne akcje na rzecz promocji zdrowia. Dotyczą one takich spraw, jak zdrowe odżywianie, ruch fizyczny, ograniczenia spożycia alkoholu i rzucenie palenia. W jaki sposób można by opisać te akcje w świetle scharakteryzowanych wyżej dwóch modeli? Czy obydwa opisy są równie adekwatne? Nazwijmy to przypadkiem programów promocji zdrowia.

Odpowiedź na pytanie, który model bardziej pasuje do tej sytuacji, jest na pewno zależna od tego, jak zinterpretujemy ową sytuację. Zwolennik HTH powiedziałby, że przypadek ten jednoznacznie przemawia na rzecz tej teorii. Wszelkie programy promocji zdrowia, powiedzieliby zwolennicy HTH, nie mają przede wszystkim zapobiegać chorobie. Ich najważniejszym celem jest, abyśmy osiągnęli dobre samopoczucie i byli przekonani, że potrafimy urzeczywistnić to, na czym nam najbardziej zależy. Wszystkie programy promocji zdrowia zakładają, rzecz jasna, zapobieganie poważnym chorobom. Z drugiej jednak strony wcale nie implikują zapobiegania wszelkiej patologii. Czucie się zdrowym i sprawnym (*being fit and able*) da się doskonale pogodzić z obecnością wielu błahych chorób.

Z drugiej jednak strony, rzecznik biostatystycznej teorii zdrowia może powiedzieć tak: być może jest prawdą, że promocyjne programy zdrowotne nie muszą ściśle wskazywać na daną chorobę czy też choroby jako cel swoich działań. Jednak wcale z tego nie wynika, że ich celem nie jest przeciwdziałanie pojawieniu się jakiejś poważnej choroby. W przypadku gdy celem akcji jest np. zaprzestanie palenia lub picia alkoholu, jasne jest, że jej organizatorzy mają na myśli przeciwdziałanie pewnym określonym chorobom. W przypadku palenia organizatorzy mają na uwadze choroby serca, układu oddychania oraz niektóre choroby nowotworowe. W przypadku istotnego nadużycia alkoholu są to przede wszystkim choroby neurologiczne, marskość wątroby oraz wypadki spowodowane przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu. Jeżeli mają one osiągać coś więcej, to stanowią one, można by argumentować, coś znacznie więcej niż tylko jakiś jeden określony program. Czym innym jest „promocja dobrej kondycji fizycznej” (*fitness programme*), a czym innym właściwa promocja zdrowia.

Mój argument na rzecz HTH brzmi następująco: twierdzenie, że programy promocji zdrowia mają na celu tylko i wyłącznie przeciwdziałanie chorobom, jest sztuczne i niewiarygodne. Twierdzenie, że pozostałe elementy takich akcji są logicznie niezwiązane ze zdrowiem, a tylko z jakością życia ludzi, nie da się

pogodzić z potocznym użyciem języka. Nawiasem mówiąc, istnieje bardzo silny związek między zdrowiem a jakością życia, nie ma zatem potrzeby mówić, że taka akcja ma dwa różne cele. Uznanie więc, że BST jest bardziej adekwatną teorią niż НТН w kwestii promocji zdrowia, jest niezgodne z językiem potocznym.

### Konkluzja

Przedstawiłem dwie główne teorie zdrowia i pojęć pokrewnych. Próbowałem porównać biostatystyczną teorię zdrowia i choroby z teorią holistyczną. Zaznaczyłem główne różnice i podobieństwa między tymi dwoma podejściami. Zależało mi przede wszystkim na ocenie tych teorii z punktu widzenia praktyki medycznej i zdrowia publicznego. Na podstawie owej oceny wyprowadzam następujące konkluzje:

a) Używane w praktyce klinicznej pojęcie zdrowia wiąże się przede wszystkim z celami życiowymi, a nie tylko z przetrwaniem. Ponadto zdrowie jest czymś więcej niż tylko brakiem choroby (*disease*) (dzieje się tak także i wtedy, gdy pojęcie choroby jest interpretowane w znaczeniu holistycznym).

b) Pojęcie zdrowia używane w kontekście ogólnych programów promocji zdrowia daje się, jak myślę, znacznie lepiej interpretować zgodnie z podejściem holistycznym, a nie biostatystycznym.

### Uzupełnienie

Pozwolę sobie dodać parę komentarzy. Można się zastanawiać, czy istnieją okoliczności, w których pojęcie zdrowia BST jest bardziej adekwatne i użyteczne niż pojęcie НТН. Muszą przecież być jakieś dobre racje, dla których ludzie tacy jak Boorse upierają się przy podejściu biostatystycznym.

W swojej ostatniej pracy Boorse wycofał się z niektórych twierdzeń. Nie sądzi on już, że teoria biostatystyczna może być stosowana w przypadkach klinicznych. Czucie się chorym (*illness*) lub, jak określa on to obecnie, terapeutyczna anomalia (*therapeutical abnormality*) jest czymś innym niż choroba (*disease*). To znaczy, jest czymś innym niż teoretyczne pojęcie choroby (*disease*), które Boorse próbuje zdefiniować. Twierdzi on teraz, że przede wszystkim przedstawia definicję patologicznego pojęcia choroby (*disease*).

Może być więc tak, że teoria BST jest teorią pojęcia choroby, tak jak używane jest ono w patologii. W opublikowanym niedawno szkicu *Disease and Illness Revisited: Where should Medical Theory Go?* (6) szczegółowo zanalizowałem to podejście. Bardzo wątpię, aby było ono właściwe. Nie mogę tutaj szczegółowo powtórzyć mojej argumentacji. Pozwolę sobie jedynie na pewne obserwacje. Jeśli przejrzymy dokładnie podręczniki patologii wydawane przez ostatnie trzydzieści lat, to zobaczymy, że po pierwsze rzadko kiedy definiują one pojęcie choroby (*disease*). A jeżeli to robią, czynią to całkiem powierzchownie, opisując chorobę jako nienormalny stan lub proces i nie określając bliżej istoty owej

anomalii. Po drugie, a nie zdawałem sobie z tego sprawy, zanim nie zacząłem moich badań, podręczniki do patologii częściej stwierdzają, że patologia bada biologiczne podstawy choroby niż chorobę jako taką. Jest to raczej przejaw skromności ze strony patologów. Badają oni przede wszystkim takie zmiany w ludzkich tkankach, które prowadzą do choroby (*disease*) lub z których choroba wynika, by odwołać się jedynie do najczęściej używanych sformułowań. To zaś sugeruje, że patologia (lub przynajmniej ci patolodzy, których studiowałem) zakłada raczej pewne pojęcie choroby niż je wprowadza. A jakież inne pojęcie choroby może zakładać niż ogólnie przyjęte w społeczeństwie, czy też typowe dla praktyki klinicznej? Wydaje mi się więc, jak tego usiłuję dowieść, że punktem wyjścia w określeniu znaczenia tego pojęcia powinien być świat kliniki, a nie prekliniczny świat patologii.

Siła czy też atrakcyjność modelu BST leży zupełnie gdzie indziej. Znajduje się ona, rzekłbym, w jej związku z teorią biologiczną, a zwłaszcza z teorią ewolucji. Połączenie biostatystycznej teorii zdrowia z ideą sprawności ewolucyjnej (*evolutionary fitness*) pozwala nam stworzyć bardziej uniwersalną teorię choroby (*disease*), która obejmuje także zwierzęta i rośliny. Dla wszelkich organizmów żywych można w istocie opisać chorobę (*disease*) jako proces, który obniża sprawność ewolucyjną jej nosiciela (jest to atrakcyjna propozycja, zwłaszcza dla biologa teoretycznego. Jednakże zawiera ona problemy osobnego rodzaju, w które nie mogę się tutaj wgłębiać). Ale ważne jest to, że jeśli rozmawiamy z lekarzami i badaczami klinicznymi, to musimy przyznać, iż istnieje jedynie słabe powiązanie między pojęciem używanym w teorii biologii a klinicznym użyciem terminów, takich jak „zdrowie”, „choroba” (*disease*) czy „chorowanie” (*illness*). Klinicznie opisana, subiektywnie przeżywana choroba (*clinical illness*) nie musi mieć nic wspólnego z organicznym stanem rzeczy, który obniża ewolucyjną sprawność danej osoby.

## Bibliografia

1. Boorse C.: Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 1977;44:542-573.
2. Boorse C.: A Rebuttal on Health. W: Humber J. and Almeder R., editors. *What is Disease? Biomedical Ethics Reviews*. New Jersey: Humana Press, 1997:1-134.
3. Nordenfelt L.: *On the Nature of Health*. Second, revised edition. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.
4. Temkin O.: *The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness*. W: Crombie AC. (ed.). *Scientific Change: Historical Studies in the Intellectual, Social, and Technical Conditions for Scientific Discovery and Technical Intervention from Antiquity to the Present*. New York: Basic Books, Inc., 1963.
5. Nordenfelt L.: *Action, Ability and Health: Essays in the Philosophy of Action and Welfare*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
6. Nordenfelt L.: *Disease and Illness Revisited: Where Should Medical Theory Go?* W: Nordenfelt L. (ed.) *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam: Rodopi, 2001.