Spór o podstawy etyki medycznej

Tadeusz Biesaga SDB

Spór o podstawy etyki medycznej

Teleologizm E. D. Pellegrino a kontraktualizm R. M. Veatcha

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydawnictwo Naukowe
Kraków 2014

Recenzenci
prof. dr hab. med. Zdzisław Jan Ryn
prof. dr hab. Marian Machinek MSF

Redakcja językowa
Anna Niklewicz

Redakcja techniczna
Monika Kucab

Projekt okładki
Marta Jaszczuk

Indeks
Katarzyna Dziuba

Publikacja finansowana z dotacji na utrzymanie potencjału badawczego
Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie
przyznanej przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w roku 2014.

Copyright © 2014 by Tadeusz Biesaga
Copyright © 2014 by Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ISBN 978-83-7438-399-8 (druk)
ISBN 978-83-7438-421-6 (online)
http://dx.doi.org/10.15633/9788374384216

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydawnictwo Naukowe

30-348 Kraków, ul. Bobrzyńskiego 10
tel./faks 12 422 60 40
e-mail: wydawnictwo@upjp2.edu.pl
www.upjp2.edu.pl

Wstęp

Etyka medyczna rozwija się współcześnie wraz z rozwojem bioetyki. Wprawdzie posiada ona odrębne źródła historyczne, które wykształciły etos lekarski, ale coraz bardziej skomplikowane problemy związane z szybkim rozwojem współczesnej biotechnologii skłoniły wielu badaczy do szerszej refleksji bioetycznej, chroniącej zarówno życie człowieka, jak i życie przyrody przed niszczeniem go w wyniku technokratycznego podboju i eksploatacji.

Instytut Etyki Kennedych na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie od lat 70. rozwijał bioetykę w sensie węższym, skupioną wokół problemów etyki medycznej. Analizując wypracowane tam propozycje dotyczące etyki medycznej, można prześledzić zasadnicze spory o jej koncepcje i podstawy. Propozycje te opracowywali twórcy i pracownicy tego instytutu, różniący się zarówno wykształceniem, sposobem myślenia, jak też pomysłami na uzasadnienie podstaw takiej etyki. Zasadniczo zrodziły się w tym środowisku naukowym trzy propozycje: hipokratejska etyka dobra pacjenta Edmunda D. Pellegrino i Dawida C. Thomasmy, etyka czterech zasad zwana pryncypizmem Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa oraz etyka kontraktualistyczna Roberta M. Veatcha. Najbardziej

rozpowszechnił się pryncypizm, głównie dzięki wielu wydaniom oraz tłumaczeniom na inne języki podręcznika tego nurtu zatytułowanego *Principles of biomedical ethics* (1979), w polskim wydaniu: *Zasady etyki medycznej* (1996). Krytyczne, liczne opracowania pryncypizmu, ujawnione w nich nierozwiązane problemy, wynikłe z posługiwania się czterema *prima facie* treściowo nieokreślonymi zasadami, skłoniły niektórych bioetyków do sięgnięcia po inne sposoby myślenia etycznego. I tak obok pryncypizmu rozwinęły się owe dwie wyżej wymienione propozycje etyki medycznej, z których pierwsza odwołuje się do całkiem innych podstaw, a ostatnia chce pójść dalej niż pryncypizm i przez ideę kontraktu nadać jakąś treść pustym zasadom stosowanym do rozwiązywania konfliktów etycznych w praktyce medycznej.

Rekonstrukcja i konfrontacja dwu odmiennych podstaw etyki medycznej, czyli teleologicznej etyki dobra pacjenta i kontraktualistycznej etyki zasad powinna wskazać kierunek jej dalszego rozwoju. Propozycje te konkurują ze sobą, pierwsza kontynuuje i rozwija z dość istotnymi modyfikacjami etykę medyczną Hipokratesa, a druga ogłasza jej ostateczny upadek. Konfrontacja obu tych stanowisk może być więc pouczająca. Ponieważ niektórzy myśliciele zbyt pochopnie ogłaszają koniec (nieakceptowanych przez siebie) dotychczasowych propozycji etyki i etyki medycznej, warto się przyjrzeć temu, co w ich miejsce proponują, gdyż często się zdarza, że wikłają się w te same założenia i błędy filozoficzne, które chcieli przezwyciężyć.

W dość burzliwym toku rozwoju bioetyki i etyki medycznej filozofia nie zawsze odgrywała i odgrywa znaczącą rolę. Można nawet powiedzieć, że filozofia, w tym antropologia, a jeszcze bardziej metafizyka, są wypierane z refleksji bioetycznej.

Taka minimalistyczna bioetyka staje się coraz uboższa, wikła się w niekończące się dysputy, staje się sofistyką naszych czasów. W niniejszej pracy nie chodzi nam o podstawy etyki medycznej, kształtowane w oparciu o fragmentaryczną, zaczerpniętą z tej czy innej nauki doraźną refleksję, ale o podstawy budowane w oparciu o szeroką refleksję filozoficzną, antropologiczną, a nawet ostateczną, przekraczającą to, co nauki ścisłe w swych licznych aspektach mogą nam zaoferować.

Celem rozprawy jest ujawnienie założeń filozoficznych obu wymienionych propozycji etyki medycznej. Chodzi o odpowiedź na pytanie, która z nich nie traci perspektywy antropologicznej i świadomości tego, kim jest człowiek, a która rezygnuje z tej perspektywy, posługując się tylko tym, co dostarczają filozofia nauki, metodologia i logika, czyli pewnymi technikami eksperymentów myślowych oraz wyważania i koherencji językowej. Chodzi o ukazanie obu propozycji podstaw etyki medycznej w ten sposób, aby każdy inny twórca tej etyki był świadomy założeń zawartych *explicite* czy *implicite* u jej podstaw, by ich nie unikał, ukrywał lub lekceważył. Brak świadomej refleksji dotyczącej epistemologicznych, antropologicznych czy metafizycznych założeń i implikacji danej etyki może być bowiem formą zastępowania racjonalnego uzasadnienia filozoficznego, manipulacją naszym myśleniem i postępowaniem. Dopiero odkrycie filozoficznych podstaw etyki medycznej pokazuje na czym stoimy, na czym oparte są zasady etyczne, którymi się posługujemy, oraz ujawnia, czy zaproponowaliśmy coś nowocześniejszego i lepszego od tego, co przed nami zbudowali najwybitniejszy twórcy wielkich systemów filozoficznych i etycznych.

Propozycja podstaw etyki medycznej Edmunda D. Pellegrino (autora i współautora 23 książek i 593 artykułów) jest

cenna nie tylko ze względu na to, że w interesujący sposób rozwija klasycznie uzasadnianą etykę medyczną, że nawiązuje do wielkich filozofów i komentatorów, że proponuje współczesną, pogłębioną teoretycznie filozoficzną refleksję nad tą etyką, ale i z tego względu, że wiele treści (przekazywanych prostym językiem) czerpie z wieloletniej, różnorodnej praktyki lekarskiej jej twórcy. Można się spodziewać, że owa praktyka (ponad 65 lat pracy) ożywi niektóre dość teoretyczne, abstrakcyjne pojęcia i opisy filozoficzne, wypełniając je bogatym doświadczeniem lekarza i myśliciela etycznego w jednej osobie. Połączenie w jego osobie dwóch perspektyw filozofii praktycznej jakimi są etyka i praktyka medyczna, może skutkować interesującą syntezą wiedzy wynikłej z teorii i wiedzy wynikłej z praktyki lekarskiej. Taka etyka bliska jest nie tylko bioetykom, ale szczególnie lekarzom i służbie zdrowia. Nie traci ona jednak przy tym swych walorów filozoficznych, ale wzbogaca je o doświadczenie i przemyślenia, które posiadają tylko profesjonaliści medyczni, a które są trudno dostępne opisującym tę specyficzną profesję od zewnątrz. Połączenie wiedzy z dwu źródeł, z doświadczenia klinicznego przeróżnych sytuacji i przypadków oraz z doświadczenia filozoficznego, realnej rzeczywistości i realnej kondycji człowieka, może uczynić etykę medyczną zarówno atrakcyjną praktycznie, jak i uzasadnioną teoretycznie.

Propozycja kontraktualistycznej etyki medycznej Roberta M. Veatcha (autora i współautora 30 książek i 519 artykułów) jest interesująca ze względu na podjęcie przez niego wezwania Daniela Callahana, by nie rezygnować z filozofii, ale przeciwnie, poszukiwać filozoficznie głębszych podstaw dla tej etyki. Godna uwagi jest podjęta przez niego w tych poszukiwaniach próba przezwyciężenia relatywizmu etycznego. Kontrakt spo-

łeczny naznaczony jest bowiem relatywizmem religijnym, kulturowym i politycznym. Nie może on być podstawą uniwersalnych, ogólnie ważnych norm etycznych. W związku z tym próba odnalezienia czegoś więcej, co pozwoliłoby przekroczyć etyce – w tym etyce medycznej – uwarunkowania kulturowe, jest obecna w największych systemach uzasadniania moralności, i można powiedzieć, jest immanentna moralności jako takiej. Niniejsza praca zamierza przedstawić te wysiłki i krytycznie ocenić ich osiągnięcia.

Przywołany wyżej problem poruszany w niniejszej pracy omawiany jest w trzech rozdziałach. W pierwszym rekonstruuje się teleologiczne podstawy etyki medycznej Edmunda D. Pellegrino, w drugim – kontraktualistyczne podstawy tej etyki Roberta M. Veatcha, a w trzecim poszukuje się odpowiedzi na pytanie, jaka antropologia jest zakładania w obu propozycjach etyki medycznej oraz, wykorzystując dokonania polskiej szkoły personalizmu realistycznego, jaką antropologię dla takiej etyki można zaproponować.

Praca nie porusza zagadnień z zakresu bioetyki szczegółowej i niezliczonych sporów, kazusów i rozstrzygnięć dotyczących szczegółowych działań medycznych obejmujących początek, trwanie i koniec życia ludzkiego. Nie analizuje również wszystkich zasadniczych sporów o podstawy etyki medycznej, prowadzonych w Europie, także w Polsce. Niektórym z nich poświęcone zostały trzy zredagowane przeze mnie tomy „Studiów z Bioetyki", zatytułowane: *Systemy bioetyczne* (2003), *Bioetyka polska* (2004) i *Bioetyka personalistyczna* (2006). Niniejsza praca koncentruje się na dwu wybranych propozycjach podstaw etyki medycznej, które obok pryncypizmu są zasadnicze w środowisku angloamerykańskim, a mało znane w naszym kraju, i które mogą być inspiracją dla pogłębienia

refleksji nad nimi, oraz dla ich dalszego rozwoju. W ów rozwój ważny wkład mogą wnieść rozwinięte w Polsce nurty filozoficzne, w tym również personalizm realistyczny szkoły lubelskiej z realistycznym nurtem fenomenologii. W końcowej części pracy, nawiązując do rozwijanej w tych nurtach antropologii i etyki oraz do dotychczasowych publikacji jej autora, przedstawiono natomiast propozycję określonego związku etyki, w tym etyki medycznej z określoną antropologią. Antropologia taka może rzutować na rozwiązanie konfliktu zasad na terenie etyki medycznej, konfliktu autonomii z nieszkodzeniem, z dobroczynnością czy ze sprawiedliwością.

ROZDZIAŁ 1

Edmunda D. Pellegrino teleologiczne podstawy etyki medycznej

1.1. Filozofia medycyny

1.1.1. Źródła biograficzne myśli etycznej

Edmund Daniel Pellegrino rozwijał swoje myślenie humanistyczne, filozoficzne, w tym etyczne, w kontekście tego, co wówczas działo się w kulturze angloamerykańskiej. Zarówno wykształcenie, które otrzymał, jak też to, co sam studiował i czego poszukiwał, ujawniają, jakie nurty myślenia kulturowego, humanistycznego i filozoficznego oddziaływały na niego i jak je przetwarzał w budowie własnej filozofii medycyny i etyki medycznej.

Pellegrino urodził się 22 czerwca 1920 roku w Newark, New Jersey, zmarł 13 czerwca 2013 w Bethesda, Maryland USA. Ożenił się z Clementine Coakley i został ojcem siedmiorga dzieci. Tytuł B.S. (bakalaureat) z chemii otrzymał w 1941 roku w St. John's University w Nowym Jorku, a M.D. (dyplom lekarski) z medycyny w 1944 roku w New York University College of Medicine.

Mimo że zasadniczymi przedmiotami jego studiów były chemia i medycyna, to jednak dość wcześnie zainteresował się naukami humanistycznymi, filozofią i etyką, w dużej mierze dzięki studiom w jezuickiej Xavier High School w Nowym Jorku, gdzie, jak sam z dumą stwierdza, otrzymał wykształcenie w klasycznych sztukach wyzwolonych (*a classical liberal arts education*)[1]. Zainteresowania te były wciąż pobudzane i rozwijanie w latach studenckich w St. John's University w Nowym Jorku, gdzie, mimo podjęcia przez Edmunda studiów z chemii, w katolickich kolegiach wymagano zaliczenia czterech lat fakultetów z filozofii i teologii. To tam pod wpływem o. Edwarda Caufielda CM Edmund rozpoczął studiowanie traktatów z teologii i filozofii moralnej. Wykładowcy podsuwali mu książki z etyki medycznej, obejmujące 400 lat rzymskokatolickiej tradycji w tej dziedzinie. „Zostałem uwrażliwiony – pisze o tym okresie – w kwestii niezbędności etyki medycznej w praktyce medycznej oraz w mojej osobistej integralności rzymskokatolickiego lekarza"[2]. Podobnie ten okres opisuje jego wieloletni współpracownik i współredaktor książek, David Thomasma: „Doktor Pellegrino otrzymał solidne wykształcenie w klasycznej filozofii w średniej szkole jezuitów, a następnie w St. John's University na Brooklynie w Nowym Jorku. Z tego powodu dość wcześnie w swojej karierze akademickiej dostrzegł nieodzowność współczesnej filozofii medycyny w ugruntowaniu etycznych podstaw praktyki medycznej.

---

[1] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999), nr 1, s. 78.

[2] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 147. Jeśli nie podano inaczej, tłumaczenia pochodzą od autora publikacji.

Nawet ci, którzy nie zgadzają się z Pellegrino, muszą przyznać, że jego nacisk na filozoficzne podstawy współczesnej medycyny jest szczególną i silną stroną jego wkładu w teorię opieki zdrowotnej"[3].

W czasie studiów na wyobraźnię filozoficzną i etyczną młodego studenta – jak sam wspomina – oddziaływała m.in. książka Aldousa Huxleya *Nowy wspaniały świat*, opublikowana w 1932 roku, ujawniająca skomplikowane problemy, które miał przynieść postęp w biologii i medycynie. Nowele Juliusza Verne'a i Herberta George'a Wellsa jako skutek rozwoju technologii przewidywały podróże w czasie i przestrzeni. George Orwell opublikował w 1949 roku wizję technokratycznej społeczności. Pobudzeni takimi wyobrażeniami nadchodzącej rzeczywistości, studenci już wtedy dyskutowali nad zagadnieniami genetycznymi, kwestią sztucznej macicy, problemami biotechnologii, technokracji[4].

Kiedy Edmund studiował w szkole medycznej, możliwości przewidywane przez literaturę futurologiczną nie urzeczywistniły się jeszcze w praktyce medycznej. W roku 1941 pojawiające się nowe leki nie dokonały radykalnych zmian w medycynie. Dopiero w czasie ostatniego roku studiów Edmunda pojawiła się penicylina. Powoli zbliżała się nowa era, którą nazwano „podbojem chorób zakaźnych"[5]. Nadchodzących zmian nie poprzedzała jednak pogłębiona refleksja filozoficzna i etyczna. Etyka nie była wykładana na medycynie

---

[3] D. C. Thomasma, *Edmund D. Pellegrino Festschrift*, [w:] *The influence of Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine*, ed. D.C. Thomasma, „Theoretical Medicine" 18 (1997), No. 1–2 (March–June), s. 1.

[4] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 147.

[5] Tamże, s. 148.

jako przedmiot, w ramach którego dyskutowano by krytycznie o podstawach i formułowanych normach, lecz była referowana jako deontologia lekarska, w której podaje się sformalizowane obowiązki lekarza.

W latach 1944–1959 E. Pellegrino, pracując w różnych szpitalach oraz podejmując pracę naukową i badawczą na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Nowojorskiego, rozwijał swoją karierę medyczną i naukową[6]. W latach 1953–1959 zajmował m.in. akademickie stanowisko profesora uczelnianego (Assistant Professor) medycyny klinicznej tegoż uniwersytetu. W latach 1959–1966 jako profesor tytularny piastował stanowisko kierownika Wydziału Lekarskiego w Kolegium Medycznym Uniwersytetu Kentucky w Lexington[7]. W latach 1966–1973 był profesorem i kierownikiem Wydziału Lekarskiego oraz dziekanem Szkoły Medycznej (1968–1972) na nowojorskim uniwersytecie stanowym w Stony Brook, gdzie rozpoczął realizację programu „Nauki humanistyczne w medycynie". W latach 1973–1975 pełnił różne funkcje na Uniwersytecie Memphis w Tennessee, w latach 1974–1978 – w Szkole Medycznej Uniwersytetu Yale w New Haven, w latach 1978–1982 został profesorem filozofii i biologii, a także prezydentem Katolickiego Uniwersytetu Ameryki w Waszyngtonie oraz profesorem medycyny klinicznej w Szkole Medycznej Uniwersytetu Georgetown w Waszyngtonie. Na tej uczelni w latach 1983–1989 zajmował stanowisko dyrektora znanego na całym świecie Instytutu Etyki Kennedych, w latach 1989–1994 – dyrektora utworzonego przez siebie Centrum

---

[6] E. D. Pellegrino, *Curriculum vitae*, The Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC 2014, s. 1–9, https://kennedyinstitute.georgetown.edu/files/Pellegrino_CV.pdf. 15.10.2014.

[7] Tamże.

Zaawansowanych Studiów Etyki na Uniwersytecie Georgetown, a w latach 1991–1996 dyrektora Centrum Bioetyki Klinicznej w Szkole Medycznej Uniwersytetu Georgetown, które obecnie nosi jego imię. W latach 1996–2000 pełnił natomiast funkcję profesora medycyny i etyki medycznej we wspomnianym Centrum Bioetyki Klinicznej; po tym czasie przeszedł na emeryturę. W 2005 roku pełnił jeszcze funkcję przewodniczącego Prezydenckiej Rady ds. Bioetyki USA[8].

Zainteresowanie Edmunda D. Pellegrino humanizacją medycyny, rozwojem filozofii medycyny i etyki medycznej było spowodowane zarówno jego szerokim, klasycznym wykształceniem, osobistym zainteresowaniem tymi przedmiotami, jak i rodzącym się wówczas w USA szerokim nurtem refleksji bioetycznej. Nie bez znaczenia były również praktyczne potrzeby i tworzenie programów nauczania medycyny oraz etyki medycznej na amerykańskich uczelniach, w którym to procesie Pellegrino czynnie uczestniczył.

Obserwując i biorąc czynny udział we współtworzeniu tej nauki, Pellegrino wyróżnił trzy okresy rozwoju bioetyki w USA, reprezentujące jego osobistą drogę myślenia w kwestii ewolucji tej dziedziny. Pierwszy okres to era protobioetyki (*era of proto-bioethics*), przypadająca na lata 1960–1972. Drugi okres to era bioetyki filozoficznej (*era of philosophical bioethics*) przypadająca na lata 1972–1985. Trzeci zaś to era bioetyki globalnej (*era of global bioethics*), która rozpoczęła się w roku 1985 i trwa do dziś[9].

---

[8] Tamże. Informacje te podaje również: D. C. Thomasma, *Edmund D. Pellegrino Festschrift*, dz. cyt., s. 2–3.

[9] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections,* dz. cyt., s. 74.

„W czasie protobioetyki przeważał język wartości humanistycznych; w czasie bioetyki rozumianej filozoficznie był to język etyki filozoficznej; a w czasie bioetyki rozumianej globalistycznie zasadnicze znaczenie zdobyły nauki o społeczeństwie i zachowaniach społecznych. W każdym z tych okresów zainteresowanie tradycyjnymi naukami humanistycznymi, obok filozofii, zwiększało się i zmniejszało. W początkowych latach dominowała religia i teologia. Z nastaniem lat 70. dominującą rolę objęła filozofia. W ostatnich dwóch dekadach coraz większy wpływ wywierały także inne dyscypliny, takie jak prawo, literatura i nauki społeczne”[10].

Pewne idee protobioetyki pojawiły się zaraz po II wojnie światowej. Dostrzeżono wtedy niebezpieczeństwo, jakie niosła ze sobą dehumanizacja medycyny. Obawy te wyrażali przedstawiciele różnych szkół medycznych, zarówno tych wpływowych, o ugruntowanej pozycji, jak i nowo otwieranych. Były one formułowane przez duchownych kampusów medycznych, przez niektórych nauczycieli medycyny oraz, poza środowiskiem medycznym, przez niektórych socjologów, humanistów i przedstawicieli życia publicznego. To, co dzisiaj nazywamy bioetyką, pojawiło się półtorej dekady po II wojnie światowej jako określenie rozwijającego się społecznego ruchu humanizacji edukacji i praktyki medycznej. W obliczu rozwijającej się szybko medycyny jako nauki ścisłej oraz rosnącej specjalizacji, zaczęto poszukiwać ideału kompetentnego, humanistycznie wrażliwego i odpowiedzialnego lekarza. Chodziło o zachowanie równowagi (zarówno w edukacji, jak i w praktyce medycznej) obu wymiarów medycyny – owego ściśle naukowego i humanistycznego, etycznego.

[10] Tamże, s. 74.

Różne uczelnie i kampusy medyczne oraz specjalnie powołane instytuty i organizacje zaproponowały rozmaite programy humanizacji medycyny i edukacji medycznej[11]. W programach tych techniczne wykształcenie medyczne stopniowo było uzupełniane przez różne „nietechniczne" treści czy przedmioty. W latach 60. z entuzjazmem zaczęto realizować te pomysły, zabrakło jednak doświadczenia i przygotowania do nauczania przedmiotów nietechnicznych w szkołach medycznych. Prowadzili je nauczyciele, którzy z własnej inicjatywy poświęcili się humanizacji medycyny. „Oferowali oni raczej słabo opracowane kursy, dotyczące problemów etyki medycznej, reakcji wobec choroby, żalu, śmierci i umierania"[12]. Była to raczej aplikacja dawniej wykładanych sztuk wyzwolonych, z którymi wykładowcy owych kursów wcześniej się zetknęli.

Powstające w kampusach medycznych programy humanizacji medycyny wspierane były przez wąską grupę pracujących tam kapelanów. Efektem ich działań było m.in. zorganizowanie przez przedstawicieli Kościoła prezbiteriańskiego i metodystycznego w latach 1961 i 1962 dwóch ogólnonarodowych konferencji, w których wzięli udział wykładowcy i duszpasterze służby zdrowia. Konferencje te wyraźnie rozbudziły dialog w kwestii poszukiwania ideału lekarza humanisty. Owocem tego dialogu było powstanie w 1969 roku Towarzystwa na Rzecz Promocji Zdrowia i Ludzkich Wartości (Society for Health and

---

[11] Zob. E. D. Pellegrino, *Reform and innovation in medical education: the role of ethics in the teaching of medical ethics,* [w:] *The teaching of medical ethics*, red. R. M. Veatch, W. Gaylin, C. Morgan, The Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, Hastings-on-Hudson NY 1973, s. 150–165.

[12] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 76.

Human Values – SHHV) i wyłonienie wkrótce Instytutu Wartości w Medycynie (Institute on Human Values in Medicine – IHVM)[13]. Chociaż w tym samym czasie powstawały inne instytuty bioetyczne[14], które zalicza się do następnego okresu rozwoju bioetyki jako dyscypliny filozoficznej (1972–1985), to jednak Instytut Wartości w Medycynie zalicza Pellegrino do pierwszego okresu – protobioetyki (1960–1972) ze względu na to, że wówczas tam właśnie rozwijano i realizowano humanistyczny ideał edukacyjny w medycynie. „Instytut skoncentrował się na rozwoju nauczycieli i programów nauczania pod szerokim hasłem nauk humanistycznych, ludzkich wartości i etyki medycznej"[15]. Cztery zrealizowane programy są ważnym wkładem w rozwój bioetyki. Pierwszy program zatytułowany „Dialog między dyscyplinami" wcielony został w życie poprzez organizację całej serii spotkań, w których humaniści i nauczyciele medycyny, naukowcy medyczni oraz eksperci w takich dziedzinach jak nauki społeczne, literatura, sztuka, religia wspólnie poszukiwali związków między owymi dyscyplinami. Wydane w czterech tomach zapisy ze spotkań wyznaczały przyszłe pole interdyscyplinarnego nauczania i rozwijania wiedzy. Drugi program, realizowany w porozumieniu z wydziałami medycznymi, inicjował i ukazywał, jak można włączyć i zintegrować z rozkładem zajęć kierunków medycznych etykę, wartości i humanistykę. Inicjatywa ta skutkowała wprowadzaniem planów zajęć, w których uczelnie łączyły aspekt medyczny z aspektem

---

[13] Tamże, s. 77.

[14] Zob. T. Biesaga, *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2001, s. 11–25.

[15] E. D. Pellegrino,*The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 79.

etycznym oraz oceniały krytycznie i udoskonalały dotychczasowe programy kształcenia w tym zakresie.

Trzecią inicjatywą Instytutu było przygotowanie przyszłych nauczycieli – zarówno medyków, jak i humanistów, którzy w związku z powstawaniem nowych specjalizacji medycznych potrafiliby wspólnie – w nauczaniu i w praktyce – pracować oraz integrować z medycyną humanistykę, etykę i nauki społeczne. Inicjatywa ta otworzyła możliwość kształcenia dla tych humanistów i socjologów, którzy interesowali się medycyną, oraz dla tych medyków, którzy chcieli pogłębić wiedzę humanistyczną i etyczną. Do programu zgłosiły się 253 osoby z wydziałów medycznych z 24 stanów. Z tej grupy wybrano 77 osób z 58 uniwersytetów i szkół medycznych[16]. Wiele z nich stało się ekspertami w zakresie rozwijającej się bioetyki, twórcami i kierownikami nowych inicjatyw, nauczycielami i naukowcami. Kiedy w 1981 roku realizacja tego programu Instytutu zmierzała ku końcowi, ze 126 szkół medycznych w USA 109 wdrożyło nowy program nauczania oraz dysponowało przygotowaną kadrą nauczycielską i naukowymi publikacjami na ten temat[17].

Czwartą inicjatywą Instytutu było czasopismo „Journal of Medicine and Philosophy", które redaktor naczelny E. D. Pellegrino wraz z Hugo Tristramem Engelhardtem i Ronaldem McNeur'em wydali po raz pierwszy w marcu 1976 roku.

Pellegrino czynnie uczestniczył w opisanym okresie rozwoju protobioetyki (1960–1972). Wspominając swoje hu-

---

[16] E. D. Pellegrino, Th. K. McElhinney, *Teaching ethics. The humanities and human values in medical schools: a ten-years overviews*, Institute on Human Values in Medicine, Society for Health and Human Values, Washington DC 1982, s. 3–4.

[17] Tamże, s. 90–91.

manistyczne i klasyczne wykształcenie w jezuickich kolegiach, stwierdza: „Doświadczenia te przygotowały mnie do efektywnej pracy z grupą wychowawców zaangażowanych w edukację medyczną, którzy później stali się siłą napędową dla powstania Towarzystwa Zdrowia i Ludzkich Wartości (Society for Health and Human Values). Organizacja ta odegrała zasadniczą rolę w określeniu pola badań rodzącej się bioetyki, we wprowadzeniu interdyscyplinarnej współpracy w badaniach naukowych oraz w nauczaniu w szeroko pojętych dziedzinach ludzkich wartości, nauk humanistycznych i etyki”[18].

W 1960 roku Pellegrino, kierując Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu w Kentucky, zaczął uczyć studentów medycyny również etyki medycznej. Prowadził wtedy zajęcia poświęcone problemom naukowym i klinicznym medycyny oraz blok tematów dotyczący kontekstu osobistego, psychospołecznego, kulturowego i etycznego choroby pacjenta. Te ostatnie interdyscyplinarne spotkania i wykłady, oparte na analizie przypadków, zmierzały do wszechstronnego ujęcia potrzeb i problemów pacjenta.

To właśnie na Uniwersytecie Kentucky Pellegrino spotkał Roberta Strausa Ph.D., kierownika Wydziału Nauk Behawioralnych, który jako pierwszy spośród pracowników szkół medycznych w USA zainteresował się zastosowaniem wspomnianych nauk w medycynie. Wykorzystując techniki przeprowadzania wywiadów, uczył studentów pierwszego roku socjologii medycyny, antropologii oraz reakcji na chorobę. W ramach tego kursu na początku roku 1960 Pellegrino zaczął

[18] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 78.

uczyć studentów medycyny pewnych elementów filozofii medycyny i etyki[19]. „Zarówno moje wcześniejsze wykształcenie, jak i doświadczenie w nauczaniu etyki i nauk humanistycznych w Kentucky, wpłynęły na moją decyzję powołania Działu Nauk Humanistycznych i Społecznych, kiedy zostałem pierwszym dyrektorem i dziekanem medycyny nowego Centrum Nauk o Zdrowiu (Health Sciences Center) w Stony Brook w Stanowym Uniwersytecie Stanu Nowy Jork"[20]. Wtedy to, dzięki wykładom fenomenologa Richarda Zanera, socjolog Rose Cosery i historyka Daniela Foxa, trzy elementy owego humanistycznego programu: filozofia, nauki społeczne i historia spotkały się ze sobą. Program ten, jako przedsięwzięcie interdyscyplinarne, został wcielony w rozkład zajęć szkół medycznych, dentystyki, pielęgniarstwa, nauk pokrewnych o zdrowiu oraz opieki społecznej.

Okres bioetyki filozoficznej (1972–1985) poprzedziło powstawanie na przełomie lat 60. i 70. ważnych ośrodków naukowych. W 1971 roku otwarto dwa wpływowe ośrodki bioetyczne. Pierwszy z nich został założony na Uniwersytecie Wisconsin–Madison przez pracownika tej uczelni, onkologa Vana Rensselaera Pottera[21]. Twórcą drugiego ośrodka działającego na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie był zaś holenderski fizjolog i embriolog Andre Hellegers[22],

---

[19] Tamże, s. 77.

[20] Tamże, s. 78.

[21] G. Russo, V. R. Potter, *La prima idea di bioetica*, [w:] *Bioetica fondamentale e generale*, red. G. Russo, SEI, Torino 1995, s. 5–18; R. Otowicz, *Etyka życia*, WAM, Kraków 1998, s. 14–27.

[22] W. T. Reich, *The 'wider view': Andre Helleger's passionate, integrating intellect and the creation of bioethics*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999) nr 1, s. 25–51; *Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri*, red. G. Russo, Elle Di Ci, Torino 1997.

założyciel i pierwszy dyrektor Instytutu Etyki Kennedych na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie, również działającego od 1971 roku (The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics). Oba ośrodki – jak stwierdza Warren Thomas Reich – równocześnie wprowadziły termin „bioetyka" jako nazwę nowej, rodzącej się dyscypliny naukowej[23]. W każdym z ośrodków kreowano jednak inną koncepcję bioetyki.

Potter, zgodnie z tytułem artykułu, w którym użył on po raz pierwszy pojęcia „bioetyka" – *Bioethics: the science of survival* (*Bioetyka: nauka o przetrwaniu*)[24], rozumiał ją dość szeroko – jako naukę zajmującą się globalnym przetrwaniem życia na ziemi, przetrwaniem życia ludzkiego oraz poprawą jego jakości (*human survival and improved quality of life*). Miała ona obejmować etykę ziemi (*land ethics*), etykę przyrody (*wildlife ethics*) etykę populacji (*population ethics*) i etykę wykorzystania naturalnych zasobów (*consumption ethics*). Bioetyka ta obejmowała więc swoim zakresem etykę środowiskową i etykę ekologiczną[25].

Hellegers rozwijał natomiast bioetykę w węższym znaczeniu. Jego koncepcja bliższa była etyce medycznej, gdyż dotyczyła problemów związanych z rozwojem medycyny. Zajmowała się relacjami między medycyną, lekarzem i pacjentem. Instytut Etyki Kennedych od początku miał charakter ośrodka akademickiego. W ramach Wydziału Filozoficznego i Medycznego nadawał on stopnie naukowe z bioetyki.

---

[23] W. T. Reich, *The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1994), s. 19–34.

[24] V. R. Potter, *Bioethics: the science of survival*, „Perspectives in Biology and Medicine" 14 (1970), s. 120–153.

[25] Zob. T. Biesaga, *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, dz. cyt., s. 11–25.

W tym czasie rozwijał się również ośrodek bioetyczny założony w 1969 roku przez filozofa wychowania Daniela Callahana w Hastings w stanie Nowy Jork, na początku zwany Instytutem Społeczeństwa, Etyki i Nauk o Życiu (Institute of Society, Ethics and the Life Sciences), później określany jako Centrum Hastings (The Hastings Center)[26]. Nie prowadził on działalności akademickiej, niemniej jednak dzięki organizowaniu zjazdów, sympozjów i wydawaniu publikacji szeroko oddziaływał na kręgi podejmujące refleksję bioetyczną. W porównaniu z Instytutem Etyki Kennedych rozwijał bioetykę zakresowo szerszą i bardziej interdyscyplinarną.

O tych dwóch zasadniczych ośrodkach z Uniwersytetu Wisconsin i Uniwersytetu Georgetown Pellegrino napisze: „Każda z tych szkół myślenia wypracowała inne rozumienie terminu «bioetyka». Pogląd Wisconsin był ujęciem globalnym, obejmującym wraz z etyką biologię, ekologię, środowisko. Pogląd Georgetown traktował bioetykę zasadniczo jako gałąź etyki filozoficznej"[27]. Obie wizje efektywnie torowały drogę filozoficznemu rozwojowi bioetyki. Szczególne sukcesy odnosił Instytut Etyki Kennedych, w którym pracowali lub współpracowali wybitni teolodzy, filozofowie i naukowcy. Do pierwszej generacji przedstawicieli różnych dyscyplin, którzy włączyli

---

[26] G. Russo, *La prima pietra: l'Hastings Center*, [w:] *Bioetica fondamentale e generale*, dz. cyt., s. 387–391; D. Callahan, *The Hastings Center: a short and long 15 years*, „Hastings Center Report" 14 (1984) Issue 2(Apr), s. 1–15; D. Callahan, *The Hastings Center and the early years of bioethics,* „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999) nr 1, s. 53–71; D. Callahan, R. A. McCormick, R. M. Veatch, A. M. Capron, S. Bok, E. J Cassell, *How the „Report" made a difference: reflections on a 15th anniversary* [Six commentaries], „Hastings Center Report" 16 (1986) nr 5 (Oct.), s. 8–17.

[27] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 82.

się w pracę Instytutu, należeli LeRoy Walters – teolog, Tom Beauchamp – filozof, Jim Childress – teoretyk religii, Edmund Pellegrino – medyk i etyk i Bob Veatch – etyk medyczny.

To właśnie tym Instytutem kierował Pellegrino w latach 1983–1989; po nim funkcję dyrektora przejął Veatch (1989–1996). Od tego czasu obaj, aż do chwili obecnej, związali z Uniwersytetem Georgetown zasadniczą część swego życia i poświęcili się wypracowywaniu filozofii medycyny i etyki medycznej. W tym okresie, oprócz redagowania „The Journal of Medicine and Philosophy" oraz publikowania swoich licznych artykułów, Pellegrino wydał swoje pozycje książkowe, kluczowe dla filozofii medycyny i etyki medycznej: *Humanism and the physician*[28], *A philosophical basis of medical practice*[29], a w następnych latach: *For the patient's good*[30] oraz *The virtues in medical practice* i *The Christian virtues in medical practice*[31].

Wprawdzie Pellegrino wyróżnił trzeci okres (od 1985 roku do chwili obecnej), w którym rozwija się bioetyka jako przedsięwzięcie globalne, ale raczej odnosi się do tej

[28] E. D. Pellegrino, *Humanism and the physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979.

[29] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, Oxford University Press, New York 1981.

[30] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, Oxford University Press, New York 1988; E. D. Pellegrino, *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*, [w:] *The goals of medicine: the forgotten issue in health care reform*, red. M. J. Hanson, D. Callahan, Georgetown University Press, Washington DC 1999, s. 55–68.

[31] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York 1993; E. D Pellegrino, D. C. Thomasma, D. G. Miller, *The Christian virtues in medical practice*, Georgetown University Press, Washington DC 1996.

tendencji krytycznie, kontynuując swoje poszukiwania filozoficznego ugruntowania tej dyscypliny. Zauważa on praktyczny sukces pryncypizmu, sformułowanego w 1979 roku w pierwszym wydaniu książki Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa. Wraz z krytyką formalizmu zaproponowanych zasad pojawiły się, obok deontonomizmu i utylitaryzmu, inne filozoficznie uzasadniane „alternatywy" w postaci etyki narratywnej, feminizmu, etyki troski, etyki cnót i kazuistyki. Narastające od roku 1985 tendencje globalistyczne, nowe możliwości związane z genetyką i biologią molekularną, poszukiwanie sposobów zreformowania polityki zdrowia – spychały refleksję bioetyczną i etyczną w kierunku rozstrzygania praktycznych problemów globalnych, pomijając, ignorując lub trywializując kwestię uzasadnień filozoficznych. „Jak tylko system opieki zdrowotnej przesunął się w kierunku kosztów, problemów socjologicznych, organizacyjnych i ekonomicznych, wygenerował swoiste dla siebie sprawy etyczne. W rezultacie obecna bioetyka rozwija się poza analizami filozoficznymi"[32].

W autobiograficznej refleksji Pellegrino opisuje początki i rozwój swoich zasadniczych założeń w poszukiwaniu filozoficznych podstaw medycyny i praktyki medycznej. Już w połowie lat 60., jak stwierdza, stawało się jasne, że etyka medyczna to nie tyle dotychczasowa deontologia lekarska, co szeroko pojęta moralność medyczna, która wymaga odpowiednio sformułowanych podstaw, uzasadnienia sądów etycznych i odpowiedniej argumentacji. Bez takich uzasadnień zarówno łatwo jest takie sądy wydawać, jak i je obalać.

---

[32] E. D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 83–84.

We wczesnych latach 70. rozpoczęło się krytyczne filozoficzne badanie moralności medycznej. „Zawodowi filozofowie zaczęli traktować etykę medyczną poważnie i poszukiwać zasadniczych argumentów dla rozwiązania zawodowych i klinicznych, etycznych dylematów. To był dopiero początek, gdyż dotychczas filozofowie powszechnie raczej ignorowali etykę medyczną. Nawet takim lekarzom-filozofom, jak John Locke, Karl Jaspers, czy Wiliam James nie udało się przedstawić systematycznej analizy etyki ich pierwotnej profesji”[33]. Sięgając wstecz, można zauważyć, że Platon, Arystoteles i stoicy sięgali po przykłady z medycyny dla zilustrowania problemów filozoficznych. Nie zajęli się jednak opracowaniem etyki medycznej jako takiej. Wśród ich dzieł nie ma żadnego traktatu z etyki medycznej.

Rozpoczęte w latach 70. poważne badania etyki medycznej polegały na aplikowaniu do medycyny istniejących systemów filozoficznych i teologicznych. „Systemy te były «aplikowane», albo lepiej, narzucane medycynie i praktyce medycznej. Nikt nie budował etyki medycyny rozpoczynając od medycyny, rozpatrując naturę medycyny jako specyficzny rodzaj aktywności ludzkiej”[34].

W tym samym czasie historycy i socjologowie rozpoczęli demontaż etyki i etosu Hipokratesa. Doprowadziło to do podważenia uniwersalnego zbioru obowiązków, który dotychczas obejmował wszystkich lekarzy, niezależnie od czasu, kultury czy nacji. Rozpoczęło się budowanie nowej, dostosowanej do współczesnych czasów etyki, które trwa aż do dzisiaj. „Całe

---

[33] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 149.

[34] Tamże.

przedsięwzięcie zbudowania etyki medycznej i zawodowej sprowadzało się do określania jej poprzez społeczne konwencje i konsensus (*by social convention and consensus*), w sposób, o którym byłem i jestem przekonany, że jest szkodliwy dla pacjenta i społeczeństwa"[35].

Edmund Pellegrino w swych wspomnieniach potwierdza, że tak jak w latach 70., również obecnie (w 2006 roku) uważa, że etyka medyczna powinna mieć podstawę w naturze medycznej relacji (*in the nature of the medical relationship*). W takim podejściu możemy rozwinąć filozofię medycyny (*philosophy of medicine*). „Moje stanowisko od tego czasu do dziś – zaznacza – jest takie, że specyficzny obowiązek lekarza wywodzi się ze specyficznych właściwości osobowej relacji między osobą, która jest chora i osobą, której chory szuka, aby mu pomóc. Opis egzystencjalnych, doświadczalnych i fenomenologicznych aspektów bycia chorym, przyrzeczenia by leczyć, wydają się być najbardziej stosowym punktem wyjścia dla filozofii medycyny i pierwszym krokiem dla etyki medycznej"[36].

„Podejście to – stwierdza Pellegrino – zgadza się zarówno z wieloletnimi moimi doświadczeniami lekarza-klinicysty, jak i z moim wcześniejszym zetknięciem się z egzystencjalnym realizmem tomistycznym i z jego pewnym poszerzeniem przez realizm fenomenologiczny (*realism of existential Thomism and some of its extensions in phenomenological realism*)"[37]. Stosowania metody fenomenologicznej nauczył go

---

[35] Tamże.

[36] Tamże, s. 150.

[37] Tamże. Zob. też D. von Hildebrand, *What is philosophy?*, The Bruce Publishing Company, Milwaukee 1960; J. Seifert, *Essence and infinity: a dialogue with existential thomism*, „The Scholasticism" 58 (1984), s. 84–98.

prof. Erwin Straus, z którym się przyjaźnił i prowadził filozoficzne konwersacje. Straus w swej krytyce kartezjanizmu współczesnej mu psychologii dowodził, że istnieje możliwość przywrócenia rangi świata danego nam w zmysłach, w doświadczaniu, czym wspierał odrzucenie przez Pellegrino transcedentalnego idealizmu fenomenologii Husserla[38]. Spotkania i konwersacje z prof. Strausem skłoniły Pellegrino do rozpoczęcia analiz związku filozofii i medycyny[39]. Już pierwsze studium utwierdziło go w przekonaniu, że antropologia filozoficzna, w każdej moralnej filozofii dla medycyny, jest niezbędnym elementem egzystencjalnym (*a philosophical anthropology was an existential element in any moral philosophy for medicine*)[40]. Z tego zrodził się pomysł, by założyć czasopismo zajmujące się związkami filozofii i medycyny, co później wyraziło się w założeniu i publikacjach „Journal of Medicine and Philosophy", wydanego pierwszy raz w 1976 roku. Pierwszy numer czasopisma był pionierską próbą ugruntowania etyki medycznej w filozofii medycyny, w filozofii interpersonalnej relacji między lekarzem i pacjentem w sytuacji klinicznej, w której trzeba podjąć decyzje dla technicznej i moralnej realizacji dobra pacjenta[41]. Naszkicowany w jednym z artykułów z tego numeru punkt wyjścia filozofii medycyny stał się inspiracją dla późniejszej książki z 1981 roku: *A philosophical*

---

[38] Zob. E. Straus, *The primary world of senses: a vindication of sensory experience*, Free Press of Glencoe, New York 1963.

[39] Zob. E. D. Pellegrino, *Medicine, philosophy, and man's infirmity*, [w:] *Conditio Human, Festschrift for Professor Erwin Straus*, red. W. von Baeyer, R. M. Griffith, Springer Verlag, New York 1966, s. 272–284.

[40] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 150.

[41] E. D. Pellegrino, *Philosophy of medicine, problematic and potential*, „Journal of Medicine and Philosophy" 1 (1976) No. 1, s. 5–31.

basis of medical practice i został włączony jako pierwszy rozdział tej publikacji[42]. W książce Pellegrino dowodził, że „bycie chorym rani nasze poczucie człowieczeństwa, podkopuje wyobrażenie o sobie, ogranicza w specyficzny sposób naszą wolność i czyni nas ontologicznie i egzystencjalnie podatnymi na zranienie"[43].

W takiej egzystencjalnej sytuacji lekarz, który oferuje pomoc choremu, podlega powinności moralnej działania w taki sposób, by zrealizować pomoc, leczenie i uzdrowienie. Aby to osiągnąć, lekarz ma być nie tylko kompetentnym fachowcem, ale musi też kompleksowo postrzegać dobro pacjenta, posiadać pewne sprawności moralne, takie jak cierpliwość, trzymanie w ryzach swoich korzyści, oraz chronić wewnętrzną godność pacjenta jako osoby. Przy czym nie chodzi w tym o subiektywne zapatrywania lekarza, ale o obiektywny *telos* i końcowy cel przedsięwzięcia klinicznego. Cel ten nie jest społeczną konwencją, konstrukcją, wynegocjowanym zgodą czy kontraktem, lecz jest wewnętrznym celem medycyny[44].

„Miałem nadzieję – pisze Pellegrino – że moje analizy źródeł powinności moralnych i cnót lekarza będą realnym uzasadnieniem i wyjaśnieniem przysięgi, dlaczego przez tak wiele lat miała ona tak ważną pozycję i tak mocno oddziaływała na etykę medyczną"[45]. We wspomnianych analizach nie twierdzi on, że tylko lekarz może odkryć źródła i podstawy etyki medycznej, co zaciekle zwalcza Robert Veatch. Podstawami ety-

---

[42] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 7–81.

[43] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 151.

[44] Tamże.

[45] Tamże, s. 152.

ki medycznej mogą się zająć filozofowie i sprawić, że będą one lepiej opracowane i powszechnie dostępne.

Tym, którzy lękają się, że propozycja nawiązująca do przysięgi Hipokratesa, do natury medycyny jako takiej, jest propozycją etyki partykularnej, trzeba powiedzieć, że „spotkanie kliniczne (*clinical encounter*) ujawnia uniwersalne ludzkie potrzeby, doświadczane przez człowieka każdej kultury, środowiska, grupy etycznej, w której egzystuje. Są to faktycznie ludzkie doświadczenia modyfikowane przez kulturę i historię, ale niezmieniające ich istoty. Są to te rzeczywistości, z którymi zetknęli się tak samo hipokratejscy lekarze, szamani, ludzie medycyny lub *curandero*, jak technologicznie wyszkoleni, teraźniejsi i przyszli lekarze"[46]. Doświadczenie, z którego wyrasta również medycyna, to bowiem ta sama kondycja ludzka, w której podlegamy chorobom i śmierci. Mimo że zmieniają się sposoby leczenia, to jednak owa krucha kondycja ludzka nie zmienia się i pozostaje wciąż taka sama.

Podstawy etyki medycznej rozwinął Pellegrino (wraz z Dawidem Thomasmą) w książce: *A philosophical basis of medical practice* (1981), gdzie szukał ich w fenomenologicznie opisanej filozofii ciała i umysłu (*in a philosophy of the body and mind phenomenologically considered*)[47]. W publikacji *For the patient good: the restoration of beneficence in health care* (1988) przeanalizował natomiast złożoną koncepcję dobra pacjenta: „Skoncentrowaliśmy się na złożonej naturze dobra pacjenta – pisał – jako *telosu* klinicznego spotkania (*as the* telos *of the clinical encounter*). To doprowadziło nas do przestudiowania cnót, które wymagane są ze strony lekarza, aby *telos* relacji – dobro pacjenta – mógł

[46] Tamże.
[47] Tamże.

być osiągnięty”[48]. Obok cnót naturalnych zajął się również opracowaniem cnót chrześcijańskich[49]. Przeanalizował duchowy i religijny wymiar leczenia i pomocy[50]. W książce *A philosophical basis of medical practice* obaj autorzy uporządkowali refleksję nad medycyną, wyróżniając filozofię medycyny (*philosophy of medicine*), filozofię i medycynę (*philosophy and medicine*) oraz filozofię w medycynie (*philosophy in medicine*)[51].

Niektórzy krytycy zarzucali proponowanej przez nich etyce medycznej zbytnią koncentrację na indywidualnym pacjencie, niedowartościowanie medycyny prewencyjnej i społecznej oraz popełnienie błędu naturalistycznego (*naturalist fallacy*). Fakt, że nie wszystkie aspekty zostały w tych pracach rozwinięte zdaniem Pellegrino wynika z tego, że w pierwszym rzędzie chodziło o rozwinięcie paradygmatu filozofii medycyny, który mógłby być aplikowany do medycyny społecznej i prewencyjnej oraz do całej służby zdrowia. „Stało się również oczywistym, że nasza filozofia medycyny jest także oparta na specyficznym ujęciu człowieka, czyli na filozoficznej antropologii i metafizycznej koncepcji indywidualnego i społecznego dobra. Wkroczyliśmy przez to w bardziej fundacjonalistyczną rzeczywistość filozofii moralnej, przekraczającą medycynę lub etykę opieki zdrowotnej”[52].

---

[48] Tamże. Zob. też E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt.

[49] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, D. G. Miller, *The Christian virtues in medical practice*, dz. cyt.

[50] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *Helping and healing: religious commitment in health care*, Georgetown University Press, Washington DC 1997.

[51] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 7–81.

[52] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 154.

Poszerzenie uzasadnień rozpoczęło się od filozofii medycyny przez filozofię uzdrawiania aż do filozofii służby zdrowia. Otwarło to możliwość wpływu na filozofię innych zawodów, których misją jest udzielanie pomocy, takich jak prawnicy, duchowni, nauczyciele. Również te profesje wychodzą naprzeciw ważnym potrzebom, służą osobom podatnym na zranienie, szukającym sprawiedliwości, duchowego wyleczenia bądź rady w samowychowaniu. Problem ten podjął Pellegrino w artykule z 2002 roku zatytułowanym: *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*[53]. Analizuje w nim ludzką, egzystencjalną kondycję, która czyni nas podatnymi na zranienie nie tylko przez chorobę, ale przez potrzebę sprawiedliwości, duchowego umocnienia czy potrzebę wiedzy (*rendered vulnerable by illness, or by a need for justice, spiritual consolation, or knowledge*[54]). To właśnie realne potrzeby kruchej kondycji ludzkiej stawiają lekarzom, prawnikom, nauczycielom i duchownym odpowiednie powinności, obowiązki. To one, a nie procesy społeczne uzasadniają różnorodne moralne wymagania. Odpowiadając na zarzuty braku w proponowanej etyce społecznych aspektów medycyny, profilaktyki społecznej, organizacji i ekonomii służby zdrowia, dystrybucji środków medycznych, Pellegrino pisze: „kwestie te mogą być przedstawione w realistycznej analizie fenomenu związków osobowych i wspólnotowych i medycyna może się manifestować w każdej z tych specyficznych relacji”[55].

---

[53] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (2001) No. 6, s. 559–579.

[54] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 154.

[55] Tamże, s. 154.

Zauważa on, że jego propozycja filozofii medycyny i etyki medycznej zderza się ze współczesnym myśleniem postmodernistycznym, które ma olbrzymi wpływ na filozofię. Jego odwoływanie się do zdolności rozumu nie jest ani postmodernistyczne, ani modernistyczne, ale przed-modernistyczne. Zdaniem Pellegrino przemożny wpływ praksizmu nie daje solidnych podstaw ani dla normatywnej, ani dla moralnej prawdy. Pełna filozofia moralna nie podważa współpracy rozumu i wiary, filozofii i religii. Nie odrzuca roli autorytetów moralnych i religijnych. Zarówno postmoderniści, jak i teolodzy, którzy podważyli zdolności rozumu, są w podobnej sytuacji. Jedni szukają pocieszenia w sceptycyzmie, drudzy w fideizmie[56]. Medycyna, tak jak inne aktywności, konieczne potrzebuje filozoficznej antropologii[57]. Będąc zarówno naukową, jak i humanistyczną aktywnością, nie może uciec od szukania odpowiedzi na to, kim jest człowiek, nie może się dyspensować od filozoficznego pytania o naturę człowieka. Nawet ci, którzy odrzucają ontologiczną naturę człowieka i opisują jedynie jej aspekt biologiczny, rozwijają tym samym filozoficzną, biologiczną, czyli naturalistyczną jej koncepcję. Pytanie o naturę człowieka jest szczególnie ważne dziś, w dobie pomysłów produkcji hybryd, „ludzi-zwierząt" czy „ludzi-maszyn". „Sformułowanie filozofii człowieka i filozofii medycyny jest istotnym elementem normatywnej filozofii moralnej"[58].

Pellegrino wyraźnie podkreśla, że jego realizm w poszukiwaniu obiektywnych podstaw etyki medycznej (*objective*

[56] Tamże, s. 155.
[57] Tamże.
[58] Tamże.

foundations) sprzeciwia się współczesnym trendom w bioetyce, które uzasadniają ją w oparciu o procesy i umowy społeczne[59]. Takie podejście „jest pożyteczne jako metoda polityki demokratycznej, ale jest niebezpieczne. Społeczność jako taka nie jest ostatecznym twórcą moralnej prawdy. Ze smutkiem trzeba stwierdzić, że zbyt często mamy do czynienia z patologiami społecznymi, zarówno w przeszłości, jak i obecnie, aby zawierzyć wyłącznie regułom moralności politycznej lub konwencjom społecznym. Etyka nie jest sprawą sondaży czy głosowania"[60].

„Moje metodologiczne podejście – stwierdza bioetyk – to arystotelesowsko-tomistyczna etyka prawa naturalnego"[61]. Mimo że jest niepopularna wśród etyków i kontrkulturowa względem obecnych procesów, to jednak w kontekście ubóstwa subiektywizmu zyskuje coraz większe zainteresowanie[62]. Pellegrino nie twierdzi, że doszedł do perfekcyjnego ujęcia prawdy. Uważa jednak, że podejście realistyczne jest mniej narażone na rozminięcie się z prawdą niż obecne modne metody filozofowania, które rozpoczynają od tego, co dane w świadomości, a nie od tego, co jest poza nią[63].

Określając stosunek do pryncypizmu, Pellegrino stwierdza, że tzw. moralność potoczna nie jest wystarczającą podstawą dla etyki medycznej. Proponowane przez pryncypizm cztery zasady można pogodzić z obiektywną etyką dobra pacjenta, jeśli ugruntuje się je w odpowiedniej antropologii. Pozwala ona bowiem ustalić zasadniczą treść proponowanych

---

[59] Tamże, s. 156.
[60] Tamże.
[61] Tamże, s. 155.
[62] Tamże, s. 156.
[63] Tamże.

zasad etycznych. „Autonomię wywodzi się z filozoficznej antropologii. Jest ona ugruntowana we wrodzonej i istotowej godności (*inherent and essential*) bytu ludzkiego. Sprawiedliwość staje się wypełnieniem moralnych pragnień każdego człowieka, oczekującego bezstronnego i równego traktowania w leczeniu. Należałoby dodać Arystotelesowskie pojęcie *epikei*, by uwzględnić w sprawiedliwości wyjątkowość poszczególnego ludzkiego życia, co wychodzi naprzeciw trudnościom balansowania wchodzących w konflikt pryncypiów"[64].

Hermeneutyka językowa, zdaniem Pellegrino, służy wyostrzeniu widzenia, ale nie może być podstawą normatywności etyki medycznej. Feminizm akcentuje pewne niedopatrzenia, ale jego normatywne twierdzenia muszą podlegać tej samej weryfikacji filozoficznej. To samo odnosi się do kazuistyki czy innych rozumowań bioetycznych. Bez wątpienia poszerzają one dyskurs etyczny, ujawniają konflikty, ale muszą również dostrzegać źródła owych konfliktów. Jako takie nie dają one normatywnych podstaw dla realistycznie ugruntowanej filozofii moralnej. „Nie zgadzamy się z silnym nurtem przekonań, że w razie niemożliwości zawarcia konsensusu, musimy porzucić poszukiwanie tego, co słuszne i dobre, i zadowolić się tylko tym, na co się razem zgodziliśmy. Taki sposób uprawnia etyki to zredukowanie moralnego dyskursu do wymiany „wartości" i kompromisu. W tym wypadku wartości przypisywane są, ze względów osobistych lub własnych interesów, rzeczom, ideom lub ludziom. Względy osobiste są ważne i muszą być wzięte

[64] Tamże, s. 156; Zob. również E. D. Pellegrino, *Rationing health care: inherent conflicts within the concept of justice*, [w:] *The ethics of managed care: professional integrity and patient rights*, red. W. B. Bondeson and J. W. Jones, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2002.

pod uwagę w etycznym dyskursie. Nie stają się one przez to normami, zasadami, powinnościami czy obowiązkami"[65].

Filozofia medycyny i etyka danej profesji są potrzebne i z tego względu, że przeciwstawiają się trendom deprofesjonalizacji (*to reverse the trend toward deprofessionalization*)[66]. Profesjonalizm przeżywa dziś poważny kryzys. Zatracamy jego moralne rozumienie oraz rozróżnienie specyfiki różnych zawodów, ich celów i zadań. Bez tego zaś nie da się zbudować etyki zawodowej. W reakcji na deprofesjonalizację nie trzeba jednak konstruować „nowej etyki" dla każdej profesji. Nie należy atomizować moralności, dostosowywać jej do popularnych trendów i subiektywnych upodobań. „Kiedy etyka zawodowa stanie się tylko tym, na co się zgadzamy lub co sami ustanawiamy, sama siebie usprawiedliwi. […] Kodeksy zawodowe muszą swój autorytet uzasadnić mocą wiążącą moralnej rzeczywistości, a nie profesjonalnymi przywilejami i preferencjami"[67]. Potrzebujemy więc „powrotu do poważnej refleksji nad naturą dobra, telosem aktywności zawodowej i sposobem odnoszenia się do tego, co spotyka ludzki byt w trudach realizacji poszczególnych potrzeb"[68]. Jest to ważne szczególnie w kontekście technologicznego postępu i związanych z tym zagrożeń.

1.1.2. Różne formy związku medycyny i filozofii

Edmund Pellegrino dość wcześnie, bo już w latach 70., dostrzegł potrzebę wypracowania filozofii medycyny jako dys-

---

[65] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 157.
[66] Tamże.
[67] Tamże, s. 158.
[68] Tamże.

cypliny nieodzownej nie tylko dla samej medycyny, ale i dla etyki medycznej. Do takich poszukiwań skłoniły go m.in. dyskusje z prof. Erwinem Strausem. Potwierdzały one słuszność stosowania metody fenomenologii realistycznej oraz konieczność rozwijania filozofii medycyny. Pierwszy artykuł poświęcony tej tematyce, zatytułowany *Medicine, philosophy, and man's infirmity*, opublikował już w 1966 roku w książce pamiątkowej *Conditio humana* z okazji 75. rocznicy urodzin prof. Erwina Strausa[69], a następnie przedrukował go w swojej książce *Humanism and the physician* w 1979 roku[70]. Badania w tym zakresie kontynuował w pierwszym wydaniu „Journal of Medicine and Philosophy" w 1976 roku w artykule zatytułowanym *Philosophy of medicine, problematic and potential*[71], który również znalazł się we wspomnianej wyżej książce z 1979 roku[72] oraz w następnej, można powiedzieć podstawowej, filozoficznej rozprawie z roku 1981, zatytułowanej *A philosophical basis of medical practice. Toward of the healing proffessions*[73].

Pierwszy z wymienionych tekstów, *Medicine, philosophy, and man's infirmity*, rozważa opłakaną współczesną kondycję filozofii i konieczność jej rozwoju, drugi zaś analizuje trudną sytuację medycyny oderwanej od filozofii i różne możliwe

---

[69] E. D. Pellegrino, *Medicine, philosophy and man's infirmity*, dz. cyt., s. 272–284.

[70] E. D. Pellegrino, *Medicine, philosophy and man's infirmity,* [w:] tenże, *Humanism and the physician*, dz. cyt., s. 54–65.

[71] E. D. Pellegrino, *Philosophy of medicine, problematic and potential*, dz. cyt., s. 5–31.

[72] E. D. Pellegrino, *Medicine and philosophy*, dz. cyt., s. 66–91.

[73] Artykuł ten został zaktualizowany i roszerzony, a nastepnie opublikowany pod tytułem: *Medicine and philosophy*, [w:] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt, s. 9–36.

metodologicznie związki obu dyscyplin. W tym artykule Pellegrino podkreśla nieodzowność filozofii w życiu każdego człowieka, a tym bardziej w życiu naukowca. „Każdy człowiek musi filozofować – pisze. – Albo konstruktywnie podejmuje ostateczne pytania, albo odrzuca ich znaczenie. W obu przypadkach mamy do czynienia z decyzją filozoficzną”[74]. Zdaniem Pellegrino centralnym problemem współczesnej filozofii jest konfrontacja ze słabością, niemocą, chorobą człowieka (*infirmity of man*), przypadkowością jego losu i egzystencji[75]. Po raz pierwszy teoretyczne ujęcie zostało pozbawione wsparcia ze strony mitologii, teologii i tradycyjnej filozofii i przez to stało się w pełni odsłoniętym problemem dla niego samego. „Obecnie obraz człowieka jest zdefragmentowany w stopniu niespotykanym w historii. […] Mamy do czynienia z filozoficznymi antropologiami, bazującymi na licznych dyscyplinach, z których każda samą siebie uważa za absolutną w wynoszeniu na piedestał pewnych aspektów ludzkiej egzystencji, jakimi są aspekty społeczne, psychologiczne, biologiczne, ekonomiczne czy polityczne. Antropologie takie są bezbarwne, z konieczności niekompletne, i – z wyjątkiem grupki zwolenników – dla pozostałych niezadawalające”[76].

Przezwyciężenie tej sytuacji jest konieczne dla wszystkich nauk, wśród nich zaś szczególnie dla medycyny. Szybki rozwój biologii i medycyny domaga się jasnej koncepcji tego, kim jest człowiek. Filozofia może pomóc w przełamaniu redukcjonizmu analiz biologicznych i medycznych. Otwarte spotkanie tych trzech dziedzin daje szansę na przezwyciężenie zarówno

---

[74] E. D. Pellegrino, *Medicine, philosophy, and man's infirmity*, dz. cyt., s. 54.
[75] Tamże, s. 54.
[76] Tamże, s. 55.

różnego typu redukcjonizmów, jak i fragmentaryzmu w koncepcji człowieka. Nadzieje te wspierają pewne osiągnięcia fenomenologii, egzystencjalizmu i psychiatrii.

Zdaniem E. Pellegrino trzeba powrócić do metafizycznych pytań o to, kim jest człowiek i dokąd zmierza, które to zostały postawione choćby w filozofii Arystotelesa czy św. Augustyna. Medycyna stająca wobec możliwości modyfikacji procesów ewolucji i zachowań oraz promocji zdrowia nie może unikać odpowiedzi w kwestii przyporządkowania tych działań określonym wartościom, ostatecznemu celowi, szczęściu. Spotkanie medycyny i filozofii jest obiecujące, gdyż medycy poszukują szerszego, pełnego ujęcia człowieka, a filozofowie chętnie sięgają po informacje o kondycji jednostki podawane przez biologię i medycynę[77].

Najbardziej wpływową, zdaniem Pellegrino, koncepcją człowieka w historii ludzkości jest ta podana przez Arystotelesa. Jego teoria jedności hylemorficznej człowieka, w której forma substancjalna – dusza organizuje materię – ciało, podkreśla zarówno odmienność, jak i jedność tych dwóch wymiarów. Arystoteles dostrzegł ważność harmonii obu elementów dla zdrowia człowieka. Wiedział, że różne aspekty człowieka mogą być opisywane i studiowane przez różne dyscypliny. Niemniej jednak nie dopuszczał redukcji choćby tych elementów, które odkrywa psychologia racjonalna, opisująca w człowieku przejawy *psyche*, czyli duszy, jedynie do biologii – czyli tego, co ujawnia nasze ciało. Jego teoria jedności psychofizycznej człowieka przeciwstawiała się dualizmowi Platona, wedle której człowiek był duszą używającą ciała, ale ciało go nie konstytuowało.

---

[77] Tamże, s. 56.

Arystotelesa koncepcja jedności substancjalnej człowieka, rozwijana i modyfikowana przez św. Tomasza z Akwinu, przeciwstawia się również Kartezjańskiemu rozbiciu człowieka na dwie radykalnie różne substancje. Święty Tomasz zmodyfikował hylemorfizm Arystotelesa w ten sposób, iż w złożeniu tym nie mamy dwóch złączonych substancji, lecz jeden byt, w którym to forma substancjalna, dusza, jest zasadą istnienia, i to ona organizuje, substancjalizuje ciało[78]. Podobnie duże znaczenie posiada wypracowana przez św. Tomasza i innych myślicieli koncepcja osoby. Zaadaptował on definicję osoby Boecjusza jako indywidualnej substancji natury rozumnej. W *Summa contra gentiles* określił osobę jako byt najdoskonalszy w naturze. „Doktryna o osobie jako racjonalnej substancji leży w zasadniczej mierze u podstaw etyki chrześcijańskiej i zapewnia racjonalność dla idei osobowej wolności"[79].

Współczesne transformacje doktryny arystotelesowsko-tomistycznej, a szczególnie jej rozmycie i upadek, można traktować jako „jedno z najważniejszych wydarzeń w kształtowaniu współczesnego umysłu i w wyjaśnieniu dzisiejszych, niektórych jego kryzysów"[80].

Rodzący się już w późnej scholastyce sceptycyzm w stosunku do poznania metafizycznego doprowadził następnie do jego całkowitego zakwestionowania. Poszukiwanie pewności wiedzy przez Descartesa ugruntowało radykalny dualizm *res cogitans* i *res extensa*, w którym „człowiek stał się albo maszyną, albo odcieleśnioną myślą"[81]. Tacy filozofo-

[78] Tamże, s. 57.
[79] Tamże.
[80] Tamże, s. 58.
[81] Tamże.

wie jak Julien Offray de La Mettrie, George Berkeley, John Locke oraz David Hume stopniowo rozmontowywali system Kartezjusza. „Od czasów Kartezjusza – stwierdza Pellegrino – historia filozofii zachodniej to seria usiłowań uporania się z fragmentami pozostawionymi po jego ataku na jedność filozoficzną człowieka. Zaproponowano szerokie spektrum propozycji takich, jak: mechanicyzm, pozytywizm logiczny i naukowy, Heglowski absolutyzm, determinizm ekonomiczny Marksa, determinizm ewolucyjny Darwina, determinizm psychologiczny Freuda i wiele innych, mniej wiarygodnie uzasadnionych. Każda z tych propozycji zaoferowała wartościowy wgląd w niektóre właściwości ludzkiej aktywności, ale żadna z nich nie jest zdolna objąć pełnej potencjalności bytu ludzkiego. Ostatnie wyjaśnienie egzystencji człowieka w oparciu o to, co zewnętrzne względem niego zostało ostatecznie zburzone wówczas, gdy Nietzsche oznajmił to, co inni myśliciele czuli, lecz lękali się wyznać – że Bóg umarł”[82].

To człowiek staje się problemem w różnych koncepcjach filozofów egzystencjalnych, takich jak Søren Kierkegaard, Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Karl Jaspers, Gabriel Marcel czy Martin Heidegger. Również dla Edmunda Husserla centralnym problemem jest transcendentalne ego. Zarówno egzystencjalizm, jak i fenomenologia dostrzegają potrzebę syntezy owych fragmentarycznych ujęć człowieka w różnych nurtach filozoficznych i w różnych naukach ścisłych. Pewne obiecujące efekty dialogu nauki i filozofii można obserwować na terenie psychoanalizy, która stopniowo przezwyciężała redukcjonizm naturalistyczny Zygmunta Freuda

[82] Tamże, s. 59.

poprzez wciągnięcie psychiatrii, psychologii czy socjologii przez Ericha Fromma oraz aksjologii i filozofii przez Viktora Frankla[83]. Taki dialog może wspierać również filozofia egzystencjalna, z tym że – zdaniem Pellegrino – nie może ona ignorować problemu metafizyki i ontologii człowieka[84]. Nauki, w tym medycyna, nie potrafią zdefiniować celu działania. Cele ostateczne potrafi określić filozofia. Bez takiego określenia nie mamy pojęcia dobra i zła czy pojęcia wartości. Wobec nowych możliwości ingerencji medycznych konieczne jest określenie ontologicznego statusu człowieka, jego tożsamości osobowej.

Drugi z wymienianych wyżej wczesnych artykułów Pellegrino, zatytułowany *Philosophy of medicine, problematic and potential*[85], przedrukowany dwukrotnie w pozycjach książkowych – najpierw w 1979 roku[86], a następnie w 1981 roku w książce *A philosophical basis of medical practice. Toward of the healing proffessions*, dotyczy ściśle wyodrębnienia filozofii medycyny od innych form związku medycyny z naukami humanistycznymi i filozofią. Problem ten znalazł dalsze, pełne ujęcie w artykule *What the philosophy of medicine is*, opublikowanym najpierw w roku 1998 w „Theoretical Medicine and Bioethics"[87] i przedrukowanym w 2008 w książce będącej uporządkowanym zbiorem zasadniczych publikacji omawianego autora, zatytułowanej *The philosophy of medicine reborn*.

---

[83] Tamże, s. 60.
[84] Tamże, s. 64.
[85] E. D. Pellegrino, *Philosophy of medicine, problematic and potential*, dz. cyt., s. 5–31.
[86] E. D. Pellegrino, *Medicine and philosophy*, dz. cyt., s. 66–91.
[87] E. D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, „Theoretical Medicine and Bioethics" 19 (1998), s. 315–336.

A Pellegrino reader[88]. W związku z tym wszystkie te teksty dotyczące filozofii medycyny zostaną omówione razem.

Analizując związki filozofii i medycyny, E. Pellegrino w swej wczesnej publikacji z 1976 roku sugerował się rozróżnieniami związków socjologii i medycyny, opisanymi przez swego kolegę Roberta Strausa, który wyróżniał socjologię w medycynie (*sociology in medicine*) i socjologię medycyny (*sociology of medicine*)[89]. Pellegrino wprowadził obok nich jeszcze dwie dodatkowe, by w ten sposób opisać wszystkie zasadnicze związki filozofii i medycyny. Zarówno we wcześniejszym, jak i w ostatnim tekście na ten temat wymienia on cztery odmienne związki tych dwóch dziedzin, których typologię można przedstawić następująco: (1) filozofia *i* medycyna (*philosophy and medicine*), (2) filozofia *w* medycynie (*philosophy in medicine*), (3) filozofia medyczna (*medical philosophy*) i (4) i filozofia medycyny (*philosophy of medicine*)[90].

Z punktu widzenia etyki najważniejszą z nich jest oczywiście filozofia medycyny. Należy ją jednak odróżnić od pozostałych relacji obu dyscyplin. To, co wyróżnia filozofię medycyny spośród pozostałych związków medycyny z filozofią, to jej specyficzne zadanie i cel, do którego zmierza.

Najluźniejsza relacja zachodzi w modelu filozofia i medycyna. Obie dyscypliny dotykają wspólnych problemów, ale są w tym niezależne i autonomiczne. Korzystają

---

[88] E. D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader* (dalej w pracy cytowane jest to wydanie), dz. cyt., s. 23–48.

[89] R. Straus, *The nature and status of medical sociology*, „American Sociological Review" 22 (1957) nr 2, s. 203nn.

[90] E. D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, dz. cyt., s. 24.

z właściwych sobie źródeł poznania, posługują się swoimi metodami badań oraz wyciągają własne wnioski. Konkluzje i koncepcje dotyczą jednak tych samych przedmiotów, którymi zajmują się obie dyscypliny. Stąd, nie tracąc swej odrębności, oddziałują one na siebie, prowadzą dialog, współpracują ze sobą lub toczą spór. Taki spór może dotyczyć np. relacji umysł–ciało, rozumienia percepcji, świadomości, języka, charakteru praw fizycznych i chemicznych u istot żywych. Odkrycia neuropatologii, neurochirurgii, psychologii i farmakologii systemu nerwowego są istotne dla filozoficznych analiz mózgu, umysłu lub duszy[91]. Dzięki tej interakcji medycyny i filozofii mogą powstać różne interpretacje bądź syntezy, które kształtują ideę czy obraz człowieka. Wymagają one wszechstronnych danych medycznych o człowieku, o zdrowiu, o chorobach, o reakcjach w obliczu śmierci. Dostarczają antropologii filozoficznej pewnych danych, które winna ona wziąć pod uwagę, chociaż chcąc w pełni ująć zagadnienie, nie może na nich poprzestać.

Dialog obu dyscyplin w tym znaczeniu może być dość twórczy – może bowiem prowadzić do lepszej identyfikacji stosowanych przez nie metod, ich porównania, konfrontacji i wydobycia specyficznych cech. Ujęcie tego samego przedmiotu za pomocą różnych metod, wydobycie przez to odmiennych jego aspektów, prowokuje obie dyscypliny do dalszej refleksji, jest oddziaływaniem jednej na drugą.

W historii obu dyscyplin da się zauważyć zarówno tendencję unifikującą, jak i separatystyczną. W historii medycyny

---

[91] E. D. Pellegrino, *Medicine and philosophy*, [w:] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt, s. 29.

widoczne są wyraźne dążenia szkoły hipokratejskiej do wyodrębnienia medycyny z filozofii. Natomiast w kolejnych etapach wczesnego chrześcijaństwa – przeciwnie: medycyna i filozofia były utożsamiane ze sobą. Przykładowo Ennodius (473–521) pisał, że *philosophus* i *medicus* to te same osoby[92]. Wcześniej jednak dwa traktaty Hipokratesa: „Sztuka" i „Medycyna starożytna" podkreślały odrębność metod medycyny od metod filozofii oraz niezależność medycyny od filozofii. Akcentowały one rolę empirycznej oczywistości i obserwacji oraz opartego na nich rozumowania. Poddawały krytyce stosowaną w filozofii czystą spekulację, która jest nieprzydatna w medycynie[93].

Także Sokrates i Platon w opisie etyki jako nauki praktycznej często odwoływali się do medycyny. W *Symposium* Platon krytykuje lekarza Eryksimachosa za jego technicyzm w próbach wyjaśnienia całej ludzkiej egzystencji przy pomocy swej sztuki medycznej. W innym miejscu słowami Nikiasza przypomina, że lekarz nie powinien wychodzić poza wiedzę o naturze zdrowia i choroby. Można sądzić, że Platon był przeciwny temu, aby medycyna wkraczała na teren filozofii.

Powszechnie wiadomo, że w czasach hellenistycznych medycyna nie była oddzielona od filozofii. Obu typów wiedzy uczyli i filozofowie, i filozofujący lekarze. „Każda ze szkół medycznych: metodyści, dogmatycy i empiryści, wykorzystywali i dostosowywali doktryny filozoficzne ważniejszych greckich szkół filozoficznych. Podobnie było w wiekach późniejszych. Np. teoria witalizmu Stahla została wyprowadzona z filozofii

---

[92] Tamże, s. 31.
[93] E. D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, dz. cyt., s. 30.

Leibniza, a mechanistyczna teoria medycyny z filozofii Descartesa i Juliena Offraya de La Mettrie"[94].

W XVI i XVII wieku można zaobserwować wyraźny wpływ fizyki, nauk eksperymentalnych i obserwacji. Odkrycie mikroskopu i teleskopu oraz nowe sposoby obserwacji świata umożliwiły empiryczną weryfikację spekulacji filozoficznych. Nowe dane o mikro- i makrokosmosie oddziaływały na filozofię René Descartesa, Gottfrieda Wilhelma Leibniza, Nicolasa Malebranche'a, Francisa Bacona. Siedemnastowieczni filozofowie natury i nauki interesowali się medycyną jako gałęzią chemii, fizyki i matematyki. Zapominając o wąskim zakresie metod tych dziedzin, chcieli przy ich pomocy filozoficznie ująć naturę rzeczy.

W XVIII wieku rozwój eksperymentów i badań klinicznych przesunął refleksję teoretyczną i filozoficzną w kierunku logiki diagnozy, teorii zdrowia i terapii, logiki wpływu statystyki, idei przyczynowości itp.

W latach 70. XX wieku filozoficzna refleksja w medycynie zwróciła się w kierunku analiz etycznych. Nowe niezliczone dylematy moralne zostały poddane przeróżnym analizom. Lekarze i filozofowie sięgnęli po pojęcia i zasady występujące w wielkich filozoficznych tradycjach etycznych. Przywołano zarówno dorobek klasyczny, średniowieczny, jak i kantyzm i utylitaryzm. „Ostatnio, po przeanalizowaniu przez filozofów praktycznych problemów, odkryli oni konieczność sięgnięcia po głębsze podstawy dla etyki medycznej, w porównaniu z tymi, które można spotkać w różnych analizach problemów etycznych, dylematów i przykładów. W wyniku tej diagnozy podjęto wysiłki znalezienia alternatywnych teorii w stosunku

[94] Tamże, s. 31.

do pryncypizmu. Zaczęły się rozwijać takie teorie, jak: kazuistyka, etyka troski, doświadczenia, etyka cnót. W Europie, bardziej niż w Ameryce, rozwija się hermeneutyka, fenomenologia, etyka narracji i interpersonalnych relacji, które są stosowane w etyce i praktyce medycznej"[95].

Owe przeróżne wzajemne oddziaływania filozofii i medycyny domagają się wyraźniejszego sprecyzowania zagadnienia filozofii moralnej medycyny. Należy nie tylko rozważać dylematy prowokowane przez nowe odkrycia medyczne, ale – zdaniem E. D. Pellegrino – trzeba również zapytać o cele i zadania medycyny jako takiej. To właśnie w relacji do celu medycyny możemy filozoficznie analizować takie problemy jak: leczenie, troska, cierpienie, przemijanie itd. Możemy więc uprawiać filozofię medycyny jako filozofię nauki i praktyki medycznej.

Inną relacją obu dyscyplin jest rozwijanie filozofii w medycynie (*philosophy in medicine*). Ten typ relacji różni się od filozofii medycyny. Zajmuje się on bowiem zastosowaniem w medycynie specyficznych dyscyplin, takich jak logika, epistemologia, metafizyka, aksjologia, etyka czy estetyka. Większość współczesnych publikacji na ten temat, łącznie z rozprawami Engelhardta czy Kennetha F. Schaffnera, takie zastosowanie nazywa filozofią medycyny. Sięga się tu do pewnych nurtów filozoficznych w celu przeanalizowania scjentystycznych podstaw medycyny czy też rozstrzygania dylematów bioetycznych. W owym wglądzie w fenomen medycyny jedni stosują fenomenologię, hermeneutykę, egzystencjalizm Kierkegaarda, Heideggera bądź Gadamera, inni zaś używają metody refleksywnego ekwilibrium Johna Rawlsa. Lepsze pojmowanie rozumowań medycznych, procesów

[95] Tamże, s. 32.

dokonywania decyzji, logiki medycznej, pomysłów sztucznej inteligencji – to niektóre przykłady wpływu filozofii na medycynę.

Filozofia w medycynie jest owocna dla obu dyscyplin. Filozofia znajduje tu bowiem nowe pola do badań, a medycyna zauważa, że badane przez nią fenomeny mogą być ujęte przy użyciu narzędzi przekraczających metody samej medycyny. Wyraźnym przykładem skuteczności filozofii w medycynie jest zastosowanie filozoficzno-etycznej teorii *prima facie duty* Williama Davida Rossa w pryncypizmie Toma L. Beauchampa i Jamesa Childressa. Etyka czterech zasad okazała się wielkim sukcesem praktycznym. Zdaniem Pellegrino „praktyczny sukces tego pomysłu jest jednak kwestionowany, ponieważ pryncypia *prima facie* nie są zakotwiczone w jakiejś ogólnej, podstawowej filozofii moralnej. Sądzę, że pryncypia istotowo konieczne są w każdej etyce medycyny i stąd staram się zakorzenić je w filozofii medycyny, wyprowadzonej z klinicznej rzeczywistości medycyny jako takiej. W tej propozycji pokazuję, że nie ma istotnego konfliktu między filozofią w medycynie (*philosophy in medicine*) i filozofią medycyny (*philosophy of medicine*)”[96].

Inny sposób łączenia filozofii i medycyny ujawnia się w medycznej filozofii (*medical philosophy*). Ta kategoria jest najszersza i obejmuje wszelkie refleksje z obu stron. Wielu lekarzy klinicznych przedstawia swoje własne rozważania wynikłe z klinicznych obserwacji i przeżyć. Spotykamy w nich przeróżne opisy – od diagnostycznego i terapeutycznego entuzjazmu, poprzez minimalizm, aż do nihilizmu. Opisywane są różne indywidualne stanowiska tych, którzy chcą być

[96] Tamże, s. 34.

przyjaciółmi pacjentów, jak i tych, którzy wolą mieć pewien dystans do nich. Obok dość subiektywnych i nieistotnych opisów „mamy do czynienia również z filozofią medyczną pochodzącą z klinicznej mądrości utalentowanych klinicystów, którzy zawsze stają się źródłem inspiracji i praktycznej wiedzy dla swych sumiennych następców. Wśród piszących w ten sposób w obszarze języka angielskiego można wymienić Williama Moslera, Francisa Peabody'ego, Richarda Cabota lub Lewisa Thomasa. Ich prace, w formalnym sensie, nie są pracami filozoficznymi, niemniej jednak, w sensie szerszym, są one poszukiwaniem mądrości. W ich przypadku owa mądrość pochodzi z głębokich przemyśleń tego wszystkiego, czego nauczyli się na podstawie wieloletniego doświadczenia. Są oni przykładami praktycznej mądrości, przemyślanego zrozumienia, które przekracza empirycyzm, i pozwala praktykować swoje umiejętności zgodnie z tym, co wyraża greckie słowo *techne*"[97].

Poza owym nurtem medycznej mądrości i wynikłej z niej filozofii odnajdujemy w historii medycyny XVII-wiecznej teorie medyczne, które w zamierzeniu miały być teoriami filozoficznymi. Przekładem może być animizm Georga Stahla, teoria bodźców Johna Browna, mechanizm Friedricha Hoffmanna, homeopatia Samuela Hahnemanna, a także hipnotyzm, witalizm czy energetyzm[98]. Niektóre z tych spekulatywnych medycznych teorii filozoficznych były pod wpływem filozoficznych systemów Descartesa, de La Mettrie'go, Condillaca czy Leibniza.

Na przykładzie Descartesa można zaobserwować różne sposoby oddziaływania na siebie medycyny i filozofii. Roz-

[97] Tamże, s. 35.
[98] Tamże.

wijał on zarówno filozofię w medycynie (*philosophy in medicine*) – proponując lepsze metody badań dla tej dyscypliny, jak i filozofię medycyny (*philosophy of medicine*) – poszukując określenia celów życia, oraz filozofię i medycynę (*philosophy and medicine*) – matematyzując medycynę i czyniąc ją gałęzią swojej filozofii[99].

Wśród wymienionych związków filozofii i medycyny szczególne znaczenie, zdaniem Pellegrino, ma filozofia medycyny (*philosophy of medicine*). „Filozofia medycyny jest krytyczną refleksją nad medycyną – nad jej zawartością, metodami, pojęciami i specyficznymi dla niej założeniami. W tym celu filozofia medycyny z konieczności musi przekroczyć metody medycyny (tj. metody nauki ścisłej, obserwacji klinicznej i sądów klinicznych). Jej cel różni się od celów medycyny jako nauki. Filozofia medycyny używa specyficznych metod i czyni z medycyny przedmiot studiów, używając metod filozofii. Poszukuje ona filozoficznej wiedzy o samej medycynie. Poszukuje zrozumienia, czym medycyna jest, czym się różni od innych dyscyplin oraz od samej filozofii. Zmierza do pokazania czym jest medycyna na wzór lekarzy Hipokratesa, w swych dwu traktach o naturze medycyny (*Sztuka*, *Starożytna medycyna*)"[100].

Filozofia medycyny tak samo wiąże się z właściwą filozofią, jak filozofia prawa, sztuki, literatury czy historii. „W każdej z nich w krytycznej refleksji poszukuje się czegoś ponad zawartością tych dyscyplin, czegoś ponad metodami specyficz-

---

[99] Tamże.

[100] Hippocrates, *The art*, vol. II, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923, s. 185–218 (Loeb Classical Library, 148); Hippocrates, *Ancient medicine*, vol. I, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923, s. 1–64 (Loeb Classical Library, 147).

nymi dla każdej z nich. Filozofia medycyny poszukuje tego, co ostateczne, szuka uchwycenia realności rzeczy, która jest ponad tym, co dostrzeżone w ramach metod badanej dyscypliny"[101]. Dla E. D. Pellegrino filozofia medycyny jest jednak czymś więcej niż filozofią nauki (*philosophy of science*). „Byłaby ona rzeczywiście filozofią nauki tylko wtedy, gdybyśmy ją zredukowali do podstawowego dla niej zbioru nauk ścisłych (np. anatomii, psychologii i biochemii) Jeśli jednak medycyna obejmuje działania wykraczające poza ów kanon ścisłej wiedzy naukowej, przeto filozofia medycyny (*philosophy of medicine*) daje się oddzielić od filozofii nauki, staje się odrębną dyscypliną"[102].

Medycyna w zasadniczej mierze opiera się na takich naukach ścisłych, jak: fizjologia, patofizjologia, farmakologia, mikrobiologia, psychologia, genetyka itd. „Jest to obszar zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych, obserwowanych przy pomocy metod nauk ścisłych, w celu wykrycia funkcjonowania i dysfunkcji organizmu ludzkiego. […] Chodzi o uchwycenie funkcji i dysfunkcji ludzkiego ciała w tym zakresie, w jakim stają się one przedmiotem obserwacji, formułowania hipotez i eksperymentalnych manipulacji. […] Medycyna jest jednak czymś więcej niż szukaniem prawdy [naukowej – przyp. T. B.]. Jest ona poszukiwaniem prawdy wskazanej przez cel praktyczny, który służy tej prawdzie, a mianowicie zdrowiu, uzdrawianiu ludzkiej istoty"[103].

Medycyna jako taka powstała dla realizacji zdrowia publicznego. Cel ten źródłowo ujawnia się szczególnie w medy-

---

[101] E. D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, dz. cyt., s. 36.
[102] Tamże, s. 36–37.
[103] Tamże, s. 37.

cynie klinicznej. W kontekście potrzeb klinicznych rozwijają się inne podstawowe nauki medyczne. To właśnie cel i zdania medycyny klinicznej pierwszorzędnie kształtują medycynę jako taką, a nie cele poszczególnych nauk ścisłych. „Medycyna używa wiedzy nauk ścisłych dla specyficznych dla siebie celów i zadań takich, jak uzdrawianie, pomoc i troska, prewencja przez chorobami i promocja zdrowia, tj. najlepsze, dobre funkcjonowanie ludzkiego organizmu lub społeczności ludzkiej. Realizacja tych celów z indywidualnym pacjentem i jego rodziną stanowi zadanie medycyny klinicznej, a realizacja ich razem ze wspólnotą i społecznością stanowi zadanie organizacji i polityki zdrowia publicznego i medycyny społecznej”[104].

Przedmiotem filozofii medycyny są więc kliniczne i społeczne problemy medycyny zdrowia. W porównaniu z perspektywą nauk ścisłych, a nawet z perspektywą samej medycyny zdrowia, filozofia medycyny zmierza do zrozumienia tych problemów ze specyficznej dla siebie perspektywy. Szuka ona zrozumienia natury samej medycyny, natury sytuacji klinicznej, interakcji między osobami, które szukają pomocy a tymi, którzy zgodnie ze swą profesją jej udzielają.

Filozofia medycyny przez swój specyficzny *telos* nie jest arytmetyczną sumą dyscyplin medycznych, nauk ścisłych, fizykalnych, biologicznych czy też nauk społecznych i humanistycznych; nie jest też sumą poszczególnych filozofii tych dyscyplin, czyli filozofii nauki, biologii nauk społecznych, literatury itp. Ma ona bowiem swój specyficzny przedmiot, własne metody badania. Wpisuje ona medycynę w szerszy kontekst badawczy realnego świata, pytając, czym medycyna jest

[104] Tamże.

w realnym świecie ludzkim. Zmierza do ontologicznego i moralnego określenia rzeczywistości medycznej[105].

To, jak filozofia medycyny przekracza wąskie aspekty poszczególnych nauk medycznych, pokazuje E. D. Pellegrino na przykładzie mikrobiologii. Celem mikrobiologa jest dalszy rozwój tej wiedzy teoretycznej. Celem lekarza stosującego w praktyce mikrobiologię może być jedynie wyeliminowanie infekcji w organizmie. Uzdrowienie pacjenta jest jednak czymś więcej niż stosowaniem np. antybiotyków. Uzdrowienie, czyli szeroko pojęte uleczenie pacjenta, wymaga rozpoznania go jako osoby, w jego konkretnej sytuacji życiowej, w jego chorobie, w jego teraźniejszości i przyszłości. Pod uwagę trzeba wziąć międzyosobową relację lekarz–pacjent, sytuację egzystencjalną pacjenta, jego osobę, rodzinę, historię, pracę i cele życiowe. „Żadna z nauk medycznych – nauki kliniczne, podstawowe, epidemiologiczne itp. – a nawet psychologiczne – nie potrafią w pełni objąć wszystkich wymiarów związanych z uzdrawianiem i pomocą. Ogólnikowe rozumienie relacji między uzdrawiającym a pacjentem warunkuje nie tylko «psychologicznie dysfunkcje» procesu leczenia, lecz również «dysfunkcje fizjologiczne». *Psyche* i *soma*, *soma* i *psyche* są w sytuacji zdrowia i choroby, zarówno dla pacjenta, jak i społeczności, nierozdzielne"[106].

Filozofia medycyny dowodzi, że medycyna przyporządkowana jest realizacji swego celu, jakim jest dobro pacjenta i społeczności. W to przedsięwzięcie włącza ona wszystkie nauki medyczne, ale również i nauki społeczne i humanistyczne. Opisuje medycynę także jako przedsięwzięcie moralne.

---

[105] Tamże, s. 39.
[106] Tamże, s. 40.

Koncentruje się na etyce wewnętrznej medycyny, wyprowadzonej z samej teleologicznie ukierunkowanej aktywności medycznej. Na tej płaszczyźnie potrafi uzasadnić ogólne zasady i normy działania, które są uszczegółowiane i wykorzystywane przy rozstrzyganiu konkretnych przypadków.

„Od tego, jaką filozofią medycyny ktoś się kieruje zależy praktyka, etyka oraz społeczna rola medycyny. Daje ona bowiem odpowiedzi dotyczące celów medycyny, tego, jak i przez kogo są one wyznaczane, zależności czy niezależności etyki medycznej, *vis-à-vis* polityki, prawa czy ekonomii, miejsca bioetyki, rozwiązywania międzykulturowych, światowych konfliktów społecznych itd."[107].

W kwestii perspektyw obecnego i przyszłego rozwoju filozofii medycyny E. D. Pellegrino stwierdza: „Dziś zarówno lekarze, jak i filozofowie zaczęli poważne mówić o możliwości filozofii medycyny jako pola badań, które należy potwierdzić albo odrzucić"[108]. Można wskazać na kilka źródeł owego zwrotu. Po pierwsze, w każdym czasie są medycy, którzy poszukują głębszego zrozumienia obserwowanych przez siebie zjawisk empirycznych, są filozofowie zafascynowani odkryciami nauk medycznych, którzy chcą je włączyć i zinterpretować w ramach filozofii. Obie grupy tworzą dla filozofii pewną transmedyczną płaszczyznę dyskusji.

Drugą przyczyną rozwoju filozofii medycyny jest olbrzymie zainteresowanie etyką medyczną i bioetyką w ostatnich 50 latach. Dostrzegając zbyt powierzchownie uzasadnioną etykę w postaci pryncypizmu, etyki cnót, kazuistyki, etyki troski, hermeneutyki itd., szuka się dla niej głębszych podstaw

[107] Tamże, s. 42.
[108] Tamże, s. 25.

filozoficznych. „Pierwszym krokiem budowania takich podstaw jest sformułowanie teorii i filozofii medycyny. Taka teoria jest konieczna, jeśli chcemy pokazać, jakie właściwe relacje zachodzą między konkurującymi etycznymi teoriami, i rozwiązać niektóre sprzeczności wewnątrz nich i między nimi. Krótko mówiąc, potrzebujemy przejść od etyki medycznej lub bioetyki do bardziej podstawowej wobec nich filozofii medycyny i filozofii różnych profesji medycznych"[109].

Kolejnym czynnikiem zmiany w postrzeganiu filozofii medycyny jest wpływ egzystencjalizmu, hermeneutyki, fenomenologii i postmodernizmu „Owe nurty filozofii są bardziej otwarte na żywe doświadczenie pacjenta i lekarza, specyficzność wyboru moralnego, kwestię cierpienia, umierania, przemijania i współczucia. Fenomeny te cieszą się wielkim zainteresowaniem tych filozofów, którzy szukają ich zrozumienia w sposób bardziej konkretny, niż czyni się to przy użyciu, dominującej we współczesnej angloamerykańskiej filozofii, metody analitycznej"[110].

W dyskusjach nad filozofią medycyny można zauważyć trzy postawy: (1) negatywną, (2) szeroką i (3) wąską[111]. Pierwszą reprezentuje m.in. Arthur Caplan, który wyklucza możliwość rozwijania takiej dyscypliny; drugą realizują Hugo T. Engelhardt, Edmund L. Erde, Kenneth F. Schaffner, Kevin W. Wildes, którzy w obszar filozofii medycyny włączają zbyt szerokie pole badań; trzecią zaś rozwijają Edmund Pellegrino i David Thomasma, którzy dla filozofii medycyny zakreślają specyficzne, wąskie pole badań. Rozróżniają oni ściślej pojętą filozofię medycyny od szeroko ujętej refleksji filozoficznej

[109] Tamże.
[110] Tamże, s. 26.
[111] Tamże.

nad medycyną. Refleksja ta, w odróżnieniu od filozofii medycyny, rozwijana jest jako filozofia i medycyna, filozofia w medycynie oraz filozofia medyczna.

Arthur Caplan zgadza się, że filozofia medycyny jest potrzebna i ważna. Uważa jednak, że taka dyscyplina jeszcze nie istnieje. Stawia najpierw pewne kryteria, jakie winno spełnić każde nowe pole badawcze. Twierdzi, że to, co w obecnej twórczości naukowej i filozoficznej określa się jako filozofię medycyny, takich kryteriów nie spełnia. W jego rozumieniu filozofia medycyny jest „studium epistemologicznych, metafizycznych, metodologicznych aspektów medycyny"[112]. Nie traktuje on tej dyscypliny jako odrębnej nauki, ale jako poddyscyplinę filozofii nauki. Stawia jeszcze większe trudności, jeśli chodzi o normatywny aspekt w medycynie. Bioetyka nie jest dla niego filozofią medycyny, ponieważ rozwija normatywny wymiar postępowania, który, jego zdaniem, nie mieści się w epistemologii, metodologii i metafizyce medycyny. Tym bardziej wyklucza on z obszaru filozofii medycyny nauki humanistyczne. Tak więc dość ciasna, scjentystyczna koncepcja filozofii, zredukowana do epistemologii, metodologii oraz kryteriologii nauk ścisłych, nie pozwala mu zaakceptować szerszego pola badań, inspirowanego nienaturalistyczną metafizyką, antropologią i etyką.

Engelhardt, Erde i Schaffner w definiowaniu filozofii medycyny koncentrują się na zagadnieniach z zakresu epistemologii, logiki, metodologii, aksjologii i metafizyki[113]. Zajmują się

---

[112] A. L. Caplan, *Does the philosophy of medicine exist?*, „Theoretical Medicine" 13 (1992), nr 1, s. 69.

[113] H. T. Engelhardt Jr, E. Erde, *Philosophy of medicine*, [w:] *A guide to the culture of science, technology and medicine*, red. P. T. Durbin, Free Press, New York 1984, s. 364–461.

takimi problemami, jak: modele medycyny, koncepcja zdrowia i choroby, logika diagnozy i prognozy oraz postępowania klinicznego, sztuczna inteligencja, przyczyny chorób itp. Pod pojęciem „filozofii medycyny" rozumieją oni jednak zbyt szeroki zakres dyscyplin i tematów. Włączają oni do filozofii medycyny wszystkie związki między filozofią a medycyną oraz fizyką i naukami społecznymi, rozmywając w ten sposób granice wyodrębniające tę dyscyplinę z filozofii nauki, filozofii biologii, filozofii psychologii, nauk społecznych, prawa, ekonomii, religii oraz z dyscyplin filozoficznych, takich jak: metafizyka, epistemologia, antropologia, aksjologia, etyka itd.

Dlatego filozofię medycyny należy odróżnić od podobnie prowadzonych analiz, które jednak, ze względu na zbyt szeroki i inny aspekt można zgrupować w następujących modelach: filozofia i medycyna, filozofia w medycynie, filozofia medyczna. To, co odróżnia filozofię medycyny od pozostałych związków medycyny z filozofią, to specyficzny cel i zadanie, które ona realizuje.

1.1.3. Filozofia medycyny a filozofia nauki

Medycynę zwykle identyfikuje się jako zbiór dyscyplin, które są potrzebne do leczenia chorób. „Donald Seldin definiuje medycynę jako biologię stosowaną w leczeniu, zapobieganiu chorobom i odraczaniu śmierci. Z zakresu podstawowej wiedzy lekarzy wyklucza on zainteresowanie się socjologią, problemami psychospołecznymi, bioetyką, nie przekreślając ich ważności dla społeczeństwa"[114].

[114] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader* (dalej w pracy cytowane

W scjentystycznym modelu medycyny redukuje się ją – jak zauważa Pellegrino – do biologii, chemii i fizyki. Redukcjonizm taki ujawnia swoje braki logiczne i epistemologiczne. W dowodzeniu swego stanowiska wpada on w błędne koło. „Nie możemy bowiem udowodnić, że medycyna jest tylko biologią, dopóki nie dowiemy się najpierw, czym ona jest. Redukcjonizm taki, zamiast kierować się wskazaniami medycyny w kwestii wiedzy potrzebnej do osiągnięcia jej celów, determinuje jej cele przy pomocy przyjętej z góry, wyselekcjonowanej wiedzy. Błędem redukcjonizmu jest również to, że nie potrafi on logicznie wykluczyć alternatywnych redukcji medycyny, np. do socjologii stosowanej, psychologii czy antropologii. Jeśli one byłyby rzeczywiście czynnikami choroby, dlaczego nie moglibyśmy ich przydzielić lekarzom, a czynniki biologiczne przydzielić biologom?”[115].

Redukcja medycyny do biologii nie wyjaśnia, kto będzie stosował inną wiedzę niż biologiczna, która jest potrzebna w terapii pacjenta. Nie wyjaśnia też, jak inne rodzaje wiedzy włączyć w medycynę. „Kto ma decydować, co powinno być uczynione dla pacjenta? Ponieważ człowiek jest czymś więcej niż tylko bytem biologicznym, i jego choroba jest czymś więcej niż tym, co mówi biologia, kto powiąże owe różne rodzaje wiedzy, aby służyły leczeniu? […] Najbardziej groźnym, empirycznym zawężeniem w biomedycznym modelu (*biomedical model*) jest jego jednowymiarowość (*one-dimensionality*), czyli odrzucenie bogactwa aspektów doświadczenia

jest to wydanie), dz. cyt., s. 127; chodzi o: D. Seldin, *The boundaries of medicine. Presidential address*, „Transactions of the Association of American Physicians” 94 (1981), s. 75–86.

[115] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, dz. cyt., s. 128.

choroby, a przez to ignorowanie złożoności leczenia tych, którzy go potrzebują"[116]. Jeśli choroba zawiera w sobie wiele wymiarów, to biologia ujmująca jeden wymiar nie może być jako taka zasadą wyjaśniająca wszystkie inne aspekty.

Georg Engel próbował przełamać owo ograniczenie biomedycznego modelu medycyny przez propozycję włączającą obok biologii również socjologię i psychologię. Przy pomocy tych nauk chciał wypracować całościowy sposób traktowania pacjenta. Jego zdaniem lekarz, obok czynników biologicznych, winien też mieć określoną wiedzę psychologiczną i socjologiczną, by odkryć dysfunkcje i rozumieć szerzej pacjenta w jego chorobie i w jego udziale w leczeniu. Dla szerszego niż tylko biologiczny ujęcia medycyny zaproponował on ogólną teorię systemów (*general systems theory*). Propozycją tą chciał rozwiązać kontrowersję między redukcjonistyczną a holistyczną koncepcją medycyny. Sądził, że ów projekt, ramy wyznaczone przez zaproponowaną teorię, pozwalają wnioskować, co można realnie uczynić w systemie opieki zdrowotnej[117]. W modelu tym chce się objąć razem biopsychospołeczne (*biopsychosocial*) wymiary człowieka i jego choroby. Czyni się to jednak poprzez redukcję jednego wymiaru do drugiego, całkowicie pomijając wymiar duchowy pacjenta i choroby, zredukowany do wymiaru psychologicznego czy socjologicznego. W modelu tym, podobnie jak w modelu biologicznym, zdaniem Pellegrino brakuje odpowiedzi na pytanie czym jest medycyna[118]. Nie wiemy czy medycyna ma być

---

[116] Tamże, s. 128.

[117] G. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, „American Journal of Psychiatry" 1980 nr 10(137), s. 535–544.

[118] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, dz. cyt., s. 130.

luźnym zbiorem różnorodnej wiedzy, którą stosuje. Dlaczego wykorzystanie kombinacji jednych dyscyplin jest lepsze niż wykorzystanie innych? Bez odpowiedzi, czym jest medycyna czy praktyka medyczna nie wiemy, jak i w jakim celu mamy użyć wiedzy z różnych dyscyplin. Dopiero po rozstrzygnięciu natury samej medycyny i określeniu jej celów możemy wiedzieć, jaka wiedza jest konieczna do realizacji tych celów i które dyscypliny takiej wiedzy mogą nam dostarczyć.

Teoria systemów jest przydatna jako model wyjaśniania interaktywnych form i funkcji związanych ze zdrowiem i chorobą. Nie można jednak użyć jej do zdefiniowania medycyny. Wystarczy wspomnieć, jak niektóre teorie: darwinizm, entropia, metapsychologia Freuda czy Junga, socjobiologia Wilsona prowadziły w użyciu praktycznym do błędnych i szkodliwych działań. „Za podstawową zasadę [w ujęciu medycyny – przyp. T. B.] nie może uchodzić ani restrykcyjna teoria Seldina, ani ekspansjonistyczna teoria Engela. Pytanie czym jest medycyna, jaka jest jej natura, jakiej wiedzy ona potrzebuje – dalej czeka na odpowiedź”[119].

„Alternatywą do definiowania medycyny przez zbiór określonych nauk jest próba jej ujęcia w terminach jej celu, jej zamiarów, w terminach tego, do czego medycyna jako aktywność ludzka zmierza. To cel (*end*) jest determinującym pryncypium, które określa jaka wiedza medycynie jest potrzebna”[120]. Niektórzy filozofowie próbują sformułować filozofię medycyny jako specyficzną i odrębną dyscyplinę w stosunku do filozofii nauki, wychodząc od opisu różnych fenomenów. Leon Kass w owych poszukiwaniach zajął się wprost naturą

[119] Tamże, s. 130.
[120] Tamże.

i celem medycyny[121]. Według niego to właśnie zdrowie istoty ludzkiej jest jedynym, racjonalnym celem tej dyscypliny[122]. Nie mogą nim być: szczęście, przyjemność, cnota, dostosowanie społeczne, pokój społeczny, modyfikacja czyjegoś zachowania, a nawet przedłużenie życia. Zdrowie można w przybliżeniu określać jako „dobre funkcjonowanie organizmu jako całości, jako aktywność ludzkiego ciała według specyficznej doskonałości (*well-functioning, well working, as a whole*)"[123]. Zdrowie jest naturalną normą naszego życia cielesnego czy psychicznego. Jego przywrócenie staje się jedynym zadaniem lekarza. Jest ono częścią dobrego, szczęśliwego życia, ale tylko ono, nie zaś dobre i szczęśliwe życie, jest celem starań medycyny. W związku z tym polityka zdrowotna winna obejmować „zdrowotność", zalecać prewencję zdrowia oraz sposoby naprawy zdrowia, czyli terapię.

Teza, że zdrowie jest celem medycyny, nie jest niczym nowym. Znana ona była od czasów Hipokratesa. Nowość polegała na przywołaniu tego stanowiska wobec innych konkurujących propozycji jako zasadniczej filozoficznej interpretacji medycyny. Ważne w tej koncepcji jest pojęcie zdrowia. Nie można go zacieśnić do sfery biologicznej. Nie można wykluczyć z zainteresowań medycznych czyjegoś zachowania czy przystosowania społecznego. Trudno powiedzieć, jak można leczyć choroby emocjonalne, psychiczne bez umiejscowienia ich w kontekście społecznym. W propozycji Kassa ważne są jego ostrzeżenia dla ludzi medycyny przed używaniem przez

[121] L. Kass, *The end of medicine and the pursuit of health*, „The Public Interest" 40 (1975), s. 11–42.
[122] Tamże.
[123] Tamże.

nich technologii dla realizacji celów pozamedycznych. Niezbyt dokładnie precyzuje on jednak, które działania są działaniami medycznymi, a które nimi nie są.

W określeniu zdrowia jako „funkcjonowania pacjenta jako całości" Pellegrino akcentuje ową całościowość (*wholeness*) człowieka jako jedności ciała i duszy. Biologiczny wymiar funkcjonowania ciała nie obejmuje tego, co chcemy osiągnąć, by przez działania medyczne przywrócić całość, czyli to, co w tej całości zostało zachwiane lub utracone. „Zdrowie – pisze on – jest abstrakcyjnym pojęciem, pewnym ideałem, do którego lekarz zmierza. Ten ideał nie jest nigdy osiągnięty w pełni. Jaka jest rola lekarza, kiedy zdrowie jest możliwe do przywrócenia tylko w pewnym stopniu, kiedy choroba może być tylko trzymana pod kontrolą? Jaka jest funkcja lekarza, kiedy owe zawężone cele są nie do osiągnięcia? Z pewnością jednym z takich «celów» medycyny jest pomoc pacjentowi, by radził sobie z chroniczną chorobą lub niesprawnością, lub mógł dożyć swych ostatnich dni po ludzku w takiej wygodzie, na jaką pozwalają warunki"[124].

Mark Siegler rozpoczął określenie natury medycyny od fenomenologicznego opisu relacji lekarz–pacjent[125]. Przeprowadził on krytykę dedukcyjnej teorii medycyny wraz z teoriami oderwanymi od kontekstu klinicznego oraz zaproponował swoją, związaną z kontekstem klinicznym, indukcyjną teorię medycyny[126]. Dość wyraźnie uzależnił jednak rozstrzygnię-

---

[124] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, dz. cyt., s. 132.

[125] M. Siegler, *The doctor-patient encounter and its relationship to health and disease*, [w:] *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, red. A. L. Caplan i in., Addison-Wesley, Reading MA 1981, s. 627–644.

[126] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, dz. cyt., s. 133.

cia kliniczne od autonomicznej albo wynegocjowanej zgody. Na taką zgodę, jego zdaniem, składają się następujące etapy: (1) decyzja pacjenta o tym, że jest chory, (2) zastosowanie metod klinicznych w ustaleniu, czy pacjent tylko źle się czuje, czy też dotknięty jest poważną chorobą, (3) wzajemne „dostrajanie się" pacjenta i lekarza w kwestii decyzji podjęcia bądź niepodjęcia leczenia, (4) potwierdzenie wzajemnego zaufania w coraz bardziej stabilnej i trwałej relacji lekarz–pacjent. Różne teorie zdrowia, zdaniem myśliciela, na niewiele przydają się medycynie klinicznej. To, co dla niej jest istotne, określają bowiem decyzje lekarza i pacjenta. W decyzjach tych zasadniczą rolę odgrywa lekarz, ponieważ pacjent zawsze zwraca się do niego o informacje i diagnozę. To lekarz musi zadecydować, czy zajmie się, czy też się nie zajmie terapią konkretnego pacjenta.

Zdaniem Pellegrino „Sieglerowi nie udało się zdefiniować medycyny klinicznej. Opisał on raczej proces w którym lekarz i pacjent zgadzają się wejść w kliniczną relację, ale nie odkrył istoty samej relacji (*essence of the relationship itself*). Proces negocjacji decyduje, czy lekarz i pacjent zaakceptują siebie zgodnie ze swoimi roszczeniami, zarówno roszczeniami tego, który czuje się chorym, jak i tego, który sądzi, że jest zdolny temu zaradzić. Medycyna w tym ujęciu byłaby tylko tym, czym chcą ją uczynić obydwaj negocjatorzy: lekarz i pacjent"[127]. Tymczasem natura medycyny wskazuje na coś więcej, co przekracza proces negocjacji. Zarówno pacjent, jak i lekarz, szczególnie zaś ten drugi, zakładają osiągnięcie czegoś więcej niż to, co może wyniknąć z negocjacji.

[127] Tamże, s. 133.

W definiowaniu zdrowia pojawiają się przeróżne opinie. Wyżej wymienieni Siegler, Seldin, Kass czy Engel przyznają lekarzowi priorytet w definiowaniu zdrowia. Są jednak i tacy, jak np. Caroline Whitbeck, którzy wprost przeciwnie, priorytet taki przyznają pacjentowi. Inni, jak np. Horacio Fabrega, sięgają poza medycynę, po społeczne i kulturowe określenia zdrowia. Przy tej okazji redukują medycynę do rzeczywistości socjokulturowej. To właśnie społeczne i kulturowe czynniki miałyby określać, czym jest medycyna jako taka. Zredukowana do czynników socjokulturowych, jak zauważa Pellegrino, medycyna mogłaby funkcjonować tylko w jednym systemie społecznym. Trudno byłoby ją zastosować w multikulturowych warunkach w jakich żyjemy.

Mimo że społeczne i kulturowe określenia zdrowia odgrywają pewną rolę, to jednak trzeba poszukiwać jego głębszych ujęć. Fakt choroby jest bowiem realnym i uniwersalnym zjawiskiem, związanym z kondycją każdego człowieka. W każdej kulturze czy systemie społecznym ludzie chorują i poszukują pomocy, czyli wyleczenia. „Mimo kulturowych różnic, fakt ten jest wspólny dla wszystkich systemów medycznych. Stąd pierwszym i praktycznym celem medycyny jest działanie podjęte dla tego, który jest chory, który podjął niełatwą decyzję, że ten stan jest dla niego wystarczająco ważny, by szukać pomocy medycznej. Zdrowie okazuje się dość odległym celem. Jest osiągalne, jeśli skuteczna jest specyficzna ludzka relacja leczenia. To właśnie owa relacja wyznacza architekturę medycyny jako takiej, a nie samo zdrowie, które może być dla wielu szukających pomocy i wyleczenia nieosiągalne”[128].

[128] Tamże, s. 135.

Filozofia medycyny jest więc specyficzną dyscypliną, różną od filozofii nauki. Odkrywając realne podstawy i cele powstania medycyny, odkrywa praktykę medyczną jako specyficzną, uniwersalną działalność człowieka, której nie można redukować czy zastępować czymś innym. Teleologiczny opis tej praktyki wraz z egzystencjalnym charakterem relacji lekarz–pacjent wyjaśnia, jakie nauki (i w jaki sposób) można włączyć w realizację dóbr, o które w tej praktyce chodzi. Jest ona otwarta na włączenie i uwzględnienie w niej odkrywanych przez odrębne dyscypliny różnych aspektów życia ludzkiego. W tym sposobie łączenia aspektów unika się zarówno redukowania jednego aspektu do drugiego, jak też zbiorczego ich traktowania bez zachowania właściwego porządku.

1.1.4. Moralność wewnętrzna medycyny klinicznej

Przechodząc od ogólnego, metodologicznego wyodrębnienia filozofii medycyny do jej szczegółowego omówienia, Pellegrino wypracował specyficzne jej ujęcie poprzez opisy właściwych medycynie wewnętrznych celów medycyny, w odróżnieniu od celów względem niej zewnętrznych. Cele takie odróżniają praktykę medyczną od innych zaangażowań zawodowych, są jej specyfiką i tworzą podstawę dla moralności wewnętrznej medycyny.

Analizę owych celów wewnętrznych medycynie czy moralności specyficznej dla medycyny Pellegrino przedstawia szczególnie w artykule z 1999 roku: *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*[129], oraz w artykule z 2001 roku:

[129] E. D. Pellegrino, *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*, dz. cyt., s. 55–68 (tłum. pol. *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je*

The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions, opublikowanym w „The Journal of Medicine and Philosophy" wraz ze stanowiskami innych autorów, przedrukowanym w wyborze tekstów w 2008 roku[130]. Temat ten w jakiejś mierze poruszał Pellegrino zarówno w swej książce z 1981 roku, jak i w późniejszych artykułach.

Pewne pozycje dotyczące moralności wewnętrznej danej profesji pojawiły się już pod koniec lat 60. Wtedy to Lon L. Fuller użył w swej filozofii prawa terminu „moralność wewnętrzna" (*internal morality*)[131]. W 1983 roku John Ladd zmodyfikował podane przez Fullera rozumienie tego terminu i zastosował go do etyki medycznej[132]. Przez moralność wewnętrzną medycyny rozumiał on pewien zestaw norm, które wiążą lekarza na mocy przynależności do profesji medycznej. Ladd podkreślał związek tych norm z pewnymi cechami relacji lekarz–pacjent, ale nie wyprowadzał ich z natury tej relacji, czy też z natury teleologicznie rozumianej medycyny.

---

zdefiniować?, tłum. O. Dryla, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 333–350).

[130] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, dz. cyt., przedrukowany pod tym samym tytułem jako rozdział 3 w książce: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 62–84. Dyskusję z tą propozycją podjęto w czasopiśmie „Journal of Medicine and Philosophy". Zob. F. G. Miller, H. Brody, *The internal morality of medicine. An evolutionary perspective*, „Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001) No. 6, s. 581–599; R. M. Veatch, *The impossibility of a morality internal to medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001) No. 6, s. 621–642.

[131] L. Fuller, *The morality of law*, Yale University Press, New Haven 1969.

[132] J. Ladd, *The internal morality of medicine: an essential dimension of the physician-patient relationship*, [w:] *The clinical encounter: the moral fabric of the physician-patient relationship*, red. E. Shelp, Springer, Dordrecht 1983, s. 209–231.

W swych opisach poszukiwał głębszej, ukrytej struktury problemów charakterystycznych dla praktyki medycznej. Podejście to było paralelne do Fullera, który szukał uzasadnień dla moralności wewnętrznej, w założeniach koniecznych do skutecznego funkcjonowania systemu prawa.

Pellegrino najbardziej odpowiada koncepcja celów medycyny zaproponowana przez Leona Kassa[133], w której nawiązuje on do filozofii Arystotelesa. Celem medycyny w rozumieniu tego bioetyka jest „zdrowie, czyli właściwe funkcjonowanie organizmu, człowieka jako całości" lub inaczej – „funkcjonowanie organizmu zgodnie ze specyficzną dla niego sprawnością, doskonałością"[134]. Jego zdaniem uzasadnienie moralności medycznej zależy od wskazania oraz ujęcia zadań i celów medycyny (*aims and ends of medicine*). Pellegrino wpisuje się już od roku 1976 w nurt poszukiwania właśnie takich celów, koncentrując się na rzeczywistości klinicznej jako centralnym fenomenie klinicznej filozofii medycznej[135]. To właśnie natura medycyny ujawnia moralność wewnętrzną medycyny.

Olbrzymi wpływ na rozwinięcie koncepcji moralności wewnętrznej danej praktyki miał Alasdair MacIntyre, m.in. poprzez swoje studium *After virtue*[136]. W pracy tej zastoso-

---

[133] L. R. Kass, *The end of medicine and the pursuit of health*, „The Public Interest" 1975 nr 40, s. 11–42. Przedruk w: *Concepts of health and disease*, dz. cyt., s. 3–30 oraz przedruk w: L. R. Kass, *Toward a more natural science: biology and human affairs*, Free Press, New York 1985, s. 157–186.

[134] L. R. Kass, *The end of medicine and the pursuit of health*, [w:] tenże, *Toward a more natural science: biology and human affairs*, dz. cyt., s. 174.

[135] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 65.

[136] A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981; wyd. w j. pol.: *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, PWN, Warszawa 1996.

wał on koncepcję celu Arystotelesa do różnych form ludzkiej aktywności, czyli różnych form praktyki działania, w tym również praktyki zawodowej. Jego teleologiczne ujęcie praktyki, opisywane poprzez wewnętrzny cel działania, stało się podstawą rozróżniania moralności wewnętrznej danej praktyki od moralności względem niej zewnętrznej. Dzieła MacIntyre'a oddziaływały nie tylko na koncepcję etyki zawodowej, w tym etyki medycznej, ale także zainspirowały w etyce angloamerykańskiej renesans teorii cnót, usuniętych z niej przez różne nurty filozofii nowożytnej i współczesnej. „MacIntyre'a pojęcie praktyki, mimo że jest kompleksowe i bogate w ustalaniu identyczności i cnót profesji, jednak jest inne, od zajętego przeze mnie – pisze Pellegrino – esencjalistycznego, teleologicznego (*essentialist teleological position*) stanowiska"[137]. Wspólne im jest rozróżnienie dóbr wewnętrznych i zewnętrznych względem danej praktyki. Pierwsze są osiągane przez spełnienie standardów doskonałości istotnych dla danej formy działania, drugie natomiast nie są bezpośrednio związane z jej celami. Różnica w poglądach badaczy dotyczy natomiast roli społeczności w zaistnieniu i określeniu danej praktyki. Zbyt silne przeakcentowanie przez MacIntyre'a roli społeczeństwa dopuszcza interpretację, że praktyka w swym istnieniu i treści jest konstruktem społecznym i że to społeczeństwo określa zarówno dobra, jak i cnoty danej praktyki. Pellegrino docenia rolę społeczeństwa w treściowym doprecyzowaniu danej praktyki, ale wskazuje na głębsze, ontologiczne podstawy jej zaistnienia.

[137] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 65.

Praktyka medyczna nie jest wytworem społecznym, lecz wyrasta z uniwersalnego doświadczenia bycia chorym i bycia wyleczonym, czyli doświadczenia faktu choroby, który domaga się aktu profesji medycznej i aktu medycyny jako takiej. Praktyka medyczna nie powstaje więc jako konstrukt społeczny, lecz wyrasta z samej natury medycyny. Jej teleologia nie jest ukonstytuowana przez społeczeństwo, lecz jest wcześniejszą i głębszą teleologią ontologiczną, bytu ludzkiego. Jest to teleologia pierwotna, ontologicznie wewnętrzna danej praktyce i niezależna od różnych procesów społecznych czy kulturowych[138].

Dodatkową inspiracją do dokładnego opracowania moralności wewnętrznej praktyki medycznej była dla Pellegrino inicjatywa podjęta przez Daniela Callahana, który w kierowanym przez siebie centrum bioetycznym Hastings Center zainicjował międzynarodową debatę filozoficzną nad celami medycyny. W debacie tej uczestniczyli przedstawiciele 14 krajów Ameryki, Europy i Azji. Efektem dyskusji było opublikowanie w Hastings Center Report w 1996 roku międzynarodowego stanowiska ekspertów bioetyki w kwestii celów medycyny[139]. W raporcie tym sformułowano cztery cele medycyny: (1) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia; (2) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby; (3) troska

---

[138] Tamże, s. 66.

[139] Przedruk jako: *The goals of medicine: setting new priorities. A Hastings Center Project Report*, [w:] *Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics*, red. J. H. Howell, W. F. Sale, Georgetown University Press, Washington DC 2000; opracowanie: T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna" 2004 nr 5(159), s. 20–25, przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 57–67.

i leczenie chorych oraz troska o tych, którzy nie mogą być wyleczeni; (4) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci[140]. Eksperci z Hastings Center wyliczyli owe cele bez wskazania na ich hierarchię. Cele te zostały uporządkowane, zaczynając od celów profilaktyki medycznej, poprzez medycynę kliniczną, aż po medycynę paliatywną i hospicyjną. Obok opisów celów właściwych medycynie raport wymienił również niektóre cele niewłaściwe. (1) Medycyna nie może używać informacji o publicznym stanie zdrowia do przymuszania ludzi w sposób niedemokratyczny, aby zmienili swoje „niezdrowe" zachowania. (2) Medycyna, poza dobrym zdrowiem każdej osoby, nie może postawić sobie jako celu jakiegoś ostatecznego szczęścia, pomyślności czy dobrego samopoczucia jednostki (*the ultimate well-being*). (3) Medycyna nie jest też zdolna określić, na czym polega całkowite, pełne dobro społeczności (*overall good for society*)[141]. Dla właściwej realizacji specyficznych dla medycyny celów raport wymagał od lekarza, aby był opanowanym i roztropnym, dostępnym i ekonomicznie zrównoważonym, sprawiedliwym, równo traktującym wszystkich, respektującym decyzje i godność człowieka[142].

Pellegrino w swych analizach porządkuje różne cele medycyny. Przyznaje on priorytet trosce i leczeniu chorych, wraz z troską o tych, którzy nie mogą być wyleczeni. W opisie celów medycyny wychodzi on bowiem od medycyny klinicznej. „Przez kliniczną medycynę – pisze – rozumiem użycie

[140] *The goals of medicine: setting new priorities. A Hastings Center Project Report,* dz. cyt., s. 58.
[141] Tamże, s. 58.
[142] Tamże, s. 59.

wiedzy medycznej w indywidualnym spotkaniu lekarz–pacjent dla leczenia i pomocy tu i teraz chorej osobie. Kliniczne spotkanie twarzą w twarz jest punktem wyjścia dla filozofii medycyny i źródłem moralności wewnętrznej. Medycyna kliniczna jest takim działaniem, które definiuje lekarza jako lekarza, odróżnia go od tych osób, które mogą posiadać wiedzę medyczną, ale nie używają jej w określony sposób w klinicznym spotkaniu z konkretnymi pacjentami. Medycyna kliniczna jest dla lekarza *locus ethicus*, ujawniającym jego cel, którym jest działanie i decyzja słusznego i dobrego leczenia"[143]. Podstawą medycyny klinicznej nie są społeczeństwo czy kultura, ale uniwersalne doświadczenie choroby, jej olbrzymi wpływ na życie jednostki. Z tego doświadczenia wyrosła medycyna Hipokratesa i dzięki niemu istnieje i rozwija się medycyna współczesna.

Moralność wewnętrzna medycynie klinicznej, dana w bezpośrednim doświadczeniu w relacji lekarz–pacjent, wyrasta ontycznie z teleologicznie ukierunkowanej praktyki medycznej. W tym wypadku chodzi o *telos* w realistycznym, klasycznym sensie, wypracowanym w arystotelesowsko-tomistycznej etyce teleologicznej[144]. Chodzi tu o cel (*end*) jako dobro (*good*), do którego zmierza dany akt swoją wewnętrzną strukturą, wewnętrznym ukierunkowaniem. Ukierunkowania ontycznego nie należy mylić ze zbyt uproszczoną w stosunku do

---

[143] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 66.

[144] Zob. E. D. Pellegrino, *The 'telos' of medicine and the good of the patient*, [w:] *Clinical bioethics: a search for the foundations*, red. C. Viafora, Springer, Dordrecht 2005, s. 21–32 (International Library of Ethics, Law and the New Medicine, vol. 26).

niego teleologią biologiczną, którą operują nauki ścisłe. Nie chodzi tu o cele, skutki bądź korzyści, którymi posługuje się etyka konsekwencjalistyczna czy utylitarystyczna. Nie chodzi też o wyznaczane przez lekarza, pacjenta, społeczeństwo, polityków, ekonomistów itp. cele (*goals and purposes*) psychologicznie, socjologicznie, kulturowe czy polityczne. Te bowiem nie wynikają z odczytania wewnętrznej celowości praktyki medycznej, lecz narzucane są jej z góry i dlatego są celami zewnętrznymi względem medycyny[145].

Moralność wewnętrzna medycynie nie jest ustanawiana przez lekarzy bądź profesję medyczną. Jej autorytet jest niezależny od tego, czy lekarz ją zaakceptuje, czy też odrzuci. To, że jest ona wyrażana np. przez kodeksy czy przysięgę medyczną, nie konstytuuje jej moralnego autorytetu. Jej uzasadnieniem jest bowiem obiektywny porządek moralny, który przekracza cele (*goals*) wyznaczane tylko na mocy profesji medycznej[146].

Jeśli chodzi o związek moralności medycznej z różnymi dyscyplinami, to istotowo i metodologicznie wiąże się ona z etyką jako ogólną teorią dobra, norm i sprawności moralnych. Pojęcia te są uszczegółowianie w moralności wewnętrznej medycynie, gdyż dotyczą specyficznej sfery postępowania ludzkiego. Owa etyka w ujęciu klasycznym może korzystać z wglądów innych nurtów bioetycznych, jak kazuistyka, etyka troski itp. Może również korzystać z tego, co dostarczają nauki ścisłe i społeczne oraz z historii czy literatury, które

[145] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 67–68.

[146] Tamże, s. 68.

przybliżają egzystencjalne fenomeny bycia chorym oraz bycia wyleczonym. Niemniej jednak moralność wewnętrzna medycynie w swym zasadniczym ujęciu klasycznym sięga poza historyczny i kulturowy kontekst owych fenomenów.

Zakres moralności wewnętrznej medycynie wyrasta z sytuacji klinicznej, ale ogarnia całą medycynę jako taką. „Wszyscy członkowie zespołu opieki zdrowotnej, którzy bezpośrednio stają twarzą w twarz z pacjentem – są również klinicystami. Każdy z nich włączony jest w specyficzną relację z cierpiącym człowiekiem, która to relacja definiuje jego profesję jako specyficzną aktywność, np. jako pielęgniarstwo, psychologia kliniczna, dentystyka i pokrewne aktywności dla zdrowia”[147]. Mimo że mogą się one zazębiać, to każda z nich zachowuje odrębny charakter. Podzielają wprawdzie wspólne w medycynie powinności pomocy i leczenia, ale w każdej owej powinności przybierają charakter specyficznych, szczegółowych obowiązków moralnych.

Posługiwanie się paradygmatem medycyny klinicznej nie musi prowadzić do ignorowania innych gałęzi medycyny. Każda z nich ma swój specyficzny cel. Cele te są wykorzystane i przyporządkowywane medycynie klinicznej. Tak oto np. celem medycyny jako zbioru nauk ścisłych jest rozwój tych nauk, jednakże w sytuacji klinicznej dane tych nauk, jak choćby biologii, aplikowane są tu i teraz do potrzeb indywidualnego chorego człowieka. Podobnie cele innych gałęzi medycyny, np. medycyny prewencyjnej (*preventive medicine*), medycyny społecznej (*social medicine*), wykorzystane do leczenia poszczególnej osoby, wpisują się w cel medycyny klinicznej (*fuse with the ends of clinical medicine*)[148].

---

[147] Tamże, s. 67.
[148] Tamże.

1.1.5. Teleologiczna czy społeczno-konstrukcjonistyczna filozofia medycyny?

Na początku artykułu *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?* Pellegrino przywołuje opłakany stan filozofii medycyny i etyki medycznej, pisząc: „W medycynie panuje obecnie bezprecedensowy chaos dotyczący jej tożsamości i roli, a także roli lekarzy we współczesnym społeczeństwie. Filozofowie oraz opinie prawników przyczyniają się do stopniowego rozkładu przysięgi Hipokratesa i hipokratejskiej etyki; opieka medyczna stała się towarem podlegającym umowom handlowym, została uprzemysłowiona […]"[149]. Ów chaos w dziedzinie filozofii medycyny przekłada się również na sposób rozumienia funkcji lekarza, pracowników służby zdrowia oraz relacji lekarz–pacjent. Nie wiadomo, kim ma być lekarz w swej profesji. Czy zasadniczym jego zadaniem jest pomoc, opieka i troska o zdrowie pacjenta? Czy ma być on strażnikiem ekonomicznych dóbr danej społeczności bądź państwa, czy ma też być przedsiębiorcą, współinwestorem w handlu opieką zdrowotną?[150]

Jedną z ważnych prób analizy tych problemów jest refleksja filozoficzna w kwestii wewnętrznych i zewnętrznych celów medycyny. Została ona podjęta przez wymienionych wyżej

---

[149] E. D. Pellegrino, *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*, dz. cyt., s. 55–68, tłum. pol. *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: Jak je zdefiniować?*, dz. cyt., s. 334. Treść opisującą cele medycyny włączył E. Pellegrino również do drugiej części artykułu *Medicine today: its role, and the role of physicians*, „Itinerarium. Rivista Scientifica Multidisciplinare dell'Istituto Teologico S. Tommaso" 10 (2002), przedrukowanego w książce: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 127–145.

[150] E. D. Pellegrino, *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: Jak je zdefiniować?*, dz. cyt., s. 334.

myślicieli, m.in. przez Daniela Callahana czy Leona Kassa. Refleksję tę trzeba jednak kontynuować, aby znaleźć kryterium rozwiązywania konfliktów między różnymi ujęciami medycyny oraz, w konsekwencji, konfliktów między poszczególnymi rolami wyznaczanymi (czy też narzucanymi) lekarzom. Przy czym Pellegrino chodzi nie tylko o wyliczenie celów medycyny, ale również o to, „jak c e l e, zadania i zastosowania [medycyny – przyp. T. B.] powinny być w y p r o w a d z a n e, u z a s a d n i a n e i p o r z ą d k o w a n e [podkr. T. B.] stosownie do swej ważności"[151]. Trzeba rozstrzygnąć nie tylko o tym, co jest czynnikiem decydującym o wyborze bądź odrzuceniu celów i zadań medycyny, ale czy czynnik ten jest dla medycyny czymś wewnętrznym, tkwiącym w samej naturze medycznej aktywności, czy też jest ustalany z zewnątrz medycyny, a więc powstaje jako konstrukt społeczny[152]. „Obecnie jest to problem, od którego nie można się uchylić. Od tego, w jaki sposób się z nim uporamy, zależy nie tylko to, kim staną się lekarze, ale także jak będzie wyglądać opieka nad chorymi"[153].

Raport Hastings Center Daniela Callahana zauważył wprawdzie problem wyprowadzania, uzasadniania i porządkowania celów medycyny, ale nie podjął się jego opracowania i rozstrzygnięcia. Podsunął tylko ogólną regułę, aby w refleksji nad medycyną podejście podkreślające stałe jej elementy oraz podejście redefiniujące i przekształcające jej zadania były w równowadze, a więc aby żadne z nich nie wyparło drugiego. Zdaniem Pellegrino propozycja ta: (1) nie uwzględniła wystarczająco poważnej logicznej i filozoficznej opozycji owych

[151] Tamże, s. 334.
[152] Tamże.
[153] Tamże.

dwóch sposobów ustalania tychże celów, (2) pominęła różnicę między celami zewnętrznymi a wewnętrznymi, (3) nie podała na jakiej zasadzie, w przypadku konfliktu, przyznać priorytet jakiemuś celowi czy zestawowi celów, oraz (4) nie ustaliła któremu sposobowi ustalania celów przyznać pierwszeństwo[154].

W związku z tym Pellegrino zderza ze sobą dwa sposoby ustalania celów medycyny – ten, który odwołuje się do natury medycyny jako takiej i ten, który odwołuje się do tendencji społecznych, struktur, procesów i polityki społecznej. Pierwszy sposób nazywa metodą „esencjalistyczną", drugi zaś – metodą konstrukcjonistyczną. Pellegrino uważa, że bez konfrontacji owych dwóch metod filozofii medycyny istnieje zagrożenie pomieszania celów wewnętrznych z zewnętrznymi. Swoją krytykę konstrukcjonizmu chce oprzeć na konfrontacji obu podejść i pokazaniu logicznych konsekwencji dla medycyny.

Ujęcie esencjalistyczne (*essentialist approach*) wyrasta z natury medycyny, która jest niezależna od konstruktów społecznych czy kulturowych. W ujęciu tym dostrzega się specyfikę aktywności medycznej, uzasadnionej realną kondycją człowieka, który podlega chorobom. Ów szczególny charakter jest niezależny od tego, do jakich celów projekty społeczne mogą użyć wiedzy medycznej. Zgodnie z tradycją Arystotelesa chodzi o rozróżnienie tego, co należy do istoty danej rzeczy, danej substancji, od tego co należy do jej przypadłości; o odróżnienie tego, co istnieje niezmiennie, od tego, co jest czasowo uwarunkowane, a więc zmienne.

[154] Tamże, s. 335.

Podejście realistyczne w jego różnych wersjach nie tylko nie jest modne, jak zauważa Pellegrino, ale co więcej – jest krytykowane, odrzucane i zapoznane. Tryumfują raczej nurty filozofii transcendentalnej, zajmującej się aktami poznania i językiem jako narzędziami opisującymi ujmowane i konstruowane w ich ramach przedmioty.

Przeciw podejściu esencjalistycznemu wysuwa się kilka zasadniczych argumentów. Po pierwsze, podważa się możliwość definicji realnych. Wielu filozofów – zdaniem Pellegrino – kontynuuje zapoczątkowane przez Ludwiga Wittgensteina odrzucenie realnych definicji na rzecz struktur gramatycznych używanego języka. W tym ujęciu definicje tego, co istotne, nie są definicjami realnych rzeczy, lecz wytworami języka, artykulacją gramatyki. Realna rzecz, o której traktował Arystoteles, zostaje zastąpiona przez przedmiot skonstruowany przez akty poznania i formy danego języka.

Po drugie, z zaprzeczenia możliwości istnienia definicji realnych wyciąga się wniosek, że nie ma możliwości podania wewnętrznych celów medycyny. W ten sposób zamyka się drogę do odkrycia wewnętrznych celów medycyny na rzecz celów ustanawianych. „Zgodnie z tym instrumentalistycznym punktem widzenia – pisze Pellegrino – cele medycyny mogą być wyłącznie konstrukcją społeczną, tworzoną stosownie do naszych celów społecznych, politycznych i prawnych”[155].

Po trzecie, twierdzi się, że esencjalizm ogranicza cele medycyny, a konstrukcjonizm poszerza je w nieskończoność[156].

---

[155] Tamże, s. 337.

[156] Zob. R. M. Veatch, *Internal and external sources of morality for medicine*, [w:] *The health care professional as friend and healer,* red. D. Thomasma and J. Lee Kissell, Georgetown University Press, Washington DC 2000, s. 75–86; tenże, *The impossibility of a morality internal to medicine*, dz. cyt., s. 621–642.

Społeczeństwo może bowiem zmieniać, rozszerzać, zacieśniać oraz ustanawiać cele dla medycyny według własnego uznania. Może więc np. uznać, że asystencja w samobójstwie i dokonywanie eutanazji przynależą do celów praktyki medycznej. W ten sposób terapia, z punktu widzenia medycznego nawet daremna czy szkodliwa, mogłaby być potraktowana przez społeczeństwo lub pacjenta jako nakazana.

Ostatni zarzut kwestionuje możliwość odróżnienia tego, co należy do istoty rzeczy, od tego, co do niej nie należy. Zdaniem Pellegrino istotne właściwości medycyny narzucają: fenomen medycyny, fakt choroby, relacja lekarz–pacjent, konieczność troski o zdrowie, potrzeba pomocy, opieki i leczenia.

Konstrukcjonizm społeczny (*social constructionism*), jako metoda formowania celów na drodze społecznego dialogu, negocjacji, porozumienia czy procesu politycznego, stawia cele zewnętrzne (*goals*) przed celami wewnętrznymi (*ends*). Czyniąc to, generuje kilka zasadniczych trudności.

Jeśli, zgodnie z tą metodą, w medycynie nie ma nic trwałego ani uniwersalnego, to w takim razie ustanawiane z zewnątrz cele są efemeryczne. Nie mają one stałych podstaw, są czasowo, historycznie, kulturowo, ekonomicznie i politycznie zmienne. Wyłaniane nowe konstrukcje podważają poprzednie, zaprzeczają im i nie wiadomo ostatecznie, do czego medycyna może być jeszcze użyta. Jeśli da się nawet ustalić jakieś cele w obecnej sytuacji społeczno-politycznej, to bez stałych, uniwersalnych podstaw nie można wyznaczyć medycynie celów na przyszłość. A przecież przy gwałtownym rozwoju biotechnologii chodzi o to, aby uchronić medycynę od niewłaściwego użycia, którego przykłady mieliśmy choćby podczas drugiej wojny światowej.

Druga trudność konstrukcjonizmu polega na tym, że po rozmyciu pojęcia celu medycyny zastępuje on jej własny cel

celami pozamedycznymi, politycznymi, ekonomicznymi czy prestiżowymi. Bez rozróżnienia celów wewnętrznych od zewnętrznych te ostatnie łatwo stają się w wypowiedziach polityków i ekonomistów czymś innym niż to, co jest właściwe dla medycyny. Dla nich nie jest bowiem istotne, do czego ze swej natury zmierza praktyka medyczna, ale to, do czego można wykorzystać wiedzę medyczną, medycynę i tych, którzy nią się posługują, czyli lekarzy, pielęgniarki itd. Medycyna traci wtedy swoją tożsamość, niezależność i specyficzność w stosunku do innych ludzkich aktywności. Jej własne cele bez trudu zostają zredukowane do celów polityki, ekonomii, prawa itp. „Przekształcając cele medycyny (*ends of medicine*) w zadania (*purposes*) ekonomii, polityki czy zawodowych prerogatyw – stwierdza Pellegrino – przekształca się medycynę w ekonomię, politykę lub zawodowy przywilej”[157].

Konstrukcjonizm zamazuje różnice między wiedzą medyczną, nauką medyczną a medycyną. Wiedza medyczna i nauki medyczne stają się medycyną dopiero wtedy, gdy w sytuacji klinicznej są włączone w realizację potrzeb konkretnego pacjenta. Wiedza medyczna może znaleźć inne zastosowanie niż leczenie, opieka, pomoc, troska o zdrowie chorych. Może być wykorzystana w biotechnologii, dla osiągnięcia różnych korzyści ekonomicznych czy politycznych. „Można jej używać lecząc zwierzęta, manipulując ich genami, syntetyzując nowe cząsteczki organiczne, dążąc do osiągnięcia celów ekonomicznych lub korzyści politycznych”[158]. Narzucając te same cele polityczne bądź ekonomiczne wiedzy medycznej, nauce medycznej i medycynie,

[157] Tamże, s. 339.
[158] Tamże, s. 339–340.

zamazuje się specyficzne cele każdej z nich, unifikując wszystko do celów ekonomii czy polityki.

Ponieważ narzucane medycynie cele i zadania zewnętrzne nie są związane z jej istotą, mogą więc one udaremnić realizację jej własnych celów, czyli zniszczyć medycynę jako taką. „Lista możliwych wypaczeń w stosunku do związanych z troską o zdrowie zadań medycyny jest długa: torturowanie więźniów politycznych, ludobójstwo, «oczyszczanie» społeczeństwa z jednostek do niego niepasujących lub upośledzonych, uczestnictwo w sądownie orzeczonych egzekucjach, wywoływanie zmian politycznych, karanie dysydentów lub wykorzystywanie opieki medycznej do celów pozamedycznych, takich jak zysk lub władza polityczna"[159]. Konstrukcjonizm społeczny naraża więc medycynę na niebezpieczeństwo wypaczenia jej natury, czyni ją podatną na nadużycia społeczne ze strony różnych ideologii, ekonomii, polityki czy władzy[160].

Esencjalistyczna metoda określania celów stawia wewnętrzne cele medycyny nad celami zewnętrznymi (*ends over goals*). Wyprowadzone są one z fenomenologicznie odkrytej i realistycznie opisanej natury medycyny jako takiej, z uniwersalnego ludzkiego doświadczenia choroby (*universal human experience of illness*)[161], przekraczającego czas, miejsce, historię i kulturę. Przywołuje ono bowiem egzystencjalną kruchość ludzkiego istnienia, podatność na choroby i oczekiwanie po-

---

[159] Tamże, s. 340. Zob. E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader* (dalej w pracy cytowane jest to wydanie), dz. cyt., s. 139nn.

[160] E. D. Pellegrino, *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, dz. cyt., s. 239.

[161] E. D. Pellegrino, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, dz. cyt., s. 140.

mocy. Doświadczenie to kształtowało medycynę od początku, od czasów starożytnych po współczesne. W związku z tym te same cele przyświecały medycynie Hipokratesa, starożytnych Greków, Majmonidesa w wiekach średnich, Thomasa Sydenhama w XVIII stuleciu, Williama Oslera w XIX wieku oraz niezliczonej liczby lekarzy, wliczając współczesność oraz wybiegając w przyszłość.

Cele te towarzyszyły medycynie od początku, ponieważ stanowią jej istotę. W traktatach Hipokratesa przywołane są zarówno natura, jak i jej cele. Opisano zarówno cel, jakim jest leczenie pacjenta, jak i modyfikację tego celu, wtedy gdy leczenie jest daremne (*futile*). „Ogólnie rzecz biorąc, medycyna ma uwalniać chorego od cierpień, ma zmniejszać gwałtowność choroby, ma odmówić podjęcia leczenia tego, nad kim choroba zapanowała, wiadomo bowiem, że w takich przypadkach medycyna jest bezsilna"[162]. W przypadkach nieuleczalnej choroby nie należy pozostawić pacjenta samemu sobie, lecz otoczyć go opieką i troską. „W związku z nieuleczalnymi chorobami – czytamy w dziele Hipokratesa – musimy wytworzyć sposoby zapobiegania temu, by stawały się one nieuleczalnymi […], podczas gdy inni muszą przebadać przypadki nieuleczalne po to, by unikać szkodzenia daremnymi wysiłkami"[163]. W antycznych źródła mamy więc podane należące do sztuki medycznej zasadnicze cele medycyny, a są nimi: leczenie, a w razie nieuleczalności – opieka i pomoc oraz prewencja.

Medycyna istnieje odkąd istnieje choroba. To właśnie owa uniwersalna sytuacja egzystencjalna zrodziła medycynę i jej

[162] Hippocrates, *The art*, dz. cyt., s. 193.
[163] Hippocrates, *On joints,* vol. III, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923, s. 339 (Loeb Classical Library 149).

cele. Esencjalistyczne ustalenie tych celów podkreśla po pierwsze, że są to cele realne, a nie nominalne, wynikłe z jakichś gier językowych czy przedstawiające jedynie sposób użycia słowa „medycyna". Po drugie są one wbudowane w specyficzną ludzką aktywność, jaką jest praktyka medyczna. Po trzecie, cel główny medycyny, gdy nie może być skutecznie zrealizowany, generuje następne pierwszorzędne cele, takie jak opieka i pomoc[164]. Z potrzeb zdrowotnych pochodzi zarówno medycyna kliniczna, jak i prewencyjna, pielęgniarstwo, medycyna społeczna i środowiskowa.

Wewnętrzne cele medycyny są rzeczywistością zastaną, stąd nikt nie jest uprzywilejowany w ich odkrywaniu: ani lekarze, ani prawnicy, ekonomiści, politycy czy zwykli obywatele. „Zgodnie z poglądem esencjalistycznym sami lekarze są ograniczani przez wewnętrzne cele medycyny pojmowanej jako specyficzna forma ludzkiej aktywności. Identyfikując owe cele, lekarze mogą popełniać błędy, popełniają je, popełniali i będą popełniać"[165]. Poprzez namysł nad naturą medycyny i jej celami można te błędy zidentyfikować i korygować. By ich uniknąć, konieczna jest nie tylko wiedza medyczna i praktyczna, ale również pewne sprawności moralne, cnoty, aby trzymać w ryzach własne interesy i egoizmy. Zasadę tę trzeba stosować również wobec tych spoza profesji medycznej – ekonomistów czy polityków – którzy jak wiadomo kierują się swoimi celami, różnymi od wewnętrznych celów medycyny. „Żaden mechanizm społeczny, królewski, prawny czy korporacyjny dekret nie może być zabezpieczony przed

[164] E. D. Pellegrino, *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: Jak je zdefiniować?*, dz. cyt., s. 341.
[165] Tamże, s. 345.

sprawdzeniem jego zgodności z własnymi celami medycyny rozumianej jako specyficzny rodzaj ludzkiej aktywności"[166]. Użycie medycyny do innych poza nią celów niszczy bowiem jej integralność i status moralny.

W zderzeniu wewnętrznych celów medycyny z celami zewnętrznymi, pozamedycznymi, szczególną rolę odgrywają lekarze. Na nich, jako na tych, którzy realizują wewnętrzne cele medycyny, spoczywa szczególna odpowiedzialność, aby przeciwstawiać się tendencjom użycia ich profesji do celów pozamedycznych. „Muszą wiedzieć, kiedy powiedzieć «nie». Nazistowscy i sowieccy lekarze nie zdobyli się na odmowę. Na tym właśnie polega ich niegodziwość – na braku sprzeciwu wobec nagannej społecznej koncepcji medycyny"[167].

W obliczu tego, co narzuca konstrukcjonizm społeczny, lekarz powinien przeciwstawić się zniekształceniom własnych celów medycyny. Przede wszystkim ma być adwokatem i obrońcą dobra pacjenta. Nie może dopuścić, aby inne możliwe do podjęcia funkcje, np. przedsiębiorcy, dystrybutora środków, strażnika zasobów społecznych i ekonomicznych, podważyły jego zasadniczą funkcję lekarza, wyznaczoną sytuacją kliniczną i bezpośrednią relacją z konkretnym pacjentem. Zobowiązaniem dla niego jest również wspólnota moralna lekarzy i wspólna obrona dobra wszystkich chorych. Jeżeli polityka społeczna zagraża temu dobru, winien on we wspólnocie z innymi tego dobra bronić. Winien przeciwstawiać się wielu zagrożeniom, w których chce się wciągnąć lekarzy – uczestnictwie w egzekucjach, przesłuchaniach więźniów, a nawet torturach.

---

[166] Tamże.
[167] Tamże.

Lekarze uczestniczą również w życiu społeczeństwa jako naukowi i techniczni eksperci. Muszą uważać, aby dla osiągnięcia celów politycznych, ekonomicznych i komercyjnych nie manipulowano ich ekspertyzami. Lekarze jako obywatele uczestniczą w wielu celach i przedsięwzięciach konstruowanych przez społeczeństwo. Nie wszystkie z nich dadzą się pogodzić z własnymi celami medycyny. „Niektóre spośród ideologii społecznych, jak totalitaryzm czy rynkowa reguła *laissez-faire*, nie dają się pogodzić z wewnętrznymi celami medycyny"[168]. Lekarz w życiu publicznym nie powinien popierać takich działań, które niszczą integralność dziedziny, w której działa.

1.2. Etyka medyczna

1.2.1. Fakt choroby, akt profesji i akt medycyny

Edmund Pellegrino sformułował zasadnicze podstawy etyki medycznej w kilku podobnie zatytułowanych tekstach, skoncentrowanych na rekonstrukcji moralności medycznej. Zagadnieniu temu poświęcił dziewiąty rozdział swej książki z 1981 roku, zatytułowany: *A philosophical reconstruction of medical morality*[169] oraz artykuł *Toward a reconstruction*

[168] Tamże, s. 348.

[169] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 192–220. Tekst ten bazuje na wcześniej opublikowanym artykule, zatytułowanym: *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979) Issue 1, s. 32–56.

of medical morality, opublikowany po raz pierwszy w 1979 roku i przedrukowany wraz z wypowiedziami polemicznymi w roku 2006; dyskusja ta jest rekapitulacją podjętych poszukiwań[170].

Powstanie zarówno medycyny, jak i etyki medycznej wyprowadza on z realnej rzeczywistości, z realnej kondycji człowieka. Dostrzega trzy źródła filozoficznej etyki medycznej. „Chociaż rzadko stwierdza się to wyraźnie – pisze on w swej podstawowej pracy poświęconej tej tematyce – to jednak wszystkie kodeksy etyki zawodowej implikują określone założenia odnośnie do natury medycyny (*nature of medicine*), natury relacji z pacjentem (*nature of the relationship with the patient*) i natury dobrego człowieka, który w tym przypadku jest lekarzem (*nature of the good man who happens to be a physician*)"[171]. W ten sposób specyficzne podstawy etyki medycznej umiejscawia w kontekście etyki klasycznej, w wyraźnym związku z tą etyką ogólną, która ogarnia wszystkie etyki szczegółowe. Historyczny opis rozwoju medycyny i etyki medycznej potwierdza, jego zdaniem, słuszność tego ujęcia.

Wśród źródeł najszerszych, które można potraktować jako pierwsze, jest pojęcie dobrego człowieka, dotyczące wszelkiego postępowania i wszystkich profesji. Wyrasta ono z odpowiedniej filozofii życia. Jest także podstawowym pojęciem w znanej nam w kulturze zachodniej najstarszej przysiędze lekarskiej – przysiędze Hipokratesa. Historycy dostrzegają

---

[170] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979) Issue 1, s. 32–56; przedruk w: „The American Journal of Bioethics" 6 (2006) nr 2, s. 65–71.

[171] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 194.

w niej wierne odwzorowanie Pitagorejskiego etycznego ascetyzmu. W uroczystej części przysięgi Hipokratesa obecna jest idea więzi ojciec–syn, uczeń–nauczyciel. Podstawowymi zasadami etyki pitagorejskiej było odrzucenie aborcji, eutanazji (użycia trucizny), operacji, przestrzeganie ścisłych wymagań życia seksualnego, dotrzymywanie tajemnicy lekarskiej. W dziedzictwie Hipokratesa można też dostrzec różnorodne wpływy zarówno Platona i Arystotelesa, jak i stoików, epikurejczyków, sofistów i sceptyków[172]. „Na początku wieków średnich – stwierdza Pellegrino – etyka przysięgi Hipokratesa została po raz pierwszy przyjęta jako etyka uniwersalna. Pojęcie lekarza jako człowieka religijnego – chrześcijanina, muzułmanina czy żyda – wymagało od każdego z nich służby chorym jak braciom zgodnie z ojcostwem Boga. Przysięga została oczyszczona z jej pogańskich odniesień i znalazła odnowione źródła w humanizmie wielkich religii"[173].

Tego typu religijny humanizm był podstawą etyki medycznej w dziewiętnastowiecznej Ameryce. Również dziś wielu lekarzy, być może większość, traktuje religijny humanizm wpisany w przysięgę Hipokratesa jako pierwotne źródło etyki zawodowej. Wskutek wzrastającej sekularyzacji źródło to jest coraz częściej odrzucane.

Drugim źródłem etyki medycznej jest natura medycyny. We wczesnych czasach greckich (co znajduje odbicie w wielu miejscach spuścizny Hipokratesa) medycyna była rozumiana jako dziedzina praktycznego działania, *techne*.

---

[172] T. Biesaga, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna,* „Medycyna Praktyczna" 2006 nr 7–8, s. 20–25; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, dz. cyt., s. 13–20.

[173] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 195.

Traktowano ją podobnie jak inne dziedziny rzemiosła, np. stolarstwo. Sztuka rzemiosła, jako że miała służyć wytworzeniu dobrego dzieła, nakładała na rzemieślnika pewne zobowiązania. Powinien więc być on kompetentny w swym zawodzie, nie powinien podrabiać czyjegoś dzieła, powinien uczyć rzemiosła i rozwijać swoją wiedzę oraz praktyczne umiejętności.

Platon, a szczególnie Arystoteles, rozwijali rozumienie *techne* przyporządkowując tę działalność dobremu dziełu oraz analizując odpowiednie sprawności dla jego wytworzenia. Podkreślali oni pewne właściwości moralne i umiejętności techniczne rzemieślnika, jego umiłowanie dzieła, zdobyte w praktyce niezbędne sprawności do jego wykonania, oraz zasługiwanie na dobrą opinię. W podobnych ramach – skutecznego leczenia oraz zdobycia reputacji dobrego lekarza – ujmowana była również medycyna.

Medycyna jako zawód i powołanie po raz pierwszy została przedstawiona w traktacie *On remedies* Scriboniusa Largusa, lekarza z I wieku, czasów cesarza Klaudiusza[174]. W traktacie tym podkreślano, że z natury medycyny wyrasta leczenie jako jej zasadniczy cel. Sformułowano pewne wymagania w stosunku do pacjentów oraz pewne obowiązki lekarzy. Scribonius akcentował, że ci, którzy dobrowolnie podejmują się zawodu lekarza, powinni być wierni swemu powołaniu. Wśród specyficznych cnót w tej profesji wymieniał współczucie i humanitaryzm.

Ta koncepcja medycyny, zaczerpnięta być może od Panajtiosa i rozwijana również przez Cycerona w *De officis*, różniła się od wcześniejszego ujęcia lekarza jako rzemieślnika. Podkreślała godność tego powołania i stawiała większe wymagania

[174] Tamże, s. 196.

związane z podejmowanym poświęceniem. Owo ujęcie medycyny rozwijane było później m.in. w pracy Galena *De placitis*, w XVIII-wiecznym kodeksie Thomasa Percivala, w kodeksie AMA (Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego) z 1848 roku i w jego dalszych przekształceniach[175]. Percival wymagał, aby lekarz był dobrym, prawym, uprzejmym, odważnym człowiekiem, kierującym się obiektywnym dobrem pacjenta i działającym w jego imieniu. W odróżnieniu od Hipokratesa czy Scriboniusa, którzy akcentowali raczej obowiązki, Percival przedstawiał medycynę jako dżentelmeńską profesję, która jest raczej przywilejem czy wyróżnieniem niż legalistycznym spełnianiem obowiązków.

Obok humanistycznej koncepcji medycyny od XVII wieku rozwijało się jej scjentystyczne ujęcie, głównie pod wpływem szybkiego rozwoju i sukcesów nauk ścisłych. Medycyna zaczęła zbliżać się do takich nauk jak chemia i fizyka. Poczynając od Kartezjusza, La Mettriego (*L'homme machine*) oraz Claude'a Bernarda, wprowadzono i rozwijano podejście doświadczalne, eksperymentalne, ilościowe, mechanistyczne i redukcjonistyczne. Kontynuatorami tego są współczesne pozytywistyczne oraz redukcjonistyczne ujęcia medycyny oraz wzrastająca wiara w to, że medycyna to wysoko rozwinięte technologie. Sukcesy metod nauk ścisłych i inżynierii medycznej wzmacniają przekonanie, że przyjęte założenia są słuszne.

Etyka w tym ujęciu medycyny wymaga jedynie kompetencji, pewności naukowej, stosowania wiedzy i eksperymentów klinicznych. Inne wymagania moralne wobec tego typu lekarzy-naukowców i technologów traktowane są jako nienaukowe i zbędne. Zarówno medycyna, jak i zdrowie stają się bowiem

[175] Tamże, s. 197.

towarem. „Uprzywilejowany status medycyny, zawodu o specyficznych zobowiązaniach – pisze Pellegrino – nie jest dla egalitarystycznej, współczesnej demokracji czymś atrakcyjnym. Zamiast tego coraz silniejszy jest pogląd, że medycyna nie jest czymś specyficznym; że zdrowie jest takim samym towarem jak inne; że podstawą relacji lekarz–pacjent powinien być kontrakt usług (*contract for services*)"[176]. W kontrakcie tym nie jest ważne czyjeś człowieczeństwo czy też miłość drugiego – miłość ludzi, lecz jedynie uprzejma, czyli cierpliwa, i przez to korzystna dla sprzedawcy, realizacja zamówionych usług. Owa uprzejmość to po prostu chęć i praktyczna taktyka sprzedaży towarów i usług, która przynosi określone zyski. Uprzejmość w sprzedaży towarów i usług medycznych nie różni się od uprzejmości w innego typu transakcjach handlowych. Kultura technokratyczna chce potraktować profesję, powołanie medyczne tak samo, jak inne techniczno-wytwórcze działania człowieka. W tym praksistycznym, kontraktualistycznym, redukcjonistycznym modelu medycyna jest oderwana od jej humanistycznego – w tym również etycznego – podłoża.

Próby technokratycznej redukcji można również prześledzić na płaszczyznach innych dyscyplin humanistycznych, takich jak np. psychologia czy socjologia, które też próbuje się uczynić bezosobowymi narzędziami postępu naukowego i sterowania społeczeństwem. Zarówno praktyki psychologa czy socjologa, jak i praktyki lekarza nie powinno się jednak odrywać od tego, komu one służą, czyli od konkretnej osoby ludzkiej, od jej godności i natury.

---

[176] Tamże, s. 198.

Trzecim źródłem etyki zawodowej jest relacja lekarz–pacjent, która aż do czasów obecnych nie była przedmiotem większego zainteresowania filozofii. Dominujące pojęcie tej relacji pochodzi ze spuścizny medycznej i etycznej Hipokratesa. Niektórzy badacze jego tekstów zastanawiali się, czy zasadniczą treścią tej relacji jest *philanthropia* czy *humanitas*. Wydaje się, że to drugie stanowisko jest bardziej uzasadnione, przy czym da się zauważyć różne rozumienie i zastosowanie owego humanitaryzmu w etyce medycznej. Badacz starożytności Ludwig Edelstein „rozróżnia między uprzejmością greckiego lekarza rzemieślnika, a humanitaryzmem późnego, stoickiego lub inspirowanego religią, lekarza”[177]. Wczesnogrecki lekarz to dobry rzemieślnik (*craftsman*), który przez swoje solidne rzemiosło stara się odróżnić od szarlatanów i konowałów. W ten sposób chce zdobyć dobrą opinię, poważanie i autorytet społeczny. Z takiej postawy wynika również jego uprzejmość dla pacjenta, gdyż chce zyskać jego zaufanie oraz uznanie za dobrze wykonane leczenie. Stąd formułowane zasady etyczne to zasady dobrego rzemiosła i dobrego rzemieślnika. Mówią one o potrzebnych mu sprawnościach, o różnych zagrożeniach (nawet ze strony pacjenta), które mogą zniweczyć dobre dzieło, czyli wyleczenie z danej choroby. „Wyobrażenie dobrego lekarza i treść przesłania moralnego zawartego w korpusie hipokratejskim przechodziły w starożytności transformacje z etyki rzemieślnika, wykonującego dobrze swoją pracę, w kierunku stoickiej etyki powinności i obowiązków względem rodzaju ludzkiego i ludzkości”[178]. W etyce hipokratejskiej odnajdujemy pewne

[177] Tamże.
[178] Tamże, s. 203.

właściwości relacji lekarz–pacjent, ale zauważamy również braki. Relacja owa opisywana jest bowiem jedynie od strony lekarza, profesji medycznej bądź wspólnoty lekarskiej. Pominięto natomiast pozytywną rolę pacjenta. Stąd słuszna jest współczesna krytyka paternalizmu tej etyki.

W poszukiwaniu nie tylko historycznych, ale również antropologicznych podstaw relacji lekarz–pacjent Pellegrino sięga po trzy fenomeny, którymi są: fakt choroby (*fact of illness*), akt profesji medycznej (*act of profession*) i akt medycyny (*act of medicine*)[179]. Są one charakterystyczne dla medycyny, stąd stanowią właściwy punkt wyjścia dla rozwoju etyki medycznej. „Wzajemne relacje między tymi trzema fenomenami są wystarczająco specyficzne dla medycyny, aby ukonstytuować unikalny, własny rodzaj relacji, która, aby była moralnie usankcjonowana, powinna być realizowana w pewien specyficzny sposób"[180].

Pierwszy fenomen, fakt choroby, zmienia stan egzystencjalny człowieka. W chorobie, stanie radykalnie różnym od bycia zdrowym, doznajemy kruchości naszego istnienia. Wiele osób w chorobie, zarówno w trywialnych, jak i groźnych objawach pyta: „Czy to jest początek końca mojego istnienia?" Od strony subiektywnej chorobę (*illness*) określa pacjent, który się źle czuje. Od strony medycznej (*disease*) określa ją medycyna na podstawie pewnych empirycznych wskaźników. Medycyna powstała dlatego, że człowiek podlega chorobom. W chorobie, przeżywanej jako subiektywny stan samopoczucia, człowiek zauważa pewne nagłe, ostre lub chroniczne zmiany, które budzą jego niepokój o funkcjonowanie

[179] Tamże, s. 207.
[180] Tamże.

ciała lub umysłu. Czucie się chorym może, ale nie musi wiązać się ze stanami patologicznymi. Doświadczamy zmiany stanu naszej egzystencji. Zaczynamy je na swój sposób interpretować jako symptomy wskazujące na to, że coś w naszym zdrowiu zmieniło się na gorsze, że nie jesteśmy zdrowi, w porównaniu ze stanami, w których nie narzekaliśmy na zdrowie. „Osoba, która dochodzi do wniosku, że jest «chora» (*ill*) staje się pacjentem – czyli tym, który dźwiga pewne niesprawności, braki, który nie czuje się już «zintegrowany» (*whole*), który spostrzega pewne ograniczenia swej dotychczasowej aktywności"[181]. W stanie choroby, a więc zachwiania równowagi, ciało nie jest tak jak dotychczas środkiem realizacji naszych ponadcielesnych, zewnętrznych celów. Absorbuje naszą uwagę, narzuca nam swoje wymagania, a nawet tyranizuje nas, abyśmy udali się po pomoc. Zostaje zachwiana funkcjonalna jedność naszego ja i naszego ciała[182]. W tym stanie osoba doświadcza pewnego ontologicznego zagrożenia, ontologicznego ataku (*is essentially an ontological assault*).

W zdrowiu, w spotkaniu ze światem, w naszym działaniu odczuwamy raczej jedność ze swoim ciałem. W chorobie ciało odrywa się od nas, staje się intruzem, który wszedł między nas a rzeczywistość i utrudnia nasze wybory i działania. „Staje w opozycji do naszego ja. Zamiast służyć nam, my musimy służyć jemu. Raczej utrudnia naszą egzystencję niż poszerza ją i ubogaca. Nie możemy już dłużej używać go dla realizacji

[181] Tamże.

[182] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The American Journal of Bioethics" 6 (2006) nr 2, s. 67 (dalej w pracy cytowane jest to wydanie).

pozacielesnych celów"[183]. Ów atak na ontologiczną jedność duszy, jaźni i ciała jest dotkliwy także w tym, że rozbija nasze dotychczasowe wyobrażenie o sobie. W owym wyobrażeniu dokonaliśmy harmonizacji naszych słabych i mocnych punktów, tak aby nasz obraz był pozytywny. Chroniliśmy nasz *image* społeczny, szukając równowagi w kontekście zewnętrznych nacisków. „Choroba wymusza nowe spojrzenie, stanowi zagrożenie dla dotychczasowego wyobrażenia siebie i przywołując wszystkie poprzednie niepokoje i narzucając nowe, wymusza ukształtowanie nowego, często zawierające niebezpieczeństwo śmierci lub drastyczną zmianę stylu życia"[184].

„Ontologiczny atak (*ontological assault*) spowodowany przez chorobę uderza w naszą wolność, której realizacja podkreślała naszą podmiotowość, nasze człowieczeństwo. Chory nie wie, jak odpowiedzieć na trzy fundamentalne pytania: «Co jest złe?», «Co może być zrobione?» i «Co powinno być zrobione?»"[185]. Bez pomocy nie może rozstrzygnąć tych kwestii. Musi mu zostać podana pomocna dłoń. Staje się zależny od drugiej osoby i podatny na zranienie (*dependent upon the person and therefore vulnerable*)[186]. Pacjent w chorobie nie może wybierać, jak dotychczas, spośród różnych możliwości. Nie posiada wiedzy i umiejętności umożliwiających leczenie bądź uwolnienie od bólu i cierpienia. W wielu chorobach czy nagłych wypadkach zdany jest całkowicie na tych, którzy będą go ratować. „Dobrowolnie czy też niedobrowolnie, zmuszony

---

[183] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 208.
[184] Tamże, s. 208.
[185] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.
[186] Tamże.

jest powierzyć siebie w ręce drugiej osoby, w ręce profesjonalistów zdrowia, którzy mają wiedzę i umiejętności leczenia – lecz także skrzywdzenia. Ta niedobrowolna potrzeba uzasadnia aksjomat podatności na zranienie (*axiom of vulnerability*), z którego wywodzą się obowiązki lekarza"[187]. W chorobie człowiek, w kontekście dotychczasowej wolności, do której się przyzwyczaił, staje się bezradny, bezbronny (*vulnerable state*) oraz skłonny do ustępstw i kompromisów. „Stan bycia chorym jest stanem zranionego człowieczeństwa (*wounded humanity*) osoby idącej na kompromis w jej fundamentalnych właściwościach po to, aby zaradzić swojej bezsilności"[188].

Ograniczenie wolności i człowieczeństwa przez chorobę jest inne niż np. te, które spotykają więźnia pozbawionego praw cywilnych, ubogiego, niemającego dostępu do wielu dóbr materialnych. „Nikt z nas nie jest całkowicie wolny; musi się dostosować do zasadniczych konwencji społecznych"[189]. Niemniej jednak żadna z tych sytuacji nie równa się z tym stanem bezradności, w którym jesteśmy podczas choroby. Zwykle w innych stanach zagrożenia (*states of vulnerability*), jeśli jesteśmy zdrowi, możemy sobie jakoś radzić. „Posiadane zdrowie traktujemy wtedy jako środek do wolności i innych podstawowych wartości. Dążymy tylko do uwolnienia się z więzienia, do zdobycia pracy i pieniędzy, i jeśli jesteśmy zdrowi, możemy odbudować nasze człowieczeństwo i integralność naszej osoby"[190]. Gdy zaś jesteśmy chorzy, podstawowy mechanizm radzenia sobie z przeciwnościami losu

[187] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 208.
[188] Tamże, s. 208.
[189] Tamże, s. 209.
[190] Tamże.

ulega zepsuciu. „W chorobie ów inny wymiar bólu i cierpienia sprawia, że nie można leczenia zaklasyfikować jako towaru lub jako usług, takich jak naprawa samochodu u mechanika, skonstruowanie swej obrony u prawnika czy przezwyciężenie braków swej wiedzy u nauczyciela”[191]. Wprawdzie w takich relacjach jak nauczyciel–student, prawnik–klient, usługodawca–klient są pewne elementy zależności podobne do relacji lekarz–pacjent, gdyż w każdej z nich mamy do czynienia z pewną nierównością wiedzy, umiejętności itp. „Tym co je różni jest ontologiczna agresja (*ontological assault*) choroby na naszą jedność ciała i jaźni (*body-self unity*), i podważenie prymatu wolności w radzeniu sobie z wszystkimi innymi sytuacjami”[192].

Drugi fenomen relacji lekarz–pacjent to właśnie akt profesji medycznej (*the act of profession*). Źródłosłów tego pojęcia wyprowadza Pellegrino z łacińskiego *profiteri*, co znaczy „głośno, publicznie oznajmiać”. Akt profesji medycznej niesie obietnicę pomocy. Akt medycyny natomiast włącza w siebie medycznie kompetentne decyzje i działania, zmierzające do wyleczenia[193]. Obietnica pomocy zawarta jest w pytaniu lekarza: „W czym mogę pomóc?”. Za pytaniem tym kryją się zarówno chęć pomocy, jak i kompetencje do jej udzielenia. „W kontekście obecności osoby podatnej na zranienie, która jest chora, mamy drugą osobę, która przyrzekła, by pomagać, by leczyć, by przywrócić równowagę na tyle, na ile pozwoli na to posiadana wiedza”[194].

---

[191] Tamże.
[192] Tamże, s. 208.
[193] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.
[194] Tamże.

To właśnie wobec pacjenta, w jego bezradności i zranionym przez chorobę człowieczeństwie (*vulnerable humanity*), pracownicy służby zdrowia podejmują swoją profesję (łac. *profiteri*), to znaczy „deklarują głośno" (*declares aloud*), że posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności by mu pomóc, by działać w jego interesie, by go leczyć. „Takie znaczenie należy przypisywać profesji, a nie prostej przynależności członka do danej grupy, posiadającej wspólną edukację, odpowiednie standardy zachowań i wspólną etykę. Wszystkie wymienione są akcydentalne dla zasadniczego aktu profesji, który jest aktywną, świadomą deklaracją, dobrowolnym wejściem w znaczące moralnie chcenie zrealizowania powinności koniecznej dla autentyczności danej deklaracji"[195].

Zajmujący się ochroną zdrowia potwierdzają publicznie ów akt profesji, gdy akceptują swoje stopnie medycznego wykształcenia, kiedy składają przysięgę, a uobecniają go wtedy, gdy bezpośrednio stają przed pacjentem, który przychodzi do nich, aby uzyskać wyleczenie. W akceptacji swoich stopni i złożeniu przysięgi akt profesji wprawdzie nie jest od razu realizowany w stosunku do pacjenta, ale ta realizacja jest *implicite* w nim zawarta i niepodważalna. Chora osoba w swych oczekiwaniach kieruje się przekonaniem, że deklaracja ta jest autentyczna i prawdziwa, że zawierają się w niej profesjonalna wiedza i umiejętności oraz troska o dobro pacjenta.

Nie tylko w medycynie dokonuje się aktu profesji. Podobnie spełniają go prawnicy, nauczyciele, duchowni i inni. Oni również deklarują swoje specyficzne kompetencje na użytek

[195] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 209–210.

interesów tych, którzy poszukują pomocy. „Etyka każdej profesji opiera się na autentyczności ich propozycji – propozycji lekarzy przywracania zdrowia, prawników – szukania sprawiedliwości, nauczycieli – przezwyciężania ignorancji i duchownych – nauczania drogi zbawienia"[196].

„Akt profesji jest obietnicą złożoną drugiej osobie, która jest w potrzebie, jest w sytuacji egzystencjalnego zagrożenia (*existentially vulnerable*)"[197]. Mamy tu do czynienia z nierównością relacji (*a relationship of inequality*). Lekarz posiada przewagę nad pacjentem dzięki swej wiedzy i uzdolnieniom. Rodzi to niejako dodatkowe wymagania. Winien on być uważny, by uwzględnić pełne dobro pacjenta, jego świat wartości i jego interpretację dobrego życia[198]. „Owa nierówność sił nakłada specjalny obowiązek na osobę danej profesji. Relacja osoba danego zawodu – klient nie jest zwykłym kontraktem między równymi stronami, który to kontrakt może być negocjowany w ich interesie, ponieważ jedna strona nie jest wolna, by uniknąć negocjacji. Medycyna, prawo, nauczanie i praca duchownych nie są po prostu produktami w zwykłym, prawnym i komercyjnym sensie"[199]. W każdym zawodzie obietnicę zawartą w akcie profesji spełnia się w specyficzny sposób, gdyż realizuje ona specyficzne dla niego dobra. Potwierdza przez to swoją autentyczność. Akt ten można porównać do mostu, na którym spotykają się z jednej strony oczekiwania chorych, z drugiej strony obietnice leczących choroby.

---

[196] Tamże, s. 210.

[197] Tamże.

[198] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.

[199] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 210.

Trzecim elementem relacji lekarz–pacjent jest akt medycyny (*act of medicine*). Obejmuje on te działania ze strony lekarza, które prowadzą do właściwych decyzji leczniczych. Chodzi o przywrócenie możliwej cielesnej harmonii, o ponowne „scalenie" chorego w całość[200]. Pacjent, idąc do lekarza, chce wiedzieć: co jest (*is*) złego ze zdrowiem, co można (*can*) zrobić w tej sprawie oraz co powinno (*should*) być zrobione. Na odpowiedź na pierwsze pytanie składa się wiele odpowiedzi wcześniejszych, prowadzących do wydania sądu klinicznego. W odpowiedzi na drugie pytanie odwołujemy się do celu (*end*), do którego powinien zmierzać cały proces leczenia: „Cel medycyny (*end of medicine*) brany formalnie to słuszne (*right*) i dobre (*good*) działanie lecznicze, podjęte w interesie indywidualnego pacjenta. Cała wiedza i sztuka medyczna lekarza wpisuje się w wybór tego, co wśród wielu rzeczy może być zrobione, tego, co powinno być zrobione dla tej osoby, w jej konkretnej sytuacji życiowej. Jest to wybór tego, co jest słuszne (*right*), czyli tego, co jest naukowo, logicznie i technicznie zgodne z potrzebami pacjenta, oraz wybór tego, co jest dobre (*good*), czyli warte podjęcia dla tego pacjenta"[201].

Decyzje, w których pacjent i lekarz określają dobro pacjenta, są kompleksowe i skomplikowane. Nie da się ich wydedukować automatycznie z wiedzy medycznej, którą posiadają obie strony. W tych decyzjach obie strony razem decydują, co należy zrobić, aby medycyna była tym, do czego powstała.

---

[200] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.

[201] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 211.

„To jest moment klinicznej prawdy – ćwiczenie roztropności, a ostatecznie ćwiczenie etyczne w formułowaniu praktycznych sądów”[202]. Ów punkt kulminacyjny skupiony na słusznym i dobrym działaniu leczniczym jest tym, co konstytuuje medycynę jako taką. Inne czynności są pomocnicze dla tych aktów, np. diagnostyka przyporządkowana jest również wnioskom stwierdzającym, co powinno (*ought*) być zrobione, czyli co musi (*must*), może (*may*) lub nie powinno (*should not*) być zrobione teraz, dla tego konkretnego pacjenta. „Pacjent oczekuje, że cel medycyny stanie się słusznym i dobrym działaniem dla niego. Oczekiwanie to wyrasta też z przysięgi, której jest on świadomy, z aktu profesji, z publicznie zorganizowanej medycyny, i konkretnie z osobistego kontaktu ze swoim lekarzem, lub lekarzami. Oczekuje tego również od organizacji zdrowia – zespołu takiego jak szpital czy też inne agencje”[203].

Każda medyczna decyzja włącza w siebie różnorodne wartości ze strony lekarza, pacjenta i społeczności. W pluralistycznym świecie zbiory tych wartości różnią się między sobą. „W koncepcji dobra jest wiele możliwych konfliktów między lekarzem a pacjentem. Do specyficznych zadań medycznych decyzji należy to, aby te konflikty rozwiązać w uzasadniony moralnie sposób”[204].

Zgodnie z tym, co powiedziano o nierówności relacji (*inequality*) wynikającej ze stanu pacjenta, w którym się on znalazł (*vulnerability of the patient*), trzeba zwracać uwagę,

---

[202] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.

[203] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 211.

[204] Tamże, s. 212.

aby wartości prezentowane przez pacjenta nie były pominięte, aby lekarz nie pomieszał swego autorytetu naukowego i technicznego z autorytetem moralnym[205]. Między lekarzem a pacjentem istnieje przepaść w obszarze wiedzy o chorobie. Lekarz musi w odpowiedni sposób poinformować pacjenta, aby zrozumiał on naturę swej choroby i sposoby jej leczenia. W ten sposób lekarz poszerza u pacjenta możliwości podejmowania racjonalnych i moralnych decyzji[206]. Wypracowana zgoda (*consent*) między lekarzem i pacjentem jest w pierwszym rzędzie zgodą moralną, a nie tylko prawną. Podpisanie kawałka papieru często wiąże się z powierzchowną transakcją. „Prawdziwa zgoda (słowo pochodzi z języka łacińskiego *con* i *sentire*, co znaczy: wiedzieć, i czuć razem) zakłada, że zarówno pacjent, jak i lekarz razem muszą wiedzieć z czym mają do czynienia i jakie są alternatywy. Powinni razem dojść do konkluzji, czego życzą sobie, by to czynić"[207]. Ów konsensus nie będzie zgodą moralną, jeśli informacja będzie ukryta lub zmanipulowana. Ona jest warunkiem wolności decyzji. Refleksja nad światem wartości pacjenta jest również konieczna dla podjęcia pełnej odpowiedzialności.

Paternalistyczna, autorytarna koncepcja lekarza starożytnej etyki musi w tym miejscu ulec rewizji. Lekarz powinien szanować moralne i religijne zasady pacjenta, np. to, że dla świadków Jehowy transfuzja krwi przekreśla wartość życia, a dla katolików – że aborcja jest zabójstwem. Z drugiej strony nie można zapomnieć, że również lekarz jest

[205] Tamże.
[206] E. D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, dz. cyt., s. 67.
[207] Tamże.

podmiotem moralnego działania. „Dlatego pacjent nie może żądać, by lekarz działał wbrew swoim wartościom. Szacunek dla pacjenta jako podmiotu moralnego działania nie oznacza podporządkowania się jego życzeniom, gdy są one sprzeczne z moralnymi przekonaniami lekarza”[208]. W tym układzie większa odpowiedzialność ciąży na lekarzu, czyli na tym, który ma większą wiedzę medyczną, dysponuje większą siłą autorytetu oraz kieruje się przyrzeczeniem, obietnicą pomocy. „Poważnym problemem dla świadomego odpowiedzialności lekarza jest kwestia postępowania w razie konfliktów między obowiązkami wobec jednostki a wobec społeczności [podkr. T.B.], konfliktów między tym, co jest dobre dla pacjenta, a co jest dobre dla społeczeństwa. […] Czy lekarz może być narzędziem polityki społecznej i ekonomicznej i decydować, kto powinien być leczony a kto nie? Czy powinien myśleć kryteriami jakości życia?”[209]. W wypracowaniu wspólnej zgody potrzebny jest odpowiedni czas. Nie tylko decyzje *stricte* medyczne są ważne; pierwszorzędne znaczenie powinny mieć przede wszystkim rozstrzygnięcia moralne. Ponieważ w relacji medycznej mamy do czynienia z dwoma podmiotami działania, stąd szacunek dla godności i wartości obu jest zasadniczy. Żadna ze stron nie może więc zniweczyć wartości drugiej strony. W razie niezgody zarówno pacjent, jak i lekarz mogą odstąpić od współpracy. Takie kwestie, jak: aborcja, sztuczne zapłodnienie, odłączenie urządzeń podtrzymujących życie, użycie socjoekonomicznych kryteriów rozdziału środków medycznych, mogą wprowadzać zasadnicze różnice stanowisk między lekarzem,

[208] Tamże, s. 68.
[209] Tamże.

pacjentem i społeczeństwem. „W moralnie pluralistycznym społeczeństwie jest oczywiste, że uniwersalna zgoda między lekarzem a pacjentem w sprawie fundamentalnych kwestii moralnych jest już niemożliwa”[210]. Lekarz i pacjent winni rozpoznać, w jakiej sferze wartości się zgadzają, a w jakiej się różnią. Ze względu na stan podatności na zranienie pacjenta, jego świat wartości winien być szczególnie chroniony. Trzeba wziąć też pod uwagę silne naciski społeczne na zmianę posiadanego świata wartości.

Ważne jest rozpoznanie podstaw etyki medycznej, czyli celu medycyny, np. tego, że celem jest zdrowie bądź słuszne i dobre leczenie pacjenta. Ważne są pewne postawy czy cnoty lekarza, np. współczucie (*compassion*), co z łaciny oznacza „czuć z kimś”, „cierpieć z kimś”. Mimo że nie da się w pełni doświadczać choroby i cierpienia drugiego człowieka, to jednak współodczuwanie pomaga lekarzowi zbliżyć się do tego, czego doświadcza pacjent, i podejmować działania w odpowiednim kierunku.

Ze specyficznej natury relacji lekarz–pacjent wynikają dla obu stron określone obowiązki. Autentyczność aktu profesji wymaga od lekarza odpowiedniej wiedzy naukowej i technicznej. Bez niej pacjent jest okłamywany, gdyż oczekuje i wierzy, że lekarz wychodzi naprzeciw niego z odpowiednią wiedzą i kompetencjami. Niekompetentny lekarz tylko przez przypadek może podjąć słuszną i dobrą decyzję. W większości sytuacji nie będzie zdolny do podjęcia właściwych działań. Może on zrzucać odpowiedzialność za wynikające z ignorancji powody swoich błędnych decyzji, na

[210] Tamże.

zamieszanie i niepewność samej nauki. Jest to zabieg dość łatwy, ale podważający właściwie rozumiany akt profesji[211].

Powinność bycia kompetentnym lekarzem nie kończy się wraz z zakończeniem studiów, ale jest wysiłkiem całego życia. Wymaga więc nie tylko solidnych studiów, ale także dalszej specjalizacji, nieustannego treningu, kontaktu z nowymi możliwościami medycznymi, otwartości w przyjmowaniu uwag krytycznych ze strony kolegów i zespołu, w którym się pracuje, pokory w przyznaniu się kolegom i pacjentowi do popełnionych błędów. „Kompetencja zatem jest moralnym imperatywem i jasne postawienie tej sprawy razem z wszystkimi implikacjami, powinno być istotnym elementem każdego profesjonalnego kodeksu"[212]. Kompetencje nie mogą dotyczyć tylko naukowo-technicznych wymagań. Mieści się w nich również to, co określamy jako sztukę medyczną (*art and skill*), czyli umiejętności, dzięki którym zmniejsza się ryzyko i zwiększa się komfort leczenia. Posiadanie kompetencji to nieodzowny, ale niewystarczający warunek dla moralnych, medycznych decyzji, dla autentyczności aktu profesji. „Kompetencje jako takie muszą być kształtowane przez cel aktu medycyny (*end of the medical act*) – przez słuszne i dobre działanie lecznicze konkretnego pacjenta[213]. Kompetencja musi być włączona w najlepszy interes pacjenta i, gdy tylko jest to możliwe, ów interes musi zawierać wartości i sensy rozumienia tego, co znaczy być zdrowym przez pacjenta"[214].

---

[211] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, dz. cyt., s. 213.
[212] Tamże, s. 213.
[213] Tamże.
[214] Tamże, s. 214.

Ze względu na podatność na zranienie, lekarz ma obowiązek ułatwić pacjentowi pełne uczestnictwo w podejmowaniu moralnych decyzji. W tym celu lekarz winien „naprawić w granicach możliwości zranione człowieczeństwo i stan nierówności chorej osoby (*wounded humanity and state of inequality*). Może to uczynić częściowo poprzez leczenie bądź też powstrzymanie choroby lub bólu czy niepokoju. Musi być to uzupełnione przez odsłonięcie koniecznych informacji dla dokonania ważnego wyboru i autentycznej zgody, unikając manipulacji wyborem i zgodą pacjenta, w celu dostosowania się do indywidualnej czy społecznej filozofii dobrego życia"[215].

Pierwszym krokiem jest udzielenie pacjentowi informacji o chorobie. Informacja taka ma być wyraźna i zrozumiała „Pacjent powinien znać naturę swojej choroby, stosowne prognozy, alternatywne sposoby leczenia, prawdopodobną skuteczność, koszty, dyskomfort, efekty poboczne i jakość życia, która z tego wyniknie"[216]. Lekarz świadomy specyficzności aktu profesji nie będzie dyspensował się od obowiązku podania rzetelnej informacji, tłumacząc się ignorancją pacjenta czy też tym, że taka wiedza może być dla niego bolesna i szkodliwa. Na podstawie badań można twierdzić, że poinformowany pacjent okazuje mniejszy niepokój i sprawia mniejsze kłopoty niż niepoinformowany.

Redukcja nierówności informacyjnej między lekarzem a pacjentem sprzyja osiągnięciu zgody, będącej warunkiem moralnego działania pacjenta. „Moralnie ważna zgoda (*consent*) zbliża się do realizacji obu znaczeń tego słowa *con-sent*, czuć i znać coś razem (*together*). Obaj, pacjent i lekarz

[215] Tamże.
[216] Tamże.

muszą przeto czuć, że znają, rozumieją wchodzące w grę fakty, i obaj muszą czuć, że są partnerami w procesie podejmowania decyzji"[217]. Nawet w sytuacji, gdy lekarz, z powodu niemożliwości uczestnictwa pacjenta w podejmowaniu decyzji, musi sięgnąć po zgodę zastępczą rodziny lub sądu, powinien być zachowany system wartości pacjenta. Lekarz zobowiązany jest wtedy sprawdzić, czy w zgodnie zastępczej nie są ignorowane, umniejszane bądź zmieniane życzenia pacjenta.

W wypracowywaniu wzajemnej zgody lekarza i pacjenta to ten pierwszy musi poszukiwać odpowiedniej formy przekazu, odpowiednich słów, które odsłaniają różne niuanse, ale również wskazują na dobro, które lekarz dostrzega. „Nierealistycznym wymaganiem byłoby oczekiwanie od lekarza, nawet tego najbardziej etycznie wrażliwego, aby porzucił pragnienia, by pacjent mógł dokonać pewnych wyborów. W niektórych przypadkach pewien stopień perswazji może być nawet etycznie obligatoryjny"[218]. Trudno podać jakieś reguły subtelnej złożoności nawet zwykłych relacji między dwoma osobami. Tym bardziej więc trudno to zrobić w odniesieniu do sytuacji tak szczególnej, jaką jest relacja uzdrawiania.

Może być i tak, że pacjent lub rodzina mimo rzetelnej informacji nie chcą podejmować decyzji i zdają się na lekarza. Może to wynikać z różnych powodów – także z emocjonalnej i edukacyjnej niezdolności do podjęcia trudnej decyzji. W takim przypadku lekarz nie może wycofać się z działania. Dotyczy to również nagłej sytuacji zagrożenia życia, w której nie

[217] Tamże, s. 215.
[218] Tamże.

ma możliwości uzyskania zgody od nieprzytomnego pacjenta[219]. Gdy istnieje nagła konieczność ratowania życia, na pogotowiu, w sali operacyjnej, w salach koronarografii i intensywnej terapii, dobro pacjenta modyfikuje sprawę zgody pacjenta. Istotna jest przy tym retrospektywna analiza, z jakich powodów, według jakich wartości owe decyzje zostały podjęte – po to, by nawet w nagłych sytuacjach uniknąć nadużywania swojego autorytetu moralnego.

Aby uniknąć niebezpieczeństwa zlekceważenia woli pacjenta, Pellegrino proponuje, by złotą regułę w postępowaniu lekarza rozumieć w następujący sposób: „Powinniśmy postępować tak, aby przyznać pacjentowi te same możliwości wyrażenia i aktualizacji jego własnego punktu widzenia tego, co dla niego wartościowe, tak jak tego chcielibyśmy dla nas samych"[220]. Nadaje on tej zasadzie inną interpretację niż skrajnie liberalna, podana przez Johna Locke'a.

Obok etyki lekarza, wywodzącej się z faktu choroby, aktu profesji i aktu medycyny, możemy też mówić o etyce pacjenta. Jeśli pacjent rozumie, że obowiązki lekarza wynikają z aktu profesji, ze specyficznej obietnicy, danej pod pewnymi warunkami, wtedy i on dostrzega swoje powinności moralne: „Musi być prawdomówny w podawanych lekarzowi informacjach; musi unikać manipulacji lekarzem dla osiągnięcia zgody; musi spełniać wiernie polecenia, na które wspólnie się zgodzili; musi poszerzać swoją wiedzę, aby wystarczająco rozumieć ujawnione mu fakty i dźwigać trudy, o których wie, że je zrozumiał; nie może też konsultować się z innym lekarzem bez poinformowania lekarza prowadzącego, chyba że podejrzewa

[219] Tamże, s. 216.
[220] Tamże.

nieuczciwość czy niekompetencję"[221]. Pacjent „jest częściowo zobligowany, by, jako członek rodu ludzkiego, uczestniczyć w racjonalnych eksperymentach, których celem jest leczenie jego choroby (eksperyment terapeutyczny) lub odkrycie możliwych sposobów leczenia tej choroby u innych (eksperyment nieterapeutyczny)"[222]. Mowa jest o częściowym obowiązku dlatego, gdyż ze względu na różne stopnie podatności pacjenta na zranienie (*vulnerability of the patient*), nie można nałożyć na niego obowiązku bezwzględnego[223]. Podobnie jak lekarz zobowiązany jest do szacunku dla świata wartości pacjenta, tak i odwrotnie – „pacjent przyznaje lekarzowi ten sam szacunek dla jego wartości i nie może wymagać, aby lekarz odrzucił je, nawet jeśli byłoby to z korzyścią dla pacjenta"[224]. Tak samo niedopuszczalne jest terroryzowanie drugiej strony. Relacje pacjent–lekarz winny się opierać na wzajemnym szacunku i współczuciu (*mutual respect and compassion*). Nie jest to jednak wzajemność na zasadzie kontraktu, a nawet przymierza (*contract or even a covenant*). Strony tej relacji są bowiem nierówne, ze względu na podatność pacjenta na zranienie (*vulnerability*). „Nie mamy tu do czynienia ze zgodą dwóch stron, które są mniej czy bardziej równe, mniej czy bardziej wolne, które mogą negocjować kwestię dostawy jakichś usług lub towarów. Opieka medyczna nie jest towarem, którą ktoś może w wolny sposób wybierać, tak jak wybiera autobus lub telewizor"[225]. To właśnie specyfika tej relacji pozwala nam ustalić inne obowiązki lekarza i inne pacjenta. Jej filozoficzne

[221] Tamże, s. 217.
[222] Tamże.
[223] Tamże.
[224] Tamże, s. 218.
[225] Tamże.

ugruntowanie pozwala zbudować podstawy etyki medycznej. Dopiero wtedy jesteśmy w stanie sformułować obowiązki kodeksu tej etyki. Można wymienić następujące obowiązki lekarza: (1) naukowe i techniczne kompetencje; (2) stworzenie warunków moralnego działania pacjenta, takich jak a) informacja, b) zgoda, c) zgoda zastępcza; (3) szacunek dla zindywidualizowanej natury owej transakcji.

Z owym zbiorem obowiązków lekarza korespondują obowiązki pacjenta: (1) zaufanie wobec kompetencji lekarza, (2) szacunek dla moralnego działania lekarza, (3) prawdomówność w opisie choroby, (4) rozwaga w żądaniach czegoś więcej, niż może ofiarować medycyna, (5) obowiązek uczestnictwa w eksperymentach medycznych[226].

1.2.2. Różne formy dobra pacjenta i ich związek ze sobą

Zgodnie z wypracowaną teleologiczną filozofią medycyny, w której wyróżniono cele wewnętrzne i zewnętrzne względem praktyki medycznej, czyli dwa rodzaje dóbr, będące odpowiednio podstawami moralności wewnętrznej i zewnętrznej, Edmund Pellegrino zajął się bliższym opracowaniem tych pierwszych, czyli bliższym określeniem różnych form dobra pacjenta. Uczynił to m. in. w swej książce *For the patient's good* z 1988 roku, w rozdziale szóstym zatytułowanym *The good of the patient* oraz w artykule *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions* z 2001 roku[227]. Pierwszy z wymienionych tekstów

[226] Tamże, s. 219–220.

[227] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, dz. cyt., s. 74–91; tenże, *The internal morality of clini-*

został przedrukowany w książce z 2006 roku *The philosophy of medicine reborn* jako rozdział ósmy zatytułowany *Moral choice, the good of the patent, and the patient's good* [228].

W koncepcji dobra u podstaw etyki medycznej Pellegrino sięga do teleologicznej i agatologicznej etyki Arystotelesa. Zauważa on, że koncepcja dobrego życia, dobra człowieka, w tym również dobra pacjenta, znajduje się *explicite* lub *implicite* w każdej teorii moralności. Jest to bowiem podstawowe pojęcie, zakładanie w każdym uszczegółowieniu tego dobra, w każdym szczegółowym sądzie moralnym o dobru czy złu danego czynu. Etyka, która *explicite* zauważa i stawia problem dobra na początku swej teorii, posiada rys agatologiczny; rys deontologiczny jest w niej wtórny, niejako wynikający z poznania dobra, które należy czynić. Etykę Arystotelesa można określić jako etykę agatologiczno-aretologiczną. Podstawowymi pojęciami w tej etyce są bowiem pojęcia dobra ostatecznego oraz sprawności moralnych, cnót, które mają praktycznie umożliwić jego osiągnięcie.

Pellegrino wykorzystuje rys agatologiczny łącznie z rysem teleologicznym etyki Arystotelesa do zbudowania etyki medycznej. Praktyka medyczna jest aktywnością teleologiczną zorientowaną na dobro pacjenta. Dobro to jest podstawą

---

cal medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions, "Journal of Medicine and Philosophy"26 (2001) No. 6, s. 559–579.

[228] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 163–185 (dalej w pracy cytowane jest to wydanie), wcześniej opublikowany jako: *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, [w:] *Ethics and critical care medicine*, red. J. C. Moskop, L. Kopelman, Reidel Publishing Co, Dordrecht 1985, s. 117–138; T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae" 40 (2004), s. 153–165; T. Biesaga, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, [w:] *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2003, s. 9–22.

norm moralnych pielęgnowanych przez profesję medyczną. „«Współcześni» interpretują moralność w terminach praw (*rights*), szczególnie prawa do swobodnego określenia własnego dobra, ograniczonego tylko prawami innych do tego samego. Prawa (*rights*) poprzedzają powinność (*duty*) i stąd moralność pojawia się wtedy, gdy pogoń za własnymi celami i interesami wchodzi w konflikt z takim samym pędem innych. W ujęciu «współczesnym» nie możemy poznać dobra pacjenta, jeśli nie znamy jego pragnień (*desires*). Wybór pacjenta jest bowiem tylko dlatego dobry, że on tego pragnie. Aby realizować dobro pacjenta musimy poznać jego pragnienia. To pojęcie dobra preferowane jest przez stanowisko libertarianistyczne, permisywistyczne i antypaternalistyczne (*libertarian or permissive, antypaternalist*), w którym pozwala się, aby pacjent, dopóki swymi konsekwencjami nie czyni szkody innym, wybierał nawet to, co dla racjonalnego obserwatora wydaje się złe.

[…] W klasycznym i średniowiecznym ujęciu – pisze Pellegrino – dobro jest czymś obiektywnym i wewnętrznym danej rzeczy, która jest dobra. Rzeczy te powinny być realizowane, ponieważ udoskonalają nasze człowieczeństwo i służą człowiekowi jako takiemu. Dobro determinowane jest bez odniesienia do tego, co chce pacjent. On powinien (*ought*) chcieć tych dóbr i ma obowiązek ich poszukiwać. Powinność poprzedza prawa (*duty precedens rights*). W rzeczywistości mamy prawa, ponieważ mamy i powinniśmy bez przeszkód realizować dobro. Pacjenci nie powinni być wolni w wyborze złego kierunku działań. Ich życzenia, dla ich dobra, mogą być uchylone”[229].

[229] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, dz. cyt., s. 181.

Różni myśliciele analizowali Arystotelesowską koncepcję dobra. Nicholas White[230] dowodzi, że w etyce tego filozofa spotykamy trzy pojęcia dobra: „(1) dobrem jest to, co jest pożądane dla niego samego (*desired for itself*) i dla którego wszystkie inne rzeczy są pożądane, (2) dobrem jest to, co jest dobre dla człowieka, (3) dobrem jest to, co jest celem lub pożądaniem (*aim or desire*) indywidualnego bytu"[231]. W skrócie owe trzy znaczenia dobra u Arystotelesa to: (1) dobro wprost (*simpliciter)* jako dobro ostateczne (*ultimate good*), dla którego wszystkie inne rzeczy są wybierane, (2) dobro dla kogoś (*for someone*), tj. dla poszczególnej osoby; (3) dobro dla bytu ludzkiego (*for human being*)[232].

To rozróżnienie – jak twierdzi Pellegrino – współgra z wyróżnionymi przez niego czterema znaczeniami dobra pacjenta. Arystotelesowskie dobro wprost to dobro ostateczne (*ultimate good*), podstawowe dla klinicznych decyzji. Nawet ci, którzy go odrzucają, przyjmują jakieś dobro ostatecznego odniesienia (*good of last resort*). Drugie znaczenie, używane przez Arystotelesa jako dobro poszczególnej osoby, współgra z dobrem przeżywanym przez pacjenta, z tym, co on w danej sytuacji, zgodnie ze swoim światem wartości dostrzega jako swój cel, czy najlepszy interes. Dobro medyczne jest dobrem instrumentalnym, które umożliwia pacjentowi osiągnięcie jego celów w krytycznej sytuacji choroby. Trzecie znaczenie dobra u Arystotelesa – jako tego, co jest właściwe dla bytu ludzkiego,

---

[230] N. P. White, *Goodness and human aims in Aristotle's ethics*, [w:] *Studies in Aristotle*, red. D. O'Meara, Catholic University of America Press, Washington DC 1981, s. 225–246.

[231] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, dz. cyt., s. 181.

[232] Tamże, s. 182.

współgra – zdaniem Pellegrino – z wolnością wyboru dokonywanego przez istotę wyposażoną w rozum. „Najlepszym i najprzyjemniejszym ponad wszystko inne dla człowieka – czytamy u Arystotelesa – jest życie zgodne z rozumem”[233]. Celem jest życie w kontemplacji (*the life of contemplation*), lecz drogą do niego jest dobro wyborów, planowanie własnego życia i obrona własnego podmiotu (*selfhood*). „Nie jest możliwe bowiem efektywne użycie rozumu bez wolności wyboru”[234].

Pellegrino opowiada się za wszystkimi trzema pojęciami dobra u Arystotelesa, nie aprobuje stanowiska, w którym teoretycy sprowadzają je wszystkie do jednego. Za swoim stanowiskiem nie podaje on jakiś metafizycznych argumentów, poza przykładami z sytuacji klinicznych i swoim rozróżnieniem czterech znaczeń dobra pacjenta. Odwołuje się raczej do realizmu klinicznego, praktycznego, a mniej do realizmu metafizycznego.

Pellegrino zauważa, że dobro medyczne, cel medycznych działań, a mianowicie zdrowie ciała, było dla Arystotelesa podrzędnym dobrem (*subsidiary good*). „Było ono koniecznym warunkiem i środkiem osiągnięcia dobrego życia i dobra ostatecznego, samo w sobie nie było dobrem ostatecznym. Stąd w *Retoryce* Arystoteles stwierdził: «Doskonałością ciała jest zdrowie, jest ono warunkiem, który umożliwia nam w tym czasie być wolnymi od choroby by mieć możliwość użycia naszego ciała»[235]. Arystoteles nie zgadzał się, aby zdrowie uchy-

---

[233] Arystoteles, *Etyka nikomachejska,* tłum D. Gromska, *Dzieła wszystkie,* t. 5, PWN, Warszawa 1996, 1178a 6–8.

[234] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, dz. cyt., s. 183.

[235] Arystoteles, *Retoryka* i in., tł. H. Podbielski, *Dzieła wszystkie*, t. 6, PWN, Warszawa 2001, 1361b3.

lało inne zainteresowania człowieka. «Wielu ludzi ma bowiem tego rodzaju zdrowie, jakie podobno miał Herodikos, że nikt nie może go im gratulować, ponieważ muszą powstrzymywać się od wszystkiego lub od większości rzeczy, które zwykli robić ludzie»[236]. Miejsce zdrowia w hierarchii dóbr w ujęciu Arystotelesa nie jest dalekie od tego, jakie zostało w naszych analizach przypisane dobru medycznemu"[237].

Etyka dobra pacjenta uzupełnia w sposób zasadniczy teorie etyczne budowane na pojęciu obowiązku (*duty*) czy na pojęciu praw (*rights*). Jest ona również krytyczna i konkurencyjna dla etyk utylitarystycznych zacieśniających dobro do korzyści czy przyjemności. Tutaj dyskusja o dobru pacjenta jest otwarta i prowadzona z szerszej perspektywy niż ta zakreślona przez naturalistyczną antropologię i etykę.

Dobro pacjenta (*the good of the patient*) jest dobrem specyficznym, które ujawnia się w konkretnej sytuacji egzystencjalnej człowieka, a mianowicie w sytuacji jego choroby, kiedy poszukuje on pomocy innych, aby powrócić do zdrowia lub poradzić sobie z napadem choroby. „Ogólnie mówiąc, pacjent szuka przywrócenia zdrowia, powrotu do tego, co stanowi według niego wartościowe życie – co pozwala mu realizować jego osobiste cele z minimum bólu, dyskomfortu lub niesprawności"[238]. W oczekiwaniu realizacji takiego celu pacjent zwraca się do instytucji medycznych, do lekarza, ze świadomością, że medycyna została do tego powołana, że lekarz złożył przysięgę, by służyć mu przez akt swej profesji (*act of*

---

[236] Tamże, 1361b4.
[237] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, dz. cyt., s. 183.
[238] Tamże, s. 165.

profession), że jest do jego dyspozycji wraz z wiedzą medyczną umożliwiająca mu realizację tego celu. Lekarz staje się dla pacjenta niejako narzędziem realizacji tego dobra, którego on szuka.

Owa ukryta obietnica użycia wiedzy i zdolności, by osiągnąć dobro pacjenta tkwi wewnętrznie w naturze lekarskiej oferty. Nie jest ona wymysłem ani lekarza, ani pacjenta. Lekarz jest zobowiązany działać dla dobra pacjenta, mimo że jest on np. nieprzytomny, niekompetentny, że jest groźnym przestępcą czy wrogiem, ponieważ pacjent zdany jest na pomoc ratującą życie. „Jeśli lekarz przyjmuje dany przypadek, to jak długo jest on związany tą relacją z pacjentem, jest zobowiązany włączyć się w realizację trzech składników dobra pacjenta, którymi są: (1) dobro ostateczne (*ultimate good*), które ma dla niego najwyższe znaczenie i konstytuuje ostateczny standard dla jego życiowych wyborów; (2) dobro biomedyczne lub techno-medyczne (*biomedical or techno-medical good*), które jest rezultatem właściwego zastosowania wiedzy i umiejętności medycznych; (3) dobro przeżywane przez pacjenta (*the patient's perceptron of his own good*) w określonym czasie i okolicznościach klinicznych decyzji wraz z jego preferencjami dotyczącymi dalszych jego planów życiowych; (4) dobro pacjenta jako osoby ludzkiej (*the good of the patent as a human person*) zdolnej do rozumnych działań"[239]. W artykule z 2001 roku podane są, zbliżone do powyższych, cztery składowe elementy dobra pacjenta, ale w innej, bardziej uporządkowanej kolejności. Są to: (1) dobro medyczne (*medical good*) określone wskazaniami medycznymi, (2) dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życio-

[239] Tamże.

wych i oceny własnej sytuacji (*patient's perception of the good*), (3) dobro pacjenta jako człowieka, jako osoby (*good for humans, good of the patient as a person*) i (4) dobro duchowe pacjenta (*spiritual good*)[240]. Zdaniem Pellegrino lekarz jest moralnie zobowiązany realizować wszystkie cztery wymiary dobra pacjenta w takim zakresie, jak tylko to jest możliwe.

W analizie dobra należy odróżnić to określane osobiście przez pacjenta (czy też wspólnie z innymi uczestnikami decyzji klinicznych) od dobra wziętego ontologiczne, dobra obiektywnego. Nie zawsze subiektywne, osobiste decyzje określające, co w tej sytuacji będzie właściwe, zgadzają się z tym, co ontologicznie jest dobre. „Uczestnicy debaty klinicznej mogą się bowiem zgodzić na taką interpretację, która w swej wewnętrznej wartości jest zła – mogą bowiem np. sfałszować informacje o niepełnosprawności lub przyczynie śmierci, aby tą drogą uzyskać rekompensaty z firm ubezpieczeniowych; mogą zataić informacje diagnostyczne o dżumie czy cholerze, o usiłowaniu samobójstwa przez pacjenta, o zdarzeniach pozbawienia życia zdefektowanych noworodków lub dorosłych"[241]. Dobro określone przez uczestników debaty klinicznej może być więc zaprzeczeniem dobra rzeczywistego, ontologicznego.

Filozoficzna debata o dobro jako takie rozpoczęła się wraz z rozwojem filozofii. Ciągle wracamy do pytania: jaka jest natura tego dobra. Czy opiera się ona na jakichś rzeczy-

---

[240] E. D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 569–571.

[241] E. D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, dz. cyt., s. 166.

wistych aspektach natury ludzkiej czy natury świata? Czy pojęcie tego dobra jest przede wszystkim psychologiczne, intuicyjne czy samooczywiste? Czy jest dostępne racjonalnemu uzasadnieniu? Czy ostateczne dobro to kontemplacja prawdy, życie zgodnie z wolą Boga, rozwój potencjalności osoby ludzkiej, dobrobyt, honor, przyjemność, potęga, dobro gatunku, czy może kombinacja tych rzeczy, składająca się na szczęście?[242]

Pellegrino nie podejmuje się odpowiedzi na te pytania. Przyjmuje ostateczne dobro jako pewien standard odniesienia dla wszystkich decyzji włącznie z decyzjami klinicznymi (*reference standard for all decisions including clinical decisions*). Ów probierz pozwala bowiem określić istotę i cel moralnych wyborów. „W decyzjach klinicznych za ostateczny standard (*ultimate standard*) niektórzy wezmą pragnienia pacjenta, inni to, co określą lekarze jako dobre, dla innych takim standardem będzie zgodność z filozoficznymi, teologicznymi bądź społecznie określonymi zasadami takimi, jak wola czy prawo Boże, lub wolność, autodeterminacja, społeczna korzyść, jakość życia lub dobro gatunku. Lista ta jest długa, a konkurujące pojęcia nie pozwalają się ze sobą porównać"[243]. Podobnie jest z teoriami opisującymi owe różne pojęcia dobra. Zdaniem Pellegrino: „Pozostawiając nierozwiązane owe teoretyczne kwestie, wystarczy wiedzieć, że w każdym szczegółowym moralnym wyborze jakieś finalne pojęcie dobra, jakieś «dobro jako ostateczna deska ratunku», leży u podstaw innych składników dobra pacjenta. Kiedy rodzą się konflikty w podejmowaniu decyzji klinicznych o zabarwieniu moralnym,

[242] Tamże, s. 167.
[243] Tamże.

owo finalne dobro jawi się jako dominujące, nie podległe negocjacjom i często będące ukrytym domniemaniem"[244].

Na dobro biomedyczne albo techno-medyczne (*biomedical or techno-medical good*) składają się efekty zastosowania medycznej i technicznej wiedzy w leczeniu, powstrzymaniu choroby, poprawie lub przedłużeniu życia. Dobro to jest pierwszorzędnym, podstawowym obowiązkiem lekarza. Jego osiągnięcie zależy od medycznych i od technicznych kompetencji. Z punktu widzenia pacjenta jest to dobro instrumentalne (*instrumental good*), które powinien otrzymać od takiego specjalisty, jakim jest lekarz. „Jest to także dobro wewnętrzne medycynie (*a good internal to medicine*) – stanowiące o tym, że jest ona specyficznym rodzajem aktywności ludzkiej. Dobro to jest rezultatem zawodowego kunsztu lekarza, jego zdolności w podejmowaniu słusznych technicznie decyzji, w kompetentnym i bezpiecznym ich realizowaniu, przy minimalnym dyskomforcie pacjenta. Dobro to określane jest sformułowaniem «to, co medycznie wskazane»"[245].

Dość powszechnie dobro biomedyczne czy techno-medyczne utożsamianie jest z pełnym dobrem pacjenta. Przyjęcie tego scjentystycznego stanowiska skutkuje zredukowaniem medycyny do technicznych, słusznych interwencji. Staje się wyizolowana z szerokiej perspektywy etycznej. Narzuca pacjentowi imperatyw techniczny, pomijając inne wymiary dobra pacjenta. „Ten błąd czyni z pacjenta ofiarę imperatywu medycznego, który wymusza realizowanie tego wszystkiego, co oferują procedury przewidujące dobre skutki fizjologiczne i terapeutyczne"[246].

---

[244] Tamże.
[245] Tamże.
[246] Tamże, s. 168.

W innym, również błędnym podejściu, uzależnia się podejmowanie leczenia od przewidywanej jakości życia pacjenta, które może być skutkiem tego leczenia. „Z tego punktu widzenia twierdzi się, że leczenie nie jest wskazane i nie powinno się go podejmować, jeśli u noworodka z różnymi wadami może ono prowadzić do życia bez «sensownych więzi międzyludzkich». W takim przypadku mamy do czynienia z niewłaściwym rozszerzeniem sądu medycznego poza jego uprawnione granice"[247]. Medycyna nie jest powołana do rozstrzygania, jakie życie jest warte życia. Nie może wydawać takiego sądu w oparciu o swoją wiedzę. Czyniąc to, przekracza bowiem swoje kompetencje i wkracza na pole filozofii, aksjologii oraz decyzji pacjenta.

Lekarz powinien umieć przewidzieć, jaki sposób życia będzie możliwy po zastosowaniu określonych metod leczenia. Owe prognozy, wynikające z wiedzy medycznej i technicznej, winny być przekazane pacjentowi, który sam ma osądzić na ile takie życie będzie wartościowe. Pacjent musi bowiem z pomocą lekarza decydować, jakie ryzyko, dyskomfort jest w stanie podjąć, by osiągnąć upragnione korzyści. „Z tego punktu widzenia, twierdzę – pisze Pellegrino – że nie należy wąsko interpretować medycyny, lecz tylko dobro medyczne, które naukowo i technicznie może być ustalone, jako możliwe do osiągnięcia w różnych odmianach naturalnej historii t e j choroby u t e j osoby. Mimo, że zaangażowane są w tym pewne sądy wartościujące, to jednak powinny być one w swym zakresie minimalne, winny być ograniczone w kwestiach diagnozy, prognozy i terapii do naukowych kompetencji, do rozumowania klinicznego, do twierdzeń o probabilistycznej ważności.

[247] Tamże.

Muszę powtórzyć tutaj, że chociaż dobro techno-medyczne powinno być definiowane wąsko, to jednak nie jest ono całkowitym dobrem, za które ponosi odpowiedzialność lekarz czy medycyna jako praktyka"[248].

Dobro przeżywane przez pacjenta (*the patient's perceptron of his own good*) określa on sam w kontekście własnej sytuacji życiowej i systemu wartości. Bierze on pod uwagę okoliczności, w jakich się znajduje i wybory, jakie wymusza na nim choroba i leczenie. Rozważa, na ile prawdopodobne, medyczne dobrodziejstwa korespondują lub nie korespondują z jego dobrem ostatecznym, ustalonym osobiście, z pomocą filozofii czy religii. „W przypadku pacjenta kompetentnego tylko on może decydować ostatecznie, czy jakość życia, które mu pozostaje jest «warta zachodu», czy współgra z jego systemem wartości lub z jego planami dalszego życia. Mimo, że rozmiar możliwych satysfakcji pacjenta jest dość wąski, to jednak może on je osiągnąć w sposób trudny do zrozumienia dla człowieka zdrowego"[249].

Troska o pacjenta kompetentnego, a jeszcze bardziej o niekompetentnego, za którego decydują jego najbliżsi, powinna się koncentrować na jego osobie, gdyż jego życie jest cenne mimo doświadczenia choroby, a nie na jakości biologicznej, psychologicznej, społecznej tego życia. Jest to szczególnie ważne, gdy o podjęciu pewnych akcji medycznych decyduje ktoś w zastępstwie pacjenta. Można bowiem wtedy pomylić pespektywę chorego z własnymi planami i trudami, np. wieloletniej opieki i troski o niego.

Określenie dobra czy interesu przez pacjenta jest, rzecz jasna, subiektywne i relatywne. Wywodzi się bowiem z tego,

---

[248] Tamże, s. 168–169.
[249] Tamże, s. 170.

co jest zgodnie z jego subiektywnym poglądem, sformułowanym w danym czasie i okolicznościach. Jego określenie dobra nie wyklucza pomyłek, szkodliwych oczekiwań i decyzji. Sam wybór subiektywnego dobra przez pacjenta nie czyni go dobrem wewnętrznym praktyki medycznej. Lekarz nie musi się zawsze zgadzać z tym, w jaki sposób pacjent widzi swe dobro. Ponieważ jednak sąd pacjenta jest realizacją jego fundamentalnego dobra, jakim jest wolność, winien docenić wartość wyrażanych sądów i brać je pod uwagę w pierwszej kolejności.

Dobro pacjenta jako osoby (*the good of the patient as a person*) jest radykalnie różne od wymienionych trzech sensów dobra. Każde z nich mogło być określane indywidualnie przez konkretną osobę w konkretnym czasie i okolicznościach. Ten rodzaj jest natomiast wynikiem zdolności rozumu jako takiego, rozumu filozoficznego do sięgnięcia po szersze i głębsze podstawy niż subiektywne, relatywne okoliczności. Cechą wyróżniającą ludzką egzystencję jest zdolność stanowienia planu życiowego, w którym z różnorodnych dóbr wybiera się te specyficzne dla osoby jako takiej. „Mimo, że człowiek nie zawsze myśli mądrze, roztropnie czy prawidłowo, to jednak wolność myślenia i formułowana planów jest takim dobrem, bez którego dla umysłowo kompetentnej osoby nie jest możliwe prowadzenie dobrego życia”[250]. Niemniej te osoby, które nie mogą takich planów formułować – osoby niekompetentne, czy to noworodki, czy pacjenci w śpiączce, będący w różnych psychozach czy stanach patologicznych, nie przestają być osobami. „Nawet wtedy gdy ich zdolności racjonalnych wyborów nie mogą być wyrażone z powodu dysfunkcji mózgu, są oni istotami z natury swej racjonalnymi.

[250] Tamże, s. 172.

Musimy to uszanować w możliwym dla nas zakresie. Jesteśmy zobligowani do szacunku dla ich dóbr, w zakresie możliwości stworzonych przez decyzje zastępcy czy pełnomocnika"[251]. Trzeba przy tym pamiętać, że wolność wyboru nie jest dowolnością, nie jest formą realizacji władzy czy swych egoistycznych korzyści. Paradoks wolności może się bowiem usprawiedliwić jedynie przez rozróżnienie dobra i zła.

W przypadku kompetentnego pacjenta nie możemy go pozbawić możliwości podejmowania własnych decyzji w szukaniu dobra. Nawet wtedy, gdy lekarz nie może zaakceptować jego punktu widzenia, to nie może zignorować jego wolnych wyborów, np. przez zatajenie informacji o chorobie czy terapii. Jedyna droga do realizacji dobra pacjenta wiedzie przez jego wolność. Stąd dialog z chorym, prowadzony we wzajemnym zaufaniu, wraz z rzetelnymi informacjami medycznymi, mogą prowadzić do bardziej przemyślanych decyzji, które dają lekarzowi mandat do działania. Bez tego przyzwolenia lekarz nie może działać. Mimo że wie, na czym polega dobro medyczne, nie może uzurpować sobie prawa do jego realizacji bez zgody pacjenta. To również pacjent musi dokonać wyboru i wziąć za niego odpowiedzialność. W ten sposób, mimo trudnej sytuacji choroby, realizuje on swoją autonomię, swoją odpowiedzialność.

Mimo podkreślenia niepodważalnego udziału wolności pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczącej określenia własnego dobra, Pellegrino stwierdza ogólnie, że w decyzjach klinicznych wszystkie cztery sensy dobra pacjenta winny być respektowane: „Każdy poziom musi być zrozumiany i respektowany. Kiedy wchodzą one ze sobą w konflikt, lub są różnie

[251] Tamże.

interpretowane przez strony dokonujące medycznych decyzji, trzeba wprowadzić porządek hierarchiczny między nimi. Bez takiego porządku wyłonienie decyzji jest sparaliżowane, lub, co gorsze, skutkuje kapitulacją lub narzucaniem decyzji jednych tym drugim"[252].

Zdaniem Pellegrino mimo że uwzględnienie czterech poziomów dobra pacjenta przez wchodzących w grę decydentów może być różne, nie znaczy to, że ich wybory są w równym stopniu ważne logicznie, epistemologicznie lub metafizycznie. „Nie kapitulujemy tu na rzecz moralnego relatywizmu i emotywizmu. Są moralnie dobre i złe wybory na każdym poziomie, i tej dystynkcji nie można porzucić. Powinna ona być rozpoznana i, stosownie do niej, powinny być uruchomione odpowiednie moralne procedury, aby każdy składnik dobra pacjenta, w obliczu potencjalnego konfliktu oddziaływujących na siebie stron, mógł być adekwatnie promowany"[253].

Przy dookreślaniu dobra pacjenta w pewnej mierze pomocne może okazać się prawo. Wiele szczegółowych rozstrzygnięć okazuje się bardzo trudnych. Dotyczy to m.in. podejmowania lub niepodejmowania resuscytacji. Zdarza się, że nie jest ona wskazana medycznie ze względu na to, że pacjent jest nie do wyleczenia, jest w terminalnym stanie i podjęcie resuscytacji może zakłócić proces umierania. W tym wypadku dobro techniczno-medyczne jest nieosiągalne, nie można bowiem zmienić nieodwracalnego biegu choroby. Mimo że z punktu widzenia dobra techniczno-medycznego wyda się sąd zalecający niepodejmowanie resuscytacji, to jednak rodzina chorego może sobie życzyć, by takie działanie podjęto.

[252] Tamże, s. 173.
[253] Tamże.

Może to wynikać z przekonań religijnych np. ortodoksyjnych Żydów, którzy utrzymują, że zadaniem lekarza jest podtrzymywanie życia za wszelką cenę, czy też przekonań wielu chrześcijan, że to nie lekarz, ale Bóg może decydować o końcu życia ludzkiego.

Również na płaszczyźnie czysto świeckiej resuscytacja, nawet w sytuacji wątpliwych korzyści, może być oczekiwana dla wykluczenia błędnych prognoz. Żaden lekarz nie może z absolutną pewnością wyznaczyć momentu śmierci. Zawsze jest nadzieja, nawet jeśli w tej chwili nie mamy odpowiedniej metody leczenia, to może być za chwilę, w czasie podtrzymywania pacjenta przy życiu, wynaleziona. W razie religijnych, moralnych czy też wprost ludzkich wątpliwości wobec niepodejmowania resuscytacji, należałoby ją – zdaniem Pellegrino – podjąć, by zadośćuczynić owym oczekiwaniom.

Z inną sytuacją mamy do czynienia, gdy pacjent i rodzina zgadzają się z prognozą, że resuscytacja byłaby daremna (*futility of CPR*), a mimo to wyjaśniają, że tych kilka godzin, dni czy tygodni życia jest dla chorego i dla nich dość ważne. Chory czy umierający chce bowiem zobaczyć nowo narodzonego syna czy wnuka, zakończenie studiów i dyplom kogoś ze swych dzieci lub swych bliskich, którzy ponadto przez długi czas byli nieobecni w jego życiu i chcą się z nim spotkać. Być może jego pragnienie będzie dotyczyć spełnienia jakichś końcowych ważnych dla niego zobowiązań. Jesteśmy więc na płaszczyźnie dobra przeżywanego przez pacjenta, które wchodzi w konflikt z dobrem medycznym.

Lekarz może uzurpować sobie prawo do niepodejmowania resuscytacji, posługując się swoją oceną niskiej wartości życia pacjenta oraz względami społecznymi. Może on np. nie chcieć podejmować resuscytacji dotkniętego głębokimi

wadami noworodka lub pacjenta w podeszłym wieku, który w wyniku wylewu jako niepełnosprawny będzie ciężarem dla siebie, rodziny i społeczeństwa. „Lekarz może traktować siebie jako emisariusza nie tylko dobra pacjenta, ale dóbr społecznych i ekonomicznych. Może on uniemożliwić realizację prośby o resuscytację, przeprowadzić ją nieefektywnie, i w ten sposób uspokoić ekipę, rodzinę, unikając prawnych komplikacji. Może on sobie pozwolić na jeszcze gorsze rozstrzygnięcia, kiedy ulegnie w decyzjach, swojej ocenie moralnej czy społecznej wartości pacjenta, skutkującej niestosowaniem resuscytacji wobec tych «niepasujących» do społeczności – socjopatów, chronicznych alkoholików, włóczęgów, kryminalistów lub narkomanów. W tych wszystkich przypadkach uzurpuje on sobie prawo określania dobra pacjenta według swojego widzenia tego dobra”[254].

Dobro pacjenta związane jest również z dobrem społecznym (*social good*). Decyzje medyczne podejmowane w odniesieniu do pacjentów wpływają na inne dobra społeczne, na demografię populacji ludzkiej, na konsumpcję dóbr. Decyzje kliniczne angażują drogie technologie medyczne, wysokie koszty społeczne i ekonomiczne specjalistycznego leczenia, przedłużania życia zawansowanych wiekiem i niepełnosprawnych pacjentów. „Najbardziej głośni krytycy medycyny dość często strofują ją za przeakcentowanie dobra indywidualnego pacjenta i zaniedbanie dobra społeczeństwa. Skutkuje to coraz silniejszym przywoływaniem w decyzjach klinicznych zasady sprawiedliwości dystrybutywnej i społecznej”[255]. Stawia się np. pytania, czy bezzasadna resuscytacja, angażowane

[254] Tamże, s. 175.
[255] Tamże, s. 176.

w niej środki medyczne dla podtrzymania życia pacjenta, aby mógł on się z kimś zobaczyć, nie przeczy dobru społecznemu. W związku z tym próbuje się narzucić lekarzom rolę kustosza dobra społecznego i ekonomicznego. Ponieważ dobro pacjenta okazuje się coraz bardziej skomplikowane, wchodzi w konflikt z innymi dobrami, trzeba poszukiwać odpowiedniej hierarchii, umożliwiającej podejmowanie decyzji według określonych zasad.

Zdaniem Pellegrino należy najpierw odkryć hierarchicznie relacje między czterema formami dobra pacjenta i znaleźć racjonalne zasady ich organizacji. Tradycyjnie to, do czego zmierzają wszystkie nasze działania nazywamy *summum bonum*. Ci, którzy odrzucają ideę dobra najwyższego, zastępują je innym pojęciem, które można wyrazić określeniem „dobro jako ostatnia deska ratunku" (*good of last resort*). Do takiego dobra odwołujemy się, kiedy jesteśmy zmuszeni dokonać trudnej decyzji w sytuacji konfliktu dóbr i konieczności przedłożenia jednych nad inne. „Dla ludzi religijnych najwyższym dobrem jest zgodność z wolą i prawem Stwórcy. Dla niereligijnych może nim być poszukiwanie większej przyjemności, mniejszej szkodliwości, większej użyteczności, oświeconej korzyści, dobra najmniej uprzywilejowanych w społeczności, absolutnej autonomii dokonywania wyboru przez pacjenta, lub przetrwania gatunku. Pomijając dyskusję, czym jest owo ostatecznie dobro, wystarczy przyjąć, że istnieje *de facto* takie dobro w przypadku tych wszystkich, którzy usiłują dokonać racjonalnych wyborów. Nawet pluralistyczni intuicjoniści muszą oprzeć swoje intuicje na finalnym dobru"[256].

[256] Tamże, s. 177.

Owo dobro ostateczne (*ultimate good*) albo dobro „ostatniej deski ratunku" (*good of last resort*) zyskuje priorytet względem innych form dobra pacjenta. Jest ono punktem wyjścia do moralnego rozumowania. W przypadku kompetentnego pacjenta musi być ono uwzględnione jako podstawowe względem dobra medycznego, dobra określanego przez lekarza, społeczeństwo, rodzinę, a nawet przez prawną koncepcję takiego dobra. Tylko pacjent może dostosowywać ostateczne dobro do swoich osobowych interesów; inni tego robić nie mogą.

Ponieważ nie było i nie ma ogólnej zgody wszystkich w kwestii rozumienia ostatecznego dobra, stąd i społeczność nie może go narzucać, gdyż musiałaby użyć siły i przemocy. W demokracji każda osoba ma prawo posługiwać się przyjętym przez siebie systemem wiary i wartości. Dzięki wyborowi określonego systemu wiary i wartości oraz zawierzeniu ostatecznym źródłom życia moralnego osoba ludzka takie życie moralne może odpowiedzialnie podjąć. Różnorodne konflikty dotyczące stosowania sposobów podtrzymywania życia, sztucznej inseminacji, aborcji itp. związane są z ostatecznym dobrem i dlatego nie można ich rozwiązać. W sytuacji zderzenia się różnie pojętego ostatecznego dobra przez lekarza i pacjenta, konflikt staje się nierozwiązywalny. Żadna bowiem z osób nie może iść na kompromis, gdyż równałoby się to z odrzuceniem owej ostatecznej perspektywy i zniszczeniem własnej integralności moralnej.

„Drugim dobrem w kolejności priorytetów jest dobro pacjenta jako osoby ludzkiej, jego wolność podejmowania własnych decyzji. W przypadku postawienia dobra medycznego lub jakości życia ponad wolnością wyboru, ograbia się pacjenta z jego człowieczeństwa"[257]. Lekarz jest

[257] Tamże, s. 178.

zobowiązany wzmacniać kompetentność pacjenta przez leczenie patologicznych dysfunkcji mózgu, udzielanie rzetelnych informacji, aby ułatwić podejmowanie wyborów. W razie utraty świadomości, przeszkód psychicznych czy innych okoliczności uniemożliwiających pacjentowi dokonanie wyboru, należy uszanować to, co wcześniej on zadecydował i zwracać się w jego sprawie do przedstawicieli zastępczych i pełnomocników prawnych. „Jeśli zastępcy lub pełnomocnicy są kompetentni i wyraźnie działają w interesie pacjenta, ich wybory mają pierwszeństwo przed wyborami lekarza. Jeśli w trudnych sytuacjach lekarz wątpi w zdolności lub w dobre intencje zastępców, może starać się realizować dobro pacjenta. Być może będzie to wymagać zwrócenia się do sądu dla przedstawienia, że decyzja zastępcy nie jest podjęta w interesie pacjenta"[258]. Mimo że decyzje prawne nie zawsze są zgodne z zasadami moralnymi, mogą pomóc w krytycznej ocenie słuszności opinii lekarza czy decyzji zastępcy pacjenta i nadać im bardziej obiektywny charakter.

W przypadku jeszcze niekompetentnego albo w ogóle niekompetentnego pacjenta, jakim są noworodki czy umysłowo upośledzeni, nie dowiemy się nigdy, jakie są ich wybory i decyzje. W tym wypadku nie mamy możliwości ustalenia ani ostatecznego dobra pacjenta (*his ultimate good*), ani dobra przeżywanego przez niego. W tej sytuacji dobro biomedyczne i techno-medyczne może stać się dominujące. W oparciu o to dobro podejmuje się decyzje w imieniu głęboko upośledzonych noworodków. Pellegrino zgadza się w tym względzie z opinią Paula Ramseya: „Jeśli w ulżeniu w bólu, w dyskomforcie, lub w polepszeniu psychologicznym pacjenta możliwe

[258] Tamże.

są pewne pozytywne osiągnięcia kliniczne, wtedy leczenie prawdopodobnie powinno być podjęte"[259]. W większości decyzje podejmuje się na podstawie wiedzy medycznej, tego, co wiemy. Trudno bowiem brać pod uwagę niepewne, przyszłe preferencje upośledzonego pacjenta.

„W przypadku stale niekompetentnego pacjenta (*never-competent patient*), dobro pacjenta – podkreśla Pellegrino – a nie dobro rodziców, opiekunów, społeczeństwa, powinno być w centrum uwagi. Brak zgody w kwestii tego, co w tej sytuacji jest «lepsze», jest szeroko prezentowany w obecnej literaturze. Dla niektórych troska o zdeformowanych, posiadających różne wady oraz niesprawnych noworodków, przysparza dóbr duchowych rodzinie i społeczności. Dla utylitarystów koszty społeczne utrzymania takich istot przy życiu i ich całkowita zależność od innych bezwzględnie są nie do przyjęcia"[260]. Mimo trudności w sformułowaniu hierarchicznego porządku dobra pacjenta w przypadku pacjentów nigdy niekompetentnych (*never-competent*), należy – zdaniem Pellegrino – poszukiwać takiego porządku, gdyż on umożliwia dokonywanie racjonalnych wyborów.

W podejmowaniu trudnych decyzji Pellegrino analizuje również rolę sumienia lekarza: „Wybory dokonywane przez kompetentnego zastępcę pacjenta mają swoje granice, jeśli gwałcą sumienie pracowników medycznych (*violates the conscience*) lub naruszają któreś z wymienionych sensów dobra pacjenta. Lekarz czy pielęgniarka muszą pozostać wierni swemu sumieniu. Ich człowieczeństwo jest tak samo cenne jak człowieczeństwo pacjenta. Niewybaczalne jest wymuszanie

[259] Tamże, s. 179.
[260] Tamże.

decyzji lekarza zarówno przez nakaz sądu, prawa lub innych środków, jak też przez naciski decyzji pacjenta"[261].

Według Pellegrino zharmonizowanie ze sobą wyróżnionych czterech poziomów dobra pacjenta ma większe znaczenie dla jakości osobowych relacji między pacjentem i lekarzem (czy też między wchodzącymi w grę stronami) niż stosowanie reguł i procedur (*more important than rules or procedures*)[262]. „Hierarchiczny porządek dobra pacjenta ma swój wpływ na sposób zastosowania w konkretnych przypadkach powszechnych zasad etyki medycznej"[263]. Niedopuszczalne jest np. paternalistyczne zachowanie lekarza, który, kierując się głównie dobrem bio- i techno-medycznym, ignoruje inne aspekty dobra pacjenta, jego dobro ostateczne, dobro przeżywane przez niego, jego godność, wolność, prawo do informacji medycznych itd. Podobnie niedopuszczalne jest również działanie z pozycji libertarianizmu, w którym osobista autonomia jest jedynym dobrem dla pacjenta.

Z pozycji hierarchicznie uporządkowanego dobra pacjenta łatwo można dostrzec, że teoria społeczeństwa Thomasa Hobbesa przyznaje przywileje silnym, a kontraktualizm społeczny Johna Rawlsa stara się uwzględnić również dobro słabszych, że utylitaryści przedkładają dobro społeczne nad dobro indywidualnej jednostki, że socjobiolodzy optują za zachowaniem puli genowej jako dobra najwyższego, że niektórzy ekonomiści posługują się tezą wolnego rynku jako mechanizmu dystrybucji brakujących dóbr i środków. „Sposób stosowania zasad dobroczynności, nieszkodzenia, sprawiedliwości, mówienia

[261] Tamże.
[262] Tamże, s. 180.
[263] Tamże.

prawdy zależy od naszej interpretacji dobra pacjenta. Hierarchiczny porządek, wybrany w niniejszych analizach dla czterech sensów dobra pacjenta, będzie różny w zależności od teorii etycznej za którą się opowiemy, ponieważ każda teoria jest ugruntowana na jakiejś koncepcji dobra. Porządek ten, w odróżnieniu od medycyny terapeutycznej, może się też różnie układać w poszczególnych dziedzinach medycyny, np. w medycynie prewencyjnej, na terenie zdrowia publicznego"[264].

1.2.3. Dobroczynność w zaufaniu a inne zasady etyki medycznej

Teleologiczna filozofia medycyny, postawienie dobra pacjenta u podstaw etyki medycznej koresponduje z zaproponowaną przez E. Pellegrino zasadą tej etyki. Jej opracowaniu poświęcił on swoją książkę *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care* (1988)[265] oraz artykuły *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligation in the physician patient relationship* (1994, 2008)[266] i *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage* (1994, 2008)[267]. Przeprowadzając szereg dyskusji

[264] Tamże.

[265] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, dz. cyt.

[266] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy" 3 (1987), s. 23–46; E. D. Pellegrino, *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligation in the physician-patient relationship*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy" 10 (1994), s. 47–68, przedruk pod tym samym tytułem w: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 204–230.

[267] E. D. Pellegrino, *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage*, [w:] *Principles of health care ethics*, red. R. Gillon,

z paternalizmem i autonomizmem oraz z kontraktualizmem w etyce medycznej, a także z etyką czterech zasad zaproponowaną przez pryncypizm, E. Pellegrino za zasadniczą w etyce medycznej uznał zasadę dobroczynności w zaufaniu (*beneficence-in-trust*)[268].

Zauważył on, że dobroczynność lekarza i związana z tym jego autonomia nie były kwestionowane przez całe stulecia. Pół wieku temu autonomia pacjenta została uznana jako *prima facie* pierwszorzędna zasada etyki medycznej. „Od tego czasu, stopniowo, autonomia pacjenta stała się dominującym pryncypium określającym relację lekarz–pacjent. W wyniku tego powstały trzy poważne, moralne konflikty: (1) oba pryncypia zamiast ich komplementarności zostały przeciwstawione sobie; (2) moralne roszczenia lekarza do autonomii spotkały się z małym zainteresowaniem; (3) sama zasada autonomii w etyce medycznej znalazła się w poważnych trudnościach"[269].

Przyjrzymy się najpierw ogólnemu pojęciu autonomii. Mimo powszechnego posługiwania się tym terminem trudno znaleźć jej ścisłe określenie. Podaje się różne definicje, subiektywne lub powstałe na gruncie danego nurtu filozoficznego. „Wspólny dla większości definicji jest pogląd, że autonomiczna osoba jest tą, która w swoich myślach, słowach i czynach jest zdolna, bez zewnętrznych ograniczeń

John Willey and Sons Ltd, New York 1994, s. 353–367, przedruk pod tym samym tytułem w: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader* (dalej w pracy cytowane jest to wydanie), dz. cyt., s. 187–203.

[268] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, dz. cyt., s. 51nn.

[269] E. D. Pellegrino, *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligation in the physician-patient relationship*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 204.

i przymusu innych, stosować się do tych norm, które wybrała jako jej własne”[270].

Historia autonomii posiada swoje źródła moralne i polityczne. Oświecenie propagowało tę zasadę w życiu politycznym jako indywidualne prawo do wolności wobec tyranii rządzących. „Moralnie autonomia obejmowała prawo osób do wolności sumienia, do szacunku jako podmiotów zdolnych do formułowania własnych sądów, w zgodzie z uniwersalnymi zasadami moralnymi, lub w zgodzie z podejmowanymi w sposób wolny decyzjami”[271].

Wolność – zdaniem Pellegrino – ma swe podstawy ontyczne w godności i naturze osoby ludzkiej: „Człowiekowi, ze względu na to, że posiada on wewnętrzną godność (*inherent dignity*), należny jest szacunek dla jego autonomii. Nie dlatego posiada godność, że jest autonomiczny. Jest człowiekiem i zachowuje wewnętrzną godność również wtedy, gdy brakuje mu, lub utracił zdolności do podejmowania autonomicznych czynów. Szacunek dla osoby (*respect for persons*) zawiera coś więcej niż szacunek dla autonomii”[272].

Często autonomia rozwija się jako zasada negatywna. Służy ona przeciwstawieniu się tyranii rządzących, naciskom politycznym, ekonomicznym, społecznym. W tym sensie autonomia pacjenta stoi w opozycji wobec przemocy scjentystycznego i instytucjonalnego paternalizmu medycznego. Poprzestanie jedynie na negatywnym znaczeniu autonomii może jednak przerodzić się również w działanie destrukcyjne. „Jeśli przybierze ona formę ściśle negatywnego zamiaru odsunięcia

[270] Tamże, s. 205.
[271] Tamże.
[272] Tamże, s. 206.

wszelkich ingerencji, staje się wygodna dla lekarza, ale samoniszcząca dla pacjenta”[273].

Jak więc wygląda relacja autonomii pacjenta do dobroczynności lekarza (*patient autonomy and physician beneficence*)? Słusznie 50 lat temu wydobyto z zapomnienia autonomię pacjenta, by podkreślić jego rolę wobec różnorodnych form współczesnej biotechnologii. „Prawo pacjenta do odrzucenia niechcianych form leczenia – pisze Pellegrino – zbyt długo było zaniedbywane. W połowie lat sześćdziesiątych, kiedy to rozwinęła się demokracja uczestnicząca, powszechna edukacja i ruch rozwoju praw obywatelskich, nie można było dłużej odrzucać tego prawa. Wszelkie autorytety stały się podejrzane. Nadużycia władzy profesjonalistów i biurokratów były szeroko publikowane, i nie można było ich dalej tolerować. Ponadto, nieoczekiwana siła medycyny sprawiła, że wybór leczenia stał się ważniejszą sprawą niż dotychczas. Zasada autonomii pacjenta dostrzeżona została jako ochrona przed zawłaszczaniem jego prawa uczestniczenia w decyzjach dotyczących jego życia”[274].

W ferworze krytyki paternalizmu poddano również osądowi wszelkie formy dobroczynności lekarza względem pacjenta. „Nie zostały od siebie odróżnione właściwe i niewłaściwe moralnie formy dobroczynności i autonomii. Dylematy decyzji medycznych zostały wkrótce zredukowane do przeciwstawienia sobie autonomii i dobroczynności”[275].

Akcentowanie negatywnego znaczenia autonomii, jako walki o niezależność od wszystkiego, prowadziło do niereali-

[273] Tamże.
[274] Tamże, s. 207.
[275] Tamże.

stycznej utopii, w której pacjentowi chodziło jedynie o wyrażenie niezależności, a nie o jego zdrowie. „Totalna niezależność – pisze Pellegrino – jest utopijna w każdym sposobie życia. Każdy człowiek, a szczególnie ten, który jest pacjentem, żyje we wspólnocie, w osobowych powiązaniach. Pacjent, jeśli jego wybory mają być właściwe, koniecznie potrzebuje wsparcia innych. Lekarz jest niezbędny w przekazaniu informacji i ich przedyskutowaniu z pacjentem, aby go uzdolnić i umożliwić mądre użycie przez niego jego autonomii. Pacjent, w kontekście wspólnoty wiary, winien porównać swoje wartości z wartościami innych, które akceptuje w całości czy w części. Nie może on zidentyfikować aktualnych wyborów bez odniesienia ich do jakieś struktury wartości, które go w przeszłości formowały, które potwierdza lub odrzuca w momencie aktualnego wyboru. Takie wymaganie stawia poznanie siebie, a my poznajemy siebie szerzej w relacji do drugich"[276]. W ujęciu Ronalda Dworkina autonomia zakłada zdolność refleksji nad strukturą naszych motywacji i nad możliwościami zmian w tej strukturze. „Aby autonomia pacjenta była czymś realnym, wymaga współpracy czy asystencji ze strony lekarza. W skrócie, wymaga ona dobroczynnej troski lekarza, aby uczynić autonomię pacjenta czymś autentycznym, zarówno czymś niezależnym jak i realnym"[277].

Zapytajmy, czym w tym kontekście jest autonomia lekarza? Pellegrino rozważa to zagadnienie w trzech płaszczyznach: „(1) autonomia lekarza jako osoby (*as a person*), która nadaje status moralny osobowym, moralnym wartościom lekarza i jego sumieniu; (2) autonomia lekarza jako lekarza (*as*

[276] Tamże, s. 208.
[277] Tamże.

a physician), która nadaje moralny status wiedzy lekarza oraz obowiązkom mądrego jej użycia; (3) autonomia lekarza jako członka określonej profesji (*as a member of a profession*), moralnej wspólnoty ze wspólnymi zobowiązaniami względem pacjentów i społeczności"[278].

Autonomia lekarza jako osoby wyrasta z tych samych podstaw, co autonomia każdej osoby. Nie można żądać od lekarza jej ignorowania czy rezygnacji z niej w swej pracy zawodowej. „Pacjent nawet wtedy, gdy w dobrej wierze chce osiągnąć moralnie dobre cele, nie może żądać na podstawie tej autonomii, aby lekarz poświęcił swoją osobową i moralną integralność. […] Lekarz, za nieuzasadnione moralnie decyzje lub za współpracę w decyzjach, które gwałcą jego sumienie, nie może zrzucać odpowiedzialności na innych. To on określa sytuację kliniczną i prezentuje odpowiednie wskazania medyczne. *De facto* staje się przez to współuczestnikiem tego, co może stać się z pacjentem. Ów niepodlegający dyspensie fakt relacji lekarz–pacjent, nakłada na lekarza nieuchronną powinność unikania czynów, które uważa za szkodliwe dla pacjenta, nawet wtedy, gdy takie działania są «wymagane» przez zalecenia państwowe, polityczne, czy prawne.

[…] Autonomia lekarza ma również swoje podstawy w posiadanej przez niego wiedzy eksperta w potrzebach chorych ludzi i społeczności. Moc, jaką *de facto* otrzymuje on przez posiadanie takiej wiedzy, wymaga aby w sposób wolny, według jego najlepszych ocen, mógł jej użyć"[279]. Musi on mieć możliwość, by zastosować tę wiedzę w sposób najbardziej racjonalny, skuteczny i bezpieczny dla pacjenta. Musi mieć

[278] Tamże, s. 209.
[279] Tamże.

możliwości spełnienia powołania (*covenant*) podjętego wobec społeczności i pacjenta. „W owo przymierze, zobowiązanie, wkracza lekarz już w pierwszych dniach pobytu w szkole medycznej, kiedy akceptuje przywileje i powinności związane ze zdobywaniem wiedzy i sztuki medycznej”[280].

Oczywiście autonomia lekarza w trzecim z wymienionych znaczeniu nie może być absolutna. „Jeśli lekarz jest niekompetentny, jeśli postępuje według własnego interesu lub działa paternalistycznie, wtedy nadużywa on swej ekspertyzy i łamie swoje przymierze zarówno ze społecznością, jak i z pacjentem. Owo przymierze bowiem oparte jest na prawdzie lekarskiej przysięgi, która zobowiązuje, by pierwszoplanowo użył swej wiedzy w służbie chorym”[281].

Lekarz nie jest też ekspertem w kwestii ludzkich, humanistycznych wartości. Specjalistami w tym względzie nie są też politycy, ekonomiści. Znawcy różnych dziedzin kultury technicznej nie są ekspertami w kwestii ogólnoludzkich wartości, wartości moralnych. Nie można mieszać wyspecjalizowania w wąskiej, empirycznej i technicznej dziedzinie z kwestiami dotyczącymi celu, sensu i wartości życia.

Autonomię w medycynie najlepiej określić w kontekście sytuacji klinicznej (*in the clinical context*) – demaskuje ona bowiem jej zbyt ogólne określenia. Z łatwością ujawnia abstrakcjonizm i absolutyzm w definiowaniu autonomii. Każda osoba przeżywa swą chorobę inaczej. Niektórzy pacjenci poszukują wielu opinii przed podjęciem decyzji, niektórzy nie chcą słuchać niczyich sądów i żmudnych, skomplikowanych uzasadnień. „Większość chce wyrazić w swój

[280] Tamże, s. 210.
[281] Tamże.

sposób bycie autonomicznym poprzez pytania nie tylko o fakty, ale o opinie lekarza, rodziny i przyjaciół"[282].

Idea autonomii różnicuje się wyraźnie w zależności od uprzednich wartości kulturowych, osobistych i społecznych, w jakich pacjent się znajdował. Choroba jest bowiem sprawdzianem dla posiadanych i przeżywanych wartości. „Dla każdego z nas odpowiedź wobec choroby jest specyficzna, i sposób wrażenia naszej autonomii też jest niepowtarzalny"[283].

W zależności od rodzaju schorzeń, autonomia podlega dalszej modyfikacji. „Chora osoba jest zależna od wiedzy lekarza; w przeciwnym razie nie szukałaby u niego medycznej pomocy. W dodatku, w różnym stopniu, doświadcza ona bólu, niepokoju, lęku i jest podatna na zranienie. Funkcje mózgu mogą czasowo lub permanentne szwankować w wyniku gorączki, szoku, medykamentów, wieku, lub demencji"[284]. W tych sytuacjach autonomia lekarza niejako poprzedza autonomię pacjenta. Wymagane jest natychmiastowe podjęcie leczenia dla przywrócenia funkcji umożliwiających, choćby w ograniczonym stopniu, podejmowanie autonomicznych działań.

Jeśli chodzi o wiedzę medyczną konieczną dla podejmowania przez pacjenta autonomicznych decyzji, to nawet mimo najlepszych chęci i zdolności oratorskich lekarz nie jest w stanie przekazać wszystkiego. Wiedza otrzymana przez pacjenta z zasady jest wybiórcza, gdyż jest to wiedza uzależniona od sądów lekarza dotyczących diagnozy, prognozy, efektów

[282] Tamże, s. 211.
[283] Tamże.
[284] Tamże.

ubocznych, skuteczności. Dobrze, aby lekarz kierował się przy tym nie czym innym, ale najlepszym interesem pacjenta, czyli jego zdrowiem. Pozostałe cele, np. uspokojenie pacjenta, obniżenie kosztów terapii itp. mogą bowiem wpływać na inny wybór i sposób podania informacji, które przyporządkowane są świadomie czy nieświadomie celom pozamedycznym.

Podczas wypracowywania poinformowanej zgody (*informed consent*) lekarz powinien ujawnić pacjentowi rzetelną wiedzę, jak również swoją opinię o tym, co jego zdaniem jest najlepsze w danej sytuacji. Nie musi uciekać od dyskusji czy perswazji, jeśli w sumieniu uznaje, że wymaga tego dobro pacjenta. W tym wszystkim zasadniczą rolę odgrywa nie tyle sama zasada autonomii pacjenta, ale charakter osobowy lekarza, jego wrażliwość i nabycie cnoty dobroczynności (*virtue of benevolence*). Dzięki nim może on być stróżem autonomii i dobrostanu chorego[285].

Powyższe uwagi odnoszą się tym bardziej do decydentów rodzinnych czy prawnych pacjenta. Decyzje zastępców czy pełnomocników jeszcze mogą być naznaczone chęcią realizacji innych celów niż najlepszy interes pacjenta. Nietrudno bowiem dostrzec wpływ czynników ekonomicznych, emocjonalnych, kiedy to ratowanie chronicznie i ciężko chorego będzie się wiązało z przyjęciem wielkiego trudu opieki nad nim przez opiekunów spokrewnionych czy prawnych.

Pomocna w uchronieniu się przed wspomnianymi czynnikami okazuje się instytucja woli żyjącego pacjenta (*living will*). Trudno określić na ile taka wola została podjęta z antycypacją sytuacji choroby. Trudno jest również zinterpretować na ile wola wyrażona w zdrowiu może sugerować decyzje, które trzeba podjąć w ciężkiej chorobie.

---

[285] Tamże, s. 212.

Biorąc pod uwagę różnorodne uwarunkowania przy określeniu, co jest zgodne, a co nie z autonomią pacjenta, Pellegrino stwierdza: „Te niuanse dotyczące wyrażenia autonomii w decyzjach klinicznych odsłaniają fakt, że autonomia nie może konkretnie funkcjonować bez dobroczynności. D o b r o c z y n n o ś ć praktykowana poprawnie jest raczej gwarantem autonomii, a nie jej wrogiem. Rozszerzanie autonomii, uzdolnień i władzy pacjenta, aby mógł dokonać własnych wyborów, i pomoc pacjentowi by rozumiał te wybory według kodów jego własnych, nabytych wartościach, wszystkie te działania są aktami dobroczynności. Akty te rozszerzają pozytywną treść autonomii i są kluczowe dla pełnego pojęcia dobra pacjenta”[286]. Autonomia pacjenta wymaga więc dobroczynnego zaangażowania lekarza. „Krótko mówiąc, jeśli pozytywna treść autonomii ma być realizowana, wymaga ona dobroczynnych działań ze strony służby zdrowia”[287].

Ci, którzy posługują się negatywną treścią autonomii, redukują relację lekarz–pacjent do procedur typowych dla innych niż medyczne stosunków społecznych. Generalnie dążą oni do uczynienia z lekarza wykonawcy życzeń pacjenta czy społeczeństwa, przekreślając tym samym jego profesjonalizm, integralność moralną i zawodową. Chcą go uczynić narzędziem likwidacji nienarodzonych, starych. Chcą siłą wymuszać działania nadmiernego lub niewystarczającego leczenia. Autonomia pacjenta łatwo może być przetransponowana na decyzje zastępcze, które wyraźnie podporządkowane są polityce i ideologii dobrobytu zdrowych. W związku z tym dobro pacjenta i trud jego realizacji powinny być przedmiotem troski nie tylko

[286] Tamże, s. 214.
[287] Tamże.

lekarza, ale również społeczeństwa oraz tych, którzy w zastępstwie za niego decydują. To trud podjęty w walce o dobro pacjenta jest wyznacznikiem moralności danego społeczeństwa, jego struktur organizacyjnych, prawnych i politycznych.

Autonomia lekarza staje dziś przed różnymi wezwaniami (*challenges to physician autonomy*). W obliczu dominującej roli autonomii pacjenta nie można zignorować autonomii lekarza. „Jeśli autonomie te wchodzą w konflikt, nie może życzenie pacjenta automatycznie górować nad życzeniem lekarza"[288]. Mimo nierówności relacji między podatnym na zranienie pacjentem a posiadającym wiedzę medyczną lekarzem, obie autonomie winny być docenione jako wzajemnie uzupełniające się w relacji terapeutycznej. Nie tylko pacjent jest zobowiązany do dokonywania autentycznych decyzji: winien je podejmować także lekarz. „Nie może on narzucać pacjentowi swoich wartości, ale i pacjent nie może narzucać swoich wartości lekarzowi. W relacji lekarz–pacjent mamy do czynienia z równością moralną z wzajemnymi prawami i obowiązkami. […] Obecnie – stwierdza Pellegrino – kiedy to autonomii pacjenta moralnie i prawnie nadaje się status zasadniczego pryncypium (*a trumping principle*), owa równowaga jest zachwiana"[289]. Taki stan prowadzi do podważania wartości prezentowanych przez lekarza, dyskredytowania jego klinicznych decyzji, a nawet podważania jego wolności sumienia. Uderza to w integralność moralną lekarza.

To, jak z negatywnej treści autonomii pacjenta przechodzi się do pozytywnego określania jego praw kosztem praw lekarza, można zaobserwować w historii medycyny USA. Już w 1914 roku wprowadzono w Stanach Zjednoczonych prawo

[288] Tamże, s. 215.
[289] Tamże.

odrzucenia niechcianego leczenia przez pacjenta na podstawie wyznawanych przez niego wartości. W 1976 roku przyznano legalnym pełnomocnikom pacjenta prawo odrzucenia wskazanych przez lekarzy środków podtrzymujących życie. W 1983 roku Komisja Prezydencka rozszerzyła autonomię pacjenta na procedury „nie resuscytować" („Do not resuscitate"). Znaczy to, że pacjent wbrew wskazaniom medycznym może wyznaczyć sobie podejmowanie albo niepodejmowanie resuscytacji. Prowadzi to do sytuacji, w której realizowane jest tylko takie leczenie, jakie zażąda sobie pacjent. Kwestionuje się przez to integralność intelektualną, moralną i zawodową lekarza, a także medycynę rozumianą z pozycji wiedzy lekarza jako działalność racjonalną, opartą na diagnozach, prognozach i terapii. „Przyznanie pacjentowi prawa do każdej procedury, jaką sobie życzy, jest kwestionowaniem świadomej integralności lekarza jako takiego. Deprecjonuje bowiem jego ekspertyzę, redukuje jego przestrzeń swobodnej decyzji i czyni go technicznym narzędziem życzeń innych osób"[290]. Zmuszanie lekarza do realizacji tego, co nie jest zgodne z celem medycyny, jest gwałtem na moralności wewnętrznej medycynie (*violate internal morality of medicine*).

Owo kwestionowanie moralności medycznej ujawnia się np. w debacie dotyczącej tzw. daremności medycznej terapii (*medical futility*). W debacie tej pojawiają się dążenia do instytucjonalizacji kryteriów daremności w polityce szpitalnej, która wiązałaby decyzje lekarzy[291]. Owe ograniczenia przestrzeni decyzji klinicystów stają się szczególnie groźne w przypadku decyzji zastępczych (*surrogate decisions*), podejmowanych w imieniu

[290] Tamże, s. 216.
[291] Tamże, s. 217.

niekompetentnych pacjentów. Trudno powiedzieć, w czyim interesie występują owi pełnomocnicy, gdy mówią, aby nie używać środków nadzwyczajnych, kosztownych, aby nie podejmować działań, które nie zapewnią wysokiej jakości życia. Bez pewnej przestrzeni swobody nie jest możliwe, aby lekarz mógł zindywidualizować opiekę nad pacjentem. Nie będzie mógł również wykorzystać różnorodnych danych medycznych.

Obok samej praktyki medycznej zagrożona jest również integralność moralna i religijna lekarza. Sekularystyczne trendy społeczne mogą prowadzić do całkowitego ignorowania wartości moralnych i religijnych, które wyznają ludzie medycyny. „Współczesna literatura ujawnia już subtelne i bardziej agresywne naciski na sumienie pielęgniarek i lekarzy, którzy przeciwstawiają się lub odrzucają uczestnictwo w aborcji, sterylizacji, stosowaniu aborcyjnych preparatów, lub wykonywaniu zaleceń wycofujących sztuczne odżywianie. Studenci medycyny lub związani z medycyną podlegają wzrastającej presji by się uczyć i uczestniczyć w praktycznie dokonywanych aborcjach. Aplikanci medycznych szkół są coraz częściej pytani w kwestii ich poglądu na aborcję. Nie mamy danych na ile ich odpowiedzi wpływają na decyzję komisji lub przeprowadzających *interview* o ich przyjęciu lub odrzuceniu. Niemniej zadawanie często takich właśnie pytań nie świadczy, że zainteresowanie przeprowadzających wywiad jest dla nich nieistotne”[292]. Dobrze, że prawnie chroni się klauzulę sumienia. Z klauzulą tą jest np. nie do pogodzenia stanowisko Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów, stawiające jako warunek przyjęcia na studia wyrażenie zgody na trening różnych metod aborcji.

[292] Tamże, s. 218.

Pewną próbą dla autonomii lekarza jest również obecna debata o eutanazji. Po legalizacji tego procederu próbuje się zmusić lekarzy do wykonywania tych praktyk. Administracja Clintona chciała włączyć aborcję do „usług reprodukcyjnych", aby była wpisana do „dobroczynnych usług lekarza". Podobnie tendencje widoczne są przy legalizowaniu eutanazji. Zmierza się do tego, aby państwo i otoczenie pacjenta dyktowało lekarzowi przeprowadzenie tej czynności jako dobrodziejstwa dla pacjenta i społeczeństwa. „Jeśli legalne lub społeczne sankcje za pewne procedury będą poszerzane – pyta Pellegrino – czy nie stworzy to podstaw do łamania sumienia lekarza? Niektórzy sądzą, że jest to sfera dobra społecznego i lekarz powinien oddzielić swe życie moralne i religijne od swego życia zawodowego. Stworzy to jednak, w pewnych obszarach medycyny, nieznośną sytuację dla świadomego swej moralności członka Kościoła prawosławnego, żyda, katolika, muzułmanina"[293].

Innym zagrożeniem autonomii i integralności moralnej lekarza jest skomplikowana organizacja opieki zdrowotnej. Różne instytucje zajmujące się administracją środkami ubezpieczeń zdrowotnych coraz silniej chcą narzucić lekarzowi rolę swego agenta. „Polityczna i ekonomiczna presja polityki zdrowotnej stawia lekarza w sytuacji moralnego konfliktu"[294]. W tej polityce lekarz może się stać urzędnikiem racjonalizacji wydatków, decydującym, kogo wpuścić przez bramę (*gatekeeper*).

Można zapytać, czy w sytuacjach konfliktowych rozwiązaniem jest etyka proceduralna (*procedural ethics and conflict*

[293] Tamże, s. 219.
[294] Tamże.

resolution), czyli pewne procedury proponowane dla rozwiązania konfliktów. Jeśli pozwalają one wyjść z impasu bez naruszenia zasad moralnych – zaznacza Pellegrino – wszystko jest w porządku. Przykładowo lekarz dla zachowania swej integralności moralnej może się odpowiednio wycofać z podjęcia opieki nad pacjentem. W przypadku podjętych lub konieczności przeprowadzenia szybkich działań terapeutycznych winien przekazać pacjenta innemu lekarzowi, aby chory nie pozostał bez opieki. Jeśli zaś chodzi o działania nieterapeutyczne, np. aborcję czy eutanazję, nie ma on moralnego obowiązku odesłania danej osoby do kogoś, kto takiego czynu dokona. W fundamentalnych sprawach etycznych lekarz nie może wspierać tego, co uważa za z gruntu niemoralne. Wielokrotnie lekarze pracujący w instytucjach takich jak wojsko, więzienia zmuszani są do wykonywania wyznaczonych przez te instytucje zadań, np. uczestniczenia w egzekucjach. W razie odmowy spełnienia takich czynności grożą im kary pieniężne czy zwolnienie z pracy. „Nawet wtedy, gdy mamy do czynienia z nie dającymi się pogodzić różnicami w moralnym zaangażowaniu (instytucji i lekarza), gdy lekarz nie może się wyswobodzić z powodu nagłego przypadku lub ograniczeń narzuconych przez pacjenta lub społeczność, to jednak musi być wierny swemu sumieniu (*the physician must still be faithful to her conscience*). Może to oznaczać przyjęcie przewidzianych kar za brak współdziałania w realizacji legalnych lub społecznie wyznaczonych celów (np. za odmowę uczestniczenia w państwowo zalecanej egzekucji, lub w stosowaniu środków wymuszających zeznania na więźniach wojennych)”[295].

[295] Tamże, s. 221.

Lekarz powinien działać według swego sumienia również w sytuacji, gdy ktoś z pełnomocników chce decydować „co jest najlepsze" dla nienarodzonego lub narodzonego dziecka. Dość często w przedstawianych lekarzowi ocenach naturalni lub prawni opiekunowie dziecka posługują się zasadą „jakości życia". To nie pacjent, ale oni, ze względu na kryterium przyszłej jakości życia, chcą mu wyznaczyć czy ma się urodzić czy nie. W imię przewidywanej przez nich tzw. niskiej jakości życia czy „życia w cierpieniu" domagają się wycofania zalecanych medycznie terapii. Zdaniem Pellegrino: „Kiedy lekarz jest przekonany, że decyzja rodziców spowoduje ciężkie szkody dla dziecka, ma kilka proceduralnych alternatyw. Jedną z możliwości jest wycofanie się lekarza z prośbą do rodziców, aby udali się do innego. Wycofanie jest dopuszczalne tylko wtedy, jeśli zdaniem lekarza nie wyrządzi dziecku poważnej szkody fizycznej i moralnej. […] W tej ostatniej sytuacji, lekarz powinien sięgnąć po inne środki, aby uniknąć szkód, takie jak apel do komisji etycznej, lub jeśli jest to konieczne, do sądu"[296]. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem absolutnej dominacji rodziców nad nienarodzonym czy narodzonym dzieckiem. Dobro dziecka winno mieć zawsze priorytet.

Nawet w konflikcie tego dobra, które określają rodzice, z dobrem medycznym dziecka, które ustala medycyna i lekarz, obowiązek lekarza jest tym większy, im osoba jest bardziej podatna na zranienia (a tak jest w sytuacji noworodka). Różne procedury, instytucje (komisje etyczne, sądy) mogą być pomocne w rozwiązywaniu tych konfliktów. Mimo ich

[296] Tamże, s. 222.

przydatności nie rozwiązują one dylematów moralnych, z jakimi borykają się lekarz, pacjent, czy jego pełnomocnicy.

Niektórzy twierdzą, że to integralność etyki medycznej (*the integrity of medical ethics*) jest winna temu, że dylematy bioetyczne są ciągle nierozwiązywalne. Ich zdaniem należy tak zmienić ową etykę, aby sprostała nowym wyzwaniom. Proponują, aby etyka medyczna rozwijana była na zasadzie negocjacji między lekarzem i pacjentem, na zasadzie kontraktu społecznego, różnego dla poszczególnych epok, społeczności i pacjentów. Niektórzy sugerują, że etyka medyczna powinna zostać sformułowana w efekcie politycznych negocjacji między daną grupą zawodową i rządem. Traktują ją jako owoc dążeń politycznych lub jako umowę społeczną (*societal convention*)[297]. Sytuację tę Pellegrino opisuje następująco: „Niektórzy z nas sądzą, że takie podejście to katastrofa dla medycyny, dla lekarza i pacjenta. Autonomia – nieodzowny warunek integralności moralnej również lekarza, musi być bowiem jakoś zachowana. Podobnie jest z integralnością samej etyki medycznej. Wiedza medyczna jest zbyt potężnym środkiem, by mogła się stać narzędziem rządu lub presji społecznej, albo prywatnych negocjacji, niezależnie od tego, jakie kryłyby się za tym motywy. Medycyna jest zbyt potężna, aby mogła pozostawać poza regułami moralnymi. Mamy zbyt wiele przykładów wykorzystania potęgi medycyny do realizacji złych celów przez niesprawiedliwie reżimy polityczne, by podporządkować etykę medyczną negocjacjom politycznym. Mamy wiele przykładów, do jakiego stopnia, nie kierujący się normami «przedsiębiorcy» medyczni, lub moralnie bezduszni

[297] Tamże, s. 224.

lekarze, potrafią wykorzystać podatnych na zranienie chorych"[298]. „Etyka medyczna musi mieć pewien stopień niezależności, jeśli chce chronić chorą osobę. Musi podlegać publicznej krytyce, ale nie może być kontrolowana przez społeczne konwencje. Musi być chroniona również przed nadużyciami samych członków profesji medycznej. To wszystko wymaga mocniejszych filozoficznych podstaw niż te, które posiadamy dla etyki medycznej"[299]. Od poszukiwania takich podstaw nie zwalnia nas pluralizm kulturowy, relatywizm moralny naszych czasów. Propozycja Pellegrino w poszukiwaniu takich podstaw odwołuje się do natury medycyny i do natury relacji lekarz–pacjent, do zintegrowanego dobra pacjenta i wyprowadzonej z tego zasady dobroczynności w zaufaniu. Owo „w zaufaniu" jest wkomponowaniem w dobroczynność zarówno autonomii pacjenta, jak i lekarza[300]. W ten sposób wprowadza się równowagę między autonomią najważniejszych osób w tej relacji. W szerszej pespektywie równowaga ta rozszerzona zostanie przez wkomponowanie w dobroczynność zasady sprawiedliwości. W oparciu o te reguły możliwa jest realizacja dobra pacjenta.

Propozycję etyki kierującej się zasadą dobroczynności w zaufaniu analizuje Pellegrino również na tle różnych m o-

---

[298] E. D. Pellegrino, *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligation in the physician-patient relationship*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 224; zob. E. D. Pellegrino, *The relationship of autonomy and integrity in medical ethics*, [w:] *Ethics in medicine*, red. P. Allebeck, B. Jansson, Raven Press, New York 1990, s. 3–22.

[299] Tamże.

[300] E. D. Pellegrino, *Trust and distrust in professional ethics*, [w:] *Ethics, trust, and the professions*, red. E. D. Pellegrino, R. M. Veatch, J. P. Langan, Georgetown University Press, Washington DC 1991, s. 69–92.

deli relacji lekarz–pacjent[301] oraz na tle propozycji etyki czterech zasad zaproponowanej przez tzw. pryncypizm T. Beauchampa i J. Childressa. Absolutyzowanie autonomii pacjenta zniekształca – zdaniem E. Pellegrino – właściwy model relacji lekarz–pacjent. Tak jak w paternalizmie decyzje terapeutyczne należały wyłącznie do lekarza, tak dziś ciężar decyzji przesunął się całkowicie w stronę pacjenta. „Tradycyjny dobrotliwy i szanowany wizerunek lekarza, łączący w sobie jego autorytet moralny i techniczny, został zastąpiony przez wizerunek doktora, który chroni, ułatwia i popiera autodeterminację pacjenta. Obecnie wszelkie formy opieki, począwszy od wyboru preferowanego leczenia po żądania, by nie podejmować resuscytacji, a nawet po wymagania dokonania aktywnej eutanazji, asystencji przy samobójstwie, są przedstawiane jako moralne i cywilne prawa pacjenta, które lekarz w dobrej wierze powinien spełniać"[302].

Słusznie promocja autonomii w społeczeństwie demokratycznym rozwijała się jako obrona przed różnymi zagrożeniami, nadużyciami rządzących, przemocą technokracji, naciskiem różnych kultur i religii pluralistycznego społeczeństwa. „Autonomia i decydowanie o sobie, prawo do prywatności stały się symbolami przeciwstawienia się nadużyciom autorytetów profesjonalistów, instytucji i rządów. Przez szacunek do autonomii poszukiwano równowagi wobec potężnej siły ekspertów, którzy wkraczali wyraźnie w prywatne i publiczne

[301] T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna" 2005 nr 6, s. 20–24, przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, dz. cyt., s. 68–75.

[302] E. D. Pellegrino, *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 188.

decyzje w uprzemysłowionej i technologicznie zorientowanej społeczności. Autonomia domaga się ochrony moralnych i personalnych wartości każdej jednostki, a przez to broni integralności osoby"[303]. Autonomia pacjenta miała przeciwdziałać nadużyciom władzy lekarzy w sprawach decydowania o życiu ludzkim w jego początkach czy przy jego końcu. W ten sposób życie i jego terapia miały być pod większą kontrolą samego pacjenta, a nie lekarza.

Okazuje się jednak, że tak jak paternalizm nie był właściwym ujęciem relacji lekarz–pacjent, tak też autonomizm pacjenta jest zniekształceniem tej relacji. Przykładem mogą być propozycje nowych modeli tej relacji: negocjacyjny, kontraktualistyczny i konsumencki (*consumer and the negotiated contract model*). „W modelu konsumenckim opieka zdrowia traktowana jest jako taki sam towar lub usługi, z których korzystamy na wolnym rynku, czyli ujmowana jest z pozycji konsumenta w terminologii jego osobistych szacunków alternatywnych sposobów leczenia, jego kosztów, ryzyka i korzyści. Lekarz jest dostawcą, którego zadaniem jest dostarczyć najpierw odpowiednie informacje, być może doradzić, ale bez wtrącania się w czyjeś własne oceny. Oceny pacjenta muszą dominować, a obowiązkiem moralnym lekarza jest by go informować, służyć swoimi kompetencjami, ochraniać oraz wzmacniać jego zdolności do samodeterminacji"[304].

W negocjacyjnym, kontraktualistycznym modelu jeszcze przed podjęciem relacji medycznej szerzej omawiane i dyskutowane są szczegóły zawieranego kontraktu. To nie międzyosobowa relacja pacjent–lekarz wyznacza aksjologicznie

[303] Tamże, s. 189.
[304] Tamże, s. 190.

normy postępowania moralnego, ale treść zawartego kontraktu determinuje zarówno te normy, jak i określa kształt relacji. Postępowanie moralne jest ustalane w sposób dowolny, stąd etyka kontraktualistyczna radykalnie różni się od etyki powinności moralnych wynikłych z natury międzyosobowej relacji. „Z tego punktu widzenia, poza autonomią, zbiór uniwersalnie aplikowanych etycznych pryncypiów jest bez znaczenia, gdyż lekarz i pacjent mogą realizować każde działanie, które sobie życzą, tylko pod warunkiem, że się na niego zgodzą. To, na co się zgodzą, nie zależy od trzeciej strony. Może to dotyczyć aktywnej eutanazji, asystencji przy samobójstwie, zaawansowanych wytycznych w kwestii dobrowolnej lub niedobrowolnej eutanazji. Oba, wyprowadzone z autonomii modele relacji lekarz–pacjent sprawiają, że jest to relacja w najszerszym znaczeniu instrumentalna i proceduralna. W swej istocie jest ona relacją legalistyczną, i rodzi etykę minimalistycznego oddania i zaufania. W rzeczywistości opiera się ona bardziej na nieufności niż na zaufaniu. Jest ona destrukcyjna dla koncepcji wspólnej medycznej moralności, gdyż obie strony nadają etyce medycznej dowolną wybraną przez siebie treść”[305].

Zdaniem Pellegrino taki model jest iluzoryczny i niebezpieczny zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Zakłada on bowiem fikcyjną równość obu stron. Tymczasem pacjent jest osobą dotkniętą chorobą, podatną na zranienie (*vulnerable*) i proszącą o pomoc. Nie może on wyleczyć siebie, często szuka pomocy w bólu, niepokoju, lęku i rozpaczy. „Trudno sobie wyobrazić ważny kontrakt w sytuacji, gdy jedna ze stron jest zasadniczo uzależniona od drugiej w kwestii informacji

[305] Tamże, s. 190–191.

koniecznych do dokonania wyboru i w kwestii kompetencji tego, co zgodnie z dokonanymi wyborami zostało zrealizowane"[306].

Zdaniem Pellegrino model bazujący na autonomii i kontrakcie daje olbrzymią władzę lekarzowi. Władza ta wynika po pierwsze z choroby, którą dotknięty jest pacjent. Do tego dochodzi dominacja nad pacjentem zyskana dzięki osobistej charyzmie w świadomym czy nieświadomym wpływie na chorego, na podejmowane przez niego, oczekiwane przez lekarza decyzje. Władza ta wzmocniona jest instytucjami medycznymi, monopolem wiedzy medycznej, która określa detale zawieranego kontraktu. Nie da się w nim zniwelować lub przekreślić charakteru i wiedzy lekarza. Kontrakt traktuje lekarza jako podejrzanego, szczególnie wtedy, gdy np. zakontraktowane zdrowie pacjenta uległoby pogorszeniu. Trudno więc spodziewać się, że lekarz zechce taki kontrakt podpisać. Z tego powodu będzie on negocjował kontrakt minimalistyczny, który może być zrealizowany przy najmniejszym wysiłku. Zewnętrzna egzekucja warunków umowy będzie budzić podejrzliwość wobec lekarza, przed którą musi się on bronić. Nie ma dowodów na to, że leczenie w atmosferze nieufności i podejrzliwości jest lepsze niż w atmosferze zaufania i międzyludzkich więzi odpowiedzialności moralnej.

Wymienione braki modelu budowanego na autonomii, kontrakcie i nieufności nie przekreślają zasady autonomii, lecz przeciwstawiają się jej absolutyzacji względem innych zasad, takich jak dobroczynność czy sprawiedliwość. Wymaga to osadzenia autonomii w kontekście innych właściwości

[306] Tamże, s. 191.

osoby, takich jak godność i natura osoby, prawda o osobie i jej dobru.

Wobec sukcesu bioetyki czterech zasad zwanej pryncypizmem oraz wobec krytyki tej teorii E. Pellegrino próbuje ugruntować te zasady w kontekście swojej filozofii medycyny, etyki medycznej i zasady dobroczynności w zaufaniu. „Będę argumentował – pisze – że cztery pryncypia nie muszą być odrzucone. Raczej trzeba je przedefiniować oraz ugruntować w rzeczywistości relacji lekarz–pacjent. Owo ugruntowanie wprowadzi standardy, dzięki którym podstawowy problem konfliktu między owymi *prima facie* pryncypiami może być rozwiązany”[307].

Jak rozwiązać konflikt autonomii z dobroczynnością (*conflicts of autonomy with beneficence*)?[308] Absolutyzacja autonomii prowadzi do przeciwstawienia jej dobroczynności. Każdą formę dobroczynności traktuje się jako wyraz paternalistycznej przemocy. W książce Beauchampa prezentującej etykę czterech zasad wspomniane dwa pryncypia są w permanentnym konflikcie Dobroczynność oskarża się o paternalizm w medycynie. Ignoruje się przy tym ważny fakt, że dobroczynność i paternalizm nie są synonimami. „Paternalizm (lub maternalizm) sądzi, że lekarz w stosunku do pacjenta wie lepiej, jaki jest jego najlepszy interes, lub że kompetentny pacjent nie ma wystarczającej wiedzy w kwestii wyborów, które mogłyby uchodzić za uzasadnione decyzje. Lub, mniej złośliwie, że doktor może domniemywać, że jemu

[307] Tamże, s. 187–188.

[308] Zob. T. Biesaga, *Autonomia a dobroczynność*, [w:] *Etyka,* red. K. Kalka i A. Papuziński, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2006, s. 132–139.

jako uprawnionemu posiadaczowi wiedzy i sztuki medycznej przysługuje przywilej poszukiwania tego, co stosowne i dyspensowania się od zdania pacjenta"[309].

Tymczasem dobroczynność, w odróżnieniu od paternalizmu, nie ignoruje tego, co pacjent przeżywa jako swoje dobro, lecz włącza je w swą dobroczynną terapię. Dobroczynność szanuje hierarchiczny porządek dobra pacjenta, na które składają się: a) dobro medyczne (przywrócenie funkcjonalności fizjologicznej i równowagi psychicznej, b) dobro zdefiniowane przez pacjenta, c) dobro pacjenta jako osoby i członka wspólnoty ludzkiej oraz d) dobro jako istoty duchowej[310].

W porządku hierarchicznym autonomia jest dobrem człowieka jako takiego. Jest ona warunkiem odpowiedzialności moralnej, możliwością wyrażania swojego człowieczeństwa. Uniemożliwianie lub utrudnianie realizacji autonomii narusza zasadę nieszkodzenia. Szacunek dla osoby i dobroczynność stanowią moralne podstawy autonomii, współgrają one z autonomią i stąd ich przeciwstawianie jest nieporozumieniem[311].

Absolutyzując autonomię, stawia się ją również w permanentnym konflikcie ze sprawiedliwością (*conflicts of autonomy and justice*). Sprawiedliwość rozumiana klasycznie to cnota, sprawność, dyspozycja do działania zgodnie z tym, co się każdemu należy. Ukierunkowuje ona nasze postępowanie w ten sposób, aby nikomu nie szkodzić. Bierze pod uwagę zarówno dobro konkretnego pacjenta, jak i dobro

---

[309] E. D. Pellegrino, *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage*, dz. cyt., s. 192.
[310] Tamże, s. 193.
[311] Tamże.

wspólne. Ogranicza ona aktualizowanie naszej własnej autonomii (*limits the exercise of our own autonomy*), gdyż wzywa nas do respektowania autonomii drugich[312].

Wielokrotnie spotykamy się z ograniczaniem czyjejś autonomii z powodu obiektywnego dobra pacjenta, a szczególnie osób trzecich. Przykładami mogą być: nosiciel HIV, który nie chce ujawnić tego faktu seksualnej partnerce, narażając ją przez to na niebezpieczeństwo zarażenia; psychicznie chory, który wyraźnie zamierza skrzywdzić określone osoby; pacjent, który dla marginalnych korzyści żąda użycia nadzwyczajnych, niezwykle kosztownych i trudno dostępnych środków medycznych.

Absolutyzacja autonomii pacjenta może prowadzić do podważania uzasadnionych medycznie decyzji lekarza, jego integralności jako specjalisty i jego sumienia jako osoby odpowiedzialnej za swoją profesję. Pacjent lub jego otoczenie mogą żądać np. aborcji, eutanazji, wycofania sztucznego odżywiania, odłączenia respiratora podtrzymującego oddychanie itp. Obecnie – zdaniem E. Pellegrino – wobec lekarzy wzrasta nacisk indywidualnej autonomii pacjenta. Coraz szerzej w prywatnych czy publicznych instytucjach medycznych lekarz staje się narzędziem woli pacjenta. „Niektórzy głoszą pogląd, że lekarz w pracy zawodowej powinien porzucić swoją osobistą moralność. Jeśli nie wykonuje tego, co chce pacjent, lub tego, co żąda instytucjonalna lub ekonomiczna polityka, narusza nie tylko zasadę autonomii, ale także dobroczynności a nawet sprawiedliwości. […] Kiedy pacjent lub polityka socjalna narzuca lekarzowi aby podporządkował żądaniom pacjenta swoje własne wartości moralne, nawet jeśli owe żądania są

[312] Tamże, s. 194.

praktycznie nie do zaakceptowania, to wtedy jesteśmy na terenie konfliktu autonomii pacjenta z autonomią lekarza. Trzeba w tym miejscu przypomnieć, że lekarz nie mniej niż pacjent jest podmiotem moralnym, że jego autonomia nie mniej niż pacjenta zasługuje na szacunek, i że sprawiedliwość wymaga, aby ani lekarz, ani pacjent nie narzucał drugiej stronie swoich wartości. Jeśli gwałt na autonomii pacjenta jest czymś złym, to równoważnym złem jest gwałt na autonomii lekarza"[313]. Muszą istnieć instytucjonalne, prawne i etyczne możliwości, by w przypadku konfliktu wartości zarówno pacjent, jak i lekarz mogli w godny sposób wycofać się z kontynuowania ich relacji medycznej i ludzkiej.

Konflikt między autonomią a dobroczynnością i sprawiedliwością zaostrza się w przypadku, gdy pełnomocnik lub ktoś z rodziny decyduje za pacjenta. Dotyczy to np. dzieci przed i po urodzeniu, ale również dorosłych, niekompetentnych pacjentów, którzy w wyniku wypadku i uszkodzeń mózgu czy chorób umysłowych utracili możliwość świadomego i racjonalnego dokonywania wyborów. Nie można ulec absolutyzacji decyzji zarówno prawnych, jak i spokrewnionych decydentów (*surogate decisions*). Lekarz jest zobowiązany wziąć pod uwagę ich decyzje, ale musi też kierować się zasadą dobroczynności wobec powierzonego mu pacjenta i przeciwstawić się możliwym nadużyciom tych, którzy mogą się kierować korzyściami osobistymi, społecznymi czy politycznymi. W konflikcie dobra pełnomocników z dobrem pacjenta lekarz nie może pozostać obojętny. Ci, którzy mają mandat decydowania w zastępstwie chorego, nie mogą być uwikłani w konflikt swoich i jego interesów, nie mogą działać na rzecz przesadnego albo

[313] Tamże, s. 194 i 195.

niewystarczającego leczenia. W wielu sytuacjach trudno jest osiągnąć pewność, czy interpretacja woli pacjenta dokonana przez decydentów zastępczych jest prawidłowa czy błędna, czy wyraża jego świat wartości, czy też świat wartości zastępcy.

Zdaniem Pellegrino konflikt między czterema beztreściowymi *prima facie* zasadami ustanowionymi w punkcie wyjścia etyki medycznej przez pryncypizm można rozwiązać przez sięgnięcie do filozoficznie ugruntowanej relacji lekarz–pacjent wraz z jej klinicznym kontekstem („*tuning*" *the four principles philosophically and clinically*). Racjonalne rozstrzygnięcie wymaga odwołania się do zewnętrznych źródeł moralności. Rozstrzyganie konfliktu w ramach samych formalnych zasad prowadzi do błędnego koła: wyjaśnia się nieznane przez nieznane[314]. Pryncypia mają bowiem nieokreśloną treść i nie wiadomo dlaczego owo nieznane jednego pryncypium ma być zastąpione nieznanym drugiego pryncypium. Dlaczego np. to, co nieznane w treści pryncypium nieszkodzenia, ma być zastąpienie tym, co nieznane w pryncypium autonomii?

Zdaniem Pellegrino można wskazać kilka różnych sposobów wyjścia poza pryncypizm i przezwyciężenia błędnego koła. Można (1) porzucić pryncypizm na rzecz alternatywnej teorii, takiej jak np. etyka cnót, doświadczenie moralności itp.; (2) pozostawić pryncypizm, ale uzupełnić go, sięgając do innych teorii; (3) ugruntować pryncypizm w fenomenie relacji lekarz–pacjent; (4) dokonać kombinacji możliwości 2. i 3.; lub (5) pozostawić etykę czterech zasad bez dalszych poprawek[315]. Pellegrino opowiada się za rozwiązaniem (4), czyli próbuje połączyć podejście 2. i 3. jako najbardziej obiecujące.

---

[314] Tamże, s. 198.
[315] Tamże.

Zgadza się on z radykalną krytyką pryncypizmu przeprowadzoną przez K. Dannera Clousera, Bernarda Gerta i innych[316]. Pokazano w niej, że pryncypia, jako puste nazwy, prowadzą do relatywizmu moralnego. Zawsze można się opowiedzieć za jedną zasadą przeciw drugiej. Pryncypizm nie proponuje teorii umożliwiającej rozstrzyganie konfliktów między konkurującymi pryncypiami. Z podobnym krytycyzmem spotykamy się u Barucha A. Brody'ego i Ronalda M. Greena[317]. Inni natomiast krytykują pryncypizm z pozycji teorii cnoty, feministycznej psychologii, kazuistyki, etyki narracji, etyki eksperymentalnej czy egzystencjalnej.

Zasadnicza krytyka wskazuje, że cztery nieokreślone pryncypia są czymś abstrakcyjnym, oderwanym od moralnej i psychologicznej rzeczywistości człowieka, od sfery podejmowania trudnych decyzji. Pryncypizm ignoruje charakter działającego podmiotu moralnego, historię jego życia, tożsamość kulturową. Etykę traktuje nie tyle jako doświadczenie egzystencjalne i osobowe, ale „bardziej jako techniczne działanie wyciągania jasnych konkluzji z jasnych przesłanek"[318]. Ignoruje on fakt, że mamy tu do czynienia z osobowym aktem, który nie jest procesem mechanicznym, ale sztuką mądrości ludzkiej, osobowej, moralnej i praktycznej.

Mimo powyższych trudności Pellegrino nie odrzuca propozycji czterech zasad, ale poszukuje teorii, która potrafiłaby

---

[316] K. D. Clouser, B. Gert, *A critique of principlism*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2, s. 219–236; zob. T. Biesaga, *Personalism versus principlism in bioethics*, „Forum Philosophicum" 8 (2003), s. 23–34.

[317] R. M. Green, *Method in bioethics: a troubled assessment*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2, s. 179–197; B. D. Brody, *Quality of scholarship in bioethics*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2, s. 161–178.

[318] E. D. Pellegrino, *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage*, dz. cyt., s. 199.

nadać im odpowiednią treść, uporządkować je niejako hierarchicznie i umożliwić przez to racjonalne rozstrzyganie konfliktów między nimi. Zdaniem Pellegrino jeśli pryncypia mają pozostać integralną częścią etyki biomedycznej, muszą być lepiej ugruntowane w fenomenie relacji pacjent–lekarz. Można je uzasadniać, używając do ich interpretacji gotowego systemu etycznego – deontologicznego, albo konsekwencjalistycznego, utylitarystycznego. Według Pellegrino lepszym sposobem ugruntowania tych pryncypiów jest jednak bezpośrednie sięgnięcie do relacji lekarz–pacjent i jej bezpośrednia analiza filozoficzna, rozumiana nie tyle jako aplikacja jakiegoś systemu filozoficznego, ale jako krytyczna analiza tego, co dane, czyli natury tej relacji, celów i zadań wyznaczonych tą relacją. Chodzi o „wyprowadzenie z samej relacji tego, co jest wymagane etycznie i jakie pryncypia najlepiej owe wymagania wyrażają. Chodzi o odkrycie moralności wewnętrznej medycynie. Jest to istotowo podejście teleologiczne w klasycznym, a nie w konsekwencjalistycznym sensie, zorientowane na cele i zadania relacji; to, czy dane decyzje i czyny lekarza i pacjenta są słuszne i dobre określa stopień, w jaki one te cele osiągają. […] Krótko mówiąc, celem medycyny jest ostatecznie przywrócenie i utrzymanie zdrowia, a ściślej uzdrowienie, tj. wyleczenie z choroby, lub, jeśli to jest niemożliwe, troska i pomoc pacjentowi, by żył mimo kontrolowanego bólu, dyskomfortu lub niesprawności. Dla osiągnięcia tych celów dokonujemy wielu decyzji, ale w każdej z nich mamy do czynienia z fuzją elementów technicznych i moralnych”[319]. Jednak to nie tylko techniczne kompetencje decydują o dobru pacjenta. „Podmiotami medycznych decyzji są ludzie, i to w specyficznym

[319] Tamże, s. 200.

stanie podatności na zranienie (*vulnerability*), niepokoju, bólu, zależności od wiedzy, umiejętności lekarza i jego zdolności zasługiwania na zaufanie. […] Lekarz oferując pomoc, tym samym obiecuje podatnemu na zranienie pacjentowi, że pomoże osiągnąć cele, jakie chce osiągnąć pacjent, szukając pomocy medycznej. Zawiera się w tym to, że lekarz zgodnie z obietnicą użyje swych kompetencji nie dla realizacji swoich celów, ale celów pacjenta, że w zwyczajnych warunkach będzie trzymał w ryzach swoje własne korzyści ze względu na korzyść pacjenta, tj. ze względu na obietnicę służenia jego dobru. Dobro to jest czymś więcej niż dobrem medycznym; łączy ono w sobie również dobro materialne, emocjonalne i duchowe przeżywane przez pacjenta"[320].

Teleologia relacji lekarz–pacjent wskazuje, że to dobroczynność jest dla niej zasadnicza. Nie jest ona narzucana jako zasada *prima facie* ani zaczerpnięta z jakiegoś systemu filozoficznego, ale jest wymaganiem natury medycznej aktywności (*requirement of the nature of medical activity*)[321]. Nie pominięto w niej szacunku dla autonomii pacjenta, dla jego godności i świata wartości, ponieważ bez nich nie da się zrealizować celów medycyny. Podobnie nie da się pominąć sprawiedliwości. Jest ona następstwem podjęcia przez lekarza aktów dobroczynności. Jeśli spełnia podjęte przyrzeczenia, jeśli nie sprzeniewierza się zaufaniu, jakim go pacjent obdarzył, jeśli jest prawdomówny i dotrzymuje tajemnicy – jest lekarzem sprawiedliwym.

„Cztery pryncypia – zdaniem Pellegrino – wyprowadzone są z obowiązków podjętych przez lekarzy. Obowiązki te na-

[320] Tamże, s. 200–201.
[321] Tamże, s. 201.

tomiast wyprowadzone są z obietnicy służenia kompetentną pomocą, która to obietnica jest czymś centralnym relacji medycznej. Pierwszorzędnym obowiązkiem, który ujednolica teorię etyki medycznej jest dobroczynność, nie ta dobroczynność błędnie identyfikowana z paternalizmem, ale dobroczynność w zaufaniu (*beneficence-in-trust*), w której łączy się szacunek dla osoby pacjenta z powinnością nie tylko zapobiegania lub usunięcia niebezpieczeństw, ale czynienia dobra"[322]. Dobroczynność jest czymś więcej niż prewencją, jest czynieniem dobra, nawet jeśli jest ono trudne, kosztowne i łączy się z ryzykiem. Dobroczynność w zaufaniu wymaga od lekarza samoograniczenia jego własnych interesów (*self-effacement od the doctor's interests*) na rzecz interesów pacjenta. Wymaganie to wynika z natury medycyny, z podjętej przez lekarza profesji, ze złożonej obietnicy leczenia pacjenta. „Obowiązki, które wypływają z natury relacji pacjent–lekarz są teoretyczną podstawą, której brakowało w propozycji *prima facie* pryncypiów. Zamiast więc o zasadach, możemy mówić o powinnościach podjętych w sposób wolny, dobrowolnie oferujących pomoc chorej osobie. Można powiedzieć, że dobroczynność w zaufaniu staje się zasadniczym i porządkującym pryncypium, gdyż obejmuje nie tylko medyczny, ale cały dobrostan pacjenta"[323]. Zgodnie z tym stanowiskiem Pellegrino formułuje swój imperatyw etyki medycznej: „Postępuj tak w twej relacji z pacjentem, aby twoje czyny zmierzały do dobra pacjenta, pierwszorzędnego celu owej relacji leczniczej. Dobroczynność jako zasada zakorzeniona jest (*is grounded*) w człowieczeństwie osób wcho-

[322] Tamże.
[323] Tamże.

dzących w relacje medyczną”[324]. Dobroczynność ugruntowana jest zarówno filozoficznie, jak i medycznie. Wyrasta ona z opisu realnej rzeczywistości, z systematycznej teorii ujmującej tę rzeczywistość. W ten sposób zasady etyki medycznej nie są zawieszone w próżni, tak jak w pryncypizmie, i nie są później interpretowane przez rachunek konsekwencjalistyczny. „Są one w ten sposób czymś więcej niż listą problemów dla etycznej dyskusji. Posiadają one moralną siłę zobowiązania, gdyż mocno ugruntowane są w realności klinicznej”[325].

Teleologiczna teoria relacji lekarz–pacjent nie jest – zdaniem Pellegrino – kompletnym systemem etycznym. Można go uzupełniać, sięgając do teorii cnót, psychologii moralnej czy systemów etycznych opartych na doświadczeniu.

1.2.4. Cnoty w etyce medycznej

Edmund D. Pellegrino rozwijał koncepcję etyki cnót w etyce medycznej zarówno w artykułach, jak i pozycjach książkowych. Do podstawowych należą artykuły: *The virtuous physician and the ethics of medicine* oraz *Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions* (1985, 1989, 2008)[326],

---

[324] Tamże, s. 202.

[325] Tamże.

[326] E. D. Pellegrino, *The virtuous physician and the ethics of medicine*, [w:] *Virtue and medicine: explanations in the character of medicine*, red. E. Shelp, Reidel Publishing Co, Dordrecht, 1985, s. 237–255 (Philosophy and Medicine, 17); tenże, *Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy” 5 (1995), s. 253–277; przedruk w: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 231–244; zob. T. Biesaga, *Etyka cnót w etyce medycznej,* „Medycyna Praktyczna” 2006 nr 3, s. 20–23; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, dz. cyt., s. 76–82.

książka *The virtues in medical practice* (1993)[327], artykuł *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions* (1995, 2008)[328] oraz książka *The Christian virtues in medical practice* (1996)[329]. Swoje pomysły prezentował w kontekście renesansu teorii cnót na terenie filozofii analitycznej, który zapoczątkowały publikacje takich myślicieli jak: Philippa Foot, *Virtues and vices* (1978)[330], William Frankena, *Beneficence in an ethics of virtue* (1982)[331], Stanley Hauerwas, *A community of character* (1981)[332]. Zasadniczą rolę odegrał Alasdair MacIntyre ze swą sztandarową publikacją *After virtue* (1981, 1984)[333]. W tej prowokującej pracy ujawnił on powody usunięcia teorii cnót z etyki nowożytnej i współczesnej, prowadzącego do załamania się współczesnego dyskursu moralnego. W krytyce etyki nowożytnej i współczesnej nawiązał do racjonalnego dyskursu w teleologiczno-aretologicznej etyce Arystotelesa[334]. Edmund Pellegrino podjął ten pomysł i zastosował go na terenie etyki medycznej.

---

[327] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt.

[328] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), nr 3, s. 253–277 (dalej w pracy cytowane jest to wydanie); przedruk w: *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 255–280.

[329] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, D. G. Miller, *The Christian virtues in medical practice*, dz. cyt.

[330] Ph. Foot, *Virtues and vices and other essays in moral philosophy,* Oxford University Press, New York 1978.

[331] W. Frankena, *Beneficence in an ethics of virtue*, [w:] *Beneficence and health care*, red. E. Shelp, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1982, s. 63–81.

[332] S. Hauerwas, *A community of character*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981; A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, dz cyt. Drugie wydanie opublikowano w Notre Dame IN w 1984.

[333] A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, dz. cyt.

[334] Zob. T. Biesaga, *Alasdaira MacIntyre'a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej*, „Analecta Cracoviensia" 28 (1996), s. 3–14; tenże, *Niepowodzenia nowożytne-*

Cnota jest jednym z najstarszych terminów w historii etyki. Filozofia moralna nie mogła go pominąć, albowiem każde postępowanie moralne wiąże się z charakterem tego, który działa. „Teoria cnót – stwierdza Pellegrino – skupia się na podmiocie działającym; na jego intencjach, dyspozycjach i motywach; na tym, jaką osobą on się staje, lub powinien się stać w wyniku jego habitualnych dyspozycji do działania w pewien określony sposób”[335]. Cnoty nie da się wykorzenić z teorii etycznej czy praktyki życia. Każda teoria, która próbuje ją zignorować, nie potrafi ująć złożoności wezwań i wysiłków ludzkich, by być dobrym człowiekiem.

W etyce cnót d o b r a o s o b a to jednostka tak uposażona cnotami, że można na niej polegać i oczekiwać, że niezależnie od okoliczności, zawsze postąpi moralnie dobrze i słusznie. Każda kultura posiada wzorce osób cnotliwych. Opisane realistycznie czy idealistycznie, zawierają one w sobie pewne standardy szlachetnego postępowania. Podaje się je jako przykłady do naśladowania. Owe wzorcowe osoby są przedmiotem zainteresowania literatury, poezji, mitów i rytuałów danej kultury. „Filozofia i teologia każdej ery i kultury jest wyrazem moralnych wartości i cech tych cnotliwych osób”[336]. Takie charyzmatyczne osobowości, jak Jezus, Budda czy Konfucjusz wytworzyły pewien zespół wartości, które kształtowały różne społeczności, epoki i kultury.

W historii etyki cnoty Pellegrino wyróżnia cztery okresy: (1) okres klasyczny i średniowieczny, w którym cnota była

---

go i współczesnego projektu etyki, [w:] *Spór o etykę. Materiały z X Jagiellońskiego Sympozjum Etycznego*, red. J. Pawlica, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 133–142.

[335] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 254.

[336] Tamże, s. 255.

w centrum każdej filozofii moralnej, (2) okres postśredniowieczny i nowożytny, w którym obok, albo w miejsce cnoty, zaproponowano w nowych systemach moralnych inne, podstawowe pojęcia etyczne, (3) okres pozytywistyczno-analityczny, w którym wraz z odrzuceniem tradycyjnej etyki normatywnej dokonuje się upadek teorii cnót, oraz (4) obecny okres renesansu cnót u podstaw moralności[337].

Najbardziej rozwiniętą i pełną koncepcję cnoty, przejętą później przez kulturę zachodnią, znajdujemy w pismach Sokratesa, Platona i Arystotelesa. Pewne dodatkowe informacje możemy znaleźć u stoików i epikurejczyków. Pełną syntezę nauki o cnocie sformułował św. Tomasz z Akwinu. Owa starożytno-średniowieczna aretologia kształtowała kulturę Zachodu przez około 2,5 tys. lat. Charakteryzowała się ona następującymi właściwościami: (1) rozwijana była przez filozofię, w której twierdzono, że celem filozofowania jest nauka dobrego życia; (2) cnoty były nieodzowne, by stać się dobrym człowiekiem i prowadzić dobre życia; (3) umożliwiały one optymalny rozwój potencjalności tkwiących w ludzkiej naturze; (4) mogły być odkryte i kierowane w ich działaniu przez rozum[338]. W zaproponowanej etyce pojęcie cnoty rozumiano: (1) jako doskonałość charakteru, (2) jako własność ukierunkowana teleologicznie, czyli zmierzająca do określonych celów, (3) jako własność wyrażająca się w sądzie praktycznym, (4) jako własność nabywana w praktyce[339].

---

[337] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt., s. 3.
[338] Tamże, s. 4.
[339] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 256.

Sokrates związał ideę cnoty z w i e d z ą. Jego zdaniem wiedza o dobru skłania człowieka do dobrego i tym samym szczęśliwego życia. Wiedza o dobru jest cnotą, ignorancja jest zaś zaprzeczeniem cnoty, wadą i przyczyną zła. Platon w swych dialogach wymienia całą listę cnót, takich jak mądrość, roztropność, odwaga, umiarkowanie, sprawiedliwość, które charakteryzują cnotliwego męża. Lista ta przetrwała jako zbiór cnót kardynalnych, stanowiących podstawę innych sprawności moralnych. Sokrates, bohater dialogów Platona, stawia zasadnicze pytania w tej kwestii, z którymi filozofia zmaga się aż do dzisiaj. Pyta, czy istnieje jedna, czy wiele cnót? Jak można je zdobyć? Czy można się ich nauczyć, czy też trzeba je zdobyć w praktyce? Czy cnota wywodzi się z naszej natury, czy też pochodzi z innego źródła? Zarówno Sokrates, jak i Platon nie dali na te pytania satysfakcjonującej odpowiedzi. Utożsamienie przez Sokratesa cnoty (*arete*) z wiedzą (*episteme*), zacieśniło bowiem zło do ignorancji, a dobro do samego zdobycia wiedzy. Sokratejski intelektualizm etyczny wymagał korekty.

Arystoteles podtrzymał ideę cnoty jako doskonałości, mocno zaakcentował jednak jej c e l o w o ś c i o w ą o r i e n t a c j ę. Cnota według niego to „trwała dyspozycja, dzięki której człowiek staje się dobry i dzięki której spełniać będzie należycie właściwe sobie funkcje”[340]. Teleologizm cnoty wyrażał się podwójnie: w osiągnięciu celu swego czynu i w osiągnięciu naturalnego celu ludzkiego życia, czyli szczęścia. Arystoteles połączył bycie dobrą osobą z dobrym postępowaniem. Zdobywanie cnoty rozpoczyna się od poznania dobra, ale samo poznanie nie wystarcza. Wymaga ono racjonalnego uporządkowania naszych emocji, zaangażowania wolności oraz spełnienia czynu.

[340] Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, dz. cyt., 1106a 22–24.

Podstawową cnotą jest roztropność, inaczej rozsądek lub praktyczna mądrość (*phronesis*). „Jest ona trwałą dyspozycją do działania opartego na trafnym rozważeniu tego, co dla człowieka jest dobre lub złe”[341]. Dzięki niej rozważnie formułujemy sądy w sprawie wyboru właściwych środków do osiągnięcia celu, którym jest to, co dobre dla nas i dla ludzi w ogóle. Arystoteles, odchodząc od intelektualizmu Sokratesa czy Platona nauczał, że cnotę można zdobyć tylko w praktyce. Przez powtarzanie czynu zgodnego z celem ludzkiego życia osoba zdobywa dyspozycję do cnotliwego działania. Gdy osiągnie jakiś stopień tej dyspozycji, możemy na tym człowieku polegać i mieć pewność, że niezależnie od okoliczności będzie on postępował cnotliwie, czyli moralnie dobrze[342].

Mimo że w etyce Arystotelesa spotykamy pewne zakazy, jak zakaz cudzołóstwa, morderstwa, kradzieży, to jednak jego filozofia moralności jest zasadniczo etyką agatologiczno-aretologiczną, czyli etyką dobra i etyką cnót. „Moralnym dobrem jest to, co osoba cnotliwa czyni; cnotliwą osobą jest właśnie ten, który realizuje moralne dobro”[343]. Nie mamy tu do czynienia z postępowaniem subiektywnym. Nie chodzi też tylko o unikanie skrajności (niedomiaru i nadmiaru) i formalne szukanie złotego środka między nimi, ale o kierowanie się praktyczną mądrością w doborze środków do realizacji celu czynu i przez to celu ostatecznego.

Podobnie jak dla Arystotelesa, również dla św. Tomasza główną cnotą była mądrość praktyczna, roztropność jako

---

[341] Tamże, 1140b5.
[342] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 257.
[343] Tamże, s. 258.

sprawność rozumu praktycznego. Zakłada on akt prasumienia (synderezy), który formułuje podstawową zasadę praktycznego działania: dobro należy czynić, zła unikać. Roztropność dotyczy szczegółowych sądów, które kierują poszczególnymi czynami. Mimo że jest ona cnotą rozumu praktycznego, to jednak wiąże się również z pragnieniem woli realizacji właściwego dobra. Nie jest sprytem, przebiegłością, ale zdolnością formułowania trafnych sądów, prowadzących do prawdziwego dobra. Jest ona *recta ratio agibilium*, czyli zgodnym z rozumem wyborem słusznej drogi postępowania. Umożliwia ona człowiekowi wybranie tych środków, które najbardziej pasują do realizacji telosu danego czynu[344].

„Zarówno klasyczna, jak średniowieczna, chrześcijańska koncepcja cnoty były oparte na jasnej epistemologii i metafizyce moralności. Wyrastały one z przekonania, że istnieje obiektywny porządek moralny oraz uzasadniona filozofa ludzkiej natury, w której rozum potrafi określić *telos* ludzkiego działania. Cnoty były tymi właściwościami, które habitualnie dysponowały ludzi by postępować zgodnie z celem ludzkiej natury, którym według Sokratesa, Platona i Arystotelesa jest naturalne szczęście, a według Akwinaty – szczęście ponadnaturalne, polegające na zjednoczeniu z Bogiem"[345].

U schyłku średniowiecza poprzez oświecenie aż do dzisiejszych czasów metafizyka, która stała u podstaw etyki cnót, uległa wyraźnej erozji. Sceptycyzm podważał zarówno epistemologiczną możliwość poznania moralności, jak też metafizyczne czy antropologiczne odkreślenie natury ludzkiej i jej dobra. Oświecenie podważyło nie tylko autorytety

[344] Tamże.
[345] Tamże, s. 259.

religijne, ale również sam rozum receptywny jako źródło moralności. „Cnoty zostały zastąpione przez cały szereg konkurencyjnych pojęć, takich jak słuszność (*rights*) u Locke'a, obowiązek (*duty*) u Kanta, sentyment moralny (*moral sentiment*) u Hume'a i Smitha oraz korzyść i konsekwencje (*consequences and utility*) u Benthama i Milla"[346].

Cnoty z pozycji utylitaryzmu zostały nie tylko usunięte z etyki, ale ośmieszone jako nierealistyczne mrzonki marzycieli. Niccolo Machiavelli dowodził, że człowiek cnotliwy zachowywałby się jak głupiec w świecie, gdzie wszyscy są niecnotliwi. Bernard de Mandeville argumentował, że wady są konieczne dla przetrwania i rozwoju ekonomii i społeczeństwa. Friedrich Nietzsche uczył, że cnoty, a szczególnie cnoty chrześcijańskie, jako cechy ludzi słabych, niewolników, zamykają drogę do stania się nadczłowiekiem. Ostatnio Ayn Rand (1964) podjęła obronę egoizmu w etyce wolnego rynku i potępiła tradycyjną koncepcję cnoty jako szkodliwą dla etyki sukcesu[347]. W systemach filozoficznych Hutchesona, Hume'a, Kanta, Benthama itp. cnota została pozbawiona swej normatywnej treści i zastąpiona przez intuicję, przeżycia moralne, nakazy i zasady przyjemności i korzyści.

W XX wieku, gdy destrukcja metafizycznych czy ontologicznych podstaw etyki osiągnęła swoje apogeum, „etyka została zredukowana do metaanaliz, do badania języka moralnego dyskursu, do intuicyjnego uchwytywania dobra, lub do odkrywanych przez moralnie dojrzałe osoby *prima facie* zasad, lub do przeróżnych alternatywnych propozycji, takich jak kazuistyka, hermeneutyka, psychologia feministyczna, teoria

[346] Tamże.
[347] Tamże.

troski, lub teoria relacji"[348]. Wszystkie te koncepcje rywalizują ze sobą i przeciwstawiają się sobie. Wspólne im jest odrzucenie metafizycznych i teologicznych podstaw, które nadawały etyce cnót normatywne uzasadnienie[349]. Odżegnują się one od skostniałej w ich mniemaniu klasycznej i średniowiecznej syntezy etycznej, w tym od etyki cnót, ale same nie potrafią zbudować systemu umożliwiającego racjonalny i uzasadniony dyskurs moralny. To właśnie zignorowanie klasycznej syntezy etycznej w okresie nazwanym przez A. MacIntyre'a terminem *after virtue* („poza cnotą") doprowadziło do kryzysu etyki nowożytnej i współczesnej[350]. Dziś, zdaniem Pellegrino, „klasyczno-średniowieczne pojęcie cnoty, poprzez wpływowych filozofów moralności, wynurza się na nowo i poszukuje swego miejsca pośród najnowszych normatywnych teorii etycznych"[351].

W kontekście trudności czy zaniedbań współczesnych teorii etycznych zwrócono uwagę na rolę, jaką w moralności odgrywa charakter działającego podmiotu. Dostrzeżono bowiem, że „w rozwiązywaniu moralnych zawiłości pryncypia, reguły, maksymy, intuicje, analiza języka i umiejętności techniczne nie obejmują w pełni złożoności życia moralnego"[352]. W kontekście tych braków nie można dalej ignorować istotnej roli, jaką w moralności odgrywa charakter podmiotu[353]. Szereg współczesnych filozofów moralności zajęło się więc ideą

---

[348] Tamże, s. 260.
[349] Tamże.
[350] A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, dz. cyt.
[351] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 255.
[352] Tamże, s. 260.
[353] J. Kupperman, *Character*, Oxford University Press, New York 1991.

cnoty w tym aspekcie oraz należnym jej miejscem w teorii etycznej[354]. Sięgnęli oni po istotne elementy teorii cnoty zawarte w filozofii klasycznej Platona, Arystotelesa czy średniowiecznej św. Tomasza z Akwinu oraz ich komentatorów.

Zdaniem Pellegrino zasadnicze w zbudowaniu etyki cnót jest wypracowanie zgody w kwestii dobra i celu ludzkiego życia. Bez tego trudno określić sprawność, która zawsze związana jest z określonym dobrem. Z pozycji różnych antropologii powstaje wiele, nieraz sprzecznych ze sobą, definicji cnoty. Dla przykładu Philippa Foot przyjęła funkcjonalistyczną definicję cnoty, określając ją jako tę cechę, która ukierunkowuje, naprowadza zarówno jednostkę, jak i społeczność, by rozpoznać dobro i zaangażować wolę w jego realizację. „Cnota – według niej – koryguje tendencję działania przeciw dobru"[355]. Edmund Pincoff zinterpretował cnoty w duchu brytyjskiego empiryzmu i sentymentalizmu, twierdząc, że cnoty sprawiają, że inni postrzegają nas jako sympatycznych i miłych (*makes us likable or affable to others*)[356]. Geffrey Warnock rozumie cnotę jako cechę poprawiającą ludzką kondycję[357], a John Casey i Edward Wilson – jako rozszerzającą ewolucyjne przystosowanie[358]. Według J. Caseya cnota nie

---

[354] Ph. Foot, *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*, dz. cyt.; W. Frankena, *Beneficence in an ethics of virtue*, dz. cyt.; S. Hauerwas, *A community of character*, dz. cyt.; A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, dz. cyt.; A. MacIntyre, *Three rival versions of moral enquiry. Encyclopedia, genealogy, and tradition*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1990.

[355] Ph. Foot, *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*, dz. cyt., s. 8.

[356] E. Pincoff, *Quandaries and virtues: against reductivism in ethics*, University Press of Kansas, Lawrence KA 1986.

[357] G. Warnock, *The object of morality*, Methuen and Company, London 1971.

[358] J. Casey, *Pagan virtue,* Oxford University Press, New York 1990; E. Wilson, *Sociobiology*, Belknap/Harvard University Press, Cambridge MA 1980.

jest wytworem wolnej woli, ale jest biologicznie zdeterminowana, według E. Wilsona cnoty są genetycznie zdeterminowanym mechanizmem służącym przetrwaniu zasobów genetycznych.

Nietrudno dostrzec, że proponowane określenia pozostają pod wpływem empiryzmu brytyjskiego, nauk ścisłych, socjobiologii i genetyki. Pełniejsze określenie cnoty sformułował A. MacIntyre wyrażając współczesnym językiem klasyczną Arystotelesowską teorię cnót. Pojął on cnotę jako dyspozycję lub wymagane właściwości (*dispositions or acquired qualities*), które są konieczne: (1) dla osiągnięcia dobra wewnętrznego danej praktyce (*to achieve the good internal to practices*), (2) dla podtrzymywania wspólnoty (*to sustain communities*), w której jednostka może poszukiwać najwyższego dobra jako dobra swego własnego życia, (3) dla podtrzymywania tradycji (*to sustain traditions*), która tworzy niezbędny historyczny kontekst życia każdej jednostki[359]. W ujęciu cnoty przejął on od Arystotelesa teleologiczne jej skierowanie do ostatecznego dobra, ale sam bardziej zwrócił uwagę na moc podtrzymywania przez cnotę historycznej wspólnoty wartości. MacIntyre starał się odtworzyć Arystotelesowskie pojęcie cnoty, ale, jak sam zauważył, w jego propozycji zabrakło pojęcia najwyższego dobra, do którego wspólnota ma dążyć.

Iris Murdoch w swych analizach dobra, prowadzonych raczej w duchu filozofii Platona niż Arystotelesa dostrzegła, że mimo trudności w określeniu tego pojęcia, jest ono jednak niezbędne dla życia moralnego i dla realizacji cnót. Według niej w pojęciu dobra musimy uwzględnić również rzeczywistość

[359] A. MacIntyre, *Whose justice? Which rationality?*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1988, s. 74.

religijną. Cnoty jawią nam się „jako najbardziej oczywisty most między moralnością i religią”[360].

Trudności w określeniu dobra czy cnót piętrzą się, jeśli chcemy zbudować pełną teorię etyczną. Pod uwagę musimy bowiem wtedy wziąć różnorodne założenia epistemologiczne, antropologiczne i metafizyczne. Według A. MacIntyre'a konkurujące albo sprzeczne ze sobą teorie etyczne ujawniają, że współcześni filozofowie nie posiadają racjonalnej teorii moralności, nie odkryli racjonalnych podstaw dyskursu moralnego[361].

Historia koncepcji cnoty w etyce medycznej rozwijała się innaczej niż w etyce ogólnej. Zdaniem Pellegrino jeśli etyka cnót na pięć albo sześć stuleci została wyparta z etyki ogólnej, to z medycyny została w jakieś mierze usunięta dopiero w latach 70. Do tego czasu była ona w etyce medycznej dominującą normatywną teorią moralności. Historycznie początków tej etyki można szukać w przysiędze Hipokratesa. W średniowieczu jego etyka medyczna została połączona z tym, co wniosła religia chrześcijańska. Od tego czasu poprzez stulecia tego typu etyka medyczna, przekraczając granice kultur i narodów, łączyła lekarzy i tworzyła wspólnotę wartości na fundamencie cnoty dobroczynności, szacunku dla życia i wrażliwości wobec chorych[362].

Około pół wieku temu rola cnót w etyce medycznej zaczęła się zmniejszać z trzech powodów. Po pierwsze zapropono-

---

[360] I. Murdoch, *Metaphysics as a guide to morals*, Penguin Press, New York 1992, s. 481.

[361] T. Biesaga, *Niepowodzenia nowożytnego i współczesnego projektu etyki*, dz. cyt., s. 133–142; tenże, *Alasdaira MacIntyre'a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej*, dz. cyt., s. 3–14.

[362] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 264.

wano etykę czterech zasad T. Beauchampa i J. Childressa[363], która wielu lekarzom wydawała się bardziej przydatna w podejmowaniu klinicznych decyzji. Po drugie społeczno-polityczne zmiany, powszechna edukacja, chęć demokratycznego uczestnictwa w podejmowaniu działań, zasłużona czy mniej zasłużona krytyka autorytetów skierowały opinię publiczną w stronę etyki bazującej na autonomii pacjenta i na kontraktualistycznych relacjach między pacjentem a lekarzem (*on autonomy-based, contractual relationships*). Relacje polegające na wzajemnej więzi i zaufaniu (*trust-based*) zeszły na dalszy, mało ważny plan. Po trzecie, religijny i filozoficzny konsensus stojący u podstaw etyki medycznej został osłabiony w kulturze zachodniej[364].

Dziś etyka lekarska ulega stopniowej destrukcji. „Przysięga Hipokratesa, która stanowiła szkielet tradycyjnej etyki medycznej, jest w niebezpieczeństwie całkowitego rozmycia". Zdaniem niektórych bioetyków, m.in. Roberta Veatcha, przysięga ta jest czymś martwym i bezużytecznym[365]. Społeczeństwo optuje bowiem za autonomią i kontraktualistycznie formułowanymi zaleceniami. Dziś trudno znaleźć jakiś wspólny zbiór norm, cnót, który mógłby charakteryzować dobrego lekarza. W związku z pluralizmem, relatywizmem

---

[363] T. L. Beauchamp and J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, wyd. 1, Oxford University Press, New York 1979; ciż, *Principles of biomedical ethics*, wyd. 3, Oxford University Press, New York 1989.

[364] E. D. Pellegrino, *Rationing health care: the ethics of medical gatekeeping*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy" 2 (1986), s. 23–45; tenże, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 264.

[365] R. M. Veatch, *The Hippocratic ethic is dead*, „The New Physician" 1984, s. 41–42, 48; tenże, *Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict*, Georgetown University Press, Washington DC 2012.

i prywatyzacją moralności, etyka cnót winna się oprzeć na samej relacji lekarz–pacjent, relacji, która ma służyć uzdrawianiu (*the healing relationship*). Trudno przewidzieć, czy z tego punktu rozwinie się ona w kierunku jakieś filozoficznie uzasadnionej etyki normatywnej.

Potrzebę obecności cnót w etyce medycznej ujawniła krytyka etyki zasad (*principle-based ethics*)[366]. Dostrzeżono abstrakcyjny charakter podawanych pryncypiów, oderwanie ich od kontekstu i złożoności podejmowania decyzji klinicznych. Stwierdzono, że pryncypizm rozwija *quasi*-legalistyczną, przeracjonalizowaną etykę, w której tłumi się podstawowe odniesienia do chorego, ignoruje się współczucie i moralną, kreatywną aktywność. Po drugie odrzucono brak związku i uzasadnień wybranych pryncypiów w jakimś systemie filozoficznym. Bez takich uzasadnień nie da się rozwiązać konfliktu między *prima facie* obowiązkami. Po trzecie zauważono, że w formułowaniu moralnych sądów nie można pominąć podmiotu moralnego: działającej osoby. Życie moralne jest charakterystyczne dla istot ludzkich. Stosowanie zasad, reguł, kazusów zależy od wchodzących w grę osób, które dokonują tych analiz. Intencja osoby, moralny charakter działającego nie może być oddzielony od jego zachowania. Odrzucając intencję i cnoty działającego, stawiamy słuszność czynu (*right*) ponad jego dobrem (*good*).

Etyka zawodowa w kwestii celu i dobra, o które chodzi w medycynie, może stwarzać lepsze warunki dla szerszej zgody niż etyka ogólna. Relacja leczenia jest bowiem wpisana w naturę medycyny, stąd stanowi ona fenomenologiczną podstawę dla etyki zawodowej. Normatywna teoria etyki jako

[366] K. D. Clouser and B. Gert, *A critique of principlism*, dz. cyt., s. 219–236.

leczniczej relacji realizowanej na bazie cnót wymaga – zdaniem Pellegrino – trzech składowych elementów: (1) teorii medycyny, w której definiuje się jej *telos,* czyli dobro medycyny jako specyficznej aktywności; (2) definicji cnoty w ramach tej teorii i (3) określenia grupy cnót wyznaczonych przez tę teorię dla realizacji dobra przez służbę zdrowia.

Pierwszym zasadniczym elementem jest teoria medycyny, w której analizuje się, jak to zostało już przedstawione, trzy fenomeny: (1) relację leczenia konstytuującą medycynę i opiekę zdrowotną jako specyficzny rodzaj ludzkiej aktywności, braną w kontekście aktualnej sytuacji klinicznej; (2) fakt choroby; (3) akt profesji medycznej i akt medycyny (akt leczenia)[367]. Drugim nieodzownym elementem jest definicja cnoty. Pellegrino definiuje cnotę „jako cechę charakteru (*as trait of character*), która habitualnie dysponuje tego, którą ją posiada do doskonałej intencji i czynu respektującego *telos* tej specyficznej ludzkiej aktywności. Cnota daje rozumowi siłę, aby dostrzec i zaakceptować motywację zmierzającą w doskonały sposób do osiągnięcia moralnego celu. […] Są to cnoty rozumiane (w sensie MacIntyre'a), jako «wewnętrzne» danej praktyce. Ich posiadanie określa dobrą pielęgniarkę lub lekarza"[368]. Trzecim z wyróżnionych elementów jest sformułowanie listy cnót dobrego lekarza, pielęgniarki, pracowników służby zdrowia. Cnoty te winny być formułowane i określane w kontekście ich związku z celem medycyny. Edmund Pellegrino wymienia takie cnoty, jak: wierność pokładanemu zaufaniu i obietnicom (*fidelity to trust and promise*)*;* dobroczynność

[367] E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* dz. cyt., s. 267.
[368] Tamże, s. 268.

(*benevolence*); niwelowanie własnego interesu (*effacement of self-interest*); współczucie i troska (*compassion and caring*); intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*); sprawiedliwość (*justice*) i roztropność (*prudence*)[369].

Cnoty te opisuje on w kontekście relacji lekarz–pacjent. Zasadnicze dla tej relacji są zaufanie i realizacja złożonych pacjentowi obietnic. Chory nie ma wyboru, musi zaufać lekarzowi. Na lekarzu ciąży natomiast odpowiedzialność, aby tego zaufania nie zawieść. Dobroczynność winna się realizować na tej właśnie płaszczyźnie. Aby owego zaufania nie zawieść, lekarz musi trzymać w ryzach tendencje do realizacji swojej korzyści, własnego interesu. Pacjent nie może być przedmiotem realizacji siły, prestiżu i korzyści. Współczucie i troska sprzyjają zaufaniu i je wzmacniają. W tym kontekście należy również rozumieć sprawiedliwość. Pierwszorzędna jest tu sprawiedliwość wobec osoby pacjenta, a nie wobec bezosobowych struktur społecznych, instytucji i organizacji medycznych. Nie wyklucza się tej drugiej perspektywy, ale pierwszą traktuje się jako pierwotną i nieodzowną dla przymierza zaufania (*covenant of trust*).

Edmund Pellegrino dość obszernie opisał cnoty w swojej książce *The virtues in medical practice* (1993)[370]. Mamy w niej przedstawione kolejno: zaufanie (*fidelity to trust*), współczucie (*compassion*), roztropność (*phronesis*), sprawiedliwość (*justice*), odwagę (*fortitude*), umiarkowanie (*temperance*), integralność (*integrity*) i samoograniczenie (*self-effacement*). Ponieważ zasadniczą zasadą etyki E. Pellegrino jest dobroczynność w zaufaniu, z wszystkich cnót przyjrzymy się właśnie cnocie zaufania.

---

[369] Tamże, s. 269–270.
[370] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt.

Bez zaufania nie jest możliwe życie społeczne. Człowiek jest bowiem z natury skierowany do funkcjonowania we wspólnocie osób i do osobowych więzi. Wspólnoty nie da się zbudować na relacjach „wróg", „nieprzyjaciel", lecz na relacjach „bliźni". Usunięcie zaufania paraliżuje nasze działanie i nie pozwala budować nadziei na przyszłość. W zaufaniu komuś jesteśmy jednak zależni od czyjeś dobrej woli i dobrych motywacji. Jesteśmy przez to wystawieni na zranienie (*to become vulnerable*)[371]. Ze względu na ryzyko zależności od drugiego, zaufanie jest problematyczne. „Zaufanie staje się jeszcze bardziej problematyczne, kiedy podlegamy specyficznej zależności w chorobie, dzieciństwie lub w starszym wieku, lub kiedy potrzebujemy leczenia, sprawiedliwości, duchowej pomocy, lub nauczenia się czegoś"[372]. W takiej sytuacji musimy zaufać ludziom danej profesji. Obdarzamy zaufaniem lekarzy, prawników, duchownych, nauczycieli, aby móc skorzystać z ich wiedzy i zdolności. Jesteśmy zależni od tego, czy będą oni wierni pokładanemu w nich zaufaniu. Ufamy, że zaradzą oni naszej egzystencjalnej słabości i nie wykorzystają jej dla swych celów.

Etyka zawodowa pielęgnowała to zaufanie jako zasadniczą, istotną cechę moralności poszczególnych profesji, których przedstawiciele bezpośrednio troszczą się o człowieka. Ostatnio odwoływanie się do zaufania w etyce zawodowej zostało mocno podane w wątpliwość, potraktowane jako iluzja, propozycja, której w żaden sposób nie można zrealizować. Postawa braku zaufania, podejrzliwości zaczęła zwyciężać. W miejsce bliższych, osobowych relacji zaufania zaproponowano

[371] Tamże, s. 65.
[372] Tamże.

relacje kontraktu i jego realizacji. W etyce kontraktualistycznej relacja lekarz–pacjent została sprowadzona do aspektu czysto formalnego, handlowego. Lekarz nie powinien wchodzić w bliższe więzi z pacjentem. Należy zawrzeć z nim kontrakt, powołać rzecznika pacjenta lub inne instytucje do śledzenia procedury kontraktu, działania lekarza i doradzania pacjentowi. Lekarz winien skupić się na poprawnym wypełnianiu kontraktu zgodnie ze standardami przewidzianej procedury. Etykę nieufności podpiera się dziś zarówno faktami empirycznymi, analizami opisującymi pewne negatywne zjawiska, jak i argumentami teoretycznymi. „W rzeczywistości zawodowej etyka nieufności – stwierdza Pellegrino – jest niebezpieczna, niszczy sama siebie, i ostatecznie w praktyce jest nie do zrealizowania. Świadczy to o tym, że zaufania nie da się wykorzenić, i że należy tym bardziej zbudować etykę zawodową na tym właśnie fundamencie”[373].

Zaufanie, zdaniem omawianego autora, to nie tylko rzeczywistość psychiczna czy społeczna, ale również międzyosobowa, moralna. Relacja osoby ufającej i tej, której się ufa zawiera następujące istotne elementy: pierwszym elementem jest przeświadczenie, że oczekiwania tego, który ufa zostaną przez drugiego spełnione. Drugim elementem jest to, że osoba, której się zaufało, *implicite* lub *explicite*, obiecuje działać dla dobra osoby ufającej. Trzecim elementem jest przekonanie, że konieczna jest roztropna swoboda działania osoby obdarzonej zaufaniem, aby mogła realizować to, co jej powierzono. Końcowym elementem jest wiara w dobrą wolę (*benevolence*) i dobry charakter (*good character*) osoby, której zawierzyliśmy.

[373] Tamże, s. 67.

Każdy człowiek szuka lekarza jako fachowej pomocy wtedy, gdy zauważa symptomy jakiejś choroby. Potrzebując pomocy, w tym względzie staje się pacjentem. Nie może już sam sobie radzić, lecz dźwigając ciężar bólu, niepokoju i cierpienia zwraca się po fachową pomoc, ufając, że wiedza lekarza i jego umiejętności są gwarancją skutecznej pomocy. Zaufanie w tej sytuacji jest czymś więcej niż zwykłą ufnością innym ludziom. Jest ono podobne do tego, jakie pokładamy w pilotach samolotów, strażakach, policjantach, od których zależy nasze bezpieczeństwo i życie[374]. W tych przypadkach stykamy się z czymś, co Niklas Luhmann nazywał „systemem zaufania". Nie znamy tych osób, bezpośrednio nie nawiązujemy z nimi kontaktu, lecz ufamy im na zasadzie zaufania do systemu społecznych struktur, a więc do tego, że zostali do tej roli dobrze przygotowani, mają odpowiednie kompetencje i spełnią nasze oczekiwania.

W relacjach lekarz–pacjent też można wyróżnić zaufanie do struktur społecznych, do uniwersytetów medycznych, które kształcą i dają odpowiednie uprawnienia, do szpitali, które dbają o dobre funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i osiągnięcia w leczeniu. Niemniej osobowy, bezpośredni i niejako intymny kontakt z lekarzem w powierzaniu siebie sprawia, że w relacji tej bierzemy pod uwagę nie tylko jego tytuły naukowe, ale i cechy osobowe, a szczególnie charakter. W wyborze lekarza posiadamy więcej wolności niż w wyborze pilota samolotu. Konsultacja z kilkoma lekarzami oraz z ich pacjentami pozwala nam sprawdzić ich osobowe i zawodowe referencje. Zaufanie do osoby lekarza rodzi się jako pierwsze,

[374] Tamże, s. 68.

ważniejsze. Może być ono oczywiście wzmocnione zaufaniem do instytucji medycznych jako takich.

Relacja lekarz–pacjent jest szczególna dlatego, że w leczeniu trzeba odsłonić swoje prywatne życie wobec nieznanego człowieka. Odsłania się również życie społeczne, zawodowe czy rodzinne. Trzeba ujawnić swoje słabe strony, zarówno cielesne, jak i psychiczne, a nawet duchowe. „Nasze wady, fobie i słabości są ujawniane komuś obcemu. Nawet moje życie i umieranie angażuje jego uwagę i domaga się jego rady”[375]. W tym wypadku wiara w system społeczny niewiele daje. Z naszym egzystencjalnym dramatem stajemy wobec konkretnego człowieka. Zawierzenie jemu może stworzyć przestrzeń bezpieczeństwa i nadziei. Oczekujemy czegoś więcej niż bezpieczeństwa społecznego – oczekujemy osobistego zaangażowania lekarza i podjęcie starań o nasze dobro. Dajemy mu kredyt zaufania i prawo podejmowania niezbędnych do leczenia decyzji. Jednocześnie liczymy na to, że w swym postępowaniu nie zaniedba on tego, co niezbędne, ale nie przesadzi on też w swoich ingerencjach medycznych. Wzajemne zaufanie ma służyć konkretnemu celowi tych działań, tzn. wyzdrowieniu.

„Musimy również ufać, że nasza słabość, podatność na zranienie nie będzie wykorzystana dla czyjeś władzy, zysku, prestiżu lub przyjemności. Większa wiedza lekarza czy prawnika oraz ich umiejętności praktyczne decydują o nierówności tej relacji. Nawet jeśli ktoś z nas byłby lekarzem lub prawnikiem, nasza zdolność obiektywności jest ograniczona przez chorobę lub przez proces sądowy. Wiemy, że możemy być oszukani lub skłonieni do takiej decyzji, jakiej chcą prawnik czy lekarz, a to

[375] Tamże.

dlatego, że oni wybierają fakty odnośnie tego, co trzeba zrobić aby nam pomóc"[376]. Możemy oczywiście sami wiele wyczytać o naszej chorobie czy dowiedzieć się o niej od innych pacjentów, ale ostatecznie musimy wybierać między swoim sądem a sądem lekarza, który w oparciu o wiedzę i oddanie się sprawie naszego wyleczenia proponuje, co trzeba uczynić.

Lekarz i osoby podobnych zawodów nie mogą funkcjonować bez przyznania im jakiegoś zakresu swobody działania. Zmniejszenie tej swobody jest oczywiście ograniczeniem możliwości dokonania zła, ale również możliwości zrealizowania dobra. Kiedy to, co było możliwe zostało powiedziane, przychodzi czas na działania lekarza. Nie da się przewidzieć i wcześniej omówić wszystkiego, co może się zdarzyć w procesie leczenia. Możemy sięgnąć do różnych książek medycznych, skonsultować się z ekspertami, którzy będą dawać różne propozycje. Możemy posłużyć się statystyką dotyczącą liczby osób wyleczonych i liczby pacjentów, u których operacja czy leczenie zakończyło się śmiercią. Pomijając kwestie obiektywności tej wiedzy i stosowania tych informacji w stosunku do konkretnego lekarza, w końcu i tak musimy wybrać i powierzyć się komuś, kto według nas zrealizuje nasze pragnienia i uszanuje wartości.

Nawet najbardziej sceptyczni pacjenci w końcu i tak muszą dojść do wniosku, że to lekarz jest tym, od którego zależy proces leczenia. To lekarz wypisuje zalecenia, przeprowadza procedurę, interpretuje uwagi innych członków służby zdrowia. Chcemy, aby był on adwokatem naszej sprawy, a nie tylko narzędziem polityki społecznej i ekonomicznej. „W zależności od jego charakteru i wierności pokładanemu zaufaniu,

[376] Tamże.

może on potraktować pacjenta jako przedmiot statystyki, albo może stać się dla niego ostateczną ochroną przed takim systemem"[377].

Zaufania, zdaniem Pellegrino, nie można zastąpić kontraktem. Kontrakt może dać pacjentowi pewne poczucie bezpieczeństwa. W kontrakcie nie da się jednak wymienić wszystkich uwarunkowań. Należy zostawić możliwość swobody decydowania specjalistom, gdyż inaczej kontrakt może uniemożliwić realizację celu, dla którego został zawarty. Kontrakt oraz jego właściwe zastosowanie i realizacja nakreślonych w nim celów zakłada zaufanie do lekarza. „Poza tym cała koncepcja kontraktu między kimś, kto jest chory, kto doznał niesprawiedliwości, kto martwi się o swoje zbawienie a specjalistą, który może na te potrzeby odpowiedzieć jest iluzoryczna[378]. Kontrakt może być zawierany przez równych lub prawie równych sobie. Z taka równością nie mamy do czynienia w przypadku relacji z doktorem, prawnikiem, duchownym czy kapelanem"[379]. Kontrakt odwołuje się do zaufania. Zakłada bowiem wspólny interes, wspólne dobro. Chodzi jednak o to, aby lekarz wzniósł się ponad prakseologię kontraktu i nie tyle formalnie, minimalistyczne i asekuracyjnie trzymał się litery kontraktu, co poświęcił swą uwagę pacjentowi i dynamicznej rzeczywistości choroby i zależności, w jakiej pacjent się znalazł.

Zarówno empirycznie, jak i racjonalnie można potwierdzić, że zaufania nie da się wykorzenić ani ze stosunków

---

[377] Tamże, s. 69.

[378] W. F. May, *The physician's covenant,* Westminster Press, Philadelphia 1983.

[379] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt., s. 70.

międzyludzkich, ani z relacji między pacjentem a lekarzem Etyka medyczna zbudowana na nieufności i podejrzliwości ostatecznie prowadzi do zniszczenia dobra, o które w niej chodzi. Niemniej fenomen zaufania jest rzeczywistością kruchą. Wiele zjawisk społecznych może zniszczyć tę niezbędną, ale delikatną sferę. Zniszczenie to jest szkodliwe zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. „Nieufność wobec specjalistów, szczególnie lekarzy i prawników nie jest czymś nowym. Ich chciwość, przekupność, niekompetencja, nieuczciwość i brak wrażliwości nie są rzadkością"[380]. Wiele z tych ocen jest usprawiedliwionych. Wyrastają one z trudnego doświadczenia chorych. W części są one uzasadnione nadużyciami lekarzy wobec pacjentów, w części buntem chorych wobec losu, który rzuca ich w ręce lekarzy i zmusza do płacenia za ich usługi. Lekarze ciągle wystawieni są na frustrację chorych, która rodzi się z utraty wolności i bezsilności wobec losu[381].

Nieufność wobec lekarzy, jak twierdzi Pellegrino, gwałtownie wzrosła w ostatnich trzech dekadach minionego stulecia. Przyczyniło się do tego wiele faktów z zewnątrz jak i z wewnątrz medycyny, które doprowadziły do kryzysu etyki zawodowej. Są to: komercjalizacja usług medycznych poprzez reklamę i biura usługowe, gwałtownie rosnące dochody niektórych lekarzy, akceptacja podejmowania przez lekarzy od 5 do 9 prac poza szpitalem, stosowana rynkowa praktyka szpitali i pewne grupy lekarzy: „zapłać przed leczeniem" itp. W konsekwencji wśród pacjentów umacnia się przekonanie,

---

[380] Tamże, s. 71. Zob. też M. B. Mahowald, *The physician*, [w:] *The power of the professions*, red. R. W. Clarke and R. O. Lawry, University Press of America, Lanham MD 1988, s. 119–131.

[381] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt., s. 71.

że lekarze są coraz mniej dostępni, mniej interesują się pacjentami, a bardziej niż dotychczas dążą do zdobywania pieniędzy. W tej sytuacji chorzy na własną rękę poszukują przyczyn choroby, domagają się od swych lekarzy niekończących się informacji o proponowanych badaniach i w końcu sami zalecają lekarzowi, które wybrać. Wzajemne zaufanie zastąpiono podejrzliwością. Pacjent i lekarz podchodzą do siebie jak do potencjalnych wrogów, a nie jak do przyjaciół[382]. „Pacjent spostrzega lekarza jako tego, który coraz mniej interesuje się nim samym, a coraz bardziej jego pieniędzmi, coraz mniej zainteresowany jest służbą w szpitalu, a coraz bardziej czasem poza tą służbą"[383].

Oczywiście można dostrzec również pozytywne przemiany w medycynie. Większe wykształcenie społeczeństwa, większa niezależność decyzji pacjentów, przeciwstawienie się paternalizmowi specjalistów. Jest to krok w kierunku dojrzalszych i uczciwszych stosunków lekarz–pacjent. Na tym tle rodzi się jednak coraz trudniejszy do rozwiązania problem związany z absolutyzacją autonomii pacjenta. Lekarz coraz częściej musi stawać w obronie swego moralnego prawa odrzucenia tego, co nieetyczne. „Coraz trudniej wyznaczyć granicę między właściwą ochroną autonomii pacjenta, a niebezpieczeństwem deprecjacji ekspertyz medycznych"[384].

Oprócz niesprzyjających zjawisk, poważnym zagrożeniem jest teoretyczne i praktyczne rozwijanie etyki nieufności[385]. Teoretyczny atak na prawdziwą koncepcję zaufania

[382] Tamże, s. 72.
[383] Tamże, s. 71.
[384] Tamże, s. 72.
[385] E. D. Pellegrino, *Trust and distrust in professional ethics*, dz. cyt., s. 78nn.

oraz wykluczanie możliwości zaufania w relacjach między pacjentem a lekarzem jest, zdaniem Pellegrino, destrukcyjne. Trudno osiągnąć wyleczenie, przywrócenie do pełni funkcjonowania osobowego, jeśli pacjent będzie podejrzliwy wobec motywów i metod tego, który go leczy. Czy parafianin może pojednać się z Bogiem, jeśli nie potraktuje duszpasterza jako właściwego pośrednika duchowego uzdrowienia? Stąd też zaufanie do tych, którzy pełnią podobne posługi względem człowieka jest niezbędne. Ono umożliwia realizację uzdrowienia.

Etyka nieufności rozwija przekonanie, że medycyna i lekarze nie znają innych wartości poza tymi związanymi z ich dziedziną. Trzeba jednak stwierdzić, że lekarze też są ludźmi i to, co ludzkie, nie jest im obce. Nie ma faktów oderwanych od wartości. Lekarze wiążą więc fakty medyczne z wartościami. Etyka nieufności odrzuca stanowisko, że z profesją lekarską związana jest moralność wewnętrzna tej aktywności, a wręcz kwestionuje jej istnienie. Zaprzecza etosowi medycznemu, temu, że to właśnie profesja medyczna sama z siebie domaga się uczciwości, współczucia, wierności pokładanemu zaufaniu, trzymaniu w ryzach namiętności i własnych korzyści. Twierdzi, że istnieją tylko różne filozoficzne systemy etyczne i z nich medycyna i poszczególni lekarze wybierają sobie to, co im jest wygodne. Dlatego etyka nieufności (*ethics of distrust*) w pierwszej kolejności poszukuje dla obu stron – pacjenta i lekarza – jakiejś instancji obronnej. Za taką ma uchodzić kontrakt. Wobec obu stron staje ktoś trzeci, rzecznik pacjenta, rzecznik kontraktu. W ten sposób wycofujemy zaufanie względem lekarza i obdarzamy nim naszego rzecznika. Relacja z lekarzem staje się relacją formalno-prawną. Trudno powiedzieć dlaczego rzecznik, który przecież szuka korzyści, podlega naciskom społecznym czy naciskom

rodziny, mógłby lepiej prowadzić leczenie niż lekarz. Sytuacja lecznicza pacjenta komplikuje się jeszcze bardziej. Chory rzucony jest między różne opinie jego świeckich adwokatów i opinie lekarza. Ten ostatni, pod naciskiem rzecznika kontraktu, a wraz z tym pod naciskiem różnych tendencji ekonomicznych, społecznych czy rodzinnych, może się asekurować i dążyć nie tyle do wyleczenia, ale do tego, co przeważa w tych tendencjach. Formalna, legalistyczna, kontraktualistyczna relacja prowadzi do minimalizmu[386]. „Lekarze będą ograniczać swoje zaangażowanie do tego, co literalnie zapisano w umowie. Czują się zwolnieni z funkcji tego, który wspiera, doradza i chroni dobro pacjenta"[387]. Etyka kontraktualistyczna stawia u swych podstaw zysk. Wykluczona jest jakaś pozaplanowa posługa pacjentowi, która wymagałaby czegoś, co nie przyniesie lekarzowi korzyści.

W propagowaniu etyki nieufności popełnia się wiele logicznych błędów. To, że niektórzy lekarze zawiedli pokładane w nich zaufanie nie przekreśla, że inni są mu wierni. „To, że zaufanie nie może być z góry zagwarantowane lub, że jest realizowane tylko w części, nie może prowadzić do wykorzenienia go ze stosunków międzyludzkich i z relacji zawodowych"[388].

W zaufaniu, w dialogu lekarza z chorym, kształtuje się pojęcie całościowego dobra pacjenta. Dobro medyczne dostrzegane przez lekarza jest tylko komponentem całościowego dobra pacjenta. Na lekarzu ciąży odpowiedzialność określenia dobra medycznego, ale pacjent nie powierza

[386] Tamże, s. 79.
[387] E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, dz. cyt., s. 73.
[388] Tamże.

mu określenia dobra całościowego. Od lekarza wymaga się dokładnej wiedzy, bycia ekspertem w tej dziedzinie. Winien on jednak zdawać sobie sprawę, że pacjent nie powierzył mu określenia całościowego dobra, do którego zmierza. Dobro medyczne winno być wkomponowane w dobro pacjenta – ale w określeniu tego dobra to nie lekarz, lecz właśnie pacjent jest ekspertem. Jest to bowiem jego świat wartości, jego dobro. Lekarz, budując relację zaufania, musi nauczyć się słuchać i rozumieć wyłaniające się całościowe dobro pacjenta. Ważną rolę w jego określaniu odgrywają wiek, płeć, zaangażowanie zawodowe, społeczne, kulturowe czy religijne chorego. Trzeba rozpoznać historię jego życia, system wartości i to, czemu się poświęcał i poświęca. Niełatwo określić całościowe dobro pacjenta i jego najlepszy interes. Lekarz winien być samokrytyczny, powinien dostrzegać swoje pomyłki i uczyć się, aby coraz lepiej umieć włączać dobro medyczne w całościowe dobro pacjenta[389].

W etyce zaufania lekarz od początku powinien być przyjazny i nawiązać kontakt z pacjentem. Powinien przyjąć go jako osobę wraz z tym, w jaki sposób może on i stara się sprostać próbie choroby, niesprawności czy śmierci. We wzajemnym dialogu może antycypować pewne sytuacje i być przez nie mniej zaskoczonym. W etyce zaufania lekarz jest obowiązany prezentować kliniczne dane zgodnie z osobowymi i zawodowymi możliwościami. Nie ma tu miejsca na kłamstwo, ale nie ma też miejsca na popisywanie się wiedzą techniczną. Potrzebne są informacje podawane na bieżąco, ale nie takie, które są niepewne i nieprzewidywalne. Lekarz nie powinien też absolutyzować swojej powierniczej roli. Jeśli światy

[389] Tamże, s. 76.

wartości pacjenta i lekarza wchodziłby w konflikt ze sobą, lekarz może ograniczać wejście w relacje współbrzmiącego zaufania albo nawet – z szacunkiem dla pacjenta – wycofać swój akces. Być może inny lekarz potrafi bardziej sprostać temu, czego pacjent oczekuje.

Etyka zaufania nie wyklucza procedur kontroli lekarzy, sprawdzania ich kompetencji, umiejętności kontaktu z pacjentem czy nawet uzależnień, jak alkoholizm czy inne. Traktuje zaufanie jako rzeczywistość między realnymi ludźmi. Przeciwstawia się tylko procedurom, w których kontrole miałyby na celu zniszczenie zaufania jako takiego. Etyka zaufania, dostrzegając przyczyny nieufności, podkreśla jednak również niezbędność zaufania. Dlatego opowiada się za odkrywaniem prawdziwej natury zaufania, jej humanistycznej i leczniczej funkcji. Etyka ta idzie dalej niż etyka zasad czy etyka obowiązków. Jest to etyka cnót, charakteru, którym powinni się odznaczać ludzie pewnych zawodów. Zmierza ona do pojednania autonomii i dobroczynności. Stawia jednak wymagania formacji swego charakteru jako człowieka i jako lekarza. Odwołuje się do wielkich wzorów, nauczycieli sztuki i moralności medycznej. Dobry charakter można ukształtować tylko w praktyce poprzez wychowanie i samowychowanie siebie[390].

W etyce zaufania trzeba być świadomym, że zaufanie jest rzeczywistością kruchą, którą łatwo utracić. Należy więc cierpliwie je budować, cierpliwie kształtować siebie. Cena jest wysoka. Dzięki takiemu postępowaniu mogą się realizować zarówno pacjent, jak i lekarz. Nieufność, podejrzliwość, legalizm, minimalizm nie są alternatywą, ale przegraną człowieka i medycyny.

---

[390] Tamże, s. 77.

Inne cnoty, które Pellegrino opisuje obok wierności w zaufaniu (*fidelity to trust*), takie jak współczucie (*compassion*), roztropność (*phronesis*), sprawiedliwość (*justice*), odwaga (*fortitude*), umiarkowanie (*temperance*), integralność (*integrity*) i samoograniczenie (*self-effacement*), usprawniają lekarza do pełnej realizacji jego profesji; bez nich sama wiedza techniczno-medyczna nie wystarczy, aby dobrze spełniać swoją misję, aby być dobrym lekarzem. Prawo stanowione, kontrakt może oczywiście wymusić na lekarzu pewien zakres usług, ale jest to zakres minimalistycznej, a nie maksymalistycznej opieki lekarskiej.

Maksymalizm tej etyki zwiększają cnoty chrześcijańskie: wiara, nadzieja, miłość. Ta ostatnia (*charity, agape*) przenika powołanie lekarskie, nadając mu specyficzny wymiar służby człowiekowi i Bogu. Swoistość tej perspektywy analizuje Pellegrino jako agapeistyczną etykę chrześcijańską i katolicką (*charity-based ethics*), wskazując, jak wpływa ona na sposób realizacji zasad etyki medycznej[391].

---

[391] Zob. E. D. Pellegrino, *The Christian virtues in medical practice*, dz. cyt.; tenże, *Agape and ethics: some reflections on medical morals from a catholic Christian perspective*, [w:] *Catholic perspectives on medical morals*, red. E. D. Pellegrino, J. P. Langan, J. C. Harvey, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht–Boston–London 1989, s. 277–300; E. D. Pellegrino, *Healing and being healed: A Christian perspective*, [w:] *Jewish and catholic bioethics: an ecumenical dialogue*, red. E. D. Pellegrino, A. I. Faden, Georgetown University Press, Washington DC 1999, s. 115–126; E. D. Pellegrino, D. Thomasma, *Helping and healing: religious commitment in health care*, dz. cyt.

ROZDZIAŁ 2

Roberta M. Veatcha kontraktualistyczne podstawy etyki medycznej

2.1. Kontekst biograficzny

Robert M. Veatch w autobiograficznym artykule *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person* sam ujawnia pewne wydarzenia, procesy i fakty, które wpłynęły na jego myślenie filozoficzne[1]. Były to studiowane przez niego dyscypliny naukowe, wykładowcy uczelni, kontakty z bioetykami z którymi pracował, wybrani przez niego myśliciele, z którymi sympatyzował oraz różne wydarzenia związane z rozwojem biotechnologii, medycyny oraz prawa, struktur społecznych i politycznych. W jego wykształceniu, w rozwoju naukowym oraz tworzonej przez niego propozycji etyki medycznej ujawniają się zarówno amerykański system kształcenia, jak i amerykański liberalizm polityczny i angloamerykańskie główne nurty filozoficznego myślenia.

---

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

Pierwsze zainteresowania skierowały go w kierunku studiów nauk medycznych. Nie chodziło mu jednak o zdobycie zawodu lekarza, o praktykowanie profesji medycznej, ale o krytyczne spojrzenie na tę profesję z zewnątrz, ze strony pacjenta, lub ze strony niezależnego obserwatora. „Świadomie zdecydowałem się – pisze – nie iść do szkół medycznych, ponieważ chciałem być identyfikowany z pacjentami. […] Planowałem znaleźć drogę rozwoju kariery, w której można by połączyć dwa główne moje zainteresowania: z jednej strony zainteresowanie naukami medycznymi, z drugiej – religią, filozofią i etyką”[2].

Współczesne mu nauki empiryczne prowokowały go do poszukiwań nowych odpowiedzi w kwestii empirycznych podstaw sądów etycznych. Najpierw chciał studiować psychologię doświadczenia etycznego, gdyż rodzące się nauki o mózgu inspirowały go do poszukiwań odpowiedzi na pytanie, jak powstają sądy, w tym sądy etyczne. Przypuszczał, że stabilność sądów etycznych w dłuższym czasie może być powodowana tym, że powstają one i są zachowane w mózgu. Jeżeli zapisy mózgowe gwarantują istnienie określonych sądów, to ich zmiana byłaby możliwa przez zmianę owych zapisów. Należałoby więc ustalić, czy sądy etyczne można zredukować do elektrycznych procesów w mózgu oraz czy tą drogą można kształtować i rozwijać moralność.

W 1961 roku Veatch włączył się w program studiów neurofarmakologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco. Zajął się studiowaniem neurofizjologii analgetyków morfinopochodnych. Nie chodziło mu o terapię uzależnionych od narkotyków, ale o wnioski z obserwacji euforii narkotycznej,

[2] Tamże, s. 347.

służące do stworzenia biologicznego modelu, przydatnego dla studiowania wartościujących doświadczeń. Chodziło mu o to, czy chemiczny wpływ pewnych substancji, które prowadzą do euforii, na sformułowanie sądu „I like it", „lubię to", można uznać za transkulturową podstawę dla prostych sądów wartościujących. Fizjologia etyki byłaby więc dość poważną odpowiedzią w kwestiach warunków czy podstaw sądów wartościujących. Zainteresowania tym ogromnym, trudnym do zrealizowania projektem nigdy nie stracił.

Wkrótce jednak Veatch zajął się całkiem innym, można powiedzieć: radykalnie odmiennym podejściem do etyki. Nie chodziło w nim o analizę sądów wartościujących od strony chemii, biologii i fizjologii, ale od strony religii i filozofii. W tym celu zapisał się na studia na tym kierunku na Uniwersytecie Harwardzkim. Po sześciu latach uzyskał dyplom B.D. oraz Ph.D. W tym samym czasie otrzymał propozycję pracy u Daniela Callahana w Instytucie Społeczeństwa, Etyki i Nauk o Życiu w Hastings nad rzeką Hudson w Nowym Jorku, który to instytut miał się zająć etyką medyczną. Od razu stał się jedną z głównych postaci tego ośrodka. „Owe sześć lat w Harvardzie wraz z dziesięcioma latami spędzonymi w Hastings – pisze – stały się podstawowe w moim intelektualnym rozwoju"[3].

Przed doktoratem jego nauczycielami w kwestiach etyki religijnej byli: Ralph Potter, Arthur Dyck, Harley Cox oraz Luter Adams; w kwestiach etyki filozoficznej: John Rawls, Roderick Firth, w kwestiach socjologii medycyny, kultury i zawodów: Talcott Parsons, Renee Fox, Robert Bellah, Donald Warwick, Herbert Kelman i Stanley King. Farmakologii uczyli go Harry

[3] Tamże.

Beecher i Robert Featherstone a etyki – Joseph Fletcher. Na konferencjach w Cambridge w Washingtonie stykał się również z Paulem Ramseyem.

Po przybyciu na Harward został włączony przez Beechera do jego grupy dyskusyjnej. Ważne w jego rozwoju były również spotkania z takimi naukowcami jak: Potter, Dyck, Fox, Kelman, Warwick i Beecher oraz Daniel Callahan i Willard Garlin. Przedostatni z wymienionych otrzymał w tym czasie dyplom z filozofii na Harwardzie, a ostatni działał jako psychiatra w sąsiedztwie, w Hastings[4].

W roku 1970 Veatch ukończył doktorat, a w tym czasie Daniel Callahan i Willard Garlin przygotowywali się do otwarcie swego instytutu w Hastings. Jedna z dyskusji z D. Callahanem skończyła się przedstawieniem Robertowi oferty pracy w owym instytucie. Od tego czasu Veatch pracował jako Dyrektor Programu Etyki Medycznej, Programu Nauczania opracowanego przez Instytut Lekarzy i Chirurgów Uniwersytetu Columbia. Kierował on grupą badawczą zajmującą się śmiercią i umieraniem, demografią oraz etyką i polityką zdrowia.

Jako członek kierownictwa Instytutu w Hastings znalazł się w dobrym środowisku dla wykładania i rozwijania etyki medycznej. Swoje uczestnictwo w konwersacjach z setkami fascynujących i wpływowych osobistości w dziedzinie etyki biomedycznej wspomina z wielką satysfakcją. „W grupie badawczej nad problematyką śmierci i umierania byli m.in. Potter, Beecher, Callahan i Garlin, lecz także Hans Jonas, Paul Ramsey, William F. May, Robert Morion, Leon Kass,

[4] Tamże.

Alex Kapron i pracownik kierownictwa instytutu Marc Lappe"[5]. To właśnie impulsy tej grupy przyczyniły się do opracowania przez Veatcha książki *Death, dying, and the biological revolution*[6].

Na jego karierę wpłynęła również propozycja, by zajął się opracowaniem stanowiska w dwóch kazusach prawnych. W The Hastings Center Report przeprowadził on analizę przypadku Bruce'a Tuckera, którego prawa nie były przestrzegane, kiedy to chirurg, bez wymaganego pozwolenia jego rodziny, wyjął jego serce z przeznaczeniem do transplantacji. Dwa lata później Veatch został powołany na konsultanta w słynnym kazusie Karen Quinlan. Był to bardzo trudny przypadek określenia praw pacjenta i rodziny w kwestii decyzji w stanach terminalnych. Występował on również jako ekspert w innych rozprawach sądowych dotyczących m.in. anencefalicznego dziecka, którego matka domagała się dla niego uporczywych środków podtrzymywania życia. Mimo, że nie podzielał stanowiska matki, był adwokatem jej decyzji, przeciwstawionej rozstrzygnięciom wydawanym w zamkniętym kręgu profesjonalistów – lekarzy.

Badania prowadzone w grupie zajmującej się demografią na długo zainteresowały Veatcha liberalną polityką dotycząca populacji, w tym trudną międzynarodową polityką populacyjną i rozwojem etyki nauk o życiu[7].

W 1975 roku powstała grupa badawcza zajmująca się etyką i polityką zdrowia. Przekraczając krytykę paternalizmu

---

[5] Tamże, s. 348.

[6] R. M. Veatch. *Death, dying, and the biological revolution*, Yale University Press, New Haven CT 1976.

[7] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 348.

i postulowanie autonomii pacjenta, chciała ona określić przyszłe problemy etyczne. Chodziło o to, jak przekroczyć owo uwikłanie w spór o autonomię lekarza i autonomię pacjenta i zająć się pojawiającymi się na horyzoncie poważniejszymi i narastającymi problemami etycznymi. Veatch dostrzegł taką możliwość w rozwiązaniu problemu dostępu do opieki zdrowia, rozlokowania brakujących środków medycznych oraz sprawiedliwego udostępniania usług medycznych[8]. To właśnie uczestnictwo we wspomnianej grupie badawczej skierowało go do zajęcia się sprawiedliwością w służbie zdrowia i z tego względu krytyką etyki hipokratejskiej jako etyki indywidualistycznej, uniemożliwiającej rozwiązywanie kluczowych problemów naszych czasów[9]. W krytyce tej inspirował się teorią sprawiedliwości i filozofią polityki J. Rawlsa. „Podstawową rolę w tym – pisze Veatch – odegrał mój nauczyciel John Rawls i Roderick Firth. Moim zamiarem stało się pogodzenie w teorii sprawiedliwości Rawlsa metody społecznego kontraktu z moim przekonaniem, że zasady etyczne powinny być traktowane jako preegzystujące (*as preexisting*) w konstrukcji moralnego świata. Obydwaj oddziałali na mnie i inspirowali mnie w rozwinięciu społecznego konstruktywistycznego podejścia do norm etycznych (*a social constructivist account*), opierającego się na empirystycznej metaforze uczestnictwa w grupie idealnych, naukowych obserwatorów moralnej rzeczywistości (*group of ideal scientific observers*)”[10].

Medyczne wykształcenie Veatcha popychało go w kierunku empirycznego rozwiązywania problemów etycznych. Jego

[8] Tamże, s. 348.
[9] Tamże.
[10] Tamże, s. 348–349.

filozoficzne i religijne studia sprzyjały użyciu pozaempirycznych metod. Znalazł je w metaforze społecznego kontraktu J. Rawlsa, w perspektywie idealnego, bezstronnego obserwatora. W ten sposób nauka i religia mogły się spotkać bez większego konfliktu. Ku akceptacji kontraktualizmu demokratycznego, jak sam zaznacza, kierowały go, jako protestanta, jego przekonania religijne o słabości i ograniczoności ludzkiej natury. Zaproponowany przez niego sposób uzasadniania norm etycznych mógł być stosowany zarówno przez ludzi religijnych, jak niereligijnych, mógł posłużyć do budowania zarówno etyki religijnej, jak i sekularystycznej, świeckiej[11].

Ważnym etapem rozwoju naukowego Veatcha były lata spędzone w Instytucie Etyki Kennedych na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie. W roku 1979 R. Veatch został seniorem w The Hastings Center (nazwa ta przyjęta została w tym właśnie roku) i mógł podjąć również inne zajęcia. Stanął wobec wyboru: zostać zastępcą dyrektora Hastings Center czy przyjąć stanowisko dyrektora Instytutu Etyki Kennedych. W tym czasie dyrektor tej drugiej instutucji – Andre Hellegers nagle zmarł, a Jim Childress opuścił ośrodek, przechodząc na Uniwersytet Virginia. W tej sytuacji R. Veatch zdecydował się zostać dyrektorem tego instytutu. Od czasu przeniesienia się w październiku 1979 roku do Instytutu Etyki Kennedych w Waszyngtonie, miejsce to stało się dla niego nowym środowiskiem intelektualnym.

Przed opuszczeniem Hastings Veatch otrzymał kontrakt na napisanie książki, która ukazała się drukiem w 1981 roku pod tytułem *A theory of medical ethics*[12]. Dzieło to stało się

[11] Tamże, s. 349.
[12] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, Basic Books, New York 1981.

zasadniczą propozycją podstaw jego etyki medycznej. Jak sam zaznacza, pierwsza część książki dotyczyła przeglądu różnych teorii etycznych związanych z religią i sekularnymi systemami etycznymi, które mogłyby posłużyć do podejmowania decyzji w sferze związanej z medycyną. „Chciałem zapytać ludzi, zarówno lekarzy jak też świeckich – wyjaśnia swoje poszukiwania – czy chcieliby podejmować decyzje na bazie hipokratejskiego systemu, czy też na podstawie światopoglądu religijnego czy świeckiego"[13]. Dla podejmowania takich decyzji sam skonstruował i zaproponował metodę tzw. potrójnego kontraktu społecznego (*triple social contract*)[14].

W wypracowaniu tej propozycji pomogły Veatchowi, jak sam zaznacza, nie tylko dzieła Johna Rawlsa czy teoretyków etyki filozoficznej I. Kanta i W. D. Rossa, ale geniusz brytyjskich empirystów, a wśród nich prace Johna Wesleya. Szczególnie oddziałali na jego myślenie tzw. społeczni konstruktywiści (*social constructivists*), tacy jak Thomas Kuhn, Ludwik Fleck, rozwijający ten typ myślenia na terenie historii nauki i medycyny; Peter Berger i Thomas Luckmann – na terenie socjologii poznania; Wolfgang Kohler – na ternie psychologii postaci; Karl Popper i Paul Fayerabend – na terenie filozofii nauki[15]. Od nich czerpał inspiracje dla swego kontraktualizmu społecznego, a od Daniela Callahana – przekonanie o potrzebie sformułowania lepszej teorii dla etyki medycznej.

W 1970 roku D. Callahan, w ramach nauczania programu zaproponowanego przez Uniwersytet Kolumbia, polecił Veatchowi

---

[13] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 349.

[14] Tamże, s. 349–350.

[15] Tamże, s. 350.

przygotowanie i opracowanie przydatnego w nauczaniu zbioru kazusów. Zaowocowało to wydaniem przez Veatcha pozycji *Case studies in medical ethics*[16]. Owa etyka kazusów nie była po myśli Callahana, lecz była raczej pomysłem Veatcha. Po wydaniu pierwszej pozycji planował on publikację następnych. Wyjątkowość kazusów pozwalała mu analizować specyficzność podejmowanych decyzji ze strony pacjenta, rodziny, lekarzy czy farmaceutów. W duchu tych zainteresowań redagował on w „The Hastings Center Report" kolumnę studiów przypadków. Na początku Veatch traktował kazusy tylko jako ilustracje problemów pojawiających się w etyce medycznej. Później, wraz z rozwojem kazuistyki zauważył, że dobrze dobrane i analizowane kazusy zmuszają etykę do większej precyzji i różnicowania swych szczegółowych sądów. Od sceptycznego stanowiska w kwestii roli przypadku w budowie teorii etycznej przeszedł on do przekonania o olbrzymim wpływie przypadków na powstanie wyrafinowanej, bogatszej w niuanse i argumenty teorii etycznej[17].

Obok wspomnianych wpływów, na myślenie Veatcha dość silnie oddziałała zarówno judeochrześcijańska, protestancka tradycja, jak i sekularno-liberalna filozofia polityczna. Z tego punktu widzenia nie tylko cały czas krytykował ostro paternalizm etyki hipokratejskiej, ale całkowicie go odrzucał. „Tradycja hipokratejska – twierdził – reprezentuje nie tylko obskurny religijno-filozoficzno-naukowy kult grecki, ale jest błędna we wszystkim, co głosi"[18]. Trudno powiedzieć, czy tak radykalne potępienie etyki hipokratejskiej inspirowane było

[16] R. M. Veatch, *Case studies in medical ethics*, Harvard University Press, Cambridge MA 1977.

[17] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 350.

[18] Tamże, s. 350.

społeczno-politycznymi trendami w USA, czy też jego protestanckimi uprzedzeniami do filozofii Greków.

Odrzucenie etyki hipokratejskiej traktuje on jako objawienie prawdy, która dokonała przełomu w jego myśleniu o etyce medycznej. „Stało się to w tym dniu – pisze – kiedy zdałem sobie sprawę, że hipokratejska etyka medyczna jest nie tylko przestarzała i bez znaczenia, lecz w rzeczywistości wchodzi ona w konflikt z wszystkimi ważniejszymi religijnymi i świeckimi moralnymi tradycjami naszych czasów"[19]. „Czy ktoś stanie na pozycji jednej z wielkich współczesnych tradycji religijnych lub na stanowisku któregoś z obozów filozofii sekularno-liberalnej, filozofii polityki, marksizmu, lub ostatnio feminizmu czy komunitarianizmu – etyka hipokratejska okazuję się zarówno metaetycznie (epistemologicznie) jak i normatywnie błędna"[20]. Ów epistemologiczny błąd polega – według niego – na tym, że przysięga Hipokratesa utrzymuje, jakoby źródłem etyki lekarskiej był kolektyw owych profesjonalistów – lekarzy. Przysięga zamyka przez to etos medyczny w ciasnym kręgu tych lekarzy, którzy składają przyrzeczenie, że wiedzy tej nie ujawnią nikomu z zewnątrz swej profesji[21].

Odkrycie owej ciemnej strony etyki hipokratejskiej nazywa Veatch wielkim momentem epifanii (*there was a moment*

---

[19] R. M. Veatch, *The Hippocratic ethic: consequentialism, individualism and paternalism*, [w:] *No rush to judgment. Essays on medical ethics*, red. D. H. Smith, L. M. Bernstein, The Poynter Center, Indiana University, Bloomington IN 1978, s. 238–265; R. M. Veatch, C. G. Mason, *Hippocratic vs. Judeo-Christian Medical ethics: principles in conflict*, „The Journal of Religious Ethics" 15 (1987), s. 86–105; R. M. Veatch, *Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict*, dz. cyt.

[20] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 344.

[21] Tamże.

of epiphany), w którym jasno ujawniła mu się poszukiwana prawda. „Uderzyło mnie to, że etyka normatywna hipokratejskiego systemu jest radykalnie sprzeczna z każdą rozsądną etyczną teorią połowy dwudziestego wieku. Jest ona rażąco paternalistyczna, w erze gdy paternalizm został uznany za wielkie moralne przestępstwo; jest wojowniczo indywidualistyczna w erze, kiedy etyka społeczna ujawniła się jako jedyna moralność, która może przemówić do globalizującego się świata”[22]. Powyższe objawienie zadecydowało o dalszej karierze Veatcha jako teoretyka etyki medycznej. Odkrycie to podjął w swoim doktoracie, w którym empirycznie i krytycznie badał, czy sądy o wartościach wydawane za pacjentów, w ramach technicznych ekspertyz, do których roszczą sobie prawa lekarze, mają uzasadnienia normatywne[23]. Badania te utwierdziły go w przekonaniu o konieczności odejścia i odrzucenia tradycji hipokratejskiej, w której normy etyczne są wydawane i kontrolowane przez zamkniętą grupę medyków, zamiast przez „publicznie uprawniony system etyczny”[24].

Na stanowisko etyczne Veatcha wpłynęło również to, co zaczęło się dziać w USA z początkiem lat 60. Wówczas dwie zasadnicze siły społeczno-kulturowe zapoczątkowały rewolucję w służbie zdrowia. Jedną z nich stanowił społeczny ferment walki o prawa różnych grup społecznych, m.in. studentów i kobiet. Był to czas protestów przeciwko rasizmowi oraz zaangażowaniu USA w wojnę w Wietnamie. Protesty skierowały się przeciwko autorytetom i tym, którzy mieli dominujące funkcje w społeczeństwie. Wraz z walką o prawa

[22] Tamże.
[23] Tamże.
[24] Tamże, s. 345.

różnych grup społecznych, zainteresowano się również prawami pacjenta i przeprowadzono ostrą krytykę paternalistycznej dominacji lekarzy. Protesty przeciw autorytaryzmowi, w tym przeciw medycznemu paternalizmowi, stały się imperatywem chwili.

Druga siła społeczno-kulturowa miała charakter techniczny. Nowe technologie medyczne zmieniły sposób postrzegania i kontrolowania działań medycznych. Do tego czasu społeczność i medycyna była zaabsorbowana ówczesnymi, pojawiającymi się nagle, ostrymi i niszczącymi chorobami. Wraz z pojawieniem się antybiotyków, penicyliny, dotychczasowy standard choroby jako nagłej, ostrej infekcji, został zastąpiony standardem choroby jako rzeczywistości chronicznej, systematycznie pogarszającej nasz stan zdrowotny, czego przykładem są choroby serca, rak, dysfunkcje organów i demencja starcza. Różne technologiczne działania medyczne stabilizowały ów stan pacjenta, ale niestety nie prowadziły do wyleczenia owej chorobotwórczej tendencji. W tej sytuacji pacjent miał wiele czasu dla rozpoznania swej kondycji, zebrania różnych opinii na temat leczenia, miał możliwość zdobycia racjonalnej wiedzy medyczno-praktycznej. Rola pacjenta niepomiernie wzrosła. Wymagała ona uwzględnienia przez lekarza jego oczekiwań, preferencji i świata wartości[25].

Zdaniem Veatcha skutkiem owych dwóch społeczno-kulturowych rewolucji było ukształtowanie się innej niż dotychczas mentalności nowego pokolenia etyki biomedycznej[26].

---

[25] Tamże.

[26] Zob. R. M. Veatch, *Disrupted dialogue: medical ethics and the collapse of physician/humanist communication (1770–1980)*, Oxford University Press, New York 2005.

Jeśli Albert Jonsen wiąże początek nowej mentalności etycznej z rozwojem urządzeń do dializy nerek oraz otwarciem w 1962 roku Centrum Sztucznej Nerki w Seattle, a David Rothman – z bulwersującymi publikacjami z roku 1960 ujawniającymi eksperymenty na pacjentach, to Robert Veatch akcentuje raczej pewne ruchy obrony praw obywatelskich wraz ze zmienionym paradygmatem choroby w wyniku okrycia antybiotyków oraz nowych technologii[27]. Jego zdaniem owe procesy mocniej niż dotychczas ujawniły społeczny wymiar choroby i medycyny. Aspekt ten był zauważany od dawna. Spotykamy go już u Thomasa Percivala. Obecnie jednak walka o prawa pacjenta w wymiarze społecznym zmierzała do wyzwolenia się z profesjonalnie kontrolowanej etyki hipokratejskiej[28].

Wydarzenia początku lat 70. pokazują olbrzymie przyspieszenie w dziedzinie etyki biomedycznej. Harwardzka Komisja Ad Hoc publikuje nową definicję śmierci, zwaną śmiercią mózgową. Przeprowadzono pierwszą transplantację serca. Ministerstwo Zdrowia, Edukacji i Opieki Społecznej USA po raz pierwszy wydaje rozporządzenia regulujące kwestię eksperymentów na człowieku. Powstają dwa pionierskie, interdyscyplinarne centra bioetyczne w USA: Instytut Społeczny, Etyki i Nauk o Życiu (The Institute of Society, Ethics and the Life Science) zwany poźniej The Hastings Center oraz Instytut Etyki Kennedych (Kennedy Institute of Ethics) w Waszyngtonie.

Różne kazusy medyczne rozstrzygane przez Sąd Najwyższy stają się precedensami w ocenie podobnych przypadków. Wypracowuje się standard „rozumnej osoby" (*reasonable person*

---

[27] Tamże, s. 346.

[28] Zob. R. M. Veatch, *The patient as partner: a theory of human experimentation ethics*, Indiana University Press, Bloomington IN 1987.

standard), stosowany w trudnych kwestiach poinformowanej zgody, aborcji itp. Głośne kazusy, procesy sądowe i precedensowe rozstrzygnięcia wyrwały kwestię ich ocen z rąk korporacji medycznych i uczyniły je sprawą publiczną, w której pacjent i jego prawa zaczęły odgrywać zasadniczą rolę. „Nagle okazało się, że stara etyka – konstatuje Veatch – jest nieodpowiednia do tej sytuacji. Należy rozwinąć nową etykę, bardziej egalitarną, bardziej społeczną, bardziej zorientowaną na prawach, bardziej antypaternalistyczną, o szerszym publicznym wymiarze, i zastąpić nią tę, która jest bezużyteczna, która jest w rękach nieodpowiednich ludzi, która błędnie formułuje pewne sprawy i dochodzi do błędnych konkluzji"[29].

Na myślenie Veatcha oddziałały więc rożne fakty, wpływając na niego w sposób zasadniczy, przez co stał się on głównym krytykiem etyki hipokratejskiej w USA i twórcą niejako alternatywnej do niej etyki kontraktualistycznej.

2.2. Potrójny kontrakt

Już w samym tytule rozdziału piątego: *The triple contract. A new foundation for medical ethics* swej książki *A theory of medical ethics* R. M. Veatch proponuje potrójny kontrakt jako nową podstawę etyki medycznej[30]. Według niego

[29] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 346.

[30] R. M. Veatch, *The triple contract: a new foundation for medical ethics*, [w:] tenże, *The theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 108–138. Wcześniej ten tekst ukazał się jako: *The professional medical ethics: the grounding of its principles*, „Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), s. 1–19, tłum polskie: R. M. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, tłum. W. Galewicz, [w:] *Moralność i profesjonalizm, Spór o pozycję etyk zawodowych*, red.

w oparciu o taką umowę będzie można lepiej rozwiązywać współczesne problemy bioetyczne i w bardziej uzasadniony i efektywny sposób podejmować konkretne, etyczno-medyczne decyzje. Pierwszy poziom owej umowy nazywa (1) podstawowym kontraktem społecznym (*basic social contract*), drugi (2) kontraktem między społeczeństwem a profesją medyczną (*contract between society and a profession*), a trzeci (3) kontraktem między profesjonalistami medycznymi a pacjentem (*contract between professionals and patients*)[31]. Zanim przywołamy opis owego potrójnego hipotetycznego kontraktu, przyjrzyjmy się źródłom i uzasadnieniom, od których ta idea pochodzi.

Do oparcia etyki, w tym etyki medycznej, na hipotetycznej umowie skłania Veatcha a) nowożytna i współczesna mu tradycja filozofii angloamerykańskiej, b) konieczność znalezienia szerszej podstawy pod etykę zawodową w stosunku do uzgodnień etycznych danej grupy zawodowej, c) chęć przezwyciężenia relatywizmu etycznego oraz d) dążenie do sformułowania uniwersalnych podstaw dla norm etycznych i dyskursu moralnego.

Nawiązuje on do wielu myślicieli anglosaskich, którzy zasadniczo rozwijali etykę w ramach zaproponowanej teorii umowy społecznej. Powołuje się na propozycję takiej umowy, opracowanej przez T. Hobbesa, która umożliwiała powstanie konwencjonalnie ustanowionego państwa. Jeśli nie potrafimy

---

W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 305–332. Artykuł w języku oryginalnym został wykorzystany i przepracowany przez autora w książce: *A theory of medical ethics*, dz. cyt., jako rozdział 4: *The problems with professional physician ethics*, s. 79–107 oraz jako rozdział 5: *The triple contract. A new foundation for medical ethics*, s. 108–137.

[31] R. M. Veatch, *The theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 110–134.

odkryć uniwersalnej bazy dla sądów etycznych, to powinniśmy, zdaniem omawianego etyka, taką bazę sami wynaleźć. Lepiej jest ją zaproponować niż skazać wszystkich na brutalną walkę każdego z każdym. Warto znaleźć nawet minimalną podstawę regulującą wzajemne kontakty. Na początku trzeba osiągnąć zgodę w kwestii odrzucenia przemocy oraz w kwestii uszanowania u adwersarza podstawowych wolności, wolności myślenia, wolności słowa czy działania, których granicą jest wolność innych[32].

Wielce pomocna w skonstruowaniu teorii umowy społecznej jest spuścizna filozoficzna Johna Rawlsa. Veatch korzysta z pomysłów Rawlsa i w opisie kontraktu wykorzystuje również jego terminologię. Od niego czerpie także głównie kategorie kontraktu, który możliwy jest dzięki przyjęciu tzw. postawy pierwotnej (*the original position*) i zasłony niewiedzy (*veil of ignorance*). W wyobraźni zawieszamy naszą realną sytuację, naszą pozycję w społeczeństwie, status społeczny, naszą inteligencję, talenty, siłę i to, co nam los sprzyjającego czy niesprzyjającego przyniesie[33]. Z pozycji sytuacji pierwotnej, za zasłoną niewiedzy, zawieszając niejako nasze konkretne interesy, możemy sformułować szereg pryncypiów stanowiących moralne podstawy społeczności. „Jeśli nawet nie uda nam się odkryć uniwersalnej bazy dla decyzji etycznych, być może umożliwi nam to stworzenie wspólnoty, która zaakceptuje takie reguły jak szacunek dla wolności i bezstronną analizę interesów (*impartial considerations of interests*); co prowadzi do przyjęcia moralnego punktu widzenia

[32] Tamże, s. 118.
[33] Tamże, s. 119.

i stanowi wspólną podstawę (*a common foundation*) dla decydowania o tym, co jest etyczne"[34].

Zdaniem Veatcha teoria kontraktu społecznego J. Rawlsa inspirowana była uniwersalizmem zasad moralnych I. Kanta oraz teoriami umowy społecznej T. Hobbesa czy J. Locke'a. Owe różne nurty myślenia wykorzystał Rawls dla odkrycia metody tworzenia uniwersalnych zasad sprawiedliwości. Sytuacja pierwotna i zasłona niewiedzy skłaniają nas do zawarcia kontraktu. Zgoda ta jest równocześnie przyjęciem ogólnych ram ustanawiających moralny punkt wyjścia, podstawę dla tworzenia zasad moralnych. W ten sposób Rawls sądził, że jako kontynuator uniwersalizmu etycznego Kanta przekroczył czy przezwyciężył jego formalizm etyczny, umożliwiając poprzez kontrakt społeczny treściowe określanie norm moralnych. W tym samym kierunku zmierza Veatch, rozwijając wspólne ramy dla tworzenia uniwersalnego podejścia dla ocen i norm etycznych.

W mentalności zachodniej, będącej pod wpływem systemów teologicznych, widoczne są pochodzące z monoteizmu uniwersalne ramy dla formowania sądów etycznych, w których Bóg jest ostatecznym źródłem moralności. Uzasadnienie odwołujące się do prawa Bożego jest bardziej uniwersalne niż to, w którym odwołujemy się do prywatnego, osobistego sądu, czy nawet sądu danej grupy zawodowej. Uniwersalność ta przekracza partykularność poszczególnych stron dyskursu moralnego. Chrześcijaństwo utrzymuje, że ów fundamentalny porządek moralny jest dostępny poprzez Objawienie każdemu wierzącemu. Nie zaprzecza również, że taki fundamentalny porządek moralny może być odkrywany przez

[34] Tamże, s. 120.

ludzki rozum. Ponieważ jest to rozum istoty przygodnej, słabej i grzesznej, stąd nieraz dostarcza nam on dość mętnych ujęć prawdy i moralnego porządku. Niemniej podwójne epistemologiczne źródło poznania: rozum i Objawienie pozwalają nam, zdaniem Veatcha, zdobyć wiedzę o moralności.

W różnych kulturach mówi się o naturalnym, moralnym porządku, o prawie naturalnym, wpisanym w strukturę świata. Święty Tomasz z Akwinu twierdzi, że wszystkie rzeczy uczestniczą w prawie odwiecznym przez odciśnięcie w nich inklinacji skierowanych do ich właściwego celu. Katoliccy myśliciele prezentują teleologiczne podejście, twierdząc, że rzeczy posiadają naturalny cel (*things possess a natural end*)[35]. Protestanci ów naturalny porządek moralny wyrażają nie tyle przez naturalny cel rzeczy, co przez obecne w rzeczywistości moralne pryncypia, wymagania. Te powinności traktują oni podobnie jak prawa ciążenia. Złota reguła, zasada miłości, sprawiedliwości, prawdomówności, dobroczynności są czymś naturalnym, ujawniają się z koniecznością podobną do konieczności fizycznych, choć mają one charakter moralny.

Teoria prawa naturalnego nie musi być uzasadniania tylko teologicznie; może być dowodzona filozoficznie. Czynili tak już starożytni stoicy. Przyjmowali ją tacy filozofowie jak św. Tomasz, ale również Hobbes, Locke czy Rousseau. Immanuel Kant ów naturalny porządek traktował jako ukonstytuowany przez rozum praktyczny. Inni sądzili, że może być on odkryty przez obserwacje. Tacy filozofowie jak F. Hutcheson czy D. Hume twierdzili, że porządek ten odkrywamy dzięki zmysłowi moralnemu. Niektórzy, jak Roderick Firth, posługują się w tym względzie pojęciem

[35] Tamże, s. 115.

idealnego, niezależnego obserwatora (*ideal observer*). Jest on przedstawiany jako „częściowy opis Boga" (*a partial description of God*)[36]. Utożsamiany jest on również z idealnym naukowcem (*ideal scientist*), który jest wolny od ograniczeń konkretnego uczonego.

Wszyscy wymienieni filozofowie akceptują pewne uniwersalnie podstawy, które mogą być stosowane przy formowaniu sądów etycznych, w tym również sądów z dziedzinie etyki medycznej. Zgodnie z tymi propozycjami w rozstrzygnięciach skomplikowanych sytuacji nie musimy się zwracać do sumienia np. dr. Moore'a, który ma zdecydować czy dla ratowania zagrożonego czyjegoś życia powinien on ujawnić otrzymaną w zaufaniu terapeutycznym informację od swego klienta o tym, że zamierza on zabić dziewczynę, w której się zakochał bez wzajemności. Nie musimy się też odwoływać do tego, jak taką kwestię rozstrzygnie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, lecz możemy się odwołać do podstaw uniwersalnych, np. do woli Boga, do prawa naturalnego, ludzkiego rozumu czy zmysłu moralnego[37]. W tym wszystkim najszerszą, uniwersalną podstawą rozstrzygania kwestii moralnych jest potrójny kontrakt.

Pierwszy poziom potrójnego kontraktu posiada najszerszy zakres, dotyczy on bowiem całego społeczeństwa i stąd można go nazwać podstawowym kontraktem społecznym (*the basic social contract*). „Niektóre decyzje etyczno-medyczne mogą być całkowicie prywatne: przykładem może być decyzja popełnienia samobójstwa. Mimo to, inne są prawie zawsze pod jakimś wpływem, i to nie

[36] Tamże, s. 116.
[37] Tamże, s. 117.

tylko pośrednim. Większość medycznych, etycznych decyzji to decyzje społeczne, które wywołują bezpośrednio ludzkie interakcje"[38]. Decyzje lekarza i pacjenta dotykają całego kompleksu społecznych relacji, którymi są związani. Niektóre z nich prawie całkowicie dotyczą sfery społecznej. Do takich należy np. planowanie zdrowotne, w którym podejmuje się decyzje w kwestii rozplanowania środków medycznych, co dotyka całej populacji ludzkiej.

Spory w kwestii etycznych pryncypiów i ich aplikacji w rozstrzyganiu konkretnych kazusów ciągną się w nieskończoność. W rozstrzygnięciu tych sporów musimy znaleźć, zdaniem Veatcha, takie uzasadnienia i zasady, które spierający się zaakceptują. Bez tego owe spory i konkretne decyzje byłyby rozstrzygane na zasadzie siły i przemocy. Zamiast wzajemnej niechęci lepiej jest osiągnąć jakiś poziom zgody, legitymującej się przyjęciem wspólnej metody rozstrzygania. W poszukiwaniu takiej metody chodzi nam o coś więcej niż o uzgodnienie w dyskusji wspólnych korzyści. Szukamy jakiejś podstawy przekraczającej korzyść danej grupy, szukamy czegoś uniwersalnego, obejmującego także tych, którzy są poza grupą interesów, poza wspólnotą, do której należymy. Bez takiej perspektywy zamykamy się, zdaniem Veatcha, w obrębie działalności sekciarskiej (*sectarian medicine*)[39]. Adwentyści Dnia Siódmego, zgodnie ze swoim systemem przekonań i wartości, które nie są podzielane poza ich środowiskiem, muszą starać się o swoich lekarzy, którzy podzielają z nimi ich religijne wierzenia i dostosowują do nich swoje praktyki medyczne. Podobnie mają się sprawy między katolickim pacjentem i katolickim

[38] Tamże, s. 110.
[39] Tamże, s. 111.

lekarzem, który kształcił się w katolickich szkołach i pracuje w katolickich szpitalach. „Moralna wspólnota tworzy się poprzez podzielaną przez jej członków moralność oraz przez wspólne więzy lojalności”[40]. Veatch dosadnie stwierdza, że taką wspólnotę można porównać do świeckiej, etnicznej wspólnoty mieszkającej przy Park Avenue, w której zgodnie ze świecką wiarą i przekonaniami tam mieszkających, humanistycznych lekarzy, praktykują oni zgodnie z oczekiwaniami mieszkających tam świeckich pacjentów[41]. W przykładzie tym redukuje on religię do sfery kulturowo-humanistycznej, aby pokazać wątłe podstawy obu uzasadnień etycznych.

Zdaniem Veatcha krąg sekciarski można przekroczyć przez zawarcie kontraktu między profesjonalistami i świeckimi (*the professional-lay relationship*). „Zarówno ci, którzy wykonują swój zawód jak i inne świeckie osoby, podzielają wspólnie religijne, moralne i kulturowe perspektywy, które umożliwiają im ujęcie medyczno-etycznych problemów z pozycji wspólnych konceptualnych podstaw”[42]. W pluralistycznym świecie sensownie jest poszukiwać profesjonalistów, którzy podzielają nasze wartości i nie zniweczą ich w swej praktyce medycznej. Chociaż zrozumiałe jest, że metodyści wolą iść do szpitala metodystycznego, a katolicy do katolickiego, to jednak chodzi o to, żeby znaleźć szerszą podstawę dla etyki medycznej niż pluralistyczne sekciarstwo (*pluralistic sectarianism*)[43]. Zarówno wyznawcy danej religii, jak też ludzie przynależący do innych grup niż religijne, cenią

[40] Tamże.
[41] Tamże.
[42] Tamże.
[43] Tamże, s. 112.

ważne pytania, dane naukowe i zasadnicze wartości, odwołują się do rozsądku, poszukują prawdy i stąd dążą do odkrycia uniwersalnych podstaw dla moralności (*universal foundation of morality*)[44]. „Zarówno z powodów praktycznych jak i teoretycznych dążymy do wspólnych, uniwersalnie aplikowanych ram dla rozwiązywania ważnych, społecznych pytań. Zarówno w nauce jak i etyce, ujawnia się wspólne oddziaływujące przekonanie, że owe podstawy są uniwersalne w tym sensie, że stosują się do każdego. W naukach pewne wspólne założenia, np. istnienie zewnętrznej rzeczywistości, prawo przyczyny i skutku, są przyjęte na zasadzie wiary"[45].

Jeśli nie chcemy grzęznąć w relatywizmie kulturowym i być świadkami tworzenia niekończących się list możliwych zasad etyczno-medycznych, winniśmy szukać uniwersalnej i absolutnej podstawy dla etyki medycznej (*universal or absolutist basis*)[46]. Moralność jako taka ma w sobie ową istotną tendencję, by obowiązywać wszystkich, by stać się uniwersalną dla wszystkich ludzi. Czym innym są sądy dotyczące naszego smaku, tego, co subiektywnie przyjemne, a czym innym są sądy etyczne. Nie są one sądami o naszych preferencjach. Przy tych ostatnich nie ma możliwości ich uniwersalnego zastosowania wobec wszystkich ludzi. Przy zasadach etycznych chodzi nam jednak o powszechne aplikacje. Jeśli formułujemy uzasadniony sąd etyczny, to domniemywamy, że inni też mogą dojść do wniosku o słuszności owego sądu.

„Umowa społeczna – stwierdza Veatch – jest podstawą nowożytnej etyki, tkwiącej swymi korzeniami w judeochrześci-

---

[44] Tamże.
[45] Tamże.
[46] Tamże, s. 113.

jańskim prawie i etyce, jak również w prawie rzymskim”[47]. Teorię umowy wykorzystał J. Rawls, również szukając uniwersalnej podstawy dla moralności. Wypracował pewne pojęcia dla zawarcia takiej umowy. Miała być ona zawierana „pomiędzy ludźmi w «pierwotnej pozycji», tj. ludźmi, którzy są racjonalnymi, kierującymi się interesem własnym jednostkami, dysponującymi normalną wiedzą o świecie, lecz nieznającymi szczególnych społecznych i naturalnych okoliczności, w których im wypadnie żyć”[48]. Mimo zarzutu indywidualizmu naturalistycznego stawianego wobec teorii umowy społecznej Hobbesa, Veatch twierdzi, że da się „pogodzić koncepcję umowy z monoteistycznymi poglądami religijnymi, teorią prawa natury, oraz innymi naturalistycznymi i intuicjonistycznymi stanowiskami metaetycznymi, opartymi na bardziej uniwersalnej podstawie”, jeśli potraktujemy ją bardziej „jako e p i s t e m o l o g i c z n y i n s t r u m e n t [podkr. T. B.] niż jako pierwotną ugodę jednostek, wcześniej żyjących w odosobnieniu”[49].

Veatch nazywa swoją propozycję „pewną metaforą, dającą wyobrażenie o podstawie etyki”, „kontraktualną teorią etyki medycznej”[50]. Można się zastanawiać, czy teoria metafory może być teorią podstaw etyki. Czy szukamy dla niej realnych fundamentów, czy też może wymyślamy wcześniej ideę uniwersalności (w sensie Platona czy Kanta) i dla tej wymyślonej idei szukamy teoretycznego uzasadnienia? Czy mamy tu do czynienia z aprioryzmem, w którym wychodzimy od czystej

---

[47] R. M. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, dz. cyt., s. 327.
[48] Tamże, s. 327.
[49] Tamże, s. 328.
[50] Tamże, s. 327.

idei (pierwotna pozycja), niezapisanego umysłu (zasłona niewiedzy) i, mając takie narzędzia, narzucamy je rzeczywistości empirycznej (trzy kroki umowy społecznej)? Veatch unika analizy tych problemów. Pisze: „na szczęście owe metaetyczne kwestie nie wymagają ścisłej odpowiedzi. Niezależnie od tego, czy umowa społeczna jest metaforą obrazującą pierwotne źródło zasad moralnych czy też metaforą ujmująca epistemologiczne narzędzie do nauki zasad moralnych, w obu wypadkach jej rezultatem jest pewien zbiór zasad"[51]. Do takich zasad zalicza on zasady dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości czy prawdomówności i sprawiedliwości. Odkrycie pierwszego poziomu umowy traktuje Veatch jako odkrycie epistemologicznego i metaetycznego instrumentu, który gwarantuje uniwersalność zasad moralnych. Szczególnie akcentuje on zasadę dotrzymywania umów, gdyż bez niej kontrakt społeczny nie może istnieć. To ona, przed umową zawartą przez profesję medyczną i społeczeństwo oraz przed umową między lekarzem a pacjentem, stanowi pierwsze, niejako podstawowe stadium umowy. „Pierwotna umowa społeczna – pisze Veatch – jest regulowana przez etyczną zasadę dotrzymywania umów, i sama z kolei uświadamia nam, że dotrzymywanie obietnic jest normą regulująca dalsze stosunki społeczne. To stwarza podstawę dla drugiego stadium kontraktualnej teorii etyki medycznej"[52].

Drugie stadium to umowa między profesją lekarską a społeczeństwem. W historii medycyny można prześledzić, jak społeczeństwo przyznawało tej grupie pewne przywileje i równocześnie nakładało na nią określone

[51] Tamże, s. 328.
[52] Tamże.

obowiązki. Umowa, jako wzajemne porozumienie i docenienie obu stron, ma przekroczyć zarówno czysto filantropijne spełnianie tego zawodu dla korzyści społecznych, jak też nadmierne uprzywilejowanie tej grupy zawodowej, ze szkodą dla społeczeństwa. Propozycja potrójnego kontraktu przekracza, zdaniem Veatcha, wyprowadzenie norm etyki medycznej z samych ślubowań składanych grupie zawodowej, gdyż oprócz nich obowiązki te wyprowadzane są z szerszej perspektywy, nie tylko wzajemnych relacji między lekarzami, ale też relacji między nimi a ludźmi spoza zawodu, czyli ze społeczeństwem. Dotychczasowe kodeksy etyki lekarskiej nie były tworzone w oparciu o kontrakt między lekarzami a społeczeństwem, lecz raczej na bazie wzajemnych relacji wewnątrz profesji medycznej. W ten sposób powstała nie tylko przysięga Hipokratesa, ale i etyka lekarska Percivala czy Kodeks AMA z 1847 roku. „Praktycznie każdy kodeks – stwierdza Veatch – który ukazał się od tego czasu, utworzono jako dokument zawodu. Zostaje on zazwyczaj naszkicowany przez komisję, rozesłany, poddany dyskusji, dopracowany, udoskonalony, poddany negocjacjom, a na koniec przegłosowany przez grupę zawodową”[53].

Veatch nie zauważa, że kodeksy takie były też tworzone na bazie filozofii medycyny i pielęgnowania etosu medycznego jako takiego, lecz traktuje wszystkie grupy w sposób zbliżony do naturalistycznej antropologii T. Hobbesa, zgodnie z którą każdy walczy o swoje interesy, a więc o zagwarantowanie sobie korzyści. Profesja medyczna jest również taką grupą egoistycznych dążeń, których społeczeństwo nie tylko nie musi, ale i nie powinno akceptować. Może jedynie

[53] Tamże, s. 329.

tolerować tylko te uzgodnienia wewnątrz owej korporacji, które nie dotyczą sfery zewnętrznej. „Społeczeństwo jako całość nie ma powodu odrzucać takiej ugody między członkami zawodu, ani nawet ingerować w nią, dopóki ugoda wyraża jedynie poczucie obowiązków jednych członków zawodu w stosunku do innych. […] Jednakże społeczeństwo nie ma też powodu, aby zaakceptować taką ugodę pomiędzy członkami zawodu, kiedykolwiek dyktuje ona zachowania dotykające osób spoza tej grupy”[54].

Nawet takich zasad jak niewyrządzanie szkody pacjentowi, czynienie mu dobra – nie można pozostawić ustaleniom wewnątrz grupy zawodowej, lecz powinny być one przedmiotem umowy między grupą a społeczeństwem. „Społeczeństwo może odrzucić zasadę, że obowiązkiem lekarza jest jedynie czynienie tego, co w jego przekonaniu przyniesie korzyść pacjentowi. Może ono na przykład wybrać bardziej złożony zbiór zasad dotyczących zawodowej roli lekarza, zbiór zasad, który zawiera zasady zgody i autodeterminacji pacjenta… […] Ustalenie istotnych zasad etycznych regulujących stosunki między członkami zawodu i osobami nienależącymi do niego musi pozostawać sprawą wzajemnej kontraktualnej ugody, ograniczanej jedynie przez oparte na najbardziej uniwersalnym fundamencie zasady etyczne, ustalone lub odkryte we wcześniejszej umowie społecznej”[55].

Przykładem w którym taką umowę należy zastosować, jest np. spór o publiczną reklamę leków i usług lekarskich. W tej kwestii AMA zajęło stanowisko za ograniczeniem tej działalności. Zdaniem Veatcha rozstrzygnięcie to społeczeństwo

[54] Tamże.
[55] Tamże, s. 350.

może przyjąć, ale równie dobrze może je odrzucić, uznając, że taka reklama jest w interesie społecznym.

Mimo że wiele spraw trudno będzie ustalić w umowie między lekarzami a społeczeństwem, to jednak można je określić w umowie między lekarzem a pacjentem. Owo trzecie stadium umowy dotyczy wielu szczegółów i dlatego schodzi na poziom lekarz–pacjent. „Niektórzy lekarze – pisze Veatch – mogą skłaniać się do wykluczania pewnego rodzaju praktyk: aborcji, antykoncepcji, chirurgii kosmetycznej, terapii eksperymentalnej. Inni mogą uważać za właściwe stosowanie niektórych z tych praktyk”[56]. Można im przyznać pewną swobodę w takich decyzjach. „Nie ulega wątpliwości, że praktykującym lekarzom powinno pozostawiać się pewną swobodę decyzji przy ustalaniu granic [tego, co dopuszczalne – przyp. T. B.] w zakresie ich specjalizacji. Prawdopodobnie powinni oni posiadać swobodę decyzji w takich kwestiach, jak ich praktyka, lokalizacja i orientacja względem podstawowych wartości”[57]. Gdyby jednak te wybory dotykały również pacjentów, to muszą być one regulowane umową między lekarzem a pacjentem. „Tych wyborów nie można wszelako narzucać pacjentom. Muszą być one przedmiotem trzeciej, indywidualnej umowy. Pacjenci i członkowie zawodu lekarza mają spotkać się z sobą w celu zawarcia osobistej ugody w granicach społecznej umowy między profesją i społeczeństwem, która z kolei jest regulowana przez pierwotną umowę społeczną, tworzącą lub wyrażającą podstawowe zasady etyczne, obowiązujące w społeczeństwie”[58].

---

[56] Tamże, s. 331.
[57] Tamże.
[58] Tamże.

Tacy bioetycy jak William May i Roger Masters odrzucają teorie umowy dla etyki medycznej, gdyż ich zdaniem jest to propozycja zbyt legalistyczna i zbyt komercyjna. May posługuje się terminem „przymierze" (*covenant*), które jest czymś głębszym niż kontrakt gwarantujący interesy obu stron[59]. Veatch tłumaczy, że teoriom umowy w etyce medycznej należy nadać szersze znaczenie[60]. Dla niego wyraża się ono w tym, że kontrakt między lekarzem a pacjentem dokonuje się w kontekście bardziej fundamentalnej umowy między profesją a społeczeństwem, a ta ostatnia w kontekście uniwersalnych zasad etycznych, regulujących ludzkie stosunki. Ową uniwersalność ostatecznie ma zapewnić hipotetyczny, wyobrażeniowy kontrakt. „A w końcu ta pierwotna umowa nie jest faktycznym źródłem społecznych obowiązków jednych osobników w stosunku do innych, lecz metaforą, [podkr. T. B.] która pozwala ustalić obowiązki już istniejące"[61].

„Tak zatem – konkluduje Veatch – podstawę etyki zawodowej stanowi potrójna umowa. Jest to etyczna koncepcja, która opiera się na zasadach autonomii i dotrzymywania obietnic, ale odrzuca radykalny indywidualizm niektórych teorii umowy. Trzy umowy generują zbiór obowiązków regulujących działalność zawodową – przynajmniej w tej mierze, w jakiej ma ona znaczenie dla osób spoza zawodu. Jest to jedyna racjonalna podstawa, w oparciu o którą społeczeństwem jako całością może rządzić etyka dla członków zawodu"[62].

---

[59] W. F. May, *Code, covenant, contract, or philanthropy*, „Hastings Center Report" 5 (1975) Issue 5 (Dec.), s. 29–38; R. D. Masters, *Is contract an adequate basis for medical care?*, „Hastings Center Report" 5 (1975) Issue 5 (Dec.), s. 24–28.

[60] R. M. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, dz. cyt., s. 331.

[61] Tamże.

[62] Tamże, s. 332.

Jego zdaniem jest to propozycja, która wywodzi etykę zawodową z bardziej uniwersalnych źródeł, dostępnych nie tylko grupom zawodowym, ale także wszystkim spoza niej. Dotychczasowe rozumienie etyki medycznej przyznawało członkom danego zawodu „szczególny epistemologiczny status", obowiązki wyprowadzało ze „szczególnej roli owej profesji". „Etyka zawodowa musi być – pisze Veatch – oparta na bardziej fundamentalnej podstawie. Jej podstawa musi spoczywać w moralnych zobowiązaniach dostępnych i poznawalnych dla wszystkich"[63]. Można jednak postawić pytanie: czy wyobrażeniowo skonstruowany kontrakt można potraktować jako rzeczywiste poznanie takiej fundamentalnej, realnej podstawy etyki medycznej?

2.3. Dlaczego uniwersalizm?

Robert M. Veatch m.in. w artykule *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics* wyjaśnia, dlaczego proponuje kontraktualistyczne podstawy etyki[64]. Wydaje mu się bowiem, że dzięki kontraktualizmowi można zbudować etykę uniwersalistyczną zdolną przezwyciężyć różnego typu relatywizmy: relatywizm subiektywistyczny, kulturowy,

---

[63] Tamże.

[64] R. M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, [w:] *Weltanschauliche Offenheit in der Bioethik*, red. E. Baumann, A. Brink., A. T. May i in., Duncker & Humblot, Berlin 2004, s. 37–50; tenże, *Medical ethics: professional or universal*, „Harvard Theological Review" 65 (1972) No. 4, s. 531–539; tenże, *Is there an universal system of ethics or are ethics culture-specific? Ethical, legal, and social issues in organ transplantation*, red. T. Gutmann, A. S. Daar, R. A. Sells, and W. Land, PABST Science Publishers, Lengerich–Berlin 2004, s. 17–29.

relatywizm egoizmu, indywidualny czy grupowy. Jego zdaniem metafora społecznego kontraktu J. Rawlsa (*metaphor of a social contract*), przez zastosowanie zasłony niewiedzy (*veil of ignorance*), prowadzi do neutralizacji skutków indywidualnych tendencji realizacji własnych interesów. Idąc tą drogą, można więc przekroczyć indywidualistyczny egoizm partnerów kontraktu. Kontraktualistyczny uniwersalizm jego zdaniem jest nawet lepszy od etyki przymierza zawartego w Starym czy Nowym Testamencie. Nie uchroniła ona bowiem chrześcijan od wzajemnych prześladowań, a więc od nadużywania przymierza interpretowanego przez własną teologię przeciwko innym, którzy czynili to samo, odwołując się do zasad własnej religii. Chcąc więc zinterpretować przymierze w jakiejś zrozumiałej, ziemskiej formie, należy je zinterpretować nie tyle w ramach danej grupy religijnej, ale tak, aby było ono powszechnie zrozumiałe, i właśnie do takiej interpretacji nadaje się hipoteza bezstronnego kontraktu.

„Uniwersalizm – pisze R. Veatch – utrzymuje, że istnieje jedno źródło i podstawa moralności. Podstawa ta jest poznawalna przez wszystkich i stosuje się do wszystkich”[65]. Mimo faktycznych historycznych i kulturowych różnic ci, którzy wydają sądy etyczne, mogą dojść do tych samych konkluzji, albowiem swoje własne intuicje moralne sprawdzą tym samym standardem bezstronnego kontraktu.

W relatywizmie kulturowym sąd „X jest słuszny” znaczy, że „X jest aprobowany przez przedstawiciela danej kultury”; w relatywizmie subiektywistycznym sąd „X jest

[65] R. M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, dz. cyt., s. 38.

słuszny" oznacza, że „X jest w zgodzie z osobistymi preferencjami wypowiadającego taki sąd"[66]. Uniwersalizm przekracza tego typu relatywizm, gdyż wydawany sąd jest zgodny ze stosowanym przez wszystkich, tym samym standardem uzasadniania jego słuszności.

Również ci, którzy odwołują się do moralności potocznej (*common morality*), chcą wyprowadzić z niej uniwersalne normy. W tym podejściu można przezwyciężyć międzykulturowe różnice, jeśli dyskutanci „przeprowadzą refleksję nad swoimi sądami, stosując wspólne reguły logiczne, spójności i niesprzeczności, i dojdą do tego, co się nazywa «rozważnymi sądami moralnymi» (*considered moral judgments*)"[67]. Zdaniem R. Veatcha „trzeba ograniczyć roszczenia tej moralności do tego, co twierdzą rozsądni ludzie (*reasonable people*), których łączy pewien zasób przedteoretycznych moralnych wglądów (*pre-theoretical moral insight*) lub połączy ich, jeśli rozwiną oni pewien zbiór rozważnych sądów moralnych (*considered moral judgments*)"[68].

Mimo że np. wielcy dyktatorzy z ich ideologią są poza moralnością potoczną (*common morality*), mimo że różni nierozumni dewianci (*unreasonable deviants*) również sytuują się poza nią, to jednak w zasadniczym nurcie tej moralności możemy się odwołać do kategorii ludzi rozumnych (*reasonable people*). W poszukiwaniu uniwersalnej moralności możemy więc użyć tego ostatniego kryterium, które określa moralność ogólną. Robert Veatch dostrzega w takim rozumowaniu błędne koło, w którym terminy „rozumni ludzie" i „nierozumni

[66] Tamże, s. 40.
[67] Tamże, s. 41.
[68] Tamże, s. 42.

dewianci" definiują się jeden przez drugi. Sam podejmuje próbę wyjścia z tego zamkniętego kręgu. Twierdzi, że „prawie wszyscy rozumni ludzie zgodzą się, lub mogą się zgodzić, że jest coś takiego, jak moralność wspólna (*common morality*)"[69]. Jeśli tak, to można z tego wyciągnąć wniosek, że używając rozumu i formułując rozważne moralne sądy, rozumni ludzie mogą sformułować pewne minimalne standardy moralności.

Tradycja empiryczna – zauważa Veatch – wypracowała nieco inną metaforę służącą do konceptualizacji podstaw moralności. Jest to metafora idealnego obserwatora (*ideal observer*). W tej propozycji Veatch powołuje się na Rodericka Firtha (1952) i Charliego Dunbara Broada (1944–1945). Przywołuje stanowisko Firtha, który zdając sobie sprawę z omylności, jaka charakteryzuje nauki empiryczne, zaproponował przezwyciężenie tej słabości poprzez przyjęcie metafory idealnego obserwatora[70]. Metodą tą należy się posłużyć, jeśli chcemy mieć mocniejszą podstawę dla sądów etycznych, ponieważ normalny człowiek popełnia błędy, a naukowe obserwacje są omylne. Owi idealni obserwatorzy akceptowaliby określony zbiór preteoretycznych założeń. Według Firtha idealny obserwator byłby wszechwiedzący (znałby wszystkie nieetyczne fakty, wszechspostrzegawczy (mógłby przedstawić sobie wszystkie wchodzące w grę konsekwencje), bezinteresowny, beznamiętny, bezstronny i konsekwentny[71]. Zgodnie z tym pomysłem, im bardziej w nabyciu wymienionych właściwości

---

[69] Tamże.

[70] R. Firth, *Ethical absolutism and the ideal observer theory*, „Philosophy and Phenomenological Research" 12 (1952), s. 317–345.

[71] R. M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, dz. cyt., s. 43–44.

zbliżymy się do owego idealnego obserwatora, tym poprawniej będziemy spostrzegać i formułować moralne powinności.

Mimo omylności ludzkich sądów, związanych z określoną nauką, kulturą, czasem i okolicznościami, mimo że omylność ta prowadzi niektórych w epistemologii do sceptycyzmu, a w etyce do relatywizmu, to jednak zdaniem Veatcha, „jesteśmy przekonani, że istnieje konkretny zestaw norm, nawet jeśli w sposób doskonały nie jest on poznany”[72].

Przykładem takiej niedoskonałości są nauki ścisłe. Omylność naukowych obserwacji i twierdzeń jest powszechnie znana, a nieadekwatność tej wiedzy była wielokrotnie opisywana, a jednak w przezwyciężaniu ułomności naukowcy, przyjmując choćby prawo ciążenia, podzielają to, co bez wątpienia jest faktycznie takie, jak stwierdzono (*factually correct*).

W sferze moralnej może być podobnie. Rozmyślając nad moralnymi doznaniami i sądami jako niedoskonałymi, uwarunkowanymi daną kulturą, możemy poszukiwać uniwersalnego zbioru przekonań, które podzielają wszyscy, niezależnie od wpływów kulturowych. Mimo różnorodności intuicji moralnych, które są omylne, „ich zwolennicy mogą podzielać wspólne przekonanie, że w zasadzie jest tylko jeden, moralny system, jeden zbiór norm, który jest określony dla wszystkich ludzi na wszystkie czasu (mimo że aplikacja tych norm jest kształtowana przez specyficzność faktów danego czasu, miejsca i różnych kultur)”[73]. Mimo przekonania, że istnieje jeden moralny system i zbiór norm moralnych, zdajemy sobie sprawę z niedoskonałości naszych intuicji, z niedoskonale percypowanych i opisywanych norm i tym samym potwierdzamy,

[72] Tamże, s. 44.
[73] Tamże, s. 45.

że takich błędów nie popełniłyby doskonały obserwator, który potrafiłby zaobserwować wszystko, co wiąże się i uzasadnia wchodzące w grę normy[74].

Również kultura protestancka prof. Hansa-Martina Sassa, dla uczczenia którego pisze Veatch swój tekst, wyraża podobne stanowisko. Z jednej strony mocno akcentuje omylność i słabość bytu ludzkiego, z drugiej mocno podkreśla rolę Boga, Boskie źródło moralności, czyli utwierdza nas w tym, że mamy do czynienia z „konkretnym uniwersalnym, moralnym autorytetem"[75]. Takie podejście uświadamia nam, że przekonanie o pluralizmie etycznym idzie w parze z przekonaniem o istnieniu uniwersalnej wspólnej moralności. Zdaniem Veatcha ów uniwersalizm moralny generowany jest zarówno przez współczesne nauki ścisłe, jak i przez współczesną etykę.

W kontekście rozwoju współczesnej filozofii rodzi się pytanie, czy postmodernizm nie podważył tezy o wspólnej moralności (*common morality*). Modernizm podważał bowiem istnienie jakieś uniwersalnej podstawy w tej dziedzinie. Twierdził, że mamy do czynienia z wieloma różnymi, wchodzącymi ze sobą w konflikt przekonaniami moralnymi różnych kultur i ludzi. Erę postmodernistyczną, czyli współczesną, rozumie Veatch jako przezwyciężenie poprzedniej, jako okres kwestionowania realistycznego podejścia w naukach i w etyce[76]. W nurcie owego sprzeciwu ważne miejsce zajmuje nurt, w którym twierdzi się, że ujęcie rzeczywistości jest skonstruowane społecznie (*socially constructed*) oraz że zarówno język, jak i ujęcia koncepcyjne dostępne w różnych kulturach

[74] Tamże.
[75] Tamże.
[76] Tamże, s. 46.

są ze sobą nieporównywalne (*incommensurable*)[77]. Takie stanowisko postmodernistycznych filozofów nauki prowadzi do relatywizmu również na terenie etyki. Jeśli bowiem istnieje wiele światopoglądów, jeśli nie można porównać różnych twierdzeń dotyczących moralności, to wtedy rozstrzygnięcie, które z nich jest bliższe prawdy, jest niemożliwe. W tym nurcie myślenia podważa się możliwość istnienia etyki uniwersalnej.

Robert Veatch, sugerując się pewnymi tendencjami w filozofii nauki, poszukuje przezwyciężenia owego relatywizmu. Mimo że na terenie nauki ujęcia tych samych faktów są odmienne, to jednak dąży się w niej do ustalenia, które z nich są bliższe realnemu zjawisku. W związku z tym rodzi się możliwość naukowego uniwersalizmu, w którym naukowcy różnych kultur i języków, podających różne informacje o tych samych faktach, mogą dążyć do porównania tych relacji i dochodzić do wniosku, która z nich jest niekompletna, opisuje inny aspekt w porównaniu z pozostałymi, albo jest wprost błędna. Owo doprecyzowanie wyjaśniające, że przedstawione opisy odnoszą się do różnych aspektów tej samej rzeczywistości, selekcjonowanie wybranych elementów owej rzeczywistości, dobieranie różnych słów, aby opisać te same elementy – można nazwać za Williamem Stempseyem realizmem uwarunkowanym wartościami (*value-dependent realism*)[78]. Wybór pewnych pojęć i wartości może prowadzić do różnych form relacji, ale nie uniemożliwia porównania tych warunków i relacji ze sobą. „Obydwaj analitycy mogą opisywać tę samą rzeczywistość i przez to prezentować uniwersalistyczne,

[77] Tamże.

[78] W. E. Stempsey, *Disease and diagnosis: value-dependent realism*, Dordrecht 2000.

realistyczne podejście, mimo że wydaje się, że mówią o różnych rzeczach"[79].

Postmodernizm winien zauważyć to, co twierdzi naukowy realizm, że mimo trudności porównania ze sobą różnych opisów zjawisk naukowych, formułowanych w językach różnych kultur, opisy te mogą się odnosić do realnej rzeczywistości. „Wychodząc ze specyficznej kulturowej perspektywy, jakiegoś *Weltanschauung,* mogą one być właściwymi, mimo że niekompletnymi próbami opisania jakiś aspektów realnego świata"[80].

Jeśli powyższe podejście możliwe jest w naukach ścisłych oraz na terenie filozofii nauki, to można go również wypracować na terenie filozofii moralności. Wielokrotnie różne perspektywy światopoglądowe sprawiają, że używane terminy otrzymują inny kontekst i inne znaczenie. Dla przykładu – stwierdza Veatch – katolicy są przekonani, że eutanazja jest zawsze moralnie zła. Zasadniczo chodzi o takie znaczenie, w którym mamy na myśli bezpośrednio zamierzone zabicie niewinnego człowieka. Jednak odstąpienie od uporczywej terapii traktowane jest jako czyn dobry, a nawet nakazany, mimo że niektórzy bioetycy nazywają je bierną eutanazją. Katolicy utrzymują, że akt, w którym pozwalamy choremu umrzeć, jest moralnie usprawiedliwiony. W stanowiskach tych chodzi o sensy nadawane takim terminom, jak „morderstwo", „zabójstwo", „eutanazja", „pozwolić umrzeć". Pojęcia te wyrażane są w odmienny sposób przez ludzi różnych religii i kultur. „To, że duchowny w Rzymie twierdzi, że bezpośrednio zamierzone zabicie drugiego jest niemoralnie, niekoniecznie jest w konflikcie

---

[79] R. M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, dz. cyt., s. 48.

[80] Tamże, s. 48.

z twierdzeniem Chińczyka, że eutanazja jest czymś moralnie dobrym. Sprawdzenie, czy obydwaj mówcy w kwestii ich percepcji rzeczywistości moralnej są w niezgodzie, wymaga ciężkiej pracy. Jeśli nawet nie zgadzają się w swych twierdzeniach o rzeczywistości, to dalej jest możliwość, że jeden czy obydwaj mylą się w swym spostrzeżeniu"[81].

Mimo naszej ograniczoności, polegającej na tym, że skazani jesteśmy na funkcjonowanie w świecie różnych języków, kultur i religii, mimo że wiele z naszych ujęć jest niekompletnych, różni się między sobą, to jednak zdaniem Veatcha wspólna moralność (czy to w sensie wszystkich rozumnych ludzi, czy w sensie idealnego obserwatora) efektywnie broni się przed jej odrzuceniem. Można twierdzić, iż coraz wyraźniej uświadamiamy sobie „wspólne przekonanie o istnieniu powszechnie podtrzymywanego zbioru przedteoretycznych moralnych intuicji, które mimo że dla konstrukcji teorii są trudnymi danymi, stają się coraz bardziej wiarygodne"[82].

Robert Veatch przywołuje różne przykłady uniwersalizmu, w których jego zwolennicy odwołują się do woli Boga, do prawa naturalnego, do oczywistości poznawczej, do moralności potocznej, i przy ich okazji wypracowuje swoją propozycję uniwersalizmu[83]. Nie opiera się w niej na metafizyce Boga czy człowieka ani na postkartezjańskiej epistemologii, lecz raczej na metodologiczno-logicznym standardzie b e z s t r o n n e g o k o n t r a k t u. Formułowanie sądów w zgodzie z takim ostatecznym standardem jest realizacją uniwersalizmu w etyce.

---

[81] Tamże, s. 49.
[82] Tamże.
[83] R. M. Veatch, *The foundations of bioethics*, „Bioethics" 13 (1999) nr 3/4, s. 206–217.

Kartezjański punkt wyjścia i odpowiednie do tego podstawy etyki i bioetyki Veatch nazywa f u n d a c j o n i z m e m. Zrodził się on z epistemologii Kartezjusza, w której wskazano, że istnieje wiedza niepowątpiewalna. „Fundacjonizm – pisze Veatch – to doktryna o tym, że istnieje niepodważalna podstawa, z której rozum może rozpocząć wnioskowanie"[84]. W etyce mamy do czynienia z dwoma fundacjonizmami. Pierwszy z nich odpowiada na metafizyczne pytanie, czym jest ostateczne źródło prawdy moralnej, drugi pyta natomiast, jak tę moralną prawdę poznać, w jaki sposób uzyskać o niej wiedzę oczywistą i pewną[85]. Mimo że wielu twierdzi, że musi być jakaś droga poznania moralnej treści podstawy i źródła moralności, to – zdaniem Veatcha – nie mamy odpowiedniej metody, by treściowo taką podstawę odkryć. Sądzi, że w swojej propozycji uniwersalizmu w etyce może pominąć kwestie metafizyczne czy metaetyczne. Chce natomiast przezwyciężyć relatywizm.

Jako przykłady relatywizmu wskazuje różne ideologie społeczne, jak np. narodowy socjalizm, w którym medycyna stała się narzędziem zbrodniczych działań. Ideologie takie można demaskować, odwołując się do szerszego kontekstu kultur innych społeczności, ale kontekst ten wydaje się niewystarczający; wyraża się w nim jednak przekonanie o transkulturowych podstawach moralności, które to różne kultury winny realizować. W ten sposób chcemy przekroczyć nie tylko relatywizm wytworzony przez groźne ideologie, ale również relatywizm kulturowy w ogóle, gdyż w każdej kulturze mogą się rozwinąć niewłaściwe moralne standardy. Robert Veatch opowiada się za

[84] Tamże, s. 207.
[85] Tamże.

poszukiwaniem solidniejszych podstaw dla moralności niż te, których dostarczają historycznie ujęte kultury, społeczeństwo, obyczaje. Sądzi on, że takie poszukiwanie jest potrzebne, sensowne i możliwe do realizacji. Uważa też, że jego propozycja uzasadniania zasad i norm etycznych daje takie możliwości.

Veatch nie neguje różnych sposobów poszukiwania uniwersalizmu, ocenia niektóre jako wyraźnie relatywistyczne, jak np. relatywizm ideologii nazistowskiej i komunistycznej, wskazuje na możliwości przezwyciężenia relatywizmu kulturowego czy możliwości poszerzenia uniwersalizmu obecnego w teorii prawa naturalnego, w teorii moralności potocznej, które to poszerzenie ma się dokonać przez poddanie tych wszystkich norm kryterium podstawowego kontraktu społecznego.

2.4. Zasady etyki medycznej

Zdaniem R. Veatcha zasada dobroczynności (*beneficence*) stawia nas wobec dwu nierozwiązanych alternatyw: albo opowiemy się za dobrem indywidualnego pacjenta, albo za dobrem społecznym. Etyka Hipokratesa opowiedziała się – jego zdaniem – za pierwszą z nich, a etyka utylitarystyczna – za drugą. Etykę Hipokratesa, w której zgodnie z adagium *salus aegroti suprema lex esto* dobro pacjenta, jego zdrowie jest zasadniczym celem medycyny, i temu celowi-dobru przyporządkowane jest postępowanie lekarza, umiejscawia on w ramach etyki konsekwencjalistycznej, i zarzuca jej indywidualizm i paternalizm[86]. W porównaniu choćby z etyką

[86] R. M. Veatch, *The Hippocratic ethic: consequentialism, individualism and paternalism*, dz. cyt.; tenże, *Against paternalism in the patient-physician relation-*

dobroczynności w zaufaniu proponowaną przez E. Pellegrino, w której interpretuje on etykę Hipokratesa i dobro pacjenta w perspektywie bliskiej etyce Arystotelesa, Veatch narzuca jej perspektywę etyki utylitarystycznej J. Benthama czy J. S. Milla. Nic dziwnego, że przyjęcie korzyści indywidualnej jako kryterium dobra i zła prowadzi go do wniosku, że mamy do czynienia z indywidualizmem etycznym, w którym działania przyporządkowane są sumie korzyści pacjenta. Ponieważ realizacja tej korzyści przypisana jest władzy lekarza, indywidualizm pacjenta w kryterium dobra przyporządkowany jest indywidualizmowi lekarskiemu w jego rozpoznaniu oraz paternalizmowi w sposobie jego realizacji. Można powiedzieć, że Veatch, dzięki wciśnięciu etyki Hipokratesa w ramy indywidualizmu angloamerykańskiego, łatwo ją krytykuje i odrzuca. Widzi w niej większe niebezpieczeństwo niż w utylitaryzmie, gdyż utylitaryzm przez maksymalizację korzyści dla maksymalnej liczby ludzi o wiele bardziej uwzględnia dobro społeczne niż czyni to indywidualizm, i w tym względzie jest bliższy proponowanemu kontraktualizmowi. Niemniej utylitaryzm czynów, pozwalający w imię końcowej sumy korzyści relatywizować wszelkie zasady, te, które Veatch w swej etyce uznaje za zasadnicze, czyli zasadę dotrzymywania kontraktu czy obietnic, zasadę autonomii, uczciwości, unikania zabijania i sprawiedliwości, uniemożliwia zbudowanie właściwie uzasadnionej etyki. Nie da się na jego podstawie budować społeczeństwa obywatelskiego i sprawiedliwego. Utylitaryzm

---

ship, [w:] *Principles of health care ethics*, red. R. Gillon, John Wiley & Sons Ltd., New York 1993, s. 409–429; tenże, *Doctor does not know best: why in the new century physicians must stop trying to benefit patients*, „Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000) No. 6, s. 701–721.

reguł bliższy jest kontraktualizmowi, ale on również uznaje maksymalizację korzyści za kryterium dobra i zła. W sumie Veatch zasadzie dobroczynności czy maksymalizacji korzyści, czyli tak czy inaczej rozumianej zasadzie konsekwencjalistycznej, przeciwstawia zasady niekonsekwencjalistyczne, takie jak dotrzymywanie kontraktu, autonomia, uczciwość czy prawdomówność, unikanie zabijania i sprawiedliwość. Każdą z tych zasad Veatch rozważa na trzech poziomach: na poziomie hipotetycznego kontraktu podstawowego, charakteryzującego się przyjęciem moralnego punktu widzenia i zasłoną niewiedzy, na poziomie kontraktu między społeczeństwem a profesjonalistami i na poziomie kontraktu między lekarzem a pacjentem.

Zasadę dotrzymywania kontraktu (*principle of contract keeping*) Veatch wymienia i omawia jako pierwszą, a to z tego względu, że gwarantuje ona realizację pozostałych zasad[87]. Jego zdaniem strony zawierające kontrakt na drugim i trzecim poziomie, np. między lekarzem a społeczeństwem i pacjentem, odkrywają istnienie wcześniejszych moralnych zasad (*preexistent moral principles*). Zasady te mogą być rozumiane jako wymagania rozumu (*requred by reason*), jako prawo natury (*laws of nature*) lub jako prawo generowane przez bóstwo (*generated by a deity*)[88]. „Zawierający ów kontrakt – pisze Veatch – odkrywają wprost, bezpośrednio, tak jak dziecko, że obietnica ta została zawarta dla niego, lub dla niej, dużo wcześniej zanim to dziecko zaakceptowało tę zasadę

[87] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 180; tenże, *Contract and the critique of principlism: hypothetical contract as epistemological theory and as method of contract resolution*, [w:] *Building bioethics*, red. L. Kopelman, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000, s. 120–143.

[88] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 180.

i mogło według niej postępować”[89]. Przez takie uczestnictwo w preistniejących moralnych zasadach zawierany realny kontrakt niesie w sobie wymaganie wierności. „Z tego punktu widzenia, wierność przyrzeczeniom (*fidelity to covenants*) jest moralnie czymś fundamentalnym”[90]. Tego typu wierność kontraktowi odkrywają zarówno ci, którzy na płaszczyźnie teologicznej odwołują się do Boga, jak i ci, którzy odwołują się do rozumu, do prawa naturalnego czy doświadczenia. Odniesienia do rozumu mamy choćby w etyce I. Kanta, m.in. sytuacji gdy, zgodnie z jego rozumowaniem, nie zgadzamy się na zasadę, aby pożyczający pieniądze przyrzekał je oddać ze świadomością, że nie chce i nie zamierza tego zrobić. Takiej zasady nie da się przyjąć w kontrakcie jako zasady uniwersalnej, gdyż niszczy ona racjonalność istot rozumnych. „Rozum wymaga przeto, aby dotrzymywanie obietnic było obowiązkiem moralnym, wcześniejszym i niezależnym od wszelkich wypracowujących zasady kontraktorów”[91].

Dotrzymywanie obietnic winno być również niezależne od pozytywnych czy negatywnych ich konsekwencji. Aby właściwie podejść do sporych i trudno rozstrzygalnych kwestii, należy najpierw odwołać się do pierwszego poziomu kontraktu, czyli przyjąć moralny punkt wyjścia, wejść za zasłonę niewiedzy, i z tej pozycji zdystansować się oraz spróbować je rozwiązać. Tylko idealni obserwatorzy mogą uwzględnić po równo interesy wszystkich. W związku z tym to właśnie kontrakt na pierwszym poziomie jest podstawą umów na następnych dwóch poziomach. Wynika z tego, że zawarcie kontraktu

[89] Tamże.
[90] Tamże.
[91] Tamże, s. 181.

i dotrzymywanie obietnicy jest niezbywalną cechą rozstrzygania sporów. „Dotrzymywanie obietnic, dotrzymywanie kontraktu, jest jego słuszną charakterystyką niezależnie od konsekwencji”[92].

Aby nie łamano obietnicy i zaufania między zawierającymi kontrakt na poziomie drugim, czyli na poziomie umowy między społeczeństwem laików i profesjonalistami, aby nie łamano zaufania w przypadku pacjenta, który jako psychicznie chory zdradza lekarzowi, że zamierza zabić swoją ukochaną, należy, zdaniem Veatcha, wynegocjować taki kontrakt, aby podobne przypadki wykluczyć z obietnicy dotrzymywania tajemnicy lekarskiej. Inaczej mówiąc, reguły dotrzymywania obietnic muszą być zawężone. Należy wykluczyć stąd te grupy pacjentów, wobec których lekarze nie powinni składać przyrzeczenia dochowania tajemnicy. Społeczność może zgodnie z umową zalegalizować nawet obowiązek zgłoszenia przez lekarza do odpowiednich instytucji tego typu zapowiedzi pacjenta podjęcia niebezpiecznych działań. Warunki ograniczenia poufności można wyrazić w ogólnej regule stwierdzając, że obietnica poufności obowiązuje „z wyjątkiem sytuacji, w której ujawnienie danych poufnych zapobiegnie bezpośrednim, poważnym obrażeniom fizycznym drugich”[93]. Sam pacjent, zgodnie z zasadą autonomii, może również zwolnić lekarza z obietnicy dotrzymania tajemnicy lekarskiej.

Jako drugą w kolejności zasadę niekonsekwencjalistyczną proponowanej etyki kontraktualistycznej wymienia Veatch zasadę autonomii (*principle of autonomy*)[94]. Dla pod-

[92] Tamże, s. 183.
[93] Tamże, s. 188.
[94] Tamże, s. 190nn.

kreślenia niezależności tej zasady przeciwstawia ją zasadzie dobroczynności stosowanej w etyce Hipokratesa oraz utylitarystycznej zasadzie maksymalizacji korzyści[95]. „W dyskusji problematyki zasady etyki Hipokratesa, doszedłem do wniosku – pisze on – że rozumni ludzie nie będą skłonni dać mandatu lekarzowi by czynił nawet to, co obiektywnie jest jak najbardziej dobroczynne dla pacjenta, w tych przypadkach, kiedy to autonomiczny pacjent wybierze inaczej. Wolność indywidualna, mówiąc hipotetycznie, mogłaby faktycznie znosić wytworzenie maksimum korzyści"[96].

Veatch zdaje sobie sprawę z różnych koncepcji autonomii. Wymienia różne wersje determinizmu, takie jak determinizm fizykalistyczny Newtona, determinizm behawioralny Burrhusa Frederica Skinnera, determinizm teologiczny boskiej predestynacji[97]. Determinizmowi przeciwstawia różne teorie, które podstawę autonomii widzą w rozumie (*reason*), w prawie naturalnym (*natural law*), w prawie boskim (*divine decree*) lub w doświadczeniu (*experience approach*)[98]. Sam Veatch akceptuje i posługuje się teorią autonomicznego podmiotu I. Kanta, który zawsze ma być celem, a nie środkiem, i który sam ustanawia sobie prawa i obowiązki. Nie podaje argumentów za wyborem owej dualistycznej

---

[95] R. M. Veatch, *Autonomy's temporary triumph*, „The Hastings Center Report" 14 (1984) No. 5 (Oct.), s. 38–40; tenże, *From Nuremberg through the 1990s: the priority of autonomy*, [w:] *The ethics of research involving human subjects: facing the 21st century*, red. H. Y. Vanderpool, University Publishing Group, Frederick MD 1996, s. 45–82; tenże, *Autonomy and communitarianism: the ethics of terminal care in cross-cultural perspective*, [w:] *Japanese and Western bioethics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1997, s. 119–129.

[96] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 190.

[97] Tamże, s. 193

[98] Tamże, s. 194.

antropologii oraz formalizmu i autonomizmu etycznego. Nie zauważa innych antropologii i koncepcji wolności. Przyjmuje tę jako prawdziwą i adaptuje ją do swojej etyki. Przyznaje, że w punkcie wyjścia jego etyka kontraktualistyczna jest indywidualistyczna. Odwołuje się bowiem do indywidualnej wolności tych, którzy mają zawrzeć kontrakt. Umowa ta ma być remedium na skrajny indywidualizm; bez jej zawarcia grozi nam to, co stwierdził Hobbes w swoim powiedzeniu *bellum omnium contra omnes*. Kontrakt ma więc przezwyciężyć indywidualizm jednostki na rzecz przyjętej wspólnie odpowiedzialności za przestrzeganie przyjętych zasad, reguł i norm moralnych. Veatch szczególnie ostro zwalcza indywidualizm lekarzy, widząc w nim źródło paternalizmu i nadużyć w praktyce medycznej.

W sposobie włączenia autonomii jednostki w podstawy swej etyki Veatch nie idzie za etyką kategorycznych imperatywów Kanta, ale za hipotetycznym kontraktualizmem etyki Johna Rawlsa. Jego zdaniem należy zastosować Rawlsowskie przyporządkowanie autonomii innym zasadom konsekwencjalistycznym (takim jak dobrzymywanie obietnic, uczciwość, unikanie zabijania i sprawiedliwość), oraz uzgodnienie z nimi zasad konsekwencjalistycznych chroniących pokoj, harmonię i sumę korzyści[99]. „Podejście Johna Rawlsa, tak jak prezentowane tutaj – pisze Veatch – jest podejściem kontraktualistycznym i proponuje, aby zasada wolności była pierwszą zasadą systemu kontraktualistycznego. Zgodnie z tym, racjonalni kontrahenci za zasłoną niewiedzy mogą się zgodzić, że «każda osoba ma równe prawo do najszerszej

[99] Tamże.

podstawowej wolności, która jest w zgodzie z podobną wolnością innych»"[100].

Robert Veatch rozróżnia dwa rodzaje praw związanych z autonomią. Pierwsze nazywa negatywnymi prawami wolności (*liberty rights*), zgodnie z którymi pacjent może odrzucić terapię mimo jej dobroczynności, drugie nazywa pozytywnymi uprawnieniami do czegoś (*entitlement rights*), które precyzuje on nie tyle w kontekście autonomii, co przy zasadzie sprawiedliwości[101]. Być może odpowiada to rozróżnieniu „wolności od" i „wolności do". Jeśli wolność w pierwszym znaczeniu uprawnia do pozostawienia pacjenta w spokoju, to druga narzuca państwu, służbie zdrowia i lekarzowi spełnienie pewnych obowiązków wobec niego. Uprawnienia takie możemy nazwać prawami pacjenta, takimi jak sprawiedliwy dostęp do środków opieki medycznej, odpowiednia informacja dla podejmowania decyzji itp.[102]. Nie tylko „wolność do", ale również „wolność od" ma swoje granice, a stanowi je wolność innych.

Veatch za Millem i Kantem traktuje autonomię jako najwyższą wartość, niezależnie od dóbr i konsekwencji, jakie z niej wynikną[103]. „Dla tych o których wiemy, że posiadają autonomię (i jej nie utracili) – pisze – zasada ta ma prymat wobec każdej moralnej powinności osiągnięcia dobroczynnych skutków dla nich. Z tego powodu zasada Hipokratesa, w jej źródłowej, zasadniczej, paternalistycznej formie, jest nie do zaakceptowania dla tych, którzy tworzą kontrakt społeczny"[104].

---

[100] Tamże; J. Rawls, *Theory of justice,* Harvard University Press, Cambridge Mass. 1971, s. 60.
[101] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 194.
[102] Tamże, s. 195.
[103] Tamże, s. 197.
[104] Tamże.

Ponieważ w kontrakcie mamy do czynienia z autonomicznymi podmiotami, powstaje pytanie, jak w tej etyce mogą uczestniczyć podmioty nieautonomiczne, niezdolne czasowo czy stale do dokonywania samodzielnych aktów. W tym wypadku Veatch staje na stanowisku, że kontraktorzy mogą uznać za właściwy tzw. miękki paternalizm, który choć jest interwencją dobroczynną bez świadomej zgody, to umożliwia pacjentowi świadome, racjonalne działanie. Owo ograniczenie wolności (a nawet przymus) nie może być jednak rozciągnięte na wszystkich tych, którzy obiektywnie szkodzą swojemu interesowi, np. zdrowiu, paląc papierosy, zażywając narkotyki itp., ale czynią to mniej więcej świadomie i dobrowolnie. Tak więc miękki paternalizm można zastosować np. w stosunku do psychicznie chorych, którzy w stanie chorobowym zagrażają sobie i otoczeniu. Społeczni kontraktorzy mogą wprowadzić pewne ograniczenia indywidualnej wolności, np. w przypadku wspomnianych chorób psychicznych, ale zasada wolności indywidualnej musi pozostać dobrem podstawowym i naczelnym.

Hipotetyczny kontrakt zawierają właściwie tylko autonomiczne podmioty. Można więc powiedzieć, że już na tym podstawowym poziomie podmioty nieautonomiczne wykluczone są z konstytuowania się proponowanej etyki. Szczególnie dotyczy to nieautonomicznych podmiotów w okresie prenatalnym. Jeśli hipotetyczny autonomiczny kontrahent może za zasłoną niewiedzy dojść do wniosku, że jego autonomia może ulec w różnych schorzeniach ograniczeniu lub zniszczeniu, to nie bardzo może pomyśleć siebie podmiot w sytuacji prenatalnej, gdyż w żaden sposób nie może się to dla niego wydarzyć. Tak więc nie jest to umowa oparta na prawie naturalnym, w której każda istota ludzka ma równe prawo do życia

i rozwoju, ale kontrakt chroniący kontrahentów aktualnie autonomicznych. Kontrahentami są bowiem podmioty aktualnie świadome, aktualnie operujące wolnością.

Na drugim poziomie kontraktu zasada autonomii ma być praktycznie wcielana w życie poprzez uzgodnienia między laikami a profesjonalistami. Obie strony, społeczność i profesjonaliści (np. medyczni), akceptują swoją wolność. W związku z tym, w imię tej autonomii, lekarze i personel medyczny mają, zdaniem Veatcha, prawo do sprzeciwu zgodnie z własnym sumieniem wtedy, gdy jakieś działanie uznane będzie przez profesjonalistów za niemoralne. Do takich może należeć np. sprzeciw wobec aborcji, sterylizacji czy eutanazji. Mimo tego społeczność w swej autonomii może uznać jakieś działania za istotne, które winny być dokonywane i stąd powinna zadbać o przygotowanie takiego personelu, który tego dokona[105]. „W kontrakcie między społecznością a profesją może dojść do napięć, do wynegocjowanych kompromisów, jeśli są możliwe, lub jeśli to konieczne, do wykształcenia nowych kadr profesjonalistów, którzy podejmą pracę, uznaną kolektywnie przez społeczność medyczną za niewłaściwą"[106]. Tak więc konflikt autonomii laickiego społeczeństwa i autonomii profesjonalistów rozstrzyga Veatch tak, że tym pierwszym przypisuje wolność pozytywną, a drugim – tylko wolność negatywną, możliwość odstąpienia od niemoralnej czynności. Twierdzi bowiem, że nawet w razie gremialnego sprzeciwu środowiska medycznego wobec pewnych działań, jeśli społeczność uzna je za istotne, to wpłynie na tę sytuację poprzez przygotowanie nowych kadr profesjonalistów do

[105] Tamże, s. 198.
[106] Tamże.

wykonywania tych zadań (*training new cadres of professionals to perform the jobs*) i zostaną one przeprowadzone. Takie postawienie sprawy ujawnia, że *de facto* to społeczność decyduje o takich a nie innych działaniach lekarskich, a lekarze niepoddający się decyzjom społecznym spychani są do getta niechcących służyć społeczeństwu i mogą być wyparci przez specjalnie wytrenowany przez społeczeństwo personel. Jeśli weźmie się pod uwagę, że społeczność jest większością w tym konflikcie, że dysponuje środkami finansowymi, decyduje o zatrudnieniu takich a nie innych profesjonalistów, to nietrudno dostrzec, że mamy tu do czynienia z przymusem społecznym, instytucjonalnym, ekonomicznym. Taka przemoc niszczy etykę medyczną i integralność moralną lekarza.

Kontrakt na trzecim poziomie relacji lekarz–pacjent ma, zdaniem Veatcha, wyznaczyć granice autonomii profesjonalistów i autonomii pacjentów. Ma on wykluczyć wszelką dominację paternalistyczną lekarza, również tę sugerowaną etosem hipokratejskim i dobrem pacjenta. Można zaakceptować tylko miękki paternalizm w sytuacjach, które poprzednio były opisane. Dotyczy to np. poddania obserwacji psychicznie chorych i wynikłych z tego zaleceń leczenia. W razie potrzeby ograniczenia wolności psychicznie chorych to nie lekarz ma o tym decydować, ale sąd. Ekspertami nie mogą być w takiej kwestii tylko lekarze, lecz również przedstawiciele innych profesji.

Zasada autonomii daje pacjentowi prawo do wyrażania zgody lub odrzucenia leczenia. Wyrażenie zgody wymaga przekazania przez lekarza pacjentowi rzetelnej informacji. Poza teorią *informed consent* Veatch przyznaje pewną zastępczą zgodę rodzicom względem dziecka. Wprowadza pewne napięcie między autonomią społeczeństwa a autonomią

rodziny, ale to tej drugiej przypisuje „specyficzne miejsce w systemie społecznym".

W kwestii autonomii matki czy rodziców względem nienarodzonego dziecka i sporu o autonomię Veatch posługuje się swoim rozróżnieniem wolności negatywnej i pozytywnej. Negatywne prawo (*negative right*) nie jest pozytywnym żądaniem (*positive right*) jakichś dóbr, usług lub środków, które trzeba dostarczyć według czyichś planów. Jest tylko żądaniem pozostawienia tej osoby w spokoju, samej sobie. W prawie mamy wiele negatywnych uprawnień, które nie generują pozytywnych praw. Kobieta może więc np. mieć legalnie negatywne prawo do aborcji, ale nie uprawnia jej ono pozytywnie (*not an entitlement*) do podjęcia środków koniecznych, aby tego dokonać. Owo niedokonanie (*ommissions*) jest moralnie czymś innym niż dokonanie (*commissions*); pierwsze może być wymogiem autonomii, ale drugie nigdy nim nie jest"[107]. W rozdziale piątym *Basics of bioethics* wyjaśnione jest na przykładzie kazusu Roe v. Wade, że prawo do wolności daje kobiecie możliwość podejmowania własnych decyzji, ale nie daje ono pozytywnego uprawnienia zorganizowania dla niej aborcji, znalezienia lekarza, opłacenia kosztów. Pozytywne uprawnienia można wyprowadzić raczej z zasady dobroczynności i sprawiedliwości, ale nie z owego negatywnego pojęcia autonomii[108].

Sposoby rozstrzygania konfliktu zasad w etyce medycznej zostaną przytoczne w dalszej części wywodu. Tutaj można już zaznaczyć, że Veatch odrzuca poglądy tzw. teoretyków jednej zasady (*single-principle theories*), którzy, np. tak jak

[107] R. M. Veatch, *The basics of bioethics,* 2nd ed., Prentice-Hall, Upper Saddle River NJ 2003, s. 94.
[108] Tamże, s. 94.

libertarianie, przyjmują autonomię jako jedyne kryterium dobra i zła[109]. Taki sposób traktowania autonomii jako centralnej i jedynej zasady rozstrzygania sporów etycznych dostrzega on u Roberta Nozicka (1974) czy u H. Tristrama Engelhardta (1986)[110]. W praktyce odwołanie się jedynie do autonomii stron prowadzi do decyzyjnego paraliżu i nie pozwala sformułować racjonalnych rozstrzygnięć.

Robert Veatch, analizując na pierwszym poziomie kontraktu zasadę unikania zabijania (*the principle of avoiding killing*), powtarza to, co stwierdza przy omawianiu każdej zasady swojej etyki i pisze: „Ci, którzy traktują kontrakt społeczny (*social contract*) jako metaforę dla wskazania co trzeba zrobić dla odkrycia podstawowej struktury moralnej wspólnoty, zajmują całkiem inną pozycję. Funkcjonują oni jedynie jako ci, którzy odkrywają porządek moralny istniejący przed metaforycznym spotkaniem umysłów. Wyrażają oni zasady, takie jak zakaz zabijania, które zgodnie z ich źródłową możliwością mogą sięgać ponad tych z umysłową racjonalną zdolnością do zasiadania przy stole spotkań. Owe odkrycia mogą też wskazać, że moralny status rozszerza się ponad nami na inne stworzenia. Ów status może być usankcjonowany przez ponadnaturalnego kreatora, przez istniejący i niewytłumaczalny naturalny porządek moralny czy też przez inne, obiektywnie określone siły moralne. W tych przypadkach płód, noworodek, upośledzony itd. nie są koniecznie poza obszarem tych, którzy mają moralny status”[111].

---

[109] Tamże, s. 171.

[110] R. Nozick, *Anarchy, state, and utopia*, Basic Books, New York 1974; H. T. Engelhardt, *The foundations of bioethics*, Oxford University Press, New York 1986.

[111] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 242.

W dalszym uszczegółowieniu owego obiektywnego podejścia do rozstrzygania, kogo włączyć, a kogo wykluczyć w obręb zakazu zabijania, Veatch odwołuje się do definicji śmierci. Krytykuje jej tradycyjną formę jako zbyt biologiczną. Podobnie odnosi się do śmierci pnia mózgu. Zmierza on do wypracowania bardziej społecznej definicji śmierci, w której akcent położony zostanie na utratę przez człowieka racjonalnej świadomości i możliwości społecznych relacji. Koncentruje się na aspekcie społecznych relacji określających śmierć człowieka i pozbawiających go statusu istoty moralnej. Czyni to dlatego, że relacje tego typu ściśle związane są ze zdolnościami mentalnymi, ich brak wskazuje więc na zanik obu, czyli utratę moralnego statusu[112].

Ważniejszymi powodami, dla których mniejszą rolę w tej kwestii odgrywają zdolności do świadomego, racjonalnego myślenia, są po pierwsze trudności w stwierdzeniu ich istnienia czy ich zmierzeniu; po drugie zaś lepiej, żeby idealni kontrahenci w owym idealnym kontrakcie społecznym określili na przyszłość, w jakim zakresie włączać innych w ramy ochrony ich życia. „Jeśli status moralny jest raczej odkryty niż ustanawiany przez społecznych kontrahentów, wtedy nie ma powodu dla którego noworodki, upośledzeni, zniedołężniali, obłąkani nie mogliby być częścią ludzkiej wspólnoty i nie mogliby mieć moralnego statusu. Ciepło ludzkich interakcji, miłość jednej osoby do drugiej, emocjonalne więzi, które łączą ludzi w moralnej wspólnocie, nie wymagają zdolności do ludzkiej racjonalności"[113].

Mimo przyjęcia takiego stanowiska na pierwszym poziomie kontraktu, Veatch na drugim poziomie dopuszcza

[112] Tamże, s. 243.
[113] Tamże, s. 244.

możliwość aborcji z ważnych przyczyn. Wynika to z jego sposobu rozumienia bycia osobą i postrzegania statusu moralnego (*moral standing*). „To co jest istotne w ukonstytuowaniu się moralnego statusu, to integracja cielesnych funkcji organizmu z funkcjami umysłowymi i społecznymi”[114]. Trudno dostrzec taką integrację w rozwoju embrionu, stąd też jego pozycja biologiczna nie stanowi podstawy jego praw, a jego status moralny uzależniony jest od rodzicielskiej czy społecznej empatii. Jeśli tej empatii ze strony przyszłej matki zabraknie, to człowiek w okresie prenatalnym traci swoje uprawnienia moralne i aborcja nie jest pogwałceniem moralności. Ta bowiem jest uzależniona od owej empatii społecznej.

Veatch więcej zastrzeżeń stawia wobec eutanazji. Nie akceptuje legalizacji zabijania z miłosierdzia. Czynne, zamierzone uśmiercanie, w odróżnieniu od zaprzestania uporczywej terapii, uznaje za postępowanie niemoralne. Zastrzeżenia do takiej praktyki formułuje z kilku powodów, takich jak: konieczność dotrzymywania kontraktu dotyczącego opieki, respektowanie autonomii pacjenta, który zawsze sam może odstąpić od terapii, napotykanie trudności określenia w każdym indywidualnym przypadku woli pacjenta, który w chorobie znajduje się w trudnym stanie psychicznym oraz przesadne straszenie pacjenta bólem, który zawsze może być przez współczesną medycynę zniwelowany.

W krytyce oparcia statusu moralnego na odwoływaniu się do jakości świadomości oraz do jakości doznawanego bólu Veatch podważa również zacieranie różnic między bólem czy świadomością zwierząt i człowieka. Jego zdaniem lepiej jest zrezygnować z jakościowych ocen tych kategorii, nie tylko ze

[114] Tamże, s. 245.

względu na trudności zmierzenia tych rzeczywistości, ale dlatego, że lepszym kryterium jest „kryterium jakościowej różnicy w sposobie ucieleśnienia" tych przeżyć (*the criterion of a qualitative difference in the kind of embodiment*)[115]. Różnice jakościowe wynikają z różnic między naturą człowieka i zwierząt. Ludzka empatia wobec embrionów ludzkich jest innej natury, jakościowo różni się od reakcji sensytywnych zwierząt. Nasze interakcje społeczne również są inne niż reakcje w stosunku do zwierząt.

Zdaniem Veatcha w propozycji społecznego kontraktu, w którym jego uczestnicy przyjmują moralny punkt widzenia, można poszukiwać zasad odnoszących się zarówno do płodów ludzkich, jak i do zwierząt. Łatwiej będzie ustanowić wobec nich pewne podejście etyczne, nawet jeśli przyzna im się niepełny status w stosunku do tych, którzy są wyposażeni w aktualne zdolności świadomych reakcji społecznych.

Przy omawianiu zasady sprawiedliwości (*the principle of justice*) R. Veatch koncentruje się na sprawiedliwości rozdzielczej (*distributive justice*)[116]. Analizuje cztery możliwe

---

[115] Tamże, s. 249.

[116] R. M. Veatch, *Ethical dimensions of the distribution of health care*, [w:] *Economics of health care*, red. J. van der Gaag, W. B. Neenan, and Th. Tsukahara, Jr. Praeger Publishers, New York 1982, s. 3–24; tenże, *The foundations of justice*, Oxford University Press, New York NY 1986; tenże, *Distributive justice and the allocation of technological resources to the elderly, life-sustaining technologies and the elderly*, „Working Papers", Vol. 3, *Legal and ethical issues, manpower and training, and classification systems for decisionmaking*, Congress, Office of Technology Assessment, Washington DC 1987, s. 87–189; tenże, *Justice and the right to health care: an egalitarian account*, [w:] *Rights to health care,* red. Th. J. Bole, W. B. Bondeson. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991, s. 83–102; tenże, *Egalitarian justice and the right to health care*, [w:] *Health care reform: a human rights approach*, red. A. R. Chapman, Georgetown University Press, Washington DC 1994, s. 106–123.

strategie jej realizacji: strategię naturalnej loterii w uposażeniu jednostki i jej uprawnieniach (*entitlement*), strategię korzyści społecznej (*utilitarian answers*), strategię maksymalizowania korzyści najniżej uposażonych maksimum-minimum (*maximin*) oraz strategię równości (*egalitarian strategies*)[117].

W naturalnej, przyrodniczej loterii jedni są obdarzeni zdrowiem i inteligencją, a inni obciążeni chorobami czy innymi brakami. W swojej propozycji Robert Sade (co współgra z podejściem libertyńskim) twierdzi, że każda jednostka ma uprawnienia tylko do tego, co ma, a nie do tego, czego w naturalnej loterii nie otrzymała lub losowo utraciła. Każdy, czy zdrowy czy chory, ma się indywidualnie zatroszczyć o swoje życie i, jeśli chce, również o opiekę zdrowotną dla siebie. Według R. Sade'a koncepcja opieki zdrowotnej jako uprawnień pacjenta jest niemoralna, ponieważ odrzuca bardziej fundamentalne uprawnienia człowieka do wolności w realizacji i ochronie swego życia[118]. Zdaniem Veatcha propozycja libertariańska nie spełnia wymogów zasady sprawiedliwości. Sankcjonuje przypadkowe działanie naturalnej loterii, usprawiedliwia i utwierdza nierówności, płytko ujmuje kwestie uposażenia, dziedziczenia, uczestnictwa i dystrybucji dóbr w społeczeństwie. Nie uwzględnia faktu, że pewne dobra ludzkość dziedziczy z pokolenia na pokolenie. Zwolennicy tej teorii nie zauważają, że pewni tyrani środkami przemocy czy niewolnictwa zyskali dobra, które dalej przekazują swoim bliskim. Przyjmując powyższą perspektywę, sankcjonuje

[117] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 254.
[118] Tamże, s. 225. Chodzi o: R. M. Sade, *Medical care as a right: a refutation*, „New England Journal of Medicine" 1971, Dec. 2 [285], s. 1288–1292.

się siłę, podstęp i wykorzystywanie innych. Prowadzi to raczej do darwinizmu społecznego i konfliktów na miarę buntu i rewolucji. Nic dziwnego, że również Robert Nozick, celem uniknięcia walki i przemocy, próbował uregulować uprawnienia za pomocą rozumnego kontraktu społecznego. Robert Veatch twierdzi, że w społeczności rządzonej według libertyńsko rozumianej wolności losowo skrzywdzeni czy gorzej wyposażeni, aby zmienić swoją sytuację, mogą w swej desperacji rzucić się do chaotycznej walki i zbudować świat rządzony siłą i przemocą[119]. Tak więc z obu stron, tych niesprawiedliwie uprzywilejowanych czy tych losowo czy społecznie pokrzywdzonych, może dojść do sprawowania władzy przy pomocy siły i przemocy.

Strategia utylitarystyczna, skupiając się na końcowej sumie korzyści społecznych, nie wyklucza – zdaniem Veatcha – krzywdy poszczególnych jednostek. Nie zajmuje się ona równym rozdziałem korzyści i niekorzyści wśród poszczególnych ludzi, lecz skupia się na procesach, które wygenerują korzystny rachunek dla bezosobowego społeczeństwa.

Teoria J. Rawlsa maksymalizowania minimum (*maximin*) jest propozycją polepszania sytuacji najgorzej uposażonych. Rawls chce osiągnąć ten cel poprzez danie pewnych przywilejów (czy to w postaci wyższych zarobków czy innych dodatków) pewnej elicie medycznej, dzięki czemu swym działaniem zmieniałaby ona sytuację np. w dostępie do środków i personelu lekarskiego obywateli znajdujących się w najgorszej sytuacji. Nie jest to idealne rozwiązanie kwestii sprawiedliwości, gdyż już w punkcie wyjścia niesprawiedliwie promuje się elitę, co może doprowadzić do pogłębienia się przepaści

[119] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 257.

między oboma grupami. Jednak przez tego typu kontrakt obie strony mogą skorzystać, gdyż sytuacja obu grup ulegnie poprawie na lepsze[120].

W egalitarystycznej strategii (*egalitarian theory*) mocniej akcentuje się równość w rozumieniu i praktykowaniu sprawiedliwości. Chodzi tu o równość szans, równość w dostępie do instytucji, urzędów, środków. Tacy jak Bernard Williams poszukują jej podstaw w koncepcji transcendentalnej równości osób (*equality of persons*)[121]. Sugerując się transcendentalną filozofią Kanta, podstawę równości dostrzegają oni nie w empirycznym opisie człowieka, w poznawczych zdolnościach, które są nierówne, ale w jego transcendentalnej charakterystyce jako celu samego w sobie. „Każdy człowiek, w terminologii Kanta, jest celem samym w sobie, i członkiem królestwa celów"[122]. Ów szacunek do człowieka jako celu, jako wolnego i racjonalnego podmiotu, jest podstawą równości i winien znaleźć swoje odzwierciedlenie w formułowaniu treści zasad postępowania. Trzeba więc w odpowiednim kontrakcie – zdaniem Veatcha – tak ułożyć relacje między świeckimi członkami społeczności a profesjonalistami medycznymi, aby było możliwe zbudowanie moralnych więzi między nimi. Mimo nierówności w funkcjach, uposażeniu, zyskach tych grup, zachowana będzie bowiem wówczas równość na płaszczyźnie ustalonych zasad, na płaszczyźnie moralnej[123]. Oczywiście największe trudności występują przy formułowaniu szczegółowych strategii

---

[120] Tamże, s. 264.

[121] B. Williams, *The idea of equality*, [w:] *In justice and equality*, red. H. A. Bedau, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York 1971, s. 116–137.

[122] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 266.

[123] Tamże, s. 268.

np. obok sprawy pożywienia, ubrania i mieszkania jako również podstawowych i niezbędnych dóbr potrzebnych do życia jednostek, strategii dystrybucji środków i dostępu do opieki zdrowotnej.

Robert Veatch formułuje swoje stanowisko następująco: „Ludzie mają prawo do potrzebnej opieki zdrowotnej, która zabezpiecza warunki do równego stopnia zdrowia, jak to jest tylko możliwe, w stosunku do zdrowia, które posiadają inni ludzie”[124]. Reguła ta jest zasadą pragmatyczną, wyprowadzoną z ogólnej koncepcji sprawiedliwości i zastosowaną dla ochrony zdrowia. Prowadzi ona do stworzenia jednorodnego systemu opieki zdrowotnej z jedną klasą usług dostępnych dla wszystkich. W celu realizacji ten zasady społeczeństwo musi zdecydować, jaki procent dochodu narodowego przeznaczy na ochronę zdrowia w kontekście zapewnienia innych niezbędnych dóbr danemu społeczeństwu. Poza tym standard tego systemu zdrowia jest wyraźnie określony. „Ludzie powinni mieć takie niezbędne usługi, aby dawały im szanse, tak daleko, jak tylko to jest możliwe, być tak zdrowymi, jak inni ludzie”[125].

Zasada sprawiedliwości nie wyklucza funkcjonowania innych zasad, np. autonomii jednostki i jej autonomicznej decyzji w kwestii ryzyka czy ochrony zdrowia. W związku z tym, w formułowaniu szczegółowych zasad kontraktu, ważne jest właściwe rozstrzyganie konfliktów między samymi zasadami, np. zasadami nieszkodzenia, dobroczynności, dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości czy prawdomówności, unikania zabijania i sprawiedliwości.

---

[124] Tamże, s. 275.
[125] Tamże.

2.5. Sposoby rozwiązywania konfliktu zasad

Przy zastosowaniu każdej zasady etycznej, oprócz sporów o fakty i interpretacje ich aksjologicznej doniosłości, napotykamy na konflikt między zasadami tej samej etyki medycznej[126]. Nietrudno dostrzec, że zasada autonomii pacjenta może wchodzić w konflikt z zasadą dobroczynności Hipokratesa, ponieważ pacjent rezygnując z terapii może tym samym przekreślić dobroczynne skutki działań zalecanych przez lekarza. Zasady autonomii i dobroczynności wchodzą więc ze sobą w konflikt. Podobnie w realizacji zasady sprawiedliwości, w strategii dążącej do równości w poziomie zdrowia, dopuszczenie możliwości ryzyka np. przez palaczy lub ludzi używających innych używek, wprowadza konflikt między autonomią jednostki a sprawiedliwością społeczną. Ogólnie można powiedzieć, że tam, gdzie w teorii etyki medycznej występują przynajmniej dwie zasady, zachodzi nieunikniony konflikt między nimi. Ujawnia się on przy każdej próbie zastosowania zasad do rozstrzygnięć konkretnego przypadku.

Można to dostrzec na przykładzie kazusu dra Antoniego J. Chapmana. Po zalegalizowaniu w niektórych stanach USA w roku 1977 kary śmierci i zasady medycznej asystencji przy egzekucji, rozpoczęła się dyskusja nad tym, czy uczestnictwo lekarza w wykonaniu wyroku jest dopuszczalne moralnie. Doktor Anthony J. Chapman, twórca tego prawa w stanie Oklahoma, opowiedział się za asystencją lekarza przy egzekucji, ale AMA (Amerykańskie Towarzystwo Medyczne)

---

[126] R. M. Veatch, *Resolving conflicts among principles: ranking, balancing, and specifying*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995) No. 3, s. 199–218.

wyraziło swój sprzeciw. Warto więc prześledzić, jakie zasady i ich interpretacje wykorzystano w tym kazusie[127].

Robert Veatch dzięki temu i podobnym przykładom ujawniającym konflikty zasad porządkuje sposoby ich rozwiązywania, wyróżniając (1) metodę, w której stosuje się jedną, wszechogarniającą zasadę rozwiązywania konfliktów (*single overarching prinicples*); (2) metodę, w której wchodzące ze sobą w konflikt zasady porządkuje się leksykalnie, słownikowo (*lexical ordering*) oraz (3) metodę, w której równoważy się wchodzące w konflikt zasady o równym statusie (*balancing of principles of equal status*)[128].

Można np. rozważyć, czy zasadniczą zasadą w argumentacji w kazusie dra A. J. Chapmana ma być zasada unikania zabijania, zasada nieszkodzenia, czy też utylitarystycznie rozumiana korzyść społeczna. Veatch staje na stanowisku, że taką podstawową zasadą nie może być korzyść społeczna, gdyż utylitaryzm odwołujący się do końcowej sumy nagromadzonych korzystnych skutków dla społeczeństwa przekreśla i znosi nie tylko autonomię jednostki, ale również zasadę unikania zabijania czy zasadę sprawiedliwości. Być może dałoby się w jakiejś mierze uzgodnić z powyższymi zasadami utylitaryzm reguł, w którym znalazłaby się ta przeciwna uczestnictwu lekarza w egzekucji. Niemniej utylitaryzm czynu, kwalifikujący alternatywę czynów według kryterium sumy końcowych korzyści społecznych, nie nadaje się do rozwiązania konfliktów zasad występujących przy rozstrzyganiu kazusów podobnych do wspomnianego[129].

---

[127] R. M. Veatch, *A theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 293.
[128] Tamże, s. 296nn.
[129] Tamże, s. 297.

W kwestii rozwiązywania konfliktu zasad różne tradycje uznają różne zasady za podstawowe. W chrześcijańskiej tradycji moralnej fundamentalną zasadą jest zakaz zabijania. We współczesnej tradycji świeckiej za podstawową zasadę uznaje się natomiast zasadę autonomii. W polityce socjalistycznej czy demokratycznej funkcję taką pełni sprawiedliwość np. w dystrybucji środków medycznych. W sumie wszystkie te tradycje odrzucają utylitaryzm, w którym suma korzyści społecznych jest podstawową zasadą etyczną. Zdaniem R. Veatcha „łatwo jest udowodnić, że poszukiwanie pojedynczej zasady dla etycznego systemu medycznego, jakąkolwiek ona by nie była, czy to hipokratejska, czy utylitarystyczna, jest bezowocne (*fruitless*)"[130]. Jeśli tak, to należy odrzucić możliwość rozwiązywania konfliktów przy pomocy pojedynczej wszechogarniającej zasady (*single overarching prinicples*).

Inną metodą rozwiązywania konfliktu zasad w etyce medycznej jest metoda leksykalnego, słownikowego ich uporządkowania (*lexical ordering*), w której jednym zasadom przyznaje się w rankingu priorytet względem innych. Można rozważyć taki porządek, w którym w razie konfliktu przypisze się pierwszeństwo, nadrzędność np. zasadzie nieszkodzenia (*primum non nocere*) względem innych zasad, np. autonomii czy sprawiedliwości[131]. „Jest możliwe, że pewne zasady zawsze mają priorytet względem innych. Takie stanowisko zajął J. Rawls w uporządkowaniu dwóch zasad sprawiedliwości. Zgodnie z tym rozwiązaniem, pierwsza zasada musi być spełniona przed uwzględnieniem drugiej zasady. Według

[130] Tamże, s. 298.
[131] Tamże.

stanowiska Rawlsa, równa dystrybucja wolności musi być zagwarantowana przed rozważeniem nierówności społecznych i ekonomicznych. Nie do zaakceptowania jest poświęcenie równości w wolności, aby osiągnąć równość społeczną i ekonomiczną"[132]. Rozwiązanie to Rawls nazwał propozycją „szeregowego" lub „leksykalnego" uporządkowania zasad, naśladującego leksykalno-graficzny porządek słownika. Mimo że wiele miejsca poświęcił on kwestii priorytetu jednej zasady sprawiedliwości względem drugiej, to jednak – zdaniem Veatcha – nie odpowiedział na pytanie, jak się ma sprawa rankingu innych zasad poza sprawiedliwością. Przy bliższej analizie porządku leksykalnego (*lexical ranking*) wszystkich zasad okazuje się on nieprzekonujący. Już sam Rawls zauważył ograniczoność wymagań moralnych generowanych priorytetową zasadą. Można to pokazać na przykładzie leksykalnego priorytetu zasady korzyści. Okazuje się, że jesteśmy niezadowoleni z tego typu moralnych wymagań uzasadnianych korzyścią społeczną (*generates an insatiable moral demand*). Dobitnym przykładem fiaska moralnego zasad konsekwencjalistycznych jest ocena eksperymentów na więźniach w obozach nazistowskich, które były korzystne dla rozwoju medycyny i ludzkości, a mimo to nie uznajemy ich za działania moralne[133]. Jeśli zasady konsekwencjalistyczne nie uzasadniają wystarczająco doniosłości tego, co moralne, jeśli nie dostarczają nam wystarczającej satysfakcji moralnej, to być może priorytet względem nich należy przyznać zasadom niekonsekwencjalistycznym. „Sensownie jest zaakcentować to – pisze Veatch – że inne zasady (autonomia z wymaganiem zgody, dotrzymywanie

[132] Tamże, s. 299.
[133] Tamże, s. 300.

kontraktów, unikanie zabijania, mówienie prawdy, promocja sprawiedliwości) muszą być spełniane jako pierwszorzędne, konieczne warunki, zanim będą wzięte pod uwagę konsekwencje eksperymentów. Żadna ilość dobrych konsekwencji nie może przekreślić wewnętrznych moralnych wymagań niekonsekwencjalistycznych zasad"[134].

Immanuel Kant twierdził, że wytwarzanie dobrych konsekwencji w ogóle nie jest wymaganiem moralnym. Moralne wymagania rodzi obowiązek, a nie korzyści. Kierowanie się zasadą korzyści prowadzi do dziwnych, kontrintuicyjnych wniosków (*counterintuitive implications*). „Czyny, które normalnie są supererogatoryjnymi działaniami (*supererogatory*), stają się wymaganymi moralnymi, i wówczas trywialne wybory, takie jak wybór między różnymi płatkami śniadaniowymi, stają się wyborami moralnie doniosłymi, gdyż mogą przynieść więcej dobra niż czyny alternatywne"[135]. Nie trudno dowieść, że dla właściwego uzasadnienia moralności należy unikać zarówno trywialnej kalkulacji korzyści, jak też idealistycznego kierowania się supererogatywnością postępowania. Powyższe argumenty przemawiają za tym, że w konfliktach zasad należy przyznać priorytet zasadom niekonsekwencjalistycznym względem zasad konsekwencjalistycznych[136]. Z punktu widzenia sytuacji pierwotnej, przyjętej przez racjonalnych ludzi (*by reasonable people*), z moralnego punktu widzenia (*the moral point of view*) trzeba stanąć na stanowisku, że w przypadku zasady sprawiedliwości wymagana jest równa obiektywna sieć możliwości dla indywidualnych osób wspólnoty moralnej

[134] Tamże.
[135] Tamże.
[136] Tamże, s. 301.

(*equal objective net outcome*)[137]. Chodzi w tym przypadku o to, że każdy ma prawo do opieki zdrowotnej, niezbędnej do stworzenia możliwości cieszenia się zdrowiem tak, jak inni ludzie.

John Rawls rozwiązywał ten konflikt, dopuszczając nierówności np. w dostępie do środków medycznych czy do opieki zdrowia dla uprzywilejowanej, pewnej elity, pod warunkiem, że owo uprzywilejowanie będzie korzystne dla nieuprzywilejowanych, najsłabszych, że będzie zmieniać ich sytuację na lepszą. Owa zasada różnicowania sprawiedliwości (*difference principle*) podtrzymywana jest argumentacją, że korzyści, mimo nierówności, przewyższają straty. Według Briana Barry'ego i Roberta Veatcha owa tolerancja nierówności to kompromis zasady sprawiedliwej równości Rawlsa z zasadą skuteczności w wytwarzaniu dobrych konsekwencji (*compromise between justice and efficiency*), który prowadzi do nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej[138]. „Zaznaczałem już – pisze Veatch – że sprawiedliwość może wymagać równości, podczas gdy efektywna produkcja dobrych konwekcji może prowadzić do polityki nierówności w prowadzonych dla elity usługach zdrowotnych"[139].

W powyższym sporze R. Veatch staje na stanowisku, że: „niekonsekwencjalistyczna zasada powinna mieć pierwszeństwo przed zasadą korzyści. Obowiązek sprawiedliwości ma leksykalnie wyższy priorytet niż obowiązek wytwarzania dóbr. A to przede wszystkim oznacza, że kompromis między egalitarną sprawiedliwością i skuteczną dobroczynnością jest nie do zaakceptowania. […] Niekonsekwencjalistyczna

[137] Tamże.
[138] Tamże.
[139] Tamże.

zasada jest – zdaniem Veatcha – leksykalnie w rankingu wyżej od zasady dobroczynności. Dotrzymywanie przyrzeczeń, autonomia, uczciwość, zasada unikania zabijania lub sprawiedliwość nie mogą być pogwałcone tylko z tego powodu, że może to uniemożliwić wytworzenie dobrych konsekwencji"[140]. Wszystkie te niekonsekwencjalistyczne zasady, razem wzięte, są wyżej w rankingu leksykalnym od konsekwencjalistycznej zasady korzyści. Między sobą nie układają się one w porządek leksykalny (*lexical ranking*), gdyż są sobie równe (*coequal ranking*). W razie konfliktu między zasadami niekonsekwencjalistycznymi nie możemy ich uporządkować leksykalnie, ale musimy poddać je operacji wyważania i równoważenia (*balancing of prinicples of equal status*). Inaczej więc rozwiązujemy konflikty między zasadami konsekwencjalistycznymi, a inaczej między samymi zasadami niekonsekwencjalistycznymi. W pierwszym przypadku stosujemy porządek leksykalny, ustanawiając niejako hierarchię zasad, w drugim przypadku mamy do czynienia z zasadami o równym statusie i możliwe jest jednie ich wyważanie i równoważenie.

Stosując powyższą propozycję do podanego wcześniej stanowiska Rawlsa, związanego z konfliktem egalitarnej sprawiedliwości i skuteczności, w którym argument korzyści dla najmniej uprzywilejowanych dopuścił nierówności społeczne między profesjonalistami i ich klientami, należy zdaniem Veatcha uwzględnić leksykalny priorytet autonomii i sprawiedliwości względem korzyści oraz przeprowadzić właściwie zrównoważenie obu pierwszych niekonsekwencjalistycznych zasad. Zrównoważenie to może być dokonane poprzez zgodę owych najniżej uprzywilejowanych, którzy dobrowolnie

[140] Tamże, s. 302–303.

mogą zaakceptować zaproponowany układ, chociaż nie jest to dla nich moralnym wymogiem sprawiedliwości. To oni decydują o wyważeniu w ich sytuacji, ich autonomii i sprawiedliwości. Dopiero po tej akceptacji można włączyć korzyści do argumentacji moralnej. „Dobroczynność jako taka (dopóki najmniej uprzywilejowani nie podporządkują swoich praw do równego traktowania), nie generuje przeciwnych sprawiedliwości moralnych imperatywów w kwestii dystrybucji środków medycznych. […] Dobroczynność jest zasadą niższego porządku, leksykalnie jest ona niżej w rankingu w stosunku do zasad niekonsekwencjalistycznych”[141].

Podobnie można rozstrzygnąć konflikt między sprawiedliwością równej dystrybucji środków i usług medycznych w różnych regionach świata a autonomią dostawców i usługodawców, która daje im możliwość wyboru miejsca pracy. Konfliktu tego nie możemy z góry rozstrzygnąć metodą leksykalnego rankingu. Mamy bowiem do czynienia z dwiema niekonsekwencjalistycznym zasadami: zasadą sprawiedliwości i zasadą wolności. W tym wypadku strategia rankingu jest zdaniem Veatcha nieodpowiednia. Trzeba zastosować strategię wyważania, poszukiwania między nimi równowagi. Chodzi o znalezienie takiej alternatywy obu pryncypiów, która w najmniejszym stopniu naruszy którąś z tych zasad. Po znalezieniu tego typu równowagi możemy dopiero rozważyć, jakie wynikają z tego korzyści.

W propozycjach większej sprawiedliwości w rozmieszczeniu lekarzy i dostawców środków medycznych w różnych regionach świata bierzemy pod uwagę również to, czy nie pogwałcimy ich autonomii. Konflikt ten może prowadzić albo do

[141] Tamże.

likwidacji autonomii producentów i dostawców środków medycznych, albo odwrotnie, do likwidacji uprzywilejowania wybranych elit społecznych w dostępie do tych środków. Trzeba więc poszukiwać równowagi między dwiema zasadami. Owo balansowanie sprawiedliwej lokalizacji środków medycznych z autonomią tych, którzy ich dostarczają ma minimalizować pogwałcenie jednej zasady przez drugą – choć wiadomo, że każda ze stron będzie broniła swojej zasady i żadna alternatywa nie zadowoli jednej czy drugiej strony. „Możemy np. zauważyć, że w miejsce zmuszania psychiatrów z Park Avenue do przeniesienia się do Zachodniej Wirginii, by tam praktykowali swoją profesję, możemy stworzyć możliwość kształcenia nowych studentów medycyny, z warunkiem czasowej służby w słabo obsłużonych regionach. To może w wielkim stopniu poprawić sprawiedliwość bez poważnej ingerencji w autonomię usługodawców”[142].

Tego typu balansowanie niekonsekwencjalistycznych zasad nie jest tak precyzyjne jak zastosowanie leksykalnego rankingu, ale jest możliwe do wykonania. Społeczeństwo w dialogu, sięgając po dane empiryczne, może znaleźć punkt najmniejszego pogwałcenia dwu lub więcej zasad. Z pozycji podstawowego kontraktu społecznego rozumni ludzie mogą równoważyć zasady autonomii i sprawiedliwości tak, aby ów konflikt rozwiązać[143]. W owym spotkaniu zarówno laicy, jak i profesjonaliści mogą zbliżać się jak tylko to jest możliwe do moralnego punktu widzenia hipotetycznych kontrahentów (*attempting to assume as closely as possible the moral point of view of*

[142] Tamże, s. 304.
[143] Tamże.

the hypothetical contractors)[144]. Poszukując minimalnej ingerencji ograniczającej owe dwie zasady, mogą wypracować jakąś opcję pośrednią (za którą opowiada się Veatch), w której dopuszcza się jakaś formę nacisku na wolność usługodawców. Być może, zdaniem omawianego etyka, dałoby się to osiągnąć poprzez zorganizowanie odpowiednich warunków kształcenia lekarzy z czasowym obowiązkiem pracy w danych regionach lub poprzez wydawanie odpowiednich licencji. Przy zawarciu porozumienia zasada dotrzymywania kontraktu będzie pomocna w realizacji uzgodnionego w nim ograniczenia wolności lekarzy czy dostawców środków i usług medycznych.

W przypadku dra A. Chapmana, czyli kwestii uczestnictwa lekarza w egzekucji, podanie argumentu dotyczącego dobroczynnych skutków takiego działania nie rozwiązuje konfliktu. Trzeba więc odwołać się do równoważenia zasady autonomii i unikania zabijania. „Nawet jeśli rozumni ludzie, negocjujący podstawowy społeczny kontrakt (*basic social contract*), odrzucą zasadę zalecającą aktywne, zamierzone zabijanie, a w kontrakcie między profesjonalistami i społeczeństwem będą chcieli wykluczyć w ogóle egzekucję z profesjonalnych zadań, to i tak rezultat dla służby zdrowia będzie powinnością kontraktową (*conractual or convenantal*) unikania uczestnictwa w prawnie usankcjonowanym zabijaniu"[145].

Opisując trudności związane z zastosowaniem zasad do konkretnych przypadków klinicznych, R. Veatch zaznacza, że mimo frustracji klinicystów w tym względzie, krytycznie odnoszących się do zasad etycznych zalecanych im przez filozofów i zasad prawnych zaleca-

[144] Tamże, s. 305.
[145] Tamże.

nych przez prawników, to jednak „występuje – jego zdaniem – niezwykła zbieżność wśród kilku alternatywnych wizji tego, co może być uniwersalnym źródłem tych zasad. Jedna grupa widzi moralność zakorzenioną w czymś pierwotniejszym i bardziej podstawowym niż ludzka wspólnota – w tym, co boskie, w prawie naturalnym, w wymaganiach rozumu, lub w empirycznej, moralnej rzeczywistości (*deity, the law of nature, requirements of reason, or the empirical moral reality*). […] Druga grupa widzi moralność zakorzenioną tylko w konsensusie moralnej wspólnoty (*the consensus of the moral community*). Jej członkowie rozumieją podstawową etyczną strukturę jako taki zespół zasad, które rozsądni ludzie, jeśli przyjmą moralny punkt widzenia, mogą zainicjować i na nie się zgodzić”[146].

Robert Veatch uważa, że owe dwie grupy ludzi o zbliżonych źródłach moralności zawrą ze sobą kontrakt lub przymierze w postaci podstawowego kontraktu na najwyższym poziomie (*basic social covenant*), który konstytuuje wspólnotę moralną i umożliwia kontrakty na następnych dwóch poziomach. Wspólnota tak ukonstytuowana, związana lojalnością i wiernością, potrafi sformułować zasady będące wyrazem ich wolności i odpowiedzialności. W ten sposób można przełamać indywidualizm społeczności liberalnej nie niszcząc autonomii jednostek, jak też ideologie socjalistyczne, nie niszcząc sprawiedliwości społecznej.

Veatch w swej kontraktualistycznej koncepcji etyki medycznej nie ukrywa, że w ten sposób chce przełamać indywidualizm etyczny kultury liberalnej, w której korzyści pacjenta

[146] Tamże, s. 326.

mogą przegrać z korzyściami społecznymi[147]. Sądzi, że zaproponowana przez niego metoda rozwiązywania konfliktu zasad, w której połączył on leksykalny priorytet (*lexical priority*) zasad niekonsekwencjalistycznych względem zasad konsekwencjalistycznych z wyważaniem równych sobie zasad niekonsekwencjalistycznych (*balancing claims of the noncosequentialist principles*), jest lepszą metodą niż dotychczas proponowane sposoby zbudowania etyki społecznej i medycznej[148]. Balansowanie, wyważanie konkurujących, niekonsekwencjalistycznych zasad, takich jak zasada dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości, unikania zabijania i sprawiedliwości, doprowadzi do słusznych zaleceń normatywnych. W zalecenia te włączą się w uzgodniony sposób korzyści jednostki i społeczeństwa.

Nawet jeśli na drugim poziomie kontraktu żądania społeczeństwa i profesjonalistów będą początkowo arbitralne, to wypracowywanie wspólnych praktycznych reguł będzie – zdaniem Veatcha – prowadzić w dobrym kierunku dochodzenia do reguł nie naruszających w drastyczny sposób wyważonych, wspomnianych, niekonsekwencjalistycznych zasad[149].

Tak więc choć Veatch w swojej wersji etyki kontraktualistycznej wykorzystuje pomysł hipotetycznego kontraktu J. Rawlsa oraz metodę wyważania i równoważenia zasad, rozpowszechnioną w tym samym czasie przez pryncypizm T. Beauchampa i J. Childressa, to jednak w swej etyce koryguje obie propozycje. Czyni to przez odróżnienie zasad niekonsekwencjalistycznych od konsekwencjalistycznych

[147] Tamże.
[148] Tamże.
[149] Tamże, s. 327.

i umieszczenie tych pierwszych wyżej w rankingu leksykalnym w stosunku do tych drugich. Po zrównoważeniu zasad niekonsekwencjalistycznych możemy dopiero włączyć w sferę rozważań moralnych to, co wnoszą zasady konsekwencjalistyczne: korzyść czy dobroczynność. Z tego punktu widzenia Veatch przeprowadza nie tylko ostrą krytykę utylitaryzmu, ale zwalcza również etykę Hipokratesa, w której zasada dobra pacjenta i dobroczynności jest powodem nie tylko powstania paternalizmu, ale i wykształcenia się egoistycznego, korporacyjnego etosu lekarskiego. Zaproponowana przez niego etyka medyczna, posługująca się zasadniczo zasadami niekonsekwencjalistycznymi takimi jak: dotrzymywanie kontraktu, autonomia, uczciwość i prawdomówność, unikanie zabijania i sprawiedliwość, jest etyką deontonomiczną. Chce mieć ona charakter kategoryczny, ale kategoryczność autonomizmu etyki Kanta chce wyprowadzić z hipotetycznego kontraktu Rawlsa. Cały ten zabieg jest jednak wątpliwy i nie został uzasadniony przez twórcę koncepcji. Kontrakt jako taki, nawet w ważnych kwestiach, nie generuje nakazów kategorycznych, ale hipotetyczne. Nie są one bezwarunkowe i bezinteresowne. Odsyłają nas bowiem do umowy, która je zapoczątkowała. Nie są też bezinteresowne, gdyż kontrahenci za zasłoną niewiedzy biorą pod uwagę nieznane im korzyści, które mogą uzyskać i dla nich właśnie zawierają kontrakt. Nie jest wyjaśniony status moralny zarówno kontraktu, jak i dotrzymywania jego ustaleń czy innych proponowanych w nim zasad.

Twierdzenie Veatcha, że przed zawarciem kontraktu preegzystują w nas najogólniejsze zasady moralne, domaga się filozoficznego wyjaśnienia. Niestety, autor zrezygnował z dotarcia do źródeł i podstaw moralności. Można powiedzieć, że

ograniczył przez to swą etykę do heurystyki dyskursu moralnego. Ona także ma swoje zalety praktyczne, ale nie jest wyjaśnieniem moralności jako takiej. Można dopatrywać się, że za ową heurystyką dyskursu stoją praktyczne sugestie budowania życia społecznego, państwowego i obywatelskiego. Kryje się za tym jakaś uboga antropologia bycia obywatelem. Trzeba jednak wiedzieć, że nie dlatego ktoś jest człowiekiem, że jest obywatelem, lecz odwrotnie. Nieodzowna jest więc wiedza o tym, kim jesteśmy i dokąd zmierzamy, aby wiedzieć, jaka społeczność, jakie państwo i systemy społeczne są ludzkie czy nieludzkie. Kontrakt musi się więc kierować wcześniej odkrytymi i uzasadnionymi zasadami moralnymi.

ROZDZIAŁ 3

W kierunku ugruntowanej antropologicznie etyki medycznej

3.1. Ubóstwo antropologiczne u podstaw etyki medycznej

Gilbert C. Meilaender w książce *Body, soul, and bioethics* w rozdziale pierwszym zatytułowanym: „Jak bioetyka straciła duszę" oraz w rozdziałach drugim i trzecim zatytułowanymi „Jak bioetyka straciła ciało…" dowodzi, jak owa dyscyplina w ostatnim ćwierćwieczu zatraciła związek z tym, kim jesteśmy i czemu zasady bioetyczne mają służyć. „Bioetyka – pisze on – straciła w tym czasie duszę. Naszą duszę. Znaczy to tyle, że w znacznym stopniu odwróciła się od zgłębiania podstawowych pytań dotyczących tego, kim jesteśmy i powinniśmy być"[1]. Proceduralne metody w bioetyce czy to pryncypizmu T. Beauchampa i J. Childressa, czy kontraktualizmu R. Veatcha ignorują – zdaniem Meilaendera – podstawowe

[1] G. C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame and London 1998, s. 2.

problemy, które decydują o moralności, o tym, czym jest dobre życie i jak mamy żyć. „Biorą one w nawias sprawy odnośnie do których moglibyśmy się dogłębnie spierać, takie jak natura osoby ludzkiej, sens cierpienia, podstawy ludzkiej godności"[2]. Skupiają się na sprawach społecznych i politycznych, poszukują taktyk osiągania konsensusu dla zagwarantowania spokoju społecznego, co prowadzi bardziej do legalistycznej rutyny w tych sprawach niż do typowego dla moralności profetycznego świadectwa.

Proces coraz większego zrywania związków bioetyki z metafizyką i antropologią ogołaca ją z filozoficznej refleksji i spycha na teren polityki i prawa stanowionego. Widać to również w procesie odchodzenia od hipokratejskiej etyki medycznej, co za Danielem Callahanem można nazwać odchodzeniem od internalistycznego do eksternalistycznego uzasadniania moralności medycznej (*from internalist to an externalist view*). W pierwszym ujęciu działalność medyczna uzasadniana była przez wewnętrzne cele medycyny, *telos* praktyki medycznej, w drugim ujęciu cele te wyznaczane są z zewnątrz przez społeczność, ekonomię i politykę[3]. Niestety takie podejście nie pogłębia naszego zrozumienia tego, kim jesteśmy, jakie jest nasze przeznaczenie, czym jest dobre życie, co znaczy być dobrym człowiekiem i dobrym lekarzem.

Konieczność związku bioetyki z metafizyką i antropologią zaakcentowana została również w debacie na ten temat przeprowadzonej w roku 2004 w „Diametrosie". Barbara Chyrowicz w referacie otwierającym dyskusję ukazała różne formy ascezy, czy lepiej: ubóstwa antropologicznego we współczesnej

---

[2] Tamże, s. 18.
[3] Tamże, s. 5.

bioetyce. Analizuje to, wyodrębniając trzy różne modele bioetyki: (1) bioetykę jako etykę szczegółową, będącą uszczegółowieniem norm uzasadnionych w etyce ogólnej, (2) bioetykę hybrydową związaną z kilkoma różnymi teoriami etycznymi i (3) bioetykę pozytywizującą, w której rozstrzygnięcia normatywne są oparte na wynikach nauk szczegółowych[4]. Przykładem tej pierwszej są bioetyki rozwijane w oparciu o etykę postkantowską, utylitarystyczną, neotomistyczną czy personalistyczną. Przykładem bioetyki hybrydowej jest m.in. propozycja André Hellegersa i Alberta R. Jonsena, w której u podstaw tej dyscypliny zaproponowali oni trzy teorie: teorię obowiązku, teorię cnoty i teorię sprawiedliwości. Do hybrydowych bioetyk można zaliczyć również pryncypizm T. Beauchampa i J. Childressa, w którym obok opisu czterech zasad i techniki refleksywnego *equilibrium* wymieniają oni i przedstawiają różne, niezintegrowane z proponowaną przez nich etyką praktyczną, teorie etyczne[5]. Krytykę bioetyki hybrydowej przeprowadził Paul Ramsey, wykazując, że bez ustalenia hierarchii między cnotą, obowiązkiem i sprawiedliwością nie da się rozstrzygnąć konfliktów etycznych.

W propozycjach takich bioetyk jak pryncypizm T. Beauchampa i J. Childressa czy kontraktualizm R. Veatcha nie pojawiają się wprost kwestie metafizyczne. Autorzy skupiają się w nich na metodach podejmowania decyzji. „Jeśli bioetyka ma rozstrzygać problemy poprzez odwołanie do społecznego konsensu, wymuszanego dodatkowo naciskami natury poli-

---

[4] B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 170–183, http://dx.doi.org/10.13153/diam.2.2004.60 (15.10.2014).

[5] E. J. Emanuel, *The beginning of the end of principlism*, „Hastings Center Report", 25 (1995) Issue 4 (Jul/Aug), s. 1–4.

tycznej i potrzebą stanowienia prawa – stwierdza B. Chyrowicz – to żadne przesłanki natury metafizycznej nie będą nam potrzebne. Taka bioetyka będzie miała typowo pragmatyczny charakter i nie pojawią się w jej obrębie pytania o ostateczne racje przyjmowanych rozwiązań"[6]. Szczególnie w pozytywizującej refleksji bioetycznej mamy do czynienia – zdaniem B. Chyrowicz – z rezygnacją z filozoficznych podstaw[7]. W sumie, gdyby bioetyka jako taka zrezygnowała całkowicie z metafizyki a szczególnie z antropologii, to owa „antropologiczna asceza" czy lepiej: antropologiczne ubóstwo, rezygnacja z filozoficznego charakteru tej dyscypliny, stałaby się – zdaniem B. Chyrowicz – rezygnacją z racjonalności, jaką daje filozofia, czyli z racjonalności jako takiej.

W większości biorący udział w debacie bioetycy podkreślali nieodzowność związku bioetyki z metafizyką. „Każdy uznaje jakąś metafizykę – stwierdza Z. Zalewski – niezależnie od tego, czy jest tego świadom, czy nie. Można nawet zasadnie utrzymywać, że lepiej jest być świadomym własnych przekonań metafizycznych. Niezależnie jednak od tego, do jakiego stopnia mamy rozeznanie we własnych przekonaniach o porządku świata, to one wyznaczają nasze poglądy we wszystkich kwestiach szczegółowych. […] Nie da się bowiem niczego rozstrzygnąć w kwestii naszych działań dotyczących innych ludzi, jeżeli nie przyjmiemy – jawnie lub milcząco – że wiemy, kim jest człowiek i dlaczego przysługuje mu szczególny status w świecie, w którym żyjemy i działamy"[8].

---

[6] B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, dz. cyt., s. 182.

[7] Tamże, s. 173.

[8] Z. Zalewski, *O wzajemnych relacjach bioetyki i metafizyki* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 3, http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=104 (15.10.2014).

Dyskutanci różnili się w kwestii zarzutu ubóstwa antropologicznego w wymienionych modelach bioetyki. Niektórzy wskazywali, że w pewnych koncepcjach bioetyki mamy do czynienia z zakładanymi, ukrytymi założeniami antropologicznymi. „Całkowicie zgadzam się – pisze Kazimierz Szewczyk – […] że bioetyka powinna odwoływać się do antropologicznych założeń. Co więcej, chcę wysunąć tezę, że bioetyka odwołuje się do nich, że każdy z wymienionych modeli jej uprawiania ma antropologiczne fundamenty. Antropologicznym ufundowaniem modelu proceduralno-procesualnego jest wizja osoby zbliżona do Rawlsowskiej idei obywatela, zdolnego do społecznej kooperacji i dysponującego dwiema władzami moralnymi, tj. zdolnością do posiadania poczucia sprawiedliwości i zdolnością do kierowania się racjonalną koncepcją dobra”[9].

Podobne stanowisko względem obecności założeń antropologicznych w uprawianej za D. Callahanem bioetyce teoretycznej i bioetyce regulacyjnej zajęła Alicja Przyłuska-Fiszer. „Zadaniem bioetyki teoretycznej – pisze – jest poszukiwanie ogólnych podstaw filozoficznych i etycznych do rozstrzygania problemów moralnych biologii i medycyny. Sądzę, że można ich poszukiwać w przesłankach antropologicznych, aksjologicznych i normatywnych, ale także w rozważaniach metaetycznych dotyczących istoty argumentacji etycznych”[10].

Dyskutanci, podkreślając potrzebę metafizyki i antropologii w bioetyce, odwołują się albo do wyraźnych związków

---

[9] K. Szewczyk, *Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros” 2004 nr 2, s. 190.

[10] A. Przyłuska-Fiszer, *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros” 2004 nr 2, s. 204.

według zasady *primum ethicum et primum anthropologicum conventuntur*, co realizuje się np. w personalistycznie rozwijanej bioetyce (B. Chyrowicz), albo do *implicite* zakładanej antropologii w bioetykach proceduralnych, w których jest obecna koncepcja J. Rawlsa człowieka jako obywatela (K. Szewczyk), albo do zakładanej holistycznej koncepcji człowieka w bioetykach hybrydowych (A. Przyłuska-Fiszer). Krytycznie odnosili się też do niewłaściwych związków bioetyki z metafizyką czy antropologią (Włodzimierz Galewicz, Paweł Łuków).

Albert Jonsen analizuje problematykę antropologiczną w opisywanych przez siebie teoriach bioetycznych, takich jak etyka dobra pacjenta E. Pellegrino, etyka czterech zasad T. Beauchampa i J. Childressa, etyka kontraktualistyczna R. Veatcha, etyka świecka i religijna H. T. Engelhardta. Wskazuje on powody marginalizacji wyraźnej refleksji antropologicznej oraz na wyrugowania (np. w pryncypizmie) pojęcia szacunku dla osoby czy jej godności na rzecz szacunku dla jej wolności. Od najwcześniejszych etapów bioetyki dominowały w niej – zdaniem A. Jonsena – zawsze obecne w zachodniej filozofii zasady szacunku dla osoby i jej autonomii (*respect for persons, or respect for autonomy*)[11]. Mimo powszechnego stosowania tych pojęć w omawianej dyscyplinie, nie zostały one jednak opracowane przez filozofów, etyków i bioetyków. Nie znajdujemy ich w książkach np. Wiliama Frankeny czy Richarda Brandta ani w *Encyklopedii filozofii*, a nawet w *Encyklopedii bioetyki* z 1978 roku[12]. Tak więc wszechobecne pojęcie „indywidualnej jednostki jako nadrzędnej wartości", odgrywające zasadni-

[11] A. K. Jonsen, *Bioethics as a discipline*, [w:] tenże, *The birth of bioethics*, Oxford University Press, New York 1998, s. 334.

[12] Tamże, s. 334.

czą rolę w filozofii Kanta i Milla nie zostało – zdaniem Jonsena – przeanalizowane przez współczesnych bioetyków[13].

Mimo że pojęcie szacunku do osoby występuje w Raporcie z Belmont przedstawionym przez Komisję Narodową USA 30 września 1978 roku, to jednak jego rozumienie zacieśniane jest do pojęcia autonomii. Hugo Tristram Engelhardt w swym eseju dołączonym do raportu pisał, że literatura bioetyczna „interesuje się szacunkiem dla osoby (*respect for persons*) jako logicznym warunkiem moralności. Ów szacunek dla osoby nie jest wartością wśród innych wartości. Jest raczej podstawą dla zrozumienia moralnej odpowiedzialności, i jest brany pod uwagę niezależnie od wszelkiego interesu, który mielibyśmy w tym respektowaniu drugiej osoby. […] Proponuję wizję wolności i moralności – dodał od siebie – zaczerpniętą zasadniczo z Immanuela Kanta, wolność ta jest założeniem dla obu roszczeń, dla poznania i dla moralności"[14]. Swoją propozycję bioetyki świeckiej budował na idei wolności, a w precyzowaniu pojęcia osoby zacieśnił je tylko to osób aktualnie świadomych i wolnych, wykluczając z tego grona osób ludzi aktualnie niezdolnych do takich aktów. „Nie wszyscy ludzie są osobami – pisał. Nie wszyscy ludzie są świadomi, rozumni i zdolni do pochwalenia czegoś lub zganienia. Płód ludzki, noworodki, upośledzeni umysłowo, będący w głębokiej śpiączce – są przykładami ludzi, którzy nie są osobami (*nonpersons*)"[15].

Zdaniem A. Jonsena T. Beauchamp i J. Childress posługują się w swej bioetyce różnymi pojęciami autonomii, raz

---

[13] Tamże.
[14] Tamże.
[15] H. T. Engelhardt, *The foundations of bioethics*, Oxford University Press, New York 1996, s. 138–139.

zaczerpniętymi od Kanta, innym razem od Milla. „W sformułowanym przez siebie pryncypium autonomii wymieszali oni Kanta koncepcję szacunku dla osoby (*respect for persons*) z Johna Stuarta Milla dość odmiennym pojęciem wolności (*liberty*), czyli stanowiskiem, że nie należy ograniczać osobie wyborów, jeśli jej działania nie ingerują w wolność innych”[16]. Dokonując fuzji tak różnych koncepcji wolności, wywodzących się z różnych nurtów filozoficznych, rozmyli ich filozoficzne uzasadnienie. Obaj starali się wyjaśnić pojęcie szacunku dla osoby i autonomii, jednak zarówno im samym, jak też w szerokiej dyskusji nie udało się tego dokonać. „Mimo że autonomia została wprowadzona jako jedna z czterech zasad obok dobroczynności, nieszkodzenia i sprawiedliwości, to jednak wydaje się – stwierdza Jonsen – że zdominowała pozostałe, a nawet je pochłonęła. Przez wiele lat autonomia rozlewała się w dyskursie bioetycznym. Przewijała się jako tuman zamieszania i nieporozumień. Zamieszanie to nie pozbawiło jej jednak atrakcyjności. Atrakcyjność ta pochodzi oczywiście z jej podobieństwa do osobistej wolności, niewzruszonego elementu amerykańskiego etosu”[17].

W pluralistycznym społeczeństwie akcent położony na szacunek dla indywidualnej autonomii bez żadnych dalszych wskazań był powszechnie akceptowany. Takie stanowisko wspierał również ruch na rzecz praw człowieka. Jego przedstawiciele w etyce medycznej podkreślali prawo osoby do opieki zdrowotnej, ale także do odrzucenia takiej opieki. Ruch wpisywał się w prawne tendencje uznania np. prywatności za nadrzędną zasadę względem innych zasad i dóbr.

---

[16] A. K. Jonsen, *Bioethics as a discipline*, dz. cyt., s. 335.
[17] Tamże, s. 335.

Autonomia wzbudziła szczególne zainteresowanie w latach 60. i 70. W wielu pracach przeciwstawiono ją wzrastającemu paternalizmowi lekarzy. Zdaniem Jonsena „na początku stulecia lekarze, żyjąc w warunkach podobnych do ich pacjentów i ciesząc się stosukowo dużym społecznym szacunkiem, mimo ich skąpego uposażenia, należeli do społeczno-ekonomicznej średniej klasy. W połowie stulecia przesunęli się do średniej i wyższej klasy (*upper-middle and the upper class*). Otoczeni coraz to liczniejszymi technicznymi urządzeniami, izolowali się społecznie i zawodowo coraz bardziej od swoich pacjentów i powoli tracili otaczającą ich aurę [szacunku – przyp. T. B.]"[18]. Atmosferę tę dobrze oddaje praca Davida Rothmana zatytułowana *Strangers at the bedside* (1991)[19]. To właśnie wtedy wybuchła dyskusja, w której autonomię pacjenta przeciwstawiono wzrastającej potędze paternalizmu medyków. Paternalizm ten bowiem miał swoje źródła zarówno w wysokim statusie społeczno-ekonomicznym lekarzy, jak i w ich potędze naukowej i technologicznej. Utracili oni bezpośredni kontakt z pacjentem i stali się technicznymi ekspertami w decydowaniu o dobru pacjenta. Dychotomia paternalizm–autonomia była stałym tematem pierwszej dekady rozwoju bioetyki[20].

Sukces zasady autonomii zdaniem Jonsena „pochodzi z trzech różnych źródeł: teologicznej doktryny świętości indywidualnego życia, filozoficznej doktryny, podkreślającej kreatywność jednostki, i centralnego miejsca indywidualnej

---

[18] Tamże, s. 336.

[19] D. J. Rothman, *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making,* Basic Books, New York 1991.

[20] A. K. Jonsen, *Bioethics as a discipline,* dz. cyt., s. 337.

[osoby – przyp. T. B.] w amerykańskim etosie"[21]. Chrześcijaństwo w nauce o stworzeniu człowieka i jego przeznaczeniu podkreślało niezbywalną wartość każdej osoby ludzkiej. „Doktryna chrześcijańska wyostrzyła przekonanie z judaizmu, że każde ludzkie życie jest święte, ponieważ jest niepowtarzalnym dziełem Boga: «Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat, poświęciłem cię» (Jr 1, 5)"[22].

Tę niezbywalną godność osoby ludzkiej i świętość jej życia głosił w bioetyce Paul Ramsey. W swej koncepcji postawił u podstaw etyki osobę, jej godność i oczywiście wolność. W wyniku kryzysu wiary chrześcijańskiej kultura sekularystyczna przesunęła się z zasady respektowania świętości życia w kierunku respektowania autonomii jednostki. Wprawdzie wciąż uznaje się w niej niezbywalną wartość życia, ale odcina się ją od jej transcendentnych podstaw, czyli od prawa naturalnego i Boga. W ten sposób absolutyzuje się pewne właściwości człowieka, jego rozumność w postaci świadomości, a szczególnie jego autonomię i kreatywność. Indywidualna wolność i życie na swój własny sposób jest w ten sposób cenione, tolerowane i chronione.

Jeżeli poprzednio wolność była ujmowana w kontekście natury osoby, poznania przez nią prawdy moralnej, w kontekście wspólnoty, np. rodziny, wspólnot etnicznych i narodowych – to tutaj została ona oderwana od tych podstaw i stała się główną i jedyną wartością[23]. W amerykańskim liberalizmie przyjęto, że wolność polega na uwolnieniu jednostki

[21] Tamże.
[22] Tamże.
[23] Tamże, s. 338.

od wszelkich wymagań, z wyjątkiem tych, które sama (w sposób wolny) wybierze w kontrakcie.

Nieuzasadniona absolutyzacja i tryumf autonomii prowokuje również jej krytykę. „Dominacja autonomii stała się oczywista dla wielu bioetyków, którzy zaczęli się uważniej przyglądać temu pojęciu i umieszczać go bezpieczniej wewnątrz «hierarchii dóbr» i zasad. Mimo że dążono do lepszej równowagi pryncypiów, to jednak bioetycy byli niepewni, w jaki sposób, w analizie moralnych problemów medycyny, teorie i pryncypia powinny współgrać ze sobą"[24].

Dość ostro ową absolutyzację autonomii w etyce ocenia Alasdair MacIntyre. Ukazuje on, że przytaczane przez różne nurty etyczne uzasadnienia w postaci autonomizmu czy emotywizmu obrazują szereg błędnych teorii, które nie wyjaśniają postępowania moralnego[25]. Wyjaśnienie takie odkrył już Arystoteles, a polega ono na realizacji naszej natury takiej jaka jest, w kierunku jej pełni, czyli tego, jaką powinna się stać. Ową teleologię natury realizujemy dzięki sprawnościom moralnym, cnotom, które umożliwiają właściwą realizację naszego człowieczeństwa[26]. Zagubienie właściwego pojęcia natury ludzkiej u podstaw etyki prowadzi do ciągłych kryzysów etyki współczesnej, do przechodzenia od skrajności do skrajności. Takie nurty jak autonomizm uniwersalny I. Kanta, autonomizm indywidualny S. Kierkegaarda czy też emotywizm D. Hume'a i A. J. Ayera obrazują jedynie ciasne, nieadekwatne

---

[24] Tamże.

[25] A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, dz. cyt., s. 109nn; zob. T. Biesaga, *Niepowodzenia nowożytnego i współczesnego projektu etyki*, dz. cyt., s. 133–142; tenże, *Alasdaira MacIntyre'a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej*, dz. cyt., s. 3–14.

[26] Tamże, s. 111.

ujęcie człowieka i moralności. Należy więc przywołać pełniejsze zrozumienie człowieka, jego natury i jego postępowania moralnego.

3.2. Antropologia w etyce medycznej teleologicznej i kontraktualistycznej

W paragrafie tym zastanowimy się, jaka antropologia jest obecna czy zakładana w etyce dobra pacjenta E. Pellegrino, a jaka w etyce kontraktualistycznej R. Veatcha. Już same źródła biograficzne obu myślicieli wskazują na różne wpływy na ich myślenie filozoficzne.

W przypadku E. Pellegrino, oprócz studiów i praktyki medycznej, istotne było jego wykształcenie humanistyczne, a w nim studium filologii klasycznej oraz filozofii w wyższej szkole jezuitów oraz w St. John's University na Brooklynie w Nowym Jorku. Obok wykształcenia empirycznego i medycznego dość wcześnie w swej karierze akademickiej zetknął się on z humanistyczną spuścizną grecką, rzymską oraz chrześcijańską. Już wtedy, studiując wielowiekową historię filozofii, medycyny, etyki, w tym etyki hipokratejskiej, kształtował swoje podejście filozoficzne, uświadamiał sobie nieodzowność filozofii medycyny i odpowiednio uzasadnianej etyki dla praktyki medycznej[27]. W kolegium, gdzie studiował, wykładowcy podsuwali mu książki obejmujące 400 lat rzymsko-katolickiej tradycji w tej dziedzinie. „Zostałem uwrażliwiony – pisze E. Pellegrino – w kwestii niezbędności etyki

[27] D. C. Thomasma, *Edmund D. Pellegrino Festschrift*, dz. cyt., s. 1.

medycznej w praktyce medycznej oraz w mojej osobistej integralności rzymsko-katolickiego lekarza"[28].

Hugo Tristram Engelhardt Jr i Fabrice Jotterand, wyróżniając trzy etapy zrywu humanistycznego w USA, traktują Edmunda Pellegrino jako kontynuatora trzeciego humanizmu. Za przedstawiciela drugiego humanizmu uznają Friedricha Immanuela Niethammera (1766–1848), wśród przedstawicieli trzeciego wymieniają zaś Ernsta Roberta Curtiusa (1886–1956) i Wernera Jaegera (1888–1961). Ostatni z wymienionych – ich zdaniem – wywarł znaczący wpływ na Edmunda Pellegrino. Ogólnie humanizm ten poszukiwał pewnej inspiracji etycznej w pustce zostawionej po oświeceniu i po rewolucji francuskiej oraz po zmarginalizowaniu etycznego przesłania Kościoła. „Wprost czy nie wprost, Edmund Pellegrino może być zaliczany do ważnych przedstawicieli w dalszych etapach owego humanistycznego ruchu, który zrodził się w późnych latach dziewiętnastego i w połowie dwudziestego stulecia. Jego geniusz skierował się w kierunku łączenia nauk humanistycznych i medycyny (*to tie the humanities to medicine*)"[29].

Czynił to w sytuacji, gdy „społeczność amerykańska, w wyniku różnorodnych czynników społecznego rozwoju, ulegała procesowi sekularyzacji, gdy profesja medyczna przekształcała się ze wspólnoty cechu w branżę handlową, kiedy to medycyna stawała się bardziej skuteczna, ale też bardziej kosztowna i stwarzająca najważniejsze kulturowe i moralne problemy. Pellegrino genialnie rozpoznał i odpowiedział na potrzebę

---

[28] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 147.

[29] H. T. Engelhardt Jr, F. Jotterand, *An introduction. Edmund D. Pellegrino's project*, [w:] E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, dz. cyt., s. 5.

orientacji wywołaną zakwestionowaniem tradycyjnych wskazań (mądrych lekarzy i teologów moralistów). W odpowiedzi na nie łączył on medycynę z naukami humanistycznymi i nauki humanistyczne z medycyną. Świadczy o tym jego powiedzenie «medycyna jest dyscypliną najbardziej humanistyczną z nauk ścisłych, najbardziej empiryczną ze sztuk i najbardziej naukową z dyscyplin humanistycznych»"[30].

Hugo Tristram Engelhardt Jr i Fabrice Jotterand twierdzą, że nie można zrozumieć współczesnej filozofii medycyny bez wkładu E. Pellegrino, bez wprowadzonych przez niego kategorii moralności wewnętrznej medycynie i telosu medycyny (*the internal morality and the* telos *of medicine*)[31]. Pokazał on, że bioetyka i etyka medyczna nie mogą być zrozumiane i rozwijane poza kontekstem humanistycznych nauk medycznych, a te ostatnie poza kontekstem filozofii medycyny. Bioetyka nie może być ograniczona tylko do praktycznego rozstrzygania szczegółowych problemów takich jak aborcja, sztuczna prokreacja, inżynieria genetyczna, klonowanie, handel organami czy eutanazja. Wszystkie te problemy można rozwiązać poprzez filozoficzne ujęcie natury relacji lekarz–pacjent oraz celu medycyny[32]. „Pellegrino traktuje poważnie medycynę jako praktykę, która radzi sobie z realizacją dobra pacjenta poprzez własne teleologiczne zaangażowanie i wewnętrzną jej moralność wraz z założeniami dotyczącymi istoty i znaczenia relacji lekarz–pacjent oraz z ujęciami istoty cnotliwego lekarza i wymogów ludzkiego rozwoju"[33].

---

[30] Tamże, s. 6.
[31] Tamże, s. 1.
[32] Tamże, s. 2.
[33] Tamże.

Można powiedzieć, że w swej filozoficznej i etycznej interpretacji medycyny Pellegrino czerpał z dwu źródeł. Medycyna kliniczna stała się dla niego *locus ethicus*, a natura medycyny podstawą dla obiektywnego ujęcia dobra, do którego zmierza praktyka medyczna. Wskazywał i opisywał realne podstawy powstania medycyny (fakt choroby, akt profesji i akt medycyny), które interpretował teleologicznie jako praktykę realizującą docelowo zdrowie pacjenta. Realizacja ta dokonuje się na płaszczyźnie personalistycznie opisywanej relacji lekarz–pacjent. „Moje stanowisko od tego czasu [od lat 70. – przyp. T. B.] do dziś – zaznacza – jest takie, że specyficzny obowiązek lekarza wywodzi się ze specyficznych właściwości osobowej relacji między osobą, która jest chora i osobą, której chory szuka, aby mu pomóc”[34].

W wypracowaniu swojego stanowiska filozoficznego i etycznego inspirował się – jak sam zaznacza – realistyczną filozofią arystotelesowsko-tomistyczną. „Moje podejście metodologiczne – pisał – to arystotelesowsko-tomistyczna etyka prawa naturalnego. Mimo że jest wśród etyków niepopularna, że w tej chwili do obecnych procesów jest kontrkulturowa, to jednak w kontekście ubóstwa subiektywizmu zyskuje na znaczeniu”[35]. W teleologicznym ujęciu praktyki medycznej wykorzystał on nowe odczytanie teorii cnót Arystotelesa i teorii praktyki zawodowej A. MacIntyre'a. W ujęciu natury medycyny, w opisie relacji lekarz–pacjent i dobra pacjenta Pellegrino inspirował się realizmem tomizmu egzystencjalnego i jego

[34] E. D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, dz. cyt., s. 150.
[35] Tamże, s. 156.

poszerzeniem w fenomenologii realistycznej D. von Hildebranda i J. Seiferta[36].

Zasługą Pellegrino jest to, że nie powtarzał tez metafizyki, antropologii arystotelesowsko-tomistycznej czy fenomenologii realistycznej, ale inspirując się nimi, rozwijał poszczególne elementy filozofii medycyny i etyki medycznej. Chodziło mu bowiem o etykę praktyczną, profesjonalną, z której mogliby korzystać lekarze, pacjenci, społeczeństwo. Wychodził z doświadczenia sytuacji klinicznej, opisując relację lekarz–pacjent. To doświadczenie uczynił sytuacją macierzystą, konstytutywną dla praktyki i etyki medycznej[37]. Nie poprzestał na fenomenologicznym, dialogicznym czy komuntarianistycznym opisie tej relacji, ale szukał głębszych jej uzasadnień, wynikających z tego, że mamy tu do czynienia z aktywnością medyczną, z aktem profesji, który jest wpisany w międzyosobową relację ja–ty. Wyjaśnienie, czym z natury jest praktyka medyczna skłoniło go do zaadoptowania Arystotelesowskiego rozumienia *praxis*, która jest czymś innym niż *theoria* i *poiesis*, oraz do rozwinięcia teorii natury medycyny[38]. Zgodnie z rozumieniem różnic i celów tych trzech dziedzin aktywności ludzkiej Pellegrino dowodził, że rozumienie medycyny jako praktyki jednoczy wszystkie dyscypliny medyczne zgodnie z celem realizo-

---

[36] Zob. T. Biesaga, *Dietricha von Hildebranda epistemologiczno-ontologiczne podstawy etyki*, TN KUL, Lublin 1989; tenże, *Spór o normę moralności*, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 1998.

[37] D. C. Thomasma, *Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine,* „The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 3, s. 248.

[38] Zob. T. Biesaga, *Dobro jako ratio cognitionis practicae i podstawa wyróżniania dziedziny praxis*, [w:] *Osoba i realizm w filozofii,* red. A. Maryniarczyk SDB, K. Stępień, PTTA, Lublin 2002, s. 233–244 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 3–4).

wanym w sytuacji klinicznej. Medycyna w tym kontekście nie jest zbiorem luźnych dyscyplin ani wyłącznie teoretyczną wiedzą, nie jest też czystą twórczością artystyczną, ale *techne iatrike*, praktyczną aktywnością uzdrawiania[39]. Medycyna jest efektem takiej a nie innej kondycji ludzkiej. Praktykę medyczną zrodziła obecność chorób. Fakt choroby znajduje swoją odpowiedź w akcie profesji medycznej i w akcie medycyny. Kliniczna relacja lekarz–pacjent ujawnia tę rzeczywistość na poziomie osobowym. Normatywność tej relacji to nie tylko to, co aksjologicznie wyznacza wzajemna afirmacja osobowa, ale również realizacja w tej afirmacji celu, jakim jest przywrócenie zdrowia. Dobro wyznaczone tym celem w pełni wyraża etyka Hipokratesa w sformułowaniu *salus aegroti suprema lex*[40]. Odczytana aksjologicznie i normatywnie ontologia indywidualnej osoby, czyli pacjenta, wyznacza sposób realizacji dobra medycznego[41].

Pellegrino akceptuje Arystotelesowskie hylemorficzne ujęcie człowieka, w którym forma substancjalna (dusza) organizuję materię (ciało), stanowiąc jednostkową substancję. Sądzi, że jest to jedna z najbardziej wpływowych koncepcji człowieka w historii ludzkości. Arystoteles zaakcentował ważność harmonii obu elementów, cielesnego i duchowego, dla zdrowia człowieka. Akcentując jego jedność psychofizyczną, przeciwstawił się on dualizmowi Platona, zgodnie z którym człowiek to dusza za karę uwięziona w ciele. Pellegrino akceptował

---

[39] D. C. Thomasma, *Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine,* dz. cyt., s. 248.

[40] Zob. T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, dz. cyt., s. 153–165; tenże, *Cel czy nakaz racją działania moralnego*, [w:] *Spór o cel. Problematyka celu i celowościowego wyjaśniania*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2008, s. 185–196 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 10).

[41] D. C. Thomasma, *Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine,* dz. cyt., s. 249.

również modyfikację hylemorfizmu Arystotelesa dokonaną przez św. Tomasza. W tym ujęciu zasadą istnienia jest forma substancjalna – dusza, a nie jak u Arystotelesa samo złączenie formy i materii. Dusza jako zasada istnienia organizuje ciało i nadaje istnienie tej jedności[42]. Pellegrino zgadzał się również z zaadaptowaną przez niego (za Boecjuszem) koncepcją osoby jako indywidualnej substancji natury rozumnej.

Pellegrino dostrzega, że sceptycyzm nowożytny zakwestionował zasadność realistycznej metafizyki. Wpłynęło to na ujęcie rzeczywistości i człowieka. W koncepcji Kartezjusza został on rozbity na dwie substancje: *res cogitans i res extensa.* „Człowiek stał się albo maszyną, albo odcieleśnioną myślą"[43]. Od tego czasu filozofia zachodnia, zdaniem Pellegrino, podejmowała bezskutecznie szereg prób przezwyciężenia fragmentaryzmu w ujęciu człowieka. Wyłoniła ona całe spektrum propozycji, takich jak mechanicyzm, pozytywizm logiczny i naukowy, absolutyzm Hegla, determinizm ekonomiczny Marksa, determinizm ewolucyjny Darwina, determinizm psychologiczny Freuda i wiele innych mniej wiarygodnie uzasadnionych ujęć. Propozycje te oferowały wiele wartościowych wglądów w niektóre właściwości ludzkiej aktywności, ale żadna z nich nie potrafiła ująć pełnej potencjalności bytu ludzkiego[44]. „Obecnie obraz człowieka jest rozbity na fragmenty w stopniu niespotykanym dotychczas w historii. […] Mamy do czynienia z filozoficznymi antropologiami bazującymi na licznych dyscyplinach, z których

---

[42] E. D. Pellegrino, *Medicine, philosophy, and man's infirmity*,[w:] tenże, *Humanism and the physician,* dz. cyt., s. 55nn.

[43] Tamże, s. 58.

[44] Tamże, s. 59.

każda samą siebie uważa za niepodważalną w postawieniu na piedestale pewnych aspektów ludzkiej egzystencji, jakimi są aspekty społeczne, psychologiczne, biologiczne, ekonomiczne czy polityczne. Antropologie takie są bezbarwne, z konieczności niekompletne, i z wyjątkiem grupki zwolenników, dla pozostałych niezadawalające"[45].

Różne odmiany realizmu, czy to tomistycznego, fenomenologicznego czy egzystencjalistycznego, poszukują syntezy owych fragmentarycznych ujęć człowieka. Pellegrino wpisuje się w ten właśnie nurt myślenia. Sięga on po szersze doświadczenie niż to, którym posługują się nauki ścisłe. Doświadczenie relacji lekarz–pacjent umiejscawia w doświadczeniu kondycji człowieka jako takiego. Kruchość tej kondycji ujawnia fakt choroby czy śmierci. Choroba jest ontologiczną agresją wobec człowieka. Nie jest ona konstruktem społecznym, ale faktem egzystencjalnym, który dotyka każdego, niezależnie od tego, w jakim regionie świata się znajduje. Medycyna zrodziła się jako odpowiedź na to zagrożenie. W ten sposób doświadczenie relacji klinicznej lekarz–pacjent, które stoi u podstaw specyficznej moralności medycznej, ugruntowane jest w antropologii medycznej i antropologii pacjenta. W owej antropologii i ontologii wiemy, dlaczego i w jakim celu istnieje medycyna, komu służy i kim jest ten, dla którego powstała. Wiedza ta pozwala określić nie tylko dobro medyczne czy dobro przeżywane przez pacjenta, ale również dobro pacjenta jako osoby, a nawet jego dobro duchowe czy religijne. Realizacja tych dóbr wyznacza, które zasady etyki medycznej są zasadnicze, nadrzędne względem innych. Taką zasadą jest dobroczynność w zaufaniu, która włącza wolność pacjenta

[45] Tamże, s. 55.

i wolność lekarza w przywrócenie zdrowia choremu. W tej optyce unika się zarówno paternalizmu w realizacji dobra medycznego, jak i autonomizmu pacjenta.

Zdaniem Pellegrino cztery zasady podawane przez pryncypizm, jeśli ugruntuje się je w odpowiedniej antropologii, nie muszą być sprzeczne z proponowaną przez niego etyką medyczną. Gdy, jak w pryncypizmie, zabraknie takiej antropologii, szacunek do osoby redukuje się do szacunku do autonomii. Absolutyzacja autonomii, bez jej przyporządkowania czterem formom dobra pacjenta, zasadniczo niszczy etykę medyczną, opowiadając się za medycyną życzeniową, przez co jest szkodliwa nie tylko dla autonomii lekarza, ale i dla pacjenta, umożliwia bowiem jedynie medycynę legalistyczną i minimalistyczną. „Nie zgadzamy się – pisze Pellegrino – z silnym nurtem przekonań, że w razie niemożliwości zawarcia konsensusu musimy porzucić poszukiwanie tego, co słuszne i dobre i zadowolić się tylko tym, na co się razem zgodziliśmy. Taki sposób uprawiania etyki to zredukowanie moralnego dyskursu do wymiany «wartości» i kompromisu. W tym wypadku wartości przypisywane są rzeczom, ideom lub ludziom ze względów osobistych lub własnych interesów. Względy osobiste są ważne i muszą być wzięte pod uwagę w etycznym dyskursie. Nie stają się przez to normami, zasadami, powinnościami czy obowiązkami”[46].

Źródła biograficzne myślenia Roberta Veatcha są odmienne od wspomnianych Edmunda Pellegrino. Mimo że, jeden po drugim, kierowali tym samym Instytutem Etyki Kennedych, mimo że śledzili te same zmiany w biotechnologii

[46] E. D. Pellegrino, *Rationing health care: inherent conflicts within the concept of justice*, dz. cyt., s. 157.

i medycynie, że sięgali do tych samych nauk empirycznych i medycznych, to jednak w propozycji etyki medycznej inaczej wykorzystali zarówno dane nauk ścisłych, jak i istniejące nurty filozoficzne. Na wykształcenie Veatcha składają się dyscypliny stające na antypodach. Są nimi z jednej strony nauki ścisłe, medyczne, z drugiej – religia.

Veatch zafascynował się najpierw naukami medycznymi. Zajął się badaniem zjawisk z zakresu neurofarmakologii i neurofizjologii. Chciał wiedzieć, czy sądy wartościujące, sądy etyczne i ich stabilność są efektami pewnych zapisów w mózgu, i czy tych zapisów nie można poprzez pewne oddziaływania zmienić, a tym samym zmieniać i kształtować moralność.

Bardziej humanistycznych źródeł myślenia etycznego poszukiwał wybierając studiowanie religii. Filozofii i etyki uczył go podczas tych studiów John Rawls, Roderick Firth oraz Joseph Fletcher. Pracując w Centrum Hastings u D. Callahana czy w Instytucie Etyki Kennedych, spotykał się z wieloma wybitnymi filozofami i bioetykami amerykańskimi. Humanistyczne myślenie w kwestii podstaw etyki zaczerpnął jednak od Johna Rawlsa, modyfikując je dla potrzeb etyki medycznej. Być może pod wpływem tekstów D. Callahana, akcentujących konieczność odkrycia czy zbudowania mocnej teorii u podstaw etyki medycznej, Veatch chciał znaleźć coś więcej niż Rawls, wskazując tzw. preegzystujące lub zakładane przed kontraktem zasady. „Podstawową rolę w tym – zaznacza Veatch – odegrali moi nauczyciele John Rawls i Roderick Firth. Moim zamiarem stało się pogodzenie w teorii sprawiedliwości Rawlsa metody społecznego kontraktu z moim przekonaniem, że zasady etyczne w konstrukcji moralnej rzeczywistości powinny być traktowane jako preegzystujące (*ethical principles should be seen as preexisting*). Obydwaj oddziałali

na mnie i inspirowali mnie w rozwinięciu społecznego, konstruktywistycznego (*a social constructivist account*) podejścia do norm etycznych, opierającego się na empirystycznej metaforze uczestnictwa w grupie idealnych, naukowych obserwatorów moralnej rzeczywistości (*ideal scientific observers*)"[47].

Uczestnictwo w grupach badawczych zajmujących się problemami demografii, dostępu do opieki zdrowotnej, rozlokowaniem brakujących środków medycznych, pchnęły Veatcha w stronę krytyki paternalizmu i partykularyzmu, obrony autonomii pacjenta i propagowania kontraktu jako metody służącej wprowadzeniu sprawiedliwości w opiece zdrowotnej i służbie zdrowia. Ten obszar myślenia bliższy był jego zainteresowaniom polityką demograficzną i zdrowotną.

Do akceptacji kontraktualizmu u podstaw etyki medycznej skłaniała go również – jak sam zaznacza – jego postawa religijna protestanta, jego przekonania religijne o słabości, ograniczoności oraz radykalnym zniszczeniu przez grzech pierworodny naszej natury[48]. Mimo że przywoływał on zwolenników oparcia zasad etycznych na objawionej woli Boga, na prawie naturalnym czy na rozumie, to jednak sam w punkcie wyjścia etyki medycznej proponował hipotetyczny kontrakt J. Rawlsa. Owo zepsucie natury ludzkiej chciał przezwyciężyć poprzez idealny kontrakt lub idealnego obserwatora.

Trudno jest zrekonstruować antropologię Roberta Veatcha, gdyż w swej propozycji podstaw etyki medycznej z pozycji

---

[47] R. M. Veatch, *The birth of bioethics: autobiographical reflections of a patient person*, dz. cyt., s. 348–349.

[48] Tamże, s. 349.

sceptycyzmu zawiesza on zagadnienia antropologiczne i posługuje się, tak jak pryncypizm, kilkoma *prima facie* zasadami, takimi jak zasada dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości, unikania zabijania i sprawiedliwości. Niemniej można stwierdzić, że jego filozofia człowieka czy filozofia moralności wyrasta z filozofii I. Kanta i J. Rawlsa. Od pierwszego zaczerpnął on ideę autonomii u podstaw moralności, być może zmieszaną z indywidualistycznym jej rozumieniem u J. S. Milla czy J. Locke'a. Od drugiego przejął zaś metodę hipotetycznego kontraktu i ideę sprawiedliwości dla przezwyciężenia indywidualizmu i zbudowania etyki uniwersalnej. Można więc powiedzieć, że przejął on dualizm antropologiczny I. Kanta i jego autonomizm etyczny, kontraktualizm etyczny czy polityczny J. Rawlsa.

Mimo że Veatch traktuje zwolenników prawa naturalnego jako myślicieli zbliżających się do etyki uniwersalnej, to jednak nie przyjmuje ich uzasadnienia, gdyż podziela zarówno protestancką tezę o radykalnym zepsuciu natury ludzkiej, jak też (wyrażający to samo) racjonalizm Kanta, w którym moralność buduje się na idei autonomii osoby, autonomii względem naturalistycznie rozumianej ludzkiej natury. Być może pod wpływem imperatywów kategorycznych etyki Kanta Veatch przeprowadza radykalną krytykę zarówno utylitaryzmu, jak też etyki dobra pacjenta u Hipokratesa. Być może to pogląd o radykalnym złu natury ludzkiej popycha Veatcha w kierunku doszukiwania się egoizmu wszędzie, w każdej grupie społecznej, w tym również w profesji medycznej. Nie dopuszcza on myśli, że przysięga Hipokratesa może być ucieleśnieniem dobrych zasad etycznych, mimo że powstały one w ramach profesji medycznej. Wprost przeciwnie – traktuje ten etos jako usankcjonowanie egoistycznych, partykularnych korzy-

ści. Dostrzeżenie zła w etyce hipokratejskiej opisuje on w swej biografii jako objawienie zasadniczej prawdy moralnej, która wpłynęła na całe jego myślenie. Śledząc jego krytykę etyki Hipokratesa, John D. Lantos pisze: „Robert Veatch nienawidzi Hipokratesa. W swojej nowej książce z satysfakcją roztacza wizję, że hipokratejscy lekarze i wszyscy, który im zawierzyli, skończą jako «historyczna kupa złomu» […] Traktuje on etykę Hipokratesa jako «ezoteryczną, sugestywną i niebezpieczną», «o wątpliwej wartości», «wręcz agresywną»”[49].

Być może z pozycji zepsutej natury ludzkiej czy też naturalistycznego jej ujęcia przez filozofów anglosaskich Veatch odrzuca możliwość zawarcia realnego kontraktu społecznego. Taka umowa nie jest możliwa między egoistami. Thomas Hobbes, odwołując się do rozsądku egoistów, proponował zrzeczenie się przez nich wszystkich swoim uprawnień na rzecz konwencjonalnie ustanowionego Lewiatana. Mając do wyboru wiele różnych modyfikacji teorii umowy, Veatch skorzystał z propozycji hipotetycznego kontraktu J. Rawlsa.

W przejętym przez Veatcha dualizmie antropologicznym można dostrzec oba wątki: naturalistyczny i idealistyczny. Proponowany przez niego priorytet zasad niekonsekwencjalistycznych względem konsekwencjalistycznych współgra zarówno z transcendentalną antropologią Kanta, jak i naturalistyczną Hobbesa. Odpowiada to apriorycznemu idealizmowi transcendentalnego ego oraz naturalistycznemu potraktowaniu natury osoby ludzkiej. W związku z tym tendencje natury człowieka traktowane są jako dążenia przyrodnicze, ego-

[49] J. D. Lantos, *Veatch hates Hippocrates*, „Hastings Center Report” 40 (2010) Issue 1 (Jan.-Febr.), s. 46. Jest to recenzja książki R. M. Veatcha, *Patient, heal thyself*, Oxford University Press, New York 2009.

istyczne, którym trzeba przeciwstawić autonomię jednostki. Kontrakt ma być natomiast przezwyciężeniem indywidualizmu jednostkowej autonomii na rzecz sprawiedliwości społecznej. Dotrzymywanie umowy uchodzi niemal za superzasadę tej etyki.

To właśnie fikcyjny kontrakt zawarty na najwyższym poziomie i zastosowany na dwu niższych poziomach jest podstawą etyki kontraktualistycznej. „Przeciwnicy kontraktalizmu zwracają uwagę – pisze Magdalena Żardecka-Nowak – na jego sztuczność. Użyteczność tego modelu zakwestionował już Hume. Żadne historyczne ustanowienie kontraktu społecznego nigdy nie miało miejsca, dlaczego w związku z tym mielibyśmy uznać taki model za użyteczny? Rzeczywisty podział praw i obowiązków jest wypadkową wielu przygodnych okoliczności i nie ma nic wspólnego z modelowym kontraktem”[50]. To ów wyobrażeniowy idealistyczny poziom sytuacji pierwotnej i zasłony niewiedzy, poziom idealnego obserwatora, ma decydować o moralności kontraktu na dwu pozostałych poziomach, czyli umowy między społeczeństwem a profesją medyczną i między pacjentem a lekarzem.

Powstaje pytanie, czy realna kondycja człowieka dysponuje nas, aby wejść w sytuację pierwotną, aby stać się idealnym obserwatorem? Idealny obserwator ma być według Veatcha wszechwiedzący (znałby wszystkie nieetyczne fakty), wszechspostrzegawczy (mógłby przedstawić sobie wszystkie wchodzące w grę konsekwencje), bezinteresowny,

[50] M. Żardecka-Nowak, *Rozum i obywatel. Idea rozumu publicznego oraz koncepcja jednostki we współczesnej filozofii polityki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2007, s. 17–18.

beznamiętny, bezstronny, konsekwentny[51]. Człowiek nie ma takich cech, może je posiadać tylko Bóg, opatrzność Boża. We wspomnianym idealizmie czy spirytualizmie mamy więc do czynienia z absolutyzacją zdolności ludzkich i poszerzaniem ich do rozmiarów cech właściwych Bogu. Ów boski obserwator jest najwyższym autorytetem stanowiącym podstawowe zasady moralne i nie ma poza nim innej instancji odwoławczej. Jeśli ową idealizację czy absolutyzację przerzucimy na następne poziomy kontraktu, to może się kryć za tym niebezpieczeństwo przypisywania sobie uprawnień, do których człowiek nie jest zdolny. Zstępując bowiem z poziomu boskiego, idealny obserwator może przypisać sobie prawo do stworzenia idealnego społeczeństwa, idealnej ludzkości.

Tego typu nawet hipotetyczne ubóstwienie człowieka otwiera drzwi dla różnych ideologii. Nie sprzyja ono budowaniu jedności bytu ludzkiego, gdyż radykalizuje postkartezjańskie rozbicie go na dwie substancje: *res cogitans* i *res extensa*, z których pierwszej nadaje się cechy boskie, a drugiej – zwierzęce. Radykalne rozbicie obu sfer w człowieku i nadawanie im innego znaczenia, niż wynika ono z jego jedności, nie jest dobrą teorią bytu ludzkiego.

Można pytać, czy nie da się obronić stanowiska Veatcha, traktując myślowy eksperyment jako heurystyczną metodę budowania etyki. Zdaniem Johna Klutgena nie da się zastosować heurystycznego myślenia z wyimaginowanego kontraktu do realnego zawarcia umowy, gdyż taka operacja wymagałaby wcześniejszego wytrenowania tych, którzy ten kontrakt chcą

[51] R. M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, dz. cyt., s 43–44.

zawrzeć. Z tego wynika, że kontrakt mogliby zawierać tylko tak przygotowani filozofowie, logicy czy prawnicy. Zwykli ludzie byliby pozbawieni tej możliwości. Kontraktualizm wytrenowanych ekspertów prowadziłaby do partykularyzmu filozofów, logików i prawników[52].

Veatch nie udowodnił, że zawierający fikcyjny kontrakt odkrywają jakiś preegzystujący porządek moralny. Założył, że przyjmują oni moralny punkt widzenia, ale nie wyjaśnił, co jest podstawą owej moralności. Nie wykazał również zbieżności między porządkiem w idealnym kontrakcie a tym, co jako preistniejący moralny porządek odkryto w prawie objawionym, w prawie naturalnym, w rozumie.

Z pozycji fikcyjnego idealizmu Veatch, zdaniem Klutgena, nie docenia tego, co osiągnięto w profesji medycznej. „Veatch przesadza, kiedy opisuje kodeksy lekarskie jako jednostronne. One rzeczywiście pisane są przez lekarzy, ale wcielają wartości szeroko pojętej społeczności, są one odpowiedziami, zarówno moralnymi, jak i ideologicznymi, wobec krytycyzmu skandalicznych praktyk. Akceptacja społeczna zachowań profesjonalistów ujawnia przynajmniej częściową aprobatę ich zasad”[53]. Można więc powiedzieć, że ani na naturalistycznych, ani idealistycznie zabsolutyzowanych założeniach antropologicznych nie da się zbudować adekwatnych dla człowieka i społeczności ludzkiej zasad moralnych.

Nawet gdyby dało się wykazać, jak twierdzi Kazimierz Szewczyk, że w kontraktualizmie kryje się wizja osoby zbliżona

---

[52] J. Klutgen, *Ethics and professionalism*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1991, rozdz. 8: *Characters, contracts and covenants. Veatch's triple contract*, s. 166–180.

[53] Tamże, s. 174.

do Rawlsowskiej idei obywatela, to trzeba najpierw odpowiedzieć na pytanie, kim jest człowiek, kim jest ludzka osoba. To nie dlatego stajemy się osobą, że mamy status obywatela, lecz odwrotnie: dlatego, że jesteśmy bytem osobowym, możemy mieć status obywatela tego czy innego państwa. W prawodawstwie związanym ze statusem obywatelskim muszą być respektowane wcześniejsze od tych norm prawnych, stojące u ich podstaw, prawa człowieka.

3.3. *Primum ethicum et primum anthropologicum conventuntur*

W porównaniu z minimalizmem czy ubóstwem antropologicznym etyki kontraktualistycznej Roberta Veatcha, etyka medyczna Edmunda Pellegrino nie ignoruje zagadnień antropologicznych czy metafizycznych, lecz na swój sposób do nich nawiązuje. Mamy w niej do czynienia z doświadczeniem realnej kondycji człowieka, w którą wpisany jest fakt choroby. Jest to element nie tyle socjologiczny czy psychologiczny, ale właśnie antropologiczny i metafizyczny, związany z psychofizycznym złożeniem człowieka i z jego kondycją bytu przygodnego.

Zasługą Edmunda Pellegrino jest opis i analiza realnych podstaw powstania medycyny i praktyki medycznej. To właśnie fakt choroby, akt profesji i akt medycyny wyznaczają odpowiednie rozumienie tej aktywności. Relacja lekarz–pacjent wyraża tę rzeczywistość na płaszczyźnie osobowej i stąd dostarcza więcej treści służącej właściwej realizacji celu medycyny. W praktykę medyczną cel ten wpisany był już wcześniej, można powiedzieć – od początku jej istnienia. Przywrócenie zdrowia pacjenta jest nie tylko działaniem lekarza, ale i jego powinnością, realizacją tego, co

tworzy tę profesję. Zawód lekarza nie jest więc konstruktem społecznym, ale jest odpowiedzią na podstawowe potrzeby człowieka. Stąd spłaszczenie go np. do legalistycznego kontraktu odrywa go od realnych podstaw na rzecz tych sztucznie konstruowanych.

Zasadnicze dobro wyznaczone wewnętrzną celowością praktyki medycznej jest zadane autonomicznym podmiotom, a nie dopiero ustanawiane. Dostrzeżenie obok dobra medycznego dobra przeżywanego przez pacjenta oraz dobra pacjenta jako osoby wpisuje się w dobro profesji medycznej, realizowane na płaszczyźnie osobowej.

Edmund Pellegrino opracował podstawowe elementy etyki medycznej, ale nie wyjaśnił, na czym polega związek tej dyscypliny z antropologią czy metafizyką. Z jednej strony stosował arystotelesowsko-tomistyczną metodę filozofowania, ale jednocześnie inaczej rozumiał związek między etyką, antropologią i metafizyką. Zarówno z pozycji znanej mu krytyki metafizyki klasycznej, jak też celów praktycznych, odrzucał dedukcję zasad etycznych z tez metafizycznych. W tworzeniu etyki medycznej wychodził z doświadczenia specyficznych dla tej dyscypliny fenomenów. Rozwijał poszczególne elementy swej etyki w oparciu o doświadczenie choroby, doświadczenie i opis sytuacji klinicznej jako sytuacji macierzystej dla etyki medycznej oraz o doświadczenie relacji lekarz–pacjent. Na tej podstawie formułował pojęcie dobra w tej etyce, jej podstawowe zasady oraz sprawności, cnoty wymagane do właściwej realizacji profesji medycznej. Można zapytać, czy wszystkie te elementy jego etyki są dobrze uporządkowane i czy zaproponowana etyka jest właściwie ugruntowana w antropologii i w metafizyce.

Problemem tym przez wiele lat zajmowała się polska szkoła uczniów Karola Wojtyły, a szczególnie etyk i metaetyk Tadeusz Styczeń. Zamiast więc opracowywać na nowo

właściwy związek etyki i antropologii, lepiej jest wykorzystać zaproponowane przez niego rozwiązania. Etyka rozwijana w personalistycznej szkole Karola Wojtyły jest związana z antropologia i metafizyką. Zauważa się w tym nurcie myślenia, że doświadczenie powinności moralnej, doświadczenie człowieka i doświadczenie realnej rzeczywistości, w której człowiek się znajduje, dokonuje się razem w jednym akcie. Wyraża to kapitalne stwierdzenie T. Stycznia, które dosadnie formułuje Kazimierz Krajewski, pisząc: „Perspektywy teoretyczne określonych nauk, zakorzenione w doświadczeniu, konstytuują się *uno actu*. *Primum ethicum et primum anthropologicum et primum metaphysicum conventuntur*. Oddzielenie doświadczeń od siebie jest dziełem refleksji, wyznaczonym metateoretycznym zainteresowaniem, czyli celem badawczym, ale nie jest zdaniem sprawy z tego, co bezpośrednio dane. Opis tego, co dane, polega na odróżnieniu i wyróżnieniu momentów doświadczenia. Oddzielenie jest dziełem refleksji. Izolacja momentów doświadczalnych gubi powinność, która jest najściślej związana właśnie z integralnym charakterem doświadczenia. Bezpośrednio dane jest współdoświadczanie doświadczeń w jedności aktu jednego i tego samego podmiotu”[54].

Odróżnienie doświadczenia etycznego od antropologicznego czy metafizycznego pozwala znaleźć punkt wyjścia dla każdej z tych dyscyplin, opisać ich przedmiot i zagwarantować im niezależność. Nie znaczy to, że owo rozróżnienie doświadczeń, ich przedmiotu, ma się zakończyć zignorowaniem ich związku ze sobą. „Doświadczenie etyczne

[54] K. Krajewski, *Etyka jako filozofia pierwsza. Doświadczenie normatywnej mocy prawdy jako źródło i podstawa etyki*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 133.

ma charakter integralny, tzn. elementy je konstytuujące wzajemnie od siebie zależą. […] Doświadczenie jest w istocie współdoświadczeniem. Każdy z aspektów odsyła do innych, bez których wyróżniony aspekt traci swą tożsamość. W doświadczeniu wszystko jest dane naraz. W analizie trzeba te momenty wyróżnić, ale nie wolno ich od siebie oddzielać"[55].

Co wynika dla etyki z tego, że konstytuuje się ona *uno actu* z antropologią i metafizyką? Nie oznacza to, że należy ją wyprowadzać dedukcyjnie z antropologii czy metafizyki, lecz w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania zawarte w doświadczeniu moralności trzeba to, co dane, ugruntować w odpowiedniej antropologii i metafizyce. „Jeśli więc etyka staje się antropologią filozoficzną moralności – pisze T. Styczeń – to nie dlatego, że ją powiązano z istniejącą obok niej i niezależnie od niej filozofią człowieka. Człowiek bowiem jest dla etyki od samego początku jej własnym tematem jako ktoś, kto samym faktem swego bycia «rodzi» powinność afirmowania go dla niego samego i zarazem jako ktoś, kto jest do tej afirmacji zobowiązany. Etyka nie musi więc dopiero «wyjść poza siebie», by stać się filozoficzną antropologią. Przeciwnie, nie może się nią nie stać, jeśli tylko chce «do końca» zbadać swój własny przedmiot i «do końca» zidentyfikować samą siebie. Podobnie też etyka staje się metafizyką nie dlatego, że znaleziono logicznie poprawny sposób przejścia od zdań etyki do zdań metafizyki lub od zdań metafizyki do zdań etyki. Takiego sposobu nie ma i nie jest potrzebny. Etyka staje się metafizyką moralnej powinności nie poprzez powiązanie z ukonstytuowaną niezależnie od jej przedmiotu teorią bytu, ale przez to, że nie może nie chcieć wyjaśnić «do końca» faktu

[55] Tamże, s. 132.

istnienia powinności moralnej. Na to nie pozwalają jej własne pytania, własna problematyka. Nie przez redukcję przedmiotu etyki do metafizyki staje się więc etyka metafizyką moralności, lecz przez to, że jej własny przedmiot pod naciskiem egzystencjalnych pytań człowieka jako istoty moralnej musi być wyjaśniony ostatecznie. Przez sposób wyjaśnienia swego przedmiotu staje się przeto etyka filozoficzna antropologią moralności i metafizyką moralności"[56].

W punkcie wyjścia etyki – stwierdzi Wojtyła – chodzi o doświadczenie człowieka ze względu na moralność, a nie ze względu na człowieka[57]. Stąd doświadczenie godności osoby jest doświadczeniem zarówno etycznym, jak i antropologicznym[58]. W doświadczeniu etycznym odkrywamy normę moralności: *persona est affirmanda et amanda propter se ipsam*, osobie jako osobie należna jest afirmacja, czyli miłość dla niej samej. Powinność moralna rodzi się w osobie-podmiocie wywołana przez osobę-przedmiot. Osoba-podmiot jako sprawca czynu staje się dobrym lub złym człowiekiem. „Powinność moralna ujawnia tym sposobem swoje antropologiczne implikacje. Zakłada ona dynamiczną strukturę aktywnego-podmiotu, a zarazem powinnościorodną wartość osoby-przedmiotu. Zakłada też, że podmiot jest zdolny poznać osobę-przedmiot w aspekcie jej godności (wartości ontycznej) i tego, co służy jej afirmacji (poprzez poznanie jej dynamicznej struktury). Powinność moralna implikuje wreszcie, że osoba-podmiot może

---

[56] T. Styczeń, *W sprawie etyki niezależnej*, „Roczniki Filozoficzne" 24 (1976) z. 2, s. 94n.

[57] K. Wojtyła, *Problem doświadczenia w etyce*, „Roczniki Filozoficzne" 17 (1969) z. 2, s. 21.

[58] A. Szostek *Doświadczenie człowieka i moralności w ujęciu Kardynała Karola Wojtyły*, „Znak" 32 (1980) nr 309, s. 275–289.

spełnić lub nie spełnić to, co powinna. Innymi słowy fenomen moralności odsłania nam człowieka jako byt rozumny i wolny, czyli jako osobę"[59].

Tadeusz Styczeń pisze, że fenomen moralności zarówno zakłada, jak i implikuje odpowiednią antropologię i metafizykę. „Niewątpliwe więc moralność ontycznie zakłada istnienie człowieka z całym jego bogactwem i oryginalnością, poznawczo jednak struktura człowieka objawia się dopiero – przynajmniej dla etyka – poprzez fenomen moralności"[60]. Etyka, odkrywająca w punkcie wyjścia fakt moralny powinności afirmowania godności osoby dla niej samej, jest dyscypliną niezależną. Niemniej z doświadczenia powinności, z kategorycznych sądów sumienia, rodzą się dalsze pytania: dlaczego powinienem to, co powinienem. „Potrzeba powiązania etyki z filozofią staję się nie mniej nagląca, gdy weźmie się pod uwagę pytanie typu «dlaczego», zwłaszcza zaś pytania typu «dlaczego w ogóle powinienem?», «dlaczego ostatecznie»?"[61]. W poszukiwaniu głębszych racji niż poznanie powinnościorodnej godności osoby skazani jesteśmy na antropologię i metafizykę. Nie chodzi tu o dedukowanie tez z metafizyki i antropologii i stosowanie ich w etyce, lecz odwrotnie, o ugruntowanie tez etyki w poszukiwanej dla niej antropologii i metafizyce. Powinność osobowej afirmacji domaga się bowiem dalszej filozoficznej eksplikacji osoby-podmiotu i osoby-przedmiotu w owej interpersonalnej, normatywnej relacji. „Nie przez redukcję przedmiotu etyki do

---

[59] T. Styczeń, *Uwagi o istocie moralności*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, TN KUL, Lublin 1993, s. 39.

[60] Tamże.

[61] T. Styczeń, *W sprawie etyki niezależnej*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, dz. cyt. s. 75–76.

metafizyki – stwierdza Styczeń – staje się więc etyka metafizyką moralności, lecz przez to, że jej własny przedmiot pod naciskiem egzystencjalnych pytań człowieka jako istoty moralnej musi być wyjaśniony ostatecznie. Przez wyjaśnienie swego przedmiotu staje się przeto etyka filozoficzną antropologią i metafizyką moralności"[62]. Podanie ostatecznych warunków możliwości zaistnienia faktu powinności moralnej, koniecznych warunków (racji uniesprzeczniającej) istnienia powinności moralnej jest metafizyką moralności. Etyka, która zrezygnowałaby z szukania racji uniesprzeczniających powinność moralną, sprzeniewierzyłaby się samej sobie i nie byłaby etyką w pełni filozoficzną.

Owo ugruntowanie etyki w antropologii potrzebne jest nie tylko po to, aby odkryć fakt powinności moralnej, lecz również by efektywnie go zrealizować. Musimy bowiem określić go treściowo, nie tylko od strony dobroci czynu, czyli chęci afirmacji godności osoby, ale i od strony słuszności czynu, czyli tego, co obiektywnie afirmuje osobę. „Sedno problemu polega na tym, iż doświadczenie człowieka jako osoby, które jest niezbędnie i już w zasadzie wystarcza do tego, by uznać go za godnego afirmacji dla niego samego, nie zawsze wystarcza do tego, by wiedzieć, co go w naszym działaniu skierowanym na niego r z e c z y w i ś c i e a f i r m u j e [podkr. T. B.], a co go nie afirmuje. […] Czy np. dziedzina aktywności ludzkiej objęta nazwą «religia» jest dziedziną, poprzez którą człowiek dokonuje aktów najbardziej dogłębnej afirmacji człowieczeństwa, czy też sferą aktywności zwróconej całkowicie przeciw niemu, sferą, w której się człowiek wyobcowuje, odczłowiecza?"[63]

---

[62] Tamże. s. 78.
[63] Tamże, s. 74.

Nie możemy się więc dyspensować w etyce od sporu o naturę osoby ludzkiej. Taka rezygnacja nie jest tylko rezygnacją z antropologii w etyce, ale z etyki jako dyscypliny filozoficznej. „Nie od dziś wiadomo, że spór o naturę ludzką jest kontrowersją nie tylko z dziedziny antropologii, lecz ma również swój wymiar etyczny, owszem, jest sporem dotyczącym stosunku reguł postępowania do twierdzeń o tym, kim w swej istocie jest człowiek"[64].

Mimo że krytyka przeprowadzona przez D. Hume'a czy G. Moore'a słusznie podważyła możliwość dedukcyjnego wyprowadzenia reguł moralnego postępowania z tez o naturze ludzkiej, to jednak nie zamknęła drogi odwrotnej, ugruntowania rozpoznanej powinności moralnej w określonej koncepcji natury ludzkiej. Jeśli bowiem ujmie się naturę ludzką jako fakt empiryczny, to z nienormatywnej przesłanki nie można wyprowadzić normatywnego wniosku. Krytyka różnych wersji tzw. błędu naturalistycznego stworzyła wrażenie, „że wszelki uzasadniający związek etyki i antropologii jest z racji zarówno logicznych, jak i filozoficznych niemożliwy"[65]. Radykalne rozbicie tej relacji ma służyć metodologicznej odrębności obu dyscyplin. Mimo tropienia błędu naturalistycznego w postaci dedukcyjnego wyprowadzania norm etycznych z twierdzeń antropologicznych i podkreślania przy tej okazji swoistości tego, co moralne, nie zauważono jednak, że związek etyki z antropologią nie musi być dedukcyjny, ale może zachodzić w odwrotnym kierunku – tezy etyki można redukcyjnie uniesprzecznić w tezach antropologii. Takie podejście spełnia

---

[64] T. Styczeń, *Antropologia a etyka*, [w:] tenże, *W drodze do etyki*, RW KUL, Lublin 1984, s. 121.

[65] Tamże, s. 122.

wymaganie dostrzeżenia specyfiki moralności w punkcie wyjścia etyki. Powinności moralnej nie wyprowadza się z tez antropologii, lecz ujmuje się ją w specyficznych doświadczeniu i opisuje się ją w jej swoistości. Twierdzenia powinnościowe pełniłyby rolę przesłanek, a rolę wniosków pełniłyby twierdzenia wskazujące adekwatne dobrane racje wyjaśniające owe fakty powinnościowe. Etyka w punkcie wyjścia nie posługiwałaby się twierdzeniami z antropologii o naturze ludzkiej, lecz samodzielnie, doświadczalnie opisywałaby nieredukowalne do czegokolwiek innego fakty normatywne. Może opisywać i uniwersalizować „ogólne tezy normatywne, ugruntowane empirycznie i zupełnie niezależnie od antropologii (od tak czy inaczej rozumianych tez o naturze ludzkiej)"[66].

Jeśli odrzuci się dogmatyzm czy aprioryzm zacieśniający doświadczenie do określonych z góry przedmiotów, to wtedy w przeżyciu powinności opisze się nie tylko przeżycie, ale i sam fakt powinności moralnej. Ów fakt normatywny jest tak samo dany, jak inne fakty z różnych dyscyplin. Propozycję takiej etyki skonstruował m.in. Tadeusz Czeżowski, mówiąc o etyce jako nauce empirycznej, o empirii aksjologicznej[67]. Fakt normatywny jest dany bezpośrednio i źródłowo. Nie można go ignorować, lecz należy go opisać, wyjaśnić i zuniwersalizować.

Z doświadczenia faktu normatywnego rodzą się również pytania o jego dalsze zrozumienie i wyjaśnienie. Jest też ono źródłem rozważania: dlaczego powinienem to, co powinienem? W odpowiedzi szukamy realnych racji wyjaśniających

---

[66] Tamże, s. 123.

[67] T. Czeżowski, *Etyka jako nauka empiryczna*, [w:] tenże, *Pisma z etyki i teorii wartości,* PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Łódź 1989, s. 97nn; T. Styczeń, *Etyka niezależna*, RW KUL, Lublin 1980, s. 59nn.

fakt powinności moralnej. „Pytania te najwyraźniej wyrażają zapotrzebowanie na taki rodzaj wiedzy o fakcie moralnym, która byłaby doskonalsza pod względem asercji od tej, jaka płynie z bezpośredniego ujęcia poznawczego tego faktu, czyli z jego doświadczenia. […] Pytania te postulują zatem wskazanie koniecznych warunków zrozumiałości tego faktu, zarówno w aspekcie jego treści – sensu, jak i w aspekcie jego zachodzenia. […] Wskazać jednak warunki konieczne tego, że taki fakt w ogóle zachodzi, to tyle co wskazać dla tego faktu ostateczne racje”[68].

Nic dziwnego, że wyjaśnienia szukamy w sposobie bycia człowieka jako takiego, w twierdzeniach o naturze ludzkiej[69]. „Z punktu widzenia metodologicznego antropologia ta jest racją dla tez etycznych, lecz nie przesłanką dla nich, owszem, to one są dla niej przesłanką – z czego nie wynika, że tylko i wyłącznie one! – ona zaś wnioskiem”[70].

Styczeń dostrzega pokrewieństwo tej metody ze stosowaną przez fenomenologów realistycznych metodą przechodzenia od opisu fenomenu do jego ugruntowania, od uchwyconego sensu zjawiska przez transcendentalistów do podstaw tego sensu. Odrzuca jednak w tym podejściu zawieszenie, zneutralizowanie istnienia, gdyż w wyjaśnieniu chodzi o fakty realne, a nie o pomyślane. Realnie istniejący przedmiot nie tylko wyprzedza, ale transcenduje nasze poznanie. W tym względzie Styczeń przekracza aprioryzm fenomenologów i transcendentalistów w kierunku realizmu. Podkreśla, że w owej redukcji

---

[68] T. Styczeń, *Antropologia a etyka*, dz. cyt., s. 125.

[69] Zob. T. Biesaga, *Osoba i natura w argumentacji bioetycznej*, [w:] *Substancja – Natura – Prawo naturalne*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2006, s. 411–418 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 8).

[70] T. Styczeń, *Antropologia a etyka*, dz. cyt., s. 126.

chodzi o znalezienie racji realnych i koniecznych dla zaistnienia powinności moralnej.

Konieczność sięgania po racje antropologiczne i metafizyczne dobrze ilustrują trzy wymiary sądów normatywnych wyróżnione w proponowanej etyce. Obok bowiem (1) sądu powinnościowego można wyróżnić (2) sąd słusznościowy oraz (3) sąd egzystencjalny[71]. Tadeusz Styczeń twierdzi, że etyka jako nauka autonomiczna konstytuuje się na doświadczeniu powinności moralnej i jej zuniwersalizowaniu w postaci normy: „osobie jako osobie należna jest afirmacja dla niej samej". Niemniej nie poprzestaje na określeniu, że każdy czyn afirmacji osoby jest czynem dobrym; zastanawia się, jakie czyny efektywnie nadają się do owej afirmacji, a jakie nie, czyli pyta o słusznościowy wymiar czynu. Ów drugi wymiar czynu nie da się określić bez antropologii. „Dla utworzenia i uznania sądu o powinności afirmowania C – czytamy – potrzeba i wystarcza doświadczyć C jako osobę. Samo to doświadczenie nie wystarcza jednak do utworzenia i uznania sądu o słuszności danego postępowania względem C. Do tego celu niezbędna jest bliższa, rozleglejsza wiedza na temat C, na temat jego rzeczywistej struktury i pozycji w całokształcie rzeczywistości. Z tego punktu widzenia okazują się wszelkie informacje na temat człowieka-osoby, przedmiotu afirmacji, informacjami etycznym, i doniosłymi w tym znaczeniu, iż muszą one być wbudowane w życiowo doniosłą normatywną teorię postępowania moralnego. […] Antropologia więc, w najszerszym tego słowa znaczeniu (gdyż nawet takie nauki jak biologia humanistyczna czy ogólna teoria zachowania się dostarczają etycznie

[71] T. Styczeń, *Problem autonomii etyki*, [w:] tenże, *W drodze do etyki*, dz. cyt., s. 221nn.

relewantnych informacji), urasta do rangi dyscypliny, na którą etyka jest «skazana», nie chcąc zrezygnować z formułowania sądów o moralnej słuszności postepowania. To jednak znaczy, że etyka jest w wymienionym aspekcie metodologicznie zależna od antropologii i przestaje tym samym być teorią metodologicznie autonomiczną"[72].

Pierwszy wymiar sądu etycznego odkryty jest w bezpośrednim poznaniu, drugi wymaga dalszej wiedzy. „Jakkolwiek osobowe «ja» (moje własne czy też «ja» drugich) jawi się dla wszystkich poznających podmiotów jako twór aksjologicznie samodzielny (wartość wsobna) i jako taki stanowi instancję samą z siebie powinnościorodną to przecież nie przestaje tym samym potrzebować, ze względu na sposób istnienia d a l s z e j analizy. Taka analiza zaś jest z natury rzeczy m e t a f i z y c z n ą analizą. […] Taka analiza może prowadzić do stwierdzenia, że osoba i jej «personofania», jest ostatecznie «teofanią» gdyż zawdzięcza swoje istnienie Bogu Stwórcy. Ta ostateczna podstawa bycia osobą, nie osłabia czy wchłania osoby jako osoby. «Jest przecież odkryciem tego, co sprawia ostatecznie, ze osoba jest osobą, że jest tym, kim jest: sobą!»"[73].

Chociaż sąd w wymiarze powinnościowym jest swoisty i nie można go zastąpić czymś innym, to jednak równocześnie jest to sąd egzystencjalny, o realnej powinności: „jest on r ó w n o c z e ś n i e p o d i n n y m w z g l ę d e m s ą d e m e g z y s t e n c j a l n y m: s t w i e r d z a r e a l n e z a c h o d z e n i e p o w i n n o ś c i a f i r m o w a n i a o s o b y p r z e z o s o b ę [podkr. T. B.]. Gdyby nie stwierdzał rzeczywistej powinności

[72] Tamże, s. 237.

[73] Tamże, s. 239–240. Zob. T. Styczeń, *Objawić osobę*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, dz. cyt., s. 13–21.

nie byłby sądem moralnie powinnościowym. Powinność nierzeczywista nie byłaby powinnością. Powinnościowy sąd moralny jest dlatego tym, czym jest: powinnościowym sądem, o ile jest zarazem sądem egzystencjalnym, stwierdzającym realność"[74].

Metafizyka moralnej powinności jest wyjaśnieniem, interpretacją egzystencjalnego, realnego wymiaru tej powinności jako specyficznego w swej swoistości bytu, jako *ens sui generis*. „Jest więc zupełnym nieporozumieniem przeciwstawiać sobie etykę i metafizykę w taki sposób, jakby ta druga miała wchłaniać bez reszty tę pierwszą i z tego powodu stanowić jej likwidację. W gruncie rzeczy są one dwoma różnymi, do siebie wzajemnie niesprowadzalnymi, lecz przecież nierozłącznie związanymi ze sobą [podkr. T. B.] aspektami jednej i tej samej, integralnie pojętej teorii powinności moralnej"[75].

Odkrycie egzystencjalnego wymiaru powinności moralnej dokonuje się w poszukiwaniu wyjaśnienia istnienia tej powinności, istnienia osoby. Chodzi ostateczne o wyjaśnienie niekoniecznego istnienia doświadczalnie danych bytów. Absolut jawi się jako warunek uniesprzeczniający przygodne istnienie bytów. Empiryczna oczywistość niekoniecznego istnienia bytów przygodnych odsyła do istnienia koniecznego, do istnienia Absolutu. „Z tego, że Absolut istnieje nie wynika bynajmniej, że istnieje świat bytów przygodnych. Świat ten nadal jest światem bytów, które nie muszą istnieć, nawet jeśli Absolut istnieje"[76]. To świat bytów przygodnych

[74] T. Styczeń, *Problem autonomii etyki*, dz. cyt. s. 240.
[75] Tamże.
[76] Tamże, s. 242.

wskazuje na transcendentny Byt uniesprzeczniający ich istnienie. W kontekście tego wyjaśnienia człowiek nie jest stwórcą swej natury, nie funkcjonuje poza dobrem i złem, ale jest tym, który drogą afirmacji natury osoby ludzkiej rozwija związany z nią porządek dobra. Zignorowanie natury ludzkiej w realizacji powinności moralnej to więc zignorowanie moralności w jej wymiarze słusznościowym i egzystencjalnym – realnym, na rzecz moralności subiektywnej, fikcyjnej i utopijnej.

Kontraktualistyczna etyka medyczna R. Veatcha posługuje się zasadniczo słusznościowym wymiarem sądu etycznego. W punkcie wyjścia etyki słuszność czynu przyjmuje się w postaci kilku bliżej nieokreślonych treściowo, *prima facie* przyjętych zasad. W punkcie dojścia chce się nadać tym zasadom pewną treść, w oparciu o wyobrażeniowy hipotetyczny kontrakt i zastosowanie go w kontrakcie między społeczeństwem i profesjonalistami oraz lekarzem i pacjentem. Słuszność wyprowadzona z kontraktu nie podaje racji antropologicznych, a tym bardziej metafizycznych owej słuszności. Nie wiem, dlaczego powinienem to, co przeżywam *prima facie* jako powinne, i dlaczego w ogóle ostatecznie powinienem. Zmuszanie nas do realizacji nieuzasadnionego antropologicznie i metafizycznie obowiązku kontraktu przypomina fideistyczną etykę, w której z góry niewyjaśniony nakaz obowiązuje tylko dlatego, że jest nakazem[77]. Formalizm etyki Kanta i fideizm etyki Lutra są jak dwie strony tego samego medalu.

---

[77] Zob. T. Biesaga, *Etyka obowiązku I. Kanta, a etyka szczęścia Arystotelesa*, [w:] *Philosophia vitam alere. Prace dedykowane ks. prof. Romanowi Darowskiemu SJ z okazji 70-lecia urodzin*, red. S. Ziemiański SJ, Ignatianum–WAM, Kraków 2005, s. 141–149.

W teleologicznej etyce E. Pellegrino można dostrzec wszystkie trzy wymiary sądu etycznego. Sąd o dobroci czynu wyznacza kliniczna, międzyosobowa relacja lekarz–pacjent. Słusznościowy wymiar sądu etycznego, czyli to, co nadaje się do afirmacji pacjenta, jest efektem odkrycia tego, kim jest człowiek i czym w kontekście jego kruchej kondycji jest medycyna. Wyjaśnienie, dlaczego medycyna powstała, czym jest w swej istocie i w swej teleologii, określa dobro medyczne. Jest ono związane z kondycją człowieka i z tym, czym on jest, stąd występuje wraz z dobrem przeżywanym przez pacjenta i dobrem pacjenta jako osoby. Tak uzasadniona powinność moralna nie wynika z kontraktu, ale jest wcześniejsza od niego, i jej treść każdy kontrakt powinien respektować. Egzystencjalny wymiar sądu odsyła do ostatecznego wyjaśnienia tego, co jest. Stąd w etyce Pellegrino dobro duchowe i religijne pacjenta nie jest jego wymysłem, ale ma swoje podstawy antropologiczne i metafizyczne. Ignorowanie tego wyjaśnienia prowadzi do budowania moralności na niby, w ciemno, czyli moralności niewyjaśnionej ostatecznie, nieuzasadnionej. Zawieranie przymierza, kontraktów nie może się odbyć obok, z pominięciem, z ignorowaniem, czy przeciw temu, kim jesteśmy, czym jest realna natura osoby ludzkiej.

3.4. Jaka antropologia dla etyki?

Tadeusz Styczeń, odwołując się do wspólnego etyce i antropologii doświadczenia, pisze: „Człowiek jest zbyt «inaczej» i «wyżej» aniżeli wszystko inne dokoła niego w widzialnym świecie, aby można było tego nie dostrzec i nie uznać poznawczo, czyli nie doświadczyć, i aby można było nad tym się nie

zastanawiać, czyli nie uprawiać teorii człowieka – antropologii. Stąd też formuła «Człowieka należy afirmować dla niego samego» stanowi jedynie myślowy wyraz i słowny zapis doświadczenia tego, kim człowiek realnie jest, oraz tego, jak się uobecnia i jawi samemu sobie i drugiemu człowiekowi"[78]. Doświadczenie człowieka w aspekcie jego wartości, zwanej jego osobową godnością, jest podstawą personalistycznej normy moralności. „Doświadczenie człowieka w jego «inaczej» i «wyżej» wyprzedza więc uprawianie jakiejkolwiek aksjologicznej teorii człowieka, a zarazem stanowi najgłębszą jej podstawę i ostateczne kryterium poznawczej prawomocności każdej z nich, w szczególności etyki. Sama zasada *Persona est affirmanda propter se ipsam* staje się bezpośrednio prawomocna, opierając się na tym właśnie doświadczeniu. W tym znaczeniu jest bezpośrednio oczywista. Jako taka stanowi równocześnie punkt wyjścia etyki i jej naczelne pryncypium"[79].

Doświadczenie owo właściwie ukierunkowuje naszą wolę, postawę i intencję, tak, że staje się ona intencją czynienia dobra dla osoby, życzliwości (*bene-volentia*). Owa życzliwość, powinność czynienia dobra dla osoby implikuje chęć poznania prawdy o człowieku, o tym, co służy obiektywnie jego naturze. Wybór słusznego czynu, który efektywnie spełni ową afirmację, domaga się bowiem pełnej wiedzy o tym, kim człowiek jest, jaka jest jego natura, przeznaczenie. Sama nasza chęć jego afirmacji nie wystarcza. Podobnie nie wystarcza nasze subiektywnie określanie jego dobra. Nawet pytania skierowane do drugiego o jego dobro nie dają nam obiektywnej

[78] T. Styczeń, *Prawda o człowieku a etyka*, „Rocznik Filozoficzny" 30 (1982) z. 2, s. 44.
[79] Tamże, s. 45, przyp. 7.

informacji, czym przedmiotowo to dobro jest. Chodzi nam bowiem o wiedzę na temat tego, co decyduje o zachowaniu identyczności, integralności, prawidłowego rozwoju i urzeczywistnienia się człowieka jako osoby. Samo psychologiczne, emocjonalne wyznaczanie tego dobra jest niewystarczające.

Testem dobrej intencji wyznaczonej afirmacją godności osoby jest chęć i wysiłek poszukiwania obiektywnej prawdy o strukturze ontyczno-aksjologicznej afirmowanej osoby. Nieraz w określeniu słuszności czynu, w miejsce szerszej wiedzy o człowieku, posługujemy się tzw. złotą regułą „Nie czyń drugiemu, co tobie niemiłe!", „Cokolwiek byście chcieli by inni wam czynili, wy im czyńcie". Reguły te są sugestywne, nie mogą jednak zastąpić prawdy o człowieku. Poszukiwanie przez Richarda M. Hare'a słuszności w samej postawie podmiotu, poprzez uniwersalizację postawy bezstronności, bezpartyjności, nie daje podstaw pod normy słusznościowe, a to dlatego, że „racja konstytutywna bezinteresowności (w moralnym sensie) leży nie w podmiocie działania, nie w postawie podmiotu, lecz w godności adresata działania, czyli w «przedmiocie» działania"[80].

Stąd bierze się n i e o d z o w n o ś ć a n t r o p o l o g i i, k t ó r a w y z n a c z a h i e r a r c h i ę d ó b r i wtedy *ordo amoris* może się efektywnie zrealizować przez *ordo bonorum*[81]. „Szczegółowe normy moralne nie są tedy niczym innym, jak tylko normatywnym wykładnikiem ujawnionej przez antropologię hierarchii dóbr (wartości), czyli prawdy o człowieku,

[80] Tamże, s. 47, przyp. 10.

[81] Zob. T. Biesaga, *Spór o dobro moralne: hedonizm – eudajmonizm – personalizm*, [w:] *Spór o dobro*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2012, s. 291–307 (Zadania Współczesnej Metafizyki, t. 14).

o poszczególnych aspektach tego, co obiektywnie zabezpiecza jego identyczność, strzeże jego integralności, sprzyja wreszcie jego rozwojowi i samospełnieniu, i co tym samym «z góry» niejako programuje treść odnośnych działań pod względem jej moralnej słuszności. […] Etyka szczegółowa – pisze T. Styczeń – to antropologia przełożona na język norm, antropologia normatywna"[82]. Bezwzględnie koniecznymi normami według niego są te, które zabezpieczają identyczność, tożsamość bytową, czyli rożne elementy struktury ontyczno-aksjologicznej człowieka, względnie koniecznymi są normy zabezpieczające jego integralność. Pierwsze są absolutnie ważne, gdyż afirmacja osoby oznacza afirmację osoby realnej, w związku z tym normy chroniące identyczność, tożsamość bytową człowieka, są tak samo absolutne jak norma moralności, to znaczy ich podważenie oznacza podważenie normy afirmacji osoby. W związku z tym np. norma zakazująca zabijania, zadawania gwałtu sumieniu drugiego człowieka, zakazująca wymuszania składania fałszywych zeznań, różni się w swej ważności i zakresie od normy zakazującej okaleczania ciała. Pierwsza jest absolutnie ważna, gdyż dotyczy istnienia i istotnego funkcjonowania człowieka jako takiego, którego „ja" wiąże się prawdą własnych sądów. Próba pozbawienia go własnego sumienia to próba zepchnięcia go z poziomu człowieczeństwa. Okaleczenie ciała dotyczy integralności człowieka, a nie jego identyczności, tożsamości. Norma ta jest ogólnie restryktywnie ważna. Stąd operacyjne usunięcie jakiejś części ciała nie niszczy tożsamości człowieka. Z tego wynika, że nie wszystkie normy szczegółowe są jedynie ogólnie, restryktywnie ważne, ale

[82] T. Styczeń, *Prawda o człowieku a etyka*, dz. cyt., s. 48–49.

mamy również takie, które są absolutnie ważne i nie można ich zakresu ograniczyć.

Niektóre nurty myślenia podważają absolutną obowiązywalność szczegółowych norm moralnych, przyznając człowiekowi prawo tworzenia prawdy o sobie i tworzenia siebie poza tym, czym bytowo on jest. Trzeba więc rozstrzygnąć, czy właściwe ujęcie człowieka to takie, które opowiada się za odkryciem prawdy o sobie, czy to, które przypisuje mu prawo do stwarzania tej prawdy? Rozstrzygnięcie tej kwestii decyduje o tym, czy rozwijamy antropologię, czy antropodoksję.

Ponieważ poszukiwanie prawdy o człowieku jest żmudnym wysiłkiem, niektórzy chcą iść łatwiejszą drogą i zamiast jej receptywnego poznania chcą ją wykreować aktami wyboru i decyzji. Taki pogląd inspiruje się autonomizmem Kanta, Heideggera czy Sartre'a. Pod wpływem oderwania rozumu czy wolności od natury tego, kogo jest rozumem czy wolnością, filozofowie w tego rodzaju nurtach myślenia rezygnują z receptywnej funkcji rozumu na rzecz rozumu kreatywnego, będącego na usługach wolności. Ograniczają oni poszukiwanie prawdy o człowieku, o jego naturze do aktów samozrozumienia i autoprojektu siebie. W teorii tej likwiduje się transcendencję przedmiotu na rzecz immanencji podmiotu. Odrzuca się realny przedmiot na rzecz przedmiotu pomyślanego. Tak jak Berkeley zredukował *esse* do *percipi*, tak tutaj redukuje się „być" (*sein*) do „zdawać się" (*scheinen*). Taka antropodoksja na terenie etyki redukuje afirmację osoby ludzkiej „dla niej samej" do afirmacji wyznaczonej „jej własnym-o-sobie-mniemaniem", skrajnie – do własnego „widzimisię". Jest to zmiana radykalna, która niszczy to, co było istotne w zasadzie afirmacji człowieka dla niego samego, na rzecz mojego wyobrażenia

o tym człowieku. Zasada realnej afirmacji wiązała się z poszukiwaniem obiektywnej prawdy o człowieku, zaś we wspomnianych nurtach myślenia poprzestano na subiektywnym mniemaniu. W tym wypadku to nie to, co jest naturą osoby ludzkiej, kształtuje moje czy społeczne rozumienie tego, kim człowiek jest, ale moje czy społeczne decyzje mają tę treść determinować. Rozumowi ludzkiemu i jego wolności nadaje się cechy absolutne, niejako boskie, czy to w fikcji idealnego obserwatora, czy w fikcji absolutnej bezinteresowności czy bezstronności, i sugeruje się, że z tej boskiej pozycji kreatora można zaplanować siebie, społeczeństwo i raj na ziemi. Uzurpacja ta otwiera drzwi dla różnych ideologii. W ten sposób pod hasłem humanizmu szerzą się różne światopoglądy subiektywizmu indywidualistycznego, społecznego czy kulturowego. Swoje ideologiczne projekty nurty te traktują jako obowiązujące normy moralne. Historycznie obrazuje to powiedzenie sofisty Protagorasa: „Człowiek jest miarą wszystkiego!".

Stanowisko receptywne nie przekreśla kreatywności człowieka. Wymaga jednak, aby jego autoteleologia respektowała i uwzględniała teleologię jego osobowej natury. W niej bowiem odczytujemy to, co racjonalne i dobre dla człowieka jako takiego. To, że człowiek popełnia błędy w poznaniu, nie uprawnia go, by podporządkował poznanie decyzjom lub emocjom i według tego determinował naturę ludzką. Wprost przeciwnie – ten sam rozum pozwala mu odkryć swoje błędy[83]. Transcendencja przedmiotu zapewnia mu więc przekraczanie swoich błędów i afirmowania tego, co jest, a nie

[83] Zob. T. Biesaga, *Spór o właściwości prawdy: relatywizm – absolutyzm*, [w:] *Spór o prawdę*, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, P. Gondek, PTTA, Lublin 2011, s. 299–314 (Zadania Współczesnej Metafizyki, t. 13).

tego, co chciałby, aby było. Odniesienie przedmiotowe do prawdy nie dopuszcza tezy, aby konsensus ustanawiał prawdę o człowieku i aby kontrakt był obowiązującą normą moralną. Moralność i legalność to różne i niezależne sfery naszego życia. Słusznie K. Wojtyła pisał: „Transcendencja osoby w czynie to nie tylko samozależność, zależność od własnego «ja». Wchodzi w nią również moment zależności od prawdy – i moment ten ostatecznie kształtuje wolność. Nie realizuje się ona bowiem przez podporządkowanie sobie prawdy, ale przez podporządkowanie się prawdzie"[84].

Doświadczenie swej przygodności prowadzi nas nie tylko do wniosku, że człowiek nie jest sprawcą swego istnienia i że istnienie to otrzymaliśmy od tego, który jako Pełnia Istnienia to istnienie nam darował, ale również do wniosku, że jest On dawcą naszego bycia człowiekiem, naszej natury. „Dawca istnienia jest tedy również wyłącznym ostatecznym Dawcą miary istnienia, jego treści, istoty"[85]. To nie człowiek jest miarą wszystkiego, ale jego miarą jest Absolutny, Osobowy Pierwowzór, który powołał go do istnienia. Jeśli afirmacja człowieka ma być afirmacją realną, a nie fikcyjną, winna być przyjęciem człowieka takiego, jakim realnie jest. Afirmacja wymyślonej przez siebie idei człowieka jako zwierzęcia, czy jako boga, prowadzi bowiem do wykształcenia się zasad niszczących jego realną naturę osobową. W miejsce etyki rodzi się antyetyka, w miejsce humanizmu antyhumanizm i antyteizm. Taki personizm, ignorujący lub odrzucający realną naturę osoby ludzkiej, jest antypersonalizmem.

---

[84] K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, red. T. Styczeń, W. Chudy, J. Gałkowski i in., TN KUL, Lublin 1994, s. 168.

[85] T. Styczeń, *Prawda o człowieku a etyka*, dz. cyt., s. 58.

Odkrycie przygodności człowieka nie prowadzi do jego pomniejszenia, ale do afirmacji bytu osobowego w najgłębszych jego ukierunkowaniach. Jest to afirmacja realnej osoby dla niej samej, a nie afirmacja swoich wyobrażeń o osobie. Przez odkrycie relacji do Bytu Absolutnego unikamy fikcyjnej absolutyzacji wolności ludzkiej, tego, jakoby była ona wolnością stwórczą, która stwarza naturę człowieka. Obalenie tej fikcji jest proste, gdyż żaden człowiek nie jest własnym stwórcą, nie jest racją swego zaistnienia i tym samym sprawcą swej istoty, tego kim w swym człowieczeństwie jest. Rola świadomości nie polega na stwarzaniu obrazu osoby, ale na receptywnym poznaniu owego „ja", które zanim stanie się „ja" epistemicznym jest „ja" ontycznym, realnie istniejącym. Dobrze tę perspektywę wyraża zasada św. Tomasza: *agere sequitur esse*. „Ja" świadomościowe nie może być oderwane od „ja" ontycznego, które przedmiotowo go określa. „To przedmiotowe kryterium samopoznania stanowi w konsekwencji również przedmiotowe kryterium prawdy afirmowania człowieka, adresata czynu w działaniu, czyli przedmiotowe kryterium miłości"[86].

Ponieważ rożne nurty filozoficzne rozwijają różne antropologie, zasadne jest pytanie: j a k a a n t r o p o l o g i a jest najbardziej uzasadniona u podstaw etyki? Tadeusz Styczeń krytykuje postkantowską antropologię stosowaną również przez moralistów katolickich, takich jak K. Rahner, W. Ruff, B. Schüller i inni. Ogranicza ona zakres osób do tych, którzy aktualnie są zdolni do podejmowania aktów świadomości czy wolności. Absolutyzuje wolność człowieka, wyposażając ją w moc nadawania i odbierania godności bycia człowiekiem.

[86] Tamże.

Uzurpacja ta, przypisując sobie moc stwórczą, pomija realny i przygodny wymiar bytu ludzkiego, jego przynależność do wspólnoty ludzkiej na podstawie posiadanej natury, i jego związki ze Stwórcą, Dawcą owego istnienia. Zdaniem T. Stycznia afirmację realnej osoby mogą opisać jedynie realistyczna antropologia i etyka. „Pretendują do tego dwie dyscypliny filozoficzne – a raczej dwie gałęzie jednej i tej samej – w klasycznym rozumieniu filozofii jako poznania wyrażającego się w absolutnie ważnych twierdzeniach rzeczowych. Są to: metafizyka człowieka oraz «realistyczna fenomenologia» człowieka. Pierwsza bada człowieka w aspekcie przygodności jego istnienia, druga usiłuje określić konieczne dla tożsamości fenomenu ludzkiego treściowe elementy. Opierając się na tych dyscyplinach, i tylko na nich, etyka jest w stanie – jako filozofia moralnej powinności – formułować absolutnie ważne normy działania”[87].

Antropologii takiej domagają się zasadnicze fakty, takie jak (1) fakt swoistej transcendencji człowieka w aktach sumienia, (2) fakt przygodności człowieka, uwidaczniający się w jego niemocy wobec własnej śmierci czy też śmierci kogoś z ukochanych osób. Antropologie, które redukują naturę ludzką do samozrozumienia i samodecyzji, eliminują aprioryczne potrzebę jego otwarcia się na realny byt, transsubiektywną miarę prawdy, samozrozumienia i autodeterminacji. Zamykając się w tego typu immanencji, odcinają sobie tym samym drogę do dyskusji w obliczu realnej osoby, która transcenduje swym istnieniem i naturą to, co o niej wiemy. To realna osoba jest tą, która pozwala dyskutować o różnych jej rozumieniach,

[87] Tamże, s. 83.

pozwala przekraczać te stanowiska w imię dostrzeżenia tego, co było niezauważone i pominięte.

Bez wzięcia pod uwagę konkretnej, realnej osoby zachodzi niebezpieczeństwo potraktowania jej jako wytworu historyczno-społecznego. W tym ujęciu nie posiadałaby ona swej własnej natury, ale naturę zmienną, doraźną, ukształtowaną przez wiele historycznych czynników. To nie natura osoby byłaby kryterium humanizmu historii i kultury, lecz odwrotnie – historia i kultura wytwarzałaby i determinowały naturę ludzką. W tym ujęciu łatwo jest ulec ideologii, zgodnie z którą to, co w czasie jest bardziej współczesne, jest lepsze niż poprzednie. Można wtedy uznać, że nazizm i komunizm jako wielkie systemy w XX wieku są czymś lepszym niż różne wydarzenia XIX wieku. W tym ujęciu odniesienie do prawdy o człowieku, o dobru i złu zastępowane jest przez odniesienie wartościujące do miejsca tego wydarzenia w czasie. Taka relatywizacja usprawiedliwia zło poprzez stwierdzenie, że to, co kiedyś było złem, dziś uznajemy za dobro. Zamiast odniesienia do prawdy mamy do czynienia z historycznym i subiektywnym uznaniem czegoś za dobro.

W tej perspektywie przypisywanie historii czy jednostce mocy stwarzania prawdy o człowieku i prawdy moralnej odrywa sumienie ludzkie od jego związku z niezależną od podmiotu prawdą przedmiotową na rzecz decydowania o prawdzie. „Sąd sumienia, akt odkrywania niezależnej od podmiotu prawdy, *Gewissens-urteil*, zostaje zastąpiony przez «prawdo-twórczy» akt decyzji sumienia, *Gewissens-entscheidung*. Decyzja wchłania tu niejako funkcje przypisywane dotąd sądowi”[88]. Redukcja sądu sumienia do aktu decy-

[88] Tamże, s. 86.

zji jest rezygnacją z receptywnego szukania i wiązania się odkrytą prawdą na rzecz pogrążenia się w swojej subiektywnej immanencji i tworzenia w niej świata zredukowanego do własnych decyzji[89].

W opisie fenomenu sumienia dostrzegamy sąd przedmiotowy, a nie decyzję. Sumienie nie jest rozważaniem, decydowaniem, rozstrzyganiem, lecz wydawaniem sądu, który pretenduje do swej kategoryczności i niepodważalności. Sąd sumienia jest asercją zastanego stanu rzeczy. Akt sumienia jest pierwotniejszy wobec decyzji. Pretenduje on do prawdy, a przynajmniej do tego, że jest bliższy prawdy i należy za nim iść. To nie decyzja wyprzedza ów akt sumienia, lecz sumienie wyprzedza decyzję przez to, co stwierdza. „A zatem nie *Gewissens-entscheidung* posiada rangę centralnego i macierzystego fenomenu dziedziny moralności, lecz *Gewissens-urteil*"[90].

Przyznanie człowiekowi mocy ustanawiania prawdy sądów sumienia przekreśla odkrywanie prawdy na rzecz jej wymyślania, czyli fikcji subiektywnych wytworów. Absolutyzacja wolności, której przyznaje się moc stanowienia prawdy, nie jest wyzwoleniem człowieka, lecz akceptacją jego zniewolenia. Wolność bez odkrycia prawdy jest bowiem samowolą niszczącą człowieka i jego otoczenie. Nie jest spełnieniem, gdyż takie jest możliwe jako spełnienie realnej natury osoby ludzkiej, a nie natury fikcyjnej. W tym ujęciu niezależność człowieka

---

[89] Zob. T. Biesaga, *Sumienie*, [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 9, red. A. Maryniarczyk i in., PTTA, Lublin 2008, s. 267–270; tenże, *Rola sumienia lekarza w praktyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna" 2010 nr 10, s. 122–125; tenże, *Zagrożenia sumienia w demokracji*, [w:] *Prawa człowieka i świat wartości. Human rights and the world of values,* red. R. Moń, A. Kobyliński, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011, s. 25–36.

[90] T. Styczeń, *Prawda o człowieku a etyka*, dz. cyt., s. 88.

pomylono z samowolą. Niezależność zdobywa się przez transcendencję, przekraczanie swojego mniemania na rzecz tego, kim człowiek jest z natury, czyli na rzecz prawdy o realnym, a nie pomyślanym człowieku. „Antropologie przypisujące człowiekowi moc nad prawdą nie liczą się z faktem przygodności człowieka z jednej strony, z drugiej zaś – z własną podstawą doświadczalną etyki, jaką jest fakt sumienia, ujawniający się przede wszystkim w fenomenie własnego sądu podmiotu o swym własnym czynie: «powinienem…». Oba te fakty rozstrzygają jednoznacznie sprawę stosunku «ja» do prawdy swego sądu lub wskazują jednoznacznie – innymi słowy – które z dwu konkurujących ujęć prawdy: transcendentno-odtwórcze czy immanentno-stwórcze wyraża prawdę o prawdzie"[91].

Dialektyka naturalizmu i spirytualizmu we współczesnej filozofii nie daje możliwości zbudowania adekwatnej antropologii[92]. Dochodzi w niej albo do radykalizmu obu elementów składowych w człowieku, albo do zwycięstwa jednego z dwu redukcjonizmów. Zarówno redukcjonizm materialistyczny, jak i spirytualistyczny nie ogarniają człowieka jako konkretnego bytu, który ma swą realną tożsamość substancjalną, lecz ujmują tylko pewne jego właściwości[93]. Na terenie bioetyki redukcja człowieka jedynie do aktów świadomości refleksyjnej czy też aktów świadomej autonomii jest szczególnie niebezpieczna, gdyż przekłada się na eliminację tych, którzy się

---

[91] Tamże.

[92] R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, tłum. J. Merecki, Oficyna Naukowa N, Warszawa 2001; tenże, *Genetic manipulation of human nature in the context of human personality*, [w:] *Human genome, human person and the society of the future*, red. J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 1999, s. 340–350.

[93] Zob. G. Hołub, *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2010.

w tej ciasnej definicji nie mieszczą. Do etyki należy więc poszukiwanie jak najszerszej humanistycznie antropologii, czyli antropologii nieignorującej istnienia konkretnego człowieka, jego godności i jego natury[94].

3.5. Godność a wolność u podstaw etyki medycznej

Jeśli uznamy argumenty za tym, że nie da się efektywnie rozwijać etyki (również etyki szczegółowej, a w niej etyki medycznej) bez wiedzy, kim jest człowiek, to wtedy refleksja antropologiczna staje się ważna i nieodzowna dla rozstrzygnięć normatywnych. Istotne stają się odpowiedzi na zasadnicze pytania: kim jest człowiek wśród innych bytów, w przyrodzie, we wspólnocie ludzkiej, jaka jest jego natura w podstawowych jej tendencjach, jaka jest jego bytowa struktura, czy mamy do czynienia z bytem o psychofizycznej strukturze, czy z *res coginans* i *res extensa*, jak w owej strukturze człowieka ma się do siebie triada: rozum–serce–wola. Wśród tych ostatnich kwestii zarówno w etyce ogólnej, jak i szczegółowej oraz etyce medycznej ważne jest stanowisko w kwestii godności i wolności ludzkiej, w odkryciu właściwych relacji między nimi, w ustaleniu, czy godność ludzka wyznacza wolności określone wartości, określone dobro do realizacji, czy też odwrotnie, wolność decyduje i ustanawia co jest godne, a co niegodne człowieka.

Wiadomo, że o rozstrzygnięciu tych problemów decyduje zakładana czy wypracowywana koncepcja człowieka, koncepcja osoby ludzkiej. Rekonstrukcja takiej antropologii przerasta

[94] T. Biesaga, *Osoba i natura w argumentacji bioetycznej*, dz. cyt., s. 411–418.

rozmiar i cel tej pracy. Niektóre kwestie były przeze mnie poruszane w innych rozprawach i artykułach[95]. Tutaj zajmiemy się tymi, które są wprost przydatne w obecnej rekonstrukcji podstaw etyki medycznej.

W krytyce paternalizmu etyki Hipokratesa dostrzeżono zarówno ignorowanie godności, jak i wolności pacjenta. Krytyka ta przyczyniła się do rozwoju etyki pacjenta, ale również postawiła pytania o koncepcję godności i wolności w ogóle. Nie chodzi bowiem tylko o godność i wolność pacjenta, ale o godność i wolność każdego człowieka i zastosowanie tych pojęć w etyce zawodowej. Łatwo bowiem zauważyć, że w pryncypizmie T. Beauchampa i J. Childressa oraz kontraktualizmie R. Veatcha zrezygnowano z pojęcia szacunku dla osoby na rzecz szacunku dla jej autonomii. Ową redukcję można prześledzić już w Raporcie z Belmont z 1979 roku przedstawionym przez Komisję Narodową USA[96]. Faktyczne wyrugowanie godności na rzecz wolności stało się faktem

---

[95] T. Biesaga, *Spór o normę moralności*, dz. cyt.; tenże *Pojęcie osoby a zasada jakości życia we współczesnej bioetyce*, [w:] *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 2002, s. 53–64; tenże, *Błąd antropologiczny i jego skutki w bioetyce*, [w:] *Błąd antropologiczny,* red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2003, s. 191–200 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 5); tenże, *Osoba i natura w argumentacji bioetycznej*, dz. cyt., tenże, *Błąd antropologiczny oraz zagrożenia życia i cielesności człowieka*, [w:] *Ku rozumieniu godności człowieka*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2008, s. 251–160 (Studia z Bioetyki, t. 4).

[96] T. L. Beauchamp *The origins, goals, and core commitments of the Belmont report and principles of biomedical ethics*, [w:] *The story of bioethics. From seminal works to contemporary explorations*, ed. J. K. Walter, E. P. Klein, Georgetown University Press, Washington 2003; T. Biesaga, *Autonomia a godność osoby*¸ [w:] *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, red. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2013, s. 169–183.

w podręczniku etyki medycznej T. L. Beauchampa i J. F. Childressa *Principles of biomedical ethics* wydanym w 1979 roku[97]. Sukces pryncypizmu, związany z indywidualistycznym angloamerykańskim pragmatyzmem, dowodził, jakoby owo odrzucenie było słuszne. W ten sposób w pryncypizmie czy kontraktualizmie zrezygnowano z ważnego antropologicznie i etycznie pojęcia godności na rzecz takich czy innych decyzji pacjenta. Miało to ułatwić rozstrzyganie wielu trudnych problemów przez pozostawienie ich decyzji pacjenta. Lepiej, aby w przypadku pojawienia się wątpliwości to pacjent decydował, gdyż nawet jeśli zadecyduje źle, to i tak on poniesie tego konsekwencje. W ten sposób zubożono refleksję antropologiczną, pozbywając się ważnego pojęcia będącego jednym z podstawowych dla etyki medycznej. Jak wyżej zostało już powiedziane, w tej dziedzinie rozpoczęła się era królowania w etyce medycznej pojęcia autonomii. Okazało się jednak, że bez podstaw antropologicznych zasady pryncypizmu czy kontraktualizmu, jako treściowo puste, prowadzą do niekończących się dyskusji o ustalenie ich treści i zakresu obowiązywalności.

Po długim okresie zwalczania paternalizmu w imię autonomii pacjenta, zauważono absolutyzację również tego pojęcia i nadużywanie go w ustalaniu norm moralnych. Łatwo zwalczyć paternalizm w tej etyce autonomizmem pacjenta, korzyścią społeczeństwa czy legalizmem opartym na umowie. Są to jednak rozstrzygnięcia doraźne, które nie mają oparcia w koncepcji człowieka, a więc są ciasne antropologicznie lub wprost ślepe. W antropologicznie ugruntowanej

[97] T. L. Beauchamp., J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, wyd. 1, dz. cyt., tłum. pol.: *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.

etyce ważne są zarówno godność i wolność, jak też natura człowieka, nie mówiąc o koncepcji jego bytowości i racjonalności.

Edmund Pellegrino, jako przewodniczący Prezydenckiej Rady Bioetycznej USA, zredagował wraz z jej członkami w 2008 roku pracę poświęconą godności ludzkiej i jej roli w etyce medycznej, zatytułowaną *Human dignity and bioethics*[98]. Na początku, w liście do prezydenta Stanów Zjednoczonych, Pellegrino pisze, że w raportach różnych powoływanych prezydenckich rad bioetycznych ciągle używano pojęcia godności ludzkiej u podstaw norm etycznych i prawnych, dlatego w tejże publikacji zajęto się refleksją nad tym pojęciem przez skierowanie prośby o jego opracowanie do naukowców, których poglądy w tej kwestii różnią się między sobą. „Przedstawione eseje dowodzą – pisze Pellegrino – że nie ma powszechnej zgody w kwestii znaczenia terminu «godności ludzkiej». Niektórzy twierdzą, że godność ludzka straciła swoje tradycyjne znaczenie. Inni, wprost przeciwnie, mocno podkreślają pogląd, że godność jest istotowo identyfikującym i nieredukowalnym elementem ludzkiej natury. Jeszcze inni w kwestii znaczenia godności ludzkiej przyjmują bardziej biologiczny, niż filozoficzny czy teologiczny punkt widzenia. […] Ostatecznie – podsumowuje autor – fundamentalne kwestie na płaszczyźnie prawodawstwa i etyki będą kształtowane przez to, co znaczy dla nas być człowiekiem, i co rozumiemy pod pojęciem należnej ludzkiej osobie powinności etycznej”[99].

---

[98] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008.

[99] Tamże, s. xi-xii.

Adam Schulman omawia we wprowadzeniu do wspomnianej publikacji podstawowe trudności podkreślone przez autorów artykułów, związane z zastosowaniem pojęcia godności w bioetyce[100]. Stwierdza on, że różne rozumienia tego, co oznacza godność ludzka, nie pozwalają jednoznacznie rozstrzygnąć postępowania w przypadku ciężkich chorób, np. Alzheimera, wegetatywnie chorych, czy ciężkich schorzeń w okresie prenatalnym. Nie dają one jasnych odpowiedzi w kwestii zastosowania np. farmakologicznych preparatów, które uwolniłyby ludzi od różnych obciążeń emocjonalnych kosztem pozbawienia ich tożsamości emocjonalnej. Nie wiemy wtedy, co jest godne, a co niegodne.

Trudności w zastosowaniu pojęcia godności w bioetyce pochodzą również stąd, że zaczerpnięto je z różnych źródeł filozoficznych czy kulturowych. Występuje ono w myśli starożytnych, szczególnie stoików, posiada bogatą treść wyrażoną w Biblii tezą o stworzeniu człowieka na obraz i podobieństwo Boże, jest obecne w etyce I. Kanta, występuje w wielu międzynarodowych deklaracjach, konwencjach oraz w konstytucjach, a mimo to trudno go zastosować do rozwiązywania współczesnych problemów bioetycznych. Mimo zastrzeżeń wobec tego kryterium – zdaniem A. Schulmana – trudno będzie jednak ustalać etyczne standardy troski o człowieka bez oparcia się na jakieś koncepcji bytu ludzkiego[101]. Być może dopiero użycie potęgi nauki i technologii do sterowania drugim człowiekiem, do manipulacji przez jedną generację przyszłością dru-

[100] A. Schulman, *Bioethics and the question of human dignity*, [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, dz. cyt., s. 3–18.
[101] Tamże, s. 15.

giej, zmusi nas do uznania godności ludzkiej jako istotnego i niepodważalnego rdzenia człowieczeństwa i humanizmu. Należy sobie życzyć, aby nie stało się to za późno[102].

W omawianej publikacji mamy pozytywne ujęcia godności osoby i propozycje zastosowania tej kategorii w bioetyce takich myślicieli jak Patrick Lee, Robert P. George, Leon R. Kass, Daniel P. Sulmasy OFM, Gilbert Meilaender i inni[103].

Na podstawie opracowań autorstwa niektórych z wymienionych, np. Daniela P. Sulamasy'ego, Patricka Lee i Roberta P. George'a, Gilberta Meilaendera, jak również dużo wcześniejszych opracowań polskiej szkoły personalistycznej Karola Wojtyły, Tadeusza Stycznia i Andrzeja Szostka, czy też jeszcze szerszych opisów w personalizmie fenomenologicznym Josefa Seiferta, da się wyróżnić ważne sensy czy aspekty godności ludzkiej, które porządkują debatę w kwestii zastosowania tej kategorii w bioetyce i etyce medycznej. Mimo różnych terminów u różnych filozofów, określających kilka typów godności ludzkiej, ogólnie ich rozumienie pokrywa się ze sobą.

Daniel P. Sulmasy wymienia zarówno w historii filozofii, jak i we współczesnym powszechnym użyciu trzy sensy pojęcia „godność ludzka". Nazywa je godnością wewnętrzną (*intrinsic dignity*), godnością doskonałości (*inflorescent dignity*)

---

[102] Tamże, s. 17.

[103] E. D. Pellegrino, *The lived experience of human dignity*, s. 513–539; P. Lee and R. P. George, *The nature and basis of human dignity*, s. 409–433; L. R. Kass, *Defending human dignity*, dz. cyt., s. 297–331; D. P. Sulmasy OFM, *Dignity and bioethics: history, theory, and selected applications*, dz. cyt., s. 469–501; G. Meilaender, *Human dignity: exploring and explicating the council's vision,* s. 253–277; wszystkie w: *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, dz. cyt.

i godnością przypisaną (*attributed dignity*)[104]. Godność wewnętrzna (*intrinsic dignity*) to wartość, którą posiadamy z tego względu, że jesteśmy ludźmi. Nie jest ona nam nadawana przez pozycję społeczną, podziw, jaki ktoś ma dla naszych talentów. Nie jest to godność nam nadana lub wytworzona przez nasze indywidualne czy wspólnotowe wybory i działania. Tym rozumieniem godności posługuje się Kant, mówiąc, że godność nie ma ceny. Godność doskonałości (*inflorescent dignity*) ujawnia się w tych, którzy przez swoje postępowanie, zgodne z wewnętrzną godnością, rozwinęli swoją osobowość moralną czy religijną. Dobrze czyniąc, nabyli oni doskonałość, czyli sprawności moralne, cnoty, które dysponują ich do dalszego, stałego i jeszcze pełniejszego spełniania dobrych czynów. Szacunek dla tej godności to szacunek dla ludzi ucieleśniających w swej osobowości wzniosłe wartości intelektualne, kulturowe, a szczególnie moralne. Godność ta jest nabyta własnym wysiłkiem, ale nie jest nadawana przez społeczeństwo, lecz przez nie rozpoznawana. Zależna jest ona od rozumienia, akceptacji i postępowania zgodnego z godnością wewnętrzną. Godnością doskonałości osobowości posługiwali się stoicy, mimo że czasami opisywali ją od strony uznania i niejako przyznawania jej przez innych. Godność przypisana (*attributed dignity*) jest wartością wytworzoną przez akty innych osób lub społeczeństwa, w których to aktach podziwiamy czyjeś talenty, zdolności lub sprawności i umiejętności i na tej podstawie przypisujemy wyróżnienie, czyli nadajemy komuś tę godność. Jest to wartość konwencjonalna, uzależniona od tego, co ceni się w społeczeństwie. Tą godnością posługi-

[104] D. P. Sulmasy OFM, *Dignity and bioethics: history, theory, and selected applications*, dz. cyt., s. 473.

wał się T. Hobbes, uzależniając wartość jednostki od uznania jej za korzystną przez państwo – Lewiatana, poddając ją wycenie rynkowej. W nurcie utylitaryzmu taka wartość wyliczana jest rachunkiem przyjemności, korzyści czy konsekwencji[105].

Patrick Lee i Robert P. George skupiają się w swej refleksji nad zasadniczą godnością, którą nazywają godnością osoby (osobową) lub godnością wrodzoną (*dignity of a person or personal dignity, inherent dignity*)[106]. Różnica między nią a innymi typami godności polega na tym, że „godność osoby nie jest jakąś odrębną własnością lub jakością, taką jak kolor ciała lub funkcja narządu"[107]. Godność osobowa wyróżnia człowieka wśród innych bytów, wśród zwierząt i przeciwstawia się potraktowaniu osoby jako rzeczy. Tym, co sprawia, że człowiek jest osobą, a nie rzeczą wśród innych rzeczy, jest jego rozumna natura (*rational nature*). Dzięki niej osoba posiada zdolności do aktów myślenia, wolnych wyborów i kształtowania swego własnego życia. Zdolności te posiada każda istota ludzka, również ta, która aktualnie nie ujawnia tych aktów. Człowiek istnieje na sposób substancjalny, jako psychofizyczna jedność. W związku z tym natura owej substancji, wyrażająca się zarówno w jej teleologii, jak i zdolności osobowej, rozumnej i wolnej autoteleologii, jest podstawą dla stałości godności osobowej. Godność osoby nie jest nadawana, ale zastana wraz z zaistnieniem bytu ludzkiego i nie można jej utracić.

Odmiennym typem godności według Patricka Lee i Roberta P. George'a, jest ta, która odnosi się do aktualizacji lub manifestacji naturalnych zdolności osoby (*manifestation or*

---

[105] Tamże, s. 470–474.
[106] P. Lee and R. P. George, *The nature and basis of human dignity*, dz. cyt., s. 410.
[107] Tamże.

actualization of those capacities). Godność ta jest ograniczona, kiedy w różnych stanach chorobowych tracimy swoją niezależność. Mimo że możemy mówić o różnych stopniach tej godności, to nigdy nie tracimy jej całkowicie (*is never completely lost*)[108].

Inny typ ujawnia się w czyimś poczuciu własnej godności (*one's sense of dignity*)[109]. Może się zdarzyć, że ktoś sądzi, że inni nie doceniają albo ranią jego poczucie własnej godności, mimo że w rzeczywistości tak nie jest, nie podważa się tego, co wyznacza jego realna godność osobowa. Szczególnie kiedy ktoś jest zbytnio uzależniony od innych, może odczuwać utratę własnej godności, mimo że nie utracił ani godności osobowej, ani możliwości jej manifestacji, czyli godności w drugim znaczeniu. Nieraz w naszym odczuciu mogą występować jednocześnie związki z obiema bardziej podstawowymi formami godności, czyli godnością osobową i godnością manifestacji aktów myślenia, wyboru i działania. Mimo zewnętrznych, narzuconych ograniczeń godności w trzecim i drugim znaczeniu, np. poprzez przemoc, zniewolenie, uwięzienie, człowiek nie traci godności osobowej. Dlatego w sferze moralnej odgrywa ona podstawową, niezastąpioną rolę.

Patrick Lee przeciwstawia się niewłaściwym podstawom godności osobowej. Fundamentem tej godności jest posiadanie racjonalnej natury, a w niej naturalnych zdolności do rozumowania i dokonywania wyborów. Chodzi o zdolności zawarte w naturze osobowej, które mogą się ujawniać w jakimś stopniu po upływie miesięcy. Różne choroby mogą też ograniczyć lub uniemożliwić ich pełną aktualizację. Podstawą

[108] Tamże.
[109] Tamże.

godności osobowej nie jest aktualne czucie, aktualne akty świadomości czy samoświadomości, akty racjonalności lub moralnego działania (*sentience, consiousness, self-awareness, rationality, or being a moral agent*)[110]. Podstawą tej godności nie jest też wspólnota *homo sapiens.* Wspólnota przez akceptację np. człowieka w okresie prenatalnym, człowieka psychicznie czy wegetatywnie chorego, nie nadaje mu godności osobowej, gdyż posiada on ją wcześniej, a jej akceptacja jest mu należna.

Mimo sporów o znaczenie oraz użycie czy usunięcie pojęcia godności z bioetyki, nie unikniemy – zdaniem E. Pellegrino – pytań o cel i przeznaczenie ludzkiego życia. Nie uchylimy się przed odpowiedzią na antropologiczne pytanie: kim jest człowiek. Systemy bioetyki tak czy inaczej są zakorzenione w jakiejś idei celu i przeznaczenia ludzkiego życia, mają swe źródła w jakiejś odpowiedzi na pytanie, kim jest człowiek[111]. Pozwala im to na ocenę, jakie kierunki rozwoju technologii (w jaki sposób realizowane) są dobre, a jakie są złe dla człowieka jako takiego. Do dokonywania podobnych ocen służyło dotychczas pojęcie wrodzonej godności ludzkiej, które poprzez międzynarodowe deklaracje, konwencje i konstytucje uznane zostało za kryterium dobra i zła i podstawę praw człowieka. Trzeba pamiętać, że stało się to w wyniku podjęcia wysiłku znalezienia podstaw przeciwdziałających w przyszłości takim kataklizmom jak druga wojna światowa, nazizm i komunizm.

Edmund Pellegrino zgadza się ze swoimi przedmówcami oraz opracowanymi przez nich, opisanymi wyżej, rozróżnieniami różnych typów godności. „Na początku istotne jest, by

---

[110] Tamże, s. 412.
[111] E. D. Pellegrino, *The lived experience of human dignity,* dz. cyt., s. 514.

zaznaczyć moją zgodność z pojęciem wewnętrznej godności przedstawionej w oparciu o teorię rzeczy naturalnych Sulmasy'ego, w oparciu o prawo naturalne Lee i George'a i w oparciu o specyficzną relację człowieka do swego Stwórcy przedstawioną przez Meilaendera"[112]. Akceptuje wewnętrzną ludzką godność (*intrinsic human dignity*) jako wyraz wrodzonej człowiekowi wartości (*inherend worth*), którą posiada każdy jako byt ludzki. Rozumie ją tak samo jak wymienieni poprzednicy. Godność wewnętrzna nie jest nadawana przez kogokolwiek, lecz istnieje wraz z zaistnieniem ludzkiej istoty. Nie można jej też utracić. Jest niezależna od ludzkich opinii i domaga się należnego jej szacunku. Na jej podstawie każdy człowiek jest uprawniony do szacunku dla swej osoby, do respektowania należnych mu praw, do równego traktowania zgodnie z prawem sprawiedliwego porządku politycznego.

Zewnętrzna albo nadana godność (*extrinsic or imputed dignity*) ustanawiana jest na podstawie zewnętrznych kryteriów. Bierze się w niej pod uwagę pewne cechy jednostki, ale osądza się je według politycznych, społecznych i kulturowych konwencjonalnych kryteriów. Nadana godność może być utracona zarówno we własnej samoocenie, jak też w osądzie innych czy społeczeństwa.

Edmund Pellegrino dostrzega, że wewnętrzna godność jest ontologicznie podstawowa w stosunku do pozostałych. Nie zatrzymuje się jednak na ustaleniu samego pojęcia tej godności, ale opisuje, jak owa godność jawi się w żywym doświadczeniu, doświadczeniu egzystencjalnym, występującym w bezpośrednim spotkaniu konkretnego lekarza z konkretnym pacjentem. Sięga w tym względzie do doświadczenia, którym posługiwał

[112] Tamże, s. 514.

się Henry Newman, a szczególnie do tego, które stosował Gabriel Marcel. Przez odwołanie się do takich pojęć jak zmysł wnioskowania (*illative sense*) H. Newmana oraz do rozróżnienia problemu i tajemnicy (*mystery and problem*) przez G. Marcela chce niejako pokreślić, że spotkanie indywidualnego lekarza z indywidualnym pacjentem jest czymś więcej niż to, co ujęliśmy racjonalnie w pojęciu godności osobowej, gdyż dochodzi do tego misterium nieuchwytne w abstrakcyjnym pojęciu, misterium czasu, chwili i indywidualnej, egzystencjalnej sytuacji. Misterium konkretnej osoby jest czymś więcej niż to, co potrafiliśmy zamknąć w znaczeniach i sensach. Na owo misterium osób nie powinniśmy się zamykać, zadowoleni ze swych teoretycznych ujęć. Między myśleniem i ujęciami pojęciowymi, abstrakcyjnym a intuicyjnym ujmowaniem konkretnej rzeczywistości danej w bezpośrednim, żywym doświadczeniu (*lived experience*) winna zachodzić ciągła interakcja, aby nie zamykać bogatej rzeczywistości spotkania osób w prostych schematach. To właśnie w żywym doświadczeniu spotkania z konkretnym pacjentem, w doświadczeniu klinicznym, ujawnia nam się pełniej określony atak ontologiczny na jego istnienie i godność, spowodowany ciężką chorobą. W doświadczeniu takim widoczne stają się lęki pacjenta, jego bezradność, wewnętrzna szarpanina i poszukiwanie dróg wyjścia. W tej dramatycznej sytuacji, w której zachwiana jest pewność istnienia, ograniczona zostaje jego niezależność, pacjent jest osobą podatną na zranienie (*state of vulnerability*). Odczuwa mocniej wszelkie działania czy gesty albo jako pomocne, albo jako wciąż podważające jego osobistą godność, powiększające jego zranienie.

Można powiedzieć, że E. Pellegrino w odwołaniu się do żywego doświadczenia, czyli tego, co ujawnia się w bezpośred-

nim spotkaniu lekarza z konkretnym pacjentem, wymaga uwzględnienia w sytuacji klinicznej indywidualnych oczekiwań pacjenta. Można to nazwać głębszą odpowiedzią lekarza na osobistą godność przeżywaną przez pacjenta, na jego świat wartości i przeżywane przez niego dobro. Jest to zgodne ze wspominanym wcześniej rozróżnieniem przez Pellegrino dobra praktyki medycznej, czyli wyszczególnieniem obok dobra medycznego dobra przeżywanego przez pacjenta, dobra pacjenta jako osoby i jego duchowego czy religijnego dobra. Takie podejście nie tylko przezwycięża paternalizm, lecz wyraźnie uwzględnia nie tylko decyzje pacjenta, ale coś więcej: jego sytuację egzystencjalną.

Podobne do powyższych ujęć godności osoby odnajdujemy w polskiej szkole personalistycznej. Zapoczątkowane one zostały przez K. Wojtyłę już w roku 1960 i były kontynuowane przez jego uczniów Tadeusza Stycznia i Andrzeja Szostka oraz przez Adama Rodzińskiego[113]. Odróżnienie przez K. Wojtyłę wartości wsobnej, jaką jest osoba, od wartości, które tkwią w osobie, oraz odróżnienie doświadczenia moralnego od doświadczenia moralności, prowadziło do bliższego określenia normy moralności oraz centralnego w niej pojęcia godności osoby ludzkiej. W tym nurcie posługiwano się trzema pojęciami godności ludzkiej: osobową, osobowościową oraz osobistą[114]. Godność osobowa jest wartością wrodzoną, niezbywalną, trwałą. Godność osobowościowa związana jest z charakterem danej osoby, z nabytymi przez nią cechami

[113] K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, TN KUL, Lublin 1960.

[114] A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej*, „Roczniki Filozoficzne" 16 (1968) z. 2, s. 48nn; A. Szostek, *Rola pojęcia godności w etyce*, [w:] tenże, *Wokół godności, prawdy i miłości*, RW KUL, Lublin 1995, s. 43nn.

osobowościowymi, w tym szczególnie z aktualizacją jej moralności. Godność osobista ujawnia się w przeżyciu indywidualnej osoby, to egzystencjalne i psychologiczne poczucie swej osobistej godności.

Godność osoby jest nam dana wprost, bezpośrednio, intuicyjnie[115]. Konkretna osoba w specyficznym doświadczeniu od strony swej wsobnej wartości ujawnia nam tę wartość, czyli godność osobową. Godności tej nie da się z czegoś wprowadzić, nie da się jej zdefiniować, gdyż jest wartością swoistą, którą można pokazać, teoretycznie eksplikować czy „objawiać"[116]. Ujawnia się ona szczególnie w chwilach jej zagrożenia, gdyż przeciwstawia się czynom niegodnym osoby ludzkiej[117]. Jest ona źródłem bezwarunkowej, kategorycznej powinności moralnej, różnej od powinności jurydycznej będącej nakazem odpowiedniej władzy, powinności etologicznej będącej nakazem kultury, społeczeństw czy powinności prakseologicznej, zmierzającej do realizacji takiej czy innej korzyści[118]. W całym naszym postępowaniu moralnym godność osobowa stanowi kryterium odróżniania tego, co godne od tego, co niegodne; jest więc normą moralności wyznaczającą nam kategoryczne powinności moralne.

Pod wpływem K. Wojtyły dalsze opisy i odróżnienia różnych typów godności ludzkiej podjął uczeń D. von Hilde-

---

[115] T. Styczeń, *W sprawie etyki niezależnej*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, dz. cyt., s. 70.

[116] A. Szostek, *Wolność – prawda – sumienie*, „Ethos" 1991 nr 15–16, s. 32;. T. Styczeń, *Objawić osobę*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, dz. cyt., s. 13–21; A. Rodziński, *Wprowadzenie do etyki personalistycznej*, [w:] tenże, *Osoba, moralność, kultura*, RW KUL, Lublin 1989, s. 98.

[117] A. Szostek, *Moralność a osoba*, [w:] tenże, *Wokół godności, prawdy i miłości*, dz. cyt., s. 36.

[118] T. Styczeń, *Filozoficzna koncepcja prawa naturalnego*, „Analecta Cracoviensia" 1 (1969), s. 300n.

branda, Josef Seifert. Wyróżnia on cztery następujące pojęcia godności: (1) godność ontologiczna (*ontological dignity of the person*), którą posiadamy od początku wraz z naszym zaistnieniem; (2) godność świadomego podmiotu (*dignity of the conscious subject*), którą posiadamy aktualnie, dokonując aktów świadomości czy wolności; (3) godność nabyta albo moralna (*acquired dignity*, *moral dignity*), którą nabywamy przez właściwą aktualizację naszej osobowości; (4) godność relacyjna, którą otrzymujemy jako dar ze strony wspólnoty ludzkiej, społeczności i Boga (*dignity as gift*, *bestowed dignity*)[119]. W stosunku do osiągnięć wyżej wymienionych myślicieli Seifert przeprowadza dogłębny opis fenomenologiczny i ejdetyczny wymienionych godności, konfrontuje związki, zależności i priorytety aksjologiczne wśród nich, rozwija ugruntowane w poszczególnych godnościach prawa człowieka oraz przeprowadza krytykę wąskiego pojmowania osoby w nurtach, które posługują się godnością świadomego podmiotu jako kategorią podstawową, ignorując godność ontyczną. Ponieważ niektóre z powyższych zagadnień zostały przeze mnie omówione w innych publikacjach, skoncentrujemy się na tym, co jest ważne w analizowanym sporze o podstawy etyki medycznej[120].

---

[119] J. Seifert, *The right to life and the fourfold root of human dignity*, [w:] *The nature and dignity of the human person as the foundation of the right to life. The challenges of the contemporary cultural context*, red. J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 2003, s. 194–215; tenże, *The philosophical diseases of medicine and their cure. Philosophy and ethics of medicine*, vol. 1, *Foundations*, Springer, Dodrecht 2004, s. 115–138 (Philosophy of Medicine, vol. 82).

[120] T. Biesaga, *Osoba a normy etyczne*, [w:] *Spór o osobę w świetle klasycznej koncepcji człowieka*, red. P. St. Mazur, WAM, Kraków 2012, s. 113–121; tenże, *Autonomia a godność osoby*, dz. cyt.; tenże, *Godność osoby ludzkiej a normy etyczne*, [w:] *Spór o naturę*, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, A. Gudaniec, PTTA, Lublin 2014, s. 567–584 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 16);

Ponieważ w rozwoju etyki medycznej na przykładzie pryncypizmu czy kontraktualizmu widoczne jest porzucenie zasady szacunku dla osoby i jej godności na rzecz zasady autonomii, należy więc zapytać, czy jest to krok uzasadniony, dający szersze podstawy dla etyki medycznej, czy też wprost przeciwnie: zacieśnia, osłabia uzasadnienia stanowisk bioetycznych. Chodzi o rozstrzygnięcie tego, czy u podstaw etyki można zredukować godność osoby do jej autonomii. Takiej redukcji przeciwstawia się w swojej etyce zarówno Edmund Pellegrino, jak i wszyscy wyżej omówieni teoretycy godności ludzkiej.

W personalistycznym opisie relacji lekarz–pacjent oraz promowanej przez siebie zasadzie dobroczynności w zaufaniu Pellegrino przyporządkowuje akty decyzji czy autonomii godności osoby i jej dobru. Przez odrzucenie takiego przyporządkowania medycyna dwóch nieufnych autonomii staje się medycyną kontraktową, legalistyczną i minimalistyczną, w której największe szkody poniesie pacjent. W ontologicznym wstrząsie, jaki powoduje choroba, pacjent jest w sytuacji trudniejszej niż lekarz, jest osobą podatną na dalsze zranienia. Wielokrotnie lekarz, kierując się godnością pacjenta, musi się starać o przywrócenie mu możliwości dokonywania racjonalnych decyzji i podjęcia współpracy w terapii. Godność posiada szerszy zakres aksjologiczny niż autonomia – poprzedza ona autonomię. Wyznacza bowiem autonomicznemu podmiotowi, które akty wolności są godne, a które niegodne. Nie można więc zastąpić godności autonomią.

---

tenże, *Personalizm realistyczny a personalizm transcendentalny w sporze o uzasadnianie norm moralnych*, [w:] *W kręgu inspiracji personalizmu etycznego: Ślipko – Tischner – Styczeń*, red. P. Duchliński, WAM, Kraków 2012, s. 133–142.

„Ludzie posiadają autonomię, stwierdza Pellegrino, dzięki posiadanej wewnętrznej godności; sama autonomia nie nadaje im godności. Ofiary Holokaustu nie straciły swej godności czy ich praw z tego powodu, że zostały pozbawione autonomii. Również nie tracą godności noworodki, będący w śpiączce, ci z uszkodzonym mózgiem, mimo że nie są w pełni autonomiczni. […] Nasza autonomia nie może istnieć poza naszym człowieczeństwem. Moralna moc naszego człowieczeństwa zakorzeniona jest w naszej wrodzonej godności (*inherent dignity*) bycia człowiekiem. Doświadczenie utraty autonomii jest doświadczeniem utraty tylko nadanej godności (*imputed dignity*). Mimo że czasami jesteśmy skłonni łączyć nadaną godność z wrodzoną godnością, to jednak wrodzona nam godność ludzka nie może być utracona. Pacjent często w czasie cierpienia, oszpecenia lub zbliżającej się śmierci może utracić poczucie swej wartości czy godności. Waga tego doświadczenia obliguje lekarzy, pielęgniarki, rodzinę i przyjaciół, by upewnili pacjenta, że jego wewnętrzna godność (*intrinsic dignity*) jest trwała i nienaruszana. Aby być autentycznym w owym upewnieniu, pacjent winien być traktowany z godnością aż do końca”[121].

[121] E. D. Pellegrino, *The lived experience of human dignity*, dz. cyt., s. 534 i 523.

Zakończenie

Zrekonstruowane i skonfrontowane ze sobą propozycje podstaw etyki medycznej Edmunda D. Pellegrino i Roberta M. Veatcha stanowią nie tylko poważne głosy w debacie rozgrywającej się w środowisku angloamerykańskim, ale są istotnym wkładem w etykę medyczną jako taką. Obaj jej twórcy podjęli wysiłek odkrycia lepszych, solidniejszych, bardziej uzasadnionych filozoficznie podstaw takiej etyki. Chodziło im bowiem o etykę medyczną uzasadnianą nie tyle w oparciu o fragmentaryczną wiedzę zaczerpniętą z nauk ścisłych, ale o jej niezależne ujęcie teoretyczne, w tym również antropologiczne, a nawet metafizyczne. W realizacji tego zadania obie propozycje ujawniły swoje mocne i słabe strony. Były one niejednokrotnie przywoływane w pracy. Spośród różnych możliwych płaszczyzn ich porównania szerzej omówiono ich związek z antropologią, z wiedzą kim jest człowiek, o którego chodzi w praktyce medycznej.

Przedstawiona w pracy filozofia medycyny i etyka medyczna Edmunda D. Pellegrino łączą w sobie filozoficzną wiedzę o człowieku, o lekarzu i pacjencie, z wiedzą pochodzącą z wieloletniej praktyki lekarskiej, nabytą w sytuacjach klinicznej relacji lekarz–pacjent. Posiłkują się one również etosem

medycznym, który swymi korzeniami sięga tradycji hipokratejskiej. Sukcesem koncepcji Pellegrino jest nie tyle sam fakt czerpania z filozofii arystotelesowsko-tomistycznej, z różnych odmian personalizmu realistycznego czy fenomenologii realistycznej, ale również twórcze zastosowanie tego myślenia w wyodrębnieniu specyfiki filozofii medycznej, w odkryciu ontologii praktyki medycznej, czyli we wskazaniu, opisie i analizie realnych faktów, będących źródłami medycyny i wyznaczających zasadniczy, wewnętrzny cel – dobro praktyki medycznej. Wyróżnienie czterech odmiennych związków filozofii z medycyną, takich jak: filozofia i medycyna (*philosophy and medicine*), filozofia w medycynie (*philosophy in medicine*), filozofia medyczna (*medical philosophy*) i i filozofia medycyny (*philosophy of medicine*), uporządkowało metodologicznie różne typy refleksji i uściśliło rozumienie tego, o co chodzi w filozofii medycyny jako takiej. Nie przekreśliło to pozostałych refleksji nad medycyną, ale wyodrębniło filozofię medycyny z filozofii nauki i uściśliło właściwe i precyzyjne jej rozumienie. W tym rozumieniu rozstrzyga się, czy właściwym ujęciem praktyki medycznej jest ujęcie teleologiczne czy kontraktualistyczne, czy praktyka medyczna jest realną rzeczywistością posiadającą swój *telos*, czy jest konstruktem społecznym. Pellegrino zinterpretował praktykę medyczną teleologicznie i uzasadnił tę interpretację, wskazując na trzy fenomeny: fakt choroby (*fact of illness*), akt profesji medycznej (*act of profession*) i akt medycyny (*act of medicine*). Taka perspektywa pozwoliła mu przezwyciężyć fragmentaryczność w dotychczasowych ujęciach praktyki medycznej, odkryć cele i moralność wewnętrzną medycynie oraz odróżnić ją od celów i moralności zewnętrznej względem medycyny. Cele wewnętrzne praktyki medycznej, rozważane w personalistycznej

i egzystencjalnej relacji lekarz–pacjent, umożliwiły twórcy tej etyki wyróżnić i opisać cztery następujące formy dobra pacjenta: dobro medyczne (*medical good*), wyznaczone wskazaniami medycznymi, dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient's perception of the good*), dobro pacjenta jako osoby (*good for humans, good of the patient as a person*) i dobro duchowe pacjenta (*spiritual good*).

Poszukiwanie zintegrowanego sposobu realizacji tych dóbr, w kontekście powszechnej debaty ujawniającej konflikt autonomii z dobroczynnością czy ze sprawiedliwością, doprowadziło Edmunda Pellegrino do zaproponowania jako zasadniczej dla etyki medycznej zasady dobroczynności w zaufaniu (*beneficence-in-trust*), która ma włączyć obie autonomie (lekarza i pacjenta) w realizację leczenia. Dla pełnej realizacji tego dobra wskazane zostały również specyficzne dla profesji medycznej sprawności moralne, czyli cnoty.

W sumie zaproponowana etyka zawiera wnikliwy wgląd w antropologiczną kondycję człowieka, wgląd w ontologiczny atak na jego istnienie – ontologiczną agresję choroby (*ontological assault*) na jego wolność, na jedność jego ciała i jaźni (*body-self unity*), wgląd w jego stan zranionego człowieczeństwa (*wounded humanity*) i jego sytuację podatności na zranienie (*vulnerability of the patient*). Owa realna kondycja człowieka wyznacza odpowiednie, niezależne od czasu, kultury czy religii, sposoby moralnej realizacji dobra pacjenta, dla którego medycyna powstała, i które to dobro zobowiązała się realizować. Zarówno wymienione fakty, źródła i podstawy praktyki medycznej, jak i wyznaczone za ich pomocą obiektywne dobro, zasady, normy i sprawności moralne, są – zdaniem Pellegrino – niezależne od czasu, społeczeństwa i kultury. Praktyka

medyczna istnieje, odkąd istnieje choroba i realizuje swoje cele w różnych społeczeństwach i kulturach. Nie powstaje jako konstrukt społeczny, lecz wyrasta z samej natury medycyny. Jej teleologia nie jest teleologią ukonstytuowaną przez społeczeństwo, lecz jest wcześniejszą i głębszą teleologią ontologiczną bytu ludzkiego.

Robert M. Veatch w swej propozycji etyki medycznej podjął próbę przezwyciężenia relatywizmu etycznego spowodowanego pluralizmem religijnym, politycznym, filozoficznym i światopoglądowym. Zaadaptował dla potrzeb etyki medycznej teorię hipotetycznego kontraktu Johna Rawlsa, odwołującego się do pierwotnej postawy (*the original position*) i zasłony niewiedzy (*veil of ignorance*). Przerzucił hipotetyczny, podstawowy kontrakt społeczny (*the basic social contract*) na poziom kontraktu między społeczeństwem i lekarzem (*contract between society and a profession*) oraz na poziom kontraktu między lekarzem a pacjentem (*contract between professionals and patients*). Zmodyfikował teorię Rawlsa, przypisując leksykalny priorytet (*lexical priority*) zasadom niekonsekwencjalistycznym (takim jak dotrzymywanie kontraktu, autonomia, uczciwość, unikanie zabijania i sprawiedliwość) względem zasad konsekwencjalistycznych (takich jak dobroczynność, maksymalizacja korzyści). W wyważaniu zasad niekonsekwencjalistycznych (*balancing claims of the non-cosequentialist principles*) konstytutywną rolę przyznał zasadzie dotrzymywania kontraktu. Z pozycji wymienionego priorytetu zasad niekonsekwencjalistycznych ostro skrytykował stosowanie w praktyce medycznej zasady dobroczynności, oskarżając tego typu etykę (w tym etykę hipokratejską) o wszelkie zło, które można w tej praktyce dostrzec.

Nietrudno zauważyć, że Robert Veatch podjął olbrzymi wysiłek przezwyciężenia relatywizmu etycznego i opracowa-

nia uniwersalnych zasad dla sprawiedliwej praktyki medycznej. Owe cele praktyczne zbudowania niejako sprawiedliwego społeczeństwa zepchnęły w jego analizie na dalszy plan problemy filozofii człowieka. Za najważniejsze swoje zadania uważał on przezwyciężenie partykularyzmu lekarzy i sprawiedliwy podział środków i usług medycznych.

Spotkanie Pellegrino z Veatchem to w istocie spotkanie dwóch modeli etyki medycznej: modelu opartego na filozoficznej analizie realnej i egzystencjalnej kondycji człowieka ubogaconej doświadczeniem lekarskim z modelem pragmatyki medycznej, wypracowanej za pomocą socjotechnicznych narzędzi. W porównaniu obu modeli etyki medycznej chodziło o wskazanie dalszych dróg jej rozwoju.

Propozycja Edmunda Pellegrino wydaje się rekapitulować w sobie długą tradycję filozofii humanistycznej, etyki i antropologii, w tym etyki medycznej. Pretenduje ona do wskazania wszystkich powiązanych ze sobą elementów pełnej teorii etycznej, czyli dobra, norm i cnót. Mamy w niej ontologię praktyki medycznej, antropologię realnej kondycji człowieka dotkniętego chorobą, etykę dobra realizowanego w tej praktyce, zasadę rozwiązywania konfliktów autonomii z dobroczynnością czy sprawiedliwością oraz sprawności moralne, cnoty potrzebne do właściwej i efektywnej realizacji dobra tej praktyki.

Propozycja Veatcha jest skromniejsza. Koncentruje się na sposobie formowania zasad podejmowania decyzji i rozwiązywania konfliktów. Chodzi w niej o wkomponowanie całego sektora ochrony zdrowia w budowanie sprawiedliwego i pokojowego społeczeństwa. Uczestnik kontraktu jawi się jako indywiduum, którego zasadniczą cechą jest autonomia i zdolność do podejmowania decyzji. Tego typu relacja pacjenta

z lekarzem jest zbyt legalistyczna, gdyż nie odnosi się do innych ważnych aspektów człowieczeństwa. Tak więc jeśli u Pellegrino znamy źródła moralności i jesteśmy w stanie podać ważne argumenty, które je potwierdzają, tak u Veatcha znamy jedynie *prima facie* zasady podejmowania słusznych decyzji etycznych; nie znamy jednak antropologicznych źródeł i podstaw pozwalających ustalić ich konkretne rozumienie.

Przy całej rozbieżności obu propozycji podstaw etyki medycznej można jednak wskazać na pewne związki między nimi, a co więcej – należy dalej poszukiwać możliwości, jakie jeden model może zasugerować drugiemu. Propozycja Pellegrino ma mocny wydźwięk interpersonalny, czego brakuje w propozycji Veatcha. Odwrotnie, propozycja Veatcha ma mocny wydźwięk społeczny, czego brakuje propozycji Pellegrino. Kontraktualizm może sprawniej kształtować społeczną organizację służby zdrowia niż teleologiczna etyka dobra pacjenta. Jednak społeczna pragmatyka nie powinna mieć pierwszeństwa przed istotnymi dobrami, które są określone i realizowane w personalnie zorientowanej praktyce medycznej. Konflikt jednostka–społeczeństwo nie może być rozstrzygany na rzecz społeczeństwa kosztem pacjenta. Moralność wewnętrzna profesji medycznej winna zachować swoją niezależność i specyficzność względem moralności zewnętrznej. Stąd nawet jeśli kontrakt, to tylko taki, który umożliwia realizację dobra medycznego, dobra przeżywanego przez pacjenta i dobra pacjenta jako osoby.

Bibliografia

Arystoteles, *Etyka nikomachejska,* tłum D. Gromska, *Dzieła wszystkie,* t. 5, PWN, Warszawa 1996.

Arystoteles, *Retoryka* i in., tł. H. Podbielski, *Dzieła wszystkie*, t. 6, PWN, Warszawa 2001.

Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of biomedical ethics*, wyd. 1, Oxford University Press, New York 1979.

Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of biomedical ethics*, wyd. 3, Oxford University Press, New York 1989.

Beauchamp T. L., Childress J. F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa 1996.

Beauchamp T. L., *The origins, goals, and core commitments of the Belmont report and principles of biomedical ethics*, [w:] *The story of bioethics. From seminal works to contemporary explorations*, ed. J. K. Walter, E. P. Klein, Georgetown University Press, Washington 2003, s. 17–45.

Biesaga T., *Alasdaira MacIntyre'a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej,* „Analecta Cracoviensia" 28 (1996), s. 3–14.

Biesaga T., *Autonomia a dobroczynność*, [w:] *Etyka,* red. K. Kalka i A. Papuziński, Wyd Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2006, s. 132–139.

Biesaga T., *Autonomia a godność osoby*¸ [w:] *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, red. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2013, s. 169–183.

Biesaga T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna" 2005 nr 6, s. 20–24, przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 68–75.

Biesaga T., *Błąd antropologiczny i jego skutki w bioetyce*, [w:] *Błąd antropologiczny,* red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2003, s. 191–200 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 5).

Biesaga T., *Błąd antropologiczny oraz zagrożenia życia i cielesności człowieka*, [w:] *Ku rozumieniu godności człowieka*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2008, s. 251–160 (Studia z Bioetyki, t. 4).

Biesaga T., *Cel czy nakaz racją działania moralnego*, [w:] *Spór o cel. Problematyka celu i celowościowego wyjaśniania*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2008, s. 185–196 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 10).

Biesaga T., *Dietricha von Hildebranda epistemologiczno-ontologiczne podstawy etyki*, TN KUL, Lublin 1989.

Biesaga T., *Dobro jako ratio cognitionis practicae i podstawa wyróżniania dziedziny praxis*, [w:] *Osoba i realizm w filozofii,* red. A. Maryniarczyk SDB, K. Stępień, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2002, s. 233–244 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 3–4).

Biesaga T., *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae" 40 (2004), s. 153–165.

Biesaga T., *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, [w:] *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2003, s. 9–22.

Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.

Biesaga T., *Etyka cnót w etyce medycznej,* „Medycyna Praktyczna" 2006 nr 3, s. 20–23; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 76–82.

Biesaga T., *Etyka obowiązku I. Kanta, a etyka szczęścia Arystotelesa*, [w:] *Philosophia vitam alere. Prace dedykowane ks. prof. Romanowi Darowskiemu SJ z okazji 70-lecia urodzin*, red. S. Ziemiański SJ, Ignatianum–WAM, Kraków 2005, s. 141–149.

Biesaga T., *Godność osoby ludzkiej a normy etyczne*, [w:] *Spór o naturę*, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, A. Gudaniec, PTTA, Lublin 2014, s. 567–584 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 16).

Biesaga T., *Niepowodzenia nowożytnego i współczesnego projektu etyki*, [w:] *Spór o etykę. Materiały z X Jagiellońskiego Sympozjum Etycznego*, red. J. Pawlica, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 133–142.

Biesaga T., *Osoba a normy etyczne*, [w:] *Spór o osobę w świetle klasycznej koncepcji człowieka*, red. P. St. Mazur, WAM, Kraków 2012, s. 113–121.

Biesaga T., *Osoba i natura w argumentacji bioetycznej*, [w:] *Substancja – Natura – Prawo naturalne*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2006, s. 411–418 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 8).

Biesaga T., *Personalism versus principlism in bioethics*, „Forum Philosophicum" 8 (2003), s. 23–34.

Biesaga T., *Personalizm realistyczny a personalizm transcendentalny w sporze o uzasadnianie norm moralnych*, [w:] *W kręgu inspiracji personalizmu etycznego: Ślipko – Tischner – Styczeń*, red. P. Duchliński, WAM, Kraków 2012, s. 133–142.

Biesaga T., *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2001, s. 11–25.

Biesaga T., *Pojęcie osoby a zasada jakości życia we współczesnej bioetyce*, [w:] *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 2002, s. 53–64.

Biesaga T., *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna,* „Medycyna Praktyczna" 2006 nr 7–8, s. 20–25; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 13–20.

Biesaga T., *Rola sumienia lekarza w praktyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna" 2010 nr 10, s. 122–125.

Biesaga T., *Spór o dobro moralne: hedonizm – eudajmonizm – personalizm*, [w:] *Spór o dobro*, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2012, s. 291–307 (Zadania Współczesnej Metafizyki, t. 14).

Biesaga T., *Spór o normę moralności*, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 1998.

Biesaga T., *Spór o właściwości prawdy: relatywizm – absolutyzm*, [w:] *Spór o prawdę*, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, P. Gondek, PTTA, Lublin 2011, s. 299–314 (Zadania Współczesnej Metafizyki, t. 13).

Biesaga T., *Sumienie*, [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 9, red. A. Maryniarczyk i in., PTTA, Lublin 2008, s. 267–270.

Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna" 2004 nr 5, s. 20–25, przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 57–67.

Biesaga T., *Zagrożenia sumienia w demokracji*, [w:] *Prawa człowieka i świat wartości. Human rights and the world of values,* red. R. Moń, A. Kobyliński, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011, s. 25–36.

Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri, red. G. Russo, Elle Di Ci, Torino 1997.

Bioetica fondamentale e generale, red. G. Russo, SEI, Torino 1995.

Bioetyka personalistyczna, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2006 (Studia z Bioetyki, t. 3).

Bioetyka polska, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2004 (Studia z Bioetyki, t. 2).

Błąd antropologiczny, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2003 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 5).

Brody B. D., *Quality of scholarship in bioethics*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2, s. 161–178.

Building bioethics, red. L. Kopelman, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000.

Callahan D., McCormick R. A., Veatch R. M., Capron A. M., Bok S., Cassell E. J., *How the „Report" made a difference: reflections on a 15th anniversary* [Six commentaries], „Hastings Center Report" 16 (1986) nr 5 (Oct.), s. 8–17.

Callahan D., *The Hastings Center and the early years of bioethics,* „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999) nr 1, s. 53–71.

Callahan D., *The Hastings Center: a short and long 15 years*, „Hastings Center Report" 14 (1984) Issue 2(Apr), s. 1–15.

Caplan A. L., *Does the philosophy of medicine exist?*, „Theoretical Medicine" 13 (1992), s. 67–77.

Casey J., *Pagan virtue,* Oxford University Press, New York 1990. *Catholic perspectives on medical morals*, red. E. D. Pellegrino, J. P. Langan, J. C. Harvey, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht–Boston–London 1989.

Chyrowicz B., *Bioetyka a metafizyka* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 170–183.

Clinical bioethics: a search for the foundations, red. C. Viafora, Vol. 26, International Library of Ethics Law and the New Medicine, Springer–Dordrecht 2005.

Clouser K. D., Gert B., *A critique of principlism*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2 , s. 219–236.

Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives, red. A. L. Caplan i in., Addison-Wesley, Reading MA 1981.

Conditio Human, Festschrift for Professor Erwin Straus, red. W. von Baeyer, R. M. Griffith, Springer Verlag, New York 1966.

Czeżowski T., *Etyka jako nauka empiryczna*, [w:] tenże, *Pisma z etyki i teorii wartości*, PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Łódź 1989, s. 97–104.

Economics of health care, red. J. van der Gaag, W. B. Neenan, and Th. Tsukahara, Jr. Praeger Publishers, New York 1982.

Emanuel E. J., *The beginning of the end of principlism*, „Hastings Center Report" 25 (1995), Issue 4 (Jul/Aug), s. 1–4.

Engel G., *The clinical application of the biopsychosocial model*, „American Journal of Psychiatry" 1980 nr 10(137), s. 535–544.

Engelhardt H. T. Jr, Jotterand F., *An introduction. Edmund D. Pellegrino's project*, [w:] E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 1–19.

Engelhardt H. T. Jr, Erde E., *Philosophy of medicine*, [w:] *A guide to the culture of science, technology and medicine*, red. P. T. Durbin, Free Press, New York 1984, s. 364–461.

Engelhardt H., *The foundations of bioethics*, Oxford University Press, New York 1996.

Ethical, legal, and social issues in organ transplantation, red. T. Gutmann, A. S. Daar, R. A. Sells, and W. Land, PABST Science Publishers, Lengerich–Berlin 2004.

Ethics and critical care medicine, red. J. C. Moskop, L. Kopelman, Reidel Publishing Co., Dordrecht 1985.

Ethics in medicine, red. P. Allebeck, B. Jansson, Raven Press, New York 1990.

Ethics, trust, and the professions, red. E. D. Pellegrino, R. M. Veatch, J. P. Langan, Georgetown University Press, Washington DC 1991.

Firth R., *Ethical absolutism and the ideal observer theory*, „Philosophy and Phenomenological Research" 12 (1952), s. 317–345.

Foot Ph., *Virtues and vices and other essays in moral philosophy,* Oxford University Press, New York 1978.

Frankena W., *Beneficence in an ethics of virtue*, [w:] *Beneficence and health care,* red. E. Shelp, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1982, s. 63–81.

Fuller L., *The morality of law*, Yale University Press, New Haven 1969.

Green R. M., *Method in bioethics: a troubled assessment*, „Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 2, s. 179–197.

Hauerwas S., *A community of character*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981. *Health care reform: a human rights approach,* red. A. R. Chapman, Georgetown University Press, Washington DC 1994.

Hildebrand D. v., *What is philosophy?*, The Bruce Publishing Company, Milwaukee 1960.

Hippocrates, *Ancient medicine*, vol. I, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923, s. 1–64 (Loeb Classical Library, 147).

Hippocrates, *On joints,* vol. III, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923 (Loeb Classical Library, 149).

Hippocrates, *The art*, vol. II, tł. W. H. S. Jones, Harvard University Press, Cambridge MA 1923, s. 185–218 (Loeb Classical Library, 148).

Hołub G., *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2010.

Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008.

Human genome, human person and the society of the future, red. J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 1999.

Jewish and catholic bioethics: an ecumenical dialogue, red. E. D. Pellegrino, A. I. Faden, Georgetown University Press, Washington DC 1999.

Jonsen A. K., *Bioethics as a discipline*, [w:] tenże, *The birth of bioethics*, Oxford University Press, New York 1998, s. 325–351.

Kass L. R., *Defending human dignity*, [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 297–331.

Kass L. R., *The end of medicine and the pursuit of health*, [w:] *Concepts of health and disease*, red. A. L. Caplan, H. T. Engelhardt Jr, J. McCartney, Addison-Wesley, Reading MA 1981, s. 3–30.

Kass L. R., *The end of medicine and the pursuit of health*, [w:] tenże, *Toward a more natural science: biology and human affairs*, Free Press, New York 1985, s. 157–186.

Kass L. R., *The end of medicine and the pursuit of health*, „The Public Interest" 1975 nr 40, s. 11–42.

Klutgen J., *Ethics and professionalism*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1991.

Krajewski K., *Etyka jako filozofia pierwsza. Doświadczenie normatywnej mocy prawdy jako źródło i podstawa etyki*, KUL, Lublin 2006.

Ku rozumieniu godności człowieka, red. G. Hołub, P. Duchliński, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2008 (Studia z Bioetyki, t. 4).

Kupperman J., *Character*, Oxford University Press, New York 1991.

Ladd J., *The internal morality of medicine: an essential dimension of the physician-patient relationship*, [w:] *The clinical encounter: the moral fabric of the physician-patient relationship*, red. E. Shelp, Springer, Dordrecht 1983, s. 209–231.

Lantos J. D., *Veatch hates Hippocrates*, „Hastings Center Report" 40 (2010) Issue 1 (Jan.-Febr.), s. 46–47.

Lee P. and George R. P., *The nature and basis of human dignity*, [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 409–433.

Life choices: A Hastings Center introduction to bioethics, red. J. H. Howell, W. F. Sale, Georgetown University Press, Washington 2000.

MacIntyre A., *After virtue. A study in moral theory*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981; tłum. pol.: *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, PWN, Warszawa 1996.

MacIntyre A., *Three rival versions of moral enquiry. Encyclopedia, genealogy, and tradition,* University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1990.

MacIntyre A., *Whose justice? Which rationality?*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1988.

Mahowald M. B., *The physician*, [w:] *The power of the professions*, red. R. W. Clarke and R. O. Lawry, University Press of America, Lanham MD 1988, s. 119–131.

Masters R. D., *Is contract an adequate basis for medical care?*, „Hastings Center Report" 5 (1975) Issue 5 (Dec.), s. 24–28.

May W. F., *Code, covenant, contract, or philanthropy*, „Hastings Center Report" 5 (1975) Issue 5 (Dec.), s. 29–38.

May W. F., *The physician's covenant,* Westminster Press, Philadelphia 1983.

Meilaender G. C., *Body, soul, and bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame and London 1998.

Meilaender G., *Human dignity: exploring and explicating the council's vision,*[w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 253–277.

Miller F. G., Brody H., *The internal morality of medicine. An evolutionary perspective*, „Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001) No. 6, s. 581–599.

Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010.

Murdoch I., *Metaphysics as a guide to morals*, Penguin Press, New York 1992.

No rush to judgment. Essays on medical ethics, red. D. H. Smith, L. M. Bernstein, The Poynter Center, Indiana University, Bloomington IN 1978.

Nozick R., *Anarchy, state, and utopia*, Basic Books, New York 1974.

Od autonomii osoby do autonomii pacjenta, red. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, Wydawnictwo św. Stanisław BM, Kraków 2013.

Osoba i realizm w filozofii, red. A. Maryniarczyk SDB, K. Stępień, PTTA, Lublin 2002 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 3–4).

Otowicz R., *Etyka życia*, WAM, Kraków 1998.

Pellegrino E. D, Thomasma D. C., Miller D. G., *The Christian virtues in medical practice*, Georgetown University Press, Washington DC 1996.

Pellegrino E. D., *Agape and ethics: some reflections on medical morals from a catholic Christian perspective*, [w:] *Catholic perspectives on medical morals*, red. E. D. Pellegrino, J. P. Langan, J. C. Harvey, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht–Boston–London 1989, s. 277–300.

Pellegrino E. D., *Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy" 5 (1995), s. 253–277; przedruk w: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 231–244.

Pellegrino E. D., *Curriculum vitae,* The Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC 2013, s. 1–9, https://kennedyinstitute.georgetown.edu/files/Pellegrino_CV.pdf (15.10.2014)

Pellegrino E. D., *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 147–162.

Pellegrino E. D., *Healing and being healed: A Christian perspective,* [w:] *Jewish and catholic bioethics: an ecumenical dialogue*, red. E. D. Pellegrino, A. I. Faden, Georgetown University Press, Washington DC 1999, s. 115–126.

Pellegrino E. D., *Humanism and the physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979.

Pellegrino E. D., McElhinney Th. K., *Teaching ethics. The humanities and human values in medical schools: a ten-years overviews*, Institute on Human Values in Medicine, Society for Health and Human Values, Washington DC 1982.

Pellegrino E. D., *Medicine and philosophy*, [w:] *Humanism and the physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979, s. 66–91.

Pellegrino E. D., *Medicine and philosophy*, [w:] tenże, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, Oxford University Press, New York 1981, s. 9–36.

Pellegrino E. D., *Medicine today: its role, and the role of physicians*, „Itinerarium. Rivista Scientifica Multidisciplinare dell'Istituto Teologico S. Tommaso" 10 (2002), s. 57–79, przedruk w: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 127–145.

Pellegrino E. D., *Medicine, philosophy, and man's infirmity*, [w:] *Conditio Human, Festschrift for Professor Erwin Straus*, red. W. von Baeyer, R. M. Griffith, Springer Verlag, New York 1966, s. 272–284.

Pellegrino E. D., *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, [w:] tenże,*The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*., red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 163–185.

Pellegrino E. D., *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, [w:] *Ethics and critical care medicine*, red. J. C. Moskop, L. Kopelman, Reidel Publishing Co, Dordrecht 1985, s. 117–138.

Pellegrino E. D., *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligation in the physician-patient relationship*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy" 10 (1994), s. 47–68, przedruk w: tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 204–230.

Pellegrino E. D., *Philosophy of medicine, problematic and potential*, „Journal of Medicine and Philosophy" 1 (1976) No. 1, s. 5–31.

Pellegrino E. D., *Rationing health care: inherent conflicts within the concept of justice*, [w:] *The ethics of managed care: professional integrity and patient rights*, red. W. B. Bondeson and J. W. Jones, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2002.

Pellegrino E. D., *Rationing health care: the ethics of medical gatekeeping*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy" 2 (1986), s. 23–45.

Pellegrino E. D., *Reform and innovation in medical education: the role of ethics in the teaching of medical ethics,* [w:] *The teaching of medical ethics*, red. R. M. Veatch, W. Gaylin, C. Morgan, The Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, Hastings-on-Hudson NY 1973, s. 150–165.

Pellegrino E. D., *The 'telos' of medicine and the good of the patient*, [w:] *Clinical bioethics: a search for the foundations*, red. C. Viafora, Springer, Dordrecht 2005, s. 21–32 (International Library of Ethics, Law and the New Medicine, vol. 26).

Pellegrino E. D., *The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage*, [w:] *Principles of health care ethics*, red. R. Gillon, John Willey and Sons Ltd, New York 1994, s. 353–367, przedruk w: tenże, *The philosophy of medicine reborn:*

a Pellegrino reader, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 187–203.

Pellegrino E. D., *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*, [w:] *The goals of medicine: the forgotten issue in health care reform*, red. M. J. Hanson, D. Callahan, Georgetown University Press, Washington DC 1999, s. 55–68; tłum. pol.: *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, tłum. O. Dryla, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 333–350.

Pellegrino E. D., *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, „Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001) No. 6, s. 559–579, przedrukowany jako rozdz. 3 w książce: E. D. Pellegrino, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 62–84.

Pellegrino E. D., *The lived experience of human dignity*, [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*., red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 513–539.

Pellegrino E. D., *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999) nr 1, s. 73–88.

Pellegrino E. D., *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008.

Pellegrino E. D., *The relationship of autonomy and integrity in medical ethics*,[w:] *Ethics in medicine*, red. P. Allebeck, B. Jansson, Raven Press, New York 1990, s. 3–22.

Pellegrino E. D., *The virtuous physician and the ethics of medicine*, [w:] *Virtue and medicine: explanations in the character of*

medicine, red. E. Shelp, Reidel Publishing Co, Dordrecht, 1985, s. 237–255 (Philosophy and Medicine, 17).

Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, Oxford University Press, New York 1981.

Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, Oxford University Press, New York 1988.

Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *Helping and healing: religious commitment in health care*, Georgetown University Press, Washington DC 1997.

Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy" 3 (1987), s. 23–46.

Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York 1993.

Pellegrino E. D., *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979) Issue 1, s. 32–56.

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

Pellegrino E. D., *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions,* „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995) nr 3, s. 253–277; przedruk w: tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 255–280.

Pellegrino E. D., *Trust and distrust in professional ethics*, [w:] *Ethics, trust, and the professions*, red. E. D. Pellegrino, R. M. Veatch, J. P. Langan, Georgetown University Press, Washington DC 1991, s. 69–92.

Pellegrino E. D., *What the philosophy of medicine is*, [w:] tenże, *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008, s. 23–48.

Pellegrino E. D., *What the philosophy of medicine is*, „Theoretical Medicine and Bioethics" 19 (1998), s. 315–336.

Pellegrino E. D., *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, tłum. O. Dryla, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 333–350.

Pincoff E., *Quandaries and virtues: against reductivism in ethics*, University Press of Kansas, Lawrence KA 1986.

Podstawy i zastosowania bioetyki, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2001.

Potter de Van R., *Bioethics: the science of survival*, „Perspectives in Biology and Medicine" 14 (1970), s. 120–153.

Prawa człowieka i świat wartości. Human rights and the world of values, red. R. Moń, A. Kobyliński, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2011.

Principles of health care ethics, red. R. Gillon, John Willey and Sons Ltd, New York 1994.

Przyłuska-Fiszer A., *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 201–206.

Rawls J., *Theory of justice,* Harvard University Press, Cambridge Mass. 1971, tłum. pol.: *Teoria sprawiedliwości*, tł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, PWN, Warszawa 1994.

Reich W. T., *The 'wider view': Andre Helleger's passionate, integrating intellect and the creation of bioethics*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 9 (1999) nr 1, s. 25–51.

Reich W. T., *The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1994), s. 19–34.

Rights to health care, red. Th. J. Bole, W. B. Bondeson. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991.

Rodziński A., *Osoba, moralność, kultura*, RW KUL, Lublin 1989.

Rodziński A., *U podstaw kultury moralnej*, „Roczniki Filozoficzne" 16 (1968) z. 2, s. 5–122.

Rodziński A., *Wprowadzenie do etyki personalistycznej*, [w:] A. Rodziński, *Osoba, moralność, kultura*, RW KUL, Lublin 1989, s. 93–100.

Rothman D. J., *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making,* Basic Books, New York 1991.

Russo G., *La prima pietra: l'Hastings Center*, [w:] *Bioetica fondamentale e generale*, red. G. Russo, SEI, Torino 1995, s. 387–391.

Russo G., Potter V. R., *La prima idea di bioetica*, [w:] *Bioetica fondamentale e generale*, red. G. Russo, SEI, Torino 1995, s. 5–18.

Sade R. M., *Medical care as a right: a refutation*, „New England Journal of Medicine" 1971, Dec. 2 [285], s. 1288–1292.

Schulman A., *Bioethics and the question of human dignity,* [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 3–18.

Seifert J., *Essence and infinity: a dialogue with existential thomism*, „The Scholasticism" 58 (1984), s. 84–98.

Seifert J., *The philosophical diseases of medicine and their cure. Philosophy and ethics of medicine*, vol. 1, *Foundations*, Springer, Dodrecht 2004 (Philosophy of Medicine, vol. 82).

Seifert J., *The right to life and the fourfold root of human dignity*, [w:] *The nature and dignity of the human person as the foundation of the right to life. The challenges of the contemporary cultural context*, red. J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 2003, s. 194–215.

Seldin D., *The boundaries of medicine. Presidential address*, „Transactions of the Association of American Physicians" 94 (1981), s. 75–86.

Siegler M., *The doctor-patient encounter and its relationship to health and disease*, [w:] *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, red. A. L. Caplan i in., Addison-Wesley, Reading MA 1981, s. 627–644.

Spaemann R., *Genetic manipulation of human nature in the context of human personality*, [w:] *Human genome, human person and the society of the future*, red. J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 1999, s. 340–350.

Spaemann R., *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, tłum. J. Merecki, Oficyna Naukowa N, Warszawa 2001.

Spór o cel. Problematyka celu i celowościowego wyjaśniania, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2008 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 10).

Spór o dobro, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2012 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 14).

Spór o etykę. Materiały z X Jagiellońskiego Sympozjum Etycznego, red. J. Pawlica, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

Spór o naturę, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, A. Gudaniec, PTTA, Lublin 2014 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 16).

Spór o osobę w świetle klasycznej koncepcji człowieka, red. P. St. Mazur, WAM, Kraków 2012.

Spór o prawdę, red. A. Maryniarczyk, K. Stępień, P. Gondek, PTTA, Lublin 2011 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 13).

Stempsey W. E., *Disease and diagnosis: value-dependent realism*, Dordrecht 2000.

Straus E., *The primary world of senses: a vindication of sensory experience*, Free Press of Glencoe, New York 1963.

Straus R., *The nature and status of medical sociology*, „American Sociological Review" 22 (1957), nr 2, s. 200–204.

Styczeń T., *Antropologia a etyka*, [w:] tenże, *W drodze do etyki*, RW KUL, Lublin 1984, s. 121–130.

Styczeń T., *Etyka niezależna*, *Dzieła zebrane*, t. 2, red. K. Krajewski, TN KUL, Lublin 2012.

Styczeń T., *Etyka niezależna,* RW KUL, Lublin 1980.

Styczeń T., *Filozoficzna koncepcja prawa naturalnego*, „Analecta Cracoviensia" 1 (1969), s. 297–320.

Styczeń T., *Metaetyka: nowa rzecz nowe słowo?*, *Dzieła zebrane*, t. 1, red. A. Szostek, RW KUL, Lublin 2011.

Styczeń T., *Objawić osobę*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, TN KUL, Lublin 1993, s. 13–21.

Styczeń T., *Objawić osobę*, *Dzieła zebrane*, t. 3, red. A. Wierzbicki, TN KUL, Lublin 2013.

Styczeń T., *Prawda o człowieku a etyka*, „Rocznik Filozoficzny" 30 (1982) z. 2, s. 42–95.

Styczeń T., *Problem autonomii etyki*, [w:] tenże, *W drodze do etyki*, RW KUL, Lublin 1984, s. 221–244.

Styczeń T., *Uwagi o istocie moralności*, [w:] tenże, *Wprowadzenie do etyki*, TN KUL, Lublin 1993, s. 28–42, przedruk w: tenże, *Dzieła zebrane,* t. 2, *Etyka niezależna*, red. K. Krajewski, TN KUL, Lublin 2012, s. 513–530.

Styczeń T., *W drodze do etyki*, RW KUL, Lublin 1984.

Styczeń T., *W sprawie etyki niezależnej*, „Roczniki Filozoficzne" 24 (1976) z. 2, s. 83–118.

Styczeń T., *Wolność w prawdzie*, *Dzieła zebrane*, t. 4, red. K. Krajewski, RW KUL, Lublin 2013.

Styczeń T., *Wprowadzenie do etyki*, TN KUL, Lublin 1993.

Substancja – Natura – Prawo naturalne, red. A. Maryniarczyk, PTTA, Lublin 2006 (Zagadnienia Współczesnej Metafizyki, t. 8).

Sulmasy D. P. OFM, *Dignity and bioethics: history, theory, and selected applications*, [w:] *Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, red. E. D. Pellegrino i in., Washington DC 2008, s. 469–501.

Systemy bioetyczne, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2003 (Studia z Bioetyki, t. 1).

Szewczyk K., *Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 184–195.

Szostek A., *Doświadczenie człowieka i moralności w ujęciu Kardynała Karola Wojtyły*, „Znak" 32 (1980) nr 309, s. 275–289.

Szostek A., *Moralność a osoba*, [w:] tenże, *Wokół godności, prawdy i miłości*, RW KUL, Lublin 1995, s. 11–41.

Szostek A., *Rola pojęcia godności w etyce*, [w:] tenże, *Wokół godności, prawdy i miłości*, RW KUL, Lublin 1995, s. 42–63.

Szostek A., *Wolność – prawda – sumienie*, „Ethos" 1991 nr 15–16, s. 25–37.

The clinical encounter: the moral fabric of the physician-patient relationship, red. E. Shelp, Dordrecht 1983.

The ethics of managed care: professional integrity and patient rights, red. W. B. Bondeson, H. T. Engelhardt Jr, Kluwers Academic Publishers, Dordrecht 2002.

The ethics of research involving human subjects: facing the 21st century, red. H. Y. Vanderpool, University Publishing Group, Frederick MD 1996.

The goals of medicine: setting new priorities. A Hastings Center Project Report, [w:] *Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics*, red. J. H. Howell, W. F. Sale, Georgetown University Press, Washington DC 2000, s. 57–73.

The goals of medicine: the forgotten issue in health care reform, ed. by M. J. Hanson, D. Callahan, Georgetown University Press, Washington DC 1999.

The health care professional as friend and healer, red. D. Thomasma and J. Lee Kissell, Georgetown University Press, Washington DC 2000.

The influence of Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine, Issue editor D. C. Thomasma, „Theoretical Medicine" 18 (1997) No. 1–2, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht–Boston–London 1997.

The power of the professions, red. R. W. Clarke and R. O. Lawry, University Press of America, Lanham MD 1988.

The story of bioethics. From seminal works to contemporary explorations, red. J. K. Walter, E. P. Klein, Georgetown University Press, Washington DC 2003.

The teaching of medical ethics, red. R. M. Veatch, W. Gaylin, C. Morgan, The Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, Hastings-on-Hudson 1973.

Thomasma D. C., *Edmund D. Pellegrino Festschrift*, [w:] *The influence of Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine*, ed. D. C. Thomasma, „Theoretical Medicine" 18 (1997), No. 1–2, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht–Boston–London 1997, s. 1–6.

Thomasma D. C., *Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine,* „The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990) No. 3, s. 245–267.

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

Veatch R. M., *A theory of medical ethics*, Basic Books, New York 1981.

Veatch R. M., *Against paternalism in the patient-physician relationship*, [w:] *Principles of health care ethics*, red. R. Gillon, John Wiley & Sons Ltd., New York 1993, s. 409–429.

Veatch R. M., *Autonomy and communitarianism: the ethics of terminal care in cross-cultural perspective*, [w:] *Japanese and Western bioethics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1997, s. 119–129.

Veatch R. M., *Autonomy's temporary triumph*, „The Hastings Center Report" 14 (1984) No. 5 (Oct.), s. 38–40.

Veatch R. M., *Case studies in medical ethics*, Harvard University Press, Cambridge MA 1977.

Veatch R. M., *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, [w:] *Weltanschauliche Offenheit in der Bioethik*, red. E. Baumann, A. Brink., A. T. May i in., Duncker & Humblot, Berlin 2004, s. 37–50.

Veatch R. M., *Contract and the critique of principlism: hypothetical contract as epistemological theory and as method of contract resolution*, [w:] *Building bioethics*, red. L. Kopelman, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000, s. 120–143.

Veatch R. M., *Death, dying, and the biological revolution*, Yale University Press, New Haven CT 1976.

Veatch R. M., *Disrupted dialogue: medical ethics and the collapse of physician/humanist communication (1770–1980)*, Oxford University Press, New York 2005.

Veatch R. M., *Distributive justice and the allocation of technological resources to the elderly, life-sustaining technologies and the elderly*, „Working Papers", Vol. 3, *Legal and ethical issues, manpower and training, and classification systems for decisionmaking*, Congress, Office of Technology Assessment, Washington DC 1987, s. 87–189.

Veatch R. M., *Doctor does not know best: why in the new century physicians must stop trying to benefit patients*, „Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000) No. 6, s. 701–721.

Veatch R. M., *Egalitarian justice and the right to health care*, [w:] *Health care reform: a human rights approach*, red. A. R. Chapman, Georgetown University Press, Washington DC 1994, s. 106–123.

Veatch R. M., *Ethical dimensions of the distribution of health care*, [w:] *Economics of health care*, red. J. van der Gaag, W. B. Neenan, and Th. Tsukahara, Jr. Praeger Publishers, New York 1982, s. 3–24.

Veatch R. M., *From Nuremberg through the 1990s: the priority of autonomy*, [w:] *The ethics of research involving human subjects: facing the 21st century*, red. H. Y. Vanderpool, University Publishing Group, Frederick MD 1996, s. 45–82.

Veatch R. M., *Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict*, Georgetown University Press, Washington DC 2012.

Veatch R. M., *Internal and external sources of morality for medicine*, [w:] *The health care professional as friend and healer,* red. D. Thomasma and J. Lee Kissell, Georgetown University Press, Washington DC 2000, s. 75–86.

Veatch R. M., *Is there an universal system of ethics or are ethics culture-specific? Ethical, legal, and social issues in organ transplantation*, red. T. Gutmann, A. S. Daar, R. A. Sells, and W. Land, PABST Science Publishers, Lengerich–Berlin 2004, s. 17–29.

Veatch R. M., *Justice and the right to health care: an egalitarian account*, [w:] *Rights to health care,* red. Th. J. Bole, W. B. Bondeson, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991, s. 83–102.

Veatch R. M., Mason C. G., *Hippocratic vs. Judeo-Christian medical ethics: principles in conflict*, „The Journal of Religious Ethics" 15 (1987), s. 86–105.

Veatch R. M., *Medical ethics: professional or universal*, „Harvard Theological Review" 65 (1972) No. 4, s. 531–539.

Veatch R. M., *Patient, heal thyself*, Oxford University Press, New York 2009.

Veatch R. M., *Professional medical ethics: the grounding of its principles*, „Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), s. 1–19.

Veatch R. M., *Resolving conflicts among principles: ranking, balancing, and specifying*, „Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995) No. 3, s. 199–218.

Veatch R. M., *The basics of bioethics,* 2nd ed., Prentice-Hall, Upper Saddle River NJ 2003.

Veatch R. M., *The foundations of bioethics*, „Bioethics" 13 (1999) Nr 3/4, s. 206–217.

Veatch R. M., *The foundations of justice*, Oxford University Press, New York NY 1986.

Veatch R. M., *The Hippocratic ethic is dead*, „The New Physician" 1984, September, s. 41–42, 48;

Veatch R. M., *The Hippocratic ethic: consequentialism, individualism and paternalism*, [w:] *No rush to judgment. Essays on medical ethics*, red. D. H. Smith, L. M. Bernstein, The Poynter Center, Indiana University, Bloomington IN 1978, s. 238–265.

Veatch R. M., *The impossibility of a morality internal to medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001) No. 6, s. 621–642.

Veatch R. M., *The patient as partner: a theory of human experimentation ethics*, Indiana University Press, Bloomington IN 1987.

Veatch R. M., *The triple contract: a new foundation for medical ethics*, [w:] tenże, *The theory of medical ethics*, New York 1981, s. 108–138. Wcześniej ten tekst ukazał się jako: *Professional medical ethics: the grounding of its principles*, „Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), s. 1–19. Artykuł ten został wykorzystany i przepracowany przez autora w książce: *A theory of medical ethics,* New York 1981, jako rozdział 4: *The problems with professional physician ethics*, s. 79–107 oraz jako rozdział 5: *The triple contract. A new foundation for medical ethics*, s. 108–137. Tekst *Professional medical ethics: the grounding of its principles,* „Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), s. 1–19 został przetłumaczony jako: R. M. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, tłum. W. Galewicz, [w:] *Moralność*

i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s. 305–332.

Virtue and medicine: explanations in the character of medicine, red. E. Shelp, Reidel Publishing Co., Dordrecht 1985 (Philosophy and Medicine, 17).

W kręgu inspiracji personalizmu etycznego: Ślipko – Tischner – Styczeń, red. P. Duchliński, WAM, Kraków 2012.

Warnock G., *The object of morality*, Methuen and Company, London 1971.

Weltanschauliche Offenheit in der Bioethik, E. Baumann, A. Brink., A. T. May i in., red., Duncker & Humblot, Berlin 2004.

White N. P., *Goodness and human aims in Aristotle's ethics*, [w:] *Studies in Aristotle*, red. D. O'Meara, Catholic University of America Press, Washington DC 1981, s. 225–246.

Williams B., *The idea of equality*, [w:] *In justice and equality*, red. Hugo A. Bedau, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York 1971, s. 116–137.

Wilson E., *Sociobiology,* Belknap/Harvard University Press, Cambridge MA 1980.

Wojtyła K., *Miłość i odpowiedzialność*, TN KUL, Lublin 1960.

Wojtyła K., *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, red. T. Styczeń, W. Chudy, J. Gałkowski i in., TN KUL, Lublin 1994.

Wojtyła K., *Problem doświadczenia w etyce*, „Roczniki Filozoficzne" 17 (1969) z. 2, s. 5–24.

Zalewski Z., *O wzajemnych relacjach bioetyki i metafizyki* (debata 3–4.12.2004: *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros" 2004 nr 2, s. 1–5.

Żardecka-Nowak M., *Rozum i obywatel. Idea rozumu publicznego oraz koncepcja jednostki we współczesnej filozofii polityki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2007.

A dispute over the foundations of the medical ethics

The philosophy of medicine and medical ethics presented by Edmund Pellegrino combines philosophical knowledge on the human being, the physician and patient and knowledge stemming from the long physician's practice acquired in clinical situations: the physician-patient relationship. It also draws upon medical ethos rooted in the Hippocratic tradition. Pellegrino gives a teleological interpretation of medical practice and supports this interpretation pointing to three phenomena: the fact of illness, the act of profession and the act of medicine. Thus he sets up a perspective which overcomes the fragmentation of the approaches towards medical practice, discovers the internal aims and morality of medicine and contrasts them with the external aims and morality of the practice. The internal aims of medicine, considered in the personalistic and existential relationship of physician--patient allows Pellegrino to distinguish and describe four basic goods of the patient: 1) medical good, 2) patient's perception of the good, 3) good for humans, good of the patient as a person, and 4) spiritual good. In order to realize these

goods the best principle is beneficence-in-trust that embraces both autonomies, namely of the physician and of the patient, in conducting treatment.

To sum up, the proposed ethics consists of such elements as: a deep insight into the anthropological condition of a human being as well as into the ontological assault on his/her existence, into ontological aggression towards his/her freedom and body-self unity, and into the wounded humanity and vulnerability of the patient. This real condition of the human being establishes adequate ways (independent of time, religion and culture) of carrying out the good of the patient for whom medicine has been created and whose good medicine is obliged to realize.

Robert M. Veatch, in his proposal of medical ethics, makes an attempt to overcome ethical relativism caused by the religious, political philosophical and worldview-related pluralism. For the sake of medical ethics, he adopts the contract theory by John Rawls, making a reference to such concepts as the original position and the veil of ignorance. Veatch sets up a relationship between three levels of contract, namely 1) the hypothetical basic social contract, 2) the contract between society and a profession, and 3) the contract between professionals and patients. He also modifies Rawls' theory granting lexical priority to nonconsequentialist principles (such as sticking to contract, autonomy, honesty, avoiding of killing, and justice) versus consequentialist ones (such as beneficence, profit maximization). Taking this position he puts under strong criticism the practical usage of the principle of beneficence, accusing this type of ethics – including the Hippocratic ethics – of all kinds of evil which can be perceived in this usage.

A comparison of these two models of medical ethics aims at showing further ways of its development.

Edmund Pellegrino's proposal seems to recapitulate in itself the long tradition of humanistic philosophy, ethics – including medical ethics – and anthropology. It aspires to connect all the elements of ethical theory, namely good, norms and virtue. It embraces the ontology of medical practice, the anthropology of real condition of the human being touched by disease, the ethics of good carried out in this practice, the rule of solving conflicts between autonomy, beneficence, and justice, as well as the virtues needed to an adequate and effective realization of the good of the practice.

Veatch's proposal is more modest. He focuses on how to form the principles of decision making and conflict solving. His proposal tends to engage the whole sector of healthcare in building up a peaceful and just society. A member of the contract seems to be an individuum whose main features are autonomy and ability to make decisions. This kind of relationship between the physician and patient is too much legalistic because it has no reference to the other important aspects of common humanity. Thus, in the case of Pellegrino we know the sources of morality and are able to give reasons supporting these sources, whereas in the case of Veatch we only know the *prima facie* principles of ethical decision making. However, we do not know any anthropological premises to determine their contents.

Taking into account all the differences between these two proposals, we can still consider what one model can give to the other. Pellegrino's proposal is of a strong interpersonal character, which Veatch's proposal is lacking. Looking from the other side: Veatch's project leads to strong social conse-

quences (which Pellegrino's approach is lacking). Contractarianism can have a greater influence on the social organisation of healthcare than the teleological ethics of the patient's good. However, social pragmatics should not keep a priority over the essential goods which are identified and realized in a person-oriented medical practice. A possible conflict between the individual and society cannot be settled in favour of the society, at the expense of the patient. The internal morality of medical profession should keep its independence and specificity towards its external morality. Hence, all contracts should be options and should enable the implementation of medical good and the patient's perception of the good as well as the good of the patient as a person.

Indeks osób

Adams Luter 193
Allebeck Peter 147, 344, 351
Arystoteles 26, 35, 39–40, 67–68, 76–77, 86–87, 109, 111–113, 162, 164–167, 170–171, 230, 273, 277–280, 303, 339, 341, 362
Augustyn z Hippony 39
Ayer Alfred Jules 273
Bacon Francis 46
Baeyer Walter Ritter von 28, 343, 349
Barry Brian 254
Baumann Eva 219, 359, 362
Beauchamp Tom L. 5, 24–25, 48, 148, 152, 173, 260, 263, 265, 268–269, 317, 318, 339
Bedau Hugo A. 247, 362
Beecher Harry 194
Bellah Robert 193
Bentham Jeremy 168, 230
Berger Peter 198
Berkeley George 41, 308
Bernard Claude 88
Bernstein Linda M. 200, 348, 361

Biesaga Tadeusz 18, 22, 69, 86, 109, 148, 152, 157, 161–162, 172, 273, 278–279, 299, 303, 306, 309, 314, 316–317, 330, 339–342, 348, 353, 357
Boecjusz 40, 280
Bok Sissela 23, 343
Bole Thomas J. 244, 354, 360
Bondeson William B. 35, 244, 350, 354, 357, 360
Brandt Richard 268
Brink Alexander 219, 359, 362
Broad Charlie Dunbar 222
Brody Baruch Alter 157, 343
Brody Howard 66, 347
Brown John 49
Budda (Siddhartha Gotama) 163
Cabot Richard 49
Callahan Daniel 8, 23–24, 69, 75, 193–194, 198–199, 264, 267, 283, 343, 351, 357
Camus Albert 41
Caplan Arthur Leonard 55–56, 62, 343, 346, 355
Capron Alexander Morgan 23, 343
Casey John 170, 343
Cassell Erick J. 23, 343
Caufield Edward 12
Chapman Anthony R. 244, 249–250, 258, 345, 359
Childress James Franklin [Childress Jim] 5, 24, 25, 48, 148, 173, 197, 260, 263, 265, 268–269, 317–318, 339
Chmielewski Adam 68, 347
Chudy Wojciech 310, 362
Chyrowicz Barbara 264–266, 268, 343
Clarke Robert W. 183, 347, 358
Clinton Bill 143

Clouser K. Danner 157, 174, 343
Coakley Clementine 11
Condillac Étienne Bonnot de 49
Cosery Rose 21
Cox Harley 193
Curtius Ernst Robert 275
Cyceron (Marcus Tullius Cicero) 87
Czeżowski Tadeusz 298, 344
Daar Abdallah S. 219, 344, 360
Darowski Roman 303, 341
Darwin Karol Robert 41, 280
Dios Vial Correa Juan de 315, 330, 345, 354–355
Dryla Olga 66, 351, 353
Duchliński Piotr 317, 330, 339, 340–341, 346, 348, 362
Durbin Paul Thomas 56, 344
Dworkin Ronald 134
Dyck Arthur 193–194
Edelstein Ludwig 90
Emanuel Ezekiel Jonatan 265, 344
Engel Georg 59–60, 64, 344
Engelhardt Hugo Tristram Jr 12, 19, 47, 55–56, 67, 241, 268–269, 275–276, 344, 346, 348–353, 357
Ennodius 45
Erde Edmund L. 55–56, 344
Eryksimachos 45
Fabrega Horacio 64
Faden Alan I. 189, 345, 349
Fayerabend Paul 198
Featherstone Robert 194
Firth Roderick 193, 196, 208, 222, 283, 344
Fleck Ludwik 198

Fletcher Joseph 194, 283
Foot Philippa 162, 170, 344
Fox Daniel 21
Fox Renee 193–194
Frankena William 162, 170, 345
Frankl Viktor 42
Freud Zygmunt 41, 60, 280
Fromm Erich 42
Fuller Lon Luvois 66–67, 345
Gaag Jacques van der 244, 344, 359
Gadamer Hans-Georg 47
Galen (Claudius Galenus) 88
Galewicz Włodzimierz 66, 204–205, 268, 347, 351, 353, 361–362
Gałkowski Jerzy 310, 362
Garlin Willard 194
Gaylin Willard 17, 350, 358
George Robert Peter 321–323, 325, 346
Gert Bernard 157, 174, 343
Gillon Raanan 130, 230, 350, 353, 358
Gondek Paweł 309, 342, 355
Green Ronald Michael 157, 345
Griffith Richard Marion 28, 343, 349
Gromska Daniela 112, 339
Gudaniec Arkadiusz 330, 341, 355
Gutmann T. 219, 344, 360
Hahnemann Samuel 49
Hanson Mark J. 24, 351, 357
Hare Richard M. 306
Harvey John Collins 189, 343, 348
Hauerwas Stanley 162, 170, 345
Hegel Georg Wilhelm Friedrich 41, 280

Heidegger Martin 41, 47, 308
Hellegers André 21–22, 197, 265, 353
Herodikos 113
Hildebrand Dietrich von 27, 278, 329, 340, 345
Hipokrates 6, 26, 30, 45, 50, 61, 71, 74, 81, 85–86, 88, 90, 172–173, 200, 215, 229–230, 234, 236, 249, 261, 279, 285–286, 317, 342, 345–346, 360–361, 363–364
Hobbes Thomas 129, 205, 207–208, 213, 215, 235, 286, 322
Hoffmann Friedrich 49
Hołub Grzegorz 315, 317, 339–340, 345–346, 348
Howell Joseph H. 69, 346, 357
Hume David 41, 168, 208, 273, 287, 297
Husserl Edmund 28, 41
Hutcheson Francis 168, 208
Huxley Aldous 13
Jacórzyński Witold 318, 339
Jaeger Werner 275
James Wiliam 26
Jansson Bengt 147, 344, 351
Jaspers Karl 26, 41
Jonas Hans 194
Jones James Wilson 35, 350
Jones William Henry Samuel 50, 81, 345
Jonsen Albert R. 203, 265, 268–271, 345
Jotterand Fabrice 12, 275–276, 344, 348–353
Jung Carl Gustav 60
Kalka Krzysztof 152, 339
Kant Immanuel 168, 198, 207–208, 213, 232, 234–236, 247, 253, 261, 269–270, 273, 285–286, 303, 308, 320, 322, 341
Kapron Alex 195
Kartezjusz (René Descartes) 40, 41, 46, 49, 88, 228, 280

Kass Leon Richard 60–61, 64, 67, 75, 194, 321, 346
Kelman Herbert 193–194
Kennedy Joseph 5, 12, 14, 21–23, 162, 197, 203, 249, 282–283, 343, 348, 351–353, 360
Kennedy Rose 5, 12, 14, 21–23, 162, 197, 203, 249, 282–283, 343, 348, 351–353, 360
Kierkegaard Søren 41, 47, 273
King Stanley 193
Klaudiusz, cesarz rzymski 87
Klein Eran Patrick 317, 339, 358
Klutgen John 288–289, 346
Kobyliński Andrzej 314, 342, 353
Kohler Wolfgang 198
Konfucjusz 163
Kopelman Loretta 109, 231, 343, 344, 350, 359
Krajewski Kazimierz 292, 346, 356
Kuhn Thomas 198
Kupperman Joel 169, 346
La Mettrie Offray Julien de 41, 46, 49, 88
Ladd John 66, 346
Land W. 219, 344, 360
Langan John P. 147, 189, 343, 344, 348, 352
Lantos John D. 286, 346
Lappe Marc 195
Largus Scribonius 87–88
Lawry Robert O. 183, 347, 358
Lee Kissell Judith 77, 357, 360
Lee Patrick 321, 323–325, 346
Leibniz Gottfried Wilhelm 46, 49
Locke John 26, 41, 106, 168, 207–208, 285
Luckmann Thomas 198

Luhmann Niklas 179
Łuków Paweł 268
Machiavelli Niccolo 168
MacIntyre Alasdair 67–68, 162, 169–172, 175, 273, 277, 339, 347
Mahowald Mary Briody 183, 347
Majmonides 81
Malebranche Nicolas 46
Mandeville Bernard de 168
Marcel Gabriel 41, 327
Marks Karol 41, 280
Maryniarczyk Andrzej 278–279, 299, 306, 309, 314, 317, 330, 340–343, 348, 355–356
Mason Carol G. 200, 360
Masters Roger D. 218, 347
May Arnd T. 359, 362
May William F. 182, 194, 218–219, 347
Mazur Piotr Stanisław 330, 341, 355
McCartney James 346
McCormick Richard A. 23, 343
McElhinney Thomas K. 19, 349
McNeur Ronald 19
Meilaender Gilbert C. 263, 321, 325, 347
Merecki Jarosław 315, 355
Mill John Stuart 168, 230, 236, 269–270, 285
Miller David G. 24, 31, 162, 348
Miller Franklin G. 66, 347
Moń Ryszard 314, 342, 353
Moore Georg Edward 297
Morawiec Zbigniew 317, 341
Morgan Councilman 17, 350, 358
Morion Robert 194

Moskop John C. 109, 344, 350
Mosler William 49
Murdoch Iris 171–172, 347
Neenan William B. 244, 344, 359
Newman Henry 327
Newton Isaac 234
Niethammer Friedrich Immanuel 275
Nietzsche Friedrich Wilhelm 41, 168
Nikiasz 45
Nozick Robert 241, 246, 348
O'Meara Dominic 111, 362
Orwell George 13
Osler William 81
Otowicz Ryszard 21, 348
Panajtios 87
Panufnik Maciej 353
Papuziński Andrzej 152, 339
Parsons Talcott 193
Pasek Jarosław 353
Pawlica Jan 163, 341, 355
Peabody Francis 49
Pellegrino Edmund Daniel 5, 7, 9, 11–15, 17–20, 23–39, 41–45, 47–48, 50–51, 53–55, 57–59, 62–72, 74–80, 82, 84–86, 89, 91–100, 103, 106, 108–113, 115–116, 118, 121–123, 125, 127–134, 139–140, 143–148, 150–154, 156–164, 166, 169–170, 172–173, 175–176, 178, 182–186, 189, 230, 268, 274–282, 290–291, 304, 319, 321, 325–327, 331–335, 337–338, 340, 343–354, 357–358, 363–365
Percival Thomas 88, 203, 215
Pincoff Edmund 170, 353
Platon 26, 39, 45, 86–87, 164–171, 213, 279
Podbielski Henryk 112, 339

Popper Karl 198
Potter Ralph 193–194
Potter Van Rensselaer 21–22, 353–354,
Przyłuska-Fiszer Alicja 267–268, 353
Quinlan Karen 195
Rahner Karl 311
Ramsey Paul 127, 194, 265, 272
Rand Ayn 168
Rawls John 47, 129, 193, 196–198, 206–207, 213, 220, 235–236, 246, 251–252, 254–255, 260–261, 267–268, 283–286, 290, 336, 353, 364
Reich Warren Thomas 21–22, 353
Rodziński Adam 328–329, 354
Romaniuk Adam 353
Ross William David 48, 198
Rothman David 203, 271, 354
Rousseau Jean-Jacques 208
Ruff Wilfried 311
Russo Giovanni 21, 23, 342, 354
Sade Robert 245, 354
Sale William Frederick 69, 346, 357
Sartre Jean-Paul 41, 308
Sass Hans-Martin 224
Schaffner Kenneth F. 47, 55–56
Schüller Bruno 311
Schulman Adam 319–320, 354
Seifert Josef 27, 278, 321, 329–330, 354
Seldin Donald 57–58, 60, 64, 355
Sells R. A. 219, 344, 360
Sgreccia Elio 315, 330, 345, 354–355
Shelp Earl 66, 161–162, 345–346, 352, 357, 362

Siegler Mark 62–64, 355
Skinner Burrhus Frederich 234
Ślipko Tadeusz 330, 341, 362
Smith Adam 168
Smith David H. 200, 348, 361
Sokrates 45, 164, 165–167
Spaemann Robert 315, 355
Stahl Georg Ernst 45, 49
Stempsey William E. 225, 355
Stępień Katarzyna 278, 309, 330, 340–342, 348, 355
Straus Erwin 28, 37, 343, 349, 355
Straus Robert 20, 43, 356
Styczeń Tadeusz 291, 293–302, 304–305, 307, 310–311, 314, 328–330, 341, 356, 362
Sulmasy Daniel P. 321, 326, 357
Sydenham Thomas 81
Szewczyk Kazimierz 267–268, 289, 357
Szostek Andrzej 294, 321, 328–329, 356–357
Thomas Lewis 49
Thomasma David C. 5, 12–13, 15, 24, 29–31, 37, 44, 55, 77, 84–86, 93–94, 96–99, 103, 108, 130–131, 162, 164, 176, 182–183, 186, 189, 274, 278–279, 348, 352, 357–358, 360
Tischner Józef 330, 341, 362
Tomasz z Akwinu 40, 164, 166, 170, 208, 280, 311
Tsukahara Theodore 244, 344, 359
Tucker Bruce 195
Vanderpool Harold Y. 234, 357, 360
Veatch Robert M. 5, 8–9, 17, 23–24, 29, 66, 77, 147, 173, 191–208, 210–231, 233–252, 254–256, 258–261, 263, 265, 268, 274, 282–290, 303, 317, 333, 336–338, 343–344, 346, 350, 352, 358–361, 364–365

Verne Juliusz 13
Viafora Corrado 71, 343, 350
Walter Jennifer Kay 317, 339, 358
Walters LeRoy 24
Warnock Geffrey 170, 362
Warwick Donald 193–194
Wells Herbert George 13
Wesley John 198
Whitbeck Caroline 64
White Nicholas P. 111, 362
Wildes Kevin William 55
Williams Bernard 247, 362
Wilson Edward Osborne 60, 170–171, 362
Wittgenstein Ludwig 77
Wojtyła Karol (Jan Paweł II) 291–292, 294, 310, 321, 328–329, 357, 362
Zalewski Zbigniew 266, 362
Zaner Richard 21
Ziemiański Stanisław 303, 341
Żardecka-Nowak Magdalena 287, 362

Spis treści

Wstęp 5

Rozdział 1
Edmunda D. Pellegrino
teleologiczne podstawy etyki medycznej

1.1. Filozofia medycyny 11
1.1.1. Źródła biograficzne myśli etycznej 11
1.1.2. Różne formy związku medycyny i filozofii. 36
1.1.3. Filozofia medycyny a filozofia nauki. 57
1.1.4. Moralność wewnętrzna medycyny klinicznej . . . 65
1.1.5. Teleologiczna czy społeczno-
-konstrukcjonistyczna filozofia medycyny? 74

1.2. Etyka medyczna 84
1.2.1. Fakt choroby, akt profesji i akt medycyny 84
1.2.2. Różne formy dobra pacjenta
i ich związek ze sobą 108
1.2.3. Dobroczynność w zaufaniu
a inne zasady etyki medycznej. 130
1.2.4. Cnoty w etyce medycznej 161

Rozdział 2
Roberta M. Veatcha kontraktualistyczne podstawy etyki medycznej

2.1. Kontekst biograficzny 191
2.2. Potrójny kontrakt 204
2.3. Dlaczego uniwersalizm? 219
2.4. Zasady etyki medycznej 229
2.5. Sposoby rozwiązywania konfliktu zasad 249

Rozdział 3
W kierunku ugruntowanej antropologicznie etyki medycznej

3.1. Ubóstwo antropologiczne u podstaw etyki medycznej 263
3.2. Antropologia w etyce medycznej teleologicznej i kontraktualistycznej 274
3.3. *Primum ethicum et primum anthropologicum conventuntur* 290
3.4. Jaka antropologia dla etyki? 304
3.5. Godność a wolność u podstaw etyki medycznej 316

Zakończenie 333

Bibliografia 339

A dispute over the foundations of the medical ethics 363

Indeks osób 367