

PIOTR KIENIEWICZ

Katolicki Uniwersytet Lubelski
Wydział Teologii

Argumentacja antropologiczna w bioetyce

Anthropological Argument in Bioethics

1. WSTĘP

Bioetyka jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się nauk humanistycznych, przy założeniu oczywiście, że jest to prawidłowa klasyfikacja. Jakkolwiek bowiem oczywiste wydaje się wpisanie bioetyki w poczet nauk etycznych, a zatem filozoficznych (te zaś należą do humanistyki), to praktyka pokazuje, że niekiedy bliżej bioetyce do prawa lub samej medycyny niż do etyki.

Przyjęty model argumentacji w bioetyce jest zatem sprawą decydującą. Wydaje się, że problem wykracza poza szeroko nawet rozumianą aksjologię. Chodzi o samą wizję bioetyki we współczesnej medycynie, a w bioetyce – o rolę, jaką miałby odgrywać człowiek.

Niniejsze opracowanie składa się z trzech zasadniczych części. Najpierw zarysowana zostanie krótko kwestia etycznego charakteru bioetyki. Następnie podejmiemy zagadnienia związane z różnymi modelami aksjologicznymi występującymi w bioetyce oraz kwestię używanej w dyskusji terminologii. Krótko omówiono też propozycję bioetyki profesjonalnej, przedstawioną przez Beauchampa i Childressa. W końcu przedstawione zostaną zasadnicze prądy antropologiczne obecne we współczesnym dyskursie bioetycznym.

Należy zaznaczyć, że sytuacja przedstawiona w niniejszym opracowaniu bardziej ukazuje faktyczny stan bioetyki niż jej kształt postulowany przez katolicką teologię moralną. Trzeba mieć świadomość, że wizja oparta na integralnej koncepcji osoby ludzkiej i na obiektywnie istniejącym (choć nie zawsze do końca odczytanym) porządku wartości nie przystaje do dyskursu, jaki toczy się w głównych prądach bioetyki światowej.

2. BIOETYKA JAKO ETYKA

Etyczny charakter bioetyki nie dla wszystkich jest oczywisty. Wielu autorów zdecydowanie bardziej skupia się na opisie poglądów i preferencji niż na wskazananiu powinności moralnej. Wielu – nade wszystko w kulturze anglosaskiej – koncentruje się na stanie legalnym omawianego problemu, uznając zapisy prawne (nade wszystko wyroki sądów) za ostateczne rozstrzygnięcia etyczne i faktyczne zamknięcie dyskusji¹.

Bioetyka w praktyce była i jest efektem w większej mierze intuicyjnej potrzeby rozpoznania moralnej wartości czynu i podążania za tym, co dobre, niż owocem przemyśleń i analiz teoretycznych. Przynajmniej u swych źródeł płynie z reakcji na zauważony problem. W tym zatem sensie jest nauką tworzoną spontanicznie, w naturalny sposób odpowiada na istniejące zapotrzebowanie.

Przez wieki – by nie rzec, millennia – problematyka etycznego wymiaru choroby i leczenia oraz relacji łączących człowieka z osobą, która się nim opiekuje, były przedmiotem etyki zawodowej lekarza. Na jej straży stały przyrzeczenia lekarskie, etos środowiska lekarskiego i kodeksy etyki zawodowej. Wydawało się, że jest to zupełnie wystarczające rozwiązanie, gdyż przy całej złożoności problematyki życia i zdrowia kwestie medyczne były tylko jednym z wielu obszarów aplikacji norm ogólnych i wyprowadzonych z nich zasad szczegółowych. Rodzi się zatem pytanie, jakie były powody swoistego wyodrębnienia bioetyki jako samodzielnej, acz interdyscyplinarnej nauki. Zdając sobie sprawę ze złożoności problematyki, autor nie rości sobie prawa do wyczerpującego przedstawienia listy przyczyn ani też definitywnego i jednoznacznego powiązania ich z występującymi w dobie obecnej zjawiskami. Przedstawiona w niniejszym opracowaniu wersja jest tylko propozycją, mającą w zamierzeniu autora skłonić do bardziej pogłębionej dyskusji nad tożsamością bioetyki.

2.1. Cel bioetyki

Jako pierwsze rodzi się pytanie o cel bioetyki. Dla jednych bowiem stanowić ma ona moralny drogowskaz rozwoju medycyny i biologii, dla innych – wyznacznik granic postępowania. Nie są to ujęcia tożsame, choć niewątpliwie łączy je uznanie obiektywnej i zobowiązującej moralnie prawdy o człowieku i dobru,

¹ Por. L. Kass, *Life, Liberty and the Defence of Dignity: The Challenge for Bioethics*, San Francisco 2002, s. 224-225; S.M. Shell, *Kant's Concept of Human Dignity as a Resource for Bioethics*, in: *Human Dignity and Bioethics. Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Washington 2008, s. 345; por. T.F. Ackerman, *Balancing Moral Principles in Federal Regulations on Human Research*, in: *Bioethics. Basic Writings on the Key Ethical Questions that Surround the Major, Modern Biological Possibilities and Problems*, ed. T.H. Shannon. Mahwah, New York 1994, s. 296-297.

które jest powinne². Nie do pogodzenia z żadnym z nich jest podejście trzecie, w którym bioetyka jawi się jako szansa na usprawiedliwienie działań, praktyk i procedur, które budzą społeczny sprzeciw. Niemały wpływ na przyjęcie takiego stanowiska ma wizja nauki jako takiej. Przyznanie dominującej roli wiedzy i nauce w medycynie nieuchronnie prowadzi do odrzucenia etycznych obiekcji odnośnie do dróg i sposobów uzyskania postępu. Moralność jako kryterium wyboru działania jawi się wówczas jako niepotrzebna komplikacja, mimo iż skutkiem jej odrzucenia może być cierpienie i śmierć poszczególnych ludzi. Mówi się w takich sytuacjach o „ofiarach na ołtarzu nauki”, o potrzebie rozwoju i dobru ludzkości, nie dostrzegając, że odmowa uznania fundamentalnego pierwszeństwa wartości każdego człowieka jest tego postępu ceną nazbyt wysoką³.

Praktyka pokazuje, że coraz częściej dyskusje bioetyczne służą usprawiedliwieniu działań już podjętych lub mających mieć miejsce w najbliższej przyszłości, a nie rozeznaniu godziwości poszczególnych propozycji. Faktem jest, że w publikacjach bioetycznych – poza związanymi ze środowiskiem katolickim – niemal w ogóle nie występuje kwestia godziwości. Rozważana jest problematyka medycznej sensowności danego działania, jego legalny kontekst oraz możliwe konsekwencje psychologiczne, społeczne, finansowe i polityczne. Rzeczywistość sumienia pozwalająca odczytać prawdę i dobro oraz wynikającą z nich powinność moralną jest zatem mocno przytłumiona.

Jest to sytuacja o tyle znamienita, że problematyka bioetyczna pojawiła się w przestrzeni społecznej jako odpowiedź na nieetyczne badania i eksperymenty prowadzone na ludziach. Sprzeciw opinii publicznej zmusił środowisko biomedyczne do zaprzestania tych praktyk i wprowadzenia prawnych mechanizmów zabezpieczających prawa i dobra pacjentów⁴. Jednak w ciągu ponad 40 lat swego istnienia bioetyka ewoluowała i zrezygnowała ze swego pierwotnego celu ochrony pacjenta. Niekiedy odnosi się wrażenie, że decyzje komisji bioetycznych różnych szczebli służąć mają nade wszystko ochronie personelu medycznego przed roszczeniami ze strony chorych lub ich rodzin.

² Por. T.L. Beauchamp, *Origins, Goals, and Core Commitments of 'The Belmont Report' and 'Principles of Biomedical Ethics'*, in: *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*, ed. J.K. Walter, E.P. Klein, Washington 2003 s. 26.

³ Por. S. Hellman, *The Patient and the Public Good*, in: *Bioethics. An Anthology*, ed. H. Kuhse, P. Singer, Malden 2006, s. 522.

⁴ Znaczący wpływ na zaistnienie bioetyki jako odrębnej nauki odegrało tzw. Tuskegee Study, a raczej reakcja opinii publicznej na poważne nadużycie społecznego zaufania przez świat medycyny. W 1932 roku rozpoczął się w USA eksperyment nad skutkami syfilisu w przypadku niepodjęcia właściwej terapii. Przeprowadzono go na 399 chorych mężczyznach z ubogich rodzin afroamerykańskich. Z powodu choroby zmarło 28 osób, a kolejnych 100 zgonów spowodowanych było komplikacjami wynikającymi z choroby. Zarażonych zostało ponad 60 kobiet i dzieci. Cała sprawa ujrzała światło dzienne w latach 60. XX wieku, wywołując gwałtowny sprzeciw opinii publicznej. Por. F.D. Davis, *Human Dignity and Respect for Persons*, in: *Human Dignity and Bioethics. Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Washington 2008, s. 21-22.

Wydaje się, że na obecny stan złożyło się kilka podstawowych czynników, zarówno historyczno-kulturowej, jak i wprost filozoficzno-etycznej natury, które stopniowo doprowadziły do dosyć powszechnej zmiany mentalności. Do pierwszej grupy należy zaliczyć zarówno sam rozwój medycyny jako nauki oraz historię, jaką przeszła ludzkość w ciągu ostatniego stulecia. Dwie wojny globalne oraz cały szereg konfliktów o bardziej lokalnym charakterze – nie mówiąc już o wpływie totalitarnych systemów polityczno-społecznych – odcisnęły znaczące piętno na świadomości współczesnego człowieka. Druga grupa przyczyn związana jest nade wszystko z poglądami Kartezjusza i Kanta oraz – bardziej współcześnie – z hegemonią postmodernistycznego podejścia do rzeczywistości⁵. W jej efekcie ukształtowała się tendencja do indywidualistycznego i mocno zrelatywizowanego spojrzenia na kwestię moralności. Siłą rzeczy w dobie współczesnej zderzają się ze sobą dwa dominujące podejścia: pierwsze, odwołujące się do obiektywnego porządku wartości i ontologicznej koncepcji prawdy, oraz drugie, które stanowi swoistą mieszankę ujęć agnostycznych i relatywistycznych z pozytywizmem prawnym.

2.2. Bioetyka jako nauka

Bioetyka zrodziła się ze spotkania kilku odrębnych metodologicznie nauk: etyki, teologii moralnej i pastoralnej, medycyny, biologii, prawa, ale także psychologii i socjologii. Początkowo odnosiła się do całości zagadnień dotyczących etycznego wymiaru ingerencji w szeroko rozumianą biologię, jednakże dosyć wcześnie jej faktyczne zainteresowanie skupiło się na kwestiach związanych z etycznym wymiarem interwencji medycznych.

Jest rzeczą zrozumiałą, że w tej sytuacji niemożliwe było wypracowanie spójnej metodologii. W gruncie rzeczy wewnętrzna niespójność metodologiczna bioetyki jest zauważalna do dzisiaj, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że w dyskusji biorą udział osoby o wzajemnie wykluczających się światopoglądach, ujęciach poznawczych i założeniach metodologicznych. Co prawda panujący w demokratycznym świecie kult tolerancji pozwala w tej sytuacji na swobodną wymianę poglądów, jednakże trudno oczekiwać, by była to wymiana twórcza i konstruktywna. Rozbieżności zachodzą praktycznie na wszystkich płaszczyznach, łącznie – jak już zauważono – z samym celem bioetyki jako takiej.

2.3. Terminologia bioetyki i medycyny

Staje się zatem oczywiste, że u fundamentu metodologii bioetyki stoją zarówno koncepcja nauki, jak i roli, jaką odgrywać ma w życiu człowieka – jak też koncepcja człowieka jako takiego. Warunkują one zarówno założenia wstępne,

⁵ Por. J.L. Barragán, *Metabioetyka (bioetyka). Zasady*, Gdańsk 2008, s. 7-8.

jak i sposób budowania argumentacji, tworzenia i wykorzystania terminologii oraz relacji z naukami pokrewnymi i pomocniczymi. Jednym z najmocniej zauważalnych i najbardziej brzemiennych w skutki problemów dyskursu bioetycznego jest swoisty klincz terminologiczny. Poszczególni autorzy używają tych samych terminów, jednak w razie potrzeby bez oporu dokonując ich redefinicji.

Podstawowym trendem obecnym we współczesnej bioetyce jest postępująca technicyzacja i depersonalizacja stosowanych określeń. Jest zrozumiałe, że używana terminologia uwarunkowana jest kształtem medycyny jako takiej; znamienne jest jednak, że o ile medyczna strona bioetyki przemożnie oddziałuje na używane słownictwo, o tyle wpływ etyki i antropologii jest raczej znikomy. Być może powodem jest widoczny dynamizm pierwszej z nauk i pozorny bezruch obu pozostałych, wywołujące wrażenie przymusu dostosowania się do zachodzącego procesu. W efekcie założona koncentracja na konkretnych problemach medycznych odbywa się kosztem człowieka i jego – integralnie postrzeganego – dobra.

2.3.1. Zmiana znaczenia terminu „osoba”

Wydaje się, że najpoważniejsze konsekwencje ma zmiana desygnatu terminu „osoba”.

W potocznym znaczeniu termin „osoba” identyfikowany jest z człowiekiem, przedstawicielem gatunku *homo sapiens*. W prowadzonych dyskusjach bioetycznych termin ten poddany został daleko idącej rewizji, za czym poszło swoiste zakwestionowanie pierwotnego jego znaczenia⁶. Wprowadzone zostały rozróżnienia, pozornie precyzujące używany termin, w swej istocie jednak rozmywające jego znaczenie, a nade wszystko podważające sensowność jego wykorzystania w dyskursach bioetycznych. W zależności od przyjętych kryteriów termin odnosił się do każdego bytu ludzkiego albo do tych bytów, które spełniały określone kryteria, nawet jeśli nie należały do rodzaju ludzkiego⁷. W ten sposób pojawiła się sytuacja, w której przedmiotem badań i innych działań medycznych są byty, które nie mają statusu osobowego, a ściślej rzecz ujmując, których osobowy status zakwestionowano⁸.

W ten sposób kryterium statusu osobowego dla niektórych autorów stała się zdolność do autorefleksji, dla innych – zdolność do świadomych i wolnych ak-

⁶ Por. F.D. Davis, *Human Dignity*, s. 18-20. M. Rhonheimer, *Natural Law and the Thomistic Roots of John Paul II's Ethics of Human Life*, „The National Catholic Bioethic Quarterly” 9 (2009), nr 3, s. 524-525.

⁷ Por. M. Häyry, T. Takala, *Cloning, Naturalness and Personhood*, in: *Personhood and Health Care*, ed. D.C. Thomasma, D.N. Weisstub, C. Hervé, Dordrecht – Boston – London 2001, s. 285; T. Takala, *Genetic Knowledge and Our Conception of Ourselves as Persons*, in: *Personhood and Health Care*, ed. D.C. Thomasma, D.N. Weisstub, C. Hervé, Dordrecht – Boston – London 2001, s. 92.

⁸ P. Kieniewicz, *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny. Dyskusja antropologiczna w bioetyce amerykańskiej*, Lublin 2010, s. 146-147.

tów. Jeszcze inni za warunek bycia osobą stawiają świadomość własnej ciągłości historycznej lub zdolność do świadomej interakcji z otoczeniem. Przyjęcie każdego z tych kryteriów – nawet łącznie – jest przejawem daleko posuniętego redukcjonizmu, wiążącego bycie osobą ze zdolnością do podejmowania określonych działań. W praktyce oznacza to zakwestionowanie statusu osobowego ludzi upośledzonych umysłowo, nieświadomych z powodu choroby bądź kontuzji oraz dzieci przed osiągnięciem założonego etapu rozwoju⁹.

W tym kontekście nie sposób nie postawić pytania, czy bycie osobą jest związane z człowieczeństwem jako takim (a więc z istnieniem człowieka), czy też jest tylko sposobem funkcjonowania człowieka, czy też – w najbardziej skrajnym ujęciu – jest wyłącznie konstrukcją prawnospołeczną, wynikającą z konsensusu społecznego. Co za tym idzie, należy odpowiedzieć na pytanie o znaczenie terminu „personalizacja”, który albo oznacza aktualizację (dojrzewanie) już zaistniałego statusu, albo też proces tworzenia i kształtowania się osoby. W przypadku przyjęcia drugiego rozwiązania konieczne jawi się jednoznaczne określenie „minimum osobowego”, określającego warunki pozwalające na uznanie człowieka za osobę.

2.3.2. Zmiana znaczenia terminu „godność”

Jest rzeczą oczywistą, że dyskusja nad rozumieniem terminu „osoba” pociągnęła za sobą kolejny dyskurs nad pojęciem godności. Odejście od definicji godności immanentnej doprowadziło do powstania nowych definicji, wiążących godność z jakością i komfortem życia, z psychologicznie ujętym poczuciem sensu, a także z poziomem inteligencji i stanem zdrowia. Co zrozumiałe, każda z tych definicji powoduje poważne konsekwencje dla antropologii, a co za tym idzie – dla kształtu bioetyki. Ich uznaniowy charakter prowadzi do zakwestionowania sensowności jednej z najstarszych maksym medycyny: *Salus aegroti suprema lex esto*, poprzez odrzucenie fundamentalnego kryterium, dla którego dobro chorego miałyby być wartością najwyższą¹⁰.

2.3.3. Zmiana znaczenia terminu „poczęcie”

Trzecia niezwykle brzemienista w skutki redefinicja pojęcia odnosi się do początków ludzkiego życia.

⁹ Por. B. Steinbock, *The Removal of Mr. Herbert's Feeding Tube*, „Hastings Center Report” 13 (1983), nr 5, s. 14.

¹⁰ Por. E.J. Cassell, *The Schiavo Case. A Medical Perspective*, „Hastings Center Report” 35 (2005), nr 3, s. 23; P.A. Tully, *Morally Objectionable Options. Informed Consent and Physician Integrity*, „The National Catholic Bioethic Quarterly” 8 (2008), nr 3, s. 499.

„Poczęcie” miało kiedyś klarowne znaczenie: kobieta poczyniała dziecko, kiedy poprzez zjednoczenie z mężem nasienie i komórka jajowa łączyły się w jedną komórkę, i ten jednokomórkowy embrión zaczynał rozwijać się w jej wnętrzu do człowieczej dojrzałości¹¹. Jednakże sztuczna reprodukcja i techniki klonacyjne produkują ludzkie embriony w oddzieleniu od kobiety poczynającej, w sensie zachodzącej w ciążę. Transfer embrionu, w efekcie którego kobieta nosi dziecko, jest osobnym wydarzeniem. Na skutek tego rozdzielania naturalnie silna i jednoznaczna relacja z rodzicami, oparta na zakorzenieniu w ich małżeńskim zjednoczeniu, zostaje podważona; samo rodzicielstwo zostaje rozbite na przeróżne wymiary: genetyczne, płodowe, technologiczne i społeczne. Embrión może zostać poczęty w laboratorium bez bezpośredniego udziału swoich genetycznych rodziców. Embrión może być poczęty bez poczynającej go kobiety¹².

W efekcie poczęciem zaczęto nazywać moment implantacji dziecka w łonie matki. Co za tym idzie, środki uniemożliwiające implantację nazwano antykoncepcyjnymi, mimo ich jednoznacznie aborcyjnego charakteru.

Warto zwrócić uwagę, że w dyskusji podnosi się kwestię rozłożenia w czasie procesu zapłodnienia, wynikającą ze znacznego skomplikowania integracji męskiego i żeńskiego materiału genetycznego. W istocie, trudno ów proces nazwać „momentem”; takim wydarzeniem może być jednak wnikięcie plemnika do komórki jajowej, rozpoczynające cały proces¹³. Nawet jednak jeśli za zapłodnienie uzna się moment zakończenia integracji kodu DNA, nie ma naukowych podstaw do rozdzielania tego wydarzenia od początku istnienia odrębnego genetycznie organizmu ludzkiego. Ani zależność od organizmu matki, ani wczesne stadium rozwojowe takich argumentów nie dostarczają.

2.3.4. Zmiana znaczenia terminu „życie ludzkie”

Niektórzy autorzy twierdzą, że jakkolwiek od samego początku można mówić o „życiu ludzkim”, o tyle nie można się zgodzić, że chodzi o życie człowieka. Absurdalność argumentu rozdzielającego istnienie od bytu wydaje się oczywista, niemniej jednak są tacy, którzy uznając biologiczną egzystencję, odmawiają istniejącemu podmiotowi osobowego i człowieczego statusu. Oderwanie osoby od człowieczeństwa prowadzi w ten sposób do sytuacji, w której życie ludzkie oznacza rzeczywistość w sposób niekonieczny związaną z życiem człowieka, a tym bardziej życiem osoby ludzkiej.

¹¹ Por. N. Tonti-Filippini, *The Need for Ethics Committees, and Their Role and Function*, „The National Catholic Bioethic Quarterly” 7 (2007), nr 4, s. 750-762.

¹² P. Kieniewicz, *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny*, s. 72-73.

¹³ Por. J. Maienschein, *Whose View of Life? Embryos, Cloning, and Stem Cells*, Cambridge 2003, s. 263-264. Por. również *Geron Ethics Advisory Board. Research with Human Embryonic Stem Cells. Ethical Considerations*, in: *The Stem Cell Controversy, Debating the Issues*, ed. M. Ruse, Ch.A. Pynes. M. Amherst, New York 2006, s. 120-121.

2.3.5. Zmiana znaczenia terminu „śmierć”

W tej sytuacji koniecznością wydała się redefinicja pojęcia „śmierć”. Dodatkowym czynnikiem, który przyspieszył sformułowanie nowej definicji tego pojęcia, był postęp medycyny, umożliwiający rozwój transplantologii. Wprowadzenie w 1968 roku nowej definicji śmierci było wyrazem zupełnie odmiennego niż dotąd podejścia do procesu umierania¹⁴. Jednocześnie jednak umożliwiło wykorzystanie zwłok ludzkich jako źródła organów i tkanek dla potrzeb medycyny transplantacyjnej. Sukces terapeutyczny tej metody zaowocował jednak gwałtownym wzrostem zapotrzebowania na organy nadające się do przeszczepów, a co za tym idzie – powstaniem lobby ukierunkowanego na poszerzenie grona potencjalnych dawców. Z tego nastawienia, jak się wydaje, wynikły starania o uznanie definicji śmierci nowej zmodyfikowanej (teorii śmierci pnia mózgu) oraz próby zalegalizowania definicji śmierci związanej z zatrzymaniem akcji serca (z pominięciem kwestii śmierci klinicznej). Niektórzy autorzy opowiadają się również za rozdzieleniem śmierci biologicznej i śmierci osobniczej (osobowej)¹⁵.

Wbrew zapewne intencjom pomysłodawców nowa definicja śmierci zaowocowała nie tylko przyspieszeniem rozwoju medycyny transplantacyjnej, ale także otworzyła dyskusję nad życiem i śmiercią ludzi z trwale i poważnie uszkodzonym centralnym układem nerwowym. W wielu wypadkach skutkowałą oficjalnymi orzeczeniami o śmierci ludzi będących w trwałym stanie wegetatywnym, którego ze śmiercią w żaden sposób nie można utożsamiać. Wydaje się, że silne działanie lobby transplantacyjnego z jednej strony oraz proeutanatycznego z drugiej doprowadziło do sytuacji, w której życie umierającego pacjenta nie tylko zostało wpisane w rachunek ekonomiczny działania placówek medycznych i firm ubezpieczeniowych, ale wręcz przestało być dobrem samym w sobie.

3. AKSJOLOGIA BIOETYKI

Funkcjonujące w bioetyce systemy wartości znacznie się od siebie różnią, już to w kwestii najważniejszych wartości, już to w kwestii ich wzajemnego uporządkowania. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest sam proces kształtowania się aksjologii i stojące w punkcie wyjścia założenia metodologiczne.

¹⁴ Por. W. Chiong, *Brain Death without Definitions*, „Hastings Center Report” 35 (2005), nr 6, s. 27. Szeroko na temat historii i znaczenia raportu harwardzkiego zespołu pisze A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Kraków 2007, s. 69-75.

¹⁵ Por. Chiong, *Brain Death without Definitions*, s. 29.

3.1. Etyka aplikowana

Pierwszym podejściem jest etyka stosowana. Polega ona na zastosowaniu do sytuacji specyficznych ogólnych norm etycznych. Oczywiście od przyjętych norm ogólnych uzależnione są szczegółowe konkluzje. Zazwyczaj w dyskusjach bioetycznych przez normy ogólne rozumie się normy prawa naturalnego, choć nie zawsze tak są nazywane z imienia. Dostyc często daje się zauważyć odwołanie do argumentu wiedzy powszechnej czy powszechnego doświadczenia albo do argumentu z oczywistości. Merytoryczny ciężar takich odniesień jest wówczas znacznie mniejszy, otwiera też drogę do podejść indywidualistycznych, a co za tym idzie – relatywistycznych, zastanawiać musi natomiast wyraźna zgodność owych „oczywistych i powszechnych” norm z normami wyprowadzonymi z prawa naturalnego¹⁶.

3.2. Etyka pragmatyczna

Komentując etyczny (czy raczej nieetyczny) aspekt wielu badań naukowych w medycynie, Henry K. Beecher stwierdził: „Eksperyment jest etyczny w punkcie wyjścia, nie staje się etyczny po fakcie – cel nie usprawiedliwia środków”¹⁷. Jakkolwiek jednoznacznie i prawdziwie brzmieć by mogło to stwierdzenie, dla wielu badaczy nie jest ani oczywiste, ani prawdziwe. Uważają bowiem, że to nie ogólne normy etyczne powinny decydować o przeprowadzeniu lub zaniechaniu działania medycznego – niekiedy wręcz żadne ani ogólne, ani jakiegokolwiek inne normy etyczne – a jedynie wymogi pragmatyki medycznej, określające sensowność i celowość postępowania z punktu widzenia zdrowia pacjenta lub postępu wiedzy medycznej.

Warto zwrócić uwagę, że analiza pragmatyczna jako jedno z kryteriów bierze pod uwagę również zagadnienie finansowej wydolności systemu opieki zdrowotnej. Jest rzeczą jasną, że ilość środków, jakie czy to dany człowiek, czy całe społeczeństwo są w stanie przeznaczyć na opiekę zdrowotną, jest ograniczona i trzeba nimi w możliwie racjonalny sposób gospodarować¹⁸. Rzecz w tym, by nie przedłożyć rachunku ekonomicznego nad dobro osoby chorej.

¹⁶ Por. E.D. Pellegrino, *From Medical Ethics to a Moral Philosophy of the Professions*, in: *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*, ed. J.K. Walter, E.P. Klein, Washington 2003, s. 11-13.

¹⁷ H. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, in: *Bioethics. An Anthology*, ed. H. Kuhse, P. Singer, Malden 2006², s. 507.

¹⁸ Por. J.L. Nelson, *Moral Teachings from Unexpected Quarters. Lessons for Bioethics from the Social Sciences and Managed Care*, „Hastings Center Report” 30 (2000), nr 1, s. 12-15.

3.3. Etyka utylitarna

Podejście pragmatyczne bliskie jest utylitarystyce tworzącemu własną konstrukcję opartą na bilansie korzyści. Zdaniem utylitarysty, dobre jest to, co użyteczne, co służy podtrzymaniu jakości życia i minimalizuje koszty (rozumiane wielopłaszczyznowo) związane z niepotrzebnym cierpieniem. Waży się zatem dobro tak samego pacjenta, jak i jego sytuację wobec innych pacjentów, a nawet całej społeczności. Bierze się pod uwagę dobro obecne i byłe oraz próbuje się dokonać kalkulacji pomiędzy możliwymi kosztami w przyszłości a ich brakiem (nade wszystko w wypadku śmierci pacjenta)¹⁹.

3.4. Etyka zindywidualizowana

Etyka zindywidualizowana opiera się na skądinąd słusznym założeniu, że każdy człowiek jest zdolny do poznania dobra i wynikającej stąd powinności. Wyprowadza jednak z niego zbyt daleko idącą konkluzję przyznającą sumieniu bezwzględną autonomię i prawo nie tyle ostatecznego, ile wyłącznego orzekania o godziwości lub niegodziwości czynu.

Nie wystarcza, by osąd pochodził z sumienia. Samo sumienie musi być właściwie uformowane, wyrażać się w prawości i prawdziwości oraz musi osiągnąć moralną pewność odnośnie do wydawanego osądu. Odrzucenie *a priori* wszelkich argumentów zewnętrznych wskazywać może na brak wymaganej dyspozycji (prawości), tym samym podważając kompetencję sumienia danej osoby jako ostatecznego sędziego ludzkiego czynu²⁰.

Stwierdzenie Kanta: „Są dwie rzeczy, które napełniają duszę podziwem i czcią, niebo gwiazdziste nade mną, prawo moralne we mnie. Są to dla mnie dowody, że jest Bóg nade mną i Bóg we mnie”, splotło się ze współczesnymi tendencjami stopniowo usuwającymi Boga ze świata poznania, myślenia i życia. Wydaje się, że doszło do swoistego – niezamierzonego zapewne przez filozofa – zwrotu, w którym najpierw położono akcent na indywidualności doświadczenia Boga („są to dla mnie dowody”), a następnie w ogóle podano w wątpliwość ich rolę dla wnioskowania moralnego (skoro są to dowody dla mnie, to wcale niekoniecznie dla kogokolwiek innego). Pozostawiona wówczas pierwsza połowa przytoczonego cytatu dała podstawy do uznania całkowitej suwerenności osądu moralnego ludzkiego sumienia.

¹⁹ Por. S. Plourde, *A Key Term in Ethics. The Person and His Dignity*, in: *Personhood and Health Care*, ed. D.C. Thomas, D.N. Weisstub, C. Hervé, Dordrecht – Boston – London 2001, s. 142-147; P. Singer, *How Do We Decide*, „Hastings Center Report” 12 (1982), nr 3, s. 10; tenże, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2003, s. 105-120; D. Wikler, *Ethicists, Critics and Expertise*, „Hastings Center Report” 12 (1982), nr 3, s. 12.

²⁰ Por. J.L. Barragán, *Metabioetyka*, s. 7-8; P. Guinan, *Autonomy Has Not Killed Hippocrates*, „The National Catholic Bioethics Quarterly” 9 (2009), nr 4, s. 684.

3.5. Etyka profesjonalna

Ostatecznie problem polega na uznaniu obowiązywalności norm ogólnych (*de facto* – norm prawa naturalnego) bądź ich zakwestionowaniu. Przemiany społeczno-kulturowe stworzyły warunki do stwierdzenia, że nie istnieją ogólnie obowiązujące normy, które pozwoliłyby na zbudowanie systemu wartości pomocnych w uporządkowaniu etyki medycznej. U podstaw etyki profesjonalnej w medycynie stoi założenie, że sytuacje etyczne w świecie medycyny są tak dalece specyficzne, że stosowanie do nich norm ogólnych nie ma sensu. Należy zatem dokonać procesu odwrotnego i na podstawie refleksji profesjonalistów (w tym wypadku medyków) należy wypracować normy etyczne specyficzne dla tej dziedziny życia.

Postulat ten jest o tyle dziwny, że domaga się refleksji naukowej o charakterze etycznym, uniemożliwiając jednocześnie jej sensowne przeprowadzenie, gdyż pozbawia bioetyka podstawowego jej narzędzia: kryteriów i zasad logiki. Albo bowiem próbujący stworzyć etykę profesjonalną myśliciel oprze się na ogólnych zasadach prawa naturalnego (wtedy jednak w nieuchronny sposób doprowadzi do stworzenia etyki aplikowanej), albo będzie próbował stworzyć własne normy ogólne, opierając się na własnym „zdrowym rozsądku”. Przykład próby dokonanej przez Beauchampa i Childressa w ramach Raportu z Belmont dobitnie pokazuje, że ów „zdrowy rozsądek” w istocie wskazuje na prawo naturalne, choć w mniej lub bardziej skarykaturowanej formie²¹.

3.6. Etyka kontraktualna

Szczególnym przejawem etyki profesjonalnej jest zastosowanie w medycynie i bioetyce kontraktualizmu, który – jak się wydaje – znajduje się nieco na uboczu bioetyki, bardziej odnosząc się do życia społecznego w ogóle. Niemniej jednak, także i na tym polu daje się zauważyć ujęcia, w których usprawiedliwienie działania wyprowadza się z umowy pomiędzy stronami. Przejawem kontraktualizmu w bioetyce jest m.in. formalne traktowanie zgody osoby poddawanej procedurze medycznej bez uwzględnienia jej fundamentalnej godności. Po

²¹ „Metodologiczną słabość systemu wartości i zasad bioetycznych Beauchamp tłumaczy niemożnością przełożenia powszechnych praw ogólnych na zasady współgrające z warunkami kulturowymi społeczeństw, środowisk i jednostek. Stwierdza: «potrzeba rozróżnienia pomiędzy ‘moralnością’, która ma charakter uniwersalny w sugerowanym przeze mnie znaczeniu, i ‘moralnością’ właściwą dla kultur, instytucji czy nawet poszczególnych jednostek. Uniwersalne zasady moralności powszechnej tworzą jedynie szkielet standardów moralnych. Szersze spojrzenie na moralność obejmuje ideały i nastawienia wypływające z konkretnych kultur, religii i instytucji. Childress i ja nigdy nie twierdziłmy inaczej i nie wierzę, by było możliwe stworzenie teorii, która poradzi sobie z tym problemem»”. P. Kieniewicz, *Człowiek niewygodny*, s. 131; cytata wewnętrzny: T.L. Beauchamp, *Origins, Goals, and Core*, s. 28-29.

uwzględnieniu wymogu zasady godności osoby w ogóle nie powinno być pytania o zgodę na działania tę godność naruszające, gdyż nawet ewentualna zgoda nie zmieniałaby nagannego charakteru działania²².

Relacja medyk pacjent jest na tyle nierówna, że – jakkolwiek z perspektywy personalistycznej może i powinna być określona mianem partnerskiej – chory zawsze jest zależny od personelu medycznego: tak w kwestii informacji na temat swego stanu zdrowia, jak i wiedzy na temat dostępnych i możliwych terapii. Stwarza to oczywiście pole do ogromnych nadużyć, jeżeli dla samego medyka dobro pacjenta (z uwzględnieniem jego osobowej godności) nie będzie wartością najwyższą. Trudno zatem zgodzić się ze stwierdzeniem, że „chcącemu nie dzieje się krzywda”, gdyż pacjent z zasady nie jest w stanie do końca rozeznąć możliwych opcji i konsekwencji zastosowanych procedur. Wie bowiem tylko tyle, ile mu powiedziano.

Jeśli lekarz przedstawi stan chorego i zalecane przez siebie działania w odpowiedni sposób, jest wysoce prawdopodobne, że uzyska na to jego zgodę. Rodzi się jednak uzasadniona wątpliwość, czy w każdej sytuacji można taką zgodę nazwać świadomą (opartą na pełnej informacji) i wolną. Równocześnie, czy można takie postępowanie lekarza zawsze określić działaniem w najlepiej pojętym interesie chorego?²³

4. PROPOZYCJA BEAUCHAMPA I CHILDRESSA

Postulat stworzenia medycznej etyki profesjonalnej, a co za tym idzie, bioetyki profesjonalnej sam w sobie jest zrozumiały, ale wydaje się, że podejmowane próby nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Najbardziej znaną był pryncypializm zaproponowany w Raporcie z Belmont przez Beauchampa i Childressa – zestaw zasad mających regulować etyczną stronę medycyny. Ostatecznie obaj Amerykanie zaproponowali cztery reguły: szacunku wobec osoby, dobroczynności, unikania zła i sprawiedliwości.

4.1. Pryncypializm

Trzeba powiedzieć wyraźnie, że pryncypializm nie wprowadza jakościowo nowych elementów do refleksji etycznej; co więcej, wydaje się, że pozbawia ją fundamentu, przedstawiając proponowane zasady jako niezależne od obiektywnego porządku wartości. Co prawda, wysoki poziom ogólności jego pryncypiów

²² Por. P. Guinan, *Autonomy Has Not*, s. 687.

²³ Por. A.R. Fleischman, T.H. Murray, *Ethics Committees for Infants Doe?*, „Hastings Center Report” 13 (1983), nr 6, s. 5-8.

jest do zaakceptowania przez wszystkich, jednakże sam model – wbrew intencjom autora – bardzo przypomina etykę aplikowaną, a nie profesjonalną, gdyż jego zasady sens praktyczny uzyskują tylko na podstawie aplikacji norm ogólnych do szczegółowych sytuacji. Z drugiej strony brak solidnego fundamentu antropologicznego powoduje, że reguły te pozbawione są racji uzasadniających wynikające z nich normy.

4.2. Kryterium zdroworozsądkowości

Paradoks polega na tym, że postulowane kryterium zdroworozsądkowości w swej naturze odwołuje się do założenia, iż ludzki rozum ma wrodzoną zdolność sądu etycznego, co nieuchronnie powinno skłonić myślicieli do konkluzji o konieczności uznania obiektywnego porządku wartości. Tej konkluzji jednak zwykle brakuje. Co więcej, nierzadko daje się zauważyć elementarne błędy logiczne w przedstawianych rozumowaniach, błędy wynikające z pomieszania założeń, przesłanek i dowodów. Zdarzają się też przypadki dowodów przez tezę, w których założenie pokrywa się z dowodem i wnioskiem końcowym²⁴.

4.3. Pytania moralne w pryncypializmie

Beauchamp stawia kilka istotnych pytań moralnych, ale nie jest w stanie dać na nie adekwatnych odpowiedzi z racji wadliwej antropologii. Niejasne kryterium człowieczeństwa i uznaniowy charakter kryterium osobowego bytu ludzkiego sprawiają, że nakaz poszanowania ludzkiej godności niewiele oznacza w praktyce, nade wszystko w najbardziej krytycznych momentach ludzkiego życia. Jak bowiem jednoznacznie opowiedzieć się za bezwzględną ochroną życia i godności nienarodzonego jeszcze dziecka, jeśli się nie jest jednoznacznie przekonany o jego człowieczeństwie i posiadaniu przezeń osobowego charakteru?²⁵

Nakaz uszanowania sprawiedliwości w wydaniu Beauchampa skłania do ujęć konstruktywistycznych, których podstawą jest swoisty bilans praw pacjenta i lekarza. Łatwo w takiej sytuacji szukać wyjścia z impasu w wymogu uzyskania zgody chorego na daną procedurę medyczną.

Znacznie ciekawszy problem pojawia się wraz z analizą zasady nakazującej dobroczynność, która w swej istocie jest pytaniem o dobro powinno. Nie można nie zapytać, w imię czego, w imię jakiej wartości, taki nakaz jest w ogóle formułowany. Brak stabilnego fundamentu antropologicznego, jaki dawała metafizyka,

²⁴ Por. H.M. Sondheim, *The Fetus is the Only Patient* „Hastings Center Report” 13 (1983), nr 4, s. 50. Por. również wypowiedź polemiczną: W. Ruddick, W. Wolcox, *The Fetus is the Only Patient*, „Hastings Center Report” 13 (1983), nr 4, s. 50.

²⁵ Por. F.D. Davis, *Human Dignity and Respect for Persons*, in: *Human Dignity and Bioethics. Es-says Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Washington 2008, s. 24.

uniemożliwia jednak udzielenie jednoznacznej odpowiedzi. Podobny problem pojawia się przy określeniu granic działania moralnego wynikających z zasady unikania zła. Obie reguły – słuszne także w ramach etyki opartej na prawie naturalnym – na skutek oderwania od obiektywnego porządku wartości nabierają charakteru uznaniowego. Dowolność kryteriów człowieczeństwa zbiega się bowiem z dowolnością kryteriów tego, co dobre, a co złe. Właśnie dlatego zasady Beauchampa dopuszczają utylitarne rozumienie dobra, w którym jakość życia utożsamiona zostaje z jego wartością. W konsekwencji możliwe jest zaakceptowanie działań, które nie mogłyby zostać usprawiedliwione w ramach prawa naturalnego²⁶.

5. ROLA ANTROPOLOGII W AKSJOLOGII BIOETYKI

Okazuje się zatem, że zagadnieniem o najbardziej fundamentalnym znaczeniu jest kwestia antropologiczna. Od odpowiedzi na pytanie, kim jest człowiek jako osoba, zależy cały system wartości w bioetyce, zależą zasady interwencji medycznych – począwszy od ogólnych, po najbardziej szczegółowe.

W bioetyce dają się zauważyć dwa dominujące podejścia redukcyjne, ograniczające osobę ludzką do jednego lub dwóch wymiarów. Pierwszy, skupiający się na sferze biologiczno-fizjologicznej, sprowadza człowieczeństwo do biologicznej funkcjonalności. W konsekwencji człowiek utożsamiany jest ze swoim ciałem, to zaś traktowane jest jako złożony mechanizm, w którym jedyną istotną kwestią jest funkcjonalność organów i organizmu jako całości. Dla bioetyki biologizm oznacza fikcyjność wolności osoby ze względu na fakt, że świadomość sprowadzona zostaje do poziomu sensualności. Konsekwencją jest faktyczna niesensowność wymiaru etycznego ze względu na ograniczenie funkcjonowania człowieka do poziomu reakcji na bodźce i podległość instyktom.

Warto zauważyć, że wśród przeciwników podejścia biologistycznego są m.in. również tacy autorzy, którzy sprzeciwiają się ograniczaniu obowiązku uszanowania godności osoby, zarzucając swoim adwersarzom „rasizm gatunkowy” (*speciesism*). Uważają oni, że biologiczna natura ludzka nie tylko nie ma charakteru osobowego sama w sobie, ale też, że w ogóle nie jest z tym wymiarem związana w sposób konieczny²⁷.

Drugi z redukcjonizmów można określić mianem psychologiczno-funkcjonalnego ze względu na powiązanie kryterium osobowego z określonymi zdolnościami psychicznymi człowieka i interakcjami, w jakie wchodzi. Jak się wydaje,

²⁶ Por. T.L. Beauchamp, *Origins, Goals, and Core*, s. 22-23.

²⁷ Por. L.R. Kass, *Defending Human Dignity*, in: *Human Dignity and Bioethics. Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Washington 2008, s. 320-323.

jest on konsekwencją postkantowskiego personalizmu oraz rozwoju nauk psychologicznych, które doprowadziły do wykształcenia poglądów uzależniających status osobowy od aktualnych władz psychicznych oraz funkcjonalności ciała i psychiki. W konsekwencji statusu osobowego odmawia się tym ludziom, którzy nie spełniają założonego minimum świadomości i wolności lub których rozwój fizyczny nie osiągnął założonego minimum (ewentualnie wykazuje zbyt poważne deformacje)²⁸.

Niewątpliwie, osoba ludzka przeżywa siebie zarówno na płaszczyźnie biologicznej, jak i psychicznej. Wchodzi też w interakcje z innymi. Każdy z tych wymiarów jest istotny, ale musi być rozpatrywany komplementarnie z innymi. Wydaje się jednak, że w dyskusji bioetycznej toczonej przez badaczy amerykańskich podejście integralnie ujmujące naturę ludzkiej osoby można znaleźć jedynie u autorów katolickich (nie u wszystkich), gdyż tylko oni budują antropologię z uwzględnieniem metafizyki. Dla zbudowania integralnego ujęcia konieczne jest odniesienie do prawa naturalnego oraz do obiektywnego porządku wartości. Nie wszyscy to rozumieją, nie wszyscy widzą zresztą potrzebę, by człowieka traktować integralnie²⁹.

6. ZAKOŃCZENIE

W dyskursie bioetycznym sprawą kluczową jest nie tyle, jak się prowadzi argumentację, ile w jakim kierunku, ku czemu się dąży. Dopiero to pytanie odsłania prawdziwe znaczenie dyskusji. Dlatego wydaje się, że nie chodzi o same pieniądze, choć w medycynę angażowane są ogromne środki. *Mainstream* publikacji dąży do usprawiedliwienia pozycji liberalnych, a toczona dyskusja sprawia wrażenie prób wyciszenia poglądów stawiających klarowne granice moralne. Normy etyczne zbyt często postrzegane są wyłącznie jako swoista klatka, ograniczająca naukę w dążeniu do panowania nad światem. Stąd – jak się wydaje – tak silny zapał do pokonywania kolejnych ograniczeń.

Tymczasem etyka ma być nie klatką, ale drogowskazem. Historia nieraz już pokazała, że nie warto iść na skróty do postępu, ponieważ prędzej czy później przyjdzie za to zapłacić nazbyt wysoki rachunek. Jak mówi przysłowie: „Bóg wybacza zawsze, człowiek – czasami, lecz natura – nigdy”. Odrzucenie prawdy o człowieku dla umożliwienia postępu technicznego w medycynie jest drogą

²⁸ Por. L. Benaroyo, *Suffering, Time, Narrativem and The Self*, in: *Personhood and Health Care*, ed. D.C. Thomasma, D.N. Weisstub, C. Hervé, Dordrecht – Boston – London 2001, s. 374; L.R. Kass, *Defending Human Dignity*, s. 313.

²⁹ Por. G. Meilaender, *Human Dignity: Exploring and Explicating the Council's Vision*, in: *Human Dignity and Bioethics. Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Washington 2008, s. 265.

donikąd. Zdobyta kosztem ludzkiego życia i godności wiedza nie będzie służyć człowiekowi. Dlatego tak istotne jest odnowienie antropologicznego fundamentu bioetyki.

SUMMARY

Bioethics is a young, dynamically developing science. Its main goal is – in the opinion of some – to establish ethical limits for medical interventions; others think that it should guide the development of medicine itself. Irrespectively, the practical character of presented findings depends mostly on the anthropological assumptions. This study presents some main trends in the anthropological discussion in bioethics, and their consequences for medicine.

Key words

bioethics, anthropology, human person