

GRZEGORZ HOŁUB

Papieska Akademia Teologiczna
w Krakowie

Etyka prawa naturalnego i etyka medyczna a kategorięczność nakazu moralnego

Wprowadzenie

Pojęcie prawa naturalnego i dyskusje wokół niego są już bardzo zaawansowane. Mają one już swoje ustalone miejsce w obrębie debat właściwych dla *philosophia perennis*. I chodzi tu, tak o pozytywne rozwinięcia i interpretacje, jak i o krytykę, a nawet całkowite odrzucenie tego projektu. Dyskusje te są wieloaspektowe, stąd nie można ich ująć w obrębie jednego opracowania. Niniejsza praca ma na celu przedstawienie jednej szczegółowej kwestii prawa naturalnego, jaką jest bezwzględny charakter nakazów moralnych, które z niego wypływają. Zagadnienie to zostanie poddane analizie na gruncie ogólnej teorii moralności, jak również na terenie etyki szczegółowej, jaką jest etyka medyczna. W obrębie tej pierwszej jest to problem, który wynika z założeń teoretycznych, choć potwierdza go także doświadczenie. W etyce medycznej natomiast bezwzględny charakter nakazów moralnych pozostaje w ścisłym związku z praktycznym kontekstem terapii medycznej.

W artykule tym będzie chodziło o prezentację bezwarunkowego charakteru nakazów, w tych dwu kontekstach, szczególnie wobec stanowisk negujących fakt, że takie nakazy w ogóle istnieją. Również podejmie się tu zadanie określenia tego, jak ogólno-etyczne ujęcie kategorięczności prawa naturalnego może być pomocne w etyce

medycznej, czyli jakie korzyści dla etyki medycznej mogą płynąć ze ściślejszej integracji z etyką prawa naturalnego.

1. Prawo naturalne a nakaz

Prawo naturalne, w tradycji tomistycznej, zostało sformułowane w kontekście postrzegania rzeczywistości, w kategoriach bytu i dobra¹. W obrębie filozofii klasycznej wszystko może być ujęte w terminologii bytu i dobra. Jednak byt w tej tradycji myślenia stanowi bardziej przedmiot poznania teoretycznego, natomiast dobro poznania praktycznego. W tym miejscu można przywołać ważną dla tej kwestii, wypowiedź Tomasza z Akwinu. Stwierdza on, że

jak bytem jest to, co najpierw zasadniczo podpada ujęciu poznawczemu, tak i dobro jest tym, co najpierw zasadniczo jest ujmowane w praktycznym rozumnym (poznaniu) przyporządkowanym działaniu. Każdy bowiem, kto działa, działa dla celu, który posiada charakter dobra. Dlatego pierwszą zasadą w porządku rozumu praktycznego jest ta, którą na dobru opieramy, że dobrem jest to, czego wszystko pożąda. Jest to pierwszy nakaz prawa, że dobro należy czynić i o nie zabiegać, a zła unikać. I na tym opierają się wszelkie nakazy prawa naturalnego: aby to wszystko czynić lub tego unikać, co ludzki rozum praktyczny ujmuje naturalnie jako dobro².

¹ Tradycja tomistyczna, chociaż mówi o prawie naturalnym tak, jakby rozwijała myśl Arystotelesa, to jednak z pewnością nie przejęła tej idee od samego Arystotelesa. Ja twierdzi Vernon Bourke „późniejsi arystotelicy, ulegając wpływom obcych myśli Arystotelesa, rozwinęli rozmaite teorie prawa naturalnego. *Etyka nikomachejska* nie mówi o prawie naturalnym nic poza wyrażeniem fundamentalnej sugestii, iż istnieje pewna droga postępowania słusznego na mocy natury”. Zob. V. J. Bourke, *Historia etyki*, tłum. A. Białek, Wydawnictwo Krupski i S-ka, Toruń 1994, 31. Tomasz z Akwinu musiał być zainspirowany przez innych filozofów starożytnych. Na przykład, poprzez lekturę pism Augustyna, mógł on przejąć pojęcie prawa naturalnego z tradycji platońskiej. Mógł również wzorować się na myśli Cyncerona. On to twierdził, że „prawo to włączona w naturalny porządek najwyższa mądrość, która nakazuje, co należy czynić, i zabrania działań sprzecznych z owymi nakazami. Ta mądrość trwale zintegrowana z ludzkim sposobem myślenia stanowi prawo”. Zob. Cynceron, *O prawach*, w: Cynceron, *O państwie. O prawach*, tłum. I. Żółtowska, Wydawnictwo Antyk, Kęty 1999, (ks. I, 18-19), 105.

² Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, I-II, z. 94, a. 2, cyt. za: M.A. Krapiec, *Ius*, w: *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 5, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2004, s. 120.

Dobro więc i jego rozpoznanie leży u podstaw pierwszego nakazu prawa naturalnego. Wszelkie działanie człowieka ukierunkowuje się na to dobro, które ma charakter dobra analogicznie ogólnego. Dalsze nakazy prawa, w duchu wypowiedzi Tomaszowej, muszą respektować to ukierunkowanie na dobro i być szczegółowymi krokami zmierzającymi do jego realizacji.

Tutaj pojawia się ważna idea obligatoryjności tego działania. Prawo naturalne wyznacza pewną sferą powinności moralnej, czyli to, co powinno być spełnione. Kieruje ono apel, który charakteryzuje się pewną kategorięcznością. Aby pozostać istotą moralną, człowiek musi być posłuszny prawu naturalnemu. Nie jest to więc prawo, które byłoby tylko jakąś sugestią, czy zachętą do działania moralnego. Prawo naturalne w swoim istotowym charakterze nie jest systemem opcjonalnych wskazówek, które na wzór gustów i upodobań mogą być zaakceptowane, albo odrzucone. Jest ono tym, co powinno mieć bezwzględny wpływ na szczegółowe działania moralne. Rozstrzyga o tym pewna pierwotność nakierowania ludzkiej aktywności na czynienie dobra, o której wspomniał Tomasz z Akwinu. Człowiek, aby pozostać sobą, czyli aby realizować się w swoim człowieczeństwie, jest zobligowany do działań zorientowanych na dobro.

Z takim rozumowaniem wiążą się pewne problemy. Otóż prawo naturalne zakłada, że istnieje pewna stała natura świata i człowieka, które są ukierunkowane na pewne cele. Dążenie do tych celów i ich osiągnięcie jest zarazem spełnianiem dobra, właściwego dla danej natury. Dla niektórych filozofów problematyczne jest jednak określenie tego stanu początkowego, czyli natury, jak również tego, że właściwe jej cele mogą być utożsamione ze stanem aksjologicznym, czyli z dobrem. Jak powie Józef Herbut:

głównym problemem teorii prawa naturalnego jest określenie tego pierwotnego stanu rzeczy, który filozofowie greccy nazwali „naturą”, oraz wykazanie, że kryje on w sobie moment normatywny³.

Zakwestionowanie faktu, że istnieje stała natura ludzka jako stan pierwotny – co jest bliskie stwierdzeniu, że jest ona pewnym two-

³ J. Herbut, *Prawo naturalne*, w: *Leksykon filozofii klasycznej*, red. J. Herbut, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1997, s. 444.

rem dalszych czynników – nie pozwala na postawienie tezy, że posiada ona swoje wewnętrzne i niezmiennie cele. Cele te bowiem są właściwe dla czynników, które fundują naturę, albo powstają w interakcji, jaka zachodzi pomiędzy tymi czynnikami. Będą tu wchodziły w grę czynniki tak natury empirycznej, jak i społecznej. Jeśli by jednak potraktować naturę ludzką wyłącznie jako domeną tej pierwszej grupy czynników, czyli jak samą faktyczność empiryczną, wówczas trudno będzie wykazać, że ma ona w sobie jakieś aspekty aksjologiczne, objawiające się owym momentem normatywnym.

Współcześni krytycy prawa naturalnego swoje tezy będą opierali zasadniczo na podkreśleniu owego wtórnego charakteru natury, albo względem kultury i społeczeństwa, albo względem innych naturalnych procesów rzeczywistości, jak na przykład proces ewolucji. W ich przekonaniu, natura nie ma w sobie nic, co pochodziłoby z poza biologii czy wpływów środowiska⁴ albo oddziaływań socjo-kulturowych⁵. Nie można więc utrzymywać, że zawiera ona w sobie pewien stan aksjologiczny, i że jest pierwotnym źródłem powinności moralnej. W aspekcie samego prawa naturalnego będzie to oznaczało odrzucenie tezy o istnieniu stałych norm, jako czynników wypływających z tego stanu natury. W to miejsce wejdzie natomiast przekonanie o względności każdego działania moralnego, czy to względem kontekstu zewnętrznego (okoliczności zewnętrzne działania moralnego), czy wewnętrznego (intencja działającego).

Tak rozumiane stanowisko relatywizm moralnego odrzuca zasadniczo wszystkie pozytywne roszczenia uniwersalistyczne. One bowiem zawierają w sobie ów moment bezwarunkowości działania. Dla relatywistów, teza ta może być zaakceptowany najwyżej w znaczeniu negatywnym, czyli w stałym negowaniu stanowisk, które pretendują do operowania pozytywnymi i stałymi normami moralnymi. Tak więc niezależnym od jakiegokolwiek kontekstu

⁴ Jak powie jeden z myślicieli naturalistycznych: „it is accepted widely that to understand environmental influences on the developing and functioning organism, it is necessary to take into account what appear to be universal relationship between the environment and behavioral and psychological traits. These sets of universal traits and developmental programs constitute what we mean by human nature”. Por. L. Petrinovich, *Human Evolution, Reproduction, and Morality*, The MIT Press, Cambridge (Massachusetts)-London 1998, s. 107.

⁵ Jak powie John Dupré: „distinctively human capacities derive from the social context in which human individuals are embedded (...)”. Zob. J. Dupré, *Human Nature and the Limits of Science*, Clarendon Press, Oxford 2001, s. 18.

i zawsze ważnym będzie przekonanie o błędnym charakterze starych i pozytywnych norm moralnych.

Czy jednak można obronić zasadność stanowiska relatywistycznego wobec jawiącego się doświadczenia moralnego? Czyli czy wychodząc od samego doświadczenia moralności można przyznać relatywizmowi rację?

W dalszych rozważaniach przyjmijmy za punkt wyjścia nie tyle pojęcie natury, ale dziedzinę doświadczenia moralnego⁶. Wychodząc od niego dostrzegamy oczywiście wielkie zróżnicowanie przekonań etycznych, które często wzajemnie się wykluczają. Jest to uwarunkowane kontekstem kulturowym czy religijnym. Różne kultury i religie oferują różne przekonania, co do aksjologicznej zawartości określonych działań. Relatywista uzna to za fakt nieprzezwykłalny. Moje przekonania nie są twoimi przekonaniem i nie istnieje możliwość dokonania porozumienia między nami, na meta-poziomie. Jesteśmy nieodwracalnie zamknięci w swoich kontekstach kulturowych, wraz z ich fundamentalnymi moralnymi przekonaniem.

Jednak obecność tej różnorodności nie musi prowadzić do takich wniosków, czyli nie musi automatycznie wywoływać postawy relatywistycznej. Istnieje tu także inna możliwość interpretacji. Można bowiem zauważyć, że różne przekonania etyczne mają ze sobą pewne wspólne elementy. Przede wszystkim jest w nich zawarte przekonanie, że istnieje coś takiego, jak doświadczenie moralne. Jak wyrazi to Robert Spaemann, spierając się z innymi o to, co słuszne, dzielimy z innymi przekonanie, że to, co słuszne istnieje⁷. Spór o kształt konkretnego rozwiązania w istocie zakłada pewną jedność i zgodność, na wcześniejszym poziomie doświadczenia i wiedzy. Wysiłek określenia szczegółowej powinności moralnej wypływa z przekonania, że fundament tego, co moralne jest już nam dany. In-

⁶ Przyjęcie tego punktu wyjścia nie oznacza zgody na odrzucenie pojęcia natury ludzkiej. Ze względu na ograniczony zakres tego opracowania, nie można tu jednak podjąć złożonej dyskusji na ten temat. Wśród wielu publikacji na temat natury ludzkiej warto zwrócić uwagę na artykuł Johna Cottinghama, ukazujący genezę odrzucenia tego pojęcia, jako terminu normatywnego, i jego restaurację. Zob. J. Cottinghama, 'Our Natural Guide...': Conscience, 'Nature', and Moral Experience, w: *Human Values. New Essays on Ethics and Natural Law*, red. D.S. Oderberg, T. Chappell, Palgrave Macmillan, Hampshire 2004, s. 11-31.

⁷ R. Spaemann, *Granice. O etycznym wymiarze działania*, tłum. J. Merecki, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 17.

aczej mówiąc, szczegółowe kwalifikacje etyczne nie są pierwszą instancją moralności, ale niejako jej drugim etapem. W świetle ogólnej wiedzy moralnej również oceniamy te poszczególne, partykularne działania moralne. Gdyby nie było tego fundamentu, wówczas nie posiadalibyśmy żadnego kryterium do wydania takiej oceny i sądu. I właśnie w obrębie tego ogólnego doświadczenia i ogólnej wiedzy moralnej funkcjonuje przekonanie, że pewne rzeczy należy realizować, z tego względu że są dobre, a innych unikać, ponieważ są przeciwieństwem tych pierwszych, czyli są złe.

Robert Speamann wskazuje na parę przykładów postaw moralnych, które we wszystkich niemal kulturach uchodzą za złe. Mówi on:

wszędzie na świecie odwaga, hojność, sprawiedliwość, wdzięczność, szczerść i dobroć wywołują aprobatę i podziw; jedynie ich postacie i formy wyrazu okazują się zależne od czasu czy też grupy. Zdrada, tchórzostwo, podstęp, rozwiązłość seksualna, arbitralność, okrucieństwo i skąpstwo wszędzie są pogardzane lub uznawane za złe. Jeśli zwyczaje jakiegoś społeczeństwa przypisują pozytywną wartość którejś z tych postaw, to społeczeństwo to ściąga na siebie pogardę świata współczesnego sobie i świata przyszłego⁸.

Zgodność sądów dotyczących powyższych postaw, i im podobnych, świadczy o posiadaniu jakiegoś wspólnego korzenia doświadczenia i wiedzy moralnej. Nie jest to zasadniczo uzależnione od oddziaływania bieżącej kultury, czy nawet kręgu kulturowego⁹. Jako ludzie posiadamy pewne uniwersalne przekonania odnośnie tego, co moralne; tego co powinno być zawsze czynione i tego, czego należy zawsze unikać. Jednoznaczna akceptowalność albo nie-

⁸ Tamże, s. 18.

⁹ Istnieje tendencja do twierdzenia, że przekonanie to jest stymulowane kontekstem kulturowym ukształtowanym przez chrześcijaństwo. Jednak nie wydaje się to być słuszne. Otóż już w starożytności przedchrześcijańskiej znajdujemy tak sformułowaną tezę u Arystotelesa. Rozważając pojęcie cnoty, mówi on o pewnych działaniach, które nigdy nie mogą dopuszczać średniej miary. Jak twierdzi ten filozof: „z samych bowiem już nazw niektórych z nich wynika, że są czymś niegodziwym, tak np. radość z powodu niepowodzenia drugich, bezwstydnosc lub zawiść, a pomiędzy sposobów postępowania: cudzołóstwo, kradzież i morderstwo; wszystkie te i tym podobne namiętności i sposoby postępowania są przedmiotem nagany, ponieważ one same są niegodziwe, nie zaś ich nadmiar lub niedostatek”. Por. Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, w: *Dzieła wszystkie*, t. V, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, II, 1107a.

akceptowalność, pewnych postaw moralnych, pociąga za sobą konieczność wyszczególnienia pewnego zbioru praktycznych działań, które rządzą się kategorycznością i nie dopuszczają wyjątków.

2. Etyka medyczna a nakaz

W obrębie etyki medycznej Edmund Pellegrino przyjmuje pewien rodzaj ogólnego nakazu moralnego, który – ze względu na charakter medycyny – posiada specyficzną formułę. Nakaz ten ma postać imperatywu: „Czyn dobro pacjenta; unikaj szkody pacjenta”¹⁰. Jest on więc skierowany szczególnie do personelu medycznego. Bioetyka ten przyjmuje tę zasadę i wypływające z niej uniwersalne nakazy szczegółowe jako konieczność, bez której nie można skutecznie prowadzić procesu leczenia. Stwierdza bowiem, że

przy łóżku [pacjenta] decyzje muszą być powzięte z pewną stanowczością. Nie mogą natomiast być czymś wokół czego toczy się spór. [Jest tak ponieważ] bez uniwersalnych norm moralnych nie posiadamy „moralnego kompasu”, który kierowałby wysiłkami lekarzy, pacjenta, instytucji czy społeczności. Bez nich, tak możliwości pacjenta, jak i lekarza są nieokreślone. Nie istnieje wówczas coś takiego, jak ograniczający *telos* [czyli cel, do którego się zdąża], zdefiniowane dobro, które służyłoby spotkaniu [lekarz-pacjent], w kontekście klinicznym¹¹.

Pellegrino, posługując się pojęciem pierwszego nakazu moralnego i uniwersalnych norm moralnych, nie odwołuje się za bardzo do ogólnej teorii prawa naturalnego, ani do pojęcia natury ludzkiej. Jego punktem wyjścia jest kontekst terapii medycznej, który wyznacza już wyraźnie zawężone pole aktywności moralnej. W interpretacji podanej przez Pellegrino charakteryzują go dwa ważne elementy: ludzkie doświadczenie związane z chorobą i odzyskiwaniem zdrowia i natura spotkania klinicznego¹². Jest to więc nieco inny punkt wyjścia, niż ten który charakteryzuje namysł metafizyczny. Ma on – ujmując to ogólnie – bardziej charakter „eksperymentalny” niż teoretyczny. Wiąże się z sytuacją egzystencjalną, w którą

¹⁰ E. Pellegrino, *Moral Absolutes in Clinical Ethics*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 26 (2005), s. 472.

¹¹ Tamże, s. 474.

¹² Tamże.

wchodzi osoba cierpiąca na jakieś schorzenie. Nie jest to stan, który byłby przedmiotem opcjonalnego wyboru. Nie na mocy własnej decyzji jest człowiek ograniczony w swojej aktywności. Choroba jest pewnym doświadczeniem egzystencjalnym, które „spada” na niego i sprawia, że staje się on pacjentem. Jak powie Pellegrino:

„pacjent” z definicji jest osobą, która cierpi do pewnego stopnia i w pewien sposób. Znajduje się on w zmienionej sytuacji egzystencjalnej, która jest nacechowana niepokojem, zależnością, podatnością na zranienie, oderwaniem od życia codziennego¹³.

Człowiek w tym stanie podejmuje różne działania zmierzające do odzyskania zdrowia. W początkowym stadium mają one charakter spontaniczny, jednak cały czas nakierowane są na przywrócenie zdrowia, które jest postrzegane jak podstawowe dobro osoby. Pellegrino rozwija rozumienie tego czynnika i formułuje określone znaczenia zdrowia. Jako lekarz jest on szczególnie wyczulony na precyzyjne ujęcie zdrowia, w kontekście doświadczenia człowieka. Prezentuje trzy jego koncepcje. Pierwsza traktuje zdrowie jako wartość absolutną żyjącego organizmu. Organizm potrzebuje zdrowia jako naturalnego stanu równowagi systemów organicznych. Z tego wynika naturalna tendencja organizmu polegająca na dążeniu do tego stanu, nawet pomimo pojawiających się schorzeń. Koncepcja ta wskazuje również na zdolność organizmu do przewyżczenia pewnych chorób, czy też ich negatywnych skutków. Jak powie Pellegrino:

zdrowie jest celem do którego dąży ożywione ciało jako biologiczny organizm. W tym znaczeniu zdrowie staje się wewnętrzną, absolutną wartością tego ożywionego ciała¹⁴.

Druga koncepcja zdrowia ujmuje je jako wartość dla jednostki, rozumianą tak subiektywnie, jak i obiektywnie. Pellegrino formułuje to rozumienie następująco:

zdrowie może być zinterpretowane jako stan rzeczy w życiu jednostki, co do którego posiada ona pewne preferencje. Stan ten może być sta-

¹³ Tamże.

¹⁴ E. Pellegrino, D. Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988, s. 64.

wiany powyżej, albo poniżej innych wartości i jego moralna waga może zmieniać się z czasem, albo w związku z [następującymi czynnikami:] z doświadczeniami życiowymi, z dokonującym się poznaniem, czy też ze zmieniającymi się przekonaniem [jednostki]¹⁵.

Subiektywne rozumienie będzie się tu wiązało z jednostkowym doświadczeniem pojawiających się dolegliwości. Natomiast obiektywne znaczenie będzie się odnosiło do pojawiających się oznak chorobowych, które mogą być stwierdzone także przez zewnętrznego obserwatora. Te obiektywne oznaki mogą poprzedzać subiektywne odczucia, albo dokonywać się równocześnie z nimi.

Trzecie rozumienie tej kategorii wskazuje na zdrowia, jako na wartość danej jednostki, kiedy wchodzi ona w relację ze środowiskiem terapeutycznym. Dostrzeżone objawy chorobowe wymagają porady specjalistycznej lekarzy różnych specjalności, jak również innych osób. Stąd zdrowie, czy też jego brak, mogą być postrzegane i oceniane z różnych punktów widzenia: społecznego, kulturalnego, psychologicznego, naukowego, biologicznego czy religijnego. Tak pacjent, jak i każdy zaangażowany w jego terapię – nawet w szerokim tego słowa znaczeniu, jak na przykład odwiedzający przyjaciele – dostrzegają inny aspekt zdrowia i choroby¹⁶. Chodziłoby o to, że jednostki mające kontakt z osobą chorą ujmują, we właściwy sobie sposób, różne oblicza choroby. I tak lekarz ma tendencję do postrzegania, przede wszystkim, źle funkcjonujących organów czy procesów biologicznych; psycholog dostrzeże skłonności depresyjne; duchownym – kryzys duchowy czy poszukiwanie głębszego sensu choroby; przyjaciel – ograniczenie aktywności życiowej osoby chorej, itd.

W kontekście tego ostatniego rozumienia można przejść do drugiego ze wskazanych kryteriów terapii, w której ujawnia się konieczność przyjęcia uniwersalnie ważnych norm moralnych, a mianowicie do natury spotkania klinicznego.

W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lekarz sygnalizuje chęć pomocy. Jak twierdzi Pellegrino, postawa ta zawiera w sobie parę istotnych elementów. Jest tu, przede wszystkim, zawarta deklaracja o posiadaniu przez lekarza odpowiedniej wiedzy lekarskiej i umiejętności. Ale jest w tej deklaracji zawarta także bardziej osobista

¹⁵ Tamże.

¹⁶ Tamże, s. 65.

obietnica wykorzystania tych sprawności profesjonalnych dla dobra osoby chorej. I osoba chora tak też całościowo rozumie tę inicjatywę lekarza. Pellegrino omawia naturę spotkania klinicznego za pomocą wyszczególnienia pewnych cnót, jakie lekarz powinien posiadać. Szczególnie istotna jest tu cnota wierności pokładanemu zaufaniu i obietnicom.

Pacjent naturalnie pokłada zaufanie tak w profesji lekarskiej, w fakcie istnienia wiedzy medycznej, dzięki której można uporać się z danym schorzeniem, jak i w fakcie że wiedza ta i towarzyszące jej doświadczenie są w posiadaniu konkretnego lekarza¹⁷. Postawa ta odgrywa istotną rolę na wstępie każdego procesu leczenia. W grę wchodzi bowiem kwestia dosyć podstawowa, jaką jest ludzkie zdrowie a nawet życie. Stąd spotkanie pacjenta z lekarzem nie ma wyłącznie charakteru spotkania interesant-urzędnik. W grę wchodzi tu relacja, która formuje się w oparciu o zaufanie. Jest ona tym, co inaczej łączy te dwie postacie i, od strony pacjenta, może wyrażać się w następującym przekonaniu:

wiem, że jestem i pragnę kontynuować swoje istnienie; a to może się dokonać dzięki pomocy leczącego; ufam, że lekarz przyjdzie mi z pomocą.

I chociaż dla samego lekarza wejście w relację zaufania ma charakter działania wynikającego ze specyfiki jego zawodu, to jednak rodzi ono dosyć ważny typ łączności osobowej z pacjentem. Jak powie Pellegrino:

ten akt działania zawodowego jest „moralnym cementem”, który spaja razem lekarza i pacjenta, w procesie leczenia; leczenia, które znajduje swoje ukonkretnienie w tym i tu obecnym pacjencie¹⁸.

Celem każdego spotkania klinicznego jest dobro pacjenta. Jest to naturalnie wpisane w typ odniesienia lekarza do pacjenta. Stąd aksjomat: działaj zawsze dla dobra pacjenta, wydaje się być czymś oczywistym. Jednak zarazem domaga się pewnego dopracowania.

¹⁷ Pellegrino pisze: „from the very first moment, the patient performs an act of trust: first, in the existence and utility of medical knowledge itself, and then in its possession by the one who is being consulted”. Por. E. Pellegrino, D. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993, s. 68.

¹⁸ E. Pellegrino, *Moral Absolutes in Clinical Ethics*, dz. cyt., s. 474.

Szczególnie takiego doprecyzowania wymaga pojęcie „dobro”. Pellegrino prowadzi pewną refleksję nad tym fundamentalnym terminem. W jego opinii, pod pojęciem dobra pacjenta należy rozumieć dobro duchowe, które bioetyk ów nazywa dobrem ostatecznym; dobro biomedyczne, które łączy się z podejmowanymi działaniami medycznymi; dobro, które jest postrzegane przez samego pacjenta, czyli to, co sam pacjent uznaje za swoje dobro; i w końcu dobro pacjenta, jako osoby zdolnej do dokonywania racjonalnych wyborów¹⁹. Wyszczególnione tu rodzaje dóbr biorą pod uwagę to, że pacjent jest istotą cielesno-duchową, że posiada on pewne postrzeganie samego siebie: swojego życia i swojej choroby; i że w końcu jest on istotą racjonalną, do którego natury należy dokonywanie wyborów.

Jak twierdzi dalej Pellegrino każda zasada, reguła, wskazanie czy praktyka, które nie pozwalają na realizację tych dóbr-celów, czy zagrażają im, są nieetycznym i niemoralnym wykroczeniem przeciw etyce medycznej²⁰. Aby było możliwe utrzymanie tej tezy, konieczne jest wprowadzenie uniwersalnych wskazań etycznych, tak zwanych moralnych absolutów. Tylko one mogą sprawić, że fundamentalna koncepcja dobra, w całym swoim zróżnicowaniu, zostanie uznana za pojęcie obiektywne i jednoznaczne. Ponadto jedynie absoluty moralne mogą sprawić, że podstawowy nakaz do dobrego działania będzie obecny na wszystkich poziomach etycznych, a szczególnie na tym, który dyktuje konkretne działania moralne.

Posługując się pojęciem absolutnych wskazań etycznych, nie chodzi o przywoływanie absolutnej rzeczywistości boskiej i transcendentnej. Nawet jeśli sformułowanie „absolutny” może sugerować zakorzenienie wskazań moralnych w rzeczywistości religii, to jednak nie to jest w centrum uwagi. Chodzi bardziej o podkreślenie tego, że są to wskazania, które nie dopuszczają wyjątków²¹. Absolutne imperatywy moralne domagają się posłuszeństwa w każdej okoliczności działania. Powodem tego jest to, że stoją one na straży

¹⁹ E. Pellegrino, D. Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, dz. cyt., s. 76-77.

²⁰ E. Pellegrino, *Moral Absolutes in Clinical Ethics*, dz. cyt., s. 475.

²¹ Jak powie John Finnis: „«absolute» is not to be confused with «absolute» in other contexts, such as the absoluteness of God. The norms in question are not supreme, fundamental, unconditioned; to call them absolute is to say no more than that they are exceptionless”. Zob. J. Finnis, *Moral Absolutes. Tradition, Revision, and Truth*, The Catholic University of America Press, Washington D.C. 1991, s. 3.

ważnych dóbr człowieka i jego życia. Są czymś, co zapewnia ludzkiemu istnieniu realizację jego podstawowych tendencji, i to w różnych wymiarach jego istnienia. Inaczej mówiąc, absolutne wskazania moralne gwarantują istnienie i rozwój podstawowych dóbr człowieka²².

3. Absoluty moralne w etyce medycznej

Edmund Pellegrino wymienia i omawia sześć takich absolutów moralnych, ważnych dla etyki medycznej. Chodzi mu o takie wskazania jak: działaj dla dobra pacjenta; nie zabijaj; dotrzymuj obietnic; chroń godność pacjenta; nie kłam; unikaj współdziałania w złu. To pierwsze wskazanie zostało już częściowo omówione. Należy jednak przyjrzeć się treści pozostałych.

Zasada „nie zabijaj” należy do podstawowych wskazań zawodu lekarskiego. Jakikolwiek działanie przeciw życiu jest dokładnym przeciwieństwem tego, co stanowi o istocie profesji lekarskiej. Jak powie Pellegrino: „nic nie jest bardziej sprzeczne z celami medycyny, rozumianej jako sztuka leczenia, niż zabijanie”²³. Zakaz ten obejmuje wszelkie próby pozbawienia życia na skutek takich działań jak aborcja, czy eutanazja. Zróżnicowanie motywów, dla których podejmuje się te działania, nie zmienia faktu, że zabójstwo osoby chorej i uzależnionej jest zawsze zabójstwem. Tak więc takie przesłanki kierujące leczeniem, jak współczucie, wygoda, czy niewystarczający poziom jakości życia chorego, nie mogą zmienić kwalifikacji

²² Pojęcie podstawowych dóbr ludzkich łączy się z tak zwana nową koncepcją prawa naturalnego. Chodzi o takie dobra, które ustawione są w kontekście „idei integralnego ludzkiego spełnienia”. Zob. G. Grisez, J. Boyle, J. Finnis, *Practical Principles, Moral Truth and Ultimate Ends*, „American Journal of Jurisprudence” 32 (1987), s. 128. Zwykle wskazuje się na następujące podstawowe dobra człowieka: życie, integralność istnienia (wewnętrzna harmonia myśli, uczuć, pragnień i postaw), wiedza teoretyczna, rozumność praktyczna (*practical reasonableness*), przyjaźń, religia (jako stan harmonii z ponadludzkim źródłem sensu), doświadczenie estetyczne, zabawa, rodzina. Te podstawowe kategorie dóbr zawierają zasadnicze racje kierujące ludzkim działaniem. Inne racje, albo zawierają te powyższe, albo też są ich aspektami. Zob. G. Grisez, R. Shaw, *Beyond the New Morality. The Responsibilities of Freedom*, University of Notre Dame, Notre Dame 1988, s. 79-83. A. Gómez-Lobo, *Morality and the Human Goods*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2002, s. 10-25.

²³ E. Pellegrino, *Moral Absolutes in Clinical Ethics*, dz. cyt., s. 475.

tego czynu. Sama dobra intencja działającego nie zmniejsza znacząco zła działania. Pellegrino powie, że

zabójstwo nigdy nie może stać się częścią procesu leczenia. Z samej definicji jest to zaprzeczenie pierwszego celu medycyny – działaj dla dobra pacjenta²⁴.

Wskazanie „dotrzyj obietnic” albo „poważne obietnice nie mogą być złamane” Pellegrino rozumie w dwojaki sposób. Po pierwsze ujmuje je w sposób formalny. Przyrzeczenie złożone przez lekarza musi być dotrzymane, ponieważ nie wynika ono z jakiegoś tylko kontraktu, ale z konieczności egzystencjalnej, w której znajduje się chory. Jak powie ten bioetyk:

podatność na zranienie osoby chorej, która potrzebuje i szuka pomocy, sprawia, że wierność złożonym obietnicom jest absolutnie konieczna²⁵.

Po drugie nakaz dotrzymywania obietnic posiada dla Pellegrino swoją określoną zawartość treściową. Wyklucza on obietnice, które zmierzałyby do działań nieproporcjonalnie ryzykownych dla zdrowia pacjenta, czy wprost szkodzących jego zdrowiu czy życiu. Podstawowa zasada działania dla dobra pacjenta wyklucza więc dalsze obietnice i wypływające z nich czyny, które naruszałyby dobro osoby chorej.

Pellegrino deklaruje, że

obietnica działania na rzecz dobra pacjenta oznacza działanie w celu promocji całego dobra pacjenta, jako istoty ludzkiej²⁶.

Jednak zarazem wprowadza on pewną hierarchię dóbr i obowiązków. Koncentruje się przede wszystkim na dwu dobrach. Jednym z nich jest dobro medyczne, czyli stan w którym zanikają objawy chorobowe, a organizm powraca do równowagi. W realizacji tego dobra istotne są kompetencje i doświadczenie lekarza. Bioetyk ten stawia to dobro i wypływające z niego obowiązki na najniższym poziomie. Poziom wyżej znajduje się, w opinii Pellegrino, dobro po-

²⁴ Tamże.

²⁵ Tamże, 477.

²⁶ Tamże.

strzegane i przeżywane przez pacjenta. Ma ono bardziej subiektywny charakter, w porównaniu do dobra medycznego.

Postawienie tego dobra subiektywnego nad obiektywnym może budzić pewną wątpliwość. Wydaje się rzeczą oczywistą, że dobro medyczne, którego realizacją kieruje się lekarz, jawi się jako obiektywnie donioślejsze niż to, którym posługuje się osoba chora. Jednak, jak powie ten bioetyk:

pominięcie dla celów medycznych pojęcia dobra własnego, jasno i odpowiedzialnie wyrażonego przez pacjenta, jest atakiem na jego człowieczeństwo²⁷.

Dochodzi tu do głosu istotne założenie, że lekarz lecząc daną chorobę w istocie leczy całego człowieka. Stąd nie może pominąć subiektywności osoby chorej, jej preferencji i odczuć.

Z drugiej jednak strony, nie oznacza, że lekarz musi działać pod presją wymagań leczonego. W razie braku zgody, czyli kiedy stwierdzi on, że realizacja dobra przeżywanego przez pacjenta osłabia całościowy proces terapii, powinien wycofać się ze złożonych wcześniej obietnic, poprzez rozwiązanie relacji z tym konkretnym pacjentem. I jak mówi Pellegrino, powinno się to dokonać w sposób jasny i uprzejmy²⁸.

Nakaz „chronić godność pacjenta” wyrasta z tezy o szczególnej wartości każdego człowieka. To głęboko zakorzenione w cywilizacji zachodniej przekonanie, ostatnio jest szczególnym przedmiotem krytyki. Pellegrino zauważa, że chce się go zastąpić pojęciem autonomii. Chodziłoby więc o zmianę w rozumieniu godności: z jej ujęcia obiektywnego na to subiektywnie; z pewnego aksjologicznego stanu istnienia na stan pewnego poczucia wartości, który kształtuje się na skutek działania. Zmiana ta jest, w znacznej mierze, zgodna z pewnymi tendencjami współczesnej kultury. Jednak Pellegrino krytycznie zauważa, że

kiedy autonomia zastępuje [pojęcie] wrodzonej godności, wówczas wielu ludzi może być odartych ze ich człowieczeństwa i pozbawionych statusu osobowego²⁹.

²⁷ Tamże.

²⁸ Tamże.

²⁹ Tamże, 479.

Chodzi szczególnie o jednostki w stanach granicznych, które nie są jeszcze – albo już – zdolne do czynnej autonomii.

Ta refleksja prowadzi Pellegrino do postawienia tezy, że wrodzona godność osoby jest czymś, co poprzedza działania zgodne z zasadą autonomii. Wrodzona godność jest nawet warunkiem koniecznym tej godności „w działaniu”. Zdolność do autonomii i jej faktyczna realizacja ukazują, że człowiek jest podmiotem posiadającym wewnętrzne centrum osobowe, które samo w sobie jest wartościowe. Jak powie ten bioetyk: „autonomia nie posiada żadnej moralnej treści bez wrodzonej godności ludzkiej”³⁰. Bez godności wrodzonej znika punkt odniesienia dla autonomii-godności i staje się ona poniekąd ślepa, formalną (pustą treściowo) kategorią. W efekcie może dojść do tego, że w imię realizacji wolności, człowiek podejmuje działania, które ewidentnie w niego uderzają. Inaczej mówiąc, w imię zabsolutyzowanej godności subiektywnej, godność obiektywna może doznać wyraźnego uszczerbku. Jak wyrazi to Pellegrino:

kiedy podważymy wrodzoną godność dla jakichkolwiek racji, wówczas (...) osoby stają się obiektami, które są nierozróżnialne od innych form życia i otrzymują niższy status istnienia, niż wiele innych żyjących istot³¹.

Kolejnym moralnym absolutem w etyce klinicznej jest wskazanie „nie kłam”, albo „nie okłamuj pacjenta”. Pellegrino wykazał już, że relacja lekarza z pacjentem powinna opierać się na zaufaniu. Kłamstwo ze strony leczącego podważa to zaufanie. W dalszej kolejności prowadzi ono do obiektywnego zakłócenia w procesie leczenia. Bez znajomości prawdy o swoim stanie i prognozach terapeutycznych, pacjent nie może adekwatnie uczestniczyć w tym procesie, czy w przygotowaniu się na zakończenie swego życia, w wypadku śmiertelnej choroby. Jak powie ten bioetyk:

tylko znając prawdę, pacjent może być prawdziwie partnerem w procesie uzdrowienia³².

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże.

³² Tamże, s. 480.

Pellegrino jest świadomy pewnych obiekcji, jakie wysuwa się pod adresem tego nakazu. Do podstawowych należy przekonanie, że w pewnych sytuacjach wyjawienie prawdy może być szkodliwe dla osoby chorej. Może ona nie być przygotowana na przyjęcie prawdy o własnym stanie zdrowia. To z kolei może prowadzić do depresji czy do podejmowania prób samobójczych. Pellegrino odpowiadając na te zarzuty stwierdzi, że objawy depresji są schorzeniem, które należy leczyć. Ujawnienie prawdy zaś musi nastąpić, kiedy pacjent jest na to przygotowany, od strony psychicznej. Natomiast skłonność do samobójstwa może być wyeliminowana, czy radykalnie osłabiona, poprzez odpowiedni sposób, w jaki ujawnia się tę prawdę. Sposób komunikacji musi wziąć pod uwagę osobowość pacjenta, jego wiek, uwarunkowania kultury, do której należy; ale także jego wykształcenie i doświadczenie życiowe. Jak w końcu powie Pellegrino:

powiedzenie prawdy bez wyrządzenia szkody jest moralnym obowiązkiem dobrego lekarza³³.

Ostatnim absolutem moralnym w dziedzinie etyki medycznej, na jaki wskazuje Pellegrino, jest zakaz współpracy w złym działaniu („formalne współdziałanie w złych aktach nie może być usprawiedliwione”). Realizacja tego wymogu nie jest łatwa, z tego chociażby względu, że lekarz niejednokrotnie uczestniczy we wspólnych przedsięwzięciach, które prowadzą do złych konsekwencji. Chodzi tutaj o działania lekarza, które same w sobie mogą być dobre, a jednak wkomponowane są w pewien, niezależny od niego, wątpliwy moralnie proces. Bioetyk ten określa takie zaangażowanie mianem współdziałania materialnego. Jest ono tym, czego wielokrotnie nie można uniknąć i leżący nie ponosi za nie wielkiej odpowiedzialności.

Pellegrino wskazuje jednak, że typ zaangażowania w złe działanie, określane mianem zaangażowania formalnego, jest zawsze niedopuszczalny. Chodzi tutaj o przypadek lekarza, który „podziela złe intencje, bierze – bezpośrednio i na mocy własnego wyboru – udział w działaniach, które są wewnętrznie złe; lub też ułatwia in-

³³ Tamże.

nym wykonanie takich czynności”³⁴. Chodzi tu głównie o takie procedury jak aborcja czy pomoc w dokonaniu samobójstwa; ale także odsyłanie pacjenta do innego lekarza, aby tamten dokonał tych moralnie złych działań. Dobra intencja może zmniejszyć rozmiar osobistej odpowiedzialności, jednak nie zmienia ona faktu, że ten, który leczy uczestniczy w obiektywnie złych działaniach, które niejednokrotnie nie mają wiele wspólnego z przywracaniem zdrowia.

Edmund Pellegrino jest przekonany, że podane tu absoluty moralne stanowią pewną minimalną granicę w etyce medycznej, która nie może być przekroczona. Jest tak dlatego, że zachowanie tych wskazań prowadzi do wypełnienia podstawowych celów medycyny, która kieruje się etosem Hippokratejskim. Oznacza to, że absoluty moralne, w tej postaci, mają chronić działania medyczne od subiektywistycznych roszczeń etycznych wysuwanych tak przez jednostki, jaki i przez całe środowiska społeczne³⁵. Ich zadaniem jest niedopuszczenie do instrumentalnego traktowania praktyk medycznych, czyli do podporządkowania tych praktyk zmiennym i subiektywnym celom różnych podmiotów.

4. Etyka medyczna a etyka ogólna

Pellegrino jest świadomy, że jego propozycja nie ma wielkiego uznania w środowisku bioetyki akademickiej. Jest to, jak powie, typ „etyki zdroworozsądkowej [którą może zaakceptować] większość myślących jednostek ludzkich”³⁶. Nie oferuje ona jakiś absolutnie nowych sposobów rozstrzygania dylematów etycznych. Stąd, dla niektórych myślicieli, może to być zbyt mało, aby uznać to za poważną propozycję filozoficzną. Jednak byłoby nieuzasadnione, aby traktować stanowisko Pellegrino jako mniej wartościowe. Etyka bowiem nie może „wyobcować się” z doświadczenia moralnego, danego każdej jednostce ludzkiej. Wydaje się nawet, że siła namysłu etycznego jest tym większa, im mocniejsze i bardziej jednoznaczne jest odniesienie do doświadczenia. Poważne potraktowanie propo-

³⁴ Tamże, s. 481-482.

³⁵ Tamże, s. 482.

³⁶ Tamże, s. 483.

zycji Pellegrino jest szansą na to, aby etyka pozostała wierna rzeczywistości ludzkiego życia.

Projekt etyki medycznej Edmunda Pellegrino wypływa z głębi wrażliwości moralnej, ale także z mocnego zakorzenienia w etosie lekarskim. Jest to niewątpliwie propozycja, w której poważnie bierze się pod uwagę możliwe, negatywne konsekwencje wypływające z odrzucenia absolutów moralnych i zrelatywizowania działań medycznych do preferencji jednostek czy grup społecznych. W takiej postaci etyka medyczna potrzebuje odniesienia do ogólniejszej teorii prawa naturalnego. Ta potrzeba wynika przed wszystkim z konieczności umieszczenia absolutów moralnych etyki medycznej w szerszym kontekście etyki ogólnej, czyli jasnego wskazania, że już podstawowa zasad „czyn dobro pacjenta; unikaj szkody pacjenta” jest spójna z pierwszą zasadą prawa naturalnego „czyn dobro; unikaj zła”, a nawet jawi się jak jej uszczegółowienie.

Podobnie formuły innych absolutów moralnych etyki medycznej muszą być rozpatrywane w świetle ogólniejszej teorii etycznej. Niebezpieczne bowiem byłoby pozostawienie ich w wyłącznej zależności od deontologii lekarskiej. Coraz częściej bowiem neguje się etos Hippokratejski, a zapisy kodeksu etyki medycznej są pod dużą presją tendencji liberalnych i permissywnych. Odniesienie jednej koncepcji do drugiej może przybrać następujący kształt. Absoluty etyki medycznej stoją na straży podstawowych dóbr pacjenta. Jednak podstawowe dobra pacjenta są w istotnej relacji do podstawowych dóbr człowieka. Uszczegóławiają bowiem to, co jest dobrem istoty ludzkiej, kiedy znajduje się ona w kontekście klinicznym. Analogicznie rzecz biorąc, absoluty etyki medycznej muszą być odniesione do absolutów etyki ogólnej i te ostatnie wyraźnie przychodzą z pomocą tym pierwszym. Mogą bowiem być ich wzmocnieniem i uzupełnieniem, poprzez odniesienie każdego działania do całości ludzkiej egzystencji, do tego co w ogóle moralnie powinno. W ten sposób uzasadnienie uniwersalnego i kategorycznego charakteru etyki medycznej znajdzie swoje dopełnienie w etyce prawa naturalnego.